

これだけのことを行って、やっと初回面接がスタートできる。これらの作業を少ない時間で、できるだけコストを抑えて実施することが求められる。初回面接後は、プログラム内容に応じて引き続き運営業務が発生する。

▶初回面接後は

⑬中間・最終面接(グループワーク)を行う

プログラムによっては中間・最終面接(グループワーク)を行う。初回面接と同様に日程確保、会場確保、日程調整、当日対応を行う。

⑭継続支援中の対応をする

保健指導機関が、

- ・参加者がWEB等のシステムを利用していない場合は、コメント表やセルフモニタリング表の回収を行い、郵送やFAX、メールやシステムを利用して保健指導実施者に情報を共有する。保健指導実施者が入力したコメントを印刷して、郵便かFAXにて参加者へ発信する。
- ・連絡の取れない方へ電話や手紙を送り継続を促す。
- ・その他さまざまな問い合わせに対応する

⑮中間評価・6カ月評価のための調査票を作成し、回収する

プログラムによっては中間評価・6カ月評価を行うために、保健指導機関がその時点の状況を確認するための調査票を作成して配布回収を行う。未提出者に対しては督促を行う。

⑯保健指導機関より、最終評価とXMLデータを受け取る

医療保険者は6カ月支援終了後、最終評価とその結果をXMLデータにて保健指導機関より受け取る。

運営面からみる、特定保健指導の抱える課題とその改善案

このように運営を進めていくなかで、運営面からみた特定保健指導の抱える問題点が、いくつかみえてきました。そのなかから特に重要度の高い課題とその改善について整理します。

▶健診結果データの遅れについて

特定健康診査を終えてその結果である健診結果データが健診機関や事業所より医療保険者に届くまでに時間がかかるという点が、特定保健指導実施のスピードを落としている要因の一つと考えられます。医療保険者は「健診後少しでも早く保健指導を実施して、今年度内に終わらせたい」、「国への報告に間に合わせたい」、「次の健診までに保健指導期間である6カ月間を終了させたい」と考えていますが、健診後、健診機関や事業所より健診結果データが医療保険者になかなか集まってこないという現状があります。

その理由としては、健診機関や事業所と医療保険者との間でデータフォーマットの統一やデータ化などの連携が進んでいないことがあげられます。どちらかのシステムがXMLに対応していないため、医療保険者のシステムへ登録する際にデータ変換をする必要があったり、提出データに不備が多く何度もやり直しを依頼したり、データ化されておらず用紙でやり取りをしているためパンチ入力が必要としたり、そもそも明確な締め切りが定められておらず作業を後回しにされていたりすることもあります。医療保険者に健診結果データが集まるには多くの場合は2、3カ月が必要であり、半年以上必要とするところもあります。医療保険者に健診データが集まらないかぎり、階層化をして対象者を抽出することができず、保健指導をスタートすることができません。さらに医療保険者に健診結果データが集まっても、今度は医療保険者と保健指導機関でも同様の問題が発生しており、あわせて多くの時間とコストを浪費しているのです。国としてガイドラインを提示しているにもかかわらず各所で対応が遅れ、整備が進んでいません。健診結果データの収集は最も上流の工程であり、そこへの投資は本来最初にするべきところですが、後回しになっています。コストもかかる部分なので、このまま各所の判断に任せるだけでなく、国や関係団体による積極的な働きかけや支援により、ここの整備を進めるべきです。最初のスタートが遅れば、最後までその遅れを取り戻すことはできません。最初で転ばば、そこでやる気が薄れてしまうのは医療保険者だけでなく、被保険者も同様です。

▶受診勧奨値を超えている方への対応について

受診勧奨判定値を超えている方でも服薬・受診を行っていない場合は特定保健指導の対象者となりますが、その方について通常の流れで特定保健指導を実施すべきか、まずは受診勧奨のみを行うべきか、どのように判断すればよいのか医療保険者がま困っています。そのような場合、各保健指導機関は、国の定める受診勧奨値を超える方へどのような特定保健指導を行うべきかのアドバイスを求められます。主治医や産業医の同意があれば、制約を定めず特定保健指導を実施しているところもあり、国の定める受診勧奨値を超える方で服薬・受診を行っていない方でも、本人の同意さえあれば無条件で全員保健指導を実施している保健指導機関もあります。多くの医療保険者は、自ら基準を設けるのではなく、保健指導機関ごとに検討している基準を利用している状況です。そのため、医療保険者によって特定保健指導を始める対象者の基準がバラバラになっています。保健指導機関が変われば、「今年度は昨年度と違う基準で対象者を絞り込む」ということとなります。複数の保健指導機関に委託している医療保険者は、同じ医療保険者に属しているにもかかわらず、対応する保健指導機関によって対象者の基準が変わってしまいます。これは決して良い状態ではありません。

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)第2編 第3章(2)保健指導対象者の選定と階層化の方法 4)その他」には「健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い」と記載があり、健診機関の医師の判断によって決定すると解釈できます。ただし、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き 1-3-2 ①対象者の定義 脚注2」には、「医療保険者(の医師、保健師または管理栄養士等)は、健診結果(検査値や健診機関の医師の判断結果等)に基づき、特定保健指導を実施するか否かを判断する」というように、医療保険者が判断するとの記載があり、混乱を招いているようです。とはいいつつも、「医療保険者は、健診結果(検査値や健診機関の医師の判断結果等)に基づいて判断せよ」と記載があるため、健診機関の医師の判断のもつ意味は大きく、もしその解釈でよければ、これらの記載をより明確な表現にして、「健診機関の医師が、特定保健指

導を実施するか否かを判断する」ことが、この混乱を避ける近道であると考えられます。現状では、これほど登場する「健診機関の医師」が活用されていない状況なのです。

健診を実施した健診機関がそのまま保健指導を実施するのであれば、健診機関および健診機関の医師は自らの責任で、受診勧奨値を超えた方に対して保健指導を行うかどうかを判断することに、違和感を覚えなると考えられます。ただ、まだそのようなケースは少なく、医療保険者が自ら実施するか、保健指導機関に委託して実施することが一般的です。医療保険者や保健指導機関が実施する保健指導に対して、健診機関および健診機関の医師は、自ら行わない保健指導に対しての責任を負いたくないという心理が働くと考えられます。医療保険者は、そこに対して十分に配慮する必要があります。

最終的にこの件については、全国的な判断基準ができれば望ましいですが、エビデンスが蓄積するまでは、医療保険者が自ら基準を設けて責任をもって判断すべきです。ただ、医療保険者に医師が常駐しているとは限らないため、医療保険者だけですべてを判断することは、現実的には難しいと考えられます。ここは基本に立ち返り、医療保険者は「健診機関および健診機関の医師」を活用すべきであり、自ら判断ができるように健診機関に対して判断ができる材料を提示するように協力を要請し、健診機関とその医師は、医療保険者が判断できる材料を用意すべきです。保健指導機関は、保健指導の経験から得た対象者選定についてのアドバイスをを行い、医療保険者はこれらの情報を総合して、自ら基準を設け判断できるようになることが、この混乱を解消するより良い方法です。

▶事業所の協力を得ることが難しいことについて

特定保健指導を円滑に実施するためには、医療保険者の意思はもちろんのこと、事業所の協力なしには考えられません。事業所の理解と協力がなければ、業務時間内に面接を行うということすら実現できません。事業所は医療保険者に実施義務のある特定保健指導に対してまだまだ協力的であるとはいえない状況です。「そもそも特定保健指導って何?」、「業務を増やしてまで協力しなくてはならないことなの?」、「医療保険者

の義務ではないの？」という声が現実なのです。「医療保険者の事業なのだから、誰が対象者になっているかも知りたくない」という方もいます。

事業所の義務ではない特定保健指導は、事業所、特に担当者にとっては、余分な仕事と受け取られます。医療保険者から事業所にしっかりと協力を要請すればよいのではないかと思う方もいるかもしれません。しかしながら、これまで社員個々への保健指導を実施したことがない医療保険者は事業所に対して、協力を仰ぎにくい立場にあるということをまず理解しなくてはなりません。そのうえ、特定保健指導は医療保険者に実施義務が課されたはじめての事業なのです。その状況下でも医療保険者は各事業所へ協力の要請を必死に行っています。ときには保健指導機関とともに出向いて理解を求めています。担当者に理解していただいても、現実的に業務が増えるので、その担当者の上司の理解が必要となり、大規模に保健指導を実施する場合は、その事業所のトップの理解が必要になります。理想はトップの理解ですが、できるかぎりトップに近い方に、少なくとも担当者と直属の上司には、直接話をして理解を得ることが最低条件となります。

現状では、多くの医療保険者が事業所の協力をなかなか得ることができない状況にあります。協力しさえれば業務を効率よく分散できるので、医療保険者の運営コストは大きく削減することができると考えられます。協力を得られない場合は、医療保険者が人を増やして行か、医療保険者だけで行えない場合は、運営面を含めてすべてを業務委託する必要があります。どちらにしてもコスト増になっています。

また、事業所の協力と対象者の参加率・継続率は、密接につながっており、特に参加率には大きな影響を与えています。特定保健指導で最初の大きなハードルは、初回面接に参加してもらえるかどうかです。継続してもらうことよりも初回面接に参加してもらうほうが難しいのです。事業所がまったく関わらないで特定保健指導を実施することは可能ですが、そうすると参加者は医療保険者の事業であるだけ認識をし、参加率が下がります。医療保険者からの案内だけでは、重要視されない傾向にあります。緊急度、重要度ともに低くみられ、場合によっては封すら

開けてもらえません。残念ながら、医療保険者からと事業所からでは対象者にとって大きく意味合いが違うのです。医療保険者から普通に案内を送って、申し込みを待つというスタイルでは、2～3割しか申し込みはありません。参加率を少しでも上げるために、有効なのが事業所の協力なのです。

例えば、

- ・特定保健指導の申し込み案内文に、医療保険者名だけでなく、事業所名やトップ名が記載してあるかどうか
- ・事業所としてこの事業に大きく期待をして、全面的にバックアップしていくという一文が入っているかどうか
- ・対象者に申し込み案内文が届く直前に事業所から特定保健指導の説明のメールが届くかどうか
- ・申し込み案内文を医療保険者から直接送るのではなく、上司、社内診療所の看護師や保健師からひと声かけながら渡すかどうか

これだけで参加率と、この事業への興味が大きく変わってきます。少し手間はかかりますが“保健指導対象者を集めて、メタボの危険性と保健指導の事前説明会を行う”ことも有効な手段の一つです。そして、結局のところ最後のひと押しは人から人のひと声なのです。申し込みのない方に対して「暇だったら参加してね」、「忙しかったら無理しなくていいよ」では、「考えておくよ」と言われて参加してもらえません。ここで事業所として協体制にあり、担当者がこの事業の重要性を深く理解していれば、説明の仕方や内容が変わってくるはずですが、ここに大きな差が生じます。いずれもちょっとしたことですが、事業所の理解がなければできないことばかりです。強制はできませんが対象者に危機感や興味をもってもらう、「参加しなければ」、「参加したい」と思ってもらうことはできるのです。

このように、事業所の協力がなければ特定保健指導の運用は極めて困難です。どれだけ協力要請をしても、業務優先でどうしても協力してもらえない事業所もあります。社員の健康が事業に直接影響が出るといっても、無理なところはやはり無理なのです。特定保健指導を医療保険者だけの事業にするのではなく、事業所が一体的に参加しやすい制度や仕

組みにできれば、予防の取り組みはより着実に普及するはずです。

▶初回面接が運営に与える影響について

初回面接(グループワーク)を行うということは、場所と日程の確保、各人の日時調整と変更対応、当日の遅刻者やキャンセル者の対応等の運営業務が発生し、また個人情報の会場への運搬や保管等で情報漏えいのリスクが生じます。保健指導実施者は会場への移動時間と面接時間を要し、対象者にとっても、面接時間と会場への移動時間を要します。このように、各所で工数やリスクが発生しています。一般的に“面接”という行為、“面接”という言葉に良い印象をもっていない方が多く、特定保健指導は“面接”があるというだけで面倒くさいというイメージになり、対象者の参加意欲を下げています。

実際「面接は緊張してしまうので、素直に話ができない」、「顔を見て話すよりも、顔を見ないで話せる電話のほうが話しやすい」、「相談ごとは、面識がないほうが逆に話しやすい」という考えをもっている方もいるし、「面接は構わないが、面接会場で同僚に会ったり、入っていくところを見られたりするのが嫌だ」、「面接会場まで移動するのが面倒だ」などの意見を聞くこともあります。たとえ本人に参加する意思があったとしても、面接時期に出張などで調整がつかない方や、当日突然来られなくなった方については、その後の日程調整がつかなければ、初回面接を行っていないということだけで、特定保健指導に参加できないことになります。このように、初回の“面接”にこだわりすぎると、参加するかどうか迷っている方に対して間口を狭めているだけでなく、参加したいと思っ

ている方にまで影響を与えます。

この状態を少しでも良くするためには、さまざまな仕事、地域、状態にある対象者が参加しやすいように、選択肢を増やす必要があります。例えば、電話やテレビ電話を面接の代わりとして認める、グループ支援より気楽に参加できる集合セミナーや教室を面接の代わりとして認めるなどが考えられます。動機付け支援だけでも、選択肢が広がると参加する方は増えると思われま

す。参加してもらえないのであれば動機付けも何もありません。動機付けを優先するのであれば、できるかぎり最初の

ハードルを下げる努力が必要です。効果の検証は今後の課題であることが大前提ですが、このように面接以外の選択肢を増やすと、面接業務に費やしていた運営業務を減らすことができ、面接にうかがう保健指導実施者の負担も少なくなります。結果的に少ないコストで、しかも参加率の高い保健指導を実施できる可能性があります。

▶健診の実施時期の偏りが与える影響について

健診を実施する時期の偏りが、保健指導の円滑な運営を妨げています。健診を上期(4～9月)の後半に行うところが多く、健診が終わり、2、3ヵ月後に健診結果データが集まってくるため、保健指導の初回面接は下期(10～3月)に集中します。そのため医療保険者では、作業が下期に集中し一時的に負担が大きくなります。通期での仕事がないため、保健指導のためだけの人材確保が難しく既存人材への負担が増します。そのため、保健指導機関に丸投げをすることになり、医療保険者に特定保健指導のノウハウの蓄積がされなくなります。途中経過もわからず、知らないうちに初回面接がはじまり、知らないうちに6ヵ月間が過ぎていて、XMLデータをもらったときに終わっていることに気付くという医療保険者も出てきます。保健指導機関でも、通年での業務がないため、保健指導実施者の正社員での長期契約が難しく、短期の契約社員に頼らざるをえません。これでは、どうしてもノウハウの蓄積が難しく、指導内容が安定しない、個人の能力に依存してしまう、初回面接と継続支援が別の人間になる、支援途中で支援実施者が変更される、などの状況が起こります。これは、保健指導の質にも影響を与えることになります。

通期で保健指導を実施することで、医療保険者にとっても負担が分散され、医療保険者自身が特定保健指導に力を加えることができ、目が届くようになります。保健指導機関にとっても、人材の安定確保、ノウハウの蓄積ができ、企業としての安定した事業運営につながります。これを実現するためには、各事業所と医療保険者が協力をして、健診時期を通年で実施するなど、保健事業全体の設計が重要になります。

最後に

よちよち歩きを始めたばかりの特定保健指導には、当然のことながらまだまだ改善点があると感じています。私は運営面を中心にみっていますが、指導面でも改善すべき点があると聞いています。医療保険者、保健指導機関、事業主、事業所担当者、対象者などさまざまな方にお会いし、いろいろなご意見をうかがってきました。手間がかかりすぎる、コストがかかりすぎる、これだけ手間をかけても効果があるのか、個人の健康は個人で管理すればよいのではないか、自分の健康は自分で管理するから大丈夫、時間がない、面倒だ…。こう言っている方も含めて、多くの皆さんは保健指導で生活習慣病を未然に防ぐという考え方そのものには賛同しています。いろいろ意見はあるものの、基本的には保健指導をやったほうがよいと感じているのです。従業員を健康にしたい、私は健康でいたいと感じているのです。この前向きな気持ちをなくしてしまうことがないように、まずは運営面での障害をできるかぎり取り除いて、進みやすいように道を整備する必要があると考えています。

対象者になる多くの方はまだ患者さんではなく、自覚症状もない方です。「太ってきたから少しやせたほうがいいかな」、「でも面倒だな」、「別に自覚症状もないからまだ大丈夫だろう」、そのような考え方の人がほとんどです。なんとかしたいと考えていても、“きっかけ”をつかむことができません。自分一人ではできないと感じている、そのような方には、“きっかけ”を提供しサポートをすることができます。まだ大丈夫だと思っている方には「このまま進むと生活習慣病になってしまいますよ」と、“気付き”を与えることができます。改善点があるにせよ、実際に効果が出ている方も多く、参加者から喜びの声をいただくこともあります。

今後、特定保健指導をより良くしていくためには、運営にかかる手間とコストをできるかぎり抑え、「指導」に関わる部分に手間もコストも集中させて、効果のある保健指導を実現すべきです。制度面での改善も不可欠ですが、私たちは現場でできる努力を惜しまず、医療保険者・事業所の皆様とこの新しい取り組みを着実に進めていきたいと思えます。

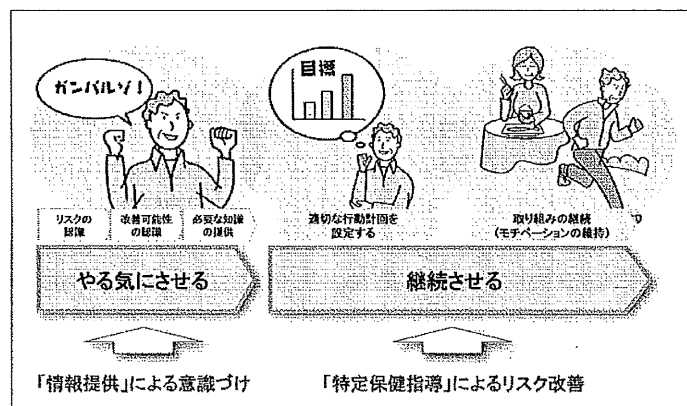
国民の健康づくりに寄与する 保健指導の具体像が見えてきた

ヘルスケア・コミッティー(株)
古井祐司、野口美紀

国民の健康づくりに不可欠な 保健指導

病気の子防対策としての保健指導を普及するにあ

たって、サービスを受ける本人が「ぜひ受けてほしい」とは感じていないことにその難しさがある。従って、国民の健康づくりを実現するためには、まずは本人に健康状況（リスク）を認識してもらい、行動変容の必要性を感じることができる意識づけが不可欠となる（図）。特定健診制度下の「情報提供」サ



●図● 特定健診制度で規定された「情報提供」、「特定保健指導」の狙い

ービスがこれに該当する。

A判定、B判定といった医学的な結果を示す健診結果票とは別に実施する「情報提供」では、個々の特徴に応じたメッセージを伝える。例えば、リスクのある人には本人と共通のリスクから道半ばで病に倒れた著名人のエピソードを配し、生活習慣病の重大性を強く印象づける。次に、本人の健診結果を経年で示し、リスクと関連している検査値がどれかを表示する(赤・黄・青)。おなか周り、血圧、脂質、血糖は同世代における順位付けで本人の位置を示し、自分の健診結果への関心を高める。食事、運動、必要な受診に関する知識も併せて提供する。従来の健診では、自分の健診結果を見ている・覚えている人はわずか30%に過ぎないが(循環器疾患基礎調査)、「情報提供」を実施することによりその割合は2倍以上に増え、さらに意識・行動変容の効果も確認された(ヘルスケア・コミッティー(株)調査)。

このような意識づけがされれば、次は実践と継続。これを専門的に支援するのが、「特定保健指導」サービスである。私たちが平成16年度から試行した先行事業を含めて、実際に効果を上げている「特定保健指導」の具体像がいよいよ見えてきた。

見極めから始まる一貫の特定保健指導

特定保健指導は従来の押しつけ型指導ではなく、

参加者自身に「気づき」を促し、自己管理を身につけてもらうことを目的としており、管理栄養士などが「指導」ではなく、「支援」を提供していることが大きな特徴である。しかし、支援者はただ単に気持ちを傾聴し、参加者がやりたいことを見守るだけではなく、専門家としていくつかの場面で見極めを行いながら、方向性を定め支援を進めていかなければ、質の高い保健指導はできない。

1 リスク要因の見極め

参加者にとって最も有用な情報は、「何をどうすればリスクは改善するのか」ということであり、そのために支援者がまず行うべきことは、健診結果からリスク要因の予測を立てることである。

1つの検査値だけではなく、複数の検査値の関連性やその経年変化から、食事内容、運動状況、喫煙、ストレス、家族歴等の何がどれくらいそのリスクに関与しているかを予測し、その予測を基にアセスメントを進めながら、リスク要因の見極めを行う。その見極めの方向次第で保健指導の効果は大きくも小さくもなる。

古井祐司◎ふるい ゆうじ
 東京大学大学院医学系研究科修了、医学博士
 東京大学医学研究所などを経て、2004年東京大学医学部附属病院22世紀医療センター助教就任。同年、ヘルスケア・コミッティー(株)(HCC)代表取締役就任、現在に至る。
 厚生労働省、経済産業省、自治体委員などを務める。
 専門は予防医学

野口美紀◎のぐち みき
 2000年 東北大学大学院医学系研究科修士課程修了
 2009年 ヘルスケア・コミッティー(株)
 管理栄養士、日本糖尿病療養指導士、NR(栄養情報担当者)、産業栄養指導者、産業カウンセラー、心理相談員

リスク要因をある程度見極めた上で、参加者とそのリスク要因を改善するための話し合いを行いながら行動計画作成につなげていくことは、効果を高めると同時に参加者の満足度を上げることに繋がっていく。

② 適切な行動計画

「減量につながる行動計画」

摂取エネルギー減が確実に見込める行動計画を立てることは、肥満解消の点から必須となる。減量が必要な人に、「野菜を食べるようにする」、「みそ汁を具たくさんにする」等の計画のみでは、野菜摂取量が多くなるメリットはあるが摂取エネルギー減が見込めず、効果は出にくい。

「リスク改善につながる行動計画」

例えば、パンに「ジャム」と「バター」を塗って毎日食べている場合、参加者が「バターならやめられる」と言っても、その人が仮に空腹時血糖 100 mg/dl 以上というリスクを持っているのであれば、「バターをやめる」という行動計画では摂取エネルギー減は見込めるが、リスク（血糖）改善には繋がりにくい。

「達成可能な行動計画」

参加者にとって取り組みを始めやすく、達成可能と思われる行動計画を立てると、参加者に成功体験をもたらすことにつながり、減量、リスク改善などの効果へ直結する。

「あいまいな表現を使っていない行動計画」

「なるべく」、「できるだけ」、「控える」、「心掛ける」などの言葉を行動計画に用いることで、「行動を実行している」または「実行はできてないけれど心掛けてはいる」の違いが分かりにくく、参加者自身が取り組みについてあいまいになっていくことが多い。頻度、量、場面設定等の明確なものが効果を上げることに繋がる。

③ 継続支援

継続支援で最も重要なことは、「参加者の変化を察知すること」である。

変化を正しく察知することができれば、より個性の高いアドバイス・励ましにつながり、それが参加者のモチベーションアップや支援者との信頼関係の構築につながっていく。

セルフモニタリングの内容はもちろん、電話支援での声色・トーンなど小さな変化を察知し、その変化が何に起因するかを見極めることで、より密度の濃い支援を行える。

「目の前の対象者をどう見極め、支援していくか」。この見極めとそれに続く方向性の決定が管理栄養士など専門職の大きな役割であり、スキルそのものである。そのスキルを上げていくことこそが、特定保健指導の目的である生活習慣病予防に直結し、ひいては参加者の QOL 向上につながっていくと考えられる。

初期の体重減少は保健指導効果の予測因子となる

フナバ 渡邊 美穂*1 1チカワ 市川 太祐*2 2ダイア 大橋 健*4 4オオハシ 倉橋 一成*5 5イノベ 古井 祐司*3*6

緒言 特定保健指導実施者は、対象者の体重変化等をモニタリングし、必要があれば支援計画を見直す必要がある。本研究では、初回面接時に得られた情報と、保健指導開始後1カ月の体重から、保健指導を開始して3カ月の体重変化を予測できるかを検証し、効果的な保健指導の検討に資することを目的とした。

方法 解析対象者は、2008年度に特定保健指導の積極的支援を受けた、9健康保険組合の男性の被保険者とした。解析方法は、初回面接から90日前後1週間の体重変化比を目的変数とし、「年齢」「減量等の経験」「ストレスの有無」「生活習慣改善が重要だと思うか」「行動変容ステージ」「初回面接時BMI」と初回面接から30日前後1週間の体重変化比を説明変数として、重回帰分析を行った。

結果 解析対象者は199名であり、平均年齢は50.1±6.3歳、平均初回面接時BMIは26.0±2.4であった。30日体重変化比の平均は0.98±0.02、90日体重変化比の平均は0.97±0.03だった。「年齢」「減量等の経験」「ストレスの有無」「生活習慣改善が重要だと思うか」「行動変容ステージ」「初回面接時BMI」は、除外され、「30日体重変化比」のみが説明変数として選ばれた。

結論 年齢や、取り組み前の体格、態度に関わらず、取り組みを始めて初期の段階で効果が出た方が、その後の効果も期待できると考えられる。

キーワード 特定保健指導、減量、初期の体重減少、支援

I 緒 言

肥満は2型糖尿病、脂質代謝異常、高血圧に代表されるような種々の疾患群の病態基盤となり、なかでも内臓脂肪の蓄積は動脈硬化性疾患の発症を加速する。肥満症治療ガイドライン2006では、治療に先立ち、当面の減量目標を現在のウエスト周囲径ないしは体重の5%減少におき、その成果に対する評価は、3カ月以内を目途に行うとされている¹⁾。しかしながら、平成19年度国保ヘルスアップ事業アンケート調査では、積極的支援実施後のBMI変化率は男性で

-2.24%、女性で-3.00%にとどまっている²⁾。平成20年4月から開始した特定健康診査および特定保健指導制度では、結果を出す保健指導が求められている。特定保健指導における積極的支援は、1回限りの指導ではなく、3カ月以上の継続的な支援を行うこととされている。そのため、保健指導実施者は、対象者の体重変化等をモニタリングし、必要があれば支援計画を見直す必要がある³⁾。

本研究では、初回面接時に得られた情報と、保健指導開始後1カ月の体重から、保健指導を開始して3カ月の体重変化を予測できるかを検

*1ヘルスケア・コミッティー(株)予防医学研究開発センター研究員 *2 同主任研究員
*3 同代表取締役社長 *4 独立行政法人国立がん研究センター中央病院総合内科長
*5 東京大学医学部附属病院企画情報運営部特任助教 *6 東京大学大学院医学系研究科客員研究員

証し、効果的な保健指導の検討に資することを目的とした。

II 方 法

解析対象者は、2008年度に特定保健指導の積極的支援を受けた、9健康保険組合の男性の被保険者とした。

プログラムは管理栄養士が実施した。初回面接は個別支援で行い、継続支援は手紙もしくはEメールによる支援を対象者が選択し、手紙またはEメールによる支援Aを5回、手紙またはEメールや電話による支援Bを3~5回行った。以上の支援内容は、標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)⁴⁾にしたがった。

なお、対象者には個人を特定できない形式で統計分析処理をしたものを、研究資料、成果資料として公表する旨を説明し、同意を得た上でプログラムを実施した。

初回面接時の調査項目は、「年齢」「減量等の経験」「ストレスの有無」「生活習慣改善が重要だと思うか」「行動変容ステージ」とした(表1)。また、初回面接時に体重を測定し、初回面接時のBMIを算出した。体重のセルフモニタリングは、Webまたは、記録用紙に入力してもらった。

初回面接から30日前後1週間の体重セルフモニタリングデータ(以下、30日体重)、または90日前後1週間の体重セルフモニタリングデータ(以下、90日体重)が全くない者は、解析対象から除外した。

解析方法は、初回面接から90日前後1週間の

体重変化比(90日体重/初回面接時体重、以下、90日体重変化比)を目的変数とし、「年齢」「減量等の経験」「ストレスの有無」「生活習慣改善が重要だと思うか」「行動変容ステージ」「初回面接時BMI」と初回面接から30日前後1週間の体重変化比(30日体重/初回面接時体重、以下、30日体重変化比)を説明変数として、重回帰分析を行った。統計解析ソフトは、SPSS15.0を用いた。

III 結 果

解析対象者は199名であり、年齢は50.1±6.3歳(平均±標準偏差、以下同様)、初回面接時BMIは26.0±2.4であった。30日体重変化比は0.98±0.02、90日体重変化比は0.97±0.03だった。

結果変数と各説明変数のPearsonの相関係数を確認したところ、0.9以上となるような変数は存在しなかったため、すべての変数を対象として変数選択を行った($P_{in}=0.05$, $P_{out}=0.1$)。結果は「年齢」「減量等の経験」「ストレスの有無」「生活習慣改善が重要だと思うか」「行動変容ステージ」「初回面接時BMI」は除外され、「30日体重変化比」のみが説明変数として選ばれた。定数は-0.18、30日体重変化比の偏回帰係数が1.17であり、回帰式は下記ようになった。

$$\text{「90日体重変化比」} = -0.18 + (1.17 \times \text{「30日体重変化比」})$$

「30日体重変化比」の偏回帰係数は有意($p < 0.001$)で、 R^2 は0.59であったため、適合度

表1 調査項目

	問	選択肢
年齢	年齢	年齢(数字)を記入
減量等の経験	減量等の経験があるか	はい/いいえ
ストレスの有無	最近ストレスはあるか	ほとんどない/ややある/おおいにある/わからない
生活習慣改善が重要だと思うか	生活習慣を改善することは、あなたの健康面や生活面でどれくらい重要であると思うか	非常に重要だと思う/重要だと思う/少し重要だと思う/あまり重要だと思わない/まったく重要だと思わない
行動変容ステージ	生活習慣を改善することに	取り組みが半年以上継続している/取り組み始めて、半年以内である/取り組みむように努めているが、継続できていない/取り組んでいないが、近い将来(半年以内)には取り組み始めたい/取り組んでいない、これから先も変えるつもりはない

は高いと評価した。

Ⅳ 考 察

保健指導開始から3カ月後の体重変化を予測するために、「90日体重変化比」を目的変数として重回帰分析を行った。結果は、「30日体重変化比」のみが説明変数として選ばれ、「年齢」「減量等の経験」「ストレスの有無」「生活習慣改善が重要だと思うか」「行動変容ステージ」「初回面接時BMI」は除外された。つまり、年齢や、取り組み前の体格、態度に関わらず、取り組みを始めて初期の段階で効果が出たほうが、その後の効果も期待できると考えられる。

Elfhag⁴⁾の研究でも、減量プログラムの減量効果に最も関係がみられたのは、プログラム前半までの体重減少率であり、モチベーションの高さや成人する前から肥満だったかどうかは関係がみられなかった。また、前半までの体重減少率で、その後のプログラムでの体重減少を予測することができた。Carels⁵⁾の研究でも、6カ月間の減量プログラムで、終了時の体重減少率は、6週目までの体重減少率と正の相関が認められている。

以上のような初期の成果がその後の成果につながるという結果は、対象者が取り組みを実行し、結果が出ることによって、自信がつき、自己効力感が高められることが要因として考えられる。Koenigsberg⁶⁾は、患者は、達成不可能な大きい目標の前に圧倒され、少しずつステップを踏み、成功が続くと自信がつくとしている。奥⁷⁾は、行動変容プログラムの技法のひとつとして、小目標をたて、段階を追って実行していく方法は、実現可能感を高め、無力感の増強を防ぐことを示唆している。つまり、自信をつけ、自己効力感を高めるために、初期の段階からある程度の成果を引き出すことが、保健指導プログラムを成功させる重要なポイントであると考えられる。そのためには、プログラム

を実施する専門家は、対象者の自主性および自己決定を尊重しつつも、成果が出るような行動計画を設定するように支援することが求められる。また、初期の段階に効果を出すためには、同じ支援回数でも、支援期間中、同じ間隔で支援するのではなく、初めの1カ月に特に集中して支援を行う方が効果的である可能性が示唆される。

謝辞

本研究プログラムにご協力いただきました健康保険組合ならびに被保険者様に感謝いたします。

文 献

- 1) 日本肥満学会. 肥満症治療ガイドライン2006. 肥満研究 2006; 12.
- 2) 市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会委員. 平成19年度国保ヘルスアップ事業の概要. 東京: 国民健康保険中央会, 2009; 83-4.
- 3) 厚生労働省. 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版), 2007.
- 4) Elfhag K, Rossner S. Initial weight loss is the best predictor for success in obesity treatment and sociodemographic liabilities increase risk for drop-out. Patient Education and Counseling 2010; 79 (3): 361-6.
- 5) Carels RA, Cacciapaglia HM, Douglass OM, et al. The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. Eating Behaviors 2003; 4: 265-82.
- 6) Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitating Treatment Adherence with Lifestyle Changes in Diabetes. American Family Physician 2004; 69 (2): 309-16.
- 7) 奥美智代. 透析患者の自己効力感を高める行動変容プログラムとアクションプラン. 看護学雑誌 2005; 69 (6): 558-62.

Vol.58 No.10

JSSN 1347-8060 Nihon Koushuu Eisei Gakkai Soukai Shourokushuu

特別附録 平成23年10月15日 発行

October 2011

JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

日本公衆衛生雑誌

第58巻・第10号 特別附録 平成23年10月

第70回日本公衆衛生学会総会抄録集

秋 田

日本公衛誌
Jpn J Public Health

日本公衆衛生学会
Japanese Society of Public Health

10
特別附録

0313-121 新潟県における特定健康診査等結果集計報告の作成

松井 一光¹⁾、田邊 直仁²⁾、渡部 透¹⁾

公益財団法人新潟県健康づくり財団¹⁾、新潟県立大学 人間生活学部・健康栄養学科²⁾

【目的】平成20年度以降の特定健康診査の実施状況については、すでに厚生労働省から保険者に情報提供がなされている。さらに市町村国保分についても国民健康保険団体連合会(国保連)から市町村別の詳細な資料が示され、市町村事業の円滑な遂行に役立てられている。しかし、健診項目の詳細にわたって統計的に分析した結果は、原データを直接操作してのみ得られ、市町村間の比較に利用することができるものである。そのため新潟県では県医師会、新潟県健康づくり財団、国保連等が主体となって新潟県健診保健指導支援協議会を設立し、その内部組織である健診委員会の指導のもとで全県統一的な仕様のとなった特定健康診査等結果集計報告を作成することとした。**【手段と方法】**集計対象データは、国保連から個人識別情報(氏名、被保険者番号)があらかじめ削除されたデータとして支援協議会に提供を受けたものである。データ形式はCSVで、それをEXCELに読み込み基礎的なデータチェックと項目別のデータ整理を行った後、ACCESSを用いて項目別に集計を実施した。集計報告の媒体は保険者である市町村を対象にCDおよび冊子で平成20,21年度分が配布され、さらには健康づくり財団のホームページ上にオンラインでアップされている。**【集計結果の活用】**基本的な集計項目としては、身長体重腹囲に加え、血圧HbA1cから眼底にいたる特定健診項目を年代別に羅列し、これらの平均値、標準偏差を計算するとともに、項目別の度数分布も示した。また分布の差異をわかり易くする指標として中央値と四分位数も付加している。これらの表群により県国保対象者の問診項目を含む特定健診項目の概要が把握できることに加え、各市町村の個別集計と照らし合わせることで、その多寡を明確にすることができる。また、保険者別の表においては粗有所見率のほかに、SPR(Standardized Prevalence Ratio,標準化有所見比)を併載することにより、保険者間の比較を容易にしている。市町村の健診担当者には説明会等で集計表の見方と活用方法について伝えているが、表で示された以上の分析を試みる関係者のために、これらのデータを利用した分析手段を提供することを予定している。基本健康診査時代の集計表と併せて、今後の受診者の健康水準を示す情報のひとつとして有効に活用していきたい。

0313-123 テキストマイニング手法を用いた指導者のクセの「みえる化」

市川 太祐¹⁾、渡邊 美穂¹⁾、古井 祐司^{1,2)}

ヘルスケア・コミティー株式会社¹⁾、東京大学²⁾

【目的】

特定保健指導の評価は、これまで「参加者」と「指導結果」の観点からによるものを中心に実施されてきたが、指導効果を高めていくためには、「指導者」と「指導内容」の観点からの評価についても同様に重要であると考えられる。看護・心理学の分野において既に実施され、情報の「みえる化」に一定の成果をあげている「テキストマイニング」の手法を、それら分野の情報と同様に文字列主体の特定保健指導の指導内容にも適用する。本発表においては、その第一歩として初回面接時の「行動計画」を対象に、その中に含まれる「指導者のクセ」の「みえる化」を検討した。

【方法】

2009年度において実施された特定保健指導の初回面接時の行動計画を解析対象とした。解析は行動計画の形態素解析、指導者のクセを表現するための各種指標の算出および視覚化という流れで実施した。用いた指標は以下の4つ(「置詞別単語集計」「指導者において特徴的な行動計画の抽出」「具体性をもった行動計画のベスト10ワースト10」「効果的だった行動計画のベスト10ワースト10」)である。「具体性をもった行動計画」については用いられた品詞の種類によって評価を行い、「効果的だった行動計画」については体重変化および行動計画の遵守状況から評価を行った。なお全ての処理については統計解析ソフトR(ver.2.13.0)を用いた。

【結果】

数値化の対象となった指導者の人数は5人、参加者の人数は417人、行動計画の総数は約2440個だった。「みえる化」の実施例については会場で図示を行う。

【結論】

本発表において「みえる化」の第一歩として処理しやすい初回面接時における行動計画を対象とした。今後はこの「みえる化」を指導者間のフィードバックに利用することで妥当性の評価を行っていくとともに、行動計画だけでなく、継続支援における手紙・メール・電話記録といった他のテキストデータに対しても対象範囲を拡大していきたいと考えている。

0313-122 健診結果データから保健指導体制を考える

和里田 かおる、藤森 文子

東京都職員共済組合事務局事業部健康増進課

【目的】東京都知事部局では職員健康診断後に保健指導を実施しているが、健康診断の結果に基づいて対象に即した効果的な保健指導体制とするために、その見直しを図ることとした。**【方法】**2009年度職員健康診断を受診した約25,500人の結果から、各検査値の年代別状況、検査値相互の関連、体重増加と年代及び検査値、HbA1c及びLDLの年次変化、飲酒等に関する問診と検査値等について集計、分析した。その結果から、保健指導が必要な対象者、目的等を考察し、今年度の健診後保健指導体制を計画した。**【結果】**各検査値高値は50代が多い。血糖及びHbA1c高値は40代から増加し、年代上昇とともに増加傾向であった。LDL高値は40代から増加し、50代60代の割合はほぼ同じであった。中性脂肪高値は30代から50代にかけて割合が増加していた。血圧高値は40代から増加し、40代では拡張期高値、60代では収縮期高値が最多と移行していた。腹囲は男性では30代から増加傾向であった。BMI25以上は30代から増加していた。BMI大ほど各検査値高値の割合が多かった。体重増減ありは20代が最多であった。体重が10kg以上増加のうちBMI25以上は30代が最多で、年代上昇とともに減少した。また10kg以上増加した半数弱はBMI25未満であり、各検査値高値の割合が多かった。**【考察】**健診結果を検査項目別、年代別等多様な要素から考察した結果、保健指導が必要な対象者群は、(1)30代でBMI25以上又はBMI22以上で増加傾向、腹囲85cm以上男性で中性脂肪高値、(2)糖尿病予防を目的として40代HbA1c高値、糖尿病改善を目的として50代60代HbA1c高値等、7分類とした。これをもとに保健指導実施状況等も加味して考え、健診後保健指導体制は、集団講習7群、個別面談3通りを計画した。集団講習では、40歳未満は肥満予防・改善を目的に、40歳以上では予防対象疾患別にして目的を絞り、また、新たに基準値以上となった群を健診前の時期に設定した。個別面談は、本庁では健診当日に血圧高値等と、結果通知後には主にHbA1c高値を実施し、必要者は数ヶ月後に再度実施する体制とした。また、事業所には結果通知後に巡回し、本庁と同基準の対象者に実施することとした。今回は健康診断の結果集計の報告とともに保健指導体制を紹介する。

0313-124 市町村への特定保健指導の質の管理システム導入支援の試み-保健師の認識の変化から-

山下 清香¹⁾、鳩野 洋子²⁾、久保 善子³⁾、前野 有佳里²⁾

福岡県立大学¹⁾、九州大学大学院²⁾、東京慈恵会医科大学³⁾

【目的】筆者らは、平成21年度、特定保健指導の質の管理システムを自治体に導入するモデル事業を実施した(第69回日本公衆衛生学会総会報告)。研究目的はシステム導入の意義を検討するため、システム導入とモデル事業の取り組みに対する保健師の認識の変化を記述することである。**【方法】**平成22年8月、モデル事業に関わった保健師3名に半構成的インタビューを行った。準備期(モデル事業準備)、導入期(質管理マニュアル作成、質管理体制整備)、評価期(内部監査実施)に分けて感じたこと、実施上の困難、必要なこと等を聞き取ったデータを逐語録に起こし、取り組みと質の管理に対する認識、影響要因を抽出し、内容を抽象化した。調査前に、目的と意義、匿名性の確保、録音、公表の方法等について文書と口頭で説明し、文書で承諾を得た。**【結果】**準備期:モデル事業の「取り組みへの負担感」と「取り組みへの期待感」をもち、管理に非する抵抗感やなじみのなさから「質管理に対する認識の薄さ」があった。導入期:不安感や作業の負担感、検討時間の確保の困難さなど「取り組みの困難感」はあったが、支援者の存在などから「実施可能性の実感」があった。「自治体の状況に合った展開方法の必要性」から実施可能な取り組みをしていた。「質管理の理解と共感」はあったが、取り組みを通じて「質管理に必要な事項と現状の課題への気づき」があり、研修の改善や上司の変化など「質管理システムの成果を実感」していた。評価期:先進地調査では「内部監査実施への不安」と「内部監査実施への意欲」を感じ、事前研修では「モデル事業・質管理の方法の理解」をもち「自治体に合った準備の必要性を認識」していた。翌年度には「質管理システム運用上の課題への気づき」があり、主体的に仕組みを改善していた。仕組みによって内部監査は改善のプロセスであり業務改善につながることで「モデル事業・質管理の意義の理解」をし、再検討が必要な事項や把握不十分など「質管理の課題への気づき」があった。組織員の共通認識ができるなど「自治体組織の強化の実感」があり、「特定保健指導の実施体制の強化の実感」も「モデル事業への波及の認識」をもっていた。**【考察】**保健師の保健指導の質の管理に対する認識の変化や自治体の体制の変化の実感から、システム導入は意義があったと考えられた。

「健康経営」を実現させる保健事業（前編）

東京大学医学部附属病院／ヘルステア・コミュニティ株式会社医学博士

古井 祐司

はじめに、東北関東大震災で被災された方々に謹んでお見舞いを申し上げます。また、被災地域の一日も早い復興をお祈りいたします。

人命はもろいもの、ひとの健康を守ることは家族にとっても、社会にとっても意義があることは言うまでもありません。この難局にあたり、私たちは予防の専門家として、共済組合の保健事業という仕組みを通じて、国民の健康増進にこれまで以上に貢献したいという想いを新たにしました。

今回は、共済組合および事業主の皆様にも関連のある「健康経営」をテーマに、最近の取り組みをご紹介します。

2 なぜいま「健康経営」なのか

なぜいま健康経営が動き始めたのでしょうか。

ひとつは、近年の少子高齢化により、勤労人口が減少していることです。この状況が続くと、職員の平均年齢があがってまいります。これを予防医学的視点で見ると、加齢とともに心筋梗塞など生活習慣病の重症化の割合が高くなるという構造的な課題を企業が内包している、ということです。2009年現在の日本人のデータ（厚生労働省人口動態統計）を分析すると、加齢に伴って心疾患を発症した割合が上昇していることがわかります（図1）。たとえば、40代後半の男性は40代前半に比べて、心疾患の発症率は1.7倍高くなっています。つまり、職員の平均年齢が40代前半の企業が数年後に40代後半にシフトした場合、重症疾患が増加するという現象が生じます。

ふたつめの理由は、いまの日本では現役で働いている職員が少なくないことです。1万人程度の企業では年間20名程度の心筋梗塞などが発症しています。100名の事業所であれば、3〜4年にひとりが倒れている計算です。心筋梗塞の発症では、死亡しなくても平均の入院日数は18日程度、脳梗塞・脳出血では1〜2か月の入院、糖尿病合併症（腎不全）は年間で150日余りの通院となっており、大きな機会損失が生じることが想像されます。ある大企

1 儲かる「健康経営」最新線

今年3月2日号の「ニューズウィーク日本版」が、儲かる「健康経営」最新線」というタイトルで特集を組みました。職員の健康増進を図ることで「儲かる」という発想は、私たちが医療専門家ではなかなか思いつかない切り口であるな、と感じました。

従来、健康経営といえは、企業、学校、財団などの各種法人（以下、企業）とする（や自治体等が健全な経営としていっていることを思いつかれましたが、いまは違います。職員は企業にとって最も重要な経営資源であり、職員の健康増進に一步踏み込んで取り組むことは企業として不可欠であり、同時に利のあることです。

この考え方は今後、企業や自治体だけでなく、健康保険組合や共済組合などの医療保険者にも広がること、が予想されることから、関連する取り組みを寄稿させていただきます。

業（サービス業）で40・50代に心筋梗塞や脳梗塞を発症した職員の健康状況を分析したところ、脂質や血圧、血糖などのリスクが1個だけで発症した割合が、脂質や血圧、血糖が2個、3個、4個と増えるにつれて、発症リスクは1層高まることが、リスクが複数重なる発症リスクは「層高まりますが、リスクが1個だけであるよりも、必要なら施策をとることが不可欠であることがうかがえます。

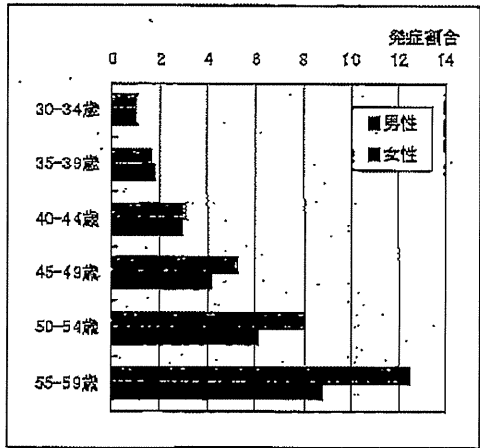


図1 心疾患の発症割合

30代前半の発症割合を1としたときの性・年齢階級ごとの発症割合を示しています。加齢とともに、発症率が高くなっています。（厚生労働省人口動態統計に基づき作成）

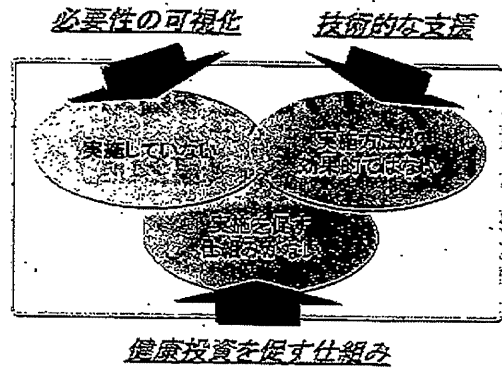


図3 企業の健康経営を取り巻く状況

企業ごとの課題、全体としての共通の課題があり、これらを解決するプロジェクトが必要です。

業の取り組みが結果として国全体の社会保障コストの軽減や生産性の向上に寄与する（こと）は言うまでもありません。そこで、企業による健康投資を促し、社会的な取り組みとして評価しようとする動きが出てきました。そのひとつが、昨年より始まった国のプロジェクトです。企業の取り組みを構造的に評価し、ノウハウを体系化しながら全国に普及する試みです。評価にあたっては、企業本体の取り組み

みはもちろんです。医療保険者と一体となった職員の健康状況の把握、具体的な対策の計画・実施が重視されます。企業の健康経営の現状をみると、①未だ健康経営に着手していない、②実施はしているが方法が効果的ではない、③実施を促す仕組みがない、の3つに整理されます（図3）。①に関しては、職員の健康状況（リスク）などを可視化し、当該企業が取り組み必要性を提示することが重要となります。②は多くの企業で陥っていることがわかってきました。予防医学的な手法の導入だけでなく、他社との比較の中で優先度の高い施策・方法がみられる場合もあります。③は「企業で取り組むのではなく、国や専門機関を含め、社会全体で検討し、出来ることから導入することが大切です」。

次号（後編）では、昨年より始まった企業の健康経営を評価する国のプロジェクトを具体的に紹介したいと思います。

なお、本論は平成22年度経済産業省医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出調査研究事業（医療・介護周辺サービス産業創出調査事業）の「健康経営による健康・医療の産業化調査研究」（ヘルスケア・コミンティイ株式会社/株式会社日本政策投資銀行/株式会社電通）の成果を一部活用しています。

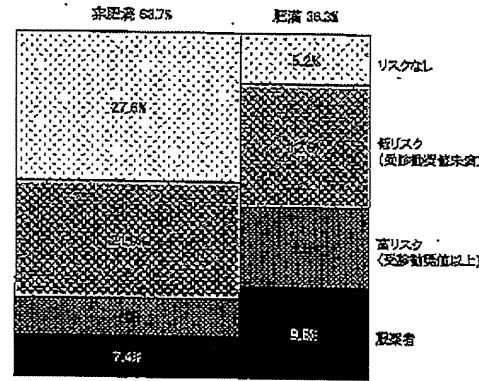


図2 業種における健康状況

健康協会・共済組合の被保険者の健康状況を「健康分布」で示しています。肥満者は全体の36%。肥満で低リスクあるいは高リスクを有する被保険者は併せて21%。潜在患者は肥満・非肥満を併せて15%を占めています。なお、平均年齢は50歳、男性比率は57%。（ヘルスケア・コミンティイQUP内50万人のデータに基づき作成）

また、現在の職域の健康データを拝見すると、潜在的な高医療費の状況であることがわかります。2009年現在の職域のデータ（ヘルスケア・コミンティイQUP）統計によると、肥満でかつリスクを有するひとは21.4%（服薬者を除く）おり、さらに非肥満であってもリスクを持つひとは加えると、全体の50.2%がリスク保有者となっています（図2）。特に、既に数値は患者さんへの

ヘルスを越えているのに医療機関を受診していないひと（高リスク者）は15.4%を占め、短期的な重症化やそれに伴う高額医療費の発生も危惧されます。

最後に、最近の社会連繋の整備と予防医学の発達で、健康経営が動き始めた背景にあります。前者は2008年度からの特定健診制度の導入により、職員の健康データが経営で医療保険者に蓄積され始めたことです。法制度にも規定されたように、企業は事業主として医療保険者と連携して状況を把握し、必要な保健事業を推進するものとされました。また、予防医学の発達に関しては、データに基づきリスクを事前に捉え、効果的な施策をとることが可能になってきたことです。

3 企業および医療保険者の取り組みを評価する動き

このような社会的な背景のもと、健康経営は企業にとって重要になっていきます。また、健康経営は当該企業における疾病の発症による人材の損失や医療費（保険料）、療養手当金の増加を抑えるという観点だけでは語れません。職員が健康でなければ家族の生活にも影響を与えます。また、近年導入されている「環境経営」においても見られるように、消費者の商品選択や学生の就職活動においても、企業の経営姿勢に対する注目度は増えています。さらに、企

「健康経営」を実現させる保健事業（後編）

東京大学医学部附属病院ヘルスケア・コミッティー株式会社 医学博士

古井 祐司

前編では、いま「健康経営」が注目されている背景と、その取り組みを社会的に評価する動きがあることを報告しました。すでに米国では、Robert H. Rosen が Healthy company 構想を1991年に提唱。健康な社員が収益性の高い会社をつくること、健康管理を経営管理の一環に位置づけ、事業の活性化や医療費負担の軽減をめざしています。後編では、企業の「健康経営」を評価する国のプロジェクトをご紹介します。

1 企業価値を高める「健康経営」プロジェクトの立ち上げ

日本でも2000年代後半から、国の審議会などで企業や保険者の健康増進への取り組みを促す仕組みが検討され始め、健康経営を社会的に評価する機運が高まりました。

図1 わが国における健康経営の動向

時期・所管	概要
2007年10月 経済産業省	『産業構造審議会基本政策部会報告書』 『健康増進は生産性や労働力率の向上を通じ経済成長に寄与するとともに事後的なセーフティネットへの需要を減少させる観点から、健康会計の検討等、個人・企業の健康投資の充実を促す仕組みづくりを進める』
2007年12月 内閣官房等	『新健康フロンティア戦略アクションプラン』 『企業の健康会計の概念について研究を行う(厚生労働省、経済産業省)』
2007年度 経済産業省	『健康資本増進グランドデザイン研究会』 個人、企業、保険者、社会における健康増進への取り組みを促す仕組みとして健康会計が検討され、健康経営を社会的に評価する機運が高まる。
2008年2月・9月	日経新聞で健康経営に関する考え方が紹介される。
2010年9月 日本経団連	『企業行動憲章 実行の手引き(第6版)』 『職員の安全と健康の確保は企業経営における最優先事項の一つ』 『健康保険組合などの医療保険者と連携して、生活習慣病などの疾病予防のための指導(運動・栄養など)を行う』
2010年度 経済産業省	『健康経営による健康・医療の産業化調査研究』 健康経営というフラッグシップのもと、企業、個人の健康投資を促すと同時に、健康・医療需要を社会化するプロジェクトがスタート。
2011年2月	Newsweek日本版で「備かる健康経営」が特集される。
2011年度 東京商工会議所	『国民健康づくり委員会』 従業員健康増進に取り組む経営手法等をテーマに専門委員会を組織。

(図1)。

2010年には経済産業省医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出調査研究事業の一環で、「健康経営による健康・医療の産業化調査研究」がスタートしました。健康経営というフラッグシップのもと、企業、個人の健康投資を促すと同時に、健康・医療需要を社会化することも目的です。公的な医療・介護保険が発達している日本では、国民自らが適正な情報や商品を選択する機会が少なく、消費者の真のニーズに応じた健康サービスが未成熟であるという指摘があります。今後、アジアでの健康・医療需要が増大することを鑑みると、国内の健康・医療ノウハウを体系化し、国外を意識して商品化することで、年間30兆円を超える医療費にはコストではなく投資の意味が生まれるかもしれません。

2 「健康経営」の評価体系

健康経営の評価は、運営全般／実施事項／成果の3つを軸にします(図2)。これは、1996年に米国の Donabedian が提唱した「Structure / Process / Outcome」の評価体系に準じたもので、特定健診制度や介護保険など、医療・介護分野に広く導入されています。運営全般では、「健康増進を企業レベルの取組みに位置づけているか」など、企業が職員の健康増進を促す仕組みを構築しているかを評価します(図3)。実施事項に関しては、生活習慣病やメンタルヘルスなど、健康対策の実施を把握する項目が導入されています。成果については、それぞれの健康対策の成果を測るものです。

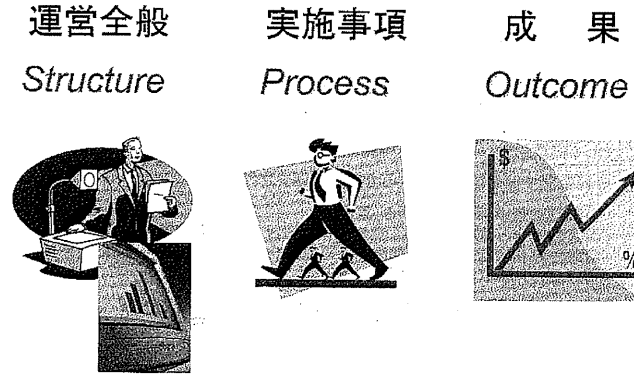
評価にあたって、3つのことを重視します。まず、取り組みの詳細は規定しません。これは、健康課題や環境などに応じて各企業が創意工夫する自由度を残すためです。次に、PDCAをまわすことを重視します。企業が職員の健康状況を可視化した上で、健康対策を計画(Plan)・実施(Do)・評価(Check)・改善(Act)することが、結果として効率的・効果的な取り組みとなるからです。最後に、評価にとどまらず、効果的な事例の蓄積および共有化を図り、企業の実践および改善を促していくことです。同じような性・年齢構成や同業種の企業相互では同様の健康課題

3 先進的な「健康経営」企業のポイントは、先進的な健康経営をしている企業には共通点があるようです。

運営全般では、企業トップが職員の健康増進を宣言していること、が挙げられます。第一生命では社長自らが「健康増進元年」を打ち出し、職員の健康を重視する姿勢を示しています。大和証券グループ本社は「ワークライフバランス」を実現することが職員および家族の健康やモチベーションに大切で、業績にもつながるとしています。先進的な取り組みをしている企業でもうひとつ共通するのは、職員の健康状況を把握し、自社の健康課題を明確にしていることです。花王は健康保険組合の協力を得て「健康白書」をつくっています。これは、職員はどのような健康状況なのか、企業としてどのような健康対策が出来るのかに向き合い、実践するためのものです。たとえば40歳以上にメタボが多い背景に、30代における肥満者の急増があることがわかれば、人事研修のタイミングに合わせた働きかけが有効です。血糖値の高い職員が多い事業所が特定できれば、残業中の缶コーヒーの消費量が多い、あるいは食事を抜いて菓子パンばかりを食べているといった特徴を把握し、効果的な対策が可能になります。

日本経済団体連合会では、2010年に改訂した「企業

図2 健康経営の評価体系
健康経営の評価は運営全般／実施事項／成果の3つを軸にします。



を有することがあり、他企業の取り組みが参考になることは少なくありません。

図3 健康経営の評価項目
3つの大項目のもと、16の中項目、100強の小項目から構成されます。

大項目	中項目	中項目
運営全般	1	「健康増進」を企業レベルの取組みに位置づけているか
	2	自社の状況を踏まえて、適切な対策を検討・実施しているか
	3	対策の実施に必要なルール・体制が整備されているか
	4	対策の実施に必要なツールが整備されているか
	5	健康に関するコミュニケーションの仕組みが整備されているか
	6	取組みのコスト、効果を把握しているか
実施事項	共通	7 有害物質・危険業務から労働者を守る(=労働安全の)対策を適切に実施しているか
		8 長時間労働(過重労働)対策を適切に実施しているか
		9 生活習慣病対策を適切に実施しているか
		10 メンタルヘルス対策を適切に実施しているか
		11 企業のCSR(社会的責任)として、従業員のみならず、生活者や社会の健康増進への貢献活動を行っているか
企業独自	12	企業が上記疾病等以外を対象に独自に実施している取組み(ex.) 乳がん・子宮がん検診の実施、難病児及びその家族の支援のための基金運営
成果	13	有害物質・危険業務から労働者を守る対策
	14	長時間労働(過重労働)対策
	15	生活習慣病対策
	16	メンタルヘルス対策

行動憲章 実行の手引き(第6版)の中で、『職員の安全と健康の確保は企業経営における最優先事項の一つである』とし、『健康保険組合などの医療保険者と連携して、生活習慣病などの疾病予防のための指導(運動・栄養など)を行う』とうたっています。健康経営の評価でも、企業本体の取り組みはもちろんですが、健康保険組合や共済組合などの医療保険者と連携して職員の健康状況を把握し、自社の健康課題に応じた具体的な対策を計画し、実施することが重視されます。

実施事項に関しては企業により種々の工夫がみられます。役所や学校も例外ではありません。たとえば東京都や総務省の職員、私立学校の教職員および家族に対しては、共済組合が事業主と連携しながら健康情報の提供を始めています。健診結果のデータを活用して、個々に健康状況を周知し、自らの健康管理を促す目的です。このような情報提供は、特定健診制度下で医療保険者による実施が規定されており、健保組合や共済組合を通じて職員に提供されるケースが増えています。興味深いのは、健康に関するコミュニケーションは、職員が企業や保険者の取り組みに目を向けるきっかけになり得るという視点です。先日、原発事故の健康への影響に関するメールマガジンを健保や共済組合から送ったところ、職員の健康を気遣う姿勢に大いに感謝します、という趣旨のお礼が職員から沢山あったそうです。

4 今後の展開

2010年度は健康経営を評価する体系および評価項目（大企業版）を構築しましたが、2011年度には20社、2012年度には100社を評価する予定です。中小企業版に関しては、東京商工会議所（専門委員会）との連携のもと2011年度に構築することとしています。

また、健康経営の意義を高めるために、取り組みの効果を測るだけでなく、投資したコストを可視化することも重要です。

一方、健康投資を促す仕組みの検討も進めます。健康投資と運動する金融・保険商品は実現の可能性が高いと思われます。日本政策投資銀行は2004年から環境経営に取り組み企業を評価し、優遇金利を適用する商品を販売し、すでに200社、2,800億円超の融資を実行しています。今後は、健康経営で評価の高い企業への低利融資なども検討されるそうです。民間の団体保険に関しても、健康経営に取り組み企業には保険料を優遇する商品があり得るでしょう。また、税制面でのインセンティブも今後検討の余地があると考えられます。

個人への働きかけも大切です。健康プログラムに参加した職員にマイレージを付与し、福利厚生や健康商品で還元する人事や保険者もあります。ドイツでは、健康プログラ

ムの参加者には医療費の自己負担が軽減される付加給付が2009年より導入されました。

健康経営は環境経営に比べて内向きな取り組みと思われるがちですが、少子高齢化社会における生産性の維持向上や社会保障コストの軽減という課題に対して、社会的な意義を包含しています。そして、企業と職員が運営の原資を提供している健保組合や共済組合が実施する保健事業は、まさに企業が健康経営を実現する際の貴重な資源になることは間違いありません。

なお、本論は平成22年度経済産業省医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出調査研究事業（医療・介護周辺サービス産業創出調査事業）の「健康経営による健康・医療の産業化調査研究」（ヘルスケア・コミッティー株式会社/株式会社日本政策投資銀行/株式会社電通）の成果を一部活用しています。

