

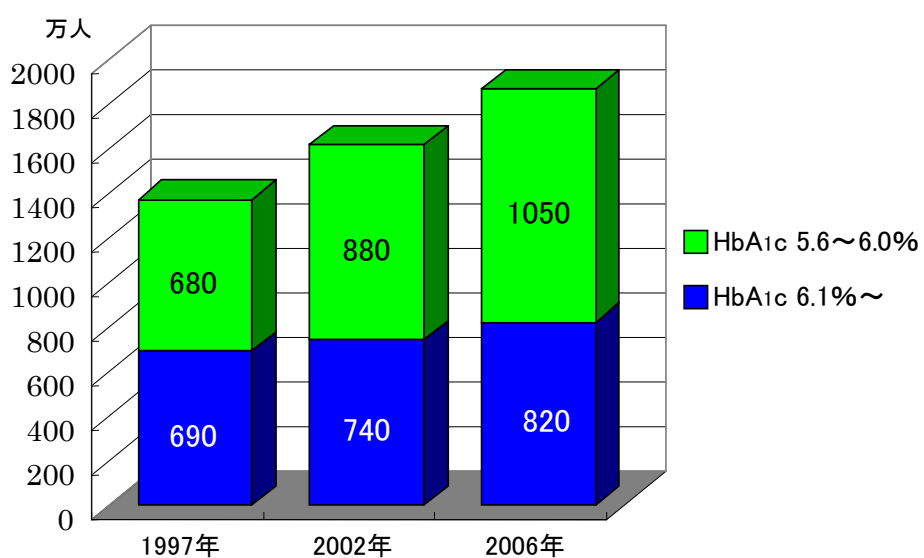
# 生活習慣病対策における 保健所の役割

～公衆衛生の視点で考える～

大分県福祉保健部健康対策課

藤内 修二

## 糖尿病の実態調査結果



## 老人保健法 25年を振り返る・・・

- 第一次保健事業計画(S57～61年) **普遍化**  
基盤整備, 二次予防の推進
- 第二次保健事業計画(S62～H3年) **充実・強化**  
一般健康診査、がん検診拡充、重点健康教育など
- 第三次保健事業計画(H4～11年) **財政難で低迷**  
老人保健福祉計画の策定  
がん検診の一般財源化  
一次予防重視 成人病 → 「生活習慣病」
- 第四次保健事業計画(H12～16年) **二極化**  
「健康日本21」と個別健康教育  
介護保険への移行(介護予防・地域支えあい事業)
- 廃止に向けての移行期(H17～19年) **迷走**  
地域支援事業

## 生活習慣病対策の実態

- 老人保健法に基づく基本健診受診率 44.4%  
男性440万人, 女性822万人が受診  
(国保加入者に限ると, 受診率は20～25%?)
- 健診後の保健指導  
病態別教室には, 延べ142万人が参加  
その他, 547万人が集団健康教育に参加
- 事業所健診の受診率(被扶養者を含む)  
単一健康保険組合および共済 57.2%  
政府管掌健康保険 22.7%
- 事業所健診後の事後指導  
政府管掌健康保険では社会保険健康事業財団  
からの訪問指導を利用する事業所も・・・
- これらの効果は十分とはいえなかった!

**内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考え方**

	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	→	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予防のための保健指導を必要とする者を抽出するための健診
特徴	プロセス重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化および将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	実施回数や参加人数(アウトプット評価)		糖尿病等の患者・予備群の25%減少(アウトカム評価)
実施主体	市町村	行動変容を促す手法	医療保険者

**国が指摘する健診・保健指導の問題(1)**

- ①健診が主であり、保健指導は「付加」物であった  
 集団健診の場合、保健指導の実施率は1～7割  
 個別健診の場合、保健指導は医療機関まかせ
- ②健診は個別疾患の早期発見・早期治療が目的だった  
 いち早くマルチプルリスクファクターに注目してきた自治体も少なく、関連する検査項目の異常の背景にある生活習慣にも着目してきたはず・・・
- ③保健指導の対象者は、「要指導」と判定され、健康教育等の保健事業に参加した者だった  
 様々な工夫をしてきたが、本当に来てほしい人の参加は容易ではなかった

## 国が指摘する健診・保健指導の問題(2)

- ④保健指導が健診結果の伝達, 理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供にとどまっていた  
一部には, こうした保健指導に終わっている実態があったかもしれないが・・
- ⑤保健指導が一時点の健診結果のみに基づく保健指導で, 画一的な保健指導だった  
経年的な検査結果の推移についてもわかりやすく伝える工夫をしてきたはず・・  
ヘルスアセスメントをはじめとする生活習慣の評価に基づく指導を行ってきた自治体も少なくない
- ⑥プロセス重視の保健指導で, アウトカムを重視してない  
気づきを促し, 自主性を大切にするプロセスは重要

## 国が指摘する健診・保健指導の問題(3)

- ⑦実施主体が市町村であったために, 対象者の把握が不確実だった  
受診票を配布して, 対象者の把握をする自治体でも正確な受診率の把握は困難であった!
- ⑧保健指導の評価が実施回数や参加人数というアウトプット評価だった  
確かに, 生活習慣や検査結果の改善を確認できていなかったことは反省すべき  
→ 自分達で, もう一度, 保健活動を振り返ってみよう  
保健活動で, 改善すべき点は何か?  
変えずに, 継続すべき保健活動は何か?  
→ これまでの保健活動との「連続性」がキーワード  
連続性を見失うと, 「振り回される」ことになる

## 生活習慣病・予備群25%削減のために 医療保険者に健診・保健指導を義務化

- 対象者が明確になるため受診率、健診・保健指導の成果等を評価することができる。
- 健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行うことにより計画作成および予防事業の効果を評価できる。また、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することができる。
- 未受診者、治療中断者を把握し、疾病予防・重症化防止ができる。
- 後期高齢者医療制度への支援金の加算・減算システムを導入した（平成25年度より）。

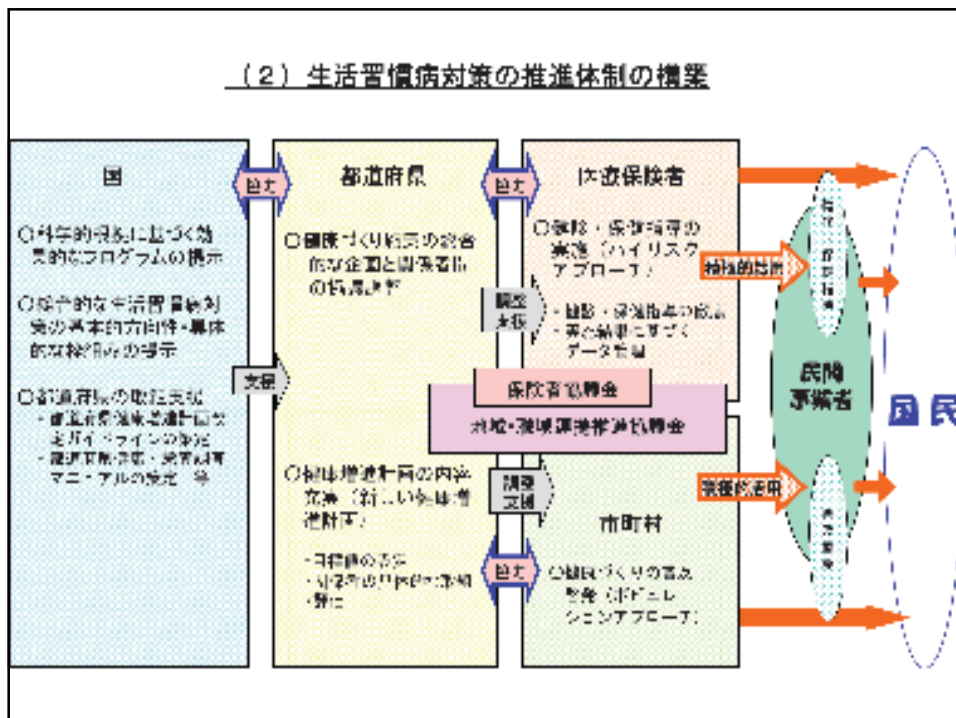
## 生活習慣病・予備群25%削減のために

- 標準的な健診・保健指導プログラムの作成
  - 健診項目を標準化（血液検査項目、質問項目等）
  - 健診項目の判定基準を標準化
  - 血液検査の精度管理を標準化
  - 保健指導の対象者階層化基準を標準化
  - 健診・保健指導データ様式の標準化
  - 医療保険者において特定健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析
  - 都道府県健康増進計画と都道府県医療費適正化計画による進捗状況の評価
- 健診・保健指導のアウトソーシング
  - 医師、保健師、管理栄養士の役割

## メタボリックシンドロームを導入する意義

- 保健指導のターゲットが明確になった。
  - 内臓脂肪を減少するための生活習慣の改善
- 腹囲という誰でもわかりやすい基準を示した。
- 保健指導対象者を抽出できる健診項目を設定した。
  - 健診は保健指導対象者を抽出する役割を担う
- リスクの数に基づき優先順位をつけて保健指導を
  - 情報提供、動機付け支援、積極的支援
- リスクの重複がある対象者に早期介入し、行動変容につなげることができる。
- 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげることができる。

(2) 生活習慣病対策の推進体制の構築



## 現場の戸惑い・・・

- 「健康日本21」や健康増進計画ではポピュレーションアプローチをめざしていたのに、特定健診・保健指導では、ハイリスクアプローチをめざす？
- これから健康増進計画の策定・推進をしようと思っていたけど、それどころではなくなった！
- 自治体の国保部門は、ハイリスクアプローチ、衛生部門はポピュレーションアプローチという棲み分け
- そもそも、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチをどう区別するのか？
- ポピュレーションアプローチとポピュレーション・ストラテジーは違うの？
- ヘルスポモーションはポピュレーションアプローチ？

## ハイリスク・ストラテジー

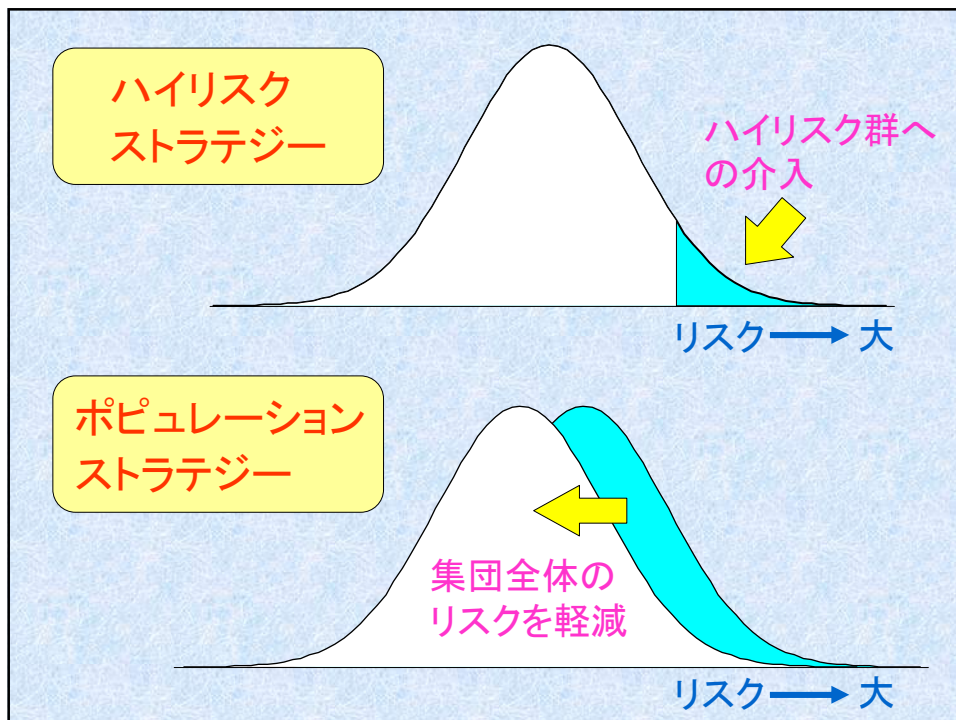
- The search for more efficient preventive policies leads to the high-risk strategy, in which efforts are focused on those individuals who are judged mostly likely to develop disease.
- 効率のよい予防医学的方法としてハイリスクストラテジー (high-risk strategy)、つまり、疾患を発症しやすい高いリスクをもった個人に対象を絞り込んだ戦略が考えられます。

Geoffrey Rose. The Strategy of Preventive Medicine.

## ポピュレーション・ストラテジー

- A population strategy of prevention is necessary wherever risk is widely diffused through the whole population.
- 集団全体にリスクが広く分布する場合には、ポピュレーションストラテジー (population strategy)、つまり、対象を一部に限定しない集団全体への戦略が必要になってくるのです。

Geoffrey Rose. The Strategy of Preventive Medicine.



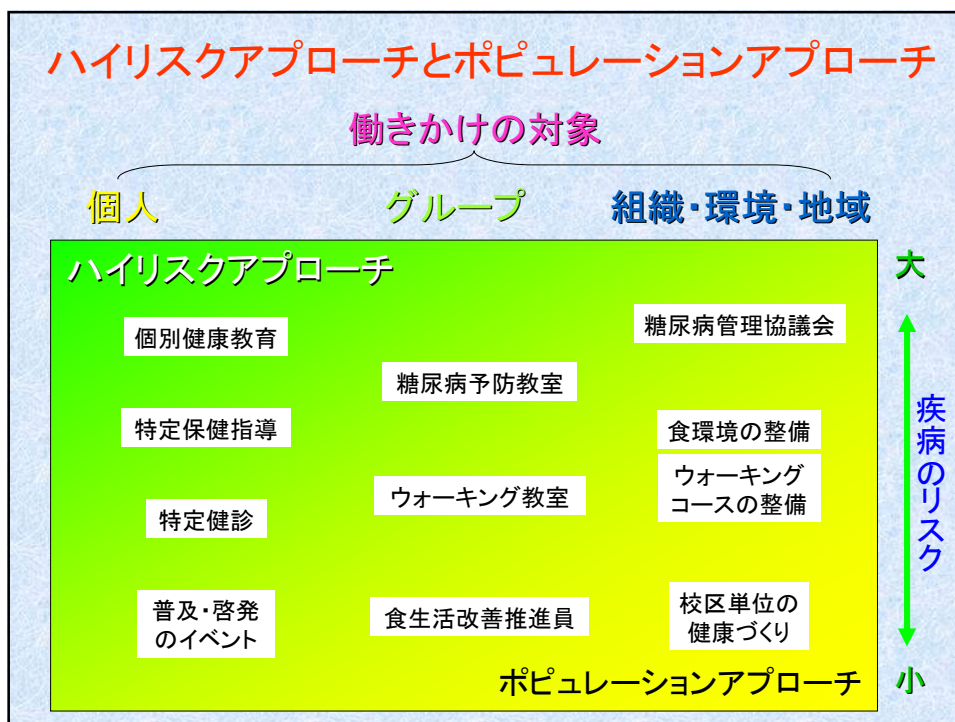


## アプローチとストラテジー

- Geoffrey Roseはこの2つの言葉をほぼ同義に使っているが、日本ではアプローチが「接近」という意味で、狭義に使われている感がある。
- 特定健診でメタボリックシンドロームやその予備群を見つけ、特定保健指導をすることは、ハイリスクアプローチだと考えられているが、こうした人達が健康的な食生活を送りやすいように外食栄養成分表示を進めることも、ハイリスクアプローチ？
- 「アプローチ」という表現は、働きかけの対象を指すように受け取られるが、ハイリスクアプローチもリスクのある個人だけでなく、グループや組織、資源・環境への働きかけも含まれるのである。

## 働きかけの対象

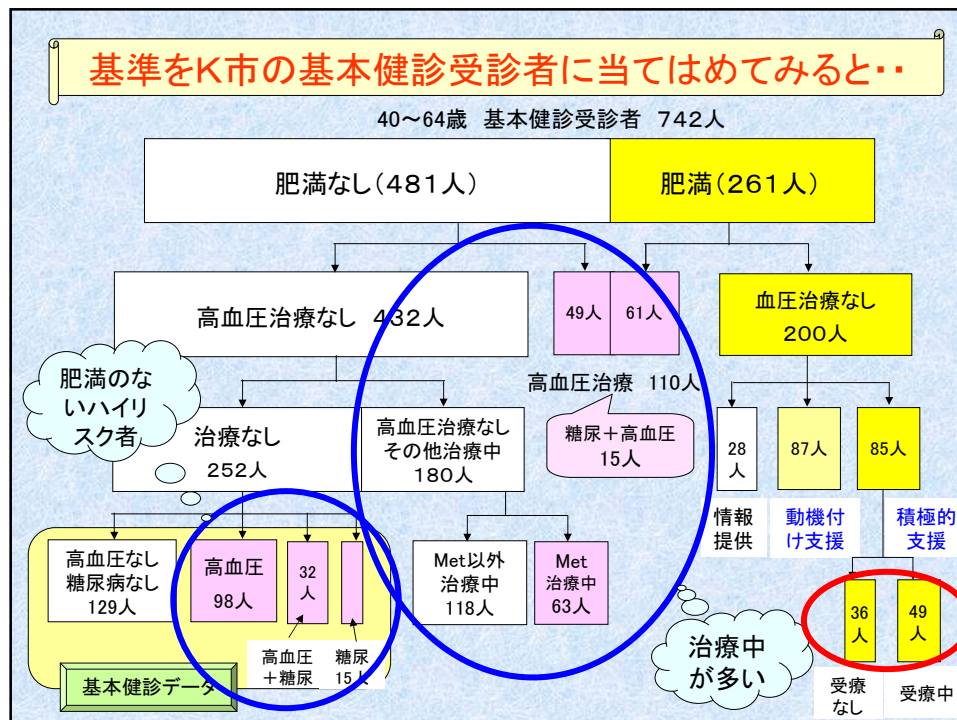
	ハイリスク ストラテジー	ポピュレーション ストラテジー
個人	リスクを有する人	リスクの有無に関わらない
グループ	同じ健康問題をもつ自主グループ等	健康づくり推進員などの住民組織
組織・資源 環境	医療機関との連携体制	食環境の整備



- ## 2つのアプローチの統合こそ重要
- ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを区別して棲み分けしようという考え方が無理
  - この2つのアプローチの統合こそ重要
  - ポピュレーションアプローチ ⇒ ハイリスクアプローチ  
普及啓発や健診を受けやすい環境整備をしっかりとやらなければ、健診の受診率は上がらない
  - ハイリスクアプローチ ⇒ ポピュレーションアプローチ  
特定保健指導によって健康づくりに関心を持った「メタボおやじ」が地域の健康づくりの取り組みでいい働きをする
  - これらの2つがうまく融合して初めて、ヘルスプロモーションが実践できる

## ハイリスクアプローチの留意点

- 「内臓脂肪」という単一のリスクを重視するあまり、生活習慣病全体のリスクを正しく評価できない可能性がある
- 「男性85cm, 女性90cm」という腹囲の基準をめぐる議論が鳴り止まない状況
- やせた糖尿病患者や高血圧患者が脳梗塞や虚血性心疾患になっている現実
- 喫煙のリスクが過小評価されているという指摘



## ポピュレーションアプローチの実態

- ポピュレーションアプローチ＝「普及啓発」と考えられてきた
- しかも、その「普及啓発」は、通り一遍のものだった  
「みのもんた」には勝てなかった
- 情報を届けようとするターゲットが明確でなく、そのターゲットにあった、情報提供のタイミングや手段が選択されていなかった  
セグメンテーションが重要
- ポピュレーション・ストラテジーとしては、ひとり一人への働きかけ（いわゆる普及啓発）だけでなく、住民組織活動の育成・支援や健康を支援する環境や資源の整備も重要だが、強調されてこなかった

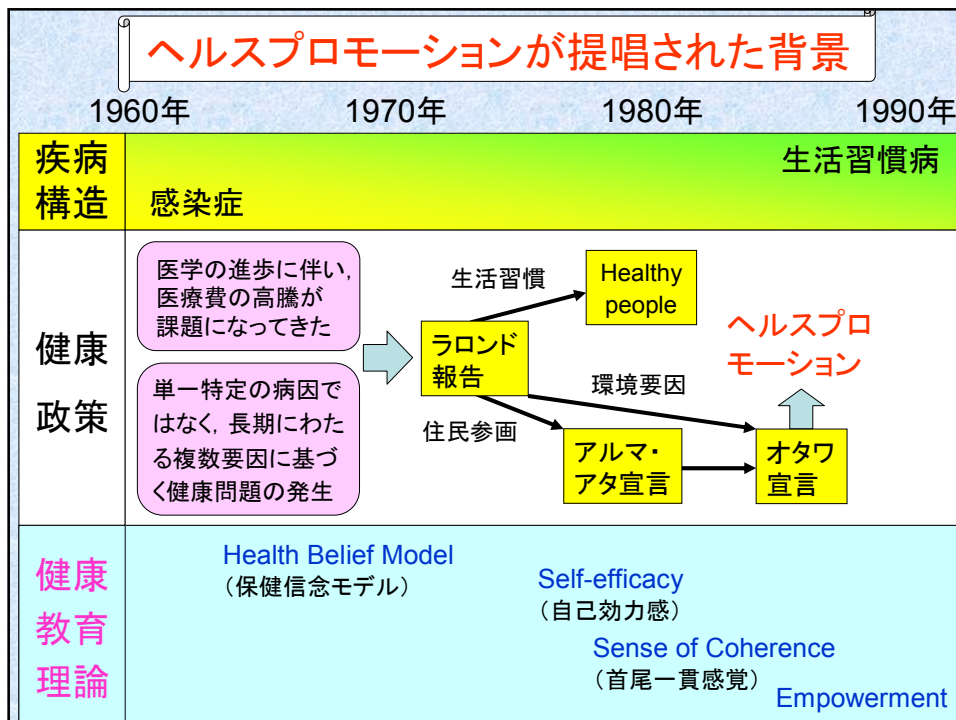
## 転換期を迎えている住民組織活動

- かつての「地縁」をベースとした住民組織活動が、都市部を中心に後退してきた
- 一方、各種教室のOBによる自主グループの活動は活発になってきた 「知縁」型の組織活動
- 関心のある人たちは参加するが、そうでない人たちとの格差が広がり、両極化してきた
- 市町村合併によって、これまでの住民組織が消滅  
住民組織活動は住民にとって「負担」になる？
- 団塊の世代が会社から地域社会にそろそろ戻る頃  
その時に活動できるように受け皿が必要

## 健康を支援する環境づくり

- 健康増進法で分煙環境は少し改善したが・・・  
食環境は改善しただろうか？
- メタボリックシンドロームが流行語大賞を獲得して、  
話題になっているのに、外食産業は逆行している！
 

メガマックセット	1,310kcal
メガ牛丼	1,286kcal
メガチキンカツ弁当	1,211kcal
メガハンバーグ弁当	1,184kcal
- アメリカでは、多量に摂取すると、LDLを増加させる  
トランス脂肪酸の使用が禁止された
- 改めて、ヘルスプロモーションの理念について考える  
べきではないだろうか・・・



## 健康教育理論の変遷

- 保健信念モデル(Rosenstock 1966年)
  - ①疾病に対する恐れが大きいほど、その疾病を予防する行動や生活習慣を実践する
  - ②生活習慣の改善や保健行動が有効だと思えば、その生活習慣や行動を実践する
- 今日でも用いられる健康教育理論だが、このモデルの仮説どおりに住民は行動しないことが多くの研究で明らかになった
  - 「脅しの健康教育」の限界がささやかれた

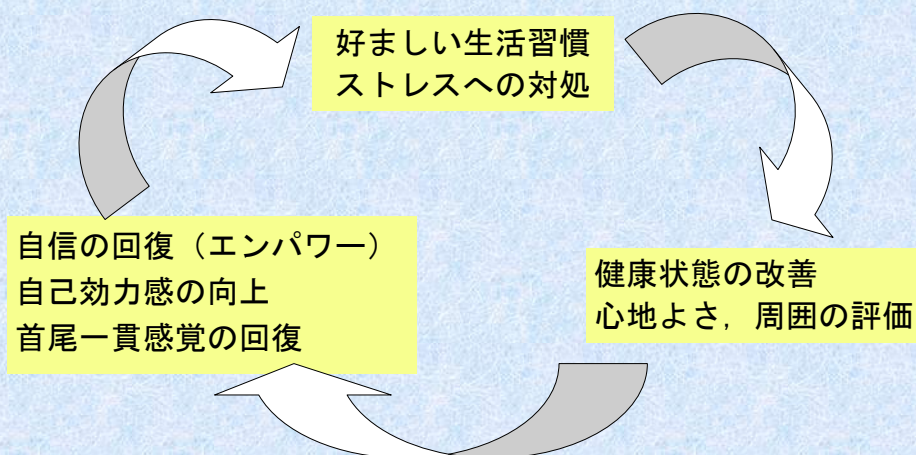
## 健康を規定する新しい概念の提唱

- 自己効力感 Self-efficacy(Bandura 1977年)
  - 好ましい生活習慣や行動が自分にも実践できるのだという感覚
- 首尾一貫感覚 Sense of Coherence(Antonovsky )
  - 自分の周りで起こることが、理解可能なものであり、処理可能なものであると感じられ、ストレスなどを自分にとって、有意義なものと感じられる
- 自己効力感も首尾一貫感覚も、エンパワメントと共通する概念である
- これらの「感覚」は、健康問題を解決できずにいると、どんどん低下していき、患者は無力感を味わう
- こうしたパワーレス状態が、生活習慣や行動上の問題(虐待など)を引き起す

## パワーレス状態と生活習慣病

- 糖尿病を健診で指摘され、医師の指示通り、食事に気をつけたが、血糖は以前より高くなり、主治医から「指示を守らないでいると、人工透析になるぞ」と。
  - 自分の思うようにできなかったという挫折感  
(自己効力感の低下)
  - 食事を減らしたのに、血糖値が上がったという不条理  
(首尾一貫感覚の喪失)
  - 自分の健康問題をコントロールできないという無力感  
(パワーレス状態)
- こうした状態が続くと、糖尿病のコントロールは悪化
- コントロールがうまくいっている人は、この逆のパターンが大部分

## エンパワメントと生活習慣



このサイクルを回す支援こそ必要

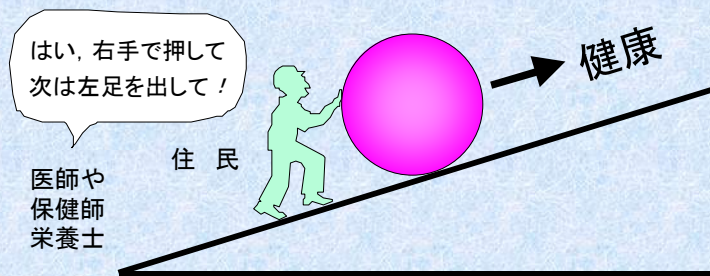
## ヘルスプロモーションとは？

- 1986年オタワで開催されたWHOの国際会議で提唱された新しい(?)公衆衛生戦略
- 人々が自らの健康をコントロールし, 改善することができるようにするプロセス (オタワ憲章)

糖尿病等の慢性疾患,  
障害等とうまく付き  
合っていけること

エンパワメントと  
共通する理念!

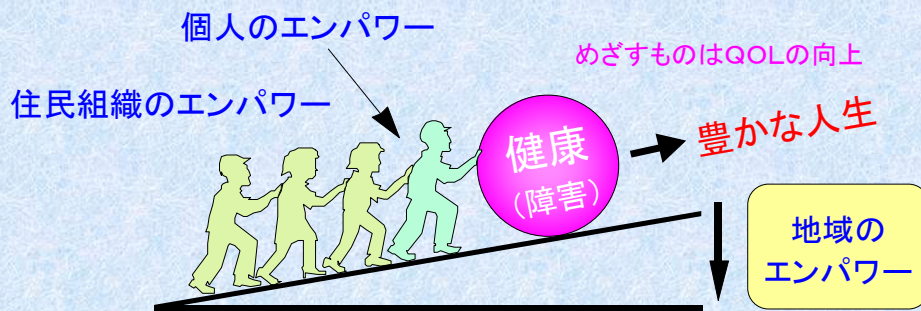
## 従来の健康づくり



いくら健康になるための知識や技術を提供しても  
(球の押し方を教えても), 坂道の勾配がきついと,  
実践できずに効果をあげることができなかった。



## ヘルスプロモーションをめざすもの



(島内 1987, 吉田・藤内 1995を改編)

個人, 組織, そして, 地域のエンパワメントをめざす

## 日本におけるヘルスプロモーションの普及

- 理念としてのヘルスプロモーションより, 活動方法のひとつとして普及した! ?  
「ヘルスプロモーションの次はメタボ! ?」
- ヘルスプロモーションの理念について, きちんと理解してもらおうことができていなかった  
「ヘルスプロモーション(健康増進)」という表記がその普及を妨げてきた! ?
- 健康を支援する環境について議論が不十分だった  
生活習慣病ではなく, 「生活環境病」! ?

## 坂道の勾配を構成するもの(1)

- 就労環境  
仕事が健康よりも優先される  
リストラが怖くて、体調が悪くても会社には  
隠しながら仕事を続ける
- 経済状況  
経済的にゆとりがないと、健康に対する配慮が  
少ない  
低所得ほど「ジャンクフード」が多い  
喫煙率、飲酒率も高い
- 家庭環境  
子育てや介護が自分の健康よりも優先される  
外でも仕事をしていても、育児・家事・介護は  
女性に押し付けられる

## 坂道の勾配を構成するもの(2)

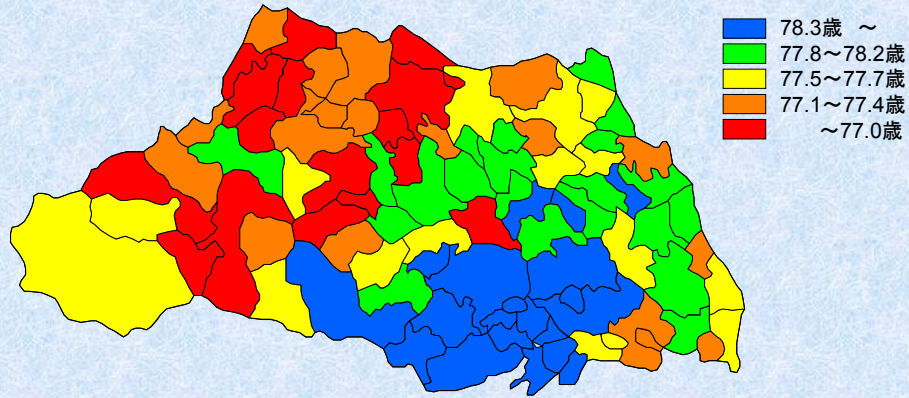
- 食環境  
生鮮食料品の流通  
行動範囲の狭くなった高齢者にとって、生鮮  
食料品の確保は大仕事  
外食産業の健康への配慮  
食生活の1/3を占める外食や「中食」が、ヘル  
シーかどうか重要
- 分煙環境  
受動喫煙を防止する  
(健康増進法第25条による努力規定)  
非喫煙者だけでなく、喫煙者にとってもメリット
- 運動環境  
身近で、安価に利用できる運動施設  
安心して歩ける歩道

## こうした観点から医療制度改革を 改めて考えてみると・・・

### 医療制度改革がもたらすもの

- 後期高齢者支援金の加算は、保険料に跳ね返る
- 健診や保健指導を受けた人、生活習慣をきちんと改善した人にとっては、不満が出る  
「あの人たちが受けないから、自分たちの保険料まで高くなる！」  
→ こうした不満が地域ぐるみの健康づくりにつながれば、いいが・・・
- 被保険者間の不公平感により、保険者へのペナルティから被保険者へのペナルティへ  
健診や保健指導を受けない人、メタボな人は高い保険料を払うことになる！？
- 民間の生命保険では、既に喫煙の有無で保険料が異なる商品が出てきている  
医療保険にもこうした「差別化」が導入される？

### 市町村別平均寿命 男性 (2000年)

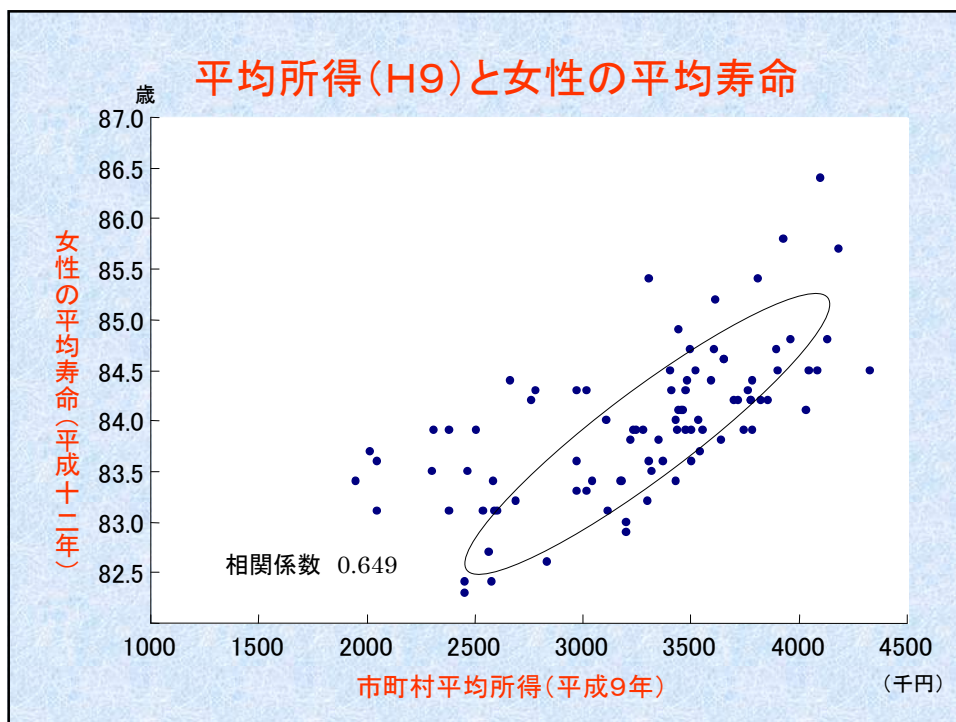
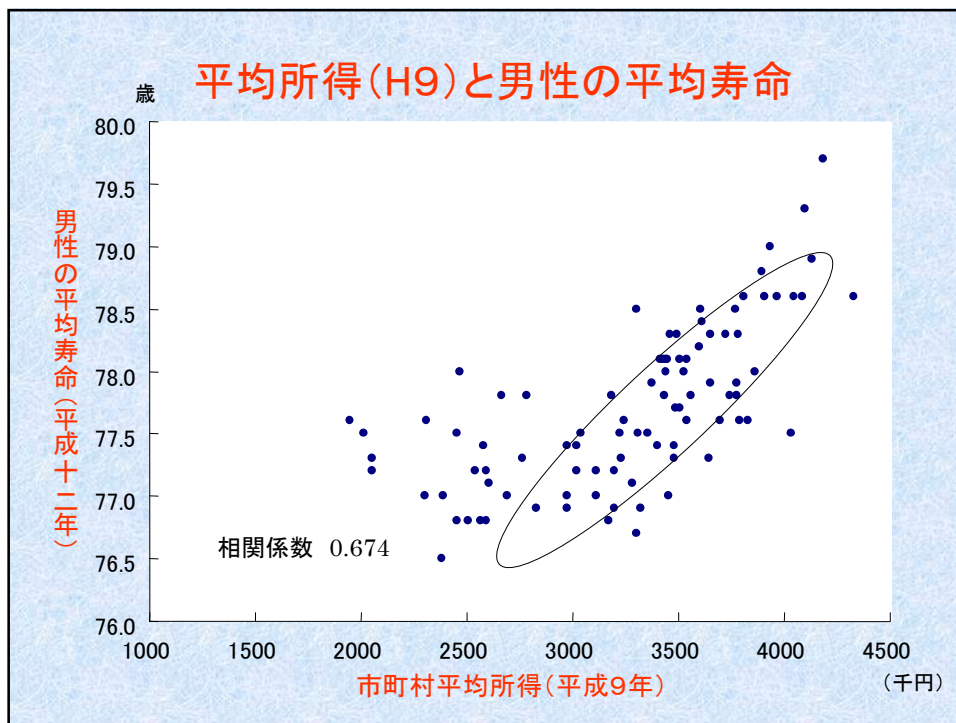


県内最高 79.7歳 県内最低 76.5歳

### 市町村別平均寿命 女性 (2000年)



県内最高 86.4歳 県内最低 82.3歳  
(三芳町)

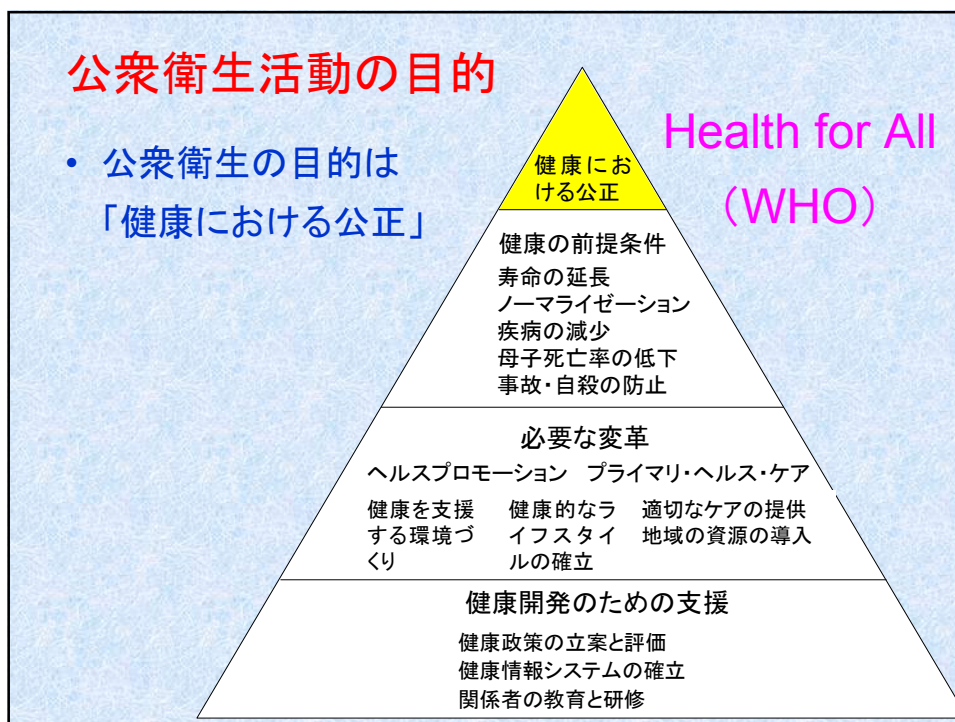


## 健康格差の拡大

- 健康に配慮できるゆとりのある人は、ますます健康になり、保険料も安くなる  
    そうでない人たちは、保険料も高くなり、不健康になる → 医療費の負担も増加
- 結果的には、保険料も収められない被保険者が増えることになる
- ますます健康の格差が大きくなることが危惧される
- 本人の「やる気」の問題では済まされないのでは？

## 公衆衛生活動は何のため？

- Public Health は「公衆衛生」と訳されるが・・・  
    なぜ、Health が「衛生」なのか？
- 「衛生」とは、「生を衛ること」（長与専斎）  
    生命を衛る、生活を衛る、生きる権利を衛る
- 医療制度改革は国民皆保険制度を死守するため、「生きる権利」を犠牲にしようとしている
- 国民皆保険制度は本来、「生命」を衛り、生きる権利を衛るための制度だった
- 制度の維持が目的になってしまうと、制度の本来の意味が見失われている！
- 何のための制度改革か、その議論が不足！



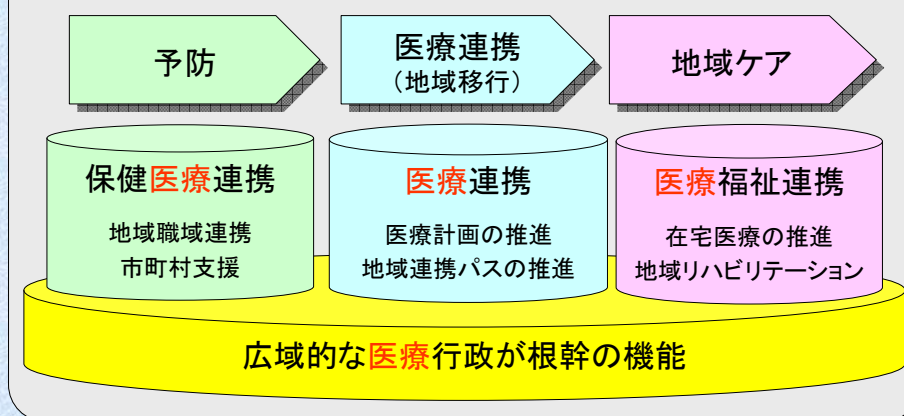
## 経済的な格差が健康格差につながるために

- 自分の楽しみや快感(喫煙や飲酒)が健康より優先されることも多い (低所得では特に顕著！)  
 多くの場合は、健康を損なうまでその大切さがわからない！
- ひとり一人が自分の健康の価値観を高めていこう  
 そのためには、自分がかげがえのない存在であると思える周囲の「愛」も必要
- 周囲が自分の健康を気遣ってくれるという「関係性」が重要  
 市町村合併で、「関係性」が更に希薄になっている

## 生活習慣病対策における保健所の役割

- ① 特定健診・保健指導従事者の資質の向上
- ② 医療機関との連携による生活習慣病対策の推進
- ③ 保健活動における「連続性」と「関係性」の担保
- ④ 健康増進計画の策定・推進の支援
- ⑤ 国保部門に配置された保健師への支援
- ⑥ 地域・職域との連携の推進
- ⑦ 住民組織活動の育成・支援の強化
- ⑧ 健康を支援する環境づくりへの取り組み
- ⑨ 特定健診・保健指導の評価

## 医療機関との連携における保健所の役割



医療制度改革は、高齢者・生活習慣病がメインテーマ！  
この基本は、精神、難病、母子、結核・感染症等も同じ！



## 医療機関へのアプローチ: 先進事例に学ぶ

(島根県浜田圏域糖尿病管理マニュアル)

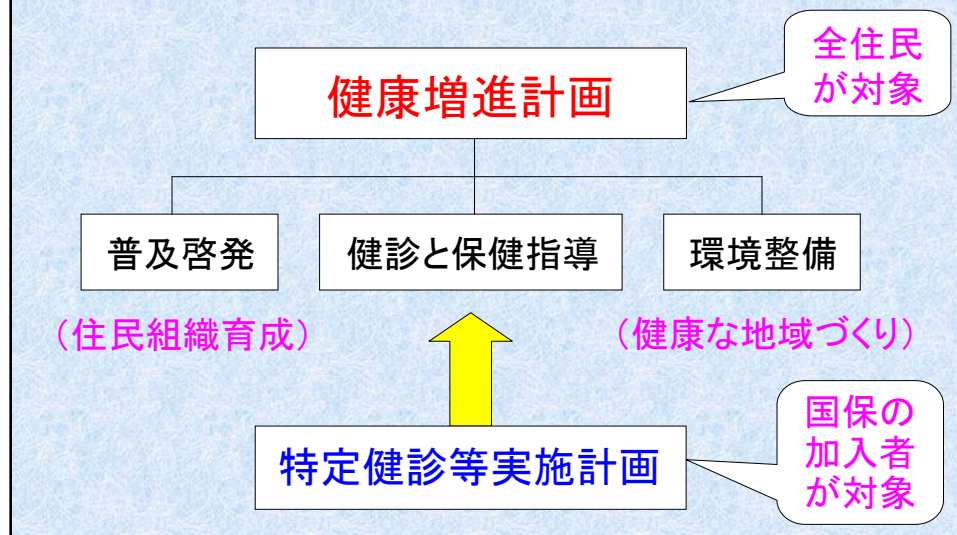
- 1 保健所と医師会の共同作業により、浜田圏域糖尿病管理マニュアルを作成
- 2 圏域内の糖尿病治療・指導の標準化が可能に
- 3 継続的な対策を推進していく組織として、「浜田圏域糖尿病対策検討会議」を設置
- 4 「浜田圏域糖尿病対策検討会議」に専門部会を置き、糖尿病対策の核として提言可能な体制を整備
- 5 糖尿病に関する医療機関、浜田市、患者グループなどの資源情報を共有
- 6 医療機関間、医療機関と浜田市の間の連携に関するルールづくり(情報提供の様式、紹介基準等)

## 保健活動における連続性と関係性の担保

- 生活習慣病対策は特定健診・保健指導だけではない
- 従来、取り組んできた保健活動があるはず  
それが、全て、無効だったの？  
ポイント制に移行してしまうのか？
- 自治体においては、住民組織活動など、地域ぐるみの健康づくりや健康な地域づくりに取り組んできた  
合併や特定保健指導を理由に手を引く自治体も
- これまでの保健活動の意義や効果を保証して、連続性や関係性を大切にするように、折あるごとに働きかける

## 健康増進計画の推進

- 健康増進計画と特定健診等実施計画



## 健康増進計画と特定健診等実施計画

- 健康増進計画の対象者はすべての住民  
加入している保険の種別は問わない！
- 健康増進計画は全ライフステージを対象にしている自治体も少なくない  
特定健診等実施計画は、40～74歳が対象
- 自治体にとっては、健康増進計画の方がより重要な位置づけであることを確認すること
- 健康増進計画のない自治体は、この機会にぜひ、策定をしよう
- 策定済みの健康増進計画の進捗状況を確認しよう

## 国保部門に配置された保健師への支援

- 困ったときこそ、保健所の「出番」  
待っていても、相談には来ない  
何が一番、大変なのかを聞いてみよう  
解決できなくても(?), 一緒に悩むことが大切
- 特定健診での混乱  
被用者保険の被扶養者への周知を確実に
- 特定保健指導の企画・調整  
直営で行う自治体も多い中で、その効果的な運営  
に向けての相談に乗る  
これまでの活動との連続性と関係性を大切に
- 特定健診・保健指導の評価  
健診結果とレセプトをリンクさせての分析を支援

## 健診結果とレセプトをリンクさせての分析

- 標準的な健診・保健指導プログラムで示されたデータ  
分析の様式1～6の34枚のシートを埋める

様式1	高額医療費(200万以上)のケースの分析
様式2	長期入院, 人工透析のケースの分析
様式3	生活習慣病の年代別受療率 全国や県の受療率(様式4)との比較
様式5	健診・保健指導による重症化予防の効果 健診・保健指導の実施状況による分析
様式6-1	被保険者集団の健康課題の分析 死亡・要介護の原因, 受療率, 有所見率
様式6-2	年齢階級別有所見率の経年変化

## 特定健診・保健指導の評価(個人)

評価項目	評価指標	根拠資料	評価時期
意欲向上 知識の獲得 運動・食事・喫煙、 飲酒等の行動変容 自己効力感	行動変容ステージの 変化 生活習慣改善状況	質問票 観察 自己管理 シート	6ヶ月後 1年後
健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI) 血液検査(糖・脂質) メタボのリスク個数 禁煙の有無	健診データ	1年後 積極的 支援では 3～6ヶ月 後

(S)ストラクチャー, (P)プロセス, (O)アウトカム

## 特定健診・保健指導の評価(集団)

評価項目	評価指標	根拠資料	評価時期
運動・食事・喫煙・ 飲酒等の行動変容	生活習慣改善度	質問票 観察 自己管理 シート	1年後 3年後
対象者の健康状態 の改善	肥満度(腹囲・BMI) 血液検査(糖・脂質) メタボ該当者・予備群 の割合 禁煙の有無 休業日数・長期休業 率(職域)	健診データ 疾病統計	1年後 3年後 5年後
対象者の生活習慣 病関連医療費	医療費	レセプト	3年後 5年後

(S)ストラクチャー, (P)プロセス, (O)アウトカム

## 特定健診・保健指導の評価(事業全体)

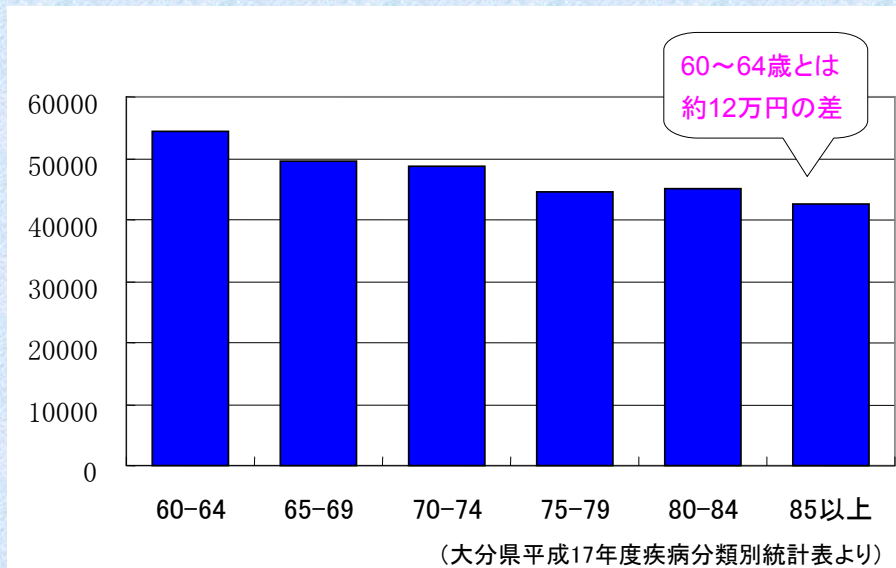
評価項目	評価指標	根拠資料	評価時期
保健指導のスキル 保健指導に用いた支援材料 保健指導の記録	生活習慣改善度	指導過程の振り返り カンファレンス ピアレビュー	指導終了後にカンファレンスをもつ
社会資源を有効に効率的に活用して、実施したか	社会資源(施設・人材・財源等)の活用状況	社会資源の活用状況 委託状況	1年後
対象者の選定は適切であったか 対象者に対する支援方法の選択は適切であったか 各対象者に対する行動目標は適切に設定されたか 対象者の満足度	受診者に対する保健指導対象者の割合 目標達成率 プログラム参加継続率(脱落率) 満足度 健診受診率	質問票 観察 アンケート	1年後

(S)ストラクチャー, (P)プロセス, (O)アウトカム

## 特定健診・保健指導の評価のポイント

- 評価の目的を忘れないこと
  - 保健指導の効果を検証(prove)する
  - 保健指導の実施方法を改善(improve)する
- この1年間は改善のための評価が重要
  - 仕組み(ストラクチャー)と経過(プロセス)の評価
- 2年目以降は効果を検証することになる
  - 自分達の活動の成果が見えるようにすること!
- 年齢階級別の分析により、生活習慣病やその合併症を遅らせていることを証明することが重要
  - 高齢化に伴い、患者数、有所見者は減らない!

## 年齢別の脳卒中入院1件あたりの平均点数



## 地域と職域との連携の推進

- 健診項目や保健指導などが標準化されたことにより、同じ土俵で議論ができるようになった！
- 職域から地域への健診情報の引継ぎなどをスムーズにする調整が必要
- 被用者保険の被扶養者に対する特定保健指導  
市町村では国保加入者の保健指導を優先すると、健康教育などに参加していた住民との「関係性」が損なわれるおそれがある
- 社会保険事務局や労働基準監督署などの関係者も含めた協議の機会をつくることが重要

## 住民組織活動の育成・支援の強化

- 特定保健指導で手一杯で、住民組織は後回し！  
一旦、手放してしまうと元に戻るのは大変
- 保健師の「2007年問題」  
住民組織育成・支援のノウハウを持った保健師が  
だんだん少なくなってきた
- 市町村合併を機に後退しつつある住民組織活動を立  
て直す「最後のチャンス」かもしれない  
団塊の世代がそろそろ地域に帰って来る！  
一市民として頑張る定年の保健師も  
→ 保健所が率先して、組織育成を支援しよう
- 小学校区等を単位とした住民組織活動の構築を  
30代、40代をPTAとして巻き込むことができる！

## 健康を支援する環境づくりへの取り組み

- 食環境の改善に取り組もう  
食育推進計画の策定に取り組む自治体も増えた  
食育の一環として、「地産地消」の取り組みも  
増え、農政サイドと連携した取り組みも可能に  
「健康応援団」の店などの取り組みを再強化  
「メタボ」を追い風に、てこ入れを
- 運動環境の改善  
文部科学省の総合型地域スポーツクラブとの連携  
全国の2000を超える地域で展開  
内臓脂肪以上に、最大酸素摂取量等の運動能力  
が、長期予後に強い影響を及ぼすという研究も  
fatness より, fitness

## 特定健診・保健指導の評価への支援

- 健診結果や受療状況だけでは評価は困難  
多様な評価指標を活用することが重要
- 生活習慣に関する問診票による生活習慣の評価  
喫煙, 飲酒, 運動習慣, 食生活  
(早食い, 夜遅い食事, 夜食や間食, 朝食抜き)
- 検査結果の変化  
検査結果の精度管理も重要
- 受療状況の変化  
一過性の受療率の増加は避けられないが・・・
- 心筋梗塞, 脳梗塞などの年代別受療率の推移を確認  
高齢化による影響を除くために, 年代別の評価を
- 集団としての評価と個別の事例の評価  
個別の事例の経過を丁寧に見ていくことも重要