

【新連載】



から始めるPDCA実践法

特定健診・保健指導の「第2期」に向けて①

「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」のポイント

国立保健医療科学院

今井博久 統括研究官 / 中尾裕之 主任研究官

連載にあたって

2008(平成20)年度に特定健診・保健指導制度が開始されて以来、さまざまな制度運営上の課題が明らかになってきました。この間、厚生労働省健康局および保険局の「健診・保健指導の在り方に関する検討会」(座長：永井良三・自治医科大学長)で制度運営や実施方法などに関する見直しが議論され、そこでの検討事項やその他の制度運営のあり方などが、今年4月に策定された『標準的な健診・保健指導プログラム』(以下、プログラム)の「改訂版」に盛り込まれました。

この「改訂版」は旧版の187頁から約3割増しの247頁になり、多くの変更や加筆がなされています。特定健診・保健指導に従事する医師、保健師や管理栄養士、事務担当者は、いわゆる第2期(2013~2017年度)に向けて、新規に示されている内容を把握し、しっかりと実行していかなければなりません。そうでなければ、時代錯誤の特定健診・保健指導を実践することになってしまうでしょう。

4回にわたるこの連載では、プログラムの

「改訂版」を踏まえつつ、特定健診・保健指導事業の企画、立案、評価ができる能力を身につけることをめざします。

「プログラム」の位置づけ

改訂版のプログラムには「健診・保健指導に関わる医師、保健師、管理栄養士等や事務担当者を含めた当該事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考えや実施する際の留意点等を示したものである」とあり、教科書的な存在と位置づけられています。したがって、特定健診・保健指導に従事する関係者すべてが、このプログラムに書かれているスタンダードな内容をしっかりと理解し、健診・保健指導の現場で実践して行く必要があります。

今回は連載の初回として、第2期に向けた改訂のポイントについて解説していきます。

改訂版で変更加筆されている主な点は、健康日本21(第2次)との関係性、PDCAサイクル活用の推奨、受診勧奨体制の強化、非肥満者への対応、フィードバック文例集の活用、喫煙と飲酒の対策、慢性腎臓病・高尿酸血症への言及

などです。これらはいずれも非常に重要な項目であり、第2期の5年間の成果の成否を左右すると言っても過言ではありません。どの項目も改訂版では平易に書かれていますが、それらが意図する内容は必ずしもすべての保険者が正確に理解し消化できるほど簡単ではありません。以下、主な項目を取り上げて解説していきます。

PDCA サイクル活用の推奨

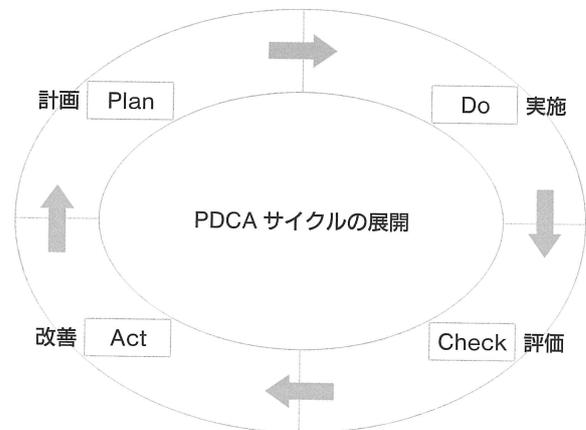
この連載の主タイトルにもなっているPDCA サイクルですが、これまで保健師や管理栄養士の方々は、日常業務で実際にPDCA サイクルを使用することはあまりなかったでしょう。しかしながら、この改訂版のp.9では大きな図を示してPDCA サイクルの活用が推奨されているので、保健師や管理栄養士の方々は少々戸惑っていることと思います。

この方法論は非常に便利なもので、使いこなせば力強いツールになります。特定健診・保健指導のみならず他の感染症対策や介護予防事業などの分野にも使えるので、今回の機会を使ってマスターするとよいでしょう。

PDCA サイクルはもともと、米国で生まれた事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める方法の1つで、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善させるための方法論です(図1)。詳細は第2回以降に譲りますが、ここでは簡単に概略に触れたいと思います。

特定健診・保健指導の場合、第1期の5年間のデータ蓄積があるのでC(Check:評価)から始めるべきでしょう。要するに、これまで実施してきた第1期の特定健診・保健指導を振り返って、成功したこと、失敗したことを同定する作業から始めましょう。

図1 PDCA サイクル



Cから始めるのがベストですが、闇雲に始めてもうまくいきません。まずは第1期の5年間(あるいは昨年度)に実施した内容を、系統立ててカテゴリー化して整理しましょう。次の4つのカテゴリーに分類します(あるいは思いつく課題を書き出してから、以下の4つのカテゴリーに記入してもよい)。

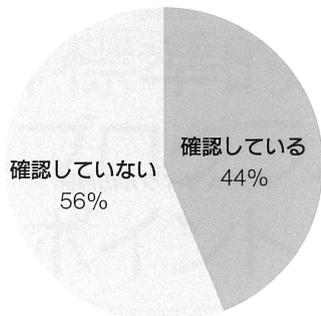
- ①ストラクチャー(構造)
- ②プロセス(過程)
- ③アウトプット(事業実施量)
- ④アウトカム(結果)

これらの4つの観点から、第1期5年間(あるいは昨年度)に実施した内容を評価(Check)し記載していきます。たとえば、ストラクチャー(構造)では、「保健師と管理栄養士の意思疎通がうまくいったか」「保健指導の運営体制が効果的であったか」などの観点から評価します。このようにCを進めていき、これらの作業が終了したら、次のA(Act:改善)につながります。

Aでは、具体的な改善方法を考えて、それをP(Plan:計画)の中に、実現可能性が高くなるように整合性を保ちながら落とし込みます。しっかりとした計画が立てられれば、D(Do:実施)の段階へ進みます。大きなサイクルを5年軸とするならば、1年軸の小さなサイ



図2 受診勧奨の該当者が医療機関の受診有無を必ず確認しているか (N=228 市町村)



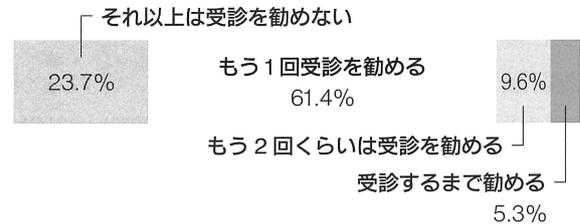
クルを回しながら正のスパイラルをぐるぐると描き上昇させ、第2期の最終年度である2017(平成29)年度には、エンドポイントとしてメタボリック症候群の有病者・予備群の減少、関連する医療費の適正化を達成できるようにします。

連載の第2回目からは、PDCAサイクルの具体的な説明を展開していきます。2012年度までの第1期では制度が開始されたばかりで、受診券の配布方法を思案し、保健指導に慣れることや端末にデータ入力することで精一杯だったかもしれません(思い出せば懐かしい)。これからの第2期こそ、効果的で効率的なプログラムを開発し、地域の生活習慣病対策で一定以上の成果を挙げていきましょう。PDCAサイクルはそのための有力な武器になります。

受診勧奨体制の強化

改訂版のp.58には医療機関への受診勧奨判定値が載っており、これに従って受診勧奨が行われます。たとえば血糖が126 mg/dL以上であれば該当者に対して医療機関への受診勧奨が制度上は行われます(すでに治療が開始されている患者を除く)。しかしながら、これまで、現場からの声として該当者が必ずしも医療機関にきちんと橋渡しされていないことが指摘され、医療機関の診療も受けず保健指導やサポー

図3 医療機関を受診していない場合の対応 (N=228 市町村)



トも受けない該当者が少なからずいることが問題となっていました。

実際に私たち厚生労働省の研究班が行った受診勧奨に関する全国調査の結果¹⁾では、6割程度の市町村で、該当者が受診したか否かが確認されていないことが明らかになりました(図2)。また約24%が再度の受診勧奨をしていませんでした(図3)。すなわち、制度上では特定健診でハイリスク者を描き出し医療機関での診療につなげるシステムになっていますが、該当者が受診しているか否かは不明のまま放置され、場合によっては予防と医療の安全網からの「漏れ」が生じている現実があるわけです。これは、換言すれば穴の開いたチューブに一生懸命に空気を入れている状況と同じで、このままでは生活習慣病の有病率の減少や医療費適正化の改善は達成できないでしょう。

受診勧奨体制をより一層強化し該当者の漏れが生じないように地域内でしっかりとシステム構築を行う必要があります。たとえば、滋賀県では市町村の受診勧奨の目標値を定め、県レベルで受診勧奨の支援を実施しています。第2期では、都道府県および市町村レベルで「漏れ」のない受診勧奨体制を構築することが喫緊の作業となります。

非肥満者の対応

原則として特定健診・保健指導における該当者は、「階層化の方法」にあるアルゴリズムの

図4 「血圧高値に関するフィードバック文例集」の【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を 超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を
		140 mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90 mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関の受診を
↓ 正常	保健指導判定値を 超えるレベル	130 mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85 mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を
		基準範囲内	④生活習慣の改善を
		収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤今後も継続して健診受診を

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】. 86, 2013.

ステップ1で腹囲またはBMIの値(男性：85 cm以上，女性：90 cm以上，またはBMI ≥ 25 kg/m²)から判定し、「肥満者」をスタートラインに立たせています。すなわち，特定健診・保健指導は「肥満者」を対象とした制度なのです。

しかしながら，2008年度からの第1期の間に非肥満者でも脳梗塞などが起こりやすいとする研究報告があり，また現場からの「高血圧，高血糖，脂質異常をもつ非肥満者の対策をすべき」との強い要求が出されてきました。そうした背景を反映させ，改訂版では「非肥満者の対応」が至る所で記載されています(ただし，非肥満者の保健指導は義務化されていません)。

次に説明する「フィードバック文例集」においても，肥満者と同等に非肥満者に対しても言及し，どのように対応すべきかが一覧表に記載されています(図4)。要するに，これまでは血圧高値，脂質異常，血糖高値といったリスクを保有していても，非肥満者であれば保健指導の対象者ではなく，とくに義務として対応を考えなければならないわけではありませんでした。しかし，第2期では非肥満者のリスク保有者の対応策が期待されており，早急に方策を検討しなければなりません。まずはリスク保有者の非肥満者の人数や重症度を把握することが最初の

作業になるでしょう。

フィードバック文例集の活用

今回の改訂版でとりわけ目新しいのが「フィードバック文例集」ですが，これは一見するとシンプルな表に見えます。しかし，改訂版が発行された後，何人かの保険者や現場の保健師・管理栄養士の方々にこのフィードバック文例集について尋ねたところ，「該当者に対する説明に重宝している」，あるいは「医療機関への受診勧奨の際に役立っている」といった高評価の回答が多くありました。しかし，このフィードバック文例集ではそうした活用方法は当然行うとして，それ以上のことを読み取らなければなりません。

血圧高値(改訂版 p.85)と脂質異常(同 p.87)の「健診判定と対応の分類」表には，「生活習慣を改善する努力をした上で，数値が改善しないなら医療機関の受診を」との記載があり(図4)，これは「生活習慣の改善(予防)」と「医療機関の受診(医療)」の円滑な連携を求めています。したがって，現場の保健師や管理栄養士の方々は生活習慣の改善をどのくらいの期間でどのように実施するか(とくに非肥満者が課題となる)，どのタイミングで医療機関につなげる

図5 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の比較

項目	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1~3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	Ask (喫煙状況の把握) Brief advice (短時間の禁煙アドバイス) ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案 Refer (医療機関等の紹介) ☆準備期のみ	Ask, Brief advice は左記と同様 Cessation support (禁煙実行・継続の支援) (1)初回の個別面談 ☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2)電話によるフォローアップ ☆禁煙開始日設定者のみ ①禁煙状況とその後の経過確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種検診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保険事業

かなどの方法について、前述の「受診勧奨体制の強化」と併せて検討する必要があります。

岩手県一関市国民健康保険藤沢病院の佐藤元美院長は、健康増進外来を開設し予防と医療を切れ目なく実践されています。私たちが訪問見学したときにも、生活習慣病の軽症者の診療および保健指導を診察室で行っていました。第2期では、「生活習慣の改善」(予防)と「医療機関の受診」(医療)の円滑な連携方法を必ず開発していかなければなりません。

たばこ対策・飲酒対策

プログラムの旧版では、喫煙やアルコール酒の対策には多くの頁数を割いていませんでした。そうした影響もあったかもしれませんが、第1期における特定保健指導の実践では、えてしてたばこ対策および飲酒対策は後手に回る場合が多かったようです。

今回の厚労省の検討会では、たばこ対策や飲酒対策を強化すべきという意見が出されました。そのため改訂版には、喫煙に関するフィードバック文例集、禁煙支援のマニュアル、アルコール使用障害スクリーニング手引きがしっかりと記載されました。

「喫煙に関するフィードバック文例集」(改訂版 p.94~95)では、血圧高値、脂質異常、血糖高値、メタボリックシンドロームなど、ケースごとに文例集が書かれ、また禁煙外来や禁煙補助剤の利用にも言及されており、現場にとって非常に有益な内容になっています。

「保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」(同 p.167~175)では、短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の2つの方式が記載され(図5)、現場のニーズに合わせた禁煙支援方法が解説されています。

また飲酒対策でも「保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)とその評価結果に基づく減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き」(同 p.176~183)が記載され、該当者のスクリーニングおよび飲酒量を減らすサポート方法が解説されています。

たばこ対策・飲酒対策は、保健指導の現場にいる保健師や管理栄養士にとって苦手意識があるかもしれませんが、改訂版の解説は充実しており、必ず読んで実践したいところです。

慢性腎臓病と高尿酸血症

第2期でも、血清クレアチニンと血清尿酸値

は健診の必須検査項目にはなりませんでしたが(尿蛋白は必須)。しかしながら、改訂版では慢性腎臓病と高尿酸血症に触れられています。両者は生活習慣が影響する疾患で、ほとんどが予防可能です。前者の慢性腎臓病は病態が悪化して進行すると末期腎不全により透析治療に陥ってしまいます。つらい治療やQOL低下などの患者の問題のみならず、関連する医療費が高額になります。

慢性腎臓病の危険因子には、肥満、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症などがあります。特定健診・保健指導の枠で効果的な保健指導が実施され、これらの予備群を改善することが求められています。改訂版では、現場の保健指導がより一層効果的に実施されるように期待され、フィードバック文例集に「尿蛋白に関するフィードバック文例集」および「尿蛋白及び血清クレアチニンに関するフィードバック文例集」が記載されました。

血清尿酸値の上昇は、腎障害、尿路結石、メタボリックシンドローム等のリスクを高めます。高尿酸血症は、慢性腎臓病と同様にしっかりとした保健指導を実施し生活習慣の改善が行われ、これらの病態のリスクを軽減させることが期待されています。改訂版には「尿酸に関するフィードバック文例集」が記載されていますので、有効活用すべきでしょう。

まとめ

改訂版には新しく変更・加筆された重要な情報が詰まっています。「腹囲基準に変更がないからこのまま従来どおりで実施します」では心許ない話です。必ず手元に『標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)』を置き、よく読んで心機一転して第2期の5年間に取り組みましょう。

上述のように、特定健診保健指導制度の内容

は変わっています。第1期の5年間の経験から多くのことを学び、それを生かすことが必要です。一言で言い表わすならば、地域の生活習慣病対策をより一層効果的で効率よく進めるための「改訂」であり、PDCAサイクル活用の推奨、受診勧奨体制の強化、非肥満者への対応、フィードバック文例集の活用、喫煙と飲酒の対策、慢性腎臓病・高尿酸血症への言及などはすべてそれにつながります。

次回からは、いよいよ「Cから始まるPDCA」の実践について、具体的に紹介します。

●文献

- 1) 「特定健診・保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究」平成24年度厚生労働科学研究報告書。2013。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/topics/dl/tp130412-1c_0003.pdf [2013年7月29日確認]

今井博久 ● imai・ひろひさ

国立保健医療科学院

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6