

Ⅱ．紙上採録

2018 年度ウインターセミナー

千葉県内の保健師や看護師、健康診断担当者等、保健・衛生部門の方を対象に開催している「ウインターセミナー」。2018 年度は講演 1「第三期特定保健指導の運用の見直しに伴う変更点を実践した結果について」と題して当財団看護部集健看護課主任保健師グループ長の金澤久美子が、2018 年度より大幅な変更があった保健指導についての解説、及び当財団における取り組みについて紹介した。また、講演 2 では「タバコ：たのしくやめよう・考えよう」と題して、とげぬき地蔵尊高岩寺住職の来馬明規先生にご講演いただいた。内科循環器及び禁煙指導専門医でもある先生は、住職を務める高岩寺境内での禁煙化を皮切りに、全国で禁煙について講演活動を行っており、本セミナーでも人工喉頭で歌を披露する等ユーモアを交えながらお話をいただいた。

講演 1. 第三期特定保健指導の運用の見直しに伴う変更点を実践した結果について

■ 金澤久美子…………… 104

講演 2. タバコ：たのしくやめよう・考えよう

■ 来馬明規 …………… 113

第三期特定保健指導の運用の見直しに伴う 変更点を実践した結果について

公益財団法人ちば県民保健予防財団看護部集健看護課
主任保健師グループ長 金澤久美子



1. 3ヶ月プログラムについて

厚生労働省が発表した第三期実施計画では、特定保健指導に関して大きく6つの見直しのポイントがあった(図表1)。

このうち、今年度から当財団で実施しているのは、①3ヶ月プログラム、②初回面接の分割実施、③初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止、④2年目の弾力化の4点である。本日は、現在も進行中のこ

の4点について、実施するまでのプロセスと実施状況の報告、今後の課題についてお話したい。

まず、3ヶ月プログラムについてであるが、図表2が当財団の標準的な積極的支援プログラムであり、現在のところは実施効果が高いといわれている面接支援が主となり、6ヶ月間で個別面接4回と手紙支援1回を行っている。

現行の当財団の積極的支援プログラムでは、3ヶ

第三期からの見直しのポイント

～ 特定保健指導 ～

- ①特定保健指導の実績評価時期を
6ヶ月後→3ヶ月後でも可とする
- ②健診結果が揃わなくても、初回面接の分割実施を可能とする
- ③初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止
- ④2年連続して積極的支援に該当した場合、1年目に比べて
2年目の状態が改善していれば、2年目の特定保健指導は、
動機付け支援相当で可とする
- ⑤積極的支援の対象者への柔軟な運用でのモデル実施の導入
- ⑥通信技術を活用した初回面接(遠隔面接)の事前届出を廃止
(2017年度～)

図表 1

< 現行の財団プログラム >

積極的支援スケジュール(6か月間)

初回面接
(45分程度)
基本4回の個別面接
ポイント的には
ここまででもOK!

	基本的な ポイント	最低限の 介入量	ポイントの上限
個別支援A	5分20ポイント	10分	30分以上でも120ポイントまで
個別支援B	5分10ポイント	5分	10分以上でも20ポイントまで
グループ支援	10分10ポイント	40分	120分以上でも120ポイントまで
電話A	5分15ポイント	5分	20分以上でも60ポイントまで
電話B	5分10ポイント	5分	10分以上でも20ポイントまで
e-mail(A・e-mail, FAX, 手紙等)	1往復40ポイント	1往復	継続的な支援に要する時間 はポイントの合計が 180ポイント以上! 必要
e-mail(B・e-mail, FAX, 手紙等)	1往復5ポイント	1往復	

図表 2

月間に短縮したとしてもポイントは充足する。面接が1回減ることにより、対象者や健康保険組合・事業所担当者の負担軽減につながるというメリットもある。

一方、一部の健康保険組合からは、通常の当財団のプログラムでは健康保険組合や対象者の負担が大きいくことで、面接回数をなるべく減らしたいとの要望がある。そのような場合は、積極的支援の終了に必要なポイント充足の面と実施効果の面から、1ヶ月目の面接の重要性を伝えている。

現在実施している全ての健康保険組合は、継続支援の中で1回は面接をするプログラムである。面接時間の確保が業務上難しいなどの意見があったところに限り、1回の面接支援と残りは手紙・メール・電話のいずれか通信での支援を2回実施するプログラムである。

ただし、集合契約では、初回面接以外の継続支援を全て通信で行うプログラムも実施しているが、積極的支援の場合、3ヶ月間で180ポイント達成させるためには、4～5回の通信のやりとりが必要になるため、3ヶ月の期間内に終了させるのは難しい状況で、期間を延長する必要があると思われる。

3ヶ月後に実績評価をするプログラムにすることで考えられることとして、プログラムの期間が短縮し支援回数が減ってしまうので、実施効果にどう影響するかわからなかった。また、支援終了後から次の健診までの期間が長くなるためリバウンドする危険性もある。

このようなデメリットと対象者の負担の軽減というメリットを含め、健康保険組合担当者との打ち合わせを昨年2月から実施した。「きっちり3ヶ月後に終了するのではなく、4～5ヶ月後に実績評価をする」と決めた組合もあれば、「3ヶ月後の評価時に対象者の変化を確認しそのまま終わらせるか、6ヶ月までに評価するかを決めてもいいのでは？」という話も出たが最終的に3ヶ月後の評価にしたところもあり、様々であった。

当財団の実施状況としては、平成30年度健診分の特定保健指導では、産業保健の2つの健康保険組合を除いた全ての健康保険組合が3～5ヶ月後に実績評

価をするプログラムとなった。その実施効果については、これから検証が必要となる。

今までの6ヶ月間の支援でも、6ヶ月間減量し続けるという方は少なく、1ヶ月から3ヶ月までにある程度減量し、その状態を6ヶ月後まで継続した、という方が多いようだった。3ヶ月プログラムでは、次の健診までの期間が延びるため、3ヶ月目の支援やその後のフォローが必要となってくるかもしれない。

2. 初回面接の分割実施について

初回面接の分割実施について、出張健診で実施するために検討した内容を紹介する。

平成29年5月から検討を開始し、健診当日に初回面接1回目の対象者がどのくらいになるか考えた。そして対象者のうち、何人に初回面接1回目を実施できるか、そして指導スタッフは何人必要か検討した。

健診当日に判明する血圧値で該当した特定保健指導対象者は、特定保健指導の全対象者数のおおよそ5割程度。そのうちの半数に初回面接1回目を実施できると推測し、1日あたり最大20人くらいの実施人数ではないかと考えた。

そして初回面接1回目の1人あたりの面接時間については、健診スタッフや渉外担当者から、「出張健診では1人10分くらいが適当ではないか」との意見が挙がった。

従来の初回面接では最低30分から1時間程度かけて、対象者に合った計画を立案する。初回面接の実施時間は20分以上とされているため、指導スタッフとしては、「分割の1回目とはいえ、たった10分間ではどうなのか？」との思いが強かった。

厚生労働省の講義の際に直接担当者に確認したところ、「初回面接は20分以上なので、分割した面接の1回目と2回目を合計して20分以上であれば良い」とのことだった。

そこでまず10分間を想定し、この短時間に厚生労働省から示されている9割の暫定計画を立案するための方法を検討することにした。初回面接1回目を10分間で実施する方向になってきたところで、その

10分間で個別性のある暫定計画を立案するためには、面接する際に対象となった方の最低限の情報が必要であると考えた。具体的には、健診当日のデータと、できれば前年度の血圧以外の特定健診の結果があるとういと考えた。

健診当日の問診票の血圧・喫煙状況を確認しながら実施したいと考えたが、面接の実施場所で問診票を長時間預かることが難しい場合も多い。問診票を面接前にコピーし準備すること、また対象となった方の生活習慣の情報を得て、何とか10分間で個別性のある暫定計画を立てるためのオリジナルのアンケートを作成した（図表3）。

図表4は初回面接1回目の前に対象者に記入していただくために作成したアンケートである。右側が指導スタッフの介入が必要な回答項目になっていて、図表5の血圧を下げる5つのポイントの色とアンケー

トの番号部分の色は連動する内容で作成した。図表6は対象者に渡す暫定計画用紙で、5つのポイントそれぞれに具体例を挙げ、アンケートからわかった問題とそこから具体策がわかるように作成した。

また、問診票からわかる血圧以外の貴重な情報は喫煙であるため、喫煙状況もプラスして暫定計画を立案する。誘導スタッフの人員の確保ができれば、初回面接1回目の前の待ち時間に問診票のコピーをとり、先に紹介したアンケートの記入を依頼し、何とか個別性のある計画を立てられるのではないかと想定し準備を進めた。

誘導スタッフがいることが前提で、コピー機購入の検討やアンケートを作成してきたが、準備を進めていく上で、残念ながら誘導スタッフの人員の確保が困難であることが明確となった。そのため、誘導スタッフがいなかった場合の対応を検討することになっ

＜出張健診で実施するための検討内容②＞

**10分で9割の暫定計画立案するには、
事前情報が必要**

①問診票(血圧・喫煙状況など)
→ コピー機を持参し問診票をコピーする

②対象者の生活習慣
→ 誘導係を配置して、アンケート(生活状況の把握のため)記入の依頼をする

12

図表 3

＜対象者に回答いただくオリジナルアンケート＞

詳細な質問項目

あてはまる番号に○を付けて下さい

フリガナ

氏 名

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

右側が介入が必要な回答

15

図表 4

＜オリジナルの資料＞

血圧を下げる5つのポイント

減塩
高血圧の原因である食塩中のナトリウムを減らすことで血圧が下がります。

野菜
野菜に含まれるカリウムをとると、高血圧の原因であるナトリウムの排泄が促されます。

肥満解消
内臓脂肪が増えると血圧を高くする成分が分泌されます。内臓脂肪を減らすことで血圧が下がります。

節酒
アルコールの過剰を問わず、飲む量に比例して血圧が上がります。日本酒換算で1日1合が理想です。

適度な運動
血液の循環が良くなり、血管が広がることで、血圧が下がります。

16

図表 5

＜対象者にお渡しする暫定計画用紙＞

経過 食塩は1日男性: 6g以下 女性: 5g以下を目標に！

1. 今より運動の回数を増やす 4. 塩味の汁は減らす
2. 塩味の調味料を減らす 5. 今より肉類の摂取を減らす
3. 加工食品を減らす(漬物、ハム、ベーコン、ソーセージ、冷凍食品など)

野菜は1日350g(1日1食分)が目標

1. 野菜料理を毎食1回食べる
2. 肉類は1品やのり定食メニューを選ぶ
3. 野菜が入った料理を選ぶ
4. 野菜ジュースで不足分を補う
5. 冷凍食品を活用して野菜を増やす

節酒目標

1. 飲まない

これに、問診票からの「喫煙」の情報をプラスして暫定計画を立案します！

2. お酒のお茶と一緒に飲む
3. お酒の量を減らす(ビール: 500ml、焼酎(25度): 110ml、ウィスキー(ダブル): 60ml)
4. お酒は飲むだけやめよう

適度な運動

1. 今よりプラス10分歩く
2. 自宅で筋トレ・ストレッチ・ラジオ体操など行う
3. 散歩やウォーキングを習慣化する

17

図表 6

た。

指導スタッフが面接中の場合、対象者を待たせることになる。健診に来て検査をせずに帰ってしまうことはないか、キャンセルする方は少ないとしても保健指導の説明がないとそのまま面接をせずに問診票を持ったまま帰ってしまうのではないか、また、待合時間に暫定計画の立案に必要なアンケートの記入ができるのかという不安があった。アンケートの記入を必須とせず、健診当日におおよそ10分間でできることは何かを、あらためて保健指導チーム内で何度も検討を重ねた。

その結果、対象者になぜ自分が特定保健指導の対象になったのか、特定保健指導とはどんなことをするのか、そしてその必要性などを伝えること、つまり初回面接2回目へどうつながるかが重要ではないかと考え、保健指導チーム内で再度検討していくこととなった。そのためには、一度健診の場で実施してみたいと考え、平成30年3月当財団の職員健診の3日間に、模擬実施をすることとなった。

事前に健診スタッフと、どのように対象者を選定し対象者と分かるようにするか、どのように保健指導へ誘導するか、健診会場のどこで面接を実施できるかについて話し合った。また、対象者へは面接についてどのように説明するのか、初回面接1回目はどのような内容にするのか検討した。

模擬実施で行った内容について、健診の流れに沿って順番に説明する。

まず、出張健診で問診票から対象者を選定する方法だが、健診順路の通りに計測・問診・血圧測定・腹囲測定の各担当が対象者であることのシグナルを付ける。例えば、計測ではBMI、腹囲測定では腹囲、血圧測定では血圧について、値が基準値以上であれば○、問診では服薬がなければ赤○をつけるといったように、各担当が対象者に○をつけていく。採血受付と採血スタッフが、服薬がないことと腹囲・BMI・血圧の値を最終確認し、対象者を選定した。

対象者の選定後、対象者であることのシグナルとするために色つきファイルに問診票を入れ、ファイルの表面には説明文を貼付した。説明文には健診当日に初回面接模擬実施のための協力依頼、事前にア

ンケートを記入することの依頼、面接には10分間程度の時間がかかること、希望しない場合の問診票の返却先・方法について記載した。

模擬実施の結果、色つきファイルに入れたことで対象者が明確になり、周囲のスタッフも保健指導対象者であると分かりやすいため案内しやすく、そのまま帰ってしまうことはなかった。一方、一部対象者から目立つから嫌だとの発言もあり、健康保険組合や自治体の担当者との協議には、メリットとデメリットを提示する必要があると考えた。

また、色つきファイルに入れた問診票の検査値ばかりが気になり、ファイルに記載した内容に目を通す様子が全くない方も多いようだった。内容を理解できているか不明のため、事前のアンケート記入についても説明書をどこまで読んでもらえるかという不安もあった。

面接の実施場所については、健診の一環として実施できプライバシーを保持できるよう、保健指導用にパーティションを購入した。

指導スタッフは2人配置したが、2人とも面接中となると対象者の待ち時間が発生してしまった。留意点としては、指導スタッフが2人とも面接中の場合に掲示するための案内板が必要であること、また、面接実施時に対象者の最終確認をするが、誘導スタッフがいなかったため、万一対象外であった場合には無駄に待たせてしまう可能性もあるという問題点があった。

初回面接1回目では短時間で生活習慣改善の必要性が伝わるよう、視覚的に分かりやすいリーフレットや動脈硬化の血管模型、10分を意識できるよう時間が見やすい大きなデジタル時計を購入した。参加者からは、目で見てわかりやすいとの感想があった(図表7)。

職員健診で模擬実施した結果、対象者の選定、対象者であることのシグナルについては、特に問題なく実施できたので、実際の出張健診をイメージすることができた。

一方、初回面接1回目のアンケートについては、「アンケートを記入してください」と掲示しておくだけでは記入していない場合が多かった。アンケー

トを記入していない場合は面接で聞き取らなければならない情報が増えてしまい、10分間という短時間で個別性のある暫定計画を立案するのは非常に難しいことがわかった。さらに、人によっては話が広がってなかなか終了できないこともあり、確実に10分間で終わらせるのは困難であった。

3. 初回面接1回目の実施内容について

平成30年度の依頼は、3市と1町の4自治体であった。担当者との打ち合わせでは職員健診で模擬実施したことを踏まえ、初回面接1回目の10分間で個別性のある暫定計画の立案は困難であることを説明し、いずれの自治体とも2回目を面接に設定していることから、必要最低限の説明と次回の予約を確実に取るのはどうか、ということを提案することとした。

次に、自治体担当者との打ち合わせ内容についてであるが、前年度3月頃から健診スタッフと共に健診当日の初回面接実施について打ち合わせを行った。

まず、対象者については健診当日に分かるのはBMI・腹囲・血圧の値、服薬の有無であるため、当日の特定保健指導対象者は血圧該当者のみとなる。自治体によっては、前年度の血糖値で基準を設け、問診票にシグナルをつけ、そのシグナルがついている人も対象としたところもあった。年齢では、当年度中に75歳になる人は対象外とした自治体と、対象者として実施した自治体とに分かれた。

次に選定方法であるが、問診票は自治体ごとに異なるため、対象者を選定した際の日印の方法を検討

した。健診の流れ・健診内容も異なるため、どの担当者が最終確認し対象者として選定するかを中心に検討しなければならなかった。問診票を対象者であることの日印とする色つきのファイルに入れるか否か、色つきファイルをすでに複数利用している場合は重ならない色にしなければならないし、従来から使用している札を利用して日印とする場合もあった。また、問診票をそのまま持ち帰らないようにするためにどうするか、なども考えながら流れを決めていった。

また、初回面接1回目の実施内容については、職員健診の検証結果を伝え、計画を立てるプロセスのどこまでを健診当日に実施するか、そして、初回面接2回目の予約を取るかどうか、また1回目・2回目と初回面接を分割実施する場合、階層化した後に通常の初回面接を実施する場合と、それぞれの支援プログラムについて決めていった。分割実施者の積極的支援のプログラムは、先ほど3ヶ月プログラムで説明した財団のプログラムを基本に実施している。

当日初回面接を希望しない方の対応、各自治体への報告内容・報告時期なども確認していった。これらの打ち合わせ後、実際に行った結果について報告したい。

4. 平成30年度の実施状況

平成30年度は、6月から12月の出張健診において、延べ73日間で793人に、基本的には指導スタッフ2人体制で実施した。自治体以外の集合契約や協会けんぽでも実施しているので、実施数としてはもう少し多くなっている。また、1月以降も引き続き実施中であり、30年度の実施数はまだ確定できていないため、今回は6月から12月までの結果について報告する。

図表8は厚生労働省の手引きから引用したもののだが、健診当日に初回面接1回目を実施する目的として、健康意識が高まっているときに受診者に働きかけることができること、受診者の利便性に資するため、とされている。健診当日に面接した1日あたりの人数は、少ないときで1人、一番多い時で44人と差があった。



図表 7

次に、対象者であることのシグナルと案内方法についてであるが、自治体によって案内方法は異なっていた。

図表9はある自治体で実際に準備したものである。選定後、対象者の問診票を色つきファイルに入れ、健診の最後に保健指導へ行く流れにした。ファイルの表面には、「中に入っている説明文を見てください」ということと、「問診票を持ち帰らないように」、「都合の悪い方はスタッフにお声掛け下さい」と書いてある。ただし、「都合の悪い方は」という文章にするとキャンセルする人が出るため、あえて書かないようにした自治体もあった。ファイル内には、なぜ保健指導対象者となったのか、どんな話をするのかという説明文を入れた。

自治体ごとに健診の流れやファイルの色も違うので、健診スタッフと綿密に打ち合わせをし、それぞれにマニュアルを作成し、指導スタッフに周知してから面接に入るようにした。

次に初回面接1回目の面接内容を紹介する。健診当日は職員健診の模擬実施でも使用した視覚的に分かりやすい資料を用いて、内臓脂肪の蓄積と生活習慣病の関係・高血圧が体にもたらす影響・特定保健指導についてを中心に話をした。

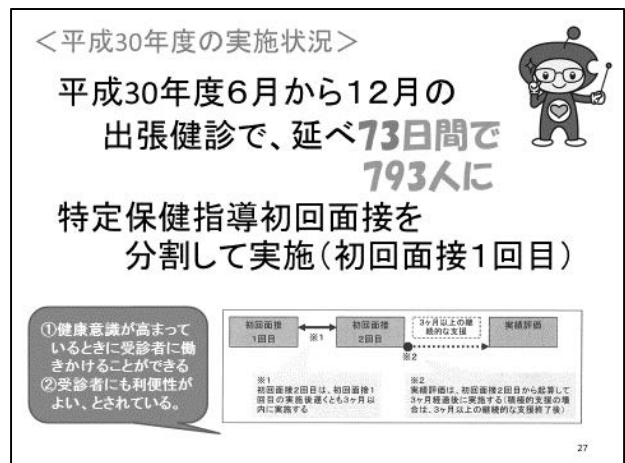
継続を希望した方には初回面接2回目の予約をし、継続の希望がなく予約をしない方でも、すでに取り組んでいることの確認や、取り組むべきポイントについて質問があることも多かったので、10分以上面接することもあった。また、継続したいが2回目の

面接設定日は都合が悪いという方もいたため、1回目の面接日の貴重な機会を有効に使えるよう、待合の人数の様子を見ながら調整することもあった。そのような方にとっては、健康に関する情報提供としても、とても良い機会になったと思われる。

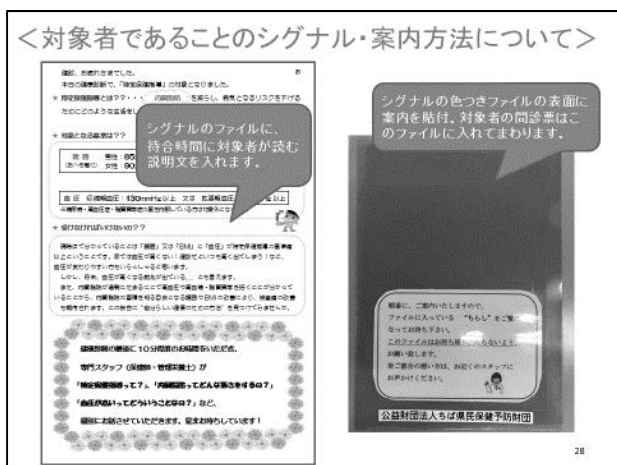
図表10は初回面接2回目の予約をした方に日時を記入して渡した用紙であるが、先ほど紹介した対象者への説明文の裏面に印刷したものである。都合が悪くなった場合の連絡先を明記し、ある自治体で使用したところ、その後キャンセルや日時変更の連絡が入ることも多かった。

次に実施結果を紹介する。まだ確定したデータではないことをご承知おきいただきたい。

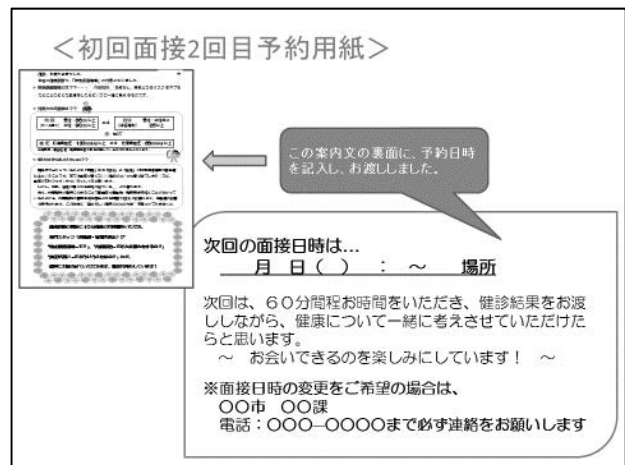
30年度は4自治体で実施しているが、うち1自治体は通年で実施していて、健診当日に該当した方のみを委託されている。そのため、特定保健指導の全対



図表 8



図表 9



図表 10

象者数は把握できていない。

そこで今回は健診後に階層化された方にも実施している3自治体の結果についてまとめた。この3自治体では健診後に階層化された全ての対象者に、保健指導の案内通知を発送し特定保健指導の案内と受診勧奨をしている。

図表11は健診当日に選定された人の割合である。特定保健指導の全対象者のうち50%、57%、58%と5割は健診当日に選定できた。つまり血压のみの該当で5割以上が選定される、という結果が出ている。

図表12は対象者として選定された人のうち、初回面接1回目を実施できた割合であるが、98%、97%、95%とほとんどの方に実施できた。

辞退したとしても不満を訴えた人はなく、辞退の理由は、「時間がない」、「以前特定保健指導を受けて、今も自分でやっているから」、「聞いてもやらないから」などであった。

図表13は初回面接2回目の予約状況である。健診

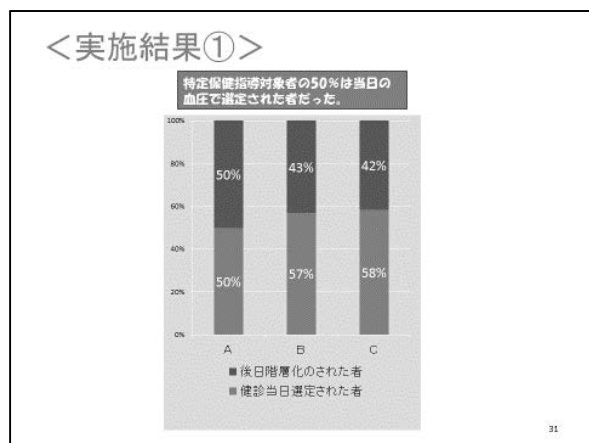
当日初回面接1回目を実施した方全体のうち、22%、49%、47%に初回面接2回目の予約が取れた。

図表14は初回面接2回目予約後の辞退者の割合である。これは、健診当日に初回面接2回目を予約した人のうち、キャンセルした人の割合である。このデータに関しては、通年で実施している自治体の割合も含む。

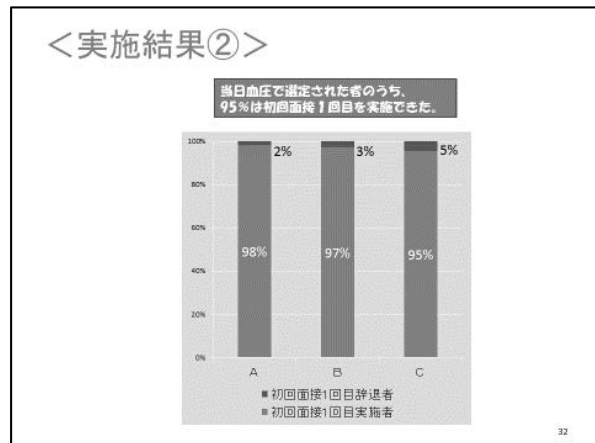
健診当日に初回面接2回目の予約をしたが実際にはキャンセルした人の割合は、いずれの自治体も10%以上となり、健診当日に予約をした人の方が、後日自ら申込した人よりも、辞退する割合が高かった。つまり、健診当日は意識が高まっているため継続支援を希望するものの、日を迫るごとに意識が薄れていくことが考えられる。当日・後日も含めて継続できるアプローチの工夫が必要である。

今回健診当日に初回面接1回目を行った結果について、以下にまとめる。

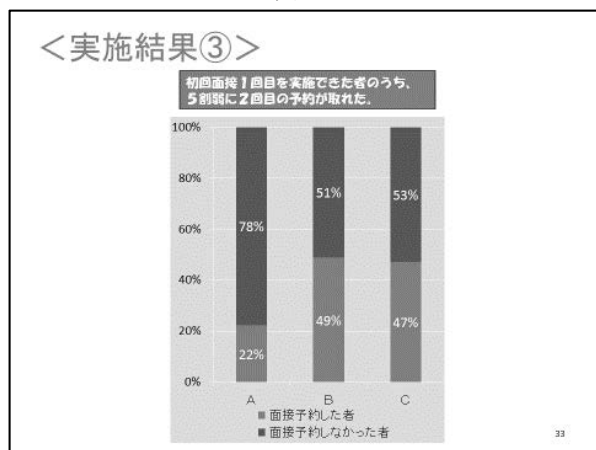
当初予想された健診スタッフの負担については、



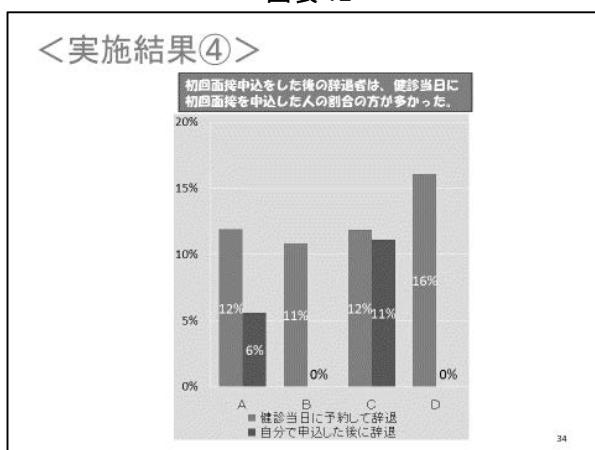
図表 11



図表 12



図表 13



図表 14

財団内で事前に細かい部分まで打ち合わせができていたこともあり、健診スタッフから後日聞き取りをしたところ、健診終了時間が多少延長したことはあったものの、大きな影響はなかったとのことだった。

そして予想どおり、特定保健指導対象者のおおよそ5割が健診当日に選定でき、選定された人のほとんどは初回面接1回目を実施できた。そして、面接をした人のうち5割近くが2回目の予約を行い、初回面接完了となっている。

積極的支援に関しては、初回面接2回目に継続支援1回目を引き続き実施することでポイントを確実に獲得できるため、実施率の向上が期待できるものと思われる。また初回面接2回目を実施できなかった場合の対応について、各自治体に相談しながら現在も検討しているところである。

そして、初回面接を予約した後に辞退する人の割合は、健診当日に初回面接2回目を予約した人の方が、後日自ら初回面接を申込みした人より多いという結果であった。

5. 初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止について

次は初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止について述べる。

30年度は1自治体で実施しているが、こちらの自治体は通年で特定健診を実施し、健診当日に特定保健指導該当者に初回面接1回目を実施している。

当日は財団の指導スタッフが出張する日で予約を入れたとしても、その後対象者の都合が悪くなることや、設定した日に予約が入らないことがあった。

こちらの自治体の特定保健指導を担当する部署には専門職が常駐し、特定保健指導を実施していることから、初回面接2回目以降は自治体のスタッフへ移行することが可能となっている。年度始めの打ち合わせの時から、年度内に終了しない場合は引継ぎを行う予定となっていて、今後、紙ベースで引き継ぎをする。

実施経過としては、健診当日に初回面接1回目を実施している他の自治体と同じ内容で、健診当日の実施状況について一覧を作成している。主な内容は

受診日・受診番号・氏名・生年月日・連絡先・その他となっている。

面接内容は先ほど紹介した統一した内容であり、健診当日に初回面接1回目を実施している他の自治体と同じである。しかし、初回面接1回目だけを実施し2回目以降を引き継ぎするためには、この情報だけでは不都合が生じてきた。

こちらの自治体では、初回面接2回目の前に財団の指導スタッフから基本的に全員に初回面接2回目の日時の確認のため電話し、必要時は変更している。ただし、確認の際は大丈夫だったとしても、当日のキャンセルもあり得る。指導スタッフの出張日に合わせ変更が出来る場合は振替となるが、通年で実施しているため1ヶ月あたりの面接日が限られており、近々で振替ができないことも発生した。

また、初回面接2回目は1回目から3ヶ月以内に実施することとなっているため、その期間内に間に合わない場合もある。キャンセルや変更については、その都度自治体の担当者に報告・相談している。財団の対応が難しい場合には自治体の対応になるが、その際一覧にある氏名・生年月日などの基礎情報だけではなく、健診当日の様子や特徴があると連絡を取りやすいとの話があった。

そこで、引継ぎしやすいよう初回面接1回目の記録用紙を作成した。図表15のように委託先である自治体が継続する場合も想定した内容とし、初回面接1回目の様子を加えた簡単な記録を全員分作成することにした。

＜初回面接1回目の記録用紙＞

特定保健指導の実施状況 (初回面接1回目)	
受診番号:	氏名:
生年月日:	性別:
住所:	電話番号:
職業:	健康状態:
初回面接日時:	面接場所:
面接内容:	指導内容:
指導結果:	指導者:
備考:	

図表 15

メリットとしては、他機関への移行が容易となるが、その反面記入する項目が増えるため、健診当日の1人あたりの面接時間が増えるというデメリットがある。面接時間が増えれば待ち時間が増え、苦情につながる可能性がある。それぞれの自治体の実施人数、その後のフォローをどうするかなど、相談しながら進めていく必要があるだろう。

また、特定保健指導の実施報告については、年度内に終了しない場合も紙ベースで報告することとなっている。自治体がさらに他の機関に委託する場合もあるため、電子データの受け渡しが必要な場合には、どのような形にしていくかについて検討する必要がある。

6. 2年目の弾力化について

最後に2年目の弾力化について述べる。

これは、前年度積極的支援を実施し健診の結果が改善されていた人が2年連続積極的支援に該当した場合、当年は動機付け支援相当でよいとするものである。

産業分野の健康保険組合から要望を受け、財団のシステム担当者が健診データから対象者を抽出できるよう開発した。それにより指導スタッフは、抽出された対象者の中で積極的支援を前年度終了しているかどうかの確認をすれば動機付け支援相当となる対象者が分かるようになった。

実施状況については、今年度の該当者は5人であった。うち1人は入院治療後の健診だったため初回面接時には少し体重が戻っていたが、いずれの方も生活習慣の改善は続けていた。

また、「本来は積極的支援だが、前年度に比べ改善されていたので今年は動機付け支援です」と説明したところ、自身の取り組みが形になったことへの喜びか、非常に嬉しそうな表情をした人もいた。

今回の見直しの目的は、特定保健指導の実施率と

実施効果の向上である。実際に実施してみると、健診の場での指導が可能となったり、支援プログラムの期間が短くなったり、支援回数が減少したりと、健康保険組合や対象者の負担が軽減し、実施率の向上につながるのではないかと感じた。

ただし、いずれの取り組みも現在継続中であるため、実施効果はこれから検証する必要がある。

例えば3ヶ月プログラムと2年目の弾力化では、実施終了者の割合と腹囲・体重の変化について、過去との比較が必要と考えられる。

また実施率については、初回面接を分割して実施したところは初回面接の時点ではいずれも前年度を上回っているが、最終的な終了者の割合の過去との比較や、実施方法・内容・選定方法などについてもこれから検証していきたい。

初回面接の分割実施後の対応については、初回面接の未完了の処理をしていく予定のところ、初回面接2回目のキャンセルの連絡があった場合にはその電話で2回目を完了とするところ、2回目の予約が取れなかった場合は1回目の実施報告はしないところなどがあった。健診当日に特定保健指導の導入を行うが、その取り扱いについては今後も各自治体・健康保険組合と協議しながら進めていく必要がある。

30年度は法改正による特定保健指導のかなりの追い風に乗って、いくつもの新しい取り組みを実施してきた。今後も特定保健指導の更なる実施率と実施効果の向上のため、保健指導チームの仲間と研鑽を重ね、協力しながら実施していきたい。皆様には引き続きご教示いただきたい。

金澤久美子の略歴

看護師・助産師・保健師資格を取得後、病棟勤務や特別区(東京23区)で保健師としての勤務を経て、平成25年度当財団入職。その後、特定保健指導業務を主に担当し、現在に至る。