

## 6 保健指導の評価

### (1) 保健指導における評価の意義

保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の有病者及び予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる。

このような「健診・保健指導」事業の最終評価は、有病者や予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。

この評価方法としては3つの側面が考えられる。1つは、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、また、行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。

2点目は、事業所単位や地域単位で、「集団」として評価する方法である。健診結果の改善度や、禁煙や運動習慣などの生活習慣に関する改善度を集団として評価することである。このような評価により、集団間の比較ができ、また、対象特性（年齢別など）ごとに分析することにより、健診・保健指導の成果があがっている集団が判断でき、保健指導方法や事業の改善につなげることが可能となる。

3点目は、健診・保健指導の「事業」としての評価である。事業であるので、費用対効果や、対象者の満足度、対象者選定が適切であったか、プログラムの組み方は効果的であったか、「要医療」となった者の受診率や保健指導の継続性など、事業のプロセスを評価することができる。このことにより、効果的、効率的な事業が行われているかの判断が可能となり、改善につなげることができる。

このように保健指導の評価は、「個人」「集団」「事業」「最終評価」を対象として行うものであるが、それぞれについて評価を行うとともに、事業全体を総合的に評価することも重要である。

### (2) 評価の観点

評価は、一般的に、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の観点から行う。健診・保健指導の最終的な評価は、アウトカム（結果）で評価されることになるが、結果のみでは、問題点が明らかにできず、改善方策が見出せない場合が多い。そこで、結果に至る“過程”を評価し、事業の基盤である“構造”について評価することが必要となる。また、最終目標の

アウトカム評価は数値であるため、データを採るためには数年間かかることから、アウトプット（結果・事業実施量）の観点から評価を行うこともある。

このような観点から評価を行うが、それぞれの評価を行うためには、評価指標、評価手段、評価時期、評価基準について、明確にしておくことが必要である。

#### ① ストラクチャー

ストラクチャーは、保健事業を実施するための仕組みや体制を評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導に従事する職員の体制（職種・職員数・職員の資質等）、保健指導の実施に係る予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。

#### ② プロセス

プロセス評価は、事業の目的や目標の達成に向けたプロセス（手順）や活動状況の評価するものである。具体的な評価指標としては、保健指導の実施過程、すなわち情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段（コミュニケーション、教材を含む）、保健指導従事者の態度、記録状況、対象者の満足度などがある。

#### ③ アウトプット

目的・目標の達成のために行われる事業の結果に対する評価で、評価指標としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがある。

#### ④ アウトカム

アウトカム評価は、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標に対する評価である。具体的な評価指標としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などがある。また、職域では休業日数、長期休業率などがある。

### （3）具体的な評価方法

評価の対象ごとに区分した保健指導の評価方法は、以下のとおりであるが、評価指標、評価手段、評価時期等については、参考までに表7に整理している。

#### 1) 「個人」に対する保健指導の評価

対象者個人の評価は、適切な手段を用いて保健指導が提供されているか（プロセス評価）、その結果、生活習慣に関して行動変容がみられたか、また健診結果に改善がみられたか（アウトカム評価）の観点から行う。詳細な内容については、「5 保健指導の実施」を参照されたい。

#### 2) 「集団」に対する保健指導の評価

個人への保健指導の成果を、集団として集積して評価することにより、指導を受けた対象者全体に対する成果が確認できる。集団の単位としては、地域や事業所単位、また、年齢や性別などが考えられ、それぞれに区分して、生活習

慣に関する行動変容の状況、健診結果の改善度、また、生活習慣病関連の医療費の評価も行う。

集団としての評価結果は、保健指導プログラムの改善や保健指導従事者の資質向上のための研修などにも活用する。

### 3)「事業」に対する保健指導の評価

保険者が行う保健指導は、個人への保健指導を通して、集団全体の健康状態の改善を意図している。そのため保険者は、事業全体について評価を行う。事業の評価は、対象者把握、実施、評価の一連の過程について以下の4点から評価する。

- ・適切な資源を活用し（ストラクチャー評価）
- ・対象者を適切に選定し、適切な方法を用いて（プロセス評価）
- ・望ましい結果を出していたか（アウトカム評価）
- ・事業評価が適正に実施されているか

これらの評価は、保健指導プログラムごとに行い、問題点を明確にした上で改善を図っていく。

特に、保健指導を委託して実施している場合には、この事業としての評価は、保険者にとって重要である。

#### （4）評価の実施責任者

個人に対する保健指導の評価は、実施した保健指導の質を点検し、必要な改善方策を見出し内容の充実を図ることを目的としているため、保健指導従事者（委託事業者を含む）が実施責任者となる。

集団に対する保健指導の評価は、保健指導を受けた個人を集団として集積し、全体の特徴を評価するため、保健指導従事者（委託先を含む）及び保険者が、評価の実施責任者となる。保健指導の従事者に対する研修を行っている者もこの評価に対する責務を持つことになる。

事業としての保健指導の評価は、「健診・保健指導」事業を企画する立場にある保険者がその評価の責任を持つ。特に保健指導を委託する場合には、委託先が行う保健指導の質を評価する必要があり、事業の評価は保険者にとって重要である。保険者として事業評価を行うことにより、保健指導の運営体制のあり方や予算の見直しなど、体制面への改善にも評価結果を活かすことが必要である。

最終評価については、健診・保健指導の成果として、対象者全体における生活習慣病対策の評価（有病率、医療費等）を行うものであるから、保険者が実施責任者となる。

#### (5) 評価の根拠となる資料

保健指導の評価を根拠に基づいて、適切に行うためには、保健指導計画の作成段階で評価指標を決めておき、評価の根拠となる資料を、保健指導の実施過程で作成する必要がある。その資料は、保健指導の記録であり、また問診・健診データである。それらの資料類が必要時、確実に取り出せ、評価のための資料として活用できるように、データ入力及び管理の体制を整えておく必要がある。なお保健指導の評価の根拠となる資料はいずれも個人情報であるため、その管理体制については、保険者が取り決め、責任をもって管理する必要がある。

表7 保健指導の評価方法（例）

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価 責任者
個人	(P) 意欲向上 (P) 知識の獲得 (P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容 (P) 自己効力感	行動変容ステージ の変化 生活習慣改善状況	問診、観察 自己管理シート	6か月後、1年 後	保健指 導従事 者(委託 先を含 む)
	(O) 健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査 (糖・脂質)、メタリッ ク Syndrome のリスク個数 禁煙	健診データ	1年後 積極的支援で は計画した経 過観察時(3～ 6か月後)	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善度	問診、観察 自己管理シート	1年後、3年後	保健指 導従事 者(委託 先を含 む) 及び 保険者
	(O) 対象者の健康状態 の改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査 (糖・脂質)、メタリッ ク Syndrome 者・予備群 の割合、禁煙 (職域)休業日数・長 期休業率	健診データ 疾病統計	1年後、3年 後、5年後	
	(O) 対象者の生活習慣 病関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5年後	
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた 支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善度	指導過程(記録) の振り返り カンファレンス ピアレビュー	指導終了後に カンファレン スをもつなど する	保健指 導従事 者 (委託先 を含む)
	(S) 社会資源を有効に 効率的に活用して、実施 したか(委託の場合、委 託先が提供する資源が適 切であったか)	社会資源(施設・人 材・財源等)の活用 状況 委託状況 委託件数、委託率	社会資源の活用 状況 委託状況	1年後	
	(P) 対象者の選定は適 切であったか (P) 対象者に対する支 援方法の選択は適切であ ったか (P) 対象者の満足度 (委託の場合、委託先が 行う保健指導の実施が適 切であったか)	受診者に対する保 健指導対象者の割 合 目標達成率 満足度	問診、観察、 アンケート	1年後	保険者
	(O) 各対象者に対する 行動目標は適切に設定さ れたか、積極的に健診・ 保健指導を受ける	目標達成率 プログラム参加継 続率(脱落率) 健診受診率	問診、観察、 アンケート	1年後	
最終 評価	(O) 全体の健康状態の 改善	死亡率、要介護率、 有病者、予備群、有 所見率など	死亡、疾病統計、 健診データ	毎年 5年後、 10年後	保険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医 療費	レセプト		

## 7 地域・職域における保健指導

### (1) 地域保健と職域保健の保健指導の特徴

#### 1) 対象の生活の場に応じた保健指導

地域保健は、地域住民を対象とした保健指導を展開している。地域の対象者の健康は、地域特性のある食生活や運動習慣などの生活環境や社会規範などの影響を受けており、そのことに配慮した保健指導が求められる。

一方、職域保健では労働者を対象とした保健指導を展開している。職域では、対象者は一日の大半を職場で過ごしているため、対象者の健康は配置や作業状況など職場の環境に影響を受ける。そのため、対象者の健康問題と職場の環境や職場の健康課題と関連づけた保健指導が展開されている。

しかし、地域の対象の中には労働に従事している者もいることや、また労働者も職場を離れば地域の生活者でもある。そのため、職場に加え生活の視点を併せた保健指導を展開していくことが必要である。

#### 2) 組織体制に応じた保健指導

地域では、それぞれの市町村が、財政状況やマンパワー、社会資源などが異なっているため、提供できるサービスやその方法は異なり、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。

市町村では、ポピュレーションアプローチは一般行政部門で行うことになることから、健診・保健指導を効果的に実施するためには、国保部門と衛生部門が十分な連携を取って保健指導を展開する必要がある。

一方、職域でも財政状況やマンパワー、社会資源などが異なるため、保健指導はそれぞれの体制、方法で展開している。加えて、職域では特に労働者の健康について、事業主の価値観によりその展開は異なる。効果的な生活習慣病予防の保健指導の展開には、事業者・人事労務担当者・職場管理職等が労働者の健康を価値あるものと考えることが重要であり、それらの者と連携し、職場における健康支援の意義や就業時間内の実施等への理解を得る必要がある。

#### 3) 対象者に対するアクセス

地域では、健診後の保健指導については、対象が地域住民であるが、労働に従事している者もあり、健診とは別の機会に健診の結果説明会を計画しても、保健指導が必要な対象者が集まりにくく、時間、場所などを考慮する必要がある。

また未受診者については、職域と比較して対応が困難な場合が多い。地域では、未受診者に対する確実な対応として最も効果的と考えられる家庭訪問は、マンパワーの観点から訪問できる対象者が限られ、また効率性の問題もあり、未受診者に十分な対応が行われにくいという特徴がある。

一方、職域では対象者が職場に存在する。そのため、健診・保健指導の実施前から問診を開始し、健診当日に的確な保健指導、さらには健康教育につなげ

ることや、すべての労働者に保健指導が実施されない場合も、状況に応じて複数年度での対応や未受診者への対応など比較的容易に、かつ計画的に行うことができる。保健指導の受診率が高いことから、データを経年的に管理し、過去の推移を考慮した指導を展開することや、健診前に問診を行い情報収集し、より個別的で具体的な指導を展開することもでき、効果的な保健指導を展開していくことが可能である。

今後、医療保険者が健診・保健指導を行うことから未受診者や保健指導を受けない者の把握は容易になるが、地域においてはアクセスの問題が残ることになる。

#### 4) 保健指導の評価

地域では、地域住民全体を対象として評価を行ってきたが、今後は医療保険者が健診・保健指導を実施し、データも保険者が管理することとなる。このことにより、市町村単位で地域住民の健康課題を分析・評価するためには、連携が重要となる。

一方、職域が実施する保健指導は、地域における生活習慣病予防に関する健康課題とのつながりが持ちにくく、地域特性を含めて評価する視点に欠けることもある。今後は、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会の活動を進め、県単位、地域単位での評価を行う必要がある。

#### 5) ポピュレーションアプローチと社会資源の活用による支援

保健指導をより効果的に行うためには、先に述べた地域特性との関連で支援することはもちろん、ポピュレーションアプローチを併用させ複合的に行うことや社会資源を効果的に活用することが必要であり、地域では比較的容易に併用、または活用することができる。

職域では、対象者が職場に存在することからポピュレーションアプローチの取り組みは容易であるが、職場内の資源を活用したメニューに限られることから、効果的な実施が困難な場合もある。近年、保健指導後のフォローが必要であり、それぞれの事業所での社会資源が不十分な場合には、対象者が生活している地域の社会資源の活用も考慮されるようになってきている。しかし、労働者の就業時間などの観点からは、地域の社会資源が現実的に活用しにくいことも多い。今後は、地域と有機的な連携をとりながら社会資源を効率的に活用していくことが必要である。

## (2) 地域・職域連携による効果

### 1) 健診・保健指導における地域・職域連携の効果

地域と職域はそれぞれの資源の範囲の中で保健指導を展開してきた。しかし、今後は保健指導に利用できる資源を地域と職域が共有することにより、利用できるサービスの選択肢を増大させることも必要である。具体的には、それぞれの有する保健指導のための教材、フォローのための健康教育プログラムや施設、さらには地域、職域それぞれで展開されてきた保健指導の知識と技術を有する人材の活用などが考えられる。これらは、対象者がサービスを主体的に選択し、行動変容と維持する可能性を高めるものとして期待できる。また、地域、職域ともコスト、マンパワーの効率的な運用が図られる。

これまで、地域と職域は定年を区切りにそれぞれが展開してきた。しかし、連携することにより、対象者は退職後にも経年的な変化を理解してもらい、一貫した保健指導を受けることができる。

### 2) 健診・保健指導における地域・職域連携のための方策

今後は、健診・保健指導において有機的な連携が必要となる。地域と職域それぞれが健診・保健指導に関して、対象となる集団の生活習慣病予防に関する課題を明確にし、活動計画を立案した上で、実際の展開で共有できる部分と協力できる部分、独自で行うことがよい部分について情報交換の機会をもち、進めていくことが必要であり、保険者協議会、都道府県や二次医療圏の地域・職域連携推進協議会を活用することも有効である。

## 8 保健師・管理栄養士が有すべき資質

医療保険者が「健診・保健指導」事業を実施することとなり、本事業に関わる保健師・管理栄養士は新たな能力を開発することが求められる。1つは、効果的・効率的な事業の企画ができ、そして事業の評価できる能力である。また、保健指導に当たっては対象者の行動変容に確実につながる支援ができる能力を獲得する必要がある。

### (1)「保健指導」事業の企画・評価

医療保険者に所属している保健師・管理栄養士等は、「保健指導」事業の企画や評価を行う役割があることから、以下のような能力を習得する必要がある。

#### 1) 保健指導計画の作成

保健指導計画を作成するためには、種々の基礎データ（「3 保健指導計画の作成」

を参照）の分析や保健事業、地区活動等から知り得た対象者の情報から、生活習慣病に関する課題を明確にし、課題の優先順位をつけるとともに、それらの課題に対応した効果的な保健指導が行われるよう事業計画を立てられる能力が求められる。特に健診データ及びレセプト等の医療に関する情報を分析することは重要であり、その能力開発が必要である。

#### 2) 保健指導体制の整備

保健指導の対象者の増加が予測される中、動機づけ支援および積極的支援を行う体制を整備することが必要であり、民間事業者等を含めた保健指導の体制を構築する能力が求められる。

また、個人に着目をした保健指導を行うのみでなく、地域・職域にある様々な保健活動や関連するサービスと有機的に連動できるような保健指導体制の構築を行っていくことが求められる。このためには、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会を活用し、医療保険者・関係機関・行政・NPO等との協力体制をつくることや、地域に必要な社会資源を開発するなど、多機関とのコーディネートができる能力も求められる。

#### 3) 保健指導の委託

保健指導を委託する際には、医療保険者は委託する業務の目的、目標や範囲を明確にし、これらに合致した民間の受託機関の状況を調査した上で、選定する必要がある。また、保健指導の質を確保するためには、委託基準や詳細な仕様書を作成する必要がある。実際の委託契約においては、金額のみで契約が行われることがないよう、受託機関の保健指導の力量を評価し、契約にその意見を反映させるなど、適切な委託を行うための能力も必要である。

また、委託後、適切に業務が行われているかモニタリングし、想定外の問

題がないか情報収集し、問題がある場合にはできるだけ早急に対応する能力も求められる。

#### 4) 評価

これからの保健指導は、成果を確実にあげることが求められることから、評価を適切に行い、これを改善につなげていく能力が求められる。

評価の方法等は前述しているのでここでは触れないが、保健指導の効果の評価ができるような実行可能な評価計画を立て、その結果を分析解釈して課題を明確にし、現存のシステム改善について具体的に提案することができる能力が求められる。

#### 5) 保健指導の質の確保

保健指導方法の質を保ち、効果的な保健指導が行われるよう、保健指導場面の立ち会い、対象者の評価等から実施者の技能を評価するとともに、質の向上のための保健指導実施者に対する研修の企画や事例検討の実施、保健指導場面に立ち会うなどのOJTを展開する能力も指導者に求められる。

#### 6) 保健指導プログラムの開発

保健指導に係る新しい知見や支援方法に関する情報を収集し、また実際の保健指導場面での対象の反応や保健指導の評価に基づいて、定期的に保健指導プログラムを見直し、常に有効な保健指導プログラムを開発していく能力が求められる。

### (2) 対象者に対する保健指導

健診後の保健指導は、医療保険者に所属する保健師、管理栄養士等が実施するのみではなく、アウトソーシング先の民間事業者等も実施することになる。いずれも効果的な保健指導を実施することが求められることから、以下のような能力の習得が必要である。

なお、保健師と管理栄養士等とは、基礎学問が異なることから、習得すべき能力も共通するものと、それぞれの職種に特徴的なものがあるが、研修プログラムを組む際にはこの点を考慮する必要がある。

#### 1) 対象者との信頼関係の構築

保健指導は、対象者が自らの健康問題に気づき、自分自身で解決方法を見出していく過程を支援することで、対象者が自らの状態に正面から向かい合い、それに対する考えや気持ちをありのままに表現することでセルフケア能力が強化されると考えられる。この過程の支援は、初回面接において対象者と支援者との信頼関係を構築することが基盤となることから、受容的な態度を身につけること、また継続的な支援においては、適度な距離をもって支援できる能力が必要である。

## 2) アセスメント

健診結果から対象者の身体状況と生活習慣の関連を判断し、また、対象の生活習慣、家庭環境、職場環境等の把握、そして行動変容の準備状態や、健康に対する価値観などから、総合的にアセスメントできる能力が必要である。そのためには、健診データを経年的に見て、データの異常値を、内臓脂肪症候群や対象者の生活習慣と関連づけて考えられる能力が新たに求められている。また、行動変容のステージや健康に対する価値観を把握し、その状態にあった保健指導方法が判断できる能力が求められる。

## 3) 相談・支援技術

### ① カウンセリング的要素を取り入れた支援

セルフケアのためには、対象者自身が行動の目標や方法を定めることが前提となる。このためには、一方的な指導を行ったりする方法を提示するのではなく、カウンセリング的要素を取り入れることで、対象者自身が気づき決定できるようなかかわりを行う能力が必要である。

### ② 行動療法、コーチング等の手法を取り入れた支援

対象者が長い年月をかけて形成してきた生活習慣を変えることは、簡単なことではなく、また、対象者の認識や価値観への働きかけを行うためには、行動療法等に係る手法についても学習を行い、対象者や支援者に合った保健指導の方法を活用することが必要である。また、これらの手法の基礎となっている理論についても一定の知識を得ておく必要がある。

### ③ 内臓脂肪症候群と生活習慣の説明

健診結果について、検査データがどのような生活習慣に起因しているのかについて、わかりやすく説明することが、生活習慣を変えるために重要である。このためには、内臓脂肪症候群の機序や病態を理解し、代謝や血管の変化等について対象者にわかりやすい説明をする能力が求められている。

### ④ 食生活や身体活動・運動習慣支援のための具体的な技術

対象者の知識や関心に対応した適切な支援方法を判断し実践することや、対象者の学習への準備状態を判断し、適切な食教育教材や身体活動・運動教材を選択し、或いは作成して用いることができる能力が必要であり、また、対象者に対応した適切なコミュニケーション能力（表現力）が求められる。

## 4) 栄養・食生活についての専門知識

対象者の栄養状態・日常的な食物摂取状況を適切に把握し、健診結果との関係で、食事接種基準、食事バランスガイド等に照らして適切にアセスメントできる能力が必要である。その上で、対象者がわかりやすい食行動（何をどう準備し、どう食べるかなど）として具体的な内容を提示し、支援できる能力が求められる。その際、対象者の食物入手や食に関する情報入手状況などの対象者の食環境を視野においた支援が必要である。

## 5) 身体活動・運動習慣についての専門知識

運動生理学、スポーツ医科学、体力測定・評価に関する基礎知識を踏まえ、身体活動や運動の習慣と生活習慣病発症との関連において科学的根拠を活用し、対象者にわかりやすく説明できる能力が必要である。

特に、身体活動や運動の量、強度、種類に関する知識、及び運動のやり過ぎに伴う傷害に関する知識、そして対象者にどのように身体活動や運動習慣を獲得させるかを工夫できる能力が求められる。

さらに、対象者の身体活動や運動の量を適切に把握し、体力の水準を簡便に評価する方法を身につけ、運動基準や運動指針に基づいた、個々人にあった支援を提供できる能力も必要である。

## 6) 学習教材の開発

生活習慣の改善を支援するためには、保健指導の実施に際して、効果的な学習教材が必要であり、対象者のライフスタイルや行動変容の準備状態にあわせて適切に活用できる学習教材の開発が必要である。また、学習教材は科学的根拠に基づき作成することは当然であり、常に最新のものに更新していくことが必要である。このような学習教材を適切に作成し、開発する能力も必要である。

## 7) 社会資源の活用

行動変容のためには、個別的な保健指導だけでなく、健康教室のような集団での教育や、身近な健康増進施設、地域の自主グループ等の活用を組み合わせることで、より効果が期待されることも多い。活用可能な社会資源の種類や、活用のための条件等について十分な情報収集を行い、地域・職域の資源を効果的に活用した支援ができる能力が必要である。