

200722011A

平成19年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)報告書

職域における健康診査の効率的な プロトコールに関する研究

(H18-循環器等(生習)-一般-015)

平成20年3月

主任研究者 松田 晋哉

職域における健康診査の効率的なプロトコールに関する研究

主任研究者	松田 晋哉 産業医科大学 公衆衛生学教室 教授
分担研究者	吉田 勝美 聖マリアンナ医科大学 予防医学教室 教授
	浜口 伝博 株式会社リージャ 産業医
	伊藤 正人 松下電器産業株式会社高槻健康管理室 室長
	鎗田 圭一郎 鎗田労働衛生コンサルタント事務所 所長
	中川 徹 日立健康管理センタ 産業医
	小林 祐一 HOYAグループ 総括産業医
	岡村 雅雄 愛仁会高槻病院 理事
研究協力者	藤野 善久 産業医科大学 公衆衛生学教室 准教授
	田中 政幸 産業医科大学 公衆衛生学教室 非常勤助教
	田中 裕 北九州市医師会 理事
	原口 宏之 北九州市医師会 副会長
	亀田 俊忠 鉄蕉会 理事長

研究要旨

本研究ではこれまで厚生労働科学研究の枠組みの中で行われてきた研究成果を受け、開発されたプロトコール等のフィールドでの実証研究とそのための基盤システムの作成を行った。

平成 19 年度研究として具体的には以下の3つの研究を行った。

- 1) 特定健診・特定保健指導事業で利用される特定保健指導支援システムの開発を行った。
また、開発したシステムを複数の企業外労働衛生機関で試験的に導入し、システムの妥当性を検証するとともに、職域で特定健診・特定保健指導を行っていく場合に予想される課題とその解決策について検証した。
- 2) 上記システムを地域で展開するためのモデルとして、北九州市医師会・北九州市の協力を得て、健診・保健指導を医師会会員の医療機関で実施することを試みた。
- 3) 一事業所において特定健診・特定保健指導のモデル事業を行い、その効果について検証を行った。

その結果、以下のような知見が得られた。

- 1) 今回開発した保健指導支援ツールを用いることで、国の示した基準に準拠した保健指導の管理がWebベースで効率的に実行することが可能であることが確認された。他方、職域で行う場合には、労働安全衛生法に基づいて行われる健診・事後措置、および健康保険組合の補助で行われるがん検診等との整合性をいかに図るかが課題であることが明らかとなった。また、現行の保健指導の基準では、初回面談の時間的制限とグループ指導における人数制限が事業を行っていく上での律速段階であることが明らかとなった。継続的支援に関しては、職域の場合、社内e-mailなどの既存資源を活用することで行えるため、それぞれの状況に応じて工夫をすれば十分対応可能であると考えられた。
- 2) 地区医師会会員の医療機関における特定健診・特定保健指導事業には16の医療機関が参加し、55名が健診を受け、そのうち14名が積極的保健指導、11名が動機づけ支援を受けた。平成20年1月31日時点での評価結果を見ると積極的支援14名中、3Kg以上減量が3名(21%)、1-3Kg減量が6名(42%)となっている。また、動機づけ支援11名中、3Kg以上減量が2名(18%)、1-3Kg減量が1名(9%)となっている。なお、継続的支援はFAX、e-mail、個別面談を組み合わせて行った。北九州市では、従来、老人保健法における基本健診と結果を返す際の指導を健診を行った医療機関の医師が行うシステムとなっていたため、今回のモデル事業もその枠組みを踏襲することで、大きな混乱なく行うことができた。国民健康保険加入者、組合健康保険の被扶養者さらには中小企業の従業員(政府管掌健康保険)とその家族に対して、特定健診・特定保健指導を行っていくための枠組みとして、地区医師会を窓口とした仕組みの有用性が検証された。
- 3) 関東地方に所在するA健康保険組合被保険者で、A健康保険組合から本保健指導プログラムへの参加を推奨された男性17名、女性23名の40名を対象に2007年7月21日から12月6日までの約5ヶ月にわたり、電子メール・郵便・電話によるコミュニケーションにより生活習慣改善の支援を行った。プログラム開始時は「積極的支援」18名、「動機付け支援」13名、「情報提供」0名であったが、プログラム修了後はそれぞれ、14名、9名、2名となり、保健指導対象者は全体で6名減少した。本研究により特定健診・特定保健指導事業の有効性が示唆された。

A. 研究目的

社会の少子高齢化に伴い保健医療サービス体系のあり方が問題となっている。特に生き生きとした長寿社会を実現するために、効果的な予防プログラムの開発が課題となっている。このためには予防が有効なターゲット集団を適切に把握し、またそれを評価するための枠組みとなる仕組みが必要となる。諸外国に見られない、わが国の保健医療制度のユニークな特徴として、老人保健法、健康保険法、労働安全衛生法など種々の法的枠組みの中で一般健診が行われていることが指摘できる。そして、過去数十年にわたる経験の中で、種々の健康管理手法が開発されてきている。しかしながら、異なる法体系の中で行われてきたために、生涯健康管理という視点での有効性が十分に発揮できていないという指摘がある。

従って、わが国保健医療システムが持っているこの長所を活かしながら、生涯健康管理の視点から総合的な健康診査の仕組みを構築していくことが求められている。そのためには介入の効果に関する科学的エビデンスに基づいて、現在の健診制度を見直し、それを整

合性のあるものに再構成していく作業が必要になる。

本研究では平成 20 年度から導入される特定健診・特定保健指導事業の妥当性を検証する目的で、国の委員会等での審議を踏まえて開発された健診プロトコル、および保健指導プログラムについてフィールドでの実証研究とそのための基盤システムの作成を行った。

平成 19 年度研究として具体的には以下の 3つの研究を行った。

1) 特定健診・特定保健指導事業で利用される特定保健指導支援システムの開発を行った。また、開発したシステムを複数の企業外労働衛生機関で試験的に導入し、システムの妥当性を検証するとともに、職域で特定健診・特定保健指導を行っていく場合に予想される課題とその解決策について検証した。

2) 上記システムを地域で展開するためのモデルとして、北九州市医師会・北九州市の協力を得て、健診・保健指導を医師会会員の医療機関で実施することを試みた。

3) 一事業所において特定健診・特定保健指導のモデル事業を行い、その効果につ

いて検証を行った。

以上の研究成果を踏まえて「特定健診・特定保険指導事業」の円滑な導入のための提言を行うことが本研究の目的である。

B. 研究方法

1. 特定保健指導支援システムの開発

特定健診・特定保健指導事業で利用される特定保健指導支援システムの開発を厚生労働省健康局の作成した仕様をもとに行った。このシステムは産業医科大学公衆衛生学教室に設置したサーバーに、基幹システムをおき、利用者は各自のPC端末からインターネットを利用してアクセスするものである。情報はVPNを用いて暗号化し、またファイヤーウォールの設定など情報の守秘性には最大限の配慮を行った。

開発したプログラムを企業外労働衛生機関等13の組織でモデル的に使用してもらい、平成20年度からの運用における問題点および課題を抽出し、その結果をうけてシステムの改修作業を行った。なお、システムの全体設計は産業医科大学公衆衛生学教室で行い、詳細設計とプログラム作成を株式会社日立情報システムに委託した。

さらに平成18年度研究で作成した特定健診階層化プログラムの改修を行い、ACCESS (Microsoft社)ベースで動くスタンドアロン版も実装した。

2. 地域モデルの開発

従来、北九州市では従来老人保健法に基づく基本健康診査を北九州市と医師会の委託契約に基づいて、医師会会員の医療機関で個別健診という形でうけるという方式を採用してきた。そこで今回の特定健診・特定保健指導事業に関してもこのモデルを活用して対応することとした。

このモデルでは、国民健康保険の加入者は北九州市と北九州市医師会との契約に基づき、医師会に登録した特定健診等事業参加医療機関(仮称)で健診を受ける。医療機関では受診券の内容を確認し、医師の診察の後採血を行う。検体は医師会の検査センターあるいは市内の契約健診機関に送られ、その結果が北九州市の国保担当課に定期的に送付される。この時点で階層化がすでに行われている。市の担当課ではあらかじめ設定してある基準に基づいて特定保健指導の優先度を設定する。

結果は市当局から健診受診者に郵送で返却される。特定保健指導対象者については利用券も送付される。特定保健指導対象者は、健診受診医療機関で個別面接を受けることを勧奨される。もちろん、対象者が健診を受けた施設と別の保健指導機関を利用することも可能になっているが、多くの対象者は特定健診を受けた医療機関で指導を受けることになる。

保健指導については、各種公表資料を参考に産業医科大学公衆衛生学教室で作成した教材を用いて当該医療機関の医療職(医師、保健師、看護師、管理栄養士)が行う。北九州モデルでは病態に関する指導は多くの場合医師が行っている。対象者は厚生労働省の教材集をベースに作成されたこの指導票をもとに、目標腹囲達成のための食事における摂取カロリー節約量と運動による消費カロリー量、それぞれの目標値を設定し、そのための具体的な行動を3項目設定する。

その後の状況は携帯電話のメール、FAX、郵送のいずれかの手段で確認する。必要に応じて適宜医療職による面談を行って、対象者の行動変容の支援を行う。

3. 職域における特定健診・特定保健指導の実証研究

3) 関東地方に所在するA健康保険組合被保険者で、A健康保険組合から本保健指導プログラムへの参加を推奨された男性17名、女性23名の40名を対象に2007年7月21日から12月6日までの約5ヶ月にわたり、電子メール・郵便・電話によるコミュニケーションにより生活習慣改善の支援を行った。

C. 研究結果

(研究結果の詳細については各項目の記述を参照。ここでは要点のみを記す)

1. 特定保健指導支援システムの開発

開発したシステムの機能の概要は以下の通りである。

- 特定健診データの参照機能(XML形式、CSV形式のデータの取り込み)
- 指導計画作成ツール(目標設定と削減目標エネルギーの自動計算機能、指導計画の作成機能)
- 行動実績モニタリング機能(対象者の計画実施状況をモニタリング)
- 対象者管理機能(指導者ごとの保健指

導スケジュールの管理)

- 帳票作成機能(保険者への請求ファイルアーカイブ(XML形式)作成機能)

利用環境はインターネットを通じて利用者の PC 端末から IN ブラウザによって利用できる方式とした。セキュリティを確保するために各事業者は PC 端末に VPN (Virtual Private Network) をインストールし、仮想的なプライベートネットワークを用いることで情報の安全性に配慮する仕組みとした。

9 月中旬までに α 版を作成し、本システムの利用を希望する 13 の事業所に対してシステムの説明と VPN の配布を行い、各事業者の作成したダミーデータを登録し、保健指導のシミュレーションを 10 月から 11 月の 2 ヶ月間行った。12 月上旬に試行参加事業者からヒアリングを行い機能の追加・変更を行った。また、厚生労働省から出される情報をもとに最終仕様を 2 月末に確定し、改修作業を行った。

試行の結果、保健指導に関しては本システムを用いて効率的に行えることが確認された。他方、指導者ごとの対象者の割付機能や保健指導の清算方式に合わせた各種マスタの作成、他の健診に基づく保健指導との整合性

のとれた総合的システムの開発の必要性など、種々の課題も明らかとなった。

2. 地域モデルの開発

今回のモデル事業では、北九州市医師会会員への説明会を開催し、参加医療機関の募集を行った。その結果、モデル事業に 16 の医療機関が参加し、55 名が健診を受け、そのうち 14 名が積極的保健指導、11 名が動機づけ支援を受けた。

保健指導は健診を受けた診療所で医師が個別面談で初回指導を行う方式とした。初回指導では、健診結果とメタボリックシンドロームの概要の説明した後、行動変容目標(目標を 3 つ設定)を作成し、継続的な支援については、FAX、e-mail、個別面談を組み合わせる方式で行った。対象者は行動変容目標の実施状況を所定の用紙に記録し、その結果を踏まえて医師及び看護師等が支援を行う仕組みとした。

平成 20 年 1 月 31 日時点での評価結果を見ると積極的支援 14 名中、3Kg 以上減量が 3 名(21%)、1-3Kg 減量が 6 名(42%)となっている。また、動機づけ支援 11 名中、3Kg 以

上減量が 2 名(18%)、1-3Kg 減量が 1 名(9%)となっている。

健診・指導を行った医師からの意見では、初回指導をどのように行うかが課題であるが、健診と継続指導は大きな負荷はなく行える、という意見が多かった。ただし、保健指導については、一般外来で混雑する午前中は難しく、午後に行うように対象者に周知するなどの工夫が必要であるという意見も出された。

結論として、地域の診療所において特定健診・特定保健指導を行うことは十分可能であることが確認された。この結果をふまえて、北九州市では平成 20 年 4 月からの国民健康保険における特定健診・特定保健指導事業をこの枠組みをメインとして行うこととなった(市当局主体の集団健診・集団保健指導事業も行う予定)。

また、従業員が 50 人以上の中小零細企業の嘱託産業医の多くは地域の開業医であることから、同じ枠組みを用いて特定健診・特定保健指導に対応することが可能であり、現在その枠組みについても検討を行っている。

3. 職域における特定健診・特定保健指導の実証研究

プログラム開始時は「積極的支援」18 名、「動機付け支援」13 名、「情報提供」0 名であったが、プログラム修了後はそれぞれ、14 名、9 名、2 名となり、保健指導対象者は全体で 6 名減少した。

今回の保健指導対象者には、血液検査データから受診勧奨者が 31 名 82%いた。プログラム修了後は検査データからは 18 名となった。

食生活習慣については、対象者の食事記録、コミュニケーション内容、指導に対する反応などを総合的に判断した。初回から食習慣がほとんど変わらなかったのは 1 名のみで、他は支援内容に答える形で日常の食生活の改善が見られた。

運動生活習慣においては、日々の実行記録、コミュニケーション内容、指導に対する反応および 1 日平均歩数の増減などから総合的に判断した。初回から運動習慣がほとんど変わらなかったのは 1 名のみで、他は支援内容に答える形、あるいは 1 日平均の歩数が 1 万歩に近づいたなど、日常の運動習慣の改善が見られた。

肥満に着目した保健指導は、対象者に効

果が見えやすいため、その有効性は高いと評価できる。しかしながら、限られた保健スタッフで多くの対象者に効果的かつ効率的に介入を行うためには、対象者の選定基準や方法論について検討すべき点が多いことが示唆された。

D. 考察

わが国はすべての国民を対象とした健康づくりプログラムを構築できる法的基盤があり（母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、健康保険法、老人保健法など）、その枠組みを使うことで国際的にも類のない優れた健康づくりシステムを作ることが可能であるという諸外国に類をみない保健医療システム上の特徴を持っている。特にこれまでの事業（特に職域）の蓄積の中で、個人別の経時的健康情報を分析できるフィールドがあることは重要である。このような健康に関する情報はわが国の知的資産であり、それを生かした本研究の成果をもとに種々のプログラム開発を行うことが可能であると考えられる。

しかしながら、異なる法律間、及び同じ法的枠組みの中で行われる場合でも、健診・検診

項目が統一されておらず、その後の保健指導も必ずしも体系的なものにはなっていないという問題もあった。

平成20年度から導入される特定健診・特定保健指導事業はそのような標準的な健康管理の基盤となるものである。今回我々が開発した階層化プログラムは地域・職域双方で適用可能であることが実証された。また、内臓脂肪に着目した保健指導の有用性についても実証された。今後この研究成果をもとに標準的な情報システム・評価システム及び介入のための方法論が構築されることが期待される。

今年度の研究では、一昨年度、昨年度に引き続き多施設が標準的プロトコールに基づく健康管理事業を行うための基本的な枠組みになるものとして、保健指導支援システムの作成を行った。このようなシステムを持つことにより、異なった事業所で行われている健康管理活動のデータを一元的に集約し、それを対象事業所の健康管理担当者（産業医、保健師など）が多次的に分析を行い、さらに他の事業所の類似プログラムとの比較などを通してプログラムの有効性を検証できるようになる。このシステムを活用することで、特定健診・特

定保健指導事業の有効性の評価と継続的な精緻化を行うことが可能になる。

しかしながらこのシステムが十分に活用されるためには以下のような課題に取り組むことが不可欠である。①個人情報の守秘性に配慮した他施設共同データベースの作成、②介入方法の類型化、③評価指標の確立、④人材の育成。

本研究成果を踏まえて、今後このような課題に対応する事業が展開されることが期待される。

E. 結論

本研究ではこれまで厚生労働科学研究の枠組みの中で行われてきた研究成果を受け開発された特定健診・特定保健指導事業のプログラムのフィールドでの実証研究とそのため
の基盤システムの作成を行った。

今回我々が開発した保健指導支援システムは地域・職域双方で適用可能であることが実証された。特に、事業を展開していく上で最も大きな課題になると予想される国民健康保険および政管健保の被保険者及び被扶養者への対応が、本システムを活用することで可

能になることが検証できた点が重要である。

特定健診・特定保健指導事業の効果の評価のためには、保険者単位で関連情報が総合的に評価されるシステムを構築することが必要である。本研究で開発されている健康管理総合データベースはそのような目的に資するものである。今後、本本研究の成果が平成20年4月から開始される特定健診・特定保健指導事業の円滑な実施に資することが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Tanaka M and Matsuda S, The possibility of Disease Management program in Japan, Asian Pacific Journal of Disease Management, Vol.1 (1): 18-28, 2007.
2. Matsuda, S. Health promotion policy in Japan, Asian Pacific Journal of Disease Management, Vol.1 (1): 11-17, 2007.
3. Ito, M. Health support program for coronary risk in the occupational setting, Asian Pacific Journal of Disease Management, Vol.1 (1): 34-39, 2007.
4. Matsuda S. Tanaka M, Fujino Y:

- Development of IT based management system for health support program in Japan, APJDM, 1 (2): 65-75, 2007.
5. Tanaka M, Fujino Y, and Matsuda S. Analysis of chronological fluctuation of individual health check-up data, APJDM, 1 (3): 103-106, 2007.
 6. Matsuda S. Tanaka M, Fujino Y, Fushimi K. and Fujimori K. Effect of obesity on the development of life-style related diseases in an occupational setting of Japan, APJDM, 1 (4): 123-128, 2007.
 7. Matsuda S. Fujino Y, Tanaka Y and Haraguchi H. Development of Clinic based health promotion program in Kitakyushu, Japan, APJDM, 2 (1), 2008 (in press).
 8. 田中滋、小林篤、松田晋哉(編著). ヘル
スサポートの方法と実践、東京:東京大
学出版会、2007.
 9. 松田晋哉. 特定健康診断等事業と健康
保険組合、健康保険、2007年8月号:
56-61.
 10. 松田晋哉. 特定健診・特定保健指導ガイ
ド-地域保険・職域保険のための事業展
開のポイント-、東京:社会保険研究所、
2008.
 11. 松田晋哉. 職域における特定健診・保健
指導の進め方、保健医療科学、57 卷(1),
2008(掲載予定).
 12. 松田晋哉. 定健診・特定保健導事業の概
要と課題、社会保険旬報、2008(掲載予
定).
 13. 松田晋哉. 特定健康診査・特定保健指導
の実践事例ー北九州モデルについてー、
社会保険旬報、2008(掲載予定).

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし、

特定保健指導支援システムの開発

1. はじめに

平成20年4月から開始される特定健診・特定保健指導事業では、保健指導に際して実績登録が要求される。モデル事業では健診を受けた者の約25%が保健指導対象となっており、またその半数が積極的支援の対象となっている。このような膨大な数の対象者に対して保健指導を行っていくためには、ITを用いて業務を計画的かつ効率的に行う必要がある。

また、今回の事業に関しては、それを実行していく過程で種々の見直しが行われることが予想されるために、これまで地域・職域で行われてきた健康管理の枠組みを活用しながら、できるだけ軽いシステムで開始することが望ましい。

そこで本研究では、これまでわが国において種々の法的枠組みで行われてきた健康管理事業における人・情報・金の流れを分析し、それをふまえて上で種々の設定の上で運用できる保健指導支援のためのミニマムのシステム開発を行った。このような仕組みがあることで、開発力や資金力のない保険者あるいは保健指導事業者が平成20年度から特定健診・特定保健指導事業に対応できる体制を整備することが本研究の目的である。

2. 設計の基本的考え方

まず、事業の流れと各段階における検討課題を明らかにする目的で、いくつかの事業所特定健診・特定保健指導事業について、既存の健康管理事業の枠組みの中でどのような形で対応できるかを図表1から図表8のような流れ図を作成して検討した。

この検討の結果、健診データについてはXML形式で標準化されることから、XML形式のデータ及びそれに対応したCSVファイルを取り込むインターフェースを実装し、健診データ管理システムとは別にシステムを作成することとした(図表11)。

保健指導については、各施設で作成・開発されてきた種々の方法論があり、それを1つの方法に

標準化することは不適切かつ不可能である。そこで、支援システムでは初回の行動目標の作成及び対象者の実行状況をモニタリングし、帳票化(支払い用のXMLファイル作成)する機能を中心に実装することとした。

保健指導の有効性を評価するためには、指導内容を類型化する必要がある。そのためにはマーケティング領域で開発されてきたコンジョイント分析などを用いて、どのような対象者の類型別にどのようなパターンの行動変容計画が立てられたかをさらに類型化し、その関連について分析することが必要である。本システムでは指導対象者は3つの行動目標を立てることを求められる。たとえば、40代後半の男性(事務職)は「1. 1週間に7万歩歩く、2. 平日はビールを飲まない、3. 腹8分の食事を心がける」というような目標を立てている。このようなデータをデータマイニングの手法を用いて分析することで、対象者の特性別にどのようなパターンの行動目標が多く採用されるのか、そしてその有効性はどうであるのか、といった分析が可能になる。特定保健指導については、その有効性が十分検証されないまま事業化されているのではないかという批判がある。したがって、このような分析系の仕組みを持つことは重要である。

このような分析のためには、それを可能にするデータベースが必要である。それが本システムで3つの行動目標を立てることをデフォルトの仕組みとして採用している理由である。さらにこのようなデータを一元的に作成することを目的として、産業医科大学公衆衛生学教室に置かれたサーバーにインターネットを用いてデータをストレージする仕組みとした。

3. 開発経過

特定健診・特定保健指導事業で利用される特定保健指導支援システムの開発を厚生労働省健康局の作成した仕様をもとに行った(仕様の詳細については<http://tokuteikenshin.jp>)。

このシステムは産業医科大学公衆衛生学教室に設置したサーバーに、基幹システムをおき、利用者は各自のPC端末からインターネットを利用してINブラウザによって利用できる方式とした。セキュリティを確保するために各事業者はPC端末にVPN(Virtual Private Network)をインストー

ルし、仮想的なプライベートネットワークを用いることで情報の安全性に配慮する仕組みとした。また、サーバー側にはファイヤーウォールを設定し、また想定外の SQL でのアクセスを拒否する仕組みとするなど、情報保護に最大限の配慮を行った。

システム開発については9月中旬までにテスト版を作成した。そして、本システムの利用を希望する13の事業所に対してシステムの説明とVPNの配布を行い、各事業者の作成したダミーデータを登録し、保健指導のシミュレーションを10月から11月の2ヶ月間行った。12月上旬に試行参加事業者からヒアリングを行い機能の追加・変更を行った。また、厚生労働省から出される情報をもとに最終仕様を2月末に確定し、改修作業を行った。

さらに平成 18 年度研究で作成した特定健診階層化プログラムの改修を行い、ACCESS (Microsoft 社)ベースで動くスタンドアロン版も開発した。

なお、システムの全体設計は産業医科大学公衆衛生学教室で行い、詳細設計と Web 版のプログラム作成を株式会社日立情報システムに委託した。また、平成 18 年度研究で作成した ACCESS 版階層化プログラムに対応したスタンドアロン版保健指導支援プログラムについては基本設計を産業医科大学公衆衛生学教室で行った後、株式会社健康保険医療情報総合研究所が改修を行った。

4. システムの概要

開発したシステムの機能の概要は以下の通りである(主な画面を図表12から図表18に示した。詳細は参考資料参照)。

- CSV, XML での入出力に対応
- 保険者、国への報告用フォーマットの作成
- 細かいスケジュール管理(指導者、対象者ごとの)
- ポイントの自動計算と管理
- 経年データの閲覧、管理

- インターネットを介してのサービス(分散事業所などに対応)
- マスターでの様々な管理によって、繰り返し作業の軽減
- 決算・請求機能を装備
- 紙ベースでの保健指導も可能
- 代行機関と健診機関でのリアルタイムでのデータの共有(地域医師会および会員医療機関などのような事業単位での利用も支援)

試行の結果、保健指導に関しては本システムを用いて効率的に行えることが確認された。他方、指導者ごとの対象者の割付機能や保健指導の清算方式に合わせた各種マスタの作成、他の健診に基づく保健指導との整合性のとれた総合的システムの開発の必要性など、種々の課題も明らかとなった。

5. 今後の検討課題

本研究では単にシステムを開発するだけではなく、それが利用されることを前提に保険者・事業者(健診、保健指導)から複数回のヒアリングを行い、より実際的なシステムを開発することを試みた。ただし、本事業が今後多くの見直しが予想される仕組みであることを前提としたとき、「作りこみすぎた」仕組みを作ることは危険であり、かえって事業の円滑な運営の妨げになる可能性が高い。そこで、本研究では種々の仕組みに対応できるシンプルなシステムの開発を第一の目的とした。しかしながら、ヒアリング結果からも明らかなように、事業者としては今回の特定健診・特定保健指導事業以外に介護保険法に基づく生活機能調査や市町村の一般衛生部門が所管するがん検診・肝炎検診、さらには労働安全衛生法に基づく各種健診・検診に総合的に対応する必要がある(図表 19)。

したがって、これらの要望に対応できるようなシステムの開発が将来的には必要となる。しかしながら、根拠法が異なり、かつ見直しの時期が異なるこれらの事業に 1 つのシステムで対応する

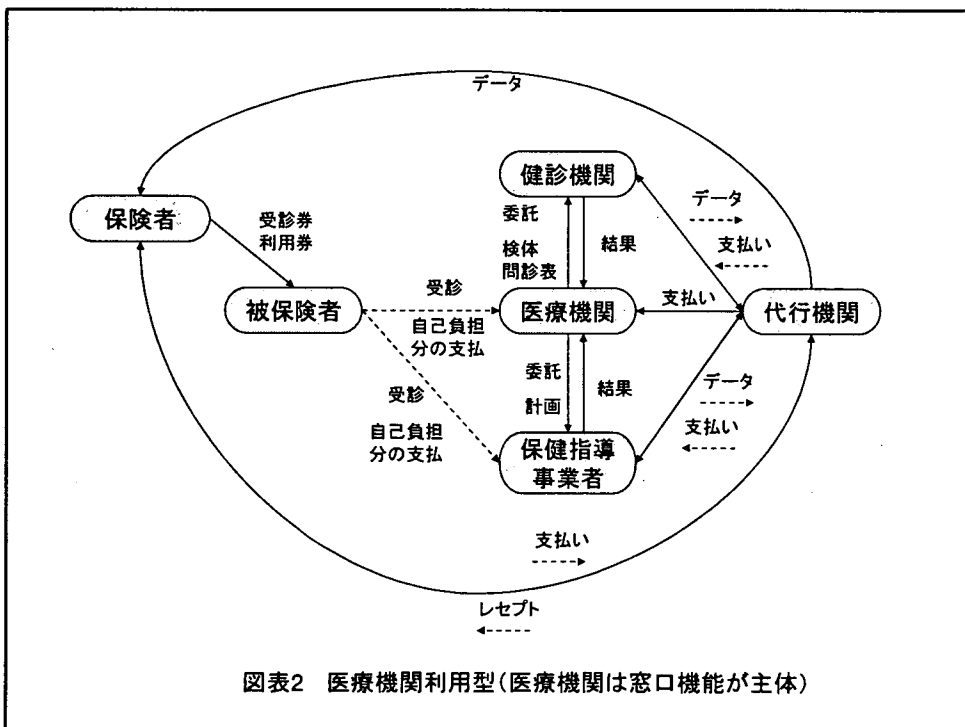
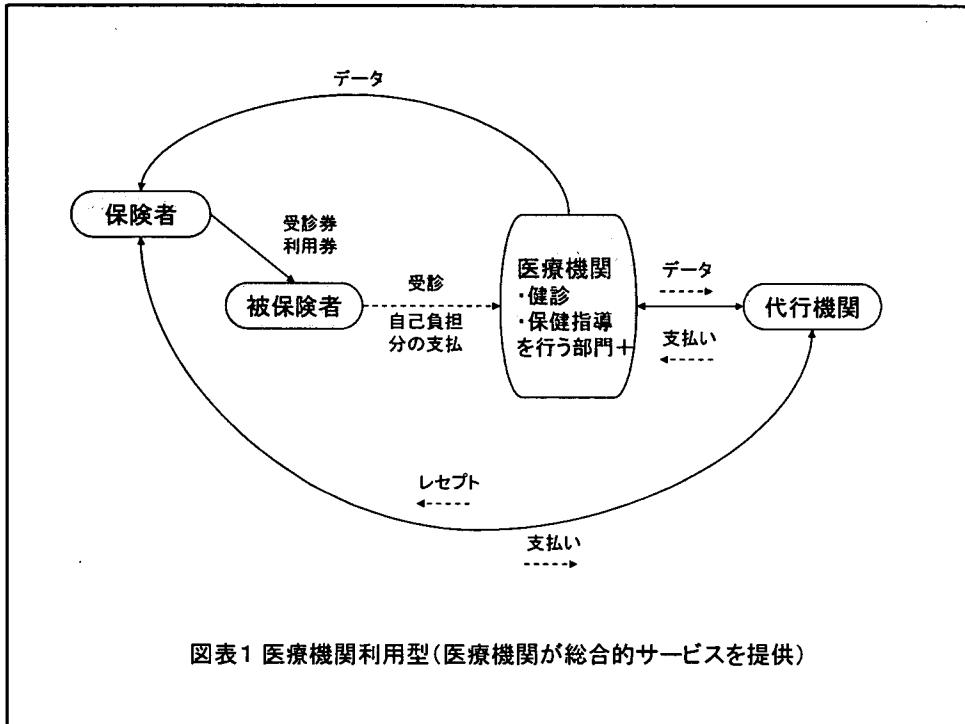
ことは難しい。したがって分散型のシステム(モジュール)を構築し、相互のインターフェースの共通化を図っていく必要がある。また、国としても異なる法的枠組みの中で行われる健康管理事業間の整合性を取るための対応が求められる。

今回開発したシステムは最低限必要な機能に限定しており、その他の部分は運用で対応する仕組みとなっている。これは現場の担当者が制度を十分理解していることが前提となる。しかしながら、本システムに関する最終のヒアリングを行った平成 20 年 3 月 6 日時点でも、制度の内容に関して適切な理解をしていない保険者、事業者が少なからず存在していた。いかなるシステムもそれを利用する関係者がその基盤となる制度を理解していなければ十分に機能することはない。したがって、特定健診・特定保健指導については、平成 20 年 4 月の事業開始後もその詳細について広報を継続的に行っていくことが求められる。

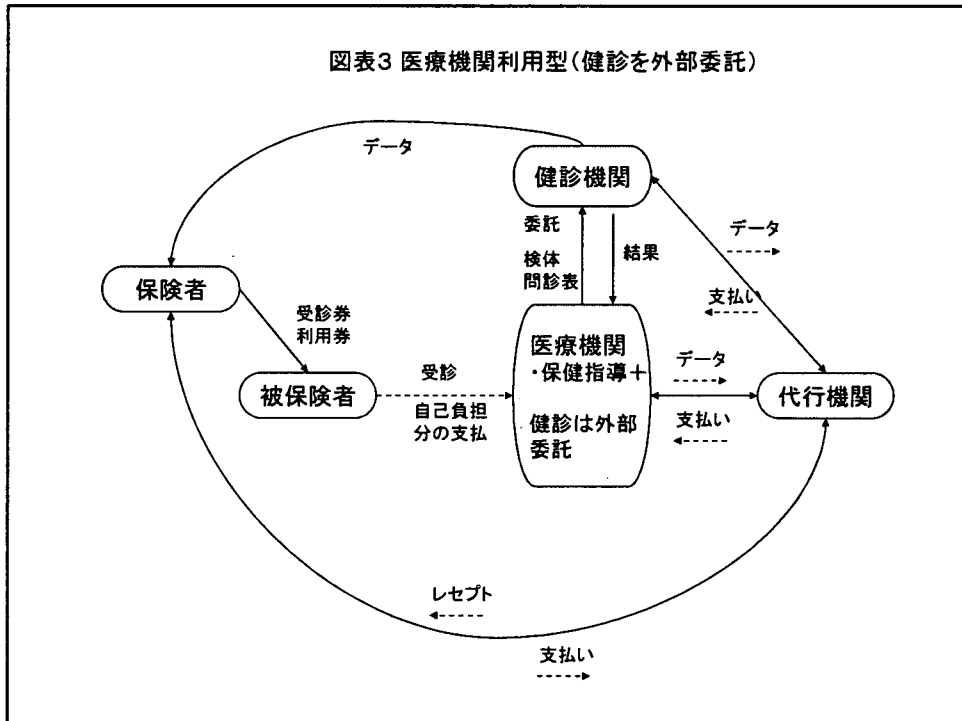
また、今回の研究にあたって、システムの詳細情報の確定が遅れたこと、またそれが頻回に変更されたことはシステム開発上、もっとも困ったことであった。本制度が社会に与える影響の大きさを考えたとき、今後この点について配慮が必要であると考え。

6. 謝辞

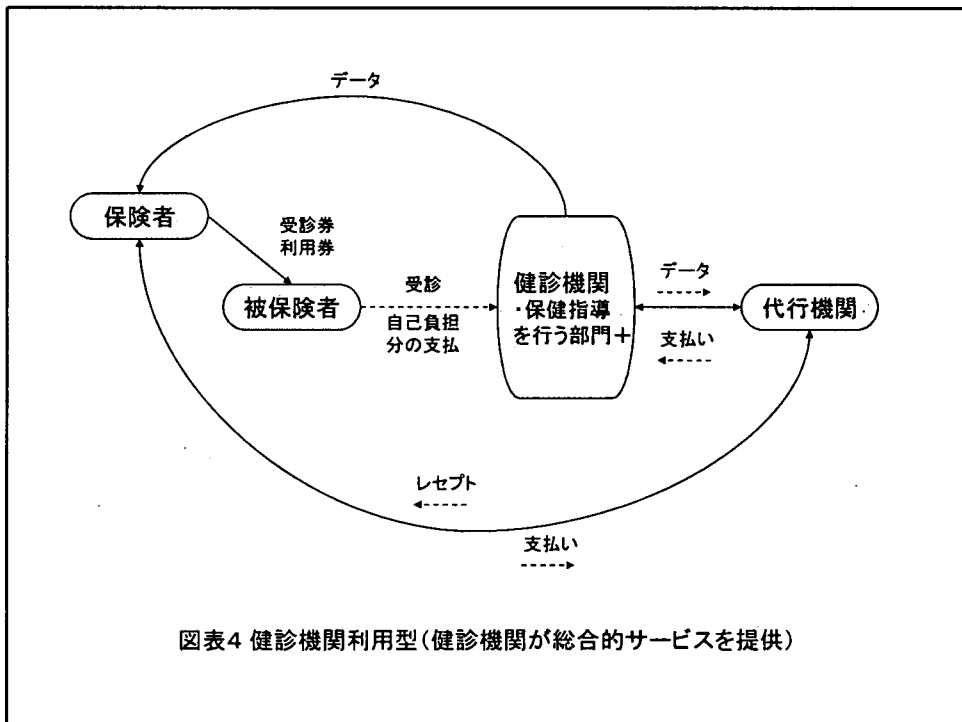
本システムの開発にあたっては保険者、企業外労働衛生機関をはじめとする多くの関係者の方々にご協力をいただいた。この場を借りて謝辞を申し上げる。



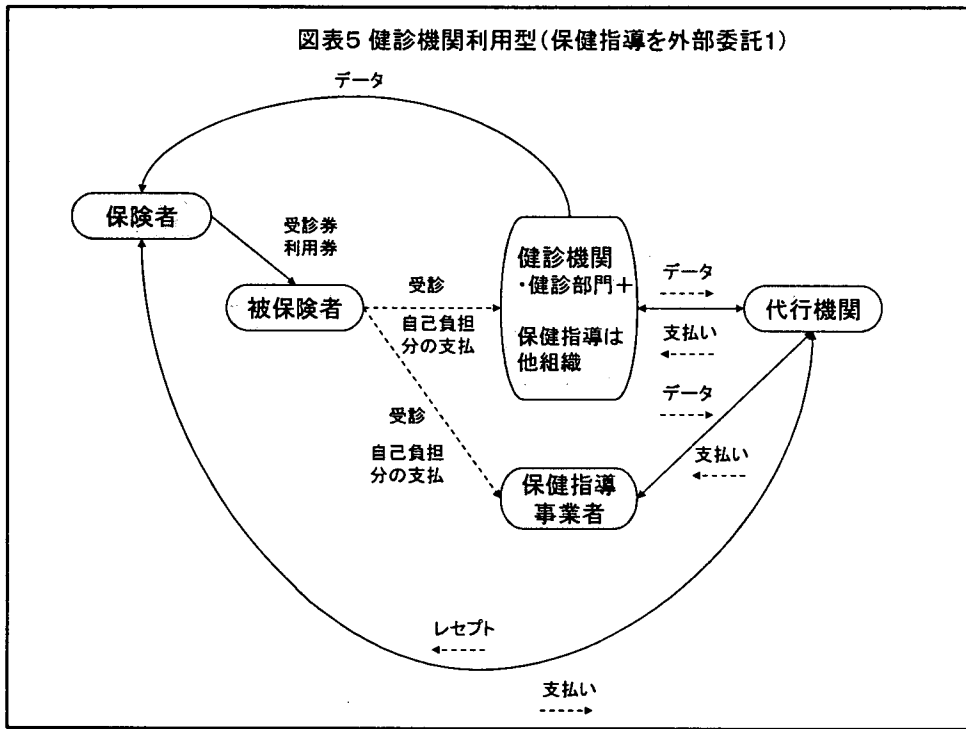
図表3 医療機関利用型(健診を外部委託)



図表4 健診機関利用型(健診機関が総合的サービスを提供)



図表5 健診機関利用型(保健指導を外部委託1)



図表6 健診機関利用型(保健指導を外部委託2)

