

特定健診・保健指導の
実践的プログラムのあり方
― 確実な効果を得るために ―

戦争と共にあった
わたしの学生生活(財)福島県婦人団体連合会
会長 齋藤幸子

■両親の勧めで東京へ

女学校二年の三学期に左肺湿性肋膜炎となり、一年間休学しました。「病み抜けた」の言葉のように、八十二歳の現在も健康で多くの仲間との出会いがあり、「健康は何にも変えがたい宝」と実感しています。

自立をめざし医学部進学を希望していましたが、「家庭生活に役立つように」という両親の勧めで、昭和十八年に大妻女子専門学校校技芸科(現大妻女子大家庭科、教員資格取得)へ入学しました。学校は宿題が多く、消灯後の寄宿舎で廊下の豆電球の薄暗い灯かりの下で和・洋裁、日本刺繍など不得手さを嘆きながら悪戦苦闘し、「採点も豆電球の灯かりでしていただけなら良いのに」と思いながら提出したものです。

■空襲に替える寮生活

世情、戦局は日ごとに悪化し、昭和十九年、徴兵免除猶予が停止になった文科系学生たちの壮行会が小雨降る神宮球場であり、私も見送りの女子学生として出席しました。九月から私たちは学徒動員で蒲田の軍需工場へ事務職員として徴用されました。連夜の空襲で夜は着衣のまま就寝する寮生活でした。三ヵ月後、陸軍階級社の軍需工場になった学校に戻り、本職の仕立職人の指導で上下陸軍将校服を仕上げました。

ここでの作業は、目からウロコでした。授業は一ミリ、二ミリの単位だったのに対して、躰糸の代わりに大和のりで貼り付け、裏地表地のゆるみ加減や控え分はすべて素材と手の感触で行い、仕上がりはスツキリしていました。カルチャーショックを

受けると同時に、大いに学ぶことができました。

そこで学んだ技術は、戦後の子育て、嫁、娘のウエディングドレス、お色直し、新婚旅行のドレスから孫たちのお宮参り、七五三、小学校入学と人生の節目に、また既製服は着ない私のホームソーイングに役立てています。

■得難い体験は私の宝

三月九日の空襲で学校工場が被災し、女学生の指導と疎開を兼ね、四月から海軍衣糧廠の長野県立伊那高等女学校内の縫製工場に移りました。ここでは教室に畳を敷いた寮生活でした。この地で終戦を迎えましたが、苦楽をともにした学友とは現在も交流が続いています。

戦時中の専門学校は、三年の就学期間を二年半に繰り上げて卒業しました。九月の卒業式に東京はまだ治安が不安で、登校することなく学校から文部省の教員免許証が送付されました。これを活用することなく専業主婦となりました。進学する人は極少数の時代に、学問以上に得

がたい体験をしたことは、私の宝であり、亡き両親に感謝しています。

■語り継ぐ責務をもつ世代

さて、平成十九年十月十五、十六日、新潟市の「朱鷺メッセ」で千八百名が参加した第五十五回全国地域婦人団体研究大会が開催されました。高校歴史教科書の「集団自決」検定問題に十一万余名が参加して検定撤回要求の県民大会が報道された直後で、この件も大会決議案に提案され他の提案とともに可決されました。沖繩の皆さんの「ありがとうございまして」の声に、大きな拍手が起こりました。

二十六年前、第二十九回全国地域婦人団体大会が沖繩で開催の折「ひめゆりの塔」を見学し、同世代ゆえに戦争の悲惨さと悲しみもひとしおだったことを思い出しました。戦後六十二年、戦争を知らない世代が総人口の過半数となった今、平和ボケで反戦意識が風化しないよう沖繩の皆さんの熱い想いと共に、私たち世代も語り継ぐ責務を重く受け止めておきます。

こぶし

81

2007.12(平成19年)

目次

リレーエッセイ

「戦争と共にあったわたしの学生生活」

(財)福島県婦人団体連合会 会長 齋藤幸子2

DATE BOX 1

生活機能評価、生活機能アンケート調査集計4

DATE BOX 2

メタボリック症候群、保健指導レベル(階層化)の推計6

旬を食べて元気に!

リンゴ8

**講演 特定健診・保健指導の
実践的プログラムのあり方
～確実な効果を得るために～**

財団法人結核予防会 第一健康相談所長
生活習慣病予防センター長・生活習慣病研究センター長
岡山 明氏10

PHOTO FLASH19

こんにちは!私たちが担当です。

総務課経営企画室22

季節のコラム／寒い季節を楽しむ

BOOK REVIEW23

KOBUSHI



発行／財団法人福島県保健衛生協会
編集／広報委員会
〒960-8550 福島市方木田字水戸内19-6
TEL 024-546-0391 FAX 024-546-2058
E-mail keieikikaku@fhk.or.jp URL http://www.fhk.or.jp/

生活機能評価、生活機能アンケート調査集計

「生活機能評価」は、一年分のデータで実施状況を振り返ります。なお、生活機能評価判定は、旧基準に基づいて判定しています。

老人保健事業の基本健康診査には、「健康な六十五歳」を目標とした生活習慣病予防中心の理念が導入されています。平成十二年の介護保険制度の導入から五年を経て、平成十七年六月の介護保険法の改正では、「活動的な八十五歳」が新たな目標として付加されました。これを目指すには、従来の生活習慣病予防だけでは不十分であり、生活機能の維持・向上を加える必要があります。

さらに、本事業では、疾病だけでなく、加齢に伴う様々な要因や生活全体のあり方が、高齢者の健康を左右するとされています。

昨年四月より導入された「介護予防のための生活機能に関する評価」は、生活機能が低下して要支援・要介護状態になるおそれがある高齢者（特定高齢者）を早期に把握し、介護予防サービスを安全に実施するための基礎データの取得が目的です。

本稿では、平成十八年度に基本健康診査と併せて実施された生活機能評価の現状を報告します。なお、集計は、市町村の保健事業として収集されたデータから個人情報等を削除し、本会が定める個人情報保護管理規程に従い厳正に管理しました。

表1 男女別受診者数

単位：(人)

	男 性	女 性	合 計
前期高齢者	24,225 (40.3%)	35,869 (59.7%)	60,094
後期高齢者	15,147 (44.0%)	19,275 (56.0%)	34,422
合 計	39,372 (41.7%)	55,144 (58.3%)	94,516

表2 前期・後期高齢者分類からみた生活機能評価判定区分の比較

単位：(人)

	男 性		女 性	
	前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者	後期高齢者
	n = 24,225	n = 15,147	n = 35,869	n = 19,275
I 医療を優先	12,228 (50.48%)	8,718 (57.56%)	17,017 (47.44%)	10,615 (55.07%)
II 機能低下 (有)	131 (0.54%)	157 (1.04%)	302 (0.84%)	360 (1.87%)
III 機能低下 (無)	11,866 (48.98%)	6,272 (41.41%)	18,550 (51.72%)	8,300 (43.06%)

男女別、前期・後期高齢者別の生活機能評価判定区分の集計です。

今後の課題

平成十八年度に本会が実施した生活機能評価の結果では、医療の必要性を有する高齢者が、六十五歳の受診者総数の約半数に認められましたが、特定高齢者に相当する介護予防プログラム該当(総)は、医療の必要とする高齢者を含めても2・65%と、特定高齢者施策で見込んだ5%には及んでいません。

この傾向は全国的にもみられており、介護予防事業の評価については様々な論評があります。そのなかで、福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座安村誠司教授は、日本公衆衛生雑誌(第54巻第9号)連載高齢者保健・福祉(1)「介護予防」、3. 介護予防事業の現状と評価で以下のように記載しています。

「介護予防事業の対象者が少なければ、その効果を挙げられないが、なぜ候補者が少なかったのだろうか。最大の原因は生活機能評価の実施率の低さがある。厚生労働省は、モデル市町村で体系的に調査を実施し、基準を設けた経過がある。集団健診方式の基本健康診査に来る高齢者は、健康状態は比較的良い。会場に来ない、来られない高齢者に要介護のハイリスク者が多いことは常識である。基本健康診査の実施率が低い市町村における特定高齢者候補者・対象者

※注：一つ残らず全部 ことごとく

表3 前期・後期高齢者分類からみた候補者の比較

単位：(人)

	男 性		女 性	
	前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者	後期高齢者
	n = 24,225	n = 15,147	n = 35,869	n = 19,275
総 合	93 (0.38%)	192 (1.27%)	144 (0.40%)	423 (2.19%)
運 動	82 (0.34%)	160 (1.06%)	286 (0.80%)	427 (2.22%)
栄 養	125 (0.52%)	187 (1.23%)	231 (0.64%)	223 (1.16%)
口 腔	395 (1.63%)	478 (3.16%)	677 (1.89%)	726 (3.77%)

男女別、前期・後期高齢者別の特定高齢者候補者数の集計です。

表4 前期・後期高齢者分類からみた介護予防プログラムの比較

単位：(人)

	男 性		女 性	
	前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者	後期高齢者
	n = 24,225	n = 15,147	n = 35,869	n = 19,275
該 当 (総)	333 (1.37%)	544 (3.59%)	670 (1.87%)	959 (4.98%)
運 動	87 (0.36%)	167 (1.10%)	288 (0.80%)	436 (2.26%)
栄 養	177 (0.73%)	255 (1.68%)	288 (0.80%)	272 (1.41%)
口 腔	8 (0.03%)	7 (0.05%)	5 (0.01%)	7 (0.04%)
閉じこもり	59 (0.24%)	125 (0.83%)	102 (0.28%)	259 (1.34%)
認 知	89 (0.37%)	175 (1.16%)	133 (0.37%)	397 (2.06%)
う つ	58 (0.24%)	159 (1.05%)	110 (0.31%)	326 (1.69%)

男女、前期・後期高齢者別の特定高齢者と選定された際に参加することが望ましい介護予防プログラムの集計です。

表5 前期・後期高齢者分類からみた生活機能低下の有無および医療の必要性有無の比較

単位：(人)

	男 性		女 性	
	前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者	後期高齢者
生活機能低下(無)	n = 23,890	n = 14,602	n = 35,196	n = 18,310
医療の必要性無	11,866 (49.67%)	6,272 (42.95%)	18,550 (52.70%)	8,300 (45.33%)
医療の必要性有(Ⅰ医療を優先)	12,024 (50.33%)	8,330 (57.05%)	16,646 (47.30%)	10,010 (54.67%)
生活機能低下(有)	n = 335	n = 545	n = 673	n = 965
医療の必要性無	131 (39.10%)	157 (28.81%)	302 (44.87%)	360 (37.31%)
医療の必要性有(Ⅰ医療を優先)	204 (60.90%)	388 (71.19%)	371 (55.13%)	605 (62.69%)

男女別、前期・後期高齢者別からみた生活機能の低下の有無と医療の必要性の有無を比較した集計です。

の少なさは、当然である。」と述べている。

本会の集団健診の受診率は概ね四割弱であり、自ら足を運び受診することは、活動度が低下する高齢者にとって負担が大きいと考えられます。また、今後ますます高齢化が進み、集団健診の受診率が伸び悩む状況下で、基本健康診査未受診者への生活機能の把握対策は肝要といえます。

その対策のひとつとして基本チェックリストを活用したアンケート調査があります。本会が委託を受け実施した九町村では、配布数一万六千三十八名、回答者数一万二千六百八十四名(回答率79・1%)、候補者数四千二百七十八名(33・7%)でした。候補者は、平成十九年四月一日に施行された選定基準で行いました。厚生労働省が見込んだ25%や、本会実施の平成十八年度のデータを同選定基準で試算した23・3%を10%近く上回っていました。基本チェックリストを活用したアンケート調査は、郵送方式や地区の保健協力団体との連携により、実施が可能な対策と思われます。

平成二十年度からは、医療保険者が実施主体となる特定健康診査となり、高齢者の受診機会が多様化します。特に、後期高齢者の要医療率と介護予防プログラム該当の観点からみても、生活機能の低下が医療の必要性に密接に関連することなどから、健康診査を受診しない、または、できない高齢者への健診受診勧奨と、基本チェックリストの活用による生活機能の把握が重要と思われる。

メタボリック症候群、 保健指導レベル(階層化)の推計

来年4月からいよいよ「特定健康診査」と「特定保健指導」が始まります。健診を受診した人のうち、いったいどのくらいの人
がこれらの対象者に該当するのかを予想するために、当協会にある
最新のデータをまとめました。県内の平均的な数値として、参
考になるものと思われます。来年度の予算作成や事業計画立案に
お役立てください。



近年、高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造の変化とともに生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも約六割を占め、医療費に占める割合も国民医療費の約三分の一となつています。なかでも、心疾患、脳血管疾患発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の有病者やその予備群が増加しており、また、その発症前段階であるメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者と予備群と考えられる者が増加しています。

そのような疾病構造を背景に、国は「高齢者の医療の確保に関する法律」を制定し、平成二十年四月より医療保険者(国保・被用者保険)に対し、四十〜七十四歳の加入者(被保険者・被扶養者)を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための「特定健康診査」および「特定保健指導」の実施を義務づけました。

そのなかで「特定健康診査」は、「特定保健指導」の対象となる者を抽出するための健診との位置づけとなり、新たに「腹囲」測定を必須項目として加え、さらに、「メタボリック症候群」、「保健指導レベル(動機づけ支援・積極的支援)」の判定を加えました。当協会では、平成二十年四月からの「特定健康診査」、「特定保健指導」への円滑な移行と実施に主眼をおき準備を進めている

表1
メタボリック症候群判定、
保健指導レベルの対象者
単位:(人)

判定	メタボリック症候群判定	保健指導レベル
男性	9,390 (61.4 ± 849)	11,344 (61.3 ± 848)
女性	16,339 (600 ± 875)	20,085 (598 ± 871)
全体	25,729 (605 ± 868)	31,429 (604 ± 866)

() : 平均年齢±標準偏差(歳)

ところでは、これらの準備の一環としてとりまとめた「メタボリック症候群判定」、「保健指導レベル」の集計を報告いたします。

対象は平成十九年四月から十月までに基本健康診査を受診し、同時に「腹囲」測定をした四十歳から七十四歳の受診者です(表1)。

判定方法は「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 平成十九年七月 厚生労働省保険局」に準拠しました。なお、メタボリック症候群判定は、腹囲、空腹時血糖、血圧(最高・最低)、脂質(中性脂肪・HDLコレステロール)の全てを受診した者を対象とし、判定を「基準該当」、「予備群」、「非該当」としました。一方、保健指導レベルは腹囲、BMI、空腹時血糖またはHbA1c、血圧(最高・最低)、脂質(中性脂肪・HDLコレステロール)の全てを受診した者を対象とし、「積極的支援」、「動機づけ支援」、「なし」としました。また、服薬の有無は問診による通院中の有無としました。

なお、集計については協会健診データより個人情報削除したデータを用い、本会が定める個人情報保護管理規程に従い厳正に管理しました。

【メタボリック症候群判定】

性別、年齢階級別結果を(表2)に示します。「メタボリック症候群基準該当」は男性21.9%、女性9.9%および全体14.3%、「メタボリック症候群予備群」では男性21.8%、女性11.4%、全体15.2%であり、全体の

表2 メタボリック症候群判定の性別・年齢階級別集計

単位：(人)

性別	年齢階級	件数	基準該当		予備群		非該当	
			該当頻度	頻度 (%)	該当頻度	頻度 (%)	該当頻度	頻度 (%)
男性	40-49	1,033	192	(18.6%)	216	(20.9%)	625	(60.5%)
	50-59	2,566	529	(20.6%)	535	(20.8%)	1,502	(58.5%)
	60-69	3,825	875	(22.9%)	864	(22.6%)	2,086	(54.5%)
	70-74	1,966	456	(23.2%)	429	(21.8%)	1,081	(55.0%)
	合計	9,390	2,052	(21.9%)	2,044	(21.8%)	5,294	(56.4%)
女性	40-49	2,254	74	(3.3%)	155	(6.9%)	2,025	(89.8%)
	50-59	5,333	361	(6.8%)	539	(10.1%)	4,433	(83.1%)
	60-69	5,832	717	(12.3%)	744	(12.8%)	4,371	(74.9%)
	70-74	2,919	465	(15.9%)	424	(14.5%)	2,030	(69.5%)
	合計	16,338	1,617	(9.9%)	1,862	(11.4%)	12,859	(78.7%)
全体	40-49	3,287	266	(8.1%)	371	(11.3%)	2,650	(80.6%)
	50-59	7,899	890	(11.3%)	1,074	(13.6%)	5,935	(75.1%)
	60-69	9,657	1,592	(16.5%)	1,608	(16.7%)	6,457	(66.9%)
	70-74	4,885	921	(18.9%)	853	(17.5%)	3,111	(63.7%)
	合計	25,728	3,669	(14.3%)	3,906	(15.2%)	18,153	(70.6%)

表3 保健指導レベルの性別・年齢階級別集計

単位：(人)

性別	年齢階級	件数	積極的支援		動機づけ支援		なし	
			該当頻度	頻度 (%)	該当頻度	頻度 (%)	該当頻度	頻度 (%)
男性	40-49	1,251	300	(24.0%)	119	(9.5%)	696	(55.6%)
	50-59	3,144	671	(21.3%)	279	(8.9%)	1,987	(63.2%)
	60-69	4,618	416	(9.0%)	691	(15.0%)	3,284	(71.1%)
	70-74	2,331	0	(0.0%)	423	(18.1%)	1,830	(78.5%)
	合計	11,344	1,387	(12.2%)	1,512	(13.3%)	7,797	(68.7%)
女性	40-49	2,810	121	(4.3%)	235	(8.4%)	2,166	(77.1%)
	50-59	6,689	294	(4.4%)	673	(10.1%)	5,268	(78.8%)
	60-69	7,137	196	(2.7%)	771	(10.8%)	5,842	(81.9%)
	70-74	3,449	0	(0.0%)	398	(11.5%)	2,954	(85.6%)
	合計	20,085	611	(3.0%)	2,077	(10.3%)	16,230	(80.8%)
全体	40-49	4,061	421	(10.4%)	354	(8.7%)	2,862	(70.5%)
	50-59	9,833	965	(9.8%)	952	(9.7%)	7,255	(73.8%)
	60-69	11,755	612	(5.2%)	1,462	(12.4%)	9,126	(77.6%)
	70-74	5,780	0	(0.0%)	821	(14.2%)	4,784	(82.8%)
	合計	31,429	1,998	(6.4%)	3,589	(11.4%)	24,027	(76.4%)

「保健指導レベル」

29・4%がメタボリック症候群の危険因子を有し、女性と比較し男性に該当する傾向がみられました。また、「メタボリック症候群非該当」は男性56・4%、女性78・7%、全体70・6%でした。

性別・年齢階級別結果を(表3)に示します。「積極的支援」該当者は、男性12・22%、女性3・0%、全体6・4%でした。また、「動機づけ支援」該当者は、男性13・3%、女性10・3%、全体11・4%でした。さらに、腹囲、BMIが基準値を満たさないか、又は、糖、脂質、血圧の疾患が通院中である者の判定「なし」は男性68・7%、女性80・8%、全体76・4%でした。

以上の結果より、メタボリック症候群に着目した生活習慣病予防のための介入は、女性と比較し男性に多く必要とされること が明らかとなりました。しかし、本施策による特定保健指導の対象者は全体の五分の一未満です。新制度による「特定健康診査」または「特定保健指導」はあくまでも内臓脂肪型肥満に重点を置いた生活習慣病予防対策です。特定保健指導の対象とならない者であっても生活習慣病の危険因子を有していることもあり軽視はできません。

最後に本会では、生活習慣病予防を通して県民の健康の維持・増進に寄与することを基本とし、今後の保健事業を展開していきたいと考えております。

旬 [今回の食材] リンゴ を食べて元気に!

旬の素材は、最も美味しく栄養豊かです。
自然の恵みを食べて、生活習慣病を予防しましょう。



■本格的な栽培は明治以降から

木枯らしが吹き始めると、リンゴのシーズン到来だ。福島県内で生産されている品種は晩生種、それもふじが圧倒的である。季節柄、お歳暮としてやりとりする人もいるだろう。

暑さに弱いリンゴの木は、アジアの寒冷地が原産である。県内では福島市を始めとする東北地方や須賀川などの生産が多く、田畑には向かない山際などを利用して栽培している。

リンゴは、中国から日本へ平安時代の中ごろには渡来していたと文献にあるが、

それは和リンゴや地リンゴと呼ばれる小さな果実である。

栽培はアジアよりもヨーロッパで盛んだった。ウイリアム・テルやニュートンの万有引力説発見等、様々なエピソードにリンゴが登場する。アダムとイブが食べてしまった果実もリンゴだったような印象が強いが、これは十七世紀の詩人ジョン・ミルトンによる叙事詩『失楽園』のイメージが定着したものだそう。

アメリカの西部開拓の時代には、移民たちが祖国から持ち込んだリンゴの種子を植えて育てた。そんな時代に生まれた変わり種のヒーローもいる。リンゴの幼木を育て、旅をしながら多くの人に

分け与えたジョン・チャップマン [John Chapman 一七七四〜一八四五]だ。ジョニー・アップルシードとも呼ばれる彼は、ブリキの鍋をかぶっていた、裸足で歩いていた等、身なりに全くかまわない変わり者だったが、開拓者や先住民に分け隔てなく接し、多くの人たちに美味しいリンゴを広めていった伝説の男である。アメリカにおいて、日本人の味噌汁に匹敵する「おふくろの味」は、アップルパイとされ、「アップルパイのようにアメリカ的だ (As American as apple pie)」という慣用語があるほど愛されている。

■寒暖の差が蜜を増やす

今私たちが食べているリンゴは、アメリカから来たものをベースに品種改良されてきた。日本に入ってきたのは、明治以降だ。福島県のリンゴは明治二十年頃から栽培され、桃と並ぶ主要果樹になっている。

甘みが強く、歯ごたえが良く、日持ちがするふじは、国交とデリシヤスをかけあわせ、青森県藤崎町で一九五八年につくられた品種である。日本のみならず、世界的にも最も生産量の多い品種であり、中国や北アメリカ、オーストラリアでも栽培されている。

真っ赤でツヤツヤした見た目の美しさを保つために、袋をかけて育てることがあるが、袋をかけない無袋の「サンふじ」

りんご型肥満に、リンゴが効く？

りんご型肥満は、内臓のまわりに脂肪が蓄積する肥満で、ご存じのようにメタボリックシンドロームの一要素だ。中高年の男性や閉経後の女性に多く、糖尿病、高血圧、高脂血症などの生活習慣病につながりやすいことがわかっているが、つきやすく減らしやすいという特徴がある。

三年ほど前に、リンゴに含まれるポリフェノールの一種が脂肪の蓄積と、血清中のコレステロールや中性脂肪上昇を抑制することが研究で解明された（弘前大学とアサヒビールの協同研究）。一時、毎食リンゴだけを食べる非常に健康に悪いダイエットが流行した。これほど極端ではなくても、りんご型肥満の人は意識的にリンゴを食べるといいかもしれない。



の方が甘く美味しい。リンゴは日光を多く受けるほど蜜が入って甘くなる。蜜の原料は葉で作られたでんぷんで、果実に転流されてソルビトール・シヨ糖などの糖になり、維管束からあふれて果肉の細胞間隙にたまっている状態だという。

糖度には、朝晩の気温差が大きく影響する。リンゴは、成熟期の気温、特に夜温の低下が蜜入りを進める。

見た目の色つやだけでリンゴの美味しさを見分けるのは難しいので、実際に一つ手にとってみて、ずっしりと重量感のあるものを選ぶと良い。また、ツルがしっかりして張りがあれば新鮮な証拠だ。保存は、ポリ袋などに密封して冷蔵庫に入れる。冷蔵庫に入りきらなければ、なるべく日の当たらない廊下など気温の差がない場所が良い。気をつけなくてはいけないのが、リンゴから発生するエチレンガスだ。他の果物と一緒に置くと熟成を早めてしまう。逆手にとって、酸味の強いキウイフルーツやまだ青いバナナを急いで甘くしたい時には、リンゴと同じ場所に置いておこう。

■生活習慣病予防にリンゴを！

一日一個のリンゴは医者（を遠ざける）
(An apple a day keeps the doctor away) という諺がある。風邪や腹下しの養生時に、すり下ろしたリンゴを食べるのは定番になっているが、様々な生活習慣病に

も効果があるのはご存じだろうか。リンゴには水溶性の食物繊維、ペクチンが豊富に含まれている。ペクチンは体内で水分を吸収し便をやわらかくして排便を促すだけでなく、腸内の善玉菌のエサとなり、善玉菌を増やし、悪玉菌を攻撃する。腸内環境を改善することで、大腸がんのリスクを軽減する。また、ペクチンはコレステロール排出に効果があるという説がある。

さらに、リンゴに豊富に含まれるカリウムは体内の余分な塩分を排出し血圧を下げる働きがある。塩分の多い食文化の影響で高血圧の人が多い東北でも、青森県には高血圧の人が少ない。これは、リンゴの産地であるためだと推測されている。

クエン酸などとともにふくまれるリンゴ酸は、疲労物質である乳酸の分解を促進する。さらに、抗アレルギー作用があることも分かっていた。意外なことに、リンゴにビタミンCはあまり多くない。むしろリンゴ酸単体は、ビタミンCを破壊するのだが、リンゴに含まれる他の物質が、ビタミンCを効率よく体内に取り込むのを助けるらしい。その結果含有量から予測される以上に血液中のビタミンCが増加する。

まだしばらく、新鮮なリンゴが出まわる。年末年始を快調に過ごすためにも、毎日一個のリンゴを習慣にしてみたいかがだろうか。

おいしく食べきるレシピ リンゴチップス

リンゴは、早めに食べないと食感が変わって「みそ」になってしまう。（地域によっては「ほけ」とも表現する）その前に、ジャムにしたり、砂糖煮にして保存する方法が一般的だが、スナック感覚で食べられるリンゴチップスにするのも一案だ。
乾燥剤を入れて密封容器で保存すれば、日持ちもする。

●作り方

- ①リンゴ二個は、スライサーなどをつかって、できるだけ薄く食べやすい大きさにスライスする。
- ②百度〜百二十度の低めに温めておいたオーブンの天板にクッキングシートを敷いて、リンゴを重ねらないように並べる。
- ③リンゴ全体にレモン汁を軽くふってオーブンに入れ、一時間程度焼く。リンゴの色を見ながら裏返すなどしながら、調整する。



特定健診・保健指導の

実践的プログラムのあり方

（確実な効果を得るために）

●講師

財団法人結核予防会 第一健康相談所長
生活習慣病予防センター長・生活習慣病研究センター長

おがやま あり
岡山 明氏



平成十九年度の健康研究会は、九月二十八日（金）、ビッグパレットふくしまで行われました。「当協会における特定健診・特定保健指導について」の説明後に行われた岡山明氏の講演は、来年四月から始まる特定健診・保健指導に関する具体的なアドバイスが多数盛り込まれた内容でした。会場に集まった二八〇人の市町村保健担当者のみなさんは、メモを取りながら熱心に聞き入っていました。

結核予防会の岡山です。自分の所属が間違えなく言えるようになる頃に異動することを繰り返してきました。今度は結核予防会にいます。以前に研修会で老人保健事業における個別健康教育の説明をしたのですが、当時は学会からもバッシングされましたし、研修では「何故、こんなことをしなければならぬのですか？」と相当言われまして、つらい思いをしたものです。しかし、その仕組みの中で、少しずつ「個人の特性にあった指導の重要性」が理解されて、「特定健診保健指導」の

導入に結びついてきたのかな、と私なりに理解しています。

結核予防会が支部と一緒に特定健診・保健指導に積極的に取り組むということで、先頭に立って動くために異動しました。

まず特定健診の保健指導が導入されるに至った理由をお話します。いくつかあるのですが、強調しておきたいのが、「措置から保険」の大きな流れにそっていているということです。介護保険、そして障害者福祉が措置から保険に変わり、ついに「健康づくり」も保険

PROFILE

プロフィール

岡山 明

- 1978 東京大学教養学部基礎科学科卒業
- 1982 大阪大学医学部医学科卒業
- 1994 滋賀医科大学医学部助教授
(福祉保健医学)
- 1999 岩手医科大学教授
(医学部衛生学公衆衛生学)
- 2004 国立循環器センター予防検診部長
- 2007 現職
- 専門分野 循環器疾患、生活習慣病予防のための健康教育

になりました。実施することで行政側に利益がある一方、ちゃんとやらないとペナルティもある仕組みに変わってきているということですね。

**リスクをコントロールできる人が
今までは放置されてきた**

この図《図1》は、今までの健診はどこがよくないかを説明しています。健診の目的は大きく分けて二つあります。一つは、例えばがんなどの治療が必要な人の発見。もう一つは、治療するかどうかのグレーゾーン、つまり健康教育でリスクをコントロールできる人の発見です。しかし、残念ながら今までは十把一絡げで、治療が必要な人以外は「様子を見ましよう」と放置されてきました。莫大なお金と労力をかけて有所見者を見つけ、悪く

特定健診・保健指導の 実践的プログラムのあり方

結果として、治療をすれば重症化しなくて済んだ人が、制度のはざまに落ち込んで、目が見えなくなったり、病院で手遅れといわれたり、腎炎が進んでしまうようなことが起こっています。この一方通行を何とかするのも大きな課題としてあります。

なるまで放置するのは、おかしいということ
です。
もう一つの問題は、要医療になった後も、きちんと医療機関を受診して治療を続けているのか全く把握できないことです。診療所は患者がこなくなっても、良くなったからか、よその病院に行ったのか、面倒になってこなくなったのか分かりません。もちろん、健診機関も、医療機関もです。

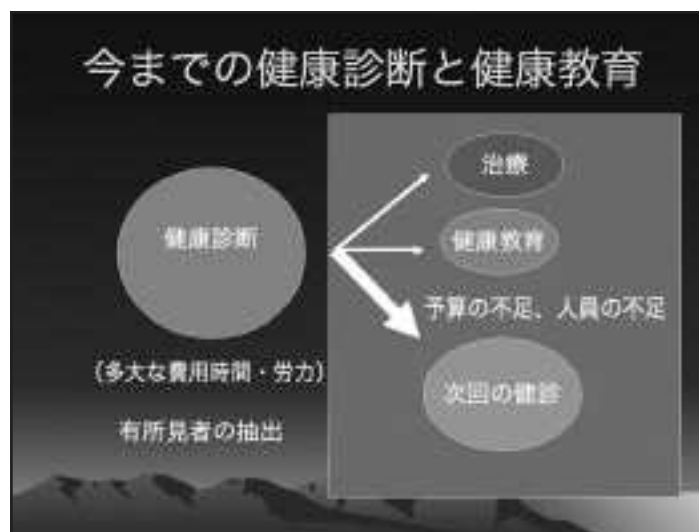


図1

悪い面ばかりとり上げられる老人保健事業ですが、幅広い健診機会、制度をつくったという面で画期的な事業だったと私は考えています。もう一つは、住民にじかに接する市町村主導の健康づくり体制を整備できたことです。

もちろん、良いことばかりではなく、例えば効果のない健康教室を行ってきたという実態もあるわけです。禁煙教室に百人集めて一時間の講義を終えた後、みんなが外でおいしくタバコを吸ったら、これは効果がなかったとみるべきです。ところが、百人集めた記録だけが厚生労働省に報告されます。担当者は「積算の根拠を求めているだけで、評価ではない」と言いますが、現場はこれこそ評価の指標だと思って、いかに多くの人に保健事業を実施するか、四苦八苦してきたわけです。対象者かどうかはさて置き、ともかく人数を集めるためにお馴染みの人をつくることもあったと思います。

本来は「住民の血圧が下がった」というようなことを評価の基準にするべきですが、あまりにも事業の現実と評価が離れていて良く分からなくなってしまうました。この理由のひとつとしては、「対象者の把握が困難であ

る」ことが挙げられます。

老人保健事業の対象者は、そもそも「他の保健事業を受けることができない人」という非常にあいまいな定義です。対象者が分かりにくいために、誰を受けさせるかというインセンティブが非常に乏しかった。結果として、ほとんど受診率が向上されずに、全国的に本来受けるべき人の二〜三割しか受けていません。把握が困難なだけに対象者のフォローもできない。非常に情けない話です。健診重視で保健指導が不十分なことが大きなポイントだと思っています。

保健事業の現状として、国民に対して保険者、事業者、老人保健事業、この三つがサービスを提供する非常にうまい仕組みがもう出ています。ただし、これは国民側から見てもわかりにくいのです。

私はタバコを吸いませんが、例えば禁煙しようとしたときに、共済組合では、禁煙教育を全面的に推進していません。では、市の事業で何か受けられないか問い合わせても、「あなたは公務員ですから、老人保健事業の対象ではありません」と断られる。うちじゃない、うちじゃないと言われて、どこに行ったらいいのかわからない。これではダメです。

**保健事業は国民から見てもわかりにくい。
誰もが受けたいところで
保健事業を受けられる仕組みが必要。**

「血圧が高いからなんとかしたい」ときは、市町村、保険者、事業者のどこがお金を出せずにせよ、国民にとっては、受けたところで受けることができる仕組みが必要です。今回の改正は、その点も大きなポイントだったのではないかと思います。

メタボリックシンドロームはあくまでも「キーワード」

今回の医療保険改正で、特定健診、特定健康指導が大きく変わるの、よくご存じだと思えます。健康増進に関する新しい考えであること。それから、医療保険の枠組みで健康管理を実施するということです。アメとムチで、高齢者医療の分担金と健康管理状況のリンクがうたわれています。さらに、メタボリックシンドロームをキーワードにした保健事業の見直しです。

気をつけなければならぬのは、あくまでもメタボリックシンドロームは、「キーワード」だということです。「メタボリックシンドロームの」保健事業ではありません。ここを勘違いすると「あなたはメタボではないから保健指導の対象にはなりません」という意味不明の保健事業になります。

それから「リスクに応じた三種類の支援」、それから「保険者機能の発揮」です。

高齢者医療の負担金は、「目標とした受診率を達成できているかどうか」を、加算減算の最大ポイントにする考え方で進んでいます。次は、「ちゃんと指導を受けているかどうか」。つまり、法律で定められた指導の

受診率です。

三番目は「メタボリックシンドロームなどの有所見者の割合」が評価基準になるそうです。評価基準をどうするのかは、これから五年かけて考えるところなので、まだデータがありません。議論するのは早すぎますが、ひとつ考えていただきたいのが、保健指導の点数についてです。

厚生労働省から、保健指導を点数制にして重点支援の場合は一八〇ポイント以上ないと法律違反、つまり重点支援とみなしませんという通達が出ています。これを見て、「一八〇ポイントの保健指導に効果がある」と勘違いする人も多いのですが、違います。「法律違反ではない」のですから、「その指導さえすればいい」となると、大火傷をします。

大事なことは「効果の上がる仕組みを作る」ことです。つまり将来、高齢者の負担金が増えるか増えないかと、一八〇ポイントの保健指導の実施は全く関係がない。健保組合にも意識の高いところと低いところがあり、どんなに意識の低い健保組合も、これだけのお金は払ってくださいという意味です。そこから先は、どんな保健サービスの提供が、国民に、市民にとって大切なのか、役に立つのかを考えて、作戦を練っていくことになります。

高齢者医療の負担金を増やさないためには、受診率を上げる必要があります。それには、受診率を高める年次計画をつくるのが大きなポイントです。指導の受診率を上

げるためには対象者のねらいを定めたら、必ず来てもらわないといけません。それから、メタボリックシンドロームの有病率です。「重症度で階層化する」と書いてありますが、これはすぐ破綻します。これが参酌基準の中に入ると非常に困るのです。

なぜ、太ってからやせなさいとアドバイスするのですか？「ああ、よくぞ太ってくれました。やせましょう」。そんな予防はありません。やせませよ。有病率を減らすには、太らない人を増やしていく。スクリーニングして重症な人を対象にしたなら、モグラ叩きと一緒でいつまでたってもきりがありません。

新しい制度の中で、要医療の人たちに対して、保険者機能を上手く発揮することで情報収集が可能になります。具体的な手順やどこまで実施するかは、まだ全く議論の外ですが、将来的にはレセプト情報を活用して、本当に治療を受けているかどうか、治療に中断がないかどうかを確認しながら生活習慣病のフォローをしていくことが求められるようになるということです。ただし、個人情報管理や本人への通知方法など難しいポイントが数多くありますので、すぐにできるものではありません。しかし、一つの保険者機能を重視した保健事業の特徴として、情報収集が可能というところが、今までとは大きく違います。

日本人の血圧が下がったことで、多数のリスクが浮き上がってきた

メタボリックシンドロームのように、因

子の重複によるリスク増加に着目した概念は、死の四重奏とか、多重リスク症候群とか、これまでも、さまざまな概念が提唱されてきました。少しずつ違うのですが、最終的にはメタボリックシンドロームに集約させる動きがあります。

例えば、心筋梗塞のリスクには高血圧、喫煙、それから高脂血症があります。脳卒中は、高血圧、喫煙、糖尿病がメインです。脳卒中と急性心筋梗塞に共通するリスクは、高血圧、喫煙、糖尿病です。有る意味、日本人の寿命に非常に強い影響を与えています。血圧が高くなくても、喫煙したり、糖尿病があれば脳卒中になりますし、複数もば助け合ってリスクを高めることから、「一つひとつの因子ではなく、全体を見通した対策をするべき」というのが、今回の保健事業の考え方です。

古典的なリスクを考慮しなくていい、というわけではありません。総コレステロールの数値が上がると、右肩上がりに、虚心性心疾患のリスクが上がります。二八〇を超える、だいたい一六〇〜一九〇の人に対して約四倍リスクが高くなります。

日本人の血圧は大きく下がってきています。《図2》一九八〇年前後の七〇歳代の血圧は、

一六〇ミリ近い。当時は住民健診をする、半数は真正銘の高血圧でした。六〇代でもかなり高いです。ところが、だんだん低くなって、二〇〇四年には十五ミリから二〇ミリ低下しています。これほど下がったのは、本当に大きな動きです。逆にBMIは、二〇年前からみると増えてきている。言い換えると「血圧は下がったけれどもBMIは上がってきた」。もちろん、糖尿病も増えてきています。

老人保健事業が始まった時には、高血圧対策イコール循環器疾患対策でした。ほとんどのリスクが高血圧の後ろに隠れて、喫煙などのリスクは、あまり出てこなかった。ところが血圧が下がってくると、後ろにある糖尿病や肥満や喫煙が、波上に出てきて、八ヶ岳状になってくる。

最初は簡単な検査だった老人保健事業健診の項目が増えてきて、どんどん詳しい検査にかわってきたのとはほぼ一緒です。高血圧だけ管理する時代から、からみあって影響する多因子に着目した保健事業、健康づくりをする時代が変わってきたのです。そこで、メタボリックシンドロームの概念に基づき保健事業を整理していくことになりました。

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪を

「二八〇ポイントの保健指導に効果がある」 そう勘違いすると大火傷をする。 効果の上がる仕組みを作ることが大切。

背景とした循環器疾患のハイリスク状態と定義することができません。気をつけなくてはいけないのは、メタボリックシンドロームはあくまで「循環器疾患」予防のためにつくられた概念だということです。

高コレステロール血症は、メタボリックシンドロームに含まれていませんが、なぜでしょう。それは、内臓肥満との関連が薄いからです。喫煙もです。タバコを吸っても、メタボリックシンドロームには直接関係がない。だから気をつけなければいけません。これは謎かけです。リスクと、メタボリックシンドロームであることは必ずしもイコールではありませんので、メタボリックシンドロームだけで保健事業を展開すると、大事なものが落

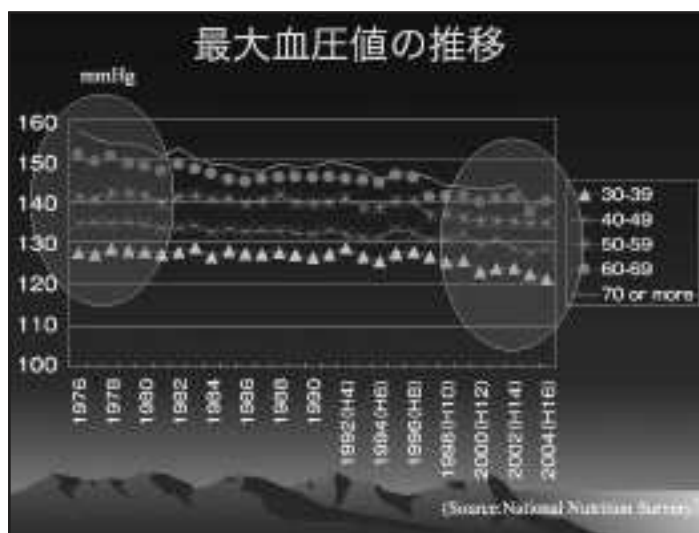


図2

「やせればいいよ」「運動すればいいよ」と 号令をかけるだけなら専門家はいらぬ。 幅広い知識を元に効果的なアドバイスを。

ちてしまうことをしっかりと頭に入れていた
きたいのです。

例えば、コレステロールを上げる食品があ
ります。飽和脂肪の多い食品をとれば、太ら
なくてもすぐ上がりますし、多価不飽和脂
肪酸の多い食品をとればやせなくても下が
る。減量は大変ですから、保健指導でコレス
テロールが下がるなら、本人はうれしいわけ
です。

メタボリックシンドロームが、ハイリス
クなのは事実です。しかし、すでにメタボリッ
クシンドロームの人をいくら保健指導しても
減らすのは難しい。言い換えると、悪くなっ
てから予防するという考え方では予防できま
せん。だから、メタボリックシンドロームだ
けで保健指導するのは無理があることを、強
調しておきたいと思えます。

健康教育は総合技術 手間を惜しんではいけない

これまでのように「とりあえず薬」はもう
ダメなのです。表面に現れた病気を薬だけで
治療しても、費用がかかるわりに効果が少な
い。ある意味、病気の予防には「生活習慣の
改善がきわめて重要」というメッセージを国

が初めて流したといえます。

例えば、医療機関で、保健指導ができな
い患者がいた場合、保健の場で指導してく
れ、という時代が来るかもしれない。ですが
ら、保健と医療の役割分担を将来大きく変え
る可能性があります。

メタボリックシンドロームでは、背景とな
る生活習慣を改善する必要があります。肥
満、高血圧、中性脂肪。例えば中性脂肪です
けれども、例えば減量、節酒、魚を食べたり、
運動したり、単純糖質を控えたりすることで、
効果的に下がります。単純糖質は中性脂肪に
関係があっても、高血圧とはあまり関係があ
りません。それから魚を食べれば血圧が下
がるという説もあるのですが、あまり強い作用
はありません。しかし、中性脂肪を下げるの
にはものすごく効果があります。

言い換えると、中性脂肪が高い人と血圧の
高い人は、効果的なアドバイスが少しずつ違
います。「やせればいいよ、運動すればいいよ」
と号令をかけるだけなら、専門家はいらぬ
のです。

メインに影響が出ている指標を見極め、生
活習慣のどこに原因があるのかを見極めて、
最も効果の上がるようにアドバイスする。こ

れが専門家の保健指導です。だからこそ、病
態を理解し、それから最も効果の上がる生
活習慣を勉強していただきたい、と思えます。
血圧を例にとっても、肥満が関係するのは事
実です。それ以外にも運動、塩分もカリウム
も関係する。また、節酒も関係する。どれが
対象者のメインの原因となるのかを見極めて、
効果的なアドバイスをするのが大事です。

生活習慣病の健康教育は大変難しい。なぜ
かというところ、疫学的な背景が非常に複雑で
す。メタボリックシンドロームの例でお話し
しましたが、多数の因子が複合していて、時に
は矛盾しています。正確にかつ、総合的な知
識が必要で、ある意味疫学的な知識がしっか
りないといけない。それから栄養に関しても
主要栄養素に関する知識、食生活調査法の把
握、食品そのものの知識といった広範な知識
が必要です。運動も同じです。しっかりとし
たアドバイスをする知識、技術が必要です。し
人の心を変容させる技術も必要になってきま
す。対象者の意識をどう評価して意識をどう
引き出し、どう支援するか。そのための幅広
い知識が必要です。

つまり、健康教育は総合技術といってい
と思えます。企画や実施、疫学知識、栄養の
知識・技術、運動の知識・技術、行動科学の
知識技術、長期支援の体制づくりですね。

国保ヘルスアップモデル事業で、効果検
査をやったときに、私なりに効果のあがるプ
ログラムを提示しました。大事なことは、ま
ず「対象疾患が明確である」ということです。
例えば、高血圧プログラムや糖尿病プログラ

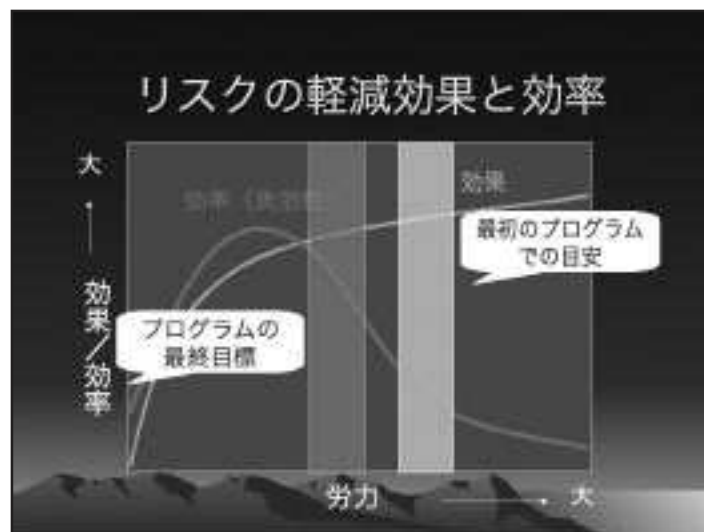


図3

ムなど、対象疾患が明確なら効果がやすいのですが、メタボリックシンドロームは大変難しかったです。複数の病気の集まりを、どのポイントまで見極めて落としていくかは非常に難しく、やはり対象疾患を明確にしておく必要があります。指導のポイントを絞り込んでいく過程で、高血圧か、糖尿病か。それとも脂質異常がメインかを見つけていく。また、きちんと生活アセスメントをして、運動、栄養と、アドバイスの方法をしほらずに、なんでも使う。それから軌道修正が可能なら、可能なら、個人指導と集団指導を組み合わせるのも効果が上がる秘訣だと思います。

健康教育はある意味、本人の人生観を変えていく必要があります。手間がかかります。さら

に、一週間、二週間ではなく、一年二年と続けてもらうには強い動機と意志が必要です。大事なのは「充分な手間をかけて効果を出すことを恐れたらいかん！」ということですね。そして、その後に、効率化するステップです。他の方法と組み合わせたり、計画的に実施することも大事ですが、労力をかければかけるほど効果はあります。ただし、ある程度以上になると、ほとんどフラットになる。効率面、つまり労力分の効果は、ピークがあって、だんだん下がっていくことが予想されます。《図3》

ですから私は、「プログラムを開発するとき、安全圏を目指してください。ここまですべておけば大丈夫なプログラムを作って、少しずつ簡略化してほしい」と申し上げます。そうすれば、効果と効率が両立したプログラムができると思うわけです。

逆に、お勧めしないのは、簡単なプログラムを重裝備していく手順です。これは、精神衛生上きわめて悪い。「ええっ！もつとやるのですか」、「そこまでやるのですかー」となる。そうではなく、効果があるところまでやったら、削る。削りすぎて効果がなくなったら、少し原点に戻れば、効果と効率が最大のプログラムが作れると思います。

**確実に効果のあがるプログラムを
少しずつ簡略化していけば
効果と効率が両立していく。**

プログラムが作れると思います。

特定健診保健指導の手引きの最初に、「必ず効果をあげなければならぬ保健事業」と書いてあり、「もし効果が上がらなかつたら、みなさんの職場がなくなる」という内容がありますが、まさにその通りです。全く効果がないプログラムを三年続けたら、「悪いけど、あなたもういらん」と言われるかもしれない。それくらい厳しい状況で、私たちはこれに取り組んでいかなくてはなりません。

二のズのない人をどうやって 保健指導に結びつけるか

保健指導には大きくわけて二つあります。一つは健診の事後指導で、事業所をはじめほとんどの対象者に実施しています。でも、効果評価はしていませんし、目的もよくわからない。毎回同じようなアドバイスをしている問題があります。もう一つの重点指導は、効果は期待できるけれどもお金がかかる。単独で押し切るのは、非常に難しいです。

そこで一年半ほど前に、「手間をかけずにやる方法」、「絶対効果の上がる方法」、「手間を有る程度かけずにフォローもできる方法」の三種のどれかに住民を押しこんでいく方

松竹梅モデル

- ・ 松
手間はかかるが効果を確実に期待できる
保健指導のフラッグシップモデル
- ・ 梅
誰にも提供できるモデル
情報提供を中心
他のシステムへの導入元
- ・ 竹
持続的なサポートを手間をかけずに行う
通信制、面接+通信制などの組み合わせ

図 4

法を考えました。それを聞いた担当官が、「こりゃ面白いですねー」って叫んで帰っていったのですが、半年後にリスクに「階層化」が出ていて、すごいがっかりした。

私はリスクで分けることは考えていなかった。なぜかというところリスクで分けると相手が納得しなければ意味がありません。もう一つ、来年以降はどうするのか、ということです。今年重点支援の対象者であれば、来年も対象者になる可能性はきわめて高い。それから、誰をどのように動機付けするか。三年くらいやるともうイヤになって「もういい加減にしてくれ」と言われるのが関の山です。

《図 4》例えは重症度で分けずに、キャンペーン型の支援もいいと思います。今年、当

市で「減量キャンペーン」をするので、参加しませんかと呼びかける。つまり自力でできる人に機会を提供するのです。指図されるのは嫌でも、一緒にいかがですかというプログラムです。それから通信支援。マイレージなどで支援していく考え方もあります。

大事なことは、指導密度を決めるのは実施側、つまりみなさんだということです。受け側にはニーズがない。なぜかというところ、効果的な支援を受けた経験がないし、「お説教をされるのに行きたくない」と思っているから、自ら保健指導に来ることがない。ニーズのない人に対して、動機、意欲を高める仕組みを計画段階でつくっておかないと、「絵に描いた餅」になります。お馴染みさんはもう通用しません。リスクの高い人に一回保健指導をして、来年も同じ人をやったら効果が落ちるので、必ず対象者を変えていかなければなりません。常にならった人を落としていかなければならないのです。

年次計画に基づく実施《図 5》の例です。職域なら年齢で、地域なら地区に分割する。A地区は初年度、B地区は二年度に取り組み、五年間で一巡する計画を立てる。そういう計画で、実際にすべての地区に、対策をうつしていくこととなります。

「受診率を上げる」、「指導の受診者を増やす」、「メタボリックシンドロームの有病率を減らす」。少なくともこれは決まっています。国保に関しては、百パーセント受診の仕組みを老人保健事業の時代に作っておかなくてはいけなかったのですが、残念ながらそれはあ

りませんので、これからの約五年間で受診率を倍にしていかなければなりません。

来年の計画はすぐに立てられますが、再来年はどうします？ 例えば来年、今30%の受診率を60%にする計画を立てて財務当局に出したら、「財政が破綻する」と押し返されます。つまり、順次向上させる計画をたててはいけない。順序よく住民の意識を変えていく必要があります。

それから、「複数プログラムの連携的な実施」です。重点支援、事後指導、それから簡易的な省力的なサポートを組み合わせる運用する。どうやって運用するのか、実はこれが一番難しい課題です。

それから「社会的資源の有効活用」です。

年次計画に基づく実施

- ・ 指導密度を決めるのは実施側である
 - 実施計画に基づく実施が必要である
 - 44, 49, 54, 59歳の
有所見者を重点支援とする
43, 48, 53, 58歳は準備期間
 - 5地区に分割し順次実施する
A地区（初年度実施、2年度目フォロー）
B地区（2年度目実施、
初年度は見学、情報提供）
 - 5年間で一巡する
- ・ 松竹梅のモデル構築と各役割分担を明確化する

図 5

今後は、各自治体の最も大きな財政の一つである国保財政の改善のために保健事業をやるのですから、保健当局だけが取り組むのはおかしいのです。市町村が総力を挙げ、保健事業に取り組み体制を敷かななくてはいけません。

例えば社会教育課なら、まさに運動に関しては保健分野の人よりもはるかにノウハウをもっているし、ボランティアもいます。そういった人達を上手く引き込んで、実施部隊に活用するのが大事です。また、町内会や自主活動団体、マラソン大会、町営体育館などさまざまな社会資源をどう取り込んでいくかということが大事になってきます。そして広報と予算と実施のバランスを考えていく。

そして何より大切なのは、年度ごとに評価と改善が可能な仕組みをつくることです。「やってみなければわからない」場合には、毎年見直しすることも計画の中に入れておくことです。

地域の例を使って説明します。初年度は、標準的な保健指導をやってもいいと思います。そして二年度目からは強化地域をつくってみるのをお勧めします。選ばれたA地域では、「加入者全員受診」を目指して、町内会、婦人会、商工会、すべてのリソースを動員し、その地

区の受診率を百パーセントにまで上げる努力をします。一度高まると、少し下がっても長続きします。B地区には、「強化地域の受診率アップに取り組んでいる」ことを知らせると共に、主立った人にA地区に勉強に来てもらって、「来年はB地区でやるので準備してほしい」ということも含めて周知します。

そして来年は別の地域へ。というように、年ごとに重点地区を巡回していくやり方はどうかと考えています。これは予算面でも非常にいいのです。例えば、万一20%の受診率が100%に上がっても予算が五倍に増えるわけではなく、五分割した地域の一つですから、五分の一しか全体的に増えない。現実的な予算増加に止まります。少しずつ増やしていけば、だんだん受診率が向上していくわけです。この考え方で、岩手県矢巾町と兵庫県丹波市が取り組んでいて、「手応えがあります」と言っています。みなさんも間に合えば、参考にしてください。

保健指導の場として健診を活用 重点支援の勧誘も健診で

ここで、今までは言っていないなかつたことを言います。「健診は大事」です。前は半分

しろと言っていたのですが、考えが変わりました。年に一回、直接目の前に受診者がくる唯一の機会です。保健指導に一番いい場所です。それをぜひ活かしてほしいのです。健康度をチェックする健診から、健康増進の場として、健診を活用していく方向へ大きく梶を切る必要があると思います。今その人がどんな意識で、どんなことに注意しているかを組織的に上手く入手する。そのことで重点支援と動機付け支援のニーズが把握できるのではないのでしょうか。

また、すべての人にアドバイスする場として使う。例え三分でも、効果がある人はいます。そういった人たちに、しっかりアドバイスをする場として活用する。それから、閉古鳥が鳴くかもしれない重点支援プログラムの勧誘の場として活用します。

翌年は、効果が継続しているかどうか。どうしたら継続するかという要因を明らかにすることが必要です。わざわざアンケートを行うよりも、健診の場を過去の健康支援の実施効果、継続率を把握する場として活用するのがいいです。そうすれば、まさに真の意味で連携が図れることとなります。すでにこれを実行している市町村に聞きましたら、「やっぱり楽でいいです」といいます。帰ってから事後指導するより効率がいいのです。

血液検査は去年のデータでもいいのです。そんなに大きく変わることはありません。血圧や体重のデータは（今年のが）あるから、肥満度をみてアドバイスする。そうするとやっぱり保健指導を受けたいといった二

健康度をチェックする健診から 保健指導のきつかけづくりの場へ 大きく梶を切る必要がある。



ズが出てくるので、それを確実に捕まえていきます。来年度以降は、フォローアップに変えていくことになると思います。

健診で保健師が受付や検尿をしていることがありますが、今後はやめていただきます。来た人全員に張り付けて、意識

を評価する。自主行動を評価しておけば、保健指導全体のコントロールの場になるということです。もし手が足りなければ、福島県保健衛生協会のスタッフに入ってもらって、ともかく受診者全員に面接して帰す仕組みをつくっていく。「叱られるから行かない」と言っていた人にも、「こんなサービスがあります。個別健康支援プログラムではこんなことをやります」と具体的な説明ができて非常にいいと考えています。

五年後、十年後を見すえた 大所高所に立った保健事業計画を

さて、今後の課題です《図6》。まず個別健康支援プログラムの有効性の担保が、大きな課題です。

効果の上がるプログラムを実行できる指導者の育成が大事ですが、一朝一夕ではつくれ

ません。実施体制、つまりチームとしてどうやって運営していくのかの仕組みも必要です。また、対象者の募集で、つまり可能性が高いです。ここもしっかり議論していかなければなりません。

研究レベルでは、個々のプログラムの有効性は勝負がついたという認識があります。つまり、どのくらいで効果が上がるのか、だいたい分かっている。ただ、どう組み合わせたら、住民全体に効率よくサービスを提供できるかは全く白紙の状態です。

健診と保健指導をどうリンクするか。そしてプログラム同士をどう連携させるか。また、それを長期に計画を立てて、どういう流れで次年度に結びつけていくかということになり

今後の課題

保険者・事業者の果たすべき役割

- 個別健康支援プログラムの有効実施の担保
指導者の養成、保険者の集約、対象者の募集の仕組み
- 複数プログラムの組み合わせ
健診と保健指導の連携方法、長期計画に基づく実施
- 保健事業の医療費評価
課題抽出(断片的、縦断的)、実施効果解析
- 健診に対する考え方を考える
対面プログラムの場の場の宣伝と意欲の評価

図6

ます。

ともすれば、来年の事業計画を立てればよいという考え方もあるのですが、分らないなりに五年間の計画を立て、一年経った時にさらに見直して、もっと具体的にやる方がはるかに効率がいいのです。さらに保健事業と医療費評価ということで、課題抽出や実施効果の分析が必要になると思います。ぜひこれも福島県保健衛生協会を中心に勉強会をつくって、進めていっていただきたい。

これまでは効果の有無、各市町村で本当に必要かどうかはさておき、「事業をやりなさい」と国から情報が流れてきて、市町村の情報も上げられない仕組みが続いてきました。これからは違います。市町村の大きな財源である国保財政を左右する保健事業計画を立てなければならぬのです。五年後、十年後の市町村はこういう方向に向かうべきという大所高所に立った計画をつくっていただきたいと思えます。

そして、ぜひ首長にダイレクトに情報発信をできる仕組みをつくってください。今までは独自の財政で保健事業に一千万や二千万の予算をかけるというような発想はなかったわけです。これからは、どれだけ費用をかけてもやらなければならぬ時代になるかもしれない。逆に言うとそのくらい影響力が出てきたということです。みなさんには、ぜひ勇気をもって取り組んでいただいて、地位を高めていっていただきたいな、と思います。以上です。

PHOTO FLASH

(社)全国婦人団体連絡協議会創立三十周年記念大会
福島県からは十八名が参加

去る九月十四日(金)東京ホテルニューオー
ータにおいて全国婦人団体連絡協議
会創立三十周年記念大会が開催され
た。大会には財団法人結核予防会総裁
秋篠宮紀子妃殿下ご臨席のもと全国
各県から結核予防運動に取り組む婦
人団体約七百名が出席し行われた。



福島県からの参加者

妃殿下は「かつて国民病と言われた
結核がここまで改善したのは各県で熱
心に取り組む婦人団体の皆さんの努力
の成果」と永年の成果をお喜びになり、
またこれからの結核予防の啓蒙活動を
期待されるお言葉を述べられた。

大会では、財団法人結核予防会会長
青木正和先生、同第一健
康相談所長岡山明先生の
講演の後、婦人団体代表者
によるブリスカッションがあ
り、結核対策の現状や地域
での具体的な活動について
意見交換が行われた。また
講演内容を引き継いで、生
活習慣病予防対策として
地域の活動といかにリンク
させていくか専門家の意見
を聴きながらアイデアが
生まれる場面もあり、参加
者は今後の決意を新たに
した。

本県からは、福島県健康
を守る婦人連盟佐藤裕子
会長をはじめ、十八名が参
加した。

PHOTO FLASH

がん征庄・結核予防各地でキャンペーン



結核予防週間(九月二十四日～三十
日)と、がん征庄月間(九月)にちなんで
結核予防がん征庄キャンペーンが県内
五カ所(福島市、郡山市、会津若松市、い
わき市、南相馬市)で繰り広げられた。

キャンペーンには、福島県健康を守る
婦人連盟、県内の子宮がん克服者の会
「しゃくなげ会」の会員と保健所や市町
村担当が参加し、市民に結核やがん予
防のパンフレットや風船を配り検診の大
切さと呼びかけた。

PHOTO
FLASH

健康教育研究会に 二百七十六名出席

本会主催による平成十九年度健康教育研究会が九月二十八日(金)郡山市「ビッグパレットふくしま」で開催された。

来年度から導入される医療制度改革による特定健診・特定保健指導の本会の取り組みについて担当者からの説明の後、結核予防会第一健康相談所長岡山明先生が「特定健診・特定保健指導の実践的プログラムのありかた」確実な効果を得るために「と題し特別講演が行われ、県内の保健所・市町村、事業所をはじめ参加した保健担当者は熱心にペンを走らせていた。



PHOTO
FLASH

健康ふくしま21推進県民大会いわき市で開催

去る十月二十三日(火)いわき市文化センターを会場に「第七回健康ふくしま21推進県民大会」が開催された。

この大会は県民の健康と生活の質の向上をめざし、県民をはじめ、県、市町村及び関係機関・団体の健康づくり関係者の総意と活力を結集して、健康づくり運動を効果的に展開するため開催するもの。

特別講演では、服部栄養料理研究会長の服部津貴子氏が「食文化の継承と食育のすすめ」と題し、講演を行った。

当協会関係者の表彰は次のとおり(敬称略)

○予防医学事業功労

- (団体)大東銀行健康保険組合
- (個人)金子 京子(協会非常勤看護師)
- (個人)星 ヤス(協会非常勤看護師)
- (個人)大和田 康子(協会非常勤看護師)
- (個人)館小路美也子(協会非常勤看護師)
- (個人)遠藤 君子(協会非常勤看護師)
- (個人)小林 美喜子(協会非常勤看護師)

○岩永賞

- 大和田憲司
(太田綜合病院附属大田記念病院長)



PHOTO
FLASH

健康集會各地で開催

昭和五十五年から毎年県北、県南、会津、浜通りの四方面において福島県健康を守る婦人連盟と本会の共催で開催される方部別健康集會が今年も開催され、各会場百名を越える会員が参加し健康に関する知識の研鑽に努めた。

特に今年度は、結核予防法が感染症法に包括され結核に関する意識の低下が危惧されることから、地元保健所担当者から「結核ミ」講座」の講話を実施するとともに、「これからの健診・保健指導」と題し、次年度から導入される内臓脂肪症候群に着目した「特定健診・特定保健指導」についての講演が行われた。



PHOTO
FLASH

中国I・P地域保健訪日団本会視察

ジョイセフ(家族計画国際協力財団)は、中国の国家人口計画生育委員会及び中国計画生育協会と昭和五十五年から協力関係を結び、人口・家族計画・母子保健関連分野の国際協力を推進している。また、同分野での経験



と技術及び人材交流を図るため、家族計画活動を母子保健などの健康教育や保健サービスの地域保健活動と組み合わせて行うプロジェクト(I・P)を中国で推進し、中国からの関係者の訪日研修や施設見学受け入れを行っている。

本会は毎年ジョイセフからの視察を受け入れており、本年は十一月五日(月)李建生団長一行十三名が本会を訪れ、事業の概要の説明の後、施設や検診車の見学を行った。



PHOTO
FLASH

世界エイズデー キャンペーン レッドリボン贈呈

エイズ患者やHIV感染者に対する偏見や差別のない社会を目指すために、福島県健康を守る婦人連盟では毎年十二月一日の世界エイズデーに併せ、レッドリボンを作成し、具へ贈呈している。

今年度は、安達地区の婦人連盟がその作成にあたり、十一月十五日(木)瀧本チイ会長と後藤みづほ副会長が二千個のリボンと啓発用パネルを赤城恵一保健福祉部長へ手渡した。



PHOTO
FLASH

楠賞 柄沢先生へ



十一月十六日(金)平成十九年度楠賞表彰式が行われ、本会非常勤嘱託医師柄沢良子先生が受賞の榮譽に輝いた。

同賞は楠信男元会長の遺志で本会に贈られた基金を元に昭和五十五年に設けられたもので、地域の保健医療、特に公衆衛生の分野で献身的な活動をした人に贈られる。

柄沢先生は、保健所勤務時には管内住民検診の結核・肺がんの読影の向上に務められ、退職後は本会の実施する基本健康診査、事業所健診並びに疾病予防に関する知識の普及に積極的に尽力された功績を讃えたものによる。

こんにちは！ 私たちが担当です。

【総務課経営企画室】



広報からISOまで…
海より広い業務範囲を二人で
こなしています。

読者の皆様に、本会の仕事をより理解していただきたく、またパイプ役を果たそうと「こぶし」が発行され今回で第八十一号を発行することができました。この課を紹介するコーナーもそんな思いから昭和五十一年九月からスタートし、各所属を順次ご紹介してきましたが、途中断続しながらも全ての課を紹介してしまい、今回どの課を再度紹介しようと考えていたら、自分の所属をまだ紹介していなかったことに気づきました。今回この「こぶし」の発行部署である総務課経営企画室を皆様に紹介します。

この所属は「室」であり、総務課の中の課内室という特殊な所属形態をとっています。そもそもこの課内室とは、課内に於いて特別の業務を担当させるべく設置されたものですが、その業務内容は多岐にわたっています。

この経営企画室は二人しかいません。写真のとおりみんなからは親子と言われます。この二人で「思想普及啓発事業」広報及び広報誌の作成、健康を守る婦人連盟、しゃくなげ会の事務局、複十字シール募金運動、図書の斡旋、職員の各種大会、研修会、学会等の参加手続き。時には全国大会の運営も担当。またそれだけではなく、本会の経営改善計画、総合的な施設整備計画、ISO事務局、個人情報保護事務局、健診検査料金の原価計算に関すること」と業務範囲は海のように広いのです。

そもそも経営企画室の歴史は、昭和五十一年三団体が統合し本会が創立した時、企画調整課として「公衆衛生に関する知識の普及啓発」を行う課として設置されたものです。その後総務課に吸収され総務課企画普及係、総務課広報係として業務を行ってきましたが、本会の経営改善計画やISO取得する事務局として独立した経営企画室が誕生しました。そして現在は総務課経営企画室として年々事業量を増やしながら現在に至っています。課員の多いときは経営部門を除いて五名の課員で普及啓発や広報を担当していた時もありましたが今は二名であり、いつも仕事は綱渡りの職場です。

二人であってもいつも朝礼から一日が始まりま

す。打合せ最中でも電話が入ります。今日の一番は青森から。東北地区結核予防婦人団体幹部研修会に健康を守る婦人連盟から二十一名を引率して青森まで案内しなければなりません。そのシンポジウムの件で電話が入り、違う電話で今度は大分県から電話が入り…。昨年福島で開催した「がん征圧全国大会」が今年は大分県支部が担当で詳しい状況の問い合わせです。

今度はラジオ局から「がん征圧月間」で流すラジオ広報のシナリオの打合せ。二十秒の間にいかにかん検診の重要性をアピールできるか。二種類作成した中から一本に絞ります。自分で時間を計りながらしゃべってみると、まあまあのでき。今年これを五十本流すことに決めます。

さて、今日は午後からISO管理員会の開催。今年は更新審査で四日間審査員が各課を審査。膨大な書類の再点検を行わなければならない、気が重い…。

来週の土、日曜日は街頭キャンペーンがあり、その次の土曜日にもキャンペーンで出勤です。いつ振替が取れるか二人でカレンダーを眺め、ため息をつく。

しかし、辛いことばかりではありません。大きな行事の運営を終えたとき周囲から「ご苦労様」と声をかけてもらった時の達成感は何ともいえないものです。また、協会外部の団体との関わりも大変多く、リーダーの方考え方などは大変勉強になります。

健診等で読者の皆様にあまってお目にかかる機会が少ない経営企画室ですが、カメラを持った職員がいればそれは私たちです。

寒い季節を 楽しむ

●昔の人は、
冬にこう考えた。

「冬」の語源は、広辞苑によれば「冷ゆ(ひゆ)」、寒さが増すという意味の「殖ゆ(ふゆ)」、あるいは寒さに「震う(ふるう)」など諸説ある。

昔の人は、冬至を境に日脚が少しずつ伸びることを太陽が「殖ゆ」と考え、「一陽来復(いちようらいふく)」といつて喜んだ。「冬来たりなば春遠からじ」ということわざは、悪いことが続いた後に良いことが訪れる、という意味もある。

ただし現代人は、忘年会・シーズンでお酒の量と体重が「殖ゆ」ことが、いちばんの悩みのタネかもしれない。



●カボチャで
カゼを吹き飛ばす。

昔から「冬至にカボチャを食べるとカゼをひかない」といわれてきた。カボチャには、カロテンやビタミンA、B、Cなどカゼの予防に効果のある栄養素がたっぷり含まれている。また、身体を温める作用もあるので、寒い冬を乗り切るにはぴったりの野菜だ。

ところで、カボチャは室町時代にカボチャから日本に来たことが、その名の由来。もとは小さな瓜だったという。収穫されるのは夏だが、保存がきくため、冬でも貴重な栄養源として重宝されてきた。

煮物以外にも、天ぷら、コロッケ、スープ、パン、キンパイ、プリンなど、調理法はバラエティー豊か。冬至の献立には事欠かない。

編集後記

新しい仕組みの スムーズなスタートを願いながら

平成19年も師走を迎え何かと忙しい時期となりました。特に今年は来年4月からスタートする特定健診・特定保健指導の準備できりぎり舞いの毎日です。言うまでもなくこの健診は、いまだ老人保健法に基づいて行われていた各市町村の「基本健康診査」をなくし、高齢者医療確保法という新たな法律に基づき40～74才の国民全員が対象になる健診です。実施主体は健康保険者となり、国保加入者の所管は市町村の健康福祉部門から、各市町村国保や社保部門に変わることになります。この健診で、メタボまたはその予備軍と判定される場合は保険者の責任において保健指導を行わなければならない。

9月に本会が主催し開催した「健康教育研究会」はこの「特定健診・特定保健指導」がメインテーマだったためか、昭和58年施行の老人保健法に、保健事業として健康教育が盛り込まれたのを期に毎年開催されてきた今までのこの研究会で最高の参加人数で、市町村や事業所をはじめ関係者の関心がいかに高いかを示していました。

複雑になるこの新しい仕組みでの健診や保健指導が関係機関、団体と相互に連携をとりながら混乱がなくスムーズに開始できるよう願ってやみません。(Y.K)



健康づくりにお役立てくださーい！

「科学が証明する新朝食のすすめ」

香川 靖雄著 女子栄養大学出版部(2008)・ひ

近年、朝食の重要性がますます注目されております。朝食はどうして体によいのか、また体内リズムを整え、生活習慣病を防いでくれ、さらには成績や生活行動も改善されると紹介されています。国内外の最新研究を用い、朝食の効用を実証し、なぜ朝食と規則正しい生活が必要とされるのかを説いています。



「おばあちゃんの出番！」

孫と楽しむ手の仕事

田中周子著 石橋富士子絵 大月書店(2008)・ひ

おばあちゃん世代には普通のことになった針と糸の手仕事、その子や孫世代にとっては新鮮なものとして感じられるようになりました。孫の成長に合わせて、その時どきにあった普段何気なく生活の中で使うものを、針と糸でつくってみる。そんな時間を楽しんでみてはいかがでしょうか。



(協力 福島県立図書館)

表紙の写真

摺上川渓谷(福島市)



福島市の奥座敷、飯坂温泉のシンボルともいえる十綱橋の下を流れる摺上川。その上流茂庭地区には、四季折々に美しい摺上峡がある。この清流を利用して摺上川ダムが造られ、今年四月から東北地方一帯の水源として供用が開始された。降り積もった雪は、春の雪解けとともに「美

味しい水」となって各家庭に届けられるはずだ。

ダム湖は茂庭湖として親しまれ、周辺は自然環境に配慮した様々な整備が行われている。ダムの下流、約一キロの場所には日帰り温泉「もにわの湯」があり、野菜の直売所などとともに人気を集めている。



問い合わせ先:摺上川ダムインフォメーションセンター
TEL.024-596-1275
9:30~16:30開館 年末年始は休館
ウォーキング距離:ダム一周22km。
冬期間は積雪で歩きにくいので、
注意が必要です。
アクセス:福島交通飯坂線飯坂温泉駅より車25分
東北自動車道福島飯坂I.Cから車30分

