

かかりつけ医による 特定保健指導

なか いし しげ お
中石 滋雄

はじめに

平成20年4月から特定健診・特定保健指導が実施されることになり、関係者はその準備に追われている。特定健診の体制づくりに限って言えば、従来から行われてきた健診を新しい体系に再構築することが課題であり、技術的な困難があるとしても、いずれは「落ちていくべきところ」に落ち着くものと思われる。

一方、特定保健指導は従来にならぬ全く新たな制度であるため、そのイメージを捉えきれずに困惑している関係者がほとんどである。特に、「医療関係者は、「行動変容」「動機付け支援」などの耳慣れない用語に戸惑い、対応方法を考えあぐねているようにみえる。

しかしながら、特定保健指導は、その生かし方次第で地域の保健医療に新しい風を吹き込むことが期待される。すなわち従来、職域において事業主が従業員の健康管理を行ってきたのと同じように、地域においても医療機関が住民の健康管理を主体的に行うための制度的基盤が整備されたのだといえる。よく考えてみると、特定保健指導は従来、かかりつけ医が患者やその家族に対してボランティアで行ってきた健康相談と何ら変わることはない。制度の開始にあたり、対象をメタボリックシンドロームに限定して一定の手順を踏みながら実施しようというだけのことである。しかも、これからは報酬を準備しようというのである。

医療機関の現在の特定保健指導

に対する準備状況をみると、民間企業の参入や保健師、管理栄養士の雇用といった話題に惑わされ、ともすれば本質的な意義を理解できずにその実施を躊躇しているように見受けられる。あまり議論されていないが、特定保健指導の実施において、医療機関は他の組織と比較して圧倒的に有利な立場にある。また、特定保健指導を実施するスタッフについて言えば、多くの医療機関において特定保健指導を実際に担うのは巷間話題の管理栄養士ではなく、看護師と（管理栄養士でない）栄養士となるはずである。特定保健指導における禁煙の重要性を考えると薬剤師も含めるべきであろう。

本稿では、医療機関が特定保健指導を実施する際に予想される諸問題について検討し、医療機関が主体となって特定保健指導を実施し、地域住民の健康管理に貢献するために必要なことを明らかにしたい。

ポリックスシンドロームとその予備群のうち判定基準を満たす指導対象者に実施する保健指導のことであり、①約20分程度の1対1の個人指導、あるいは約80分程度の8人以下のグループに対する集団指導のいずれか（行政用語で「動機付け支援」と呼ぶが、本稿ではあえて「単回指導」と呼ぶこととする）と、②単回指導相当の指導を3回程度行うとともに、その期間、対象者自らが行う保健活動を電話や電子メールで支援する指導（「積極的支援」と呼ぶが、本稿では「複数回指導」と呼ぶ）の二つからなる。単回指導（動機付け支援）並びに複数回指導（積極的支援）のいずれも、「初回面接／計画作成」「実践的指導」「終了後評価」の三つの要素からなり、各要素を担当することのできる資格が定められている。

特定保健指導とは

特定健診により抽出されたメタ

特定健診の結果に基づき、対象者を選定するプロセスを階層化という。この判定基準については、『標準的な健診・保健指導プログラム』を参照されたい¹⁾。

例えば、50歳の男性の腹囲が86

cmで、血圧と糖代謝が正常で中性脂肪が160mg/dl、喫煙習慣があると複数回指導(積極的支援)の対象となる。腹囲、脂質異常、喫煙の3項目が複数回指導(積極的支援)の判定基準に該当するからである。

特定保健指導は健康保険法に規定される医療ではない。実施主体は医療保険者であるが、事業としては保健事業の一部である。つまり、組合員の人間ドック受診を補助したり、保養所を建てたり、スポーツクラブの利用券を配ったりすることと同様の事業と言える。そのため、スポーツクラブなど医療機関以外の施設が特定保健指導を実施することが認められている。また、価格・自己負担額ともに法律等の定めはない。

であり、これに医師の再診料(および外来管理加算)1310円並びに特定疾患管理料2250円を加えた4860円とほぼ同等である。

特定保健指導を実施する前提条件として、保険者と実施機関は特定保健指導に関する契約を締結する必要がある。契約には1対1の個別契約以外に集合契約が認められており、例えば、大阪市内保と大阪府医師会が集合契約を締結した場合、大阪府医師会会員医療機関のうち希望する者は、大阪市内保の被保険者・被扶養者に対し特定保健指導を実施することができ、その価格は集合契約で定められた価格となる。

これとは別に、個別の医療機関が、さらに充実した内容のプランを提示し大阪市内保と契約を結ぶことも可能であり、その場合の価格は、集合契約で定められた価格より高いものとなる可能性がある。この場合、どちらの契約を優先するかは決定権は利用者側にあるとされているが、明らかではない。この価格設定に関するルールは

特定健診と特定保健指導で共通であり、また、特定健診と特定保健指導に関する契約はそれぞれ別に締結する必要がある。言い換えると、特定健診と特定保健指導のいずれかのみを実施することができず、すべての国民がいつでもどこでも特定健診・特定保健指導を受けられる体制を作るには、日本医師会とすべての保険者が集合契約を締結することによって、すべての会員医療機関が被保険者・被扶養者の健診・保健指導を実施できる体制を整えることが必要であるが、実現の可能性は低い。

特定保健指導を実施できる資格

特定保健指導を実施できる資格には、「初回面接/計画作成」「実践的指導」「終了後評価」のすべてを実施することのできる特定保健指導実施者と、「実践的指導」のみを実施することのできる者(本稿ではこれを「実践的指導者」と呼ぶ)の2種類がある。特定保健指導実施者には、産業保健分野の経

験を有する看護師、保健師、管理栄養士、医師の4資格がある。看護師が実施できるのは平成24年度までとされており、また、必要とされる産業保健分野での経験の詳細については19年12月12日現在明らかではない。

運動習慣や食生活に関する実践的指導者については、「標準的な健診・保健指導プログラム」で健康運動指導士などが挙げられているが、詳細は明らかではない。ただ、19年11月28日付厚生労働省パブリックコメント募集要項によれば、看護師や(管理栄養士でない)栄養士が、150時間程度の講習を受けることによって運動に関する実践的指導を、30時間程度の講習を受けることによって食生活に関する実践的指導を実施できる方向で検討中のような²⁾。これを踏まえて、制度開始までに実践的指導者の資格が告示される予定である。

『特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』³⁾によれば、特定保健指導において特定保健指導実施者が指導計画を作成

し、実践的指導者がこれを実施することが認められている。

医療機関においては、医師が初回面接を実施した上で指導計画を作成し、その指導計画の下に看護師や（管理栄養士でない）栄養士が実践的指導を行うスタイルが現実的であろう。このような院内連携体制を構築することができれば、特定保健指導の実施は円滑なものになるものと思われる。

ほかに特定保健指導実施者として認められるべき資格として糖尿病療養指導士を挙げたい。糖尿病療養指導士は、看護師・管理栄養士・薬剤師・臨床検査技師等の国家資格所持者のうち、糖尿病に関する知識および臨床経験を持つ者が、筆記試験に合格して取得する。運動習慣や食生活の指導に関する指導能力は保健師や管理栄養士に十分匹敵するものである。

さらに、診療所に多く雇用されている准看護師のうち生活習慣病に関する十分な臨床経験を有する者や、禁煙指導の技術を持つ薬剤師も実践的指導者に位置づけられるべきである。

かかりつけ医による地域住民の継続的健康管理

特定健診の基本的コンセプトの一つとして、健診データのデータベース化とそれを用いた保健指導介入効果の判定が挙げられる。受診者が健診をどこで受けてもデータが最終的に医療保険者に保存され、すべての国民のデータを一元的に管理・解析することができる。その意義は極めて大きい。これを医学の進歩やいわゆる医療費適正化のためだけでなく、国民一人一人の健康づくりに役立つものにする必要がある。そのためには、健診や保健指導のデータがいつでも自由に参照することができる形で身近な健診担当医や特定保健指導実施者のところに保存され、継続的に健診や保健指導を受けられることが必要である。

この点から考えると、昼間を主に職場で過ごす勤労者については事業主が、家庭や自分の店舗等で過ごす者についてはかかりつけの医療機関が、健診・保健指導を実施する体制を構築するべきである。

一言で言えば、保健と医療は一体として実施されるべきである。

医療機関の優位性

前述したように、多くの民間企業が特定保健指導の実施を契機に保健分野へ参入する機会を窺って活気づいているのに対し、医療機関はその対応に困惑し手をこまねいているように見える。しかし、あまり指摘されていないが、医療機関は特定保健指導を実施する上で実は極めて有利な立場にある。

すなわち、ミクロの視点からは、医療機関には特定保健指導を実施するための場所やスタッフが準備されているだけでなく、既に地域において圧倒的な信用がある。また、マクロの視点からも、医師会を中心として、日本中の津々浦々にまで指導拠点がネットワーク化されている。

これに対し、民間企業が特定保健指導に参入するためには指導のための場所を準備し、人員を雇用し、新たに信用を獲得し、拠点をネットワーク化する必要がある。これは並大抵のことではない。お

そらく近い時期に民間企業が、保健指導拠点の整備を目的に医療機関を取り込もうとする動きに出ることは間違いない。医療機関がこまぎれにされ、民間企業の下に系列化されることだけは何としても避けたいものである。

それでは、医療機関における特定保健指導はどのようなものになるのだろうか。

一例として、医師1名、看護師1名の診療所において、1日4件程度の特定保健指導を実施する場合を考えてみよう。医師は5分間の初回面接／指導計画作成を4人分、計20分を割くことになる。1日に外来患者が4人程度増加したものと考えれば、大きな負担ではない。医師の指導計画の下に看護師が15分ずつ保健指導にあたれば現在より余分に計1時間の勤務を必要とする。年間250日として1000件の保健指導（単回指導〔動機付け支援〕なら1000人、複数回指導〔積極的支援〕なら300人相当）を実施することができる。単回指導（動機付け支援）の報酬が1回5000円として年

間500万円程度の収入が期待できるが、投資すべきものは必要によりパソコン1台と250時間分の看護師の給与および事務管理費用のみである。

次に、管理栄養士が勤務し、12(14)時まで休診している医療機関が、昼休みを活用して特定保健指導を実施する場合は考えてみよう。管理栄養士と受付事務職員の勤務時間を少し工夫することで休診時間を保健指導の時間にあてれば1日6件程度、年間750万円程度の収入を期待できるが、これに要する費用は管理栄養士と事務職員の500時間分の給与のみである。また、この時間、医師が院内にいる必要はない。

このように、各医療機関が新規投資を行うことなく、少しばかりの工夫を積み重ねることで地域に根ざした特定保健指導が可能となる。国民の医療機関への信頼、スタッフの知識レベルや経験、アクセスの良さ、健診データの保存や保健指導の連続性など、特定保健指導を実施する上での医療機関の優位性については枚挙に暇がない。

全国には約6万の内科系診療所があるといわれている。これらの診療所が1日2件の特定保健指導を実施すれば1施設で年間500件、全国で年間3000万件の特定保健指導を実施することができ。病院と協力すれば、必要とされるすべての特定保健指導を医療機関で完結することは十分可能である。

ところで、特定保健指導を実施するにあたり、何が医療機関に欠けているか考えてみると、それはマネジメント能力(マーケティングと広報を含む)であると思われる。従来の地域医療においては、診療所は患者が来院するのを待つだけの存在であった。近隣の診療所同士が競争状態になったとしても、口コミで患者の取り合いをするといったレベルのものであった。しかし、大手の民間企業が参入する特定保健指導では、様相は一変する。

これは、駅前商店街と郊外の大規模商業施設との関係を考えてよくわかる。診療所は駅前や住宅街にある小さな専門店のようなもの

で、一方、大手の民間企業は大規模ホームセンターのようなものである。商店街の中で専門店同士が競争しているところへ、近郊に大規模ホームセンターが開店すれば、専門店群は一網打尽となる。

ホームセンターに対抗するには、専門店を利用者に魅力のある協力体制を構築する必要がある。我々医療機関は、地区医師会を中心に連携して保健指導対象者に魅力あるシステムを構築し、一元的に特定保健指導のマネジメントを行い、そのスケールメリットを生かすことが必要である。それができれば、どんな組織も医師会を中心とした医療機関グループにかなうことはない。

特定保健指導対象者の階層化における矛盾

次に、特定健診・特定保健指導の実施上の問題点について述べてみたい。

関係8学会の診断基準と、特定健診の結果判定における受診勧奨基準および特定保健指導対象者の判定基準に微妙なずれがあるため、

特定保健指導が開始された後、現場で多くの混乱が発生することが予想される。

なぜ、このようなずれが生じたかという点、医療機関を受診する者を減らし、保健指導をもってこれに代えるという特定健診・特定保健指導の基本的な考え方に基いて、受診勧奨基準を学会の診断基準より意図的に高いラインに設定したからである。その結果、生活習慣病の評価において必要な医学的診断(鑑別診断)というプロセスが欠落してしまった。

一例として、腹囲86cm、収縮期血圧155mmHgで喫煙する男性受診者の場合を考えてみよう。健診判定で複数回指導(積極的支援)の対象となるが、医療機関への受診は勧奨されない。160mmHg以下の軽度の収縮期高血圧症は従来、投薬されることが少なかったため、医療機関を受診する前に保健指導を行うというのが特定保健指導の考え方である。

ところが、もし数カ月の保健指導にもかかわらず全く効果がなく、その後、医療機関でこの患者が腎

動脈狭窄による二次性高血圧症であると診断されたなら、結果的に医療の必要な患者を数カ月も受診させずに意図的に放置したことになる。疾病としての高血圧症に対し医学的診断（鑑別診断）がなされないまま保健指導を開始したことがその原因である。

別の例では、腹囲84cm、中性脂肪299mg/dlの受診者は脂質異常症の診断基準を満たしているにもかかわらず、医療機関の受診を勧奨されないばかりか保健指導の対象にさえならない。

さらに、特定保健指導の対象者の範囲をなるべく広げるために、生活習慣病の患者であっても、その疾患に対する内服をしていなければ特定保健指導の対象となる。

特定健診で初めてHbA_{1c}が6.5%であることを指摘された高血圧を伴う腹囲86cmの男性受診者は、糖尿病で医療機関の受診を勧奨されるが、医療機関と別のところで特定保健指導も重複して実施される可能性がある。医療機関が投薬の必要を認めず医療としての療養指導（食事指導・運動指導）のみ

で治療する場合、医療機関における療養指導と特定保健指導が無意味に重複する。

その他の実施上の問題点

基準のずれの問題以外にも、特定保健指導の実施ルールにはいくつかの不備が存在する。特に生活習慣病の薬剤の投薬を受けている受診者が保健指導を免除される規定において、その判定方法があまりであることが問題となる。

受診者が自ら記載する標準的な問診票に基づいて判定するとしているが、いったい患者が自分の内服している治療薬を生活習慣病に適応のある薬剤であるかどうか正確に判断できるのであろうか。

特定保健指導免除者の増加が後期高齢者医療支援金の加減算において有利となることを考えると、保険者にはこれを増やそうとする心理的圧力がかかる可能性がある。逆に特定健診と特定保健指導を同一の外部業者に委託している場合、営業成績向上のため特定保健指導の件数を増やすには、免除者が少ないほうが有利である。

問診票への回答で受診者にある種の誘導がかけられる可能性が否定できず、このような安易な判定基準はモラルハザードの原因となりうる。

喫煙の有無に関しても、自己申告の信頼性が低い割には、保健指導対象者判定における影響が極めて大きい。保険者にとっては膨大な支援金の負担額に関わることであり、ルールはもっと厳密であることが望ましい。

さらに、特定保健指導実施の責任者を明確にしないことも、後々トラブルの原因となることが懸念される。

一例として、腹囲86cm、中性脂肪299mg/dl、喫煙習慣のある受診者の場合を考えてみよう。受診者の場合を考えてみよう。受診勧奨されず、特定保健指導のみを受けることになるが、指導期間中に運動を行い、心筋梗塞を発症し死亡したとしたら、その責任は誰が負うのであろうか。

健診を担当した医師は健診結果を評価することを義務づけられているが、階層化の最終決定の責任は保険者にあるため、健診医に裁

量権はなく、責任はないと考えられる。

管理栄養士が指導計画を作成したのであれば、指導中の事故に対してはその管理栄養士に責任があるということになる。医療機関であれば管理医師が連帯して責任を負うこともできるが、民間企業では、管理栄養士等の指導計画作成者が個人として責任を負うことになる可能性が高い。

こうした事故は仮定の話ではなく、既に発生している。平成19年8月、三重県で実施されたメタボ撲滅運動に率先して参加していた市幹部が、運動中に心臓発作で死亡した。

医療機関が特定健診・特定保健指導を生かすには

まず、特定健診実施の影響から考えてみよう。

実は、最も大きな影響は、おそらく大量の生活習慣病患者の顕在化にあると思われる。糖尿病患者の半数が医療機関を受診していないことを考えると、仮に健診実施率が100%になりすべての受診

勸奨対象者が医療機関を受診すれば、通院糖尿病患者数は現在の倍になる。医療機関は今後、大量の受診勸奨対象者の受け入れについて準備する必要がある。

特定保健指導については①実施しない、②通院中の患者やその家族等に対し、かかりつけ医として特定保健指導を実施する、③積極的に特定保健指導を実施するの三つの方向性が考えられる。男性医師が事務職である妻と夫婦二人で診療所を運営しているような場合、その負担を考えると特定保健指導を実施しないこともやむを得ない。

このような場合に備えて、地区医師会等は共同利用施設で特定保健指導を実施する体制を整えるべきであろう。地域の診療所はかかりつけ医としての特定保健指導に取り組むのがよいと思われる。

管理栄養士や保健師を活用し、積極的に特定保健指導に取り組み医療機関には、特色ある対応が期待される。地区医師会を中心に有機的に連携し、住民のためになる利用体制を構築すべきである。

さらに、医師会員が産業医を務めている企業にスタッフを派遣して集団指導を行ったり、都道府県レベルの連携で総合健保や国保組合の被保険者等あるいは健康保険被扶養者等の特定保健指導を実施することも期待される。すなわち、医療機関が地域だけでなく職域へも積極的に関与することが可能となる。

次に、特定保健指導を糖尿病教室等の現在既に行われている院内ボランティア事業に生かすことを考えてみよう。

例えば糖尿病患者であれば、初診時に看護師が糖尿病についての生活指導を行い、これを医療保険とは切り離して特定保健指導のルールに従うことによって、指導報酬の請求が可能となる。同様に、現在病院がボランティアで行っている糖尿病教室なども特定保健指導報酬の請求が可能となるかもしれない。

ただし、混合診療と判断される基準が明確でないので、今後の解釈を踏まえて実施する必要があることを付け加えたい。

前述したように、受診勸奨を受ける保健指導対象者が医療機関でなく保険者等で特定保健指導の計画を作成される場合には、医療機関が医療として療養指導を行い、医療機関外で保健師や管理栄養士等が特定保健指導を重複して行う可能性はある。

こうした明らかな無駄を避けるため、また、その後受けるべき医療と一体的に保健指導を行うために、医療機関への受診を勧奨されている対象者の特定保健指導においては、保健指導計画を医療機関が作成するべきであると考ええる。

学会の診断基準を満たしている保健指導対象者が、スポーツセンター等で健康運動指導士による保健指導を受ける場合には、医療機関が医学的判断（鑑別診断）を行った上で作成した特定保健指導計画に沿って運動指導を受けることが望ましい。

職域における保健スタッフである産業医や産業保健師とともに、医療機関の医師・保健師・管理栄養士は、地域における特定保健指導の中心的役割を果たす責任がある。

ることを自覚するべきである。

標準的プログラムが 基盤としての仮説

ここで改めて、特定保健指導の考え方について検討してみよう。

特定保健指導という制度は、メタボリックシンドロームおよびその予備群に対する1次予防であるといえる。その介入方法は、例えば管理栄養士による個人面接による保健指導であり、最終的なアウトプットは医療費である。この介入方法とアウトプットの設定の妥当性について検証してみたい。

特定保健指導は『標準的な健診・保健指導のプログラム』にその実施方法が規定されている。この方法には学術的な裏付けがあるわけではなく、有識者の意見と少数のモデル事業により作成されたものと思われる。

プログラムの策定にあたり、以下の仮説が正しいとされていると考えられる。

①保健指導は、メタボリックシンドローム群の行動変容に有効である。

②行動変容は、疾病の発生あるいは重篤化を予防することにより医療費を適正化する。

③保健指導は、メタボリックシンドローム群と比較して、非メタボリックシンドローム群の医療費適正化にはあまり有効でない。

④メタボリックシンドローム群において、2次予防よりも1次予防のほうが医療費適正化の効果が大きい。

⑤単回指導（動機付け支援）で費用対効果が最も大きい時間は、個人指導では20分、集団指導では80分である。集団指導において費用対効果が高い保健指導対象者人数は8人である。

⑥リスクの重積している対象者には単回指導3回相当の指導を行うと、さらに費用対効果が高い。

⑦この間、利用者の保健活動を支援する目的で、メールや電話で利用者に連絡をとることがアウトカムを向上させる。

⑧保健指導の計画作成において、医師、保健師、管理栄養士は一定基準以上の保健指導能力があり、看護師、糖尿病療養指導士の保健

指導能力はそれに及ばない。

これらの仮説は本当に正しいのだろうか。これらの仮説を、職業・年齢・生活環境などが著しく多様な集団に一律に敷衍することに妥当性があるのだろうか。保健指導という介入においては、保健指導実施者と指導対象者の個別要因の幅が著しく大きいという視点が欠けているのではないか。

これらの問題を考えると、標準的な健診・保健指導プログラムは、近い時期に全面的に改訂する必要がある可能性が高い。医療関係者はそれに向けて今から準備を始めなければならぬ。特に、特定保健指導対象者の選定や特定保健指導を担当する資格については、エビデンスをもつてあるべき姿を主張する必要がある。

そのためには医師会が中心となって、これらの仮説を用いることの妥当性の検証に、制度開始と同時に着手する必要がある。

後期高齢者医療支援金 に関する国への要望

特定健診・特定保健指導の実施

率や各種指標の改善率をもって、一般医療保険から後期高齢者医療制度への拠出金の加減算を行う規定があり、これが保険者に対し、ムチの役割を果たしている。

まず、この加減算の本質的意義を考えてみたい。

一般医療保険から後期高齢者医療制度への拠出を世代間の支援と考えるか、あるいは、各個人が一般医療保険から後期高齢者医療制度に移動する時に自ら支払った保険料の一部をいわば「持参金」として移譲すると考えるかという二つの考え方があがるが、いずれにしても、勤労者を主な被保険者とする一般医療保険制度が、引退者とする主な被保険者とする後期高齢者医療制度に支援を行うことには一定の合理性がある。

しかし、その拠出金を、特定健診・特定保健指導の各種実績に基づき加減算するというのであれば、特に特定保健指導に関するものについては、その実施時期および参酌標準の設定には慎重な配慮が必要である。

すなわち、今まで実施されてき

た基本健康診査等の実績を踏まえて努力目標を設定する特定健診の場合は、その受診率に対する参酌標準の設定にはある程度の合理性があり、平成25年度から加減算を実施することに矛盾は少ないかもしれないが、ほとんど何の実績もない保健指導に何の根拠もなく参酌標準を設定し、25年度から加減算を実施することにはどうみても無理がある。

それだけでなく、標準的な健診・保健指導プログラムにおいて65歳以上の対象者は保健指導の行動変容に対する効果があり期待できないと明記されていることを考慮すると、特定保健指導に関する指標を用いて後期高齢者医療制度への拠出金を加減算するのであれば、その開始時期は、複数回指導（積極的支援）の対象となる64歳未満の対象者が後期高齢者医療制度に移行する30年度とするべきであると思われる。

25年度から後期高齢者医療制度への支援金の加減算を行うことは、経験もなく方法論も安定しない状態で、いたずらに特定保健指導実

施件数のアウトプットだけを増加させることになり、粗製濫造により、むしろアウトカムには悪影響を及ぼし、特定健診・特定保健指導の根本的な目的を損なう可能性が高い。

もし、後期高齢者医療制度への拠出金の加減算の実施を5年間延期できれば、十分な準備により価値のある保健指導を実施するための方論を検証する時間ができるとともに、保険者にも限られた財源を有効に使用する対策を検討する余裕が生まれる。

後期高齢者医療制度への支援金の加減算については、特定健診に対する評価と特定保健指導に対する評価を切り離し、特定保健指導に対するものは当初5年間の参酌標準をすべて0%に改定し、25、29年度については20、24年度の実績に基づいて適切な参酌標準を設定し、実質的に30年度から実施することを提唱する。

このことは、特定保健指導への対応に混迷を極めている保険者と行政の関係者にとっても大きな福音となることは間違いない。

特定保健指導の理念

特定健診・特定保健指導の第一の目的は、いうまでもなく、国民一人一人の健康づくりに貢献することである。疫学データベースを構築すること、並びに学術研究、いわゆる医療費適正化にこれを利用することは、あくまでも副次的なものである。医療関係者は、改めてこの原点を認識した上でその進捗に協力するとともに、制度が本来の趣旨から逸脱しないよう厳しい監視の目を向ける必要がある。特定健診・特定保健指導の実施主体となるべき地域の医療機関と職域の事業主は協力して国民の健康保持に対する責任を有していることを自覚する必要がある。

本稿において、筆者は標準的な健診・保健指導プログラムに対し多くの批判を行ってきたが、実は、プログラムの根底に流れる理念に対しては深い感銘を受け、このプログラムを作成した方々の国民の健康づくりに対する熱い思いに共感していることをここで表明したい。

さてここで、「動機付け支援」「積極的支援」という医療関係者には異和感のある用語が選択された理由について考えてみたい。私はここまで、特定保健指導のスキームを理解しやすいように、あえて「動機付け支援」を「単回指導」「積極的支援」を「複数回指導」と言い換えてきた。それではなぜ、標準的な健診・保健指導プログラムにおいて、「動機付け指導」ではなく「動機付け支援」という用語が用いられているのか。これを理解することが特定保健指導の基本的な考え方である「行動変容」の概念の理解につながる。

すなわち、従来の保健指導では、保健所の保健師等が健診で異常を指摘された対象者に対し、運動習慣・食生活の望ましいあり方を説明するに留まっていた場合が多かった。この指導が必ずしも有効でなかったことは医療関係者共通の認識である。

特定保健指導で求められているのは「指導」ではなく「支援」である。特定保健指導を実施する者は、指導対象者に何かをさせるのでは

なく、対象者が自分自身の力で、変わっていくための触媒となることを求められている。有用で正確な情報を提供することの重要性は言うまでもないが、それを対象者に押し付けるのではなく、対象者の行動に対し中立の立場で情報を提供し、対象者がそれを自らの判断において採用し、自分の行動や習慣を変えてみようと考え、契機となることが求められる。文字通り、動機付けのための支援である。間違っても、行動変容の仕方、を教え込むようなことがあってはならない。

このように考えると、特定保健指導を実施する者は専門的知識だけでなく、指導対象者の考え方や置かれた立場への共感を持つ能力が必要とされる。このような能力は一朝一夕に獲得できないことは言うまでもない。特定保健指導の実践の中で経験し習得するものであって、指導者自らの意識の「変容」が必須である。

また、これらの能力はお互いの経験・考え方を理解し合うことにより飛躍的に伸びるものであるの

で、指導者には日常的に他の指導者との意見交換の機会が準備されることが望ましい。

動機付け支援においては、わずか20分で指導対象者に行動変容を起すことを期待するのであるから、特定健診の結果に基づいて、ポイントをなるべく絞り、例えば「タバコを吸わずにいられない理由」「どうしても通勤で歩くことができない理由」「食事時間が不規則である理由」など一つのテーマに絞るこむことが重要である。積極的支援では、時間の余裕があるため、複数のテーマを取り上げたり、運動習慣や食生活に関する実技指導を加えるとよいであろう。本稿において、「指導」「保健指導」という用語を用いて説明してきたが、医療関係者には違和感のある「支援」という用語は、実は特定保健指導の理念を明確に表現する言葉であり、ふさわしい用語選択であることをご理解いただけたことと思う。

おわりに

最後に、特定健診・特定保健指

導の実施に関する私の主張を要約する。

① 医療機関は、その担当能力に合わせて特定健診・特定保健指導に参画すべきである。また、マネジメント能力を強化しスケールメリットを生かすため、地区医師会を中心に連携すべきである。

② かりつけ医による住民の健康づくりを実現するには、すべての受診者や利用者がいつでもどこでも特定健診・特定保健指導を受けることができる環境を整える必要がある。日本医師会がすべての保険者と集合契約を締結し、すべての医師会員が国民の健康管理に貢献できる体制の構築が望まれる。

③ 医師の保健指導計画に基づいて、看護師や(管理栄養士でない)栄養士等が実践的指導を行う医療機関型の特定保健指導実施スタイルを確立することが重要である。特定保健指導実施者として糖尿病療養指導士を、実践的指導者として薬剤師・准看護師を活用すべきである。

④ 特定健診の結果が学会の診断基準を満たす対象者には必ず医療

機関の受診を勧奨し、医学的診断(鑑別診断)を受けることを義務付けるとともに、これらの利用者の特定保健指導実施計画は、医療機関あるいは事業主が作成するべきである。

⑤ 特定保健指導の実施ルールには多数の矛盾が存在する。特定保健指導が開始されると同時に、医師会はその矛盾や問題点を集積・解析し、改善策を提示することによって、標準的な健診・保健指導プログラムの改訂においてこれが真に国民の健康づくりに役立つものになるよう努力するべきである。

⑥ 特定保健指導の実績に基づく後期高齢者医療制度への拠出金の

加減算については、その参酌標準を平成20～24年度の5年間は0%とし、この間の実績に基づいて25～29年度までの参酌標準を設定し、拠出金の加減算の実施は、事実上30年度から開始すべきである。

(大阪府医師会理事・天王寺区医師会理事)

文献

- 1) 標準的な健診・保健指導プログラム
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02.pdf>
- 2) 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(仮称)の規定に基づき厚生労働大臣が定める食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者(案)」へのご意見募集
<http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=Pcm1010&BID=495070185&OBJCD=100495&GROUP=>
- 3) 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
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info03d.html>