

特集

今、改めて見直す 健診・保健指導のあり方

職員の健康状態を把握するための健康診断、必要に応じて介入する保健指導は、生活習慣病の重症化や脳・心臓疾患などの発症を防いだり、就業上の措置を講じたりするための重要な取り組みである。また、退職後の健康寿命の延伸にも寄与することは言うまでもない。しかし、健診、保健指導の効果が上がらずに悩む職場保健スタッフは少なくない。そこで今回は、健診・保健指導のあり方について改めて見直してみたい。

1 総論

保健指導理論・指導モデル、
効果の検証に関する研究から

重症化予防を見据え 効果的な保健指導を実施するには

大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学 招へい准教授 野口緑

対象者の健康を守るために行われる「保健指導」。効果的な指導のためには、保健スタッフ自身が、実施している健診の意図、保健指導の目的を十分理解したうえで臨む必要がある。さらには、行動変容のための理論やモデルの活用、健診データと対象者の生活を結び付けて考え、説明する力量も求められる。

本稿では、効果的とされる保健指導理論や指導モデル、保健指導効果の検証に関する研究結果などを通し

健診と保健指導の関係

て、効果的な保健指導のあり方を提示していく。

わが国は現在、少子超高齢社会に突入し、100歳以上の高齢者人口が年々増加している。いかに社会保障関連経費を大幅に増加させることなく、医療需要と提供体制のバランスを取りながら、国民の幸せを実現させることができるか。世界で初めての社会実験ともいえるわが国の人口構成は、少

なくとも、40年以上継続することが見込まれている。こうした中、国民の健康寿命の延伸は、わが国における喫緊の課題であり、その達成のために、2008(平成20)年以降、実施根拠の異なる健診等のそれぞれの制度を越えて、横断的に健診・保健指導が実施されることになった。すべての国民が

統一的に、1年に1回健診を受診し、その結果に基づいて保健指導を受けられる機会が享受でき、さらには、その履歴を治療内容と併せて統一的に管理できるよう、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針(一部改正、令和2年厚生労働省告示第37号)」により、制度間での調整が行われている。こうした取り組みは海外にも例がない。

特に、共済組合、健康保険組合、協会けんぽ等に加入する働き盛り世代

においては、労働安全衛生法(以下、「安衛法」)第66条に基づく従来の健康診断・保健指導と、医療保険者による健診(高齢者の医療の確保に関する法律(以下、「高確法」)第20条に基づく「特定健診」)が同時実施される場合が増えている。しかしながらこうした同時実施の状況は、それぞれの法が予定している健診の目的を曖昧にしたまま、健診事業を進める現場を増加させている可能性がある。

安衛法はそもそも、「労働災害の防止」を目標として、「労働者の安全と健康の確保」(安衛法第1条)の実現をめざしており、健康診断は労働者その労働に起因して被災しない、あるいは健康状態を悪化させる恐れがある職に就かせないために、事業者が講ずべき措置として実施するものである。たとえば、作業所が暗所や大きな段差

がある場所での作業で、労働災害に遭う恐れが高いと考えられるのは著しい視力障害を持つ者であり、そうした労働災害を未然に防ぐために、健康診断では視力検査を実施し、適切な作業場所への配置措置が講じられる。また、高血圧や糖尿病など、労働負荷による脳心血管疾患の発症を予見できる場合は、保健指導など、事業者がその改善に向けた措置を講じることも明記されている（安衛法第66条の7）。

一方、高確法に基づく特定健診は、医療費が高額になる脳心血管疾患や糖尿病合併症をできるだけ予防し、医療保険加入者の健康寿命の延伸を図ることで、結果として、医療費を適正化（※）することが目的（高確法第1条）である。そして、国民も自らの加齢に伴う変化を自覚して、健康増進に努めなければならない（高確法第2条）という努力義務が課せられている。

これらの特徴を、誤解を恐れず大胆にまとめると、いずれの健診も個人の健康を守るという側面はあるものの、安衛法は事業主が安全配慮を行うための情報収集と措置の検討を目的とした健康診断である一方、高確法では国民が健康寿命の延伸に向けた自助努力を促すために行う健診として位置付けられており、それぞれの目的が

大きく異なっている。したがって、安衛法に基づく健診結果は「要医療」「要観察」「異常なし」といった医師による判定が行われ、必要に応じて講ずべき措置に関して産業医からの指示を伴う。一方、特定健診では、判定ではなく、腹囲周囲長やBMI、血圧測定、血液検査の結果値から、脳心血管疾患等のリスクをスクリーニングし、リスクの程度によって行われる特定保健指導の強度別に「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」に区分し、継続的に、かつ本人の行動の変化を支援するという観点で保健指導介入が行われる。

（※）予防可能な疾患の発症を防ぐことで高額な医療費を要しない状態にするという意味で使われる

健診意図を踏まえた指導を

こうした制度の違いから健診と保健指導の関係を整理すると、表1のようになる。安衛法による健診の結果は、項目ごとに「良い」「悪い」、つまり、病気が病気でないかを個別項目ごとに判定し、保健指導ではそうした結果を本人に伝え、取るべき行動を提示するというイメージであるが、高確法による保健指導では、対象者自身が検査結果を理解し、自ら行動を起こすようになるように伝える保健指導をめざそ

うとしている点異なる。産業保健スタッフは、こうした健診意図の違いを十分理解したうえで、健診事後指導対象者の選定を行うとともに、目的に沿って健診結果を評価し、優先的な面談対象者や面談内容、効果的な面談担当職種を吟味して臨む必要がある。

たとえば、重症な高血圧の職員に対する事後指導を考えてみると、安衛法の観点からは、医師による判定と、労災を防止するためにどのような措置が必要かを、健診結果から明確に伝えられるべきであろう。

一方、高確法の観点からは、健診結果から自らの体で起こっている血管障害や代謝障害がイメージでき、将来どのような健康障害を引き起こす可能性があるのかの実感を通じて、本人自身が取るべき行動を選択できるように伝えることに重点が置かれるべきである。しかしながら一般的には、その違いをあまり意識せずに従来どおりの保健指

導の方法として、「このまま放置すると脳卒中の発症の危険性が高いから、病院にかかるように」といった疾患管理に関する助言を医師が行い、保健師からは減塩やリラクゼーションなどの望ましい生活習慣に関する助言、加え

表1 健診と保健指導の関係比較

	特定健診・特定保健指導	安衛法に基づく健康診断・保健指導
健診・保健指導の関係	保健指導を必要とするものを抽出する健診	健診に付加した保健指導
目的	早期介入・行動変容生活習慣の改善	労働災害の予防措置
方法・内容の特徴	体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、自ら行動選択するのを支援	個別疾患への対処、行動の指示
保健指導対象者	健診受診者全員 リスクに基づく保健指導の必要性に応じた階層化	医師等の指示により、措置を講ずべき対象者

（厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」をもとに筆者作成）



Profile

のぐち・みどり

1986年尼崎市役所入所。2000年より総務局職員部で職員を対象に、2005年より市民局（現 市民協働局）市民サービス室で市民を対象に、保健指導を中心とした生活習慣病対策に取り組む。2015年ヘルスアップ戦略担当部長に就任。厚生労働省標準的な健診・保健指導あり方検討会構成員などを歴任。現在、大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学招へい准教授 兼 尼崎市企画財政局局長。日本肥満学会理事、日本肥満症予防協会理事。

て、職務上の悩み事に関する相談が行われ、さらに管理栄養士からは、具体的な献立に関する助言が行われるといった、職種分業による対応にとどまっているケースが少なくない。このような保健指導では、その内容が一般的抽象的になりやすく、「参考になるありがたいアドバイス」としてとらえられ、行動を起こしてもらわないと困るといった事業主の意図(安衛法)も、主体的に自らの健康状態を理解して、新たな行動を選択してもらおう(高確法)という目的も達成しない。

保健指導において最も重要なことは、「何のために、どのような目的で保健指導を行うのか」という意図であり、そうした目的を効果的に達成するための保健指導の展開とはどういふものであるかを、産業保健スタッフが明確に理解しておくことが、成果を上げるための重要なポイントの一つとなる。

健康行動化のための既存の理論・モデル

効果的な保健指導にもう一つ重要なことは、保健指導の展開に用いる考え方、つまり行動化のためにどのような理論やモデルを用いるかである。保健師など、保健指導実施者からは一般的に、「保健指導の方法は、対象者

の背景や健康課題、さらに保健指導実施者のスキルなどによって異なる」と考えられていることが多いと思われる。しかしその一方で、さまざまな理論やモデルを用いた保健指導効果に関する研究も多くなされ、報告されている。これらのうち、より効果的だとされる保健指導理論や指導モデルを参考にすることで、より効率的、効果的な保健指導の実現が容易になる。

健康行動化を促すためのアプローチ理論の研究はさまざまであるが、中でも、トランスセオレティカルモデル(Transtheoretical Model)、ヘルスビリーフモデル(Health Belief Model)、合理的行動理論から発展した統合的行動モデル(Integrated Behavior Model)が代表的であるが、ここでは産業保健の場で良く用いられていると考えられる、トランスセオレティカルモデルとヘルスビリーフモデルについて紹介する。

トランスセオレティカルモデル(Prochaska, 1979)は、その構成要素の一部である「行動変容ステージモデル」が良く知られているが、その特徴は、時間的経過を追ってアプローチを継続させる点である。このモデルでは、減量や減塩など、起こすべき行動に対する心理的ステージ(無関心期→関心

期→準備期→実行期→維持期)が前進、あるいは後進し、同時に、各ステージでは特徴的な心理的変容が起こると説明されており、そうした心理的変容を起こすよう、対象者に疾病の知識を提供したり、行動を起こす自分や起こさない自分に対する自己イメージを評価するよう促したりしながら、次のステージに進ませるといった心理学的アプローチを提唱している(表2)。現行の特定保健指導も、動機付け支援、積極的支援は3カ月間のフォローアップ期間を要件とし、保健指導への関心の有無を特定健診時の質問票で確認するなど、トランスセオレティカルモデル

の理論を参考にしていると考えられる。しかしながら、トランスセオレティカルモデルでは、ステージの評価とステージに合致した心理学的アプローチが最も重要であるにもかかわらず、一般的には、「無関心だから効果が出にくい」ため、保健指導を後回しに「重症者なのに無関心期である困難例だ」などと、保健指導のスクリーニングや困難度の判定に使用される例が散見される。これはトランスセオレティカルモデルが想定しているとは異なる用い方であるため、十分な効果につながっていないことが多い。脳心血管疾患や糖尿病等のハイリスク者は、どのステージで

表2 トランスセオレティカルモデルの構成概念の整理

ステージ	変容プロセス processes of change	ステージを進む際に 実行される行動
関心期	意識向上(意識高揚) consciousness raising	不健康な行動の理由や行動がもたらす結果について、知識を提供し、認識を高める
	感情体験 dramatic relief	不健康な行動に対するネガティブ感情や健康行動に対するポジティブ感情を高め、健康行動への動機を高める
	環境の再評価 environmental reevaluation	不健康な行動の有無が周辺(人や物)に与える影響を認知的・感情的再評価
準備期	自己再評価 self-reevaluation	不健康な行動を行う自分、行わない自分の自己イメージを認知的・感情的再評価
実行期	自己解放 self-liberation	自分は変われるという自信をもち、公約する
維持期	援助関係 helping relationship	行動変容のための精神的、物理的サポートを他人から得る
	社会的解放 social liberation	健康増進行動を起こしやすい社会的機会や選択肢を増やす
	逆条件付け counter conditioning	不健康な行動の代わりになる健康的な行動について学ぶ
	刺激コントロール stimulus control	不健康な行動の誘発トリガーを除去、または健康的な行動を促すものを加える
	強化マネジメント reinforcement management	行動を自分自身で賞賛、または他から認めてもらう

(出所:Prochaska et al. 2015をもとに筆者作成)

あるかにかかわらず、放置する期間が長期化すればするほど血管障害が進行するため、保健指導を後回しにはできないが、誰もが均一的な効果を上げるためには一定の心理学的介入スキルを要すると考えられる。

一方、ヘルスビリーフモデル (Rosenstock, I.M., 1960) は、行動変容を起こすために保健指導を通して、次の6つの認識に働きかけるといっている。具体的には、①病気や何らかの不健康な状態に陥る可能性を認識する「罹患可能感 (Perceived susceptibility)」、②放置することによる「重大性、深刻感 (Perceived severity)」、③推奨された行動で得られる「利益感 (Perceived benefits)」、④行動の障壁となるものや行動することにより悪い結果が生じる可能性の認識である「障害感 (Perceived barriers)」、⑤内的 (自覚症状など) 及び外的 (メディア情報や身近な人の罹患、信頼のある人からの勧めなど) な出来事による「行動のきっかけ (Cue to action)」そして、⑥「自己効力感 (Self-efficacy)」の6つで、これらを①から順に展開していくというものである。このヘルスビリーフモデルについて、構成概念とその後の行動との相関関係を評価するメ

タ分析の研究 (Carpenter, C.J., 2010) によると、その後の行動の予測力が最も強いのは、「障害感」だと報告されている。そのため、新たな行動を起こすことへの障害感をできるだけ減らすようなアプローチが有効であると考えられてきている。しかしながら、

これらの研究対象は、禁煙や違法薬物など、具体的な健康課題が認識されやすいものが多く、生活習慣病のような自覚症状を伴わず、健康課題を認識しにくい疾病の発症予防や重症化予防においては、むしろ「罹患可能感」と「重大性、深刻感」の認識に重点を置くのが最も効果的であると筆者は考えている。その根拠となるのが、生活習慣病重症化予防のための保健指導効果の検証に関する研究 (J-HARP 研究) の結果であるが、次に、この J-HARP 研究について紹介する。

重症化ハイリスク者への効果的な保健指導—— J-HARP 研究結果から

健診時に発見されたⅡ度以上の高血圧や HbA1c 8.4% 以上の重症化ハイリスク者の1年後の受療状況を追跡し、分析した報告 (武藤ら、2018) によると、重症化ハイリスク者群の1年後の受療率は33%にとど

まっている。こうした重症化ハイリスク者にとって、そのリスク因子の放置は脳心血管疾患の発症に直結するため、最も重要な行動変容は「受療」である。前述の報告は、保健指導において単に、「このままでは危険なので病院に行ってください」といつても行動は喚起されないことを表している。こうした中、

国民健康保険の特定健診 (集団健診で実施されたもの) により把握された40~74歳 (男女) の重症化ハイリスク者 (図1 ※参照) で、かつ該当リスク項目に関して、医療機関未受療者に対し、受療行動を起こしてもらおうという保健指導介入を行い、その後の受療率を2群で評価する研究である。対象の自治体は、青森から鹿児島まで全国にわたり、自治体を一つのクラスターとして、それぞれの地理的条件や医師数、国保被保険者数などをともにマッチングし、介入群と対照群に割り付けを行った (重症化ハイリスク

これは、全国43の自治体を対象に、

図1 生活習慣病重症化予防のための戦略研究 研究デザイン

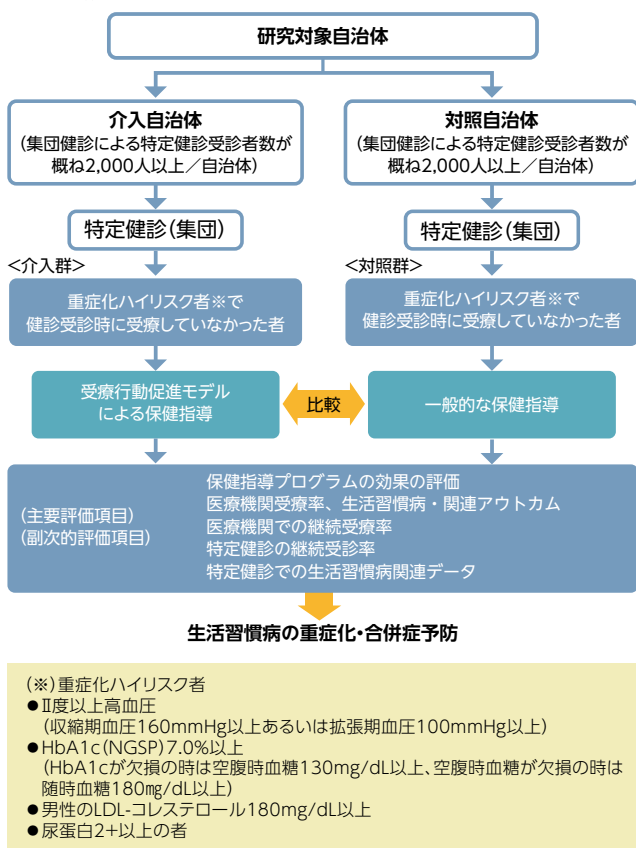


図2 重症化ハイリスク者全体の医療機関累積受療率の推移

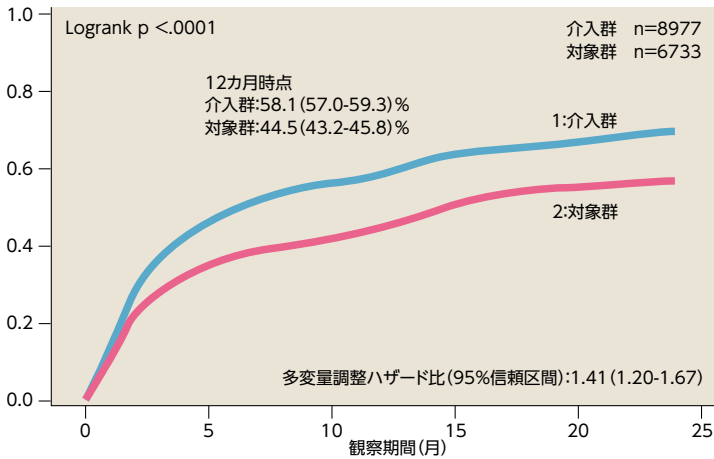
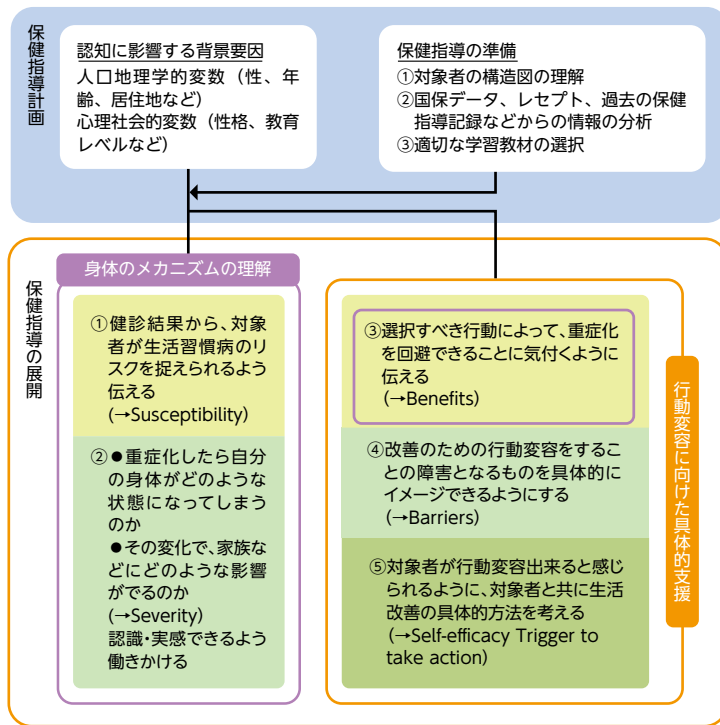
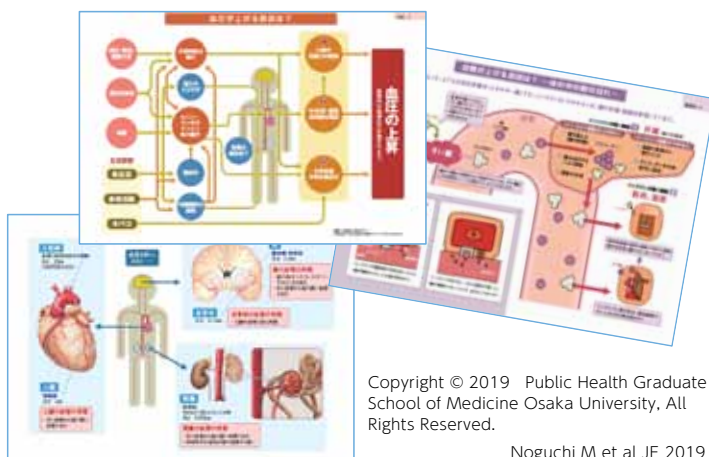


図3 受療行動促進モデル



小目的達成による自己効力感の向上、受療行動の継続、生活習慣の改善、特定健診の継続受診
Noguchi M et al JE 2019

図4 受療行動促進モデルに応じた保健指導資料の例



Copyright © 2019 Public Health Graduate School of Medicine Osaka University. All Rights Reserved.

Noguchi M et al JE 2019

者15、710名、うち、介入群は8、997名、対照群は6、733名)。介入群にはわれわれが作成したプロトコルに沿って、新たな「受療行動促進モデル」に基づく保健指導を行って貰い、一方、対照群にはこれまでどおりの保健指導を行ってもらおうというランダム比較試験(RCT: randomized controlled trial)のデザインで実施した(7ページ図1)。

この結果、従来型の保健指導に比べて、「受療行動促進モデル」による保健指導は、全対象者の全期間を通じた医療機関累積受療率の多変量調整ハザード比(95%信頼区間)は、1.41(1.20-1.67)と41%増加した(図2)。中でも、LDLコレステロール180mg/dl以上のグループでは、多変量調整ハザード比(95%信頼区間)は、1.59(1.32-1.92)と、対照群に比べて介入群では59%受療率が増加した。また、2カ年連続健診受診者の分析結果では、2カ年の健診データの差は、介入群が対照群に比べて有意に減少しており、2年目の服薬割合も介入群が対照群に比べて有意に高かった。

この研究で用いた「受療行動促進モデル」は、これまで兵庫県尼崎市で実施してきた保健指導の展開方法に類似しているヘルスブリーフモデルの構成要素と展開をもとに発展させたものである(Noguchi, 2019)。中でも、ヘルスブリーフモデルの構成要素を大きく2つに分け、ヘルスブリーフモデルの「罹患可能感」「重大性・深刻感」「行動することによる利益感」の3つの段階を「身体メカニズムの理解」の段階、ヘルスブリーフモデルの「行動することによる利益」「行動することによる障害感」「行動のきっかけ」「自己効力感」を、「行動変容に向けた具体的な支援」段階とした(図3)。

「受療行動促進モデル」では、前半の「身体メカニズムの理解」のアプローチが特に重要であると位置づけ、自らの血管や体内で生じている変化や障害を具体的にイメージすることを目指す。高血圧や高血糖が進んでいたとしても、自覚症状はほぼないため、この段階のアプローチが不十分であると、自らの健康課題への認識が深まらず、重症化する可能性も膨らまないため、

結果として健康行動化へのモチベーションが高まらない。「血圧が高いですよ」ではなく、「あなたの血圧はこの高さまで水を上げる強さと同様」と説明することで、生じている現象について、脅しではなく、実感を伴って理解してもらうことができる。その結果、「血管を傷つけないためにどうしたら良いのか？」という自発的な問いが生まれ、健康障害を回避するための具体的な行動の選択肢を主体的にとらえられるようになる。多くの保健指導例で行われる「このままだったら危ないから病院に行った方が良い」というアドバ

イスは、「行動に向けた具体的支援」を保健指導者側の問題意識から先に提案しているため、本人にとっては痛くも痒くもない、ただの情報として整理されるか、対象者を受け身にさせる指示となってしまう可能性が高い。

「身体のメカニズムの理解」では資料を用いて視覚的に理解してもらうことが有効であるが、抽象化させすぎたり、漫画で表現したり、あるいは、医学用語を極端に避けたりすることは、逆に、具体的なイメージや実感を伴う理解を妨げる。J-HARP研究では、「受療行動促進モデル」を助ける指導資料として、これらを留意した資料を作成し、介入群による保健指導におい

て使用した(図4)。

自覚症状を伴わない生活習慣病であつても、イメージや実感を伴うような「身体のメカニズムの理解」の説明がなされれば、どのように「障害感」を乗り越えるか、「行動のきっかけ」をどのようにつけるか、対象者の生活状況や価値観に合わせて相談を進めていく。受療行動を起こしてもらうためには、対象者が受療する必要性を認識できれば、「受療予定日をいつにするか」「どの医療機関に受療するか」など、具体的な行動レベルまでイメージしてもらうことも効果的である。

働き盛り世代を対象にした健診、フォローアップの意味

定年延長が進む中、40代、50代の脳心血管疾患のリスク管理は、単に、労働災害の防止にとどまらず、在職中、退職後の健康障害の予防に大きく寄与する。認知症においては、中年期の高血圧、高血糖が高齢期の発症のハザード比をより上昇させることが九州大学の久山町研究などの結果からも明らかである(Ninomiya et al., 2011)。このように、働き盛り世代の健康管理は職員の生涯にわたるQOL (Quality of Life)を左右することになる。

海外にも類がないわが国の健診制度により、「早期発見・早期治療」によるこれまでの健康管理手法は一定の役割を果たしてきた。しかしながら、今後これらと同様の健診事業の運営だけではより大きな成果は見込めない。健康寿命の延伸に向けた一人ひとりの「早期介入・行動変容」のためには、安衛法に基づく事業主のための健診、結果通知にとどまらず、対象職員自らが、労働内容と生活習慣、健診結果を結びつけて考えられるようになるための、産業保健スタッフの保健指導の力量が求められている。「身体のメカニズムの理解」をサポートするためには、これまでの「良い」か「悪い」から、医学的エビデンスをもとにデータ同士の関係性を総合的に説明する力、データと生活を結び付けて説明する力、対象者が納得できるよう説明する力が必要になる。

海外にも類がないわが国の健診制度により、「早期発見・早期治療」によるこれまでの健康管理手法は一定の役割を果たしてきた。しかしながら、今後これらと同様の健診事業の運営だけではより大きな成果は見込めない。健康寿命の延伸に向けた一人ひとりの「早期介入・行動変容」のためには、安衛法に基づく事業主のための健診、結果通知にとどまらず、対象職員自らが、労働内容と生活習慣、健診結果を結びつけて考えられるようになるための、産業保健スタッフの保健指導の力量が求められている。「身体のメカニズムの理解」をサポートするためには、これまでの「良い」か「悪い」から、医学的エビデンスをもとにデータ同士の関係性を総合的に説明する力、データと生活を結び付けて説明する力、対象者が納得できるよう説明する力が必要になる。

2000(平成12)年に、兵庫県尼崎市の人事部労働安全衛生の部署に筆者が配属された当時、40代、50代の脳心血管疾患により現職死亡する職員が、多い年には5〜6人あるのを目の当たりにし、何とか予防できないものだろうか、ひたすら健診結果を分析した。医学的エビデンスによって介入の優先順位を決め、リスク上位者から順にひたすら保健指導介入を繰り返した結果、その翌年から在籍期間中、心血管疾患による現職死亡が0人になった経験から、「保健指導の方法で人の命を救うことができる」と実感したのを思い出す。

働き盛り世代への保健指導は、大切な財産である職員だけでなく、家族や地域や社会を守ることもつながっている。簡単な手法を探すより、まずは、自らの真の力量を二歩ずつ高めることが、何より近道である。

【文献】

- Prochaska, (1979). Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Brooks/Cole.
 Prochaska J O, Redding C A, and Evers K E, (2015). The Transtheoretical Model and Stages of Change., in Health behavior: Theory, research, and practice, 5th edition, ed by Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, USA, Jossey-Bass.
 Rosenstock, I.M. (1960). What research in motivation suggests for public health. American Journal of public health and the Nation's Health, 50,295-302.
 Ninomiya T et al. (2011). Midlife and late-life blood pressure and dementia in Japanese elderly: the Hisayama study. Hypertension. 58(1):22-8.
 Noguchi M et al. (2019) Study Profile: Japan Trial in High-risk Individuals to Accelerate their Referral to Physicians (J-HARP) - a Nurse-led, Community-based Prevention Program of Lifestyle-related Disease. J Epidemiol.
 武藤ら, 治療と職業生活の両立支援—連携による重症化予防と Fitness for Work. HEP Vol.45, No.2, 2018
 磯博康(研究代表者) 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)生活習慣病重症化予防のための戦略研究「自治体における生活習慣病重症化予防のための受療行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究」平成27年度 総括・分担研究報告書
 磯博康(研究代表者) 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)生活習慣病重症化予防のための戦略研究「自治体における生活習慣病重症化予防のための受療行動促進モデルによる保健指導プログラムの効果検証に関する研究」平成25~27年度 総合研究報告書