

## 巻頭言

# 健診の事後指導と医療の介入

宮城社会保険病院名誉院長

丸浜 喜亮

生活習慣病あるいはメタボリックシンドロームは曖昧な点の多い病態であるが、近年増加を続けており単なるリスクファクターに止まらず、すでに心筋梗塞などの血管合併症を伴って進展しているケースも多い。放置すればさらに種々の病変を潜行性に引き起こす。

厚生労働省の健康局は2006年6月に「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」(案)を提示した。従来の「健診に付加したかたちの、主として健診結果の通知による保健指導」の効果はほとんどないという結論に達したからである。健診の改革案は次のようである。すなわち、健診により生活習慣病の保健指導が必要な異常者を、若年期の者も含めてまず掘り出した後、従来型の情報提供のみに止まらず、最初にその当該対象者に異常のメカニズムの解説さらに改善への動機づけを行い、行動変容につながるような積極的生活指導をすぐに開始するとの改革案である。効率的で最小限の医療薬剤の付加的使用は容認される。支援は経年的に反復し、アウトカム評価を目指す。従来のアウトプット評価すなわち出来るだけ多くの対象を健診して、異常の有無を知らせるだけでは効果が現れなかった。そこで経年的追跡により検査値異常などの変化を見て指導や薬剤の効果の評価を行う方向性が打ち出された。そして検査成績の推移の自己記録なども行わせる。新案では血液検査等の項目はほぼ従来通りであるが、結果の評価では独立行政法人産業技術総合研究所などの協力を得て基準値の標準化を行うことを重視し、2008年までには標準物質を選定して検査測定値の標準化を行うよう勧告している。腹囲や血圧の測定、心診断などに本質的変更はない。事後指導であるが、まず我が国の保健師の非常な不足の解消が課題である。従来のような在宅保健師さん頼りでは心許ない。今後とも保健指導は、医師、保健師、管理栄養士が行うことになるが、厚生労働省では保健指導のための一定の研修を課すことを検討している。しかし、生活改善の指導は難しい。指導や治療に協力的でない対象者が多いと指導担当者は報われない気持ちのまま保健指導にエネルギーを注入し続けることが出来なくなる。このような状況がさらに深刻化すれば、医療薬剤の助けを借りる方向がどんどん進むかも知れない。

私の調査では、我が国には約70数社の製薬メーカーがあり、新薬の開発も行っているが、現在71社が生活習慣病改善剤候補として78種(他メーカーとの重複あり)の治験に入っている。抗高脂血症剤は開発後に市販化されたものも多いが、まださらに11種を開発中、降圧剤は大半市販固定化されてきているもののおよ11種が開発中、糖尿病(合併症を含む)治療剤は45種、抗肥満剤は4種、末梢動脈硬化症治療剤は5種、抗尿酸系薬が2種、いずれも開発中である。最近、食事脂肪吸収阻害剤も治験に加わってきた。一方、どの新薬も長期投与の際の有害事象発生には不明な点もあることから、海外の情報などにも注意しながら、細心の注意を払って使用することが必要である。

とにかく、このように多種の効果的薬剤の実用化は大いに期待されている。ここで問題になるのは、有効な薬剤が出ると保健指導を受けた方々の中にはつい自己管理の心が緩んで薬

剤頼みの怠け病に向かって転落する人が増える可能性である。本能がまつわる問題では人は必ずしも信用できない。もう今後はあなたの自己責任ですよと言って担当者が保健指導から逃れることが出来るであろうか？ 今後いつまで保健指導と薬剤医療が良いハーモニーを保てるだろうか？ 医師はもとより保健師さん，管理栄養士さんは本当に難しい事態に置かれている。