

市町村保健師による「特定健診・特定保健指導」検査項目の実施・追加判断の可能性

Inspection items of "Specific Health Examination / Specific Health Consultation programs": performance and capability of item addition by public health nurses in municipalities

赤星 琴美 Kotomi Akahoshi

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

若竹 理沙 Risa Wakatake

豊前市役所 Buzen City

山口 忍 Sinobu Yamaguchi

茨木県立医療大学 Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

2018年4月18日投稿, 2018年10月24日受理

要旨

本研究は、特定保健指導に係わっている全国の市町村の保健師1,156名を対象に特定健診・特定保健指導に関する検査項目の実施状況および保健師の意見を把握することを目的に調査を行い、514名の保健師から回答が得られた。その結果、(1) 制度上は医師の判断の下で行われる詳細な健診項目の追加および特定保健指導対象者の選定を保健師の判断で行うことがいいと思っている保健師がそれぞれ30.6%、60.0%であった。(2) 18.4%の市町村が積極的特定保健指導を行う過程で血液検査を実施しており、そのうち、実施の判断を保健師が行っているのは74.2%であった。(3) 51.3%の保健師が療養中の者を特定保健指導対象者に含めてもよいと考えていた。保健師は、必要に応じて関係機関に働きかけながら、対象者と関わり、保健指導を行い、療養中の者を含めて重症化予防を行いたいと感じていた。地域の健康課題を把握し、住民に身近な存在の保健師が、専門職として十分に活動できる仕組みづくりをすることにより、国の目指す健康寿命の延伸へと繋がると考える。

Abstract

To identify the current performance and thoughts of municipal public health nurses who participate in the Specific Health Examinations and Specific Health Consultation programs, a nationwide survey was conducted. Data were collected from 514 out of 1,156 municipal public health nurses. The results showed that, although physicians conventionally add examination items and select people who should receive the services, 30.6% of the public health nurses agreed that they should add detailed health examination items with their own decisions, and that 60.0% of them believed that it was ideal for them to select patients for Specific Health Consultation. Furthermore, as part of providing proactive Specific Health Consultation, 18.4% of the municipalities were conducting blood tests, and in 74.2% of those cases, the public health nurses made decisions for blood tests. A total of 51.3% of the public health nurses agreed that people undergoing medical treatment should receive Specific Health Consultation. Public health nurses are familiar with community residents and understand the health issues of the community, which will enable them to fully practice as healthcare professionals, and which may contribute to realizing the aspiration of extending the healthy lifespan of the Japanese population.

キーワード

特定健診・特定保健指導、保健師、血液検査、療養者

Key words

Specific Health Examinations / Specific Health Consultation programs, public health nurses, blood tests, patients under medical treatment

1. 緒言

世界保健機構 (WHO) が 2000 年に提示した「健康寿命」の概念は、わが国においても、新たな健康指標として着目され、社会保障制度、特に医療介護改革においては「健康寿命の延伸」が大きな柱の 1 つとなっており、2025 年までに現在の健康寿命 (男性 72.14 歳, 女性 74.79 歳: 平成 29 年) を 2 年延長することを目標に掲げている (厚生労働省 2005)。

健康日本 21 (第 2 次) においても「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」の実現を目指し、生活習慣病の発症予防・重症化予防のためにさまざまな目標値が設定され、一次予防、二次予防への具体的な方策が実施されつつある (厚生労働省 2013a)。

2008 年 4 月の医療制度改革関連法施行によって生活習慣病患者の増加と医療費の増大を抑えるために、すべての保険者に特定健診・特定保健指導の実施が義務づけられた。特定健診は、生活習慣病の発症予防、早期発見、重症化予防を目的に実施され、通称メタボ健診とも呼ばれている (厚生労働省 2008)。生活習慣病の予防、症状の改善や悪化防止のためには対象者一人ひとりの生活習慣の改善が不可欠であり、特定健診結果に基づいて行われる特定保健指導を通して、対象者の行動変容を促すことが健康寿命の延伸のために極めて重要である。

特定健診・特定保健指導の効果を検討している研究は多くされている (船山 他 2016, 春山 他 2012, Kuwabara 2016, 真殿 他 2018, 森川 他 2012, 蔦谷 他 2017, 吉川 2014)。特定保健指導は、医師、保健師、管理栄養士によって行われることになっているが、国民健康保険加入者に対して、自治体の行う特定保健指導は保健師によって行われる場合が多い。生活習慣病のリスクの高い生活を習慣化してきた対象者の行動変容は容易なことではなく (早川 他 2014, 平谷 他 2015, 岸 他 2016, 鈴木 他 2017, 辻・塩島 2015)、質の高い保健指導に向けた取り組みを行うために、保健師は専門職としての保健指導能力の獲得の必要性を認識している (林 他 2016, 平藪 他 2015, 金子 2017, 包國・麻原 2013, 桐生・佐藤 2015, 小出 他 2015, 岡田 他 2012)。

このような中、特定健診・特定保健指導を実施する自治体の取り組みの現状について整理したも

のはほとんど見当たらなかった。

また、平成 22 年度を初年度とする国保ヘルスアップ事業は、国保保険者が、被保険者の健康の保持・増進、生活の質の向上を目的として、効率的・効果的に実施する事業である (国民健康保険中央会 2014)。この事業では、特定保健指導の対象外となっている療養中の者や治療中断者を対象とし実施しているものもあり、このような対象者への保健指導の結果、検査値等に改善傾向がみられることもあった (鈴木 (齋藤) 他 2012)。特定保健指導の範囲のみだけではなく、被保険者全体の現状と課題の分析によって、保健指導の必要性と有効性・効率性が見込まれる対象にも拡大すべきことが示唆されている。

特定健診・特定保健指導が開始され 10 年目を迎えた現在、特定保健指導を効果的・効率的に進めていくためには、特定健診・特定保健指導に対する経験知を積み重ねてきた保健師の意見を参考に、改善に向けた検討を重ねていくことが必要である。

今回の研究は、市町村で行っている特定健診・特定保健指導に関する検査項目の実施状況を整理し、保健師の意見から積極的に予防活動に取り組みたいという意見を把握することで、国が目指す健康寿命の延伸に向けて、効果的な特定健診・特定保健指導を実施するための基礎資料を得ることができると考える。

2. 方法

2.1 対象

地方公共団体情報システム機構ホームページより、各都道府県市町村データを閲覧し、全国の保健事業担当課施設の所在の分かった 1,916 施設から乱数表を用いて、県が偏らないように各都道府県別に 1,156 施設を無作為に抽出した。抽出した 1,156 施設に勤務し、特定健診・特定保健指導を主担当している市町村保健師 (各市町村あたり 1 名) を調査対象とした。

2.2 調査方法

無記名の自記式質問紙を用いた郵送法による調査を行った。各対象者には依頼文書、研究計画書、調査用紙、返信用封筒を郵送し、質問紙の返信をもって研究協力に同意したとこととした。調査期

間は平成29年6月～7月末である。

2.3 調査内容

調査項目は、以下の5項目とした。

- 1) 属性: 所属する市町村がある都道府県名
- 2) 特定健診の検査項目^{*1}
 - (1) 基本的な健診の項目^{*2}の実施状況
 - (2) 詳細な健診の項目^{*3}の実施状況
 - (3) 市町村が独自に追加している項目
 - (4) 将来追加できればよいと考えている検査項目
- 3) 特定健診・特定保健指導と保健師の判断
 - (1) 詳細な健診項目の追加の判断
 - (2) 血液検査結果の判定
 - (3) 健診結果に基づく特定保健指導対象者の選定
 - (4) 特定健診の最終判定
 - (5) 特定健診・特定保健指導において、保健師の判断に関する自由記載
- 4) 特定保健指導の過程で実施している検査項目及び実施できればよいと考えている検査項目
- 5) 療養中の者^{*4}に対する特定保健指導のあり方
 - (1) 特定保健指導の対象者に療養中の者を含めるかの保健師の判断に関する自由記載
 - (2) 療養中の者に対する特定保健指導に関する自由記載

*1: 特定健診の項目として、健診対象者の全員が受ける「基本的な項目」医師が必要と判断した場合に選択的に受ける「詳細な健診の項目」とがある。

*2: 特定健診の基本的な項目: 質問項目、身体計測、(身長、体重、BMI、腹囲) 理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、肝機能検査AST、ALT、 γ -GT)、血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白)がある。

*3: 特定健診の詳細な健診の項目: 心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)のうち、一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。

*4: 服薬療養中の者は特定保健指導の対象外とされている。

2.4 分析方法

各項目の記述統計量を求めた。無回答及び不明回答は欠損として取り扱い、有効回答のみで分析を行った。統計解析にはSPSS statistics 23.0を使用した。

2.5 倫理的配慮

調査対象者への依頼文書の中に、研究への参加は自由意思であること、協力しないことによる不利益は生じないこと、本研究は業務との関係は一切ないこと、研究以外の目的でデータを使用しないこと、質問紙は無記名であり、データから施設名、個人名が特定されないように処理すること、研究結果は公表を予定しているが、公表時に施設名を特定できないようにすること、データは鍵のかかる保管庫で管理し、研究終了後にはシュレッダーで裁断し、破棄することを記載した。

本研究は、所属大学の研究倫理安全委員会の承認(承認番号17-5)を得て実施した。

3. 結果

514名の保健師(回収率44.5%)からの回答があった。そのうち、一部の項目(基本的な健診項目)が未回答であった3名を除く、509名(44.0%)を分析対象とした。対象者は、北海道から沖縄県までの47都道府県に分布しており各都道府県別の回収率は50.4%から32.1%であった。

3.1 特定健診の検査項目の実態

3.1.1 基本的な健診項目及び詳細な健診項目の実施状況

健診項目の実施状況を表1に示す。

表1. 基本的な健診項目及び詳細な健診項目の実施状況

	n	(%)
基本的な健診項目		
身長	509	(100.0)
体重	508	(99.8)
腹囲	507	(99.6)
身体診察	482	(94.7)
血圧	509	(100.0)
中性脂肪	507	(99.6)
HDLコレステロール	506	(99.4)
LDLコレステロール	506	(99.4)
AST	502	(98.6)
ALT	498	(97.8)
γ -GTP	506	(99.4)
空腹時血糖	422	(82.9)
HbA1c	500	(98.2)
尿糖	506	(99.4)
尿蛋白	507	(99.6)
詳細な健診項目		
心電図検査	471	(95.2)
眼底検査	467	(94.3)
赤血球数	433	(87.5)
ヘモグロビン値	445	(89.9)
ヘマトクリット値	440	(88.9)

n=509

「基本的な健診の項目」は空腹時血糖測定 (82.9%) を除く、全ての項目を95%以上が実施していた。「詳細な健診の項目」では、実施率の高い順に心電図検査 (95.2%)、眼底検査 (94.3%)、ヘモグロビン値 (89.9%)、ヘマトクリット値 (88.9%)、赤血球数 (87.5%) であった。

3. 1. 2 市町村が独自に追加している項目及び将来追加できればよいと考えている検査項目

結果を表2に示す。すべての市町村で独自の追加項目を設けていると回答した。追加項目としては、血清クレアチニン値 (94.3%)、尿酸値 (80.7%) が高かった。また、将来追加できればよいと考えている検査項目で最も多かったのは、血清アルブミン値 (13.4%) であった。

表2. 市町村が独自に追加している項目及び将来追加できればよいと考えている検査項目

	市町村独自で追加している検査項目	現在は実施していないが、将来追加できればよいと思う検査項目
血清クレアチニン値	480 (94.3)	26 (5.1)
尿酸値	411 (80.7)	35 (6.9)
ヘマトクリット値	296 (58.2)	14 (2.8)
ヘモグロビン値	296 (58.2)	18 (3.5)
赤血球数	292 (57.4)	14 (2.8)
アルブミン値	82 (16.1)	68 (13.4)
白血球数	104 (20.4)	7 (1.4)
尿潜血	268 (52.7)	16 (3.1)
心電図	269 (52.8)	50 (9.8)
眼底検査	172 (33.8)	31 (6.1)
胸部レントゲン検査	50 (9.8)	5 (1.0)

n=509

3. 2 特定健診・特定保健指導と保健師の判断

詳細な健診項目追加の判断を保健師が行うことに対して「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した者は30.6%であった。特定保健指導対象者の

表3. 特定健診・特定保健指導における保健師の判断*

	いいと思う	n	%
特定健診の詳細な項目の追加の判断 (n=494)	いいと思う	151	(30.6)
	いいと思わない	343	(69.4)
特定健診の検査結果の判定 (n=497)	いいと思う	125	(25.2)
	いいと思わない	372	(74.8)
特定健診結果に基づく特定保健指導の対象者の選定 (n=495)	いいと思う	297	(60.0)
	いいと思わない	198	(40.0)
特定健診結果の最終判定 (n=490)	いいと思う	131	(26.7)
	いいと思わない	359	(73.3)

*各質問項目に対する選択肢を「いいと思う」、「まあいいと思う」、「あまり思わない」、「思わない」の4件法とした。

いいと思うには「いいと思う」、「まあいいと思う」、いいと思わないには「あまり思わない」、「思わない」が含まれる。

選定に対しては60.0%、検査結果の判定に対しては25.2%、特定健診の最終判定に対しては26.7%の者が保健師が行うことを「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した(表3)。

質問紙の自由記載から保健師の判断に関する意見について42人から回答が得られた(表4)。「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した者の自由記載欄には、「住民の健康を守るためにも、住民に近い保健師が判断し、保健指導へつなげていくことが大切だと思う」、「保健師が必要を感じずで判断している項目がある」との記載があった。「あまり思わない」、「思わない」と回答した者では、「医師による判断が必要だと考える」、「保健師が判断しても、法的に問題はないのか」、「特定健診は標準化を図り、他の市町村と比較をしやすいとしており、保健師が判断するものではないと思う」との記載があった。

3. 3 特定保健指導の過程で実施している検査項目及び今後実施できればよいと考えている検査項目

保健師が行う積極的特定保健指導の過程で血液検査をすでに実施していると回答した者が、93人18.4%あった。この中で、血液検査実施の判断を保健師が行っていると回答した者は69人74.2%を占めた(表5)。

すでに実施していると回答があった検査項目を表6に示す。HbA1c (94.6%)、HDL コレステロール (83.9%)、中性脂肪 (83.9%)、LDL コレステロール (82.8%)、空腹時血糖 (66.7%) であった。これ以外に肝機能検査 (AST、ALT、 γ -GTP)、尿酸、血清クレアチニンを実施されていた。

実施できればよいと考えている検査項目は、LDL コレステロール (33.3%)、HbA1c (32.3%)、中性脂肪 (31.2%)、HDL コレステロール (31.2%)、空腹時血糖 (26.9%) の順であった。

3. 4 療養中の対象者に対する特定保健指導のあり方

療養中の者を特定保健指導対象者に含めても「いいと思う」、「まあいいと思う」と回答した者は51.3%、「あまり思わない」、「思わない」と回答した者は48.7%であった(表7)。質問紙の自由記載から療養中の対象者に対する特定保健指導に関する意見について35人から回答が得られた(表8)「医療機関と連携が取ればいい」、「医療機関との連携が密にとれば含めた方がいいと思うが、

表4. 特定健診・特定保健指導において保健師の判断に関する自由記載

	n=42
判断している	・特定健診結果に基づく特定保健指導の対象者は保健師が選定している(4人)。 ・特定健診の詳細な健診項目はすでに全項目を追加で実施している(5人)。
	・特定健診の検査結果の判定は、現在も集団実施分は特定保健指導以外でも独自に実施している ・必要性を感じ、すでに判断している項目がある
	・現実には、各市町村とも保健師の判断で指導対象者は工夫して実施していると思う(3人)。 ・特定保健指導の判定にこだわらず、生活指導が必要と思われる場合、個別で栄養相談等を実施している
判断してもいい	・特定健診結果に基づく特定保健指導の対象者の選定に関して、受診勧奨の人には服薬開始する人もいるのでいいと思う。 ・特定健診の詳細な健診項目についていいと思う。
	・住民の健康を守るためにも、住民に近い保健師が判断し、保健指導へとつなげていくことが大切だと思う。 ・腹囲は明らかに痩せている人については測定しなくてもよいかと思う時もある。
	・治療中で毎月のように血液検査をしている人や毎年人間ドックを受けているような人などを特定健診の対象者に入れるか入れないかの判断ができればいいと思う。
保健師が判断するものではない	・診断・判断は医師の役割だと思う(4人)。 ・特定健診の検査結果判定は保健師本来の業務ではない。
	・基準が個人の裁量に任せられると、高齢者医療確保の意味がなくなってしまう。
	・特定健診は標準化されている。(6人)
	・特定健診結果の最終判定は、医師の判断が必要だと思う(3人)。
	・保健師自らが判断しても法的に問題はないかと思う。 ・医師が判断すべき部分に保健師が介入する必要はないと思う。
その他	・特定健診は標準化を図り、他の市町村と比較をしやすいしており、保健師が判断するものではないと思う。 ・健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業が求められており、新たな保健事業の拡充を図っていかねばならない。
	・保健師の役割は健診結果を経年的に見て、身体で起こっていることを対象者にイメージしてもらおうと思う。 ・マンパワーがない。今後保健師ができるようになったとしても、誰がやるのか保健師が不足している状況では難しいと思う。
	・保健師が必要を感じれば県や医師会と協議し、実施や変更を働きかける形になるのではないかと思う。

表5. 保健師が行う積極的保健指導の過程での血液検査の実施状況

	n (%)	
血液検査を実施しているか(n=505)	している	93 (18.4)
	していない	412 (81.6)
血液検査実施に関する判断(n=93)(複数回答)	保健師	69 (74.2)
	保健師以外	32 (34.4)

表6. 保健指導の過程で実施している検査項目及び今後実施できればよいと考えている検査項目

	実施している検査項目	今後実施できればよいと考えている検査項目
中性脂肪	78 (83.9)	29 (31.2)
HDLコレステロール	78 (83.9)	29 (31.2)
LDLコレステロール	77 (82.8)	31 (33.3)
空腹時血糖	62 (66.7)	25 (26.9)
HbA1c	88 (94.6)	30 (32.3)
AST	42 (45.2)	17 (18.3)
ALT	42 (45.2)	17 (18.3)
γ-GTP	42 (45.2)	18 (19.4)
血清クレアチニン	27 (29.0)	19 (20.4)
尿酸	31 (33.3)	13 (14.0)
赤血球数	7 (7.5)	2 (2.2)
ヘモグロビン値	7 (7.5)	2 (2.2)
ヘマトクリット値	5 (5.4)	2 (2.2)
アルブミン値	7 (7.5)	5 (5.4)
白血球数	3 (3.2)	2 (2.2)

n=93

難しい」、「医師の指示を正確に把握できる仕組みがない」、「体制が整っていればいいが、難しいのが現場である」との記載があった。

4. 考察

4.1 特定健診・特定保健指導における市町村保健師の取り組みと役割

4.1.1 特定健診の検査項目の実態

「基本的な健診の項目」に関しては、空腹時血糖を除くすべての項目が95%以上の実施されていた。また、「詳細な健診の項目」は88~95%が実施していた。さらに、すべての市町村で独自の追加項目を設けていると回答しており、特に尿酸値と血清クレアチニン値を追加しているまたは追加したいと考えている保健師が多く見られた。尿酸値は、糖尿病や高血圧等の生活習慣病との関連も示唆されており (Nagahama et al 2015, 西尾 他 2016, Oda et al 2009)、メタボリックシンドロームおよび関連疾患発症のリスク因子である (辻 他 2007)。さらに、福井らは、尿酸値は肥満関連因子の中でも内臓脂肪と強い関わりがあることを確認し、メタボリックシンドロームをターゲットに

表7. 特定保健指導の対象者に療養中の者を含めるかの保健師の判断

	n	(%)
いいと思う	249	(51.3)
いいと思わない	236	(48.7)

n=485

*質問項目に対する選択肢を「いいと思う」、「まあいいと思う」、「あまり思わない」、「思わない」の4件法とした。

いいと思うにばいいと思う、「まあいいと思う」、いいと思わないにばあまり思わない、「思わない」が含まれる。

している特定健診の検査に取り入れるべき項目であることを示唆している(福井他2014)。また、尿酸値に対する影響因子として血清クレアチニン値があり、腎機能と強い関連があったと報告している(福井他2014)。今後追加したい検査項目として、血清アルブミン値が挙げられた。血清アルブミン値に影響を及ぼす因子としては、高血圧や糖尿病、肥満があり(荒木他2011, 江角他2008)、HbA1cなどの糖尿病関連検査とともに糖尿病予防に有用な検査になると考え、市町村保健師達は導入したいと考えていることが示唆された。

住民に対して提供されている、種々の保健活動、保健・福祉サービスは、1人当りの医療費に大きく影響し医療費の低下につながる(鈴木他2012)ことが報告されている。特定健診・特定保健指導はメタボリックシンドロームに着目した健診であるが、保健師は、「特定保健指導の判定にこだわらず、個別で相談を実施している。」や「必要性を感じ、すでに判断している項目がある」などと回答しており、地域の健康課題に合わせながら、市

町村独自に追加項目を設けるなどメタボリックシンドロームのみならず、生活習慣病予防や重症化予防等の予防的な視点を持ち、また、常に意識しながら保健活動を行っていることが示唆された。

4. 1. 2 積極的保健指導の過程での血液検査の実施とその判断

現在の特定健診・特定保健指導では、特定健診受診後、特定保健指導対象者を選定し、積極的支援や動機づけ支援を実施している。現在の特定保健指導を実施後の評価は、目標達成の確認や、次年度の健診を受診するように促し、健診データ等を活用し客観的な評価を行うこととなっている(厚労省2013c)。今回の調査で、18.4%の保健師が積極的支援での保健指導の過程で血液検査を実施していることが明らかになった。日本看護協会が開発した保健指導のための支援活動プログラム「生活習慣病予防支援モデル」では、自分の体の状態を把握できるように血液検査を行うこととした。血糖値のコントロールを評価する指標となるヘモグロビンA1cの検査を毎回行い、この検査結果から、対象者自身、自分の努力やライフスタイルの改善と検査値が関係していることを理解できる保健指導を展開し、「コントロールの指標として血液検査(HbA1c)」を活用したことにより、効果をあげたと報告している(日本看護協会2007)。村本らは、特定保健指導終了後も対象者の生活習慣改善意欲を維持するためには、終了時に血液検査を実施し、検査値が改善したことを確認することが望ましいと報告している(村本他2010)。江藤は、「定期的な保健指導では、前回の保健指導内容や生活改善の評価指標が重要となってくる。対

表8. 特定保健指導の対象者に療養中の者を含めるかの保健師の判断に関する自由記載

	n=35
いいと思う	全員に保健指導している(2人)。 ・医師の指示により療養を受けている者は除く。 ・服薬中の状態に応じてだと思う(3人)。 ・コントロール状況によると思う(2人)。
条件つきでいいと思う	・保健指導を行う保健師と栄養士が確保できればいいと思う(2人)。 ・医療機関やかかりつけ医と連携できるのであればいいと思う(5人)。 ・マンパワーが許せば含めた方がよいと思う(2人)。 ・全ての方は難しいが条件付きでいいと思う。
いいと思わない	・医師の指示を正確に把握できる仕組み作りがない。 ・特定保健指導と別に重症化予防として指導している(10人)。 ・服薬者を含め指導を行うことは理想だが、対象者数が多くなりすぎと思う。 ・治療中の者は医療機関に任せ方がよい。間違った指導をしてしまったら大変。 ・保険者の負担が増える。 ・別枠で市町村独自の視点で対象者を決めて実施可能。 ・療養中の場合は医師との連携が重要。体制が整っていればいいとが、難しいのが現場です(2人)。

象者が保健指導内容の重要性を理解し、実現可能な行動化に結び付けられるようにするためには、臨床検査結果などの定量的データの存在は大きい。」と報告している(江藤・草間 2000)。筆者らは、保健指導の効果を最大限に向上させるためには、保健指導の過程で血液検査を実施し、結果を対象者に提示することが必要であることを提案してきた(赤星 他 2016)。

「安心と希望の医療確保ビジョン」(平成20年9月)の中では、「予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉現場における保健師の専門性活用を推進する」と明言されており、適切な医療保険を提供し、健康寿命の延伸を図るうえで保健師の役割および保健師の保健活動が期待されている(厚生労働省 2008)。また、「医師の働き方改革に関する検討会」(平成29年8月)では、医師-他職種間等で行うタスク・シフティング(業務の移管)の有効活用についても指摘されている(厚生労働省 2018)。

特定保健指導を行っている保健師の裁量で血液検査をタイムリーに実施することによって、血液検査結果の変化の有無を客観的に確認でき、対象者自身が自分で自分の生活を見直し、検査値と生活習慣行動変容とが関連していることを理解し、自分の状態をつかむことができると考える。また、対象者に合った保健指導の内容を考えることにも活用することができると考える。

さらに、「特定保健指導」の過程において、保健師の判断で必要な検査を実施し、科学的根拠に基づいて保健指導対象者を階層化するとともに、集団指導、個別指導、訪問指導、学習会など、効果的な保健指導方法を選択し実施していくことにより、きめ細かい保健指導ができるのではないかと考える。対象者の生活背景を理解している保健師が血液検査や尿検査のオーダーができるようになれば、保健指導の効果がより大きくなるはずである。

4.1.3 療養中の者に対する保健指導のあり方

現在、降圧薬等を服薬中の者は、継続的に医療機関を受診していることを理由に、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるとされており、特定健診・特定保健指導では療養

中の者は医療の対象であり、特定保健指導の対象とされていない。

しかし、今回の調査では、50%以上の保健師が療養中の者を特定保健指導対象者に含めてもよいと考えていた。

薬物療法を受けている者に対して健康教育を取り入れたサービスを提供することにより医療費が有意に減少したことが報告されている(岡山 他 2005)。さらに、特定保健指導の対象外となっている、服薬中の者や治療中断者を対象として保健指導を実施した結果、検査値等に改善傾向がみられ、保健指導の必要性と有効性・効率性が示され、これらの者を保健指導の対象として拡大すべきこと(国民健康保険中央会 2014)が報告されている。筆者らは、服薬中の者の継続的な自己管理が十分でないこと、生活習慣の改善の必要性も認識していない者が少なくないことを報告した(赤星 他 2014)。広瀬らは、「特定健診の受診者のうち、服薬治療群において男女ともどの年齢階級でも40%程度が高血圧管理不良であったり、血糖のコントロールが十分されていない状況であった。(広瀬 他 2014)」こと、さらに「積極的支援レベル対象者のうち2年後服薬治療へ移行した者の割合は17.5% (男性)、28.3% (女性)であった(広瀬 他 2017)」と報告している。対象者自らの健康状態を認識できるよう支援し生活習慣改善への行動変容を促進するような啓発活動が有効だと考える。療養中の者の生活習慣病が重症化しないようにするためには適切な治療に加え、生活指導・生活改善が必要である。

「医療機関との連携が密にとればいいが、難しい」、「医師の指示を正確に把握できる仕組み作りがない」等の、医療機関との連携を実施することが難しい現状があるとの回答があり、医療従事者それぞれの専門性を発揮しつつチームで関わっていくチーム医療を実現していくために、地域住民を対象とした地域の人々の健康づくりに市町村保健師がリーダーシップをとり、一丸となって対応していくことが不可欠である。

4.2 積極的に予防活動に取り組みたいと考える保健師の期待

効果的・効率的な保健指導が実施できるのは保健師に他ならない。なぜならば、特定保健指導の

対象者には生活環境・習慣を見据えた保健指導が不可欠だからである。

Freidson (1970) は専門的情報・知識に着目し、そうした情報を一方的に有する医師とそれを有さない患者との間で、力の不均衡が起こっていることを指摘している。保健師が丁寧に検査結果を説明することで対象者との間の専門的情報・知識の不均衡が是正し、納得して保健指導を受けることができる。

保健師の支援技術に着目した研究(平藪 他 2015, 小出 他 2014) や自治体において生活習慣病予防の保健指導スキルの向上に向けて様々な取り組みがなされている(水野 他 2016)。地域住民を対象とした保健指導を実施する保健師は、住民がいつどのようなときに足踏みをするのか、いつどのような方法でフォローすることが効果的なのかを常に意識している。また、保健師は、特定健診や生活習慣などに関する質問項目を「地域の強み」と考え、健康増進施策において健康教育や保健指導を行っている(木村 他 2016)。

特定健診における詳細な項目の追加の判断および検査結果の判断を保健師が行うことに関して「いいと思う」と回答した者はそれぞれ30.6%、25.2%であった。現在、特定健診での詳細な健診項目追加の判断、検査結果の判定や特定保健指導対象者の選定、結果の最終判定については、医師が実施することとなっており、医師の判断がなければ法的に実施できない。(厚生労働省 2013b)。その一方、詳細な健診項目を市町村が健診項目として取り入れており、健診受診者全員に実施している市町村もあることが明らかになった。具体的には、「保健師の判断で保健指導の対象者を選定し実施している」などすでに判断している(判断をしている項目があるを含む)と自由記載で回答した者や、「保健師が必要を感じれば県や医師会と協議し、実施や変更を働きかける形になるのではないかと回答した保健師がいることから、保健師は地域住民の健康課題を把握し、必要を感じれば関係機関と話し合い、指導やフォローが必要な対象者に関わることが出来るように働きかけている。

今回の調査では、特定健診での特定保健指導対象者の選定は、60.0%の者が保健師の判断で実施可能であると回答しており、保健師自らが特定保

健指導対象者の選定を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防のために、一次予防、二次予防の観点から対象者に関わっていきたくて考えていた。特定健診結果だけで判断するのではなく、地域の健康課題、対象者の個別性を把握した保健師が、対象者を選定し指導へとつなげていく必要があると考えている保健師がいることが示唆された。さらに、保健師の役割について、「健診結果を経年の見えていき、身体で起こっていることを対象者にイメージしてもらおう」、「健康・医療情報を活用してPDACサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業が求められており、新たな保健事業の拡充を図っていかなければならない」など、保健師としてどのような役割を持ち、対象者に関わるかを試行錯誤しながら保健活動を行っていることが窺えた。

平成21年7月に保健師助産師看護師法の一部が改正され、保健師教育の修業年限が6か月以上から1年以上に変更、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正により、単位数は23単位から28単位に増えた。保健師に求められる役割と役割を踏まえ、保健師に求められる能力の一つに地域の人々と協働して地域健康増進能力を高める能力が設定された(島田 2011)。また、吉岡(2015)は、保健師自身が将来的にどのようにしていけばより住民の健康をまもることができるかについて一定の方向性を出していかなければならないと述べている。これらを機会にして、社会のニーズに対応した保健師の専門性を確立していかなければならない。

さらに、「地域における保健師の保健活動に関する指針」の中で、保健師の保健活動の基本的な方向性として、予防的介入の重視が挙げられている(厚生労働省 2013c)。本調査での「住民の健康を守るためにも、住民に近い保健師が判断し、指導へとつなげていくことが大切だと思う」との記述が示すように保健師は、地域住民に近い存在であり、地域の健康課題について把握している存在であると自負している。保健師は地域の実情に精通し、地域の健康課題を分析・評価し、その特性に応じた対策を施策化する重要な役割を担う専門職であり、保健師が担うべき役割はますます重要となっている。地域住民に身近な存在であり、地域の健康課題を把握している存在である保健師が、

専門職としての活動を十分に行えるようにすることで、国の目指す、「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」へと繋がっていくと考える。

5. 研究の限界

本研究では、全国の市町村保健事業担当施設の保健師を対象として調査を行った。500名以上の保健師から回答が得られたが、全市町村の26.6%の意見である。回答者の負担を考慮して質問項目を限定したので、特定健診・特定保健指導に対する保健師の思いを十分把握することはできなかった。しかし、今後の特定健診・特定保健指導や生活習慣病の発症予防・重症化予防を効果的に進めていくために検討する際の資料となり得ると考える。

6. おわりに

特定保健指導に係わっている市町村の保健師を対象に特定健診・特定保健指導の実態および保健師の考えを調査し、分析した結果、以下の点が明らかになった。

すべての市町村で独自の追加項目を設けており、特に血清クレアチニン値と尿酸値を追加しているまたは追加したいと考えていた。

現状では医師の判断が必要である詳細な健診項目の追加の判断および特定保健指導対象者の選定を保健師の判断で行うことがいいと思っている保健師がそれぞれ30.6%、60.0%であった。

18.4%の市町村が積極的特定保健指導を行う過程で血液検査を実施しており、そのうち、実施の判断を保健師が行っているのは74.2%であった。

51.3%の保健師が療養中の者を特定保健指導対象者に含めてもよいと考えていた。

地域の健康課題を把握し、住民に身近な存在の保健師が、専門職として十分に活動できる仕組みづくりをすることにより、国の目指す健康寿命の延伸へと繋がると考える。

引用文献

赤星琴美, 野中敦, 大木治郎 他(2014). 特定健診受診者の中の服薬中の対象者の病態および生活習慣. 保健の科学 56, 417-422.

赤星琴美, 佐藤愛, 佐伯圭一郎(2016). 保健師によ

る保健指導を通して把握した地域住民の疾病、服薬に対する認識の実態. 保健の科学 58, 351-356.

荒木威, 石川善英, 岡崎仁 他(2011). 献血者集団におけるグリコアルブミン値の解析. 糖尿病 54, 337-343. DOI: 10.11213/tonyoby.54.337

江角幸夫, 白根紀子, 佐藤宏充(2008). 血清アルブミン値に影響を及ぼす因子の検討と高齢者用基準範囲設定の試み. 島根医学検査 36, 7-10.

江藤真紀, 草間朋子(2012). 大学院修士課程における保健師教育の開始. 看護教育 53(6), 466-471. DOI: 10.11477/mf.1663102097

Freidson E (1970). Professional dominance' The social structure of medical care. New York. (進藤雄三, 宝月誠 訳(1992). 医療と専門家支配. 恒星社厚生閣, 102-105, 東京.)

福井敏樹, 丸山美江, 山内一裕 他(2014). 肥満関連因子と尿酸値との関係～特に内臓脂肪との関連について～. 人間ドック 29, 26-33. DOI: 10.11320/ningendock.29.26

船山和志, 飛田ゆう子, 東健一 他(2016). 特定健診結果とレセプトデータを利用した腹囲と平均年間医療費の関係について. 厚生の指標 63(2), 20-25.

春山康夫, 武藤孝司, 中出麻紀子 他(2012). 市町村国民健康保険加入者における特定保健指導後のメタボリックシンドローム改善効果. 日本公衛誌 59(10), 731-742. DOI: 10.11236/jph.59.10_731

早川泰子, 山口仁美, 岩村洋子 他(2014). 特定保健指導における保健指導効果とその保健指導内容との検討. 保健師ジャーナル 70(1), 42-48. DOI: 10.11477/mf.1664102324

林芙美, 小澤啓子, 川畑輝子 他 (2016). 特定保健指導の実績が良好な全国健康保険協会の支部における取り組みと課題. 日本公衛誌 63(10), 606-617. DOI: 10.11236/jph.63.10_606

平谷恵, 中村繁美, 中西早百合 他(2015). 特定保健指導の効果に関する検討. 日農医誌 64(1), 34-40. DOI: 10.2185/jjrm.64.34

平藪小百合, 今松友紀, 田高悦子 他 (2015). 生活習慣病予防における対象者に応じた行動目標設定のための保健師の支援技術の明確化. 日本地域看護学会誌 18(1), 20-27. DOI: 10.20746/jachn.18.1_20

広瀬かおる, 小栗信, 濱武通子 他 (2014). 愛知県における特定健康診査データを活用した地域診断. 愛知衛所報 64, 1-8.

広瀬かおる, 續木雅子, 大参寛典 他 (2017). 愛知県における特定健診・保健指導情報からみた保健指導の効果評価. 愛知衛所報 67, 1-9.

金子あけみ (2017). 特定保健指導における熟練保健師のコミュニケーションの特徴. 北里看護学誌 19(1), 11-21.

包國幸代, 麻原きよみ (2013). 対象者中心の保健指導を実践する保健師の技術. 日本看護科学会誌 33(1), 71-80. DOI: 10.5630/jans.33.1_71

木村宣哉, 佐伯和子, 平野美千代 (2016). 健康増進施策において保健師が重要と認識する地域の栄養・食生活アセスメント項目. 日本公衆衛生看護学会誌 5(2), 126-135. DOI: 10.15078/jjphn.5.2_126

桐生育恵, 佐藤由美 (2015). 特定保健指導の行動計画設定支援における保健師の思考プロセス. 日本地域看護学会誌 18(2-3), 51-60. DOI: 10.20746/jachn.18.2-3Comb-No_51

岸知子, 鶴川重和, 村本あき子 他 (2016). 特定保健指導積極的支援利用者の1年後の体重減少に影響を与える個人特性の検討. 保健師ジャーナル 72(4), 316-323. DOI: 10.11477/mf.1664200418

小出恵子, 岡本玲子, 草野恵美子 他 (2014). 生活習慣病予防のための行動変容を促す初回保健指導における保健師のコアとなる技術項目. 四国公衆衛生誌 59(1), 103-113.

小出恵子, 岡本玲子, 猫田泰敏 他 (2015). 保健師を対象としたリフレクションに基づく保健指導技術向上プログラムの効果. 日本地域看護学会誌 17(3), 4-13. DOI: 10.20746/jachn.17.3_4

厚生労働省 (2005). 「健康フロンティア戦略」の推進に向け取り組むべき施策について. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0725-7h.html> (最終閲覧日: 2018年3月3日)

厚生労働省 (2008). 安心と希望の医療確保ビジョン. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf> (最終閲覧日: 2018年10月4日)

厚生労働省 (2008). 「特定健診・特定保健指導」について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html> (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2008). 「特定健診・特定保健指導」について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html> (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2013a). 健康日本21第二次. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2013b). 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/pdf/info03d-1.pdf> (最終閲覧日: 2017年5月8日)

厚生労働省 (2013c). 地域における保健師の保健活動について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf>. (最終閲覧日: 2017年12月8日)

公益社団法人 国民健康保険中央会 (2014). 国保ヘルスアップ事業評価報告書. http://www.oita-kokuhoren.or.jp/files/TopicDetail_175_file.pdf (最終閲覧日: 2017年12月8日)

厚生労働省 (2018). 医師の働き方改革に関する検討会. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/otherisei_469190.html (最終閲覧日: 2018年10月5日)

Kuwabara Y (2016). Behavior modification stages of attendance at specific health check-ups and relevant knowledge, attitudes, and behaviors in one municipal insurance representation. *Health and Behavior Sciences* 15(1), 1-11.

真殿亜季, 由田克士, 栗林徹 他 (2018). 特定保健指導の積極的支援介入前後の生活習慣の変化が減量効果に及ぼす影響. 総合健診 45(2), 374-381. DOI: 10.7143/jhep.45.374

