

らスタートというイメージをもっている方も多いと思われますが、実際は初回面接を実施するまでが、最も多くの時間と労力を必要とします。一般的には、健診が終了してから初回面接を実施するまでに、3～6カ月の期間が必要となります。対象者の階層化が完了してからでも、初回面接を実施するまでには、1～2カ月程度の期間を要します。

▶保健指導機関が初回面接までに準備すること

①実施計画を立てる

医療保険者と保健指導機関が、どの事業所に対して、どのような指導内容で、いつ頃面接を実施するかなど、今年度の実施計画を決定する。

②健診機関や事業所より健診結果データを受け取る

医療保険者が特定健康診査後、その結果をまとめた健診結果データを健診機関や事業所より受け取る。

③健診結果データより階層化を行い、特定保健指導対象者を抽出する

医療保険者が特定健康診査の結果より、特定保健指導の対象者を割り出すために階層化を行う。さらに階層化によって抽出された対象者のなかから、受診勧奨値を超える方についての対応を決め、最終的な対象者を決定する。一般には医療保険者が行うが、保健指導機関が医療保険者からアドバイスを求められる場合も少なくない。

④医療保険者より健診結果データを受け取る

保健指導機関が特定保健指導を行うための情報として、医療保険者より保健指導対象者の健診結果データを受け取る。

⑤健診結果データを登録(加工)し、保健指導実施者と情報を共有する

WEBなどのシステムを使用して保健指導を行う場合は、保健指導機関が健診結果データをシステムへ登録する。通常は健診結果データをXML形式で受け取る。保健指導実施者はシステムにアクセスをして自分が担当する参加者の情報を閲覧する。参加者と保健指導実施者はシステムを使用して支援のやりとりを行う。

WEBなどのシステムを使用しない場合は、受け取った健診結果データを保健指導機関が加工をし、保健指導実施者に対して担当す

る参加者の健診情報を、データまたは用紙で共有する。支援のやりとりは、手紙やメールソフトを使用してメールで行う。

⑥事業所に特定保健指導の説明を行い、面接時期や面接場所等の具体的な調整をする

医療保険者と保健指導機関(または医療保険者のみ)が、特定保健指導の制度内容と、今回行うプログラムの説明をする。スケジュール、案内文の内容、未申込者への督促、面接時期や面接場所、面接当日の対応等の作業内容と、その役割分担を決定する。

⑦対象者に案内を送り、参加の意思を確認する

医療保険者または保健指導機関より、対象者に案内を送り、参加の意思を確認する。必要に応じて事前アンケートをあわせて行う。

⑧未申込者に対して督促を行う

医療保険者、事業所、保健指導機関のいずれかが、状況に応じて未申込者に督促を行う。

⑨申込者に対して、面接日時の調整を行う

申込者に対して、面接日時の調整を行う。方法は「保健指導機関と参加者」、「事業主と参加者」、「医療保険者と参加者」の3つの方法がある。業務とのバランスがあるため、事業主と参加者で行うことがスムーズである考えられる。

⑩面接および指導を行う保健指導実施者を決定する

保健指導機関が申込者数や日程にあわせて面接を実施する保健指導実施者を決定する。

⑪保健指導実施者に対して、対象者の情報を共有する

保健指導機関が保健指導実施者に対して対象者の情報を共有する。共有方法は、⑤で示したように、システムを使用している場合と使用していない場合とで異なる。

⑫会場および資料を準備して、初回面接を実施する

保健指導機関は面接に向けての資料などの準備を行い、事業所(または保健指導機関)では会場の設営をし、面接当日の対応をする。

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を必要としていたり、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。最初で転べば、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に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は困っています。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」ということになります。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1-3-2①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、違和感を覚えなから考えられます。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する責任を負いたくないという心理が働くと考えべきです。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。協力しあえ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うか、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とだけ認識をし、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力的体制にあり、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説いても、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

てる方にも影響を与えます。

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カ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カ月間が過ぎていて、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いを。

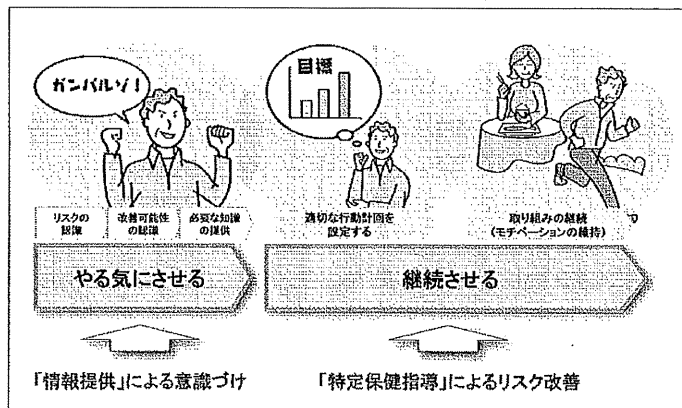
国民の健康づくりに寄与する 保健指導の具体像が見えてきた

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「ぜひ受けたい」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や傾聴し、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
東京大学医科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」、「みそ汁を具だくさんにする」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、より個別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

ワカバベ ミホ 1 市川 タツマ 2 オオハシ ケン 4 フナヘン イッセイ 5 フルイ ユウジ 3 * 6
渡邊 美穂 * 1 市川 太祐 * 2 大橋 健 * 4 倉橋 一成 * 5 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カ月以内を目的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

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。

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

「30日体重変化比」の偏回帰係数は有意(p<0.001)で、R²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どの程度取り組んでいるか	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

* 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副主任研究員
* 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

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。Careis⁵⁾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、自信が付き、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) 市町村関係における特定健診・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) Careis RA, Cacciopaglia 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

ISSN 1347-8060 Nihon Koushou 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

座長：山下 清香 (福岡県立大学看護学部)

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³⁾

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県統一のな仕様のの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性年代別に網羅し、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間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)}

ヘルステア・コミッティー株式会社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、指導効果を高めるためには、「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、情報的な行動計画の抽出に「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(「品詞別単語集計」「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(ver2.13.0)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

和田田 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代で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大は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。これととも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を、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⁾、嶋野 洋子²⁾、久保 善子³⁾、前野 有佳里³⁾

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、管理に対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」があったが、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。「質管理の理解しにくさ」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」をして「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。取り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など「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」、「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。

