

平成22年度

特定健診等データ分析事例 と保険者支援事業報告書

～特定健診・特定保健指導を円滑に進めるために～

東京都保険者協議会

特定健康診査・特定保健指導等評価検討委員会

はじめに

平成 18 年の「医療制度改革」により、医療保険者に特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の実施が義務付けられ、平成 20 年度から事業が開始されました。一方、国や都道府県が医療費適正化計画を定めるに当たって、医療費適正化を図るための方策の一つとして特定健診等が位置づけられています。

本年度は、医療費適正化計画の中間評価年に位置づけられておりますが、中間評価を行うに当たり、国や都道府県は医療保険者や医療機関等に対して必要な資料の提出を求めることができるとされています。また、医療保険者は特定健診等の実施計画を公開することが定められており、実施計画の目標値の達成状況等も公開することが望ましいとされています。

東京都保険者協議会特定健康診査・特定保健指導等評価検討委員会（以下「評価検討委員会」という。）では、平成 21 年度、医療保険者の特定健診等の事後評価を支援するために、中間評価に必要な評価手法を取りまとめるとともに、特定健診等の効果的な取り組みをしている医療保険者の実施例等と、今後の課題に関する保険者アンケートの結果をまとめた報告書を作成いたしました。

平成 22 年度は、昨年度の報告書を基に、評価手法等について、評価検討委員会にワーキンググループを設置し、データ提供を頂いた協力医療保険者と分析作業を行う協力企業と共に実証作業を行いました。

また、「特定健診受診率の向上にむけた保険者支援事業」として、特定健診等の実施体制の実態を把握し、受診率向上にむけた課題について協力医療保険者によるワークショップ等の技法を用いて解決の方策を探り、受診率向上の対策などの提案を行った実施例を取りまとめました。

次年度以降の医療保険者による実施事業の分析・評価や、特定健診等の実施計画の見直し等に、本報告書が少しでもお役に立てれば幸いと存じます。

最後に、本報告書の作成にあたり、データ提供及びワークショップに参加頂きました医療保険者、分析作業等の協力を頂きました関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

平成 23 年 3 月

東京都保険者協議会
特定健康診査・特定保健指導等評価検討委員会
委員長 飯山幸雄

目 次

第1章 特定健康診査・特定保健指導データ分析事例

1. 評価の考え方について	4
1.1 具体的な健診・保健指導を評価するための指標・項目	4
1.2.1 分析対象となるデータと考え方	5
1.3 分析のステップ	6
1.4.1 協力保険者の概況	6
2. 3指標による分析・評価	8
2.1.1 特定健診受診率	8
2.2 保健指導対象者の発生率	10
2.3.1 保健指導実施率	11
2.4 階層化判定結果	13
2.5.1 メタボ該当者・予備群判定結果	14
3. 3指標以外の指標による分析・評価	15
3.1.1 データ欠損（漏れ）発生率	15
3.2 特定健診問診項目回答率	17
3.3 主要検査値分布の確認	17
3.4.1 検査値分布のひずみ分析	23
4. 保健指導の評価について	26
4.1.1 保健指導結果の評価	26
4.2.1 保健指導参加の有無による次年度判定結果評価	28
4.3.1 保健指導参加の有無によるリスク数変化	31
4.4.1 保健指導参加の有無による検査値分布の変化	34
4.5.1 保健指導前後での検査値分布の変化	39
4.6.1 保健指導参加意欲の有無による検査値分布の変化	43

5. 保健指導委託先評価	48
5.1 保健指導参加者の検査値変化	49
5.2.1 保健指導利用中断者（脱落者）数	49
6. レセプトデータを活用した分析・評価について	51
6.1 レセプトとの突合分析の概要	52
6.2.1 受診勧奨対象者の通院状況分析	53
6.3.1 服薬問診結果と通院状況の整合性	54
6.4.1 治療中の方の検査値分布の状況	57
資料編	65

第2章 特定健診受診率の向上にむけた保険者支援事業

はじめに	79
1. 事業実施概要	80
2. 受診率向上のための保険者支援事業の実施事例	85
1) 日本通運健康保険組合	85
2) 立川市	95
3) 東京食品販売国民健康保険組合	106
3. まとめ	122
(参考資料)	
ワークショップの基礎知識	130
(1) ワークショップとは何か	130
(2) ワークショップで成果を得るために	130
(3) 課題解決とワークショップ	132
(4) さまざまな発想法とワークショップ技法	134
①ブレインストーミング	134
②カード式ブレインストーミング	135
③ブレインライティング	136
④KJ法	138
⑤座標軸(マトリクス)	138
⑥シール投票	139
⑦アイスブレイク	139
(5) 発想法・ワークショップに関する参考文献一覧	140

第1章

特定健康診査・特定保健指導 データ分析事例

保健医療福祉情報システム工業会 保健福祉システム部会
健康支援システム委員会

委員長

鹿 妻 洋 之

分析事例報告

～ 国保・社保の比較 ～

保健医療福祉情報システム工業会
健康支援システム委員会委員長
鹿妻洋之

1

はじめに

- 本報告書は、平成21年度「特定健診・特定保健指導の評価と実施事例報告書」第1章「特定健診・特定保健指導の評価について」に基づき、その分析事例データブックとして提供するものである。
- 新たな視点も加えているが、基本的な考え方についてはページ数の関係から触れていないものが多いため、平成21年度報告書とセットで活用されたい。
- 分析データは市町村国民健康保険、ならびに、組合管掌健康保険より、それぞれ1保険者ずつのご協力をいただいた。
- 対象データより氏名・住所等の属性を除外し、個人情報保護ガイドラインに準拠する形でデータ管理を行った。

謝辞

分析の実作業にあたっては、保健医療福祉情報システム工業会健康支援システム委員会を通じ、下記の民間企業3社にも多大なご協力を頂いた。この場を借りて厚く御礼申し上げる。

株式会社 インテックシステム研究所
日本電気 株式会社
みずほ情報総研 株式会社 (五十音順)

2

本報告書で示される主な内容

項目	主な記載事項
1. 評価の考え方について	<ul style="list-style-type: none"> ●評価するための指標・項目 ●分析対象データと分析着手前の留意点 ●分析のステップ ●協力保険者・データの概況
2. 3指標による分析・評価 (健診実施率・保健指導実施率・メタボ減少率)	<ul style="list-style-type: none"> ●特定健診受診率と背景解釈 ●保健指導対象者の発生率 ●保健指導実施率と終了率 ●階層化判定結果 ●メタボ該当者予備群判定結果
3. 3指標以外の指標による分析・評価	<ul style="list-style-type: none"> ●データ欠損発生率 ●問診項目回答率 ●主要検査値分布の状況（全体、服薬無群） ●検査値分布のひずみと派生課題
4. 保健指導の評価について	<ul style="list-style-type: none"> ●保健指導結果の評価 ●保健指導参加の有無による次年度判定結果 ●保健指導参加の有無によるリスク数変化 ●保健指導参加の有無による検査値分布の変化 ●保健指導前後での検査値分布の変化 ●保健指導参加意欲の有無による検査値分布の変化
5. 保健指導委託先評価	<ul style="list-style-type: none"> ●保健指導参加者の検査値変化 ●保健指導利用脱落者数
6. レセプトデータを活用した分析・評価について	<ul style="list-style-type: none"> ●レセプトとの突合分析の概要 ●受診勧奨対象者の通院状況分析 ●服薬問診結果と通院状況の整合性 ●治療中の方の検査値分布の状況

3

1. 評価の考え方について

1.1 具体的な健診・保健指導を評価するための指標・項目

① 個人の評価のための指標・項目

- 健診の指標・項目(当該年度)
受療状況、健診受診状況、各健診項目(測定値)、各健診項目判定結果
- 保健指導の指標・項目(当該年度)
生活習慣改善状況、行動変容ステージの変化
- レセプト
受療状況の有無(治療中断や受診勧奨効果の確認)

② 集団の評価のための指標・項目

本報告書で重点的に提示する範囲

- 健診の指標・項目(当該年度)
健診受診者数、内訳、各健診項目判定結果
- 保健指導の指標・項目(当該年度)
保健指導階層化判定→リスク数分布変化→個別検査項目別結果分布変化
生活習慣改善状況
- レセプト
生活習慣病関連疾病での受療状況の有無(問診回答の妥当性を含む)、医療費

③ 事業評価のための指標・項目 ※母集団(対象集団)の把握が重要

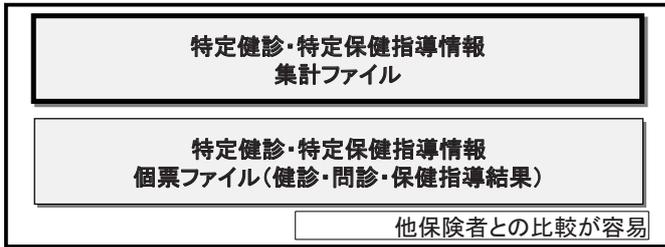
- 健診の指標・項目(当該年度)
- 保健指導の指標・項目(当該年度)
- レセプト
- 事業を評価するための関連情報

標準プログラム(確定版) P138~139を参考に加筆

4

1.2.1 分析対象となるデータと考え方

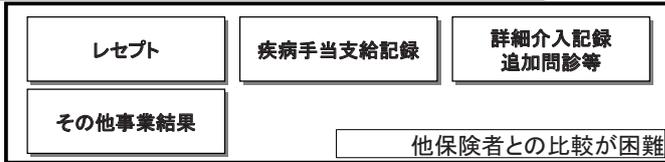
国に報告する過程で作成されるデータ



① 受診率、保健指導実施率等、直接確認可能なものが多く、また、他組合との比較も容易なことから最優先で評価を行う。

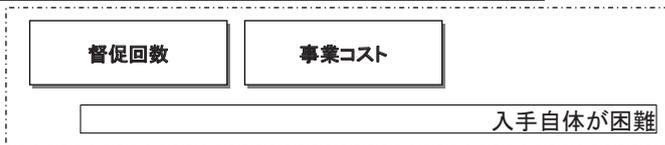
②-1 個票ファイルより新たな指標を算出し、集団の特徴をよりの確に把握する。
(例: 受診勧奨者率、検査値分布等)
②-2 保健指導については、比較群の設定を行い、複数年度の健診データ等で検定を行う。

主に保険者内に残されるデータ



③-1 独自に追加した問診等により、集団の切り分け方を細分化し、検査値分布等を比較する。
③-2 レセプトとのつき合わせを行い、受診勧奨者や服薬回答者の受療動向や中断状況を確認する。
③-3 疾病分類統計等を活用し、事業所ごと等に健診結果、保健指導状況と一人当たり医療費の関係を検討する。

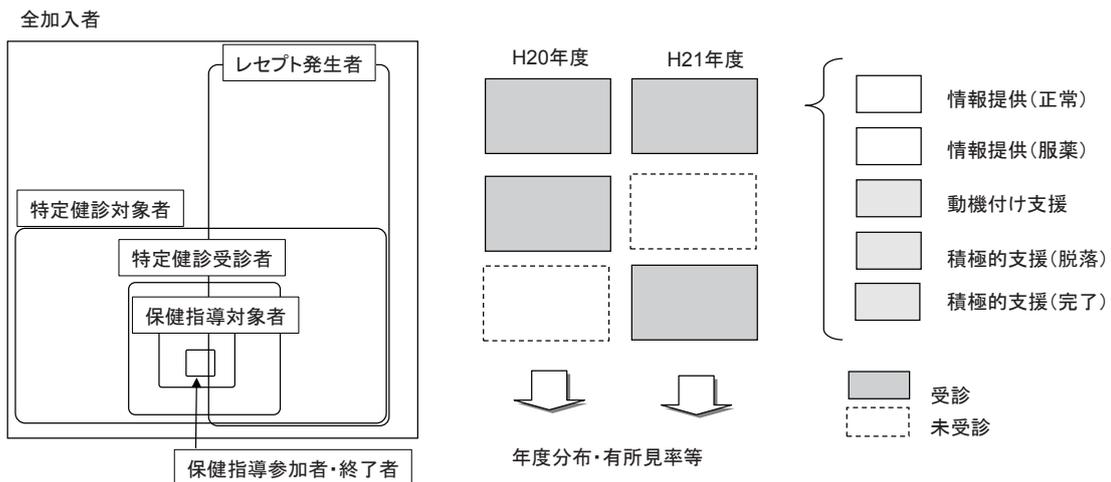
委託先に自然発生的に残るデータ



④ 主として委託金額の検証や自前プログラム開発に活用することが多いことから、まずは入手に努める。

5

1.2.2 分析に入る前に

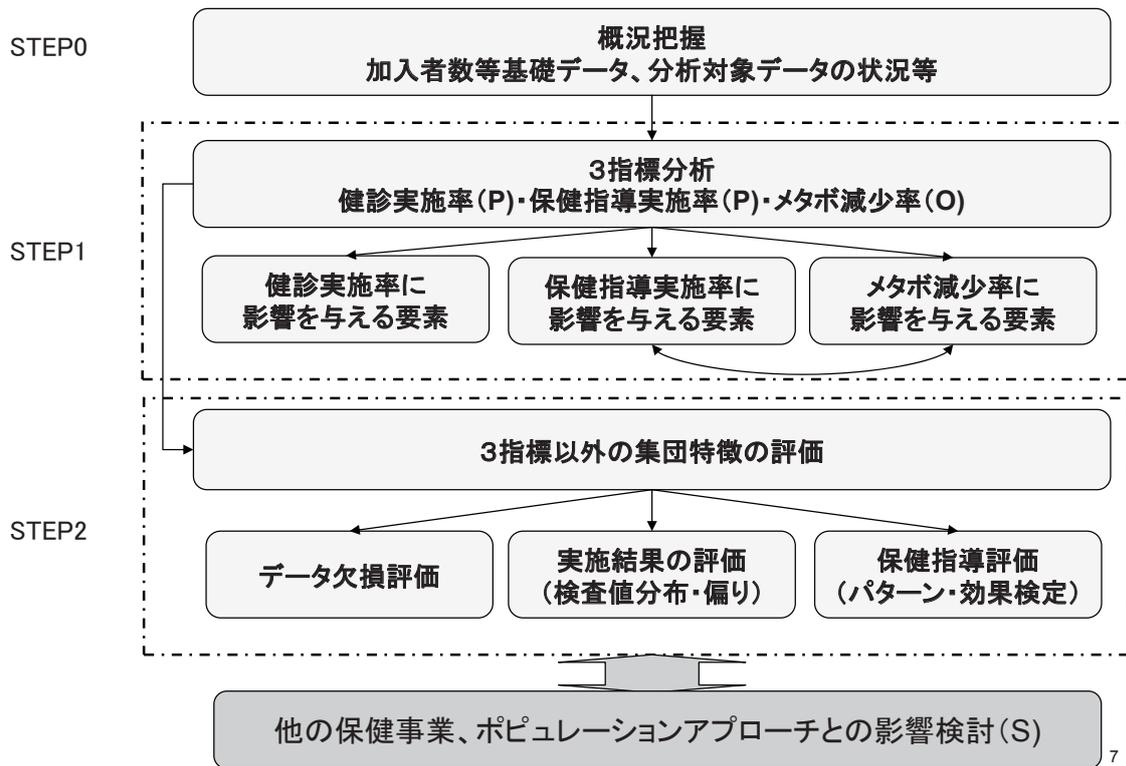


■ 事業評価は単年度のデータではなく、複数年のデータを比較する事が重要だが、この際次の点に注意する必要がある。

- 変化に注目する際は、比較年度の両方にデータが存在する群と存在しない群に分ける。
- 群を分けずに比較する場合は、「健診受診者の治療開始による健診未受診となる」といった、出現データが変化しているケースが無いか確認する。

6

1.3 分析のステップ



1.4.1 協力保険者の概況

- 分析結果を解釈する上で集団構造や実施体制等に関する情報は重要であることから、市町村国民健康保険協力者(以下、国保事例)と組保管掌健康保険協力者(以下、社保事例)の分析を進めるにあたり簡単に特徴を記す。

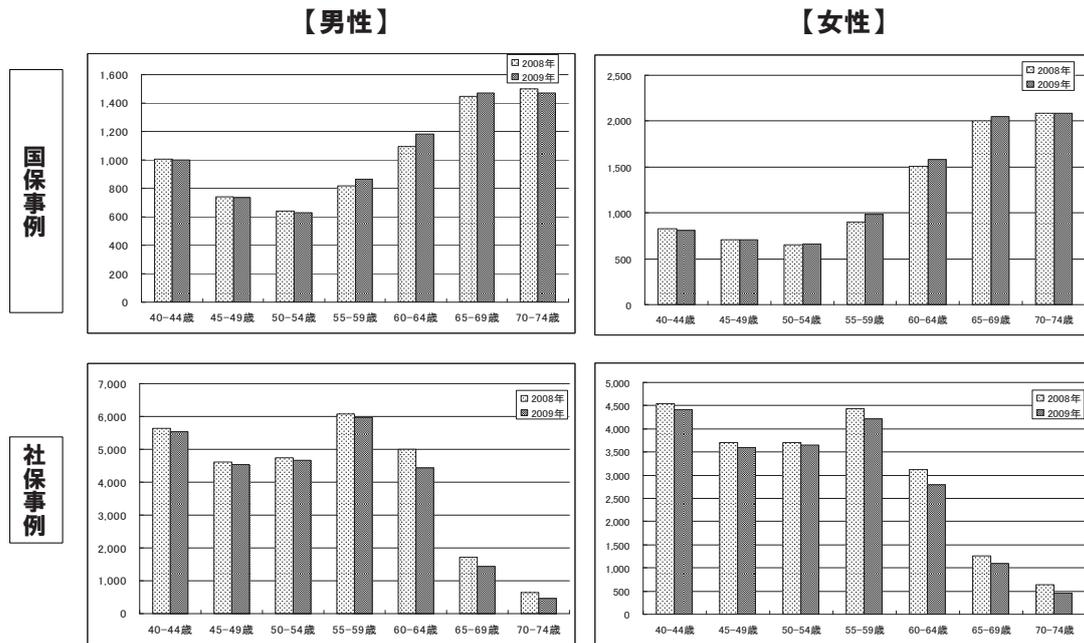
国保事例

- 東京都西部に位置し、都内の市としては人口規模が小さい方に属するが面積も小さいため人口密度は高い。
- 特定健診実施体制： 地区医師会(約30医療機関)に委託契約。個別の医療機関ごとに実施
- 保健指導は自前では行わず外部委託。ただし、複数事業者ではなく単一事業者

社保事例

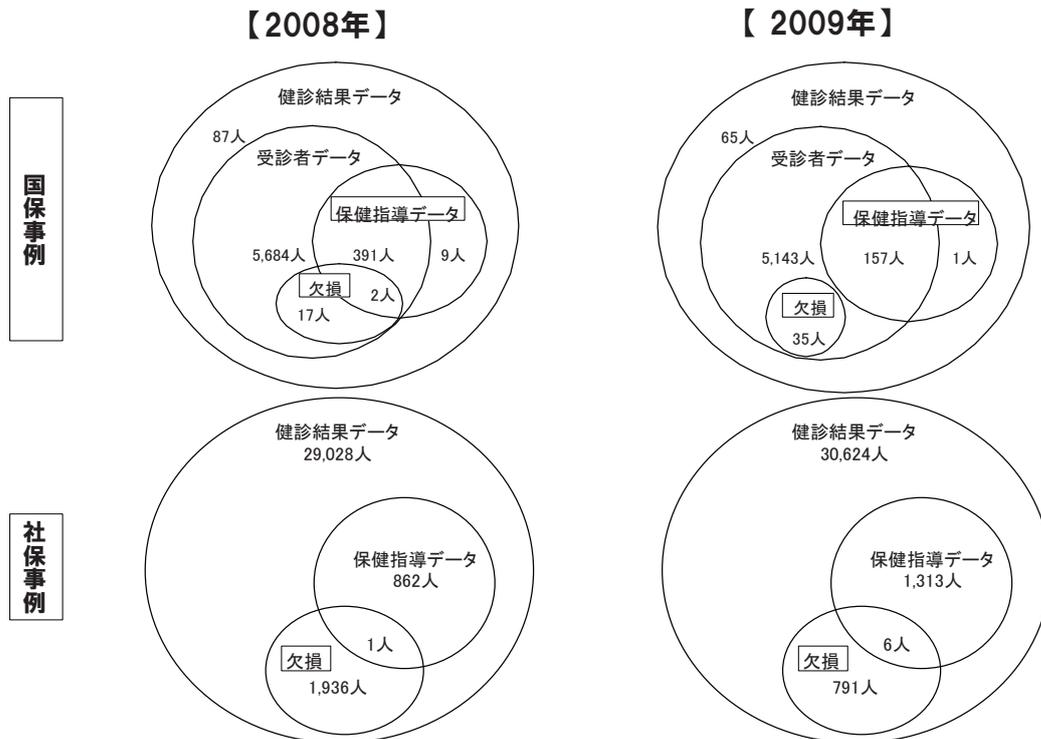
- 総合健保であり、加入事業所は中小企業が多い。このため高齢になっても現役で仕事をされている方が多い。
- 健保自体が健診センター等を保有し、被保険者に対し積極的な保健活動を行っている。特定健診の契約は、健診結果の質を担保する観点から、集合契約ではなく、個別契約を重視している。
- 保健指導は被保険者向けと被扶養者向けを分けて複数の外部委託先を活用している。

1.4.2 加入者の年齢構造



9

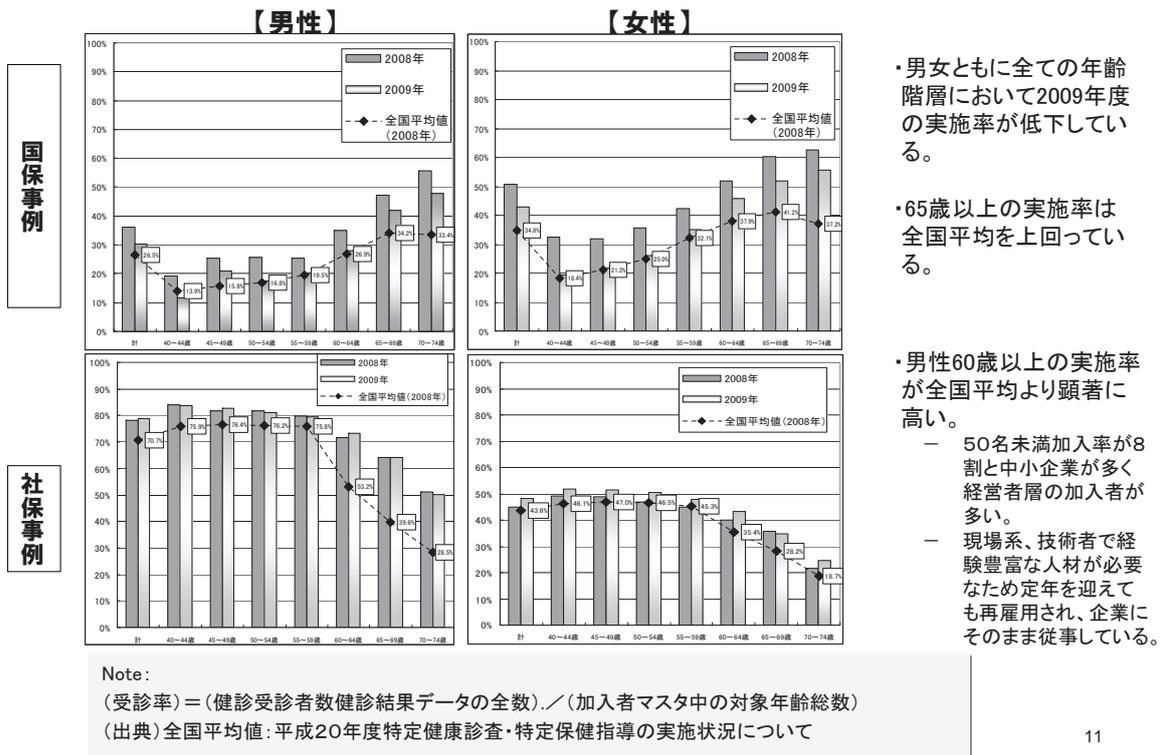
1.4.3 分析対象データ(特定健診・保健指導)



10

2. 3指標による分析・評価

2.1.1 特定健診受診率



11

受診率を見るときポイント

■ 受診者が翌年未受診となった場合の理由に受診率改善等のヒントが隠れている。

一 理由事例

■ 対象外となった。

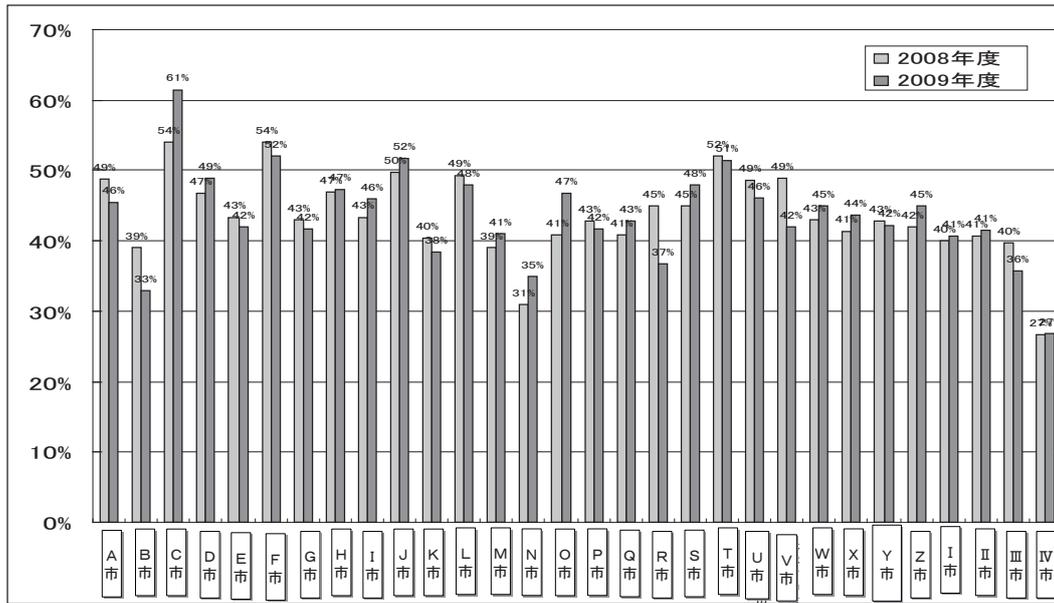
- 他保険者に異動した (加入者記録で確認可能)。
- 転勤(海外)
- 長期入院 → 長期入院レセプトリストの活用
 - » 記号・番号・続柄コードで医科入院レセプト記載の日数を集計しても推計可能

■ 対象なのに、受けなかった。

- 関心が無くなった。
 - » 受診の現場でトラブルが生じていなかったか、過去のクレーム記録を確認
- スケジュールが合わなかった。
- 他に検査の機会を得た。
 - » 検査項目が不満で、人間ドック等を自費受診した。
 - » 治療を開始したので、受診の必要性を感じなくなった。

12

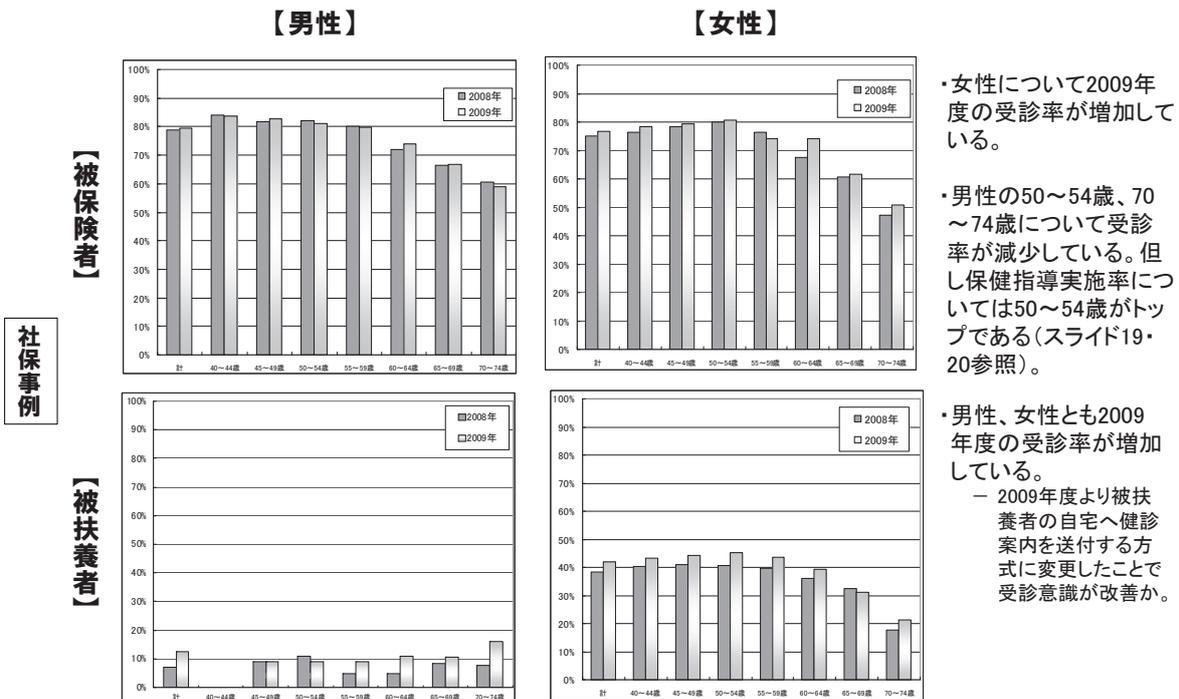
2.1.2 特定健診受診率(東京都・市町村内での受診率比較)



・受診率が2009年度に大幅に低下した市町村も見受けられるが数は少ない。

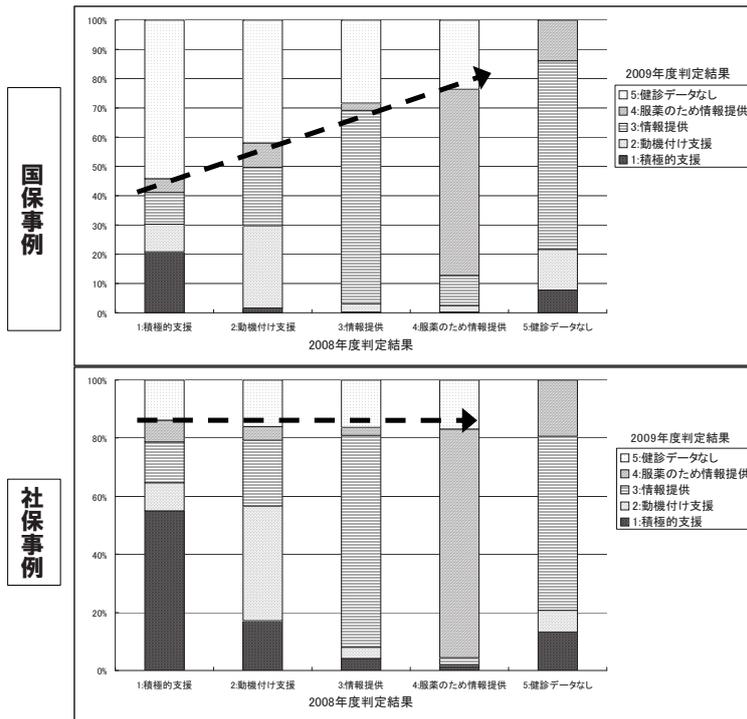
13

2.1.3 特定健診受診率と背景解釈(被保険者・被扶養者比較)



14

2.1.4 特定健診受診率(保健指導階層別)



Note: 2008年、2009年共に在籍していた者を集計母数とした。

・2008年度に積極的支援や動機付け支援と判定された者の4割以上が、翌年健診を受診していない。

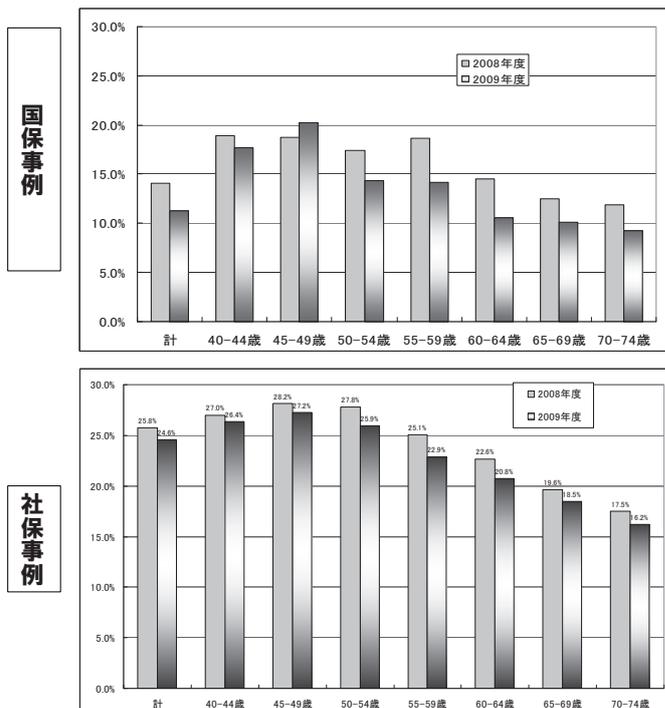
・この群における生活習慣病レセプトの新規発生率は、積極的支援で約4割、動機付け支援では6割弱に達している。

・階層化判定結果に関係なく、約1割が翌年健診を受診していない。

・この場合、被保険者と被扶養者に分けて確認する必要がある。職場健診が義務づけられていない被扶養者は、国保事例と同様の傾向を示す可能性がある。

15

2.2 保健指導対象者の発生率



・男女とも45～49歳の年齢階層が発生率が高い。

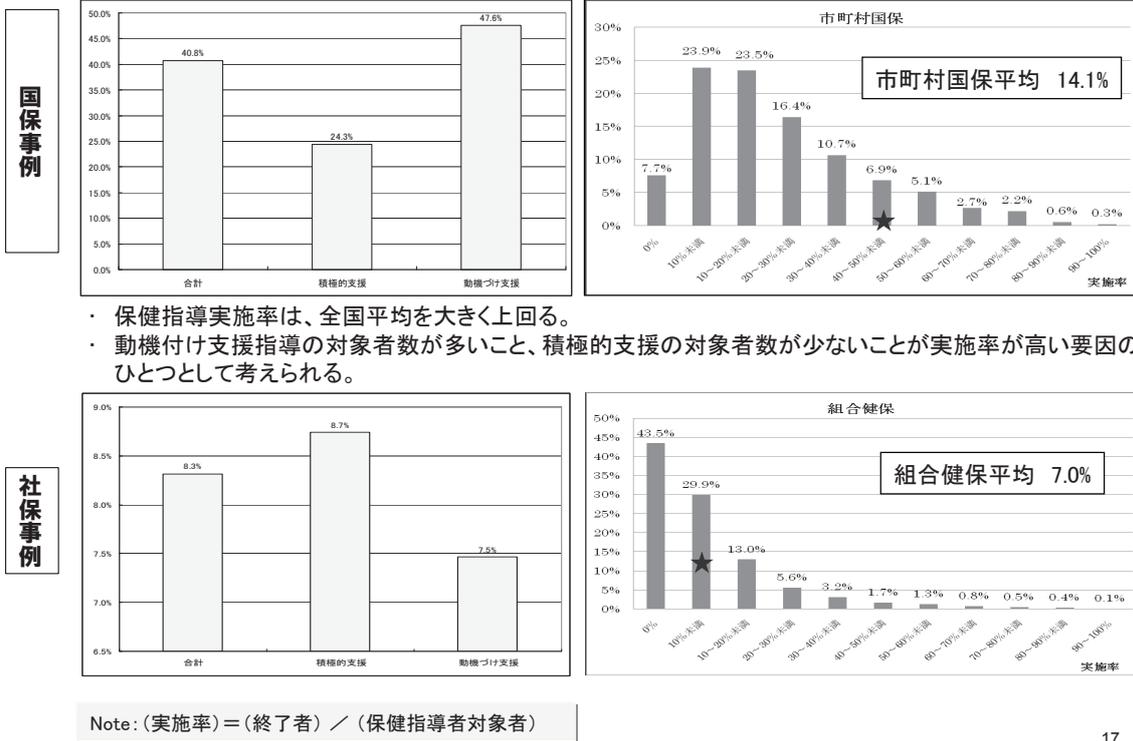
・高齢になると服薬率(問診回答)が高まるため、情報提供レベルに落ちていることが原因と思われる。服薬による除外率についても、国への報告データに含まれるので確認することが望ましい。

Note:

(発生率) = (保健指導者対象者) / (健診受診者数)

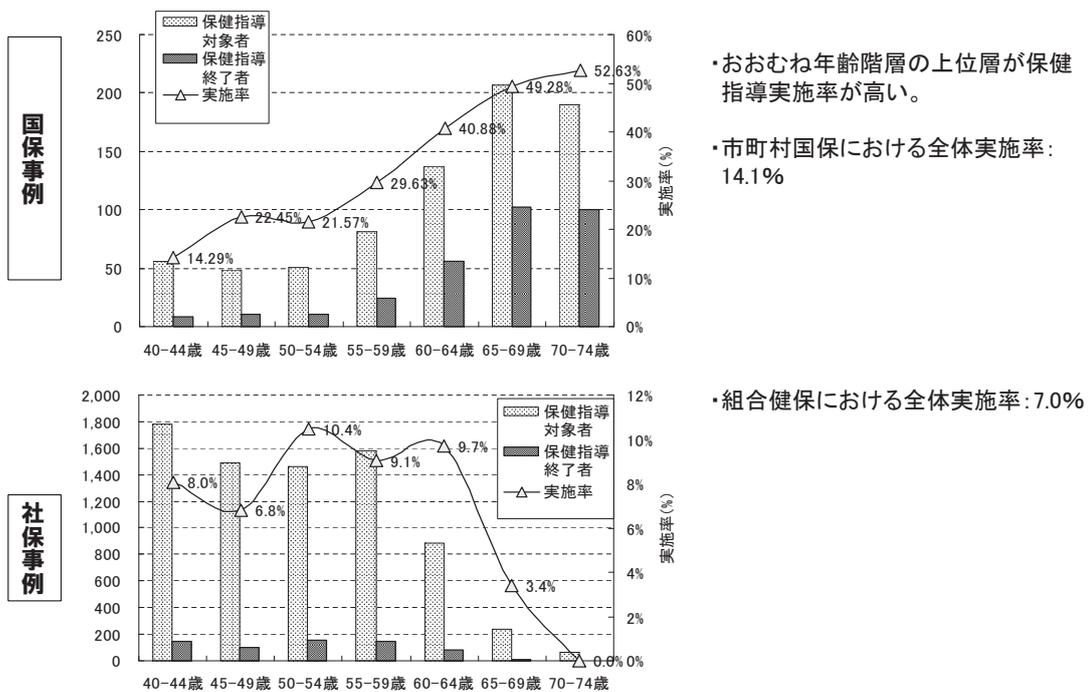
16

2.3.1 保健指導実施率



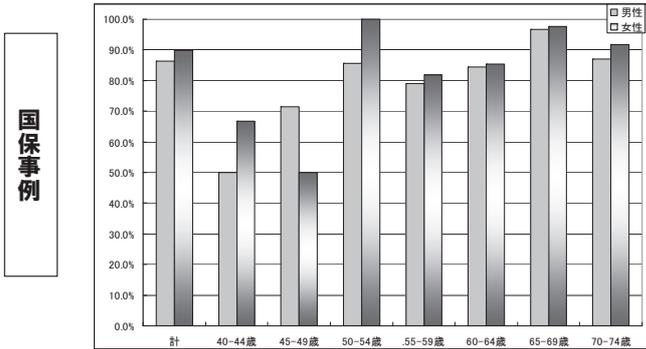
17

2.3.2 保健指導実施率(年齢階層別)



18

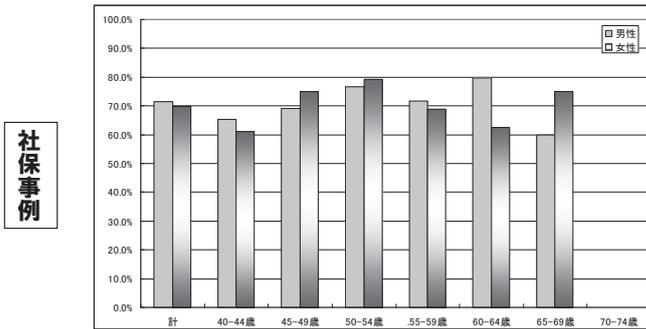
2.3.3 保健指導実施率(終了率)



・初回面談終了者が最後まで到達する割合を示しており、脱落率とは逆の定義となる。

・非終了者の割合は40代では4割程度で共通となっているが、国保事例では年齢階層が上昇すると2割程度まで減少する。

・国保事例／45～49歳、社保事例／60～64歳において女性に比べ男性の終了率が高い。

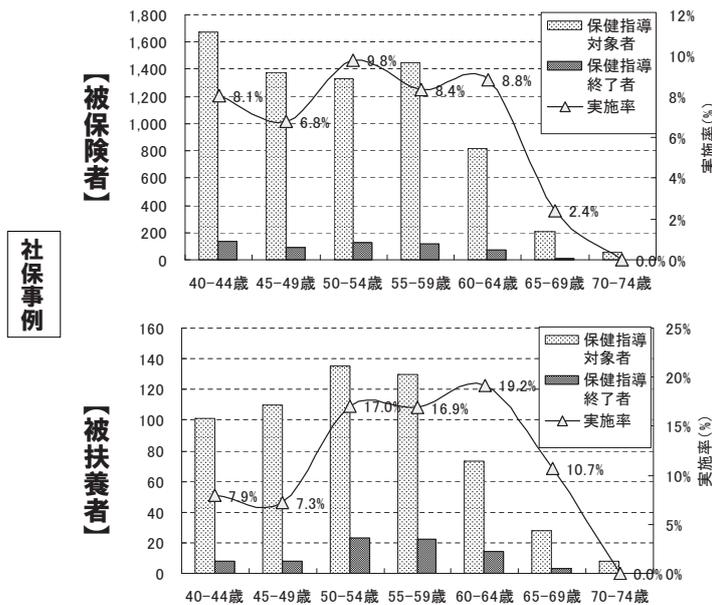


・ただし、国保事例においては40代の保健指導数自体が少ないため、1人の変化で何%の振れ幅が出るのか留意する必要がある。

Note: (終了率) = (終了者) / (保健指導初回面談実施者)

19

2.3.4 保健指導実施率(被保険者、被扶養者比較)



・被扶養者の50～69歳において実施率が被保険者に比べ高く見えるが、絶対数が10倍程度違っている。

・中小企業が多い実態を考慮すると、保健指導に時間を割ける加入者・事業所が少ない状況が再確認できる。

・このような場合は、事業所規模ごとに差が出ているのか、確認してみることも一つの選択肢である。

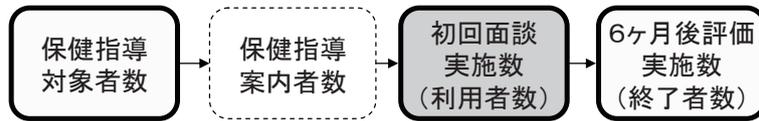
20



実施率を見るときのポイント

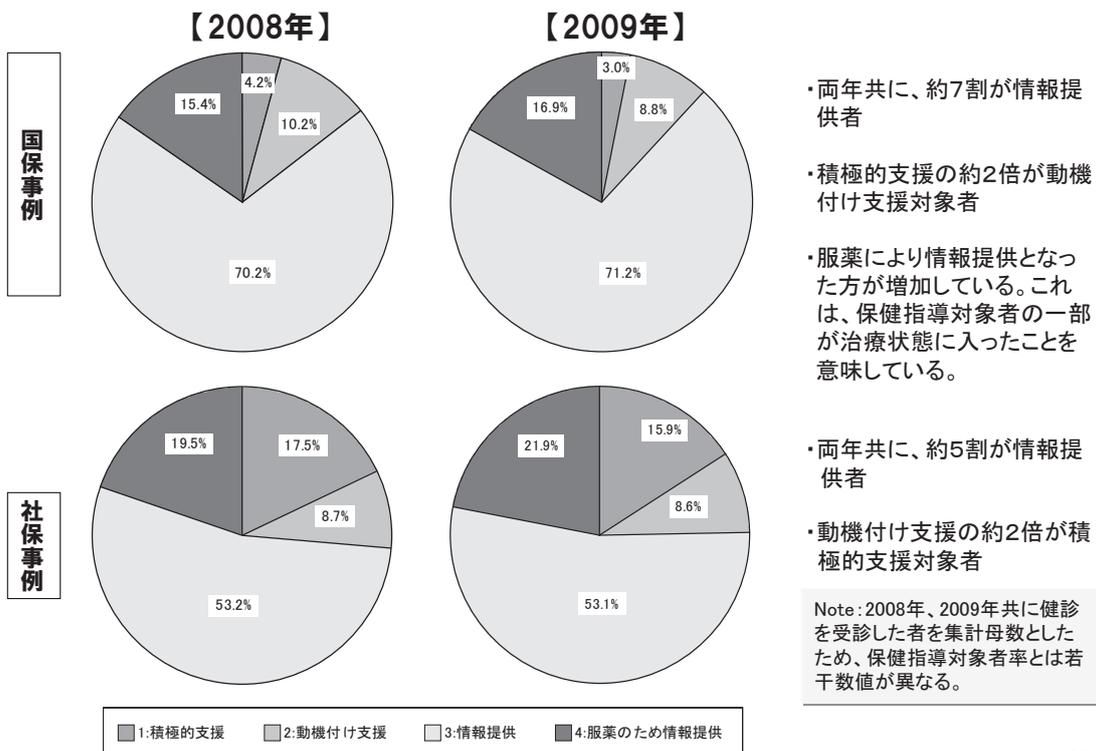
■ 初回面談参加率と最終評価到達率

- 動機付け支援と積極的支援は必ず分けて見る。
 - 動機付け支援では、最終評価到達はあたりまえ。
 - 年齢階層、就労の有無も分けておく、使える時間の有無に影響を受けやすい。
- 実施形態(直営/委託)も分けて考える。
 - 外部に委託していても、保健指導機関コードを正しく入力していなかったり、直営事業と同じコードを利用していると情報システムでは区別できない。
- 初回面談数を対象者数で割っても意味はない。保健指導実施の案内者数で割ることにより、参加者リクルートがうまくいったのか確認すること。



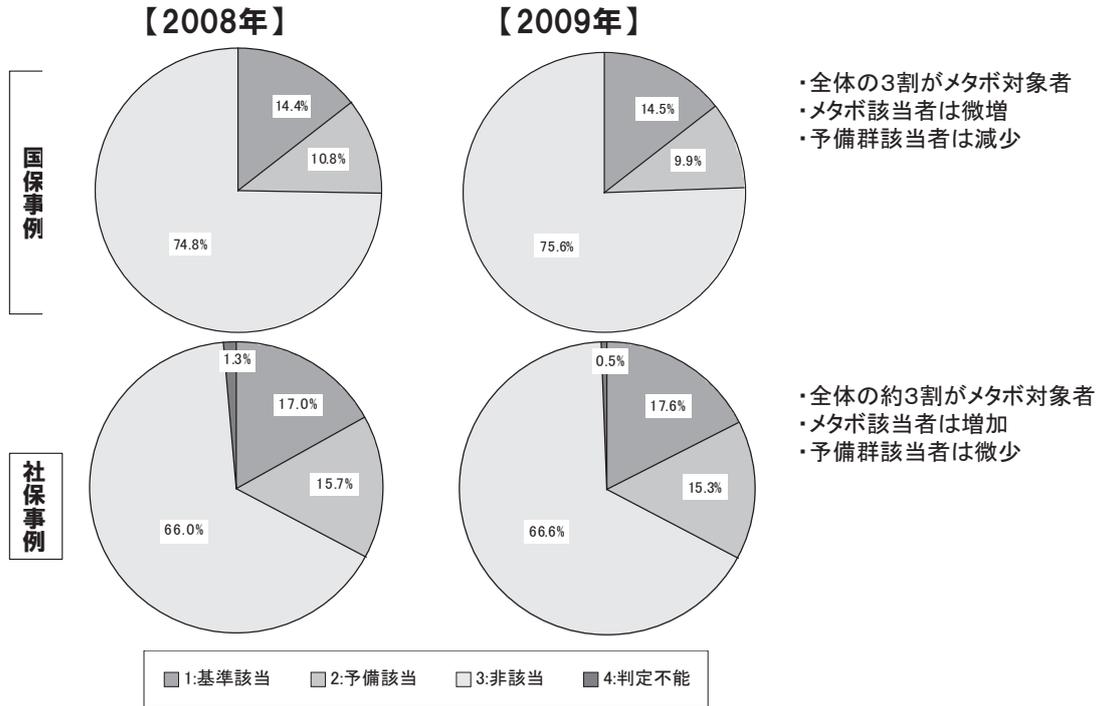
21

2.4 階層化判定結果



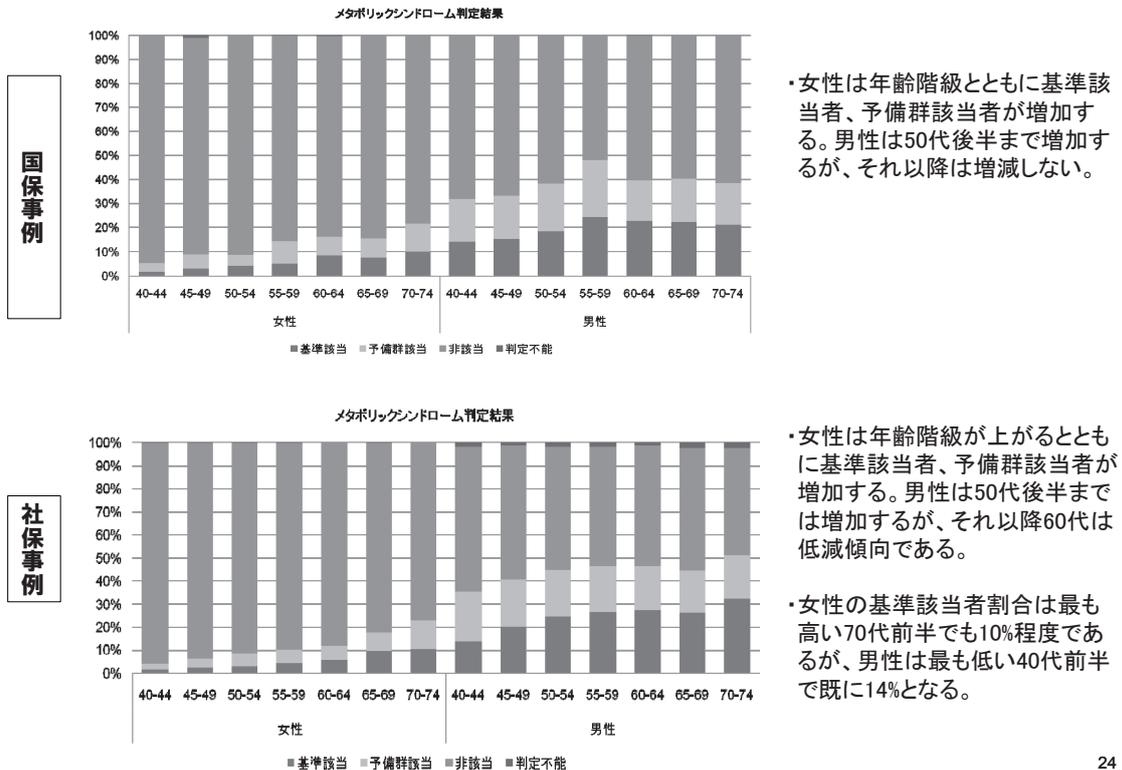
22

2.5.1 メタボ該当者・予備群判定結果



23

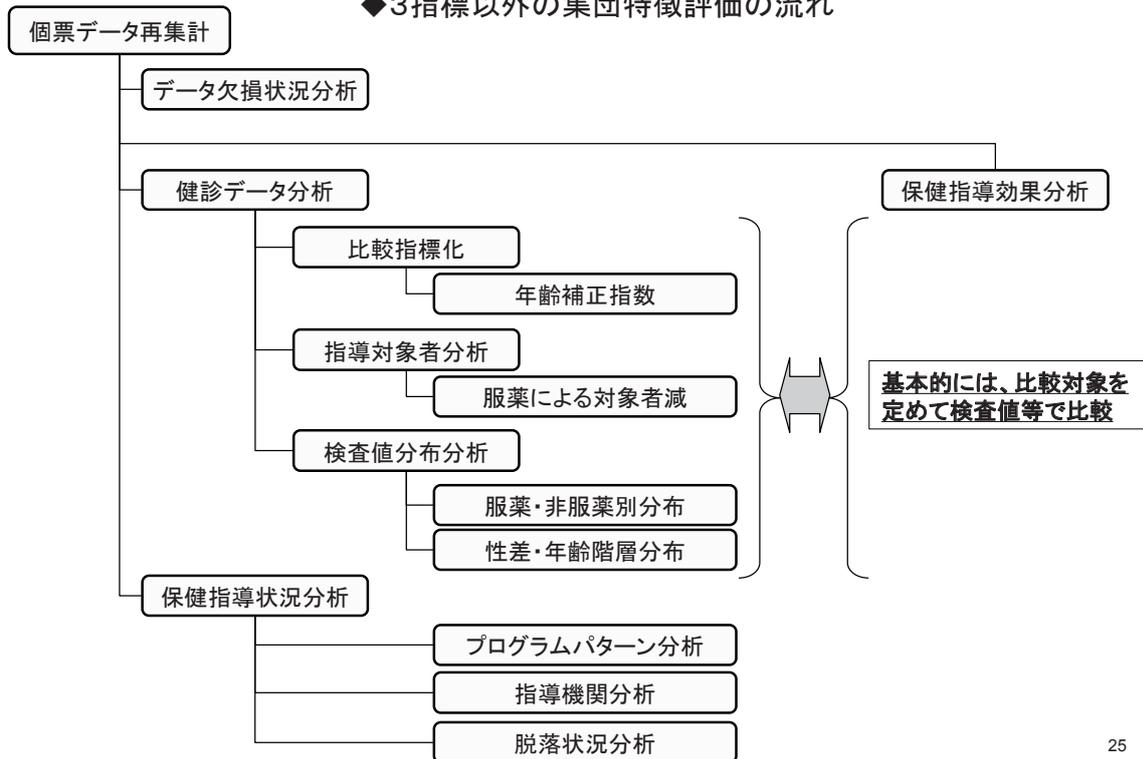
2.5.2 メタボ該当者・予備群判定結果(性別／年齢階層別)



24

3. 3指標以外の指標による分析・評価

◆3指標以外の集団特徴評価の流れ



25

3.1.1 データ欠損(漏れ)発生率

【目的】

- 健診が適切に行われているかの指標の一つとして、判定不能データの発生率を医療機関ごとに比較する。このようなデータが特定の医療機関に集中することは自然発生的には考えにくい。ため、頻発する医療機関は何かの問題を抱えている可能性が高い。

【結果概要】

国保事例

- 08年度に判定不能者が発生した医療機関： 10機関(総数：14人)
 - 判定不能率100%の医療機関： 0機関
- 09年度に判定不能者が発生した医療機関： 12機関(総数：17人)
 - 判定不能率100%の医療機関： 7機関
- 2年間で合計37機関で健診が実施され、両年度とも、健診を行った機関は29機関
 - 両年度とも判定不能者ゼロ： 19機関
 - 両年度のいずれかに判定不能者が発生： 7機関
 - 両年度とも判定不能者が発生： 3機関(=3/29=約10%)

社保事例

- 08年度に判定不能者が発生した医療機関： 113機関(総数：1709人)
 - 判定不能率100%の医療機関： 80機関
- 09年度に判定不能者が発生した医療機関： 195機関(総数：846人)
 - 判定不能率100%の医療機関： 169機関
- 2年間で合計454機関で健診が実施され、両年度とも、健診を行った機関は119機関
 - 両年度とも判定不能者ゼロ： 50機関
 - 両年度のいずれかに判定不能者が発生： 34機関
 - 両年度とも判定不能者が発生： 35機関(=35/119=約29%)

26

3.1.2 データ欠損(漏れ)発生率

判定不能者数が1以上の機関リスト

国保事例

医療機関 番号	2008年度			2009年度		
	健診受診者数 ()内は女性	判定不能者数 ()内は女性	判定不能率 (%)	健診受診者数 ()内は女性	判定不能者数 ()内は女性	判定不能率 (%)
1	—	—	—	1(0)	1(1)	100%
2	—	—	—	1(0)	1(0)	100%
3	—	—	—	1(0)	1(0)	100%
4	—	—	—	1(0)	1(0)	100%
5	—	—	—	1(0)	1(0)	100%
6	—	—	—	1(1)	1(0)	100%
7	—	—	—	1(1)	1(1)	100%
8	11(6)	5(4)	45%	7(3)	3(2)	43%
9	151(77)	0(0)	0%	131(72)	1(0)	0.76%
10	644(407)	1(1)	0%	568(365)	4(2)	0.70%
11	163(110)	0(0)	0%	143(103)	1(1)	0.699%
12	189(132)	1(1)	0.53%	168(113)	1(1)	0.59%
13	100(63)	3(2)	3%	70(48)	0	0%
14	120(104)	1(1)	0.83%	103(84)	0	0%
15	296(164)	1(0)	0.34%	270(152)	0	0%
16	371(242)	1(0)	0.4%	342(222)	0	0%
17	805(549)	1(1)	0.2%	726(504)	0	0%

・両年度ともに判定不能率が40%以上上昇している医療機関が存在する。

27

3.1.3 データ欠損(漏れ)発生率

判定不能率100%以外の上位10位の機関リスト

社保事例

2008年度				2009年度			
医療機関	健診受診者数 ()内は女性	判定不能者数 ()内は女性	判定不能率 (%)	医療機関	健診受診者数 ()内は女性	判定不能者数 ()内は女性	判定不能率 (%)
A1	36(9)	34(8)	94	B1	18(8)	13(4)	72
A2	144(11)	128(11)	89	B2	5(4)	3(2)	60
A3	110(24)	64(16)	58	B3	2(2)	1(1)	50
A4	2(0)	1(0)	50	B4	204(21)	9(4)	4
A5	44(4)	21(1)	48	B5	24(9)	1(0)	4
A6	60(6)	18(2)	30	B6	78(50)	3(3)	4
A7	22(2)	6(2)	27	B7	24977(8081)	605(92)	2
A8	11(4)	3(0)	27	B8	95(21)	2(1)	2
A9	4(2)	1(0)	25	B9	49(3)	1(0)	2
A10	7(3)	1(1)	14	B10	53(4)	1(0)	2

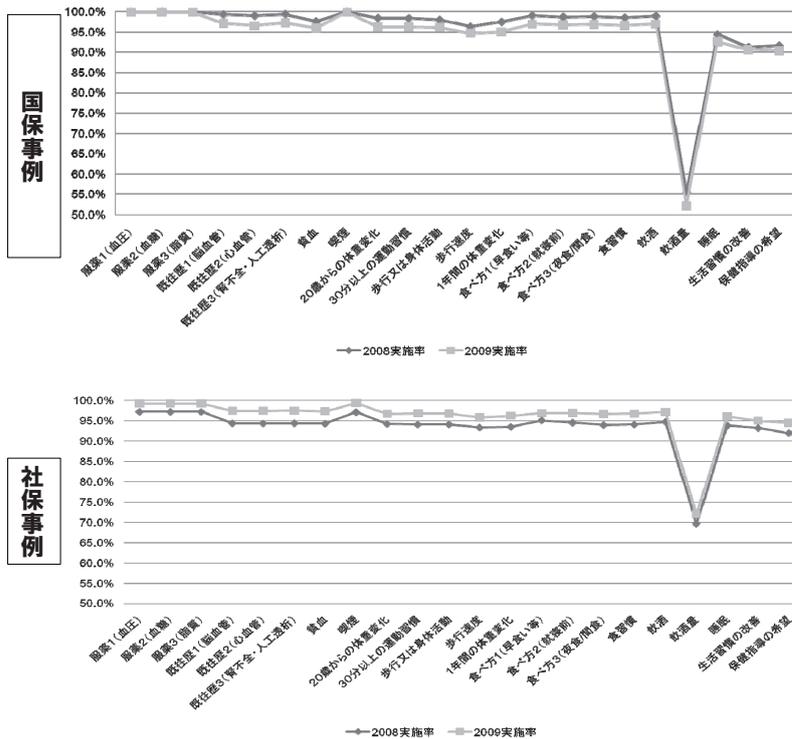
- ・事務手続きやチェックの改善により、判定不能率は全体として大幅に改善している。
- ・同一医療機関番号を使用しているが、実際には異なる医療機関が含まれている為、契約形態等の付帯情報を利用するか、機関番号を実際に合わせて提示する等の対応が必要と思われる。
- ・09年度は判定不能率100%の169機関で全体の20%程度の判定不能者を占めるため、受診者数が少ない医療機関へのフォローが必要

09年度に判定不能率100%の医療機関：169機関

- ・受診者1人：158機関
- ・受診者2人：10機関
- ・受診者7人：1機関

28

3.2 特定健診問診項目回答率



・両年とも各問診項目はおおむね95%を超える回答率である。

・2008年度と比較して2009年度は回答率が全体的に低下している。特定の医療機関で問診の欠落が起きていないか確認することが望ましい。

・毎日もしくは時々飲酒すると回答した受診者においては両年とも飲酒量の回答率が95%超である。

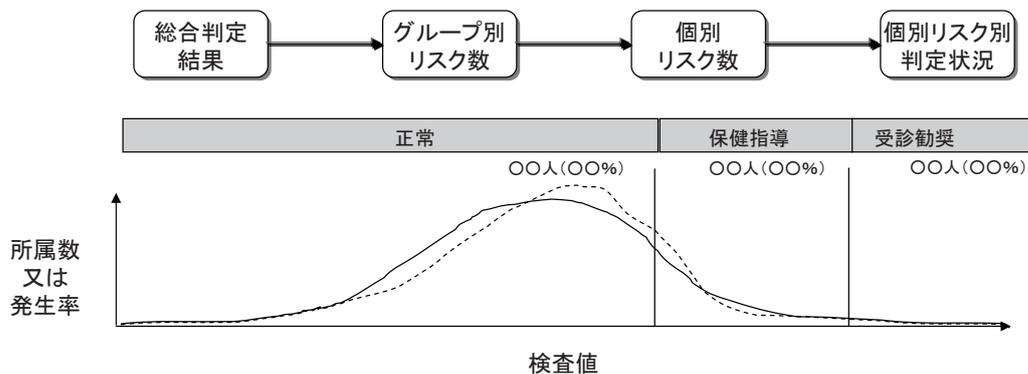
・回答率は2008年度93.5%、2009年度96%と高く、改善傾向である。

・毎日もしくは時々飲酒すると回答した受診者においては両年とも飲酒量の回答率が98%を超えている。

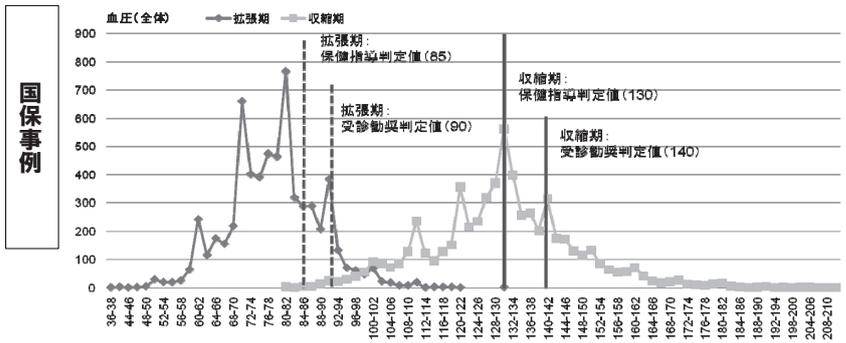
3.3 主要検査値分布の確認(2008年度データを使用)

■ 検査値分布の確認

- 保健指導区分やメタボ該当区分判定結果は、血圧、脂質、血糖というグループリスクのカウント結果に過ぎない。このグループ別リスク数も個別リスクの判定状況の影響をうける。
- このように階層化や判定結果を上流にたどっていくと、最終的には個別検査値の分布状況を確認することになる。
- 分布確認のメリットは、不自然な変化を確認できることと、どの検査項目がどの程度悪化した時に保健指導対象者数が増加するか予測が可能にあることにある。
- 全体分布、男女別分布、服薬有無別分布等は基礎的な資料として作成しておくことよい。用途に応じて、保健指導判定区分や各学会ガイドラインにおける治療目標値などを付記することで様々な用途にも利用できる。

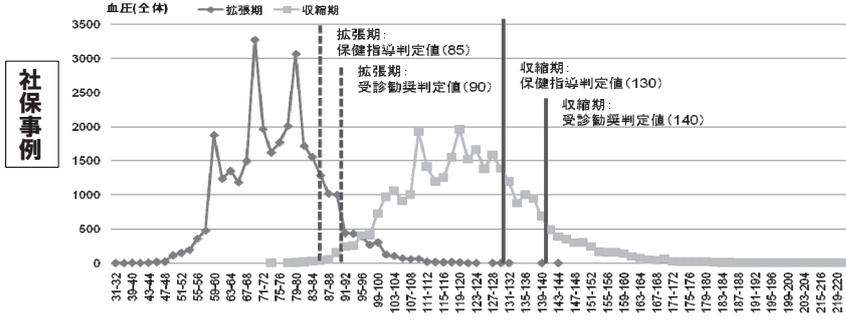


【検査値分布: 血圧(全体)】



・受診者全体の血圧分布である。10mmHg単位で検査値が偏っており、10mmHg単位での丸めを行っている可能性が高い。

・また収縮期血圧は基準値の130mmHgが最頻値となっている。(mmHg)



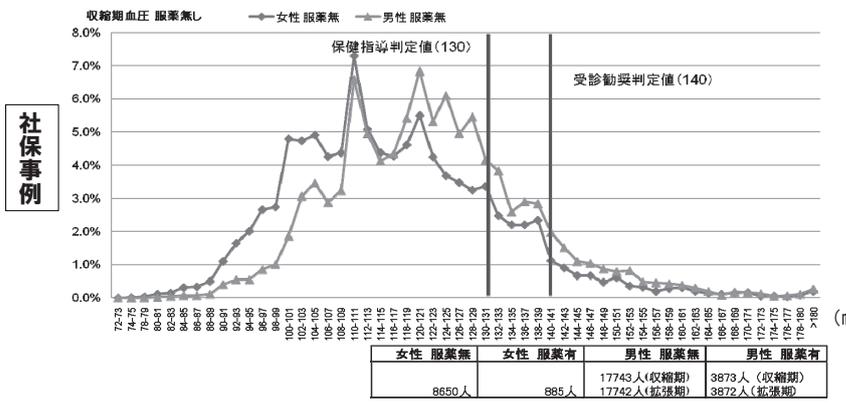
・10mmHg単位で検査値が偏っているが、収縮期血圧の基準値(130mmHg)、収縮期血圧の基準値(85mmHg)近辺に不自然なピークは観察されない。(mmHg)

【検査値分布: 収縮期血圧(服薬無の男女比較)】



・血圧を下げる薬を服用していない受診者の収縮期血圧において、男女の性差による分布の違いはあまりない。

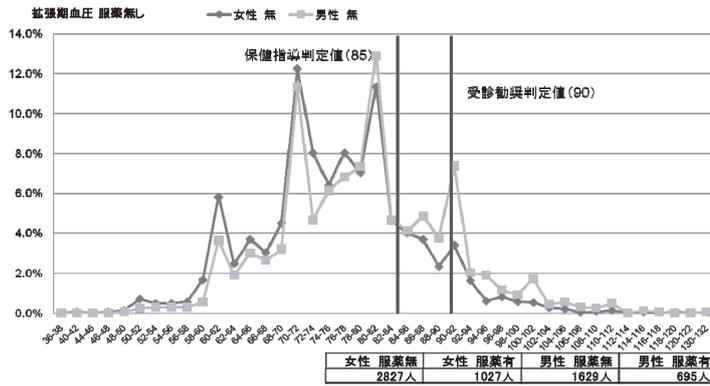
・男性では保健指導判定値を超えた以降のピークが女性に比べて大きいことが観察された。男性のほうが基準値を超えても治療を受けない傾向が見てとれる。



・収縮期の最頻値は男女とも110mmHgであり、保健指導判定値内の割合は男性72%で女性が80%となっている。

【検査値分布: 拡張期血圧(服薬無の男女比較)】

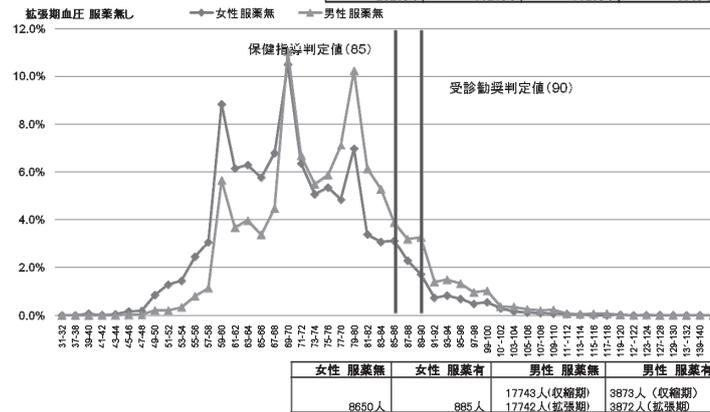
国保事例



・血圧を下げる薬を服用していない受診者の拡張期血圧において、男女の性差による分布に違いはあまりない。収縮期と違い保健指導判定値での不自然なピークは観察されなかったが、受診勧奨判定値でのピークは存在する。

(mmHg)

社保事例



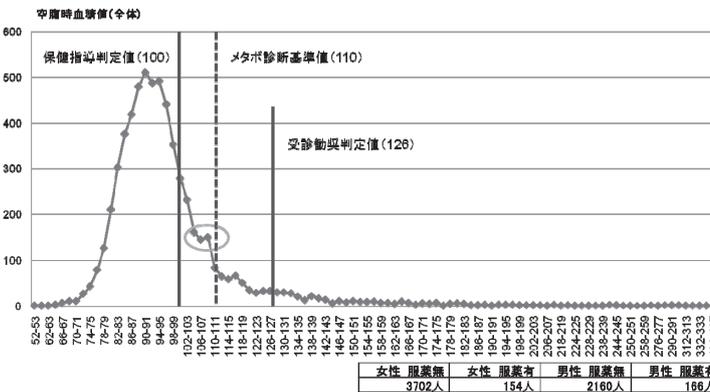
・最頻値は男女とも70mmHgであるが、保健指導判定値内の割合は男性82%で女性が89%となっている。

(mmHg)

33

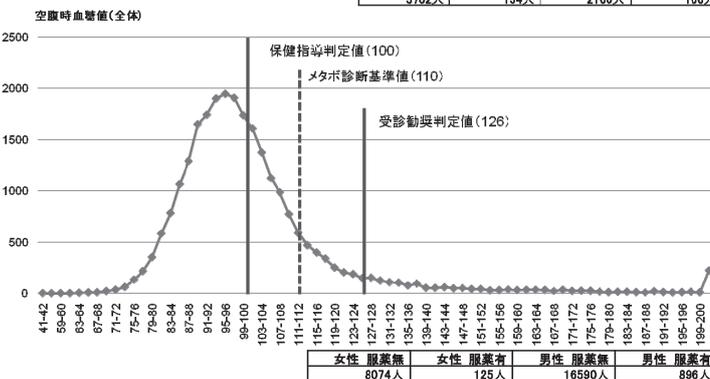
【検査値分布: 空腹時血糖値(全体)】

国保事例



(mg/dl)

社保事例



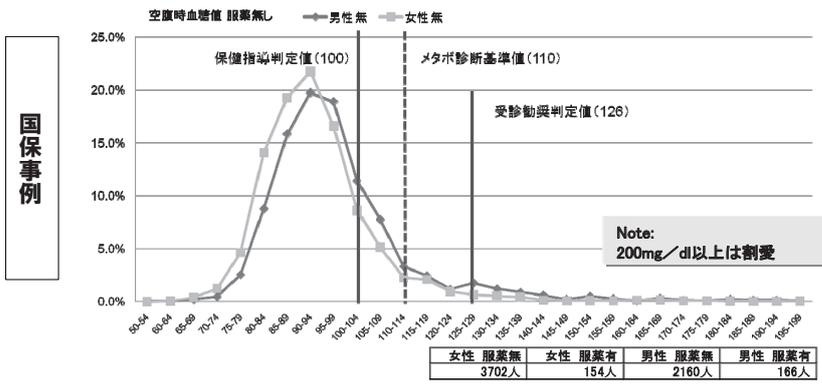
(mg/dl)

・91mg/dlを最頻値にほぼ正規分布している。メタボリックシンドローム診断基準値である110mg/dl近辺に少し緩いピークがあるが、服薬によるコントロールの影響があるかもしれない。

・96mg/dlを最頻値にほぼ正規分布している。200mg/dlを超える値が224件(1%弱)ある。職种的に朝食を抜くことが難しく、検査時まで十分な空腹時間を確保できない被保険者がいる可能性がある。

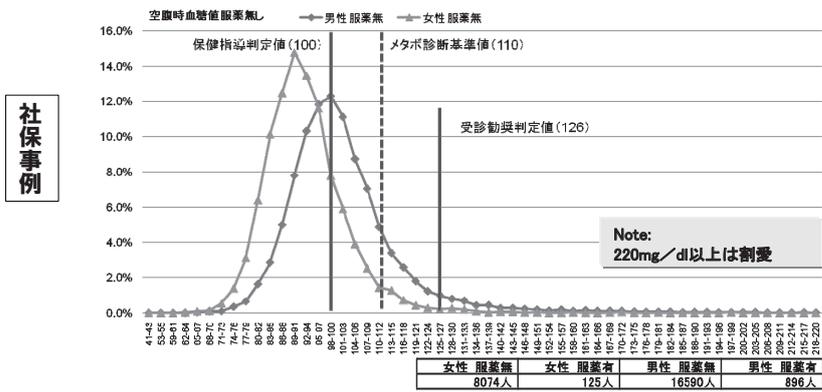
34

【検査値分布:空腹時血糖値(服薬無の男女比較)】



・データから服薬者は外してある。男性は女性に比べて分布全体が5mg/dlほど右にシフトしている。服薬者を含めた全体分布に観察された110mg/dl近辺の少し緩いピークは存在しない。

(mg/dl)

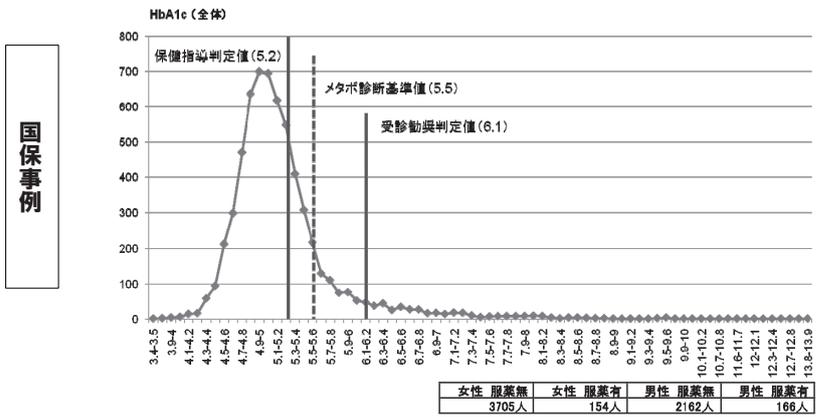


・男性は保健指導判定値近辺を中心に分布しており、全体的に高血糖値であるが、服薬者の割合は非常に低い。

(mg/dl)

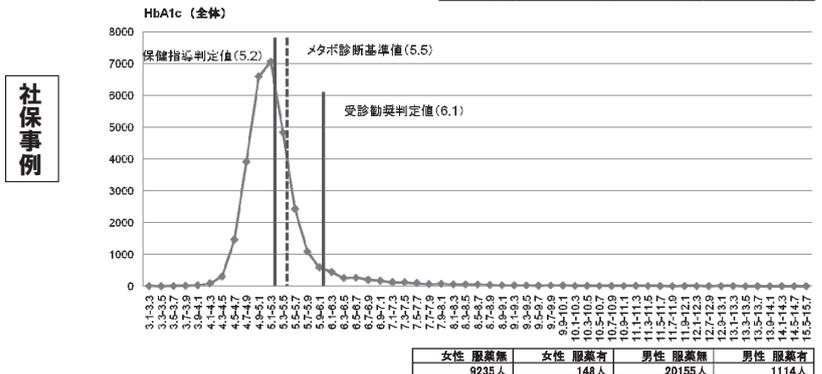
35

【検査値分布:HbA1c(全体)】



・4.9%を最頻値にほぼ正規分布している。

(%)

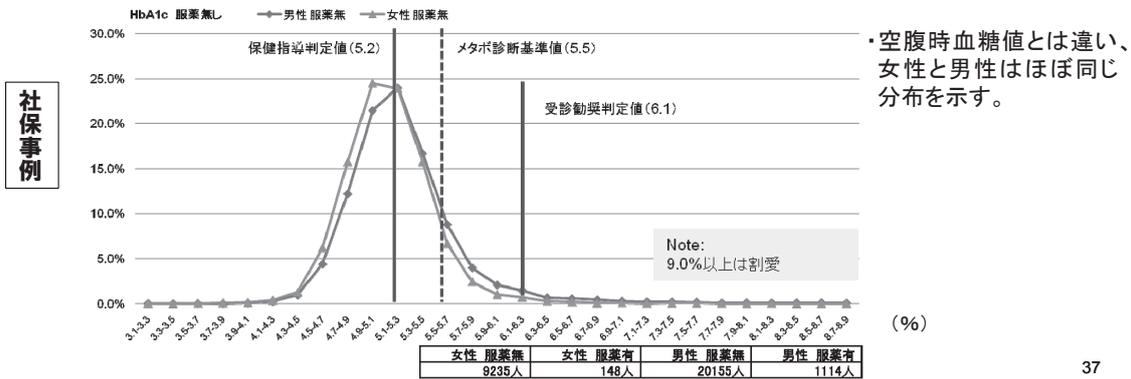
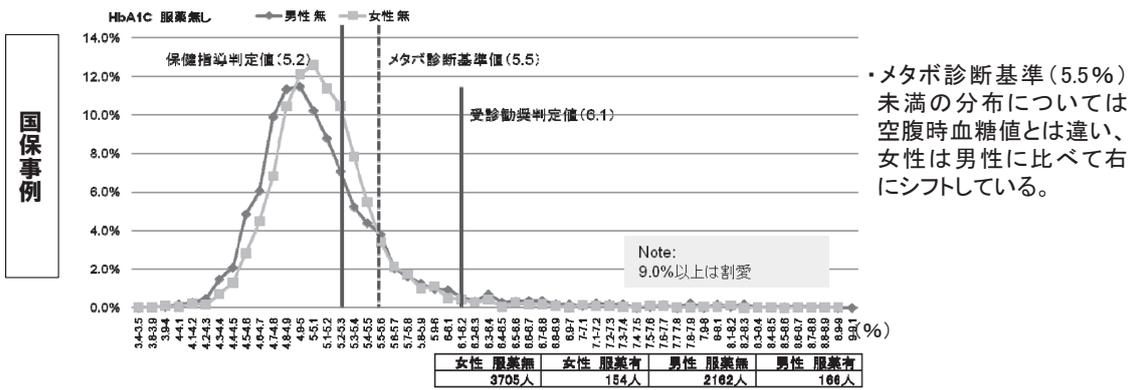


・最頻値、中央値とも5.1%でほぼ正規分布している。

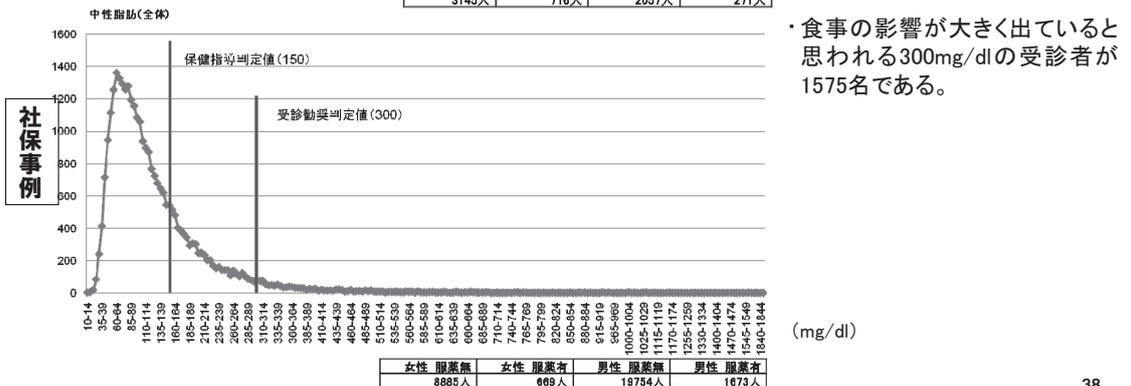
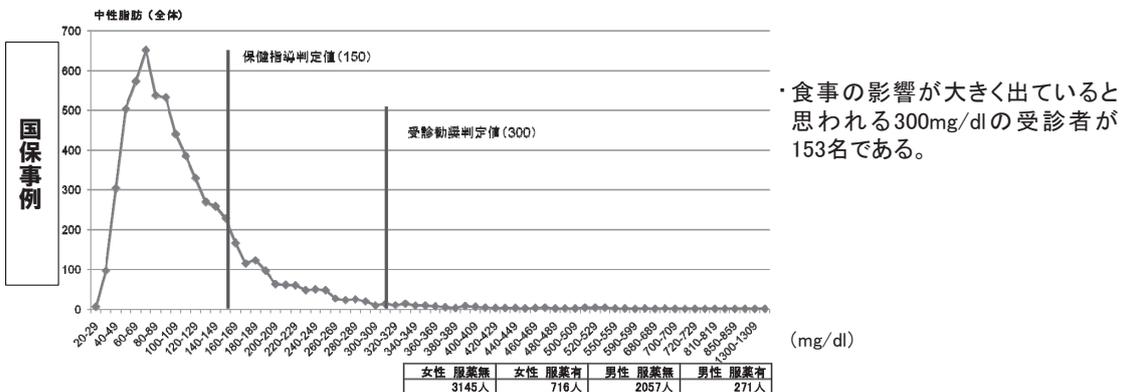
(%)

36

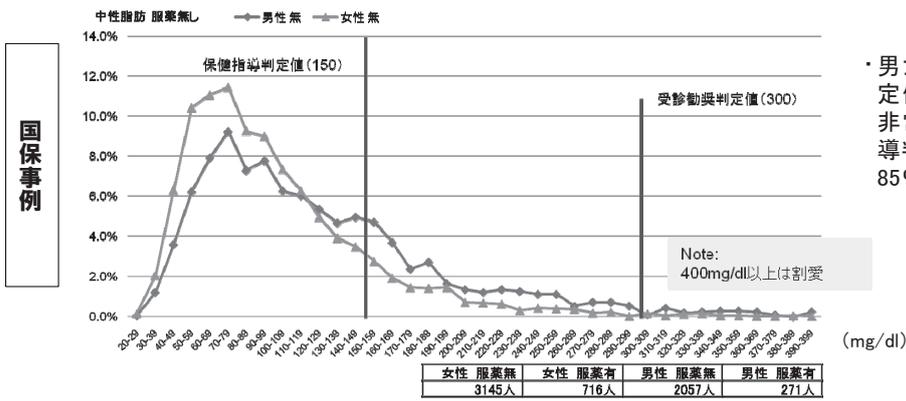
【検査値分布: HbA1c(服薬無の男女比較)】



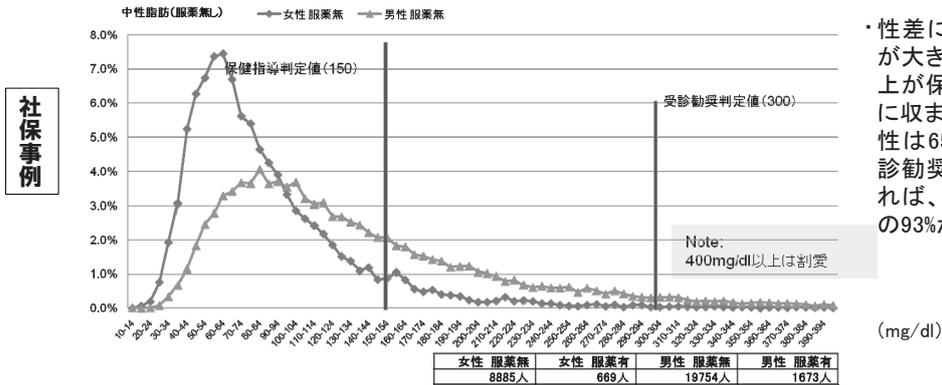
【検査値分布: 中性脂肪(全体)】



【検査値分布: 中性脂肪(服薬無の男女比較)】

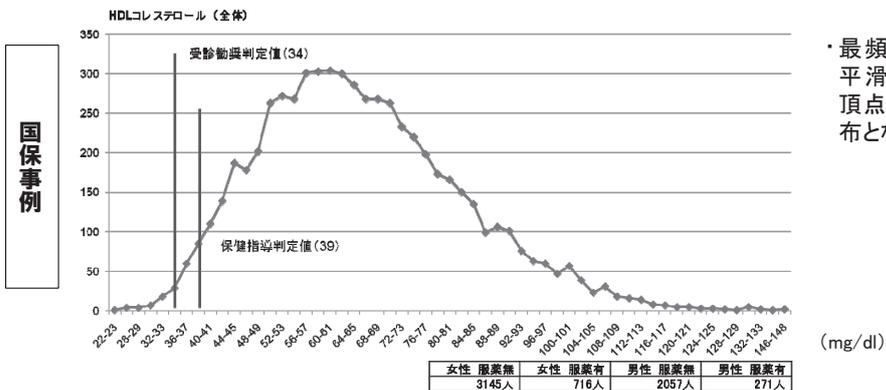


・男女ともに受診勧奨判定値を超える受診者は非常に少ない。保健指導判定値未満は女性が85%、男性が70%となる。

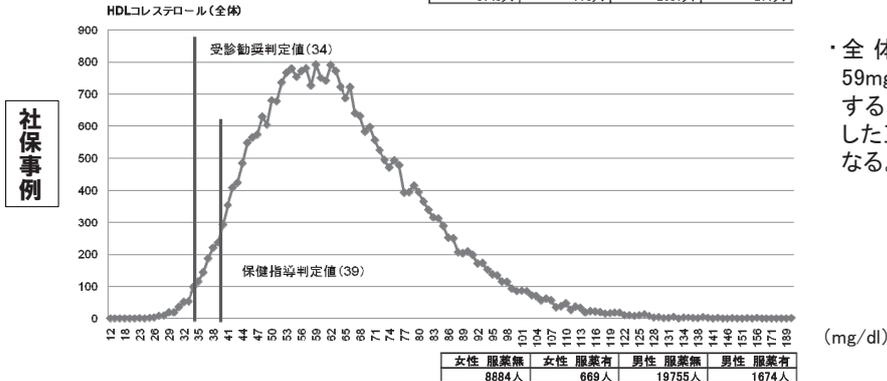


・性差による分布の違いが大きい。女性の90%以上が保健指導判定値内に収まるのに対して、男性は65%にとどまる。受診勧奨判定値以内であれば、女性は99%、男性の93%が該当する。

【検査値分布: HDLコレステロール(全体)】

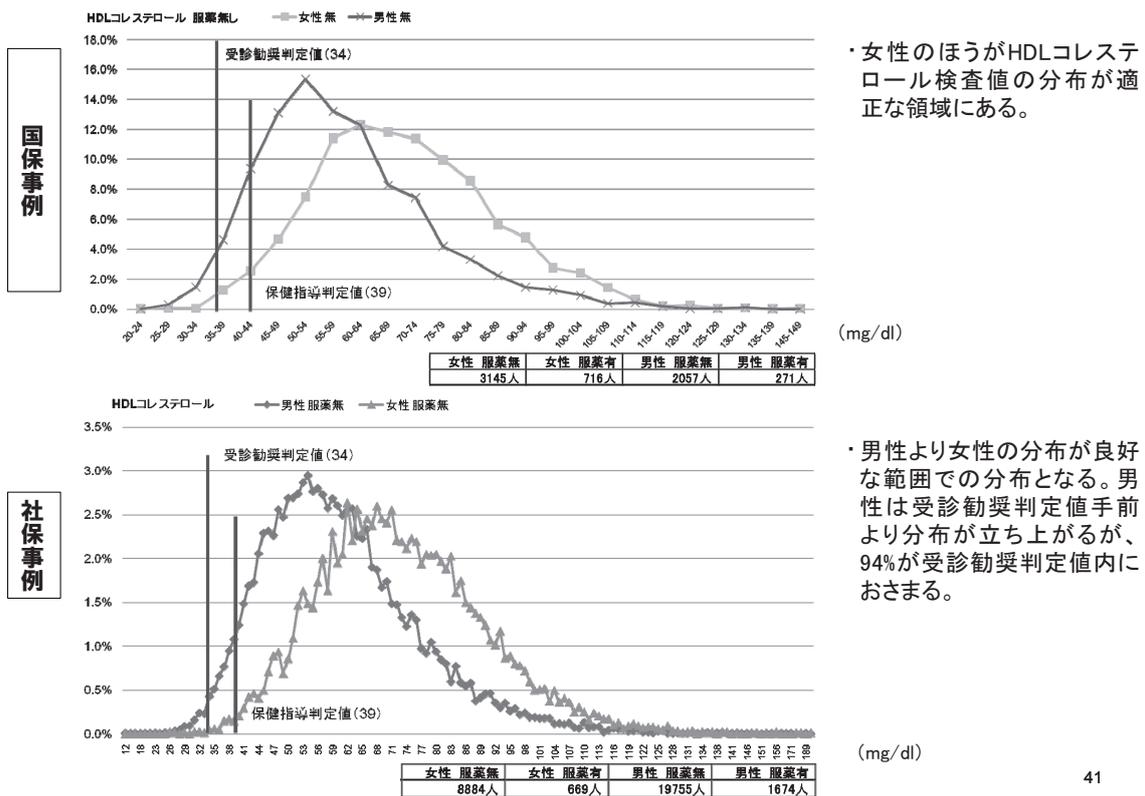


・最頻値は64mg/dlであるが、平滑化するとほぼ60mg/dlを頂点とした正規分布に近い分布となる。



・全体分布の最頻値は59mg/dlであるが、平滑化するとほぼ58mg/dlを頂点とした正規分布に近い分布となる。

【検査値分布:HDLコレステロール(服薬無の男女比較)】



・女性のほうがHDLコレステロール検査値の分布が適正な領域にある。

・男性より女性の分布が良好な範囲での分布となる。男性は受診勧奨判定値手前より分布が立ち上がるが、94%が受診勧奨判定値内におさまる。

3.4.1 検査値分布のひずみ分析

【目的】

- 前年度報告書でも示されたように、腹囲並びに血圧についてはリスク判定値付近で分布の不連続が発生している。これが各医療機関に遍在するのであれば検査が適切に行われていない可能性が示唆される。

【結果概要】

- 各医療機関の受診者数が少ないため分布のひずみが観察しづらくなるが、無視できないひずみが存在する医療機関がある。
- 各医療機関に受診者の数や特性(性別・年代)が異なるため、受診者の集団特性を踏まえて分布のひずみを評価すべきである。
- メタボ判定基準を境に分布のひずみが発生していることから、各医療機関の検査方法、計測方法等が、保健指導参加者の選定(対象者数など)に影響を与えていると考えられる。そのため、恣意的なひずみを前提とした、メタボ判定や結果の評価を行うことが必要である。

【考察】

- 現状では腹囲測定方法に何らかの問題があると考えられる。
- 腹囲以外のリスクをすでに保有している受診者が多数存在すると腹囲が適切に計測された場合に、保健指導対象者が急増する可能性がある。

3.4.2 検査値分布のひずみ分析: 腹囲

医療機関	対象者 (男性)		腹囲 (cm)									
			81	82	83	84	85	86	87	88	89	
国保事例	A	2008	256	8	12	16	14	17	10	10	9	12
		2009	222	9	14	11	14	12	6	12	14	10
	B	2008	237	10	11	13	14	13	14	6	12	7
		2009	201	7	8	17	15	11	10	10	8	11
	C	2008	218	9	11	11	18	9	11	12	14	10
		2009	199	11	20	9	16	8	10	6	9	3
	D	2008	199	15	7	10	11	8	8	14	10	4
		2009	197	13	5	8	11	10	5	9	8	6
	E	2008	160	11	10	5	6	9	5	14	10	9
		2009	133	6	7	7	9	8	2	4	5	4
社保事例	A1	2008	15470	647	699	759	880	671	780	774	774	715
		2009	16383	682	776	809	975	740	782	782	737	682
	A2	2008	604	29	20	27	26	29	34	29	27	29
		2009	591	27	25	23	38	31	27	21	21	22
	A3	2008	343	12	13	19	20	17	27	17	17	8
		2009	503	18	29	28	28	22	30	25	22	16
	A4	2008	259	11	10	10	21	8	12	12	14	13
		2009	276	12	14	14	17	11	13	13	10	13
	A5	2008	218	11	9	12	12	12	12	11	12	10
		2009	248	9	12	15	12	15	10	13	11	12

・メタボ判定基準を前後に不自然な増減が発生している医療機関が存在する。

43

3.4.3 検査値分布のひずみ分析: 収縮期血圧

医療機関	対象者		収縮期血圧 (mmHg)						
			124	126	128	130	132	134	136
A1	2008	23337	1265	1047	1204	985	896	630	732
	2009	24372	1356	1122	1142	937	880	614	724
A2	2008	660	28	36	39	16	27	17	14
	2009	672	34	29	24	22	21	21	17
A3	2008	402	20	19	7	30	16	10	20
	2009	607	24	18	26	51	17	20	33
A5	2008	261	12	17	23	9	6	6	5
	2009	304	11	18	10	8	6	5	10
A6	2008	241	8	12	18	7	3	6	8
	2009	258	11	9	19	3	6	12	8

・血圧においても、メタボ判定基準を前後に不自然な増減が発生している医療機関が存在する。

44

[参考: 腹囲以外のリスク状況]

新規保健指導対象者の傾向

国保事例

【悪化した要因別の人数】

対象者数	悪化した要因別の人数				
	腹囲	血圧	血糖	脂質	喫煙
113	69	42	28	29	2
	61.1%	37.2%	24.8%	25.7%	1.8%

社保事例

【悪化した要因別の人数】

対象者数	悪化した要因別の人数				
	腹囲	血圧	血糖	脂質	喫煙
1,282	644	344	282	401	34
	50.2%	26.8%	22.0%	31.3%	2.7%

【腹囲悪化者のその他リスクの状況】

腹囲悪化者数	既追加リスク保持者	要因別の人数			
		血圧	血糖	脂質	喫煙
69	63	46	33	16	16
	91.3%	66.7%	47.8%	23.2%	23.2%

【腹囲悪化者のその他リスクの状況】

腹囲悪化者数	既追加リスク保持者	要因別の人数			
		血圧	血糖	脂質	喫煙
644	558	206	462	210	250
	86.6%	32.0%	71.7%	32.6%	38.8%

- ・新規に保健指導対象となった者は、腹囲の悪化によるものが最も高い。
- ・腹囲悪化者の約9割が、既に保健指導対象となる一歩前(リスク保有者)

45

[参考: 腹囲以外のリスク状況]

情報提供者の構造

国保事例

【情報提供者の状態変化】

対象者数	悪化した要因別の人数				
	腹囲	血圧	血糖	脂質	喫煙
2,555	26	292	409	169	15
	1.0%	11.4%	16.0%	6.6%	0.6%

社保事例

【情報提供者の状態変化】

対象者数	悪化した要因別の人数				
	腹囲	血圧	血糖	脂質	喫煙
11,570	303	846	1,296	672	242
	2.6%	7.3%	11.2%	5.8%	2.1%

【腹囲を除くリスクの保有状況】

追加リスク保有者数	
2008年度	2009年度
1,785	1,883
69.9%	73.7%
98人増加	

【腹囲を除くリスクの保有状況】

追加リスク保有者数	
2008年度	2009年度
7,287	7,386
63.0%	63.8%
99人増加	

- ・健診受診者の約5割を占める情報提供者のうち、6割以上が既にリスク保有者

46

4. 保健指導の評価について

【考え方】

- 保健指導の成果等をさまざまな指標より分析することで、その効果の程度や、実施期間・プログラムの差異などを明らかにすることができる。なお、その差異が意味ある差異だと主張するためには、統計分析が必要となる。

【分析対象データ】

- 2008年度、2009年度の特定健診データ、保健指導データ

【分析の内容】

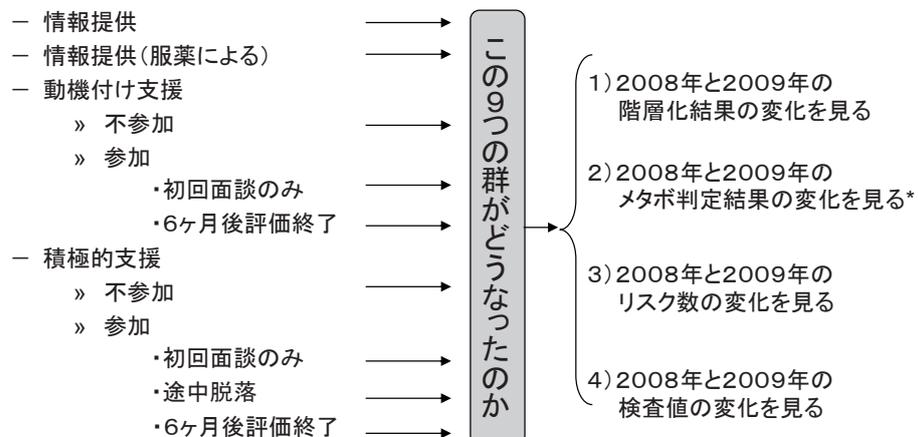
- 4.2.1 保健指導参加の有無による次年度判定結果評価
 - 保健指導参加群と不参加群で、メタボ該当者の割合に差が生じたか
- 4.3.1 保健指導参加の有無によるリスク数変化
 - 保健指導参加群と不参加群で、該当リスク数に差が生じたか
- 4.4.1 保健指導参加の有無による検査値分布の変化
 - 保健指導参加群と不参加群で、検査値の平均に差が生じたか
- 4.5.1 保健指導前後での検査値分布の変化
 - 保健指導の前後で、検査値の平均に差が生じたか
- 4.6.1 保健指導参加意欲の有無による検査値分布の変化
 - 問診での改善意欲を示したものを優先することで効果が出やすくなるのか

47

4.1.1 保健指導結果の評価

【手順】

- 2009年度健診受診者データを分割する。
 - 2008年度に健診を受けていない者
 - 2008年度に健診を受けている者(2008年度に階層化・判定結果あり)



*本報告書では事例揭示無し

48

4.1.2 保健指導結果の評価

- 1) 2008年と2009年の階層化結果の変化を見る
- 2) 2008年と2009年のメタボ判定結果の変化を見る

■ 結果を考えるときの視点

- 保健指導参加群は不参加群と比較してメタボ判定に大幅な改善が期待できるのではないか。
- 積極的支援と動機付け支援では、積極的支援の方が改善率が高いのではないか。
- 積極的支援では段階的な改善(積極的→動機付けへ改善)も評価すべきではないか。
- 国保と社保では、改善率が異なる場合の原因は何か。
 - 年齢階層構成? / 性別構成?
- 逆に、保健指導レベルが悪化しているケースの特徴は何か?
 - 就業状態? / 年齢階層構成?

- 委託先数やプログラム種別の数が少ないときは、性別・年齢階層別を優先して比較してみる。
- 改善しなくても、悪化防止という評価も可能である。

49

4.1.3 保健指導結果の評価

- 3) 2008年と2009年のリスク数の変化を見る
- 4) 2008年と2009年の検査値の変化を見る

■ 結果を考えるときの視点

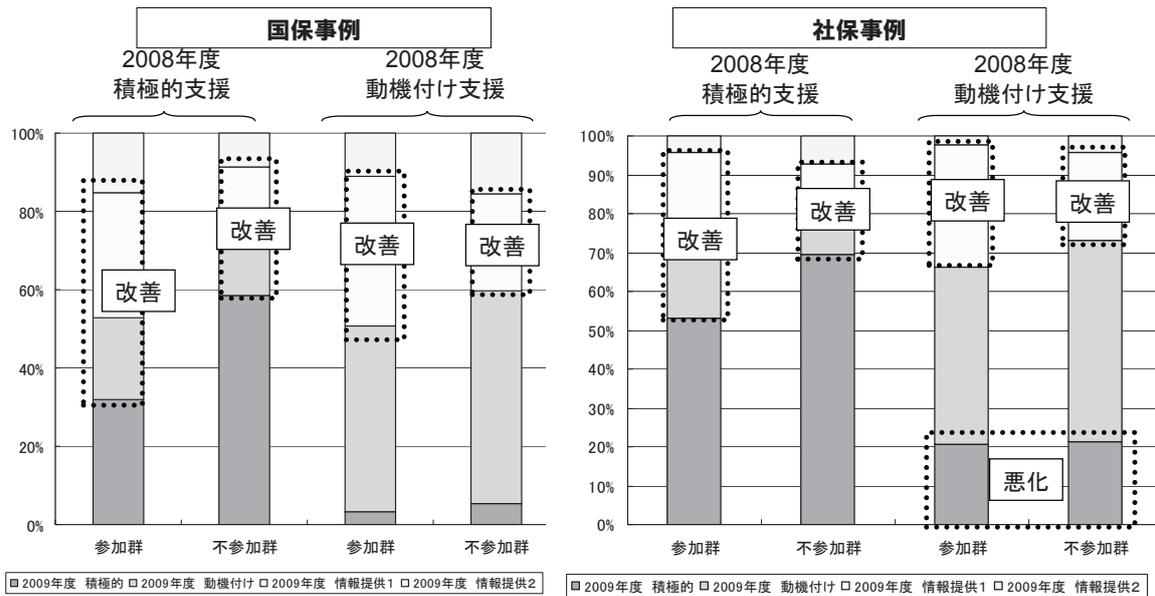
- 効果が期待できるリスク群・検査値は何か?
 - リスク群: 血圧、脂質、血糖等
 - 検査値: 腹囲、BMI、血圧等
 - 一般に積極的支援の方が改善幅が大きい、効果が出にくい年齢階層もあるため年齢階層を早い段階で区分けしておいた方がよい。
- 検査が適正に行われることになったことで、改善・悪化したように見える項目はないか?
 - 腹囲、血圧
- 性別、年齢階層で保健指導の有無に関係なく、結果に差が出ているものはないか?
 - 閉経、勤務形態の変化、リタイア等

- 委託先数やプログラム種別の数が少ないときは、積極的支援/動機付け支援で最初に分けた後、性別・年齢階層別を優先して比較してみる。
- 不参加群で検査値の悪化を見る方法もある。

50

4.2.1 保健指導参加の有無による次年度判定結果評価

共通



- ・保健指導参加群は不参加群と比較してメタボ判定に大幅な改善(有意差あり)
 - ・積極的支援と動機付け支援では、積極的支援の方が改善率(※)が高い。
→積極的支援では段階的な改善(動機付けへ改善)が観察される。
 - ・国保事例と社保事例では、国保事例の方が改善率が高い(母集団の違いが起因と想定)。
→社保事例では動機付けで20%程度が悪化。保健指導効果のない人への対応が課題
- ※改善率とは支援レベルが改善(積極的→動機付けを含む)した人の割合 ※情報提供1:服薬無の情報提供者、情報提供2:服薬有の情報提供者

51

4.2.2 保健指導参加の有無による次年度判定結果評価

共通

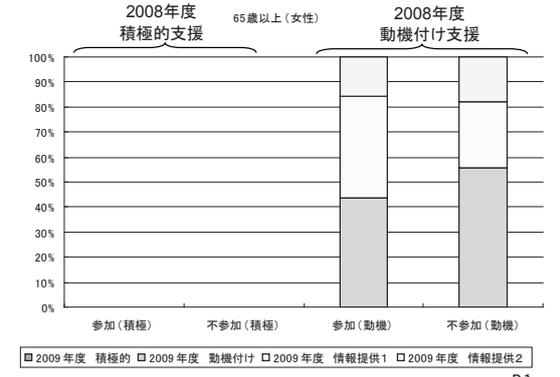
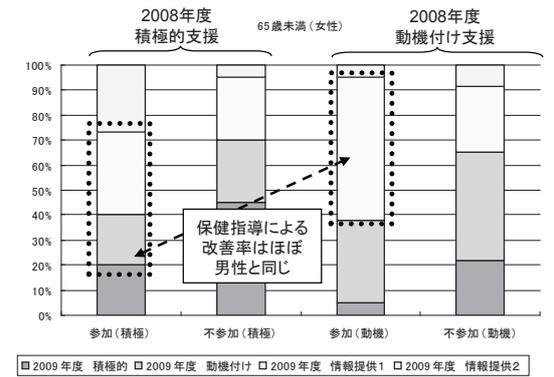
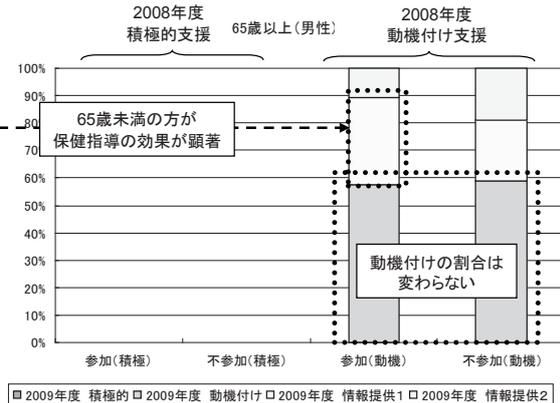
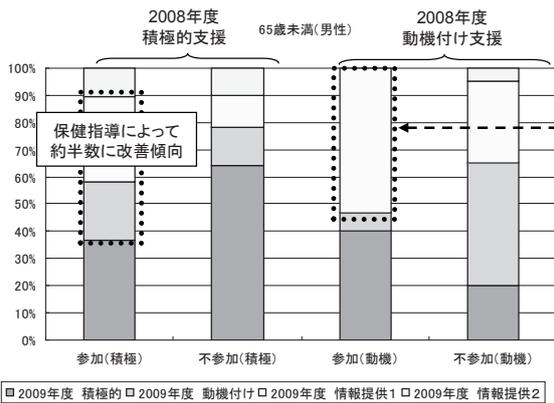
【考察】

- 国保事例と社保事例を比較すると、国保事例の方が保健指導参加による改善が顕著
 - － 要因については母集団が異なるため注意深く議論する必要がある。
(年齢分布、対象者数、保健指導機関、就業の有無等)
 - － 社保事例では動機付け支援で保健指導参加有無に関わらず次年度の判定結果が約20%悪化している(国保事例では10%未満)。
 - 保健指導を実施しても効果のない人が一定割合は存在するため、効果のない人への対応を検討する必要がある。

52

4.2.3 性別／年代別の次年度判定結果評価

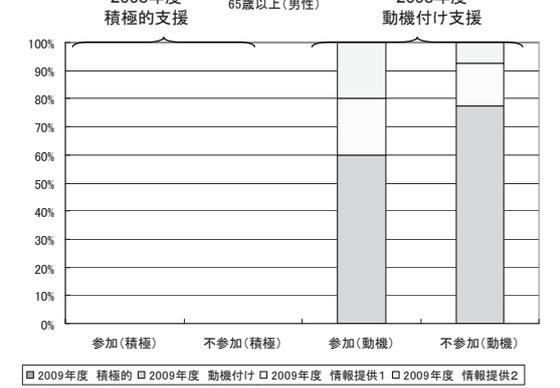
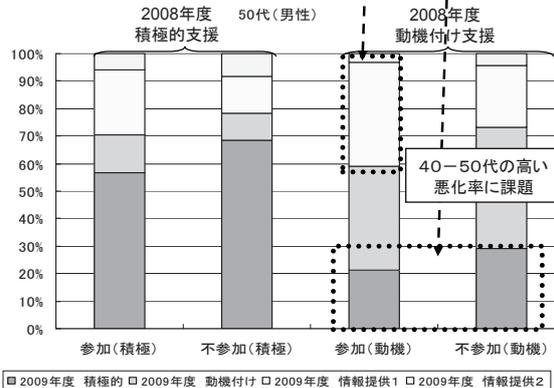
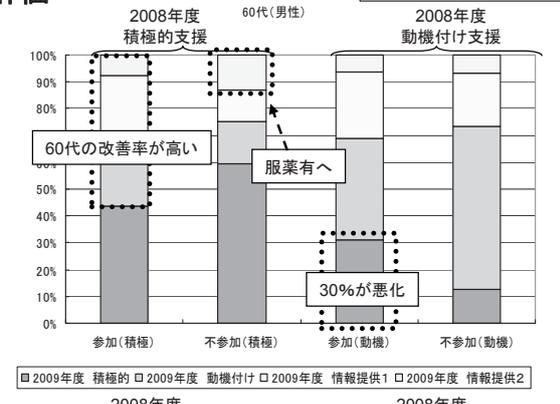
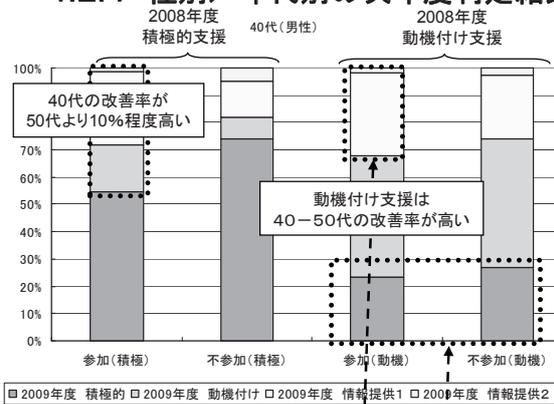
国保事例



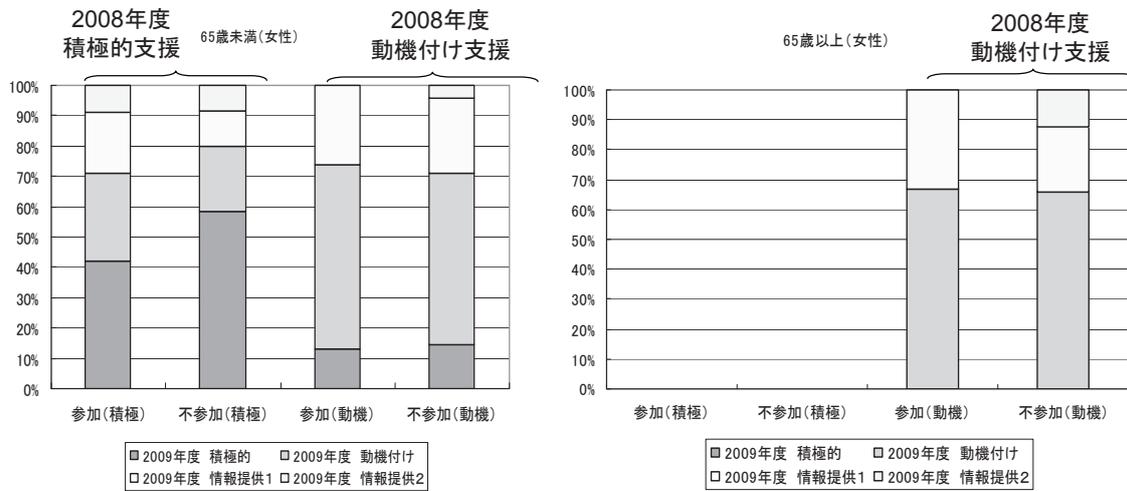
注) 情報提供2: 服薬有の情報提供者

4.2.4 性別／年代別の次年度判定結果評価

社保事例



注) 情報提供2: 服薬有の情報提供者



注) 情報提供2: 服薬有の情報提供者

- ・動機付け支援では女性の65歳未満の支援レベルの悪化が約10%に留まり、男性に比べると低い。
- ・女性の65歳未満は、積極的支援の改善率が男性よりも高い。

55

4.2.5 性別／年代別の次年度判定結果評価

【考察】

■ 共通

- 65歳未満と65歳以上では、改善率はほぼ同じか前者の方が高い。
 - 若い世代の改善は将来的な生活習慣病の予防に繋がるため、より積極的に指導を実施していく必要がある。
- おおむね保健指導不参加群の方が、服薬無から服薬有へ移行する割合が高い。
 - 保健指導によって服薬無での改善が期待できる。特に、服薬有への移行は医療費の増大につながるため、08年度積極的支援対象者で09年度情報提供2に移行した人はフォローが必要

■ 国保事例

- 男女・65歳未満では、積極的・動機付け共に保健指導で半数以上の支援レベルが改善
 - 保健指導無では2割強の改善
- 動機付け支援では、65歳以上よりも65歳未満の方が、改善傾向が顕著
 - 64歳(08年度)→65歳(09年度)の際に自動的に積極的支援から動機付け支援になるため、65歳未満の改善率が過大評価されている可能性があるため注意

■ 社保事例

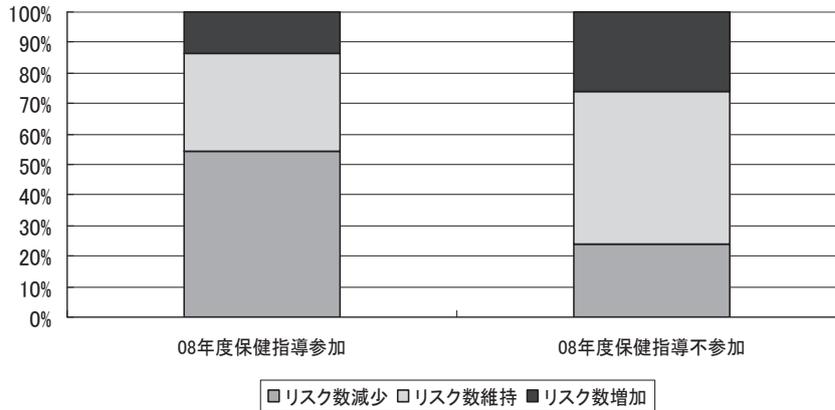
- 年代によって改善率に差 ⇒ 効果の高い群にはより積極的関与。効果の低い群は要因分析が必要
 - 男性: 積極的支援では40代と60代で改善率が高く、50代は若干低い。動機付け支援は、40代から50代の改善率が高い。
 - 女性: 65歳未満は、積極的支援の改善率が男性よりも高い。
- 40～60代男性の動機付け支援 ⇒ 積極的支援指導対象者群の高い悪化率が課題

56

4.3.1 保健指導参加の有無によるリスク数変化

国保事例

リスク数の変化

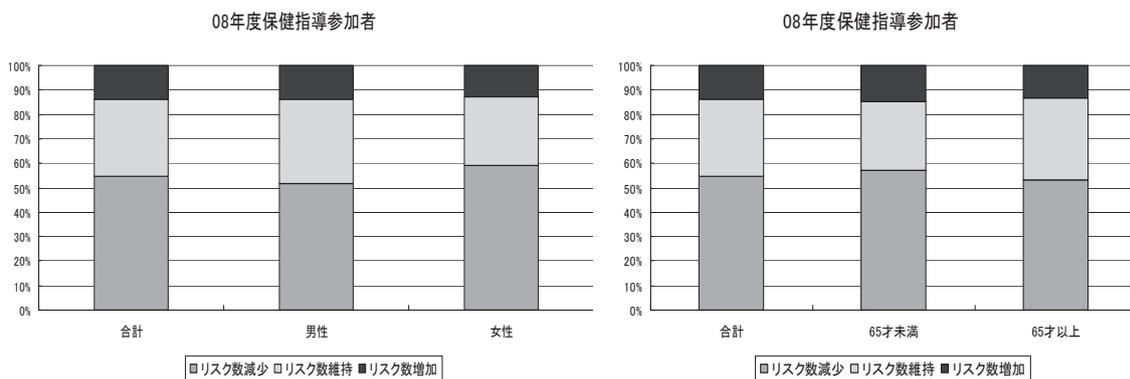


- ・保健指導参加者のリスク数の減少率が、不参加者の2倍以上高い。
 - － 改善リスク数は1～2がほとんど(改善145人中、96人が改善リスク数1、31人が改善リスク数2)
 - － 保有リスク数の大小と改善リスク数には相関は観察されない(保健指導はリスクの多い人にも一定の効果がある)。
- ・保健指導によって増加率が減少
 - － リスク増加の抑制としても保健指導が効果を発揮していると考えられる。

57

4.3.2 性別／年代別の保健指導参加者のリスク数変化

国保事例



- ・男性と女性では、増加率は同程度であるが、減少率が女性の方が約7%高い。
- ・65歳未満と65歳以上では、増加率は同程度であるが、減少率が65歳未満の方が約4%高い。
 - － 全てのケースで減少率は50%を超えるため、性別／年代別に関係なくリスク数減少の観点では保健指導の効果が有効であることが分かる。

58

4.3.3 保健指導参加者のリスク数変化

国保事例

08年度保健指導参加者のリスク数の変化

08年度保健指導不参加者のリスク数変化

		2009年度リスク数							リスク数増加			2009年度リスク数						
		0	1	2	3	4	5	6				0	1	2	3	4	5	6
2008年度リスク数	0	0	0	0	0	0	0	0		2008年度リスク数	0	401	239	47	12	1	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0			1	203	661	287	57	9	3	0
	2	7	22	20	11	3	0	0			2	50	270	488	163	34	5	0
	3	0	14	31	24	10	2	0			3	6	52	162	232	92	13	1
	4	0	8	9	29	26	9	1			4	2	6	30	97	134	58	6
	5	0	1	2	6	12	13	0			5	0	0	2	21	46	61	9
	6	0	0	1	1	2	0	1			6	0	0	0	1	2	9	10

リスク数減少

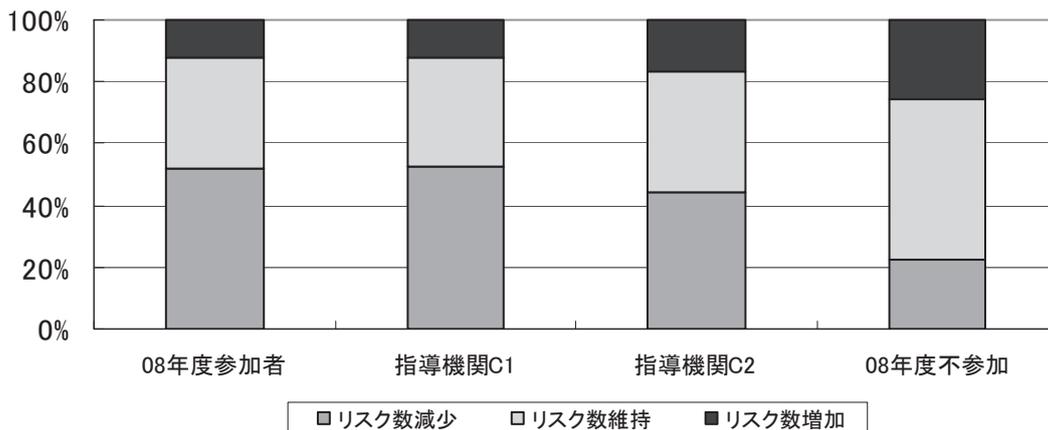
- ・08年度の参加者はリスク数が減少している。
- ・不参加者においてもリスク数が減少するが、リスクが減少した参加者の割合は参加者の方が高いため、保健指導の効果はあると考えられる。
例:08年度 リスク数3の方 56%(参加者) vs. 48%(不参加者)

59

4.3.4 保健指導参加者のリスク数変化

社保事例

リスク数の変化

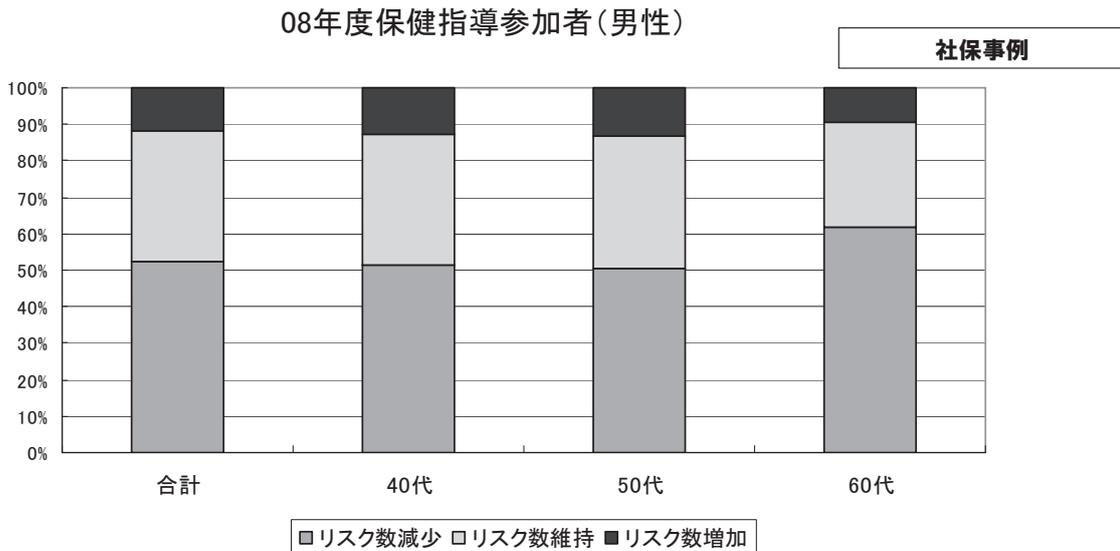


- ・保健指導参加者のリスク数減少率が、不参加者の2倍以上高い。
- ダウン率や、リスク数の減少傾向も国保事例とほぼ同様
- ・保健指導機関C1とC2では、C1の方がリスク数の減少数が高く、増加数が低い。
- 機関による保健指導参加者の違いや、C2の参加人数が少数のため、有意な差とはいえない。

※指導機関についてはスライド92参照

60

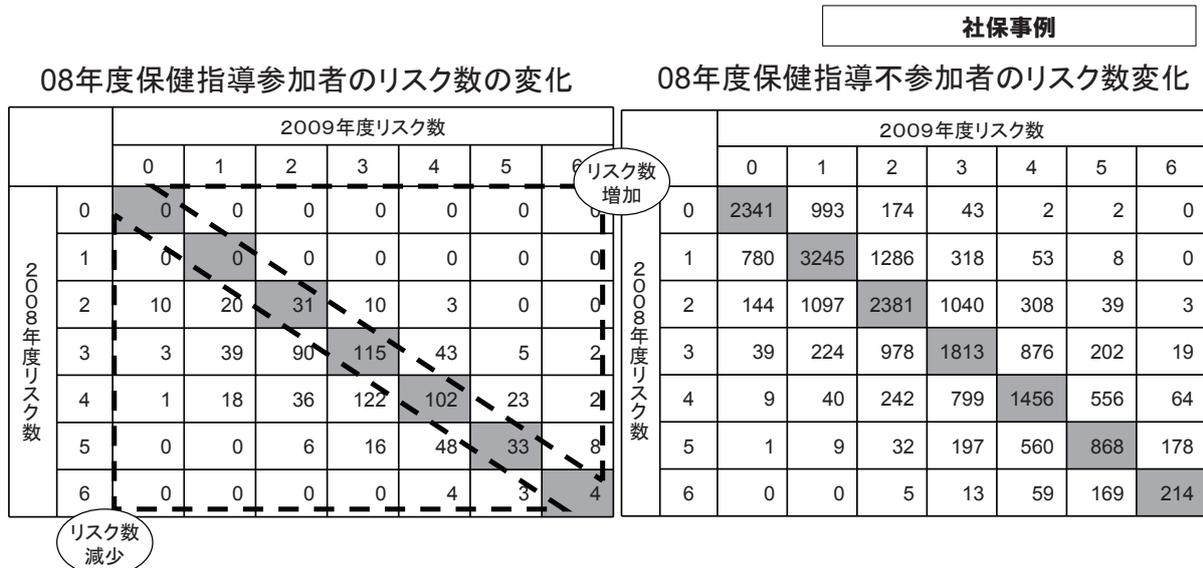
4.3.5 男性／年代別の保健指導参加者のリスク数変化



- ・男性の60代の減少率が高く、増加率が低い。
 - 60代でも保健指導の効果があると考えられる。
- ・40代、50代では減少率が低く、増加率が高い。
 - 40代、50代の方のリスク数増加への対応が必要と考えられる。

61

4.3.6 保健指導参加者のリスク数変化



- ・08年度の参加者はリスク数が減少している。
- ・不参加者においてもリスク数が減少するが、リスクが減少した参加者の割合は参加者の方が高いため、保健指導の効果はあると考えられる。
 例: 08年度 リスク数3の方 44%(参加者) vs. 30%(不参加者)

62

4.3.7 保健指導参加者のリスク数変化

08年度保健指導参加者のリスク数の変化
(機関C1)

		2009年度リスク数						
		0	1	2	3	4	5	6
2008年度リスク数	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0
	2	9	20	30	9	3	0	0
	3	3	37	88	111	42	5	2
	4	1	17	35	121	100	22	2
	5	0	0	6	16	48	33	8
	6	0	0	0	0	4	3	4

リスク数減少 ← → リスク数増加

社保事例

08年度保健指導参加者のリスク数の変化
(機関C2)

		2009年度リスク数						
		0	1	2	3	4	5	6
2008年度リスク数	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	0
	2	1	0	1	1	0	0	0
	3	0	2	2	4	1	0	0
	4	0	1	1	1	2	1	0
	5	0	0	0	0	0	0	0
	6	0	0	0	0	0	0	0

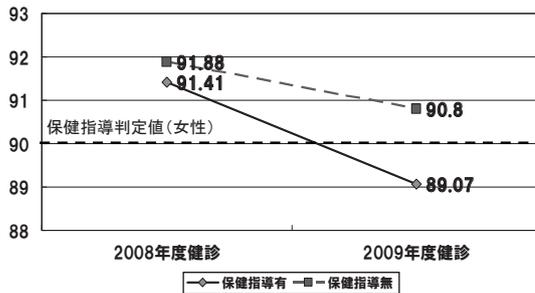
リスク数減少 ← → リスク数増加

63

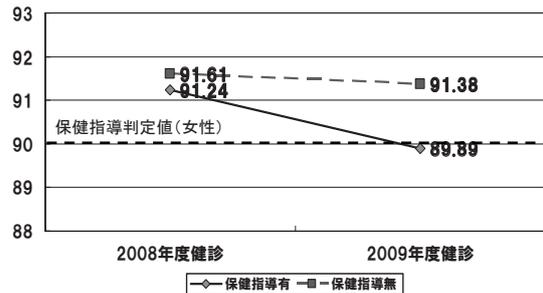
4.4.1 保健指導参加の有無による検査値分布の変化

腹囲

国保事例



社保事例



指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-2.34	-1.08	-1.26	-3.15	1.76E-3

指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-1.35	-0.24	-1.11	-7.55	9.71E-14

※1 BMI、血糖、HbA1c、中性脂肪、HDL、血圧(収縮、拡張)は資料編(スライド125以降を参照)
 ※2 保健指導判定値(男性)は省略

・共に保健指導によって腹囲は有意に検査値が改善される。

64

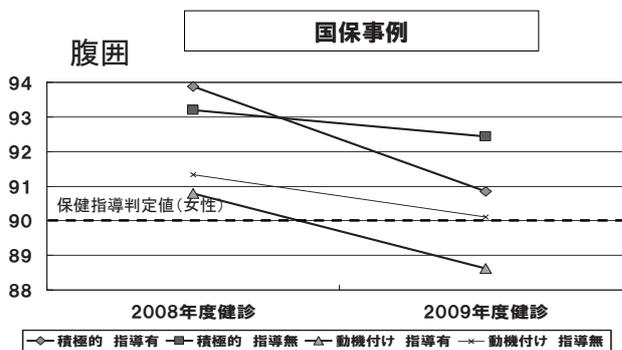
4.4.2 保健指導参加の有無による検査値分布の変化

【考察】

- 多くの検査値で保健指導による効果を確認
 - － 国保事例の場合、腹囲、BMI、血圧(収縮期、拡張期)で保健指導による有意な改善を示す。
 - － 社保事例の場合、腹囲、BMI、血圧(収縮期)で保健指導による有意な改善を示す。
- 保健指導によって検査値の改善の程度が大きい。
 - － 保健指導効果の違いは、母集団の違いに起因すると考えられる。
 - － 一律の指導ではなく、母集団の性質に応じて指導内容を変えることで、より高い効果が得られるのではないかと。
- 不参加群(保健指導無)に関しては、国保事例・社保事例ともに改善傾向
- 腹囲が約1.5cm～2cm減少し、体重に概算して1.5kg～2kgの減少に相当
 - － 体重4%減少を目標にするとよいという研究結果を考慮すると、1～2年継続すると、より高い効果が得られる可能性がある(1kg=1%と換算)。
 - － 継続指導にはコストを要するため、コストに対する効果を定量的に評価する必要がある。

65

4.4.3 保健指導参加の有無による検査値分布の変化(支援区分別)

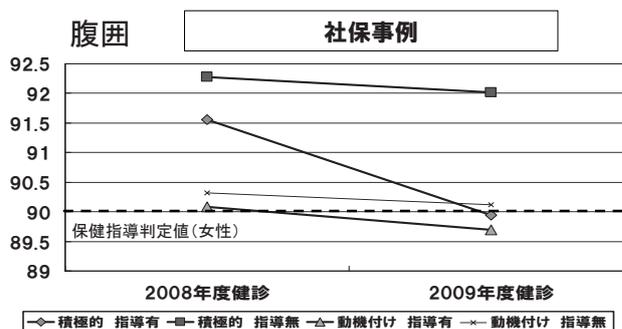


積極的支援

指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-3.04	-0.77	-2.27	-2.74	0.007

動機付け支援

指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-2.17	-1.21	-0.96	-2.09	0.038



積極的支援

指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-1.61	-0.25	-1.36	-8.55	6.43E-17

動機付け支援

指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-0.39	-0.20	-0.19	-0.53	0.598

※ 保健指導判定値(男性)は省略

66

4.4.4 保健指導参加の有無による検査値分布の変化(支援区分別)

【考察】

■ 共通

- 積極的支援と動機付け支援を比べると、検査値の変化に差があった。
 - 積極的支援対象者は、保健指導によって動機付け対象者よりも検査値が大きく改善する。
 - 各保険者で被保険者の保健指導の効果測定を行い、どの群に保健指導をすると効果が高いか見極めることが重要である。

■ 国保事例

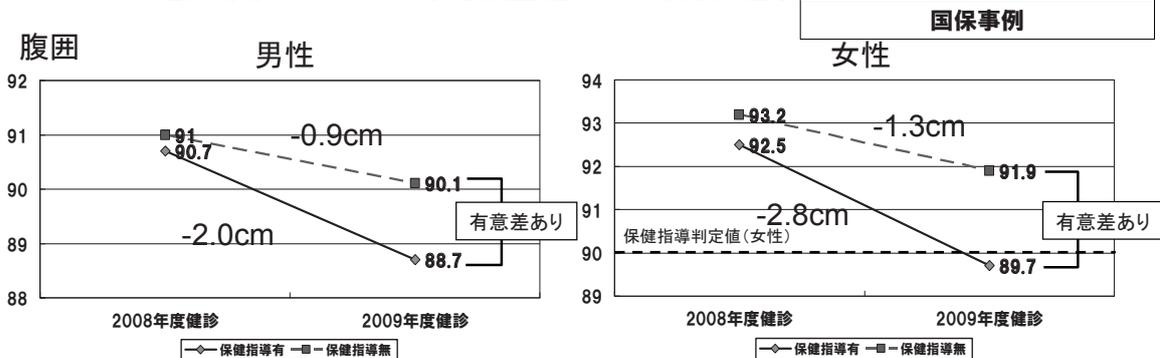
- 積極的支援と動機付け支援を比べると、改善する検査項目はおおよそ共通であった。
 - 積極的支援対象者は、腹囲、BMI、血圧(収縮期)、血圧(拡張期)で有意な差があった。
 - 動機付け支援対象者は、腹囲、BMI、血圧(収縮期)で有意な差があった。

■ 社保事例

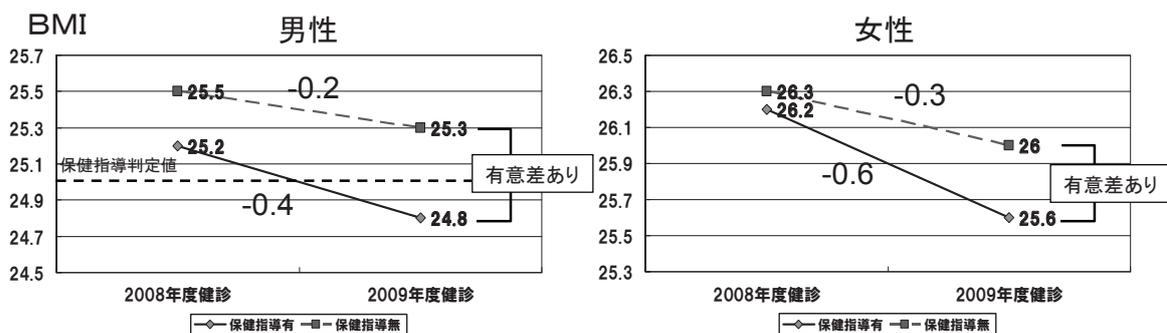
- 積極的支援と動機付け支援を比べると、改善する検査項目に違いがあった。
 - 積極的支援対象者は、腹囲、BMIで有意な差があった。
 - 動機付け支援対象者は、血圧(収縮期)、血圧(拡張期)で有意な差があった。

67

4.4.5 保健指導参加の有無による検査値分布の変化(性別)



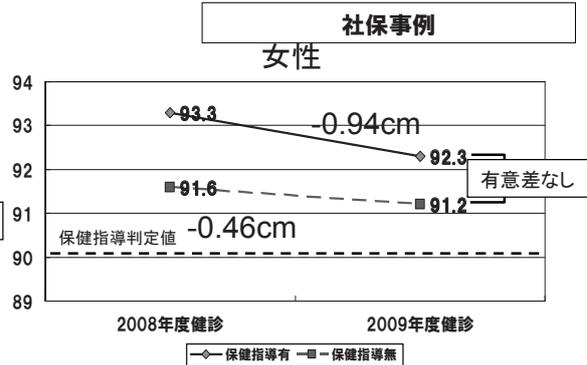
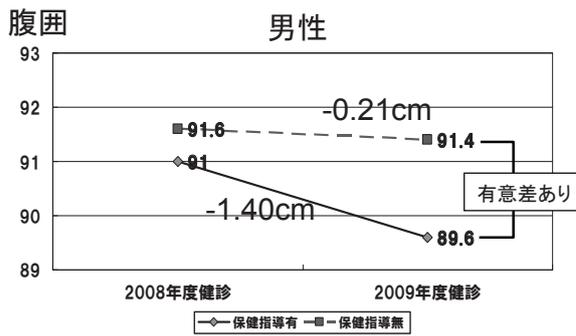
・女性の方が男性よりも腹囲の減少が大きく、参加有無で有意差あり。



・女性の方が男性よりもBMIの減少が大きい。男女共に参加有無で有意差あり。

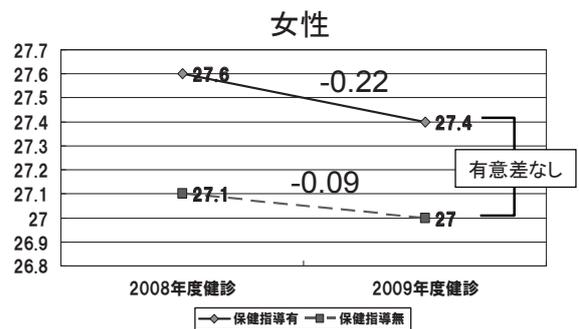
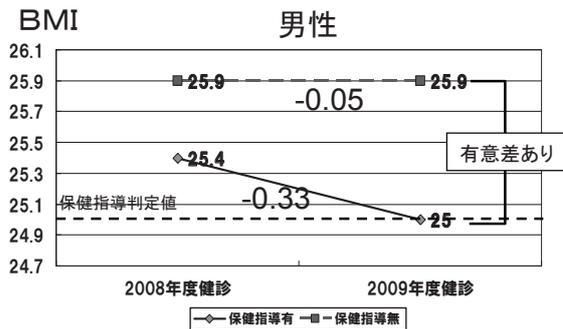
68

腹囲



・男性の方が女性よりも腹囲の減少が大きく、参加有無で有意差あり。

BMI

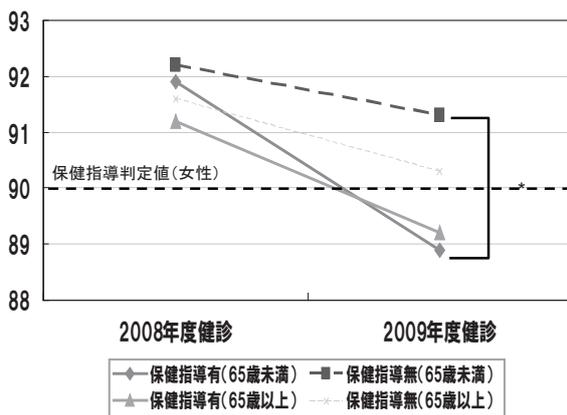


・男性の方が女性よりもBMIの減少が大きく、参加有無で有意差あり。

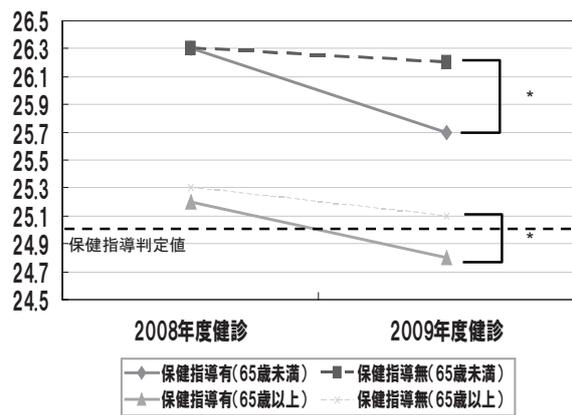
69

4.4.6 保健指導参加の有無による検査値分布の変化(年代別)

腹囲



BMI



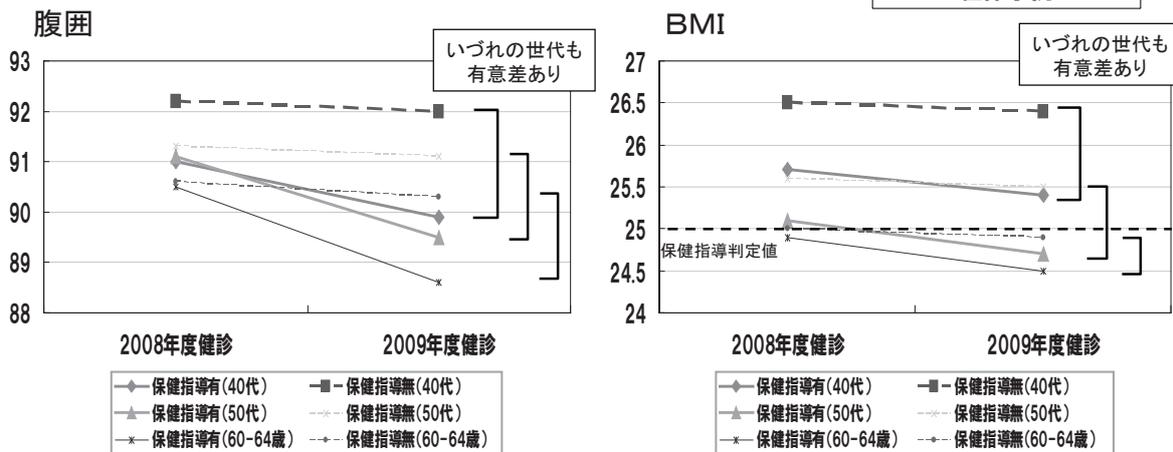
・65歳未満は保健指導による有意な減少が認められる。

・65歳未満、65歳以上ともに保健指導による有意な減少が認められる。

*: P<0.05

70

4.4.7 保健指導参加の有無による検査値分布の変化(男性)



- ・各年代とも一様に保健指導によって腹囲が減少する。
- ・60代の減少が最も大きい。
- ・各年代ともに保健指導による有意な減少が認められる。
- ・40代の参加不参加群は、他の年代に比べて腹囲の差が大きい。

- ・各年代とも一様に保健指導によってBMIが減少する。
- ・各年代ともに保健指導により有意な減少が認められる。
- ・40代の参加不参加群は、他の年代に比べてBMIの差が大きい。

71

4.4.8 性別／年代別の保健指導参加有無による検査値分布の変化

【考察】

■ 共通

- － 性別／年代別によって、保健指導効果に差がでる検査項目と差がでない検査項目があった。
 - 性別／年代別に、改善しやすい検査項目と改善しにくい検査項目があるため、性別／年代別を考慮した保健指導の評価が必要であると考えられる。
- － 性別／年代別の保健指導効果は、保険者間で異なった。
 - 例えば、国保事例は男性よりも女性の腹囲の減少が大きい。社保事例は、女性よりも男性の腹囲減少が大きい。
 - 保険者ごとに、被保険者の年齢分布、対象者数、指導機関、就業の有無等が異なるため保健指導効果に差が生じたと考えられる。

■ 国保事例

- － 腹囲、血圧(収縮期)は女性のみ、保健指導の参加の有無で有意な差があった。
- － 腹囲、HDL、血圧(収縮期)、血圧(拡張期)は65歳未満のみ、参加の有無で有意な差があった。
 - 若い世代の改善は将来的な生活習慣病の予防に繋がるため、より積極的に指導を実施していく必要がある。

■ 社保事例

- － 男性は腹囲とBMI、女性は血圧(収縮期)において、保健指導の参加の有無で有意な差があった。
- － いづれの世代においても、腹囲、BMIにおいて、保健指導の参加の有無で有意な差があった。
- － 有意な差がある検査項目は世代間で共通であった。

72

4.5.1 保健指導前後での検査値分布の変化

保健指導有群	保険者	2008年度 平均	2009年度 平均	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
腹囲	国保	91.41	89.07	-2.34	8.50	1.39E-15	264
	社保	91.24	89.89	-1.35	9.65	6.36E-21	797
BMI	国保	25.59	25.08	-0.51	8.21	1.02E-14	264
	社保	25.61	25.29	-0.32	9.46	3.51E-20	797
血糖	国保	101.69	98.21	-3.48	4.03	7.37E-05	264
	社保	102.05	100.80	-1.25	2.72	6.56E-03	797
HbA1c	国保	5.20	5.23	0.03	-1.11	0.27	264
	社保	5.16	5.20	0.04	-7.43	2.89E-13	797

※中性脂肪、HDL、血圧(収縮、拡張)は次頁に記載

- ・両年度ともに、保健指導の前後で、多くの検査値が有意に改善
 - － 国保事例では、腹囲、BMI、血糖、中性脂肪、血圧(収縮期、拡張期)で改善
特に、中性脂肪の改善が顕著
 - － 社保事例では、腹囲、BMI、血糖、血圧(収縮期、拡張期)で改善

73

保健指導有群	保険者	2008年度 平均	2009年度 平均	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
中性脂肪	国保	158.31	136.23	-22.09	2.98	3.14E-03	264
	社保	159.10	156.49	-2.61	0.77	0.44	797
HDL	国保	58.11	58.19	0.08	-0.14	0.89	264
	社保	58.30	57.34	-0.95	3.67	2.62E-04	797
血圧(収縮期)	国保	137.16	132.19	-4.98	5.30	2.51E-07	264
	社保	120.98	119.49	-1.49	3.92	9.81E-05	797
血圧(拡張期)	国保	82.12	79.02	-3.10	5.07	7.65E-07	264
	社保	75.10	74.44	-0.66	2.18	0.03	797

- ・国保事例の方が2年間の検査値の差が顕著であり、血圧以外の検査値の平均値はほぼ同じ値である。
- ・国保事例と社保事例で効果の違いがあるが、母集団の違いなど注意深く検証する必要がある。

74

4.5.2 保健指導前後での検査値分布の変化(支援区分別)

国保事例

積極的支援	2008年度	2009年度	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
腹囲	93.88	90.84	-3.04	5.08	5.28E-06	53
BMI	26.81	26.28	-0.53	3.38	0.001	53
血糖	104.96	98.1	-6.87	2.60	0.012	53
中性脂肪	225.98	159.87	-66.11	2.07	0.043	53
動機付け支援	2008年度	2009年度	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
腹囲	90.79	88.62	-2.17	7.00	3.37E-11	211
BMI	25.28	24.78	-0.50	7.52	1.56E-12	211
血糖	100.87	98.24	-2.63	3.10	0.002	211
中性脂肪	141.32	130.29	-11.03	2.47	0.014	211

- ・検査値の改善の観点では、積極的支援の人への指導効果が大きい。
- ・保健指導の前後で、多くの検査値が有意に改善

75

社保事例

積極的支援	2008年度	2009年度	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
腹囲	91.56	89.94	-1.62	10.8	4.72E-25	623
BMI	25.57	25.20	-0.37	9.64	1.346E-20	623
血糖	102.78	101.46	-1.32	2.43	0.016	623
中性脂肪	168.59	162.12	-6.47	1.64	0.102	623
動機付け支援	2008年度	2009年度	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
腹囲	90.08	89.69	-0.39	1.13	0.259	174
BMI	25.77	25.59	-0.18	2.26	0.025	174
血糖	99.42	98.46	-0.96	1.28	0.203	174
中性脂肪	125.09	136.31	11.22	-1.77	0.079	174

- ・検査値の改善の観点からは、積極的支援の人への指導が効果が大きい。
- ・保健指導の前後で、多くの検査値が有意に改善

76

4.5.3 保健指導前後での検査値分布の変化

【考察】

■ 共通

- 積極的・動機付けのレベルによって検査値の変化に差があった。
 - 積極的支援対象者は、保健指導によって動機付け支援対象者よりも検査値が大きく改善することがわかった。
 - 群ごとに保健指導の効果を評価することが重要である。

■ 国保事例

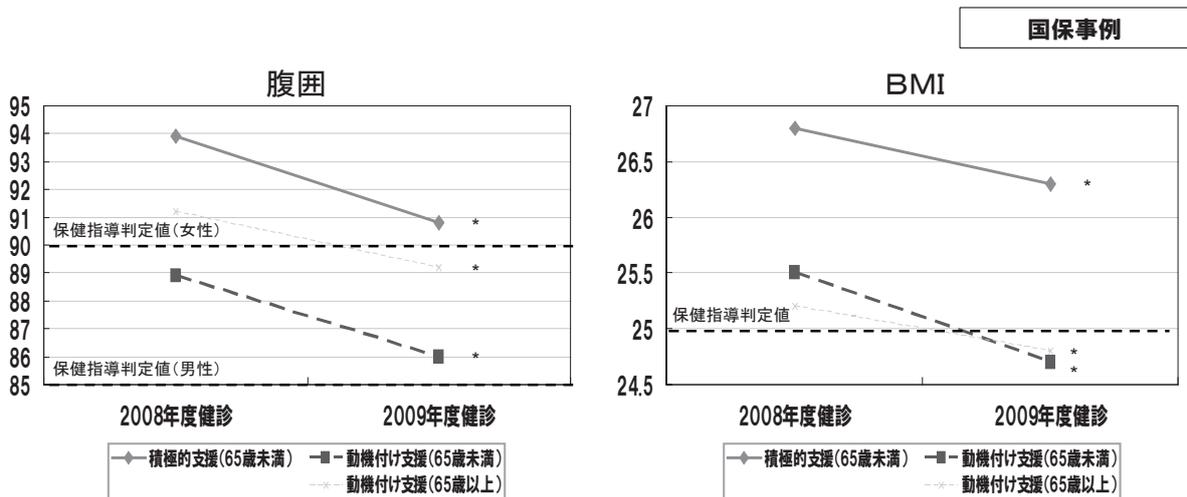
- 積極的・動機付けのレベルによって検査値の変化に差があった。
 - 検査値の改善の観点からは、積極的支援の人への指導が効果大きい。
 - 積極的支援対象者は、腹囲、BMI、血糖、中性脂肪、血圧(収縮期、拡張期)について有意に改善
 - 動機付け支援対象者は、腹囲、BMI、血糖、HbA1c、中性脂肪、血圧(収縮期、拡張期)について有意に改善

■ 社保事例

- 積極的・動機付けのレベルによって検査値の変化に差があった。
 - 検査値の改善の観点からは、積極的支援の人への指導効果が大きい。
 - 積極的支援対象者は、腹囲、BMI、血糖、HbA1c、血圧(収縮期、拡張期)について有意に改善
 - 動機付け支援対象者は、BMI、HbA1cについて有意に改善

77

4.5.4 保健指導前後での検査値分布の変化(年代/支援区分別)



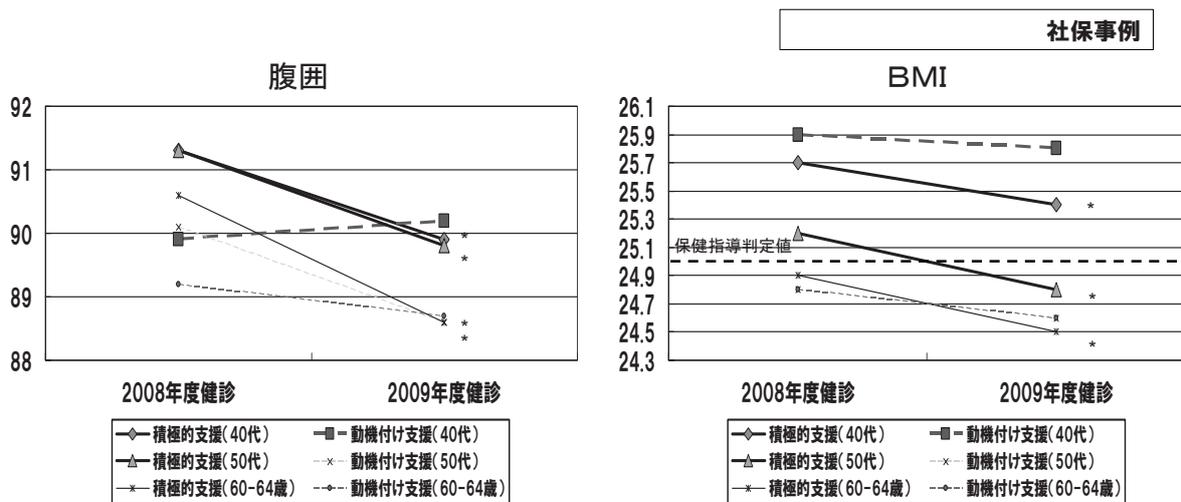
- ・年代・支援区分によらず保健指導前後で有意な減少が認められる。
- ・動機付け支援では65歳未満の減少が大きい。

- ・年代・支援区分によらず保健指導前後で有意な減少が認めれる。
- ・動機付け支援では65歳未満の方が減少が大きい。

*: P<0.05

78

4.5.5 保健指導前後での検査値分布の変化(男性)



- ・積極的支援では各年代ともに有意な減少
- ・動機付け支援は50代のみ有意な減少
- ・40代の動機付け支援は、腹囲が増加

- ・積極的支援では各年代ともに有意な減少
- ・40代の動機付け支援は、他に比べて減少幅が小さい。

*: P<0.05

79

4.5.6 保健指導前後での検査値分布の変化(年代別/支援区分別)

【考察】

■ 共通

- 保健指導参加者の中でも、支援区分や性別/年代別で、検査値の改善傾向に差があった。
 - 腹囲、BMIは積極的支援において有意に改善
 - 若い世代において検査値の改善幅は大きい傾向があった。
- 検査値の改善傾向は、保険者間で異なった。
 - 国保事例は年代/支援区分によらず有意に改善。社保事例は、積極的支援において有意に改善
 - 保険者ごとに、被保険者の年齢分布、対象者数、保健指導機関、就業の有無等が異なるため、保健指導効果に差が生じたと考えられる。

■ 国保事例

- 年代/支援区分によらずに保健指導によって検査値が改善

■ 社保事例

- 積極的支援の対象者は年齢によらず保健指導によって検査値が改善
- 40代男性の動機付け支援においては改善せず、腹囲等は悪化している場合もあった。
 - 今後、これらの対象者への対策が必要になると考えられる。

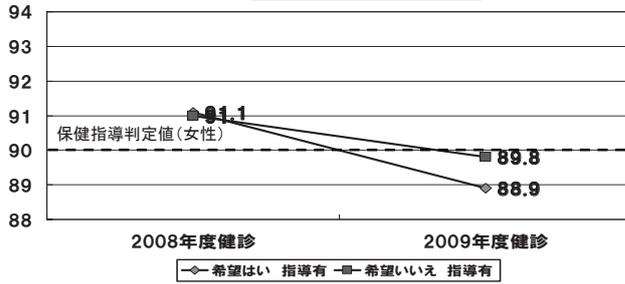
80

4.6.1 保健指導参加意欲の有無による検査値分布の変化

意欲有:「保健指導の希望=はい」、意欲無:「保健指導の希望=いいえ」とした。

腹囲

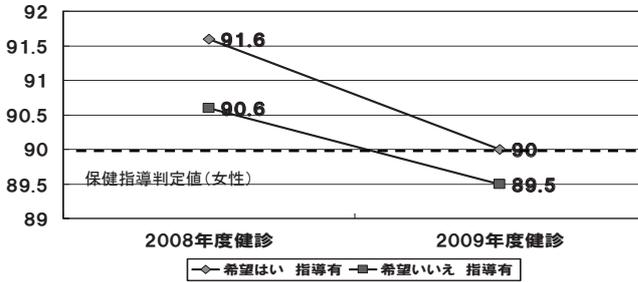
国保事例



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-2.41	-1.11	-1.30	-1.64	0.10

腹囲

社保事例



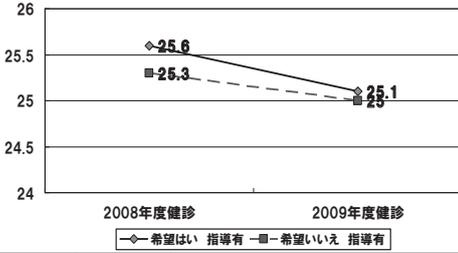
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-1.60	-1.02	-0.58	-1.99	0.05

※ 保健指導判定値(男性)は省略

81

改善意欲=保健指導の希望

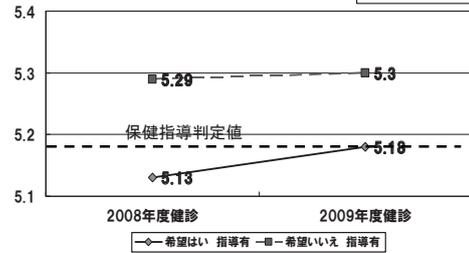
BMI



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.530	-0.328	-0.20	-1.35	0.18

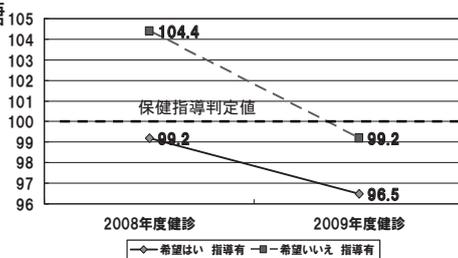
HbA1c

国保事例



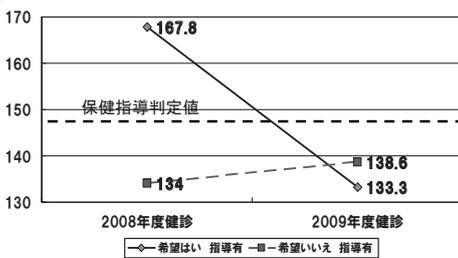
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
0.0510	0.00754	0.04	0.57	0.57

血糖



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-2.69	-5.13	2.43	0.99	0.32

中性脂肪

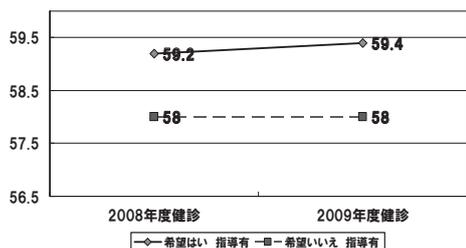


意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-34.4	4.56	-39.02	-2.31	0.02

82

改善意欲 = 保健指導の希望

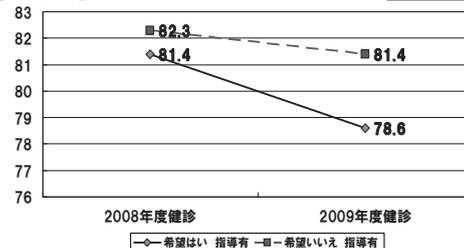
HDL



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
0.237	0	0.24	0.14	0.89

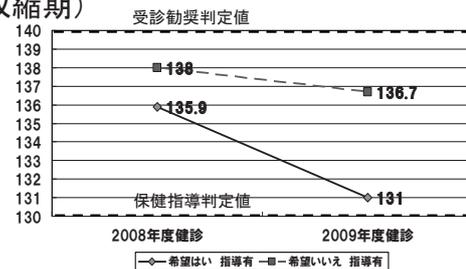
血圧(拡張期)

国保事例



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-2.80	-0.981	-1.82	-1.03	0.30

血圧(収縮期)

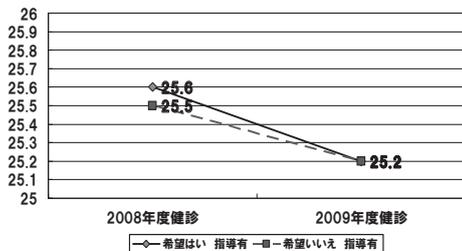


意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-4.88	-1.22	-3.66	-1.16	0.25

83

改善意欲 = 保健指導の希望

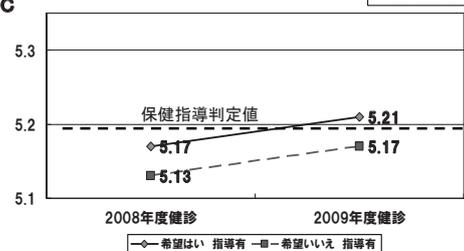
BMI



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.364	-0.286	-0.08	-1.11	0.27

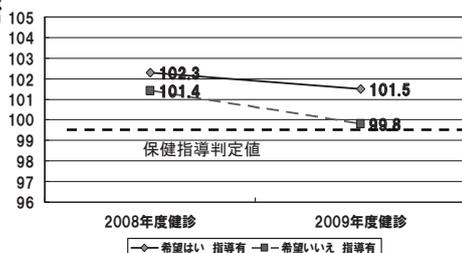
HbA1c

社保事例



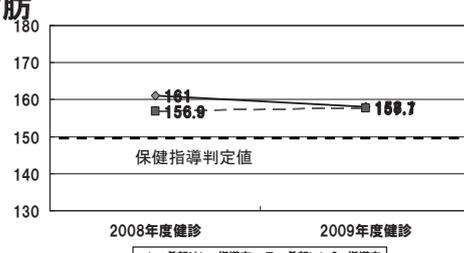
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
0.0345	0.0381	0.003	-0.31	0.75

血糖



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.819	-1.56	0.75	0.84	0.40

中性脂肪

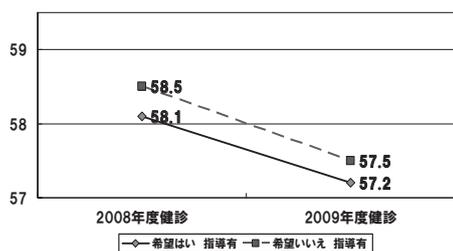


意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-2.85	0.737	-3.60	0.84	0.40

84

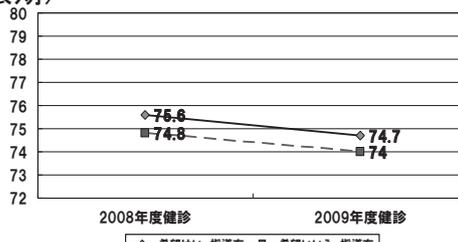
改善意欲＝保健指導の希望

HDL



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.915	-1.01	0.10	0.18	0.85

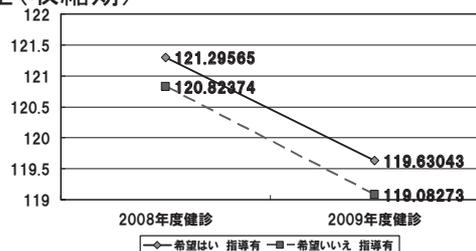
血圧(拡張期)



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.893	-0.730	-0.16	-0.26	0.79

社保事例

血圧(収縮期)



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-1.66	-1.74	0.08	0.09	0.92

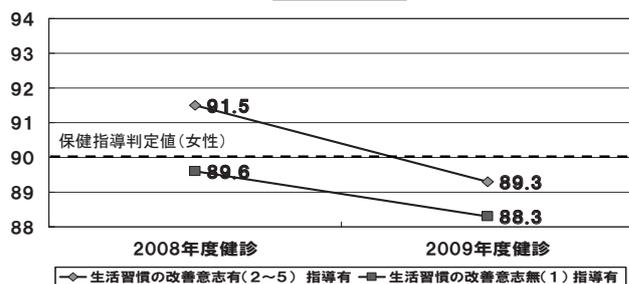
85

4.6.2 保健指導参加者の生活習慣の改善意欲の有無による検査値分布の変化

意欲有:「生活習慣の改善意志=2~5※」、意欲無:「生活改善の意志=1※」とした。

腹囲

国保事例



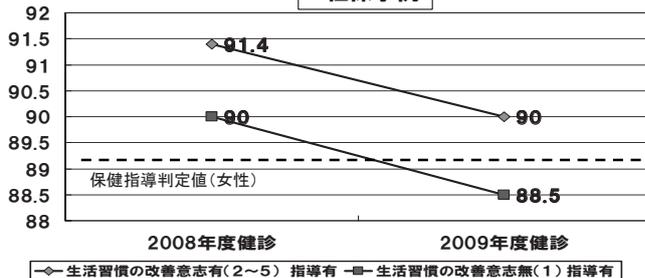
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-2.19	-1.31	-0.89	-1.06	0.29

※「生活習慣の改善意志」の回答選択肢

- 1 = 意志無
- 2 = 意志有(6か月以内)
- 3 = 意志有(近いうち)
- 4 = 取組済み(6ヶ月未満)
- 5 = 取組済み(6ヶ月以上)

腹囲

社保事例



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-1.36	-1.52	0.16	0.407	0.68

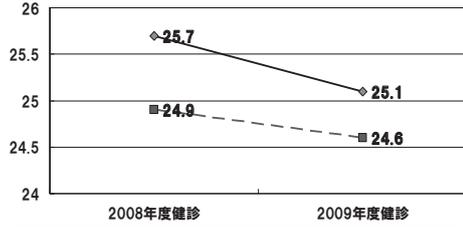
※ 保健指導判定値(男性)は省略

86

改善意欲 = 生活習慣の改善意志

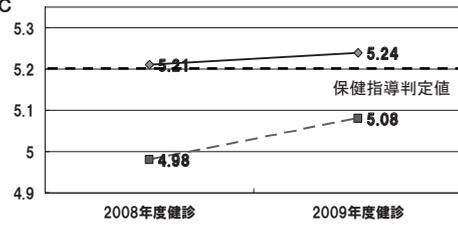
国保事例

BMI



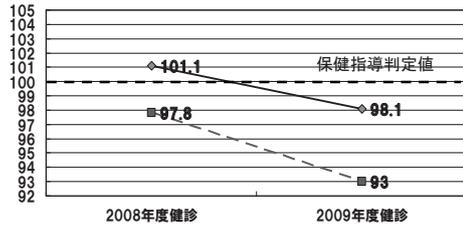
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.506	-0.318	-0.19	-1.10	0.27

HbA1c



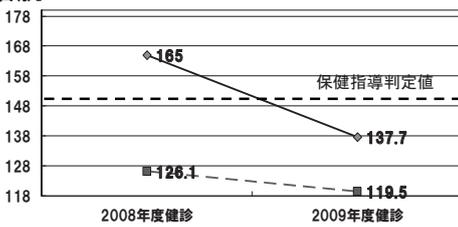
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
0.0274	0.1	-0.07	-1.21	0.23

血糖



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-3.07	-4.81	1.74	0.68	0.50

中性脂肪



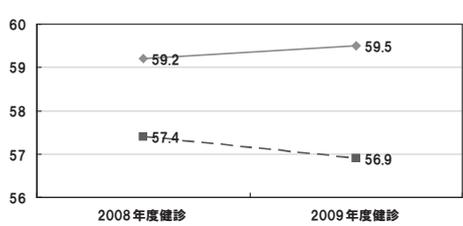
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-27.2	-6.62	-20.65	-1.40	0.16

87

改善意欲 = 生活習慣の改善意志

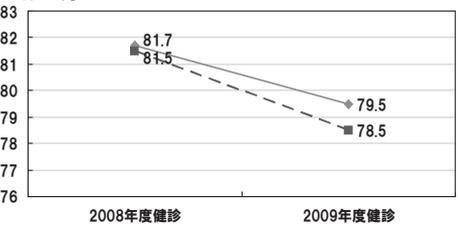
国保事例

HDL



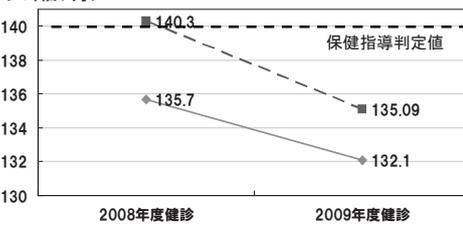
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
0.317	-0.562	0.88	0.69	0.49

血圧(拡張期)



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-2.17	-3	0.82	0.57	0.57

血圧(収縮期)



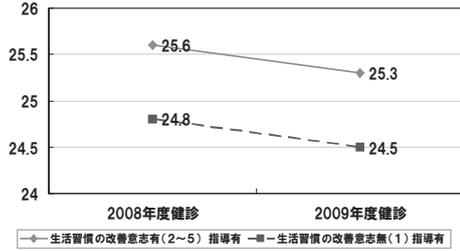
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-3.64	-5.21	1.58	0.47	0.64

88

改善意欲＝生活習慣の改善意志

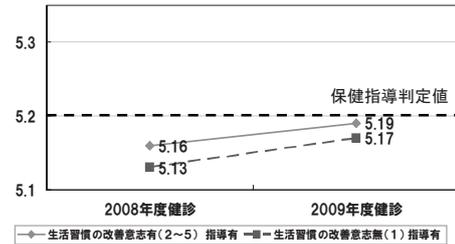
社保事例

BMI



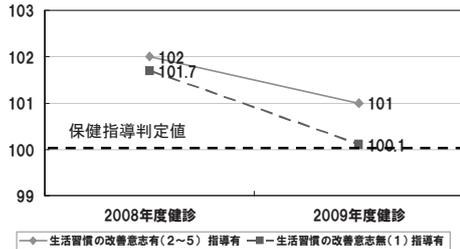
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.332	-0.355	0.02	0.24	0.81

HbA1c



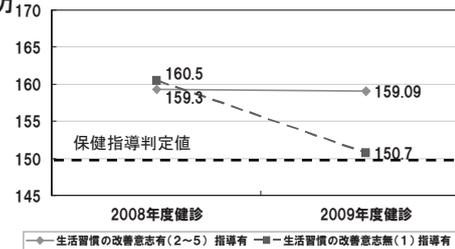
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
0.0348	0.0428	-0.01	-0.55	0.58

血糖



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-1.02	-1.61	0.59	0.56	0.57

中性脂肪



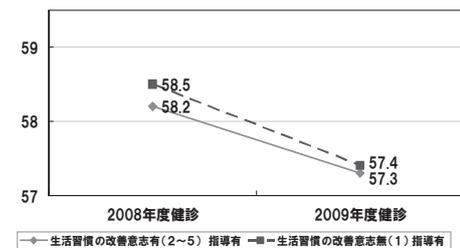
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.234	-9.79	9.56	0.92	0.36

89

改善意欲＝生活習慣の改善意志

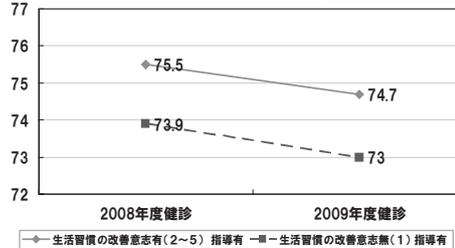
社保事例

HDL



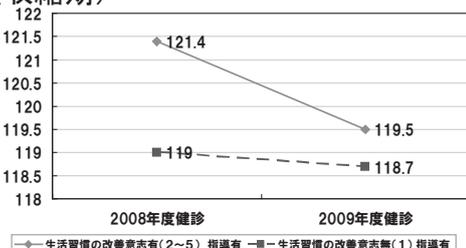
意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.931	-1.10	0.17	0.21	0.83

血圧(拡張期)



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-0.821	-0.897	0.08	0.086	0.93

血圧(収縮期)



意欲有	意欲無	意欲有無の差	t値	P値
-1.91	-0.224	-1.69	-1.53	0.13

90

4.6.3 保健指導参加者の健康改善意欲の有無による検査値分布の変化

【考察】

- 健康改善意欲の有無による検査値の改善効果は殆ど認められない。
 - 「保健指導の希望」の有無と検査値の改善との関係
 - 国保事例は、改善効果はない。
 - 社保事例は、腹囲、中性脂肪で有意な改善があった。
 - 「生活習慣の改善意志」の有無と検査値の改善との関係
 - 国保事例、社保事例ともに、検査値の改善効果はない。
 - 改善意志のある人は、意志がない人に比べて検査値が悪い。
 - 検査値が悪い人の方が改善意志と回答する傾向があると考えられる。
- 健康改善意欲の有無と生活習慣の改善との関係
 - 検査値の改善効果はなかったが、生活習慣が改善(行動変容)していることも考えられる。改善意欲と生活習慣の関係の調査は今後の課題である。
- 生活習慣等の問診結果を用いた保健指導の効果分析
 - 生活習慣の特徴によって保健指導効果に差があるか?など、問診結果と絡めた保健指導の効果分析は今後の課題である。
 - 「生活習慣と次年度の健診受診率との関係」や「改善意欲と指導脱落率との関係」等

91

5. 保健指導委託先評価

- 国保事例では委託先が1機関のみであったため、社保事例のみについて保健指導機関別評価を行った。
- 分析対象データ
2008年度： 2機関
 - 保健指導機関C1 対象者： 839人
 - 保健指導機関C2 対象者： 25人
- 2009年度： 4機関
 - 保健指導機関C1 対象者： 1,050人
 - 保健指導機関C2 対象者： 93人
 - 保健指導機関C3 対象者： 163人
 - 保健指導機関C4 対象者： 15人

※ 80%以上はC1で保健指導を実施

※ C3は被保険者のみを指導対象

※ C2、C4は被扶養者のみを指導対象

92

5.1 保健指導参加者の検査値変化

社保事例

保健指導有群		2008年度 平均	2009年度 平均	2008年度と 2009年度の差	t値	P値	人数
腹囲	C1	91.19	89.82	-1.37	9.92	6.67E-22	779
	C2	93.27	92.67	-0.59	0.35	0.73	18
BMI	C1	25.56	25.23	-0.33	9.59	1.15E-20	779
	C2	27.75	27.73	-0.02	0.08	0.93	18
空腹時 血糖	C1	102.1	100.87	-1.20	2.57	0.01	779
	C2	101.17	98	-3.17	2.17	0.04	18
HbA1c	C1	5.16	5.19	0.039	-7.89	1.01E-14	779
	C2	5.33	5.29	-0.039	0.66	0.52	18
中性脂肪	C1	160.27	157.69	-2.58	0.74	0.46	779
	C2	108.33	104.67	-3.67	0.48	0.64	18

・機関C2は人数が少ないが、検査値の変化は機関C1とほぼ同様の傾向を示す。

93

5.2.1 保健指導利用中断者(脱落者)数

国保事例

		2008年度の保健指導		2009年度の保健指導	
健診受診者数		6,189人		5,402人	
健診受診者(結果完備)数(A)		6,175人		5,385人	
支援対象者数 (B)	積極的	940人	281人	668人	177人
	動機付け		659人		491人
初回面談者数(C)		402人		158人	
評価完了者数(D)		355人		0人	
脱落者数(E)		44人		0人	
その他(F=C-(D+E))		3人		158人	
脱落者率(=E/C)		10.9%		0%	
初回面談参加率(=C/B)		42.8%		23.7%	

- ・08年度は脱落者は約11%、09年度は継続中のため脱落者の判断は困難
- ・08年度の初回面談率は約43%、09年度は継続中のため、面談参加率が今後、増加することも想定される。

(A)は、支援レベルの判定可能な人数
 (B)は、Aの内、メタボ判定になった人数(受診勧奨対象者も含む)
 (C)は、Bの内、指導データファイルにデータがある人数
 (D)は、Cの内、指導データファイルで「評価の実施日付」が記入されている人数
 (E)は、Cの内、指導データファイルで「脱落年月日」が記入されている人数
 (F)は、Cの内、評価の実施日付と脱落年月の記入がされていない人数

94

		2008年度の保健指導		2009年度の保健指導	
健診受診者数		30,701人		32,949人	
健診受診者(結果完備)数(A)		28,992人		32,103人	
支援対象者数 (B)	積極的	8,131人	5,460人	8,661人	5,734人
	動機付け		2,671人		2,927人
初回面談者数(C)		864人		1,321人	
評価完了者数(D)		609人		305人	
脱落者数(E)		255人		1016人	
その他(F=C-(D+E))		0人		0人	
脱落者率(=E/C)		29.5%		76.9%	
初回面談参加率(=C/B)		10.6%		15.3%	

- ・面談参加率は、約11%(08年度)から約15%(09年度)に改善された。
- ・脱落率は約30%(08年度)、09年度は継続中のため脱落者の判断は困難

(A): 支援レベルの判定可能な人数
 (B): Aの内、メタボ判定になった人数(受診勧奨対象者も含む)
 (C): Bの内、保健指導結果履歴にデータがある人数
 (D): Cの内、保健指導結果履歴の「6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数」が0、かつ、「6ヶ月後の評価の実施年月日」が空白以外の人数
 (E): Cの内、保健指導結果履歴の「6ヶ月後の評価の実施年月日」が空白、または、「6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数」が1以上の人数

5.2.2 保健指導利用中断者(脱落者)数(保健指導機関別)

	2008年度の保健指導機関		2009年度の保健指導機関			
	C1	C2	C1	C2	C3	C4
初回面談者数 (A)人	839	25	1,050	93	163	15
脱落者(B)人	236	19	745	93	163	15
評価完了者数 (C)人	603	6	305	0	0	0
脱落者率 (=B/A)	28.1%	76%	71.0%	100%	100%	100%

- ・08年度はC1の脱落率は約30%、C2の脱落率は約76%
- ・09年度は継続中のため脱落者の判断は困難

(A): 前頁の(C)と同じ(メタボ判定になった人数の内、保健指導結果履歴にデータがある人数)
 (B): Aの内、保健指導結果履歴の「6ヶ月後の評価の実施年月日」が空白、または、「6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数」が1以上の人数
 (C): Aの内、保健指導結果履歴の「6ヶ月後の評価ができない場合の確認回数」が0、かつ、「6ヶ月後の評価の実施年月日」が空白以外の人数

5.2.3 保健指導利用中断者(脱落者)数

【考察】

- 国保事例、社保事例の比較
 - 脱落率(2008年度)は社保事例(約30%)は国保事例(約11%)の3倍程度である。
 - 初回面談参加率は国保事例の方(約40%)が社保事例(約11%)よりも約4倍高い。

- 社保事例においては初回面談参加率は過小評価されている。
 - 「受診勧奨対象者」は再検査・精密健診・経過観察健診・要医療機関受診の指示がなされ、約5割の方は保健指導対象外となる。そのため、初回面談参加率は必然的に低くなってしまう(優先順位付けの影響)。
 - 正確に評価するためには、これらの情報を踏まえて参加率を算出すべきである。

- 社保事例は脱落率/初回面談参加率共に改善することで保健指導の効果を向上させることが期待できる。
 - 国保事例の指導対象者に比べて初回面談に参加できない理由(就業状況など)があるかもしれない。
 - 初回面談参加率を、いきなり100%へ向上させる事は難しいため、保健指導効果の高い順等、優先順位をつけて参加率を向上させる事が重要である。

97

6. レセプトデータを活用した分析・評価について

【考え方】

- レセプト情報を特定健診・保健指導情報と繋げることで、特定健診・保健指導の成功・失敗の評価や適正な受療推進のための、さまざまな情報を得ることができる。ただし、特定健診を受け、かつ医療も受けた者の情報しか、繋げることができないため、その意味で一定の限界がある。

【分析対象データ】

- 2008年度、2009年度の国保事例の特定健診データ、保健指導データ、レセプトデータ

【分析の内容】

- 6.2.1 受診勧奨対象者の通院状況分析
 - 「服薬無」と回答している受診勧奨対象者の通院状況をチェック
- 6.3.1 服薬問診結果と通院状況の整合性
 - 問診回答が治療実態を把握しているかをチェック
- 6.4.1 治療中の方の検査値分布の状況
 - 治療中の被保険者が治療目標を達成しているかをチェック

98

💡 レセプトとの突合分析で見えてくるもの

■ 各分析で評価するデータ

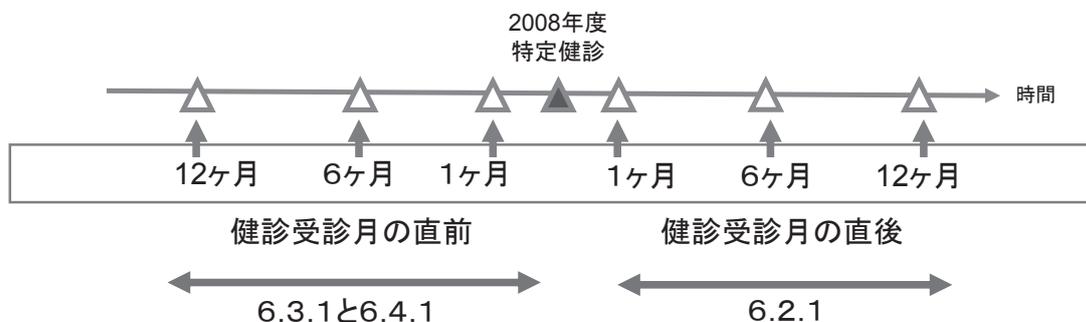
- 「服薬無」と回答している受診勧奨対象者の通院状況をチェックする。
 - 受診勧奨対象者が、治療を開始したか。
 - 受診後6ヶ月経過時点で、半数程度は治療を開始している。
 - 受診後1ヶ月経過時点で20%程度は治療開始、以後、徐々に低下する。
- 問診回答が治療実態を把握しているかをチェックする。
 - 問診に正しく回答しているか。
 - 健診受診月の直前1, 6, 12ヶ月のデータを評価
 - 国保事例では20%程度の不整合が発生し、社保事例はそれ以上
 - 血圧と、脂質・血糖では、不整合の率が大きく異なる。血圧の方が低い。
- 治療中の被保険者が治療目標を達成しているかをチェックする。
 - 検査値分布グラフ参照
 - 服薬問診回答ではなく、レセプトで治療実態を見ることが望ましい。

99

6.1 レセプトとの突合分析の概要

■ 各分析で評価するデータ

- 6.2.1 : 「服薬無」と回答している受診勧奨対象者の通院状況をチェックする。
=> 健診受診月の直後1、6、12ヶ月のデータを評価
- 6.3.1 : 問診回答が治療実態を把握しているかをチェックする。
=> 健診受診月の直前1、6、12ヶ月のデータを評価
- 6.4.1 : 治療中の被保険者が治療目標を達成しているかをチェックする。
=> 健診受診月の直前12ヶ月のデータを評価



※2009年度特定健診についても同様の分析を行った。

100

6.2.1 受診勧奨対象者の通院状況分析

国保事例

	2008年度	2009年度
健診受診者数(A) 人	6,189	5,402
受診勧奨者数※1 (B) 人	2,248	1,803
受診勧奨者で服薬無の人数(C)	1,288	951
Cのうち健診直後6ヶ月間で服薬関連レセプトが発生した人数※2 (D)	617	447
Cのうち健診直後12ヶ月で服薬関連レセプトが発生した人数※2 (E)	688	458
受診勧奨率(B/A)	36%	33%
健診直後6ヶ月間の服薬関連レセプト発生率※2 (D/C)	47%	47%
健診直後12ヶ月間の服薬関連レセプト発生率※2 (E/C)	53%	48%
受診勧奨者の服薬無率(C/B)	57%	53%

- ・「服薬無」と回答している受診勧奨者のうちで約5割が健診後に医療機関に受診
- ・今回は服薬関連レセプトとして分析したが、より詳細な分析のためには受診勧奨となった対象の検査項目と傷病名を精査する必要がある。

※1： 受診勧奨判定値のどれか1つでも受診勧奨判定値以上の場合は、受診勧奨と判定

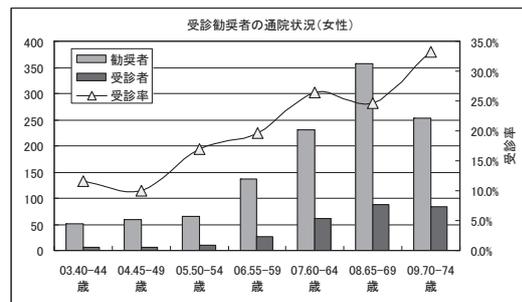
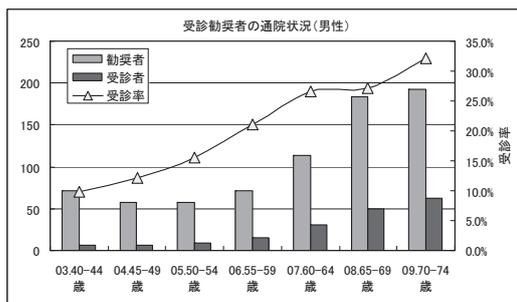
※2： 血圧、血糖、脂質に関連が深い傷病のレセプト＝服薬関連レセプトが1つでも発生した人数

101

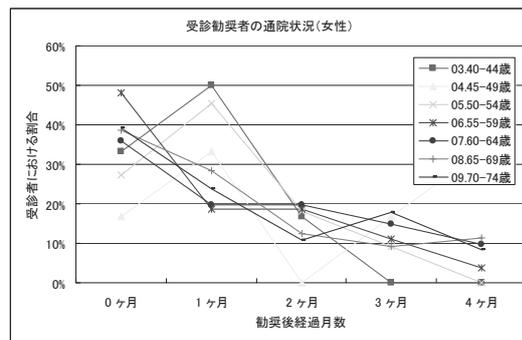
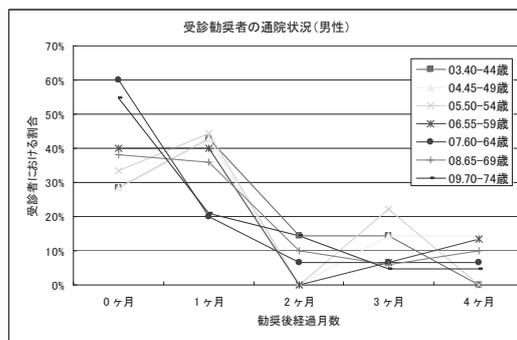
6.2.2 受診勧奨者とその後の生活習慣病通院状況

国保事例

2008年度

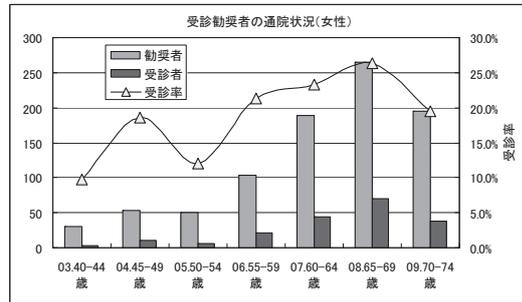
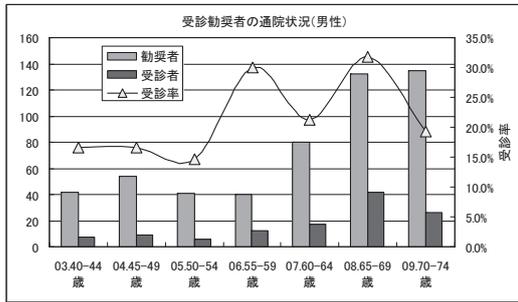


【受診までの経過月数】

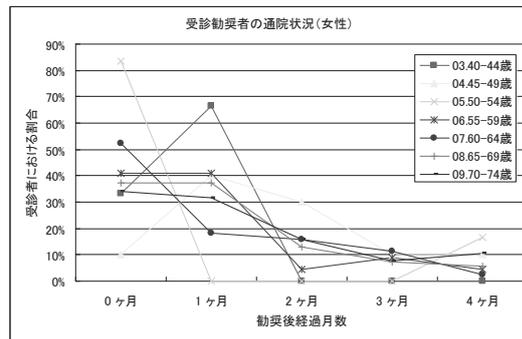
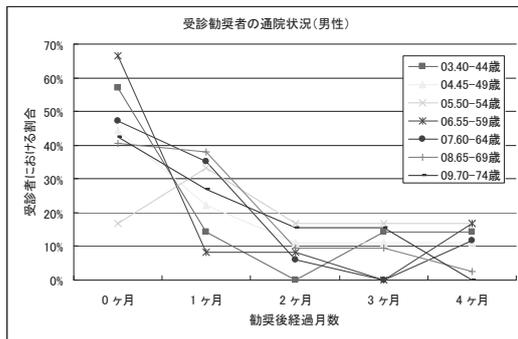


102

2009年度



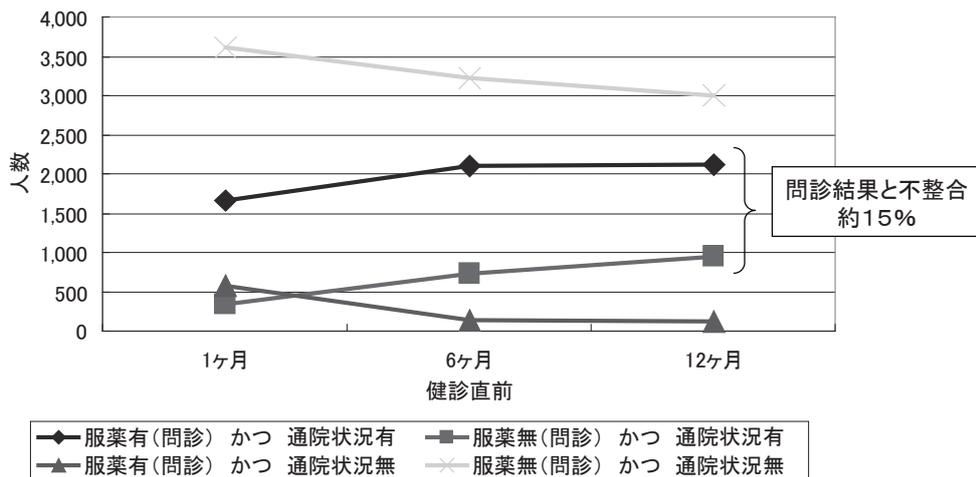
【受診までの経過月数】



103

6.3.1 服薬問診結果と通院状況の整合性

【2008年度の服薬問診結果と通院状況】

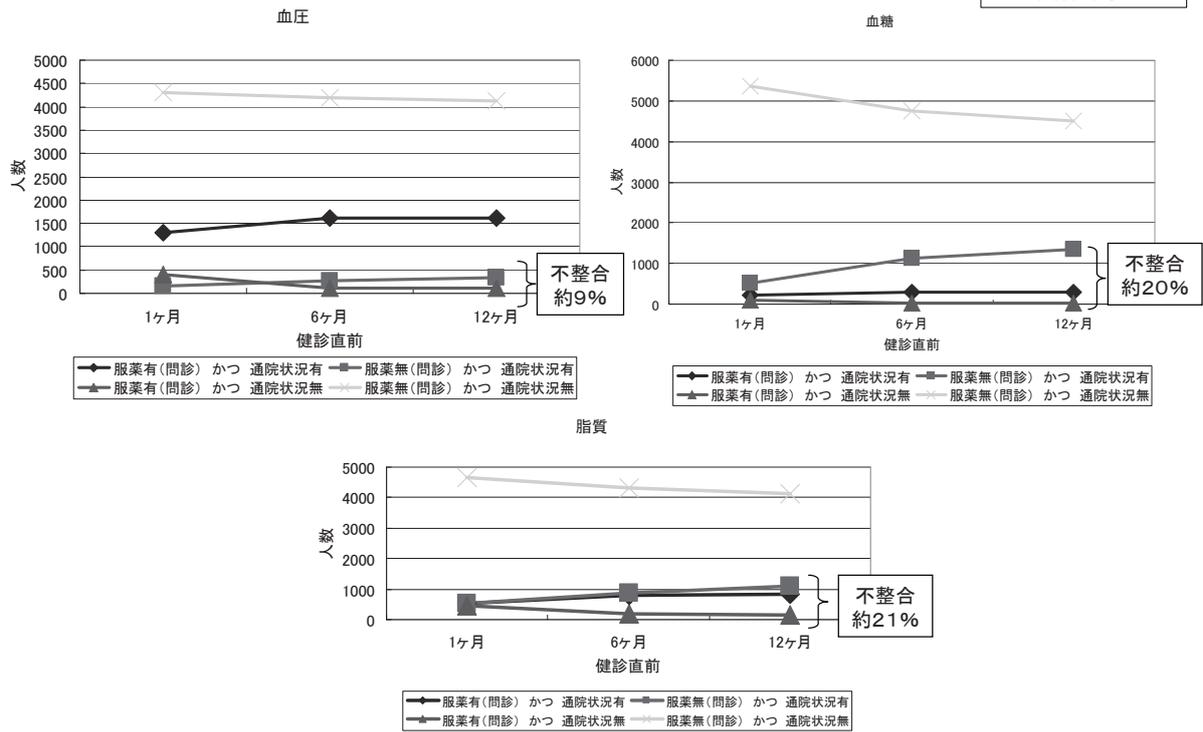


- ・問診結果と健診直前の通院状況に関して平均して約15%が不整合
- ・両年度共に多くて100~500人程度の隠れている保健指導対象者(「服薬有」と回答しているが、通院していない人)が存在

※1: 血圧、血糖、脂質に関する薬剤の内、どれか1つでも服薬ありと回答した場合

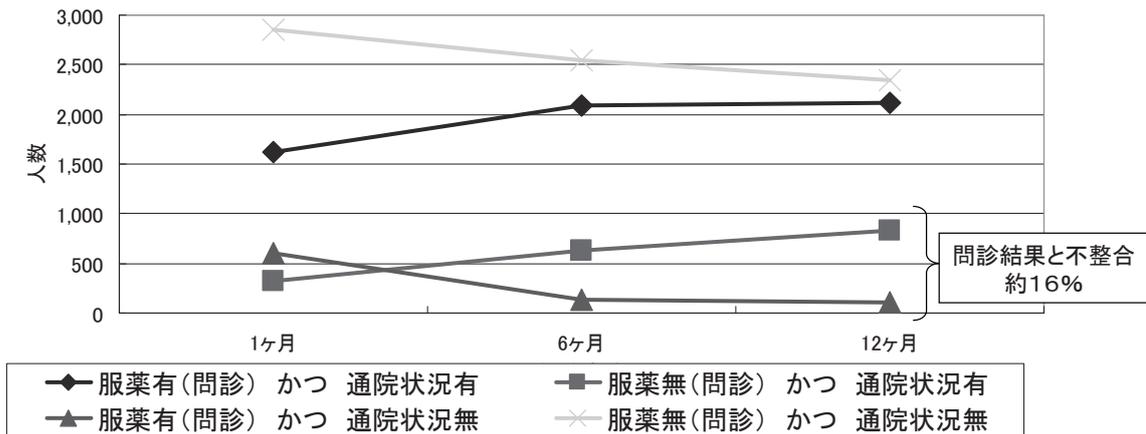
※2: 通院状況=服薬関連レセプトの発生

104



105

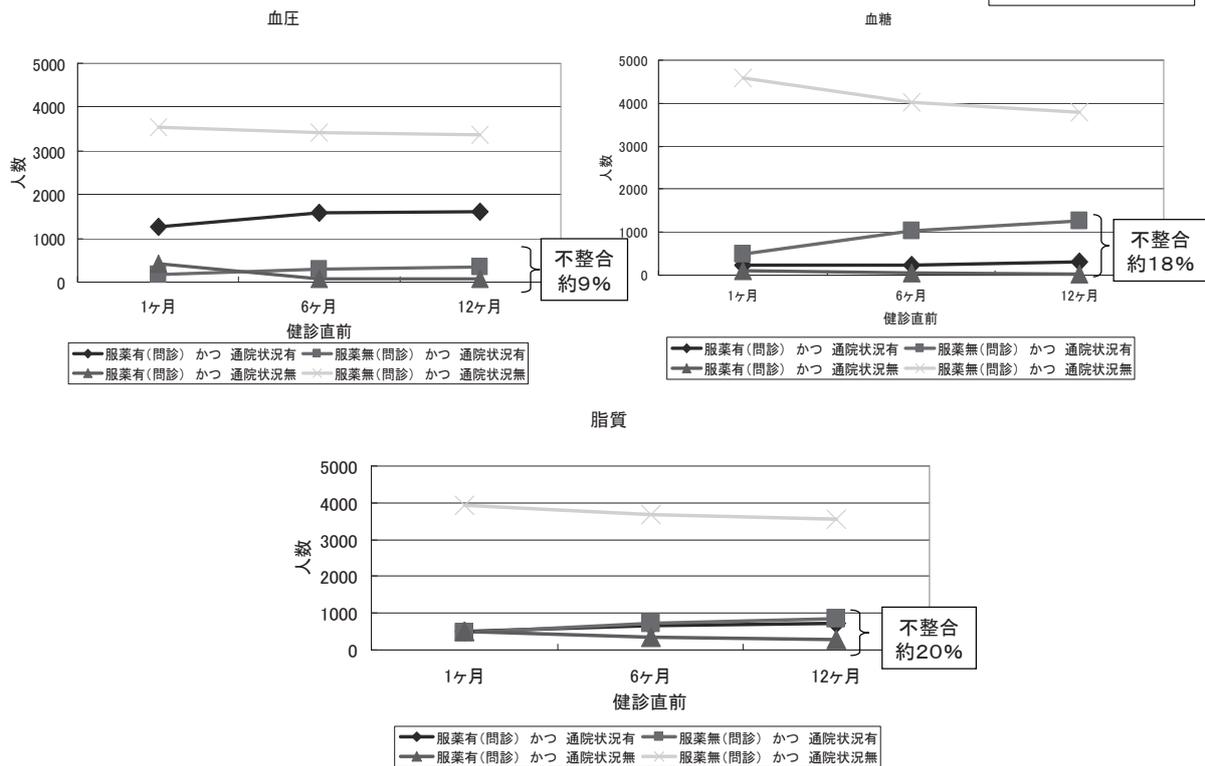
【2009年度の服薬問診結果と通院状況】



・ 2009年度においても、2008年度とおおよそ同じ割合が不整合

※1: 血圧、血糖、脂質に関する薬剤の内、どれか1つでも服薬ありと回答した場合
 ※2: 通院状況＝服薬関連レセプトの発生

106



107

6.3.2 服薬問診結果と通院状況の整合性

【考察】

■ 個別回答項目別の状況

－ 血圧

- 薬剤の服薬問診結果と健診の直前1,6,12ヶ月間の通院状況の整合性を確認した結果、平均して約9%が不整合であった。

－ 血糖

- 薬剤の服薬問診結果と健診の直前1,6,12ヶ月間の通院状況の整合性を確認した結果、平均して約20%が不整合であった。

－ 脂質

- 薬剤の服薬問診結果と健診の直前1,6,12ヶ月間の通院状況の整合性を確認した結果、平均して約21%が不整合であった。

■ 血圧の不整合が最も低く、血糖と脂質は血圧の2倍も不整合の割合が高かった。

- － 今回は通院状況としてレセプトの傷病名を用いたため、正確な整合性を確認するためには調剤レセプトが必要

- 血圧の不整合率が最も低い理由として、血圧に関連が深い傷病名がレセプトに出ていて、調剤レセプトで実際に血圧の薬が出ている割合が、血糖、脂質に比べて高いことが考えられる。

108

6.3.3 服薬問診結果と通院状況の整合性

【通院状況(レセプト発生)を考慮したメタボ判定による保健指導対象者数】

メタボ判定	2008年度						2009年度					
	指導対象者	情報提供		リスク数 0 or 1	リスク数 2以上 かつ服薬有 ^{※1}	指導対象者	情報提供		服薬 無	リスク数 2以上 かつ服薬有 ^{※1}		
		積極	動機				積極	動機				
問診結果のみによる	940	281	659	5,235	4,313	922	668	177	491	4,717	3,835	882
健診直前1ヶ月間の通院状況を考慮	1,067	297	767	6,033	4,313	798	807	199	608	4,578	3,835	743
健診直前6ヶ月間の通院状況を考慮	779	244	535	5396	4,313	1,083	549	148	401	4,836	3,835	1001
健診直前12ヶ月間の通院状況を考慮	713	230	483	5462	4,313	1,149	495	139	356	4,890	3,835	1,055

- ・問診結果により判定した指導対象者に比べて、健診直前1ヶ月の通院状況により判定した指導対象者は増加するが、6,12ヶ月と時間を遡るに従って保健指導対象者は減少(レセプト発生により情報提供と判定された)
- ・保健指導コストなどの問題で、支援対象者数を減らす必要がある場合は、レセプト発生状況から、対象者を絞り込む方法が考えられる。

※1: 支援対象者であるが、服薬ありのため、情報提供と判断された人

ただし、血圧、血糖、脂質に関連が深い傷病のレセプト(※2)が発生している場合は、「服薬有」と判定

109

6.4.1 治療中の方の検査値分布の状況

- 特定健診は、特定保健指導対象者を抽出するための健診と位置づけられているが、スライド22に示したように、15~20%の方が服薬中(治療中)と回答している。
- このような治療中の方に絞り込みを行い検査値の状況を確認することは、治療目標がどの程度達成されているかを見る指標の一つとなる。
- 治療目標が達成されていない群は、中長期的に見ると合併症を発症し、より重篤な状態に至ることが予想される。
- このような群の割合を把握しておくことは、中長期の医療費支出を予想する観点からも重要である。
- 治療中の方を抽出する手段としては、レセプトに出現する病名を参考にする方法と、特定健診における服薬問診回答を参考にする方法がある。

110

[参考:主要検査項目の治療における目標値]

【血糖リスク関連】

	HbA1c(JDS)	空腹時血糖
優	5.8未満	80~110未満
良	5.9~6.4	110~130未満
可	6.5~7.0未満	不十分
	7.0~8.0未満	不良
不可	8.0以上	160以上

出典:日本糖尿病学会編:糖尿病治療ガイド2006~2007

【血圧リスク関連】

区分	降圧目標(診察室血圧)
若年者・中年者	130/85未満
高齢者	140/90未満
糖尿病患者、慢性腎臓病、 心筋梗塞後患者	130/80未満
脳血管障害患者	140/90未満

出典:日本高血圧学会ガイドライン

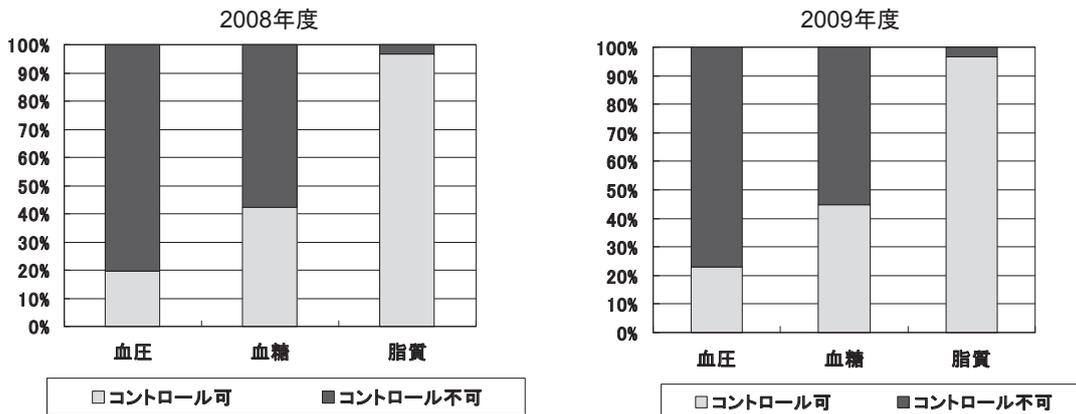
【脂質リスク関連】

治療方針の原則	カテゴリー	脂質管理目標値		
	LDL-C以外の主要危険因子数 (低HDL、加齢、高血圧、糖尿病、喫煙等)	LDL-C	HDL-C	TG
生活習慣改善後に薬物治療を考慮	0	<160	≥40	<150
	1~2	<140		
	3以上	<120		
生活習慣改善+薬物治療	冠動脈疾患既往有	<100		

出典:日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007

111

6.4.2 治療中の方の検査値分布の状況(服薬有と問診回答した方)



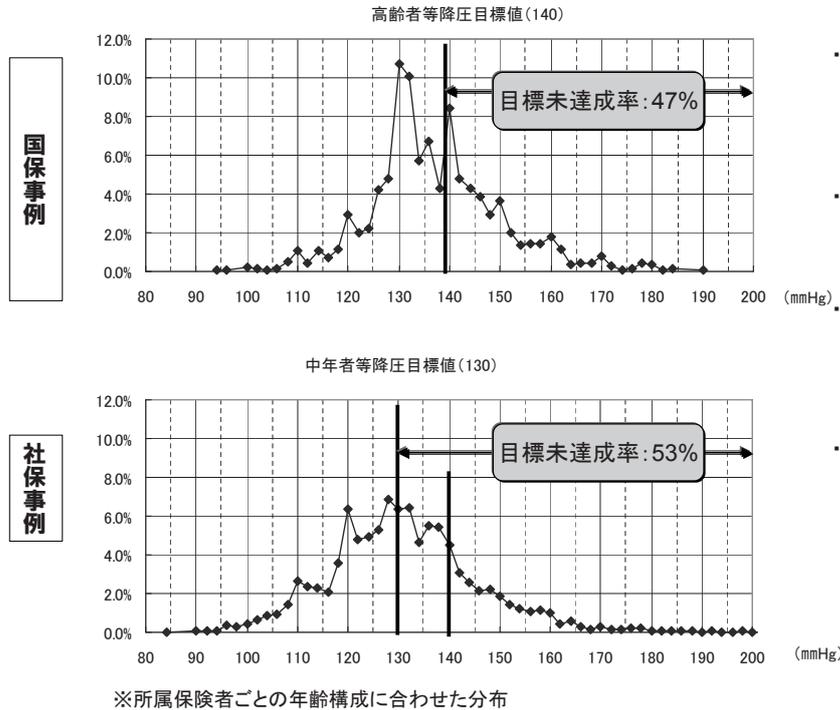
- ・血圧・血糖の服薬有と回答した人のうち、治療目標達成者の割合は半数以下
- ・脂質は治療目標を達成している割合が高い。

※1: 検査内容(血圧、血糖、脂質)に関連が深いレセプトが健診受診月の直前12ヶ月間で1回でも発生した被保険者
 ※2: コントロール可とは学会ガイドライン(スライド111を参照)の治療目標値を達成(コントロール)している人数

112

◆服薬有と問診回答した方の検査値のコントロール状況

【検査値分布:収縮期血圧(服薬者)】



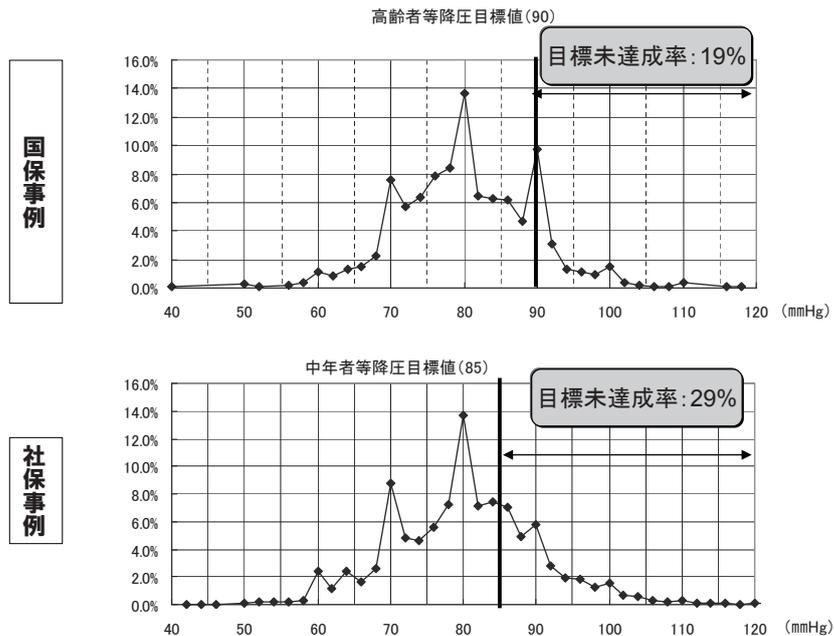
・国保事例では47%、社保事例では25%が最も緩い降圧目標である140mmHgも達成できていない。

・国保事例の周知が悪い理由として、受診年齢層が高いことがある。

・社保事例の降圧目標値を130mmHgまで下げると、目標未達成率は53%まで上昇する。

・十分なデータ数が確保出来る場合は、65歳を境界として2群に分ける等の工夫を行うべき。

【検査値分布:拡張期血圧(服薬者)】

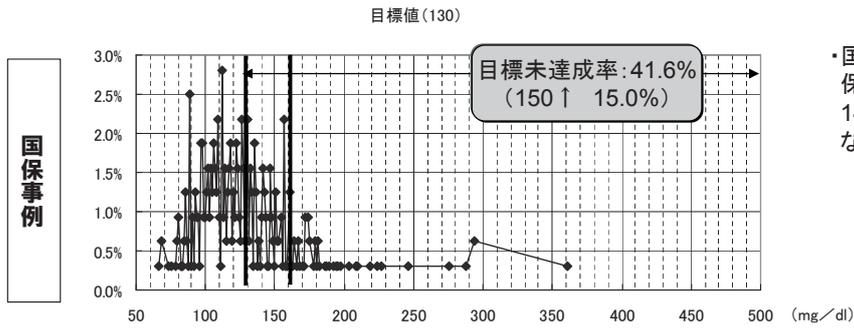


・国保事例では19%、社保事例では29%が降圧目標である90/85mmHgも達成できていない。

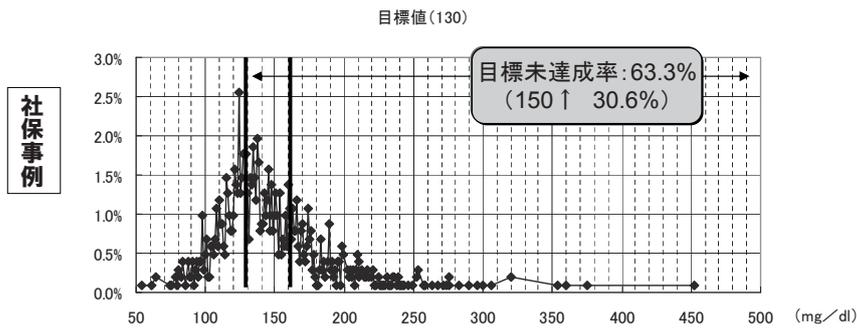
・国保事例では、目標数値を高齢者基準としたため低く見えているが、社保事例と同等の基準値まで引き下げると、目標未達成率は29%と同等レベルとなる。

・収縮期血圧に比べると、相対的に目標達成率は良好といえる。

【検査値分布:空腹時血糖(服薬者)】

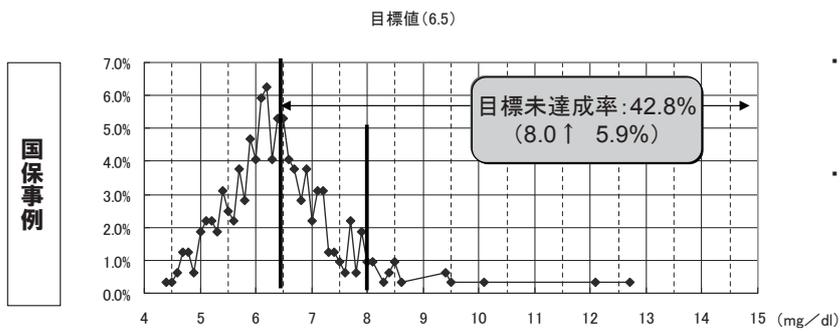


・国保事例では41.6%、社保事例では63.3%が[※]140mg/dlを達成できていない。



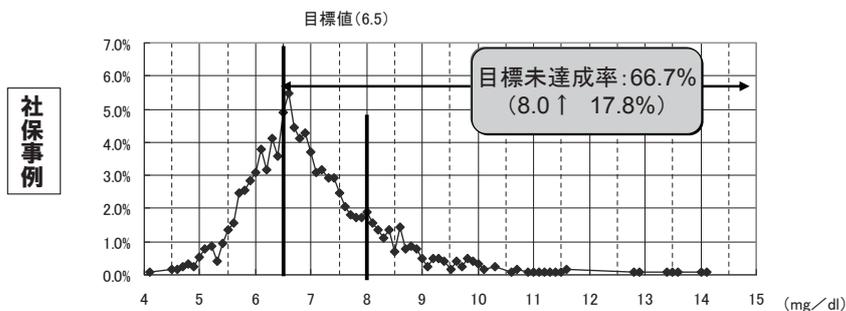
115

【検査値分布:HbA1c(服薬者)】



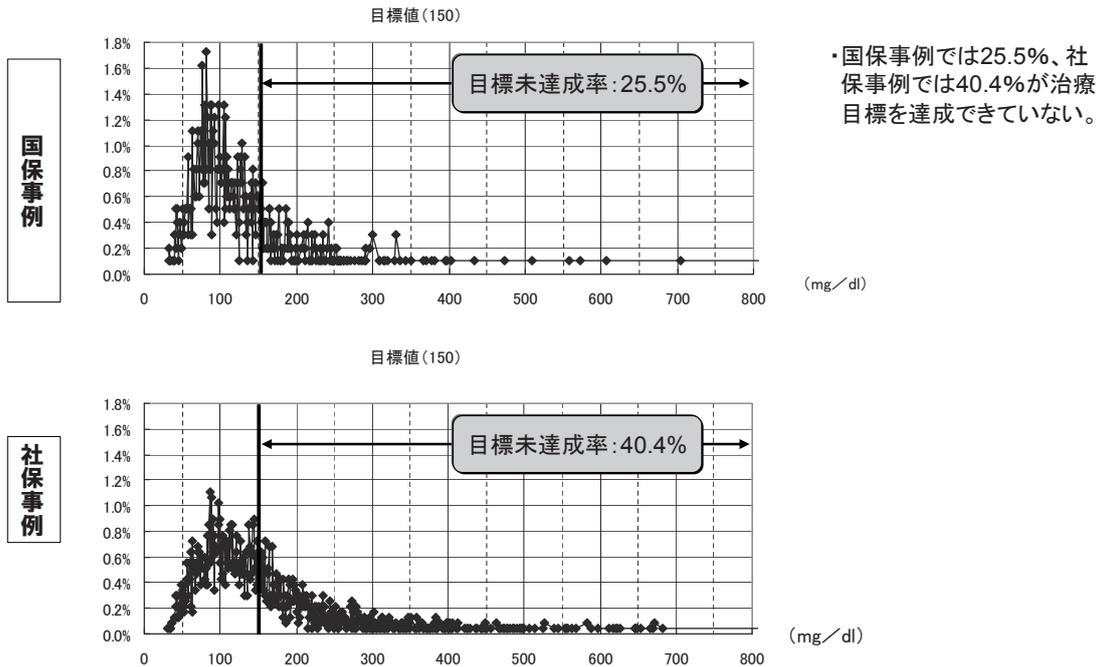
・国保事例、社保事例とも治療目標未達成の割合が4割を超えている。

・特に社保事例では、不可とされるHbA1c8.0%を超える受診者が[※]18%と国保事例の3倍に及んでおり、合併症の発生が懸念される。



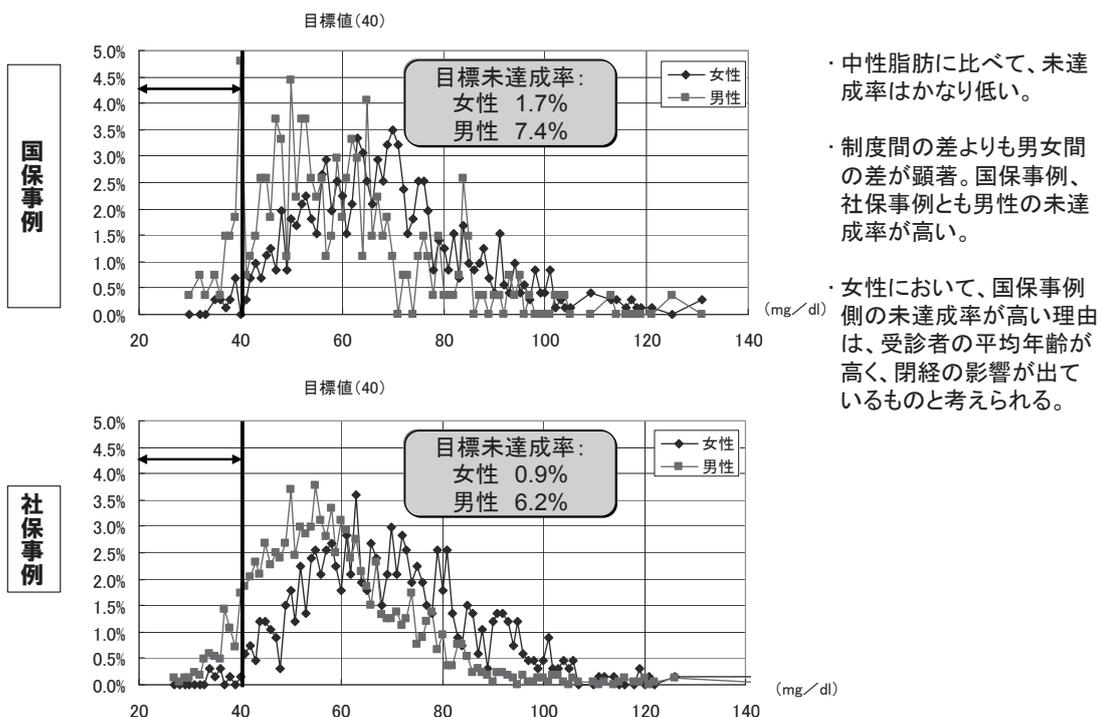
116

【検査値分布:中性脂肪(服薬者)】



117

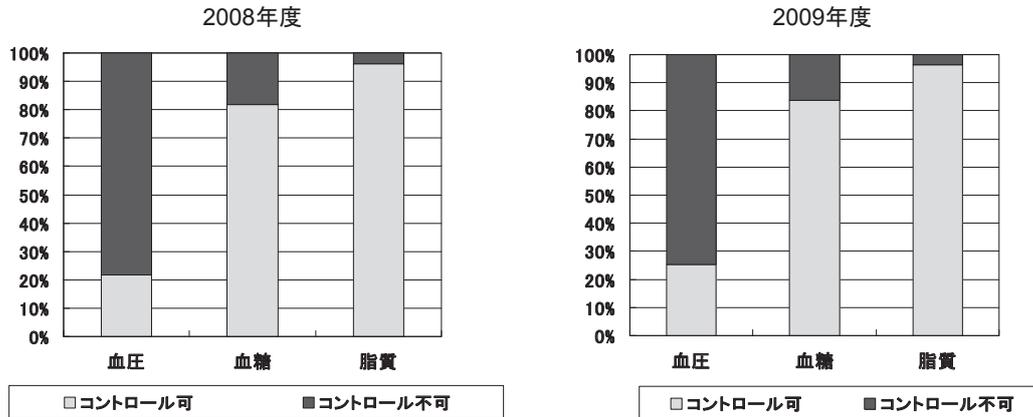
【検査値分布:HDLコレステロール(服薬者)】



118

6.4.3 レセプト発生者の検査結果分布分析

(健診直前12ヶ月前までにレセプトが発生している方)



- ・血圧関連のレセプト発生者のうち、治療目標達成者の割合は20%程度
- ・血圧以外(血糖・脂質)は治療目標を達成している割合が高い。

※1: 検査内容(血圧、血糖、脂質)に関連が深いレセプトが健診受診月の直前12ヶ月間で1回でも発生した被保険者
 ※2: コントロール可とは学会ガイドライン(スライド111を参照)の治療目標値を達成(コントロール)している人数

119

まとめ

- 本書で示してきた各種データ分析結果を通して、特定健診・特定保健指導事業評価のポイントを示してきた。
- その過程では、データ活用を通じて保険者が行うべき事について重要な示唆も得られている。
- 本書を参考に、健診データ・保健指導データ・レセプトデータ等のデータ分析を行うに当たっては、そもそもの目的を考える上でも、下記の観点で考え方の整理を行うことをお勧めしたい。
 - 1 保険者は、加入者の健康状態を把握するべきか
 - 2 保険者は、加入者の医療内容を把握するべきか
 - 3 保険者は、データを基にどのような議論を進めていくべきか

120

1 保険者は、加入者の健康状態を把握すべきか

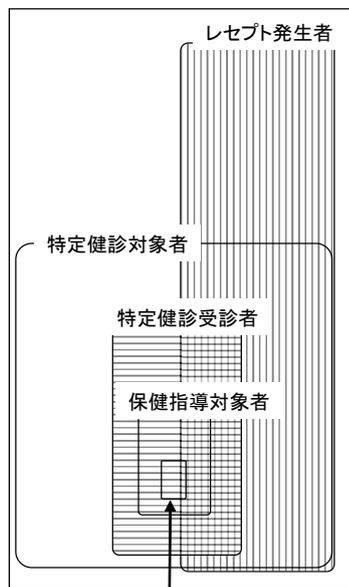
- 把握すべき理由は何か？
- 制度で定まっているから？
 - 特定健診
- 保険者運営に重要だから？
 - レセプト非発生者
 - どのくらい健康上のリスク把握し、医療費を予測
 - レセプト発生者
 - 治療効果の状況把握、重症化の予測

運営に重要ならば、特定健診受診率よりも、

- ・健康状態を把握出来ている加入者率
- ・治療状況が把握出来ているレセプト発生者率

が重要と、広くとらえ直してはどうか。

全加入者



保健指導参加者・終了者

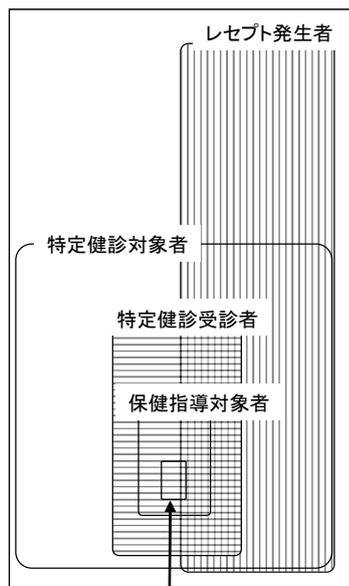
121

2 保険者は、加入者の医療内容を把握すべきか

- 短期的な給付金額を適正化する観点で医療内容は確認されている。
 - レセプト点検は既に行われている。
 - 一部では、後発品処方に向けた情報提供も実施
- レセプトに記載された情報は、限られたもの
 - 診療行為、処方内容
 - 治療が行われている病名
- 適正なコントロール状態にあるかは不明
 - 特定健診を受けていれば、検査結果情報が加わるが、受けていなければ何も判らない。
 - 治療に入ると、特定健診等を受けなくなる層も一定割合存在している。

レセプトデータと健診データという括り方ではなく、医療内容と検査データの双方を把握するべきと広く考える。

全加入者



保健指導参加者・終了者

122

3 保険者は、データを基にどのような議論を進めていくべきか

- 医療制度改革において何を訴えるべきか？
 - 公費負担の拡大(各保険者で既に主張中)
 - 自助努力の評価(発症予防、重症化予防、医療費適正化への取組)

- 事実(データ)に基づいた、制度存続の立場からの意見主張
 - 収支予想の先行データとして疾病分類統計等に加えて検査結果データを活用
 - 治療中の方のコントロール状態把握が重要と考えるのであれば、制度運用の変更(データ形式、様式)をも含め提案を求められることもありうる。

123

最後に

- はじめにでも述べたが、本報告書は、平成21年度「特定健診・特定保健指導の評価と実施事例報告書」第1章「特定健診・特定保健指導の評価について」に基づく分析事例データブックである。

- ただし、データに差が生じる背景の解釈に必要な項目は、分析データに全て含まれているわけではないことに注意する必要がある。

- データ化されたものだけではなく、それ以外の部分にも解釈のヒントが隠れていることにも留意した上で、本書を参考に分析を進めて頂ければ幸いである。

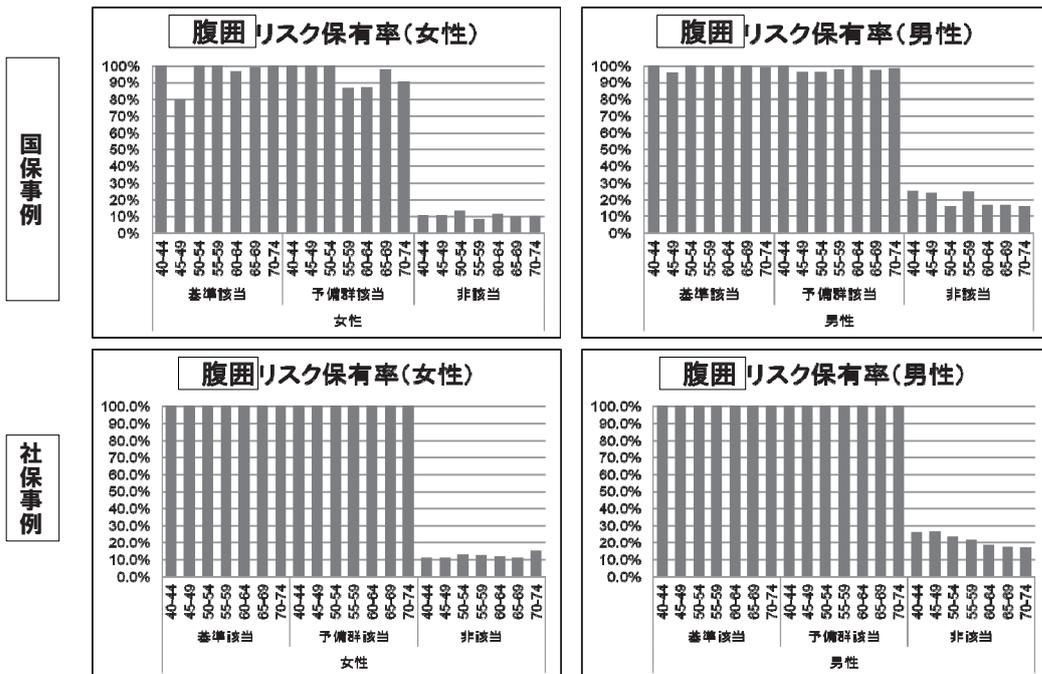
124

資料編

- 年齢階層別性別リスク保有率分布（リスク群）
- 年齢階層別性別リスク保有率分布（個別検査項目別）
- 個別検査項目複数年比較（散布図による保健指導効果俯瞰）
- 保健指導参加有無による検査値分布の変化検定（詳細）

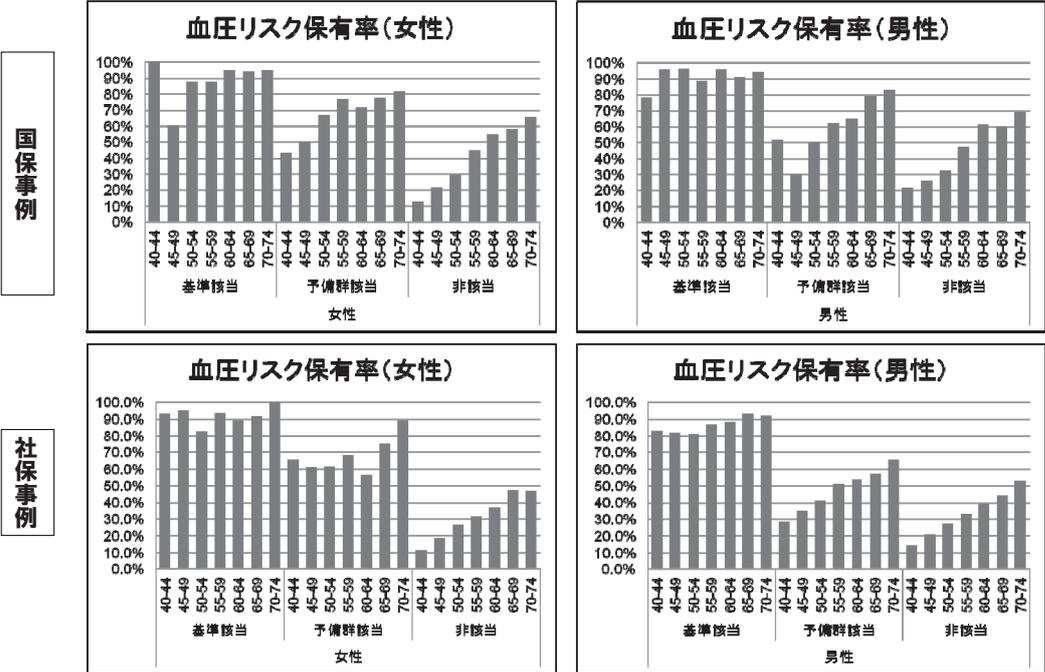
125

リスク保有率分布：腹囲リスク群



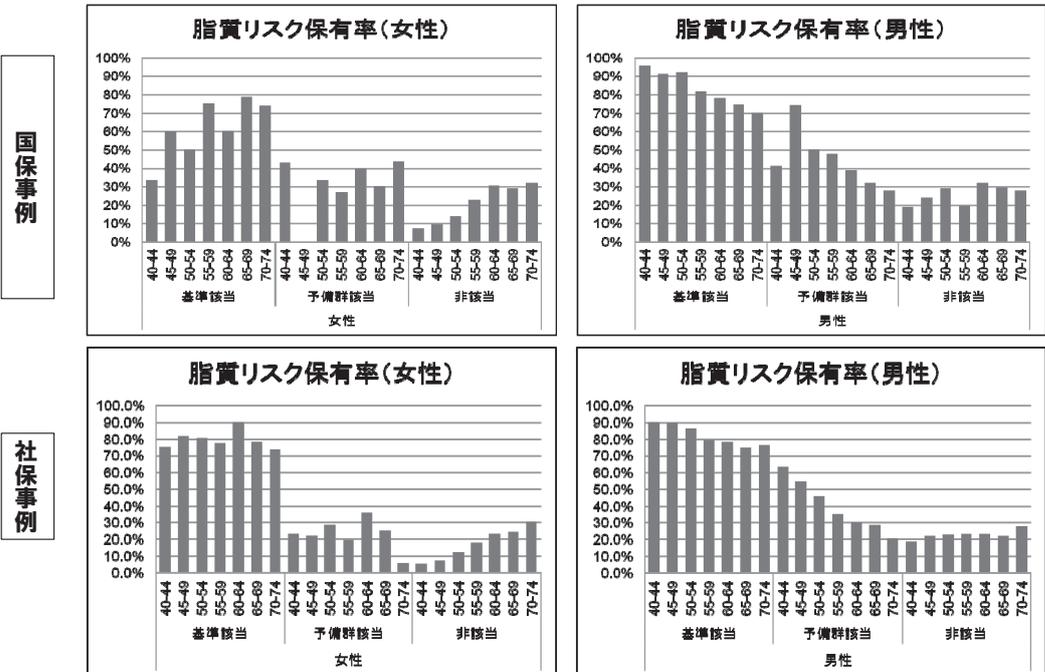
126

リスク保有率分布： 血圧リスク群



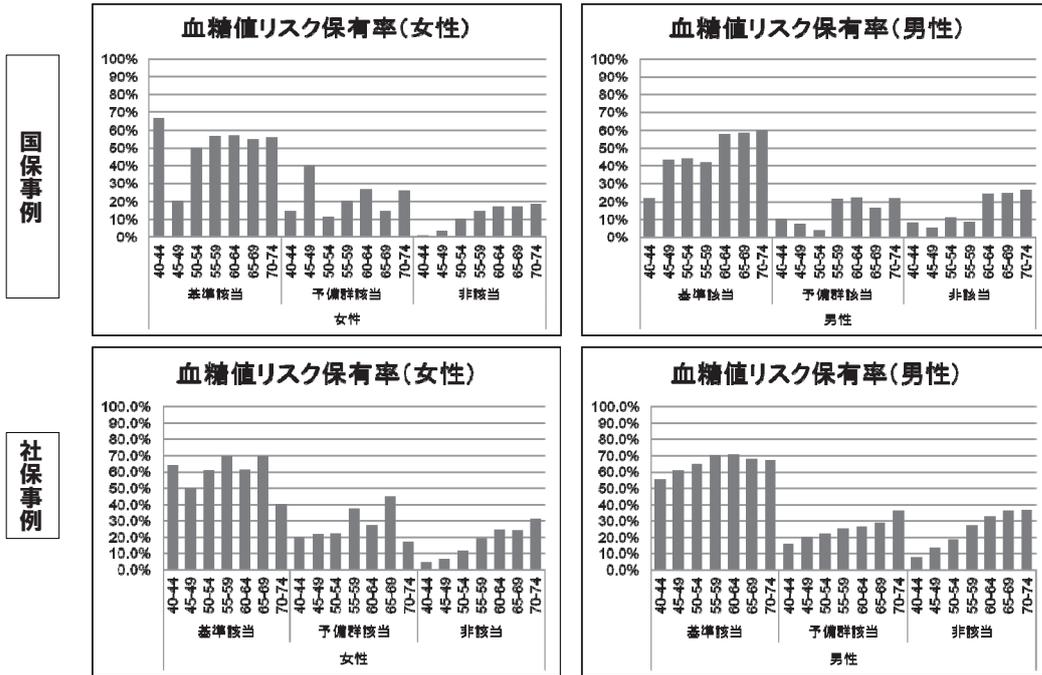
127

リスク保有率分布： 脂質リスク群



128

リスク保有率分布： 血糖値リスク群



129

リスク保有率分布： 腹囲(実測) 性別・年代別

		国保事例			社保事例		
		腹囲(実測)			腹囲(実測)		
		基準値	90cm以上		基準値	90cm以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	検査者数	該当者数	該当割合
女性	40-44	195	18	9.23%	2232	172	7.71%
	45-49	169	22	13.02%	1815	172	9.48%
	50-54	193	26	13.47%	1746	201	11.51%
	55-59	321	50	15.58%	1995	292	14.64%
	60-64	681	119	17.47%	1281	202	15.77%
	65-69	1106	191	17.27%	472	96	20.34%
	70-74	1195	282	23.60%	150	41	27.33%
	全体	3860	708	18.34%	9691	1176	12.13%
男性	40-44	164	73	44.51%	4714	2392	50.74%
	45-49	151	68	45.03%	3757	2070	55.10%
	50-54	134	63	47.01%	3882	2206	56.83%
	55-59	178	102	57.30%	4830	2782	57.60%
	60-64	323	149	46.13%	3598	2016	56.03%
	65-69	608	287	47.20%	1137	615	54.09%
	70-74	770	354	45.97%	348	210	60.34%
	全体	2328	1096	47.08%	22266	12291	55.20%

- ・女性の有所見率は年代が上がるにつれて緩やかに大きくなるが、男性と比べて低く、全年代の平均では18%程度である。
- ・男性は50代後半が突出する。全年代で44%を超えており、保健指導対象者割合が男性で高くなる要因となっている。

- ・女性の有所見率は年代が上がるにつれて緩やかに大きくなるが、男性と比べて低く、最も高い70代でも27.3%にとどまり全年代の平均では12%程度である。
- ・男性は年代による有所見率の増加する傾向はないが、やはり70代が最も多い。全年代で60%を超えており、保健指導対象者割合が男性で高くなる要因となっている。

130

リスク保有率分布：収縮期血圧 性別・年代別

		国保事例				
		収縮期血圧				
		基準値	130mmHg以上		140mmHg以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	195	23	11.79%	9	4.62%
	45-49	168	35	20.83%	7	4.17%
	50-54	192	55	28.65%	19	9.90%
	55-59	319	141	44.20%	63	19.75%
	60-64	681	357	52.42%	167	24.52%
	65-69	1106	614	55.52%	278	25.14%
	70-74	1193	744	62.36%	368	30.85%
	全体	3854	1969	51.09%	911	23.64%
男性	40-44	164	47	28.66%	15	9.15%
	45-49	150	47	31.33%	23	15.33%
	50-54	134	51	38.06%	29	21.64%
	55-59	177	92	51.98%	48	27.12%
	60-64	323	190	58.82%	101	31.27%
	65-69	607	367	60.46%	199	32.78%
	70-74	769	519	67.49%	273	35.50%
	全体	2324	1313	56.50%	688	29.60%

・男女ともに年代が上がるにつれて有所見率は上昇する。40代から保健指導を行うことが、全体の有所見率を低くすることに有効である。

		社保事例				
		収縮期血圧				
		基準値	130mmHg以上		140mmHg以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	2198	229	10.42%	73	3.32%
	45-49	1777	325	18.29%	111	6.25%
	50-54	1722	424	24.62%	174	10.10%
	55-59	1969	568	28.85%	250	12.70%
	60-64	1259	395	31.37%	146	11.60%
	65-69	462	200	43.29%	78	16.88%
	70-74	146	71	48.63%	30	20.55%
	全体	9533	2212	23.20%	862	9.04%
男性	40-44	4559	970	21.28%	356	7.81%
	45-49	3622	937	25.87%	381	10.52%
	50-54	3762	1232	32.75%	548	14.57%
	55-59	4699	1743	37.09%	774	16.47%
	60-64	3503	1440	41.11%	649	18.53%
	65-69	1114	479	43.00%	201	18.04%
	70-74	351	165	47.01%	74	21.08%
	全体	21610	6966	32.24%	2983	13.80%

・男女ともに年代が上がるにつれて有所見率は上昇する。
 ・40代から保健指導を行うことが、全体の有所見率を低くすることに有効である。

131

リスク保有率分布：拡張期血圧 性別・年代別

		国保事例				
		拡張期血圧				
		基準値	85mmHg以上		90mmHg以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	195	16	8.21%	9	4.62%
	45-49	168	13	7.74%	9	5.36%
	50-54	192	29	15.10%	16	8.33%
	55-59	319	66	20.69%	42	13.17%
	60-64	681	161	23.64%	92	13.51%
	65-69	1106	194	17.54%	99	8.95%
	70-74	1193	232	19.45%	137	11.48%
	全体	3854	711	18.45%	404	10.48%
男性	40-44	164	36	21.95%	27	16.46%
	45-49	150	42	28.00%	27	18.00%
	50-54	134	41	30.60%	26	19.40%
	55-59	177	65	36.72%	47	26.55%
	60-64	323	112	34.67%	76	23.53%
	65-69	607	173	28.50%	108	17.79%
	70-74	769	199	25.88%	134	17.43%
	全体	2324	668	28.74%	445	19.15%

・加齢に伴う有所見率の上昇は観察されない。
 ・男女ともに55歳～64歳で有所見率がやや高く、この年代への保健指導が有効である。

		社保事例				
		拡張期血圧				
		基準値	85mmHg以上		90mmHg以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	2197	163	7.42%	76	3.46%
	45-49	1777	198	11.14%	107	6.02%
	50-54	1722	264	15.33%	137	7.96%
	55-59	1970	347	17.61%	174	8.83%
	60-64	1259	187	14.85%	97	7.70%
	65-69	462	75	16.23%	40	8.66%
	70-74	146	23	15.75%	11	7.53%
	全体	9533	1257	13.19%	642	6.73%
男性	40-44	4559	706	15.49%	437	9.59%
	45-49	3621	768	21.21%	457	12.62%
	50-54	3762	911	24.22%	567	15.07%
	55-59	4699	1060	22.56%	612	13.02%
	60-64	3503	739	21.10%	415	11.85%
	65-69	1113	178	15.99%	84	7.55%
	70-74	351	36	10.26%	16	4.56%
	全体	21608	4398	20.35%	2588	11.98%

・加齢に伴う有所見率の上昇は観察されない。
 ・男女ともに50代で有所見率がやや高く、世代構成割合も高いので、この年代への保健指導が有効である。

132

リスク保有率分布： 中性脂肪 性別・年代別

		国保事例				
		中性脂肪				
		基準値	150mg/dl以上		300mg/dl以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	195	13	6.67%	2	1.03%
	45-49	169	16	9.47%	1	0.59%
	50-54	193	27	13.99%	4	2.07%
	55-59	321	58	18.07%	9	2.80%
	60-64	681	122	17.91%	8	1.17%
	65-69	1107	163	14.72%	10	0.90%
	70-74	1195	203	16.99%	18	1.51%
	全体	3861	602	15.59%	52	1.35%
男性	40-44	164	52	31.71%	13	7.93%
	45-49	151	59	39.07%	13	8.61%
	50-54	134	53	39.55%	9	6.72%
	55-59	178	64	35.96%	16	8.99%
	60-64	323	108	33.44%	21	6.50%
	65-69	608	170	27.96%	15	2.47%
	70-74	770	199	25.84%	14	1.82%
	全体	2328	705	30.28%	101	4.34%

- ・ 男性の有所見率は女性よりかなり高い。
- ・ 加齢と有所見率の増加との相関は弱い。

		社保事例				
		中性脂肪				
		基準値	150mg/dl以上		300mg/dl以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	2194	114	5.20%	12	0.55%
	45-49	1780	128	7.19%	13	0.73%
	50-54	1720	182	10.58%	19	1.10%
	55-59	1974	250	12.66%	19	0.96%
	60-64	1266	180	14.22%	17	1.34%
	65-69	469	74	15.78%	4	0.85%
	70-74	150	27	18.00%	4	2.67%
	全体	9553	955	10.00%	88	0.92%
男性	40-44	4544	1618	35.61%	339	7.46%
	45-49	3606	1399	38.80%	311	8.62%
	50-54	3729	1440	38.62%	306	8.21%
	55-59	4643	1591	34.27%	301	6.48%
	60-64	3451	1071	31.03%	168	4.87%
	65-69	1102	310	28.13%	51	4.63%
	70-74	347	109	31.41%	11	3.17%
	全体	21422	7538	35.19%	1487	6.94%

- ・ 男性の有所見率は女性よりかなり高い。
- ・ 加齢と有所見率の増加との弱い相関が女性に見られる。

133

リスク保有率分布： HDLコレステロール 性別・年代別

		国保事例				
		HDLコレステロール				
		基準値	40mg/dl未満		35mg/dl未満	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	195		0.00%		0.00%
	45-49	169	1	0.59%		0.00%
	50-54	193	1	0.52%		0.00%
	55-59	321	3	0.93%		0.00%
	60-64	681	10	1.47%	1	0.15%
	65-69	1107	13	1.17%	1	0.09%
	70-74	1195	29	2.43%	3	0.25%
	全体	3861	57	1.48%	5	0.13%
男性	40-44	164	8	4.88%	2	1.22%
	45-49	151	9	5.96%	3	1.99%
	50-54	134	9	6.72%	4	2.99%
	55-59	178	16	8.99%	5	2.81%
	60-64	323	19	5.88%	5	1.55%
	65-69	608	41	6.74%	6	0.99%
	70-74	770	49	6.36%	15	1.95%
	全体	2328	151	6.49%	40	1.72%

- ・ 女性の有所見率は加齢とともに増加する傾向があるが、有所見率自体はかなり低く全体で1.5%程度にとどまる。
- ・ 男性は6.5%程度の有所見率であるが他の検査項目に比べて、非常に低い。

		社保事例				
		HDLコレステロール				
		基準値	40mg/dl未満		35mg/dl未満	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	2193	10	0.46%	2	0.09%
	45-49	1780	11	0.62%		0.00%
	50-54	1720	7	0.41%	1	0.06%
	55-59	1974	13	0.66%	3	0.15%
	60-64	1266	11	0.87%	2	0.16%
	65-69	469	2	0.43%	1	0.21%
	70-74	150	2	1.33%		0.00%
	全体	9552	56	0.59%	9	0.09%
男性	40-44	4543	231	5.08%	49	1.08%
	45-49	3606	148	4.10%	31	0.86%
	50-54	3731	165	4.42%	49	1.31%
	55-59	4644	184	3.96%	48	1.03%
	60-64	3452	141	4.08%	19	0.55%
	65-69	1102	45	4.08%	11	1.00%
	70-74	347	17	4.90%	2	0.58%
	全体	21425	931	4.35%	209	0.98%

- ・ 女性の有所見率は全年代でかなり低く全体で0.6%程度にとどまる。
- ・ 男性は4.35%の有所見率であるが他の検査項目に比べて、非常に低い。
- ・ 両性とも年齢と有所見率との相関はない。

134

リスク保有率分布：空腹時血糖値 性別・年代別

		空腹時血糖				
		基準値	110mg/dl以上		126mg/dl以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	194	4	2.06%	3	1.55%
	45-49	168	6	3.57%	1	0.60%
	50-54	192	10	5.21%	4	2.08%
	55-59	319	30	9.40%	14	4.39%
	60-64	681	77	11.31%	27	3.96%
	65-69	1107	123	11.11%	60	5.42%
	70-74	1195	151	12.64%	62	5.19%
	全体	3856	401	10.40%	171	4.43%
男性	40-44	164	14	8.54%	9	5.49%
	45-49	150	13	8.67%	9	6.00%
	50-54	134	17	12.69%	10	7.46%
	55-59	177	30	16.95%	13	7.34%
	60-64	323	71	21.98%	41	12.69%
	65-69	608	125	20.56%	68	11.18%
	70-74	770	159	20.65%	86	11.17%
	全体	2326	429	18.44%	236	10.15%

- ・男女ともに有所見率は加齢に従い緩やかに上昇する。
- ・女性は50代前半、男性は40代後半までに保健指導を行うことが必要である。

		空腹時血糖				
		基準値	110mg/dl以上		126mg/dl以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	1867	52	2.79%	19	1.02%
	45-49	1529	60	3.92%	22	1.44%
	50-54	1476	87	5.89%	27	1.83%
	55-59	1719	171	9.95%	63	3.66%
	60-64	1086	116	10.68%	37	3.41%
	65-69	398	52	13.07%	19	4.77%
	70-74	124	21	16.94%	8	6.45%
	全体	8199	559	6.82%	195	2.38%
男性	40-44	3683	449	12.19%	155	4.21%
	45-49	3001	552	18.39%	188	6.26%
	50-54	3070	750	24.43%	284	9.25%
	55-59	3803	1157	30.42%	497	13.07%
	60-64	2755	884	32.09%	364	13.21%
	65-69	894	274	30.65%	117	13.09%
	70-74	277	82	29.60%	28	10.11%
	全体	17483	4148	23.73%	1633	9.34%

- ・男女ともに有所見率は加齢に従い緩やかに上昇する。
- ・男性は23.7%と女性より有所見率が高く、若い時期から栄養、食事指導を行うことが重要である。

135

リスク保有率分布：HbA1c 性別・年代別

		HbA1c				
		基準値	5.5%以上		6.1%以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	195	4	2.05%	3	1.54%
	45-49	169	7	4.14%	1	0.59%
	50-54	193	21	10.88%	6	3.11%
	55-59	320	43	13.44%	19	5.94%
	60-64	680	123	18.09%	38	5.59%
	65-69	1107	190	17.16%	74	6.68%
	70-74	1195	222	18.58%	79	6.61%
	全体	3859	610	15.81%	220	5.70%
男性	40-44	164	13	7.93%	7	4.27%
	45-49	151	16	10.60%	9	5.96%
	50-54	134	17	12.69%	9	6.72%
	55-59	178	25	14.04%	13	7.30%
	60-64	323	75	23.22%	31	9.60%
	65-69	608	144	23.68%	68	11.18%
	70-74	770	199	25.84%	85	11.04%
	全体	2328	489	21.01%	222	9.54%

- ・血糖値と同じような有所見率分布で加齢とともに悪化する。
- ・男女ともに40代で保健指導が必要である。

		HbA1c				
		基準値	5.5%以上		6.1%以上	
		検査者数	該当者数	該当割合	該当者数	該当割合
女性	40-44	2169	95	4.38%	29	1.34%
	45-49	1756	109	6.21%	25	1.42%
	50-54	1707	198	11.60%	48	2.81%
	55-59	1961	397	20.24%	102	5.20%
	60-64	1240	301	24.27%	60	4.84%
	65-69	425	120	28.24%	25	5.88%
	70-74	124	34	27.42%	9	7.26%
	全体	9382	1254	13.37%	298	3.18%
男性	40-44	4496	520	11.57%	184	4.09%
	45-49	3579	649	18.13%	220	6.15%
	50-54	3710	853	22.99%	322	8.68%
	55-59	4615	1369	29.66%	572	12.39%
	60-64	3427	1170	34.14%	458	13.36%
	65-69	1094	389	35.56%	137	12.52%
	70-74	344	134	38.95%	42	12.21%
	全体	21265	5084	23.91%	1935	9.10%

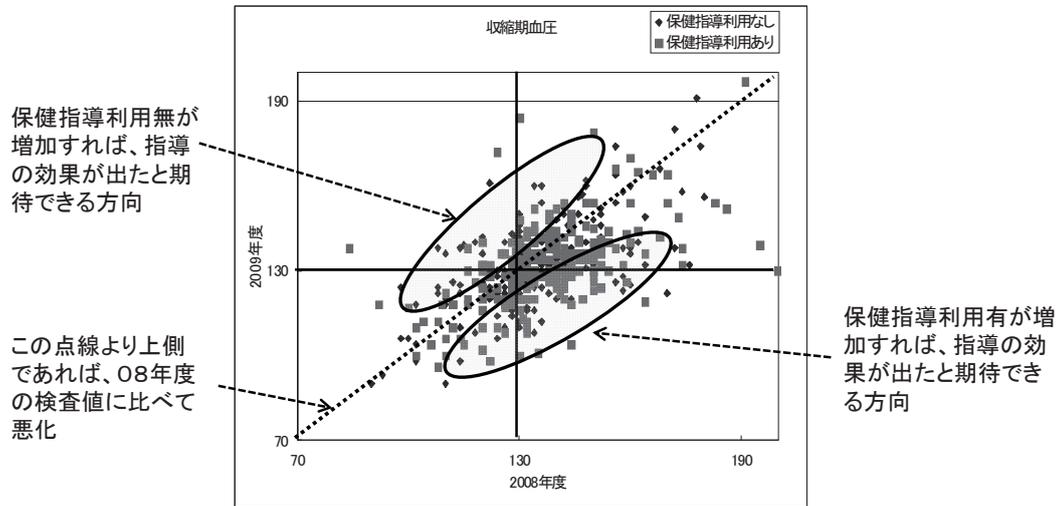
- ・男性は血糖値と同じような有所見率分布で加齢とともに悪化する。
- ・女性の場合空腹時血糖値より2倍程度の有所見率となる。

136

3指標分析（その他）

検査別保健指導効果の把握

複数年度データを用いた散布図による評価



保健指導基準判定値より下側に遷移してくることが望ましい。

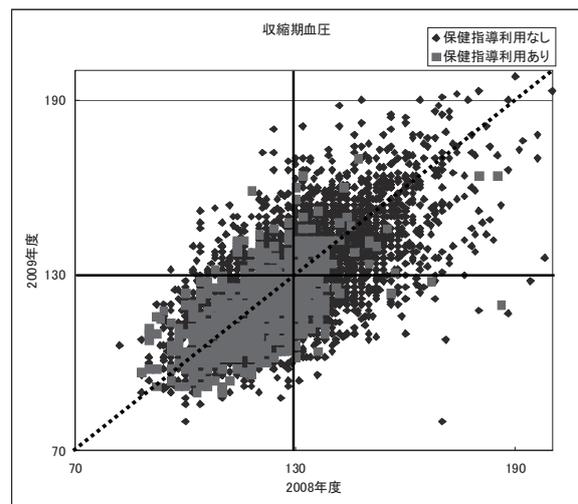
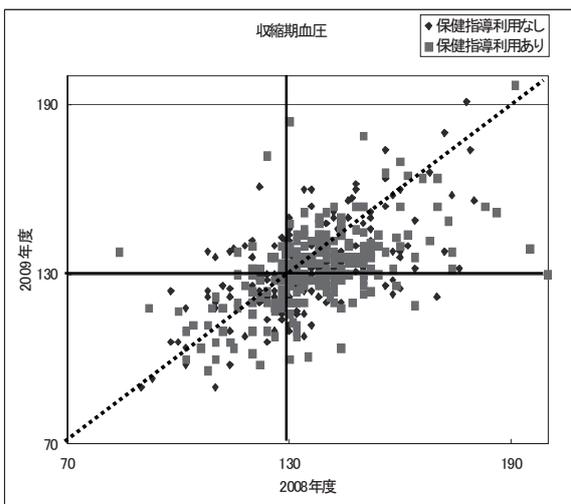
137

3指標分析（その他）

検査別保健指導効果の把握[収縮期血圧]

国保事例

社保事例



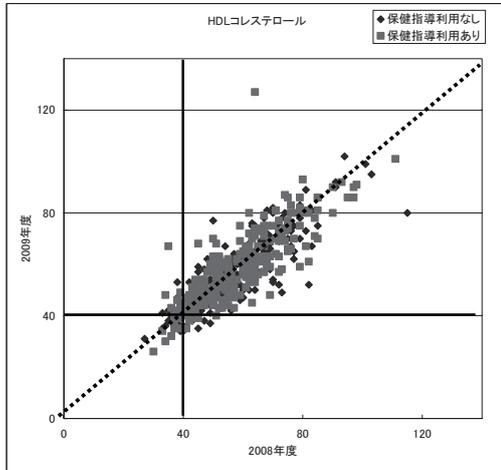
Note:
保健指導対象者を
母数とする

138

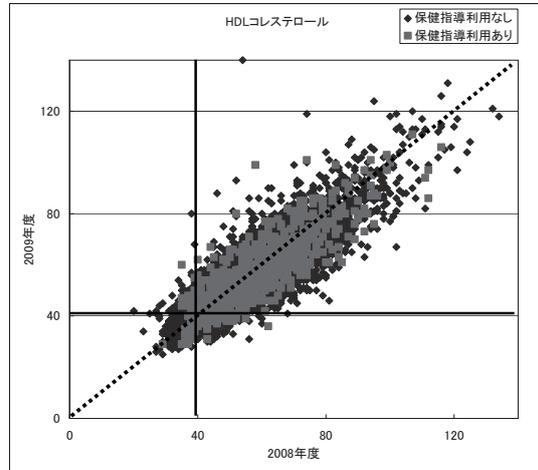
3指標分析（その他）

検査別保健指導効果の把握[HDLコレステロール]

国保事例



社保事例



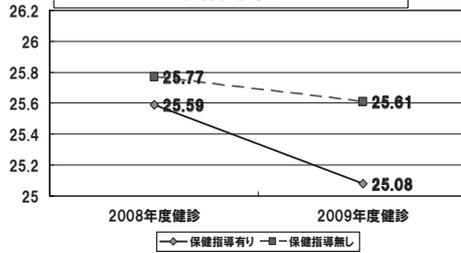
Note:
保健指導対象者を
母数とする

139

保健指導参加有無による検査値分布の変化検定

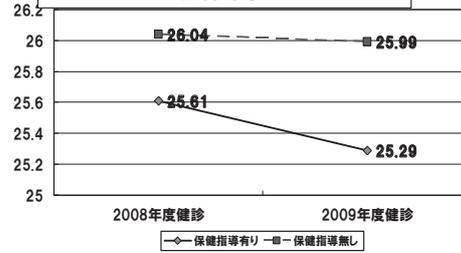
BMI

国保事例



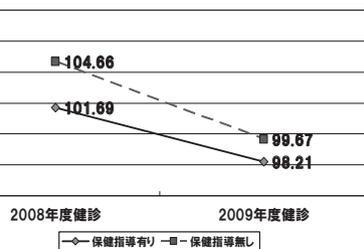
指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-0.51	-0.16	-0.35	-3.48	5.58E-04

社保事例

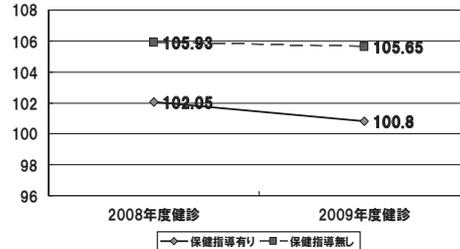


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-0.32	-0.06	-0.26	-7.39	3.11E-13

血糖



指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-3.48	-4.98	1.5	0.93	0.35

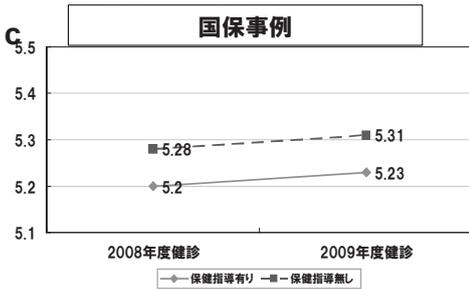


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-1.25	-0.29	-0.96	-1.88	0.06

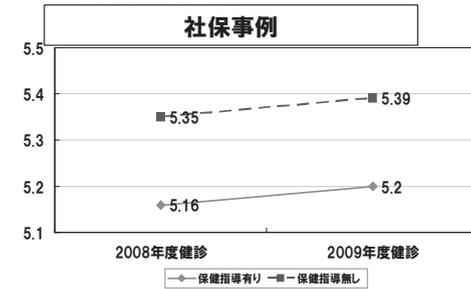
140

保健指導参加有無による検査値分布の変化検定

HbA1c

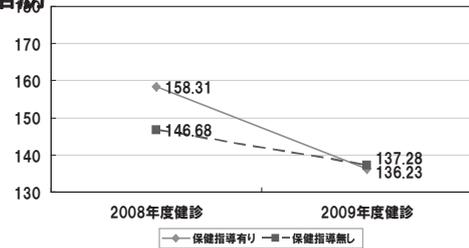


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
0.03	0.03	1.52E-03	-	-

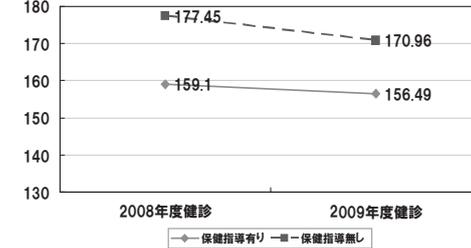


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
0.04	0.04	2.46E-04	-	-

中性脂肪



指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-22.09	-9.41	-12.68	-1.46	0.15

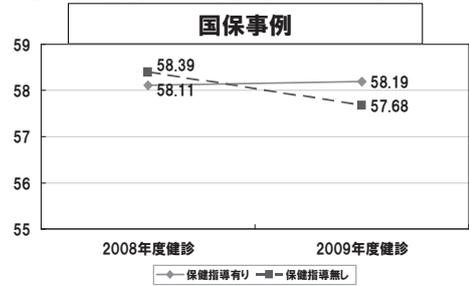


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-2.61	-6.49	3.88	1.05	0.29

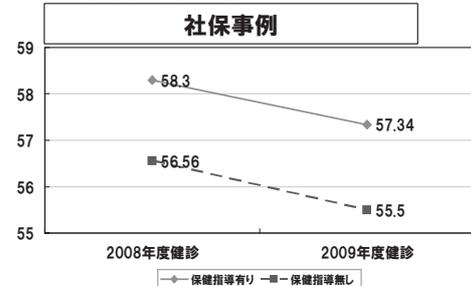
141

保健指導参加有無による検査値分布の変化検定

HDL

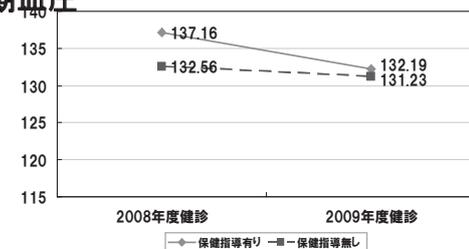


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
0.08	-0.71	0.78	1.06	0.29

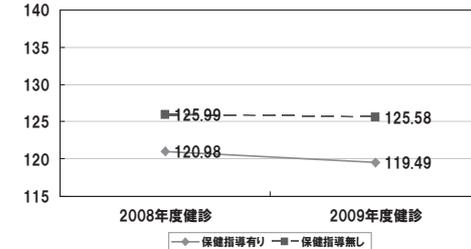


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-0.95	-1.06	0.11	0.39	0.70

収縮期血圧



指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-4.98	-1.33	-3.65	-2.79	5.40E-03

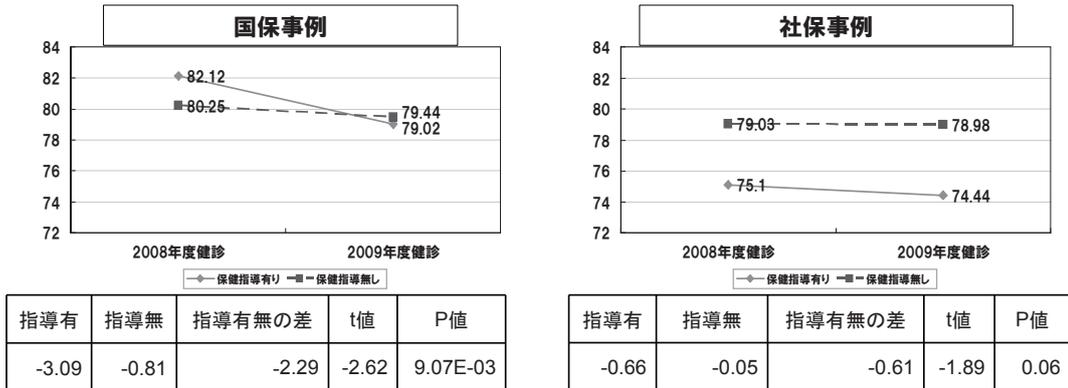


指導有	指導無	指導有無の差	t値	P値
-1.49	-0.42	-1.07	-2.61	9.08E-03

142

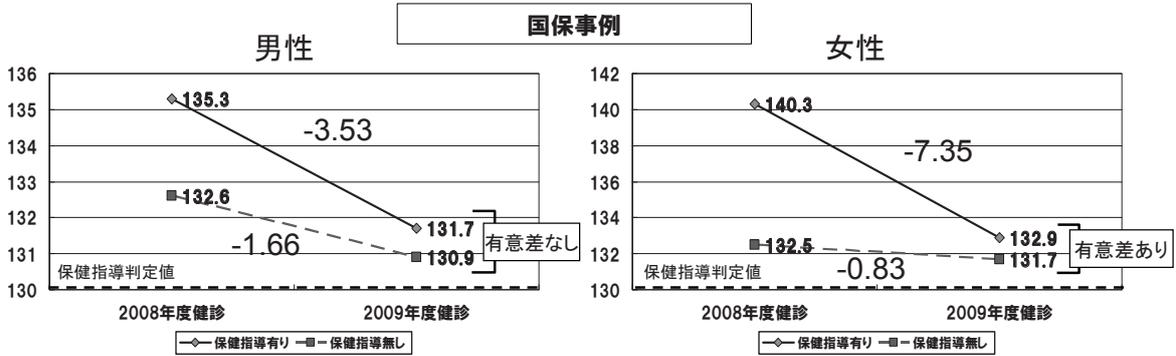
保健指導参加有無による検査値分布の変化検定

拡張期血圧

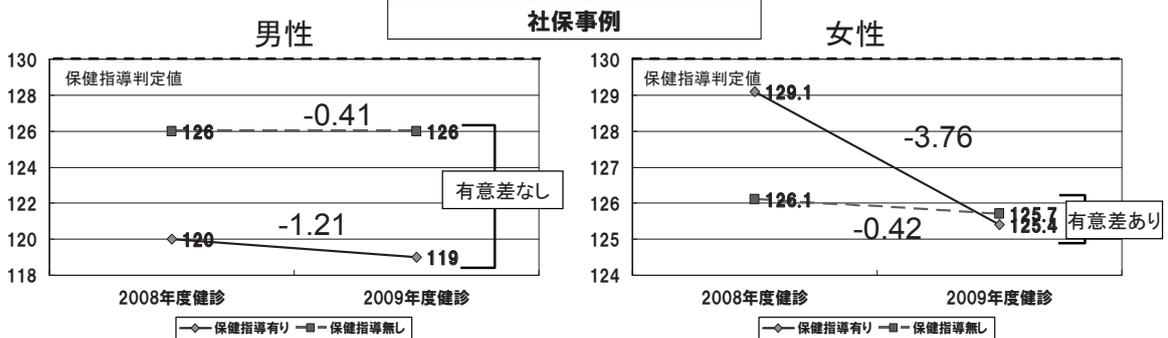


143

性別の保健指導参加有無による検査値分布の変化（収縮期血圧）



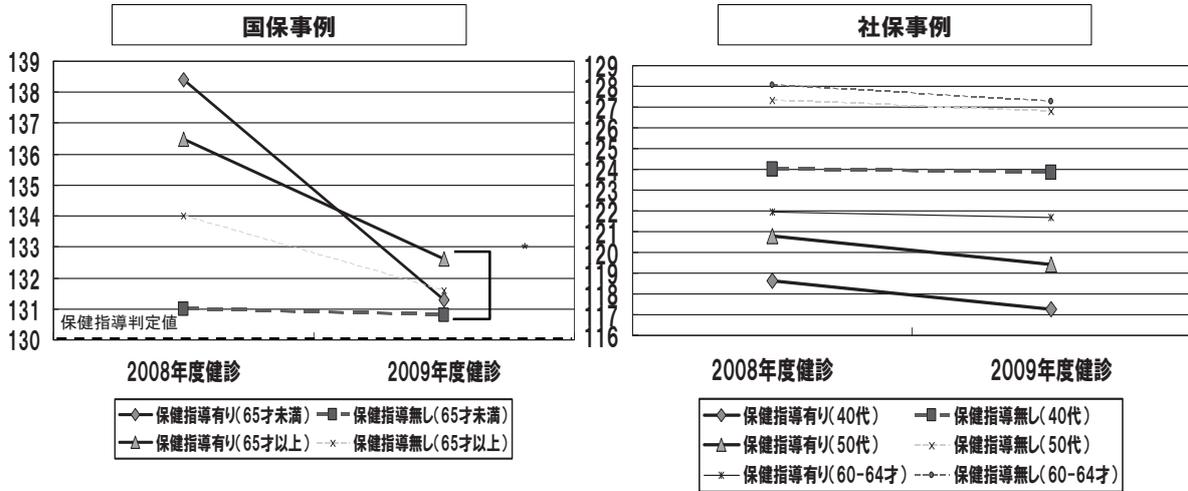
・男女共に保健指導参加群の方が血圧が高い。女性の改善幅が顕著で参加有無で有意差あり。



・女性の改善幅が顕著で参加有無で有意差あり。

144

年代別の検査値の変化(参加の有無): 収縮期血圧



- ・65才未満は保健指導による有意な減少が認められる。
- ・血圧の平均値は参加群の方が高い。

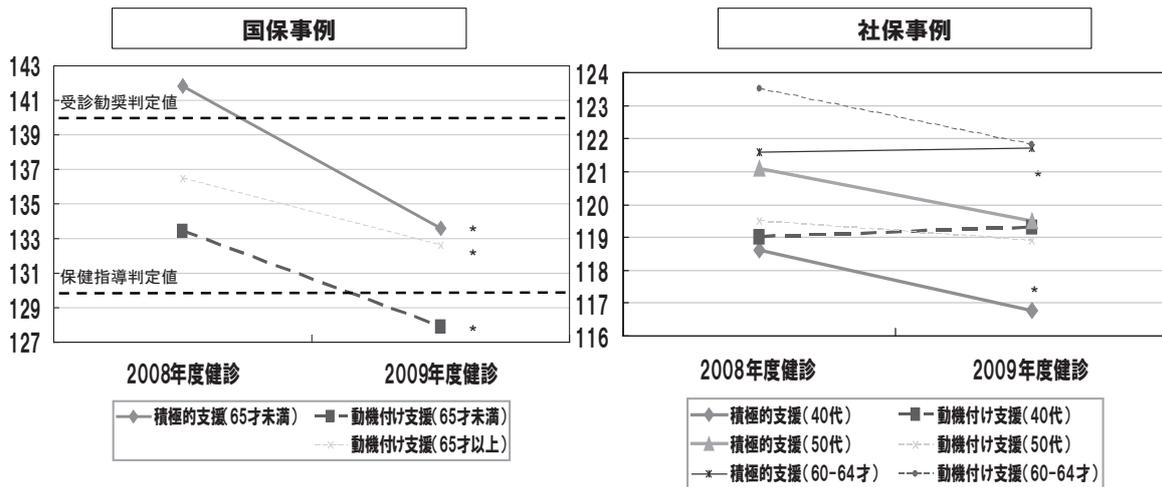
- ・各年代ともに保健指導による有意な減少は認められない。
- ・40代、50代は保健指導による減少が大きい。
- ・血圧の平均値は不参加群の方が高い。

*: P<0.05

※社保事例では男性のみを対象

145

年代別の検査値分布の変化(保健指導の前後): 収縮期血圧



- ・年代・支援区分によらず保健指導前後で有意な減少が認められる。
- ・動機付け支援では65才未満の方が減少が大きい。

- ・40代、50代の積極的支援では有意な減少。
- ・40代の動機付け支援、60代の積極的支援は悪化。

※社保事例では男性のみを対象

*: P<0.05

146

第2章

特定健診受診率の向上にむけた 保険者支援事業

社団法人 全国保健センター連合会

事務局長 島田美喜

はじめに

本編では、「特定健診受診率の向上にむけた保険者支援事業（以下、本事業）」のねらい、経過、実施方法、結果等について報告を行うこととする。

本事業の特徴は、「保険者が主体となって受診率の向上策を図る」、つまり保健活動の課題解決を図るうえでは、担当者間相互の円滑なコミュニケーションとアイデアの創発・共有・合意形成が不可欠であるという前提の下、保険者が行う取り組みの一つの方法としてワークショップ技法を用い、保険者支援を試みたことにある。今回は、三つの医療保険者の協力を得て行った。

そのため、本報告書では三保険者におけるワークショップの実施プロセスを紹介し、課題解決策を探る際に役立つ発想法やワークショップの技法についても資料の紹介や解説を試みている。

とりもなおさず、困難な課題に取り組み、前進・改善を図るために必要なのは、人間の知恵と熱意である。本編で紹介している技法は、その人間の知恵を集め、意欲を高めるために役立つものと考ええる。

今回の事業で得られた成果もまた、各協力保険者の担当者自らが発言し、企画・実行に至ったものであることに注目していただきたい。機会と少しの支援があれば、たくさんの解決策が担当者の内側から引き出されてくる。そのことを保険者のなかでの共通体験とすることが重要である。

人間個々の知恵や努力、力量はもちろん重要であると同時に、保険者、つまりそこに働く職員集団としての知恵や努力、力量形成ということも極めて重要である。集団として課題解決に取り組み、課題に対して前進・改善した共通体験を積むことは、相互作用的に組織全体の意欲や力量を高め、OJT（On the Job Training；実地訓練）にもつながり、多くの成果を生み出すものと期待される。

本報告書が、特定健診受診率向上にとどまらず、よい組織づくりおよび保険者としての課題解決力の向上、保健活動充実の一助となれば幸いである。

2011年3月

社団法人 全国保健センター連合会

島田 美喜

村中 峯子

研究協力 社会保険研究所

南平 直宏

1. 事業実施概要

1) 事業の名称

特定健診受診率の向上にむけた保険者支援事業

2) 事業の目的

医療保険者が実施する特定健診の実施率、手法及び実施体制等の実態を把握し特定健診の受診率向上の対策などの提案を行い、特定健診等事業の支援に努めることを目的とした。

3) 支援事業の内容

- (1)特定健診の受診率、手法及び実施体制等の実態を把握し、特定健診の実施上の課題を明確にする。
- (2)受診率の向上に有効な対策についての検討を行う。
- (3)上記(1)(2)について、保険者とワークショップ¹を行い、保険者の受診率向上にむけた方策を提案する。保険者は、東京都保険者協議会に属する保険者である健康保険組合、区市町村国保、国保組合のなかから、事業参加（支援）を希望する後掲の三医療保険者を選定した。
- (4)これら一連の作業と並行して、特定健診受診率向上など医療保険者の諸課題の解決に資するワークショップ手法について検討・実施した。

4) 支援事業実施者

- ・ 社団法人 全国保健センター連合会 島田 美喜
- ・ 社団法人 全国保健センター連合会 村中 峯子
- ・ 株式会社 社会保険研究所 南平 直宏

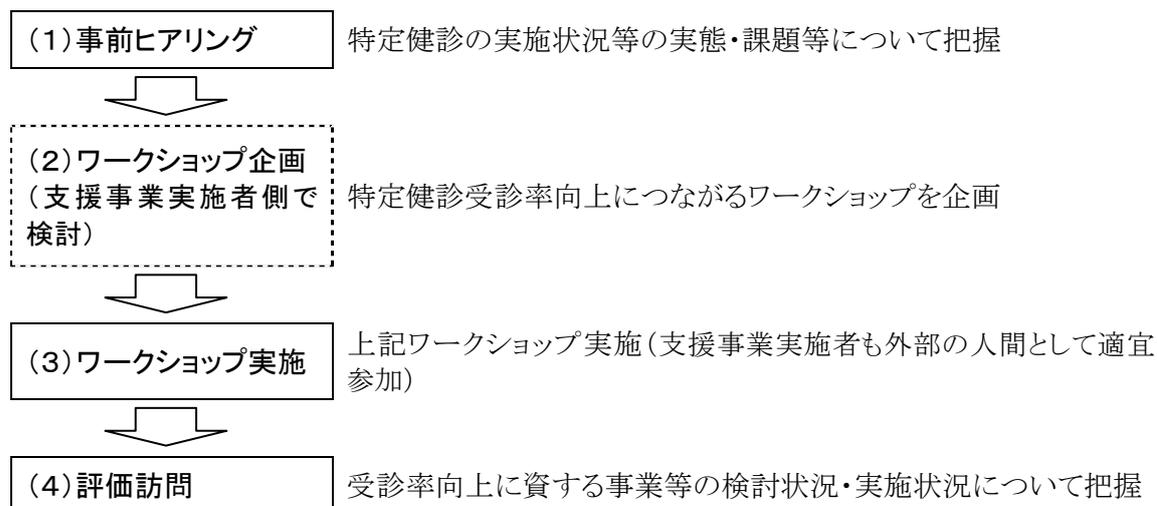
※東京都国民健康保険団体連合会も、適宜、支援実施に加わった。

5) 協力医療保険者

- ・ 健康保険組合 日本通運健康保険組合
- ・ 区市町村国保 立川市
- ・ 国保組合 東京食品販売国民健康保険組合

¹ ワークショップに関する詳細な解説については参考資料（P130～P140）参照

6) 支援事業の実施プロセス



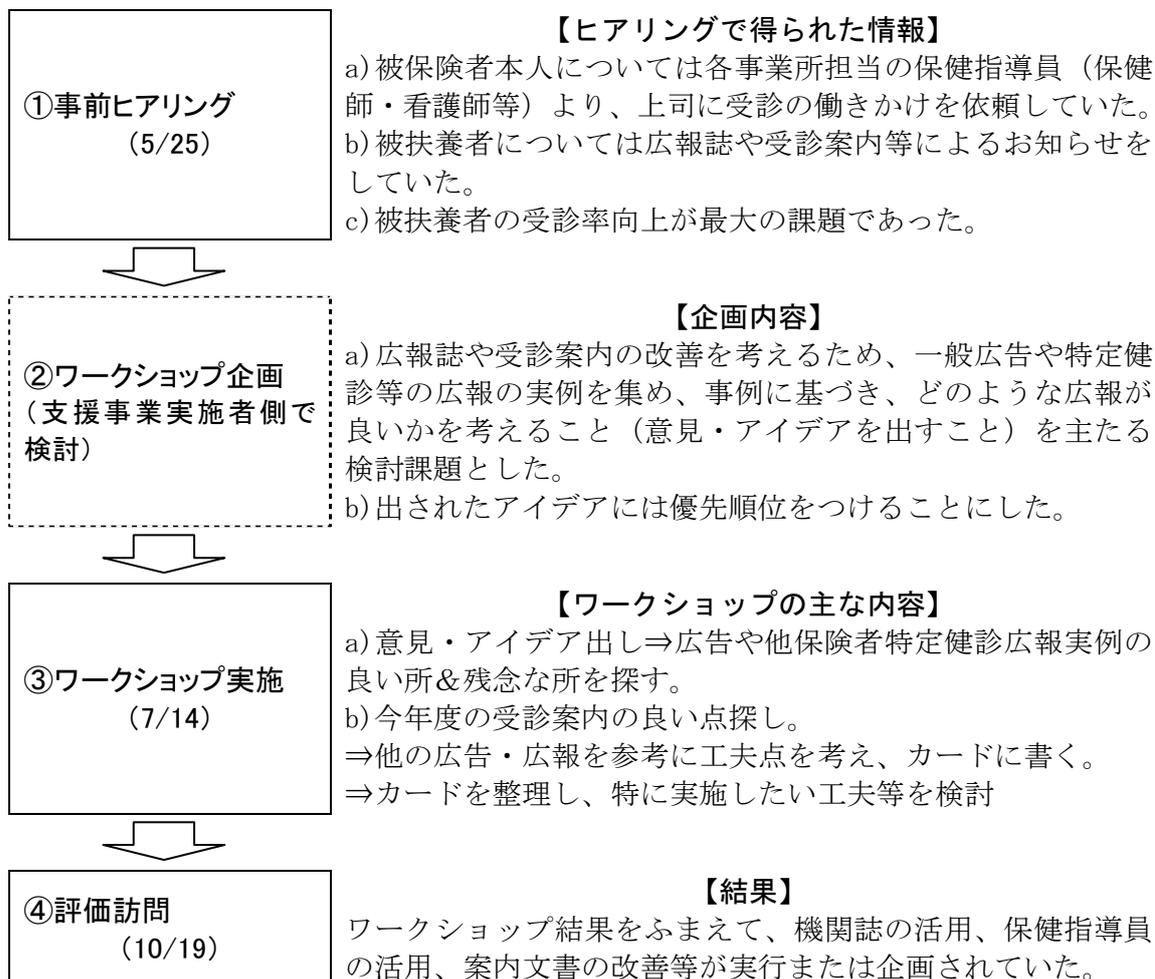
7) 支援事業実施期間

・2010年5月～11月

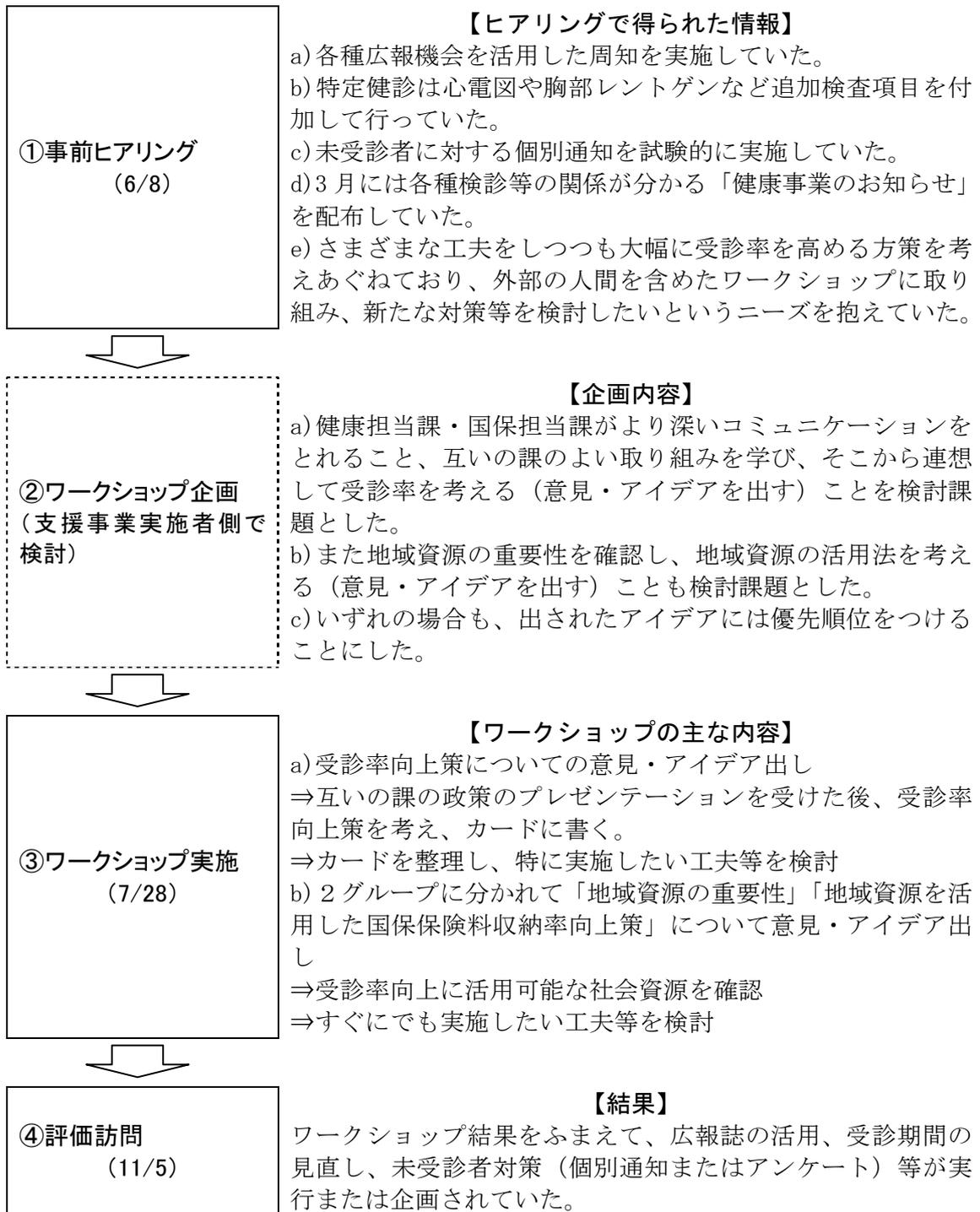
実施項目 ・日程 保険者名称	①事前ヒアリング	②ワークショップ 実施	③評価訪問
日本通運健康保険組合	5月25日	7月14日	10月19日
立川市	6月8日	7月28日	11月5日
東京食品販売 国民健康保険組合	7月1日	7月26日	11月24日

8) 保険者別・主な支援内容

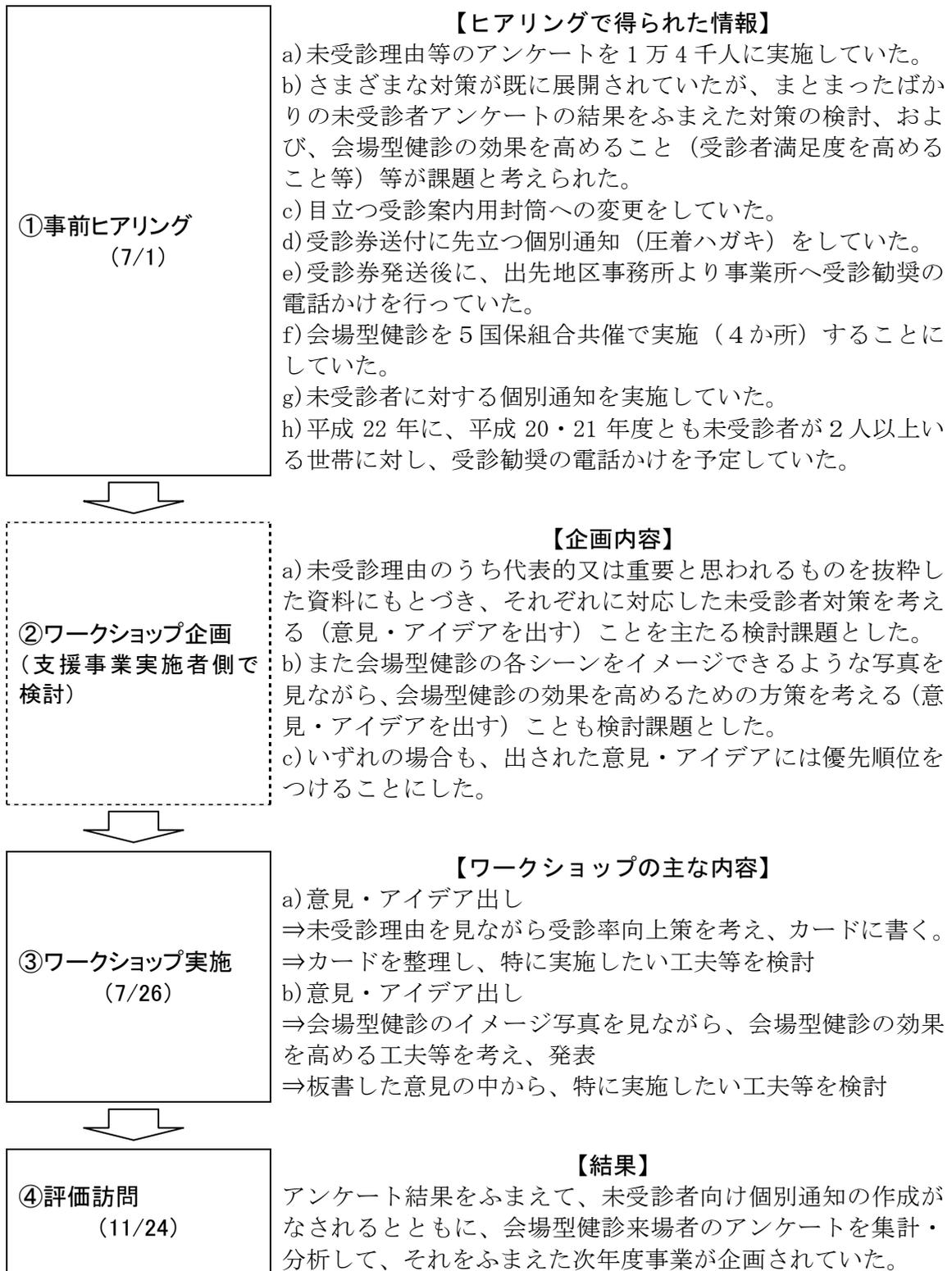
(1) 日本通運健康保険組合



(2) 立川市



(3) 東京食品販売国民健康保険組合



2. 受診率向上のための保険者支援事業の実施事例

1) 日本通運健康保険組合

<基本情報>

①特定健診の実施状況（平成20年度）

●特定健診受診対象:

（被保険者）約3万5千人 （被扶養者）約1万9千人

●特定健診受診率:

（被保険者）86.9% （被扶養者）26.6%

●自己負担:なし

②実施済みの受診率向上対策

●（被保険者について）各事業所担当の保健指導員（保健師・看護師等）より、上司からも受診を勧めるよう依頼

●（被扶養者について）広報誌や受診案内等によるお知らせ

●被扶養者の受診券は事業所経由で配付

など

本事例のポイント

本事例では、従来実施してきた方法とは違う視点から参考になるものを取り入れることを行っている。

情報を伝える、関心を持ってもらうという意味で、広告会社やデザイン会社は、大勢の専門家たちが知恵を振り絞って、デザインやキャッチコピーを考えるエキスパートである。特定健診の広報（通知等を含む）においても、エキスパートが作成した広告物を見ながらワークショップを行い、知恵を振り絞り、良い点を取り入れるのも有効な方法の一つといえる。

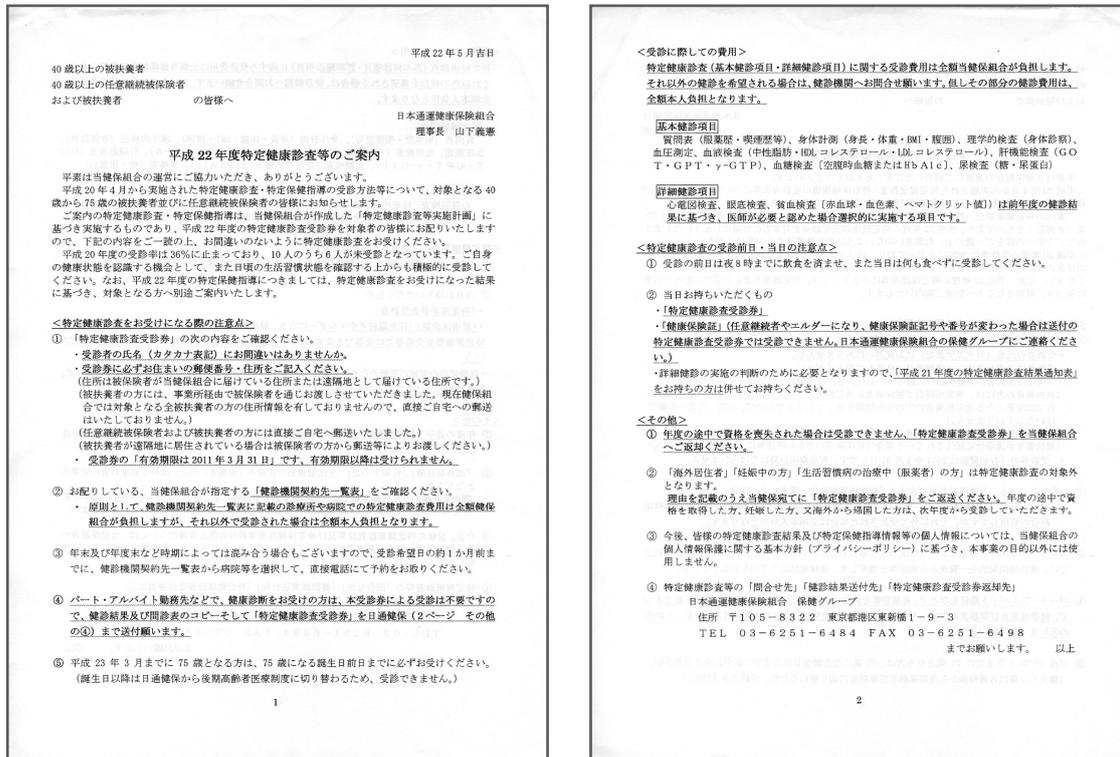
(1) 事前ヒアリング結果

ワークショップ企画にあたり、特定健診の実施状況や課題等について事前ヒアリングを行った（5月25日実施）。

【実施済みの事項や課題等】

○ 日本通運健康保険組合では、各事業所に担当保健指導員（保健師・看護師等）

者としてきちんと伝えなければならない情報が多いこと、そのため文書の文字量が多く読みづらいものになっていること、受診案内についての質問の電話が殺到したことなどが、確認されていた。また、「この受診案内について、一度自分の配偶者に意見を聞いてみよう」「被扶養者からの問い合わせ内容等について整理しよう」ということも話し合われた。



▲平成22年度に使用した受診券送付時の文書「特定健康診査等のご案内」(表面・裏面)

(2) ワークショップの企画・立案(支援事業実施者側での検討)

- ワークショップは健保組合職員4名、本社健康管理センター保健師1名、計5名で行うことになった。支援事業実施者としては計4名が訪問し、適宜、ワークショップに加わることにした(職員以外の視点が加わったほうが有益と判断したため)。
- 受診率向上策は、さまざまな方向から考えることができるが、今回、日本通運健康保険組合では、①特に被扶養者の受診率向上が課題となっていること、②被扶養者との接点は広報(機関誌による広報、受診案内など)が中心であることから、広報の改善策について考えていくことにした。
- どういう広報がよいかを具体的に考えるため、支援事業実施者側が、さまざまな広報実例(特定健診の広報に限らない)を集めて、事例に基づき、どのような広報がよい広報かを考えることを、主なワークショップとした。
- この広報実例の収集にあたっては、誰でも同様の方法で収集が可能となるよう、次の2つの方法を組み合わせで行った。

①新聞の折り込み広告から魅力があると思われる一般広告を収集した。

②インターネットから、特定健診の広報物（主として PDF ファイルとして公開されているもの）を収集した。収集にあたっては「特定健診」「PDF」等のキーワード検索を行った（検索エンジンは Google を使用）。

○ 以上の作業により収集し、実際にワークショップに使用した広告・広報物等は表 1 のとおりである。実際にはより数多く収集し、参加者に好きなものを選んでもらった。表 1 は、選ばれたもののみ掲載している。なお掲載している URL 等は常に変更・削除の可能性を伴うものである。

表 1 ワークショップに使用した広告・広報物など

No.	発行元	種類	備考・URL 等
1	メガネの愛眼	家族割の案内	同時購入で 2 着目半額。その他割引案内
2	東京個別指導学院	夏期講習案内	個別指導専門塾
3	ドミノ・ピザ	ピザ商品案内	裏面は夏のランチセット案内
4	たかの友梨ビューティークリニック	エステ案内	はるな愛を起用して、チャリティーエステを PR
5	明光義塾	夏期講習案内	個別指導専門塾
6	サンスター	美容液(美白)案内	商品名：エクイタンス ホワイトロジー エッセンス
7	宮地楽器	リコーダー・ハーブのレッスン	裏面は「大人のためのバレエ教室」案内
8	文京区	乳がん検診クーポン配付	(表面のみ) http://www.city.bunkyo.lg.jp/var/rev0/0015/8255/ku-pon-nyuu.pdf
9	燕市 (新潟県)	広報誌における特定健診広報	(p1,p8,p9) http://www.city.tsubame.niigata.jp/kouhou/20060501/documents/20060501-01-28.pdf
10	さいたま市 (埼玉県)	特定健診広報パンフレット	http://www.city.saitama.jp/www/contents/1210217446808/files/2010tokuteisiori.pdf
11	郡山市 (福島県)	特定健診広報チラシ	(表面) http://www.city.koriyama.fukushima.jp/upload/1/2141_tirashi01.pdf (裏面) http://www.city.koriyama.fukushima.jp/upload/1/2141_tirashi02.pdf
12	八潮市 (埼玉県)	平成 21 年度特定健診のご案内	※URL 削除
13	八女市 (福岡県)	特定健診・特定保健指導利用の流れ	http://www.city.yame.fukuoka.jp/sec/k9/tokuken/tokuteikensin%20reef%206.pdf
14	デパート健康保険組合	特定健診広報チラシ	http://www.depaken.com/tokuteikensin1.pdf
15	ジェイティ健康保険組合	特定健診広報パンフレット	http://www.jtkenpo.jp/enterprise/pdf/eprise01_1.pdf
16	三重重工健康保険組合	特定健診広報チラシ	http://www.mhi.or.jp/hokenjigyoutokutei_kensin.pdf

17	大倉工業健康保険組合	特定健診広報チラシ	http://www.okr-ind.co.jp/kenpo/pdf/20080403-2.pdf
18	ダイハツ健康保険組合	特定健診広報チラシ(家族用)	http://www.kenpo.gr.jp/daihatsu/hoken/haigusha/img/H22_family2.pdf
19	公文健康保険組合	特定健診広報チラシ(家族用)	http://kumon-kenpo.or.jp/pdf/jigyo/christ_annai.pdf

※貴重な広報物等を、ネット上で公開くださっている上記の各発行元にはこの場を借りて謝意を表したい。

- これら広報実例のうち、まず一般広告（No.1～7）を用いて、各自が担当した広告（1枚）の「いいところ探し」を行い、支援事業実施者を含めて、その広告の「いいところ」を5個以上探して²、順番に発表することにした。
- 次に「市町村の特定健診等広報」（No.8～13）について「いいところ探し」と「残念なところ探し」を行い、同様に発表した。さらに「健保組合の特定健診広報」の「(主に) いいところ探し」を行い、同様に発表した。
- 全体に「良いところを探して学ぶ・参考にする」ということを重視し、改善点についても「悪いところ探し」等の表現ではなく、「残念なところ探し」とした。つまり、“もう少しここはこうすればもっと良くなる”と、ポジティブな観点を保持できるようにした。
- 以上のワークをふまえて、平成22年度受診券送付時の文書「特定健康診査等のご案内」について、「いいところ探し」「来年度も引き継ぐべき考え」などを自由に出し合うこととした。そのうえで、今後の平成23年度の案内文書作成に向けて、どのような工夫を追加していったらよいかについて、アイデアや工夫点を考え、カード（付箋）に記載した³。
- 出されたカードについては、「容易／困難」をX軸、「効果 大／小」をY軸とする座標軸（マトリクス）の上に整理してもらうこととした。
- さらに、そのうち特に実施したいアイデアに対して、各自がシールを貼っていき、優先順位をつけることとした⁴。

² 通常、こうした意見・アイデア出しは、意見やアイデアの数が多ければ多いほどよいのだが、発想する力のウォーミングアップも兼ねて、まずは最低5個を探す課題とした。

³ この作業を、カード式ブレインストーミングと呼ぶ（P135・P136参照）。

⁴ この作業を、シール投票と呼ぶ（P139参照）。

(3) ワークショップ実施概要

87 ページの企画により、表2の次第にてワークショップを行った（7月14日実施）。なお、進行・ファシリテータ役は、支援事業実施者が務めた。

表2 日本通運健康保険組合ワークショップ次第

項目	概算時間	内容等
①グラウンドルールの提示	5分	アイデアを出し合うときの共通の約束事の確認（P134・P135参照）
②導入（アイスブレイク）	7分	普段と違う話題を冒頭に持つてくることで、以下の話し合いの円滑化を図る（場を和やかにする）ことを目的に、次の内容を実施 「今までで最も楽しかった夏の思い出」について2人1組で話し合う。
③自由な話し合い	8分	どうすれば分かりやすい、受診率向上につながる「健診通知」になるかを、a)被扶養者等からの問い合わせや、b)奥さんに聞いてみた感想について自由に話し合う。
④意見・アイデア出し	80分	a) 作業内容およびルール説明【5分】 b) 目の前の広報実例（新聞折り込み広告）の「いいところ探し」を行う。【35分】 ⇒各自に好きな広告を選んでもらい、通し番号を振る。 ⇒各自、その広告の良いところを5個以上探す。 ⇒順番に発表し、発表した意見はファシリテータが模造紙に板書 c) 目の前の広報実例（市町村の特定健診等広報）の「いいところ探し」「残念な点（改善可能な点）を探す」を行う（上記と同様）。【25分】 d) 目の前の広報実例（健保組合の特定健診広報）の主に「いいところ探し」を行う（上記と同様。ただし思いついた順に発表）。【15分】
⑤意見・アイデア出し	10分	日通健保の平成21年度の受診案内について、良いところ、来年度も引き継ぐべき考えなどを出し合う。 ⇒各自、思いついた順に発表 ⇒発表した意見はファシリテータが模造紙に板書
⑥意見・アイデア出し	15分	a) 作業内容およびルール説明【5分】 b) 平成22年度の受診案内作成に向けて、これまで見た実例の良い点や、自分自身が受け取ったときの気持ちを念頭に、どのような工夫を追加したらよいかを考える。 c) 工夫点・改善策などについて意見を付箋に書く（1人10個以上）。【10分】
⑦整理・優先順位づけ	20分	a) 「容易／困難」をX軸、「効果大／小」をY軸とする座標軸（マトリクス）の上に整理する。【10分】 b) シール投票：特にやってみたい意見・アイデアを選んで、

		付箋にシールを貼付【5分】 c) シール投票結果の確認【2分】 d) みなでちょっとした雑談、感想など述べる時間
⑧まとめ	5分	a) 今回のアイデアを次回の開催案内作成まで温めておくのはもったいないので、近いうちに実践できる場がないか尋ねる。 b) 広報誌ですぐ反映できるということだったので、今年度の広報誌で反映したいことを担当者に言葉にしろ。該当意見に、さらに別の色のシールを貼付
	計 150分	

グラウンドルール

アイデアを出し合うとき 発散

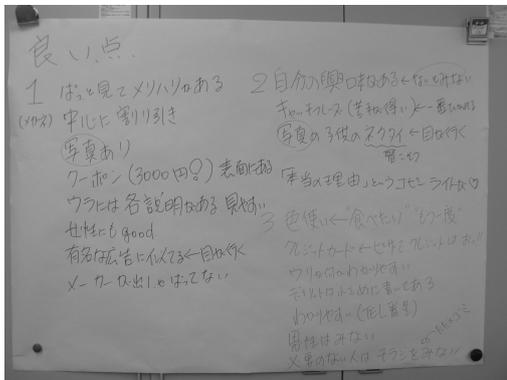
- I 批判・否定は一切、お断り
- II 自由奔放に
- III とにかく量で勝負する
- IV 組み合わせ・改善

★自己奮発で、効果増大!

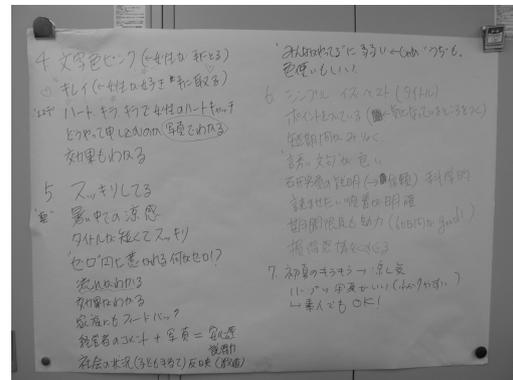
話し合いのルール

最初から、相手の意見を否定しない
体裁を繕わない
新しい考えを探求する
プラス志向で考える
アサーティブな発言を心がける
ひとりで長々と話させない

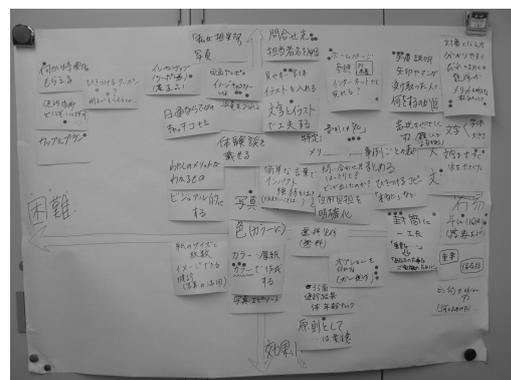
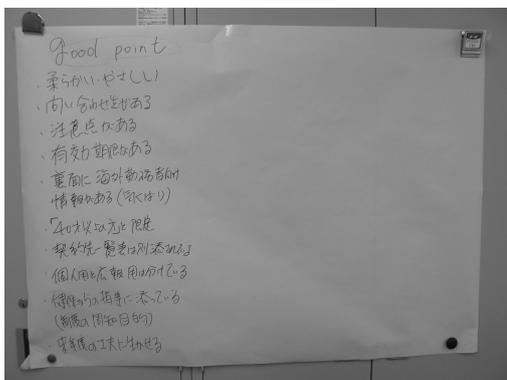
▲グラウンドルール4項目は紙で全員に冒頭に配布



▲「話し合いのルール」も併せて配布



▲一般広告の良い点を探して意見・アイデア出しを行った結果（模造紙2枚分を板書）



▲平成 22 年度受診案内の良い点・引き継ぐべき点について意見・アイデア出しを行った結果（11 項目の意見）

▲平成 22 年度受診案内にさらに工夫できる点について意見・アイデア出しを行い、それを座標軸（マトリクス）に整理



◀受診案内の工夫できる点をカード（付箋）に各自が書いたものを座標軸に整理しているところ。「これは実施が困難？ それとも容易？」「効果は大かな？ 小かな？」など、和気あいあいと話し合いながら行うことに意味がある。自分たちで出したアイデアが「見える化」されることで、頭のなかが整理されてくる。

（４）評価訪問結果の概要

10月19日に評価（進捗状況等調査）のために日本通運健康保険組合に訪問したところ、受診率向上にむけて、以下のような各種対策が実行または企画されていた。

①機関誌の活用

- ▶ 主として被扶養者の受診率向上を目的として、機関誌「健保だより」（年5回発行。事業所経由で被保険者に配付）において、未受診者対策の広報を行うことにした。11月号掲載の広報内容は次のとおり。

健診は健康の第一歩です。

平成22年度 特定健康診査を受診してください

40歳から74歳の被扶養者で未受診の方へ

ご自身の健康状態を知る機会として、また日頃の生活習慣を見直す上からも必ず受診してください。

- ▶ 一年1回限りの健診です。平成23年3月までに受診してください。
- ▶ 基本健診は、自己負担「0円」です（それ以外の健診は全額自己負担です。）
- ▶ 受診時は、日通健保より配付の「特定健康診査受診券（平成22年5月交付）」と「健康保険証」を必ずお持ちください。
- ▶ 日通健保より配布の「健診機関契約先一覧表」に記載の病院で受診してください。

問い合わせ先 日本通運健康保険組合 保健グループ Tel. 03-6251-6484

- 上記の広報内容は、前回のワークショップの成果をふまえて、①対象者に対するメッセージ「健診は健康の第一歩です」を入れて、②一年に1回限り／自己負担「0円」というPRポイントを強調、③長々と文章を連ねるのではなくメッセージを絞り込んだ、④写真を大きく入れた、などの工夫を盛り込んだという。

②保健指導員との連携

- 全国に200人以上いる保健指導員に協力を求め、被扶養者の受診率向上対策を行うことにした。
- 具体的には、全国11か所で開催した「衛生担当者会議」において、各支店衛生担当課長（総務課長）合計70～80人へ、被扶養者の掘り起こし、被保険者への受診勧奨を依頼するとともに、全国保健指導員研修会においては、保健指導員に、健康相談の最後に、“奥さんは特定健診を受けましたか？”という確認をしてもらうよう依頼した。

③受診券送付時の案内文書の改訂

- 被扶養者には年度初めに被保険者経由で、a)受診券、b)受診案内、c)健診機関一覧表、の3点セットを配付している。このうち「b)受診案内」を見やすく、かつ分かりやすいものにしていくことで、受診率を高めることを計画
- 具体的には、マンガ的な要素を入れて、文字を読まなくても分かるようにする工夫などが考えられていた。
- 今後のスケジュールとしては、3月上旬までに受診案内を確定し、4月上旬の対象者確定後、5月下旬に被扶養者の受診券を被保険者経由で配付予定だった。

④その他

- アンケートによる未受診理由等の調査も行ってみたいと考えている（詳細は今後検討）。なお被扶養者の受診率は平成20年度よりも平成21年度で低下しており、毎年受ける必要がないと考えられている可能性があるという。
- 健診受診者に対して抽選でプレゼント（保養所の招待券、Pontaカードなど）を贈るというインセンティブの付与についても検討したいとのこと。
- 被扶養者の受診動向については、「周りが受けるから自分も受ける」等の地域の環境も影響していると考えられるため、都道府県ごとの受診率分析にも取り組んでみたいという。被保険者が、埼玉県・千葉県・神奈川県から東京都内に通勤しているケースを除けば、被扶養者の住所地については、被保険者の勤務先所在都道府県とみなして、ほぼ問題ないと考えられるとのこと。

(5) 考察・まとめ

- 受診券に同封する受診案内は、被扶養者（特定健診対象者）ほぼ全員の目に触れる媒体と考えられる。
- 特定健診広報として、機関誌「健保だより」は社員自宅へ日通事業所機関誌「日通だより」と共に郵送され、被扶養者の目に触れる媒体と考えられる。
- したがって、この媒体の広報内容およびデザインを入念に企画し、「忙しい」「面倒」「健康だから不要」「病気が見つかったら怖い」等の未受診理由もある程度想定しつつ、効果的な広報物を今後制作していくことが重要と考えられる。
- 全国に 200 人以上いる保健指導員は、被扶養者の特定健診受診率向上に重要な役割を果たす貴重な人的資源である。しかし保健指導員は、会社の組織の一員であって、健保組合の指揮命令下にはないことから、会社（事業主）と健保組合の連携のもとに、保健指導員に被扶養者の受診率向上対策に活躍してもらうことが重要である。健保組合と会社が協働して、保健指導員を適切にマネジメントするための仕組みや体制づくりも重要と考えられる。
- また被扶養者の疾病は、本人（社員）の意欲や欠勤率のみならず、労働生産性にも影響を与えかねない。また事業主は医療保険料の半分以上を負担しており、社員はもとより家族の健康づくり・疾病予防は、直接的な費用負担の面においても、企業にとっての重要な課題である。
- したがって、事業所別や都道府県別の医療費や健診受診率等の情報を、健保組合と事業主が共有したうえで、受診率向上対策を含めた各種課題（メンタルヘルス対策、禁煙・分煙対策等）の解決に協働して取り組むことが必要である。こうした取り組みをとおして、「健診を受け、健康づくりを行うことが当たり前」という文化が、被保険者・被扶養者に次第に定着していくことが期待される。
- 受診率向上対策は、さまざまな取り組み・工夫の積み重ねが重要と考えられることから、未受診理由等の調査や、受診者に対するインセンティブの付与等、上記のさまざまなアイデアを順番に、着実に実行していくことが必要と考えられる。

<基本情報>**①特定健診の実施状況（平成20年度）**

- 特定健診受診対象:約3万3千人
- 特定健診受診率:39.56%
- 追加検査項目:心電図、眼底検査、胸部レントゲン、大腸がん検診(便潜血検査)
- 自己負担:なし(大腸がん検診を追加で受ける場合は原則300円を自己負担)

②実施済みの受診率向上対策

- 追加検査(心電図・胸部レントゲンなど)を実施
- 未受診者に対する個別通知を試験的に実施(平成21年度)
- 3月に各種検診等の関係が分かる「健康事業のお知らせ」を配布
- 4月に「立川の国保」を発行
- その後も適宜、広報誌に特定健診の案内を掲載

など

本事例のポイント

本事例では、同市でもともととなされていた、がん検診受診率向上や国保保険料収納率向上に対する工夫を、特定健診の受診率向上に生かせるのではないかと考えてワークショップを実施している。

もちろん「他の施策を参考にする」ということ以外にも、発想を広げるための方策はさまざまにあり、例えば本事例で行っているように、「地域資源の活用」というテーマを提示して、それについて検討するというように、検討の方向性を制限して行うことも有効だと考えられる。

一方、一般的に地域資源の活用（職域保健の場合は事業所の活用）が重要だと認識していても、自分たちの組織以外と連携していくのは難しく、自分たちにできることが優先されることも多いと考えられる。本事例のワークショップでは、地域資源の重要性に（改めて）気づき、確認し、地域資源を活用する方策を検討している。

忙しいなかでじっくり考える機会を持ちにくいような課題を議論の俎上に載せるためにも、ワークショップの開催は一つの有効な方法である。

(1) 事前ヒアリング結果

ワークショップ企画にあたり、特定健診の実施状況や課題等について事前ヒアリングを行った（6月8日実施）。

【実施済みの事項や課題等】

- 立川市では、受診券の全員送付、広報誌における特定健診の広報、毎年1回4月に全市民に送る国保広報誌「立川の国保」での広報、7月に国保世帯への「納入告知書」送付時の広報など、さまざまな受診率向上のための広報を実施していた。

▲「立川の国保」2010年4月版の特定健診広報

- また、特定健診の実施項目にも心電図や胸部レントゲンなど追加検査項目を付加して行われていた。
- こうした取り組みはありつつも、特定健診の受診率は4割程度にとどまっており、今後、大幅に受診率を伸ばすための方策を検討する必要性があった。

- 平成 21 年度には試験的に一部個別の受診勧奨通知も行ったが、費用がかかるため、別の方策を検討したいと考えていた。例えば、自治会単位の回覧板で広報することなどが考えられたが、①すべての住民が国保の特定健診の対象ではない、②社保の人は立川市が行う追加検査項目を受診することができない（社保の特定健診を受けたうえで、立川市の追加検査項目だけ受けることはできない）、③社保の人に不公平感が生じるおそれがある、といった理由から、実施をためらう面があった。
- こうした状況において、内部の人間だけでなく、外部の人間も含めたワークショップに取り組み、新たな対策等を検討したいというニーズを抱えていた。

(2) ワークショップの企画・立案（支援事業実施者側での検討）

- ワークショップには国保担当課から 1 名、健康担当課から 4 名、計 5 名が集まって行うことになった。支援事業実施者は計 4 名が訪問し、適宜、ワークショップに加わることにした（職員以外の視点が加わったほうが有益と判断したため）。
- 両部門は、健康担当課の担当者が国保担当課に異動していることなどもあり、すでにより連携が取れている様子だったが、より深いコミュニケーション、あるいは普段話し合わないことも互いに話し合えるような機会を提供したいと考えた。
- 受診率向上策は、さまざまな方向から考えることができるが、今回、立川市では、がん検診の受診率向上事業などに積極的に取り組みを行い、一定の成果を得ているため「他の事業のよい面から、類比的に発想を広げて、特定健診の受診率向上策を考える」という方法⁵を取り入れることにした。
- 具体的には、健康担当課は「がん検診受診率向上」の取り組みについて、国保担当課は「国保保険料収納率向上」の取り組みについてプレゼンテーションし、それぞれのポイントを板書しながら確認。その後、それらをヒントに、特定健診受診率向上策について、アイデアや工夫点を考え、カード（付箋）に記載した⁶。
- 出されたカードについては、「容易／困難」を X 軸、「効果 大／小」を Y 軸とする座標軸（マトリクス）の上に整理してもらうことにした。
- さらに、そのうち特に実施したいアイデアに対して、各自がシールを貼っていき、優先順位をつけることにした⁷。
- またワークショップの導入部分では、場を和やかにするというだけでなく

⁵ 焦点法と呼ばれる発想法の応用である。詳しくは P136 参照

⁶ この作業を、カード式ブレインストーミングと呼ぶ（P135・P136 参照）。

⁷ この作業を、シール投票と呼ぶ（P139 参照）。

く、“市役所職員の業務を通して喜びを得る”ということがどういうことかについて（改めて）意識を向けてもらうため、「市役所に入って仕事でいちばん嬉しかったエピソード」を2人ひと組で話し合ってもらい、さらに聞いた人から他の全員に聞いた内容を発表してもらうことにした。“自己開示”をしてもらいつつ、全員が均等に発言できるようにした。

- さらに、地域資源の活用について考えるワークも付加することにした。「自治会単位の回覧板での広報」について検討しつつも、実施をためらう要素もあったことから、自治会を始めとした地域資源の活用について、より深く考える時間をとることに意味があると考えたためである。
- 具体的には、まず地域資源の活用についてのそれぞれの考えを確認するために、支援事業実施者も加わって2グループに分かれて、ひとつのグループでは「実習に来た看護学生役（支援事業実施者）に地域資源がいかにか重要かを説明する」という演習を、もう一つのグループでは、「（地域資源の重要性についてよく理解している）健康担当課の職員等が、国保担当課の職員に対して、地域資源を活用してさまざまな保険料収納率向上策が可能であることを説明する」という演習を行うことにした。
- ここでは、地域資源のよい点や活用策をただ述べる・考える・書き出すよりも、“説明する相手がいって、自分の言葉で説明するという状況（比較的自然な状況）”を作り出すことで、思考が深まりやすくなることを狙いとした。また、「地域資源の活用が大事だ」という趣旨のことを“口にする”ことも、今後、地域資源とも連携しつつ、事業を展開していくうえで重要なことだと考えた。
- このワークを経て、活用・連携可能な「社会資源」と、期待される「役割・機能」について自由に意見・アイデアを出し、板書して表形式に整理することにした。その作業の後、活用可能性の強さの評価、連携実施済みか否かの区分、ぜひ活用・連携したい領域についての優先順位づけも行うことにした。

（3）ワークショップ実施概要

97 ページの企画により、表3の次第にてワークショップを行った（7月28日実施）。なお、進行・ファシリテータ役は、支援事業実施者が務めた。

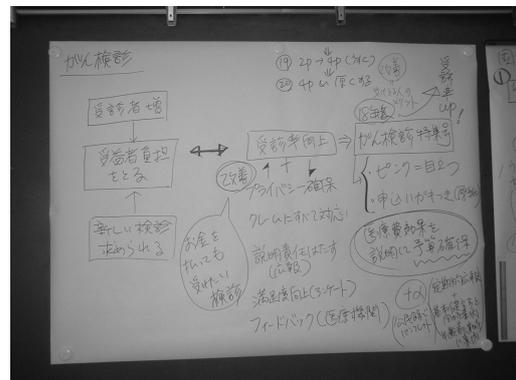
表3 立川市ワークショップ次第

項目	概算時間	内容等
①グラウンドルールの提示	5分	アイデアを出し合うときの共通の約束事の確認 (P134・P135参照)
②導入(アイスブレイク)	15分	<p>“市役所職員の業務を通して喜びを得る”ということがどういふことかについて(改めて)意識を向けてもらうために、以下の内容を実施</p> <p>a)2人ひと組で、市役所に入って仕事でいちばん嬉しかったエピソードを互いに話す。【3分】</p> <p>b)他己紹介：いま聞いたエピソードをみんなに紹介する。 【1人1分×4組=4分】</p> <p>c)役割を交替して上記を繰り返す。</p>
③意見・アイデア出し	45分	<p>a)健康担当課は「がん検診受診率向上」の取り組みについてプレゼンテーション【8分】⇒支援事業実施者が板書</p> <p>b)国保担当課は「保険料収納率向上」の取り組みについてプレゼンテーション【8分】⇒支援事業実施者が板書</p> <p>c)支援事業実施者より、板書内容説明(振り返り)【3分】</p> <p>d)板書内容をヒントに(応用して)、特定健診受診率向上のための考えられる方策について意見・アイデアを考え、カードに書く(支援事業実施者も参加)。【25分】</p> <p>※最低1人50個のアイデアを書くつもりでアイデアを量産する(質より量で勝負する)気持ちで書くよう依頼した。</p>
④整理・優先順位づけ	20分	<p>a)「容易／困難」をX軸、「効果 大／小」をY軸とする座標軸(マトリクス)の上に整理する。【10分】</p> <p>b)シール投票：自分として、特にやってみたい意見・アイデアを選んでシールを貼付(支援事業実施者も参加)【5分】</p> <p>c)健康担当課係長によるまとめ【5分】</p> <p>※終了後、ファシリテータよりコメント ⇒「これらの対策を行っても、市にクレームを寄せてくれない人、広報を見ない人、無関心な人など、カバーできない人がある。そこに手を伸ばすために、地域資源の活用は不可欠」と次の項目につなぐための説明を行った。</p>
⑤役割を設定した話し合い(ロールプレイ)	15分	<p>a)作業内容およびルール説明【1分】</p> <p>※2チーム編成：(1)説明を受ける看護学生役(支援事業実施者1名)+説明者(健康担当課2名+支援事業実施者1名)、(2)説明を受ける国保担当課1名+説明者(健康担当課2名+支援事業実施者1名)</p> <p>b)(1)チームは「地域資源の活用がいかに重要か」を、実習に来た看護学生役に説明する。(2)チームは「地域資源を活用した収納率向上策」を国保担当課(実際のまま)に説明する。聞き手は適宜質問するが反論はしない。【8分】</p>

		c) 聞き手として、「何を聞いたか」「納得できたか」「感想」などを述べる。【1人2分×2人=4分】 d) ファシリテータまとめ【2分】
⑥ブレインストーミング	15分	活用・連携可能な「社会資源」と、期待される「役割・機能」についてアイデア出しをする。 ⇒ファシリテータ（支援事業実施者）が板書（表形式）【15分】
⑦整理・優先順位づけ	15分	a) 表の各欄のうち、活用可能なものに○、可能かもしれないものに△をつける。【5分】 b) 上記の○、△のうち、すでに実施済みのものにレ点をつける。【2分】 c) 各欄の○印または△印のうち、特に「自分個人としてはやったほうがいい」と思うところに、シールを貼付【5分】 d) ファシリテータまとめ【2分】
⑧まとめ	10分	a) みなで一言ずつ感想など述べる（支援事業実施者を含む）。【8分】 b) 健康担当課係長まとめ【2分】
計	140分	



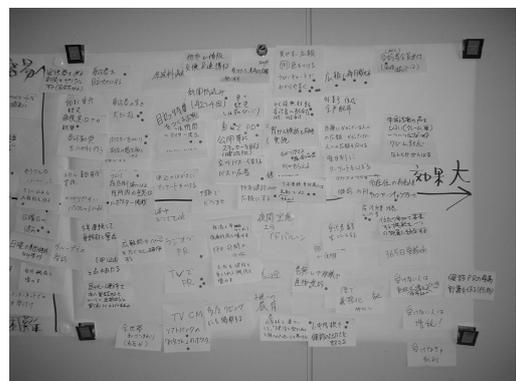
▲カード(付箋)に書いたアイデアを座標軸(マトリクス)に整理中



▲「がん検診」受診率向上策のプレゼン内容を板書(黒板に張った模造紙に直接書き込み)



▲カード(付箋)に書いた意見・アイデアを座標軸(マトリクス)で整理(左側:効果小サイド)



▲同・右側:効果大サイド。シール投票を行うと容易かつ効果大のエリアにシールが集中



◀ 特定健診受診率向上のために活用可能な地域資源をリストアップ。縦軸（社会資源）には、「デパート」「自治会」「競輪場」「公共交通」など 16 項目が挙げられ、横軸（役割・機能）には「PR」「誘い合い」「直接説明」「会場」「景品」の 5 項目が挙げられた。

◀ 活用可能なものに○印、可能かもしれないものに△印をつけ、特に実施したいものにシールを貼った。PR に自治会・町内会、商店街・商工会、公共交通を活用したいという意見、会場（健診会場）としてデパート・スーパー、自治会・町内会・競輪場を活用したい、という意見が多く集まった。

(4) 評価訪問結果の概要

11 月 5 日に評価（進捗状況等調査）のために立川市に訪問したところ、受診率向上にむけて、以下のような各種対策が実行または企画されていた。

① 「広報たちかわ」の活用

➤ 受診率向上のため、「広報たちかわ」（月 2 回発行）にて、毎号、特定健診の受診を促す情報を掲載していた（8 月 25 日号～）。

8 月 25 日号

健康

☎健康推進課〔〒190-0011 高松町3-22-9 健康会館内〕☎(527) 3272
☎(521) 0422へ

■特定健診は受診されましたか

内容は問診・腹囲を含む身体計測・聴打診・血圧測定・尿検査・血液検査など。ご希望により胸部レントゲン・大腸がん検診を実施。

対象は40歳以上で、立川市国民健康保険にご加入の方、後期高齢者医療制度にご加入の方または生活保護を受給中の方で昨年受診したか健康推進課に申し込みをした方。ただし、今年度に国民健康保険の人間ドック補助を利用済み、または予定がある方は利用できません。

4月1日現在で対象の方のうち、4月から9月生まれの方には受診券等を5月末に発送しています。11月30日まで無料で市内の指定医療機関で受診できます（大腸がん検診を希望する場合は300円）。期間末は大変込み合います。早日の受診をお願いします。4月2日以降対象となられた方も受診できる場合がありますので健康推進課までご連絡ください。

なお、10月から3月生まれの方には9月末に受診券等をお送りします。

■ラフ&タフさわやか体操教室・ゆったり体操教室

対象は、10月1日現在40歳～64歳で、各教室の対象に該当する市民の方。期間は10月～平成23年3月で月に3～4回実施。会場・曜日・定員などは下表の通り。初めての方優先。

●さわやか体操教室 対象は体力の衰えを感じ始めた方。ストレッチ体操やリズム体操を行います。

●ゆったり体操教室 対象は血圧が高い、ひざが痛い等の理由で思うように運動ができない方。さわやか体操教室よりも軽めにゆったりとストレッチ体操等を行います。

☎はがきに「ラフ&タフ体操教室

ラフ&タフ さわやか・ゆったり体操教室日程表				
番号	教室名/会場	曜日	時間	初日
①	さわやか/シルバー人材センター-錦支部	月	午後	10/4
②	さわやか/総合福祉センター	火		10/5
③	さわやか/西砂会館	水		10/6
④	さわやか/健康会館	木		10/7
⑤	さわやか/こびり橋会館	金	午前	10/15
⑥	ゆったり/健康会館	火		10/5
⑦	ゆったり/一番町こどもサロン	金	午後	10/8

※いずれの会場も、定員は20人(抽選)。
※時間は午前=9時30分～11時
午後=1時30分～3時

9 月 10 日号

健康

■特定健康診査、11月末まで！
～4月から9月生まれの40歳以上対象

4月1日現在において、40歳以上でありなおかつ、4月から9月生まれの立川市国保加入者や後期高齢者医療制度加入者、さらには生活保護受給中で昨年度受診をされた方に、特定健康診査等の受診券を発送しています。お手元がない場合は、健康推進課までお問い合わせください。

なお、誕生日が10月以降の方には9月末に発送の予定です☎6月1日(火)～11月30日(火)。期間外の受診はできません☎市内の指定医療機関☎無料。ただし、大腸がん検診は300円（生活保護受給者、市民税世帯非課税の方は免除制度あり）。

☎健康推進課☎(527) 3272〔平日午前8時30分～午後5時〕

9 月 25 日号

● 特定健康診査を受診して健康管理を！ ●

受診期間は 4月～9月生まれの方=11月30日まで 6☎健康推進課 無料
10月～3月生まれの方=10月1日～3月31日 ☎(527) 3272

10月10日号

健康日程表

健康推進課（健康会館内） ☎（527）3272

特定健康診査受診券を 発送しました

後半誕生日（10月～3月生まれ）の対象者の方へ9月末に受診券を発送しました。この機会に是非健診をお受けになってください。

また、前半誕生日（4月～9月生まれ）の方は、11月末までが受診期間ですので、まだ受診されていない方はお早めにお受けください。

親と子の健康相談 〈午前9時30分～11時〉

- 富士見児童館＝※10月13日(水)
 - 西砂学習館＝10月20日(水)
 - 健康会館＝10月27日(水)
 - 若葉児童館＝※11月10日(水)
- 保健師・助産師・心理相談員・栄養士・歯科衛生士が相談に応じます。希望の方は直接会場へ。※印の日は「子育てひろば」と同時開催。

健康相談(個別予約制)

○健康会館＝10月21日(休)午後1時30分～3時、保健師・看護師・歯科衛生士・栄養士が相談に応じます。11月10日(休)午後1時30分～3時、運動指導士・栄養士が相談に応じます

☎電話で健康推進課へ

ポリオ予防接種 〈午後1時30分～2時15分〉

- 健康会館、錦学習館＝11月15日(月)
- 柴崎学習館、砂川学習館＝11月18日(木)
- こぶし会館、天王橋会館＝11月19日(金)

乳児(3～4か月児)・1歳6か月・ 2歳児歯科・3歳児健康診査

健診は該当月齢の翌月です。対象者には個別に通知します。通知の届いていない方は健康推進課へお問い合わせください。

集団健診のため、発熱や体調不良、感染症にかかっている場合は、ご遠慮ください。次回の日程についてはご相談を。

10月25日号



健康推進課 (〒190-0011高松町3-22-9 健康会館内) ☎(527)3272 ☎(521)0422へ。電子申請は☎https://www.e-tetsuzuki99.com/tokyo/へ

■ヤングママの交流会～チャ・チャ☆ネット

同世代の若いママやパパが出会う交流会に参加しませんか。当日は手遊びやクリスマスパーティーも行います。直接会場へ☎乳幼児がいる23歳までの、親または妊婦の方☎12月1日(休)、午後2時～3時30分☎健康会館

■特定健康診査を受診してください

対象は、40歳以上の10月～3月生まれの方（立川市国民健康保険にご加入の方、後期高齢者医療制度にご加入の方、または生活保護を受給中の方で昨年受診したか健康推進課へ申し込みをした方）。9月末に健診受診に必要な「受診券」を発送しました。受診期間は10月1日から平成23年3月末までです。この機会にぜひ健診をお受けになり、健康管理にお役立てください。

また、4月～9月生まれの方は、11月末までが受診期間ですので、未受診の方はお早めに受診してください。受診期間外の受診はできません。

11月10日号



健康推進課 (〒190-0011高松町3-22-9 健康会館内) ☎(527)3272 ☎(521)0422へ

■地域の健康フェアにご参加ください

骨密度測定や健康相談、栄養相談などを実施します。自分の健康は自分でまもり、みんなで支え合いましょう。直接会場へ。なお会場には駐車場がありません。車での来場はご遠慮ください☎上履き

●高松町ふれあい健康フェア ☎11月14日(日)午前9時～午後2時☎五小

●西砂地区健康フェア ☎11月21日(日)午前9時30分～午後2時☎七中

●曙町健康フェア ☎11月23日(祝)午前10時～午後3時☎二小

●若葉町健康フェア ☎11月28日(日)午前10時～午後1時☎若葉会館

■特定健康診査受診券を発送しました

特定健康診査対象者のうち、10月～3月生まれの方を対象に、9月末に特定健康診査受診券を発送しました。また、4月～9月生まれの方は、11月末までが受診期間ですので、未受診の方は期間内に受診してください。

- 上記の取り組みは、前述のワークショップの中で“実施したいアイデア”として多くの票を集めた「広報に毎月載せる」が実現したものである。
- 今年度は、前年度に比べて受診券の再発行依頼の件数が多いとのことであり、広報誌に毎号載せている効果ではないかと考えられている。
- 「広報誌に毎月載せる」ということは前例のないことだったが、担当課と交渉して実現した。ただ、毎月載せる関係で、大きなスペースを確保できてお

らず、内容面で十分な PR ができていない（例えば、「受診までの流れをフローチャートで分かりやすく示す」というワークショップで多くの票を集めたアイデアは実現していない）という反省から、次年度は、2号に1回の掲載にするなどして、量・内容の充実を図りたいという。

- また、市長挨拶のページに、市長からのメッセージとして、特定健診の受診を呼びかけてもらうことなども、秘書課と調整しようかというアイデアも出ている。

②受診期間の見直し（拡大）

- 今年度は、4月～9月生まれの人は11月末までに受診し、10月～3月生まれの人は10月～3月末までに受診することとしている。
- これを来年度は、誕生日にかかわらず、6～1月までの間に受けてもらうよう改めることを検討している。理由は、a)受診可能な期間が現在の6か月よりも2か月程度延びるため、b)事務処理の合理化、c)受診期間の公平性、による。
- ただし、受診者の集中（分散）の問題が関わるため、医師会との折衝結果による。

③未受診者対策の実施（検討）

- 未受診者対策として、a)未受診者に対する勧奨通知の送付、b)未受診者に対するアンケート調査、が企画されていた。今年度に補正予算を組んで実施することが検討されるとともに、来年度予算の要求にも盛り込んでいた。
- 国保担当課では、今年度の補正予算計上について、財政担当との折衝を行った。しかし、財政担当は「個別勧奨関係は他の部署も含めて予算として認めない」、また「個別勧奨関係の効果はカンフル剤的なものであって根本的な施策ではない」「効果が分かりにくい」と、個別勧奨通知の送付に難色を示しているが、特定健康診査等実施計画の中では、「未受診・未利用者に対しては、電話やはがき等により勧奨を行います」と明記していることから、今後引き続き折衝を行う予定である。
- 未受診者に対するアンケートについては、3,000人くらいの調査を予定している。
- アンケートの実施対象については、a)平成22年度未受診が確定している4月～9月生まれを対象にする考えと、b)アンケートを貰って受ける気持ちになった場合に受ける余地がある10月～3月生まれを対象にする考えがあり、検討の結果、b)の方向が有力な状況となっている。つまり未受診者対策を兼ねた、未受診者調査という位置づけである。
- その場合、できれば年明け早々にはアンケートを郵送し、年度内の受診につなげたい考えである。

④特定健診受診の広報媒体の拡大

- 来年度は、特定健診の受診を呼びかけるポスターを制作することを、予算要求に盛り込んでいる。これもワークショップにおいて“実施したいアイデア”として出されたものの一つである。
- 同じく“実施したいアイデア”として出された、「公用車に健診受診を呼びかけるステッカーを貼る」というアイデアについても、具体的に実施したいという意向が改めて示された。

⑤受診券の改善

- ワークショップにおいて“実施したいアイデア”として出されたものの一つに、「受診券の文字を大きくする」「受診券を目立つものにする」というアイデアがある。
- 現在は国保連のシステムを利用して受診券を発行しているため、受診券の全面的な変更を図るならば、市独自のシステムを導入しなければいけないが、a)独自に印刷しているスペースもあり、そのスペースの範囲内で可能な改善策もありうること、b)国保連からCSVでデータをもらって印刷だけ独自に行うことも考えうること、などのアイデアが出された。
- なお、受診券を送付する際の封筒についても、「目立つものに変える」「封筒を開けなくても重要な情報であることが分かるようにする」等の改善が予定されている。

⑥町内会等との連携

- 市内には170余りの町内会がある。そのうち125が立川市自治会連合会に加入し、12の支部に分かれている。12月には、立川市自治会連合会に加入する町内会の正副会長を集めた研修会があるため、その機会に健康担当課から特定健診受診の大切さについて説明し、理解を得たい考えである。
- また、町内会で特定健診受診を呼びかけるチラシの回覧なども行ってもらいたい考えである。
- なお、12支部ごとに「健康フェア」というものを実施しているため、その際には「特定健診受けましたか」「がん検診受けましたか」等のメッセージを掲載したパネルを毎年展示している。

(5) 考察・まとめ

- ワークショップで出されたアイデアのいくつかが実現に移されたり、あるいは来年度の実現に向けて検討等が進められており、今回の支援事業に一定の効果があつたことが示唆される。
- また、ワークショップの際の自由に互いの考えを述べあう雰囲気が、ワークショップ実施後約3か月経っているにも関わらず、継続しているように感じられた。
- 参加者からはワークショップ形式で取り組んだ今回の事業の感想として、「固定観念にとらわれない発想により、新しいアイデアが生まれてきた」「何がやれそうなことかという絞り込みができた」という意見が出されている。
- また、「少しずつでも未受診者の個別訪問をしてみたい」「その際は、3年連続未受診者など対象を絞り込んで訪問してはどうか」など、前向きな意見が出された。このように、積極的に課題解決に取り組むことができるよい組織文化ができており、ワークショップもその文化の醸成・強化に多少なりとも役立ったのではないかと考えられる。
- 広報誌の活用、市長の活用、ポスターの制作、通知用封筒の改善、町内会等の住民組織との連携など、あまり多くの費用をかけない受診率向上の取り組みはさまざまに考えられ、立川市ではこれらに順次取り組んでいた。
- こうした受診率向上につながるアイデアを組織内で話し合い、そのアイデアの中から実行可能性の高いものを選び取り、ひとつずつ実現につなげ、事業の改善を図っていくことは、多くの保険者にとって有効な方策の一つと考えられる。ときには忙しい中でも時間を割き、今回のワークショップのような自由な雰囲気の中で行われる討議・検討を適宜行っていくことが、諸課題を解決していくうえで重要だと考えられる。

<基本情報>

①特定健診の実施状況（平成21年度）

- 特定健診受診対象:約6万人
- 特定健診受診率:39.5%
- 自己負担:なし

②実施済みの受診率向上対策

<平成21年度>

- 未受診者に対する個別通知
- 未受診理由等のアンケートを1万4千人に実施

<平成22年度>

- 受診券送付に先立つ個別通知(圧着ハガキ)
- 出先地区事務所との協力体制で行う電話による事業所(約1万件)向け受診勧奨
- 目立つ封筒への変更
- 会場型健診を5国保組合共催で実施(4か所)
- 未受診者に対する受診勧奨の個別通知
- 平成22年度に、平成20・21年度とも未受診者が2人以上いる世帯に対し、派遣社員による受診勧奨の電話かけ

など

本事例のポイント

本事例では、ワークショップを実施する前から、さまざまな工夫がなされ、毎年改善が積み重ねられてきていた。その工夫点の一つとして、本事例では、未受診者に対するアンケート調査を実施していた。未受診者アンケートは、その調査結果をどう活用するかが重要である。

まず未受診理由の一つひとつについて、解決可能なことかどうか、どうすれば解決可能かを考える必要がある。こうしたことは一人で考えるには限界があり、グループでの検討、つまりワークショップが効果的だと考えられる。また、どの対策から実施していくか優先順位をつけていく必要もある。優先順位を決めるということは、どれが大事かという合意を形成することである。合意形成は一人では不可能であり、話し合いは不可欠であるということは、ワークショップの実施が有効な一つの根拠となるだろう。

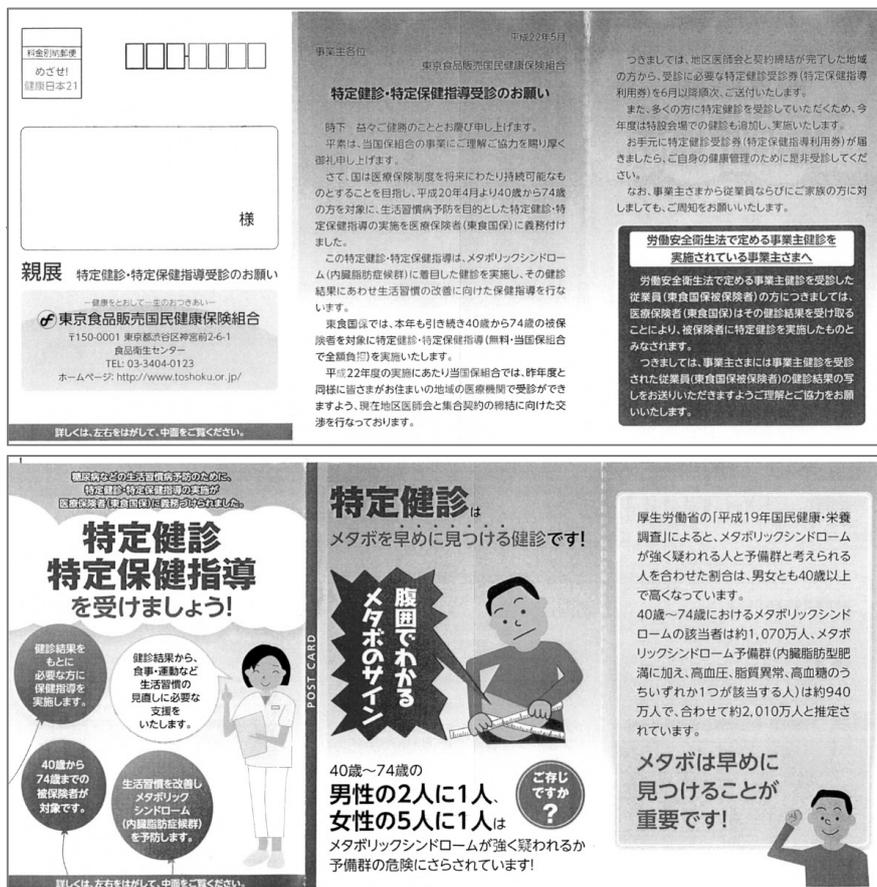
また発想を広げる手法としては、全ての人・物から刺激を受けることが可能である。本事例では、写真から刺激を受けてアイデアを発想する(広げる)という手法を取り上げている。

(1) 事前ヒアリング結果

ワークショップ企画にあたり、特定健診の実施状況や課題等について事前ヒアリングを行った（7月1日実施）。

【実施済みの事項や課題等】

- 東京食品販売国民健康保険組合では、すでに、①未受診理由アンケート、②受診券送付時の封筒の改善、③受診券送付に先立つ個別通知、④出先地区事務所との協力体制で行う電話による事業所（約1万件）に対する受診勧奨、⑤会場型健診の実施（5国保組合共催）、⑥未受診者に対する個別通知、⑦平成22年度に、平成20・21年度とも未受診者が2人以上いる世帯に対して受診勧奨の電話かけ、などの受診率向上策を各種工夫し、実施していた。



▲受診券送付に先立って、受診券が到着したら特定健診を受診するよう促す個別通知（圧着ハガキ）

- 一方、未受診理由等アンケートの結果は、事前ヒアリング時点で、まとまったばかりであり、未受診理由等をふまえた対策の検討は今後の課題となっていた。
- また、会場型健診の実施は初めてのことであり、会場型健診の魅力や受診者満足度を高めること、会場型健診を請け負う事業者（大手健診機関）に必要な要望等を行っていくこと、会場型健診の拡大を図る余地があるかどうかを見極めること等も、今後の課題になると考えられた。

健康診断に関するアンケート

〒150-0001 渋谷区神宮前2-6-1 東武東上センター2F
 電話 03-3404-0180
 FAX 03-3404-6159
 ホームページ http://www.toshoku.or.jp/

健康診断に関するアンケートのお願い

東京食品販売国民健康保険組合
 本部：業務部保健指導課

平成22年3月

東京食品販売国民健康保険組合
 けるアンケートのお願い

このことお喜び申し上げます。
 とおり東京国保では40歳以上の
 メタボリックシンドローム（内臓
 脂肪蓄積症）を予防し、健康
 寿命を延ばすことを目的として、
 いたる所、自らの健康状態を把握
 をお願いしております。
 受診率向上を図るため40歳以上
 ンケートを実施させていただきます
 お届けいたしますが協力の程ま
 す。

1. 調査方法
 近信用ハガキのアンケート該当項目に○を
 していただき返送してください。

2. 返送期限
平成22年3月26日（金）必着

ご協力ありがとうございました

▲未受診者に対するアンケートを実施

重要

特定健診・特定保健指導に関するご案内・関係書類在中

東食国保では特定健診・特定保健指導を実施しています。

同封のご案内・パンフレットをご覧のうえ、有効期限までに必ず受診しましょう。

健康のために年一回は健診を受けましょう

ご予約はお早め!

お問い合わせ先

東京食品販売国民健康保険組合

特定健診 特定保健指導を受けましょう!

糖尿病などの生活習慣病予防のために、特定健診・特定保健指導の実施が医療保険者（東食国保）に義務づけられました。

40歳から74歳の被保険者が対象です。

健診結果をもとに必要な方に保健指導を実施します。

生活習慣を改善しメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を予防します。

詳しくは同封のパンフレットをご覧ください。

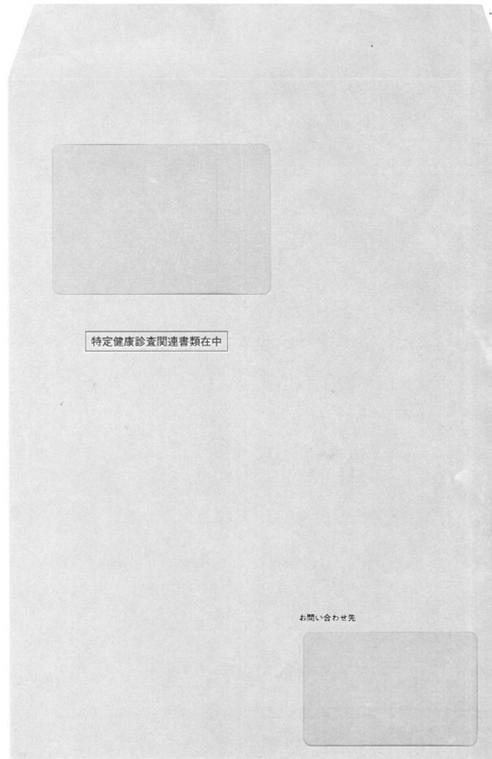
健診結果から、食事・運動など生活習慣の見直しに必要な支援をいたします。

東京食品販売国民健康保険組合
 〒150-0001 渋谷区神宮前2-6-1 食品衛生センター2階 ホームページ http://www.toshoku.or.jp/

お問い合わせは本部 保健指導課 ☎03-3404-0180 または下記の総合事務所へ

原 産総合事務所 〒104-0061 中央区銀座2-10-18	東京都中小企業会館4階	TEL 03-3542-0161	FAX 03-3542-0164
墨田総合事務所 〒130-0021 渋谷区北青西1-7-15	墨田区加賀ビル5階	TEL 03-5458-1631	FAX 03-5458-1634
新 産総合事務所 〒160-0023 新宿区西新宿7-10-7	加賀ビル2階	TEL 03-3363-3791	FAX 03-3363-6826
池 袋総合事務所 〒170-0033 豊島区東池袋1-7-9	東京食品ビル4階	TEL 03-3984-6701	FAX 03-3590-2909
立 川総合事務所 〒190-0023 立川市保町3-7	多摩川東横ビル3階	TEL 042-524-7020	FAX 042-528-2768

▲受診券・受診案内送付用の封筒は、平成 22 年度からとても目立つものに変えた。前年度（平成 21 年度）に使用した封筒は 109 ページのとおり。



▲前年度（平成 21 年度）に使用した封筒。窓あきの茶封筒で、「特定健康診査関連書類在中」とのみ書かれている。

(1面)

40歳から74歳の 被保険者のみなさまへ

会場型健診（特定健診）実施のご案内について

平成22年度「特定健診」の実施にあたり、一人でも多くの方に受診していただくため、従来からの地区医師会医療機関に加え、上記5国保組合共催により都内4カ所に特設会場を設けて健診を実施します。これまで受診される機会がなかった方にも面倒な手続きも無く、都合の良い時間に受診いただけます。さらに、特設会場では、「心電図検査及び貧血検査」を基本検査項目に加え無料で実施いたします。是非この機会にご自身の健康管理のために受診してください。

なお、受診に際しては、ご希望の会場をお選びのうえ、4面に記載の各国保組合までお申し込みください。後日、医療機関より回診票等をご案内いたします。

1. 開催日時・会場
開催日時・会場は、2面にご案内をしておりますので参照ください。
※ 駐車場のご用意はありませんのでお車でのご来場はご遠慮ください。
2. 費用
無料（国保組合で全額負担）
3. 実施医療機関
ところとからの元氣プラザ
千代田区飯田橋3-6-5 TEL.03-5210-6666
4. お申込期間
平成22年7月1日から8月15日まで
※ 上記以外のお申込みの受付はできませんのでご了承ください。
5. お申込方法
3面のお申込用紙に記入のうえ、4面下の各国保組合まで郵送またはFAXでお申込みください。なお、各会場定員になり次第締め切りとさせていただきます。

(2面)

～ 日程及び会場のご案内 ～

券	開催日	受付時間	開催会場	定員	
①	10月21日(木)	午前10時～11時30分 午後1時～3時30分	TKP 東京駅ビジネスセンター カンファレンスルーム29H	中央区八重洲1-5-3 不二ビル9階	120名
②	10月26日(火)	午前10時～11時30分 午後1時～3時	すみだ産業会館 第4会議室	墨田区江東橋3-9-10 墨田区丸井共同開発ビル9階	120名
③	11月2日(火)	午前10時～11時30分 午後1時～3時30分	ゆうほうと 5階「くれない」	品川区西五反田8-4-13 カルチャープラザ	120名
④	11月10日(木)	午前10時～11時30分 午後1時～3時30分	NBF 池袋シティビル 6階会議室	豊島区東池袋1-17-8 NBF 池袋シティビル6階	120名

※ 12時から1時は休憩時間となります。 ※ 定員になり次第締め切りとさせていただきます。

健診会場案内図

① TKP 東京駅ビジネスセンター

② すみだ産業会館

③ ゆうほうと

④ NBF 池袋シティビル

▲5国保組合（東京理容国民健康保険組合、東京料理飲食国民健康保険組合、東京食品販売国民健康保険組合、東京美容国民健康保険組合、東京浴場国民健康保険組合）共催による4会場で実施する会場型健診の案内。今年度初めて実施したが、どの会場も毎回100名以上（5組合の合計）を集めて盛況だった。

- なお、この事前ヒアリングにおいては、時間の余裕があったため、特定健診を受けない理由・受ける理由についての意見・アイデア出し（ブレインライティング）⁸を行った。ブレインライティングのテーマは以下の4テーマとした。
 - ①特定健診を「受けない」とも「受けたくない」とも考えない（興味がない等）理由
 - ②特定健診を「受けたくない」と考える理由
 - ③特定健診を「受けない」けれども、受けられない理由
 - ④特定健診を「受けた」理由
- 上記①～④のテーマのブレインライティングシートを、4人×2分×1.5巡（1巡半）回した。最後の0.5巡は「ご自身のこととして考えたときにどうか？」と投げかけて記載してもらった。
- このワークの趣旨としては、特定健診の受診者・未受診者の気持ちを掘り下げること、およびそのことを自分のこととして受け止めること、という2つの課題についてのウォーミングアップ的な意味合いがある。

（2）ワークショップの企画・立案（支援事業実施者側での検討）

- ワークショップは東京食品販売国民健康保険組合職員4名（1名は冒頭のみ参加）で行うことになった。支援事業実施者は計4名が訪問し、適宜、ワークショップに加わることにした（職員以外の視点が加わったほうが有益と判断したため）。
- 受診率向上策は、さまざまな方向から考えることができるが、今回、東京食品販売国民健康保険組合では、①未受診理由等アンケート結果に対応した対策、②会場型健診の円滑な実施・効果拡大が課題と思われたため、この2テーマに絞ったワークショップを企画することにした。
- 具体的には、まず「未受診理由（抜粋）資料」（支援事業実施者にて用意）に基づき、その人たちを受診につなげるための方策について、意見・アイデアを出し、カード（付箋）に記載した⁹。
- 作成されたカードについては、親和図法（K J 法的）¹⁰に整理することにした。さらに、そのうち特に（すぐに）実施したいアイデアに対して、各自がシールを貼っていき、優先順位をつけることにした¹¹。

⁸ ブレインライティングの詳細については P136～P138 参照

⁹ この作業を、カード式ブレインストーミングと呼ぶ（P135・P136 参照）。

¹⁰ K J 法については、P138 参照

¹¹ この作業を、シール投票と呼ぶ（P139 参照）。

- さらに、参加者満足度を高め、それによりリピート効果（一度来た客が固定客となること）や口コミ効果（友人・知人等へ伝達効果）を得るなど、会場型健診の効果を高める方策を考えるため、113 ページの8枚の写真（健診会場の各シーンをイメージできるような写真）を見ながら、意見・アイデアを出すことにした。
- 出された意見は、支援事業実施者で板書。それに対して、特に（すぐに）実践したい、または来年度に向けて予算化したいアイデアを発表し、優先順位をつけることにした。
- また、ワークショップの導入部分では自己開示を促し、互いに新たな一面を発見し、その後の話し合いの円滑化を図ることを目的に、「秘密の私」¹²というクイズ的な話し合いを行うことにした。

（3）ワークショップ実施概要

110 ページの企画により、表4の次第にてワークショップを行った（7月26日実施）。なお、進行・ファシリテータ役は、支援事業実施者が務めた。

表4 東京食品販売国民健康保険組合ワークショップ次第

項目	概算時間	内容等
①グラウンドルールの提示	5分	アイデアを出し合うときの共通の約束事の確認（P134・P135参照）
②導入（アイスブレイク）	15分	自己開示を促し、互いに新たな一面を発見し、その後の話し合いの円滑化を図ることを目的に、以下の内容を実施 「秘密の私」 ⇒実は私には、こんな趣味、才能、特技、秘密がある、というのを3つ書く。 ⇒そのうち1つは本当のこと、2つは嘘を書き、周りにはどれが本当かを当てる（挙手）。 a) ルール説明：1分 b) 記入：5分 c) 挙手・正解発表：1分×8人（参加者4人+支援事業実施者4人）

¹² 「ウソ？ホント？」という名称でも呼ばれる。詳しくはP139・P140参照。

③意見・アイデア出し	85分	平成21年度未受診者アンケートの「未受診理由」(55項目抜粋。P114～P116参照)に対応して、その人たちを受診につなげるための方策について、意見・アイデアを考え、カード(付箋)に書く(または未受診理由に触発されて発案した意見・アイデアを書く)。【85分】 ※55項目を3分割して実施：1セッション＝「カード記載」5分＋「カード内容共有」20分＋「解決策の出ていないカードに対する対策の検討」0～5分＝25～30分程度
④整理・優先順位づけ	25分	a) 4つの見出しを予めたてたうえで、カードを親和図法(厳密ではないKJ法的)で整理する。【10分】 b) シール投票：自分として特に(すぐに)実施したい意見・アイデアを選んでシールを貼付【13分】 c) シール投票結果の総括(担当課長)【2分】
⑤休憩	5分	
⑥意見・アイデア出し	35分	a) 「11月から実施する会場型健診の効果を高める方策」について、意見・アイデアを出す。【27分】 ⇒「どうすれば参加者の満足度が高まるか」、それにより「リピート効果」や「口コミ効果」が得られるかについて、8枚の写真(健診会場の各シーンをイメージできるような写真)を見ながら、意見・アイデアを述べる。 ⇒支援事業実施者は出た意見を模造紙に板書。 b) 「特に(すぐに)実践したい、または来年度に向けて予算化したいアイデア」を発表 ⇒参加者(3人)が順番に述べる。【3分】 c) 支援事業実施者(4人)もコメント【3分】 d) 総括(担当課長)【2分】
⑦まとめ・整理	5分	a) みなでちょっとした雑談、感想など述べる。【5分】 b) ファシリテータより、会場型健診来場者に対するアンケート(CS調査等)の内容についても、別途(後日)支援可能なこと ¹³ 、アンケートでは調査票設計が重要なことなどを述べて終了
計	175分	

¹³ 後日、会場型健診受診者向けアンケート用紙については、①調査の趣旨を分かりやすく説明、②参加5国保組合別の解析可能な形のアンケートへの変更、等の加工に協力した。



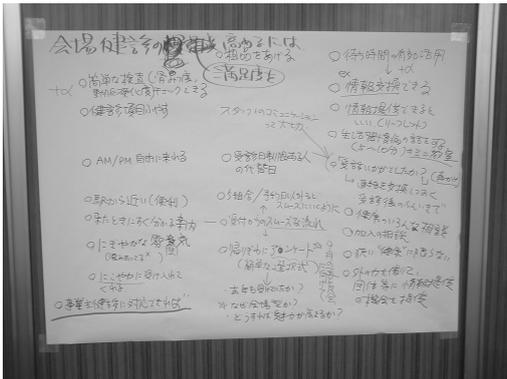
▲カード(付箋)に書いたアイデアを親和図法で整理中



▲未受診理由 55 項目に対応したアイデア (模造紙 3 枚分)



▲未受診理由 55 項目に対応したアイデア、模造紙3枚のうちの1枚



▲会場型健診の効果を高めるためのさまざまなアイデア



▲会場型健診のさまざまなシーンに関するイメージ写真。これを見ながら、会場型健診の効果を高めるため意見・アイデア出しを実施

表5 未受診理由 55 項目（未受診者調査より抜粋）

No.	分類	未受診理由
1	治療中だから	治療を受けている病院が東食国保の健康診断を受け付けていない。
2		血液検査は今年受けております。異常があるときは検査を受ければ良いかと思っ ています。
3		毎月1回血圧の薬を取りに行っています。
4	受診済	がん検査は受けているので、いいと思っていた。今年からは受けます。
5		区の健診と二度手間になる。
6	健診メニューが物 足りない	メタボだけでなく、以前のように種々なメニューが欲しい。お金は自分で出して も良い。
7		東食さんの補助の健康診断の受診できる項目が少なすぎて、オプションをつけ て(代金を払って)ほとんどしなければならないのが困ります。
8		どのみち、仕事を休んで行くのだから健診メニューを増やしてください。
9		メタボリックシンドロームだけにこだわらず、いくつかの検診項目の中で自分が選 択出来ると良い。
10		メタボリックシンドローム健診になってから、それに該当しないので、わざわざ行 く事はないように思い。心電図等しないので。
11		がん検診を定期的に行って欲しい。メタボ健診よりも必要に思う。
12	メタボではないんですが、健診した方がいいんですか？一般的な健診を希望し ています。	
13	健診場所が遠い (交通不便)	健診場所は住所地ではなく職場の近くにして欲しい。
14		毎年、健診している近所の医院がリストに入っていませんでした。大変不便に 思っており来年度は是非入れて下さい。
15	かかりつけ医が利 用できない	以前の住まいの近くに、かかりつけ医があり、現在の区ではないので健診できな くて困っている。他区でも受けれるように。
16	健康に自信がある から	月に一度、山登りをしています。歩けなくなった時が病気の一步かなあと思っ ています。
17		今のところ体の不調がないから。
18	親族の介護をして いるから	前は年1回は受けていました。今は親族の介護があるため時間がないです。
19		亭主が入院中。実母(92歳)がぼけが進みめんどろをみています。自分が入院し たら、息子に迷惑がいくから自力でなおしています。気力で生きています。自分 のことは自分でわかるから。
20	受診方法がわから ない	東食の健診の存在を知らなかったから。
21	いつでも病院にい けるから	具合が少し悪い時は、すぐ、かかりつけの医院へ行くので。
22	手続きが面倒	市の健診を受けていたので、東食に受けたり市に受けたりと、めんどろのよう な気がする。一度は受診しましたが。
23	お金がかかるから	無料の健診案内が来たら行きます。

表5 未受診理由 55 項目（未受診者調査より抜粋）（つづき）

24	痛い・怖い・はずかしい等	朝、飲まず食わずで行くのが苦痛のため。行くのが遠のいてしまう。
25		以前に健診した時の病院でとても雑に扱われ嫌な思いをした事がある。
26	病気を指摘されるのが嫌だ	再検査・入院検査が嫌だ。
27		病気を指摘されると気持ちの方が落ち込んでしまいそうで、受診しなくてはいけないのはわかっているのですが(度胸がない)。
28	子どもに手がかかるから	子どもを預けなければいけない。
29	その他 (分類不能)	特定健康診査表紛失。
30		健診の意味がはっきりと理解しにくい。自己の責任で工夫する。
31		定期的とは言えないが3～4年に1回受けている。
32	忙しいから (時間がないから)	会社の休みがとりづらいから。
33		日曜日しか休みがなく、開いている病院が少なすぎる。
34		毎年受けようと思いつつ億劫になって予約が延び延びになる。
35		特定健診を受けたいのですが、希望日が申し込めません。混んでいるためです。
36		一人で商売をしているので、なかなか時間をとれません。
37		特定の場合、午前中でないと駄目だから。
38		誕生日が11月なので健診が年末年始になってしまい、家業との兼ね合いで受診しにくい。運転免許のように誕生日までだとありがたいのですが。
39		治療に時間をかける余裕が時間的にも金銭的にもないので行きません。
40		大きな病院でも、小さな病院でも待たされる時間が、非常に長い。半日仕事です。その上、結果を聞きに行っても、さらに待たされるのはうんざり。
41		人間ドックと迷っているうちに期限が過ぎていきます。
42		土・日・祭日もしくは、平日の夜しか時間がとれない。
43		病院に行くのがめんどろ。病院が嫌いだ。
44		バイトが急に休むので予定してても行けなくなる。
45		受けようと思っけていても、調子がいいときは、先延ばしになってしまう。
46	受けよう受けようと思っけているのだが、予約などの電話しそびれてしまう(勤務時間と病院の時間が一緒なので)。	

表5 未受診理由 55 項目（未受診者調査より抜粋）（つづき）

47	忙しいから (時間がないから)	多少、調子が悪くとも、そのうちに良くなるとの思いがあるので。日々、仕事、雑務に追われることがあり、日のばしになる。
48		直接病院へ行っても、保健所から書類をもらってくるとか、手続きが必要だったりしてつい後回しになる。
49		「前もって予約をして」とありますが、仕事、家のこと、その他いろいろあり、当日、時間があるときに直接行けるのならもちろん受診したいです。
50		行かなくてはと思っているのですが、何か無いとなかなか行動できない。区の婦人病健診は受けている。
51		予定日に急病人がでて、行かれませんでした。
52		夫婦2人で喫茶店を営んでおりますので平日はなかなかお休みができません。日・祭日に受けられる病院があればいいと思っています。
53		夏期の方が時間が取れるので、日時を自由にして欲しい。
54		土曜にしか休みがなく、なかなか時間がない。
55		いつでも行けるからまだいいかと思っているうちに、期限ギリギリになり、忙しく時間がとれなくなった。次回は気をつけます。

（4）評価訪問結果の概要

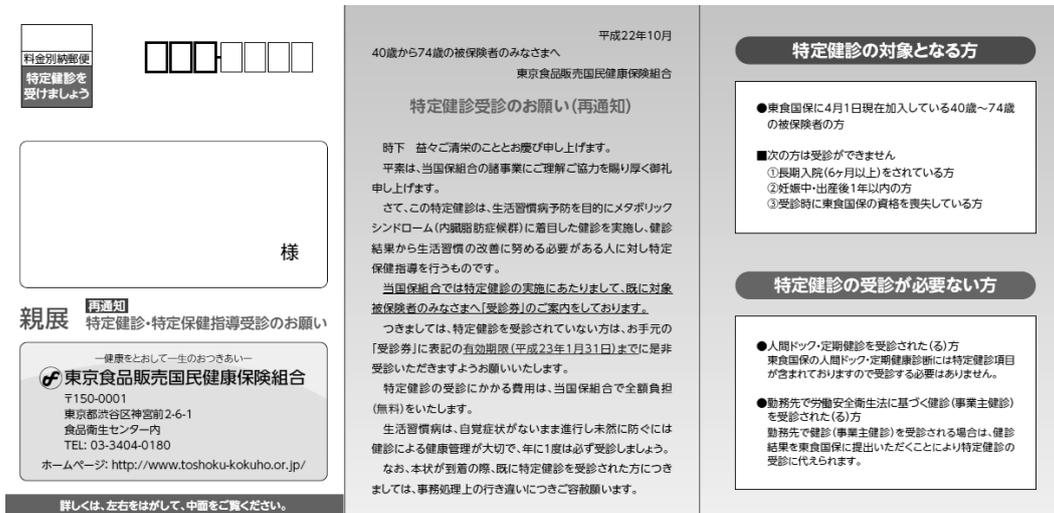
11月24日に評価（進捗状況等調査）のために東京食品販売国民健康保険組合に訪問したところ、受診率向上にむけて、以下のような各種対策が実行または企画されていた。

①未受診者に対する個別通知の実施

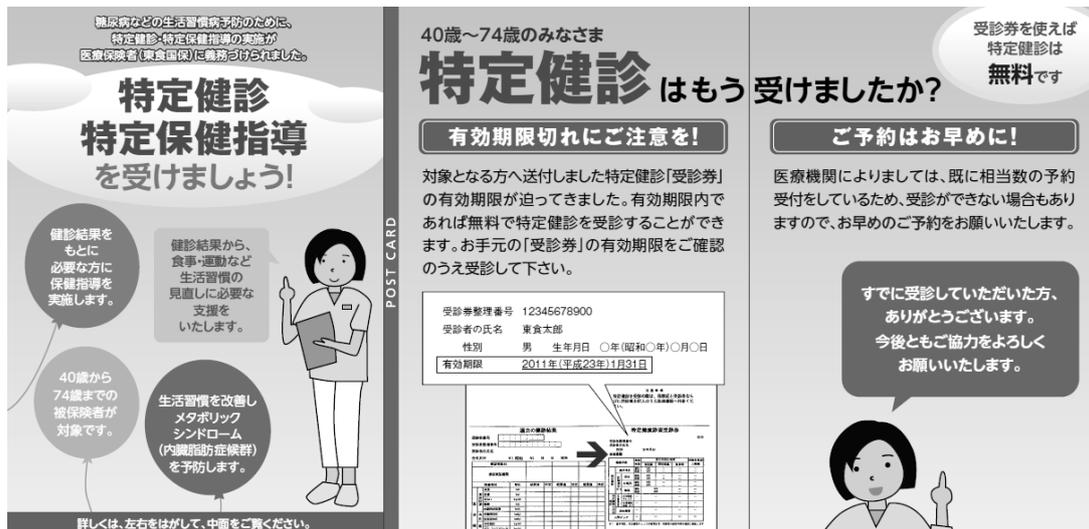
a) 圧着ハガキによる通知

- 平成22年度は9月に当該年度の特定健診未受診者に対して、圧着ハガキ（P117）による個別通知を行った。前年度はチラシ（P117）を作成し、封書で送付していたものを、圧着ハガキのほうが開けてもらいやすいと判断して、切り替えた。
- 9月時点で把握されている未受診者なので、対象者の8割近くが送付対象となった。
- この個別通知ハガキでは、ワークショップで出された受診率向上のためのアイデア（未受診者調査で把握された未受診理由を解決するためのアイデア）の一つである、“無料を強調する”に対応して、「無料」ということが、赤字で目立つように表示されていた。また「受診券の有効期限」をどのように確認したらよいかを、受診券の画像を用いて解説するなど、受診者にとって分かり易いように工夫されており、5月に送付した受診券送付前の同様のハガキと比較して、改善が図られていた。

- なお、この圧着ハガキについて、来年度はもっと目立つように大型化（ハガキサイズからA4サイズに）したうえで送付することも検討されていた。

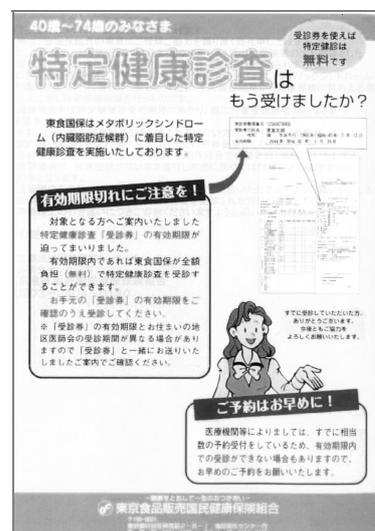


▲未受診者への個別通知用の圧着ハガキ（表面）



▲同・圧着ハガキ（中面）

▼前年度（平成21年度）に用いた受診勧奨用チラシ



b) 電話による案内

- 未受診者のなかから、「平成 20 年 4 月から平成 22 年 9 月末までの間に健診を一度も受けていない 40～74 歳の対象者が複数いる世帯」を抽出 (6,852 世帯が該当)。その全数を対象に、派遣社員が電話で、特定健診の受診呼びかけを行っていた。実施期間は 2010 年 11 月 1 日～12 月 17 日 (実働 33 日)。10～11 月に送付した圧着ハガキ (P117) のフォローのためと位置づけられる。
- この電話は、基本的には電話がつながるまで再コールする。留守電の場合にも、対象者に直接健診の意義を訴えることに重点を置いている為、メッセージは残さずに再コールする。なお、職種によって仕事上の忙しい時間帯は避けるという配慮の上に電話案内を行っている。

②機関紙「東京の食品界」の活用

- 受診率向上のため、機関紙「東京の食品界」(月 1 回発行) にて、ほぼ毎号特定健診・特定保健指導の関係情報を掲載することを継続していた。

(1) 第579号 2010年(平成22年)6月25日 東京の食品界

発行所 社団法人東京食品衛生協会
東京都中央区新富2-1-1
電話03-3541-3111 FAX03-3541-3112
編集長 藤原 隆

事業主のみならずへ
東京府内に加入の被保険者に宛
て(法人・個人)へ郵送・贈呈・付
属(職内)へ配布された全世帯
は1日以内に、総合事務所へお届
け下さいませようお願いします。

委託事業所が増加に
決算事業計画を承認

組織強化へ取り組み
21年度事業 決算を承認

夏 食品衛生
資監視始まる

特定健診を受診しましょう

2010年6月25日号 (1面)

東京の食品界 2010年(平成22年)8月25日 第581号 (2)

食技研 トピックス-164
栄養表示、見えますか?

国保資金の効率的保管運用を
資金管理委員会開く 東食国保

年に一度「特定健診」
を受けましょう

食中毒状況や認証制度の
講義を受ける
東食協が推進員講習会

10種産業展
東京ビッグサイト

2010年8月25日号 (2面)

- 「東京の食品界」は、食品三団体（社団法人東京都食品衛生協会、東京食品福祉厚生事業団、東京食品販売国民健康保険組合）の情報等を会員・組合員に提供する機関紙である。仕様・判型等は、4色刷り・8ページ・A3より一回り小さいサイズ（縦411ミリ×横273ミリ）である。
- 機関紙は、毎号およそ2～3ページが東京食品販売国民健康保険組合のページである。今後は、表6のようなワークショップで出された受診率向上のためのアイデア（未受診者調査で把握された未受診理由を解決するためのアイデア）を、この機関紙上で実現していけるよう、紙面のさらなる有効活用が必要だと考えられる。またカラー印刷の特性を最大限利用することで、広報効果を高めることができると考えられる。

表6 機関誌にも活用できる受診率向上のためのアイデア

<p><わかりやすく伝える></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「予防」の意義・大切さを伝えていく ・今の健康を維持するためにも健診の重要性を説明する ・健診モニター特集を記事にしてPR ・電話1本の予約だけ（簡単）ということを知 <p><魅力を高める></p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診を受けるのは得（受けないと損）だということ伝える
--

③会場型健診の実施結果のまとめ等

- 「参加者の満足度を高めるには」をテーマにワークショップを行った「会場型健診」については、定員を上回る申し込みを集めるとともに、参加者の満足度も高く、約9割が「来年も受けたい」とのことだった（受診者アンケート結果による）。
- この受診者アンケート（支援事業実施者も制作に協力）は、職員により集計・分析された。主な結果は次のとおり。
 - 「毎年」または「大体、一年おきに受けている」という人は全体のおよそ5割にとどまり、残りは「都合が合った時だけ、受けている」「ほとんど、受けたことがない」「一度も受けたことがない」と、受診者の掘り起こしに大いに貢献していた。
 - 会場型健診に申し込んだ理由は、「都合の良い時間にいけるから」（60.1%）、「会場が自宅（店舗）から近いから」（44.5%）、「気軽に受けられる感じだから」（38.2%）の順に高く、医療機関での受診とは異なる利便性を提供できていた。

- 健診にかかった時間が「早かった」は 62.5%、「普通」は 34.5%で、「時間がかかった」は 3.0%にとどまった。
 - 次回も今回のような会場型健診を「利用したい」は 87.4%、「わからない」は 11.9%で、「利用したくない」は 0.7%にとどまった。
- また、ワークショップを実施した際に、健診会場には職員が足を運んで問題がないか等を確認することを強く推奨した結果、各会場（4会場）には複数の職員が訪れ、次年度につながる貴重な情報を収集していた。
 - 例えば、「準備時間が限られているため、机を端に寄せるなどの会場設営に十分時間を割くことができず、結果としてスペースを無駄に使っていた面があること」「午前の部では1時間以上前から、午後の部では30分以上前から会場に人が集まってきており、待ち時間は椅子に座ることもできず廊下に立たせっぱなしになったこと」「待ち時間があっても、健診がスタートしたらスムーズに人が流れていたこと」「委託先健診機関側の接遇等にさらなる改善の余地が見受けられたこと」などである。
 - なお、当日会場型健診を欠席した19名の方には、医療機関で健診を受けてもらうようハガキによる案内を送付するという、きめ細かなフォローがなされていた。
 - 会場型健診はモデル事業の補助金を利用した単年度事業であったが、好評だったこともあり、できれば各国保組合で予算化して来年度以降も継続したいとのことである。また、会場が近かったため受けた人も多かったことから、可能であれば実施会場数も増やしたいという意向を持っていた。

（5）考察・まとめ

- ワークショップで出されたアイデアのいくつかが実現に移されていた。
- また、ワークショップの際の自由に互いの考えを述べあう雰囲気が、ワークショップ実施後約3か月経っているにも関わらず、継続しているように感じられた。
- 参加者からはワークショップ形式で取り組んだ今回の事業の感想として、「ワークショップという形でアイデアを絞りだす経験は初めて。頭が固まると新しい発想が出てこないの、ワークショップという方法で職員同士で意見交換できたのはよかった」「日々の業務に追われがちなか、第三者が関わることで、互いに考えていることを話し合い、共通認識を得ることができた。またそれぞれがどういうことを考えているかを認識できてよかった」と評価する意見が出されていた。
- また、担当者の一人からは、「これまで健診受診について、ここまで総力を挙

げて進めてきたことはなかった。こうした取り組みを継続していくなかで成果が得られればと思う」という前向きな意見が述べられた。また、「取り組みを重ねてくるなかで、どの職員（各出先地区事務所を含めて）でも『健診を受けてくださいね』という話が自然にできるようになってきた」と、蓄積効果も発揮されてきているようだった。

- ワークショップのような自由な雰囲気での意見交換・確認することは、組織にとって大きな意味があると考えられる。また、ワークショップという方法に限らず、さまざまな知恵を出しながら、職員が一丸となって、少しずつ改善を積み重ねていくことで、組織としての問題解決力が次第に高まり、さまざまな面で蓄積効果が得られることが示唆された。

3. まとめ

- 三保険者の協力を得たワークショップでは、さまざまな観点から受診率向上策が検討され、さまざまなアイデアが出された。123 ページ・表 7 において、主だったものを掲出した。ただし表現は一部加工し、かつ重要と思われる対策を追加した。
- 表 7 は、各保険者において特定健診受診率向上策を検討していく際の素材として、あるいは手がかりとして活用されうるものとする。ただし、個々のアイデアをどのように具体的に実現していくかは、当然、個々の保険者の工夫にかかっている。
- 特定健診等にかかわるスタッフが主体的に、かつ創造的に、受診率向上という課題解決に挑むことができるかどうか、取り組みの効果を左右すると考えられる。本報告では、互いに考えを話し合いアイデアを出しながら、課題に取り組むことがメンバーの主体性や創造性を高め、チームとしての課題解決力を高めると考えており、そのためワークショップという手法の重要性を強調している。
- 表 7 のどの対策が自分たちにとって必要なのか、またその前提として何が自分たちの課題なのか、被保険者（被扶養者）はなぜ受診しないのか、なぜ健診受診に興味を持たないのか、どんな広報誌なら関心をもってくれるのか等、自由な話し合いがもたれることが期待される。
- 話し合いの方法は、ワークショップの形式（模造紙を用意し、付箋とマーカーを用意して等）にとらわれる必要はない。会議の各スタッフの発言を紙に落として整理すること、ホワイトボードにメモすること、互いに自由に発言できる場を確保すること、言いつばなしでなく整理し、優先順位づけや意思決定をしていくことなど、そうした要素を通常の会議に付加していくことで、ワークショップと同様の効果を得ることができると考えられる。
- 表 8-1～表 8-3（P125～P129）においては、短時間（30 分程度）で終わるワークショップから 2 時間半程度かかると考えられるワークショップのプログラム案を掲げた。各保険者がワークショップ的手法による話し合いに取り組む際の参考として、ご参照していただければと思う。

表7 特定健診受診率向上策のアイデア（例）

分類	アイデア	
A. 広報の改善		
A-1 直接広報 (直送、全世帯配布広報誌等)	<input type="checkbox"/> 継続的改善の実施・評価 <input type="checkbox"/> 見やすい・分かりやすい受診券や受診案内の作成 <input type="checkbox"/> 目立つ封筒の作成 <input type="checkbox"/> 受診の流れを漫画・図解・フローチャート等で分かりやすく解説 <input type="checkbox"/> 目立つチラシの作成 <input type="checkbox"/> 無料を強調する <input type="checkbox"/> 受けないと損ということをPR <input type="checkbox"/> 同時受診項目をPR <input type="checkbox"/> 発病してからでは遅いことをPR <input type="checkbox"/> あらゆる接触機会を活用する <input type="checkbox"/> 職員が受診勧奨バッジをつける <input type="checkbox"/> カラー印刷、イラスト多用 <input type="checkbox"/> 文字を大きくする	<input type="checkbox"/> 電話で簡単に予約できることをPR <input type="checkbox"/> 医療費通知に受診勧奨情報掲載 <input type="checkbox"/> 土日夜間の受診可能機関をPR <input type="checkbox"/> 受診者の声を広報誌に掲載 <input type="checkbox"/> 担当者の写真入りの広報誌 <input type="checkbox"/> 未受診者に対する電話・訪問 <input type="checkbox"/> 治療の一環としては受けられない健診項目の広報 <input type="checkbox"/> 広報誌の掲載スペース拡大 <input type="checkbox"/> 首長の挨拶の中で受診呼びかけ <input type="checkbox"/> 夫婦での受診を呼びかけ <input type="checkbox"/> 国保保険料(税)未納でも受けられることをPR
A-2 間接広報 (ポスター掲示、口コミ等)	<input type="checkbox"/> 継続的改善の実施・評価 <input type="checkbox"/> 集団健診・会場型健診に来た人に周囲への受診PRを依頼 <input type="checkbox"/> 受診券再発行依頼先の周知 <input type="checkbox"/> 日曜日受診可能な機関一覧PR <input type="checkbox"/> 予約日に受診できなかった人に別の日に受けられることをPR <input type="checkbox"/> 健康づくりのポピュレーション・アプローチ <input type="checkbox"/> 大型ポスターを駅や集会所、商店街等に張る <input type="checkbox"/> 窓口等あらゆる目立つ場所にポスターを張る	<input type="checkbox"/> 子から親に受診を促す工夫(学校教育等) <input type="checkbox"/> 人間ドックの助成のPR <input type="checkbox"/> 公用車に受診を呼びかけるステッカーを張る <input type="checkbox"/> ホームページと連動させる <input type="checkbox"/> スーパー等のレシートで受診案内 <input type="checkbox"/> 市在住(出身)有名人等による受診キャンペーン <input type="checkbox"/> 地域のリビング誌で受診PR <input type="checkbox"/> 地域の新聞・ケーブルテレビでPR
B. 仕組み・体制の改善	<input type="checkbox"/> 継続的改善の実施・評価 <input type="checkbox"/> 予約なしで受けられる健診 <input type="checkbox"/> 巡回健診・出張健診の実施 <input type="checkbox"/> 土日・夜間受診可能機関確保 <input type="checkbox"/> 特定健診実施機関の拡大 <input type="checkbox"/> 健診受診可能期間の拡大	<input type="checkbox"/> 受診券無しで受けられるようにする <input type="checkbox"/> 子どもの預け先の確保 <input type="checkbox"/> 介護者にレスパイトケア提供 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖とHbA1cの併用 <input type="checkbox"/> 事業主健診情報の確実な入手 <input type="checkbox"/> 健診PRの専門チームを作る

C. 健診内容等の充実	<input type="checkbox"/> 継続的改善の実施・評価 <input type="checkbox"/> 健診項目オプションを増やす <input type="checkbox"/> 健診項目オプションに助成する <input type="checkbox"/> がん検診と同時実施 <input type="checkbox"/> 骨密度測定・血管年齢測定	<input type="checkbox"/> 集団(会場型)健診の会場で健康相談実施 <input type="checkbox"/> 集団(会場型)健診後に美味しい食事 <input type="checkbox"/> 受診者に抽選でプレゼント <input type="checkbox"/> 欲しくなる健診結果表の作成
D. 関係機関等との連携	<input type="checkbox"/> 継続的改善の実施・評価 <input type="checkbox"/> 事業所との連携強化 <input type="checkbox"/> 事業所スタッフからの受診勧奨	<input type="checkbox"/> かかりつけ医等医療機関から受診勧奨 <input type="checkbox"/> 学校・教育委員会との連携
E. 地域資源の活用	<input type="checkbox"/> 町内会等の会合で健診受診の重要性を説明 <input type="checkbox"/> 町内会でチラシを回覧 <input type="checkbox"/> 町内会単位でPR隊を派遣する	<input type="checkbox"/> 地域イベント等で特定健診をPR <input type="checkbox"/> 企業・商工会等との連携 <input type="checkbox"/> 団体・NPO 等の連携
F. その他	<input type="checkbox"/> 健診をイベントと組み合わせる <input type="checkbox"/> 受診者の声(苦情等)を集める <input type="checkbox"/> 健診従事者の接遇力向上 <input type="checkbox"/> 会場にコンシェルジュを置いて案内	<input type="checkbox"/> 受診者満足度調査の実施 <input type="checkbox"/> 受診者満足度向上策の検討 <input type="checkbox"/> 未受診者調査(アンケート) <input type="checkbox"/> 未受診者の地域特性等の分析

ワークショップ・プログラム案について

○表 8-1～表 8-3 の各案に掲げた時間はあくまでも目安です。状況によって、延長・短縮して構いません。また実施内容も適宜調整・変更してください。

○参加者が主体的に、平等（均等）に、自由に発言することを大切にしてください。

○A案～C案は、確保できる時間に依じて選択ください。長めに時間を確保していただくことを、お勧めします。

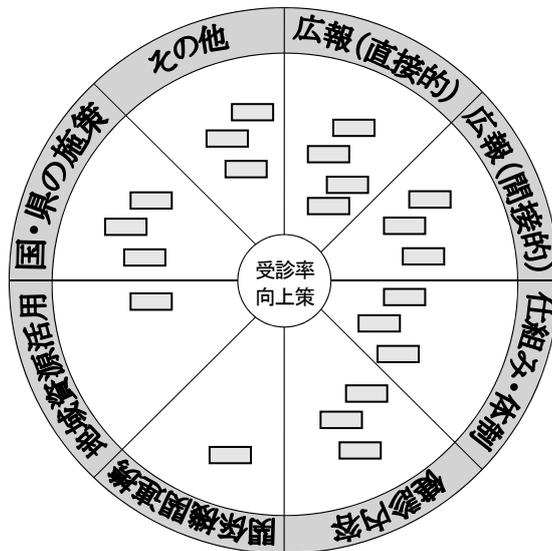
○ファシリテータ、タイムキーパーなどの役割を決めてから始めてください。

表 8-1 ワークショップ・プログラム案【A案】

A案：未受診対策について互いの考えを話し合う場合（所要 30 分程度）		
項目	概算時間	内容等
①開始準備	5分	a) 司会：ファシリテータ、書記、タイムキーパーの決定。ただしファシリテータもワークショップに参加する。 b) グラウンドルールの提示 アイデアを出し合うとき Ⅰ 批判・否定は一切、お断り Ⅱ 自由奔放に Ⅲ とにかく量で勝負する Ⅳ 組み合わせ・改善
②導入（アイスブレイク）	2分	a) ペアを作って「最近あった楽しいこと」：AさんからBさんに1分程度話す。Bさんは、Aさんが気持ちよく話せるよう聞いてあげる。 b) 役割を交替する。
③意見・アイデア出し	5分	自分が受診者だったら特定健診を受けるかどうか自由な話し合い（できるだけ均等に発言する）。 ※1分間、各自メモを取りながら黙って考えてから、残り4分で話し合ってもよい。
④優先順位の検討	18分	表 7（P123・P124）の各対策について、どれが重要かをA～Fの区分別に話し合い。※グラウンドルールに注意 【6ブロック×平均3分＝18分】
⑤まとめ	3分	ワークショップの感想や、何について今後議論が必要かを話し合う。引き続き会議・ワークショップの開催が必要な場合には、次回の日程を調整する。
計	33分	

表 8-2 ワークショップ・プログラム案【B案】

B案：現在の未受診対策の充実・不足を確認する場合（所要1時間程度）		
項目	概算時間	内容等
①開始準備	5分	a) 司会：ファシリテータ、書記、タイムキーパーの決定。ただしファシリテータもワークショップに参加する。 b) グラウンドルールの提示 アイデアを出し合うとき Ⅰ 批判・否定は一切、お断り Ⅱ 自由奔放に Ⅲ とにかく量で勝負する Ⅳ 組み合わせ・改善
②導入（アイスブレイク）	2分	a) ペアを作って「最近あった楽しいこと」：AさんからBさんに1分程度話す。Bさんは、Aさんが気持ちよく話せるよう聞いてあげる。 b) 役割を交替する。
③意見・アイデア出し	15分	a) 作業内容およびルール説明【5分】 b) 現在実施されている受診率向上策（広い意味での対策）をカード（小さい付箋でよい）に書きだす（一枚に1つのことを書く）。ひとり30個以上を目標にする。【10分】 ※アイデアの数が少なければ時間を5分程度延長する。 ※ポピュレーションアプローチ観点や、他課・他部門の施策など、考える範囲を広げるようファシリテータは適宜促す。
④整理	10分	出されたアイデア（付箋）を、例えば下図のようなマトリクスに貼り付ける（分類する）。【10分】 ※□は付箋を表す。 ※互いの考え等に触発されながら付箋を追加するようファシリテータは促す。



⑤意見・アイデア出し	20分	<p>a) 図を見ながら、図の領域ごとに対策が十分かどうか、不足している対策・必要な対策は何か、自由に意見を述べ合う。</p> <p>b) 必要な対策として出された意見は書記が付箋に書きとり（違う色で書く、または違う色の付箋を使う）、図に追加していく。</p> <p>c) 優先順位を明らかにする場合は、表8-3の整理・優先順位づけ（P129）に記載のシール投票を追加実施する。</p>
⑥まとめ	5分	<p>ワークショップの感想を述べあった後、ファシリテータ又は役職者等による総括。「必要な対策」として出されたアイデアについて今後どう進めるか等について、できるだけ具体的に決める。引き続き、会議・ワークショップの開催が必要な場合には、次回の日程を調整する。</p>
計	57分	

表 8-3 ワークショップ・プログラム案【C案】

C案：未受診理由について検討の後、解決策を話し合う場合（所要2時間半程度）		
項目	概算時間	内容等
①開始準備 ※お茶など飲みながら	5分	a) 司会：ファシリテータ、書記、タイムキーパーの決定。ただしファシリテータもワークショップに参加する。 b) グラウンドルールの提示 アイデアを出し合うとき I 批判・否定は一切、お断り II 自由奔放に III とにかく量で勝負する IV 組み合わせ・改善
②導入（アイスブレイク）	10分	「秘密の私」（ウソ？ホント？） ⇒実は私には、こんな趣味、才能、特技、秘密がある、というのを2つ書く。 ⇒そのうち1つは本当のこと、1つは嘘を書き、周りにはどれが本当かを当てる（挙手）。 ※2つ嘘、1つ本当でもよい。 a) ルール説明【1分】 b) 記入【5分】 c) 挙手・正解発表：【30秒×6人=3分】 ※1グループ6人の場合の所要時間見込み
③意見・アイデア出し	15分	a) 作業内容およびルール説明【5分】 b) 「未受診者が健診を受けない理由」を各自カード（小さい付箋でよい）に書く。ひとり30個以上を目標にする。 【10分】 ※アイデア（付箋）の数が少ない（ありきたりなものしか出ていないと感じる）ようであれば時間を5～10分程度延長する。 ※性・年齢、職業、環境等、さまざまな理由で健診を受けないわけであり、いろんなタイプの未受診者の気持ちを想像するようファシリテータは促す。
④意見の共有・整理	25分	a) 一人1枚ずつ書いた付箋について説明し、互いの考えを共有しながら、付箋を模造紙に貼っていく。【20分】 ※その際、似た意見（付箋）は近くに貼っていき、「親和図法」（KJ法的）で整理する。 ※互いの考えに触発されながらアイデア（付箋）を追加するようファシリテータは促す。 b) 貼りつけた付箋について、グループごとに見出しをつける（「健診の意義が伝わっていない」など）。【5分】
⑤休憩	10分	お茶等飲みながら、ここまでの感想など自由に話し合う。ファシリテータは、前向きな意見を拾い上げて復唱する（例えば、「なるほど、〇〇さんは****と感じたんですね。面白いね」等）などして、皆の気持ちが前向きにむかうよう誘導する。

⑥意見・アイデア出し	60分	<p>図解した「未受診者が健診を受けない理由」に対応して、その人たちを受診につなげるための方策を考え、各自付箋に書く。【60分】</p> <p>※見出しごとに適宜小分けにして方策を検討する。</p> <p>※自由に意見を出し合える雰囲気・メンバーであれば、自由に意見・アイデアを出し合い（ブレインストーミング）、書記が付箋に記載してもよい。</p> <p>※時間が不足して検討が十分でないと感じる場合には、どれが「検討課題」かが分かるようにメモしておく。</p>
⑦整理・優先順位づけ	20分	<p>a) 「容易／困難」をX軸、「効果 大／小」をY軸とする座標軸（マトリクス）の上に、出されたアイデア（付箋）を整理する。【10分】</p> <p>b) シール投票：自分として特に実施した意見・アイデアをそれぞれ選んで、付箋にシールを貼付【5分】</p> <p>※ひとり 10 枚などシールを割り当て、全部貼るようファシリテータは促す。</p> <p>c) シール投票結果の確認【2分】</p> <p>d) みなでちょっとした雑談、感想など述べる時間【3分】</p>
⑧まとめ	5分	<p>ファシリテータ又は役職者等による総括。シールが集まったアイデアについて今後どう進めるか等について、できるだけ具体的に決める。「検討課題」の解決等、引き続き会議・ワークショップの開催が必要な場合には、次回の日程を調整する。</p>
計	150分	

(参考資料) ワークショップの基礎知識

(1) ワークショップとは何か

- 「ワークショップ」を直訳すると、「工房・仕事場・作業場」のことである。そこから転じて、「主体的に参加したメンバーが協働体験を通じて創造と学習をする場」(堀公俊・加藤彰『ワークショップ・デザイン』日本経済新聞出版社)をワークショップと呼ぶ。略して「ワーク」ということもある。
- 会議とワークショップには表1のような違いがある。特に、①ワークショップの主役は参加者であることと、②会議の成果は予定調和的なものではなく、何が生まれる(創発される)かが分からない(予定外)であることは、ワークショップの重要な特徴である。

表1 会議・研修とワークショップの違い

	会議・研修	ワークショップ
参加	(半ば) 強制的	主体的
集団	リーダー中心	参加者中心
ムード	秩序的・権威的	自由・平等・創造的
進行	議長・講師(先生)	ファシリテータ
行動	説得・教育	納得・学習
活動	単方向(一方的)	双方向(マルチ方向)
成果	予定調和	創発(予定外)

(出典) 堀 公俊『ファシリテーション入門』(日経文庫)を基に一部改変

- ただし、従来の会議・研修を否定するものではなく、目的によってワークショップと従来の会議・研修のどちらも使いこなせることが大切である。

(2) ワークショップで成果を得るために

- ワークショップについては、①時間がかかる、②話し合っているときは楽しいが何も残らない、③特定の人のお話を延々聞かされたなど、ワークショップに否定的な印象を持つ人もいるようである。
- ワークショップを効果的に行い、成果を得るためには、いくつか注意すべき点がある。それはまず、①参加、②体験、③協働、④創造、⑤学習の5つの

要素を意識してワークショップを行うことである。

表2 ワークショップ成功の5つの要素

①参加	●多様なメンバーが意識的に当事者として積極的に参加。
②体験	●メンバーが体験を持ち寄りそれを素材に活動を組み立てる。 ●ワークショップを通じて参加者が共通の体験を共有する。
③協働	●持ち寄った互いの資源を元に、協働作業を通して活発な相互作用（相乗効果）を起こす。
④創造	●ワークショップとは新しい「知」を生み出すこと。
⑤学習	●相互作用や創り上げるプロセスを通じて、1人では得られない気づきを得ると共に、参加者全員での大きな学びを培う。

（出典）堀 公俊『ファシリテーション入門』（日経文庫）を基に作成

- 表2の5つの要素を兼ね備えたワークショップを実施し、参加・体験・協働・創造・学習の経験を分かち合うことには、根源的な喜び・楽しさが伴う。なお、「知らないことを知る」ことは「学習」の一側面でしかない。「集団に参加するなかで何かを体得すること」「物事の見え方・枠組みが一新すること」といった、さまざまな「学び」が存在し、ワークショップはそうした「学び」を得るための有効な手段の一つといえる。
- ワークショップでは、さまざまな背景・考えをもった参加者が集まり、意見を持ち寄り、互いに相互作用を及ぼし、触発されながら、さらに別のアイデアを出していくプロセスが重要である。こうしたプロセスを共通体験として持つことが、組織（集団）の力量形成につながる。
- また、ワークショップにおいては、互いの差異や個性はそれ自体が価値である。ワークショップに参加するメンバーを、多様なメンバー（所属部署、価値観、専門領域等）により構成することも、多様なアイデアを出し合い、互いに触発していくうえで有効である。また同じ組織内でのワークショップだけでなく、別の保険者どうしでのワークショップや、保険者以外の立場の者も加えたワークショップであれば、さらに議論の幅が広がることが期待できる。
- さらに、参加者が当事者意識をもって、積極的にワークショップに参加すること、自分の意見を率直に発言することなどが、ワークショップ成功のカギを握る。
- とはいえ、「積極的に発言してください」とお願いしたからといって、全員が積極的に発言できるとは限らない。多くの積極的な発言を引き出すためのプログラムが重要である。また、特定の人だけが話をして他の人が話をできな

くならないよう、ファシリテータの役割も重要である。

- 「話し合うのはいいが何も残らなかった」ということを避けるためには、ひとつにはプログラムの組み方が重要である。特に後述のとおり話し合った結果を最後にまとめたり、意志決定したりすることが重要である。
- ワークショップは、自由な討議とそれによる触発を期待する面がある以上、一定の時間を要するのも確かである。ただし、それに見合う価値のあるワークショップは可能であり、テーマや目的によって適宜活用することが、最小の時間（投資）で最大の効果を得ることにつながる。また、同じ組織でワークショップ的な話し合いを重ねることで、メンバーもワークショップに慣れ、時間の面でも効率化していくことが期待される。
- なお、ファシリテータが重要な役割をすることは確かだが、ファシリテータの経験が不足しているという理由のみで、ワークショップの開催をためらう必要はない。ワークショップ成功のポイントは、①参加、②体験、③協働、④創造、⑤学習であり、ファシリテータが強く介入することによって、集団に何かをもたらす必要があるわけではない。自由な議論を保証するための一定の気配り、参加メンバーに対する敬意に加えて、後述するいくつかのポイントを押さえれば充分である。

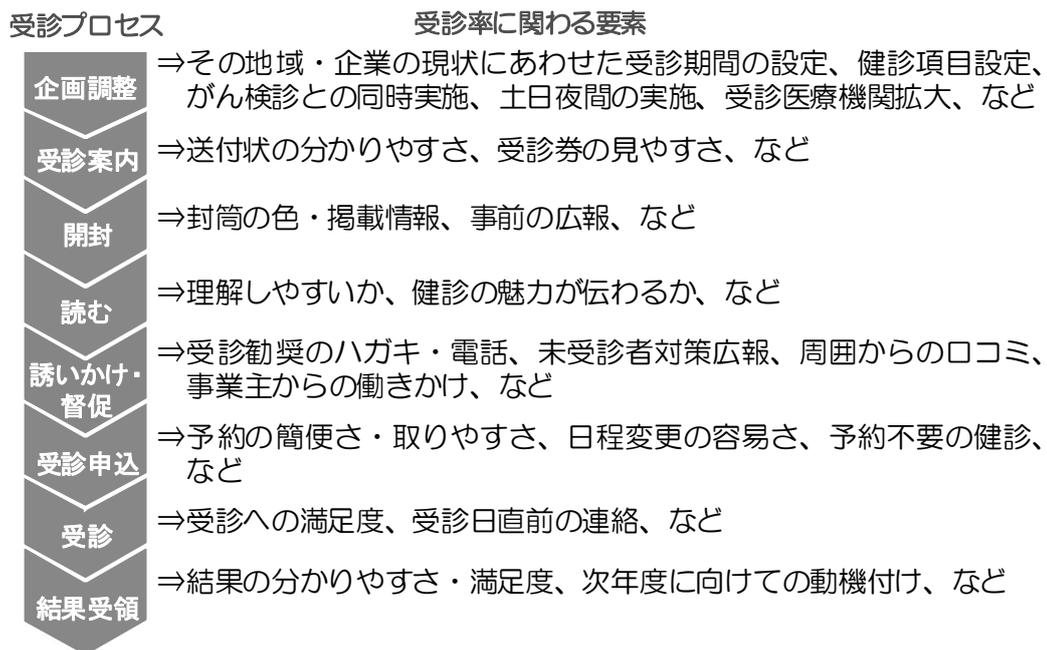
（3）課題解決とワークショップ

- 「課題」とは何であろうか。また類似した語である「問題」とどう異なるのであろうか。
- 高橋誠『問題解決手法』（日経文庫）によれば、「問題」とは「期待と現状の差」である。「期待」とは、はっきりとゴールが決まっているという意味で「目標」の場合もあれば、漠然としているが、なんとなくこうあってほしいという意味で「願望」というケースもありえる（高橋誠・前掲書）。
- 一方「課題」とは、「題、または問題を課すること」（「広辞苑」第5版）である。つまり、そのことが「自分に課された問題」または「組織に課された問題」と認識することによって、そのことは「課題」となる。
- 「特定健診の受診率が目標に達していない」事実を、例えば「それは押し付けられたことであって、自分（たち）の仕事（役割）ではない」と捉えるのであれば、それは「問題」ではあるが「課題」ではないということになる。しかし当事者意識を持つならば、それは「問題」であると同時に「課題」ともなる。
- 問題（課題）には多くの場合、唯一の回答は存在せず、多数の回答が存在する。受診率向上についても、「これが絶対に正しいという正解のない課題」「どこかのマネをすれば解決するものでない課題」であるし、現状をより良くするた

めの解決策はさまざまに存在する。

- それらの解決策を見つけるためには、問題意識と創造性が欠かせない。問題意識を高めること（深めること）、創造性を高めるために役立つのが、ワークショップである。ワークショップのメンバーが持っている情報を共有し、組み合わせ、解決を図ったり、新しい価値を創造していくことが求められている。
- 解決を図るためには、現状を十分に把握し分析したうえで、課題と徹底的に向き合うこと、考え抜くことが重要である。困難な課題であればあるほど、一人ひとりが現状をとらえたうえで深く考え、一人ひとりの力を集めて、課題解決に挑むことが重要である。
- また図1は、特定健診受診率に関わる要素を、受診プロセス別に例示したものである。受診に比較的直接的に関わる要素だけでもさまざまなものがある。これら諸要素について、体系的に、あるいは緻密に考えていくこと、さらにそれらの検討を踏まえて物事を前進させていくことを、一担当者の努力に任せるのには限界がある。やはり組織・集団としての取り組みが不可欠である。

図1 特定健診の受診プロセス別、受診率に関わる要素



- さらに、人は、自ら参加したものにしか、本当の意味で納得はできない。したがって、解決策を単に外部から提示され、実施を勧められたのでは、現状に見合った工夫や発展は生まれてこない。ワークショップは、課題に関係するメンバーが集まり、議論し、組織・集団として主体的に解決策を選びとるための手段として有効である。自分たちが考え、議論し、創り出した解決策・アイデアだからこそ、メンバーはそれを自らのものとして受け止め、主体的・創造的に課題解決に当たることも可能になる。それが創造的な組織・集団というもので

ある。

(4) さまざまな発想法とワークショップ技法

①ブレインストーミング

- 参加者が自由に発言し、互いに刺激を与えあい、できるだけ多くの意見を出し合うのが、ブレインストーミングの基本的な考え方である。
- ブレインストーミングには、次の4つのルールがある。これは、ワークショップを行う際の基本ルールといってもよいルールである。①互いの意見を批判しないこと、②自由奔放に発想すること、③とにかくアイデアの量を出して数で勝負すること、④他人の意見を聞いて、触発されて、さらにアイデアを付け加えること、の4つである。

表3 ブレインストーミングの4つのルール

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 批判一切お断り2. 自由奔放3. 量を求む4. 組み合わせ・改善 |
|--|

(出典) 星野 匡『発想法入門』(日経文庫)

<コラム>なぜ批判(否定)してはいけないか

ワークショップにおいては、意見やアイデアを批判・否定しないということが極めて重要である。それは、誰でも自由に発言できる「場づくり」のためである。そうした場では、さまざまなアイデア・発言が生み出され、相互作用と相乗効果により、さらにアイデア・発言が生まれるという好循環をもたらす。一方、批判・否定がなされるようになると、「こんな意見を言っても意味がない(批判・否定される)」と考えるようになり、意識的または無意識的に発言を控える事態を招く。

数多くのアイデアが出されてこそ、よいアイデアも生まれる。あるいは自由な発想を支える場の雰囲気があつてこそ、固定観念を打ち破るようなアイデアを生み出しうる。大事なのは、批判・否定ではなく、「じゃあ、こういうアイデアはどう？」と触発されることや、「なるほど!」「その意見、面白いねえ」という感動や共感なのである。

- このルールを「グラウンドルール」(その場の約束事)として参加者にあらかじめ提示する、または見えるところに張り出しておくのもよい方法である。特

に、相手の意見を否定しないこと（ルール1）は重要である。

- また、アイデアの「量を求める」というのは、数を出さなければ質の高いアイデアは出てこないという意味であって、質がどうでもいいわけではない。アイデアを出しているときには、「いいアイデア（質の高いアイデア）がないか」を各人が真剣に探究する必要がある。
- ただし、思いついたアイデアがたまたま「質が高いとはいえそうにないアイデア」であっても、それまでその場に出されていないアイデアであれば出すべきである。それに触発されて、よいアイデアを発想する人が出てくる可能性があるからである。つまり、単なる思いつきとしか思えないアイデアにも価値がある。
- また、思いつきを口にできるような、自由な場が生まれていることも重要なことである。普段ならとても口にできないようなアイデアを口にできれば、その後は、さらに自由に発言することができる。無意識的に自分の発言や思考を規制しているさまざまな制約から自由になるためにも、さまざまなアイデアを口にしてみることは重要なことである。その結果として、とても良質なアイデアに行き着くこともある。

＜コラム＞実例が発想を刺激する

特定健診の受診の案内文の、内容、体裁、手元に届いたときの見やすさ、わかりやすさ等が、受診行動を左右する場合も少なくないと考えられる。受診案内等の改善、あるいは受診券を送付する封筒のデザインの改善等のアイデアを考える際には、実例を目の前にして考えることで発想の幅は大きく広がる（本報告書 P85～P94 の日本通運健康保険組合参照）。新聞折り込み広告、インターネット、無料のフリーペーパー等、素材を手に入れる手段はたくさんあるので、参考にしてみるのも一つの方法である。

星野匡『発想法入門』（日経文庫）でも、①「カタログ法」（発想会議のテーマに沿ったイメージ・カタログを作っておき、そこから刺激を受ける方法）、②リラックスした雰囲気イメージ映像を見ながらアイデアを出す「ビジュアル・コンフロンテーション法」などが紹介されている。

また日頃から、よい素材（実例）がないかと周囲になんとか意識を向ける習慣ができれば、発想が浮かびやすくなり、自然と発想が豊かになることも期待できる。

②カード式ブレインストーミング

- ブレインストーミングを行うと、発言するのが得意な人がよく発言し、発言が苦手な人は発言をあまりしないという不均衡が生じることになることがある。
- また、他人の意見を聞きながらアイデアを考えるのが得意な人もいれば、他人の意見を聞いている間は、アイデアを生み出しづらい人もいる。
- こうした欠点を補うために、一定時間の間（例えば5分）、黙ってカードにア

アイデアを記入した後、カードに書いたアイデアを発表・共有するのがカード式ブレインストーミングである。カードに書いたことを発表するだけなので、発言の苦手な人も発言しやすい。また5分なら5分、そのことだけを考え、かつ手を動かすというのは、「考えること」に身体を慣らすうえで、絶好のトレーニングとなる。

- ブレインストーミングの場合、出されたアイデアを書きとめる人（書記など）がいなければ、後に残らなくなってしまうが、カード式ブレインストーミングの場合は、カードが確実に存在するため、記録をわざわざ取る必要もなく、その後の整理（収束作業）にもスムーズに移行することができる。
- また、その後の整理（後述のマトリクス等）のためには、付箋にアイデアを書いておくと便利である。また付箋（またはカード）に記入する際には、1枚のカードに1つの内容（アイデア等）を記載する。
- なお、ブレインストーミングに比べると、ダイナミックな意見のやり取り、触発されてのアイデアの飛躍が起きづらい面があるので、①互いのカードの意見を共有（発表）する際に、触発された意見をきちんと述べること、②その意見もカードに書いて追加すること、③互いの意見・アイデアを楽しんだり、感動したりして、楽しく高揚した場の雰囲気を作ること、に注意する必要がある。

<コラム> 焦点法により発想の方向を拡大

焦点法とは、「違う世界の事柄を想定し、その要素や特徴を一つずつ課題に結びつけて発想する方法」（星野匡『発想法入門』（日経文庫）より）である。

仮に、中高年に人気の高い「登山」から特定健診を発想してみるとする。その場合、まず「登山」の属性・特徴を列挙した後、こじつけでよいので、それぞれの要素を特定健診に当てはめることで、受診率向上につなげる発想を得るということである。

例えば、①体力があってもなくても登れる山がある、②リフレッシュできる、③仲間と語り合える、④終わった後の温泉が楽しみ、・・・と数多く列挙する。これらを特定健診にあてはめ、①健康な人にも病気の人にも意味がある、②身体の状態が確認できてスッキリできる、③保健師や栄養士と自由に話ができる、または受診者同士のおしゃべりの機会がある、④終わった後に楽しいイベントが用意されている、・・・等と、特定健診を受診してもらうための改善策や広報等についてアイデアを出していく。

なお本報告書 P95～P105の立川市では、特定健診とまったくかけ離れたものと結びつけて発想するのではなく、「がん検診受診率向上策」といった、他の施策との類比でアイデアを膨らませる方法を採用している。

③ブレインライティング

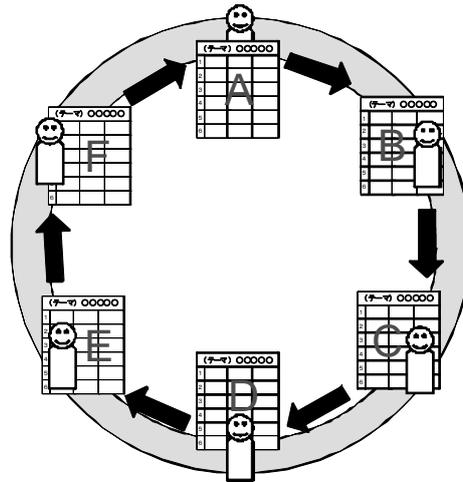
- ブレインライティングも、カード式ブレインストーミングと同様、まず紙の上にアイデアを書く手法の一つである。

- ブレインライティングは、集団（6人程度）でアイデアを出す方法である。テーマを決めて、1人がテーマに関連する3個のアイデアを書き、順番に次の人に回していく（時計回りまたは反時計回り）。次の人は、すでに出たアイデアに触発されたアイデアやまったく別のアイデアを3個書く（図2および図3（P138）参照）。前の人が出したアイデアに触発された場合は、矢印を加えて書き込む方法もある（図2参照）。
- 6つのテーマのブレインライティングシート（図3であればA~Fまでの6種類）を使って、6人でブレインライティングを行うとする。1つのテーマごとに、1人5分など時間を決める。仮に5分とすると、6テーマ×5分=30分間の間、シートがぐるぐると回り、テーマごとに6人×3個=18個（合計108個）のアイデアが集まることになる。
- テーマ・参加メンバーによっては、1人5分ではなく、2~3分に短縮してもよい。時間を5分程度かければ、一つひとつのアイデアのレベルを高めることが可能になるし、2~3分であってもよいウォーミングアップになる。ウォーミングアップを終えた後、出されたアイデアのうち「良いアイデア」について、さらに掘り下げたワーク（例えば、ブレインストーミング）を行うのもよい方法である。

図2 ブレインライティングシート（サンプル）

(テーマ) 地域資源を活用した特定健診未受診者へのPR方法			
1	スーパーにポスターを張る	地域包括が高齢者を訪問した際に家族に声かけ	町内の回覧板で、受診を促すチラシを回してもらう
2	スーパーの店頭で、簡単な健診と健康相談を行い、健診へのきっかけづくりとする	地域包括の職員の名刺の裏に、市の負担で「健診を受けましたか？」と印刷する	町会長さんに、周囲に受診を呼びかけてもらうよう、依頼する
3	パチンコ店でも、簡単な健診と健康相談を行い、健診へのきっかけづくりとする	住民と接触する ↓ 全市役所職員の名刺の裏に「健診を受けましたか？」と印刷する	町会の集まりで、健診の重要性を訴える
4	健診受診を促すポスターを中学校・高校と連携して募集する	地元の中小企業診断士によるセミナーと併せて、健康相談会を行う	商店街で健診を行う
5			
6			

図3 ブレインライティングの流れ



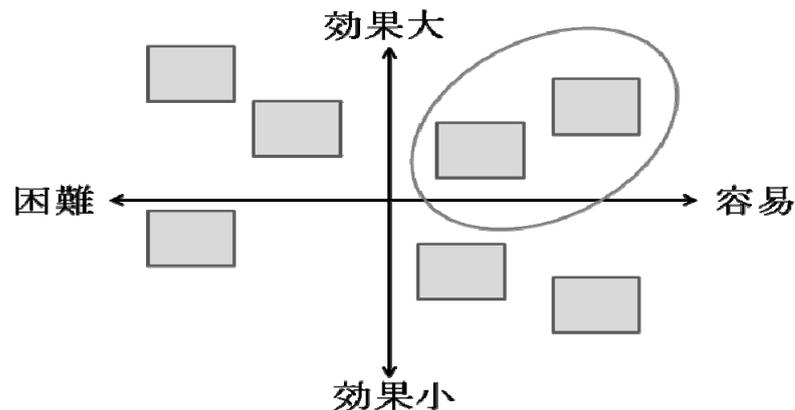
④ K J 法

- K J 法は、文化人類学者である川喜田二郎氏が考案した手法であり、その頭文字をとって名付けられている。個々の断片的な質的情報を統合して、全体像を構築するための手法である。
- K J 法の中核的プロセスは、①テーマを決める、②アイデアを出す（ここまでは「発散」）、③カードをまとめる、④各カード群にタイトルをつける、⑤それをさらに上位グループにまとめる、という作業の繰り返しである。1つのカードに1つの内容を記載するというのは、カード式ブレインストーミング同様である。
- K J 法は、本来的には、既成概念や予断を排して、混沌の中から新たな意味の連関を見出していく、体系的かつ精緻な分類の手法である。しかし、そうした本来的な使用のためには、技法の習熟に時間を要し、かつ精緻な分類に時間を要するため、既成の枠組みを用いて分類することも多い。

⑤座標軸（マトリクス）

- 出された（多数の）アイデアを、2つの切り口による座標軸（マトリクス）により分類・整理する手法である。カード式ブレインストーミングで出されたカードを、座標軸（マトリクス）にまとめることで、優先順位や重要度等をメンバーが認識しやすくなることが多い。
- 例えば「実行が困難／容易」×「効果が大／小」により分類するようなことがよく行われ、適用範囲は広い。もちろんテーマによっては、別の切り口で分類しなければならない。「結束が強い／弱い」「積極的／消極的」「健康度が高い／低い」「所得が多い／少ない」「距離が遠い／近い」など、さまざまな切り口のうち、どれを選ぶかの選択が重要である。
- 例えば「実行が困難／容易」×「コストが高い／低い」のように、互いに密接に関連する2つの切り口で行うのは避けるべきである。

図4 座標軸（マトリクス）の例



⑥シール投票

- 出された（多数の）アイデアのうち、どれを実際に実行するかどれが重要なかなど、優先順位づけや集団としての意思決定に役立つ方法である。
- 例えば、一人あたり 10 枚ずつシールを配付し、「ブレインライティングシート」に書かれたアイデアのうち重要なアイデアにシールを貼る」「座標軸（マトリクス）にまとめたカードに対して、特に実行したいものにシールを貼る」といったことが考えられる。シールが多く集まったアイデアは、優先順位の高いアイデアまたは、集団の総意に近いアイデアである可能性が高く、実行に移すことが望ましいといえる。

⑦アイスブレイク

- ワークショップを始めた当初に、「さあ自由に発言しましょう」等と働きかけても、なかなか意見が出てきづらい雰囲気というものがある。そうした場合に、場の雰囲気を溶かす（和ませる）ための「アイスブレイク」を行うことが有用である。
- アイスブレイクの手法はさまざまである。ペアになって、最近あったよい出来事を話し合うことなどはその代表例である。「最近あったよい出来事」を話すことは一種の「自己開示」であり、その後の忌憚のない意見を引き出すことにもつながる。
- また、各保険者が集まって行うワークショップなど、参加者同士、その場が初対面というような場合には、まず自己紹介を行うというのも、よいアイスブレイクである。
- 同じ組織内でのワークショップの場合には、ふだん見られない一面が顔を出すようなアイスブレイクを企画することが考えられる。例えば、東京食品販売国民健康保険組合で実施したアイスブレイク「秘密の私」（P140 コラム参照）などが考えられる。

● <コラム>アイスブレイク「秘密の私」について ●

別名、「ウソ？ ホント？」ともいうワーク。これは、例えば「紙に2つは本当のこと、1つは嘘」を書き、どれが本当のことかを、周囲の人にあててもらうというワークである。本報告書 P106～P121 の東京食品販売国民健康保険組合では、「1つは本当のこと、1つは嘘」のパターンで行った。

このワークのよいところは、当てにくくするために、(比較的)意外な自分の真実を書くことになること。“自己開示”につながるとともに、同じ職場の仲間どうしなどの場合は、相手の意外な一面に気づくという面白さがある(それが関係の親密さにつながる)。

(5) 発想法・ワークショップに関する参考文献一覧

(参考資料) ワークショップの基礎知識 (P130～P140) で、引用・参考にした文献は以下のとおりです。

- 高橋 誠『問題解決手法』(日経文庫)
- 堀 公俊『ファシリテーション入門』(日経文庫)
- 堀 公俊・加藤 彰『ワークショップ・デザイン』(日本経済新聞出版社)
- 星野 匡『発想法入門』(日経文庫)

平成22年度 特定健診等データ分析事例と保険者支援事業報告書

～特定健診・特定保健指導を円滑に進めるために～

平成23年3月発行

東京都保険者協議会
特定健康診査・特定保健指導等評価検討委員会

【事務局】

東京都国民健康保険団体連合会
企画事業部 事業課 保健事業係
〒102-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

電話 03-6238-0150 FAX 03-6238-0033

FAX 03-6238-0033

[本会事務局の許可なく、本書の一部または全部の無断転載を禁じます]

[本書は東京都国保連合会ホームページからダウンロードできます]

<http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/>

