

7. 健康相談

医療法人鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山 院長 **岡田唯男**

- 【現職】鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山 院長・同 プライマリ・ケア リサーチフェローシップディレクター／鉄蕉会 理事
- 【専門分野】家庭医療学、プライマリ・ケア、faculty development、公衆衛生学、ヘルスポリシー、実践芸術家のための医療（PAM）
- 【兼任職】東京医科歯科大学臨床教授／千葉大学医学部臨床教授／聖マリアンナ医科大学内科学（総合診療内科）客員教授／東海大学医学部医学科客員准教授
- 【資格】米国家庭医療学認定委員会認定専門医（DABFM）、米国家庭医学会特別会員（FAAFP）、日本プライマリ・ケア連合学会認定専門医（家庭医療専門医）（JPCACFP）、公衆衛生学修士（MPH）、日本医学教育学会認定医学教育専門家（JSMECMES）、日本医師会 認定産業医、日本医師会 認定健康スポーツ医

はじめに

- ・健康相談の内容は極めて多岐にわたる。かかりつけ医としての本質的な対応能力の広さが求められる。
- ・健康相談＝健康維持／増進活動（ヘルスマイntenランス：HM）＋よろず相談
- ・HMは1）スクリーニング 2）カウンセリング 3）予防接種 4）予防的投薬の4領域に分けられる。
- ・特定の疾患を想定しない一般的な「健診」の有効性を支持するエビデンスは存在しない。
- ・一方で、強いエビデンスで支持されるスクリーニングすべき疾患、病態はいくつか存在し、逆に、有害性に対するエビデンスが存在するスクリーニングがあるにもかかわらず、日常的に実施されているものもある。
- ・エビデンスで支持される予防医療を全部実施するには時間が不十分であるとされているため、優先順位付けが必要である。
- ・健康に寄与する因子としては、遺伝、個人的素因や医療、ケアのレベルよりも本人の健康行動の方が影響力が大きく、SDH（健康の社会的決定要因）を含む環境因子の影響はさらに大きい。
- ・状態や過程としての健康から再帰的に作られる連関としての「健康」へ捉え方を変える。
- ・健康は最も貴重な「資源」である。浪費して枯渇もするが、投資によって増やすことも可能である。
- ・リスク要因（病因）を減らすことだけが健康づくりではない。健康因の追加、増加も同時に考える。
- ・そして、個々の患者、住民、地域にとっての「健康」の定義はそれぞれ異なるため、それを探るところから始まらない限り、真の健康相談は成しえない。
- ・健康相談が十分になし得るためには現在の診療報酬制度や医療制度からのさらなるサポートも必要である。

地域包括診療料 算定要件

- ・ 関連部分抜粋
- ・ (4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
 - ・ ク **健康診断や検診の受診勧奨を行い**、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
- ・ (5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。
 - ・ ア **健康相談を行っていること。**

具体的な内容の記述はない

健康相談は多岐にわたる

- ・ よろず相談
- ・ 健康維持／増進活動（ヘルスマイntenランス：HM）
 - ・ スクリーニング（検診／健診）
 - ・ カウンセリング
 - ・ 予防接種・予防的投薬
- ・ 地域全体の健康増進 (SDH対策を含む)

2 2

よろず相談

- ・ 健康関連：自分の病気のこと、症状のこと、家族のこと、メディアで見聞きしたこと、大きなことから小さなことまで
- ・ 非健康関連：英国GP（家庭医）は診療時間の5分の1を「健康と無関係な」話題に費やしている（Kathleen Caper & James Plunkett. A very general practice: How much time do GPs spend on issues other than health? Citizens Advice policy briefings2015）

3 3

健診

- ・ 健康診断のことを意味し、健康であるか否かを確かめるもの。危険因子、不健康な生活習慣等の拾い上げ（特定の疾病を想定していない）
- ・ ↔ 「検診」：特定の病気を早期に発見し、早期に治療することを目的 ≡ スクリーニング
- ・ 会社や自治体の健診、ドック等の総合的なものは複数の「検診」と「健診」を組み合わせたものと言える

4 4

健診は有効でない

- ・ 2012年のレビューのアップデート（2019年）
- ・ 合計17トライアル（25万人、症状や危険因子のない人対象、前は14トライアル18万人）
- ・ 単独の疾患を狙ったスクリーニング(PSA)や単独の検査（呼吸機能検査のみなど）ではなく、複数の疾病や複数の臓器の危険因子の拾い上げを対象とした健診の効果、高齢者対象は省く
- ・ **有意差なし（減らさない）**：総死亡、心血管死亡、がん死亡、虚血性心疾患、脳卒中
- ・ 2012年の結果からは 併存症、入院、障害、心配、追加の受診、欠勤 も有意差なし
- ・ 1件の研究では健診群において6年間で新規「病名」が20%増、自己申告の慢性疾患増、別の研究では高血圧と脂質異常症の増加、4つのうち2つの研究で降圧薬使用の増加

Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 31;1:CD009009. doi: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.

General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease.

Kroggsbell LT¹, Jørgensen KJ, Getzsche PC.

5

5

特定の疾病を対象にしたスクリーニングはエビデンスが比較的豊富（一部の例）

実施について強い根拠あり	大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診（ただし50歳から）、肺がん検診（条件あり）、胃がん検診（条件あり）、血圧測定、喫煙歴のある男性の腹部大動脈瘤、喫煙状態の確認
まだ結論が出ていない	胃がん検診(ABC検診)、前立腺癌検診（米国では弱い推奨）、学童期の脊椎側湾症検診、虚血性心疾患検診（心電図）
有害性、無益性についての強い根拠あり（やらないことを強く推奨）	COPD検診、症状のない人の頸動脈狭窄検診、甲状腺癌、膵臓癌、卵巣癌

- ・ まあまあ根拠ある、は多いので割愛
- ・ USPSTF (U.S. Preventive Service Task Force)、科学的根拠に基づくガン健診のページ（日本）
- ・ 推奨する年齢の上限が設定されているものもあるので、高齢者の際は注意

6

6

エビデンスと法的根拠を両にらみ

	エビデンスあり	エビデンスなし
法的根拠あり	しっかり推奨	アリバイ作り 労力を最小限に 害を生じさせないことを優先 法改正
法的根拠なし	啓発、働きかけ	無視

7

7

スクリーニング以外の健康維持・増進

- ・ 強い根拠あり：禁煙の推奨、妊娠前の葉酸内服、のみ
- ・ 弱い根拠：多数あるため割愛
- ・ USPSTF (U.S. Preventive Service Task Force)
- ・ 予防接種は基本全て推奨
 - ・ こどもとおとなのワクチンサイト <https://www.vaccine4all.jp/>
 - ・ Know VPD! - ワクチンで防げる病気 (VPD) を知って子供たちの命を守る www.know-vpd.jp/
 - ・ 日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール、日本小児科学会推奨の予防接種キャッチアップスケジュール

8 8

健康行動の推奨

- ・ 質の極めて高いエビデンスで支持されるカウンセリング行為はあまり存在しない。中等度のものは複数存在（運動、肥満、アルコール、タバコ、IPV（近親者暴力）など）
- ・ それらを医師が推奨、実施することについてエビデンスが少ないという意味であって、それらの健康行動そのもののエビデンスが弱いわけではない

9 9

特定死因を除去した場合の平均余命の延び（主要死因）

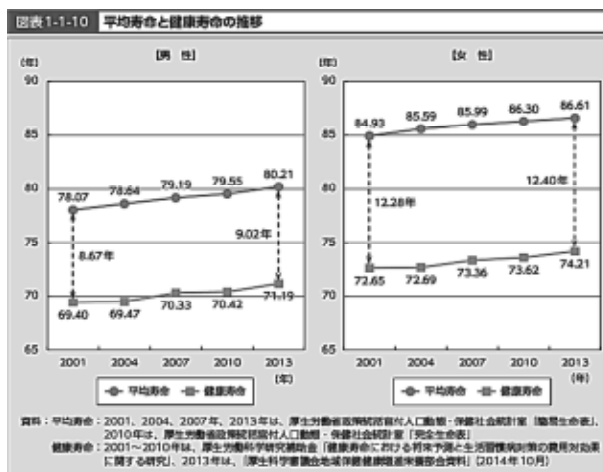
主要死因	年齢	23年	
		23年	23年
悪性新生物	0歳	3.75	2.88
	65	2.93	1.94
	75	1.97	1.35
	90	0.55	0.41
心疾患 (高血圧性を除く)	0歳	1.46	1.47
	65	1.12	1.40
	75	0.94	1.32
	90	0.51	0.90
脳血管疾患	0歳	0.89	0.91
	65	0.72	0.82
	75	0.62	0.75
	90	0.34	0.47
肺炎	0歳	0.87	0.73
	65	0.89	0.73
	75	0.90	0.72
	90	0.72	0.57
悪性新生物、 心疾患及び 脳血管疾患	0歳	7.38	6.22
	65	5.93	5.04
	75	4.49	4.21
	90	1.93	2.22

- ・ この数字が意味のある数字かどうかは個人によって異なる → エビデンスがあるからと一律に推奨するのではなく、「こういう根拠で一般的には推奨されていますが、xxさんによっては価値のあることでしょうか？」

厚生労働省 平成22年簡易生命表 参考資料3 死因別死亡確率と特定死因を除去した場合の平均余命の延びの推移

10 10

寿命より健康寿命を延ばす (平成28年版厚生労働白書)



11 11

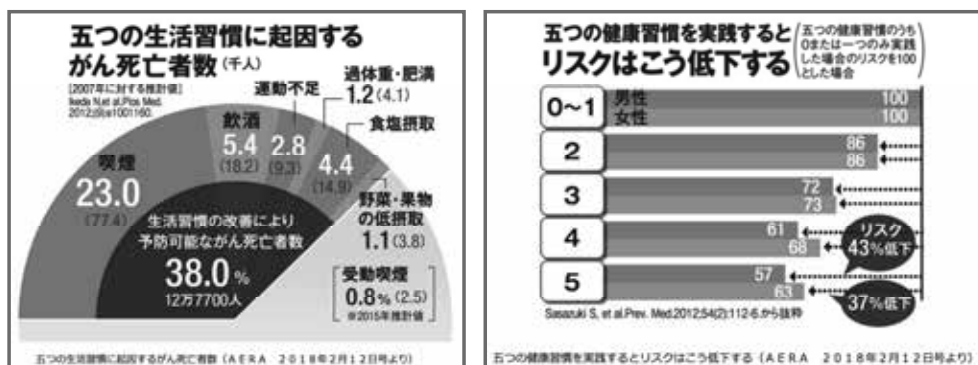
障害の原因となる疾患／危険因子トップ10 (日本 2010)

順位	疾患	危険因子
1	腰痛症	食生活
2	脳血管疾患	血圧高値
3	虚血性心疾患	喫煙
4	下気道感染症	運動不足
5	その他の筋骨格系疾患	高BMI
6	肺がん	空腹時血糖高値
7	自傷行為	アルコール
8	胃がん	大気汚染
9	頸部痛	総コレステロール高値
10	転倒	労働リスク

- ・ 横ならばは無関係（それぞれ頻度順）
- ・ J Prev Med Public Health. 2014 May; 47(3): 136-143.

12 12

ガンのリスクとなる健康習慣



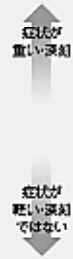
13 13

中之条研究（青柳ら 2008-2017, 5,000人）

1年の1日平均の身体活動からわかる予防基準一覧

歩数	中強度の活動時間	予防できる病気
2000歩	0分	寝たきり
4000歩	5分	うつ病
5000歩	7.5分	鬱状態・鬱介療、認知症、心疾患、脳卒中
7000歩	15分	がん、糖尿病、骨粗しょう症、骨折
7500歩	17.5分	筋減少症、体力の低下
8000歩	20分	高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボ(75歳以上)
9000歩	25分	高血圧(正付高血圧)、高血糖
10000歩	30分	メタボリックシンドローム(75歳未満)
12000歩	40分	肥満

12000歩(うち中強度の活動が40分)以上の運動は、健康を占めることも…



・ 予防できるかは不明だが、有意な相関は見られている

・ 米国の研究でも1日2,700歩程度の女性に比べ、4年間の間の死亡率が4,400歩のグループで約6割に、7,500歩で4割にまで減少し、それ以上の歩数では効果が頭打ち (I-Min Lee ら JAMA 2019 16,000人)

・ 元気な成人の場合は1,000歩を稼ぐのに歩く時間で10分、歩行距離で600~700m程度で良いとされる (厚生労働省)

健康長寿研究所ウェブサイトより

14 14

その他健康維持・増進について

- ・ 医療費削減になるのは（医療費だけで見た場合）全ての予防医療行為の約2割のみ（費用効果分析の論文599の1,500個の費用効果比の分析から N Engl J Med 2008; 358）→ 予防医療に対する先行投資は余分ににかかるが、その結果健康寿命が延び、働ける機関や人が増える結果総生産が増えると考え
- ・ 「推奨度の高い予防医療だけ」をやるだけで1日に7.4時間必要（地域住民2,500人の責任を負う場合 Am J Pub Health 2003; 93(4)）
- ・ → 優先順位づけも必要
- ・ インパクトの大きさと、費用対効果の観点から優先順位が高いのは(Ann Fam Med 2017; 15(1))
 - ・ 10点満点：小児の予防接種、若年者、成人の喫煙状態のスクリーニングと喫煙者へのカウンセリング
 - ・ 8点：アルコールの問題飲酒のスクリーニングと短時間介入、子宮頸がん検診、大腸がん検診、心血管リスクの高いものへのアスピリンによる一次予防

15 15

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会

「健康格差に対する見解と行動指針」
を策定、公表しました

● 健康格差に対する学会の行動指針
健康格差に対して、日本プライマリ・ケア連合学会は次のように行動します。

- 1) あらゆる人びとが健やかな生活を送れるように社会的な要因への働きかけを行い、健康格差の解消に取り組みます。
- 2) 社会的要因により健康を脅かされている個人、集団、地域を認識し、それぞれのニーズに応える活動を支援します。
- 3) 社会的要因に配慮できるプライマリ・ケア従事者を養成し、実践を通して互いに学び合う環境を整えます。
- 4) 健康格差を生じる要因を明らかにし、効果的なアプローチを見出す研究を進めます。
- 5) あらゆる人びとが、それぞれに必要なケアを得られる権利を擁護するためのアドボカシー活動を進めます。
- 6) 上記1-5を達成するために、患者・家族および関係者や関係機関(専門職、医療や福祉の専門機関、地域住民、支援ネットワーク、NPO、行政、政策立案者など)とパートナーシップを構築します。

お問い合わせは Email : office@primary-care.or.jp

日本プライマリ・ケア連合学会
「健康格差に対する見解と行動指針」特設サイト
http://https://www.primary-care.or.jp/sdh/

地域全体の健康増進： SDH (social determinants of health: 健康の社会的決定要因) についての配慮

- ・ 「所得や学歴、仕事、居住地、性別、国籍／人種など、様々な健康に影響を及ぼす社会的要因 (SDH) により健康格差が生じる」
- ・ 「川の upstream には患者を生み出す「病気の工場」がある。それはすなわち、病気を生み出す社会の構造である。溺れる人々を救い続けても、川の upstream に分け入り、その工場を閉鎖しない限り患者を減らすことはできない。本声明により、日本プライマリ・ケア連合学会が、その社会的責務として、公正な健康社会の実現に向けて川の upstream に分け入り、健康格差の是正を進めることを宣言する。」

16 16

図2：所得と野菜の摂取量の関係。摂取量には勾配があり、所得が少ない人ほど摂取量が少ない(文献14)より作成。

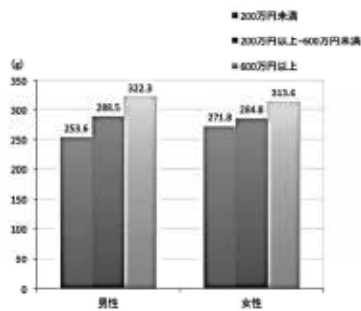
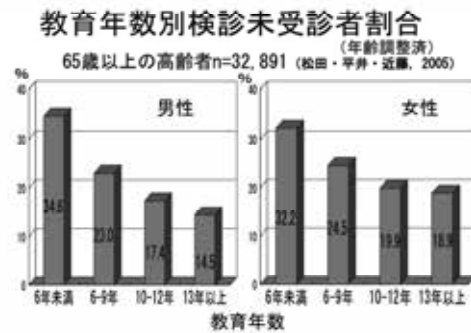


図3：教育年数が少ないほど、検診未受診者の割合が多い¹⁴⁾ (スライド提供：近藤克則氏)。



日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針 平成30年3月25日より

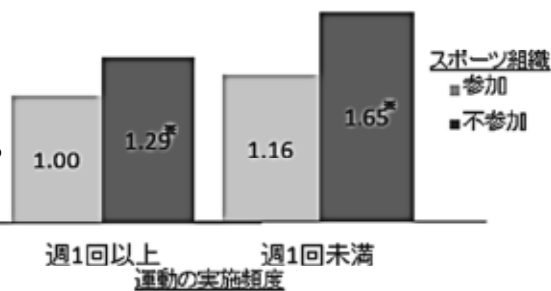
17 17

JAGESの研究成果の一部 運動の実施頻度スポーツ組織参加による 要介護状態の発生リスク

11,581人を4年間追跡

運動は一人より仲間とするのがお勧め

運動を週一回していても、スポーツ組織へ参加していなければ、参加している者と比べ要介護状態になる危険性が1.29倍



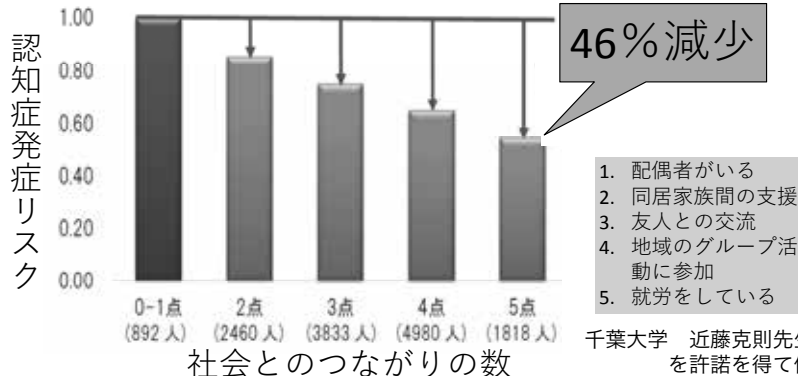
千葉大学 近藤克則先生のスライドを許諾を得て借用

(年齢、性別、所得、学歴、婚姻状態、仕事の有無、健康状態、喫煙、飲酒を考慮済み)

Kanamori S, Kai Y, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Suzuki K, Kawachi I. Participation in sports organizations and the prevention of functional disability in older Japanese: the AGES Cohort Study. PLOS ONE 2012 http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0051061

18 18

13,984名を9.4年追跡 社会との多様なつながりがある 人は認知症発症リスクが半減



1. 配偶者がいる
2. 同居家族間の支援
3. 友人との交流
4. 地域のグループ活動に参加
5. 就労をしている

千葉大学 近藤克則先生のスライドを許諾を得て借用

19 19

孤独／孤立を見過ごして禁煙、禁酒、運動推奨、血圧管理に注力？

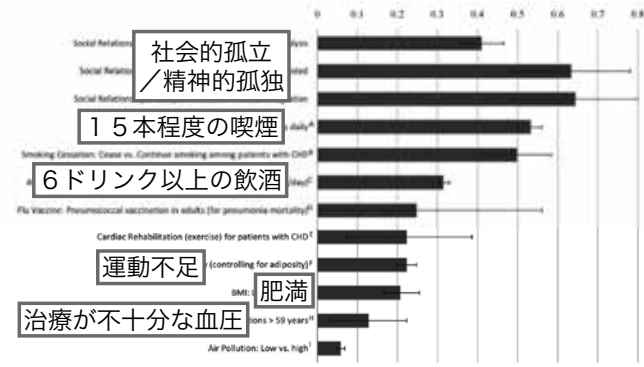


Figure 6. Comparison of odds (lnOR) of decreased mortality across several conditions associated with mortality. Note: Effect size of zero indicates no effect. The effect sizes were estimated from meta-analyses: A = Shavelle, Pasick, Straus, and Kash, 2008 [205]; B = Critchley and Capewell, 2003 [206]; C = Holman, English, Milne, and Winter, 1996 [207]; D = Fine, Smith, Carson, Meffe, Sarkey, Weisfeld, Detsky, and Kapoor, 1994 [208]; E = Taylor, Brown, Ebrahim, Jolliffe, Noorani, Rees et al., 2004 [209]; F, G = Katzmarzyk, Janssen, and Ardern, 2003 [210]; H = Insua, Secks, Lau, Lau, Reitman, Pagano, and Chalmers, 1994 [211]; I = Schwartz, 1994 [212]. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.g006

- ・ 社会的孤立がもたらす死亡リスクは；
- ・ 喫煙1日15本や中等度以上の飲酒（日本酒1日3合以上、缶ビール3本以上）と同じレベル
- ・ 運動不足や、肥満、血圧の治療が不十分な状態の影響よりも大きい
- ・ Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med 7(7): e1000316.

20 20

英政府、「孤独担当大臣」新設



「孤独は1日たばこを15本吸うと同じくらい、健康に害を与える」

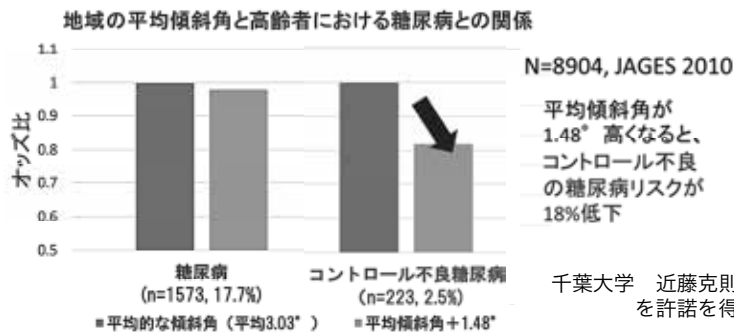


千葉大学 近藤克則先生のスライドを許諾を得て借用

<http://www.bbc.com/japanese/42728308>

21 21

坂の傾斜が1.5度上がると コントロール不良の糖尿病リスク18%低下

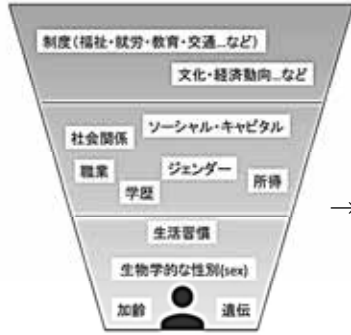


地域における坂道の認識度、食料品店へのアクセスの認識、公園の数、病院の数、人口密度、地価、個人の年齢、性別、婚姻状況、世帯人数、年収、就労状況、飲酒、喫煙、野菜摂取、歩行時間、外出頻度、知人と会う頻度、BMI、うつを調整
Fujiwara T, Takamoto I, Aramiiya A, Hanazato M, Suzuki N, Nagamine Y, Sasaki Y, Tani Y, Yazawa A, Inoue Y, Shirai K, Shobugawa Y, Kondo N, Kondo K. Is a hilly neighborhood environment associated with diabetes mellitus among older people? Results from the JAGES 2010 study. Soc Sci Med. 2017;182:45-51.

千葉大学 近藤克則先生のスライドを許諾を得て借用

22 22

図1：健康に影響を及ぼす多重レベルの要因



個人を取り巻く環境（地域）調整、整備をせずに健康作りができる？

→ 全ての要素が相互作用を及ぼし合って動的平衡のシステムを形成している

日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針
平成 30 年 3 月 25 日より

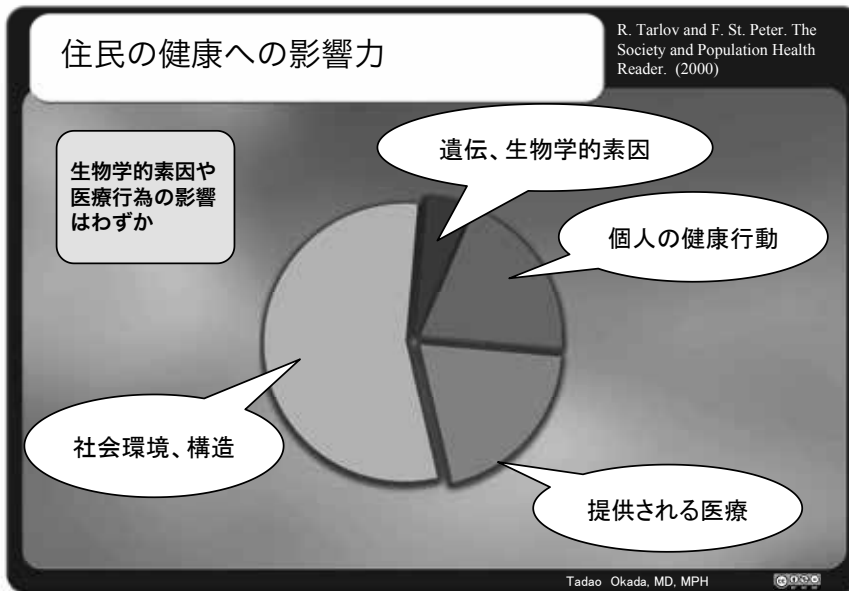


23

23

住民の健康への影響力

R. Tarlov and F. St. Peter. The Society and Population Health Reader. (2000)



Tadao Okada, MD, MPH

24

24

SDHへの取り組みの例

・ 社会的処方

・ 新潟県魚沼市の例：地元の開業医でもある上村伯人氏が理事長を務める「NPO法人エンジョイスポーツクラブ小出」では、地域住民に対して、アクセスのよい場所で、廉価な自己負担で、定期的に運動する場を提供している。この場は、単に運動するだけではなく、地域の人との交流の場となっている。医師は、外来で患者に対して「運動しましょう」と口で言うだけではなく、住民に対して実行・持続可能な運動の場を提供することもできるのである。

・ 患者の社会リスクの把握

・ 埼玉協同病院の例：電子カルテにSDHの問診を取り入れる：埼玉協同病院では、入院患者の基本情報としてSDHの項目を設けている。基本情報を問診するのが、誰であっても、どの科に入院したとしても、標準的に患者のSDHが把握できるようなシステムを工夫し、支援が必要な人々を医療連携室へとつなげている。

・ 受診しやすい診療所づくり

・ 「医療法人ほーむけあ（広島市）」の例：「ほーむけあクリニック」では、インフルエンザの予防接種代金を限界まで引き下げることで接種のための来院を促し、有事の際に相談しやすい環境作りを目指している。来院して医師・医療機関を「知っておく」ことができれば、医師や医療機関に対する心理的障壁が軽減されると考えるからである。インフルエンザの予防接種は、そのための良い機会となるが、経済的に困窮している世帯ではその費用の捻出に苦慮することも考えられるため、自己負担金額をできる限り抑えている。

・ 低所得者など、生計が困難な人が受診しやすい環境を整える。

・ 無料低額診療事業：無料低額診療は低所得者やホームレス、外国人など、受診時に生計が困難である患者に対して、無料または低額で医療を提供する社会福祉法に基づく法的支援である。実施医療機関と地域の福祉事務所や社会福祉協議会が事前に定めた所得基準を満たす個人とその世帯に適応される。国内では、済生会と民医連が広く実践しており、経済的事由で受診できない人々の支援をおこなっている。

日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針 平成 30 年 3 月 25 日より

25

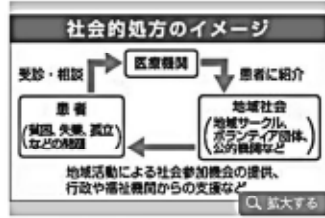
25

健康格差は正へ新組織 宇都宮市医師会が設立 貧困、孤立に「社会的処方」

5/27 9:57

医療・福祉 宇都宮

ツイート シェア LINEで送る



社会的処方のイメージ

宇都宮市医師会（片山辰郎（かたやまたつろう）会長）は26日、貧困や孤立などさまざまな社会的要因で生じる健康格差の是正を目指す新組織「在宅医療・社会支援部」を設立した。医療機関を訪れた患者が抱える問題に着目し、必要な支援機関や地域の活動に患者をつなぐ「社会的処方」に取り組む考え。同部が今後、医師に普及啓発したり、市などに連携を働き掛けたりするなどして取り組みの環境整備を進める。

健康生成論(salutogenesis)

- 健康状態か、病気状態かの二項対立（つまり健康であるには病気を取り除く必要がある）ではなく（この立場だと、加齢、終末期、障害などの非可逆性の問題があると健康にはなりえないとなる）
- 健康状態と健康でない状態は境界が不明瞭な連続体の軸の両端であり、健康へ導こうとする力である健康因（salutogen）と逆の力である病因（pathogen）との綱引きの中で健康と不調の軸における位置が決まる
- 病気と健康のパラダイムは異なるとする立場、すなわち病気を予防・治療することと、健康を生成すること（の方法論）は異なるという革新的な立場
- 病因（pathogen）を減らす、治療する、という方法論と健康因（salutogen）を増やす方法論は別のアプローチが必要であり、両方が必要
- 病因（pathogen）がなくなったら健康支援者の役割は終わりではなく、健康因（salutogen）の増加、追加を支援することで、健康因（salutogen）の貯金（もしもの時への余力：レジリエンス）を行うことができる
- Antonovsky A. 1979.

疾病状態（とその疑い）がないと利用できない医療制度（医療保険）は時代遅れ



- 「人類の最も貴重な資源である健康は、値段をつけることができない。そして投資が必要である」（WHO）
- 健康は資源なので人、金、物、時間と同じ。有り余って困ることはない。投資で増やすこともできる。浪費して枯渇することもある。
- 資源は何の目的に利用するかが重要であって、資源そのもの（健康）を溜め込むことが目的ではない。

相手の目的地を知らずに道案内は不可能

- ・ 「あなたにとって健康とはどのような状態ですか？」
- ・ 「健康を手に入れたらどのようなことをやりたいですか？」
- ・ 「人生の目標は何ですか？」

29

29



30

30

おわりに

健康相談が「きちんと」できるためには健康をどのように捉えているかの医師自身の価値観、そして、それらを支援する様々な予防、健康増進行為についての幅広く、深い知識（エビデンス）、そして、それらを有効に現場で実践する能力や、実現するための仕組みづくりが求められる、かかりつけ医としての底力が試される領域である。逆に言えば、取り組み次第で近隣の医療機関との差別化が容易にできる部分でもある。診療報酬の制度は追いついていないが、金銭的報酬を追いつめるのが医師の役割ではないだろう。患者、住民、地域の真の健康実現が我々にとっても本当の最高の報酬ではないか。