

## 現運用との混合2

- 業務運用とどう整合するか
  - いつ入力？
  - 三交代？
  - 端末がない
  - 忙しい！
  - リアルタイム入力の困難さ

OCH Medical Informatics

47

## ただ理想をインプリしてもだめ

- 概念のインプリから始めた
- 現実に突き当たった
- 運用に載せる方法は
  - 現業に合わせる
  - プラスアルファ、プラスアルファ…
  - 紙に頼る
  - 入力はシンプルに
- 流れを作る
  - まだ紙ですが、流れを作ってください
    - いずれ展開します
    - 記録が残ります
    - 分析できます

OCH Medical Informatics

48

## 問題点

- 間違えて進めた場合のロールバックが大変
- EPR
  - 医事をベースとして展開している

OCH Medical Informatics

50

## Notes：紙は偉大だ

- EPRも同じ問題を
  - 柔軟性、high availability
  - ワークシートと公式ドキュメントの境界
    - 真正性確保
    - ワークシートに任せる部分
      - どこが境界？

OCH Medical Informatics

51

未決：どの粒度のデータがいいのか

- 細くなる傾向
- スーパーユニット 議論
- 全部チェックがいるわけではない
  - 認識していればよいアイテム

OCH Medical Informatics

52

未決：ユニットをまたいだ行為の記述

- 疑問：継続は書かない？
- 並行も？
- 点滴の始まりと終わりなど

OCH Medical Informatics

53

# おそらく最大のメリット

- 解析可能な経過記録が残る
  - フリーテキストでない
  - コード化された経時記録の蓄積
    - eg. MAJUN テキスト
- さまざまな分析
  - DPC等
- 次世代電子カルテのコア技術
  - 従来の看護システムなどに分散されてあるデータが、統合的な形で見えている

OCH Medical Informatics

54

# 「実装」

- 日常業務に統合（混合）する
  - 現行業務のあり方に左右される
- 業務システムに（混合）する
  - 現システムのあり方に左右される
  - さまざまなSystem Configurationがあり得る
- すべてをPCAPS-wiseにするには概念理解と習熟（教育と時間）が必要、：組織能力、リソースなど

OCH Medical Informatics

55

## 5-5. 標準化に関するパネル討論

平成 19 年 3 月 10 日に開催された最終成果報告会において、標準化に関するパネルディスカッションが開催された。以下に記載されているのは、その内容を記載した記録である。

<パネル討論・フロアーからの意見 座長 飯塚悦功>

飯塚 残りの 40 分ほど議論したい。標準化は可能か?標準化とは何か?フロアーからの質問をまず募りたい。

K 氏 初めて参加します。1 つ疑問があります。関先生と水流先生の発表について、小児の投与量がかけないということだが、医師の判断で決めているので、標準化はしにくいと思う。感染の専門医として、某企業で開発をして、10 数年前にやめた。感染の学術をやって、大学病院でやって厚生科学研究もやってきた。医療行為についてはナースが全てやっていると言っていた。しかし、法的には行うことができない。医師法としてはいけない。建前としては、産婦人科が足りないというのも、ナースが取り上げている。このままでは、法律が無視されてしまう。

永井 小児科としては殆どの薬が全国的な標準がある。

飯塚 ベストプラクティスとしての標準。勝手に考えるうちの手続き・考え方を共有するということだと思う。

水流 法律についてですが、ナースが勝手に行う。医師の指示に基づいて書くものである。あらかじめわかっている指示を構造化すれば使えるのではないか。病院によってはエキスパートナースの有無もあるだろう。医師は権限を与えるものである。

H 氏 クリニカルパスが、いわゆるスケジューリングだとすると患者に説明できる。スケジュールがはっきりしないのではないか。久島先生のおっしゃるようなプランがわかりにくいのではないか。

飯塚 スケジュールということについて、時間的な何日という基準が患者の状態をフェーズとして捉えることもできる。ある患者には 2 日間かもしれない。別の患者は 7 日間かもしれない。ロジカルには時間よりも明確になる。目標状態・移行ロジックを考えることでできる。3 日間この行為をすべきだというのは望ましくない。

H 氏 2 日目にドレーンを抜くというのは判断すればよい。プランというのがはっきり出ていないのではないかと思う。

吉田 スケジュールの進行が日数で進むのか、アウトカムベースで進むのかによる。標準的な日数ではなく、ドレーンの抜く状態を定義して、その状態は平均的に何日頃に来るというイメージでいるのがよいと思う。

H 氏 大枠ではわかっていると思うが、臨床の場面をイメージすると、そぐわない点がある。

飯塚 今日どのような医療行為が行われるかを提示することは可能。ですから、結果的には同じようなものを提示できると思う。はじめからいつ・なにをやるかという指示があるのではなく、状態に対する指示を明示すれば、論理に従って出せばよい。

H 氏 ユニットで指示を出すとき、クリニカルパスでは、9 割がた行く場合には、一括で指示を出す。ユニ

ットをその場で移行するというのが求められるのか？

久島 基本的にはそのとおりだが、現場が回らないので運用面ではプランを提示した。

水流 今回は、計画系の静的なものとして示している。運用面の話をすれば、動的な計画が必要となるだろう。ワークシートを作る際に豊富な内容を盛り込むことができるだろう。運用については検討していきたい。

飯塚 あらかじめ日数がわかっているものがあれば、先に提示することが可能だろう。

N氏 アウトカムの設定が絶対値であれば問題ない。あいまいな設定のときに、どのように選択するかによって移行ロジックが変わってしまう。トップダウンで行われる計画だと思う。個人によって異なるポトムアップになりかねない。退院時に穿刺部位の腫れは上の先生が診れば退院しないだろうし、下の先生だと1日様子を見るだろう。退院の前提があるから退院する。若い人の意見が入って、移行ロジックのアウトカムを厳密にすると難しいだろう。10人が見て8-9人が納得するものを示す必要がある。

飯塚 アウトカムのインディケータが定性的に成らざるを得ないという問題。判断基準があいまいな場合にどのように記述するかという問題がある。目標状態のところに現れる。次の医療行為にクリティカルに影響するものであれば、客観的な指標を探す必要があるだろう。具体例で迷う例があると思うので紹介いただきたい。

吉田 アウトカムの客観的評価基準は、示す必要がある。人によってバラバラで決められない。基準が決まっていないというのはその人の中でもバラバラだと思う。パラメータが多くて決められないというが、山ほどあって全てのものを探しているということは無いだろう。判断にブレが生じざるを得ない。それを絞って書いた方がすっきりするのではないか。

N氏 いくつかあいまいなものがある。主治医の主観に左右されるものがある。それをどのように決めていくのか。「食事を半分できる」というのがよい表現ではないと思う。エコーで決めるというロジックをうちでは採用している。そうではないものを考えることが普及には重要であろう。もう少し大きいユニットの存在も考えうるだろう。

勝尾 アウトカム設定には迷う。現場で使う時には、ファジーな使い方をされてしまう。出来上がる前にそれをやるのではなく、決めながら作っていくことが重要。

N氏 パスの意義はある程度の強制力がある点である。

勝尾 まず作ることが重要。進化させていけばよいと思う。

永井 無理やりにどうというのは、作業工程表にすぎない。科学的根拠に基づいて質保証していくということを考えているので、それは本来のパスでもないと思う。

N氏 バリエーションの考え方による。バリエーションを検討

蒲生 ベクトルが違うだけで同じことだと思う。判断しながら進んで、日数が2日で平均ですすむ。4日として伸びていくときに判断が曖昧だからではないかと解析できると考えられる。決めたスケジュールにしたがってバリエーションをとるか、基準を決めて日数のズレを考えるかというだけのことだと思う。

N氏 否定しようと思っているわけではなくて、今後これが進んで行くときに問題となると思うので、よろしく願いいたします。

○氏 マスターについて今後の展開を聞きたい。手術コードで、権限が細かく設定されるなど、感心する点がおおい。注射についてナースがやることに問題は無い。平成17年に厚生労働省の通達により静脈注射は問題は無い。レントゲンの造影剤までやって問題はない。マスターの整備について、PCAPSの中でマスタ整備をやっていただくのはありがたい。病院独自で作らないといけなくなってしまう。ベンチマークもできなくなり、連携も難しくなる。全国的な標準として用いられると望ましいと考えている。

飯塚 標準化の目的は安全安心な社会作り。国際競争力の向上である。マスターに含まれる概念は、共有できると思う。国内の医療情報システム分野の財産となるだろう。マスターは電子化でも紙ベースでも基盤となる。必要であるならば、無料で使えるように公開していくつもりである。

水流 マスターは維持が重要かつ労力のかかる作業である。MEDISと調整して行っていきたい。

井川 計画系で止まっていて、いつになったら手に入るのということもあると思うが、ユニットシート、マスターの整備ができてくれば、紙でもよいので、ある程度の目処を示していただければと思う。見通しを教えていただければと思う。

永井 紙であれば問題ない。

井川 マスターはどうか

水流 今は第1世代のライトなものを準備したいと思う。第二世代を見据えた上での中間成果物としたい。

飯塚 そろそろ時間なので最後に1つ。

M氏 運用系はまだだという話だったが、ユニットの大きさが異なる。久島先生の落とし具合というのはどうか。

飯塚 1時間くらいかかる。

吉田 ユニットの少ないければ少ない方がよいと考えている。ユニットの造形美を追い求めて、より複雑なものを作る方がいるが、運用は難しくなると思う。判断が必要なときに1つのユニットをつくって、細かく分けた方がよいと思っている。

久島 なるようになれと思っている。疾患によっても違うだろう。

蒲生 改訂を繰り返すときに、医師の判断ポイントが3箇所くらい決まっている。そこを決めれば、現場が動きやすい形で大きさを決めていきたいと思う。

久島 ユニットのつかいできるとよいですね

飯塚 ユニットの間にサブユニットを持つ構想があった。今は条件付き指示で吸収している。同じ方針で治療できるフェーズは同一ユニットとして想定していた。適当な大きさについては検討していきたい。それでは終了としたい。



## 6. PCAPS による連携医療の可能性

6 - 1. 健診—医療連携

(水戸総合病院 永井 庸次, 早稲田大学 中田 知廣)

## 4. パネルⅡ

### PCAPSによる医療連携の可能性

---

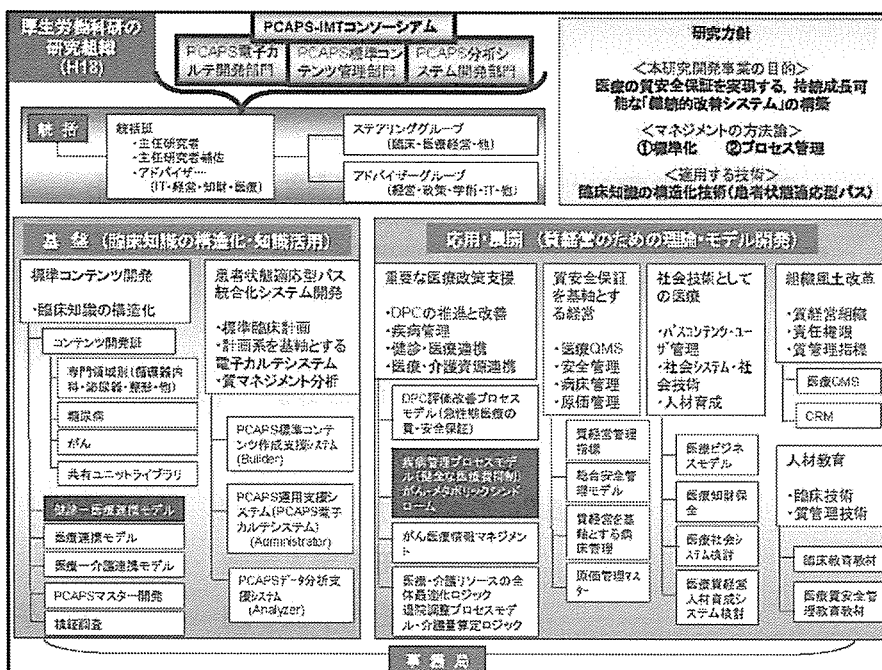
#### ① 健診 - 医療連携 領域

(株)日立製作所 水戸総合病院 永井 庸次  
早稲田大学大学院 中田 知廣  
早稲田大学大学院 福島 瑠依子

## Agenda

---

- 元気アップシステムについて
  - 健診事業に関連した国政の動向について
    - 医療制度改革関連法
    - 厚労省:「標準的な健診・保健事業プログラム」
  - 水戸総合病院(ドック外来)での活動
  - プログラム開発とデータ分析ツール
  - システム全体像と今後の展開
  - 健診事業を基点とした  
地域医療連携と疾病管理手法の構築
-



## 元気アップシステム(健診-医療連携システムモデル)

### □ 平成17年度 経済産業省

「電源地域活性化先導モデル」調査事業

「ひたちなか元気アップコンソーシアム」が発足

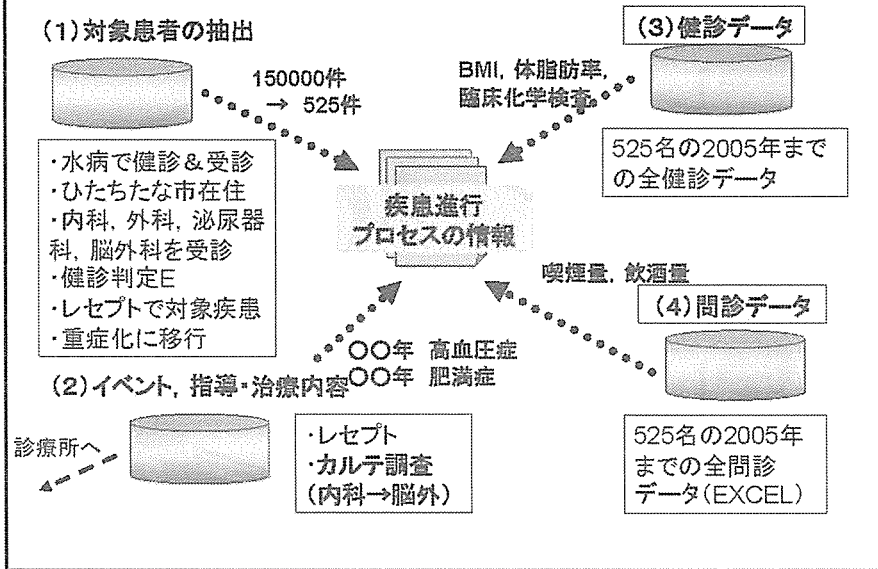
### □ 予防医療における先進的な健診-医療連携システムモデルの

構築を目指し、昨年度の調査活動を経て、研究事業として活動中

### □ 生活習慣病の発症と重症化の予防に対する保健指導、治療を

病態やライフステージに適切させた一生涯の疾病管理を具現化する

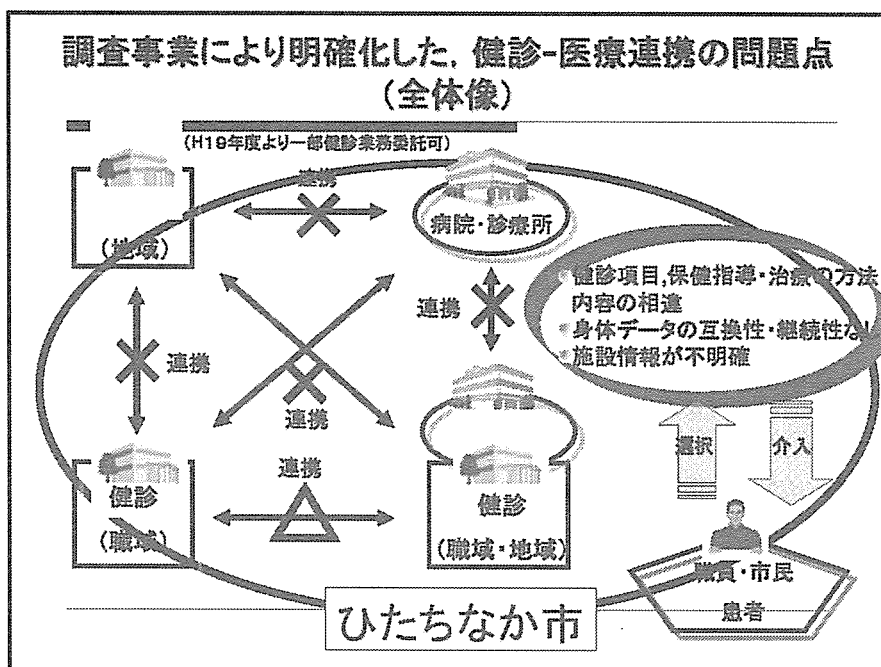
# 個々の患者の進行プロセス情報を調査



## □ 6つの問題点

- **健診事業自体の問題**  
 健保と国保でデータの互換性なし  
 健診項目、判定基準のばらつき
- **健診-医療の連携の問題**  
 健診データが活用されていない
- **治療の問題**  
 治療計画/内容のばらつき  
 生活習慣病の効果的な治療の標準化
- **患者特性の問題**
- **病病、病診連携の問題**  
 身体データの互換性なし  
 患者がどこでどのような治療を受けているかが不明
- **地域医療連携の問題**  
 身体データの共有化がされていない  
 市外からの転入により履歴が不明

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>【健診の問題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期健診に移行について</li> <li>・受診の必要性の増加</li> <li>・受診の頻度のばらつき</li> <li>・健康保険と国民健康保険の区分</li> </ul> <p>・業務負担について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査結果の通知</li> <li>・医師の業務負担の増加</li> <li>・検査結果の通知の遅延</li> </ul> <p>・治療介入標準について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の受診率の低下</li> <li>・医師の受診率のばらつき</li> </ul> <p>・健診項目、判定基準について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・判定基準のばらつき</li> <li>・医師による判断のばらつき</li> </ul> | <p><b>【患者情報連携】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテの普及率</li> <li>・電子カルテの活用状況</li> <li>・電子カルテの連携状況</li> </ul> | <p><b>【病診連携、新病種連携】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診と医療の連携</li> <li>・医師の受診率の低下</li> <li>・医師の受診率のばらつき</li> <li>・医師の受診率の増加</li> <li>・医師の受診率の減少</li> </ul> |
| <p><b>【健診-医療連携の問題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診データの活用状況</li> <li>・健診データの活用方法</li> <li>・健診データの活用目的</li> </ul>   |   | <p>・医師の受診率の低下</p> <p>・医師の受診率のばらつき</p> <p>・医師の受診率の増加</p> <p>・医師の受診率の減少</p>  |
| <p><b>【治療の問題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療計画のばらつき</li> <li>・治療内容のばらつき</li> <li>・治療効果のばらつき</li> </ul>   |   | <p>・医師の受診率の低下</p> <p>・医師の受診率のばらつき</p> <p>・医師の受診率の増加</p> <p>・医師の受診率の減少</p>  |
| <p><b>【患者特性の問題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の特性のばらつき</li> <li>・患者の特性の把握</li> <li>・患者の特性の活用</li> </ul>  |   | <p>・医師の受診率の低下</p> <p>・医師の受診率のばらつき</p> <p>・医師の受診率の増加</p> <p>・医師の受診率の減少</p>  |
| <p><b>【病病、病診連携の問題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病病連携の現状</li> <li>・病病連携の問題</li> <li>・病病連携の改善</li> </ul>  |   | <p>・医師の受診率の低下</p> <p>・医師の受診率のばらつき</p> <p>・医師の受診率の増加</p> <p>・医師の受診率の減少</p>  |
| <p><b>【地域医療連携の問題】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療連携の現状</li> <li>・地域医療連携の問題</li> <li>・地域医療連携の改善</li> </ul>   |   | <p>・医師の受診率の低下</p> <p>・医師の受診率のばらつき</p> <p>・医師の受診率の増加</p> <p>・医師の受診率の減少</p>  |

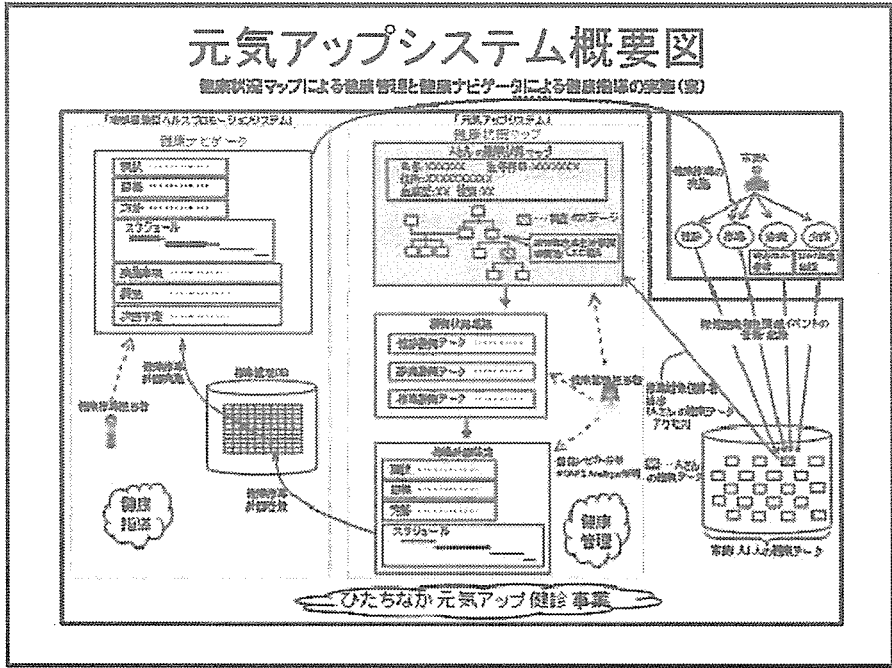
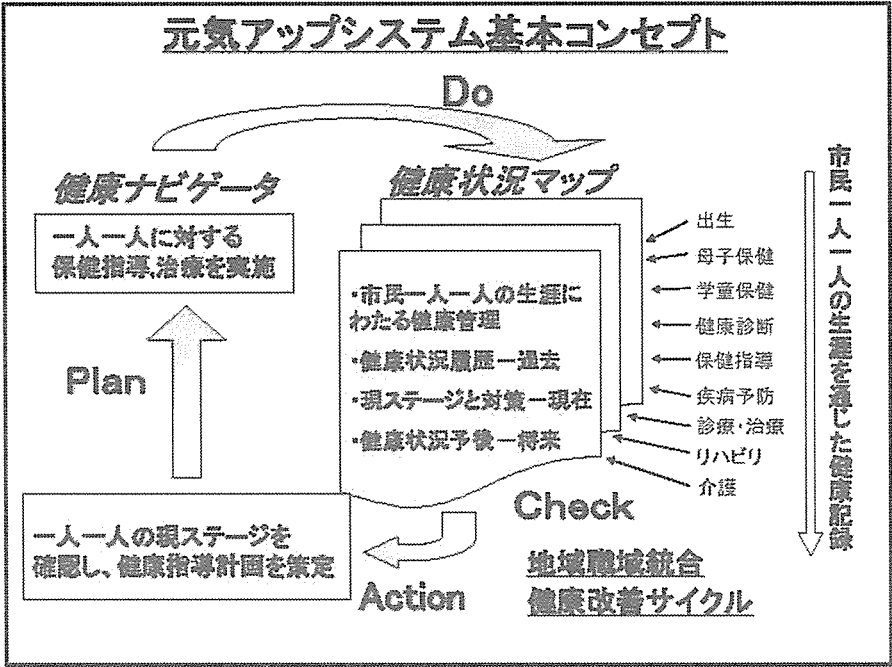


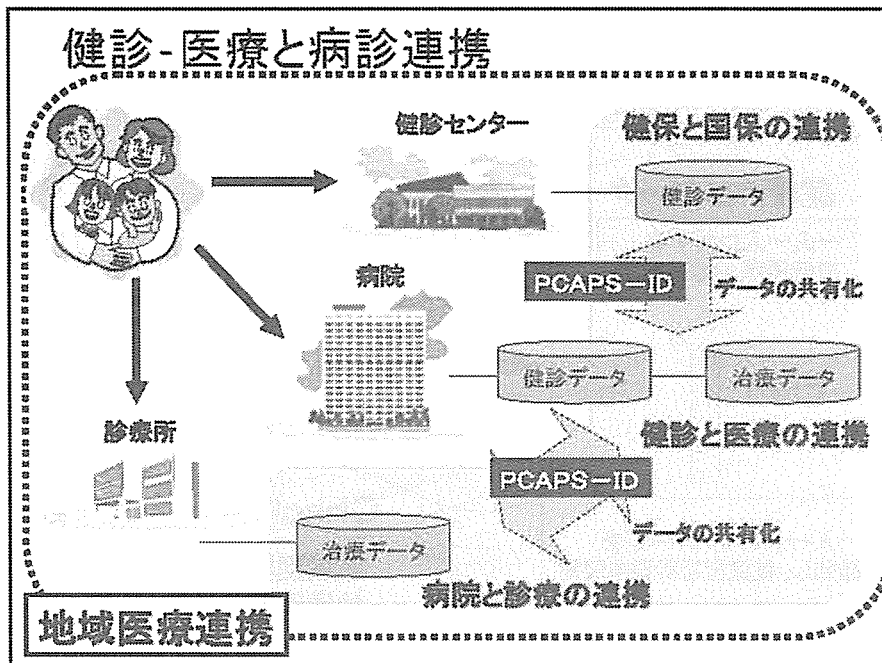
### 元気アップシステム(健診-医療連携システムモデル)

— 明確となった問題点を克服するために —

□ 提案するシステム特性

- ITを活用したネットワークとデータバンク
  - ・ 健診, 診療情報の一元化
  - ・ 生活習慣病に関する有効な分析
- 健康状況マップ
  - ・ PCAPSの構造によって, 生活習慣病の進行を可視化
  - ・ 市民の一生涯の健康状況を詳細に把握する
- 健康ナビゲート
  - ・ 適時的で, 効果的な保健指導・治療の選定と実施を支援





## 国政の動向

### □ 2006年度通常国会で医療制度改革関連法の成立

- 疾病予防を重視した保険医療体系への転換
- 医療費適正化の徹底
- 高齢者医療制度の創設
- 医療制度の地方分権化
- 高齢者の医療から介護への転換

### □ 健康日本21 中間評価(2005年)

- 自治体へ生活習慣予防の施策具現化の推進強化



## 国政の動向

### □ 疾病予防を重視した保険医療体系への転換

- 2008年4月より特定健康診査・保健指導の実施の義務・権限が医療保険者に変更となる

- ▶ 保健指導などの生活習慣への介入は、事業努力によって実施されている状況である
- ▶ 医療保険者には、義務化となる健診・保健事業内容の実施経験や能力がない団体もある



厚労省では「標準的な健診・保健指導プログラム」を審議中

## 標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)

### □ 健診・保健指導の関係

健診に付加した保健指導 → 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診

### □ 目的

個別疾患の早期発見・早期治療 → リスクの重複がある対象者に対し、早期に介入し、行動変容につなげる保健指導を行う

### □ 内容

健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的情報提供 → 生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる

## 標準的な健診・保健指導プログラムの指導概要

|         | 情報提供                     | 動機づけ支援                     | 積極的支援   |
|---------|--------------------------|----------------------------|---|
| 特徴      | 生活習慣についての理解を深め見直すきっかけとなる | 保健指導終了後、対象者がすぐに実践に移り、継続できる | プログラム中に対象者が実践に取り組みながら、自己効力感を高め、プログラム終了後も継続できる |
| 期間      | 健診受診時                    | 30分～1日/原則1回                | 3ヶ月～6ヶ月/定期的かつ頻回                               |
| 実施方法    | 身体情報を配布                  | 対象者が取り組むべき目標を設定し、6ヵ月後に評価   | 対象者が取り組むべき目標の設定から、実践を支援し、3ヶ月・6ヵ月後に評価          |
| 実施内容    | 身体状態の提示                  | 健康度の評価<br>受容度の評価           | 健康度と受容度の評価、実践可能な目標を設定し、3ヶ月目に中間評価、6ヶ月に最終評価     |
|         | 検査結果の見方                  | 生活習慣改善の動機づけ                | 生活習慣改善の動機づけ                                   |
|         | 生活習慣病に関する基本的な知識の説明       | 生活習慣病に関する基本的な知識の説明         | 実技、講習会(栄養、運動など対象者が自分にあった方法を見つける選択肢の提示)などの実施   |
|         |                          | ライフスタイルに合致した行動目標の設定        | 対象者の行動変容ステージに合わせた個別具体的な相談を定期的・継続的に実施          |
| 身近な社会資源 | 評価時期の設定                  | 評価時期の設定と実施内容の継続への支援        |   |
| 支援形態    | 紙、IT、結果説明会等              | 個別面接、集団指導、IT               | 個別面接、小・集団指導、通信・IT等                            |

## 標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)

### □ 暫定版(2006.6)から修正案の提示へ(2007.2)

#### 全体として柔軟な表現へ修正か...

#### ■ 「保存年限」

原則として、医療保険者は被保険者の生涯(40歳から74歳)を通じてデータを保存し参照できるようにする  
 → 医療保険者や被保険者・被扶養者は、できる限り長期間、健診データを保存し、参照できるようにすることが望ましい

#### ■ 「保健指導の基本的事項」 に追加修正

・保健指導の効果に関する研究は、エビデンスとして蓄積されつつあるものの、現時点では、実証レベルでの検証が不十分である。そのため、本プログラムでは、現段階で考えられる、最低限実施すべき保健指導と望ましい保健指導について記載する

・今後は保健指導を実施する機関が創意工夫をすることにより、より有効な保健指導の内容や実施形態等が明らかとなり、提供される保健指導にそれらが反映されることが期待される

(修正案より抜粋)

## ひたちなか市の各機関の健診・保健事業の内容(一部)

|        | A病院         | B健康管理センター(工場内)                         | Cヘルスケアセンター(市が統括)   |  |
|--------|-------------|--|--|--|
| 健診実施   | 内容          | 人間ドック検査にて<br>定期健診を兼ねている                | 労働安全衛生法に順ずる<br>特殊健診と定期健診                                 | 老人保健法に基づいた定期健診+希<br>望に応じた検査・検診                 |
|        | 受診者         | 希望者(職員が8割)                             | 職員全員   | 案内状から返信した健診希望者                                 |
|        | 年回数         | 1年毎                                    | 特殊検査と定期健診で年2回  | 1年毎  |
|        | 実施者         | 検査技師、保健師                               | 保健師・看護師  | 検査技師、保健師                                       |
| 異常項目抽出 | 結果報告        | 当日顔テテ                                  | 各部署での配布(1ヵ月後)  | 郵送(1ヵ月後)                                       |
|        | 内容          | A病院の判定                                 | D健康管理センター判定基準  | ×県基本健康診査判定基準                                   |
|        | 方法          | 自動判定+医師総合判定<br>(HMG病院)                 | 自動判定+医師総合判定<br>(D健康管理センター)                               | ×県総合健診協会                                       |
|        | 判定区分        | A～Eの5段階                                | 全体で9段階   | 3段階<br>(異常なし、要指導、要医療)                          |
| 保健指導   | 伝達方法        | 当日の面談                                  | 各部署での結果通知書配布後、速<br>やかに保健師が本人へ連絡                          | 郵送(1ヵ月後)時に健診結果説明<br>会・保健相談の高付添付                |
|        | 内容          | 結果判定の異常値から<br>パンフレットに沿って生活上<br>の留意点の面談 | 高血圧・高脂血症は介入<br>糖尿病は病態に関わらず医療機関<br>へ紹介する                  | ①結果説明会・健康相談<br>②個別健康教育(年度ごとに単疾患<br>でのプログラム計画)  |
|        | 方法          | 全受診者に個別面談形式                            | H健康管理センターで作成されたマ<br>ニュアル・テキストに沿った<br>面談形式                | ①講演・面談・栄養指導<br>②プログラムに沿った個別と教室で<br>の指導         |
|        | 対象者抽出<br>基準 | 判定C以上の異常値                              | 再検査後の管理(管理状態)<br>「要医療」が介入しないor 受診の有無の確<br>定、及び来院回数への対応状況 | ①の要指導(要医療は介入せず)<br>※は定員20名で打ち切り                |
| 記録     | 介入時間        | 15分程度                                  | 対象者の帰途によるが1時間程度  | ①全体で2時間<br>②プログラム実施中は、30分/2週間<br>から1ヶ月毎(全6ヶ月間) |
|        | 実施者         | 保健師、医師(診療時)                            | 保健師(保健師の依頼によって産業<br>医も介入)                                | ①保健師、管理栄養士<br>の保健師、管理栄養士、健康運動<br>指導士           |
| 記録     | 内容          | 身体状態と面談内容                              | 身体状態・指導内容と行動改善の<br>有無                                    | ①身体状態と指導内容                                     |
|        | 方法          | 健診報告書                                  | ①健康管理手帳<br>②管理シート  | ①身体状態と指導内容                                     |

ほとんどの項目が異なっている

## 水戸総合病院での取り組み(ドック外来)

- 水戸総合病院 総合健診センター
  - ・ 80人/日程度の間人ドック・定期健康診断を実施
  - ・ C判定(生活修正の指導要)以上に15分程度の保健指導を実施
- 2006年12月より「ドック外来」を開設
  - 健診により要指導・要治療者、治療コントロール不良の受診者を抽出し、数ヶ月フォロー。  
その後、逆紹介にて健診一地域医療連携を構築
  - 「標準的な健診・保健指導プログラム」を土台とした3ヶ月～6ヶ月の指導プログラムを構築し、現在運営中

## ドック外来での指導実施内容

□ 概要

自分の

あなたの

3ヶ月

目標達成

①-②

③

④のkcal

1週間で減

④

しよう!

一人の目標基準(体重)

身長cm以上

150cm以上

cm

kcal

で減らす

ルギー

Kcal

kcal

kcal

連携  
ムに

3ヶ月以上/目標達成  
指導終了/事後管理

## 標準的な健診・保健指導プログラム

指導対象者が6割を超える

□ 実験を通して挙げられる問題点

| 運用   | プログラム等の方針について各部署の理解を得ることに |      | 実施時間枠と運用コスト(土日で時間外など) |      | 提示された対象者の抽出基準では、施設資源許容人数を |      | 管理すべき保健指導に関する記録データの項目の明示が |      | 対象者抽出、指導実施、評価という大枠のプロセスしか取 |      |
|------|---------------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|------|---------------------------|------|----------------------------|------|
|      | 抽出                        | 実施   | 抽出                    | 実施   | 抽出                        | 実施   | 抽出                        | 実施   | 抽出                         | 実施   |
| 保健指導 | 内臓脂肪                      | IC   | IL2                   | IL1  | IL2                       | IL1  | IL2                       | IL1  | IL2                        | IL1  |
|      | 指導形態                      | メタボ有 | メタボ有                  | メタボ有 | メタボ有                      | メタボ有 | メタボ有                      | メタボ有 | メタボ有                       | メタボ有 |
|      | 提示された                     | メタボ有 | メタボ有                  | メタボ有 | メタボ有                      | メタボ有 | メタボ有                      | メタボ有 | メタボ有                       | メタボ有 |
|      | 指導進捗                      | メタボ有 | メタボ有                  | メタボ有 | メタボ有                      | メタボ有 | メタボ有                      | メタボ有 | メタボ有                       | メタボ有 |

↓

メタボ有+未治療

- ◆ 事業間同士の具体的なベンチマークが不可能である
- ◆ 提示されたプログラムと望まれている結果のつながりが不明確
- ◆ 最低要件の実施では、標準化は困難である(質格差)