

改善策」を立案することを心がけましょう。

具体的な手順ですが、まず抽出した改善策をもう一度詳しく書き出します。内容を拡大するのではなく、具体的に詳細に書き出すという作業です。そうすることで改善策が本当に実現できるか否か、あるいはどのようにすれば実現できるかが自ずと見えてきます。その中から必要最小限の内容で、かつ、いまのタイミングがベストと判断できる改善策に絞り込んでください。一般にA⇒Pで失敗するケースは、やらなければならないと思っていることを次から次へと計画に入れてしまうことです。こういうケースは、計画倒れに終わる可能性が高いです。実現可能なことまでできなくなり、ほとんどが失敗してしまうでしょう。

私がお勧めする「最小限でかつ絶好のタイミングと判断できる改善策」は、①データの可視化の体制作り、②改訂版の新規項目の「非肥満者対応」と「受診勧奨者フォロー」、③食事評価の改革などの事項を含めたものです。

①は第1期のデータがあるのでそれを可視化し保健事業の過去と未来を検討するために必要不可欠です。最小限これが実施されなければ前に進めませんのでその体制を整える計画を立ててください。

②は本年4月に「改訂版」が発行され、非肥満者の対応と受診勧奨者の対応が強調されていますので、絶好のタイミングと言えましょう。今こそそれを具現化する計画をしっかりと立てましょう。

合わせてオレンジゾーンの具体的なプログラムも開発しましょう。ここに挙げた①、②、③は、私の研修会で多くの保健師さんや管理栄養士さんが記してくれた項目です。読者の皆さんも実行してみてください。

■計画に5W1Hを

第2のポイントは、上で述べた計画に、いわ

ゆる5W1Hを考えることです。「いつ(When)、どこで(Where)、だれが(Who)、何を(What)、なぜ(Why)、どのように(How)」という6つの要素があれば、より具体的な計画に成ります。あるいは、いつまでに、何を、だれが、どのように、というように4つでも十分です。ただ単に「何々を実施します」「これを推進します」というのでは、それは計画ではなくスローガンやメモになってしまいますので具体的な記述が不可欠です。

たとえば、食事アセスメントを「1日の食事記録表」から抜本的に変更し、食事指導を保健指導の中心に据えるという改善策をうまく計画に落とし込みたい、とします。この場合ですと、

いつまでに：初回面談を実施する前までに(9月までに)

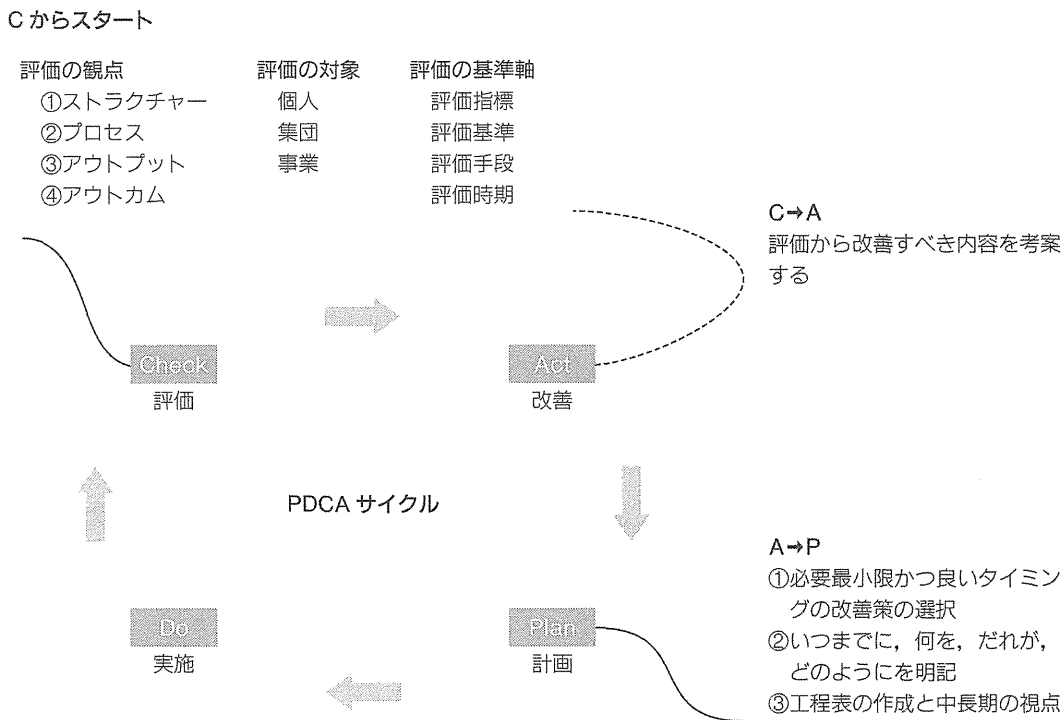
何を：食事評価のために写真を活用する、使い捨てカメラを使用する、写真ノートを作成する
だれが：A管理栄養士(責任者)とB保健師が担当する

どのように：健診結果説明会で積極的支援の対象者にカメラを手渡し撮影の仕方を説明する、食事記録表も渡す、撮影した写真を直接または郵送で保健センターに提出してもらう、個別に写真ノートを作成し、食事指導の計画素案を立てる(A管理栄養士が原案を作成し、B保健師がチェックし、最終版は2人で作成する)などを、計画に明記するとよいでしょう。

■工程表の作成と中長期計画

第3のポイントは「工程表の作成と中長期計画」です。国保の保険者であれ健保組合の保険者であれマンパワーが充足しているところは少数です。多くの保険者は少ない人材でやりくりしながら保健事業をしています。その少ない労働力で山積の課題を一気呵成に改善する計画を立てても成功しません。少しずつ解決を図る作

図 PDCA サイクルの概要



戦で行きましょう。そのために「工程表」を作成します。C→Aで挙げた多くの改善策を、上の第1のポイントで説明したように重要性やタイミングを考え優先順位を決めます。たとえば2013(平成25)年度にはこれを実施する、2014(平成26)年度はあれを実施する、など、第2期の5年間という中長期の時間軸を考えて確実に課題を克服していく計画を立てるとよいでしょう。ウサギよりもカメが最終的には勝ちます。1つひとつ克服していきましょう。

A→Pへの落とし込みでは、これら3つのポイントに従って確実に実行できる計画を立てましょう。このA→Pの作業プロセスを担当者の間で「共有する」ことも忘れないでください。

現場でリーダーシップを取る保健師が1人でこの作業プロセスを実施してはだめです。1人で計画を立案してしまうと、バランスを欠いたり漏れが生じたりします。また他の保健師や管

理栄養士は場合によっては「やらされている」という気持ちになったり人任せな態度になったりします。ですから、責任者は柔らかなリーダーシップを取りながら関係するスタッフを交えて情報の共有を図り共同作業を進めてください。

おわりに

4回の連載によって「Cから始めるPDCA」実践法を説明してきました(図)。

保健事業の評価は簡単ではありません。個人への効果と集団への効果、短期間と長期間、ミクロ的視点とマクロ的視点、直接的な影響と間接的な影響など多角的な評価があります。特定健診・保健指導が対象とする疾病は高血圧や糖尿病など複数あり、重症度や病態も単純ではありません。また多くの職種が参加しています。こうした混沌とした世界を相手に評価するわけ

ですから少々困惑してしまうのも当然です。ですから、問題の整理と改善を順序立てて展開するPDCAサイクルの活用が推奨されるわけです。

読者の皆さんは、まずC分析を実施して問題をカテゴリー化してください。そこからC→Aで改善への方向を検討し、挙がってきた課題を整理しPに落とし込み、D(実施)してください(紙面の関係でDの解説はしませんでし

た)。

じっくりと着実に一步一步で構いません。それこそが第2期の5年後の到達点で優れた成果を得るための歩みです。

今井博久・いまい・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



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③

C分析からA検討の実践例

A(改善策)が見えてくるようなC分析を

国立保健医療科学院

今井博久 統括研究官 / 中尾裕之 同主任研究官

第2期の特定健診・保健指導が開始されるにあたって、2013(平成25)年に『標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】』(以下、「改訂版」)が発行されました。連載の第1回(9月号)と第2回(10月号)で、この「改訂版」に書かれた変更点のポイントおよびPDCA(Plan, Do, Check, Action)サイクルの基礎事項などを説明してきました。

今回は、いよいよPDCAサイクルを使用した実践例を紹介합니다。読者の皆さんは、これらの実践例を参考にして、第1期の系統だった評価(C)を行い、改善(A)策を検討し、上手にPDCAサイクルを回してください。これから5年間の第2期が効果的な事業になるように、戦略を練りましょう。

私自身は現在、特定健診・保健指導の研修講師として全国の都道府県を訪問しています。その際には市町村国保や組合健保の保健師とお話しして、現場のさまざまな課題について勉強させていただいています。ただ、しばしば困惑してしまうのは、実施している保健指導によって、どのくらい体重や血圧が改善されているかを、それらの方々がほとんど把握していないこ

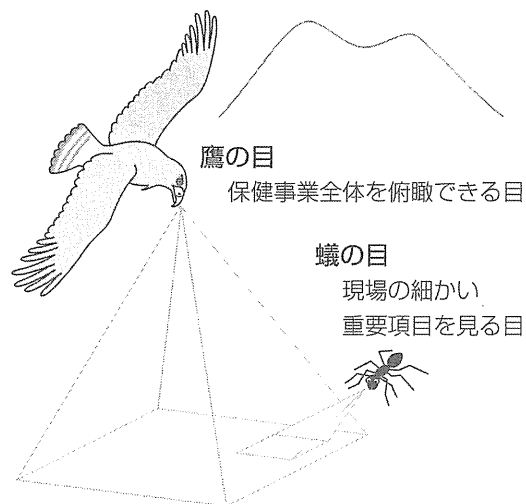
とです。1割か2割程度の方は積極的支援および動機づけ支援で性別と年齢別に改善度を把握し、特定健診・保健指導の事業計画の見直しを実施し、医療費適正化を図るための分析などを行っています。しかし、逆に言えば、8割から9割の方はそうした定量的な評価を行っていないという、厳しい現実に直面しています。

放置せずに評価の実施を

特定健診・保健指導は、糖尿病などの生活習慣病の有病者・予備群を減少させることを目標としています。もし定量的な評価を実施しないならば、保健事業が成功しているか失敗しているかの判断がつかず、血圧や血糖がどのくらい改善しているかが明らかにならず、自らの保健事業の有効性がわからないわけです。これでは目標に到達できないでしょう。

定量的な評価を実施せず成果が不明のままであれば、時間の経過とともに、いつしか事業自体が毎年実施される「セレモニー的なもの」になっていくでしょう。すなわち「実施するという目的のために実施する」状態に陥ってしまう

図 鷹の目と蟻の目



かもしれません。ですから、必ず系統立った評価を実施しましょう。

もし時間的な余裕がないならば積極的支援の対象者だけでも構いませんし、改善の単純なヒストグラムを描くだけでもいいでしょう。少しずつ試みて、弾みがついてきたら、PDCAサイクルの手法を使用して科学的に評価しましょう。

鷹の目と蟻の目から分析

2013年度は第1期と第2期の変わり目の年度です。第1期の5年間を振り返り、同時に第2期の見通しを図る絶好の時期です。その際には、どのように保健事業を展開すべきかを考え、全体を俯瞰する視点をもつ必要があります。こうした視点は、大空を舞い眼下全体を俯瞰する「鷹の目」と言えます。

その一方で、保健指導の最前線の現場を詳細に把握する視点も必要です。効果的な保健指導教材は何か、塩分摂取はどのくらい減少したか、など現場の小さな変化などをとらえる視点のことで、いわゆる「蟻の目」と言えます。

保健事業の評価には両方の視点が不可欠で

表1 4つの評価軸

①評価指標	②評価基準	③評価手段	④評価時期
肥満度	腹囲：85 cm/90 cm	健診時の測定	
リスク数	階層化ステップのリスク判定	階層化ステップの方法	介入の6か月後
血圧	130 mmHg/85 mmHg	健診時の測定	1年後
予備群割合	積極的支援と動機づけ支援の割合	健診データによる階層化	3年後 5年後
医療費	前年度医療費	公表値	

す。C分析をする場合にも、大雑把すぎて小さな重要な点を見逃してもいけませんし、また細かすぎても本来の目的を見失います。「鷹の目」と「蟻の目」のバランスを取りながら、C分析を行い、A検討を考案しましょう(図)。

評価指標など

PDCAサイクルのC分析では、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)などの観点から評価を実施します。アウトカムはデータを得るために中長期の時間が必要であるため、短期的にアウトプットの観点で評価する場合があります。この4つの観点から評価を行うには、評価指標、評価基準、評価手段、評価時期について明確にしておく必要があります。

評価指標は、たとえば肥満度、リスク数、血圧、予備群割合、医療費などになります(表1)。評価基準は、前者に沿って並べれば腹囲85 cm/90 cm、階層化ステップのリスク判定、130 mmHg/85 mmHg、積極的支援と動機づけ支援の割合、前年度医療費になります。評価手段は、健診時の測定、階層化ステップの方法、健診時の測定、健診データによる階層化、公表値になります。評価時期は、ほとんどの評価項目が介入の6か月後または1年後で、中長期に見るならば3年後、5年後になります。



A(改善)が見えてくるC(評価)

Cの分析を行う時には4つの観点から分類し整理することをすでに説明しましたが、その際に最も注意する点は「改善策が見えてくる評価を行う」ということです。C分析を行う時に、思いつくままに問題点を列挙するだけではよい分析とは言えません。必ず次の段階のA(改善)の対応策が見えてくるようなC分析をするようにしましょう。

そのためには第1に、保健事業を進めてきた過去5年間(あるいは昨年度)の問題点に対して「正しい事実の認識をする」ことです。要するに、目先の現象だけでなく背後も含めて正確に現実を把握することです。

人は、どうしても目立っていることや身近なことに気を取られてしまいます。「保健指導を行ったが対象者の中性脂肪が減らなかった。無関心期にいるから食事内容を変えてくれませんでした」という評価は表面的すぎます。この場合、食事内容に鋭敏に反応する中性脂肪についての指導ですから、食事アセスメントを正確に行ったのか、食事摂取と中性脂肪値の関係および中性脂肪と動脈硬化の関係(疾病リスク)などをわかりやすく説明したのか、など背後にある事実を考察したC分析をすべきです。

第2に、保健指導の失敗を「正しく理解する」ことです。食事アセスメントを粗く実施したため適切な食事指導ができなかった、「動物性脂肪は体によくない」だけの説明で病態生理をわかりやすく説明しなかった、などと現象の本質的な要因を正しく理解することです。

このような点に留意しながらC分析を行えば、自ずとA検討の輪郭が現れてきます。具体的には、手始めに「なぜ、この結果になったか」「なぜ、このような体制になっているか」と自問自答しながら書き出していただきます。そうすれば必ずA(改善)が見えてくるC

(評価)が出来上がります。

C(評価)の実際例

■ストラクチャーの評価

「改訂版」が発行されてから、多くの都道府県に出向いて保健師や管理栄養士と一緒にPDCAサイクルの演習を実施してきました。その演習において現場の方々が具体的に記入したC分析およびA検討の実際例を、今回の説明の材料として使用します。本号では、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの観点のうち、ストラクチャーおよびプロセスの事例を使用して解説します。

復習になりますが、ストラクチャーは保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものです。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制(職種、職員数、職員の資質など)、保健指導の実施に関わる予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用などがあります。

たとえば、人員は十分か、保健師、管理栄養士、運動指導士などの有資格者はいるのか、国保部門と衛生部門の連携(役割分担)ができているか、保健師と管理栄養士の連携ができているか、事務方との意思疎通が良好であるか、特定健診・保健指導のデータに容易にアクセスできるか、データ加工(集計)ができる人材がいるか、医師会との連携をとる仕組みがあるか、国保連合会の支援が十分に受けられるか、などの観点から評価(C)します。

ストラクチャーの観点から評価を行った表2は、事務方との連携および人材量に焦点が当てられています。保健師の本来の機能は保健における対人サービスですので、事務作業よりも保健指導で専門性を発揮すべきでしょう。組織上の問題もあり、それぞれの上司(幹部)らが協議して制度運営を円滑に進める人員体制を構築す

表2 ストラクチャーの評価事例①：
事務方との連携と人材量

振り返り(2008~2012)	第2期(2013~2017)
<p>・事務を担当する者との連携が困難で、事務処理などの仕事は保健師が実施したが、ほとんどうまく処理できなかった。</p> <p>・これまで保健指導に従事する職員が少なかった。結果説明会(初回面接)ではある程度(保健師4名、栄養士4名)いるが、その後に継続して関わるのは保健師、栄養士が1名ずついるのみ。</p>	<p>・事務方に協力を求め、役割分担を決める(トップ同士で話し合い担当体制を明確化する)。また生データをデータ化、グラフ化する事務作業および分析作業の専任化を図る。</p> <p>・2013年後半から育休明けの保健師が加わることでよりマンパワーが増える予定。上司にお願ひして臨時の人を増加してもらう。</p>

るしかありませんが、人数が足りないのか、それとも適材適所の人材配置が阻害されているのか、等について問題点を明確にしておくことは大切です。

同じくストラクチャーの観点から評価を行った表3の事例は、役割分担と担当責任が不明確なために事業の実施が円滑に進んでいない状況を評価したものです。一般に、保健事業は対象領域が広範になりやすく、また得られる結果も単純に測定できません。そうした固有の性格があるために、多くのことが曖昧になりがちです。ですから、保健事業を成功させるためには「役割分担」と「担当責任」を明確にすることがキーポイントになります。これを書いた保健師はこの2つを認識し、改善策を検討し、来年度に向けた提案をしています。

この実例にあるように、ストラクチャーでは、誰が何を担当し、誰がどの結果の責任を負うのかを事前に明文化しておきましょう。表やポスターに書いて部屋に貼っておくのも1つの方法です。私の欧米での経験では、生活習慣病対策やがん対策の執行担当のオフィスに行くと、しばしば大きな組織図(責任と業務の明記)が貼ってありました。

表3 ストラクチャーの評価事例②：
役割分担と担当責任

振り返り(2008~2012)	第2期(2013~2017)
<p>・2008年度以降は保健師が組織内で分散化していた。2006年1月に合併して、主幹級の保健師は介護保健の分野に異動した。その後、毎年健康推進課の体制は一転二転し、人材不足もあり職員間の連携も悪く2012年度も同じ状況だった。</p> <p>・評価を実施しないため、しっかりとした事業の積み上げができていない。加えて地区担当の責任体制が機能していない。事業そのものも、ヘルスと国保分野の役割分担も明確でなかった。</p>	<p>・来年度から健康推進課に業務リーダーを置く。また、事業実施主体は国保だが、保健指導においては執行委任を受けていることを課員が明確に自覚する体制を作る。業務リーダーから各保健センターのリーダーに企画会議で確実に伝達するシステムにする。</p> <p>・各保健センターのリーダーにPDCAサイクルを使用して分析させ計画や実施、評価などの管理責任をもたせる。地区担当制を明記して、異動時にきちんと引きつがれる台帳管理を作成する。</p>

表4は、専門職間の意思疎通について評価を行った事例です。これを書かれた方は、専門職間の意思疎通の不足を的確に評価し、改善策としてより密接な連携を図ることを提案しました。保健指導に従事する専門職は、保健師、管理栄養士、運動指導士など複数の職種になります。当然、それぞれが得意とする指導は違います。過不足なくバランスが取れ、整合性ある保健指導を行うためには、専門職間のコミュニケーションを十分に確保する必要があります。

保健師、管理栄養士、運動指導士などが豊富に揃っているところは稀ですので、お互いにカバーする必要があります。内部あるいは外部の専門職との技術的な交流(もちろん心の交流も)をすることによって各専門職の知識を学び合い吸収し合い、可能な限りバランスのよい保健指導をしましょう。また保健指導対象者に関する情報の共有も必要です。指導の前線にいる者同士は、短時間で構いませんので頻回にミーティングできる体制を築きましょう。

表4 ストラクチャーの評価事例③：
専門職間の意思疎通

振り返り(2008~2012)	第2期(2013~2017)
<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士と事前に指導方針を確認し合っていた。途中でさまざまな問題が出てきても、うまく共有できなかった。 ・保健師、栄養管理士、運動療法士とで、2か月に1回勉強会を行っているが、定期的なミーティングは行っていない。 ・保健センター、拠点保健センター健推課、年金課の役割分担ができていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は事前だけでなく保健指導の期間中にも話し合ただし、途中からさまざまな問題が出てきても、うまく共有できなかった。 ・保健師、栄養管理士、運動療法士にて全体の定期的なミーティング(月に1回)を行い、情報の共有を図る。 ・組織の縦割りの機能を改め、話し合っで役割分担と責任体制を明確にする。

■ プロセスの評価

プロセスは、事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を評価するものです。評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段(意思疎通、教材を含む)、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度などがあります。

たとえば、①実態把握—対象集団の健康状態の実態を把握しているか、②健診・保健指導の実施過程のチェックをしているか—健診の通知が効果的である、食事アセスメントの実効性がある、カロリーブック使用が適切である、受診勧奨のフォローアップができています、③優先順位づけ—解析結果を用いて優先順位を決めているか、などから評価(C)します。

表5のプロセスの評価は非常によく書かれています。この方は保健指導の目的や目標を十分に理解しながら保健事業を実施しているため、ここにあるように自らの抱える課題を的確に抽出できるわけです。保健指導の優先順位を把握し、「改訂版」で新しく記載された血清クレアチニン検査の文例集の活用を踏まえ、腎機能に

表5 プロセスの評価事例①：
保健指導の優先順位と情報管理

振り返り(2008~2012)	第2期(2013~2017)
<ul style="list-style-type: none"> ・私たちの市では高血圧や糖尿病の患者が多く、最近では腎透析の患者が増加して医療費増加が懸念されていた。特定健診・保健指導制度の効果を明確にする必要があった。 ・情報管理のプロセスが不十分だった。医療機関への受診勧奨者のチェック体制とコントロール不良者のフォローができていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「改訂版」で血清クレアチニン検査の推奨が強く打ち出され、使いやすい文例集が記載されたので、腎機能と高血圧、糖尿病を関連させて保健指導し、腎透析対策をしっかりと進める。とくに、腎機能が悪い人を見逃さない体制にする。 ・今年は、医療機関への受診勧奨者を対象にしたデータ説明会をひらき、なぜ医療機関を受診する必要があるかを認識してもらおう。対象者の生活に密着した保健指導(生活支援)を行っていく体制にする。また受診勧奨のフォローアップを確実にする(受診勧奨対象者の台帳を作成する)。

悪い影響を及ぼす高血圧や糖尿病の病態生理を理解して、腎透析対策の充実を図る改善策を立てています。合理的に保健事業を進める姿勢が感じられます。また「情報」という言葉を使用し、医療機関への受診勧奨の対象者のチェック体制が弱かったことを自ら厳しく評価し、本年度は「なぜ医療機関を受診する必要があるかを認識してもらおう説明会を開催する」と計画し、対象者に身体の状態を理解させて、自立した行動変容の惹起を促す方針を採用しています。

表6は、食事、喫煙、飲酒、運動に関する保健指導の実施過程に焦点を当てたプロセスの実践例です。一昨年の連載⁷⁾でも説明しましたが、特定保健指導で最も重要なポイントは「アセスメント」です。これを記入した方は、従前の保健指導を振り返ったときに食事や運動などの各領域のアセスメントが不十分であったために効果的な保健指導ができなかったことをしっかりと認識しています。運動指導がほとんどで

表6 プロセス評価の実践例②：
保健指導の実施過程

振り返り(2008~2012)	第2期(2013~2017)
<ul style="list-style-type: none"> ・食事アセスメントでは食事記録が1日分だったので、平均的な食事がわからなかった。 ・開始当初からアルコールに対する指導が弱かった。喫煙も同様な状況であった。 ・運動面はまったくダメでした。運動方法などの指導がほとんどできませんでした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事記録を2日以上にし、積極的支援には対象者の食事の写真を提出してもらい、食事アセスメントを充実させる。 ・今回の「改訂版」でアルコール対策と喫煙対策がしっかりと記載されているので、それを本年度の保健指導から活用する。 ・運動指導士を外部から招聘し、運動指導を充実させる。その予算の獲得を上司と相談する。

きていなかったとも正直に評価しています。また「改訂版」で飲酒対策が強調されていることをいち早く理解し、今後の指導に活用する改善策を考案しています。なお、「改訂版」では飲酒対策(アセスメントの方法など)にかなりのページ数が割かれており、これらを活用するとよいでしょう。

一貫したPDCAサイクル

PDCAサイクルは計画、実施、評価、改善の4つの段階を確実に実施し、順序よく回して保健事業をよりよい水準に到達させるもので

す。これら4つはバラバラに存在するものではなく、4つの輪が、オリンピックの五輪マークのように両隣の段階とつながり、生活習慣病の有病者や予備群を減少させ医療費を適正化するという目標に向けて一貫した作業を実施するものです。

今回は、現場の方々にC→Aの作業を実際に行っていただいたものを提示しました。すなわち、これまでの保健事業を振り返り、C分析のストラクチャーとプロセスの観点から自らの事業を評価し、同時にAである改善に向けたアクションを検討する、という連続した2つの作業を行ったわけです。

次の作業はPDCAサイクルの中のA(改善)→P(計画)の作業です。上の表2~6までに記入されたAの改善策をどのように実現可能性を高めた形でPに落とし込むかがポイントになります。このA→PにおいてもAとPは一部が重なり切れ目なく連続する作業になります。次号ではこの辺りについても説明します。

●文献

- 1) 今井博久/中尾裕之：効果的な特定保健指導の方法論の検討。見えてきた！効果的な特定保健指導，第3回。保健師ジャーナル，67(3)：238-242，2011。

今井博久 ● しまい・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

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

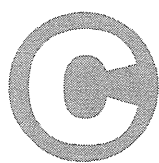
医療者のためのExcel入門

超・基礎から医療データ分析まで

田久浩志

- B5 頁200 2013年
定価2,415円(本体2,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-01845-6]

Excelの基本的なキー操作といった“超・基礎”から、便利な集計機能「ピボットテーブル」を駆使したデータの集計・分析、グラフ作成のポイントまで、豊富な画面例でやさしく伝授。医療現場を想定したサンプルデータを用いているので、身近な業務データの整理にも即役立つ！「スライド原稿を作る便利ワザ」など、医療者がより便利にExcelを使いこなすための有益な情報も満載。



C分析における基礎的な事項

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

前回は、『標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】』（以下、「改訂版」）のポイントを解説しました。読者の方は、その変更点の多さと重要性に驚いたことと思います。改訂版の発行後、多くの都道府県に出向きましたが、「大きな変更点はない」と思い込んでいる関係者は少なくありませんでした。たとえば非肥満者への対応や、受診勧奨判定値を超える該当者の対策をほとんど検討していませんでした。

第2期に向けて読者のみなさんが第1にすべきことは、「改訂版」をしっかりと読み込み新しく実施しなければならないことを把握すること、第2にはこれまでの事業の「定量評価」を行い、「改訂版」の新しい方針に従って「計画立案」することです。とりわけ、後者はPDCAサイクルを活用すれば容易にできます。定量評価はC(Check)であり、計画立案はP(Plan)ですので、まさに「Cから始めるPDCAサイクル実践法」になります。

PDCA サイクルとは

「改訂版」のp.9に掲示されたPDCAサイク

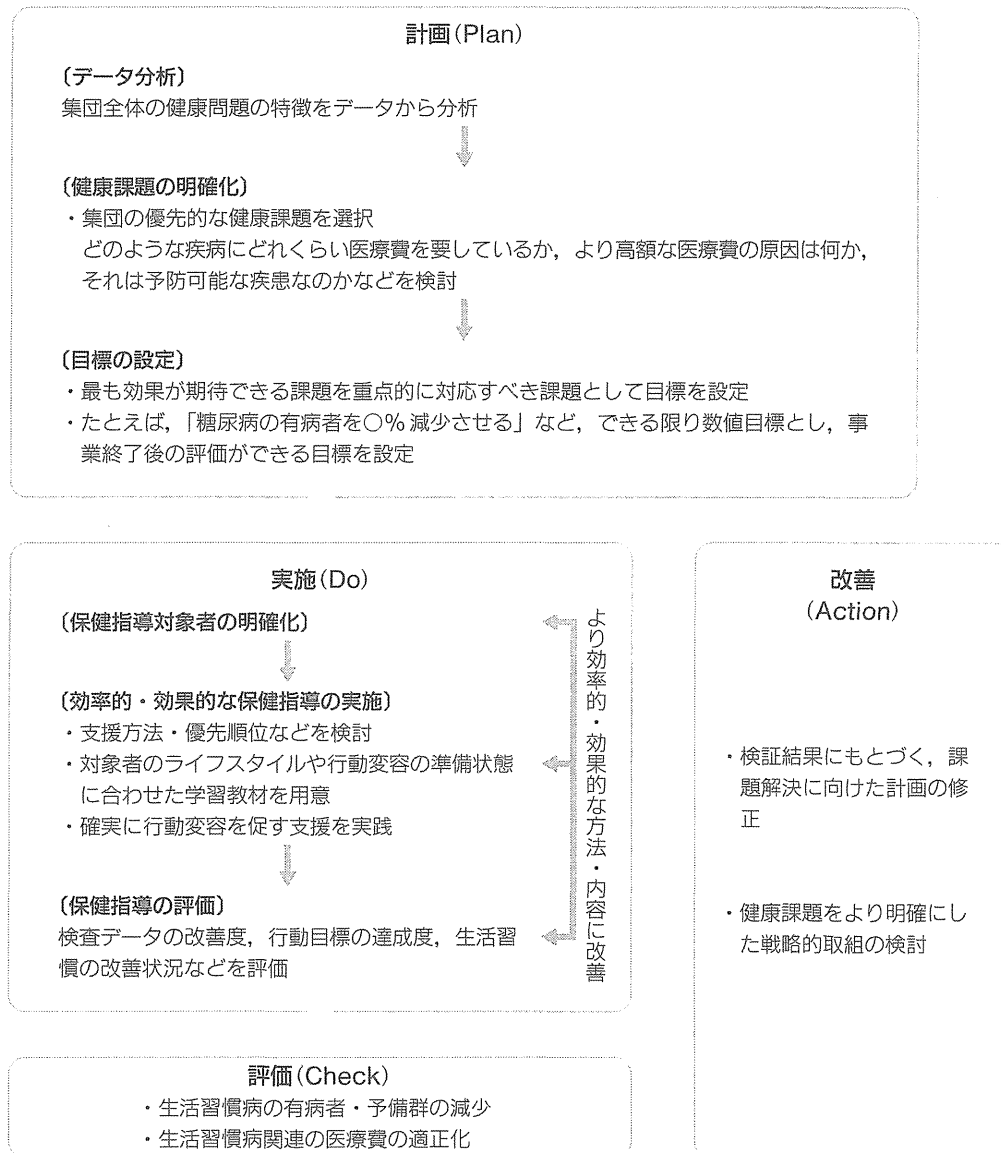
ル図(図1)は、若干複雑な図になっていて少々わかりにくいかもしれません。この図は「実施(Do)」の部分と全体の2つのPDCAサイクルから成り立っています。

まず「実施(Do)」の段階で1つのサイクルを回していると理解できます。たとえば「学習教材を用意」などと書かれた枠に、「より効率的・効果的な方法・内容に改善」と添え書きされた矢印がフィードバックされた形式で表現されています。これは時間軸で言うと半年か1年の単位になります。一方、全体のPDCAサイクルには「評価(Check)」の指標として「医療費の適正化」などが書かれているので、相当に長いサイクルの時間軸を前提にしています。少なくとも5年程度かそれ以上のものになっています。

通常のPDCAサイクルはもっとシンプルに書かれています。ですから、この図がよく理解できなくても気にする必要はまったくありません。

PDCAサイクルとは「計画を立てて、実行して、それを振り返って、もっと上手なやり方をする」ということです。「当たり前」と思わ

図1 「改訂版」p.9の「保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル」の図

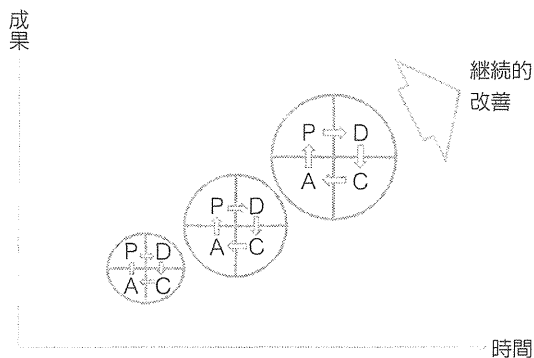


れた方も多いと思いますが、当たり前のことを当たり前に整理して確実に実行しましょうということです。特定健診保健指導の事業を展開したときに、みなさんはさまざまな課題に直面してきたと思います。成果がまったく出ていない、チームワークが悪い、データ分析や突合がうまくいかない、などまさに混沌(カオス)の世界に陥りそうになります。そうした場合にいきなり問題解決を図るのではなく、PDCAサイクルを活用して問題解決を図りましょう。

前回は説明したように、PDCAはもともと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。皆さんはPDCAサイクルのルールに乗りスイスイと進んでいけばよいわけです。

毎年、PDCAサイクルを活用して少しずつプログラムを改善し、正のスパイラルを描きな

図2 PDCA サイクルにおける正のスパイラル



がら、第2期の最終年度の2017(平成29)年度には確実に成果を出せるようにしましょう(図2)。

C作業の基本構造

特定健診・保健指導という保健事業の目的は、糖尿病などの生活習慣病の有病者や予備群を減らし、医療費の適正化を図ることです。そのため、糖尿病の有病者数や医療費の伸び率などをどのくらい抑制できたかなどが重要な評価結果になります。しかしながら、そうした数値データはあくまで結果であって、それだけでは何か問題が生じて解決方法を探ろうとする場合や、数値を改善させる方法を検討したい場合にはほとんど役立ちません。

たとえば、ある地域で糖尿病の保健指導介入の事業を行い、しかし糖尿病の患者が100人も増加してしまったとします。なぜ予防対策を実施したのに従前よりも増加してしまったのだろうかと考えるとき、患者数増加という「結果」だけの情報では問題解決に何も役立ちません。必要な情報は、対象者の設定方法に問題はなかったのか、保健指導プログラムのどこに問題があったのか、指導教材は有効だったのかなどです。C(評価)の作業である評価分析には、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプ

ット(事業実施量)、アウトカム(成果)の分析の視点があります。そこで、この視点を用いてさまざまな問題点の整理を行うわけです。

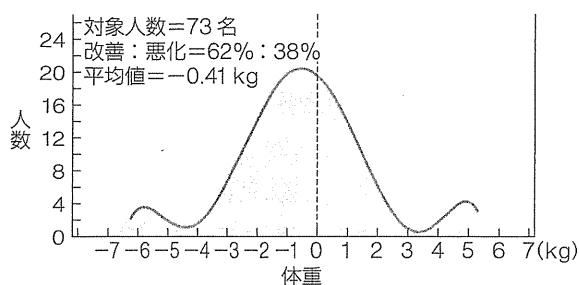
問題が混沌としていても4つの視点から分類していけば、問題の輪郭が明確になり、今後は何を行えばよいか、すなわち改善策の検討に自然と移行できます。Cの作業結果にもとづいてA(改善策)を検討し、P(計画)に落とし込むことが、効率のよい保健事業の展開方法です。この手順こそがPDCAサイクルの王道のC→A→Pに当たります。

さあ、Cから始めましょう

PDCAサイクルを活用して保健事業の評価を実施するならば、最も重要になる作業はC(Check)です。このPDCAサイクル論を唱えたエドワード・デミング博士は、後になって評価(C)を入念に行う必要性を主張してCheckをStudyに置き換えることを再提案し、PDSAサイクルと呼ぶようになりました。この逸話で示されるようにPDCAサイクルの核心はCであることがわかります。

前回、Cから始める理由を「第1期の5年間のデータ蓄積があるのでCから始めるべきでしょう」と述べました。すなわち、現状ではデータ蓄積に恵まれているわけですから、額面通りにPから始めず、まずはCの作業に取り掛かり、上で説明したストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(成果)などの観点から5年間(または昨年度)の振り返りを行いましょう。今年は第2期の初年度という節目の時期になっていますので、しっかりとCの作業を実施することで過年度を総括でき、かつこれからの5年間の方向性も考えることができます。

図3 市町村を「集団」の単位とした場合
(A 自治体で保健指導を受けた「動機づけ支援」者の体重変化)



「集団」に対するCの作業

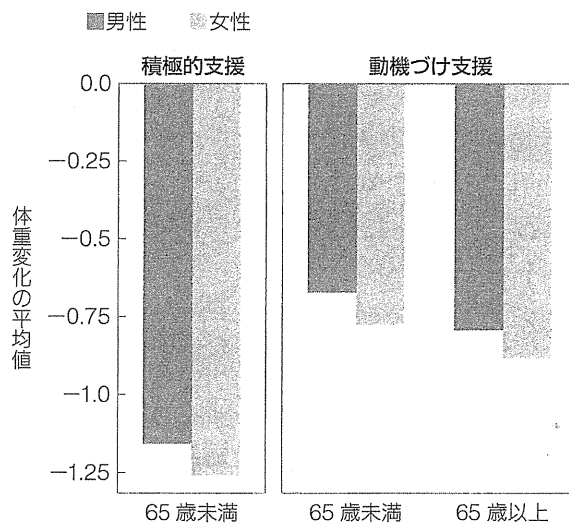
Cにおける具体的な評価作業を実施する際に3つの評価対象、すなわち個人、集団、事業が考えられます。

「個人」はシンプルなので説明しません。工夫が必要なのは「集団」で、たとえば集団の中では改善した人もいれば悪化した人もいますので、集団に対する保健指導の評価は単純ではありません。Cの作業を行うために、4つの観点すなわちストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(成果)から検討しますが、ここではアウトカムの観点からCの作業を説明します。

図3を見てみましょう。これはA自治体における動機づけ支援の対象者である男性73人の体重増減の度数分布図です。2011(平成23)年度の体重から2010(平成22)年度のそれを単純に引いた結果です。縦軸を人数、横軸を改善のkg値(-であれば減少,+であれば増加)を表し、曲線は分布をわかりやすく把握するために補助的に描いたものです。図3の左上に、対象人数(73名)、その対象者における体重減少人数(改善)と体重増加人数(悪化)の比率(62%:38%)、対象集団の平均値(-0.41 kg)が書かれています。

残念ながら、度数分布の形状は正規分布に近いものになっており、体重は減った人もいれば

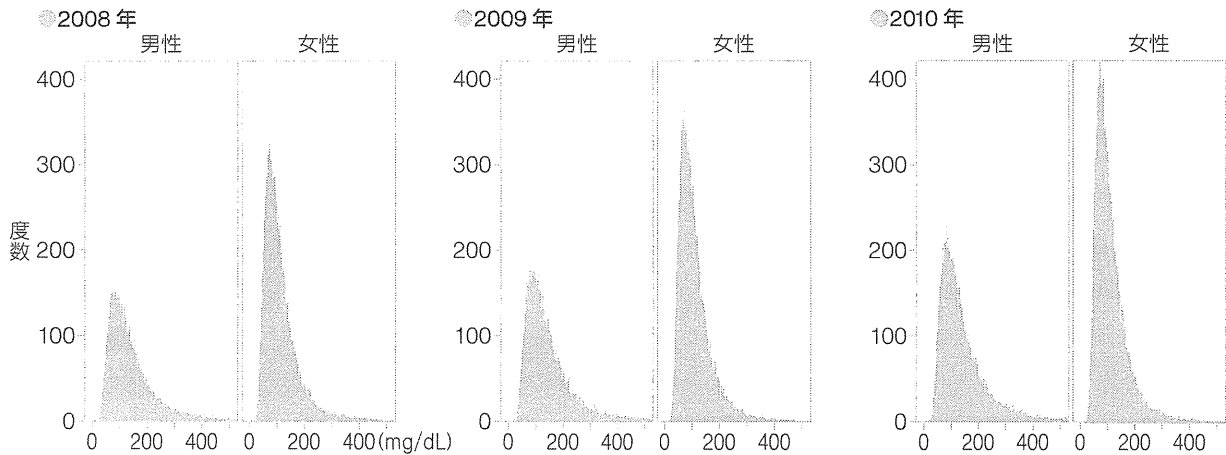
図4 都道府県を「集団」の単位とした場合
(B 県で保健指導を受けた者の体重変化)



増えた人もいて、ゼロ線(0 kg)を境に対称的で、平均値はほとんどゼロ(-400 g程度)でした。要するに、体重に関する保健指導介入は動機づけ支援の集団全体として見ればほとんど効果がなかったと言えるわけで、この動機づけ支援のプログラム実施は失敗だったと言ってよいでしょう。実際にA自治体の保健師さんに話を伺ったところ「保健指導介入の回数が少なく間隔も空いていたので、関心が薄いかまたはない人たちが体重を増加させてしまった」ということでした。図3のような度数分布は動機づけ支援に非常に多く見られる形状で、保健指導がその集団全体に対してほとんど影響を与えていないことを表しています。

図3の場合はAという1つの自治体を集団の単位としてアウトカム評価を行いました。もう少し大きな単位として都道府県を考えるとどうなるでしょうか。図4は、B県の保健指導を受けた「積極的支援」および「動機づけ支援」の体重変化の平均値を見たものです。県内でそれぞれの保健指導を受けた人すべてのデータを使用し、それぞれの人の2011年度の体重から2010年度のそれを単純に引いた結果です。縦

図5 東京都X区の特定健診受診者の中性脂肪(mg/dL)の度数分布図



軸を体重の変化分で表し、積極的支援と動機づけ支援(年齢層別)に分けて示しました。

この県では、積極的支援の対象者の体重は、平均で男性は1.16 kg、女性は1.26 kg減少しています。動機づけ支援の対象者は、65歳未満では男性0.67 kg、女性0.78 kg、65歳以上では男性0.79 kg、女性0.88 kg減少していました。

全国の平均値とB県のそれとを比較するならば(全国という集団単位 vs B県という集団単位)、積極的支援における体重減少は全国は概ね1 kgで、一方B県は男性が1.16 kg、女性は1.26 kgだったので、B県という集団に対する評価は全国的には中位と言えるでしょう。性別で分類された集団では、女性の体重減少分がすべてのカテゴリーで男性よりも大きいというアウトカムが得られました。また保健指導の介入強度の違いによる分類、すなわち積極的支援の集団と動機づけ支援の集団を比較すると、積極的支援の集団の改善幅のほうが大きいアウトカムでした。さらに、動機づけ支援における年齢別では、65歳未満に比較して65歳以上が男性も女性も勝っていました。

「事業」に対する保健指導のCの作業

次に「事業」に対する保健指導の評価を説明しましょう。この場合にもさまざまな視点があります。保健分野の「事業」を実施したわけですから、その事業の採算はどうだったのか、すなわち費用対効果(体重を1 kg 下げるためにいくらの費用がかかった計算になるのかなど)という医療経済的な視点の評価は必要でしょう。また、大きな事業として地域全体で特定健診保健指導に取り組み、制度の推進をした場合には、地域全体がどのように行動変容を起こし、地域全体として体重や血圧、中性脂肪などが改善したかを評価する視点はより一層重要です。

すなわち、保健指導を受けたグループと受けなかったグループの比較のみならず、健診を受けた人々すべての健診データを活用して地域全体がどのようにシフトしたかを評価します。この視点は地域の生活習慣病対策のエンドポイントにつながるわけで、公衆衛生的には非常に重要になります。ここでもアウトカムの視点から説明します。

事業に対する保健指導の評価の一例として東京都の特別区X区の例を見てみましょう。X区は特定健診保健指導制度の開始以後、制度で

表 図5を表に変換したもの

●2008年		度数	48274
パーセンタイル	50		104 mg/dL
	80		164
	90		216
	95		277
●2009年		度数	54535
パーセンタイル	50		102 mg/dL
	80		161
	90		209
	95		267
●2010年		度数	60391
パーセンタイル	50		99 mg/dL
	80		159
	90		206
	95		263

決められた保健指導以外にも生活習慣病対策のキャンペーン、医師会主催の健康まつりなどのイベントや啓発活動が熱心に実施され、地域全体で取り組みが展開されていました。図5は東京都X区の特設健診のすべての受診者のデータを使用し、3年度にわたる中性脂肪の度数分布図をデータの可視化の方針に従って示したものです。

東京都X区全体での「事業」の効果が年を追って浸透して行けば、分布は右に裾野が伸びている部分が少なくなり左にシフトすることになり、地域全体として中性脂肪は改善していることとなります。時系列的に3つの図をよく見ると若干左にシフトしているように見えます。

そこで、本当にシフトしているかどうかを正確に検討するために、図5の中性脂肪の度数分布図を統計量(パーセンタイル)の表にしてみました(紙面の都合で男女合計としました)。

パーセンタイルを比較すると、50パーセンタイルで104 mg/dL→102 mg/dL→99 mg/dL、80パーセンタイルで164 mg/dL→161 mg/dL→159 mg/dL、95パーセンタイルで277 mg/dL→267 mg/dL→263 mg/dLとなり、50/80/90/95パーセンタイルのすべてが3年度にわたって減少していました。

まとめ

Cの作業である評価分析には上述した4つの分析視点があり、さまざまな問題点をこれらに分類すると、曖昧だった問題の輪郭がくっきりと見えてくるでしょう。

今回の説明では4つのうちでもわかりやすい「アウトカム」評価を材料にしました。もし「プロセス」評価であれば、食事アセスメントに恣意的なツールを使ってしまったために、食事指導の効果がほとんどなく塩分や中性脂肪を減らせなかった、というように問題をとらえられるわけです。

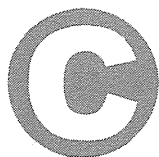
このようにC分析を進めていけば、自ずと何を修正すればよいかが見えてきます。ですから、まずは「Cから始めましょう」。

今井博久・いまい・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

【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・保健指導を实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

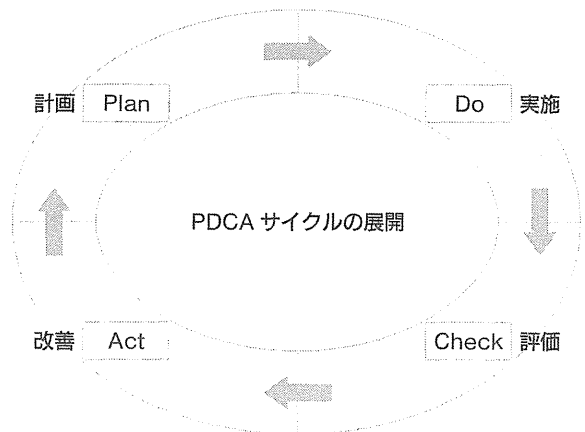
この連載の主タイトルにもなっているPDCA サイクルですが、これまで保健師や管理栄養士の方々は、日常業務で実際にPDCA サイクルを使用することはあまりなかったでしょう。しかしながら、この改訂版のp.9では大きな図を示してPDCA サイクルの活用が推奨されているので、保健師や管理栄養士の方々は少々戸惑っていることと思います。

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、成功したことを、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



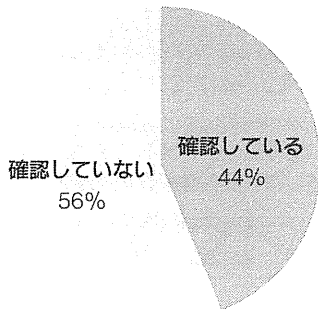
Cから始めるのがベストですが、闇雲に始めてもうまくいきません。まずは第1期の5年間(あるいは昨年度)に実施した内容を、系統立ててカテゴリー化して整理しましょう。次の4つのカテゴリーに分類します(あるいは思いつく課題を書き出してから、以下の4つのカテゴリーに記入してもよい)。

- 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)につなげます。

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)



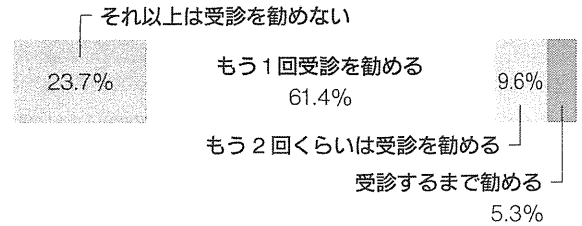
クルを回しながら正のスパイラルをぐるぐると描き上昇させ、第2期の最終年度である2017(平成29)年度には、エンドポイントとしてメタボリック症候群の有病者・予備群の減少、関連する医療費の適正化を達成できるようにします。

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した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	
	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	④生活習慣の改善を
正常 ↓	基準範囲内	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、喫煙やアルコール飲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