

4. 事例紹介

(1) 国保ヘルスアップモデル事業・国保ヘルスアップ事業（福井県おおい町）

国民健康保険名田庄診療所 所長 中村伸一

現在の特定保健指導の元になったのは国保ヘルスアップモデル事業および国保ヘルスアップ事業ですが、その両方で携帯電話を使った健康づくりを旧名田庄村（町村合併により現在は「おおい町」）で行いましたので、その経験を話します。

【国保ヘルスアップモデル事業】（旧名田庄村）

旧名田庄村は福井県の最も京都府寄りにあり、人口は三千人弱です。国保ヘルスアップモデル事業に指定された中では、最も人口の少ない自治体でしたが、本事業には本村の該当する全国保加入者の23.6%が参加するという、非常に高い参加率でした。

対象の選定はご覧の通り（詳細な基準は省略）で、高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満を対象としました。名田庄村では大きく、成人期（30～65歳：個別介入）、高齢期（60～75歳：地区介入）に分けました。そのうち、成人期は公募で集まった90名を従来介入群、IT介入群、強力介入群の3群に無作為に振り分けました。携帯電話を使用したのはIT介入群です。

「従来介入群」は、地元の保健師、管理栄養士による従来通りの介入です。

「強力介入群」は、外部の有名な管理栄養士と運動指導者が中心となって、集団指導によってモチベーションを共有して、きめ細かな個別指導を実施しました。さらに、血圧のセルフモニタリング、筋トレ用テキストの活用、使い捨てカメラの撮影による食事チェックなども行いました。

「IT介入群」は、外部のITスタッフ、管理栄養士と地元の管理栄養士が行った介入で、携帯電話をツールとして利用しました。①メールマガジンでの情報提供、②メーリングリストでの励まし合いと週1回の状況報告、③画像送信による個別栄養相談の3本柱で行いました。それとは別に、メンバー間の交流と集団教育を兼ねたオフ会も行いました。また、無作為で振り分けられた介入のため、携帯電話の初心者の方も少なからずいました。まずは、携帯メールの使い方から学習しました。

メールマガジンの配信例を示します。向かって左は首のストレッチ、右は野菜を多く食べるための工夫です。次に示すのがメーリングリスト上で、週1回義務づけられている実践報告の一例です。この例の「ひなこさん」の目標は1日1万歩歩くことでしたが、先週は週のうち4日間実行できて、3日間実行できなかったことがわかります。それと参加者同士がウォーキングに誘い合っていることもわかります。この方は63歳で、携帯電話の初心者でしたが、この事業を通じてうまく使えるようになりました。

画像送信による栄養相談の一例を示します。携帯電話のカメラで食事を撮って、メニューをテキスト文字で管理栄養士に送ると、翌日には、食事カロリー計算や脂質取り過

ぎという評価や、ごまペーストや揚げ物に気をつけるようにといった指導がなされます。

次に、成人期の3群の12カ月後の結果で明らかになったものを示します。BMI 22以上をサブグループ化して解析すると、強力介入群で1.3kg、IT介入群で1.6kgの体重の有意な減少を認め、ました。収縮期血圧130以上、拡張期血圧85以上をサブグループ化して解析すると、強力介入群で9mmHg、IT介入群で11mmHgの収縮期血圧の有意な低下を認めました。また、IT介入群においては、運動を週2回以上する人の割合が介入前に比べて有意に増加しました。このように、働き盛りの世代では携帯電話を用いたIT介入が有効でした。

次に、各介入群で収縮期血圧10ミリ減少にかかる1人あたりの費用をみてみました。降圧剤の効果には個人差があるので一概にはいえませんが、IT介入群に費やした年間52,370円は、レニベース(5mg/日)の年間31,901円、プロプレス(8mg/日)の年間65,810円と比べても、対費用効果でまずまずいい勝負をしていると考えられます。

IT介入をまとめます。(1) IT活用で地域のマンパワー不足を補充できます。(2) 文献的には、情報提供だけでは効果は少なく、電子メールでの個別アドバイスがより有効とされていますが、私たちの場合は、メーリングリストでの参加者同士の励ましが無効であったと考えられます。このように「みんなで支え合う」やり方は、日本人特有の方法かもしれません。(3) ITを利用できる新たな職種の育成が必要だと感じました。私たちはこの職種を「e-ラーニング・マネジャー」と命名しました。(4) 普及率の高い携帯電話は、やはり健康づくりのよいツールになり得ると感じました。

また、うちのスタッフと外部の委託事業者との間では、何度も会議を行いました。お互いに教え合ってレベルを高め合うための研修会も合同で行いました。何度も顔を合わせ、話し合うことで連携を深めていきました。

【国保ヘルスアップ事業】(おおい町)

平成18年3月、名田庄村は隣接する大飯町と合併して「おおい町」になりました。人口はおよそ3倍の約九千人になりました。町村合併によって、ヘルスアップモデル事業はヘルスアップ事業としてリニューアルしました。名田庄村での経験を活かして、特定保健指導にも対応できるようにしました。合併後も、私はプロジェクトリーダーとして参加しています。

「楽々実践コース」は動機付け支援を想定したものです。最小限の携帯メールまたはパソコンのメールで、最大限の効果をねらいます。

「究極実践コース」は積極的支援を想定しています。楽々実践コースのメニュー以外に、メーリングリストやメール相談、面談による個別指導、集団指導を組み合わせます。

今回、大きく変えたところですが、まずは携帯電話やパソコンからサイトにアクセスする形にしました。その理由は、セルフモニタリング、すなわち自分が自分自身とコミュニケーションするという手法を取り入れたいと考えたからです。

まず、このサイトにログインして、自分の行動目標を書き込み、実践の経過も記録し

ます。携帯電話でも、パソコンでも見られます。そこに食事内容や運動の目標を自分で打ち込んで、サイトで確認できるようになっています。そこには体重や歩数、行動目標の記録、感じたことを書く一口メモが示されます。携帯電話のカメラで写した食事記録もサイトに残ります。自分は何を食べてきたかが写真でサイトに残ることになります。

さらに、究極実践コースでは、写真栄養相談が行われ、メーリングリストのメニューもあります。メーリングリストでは、参加者同士の面白いやり取りがありました。例えばこれを見てください。これはある女性参加者からです。「最近涼しくなって食欲が抑えられない。特にだんなが寝てからの食欲が。悪魔が『食べちゃいなよ』ってさきやくの。何とかなる方法教えて！」というものです。

私たちスタッフではなくメーリングリストに参加した住民の方がこれに答えました。「実はね、私がかうまくいったのは、①食後すぐに歯を磨く、②お腹がすいたら温かいお茶を飲む、です。一度お試しになったらいかが」ということで、試したら非常に効果があったそうです。つまり夕食後すぐに歯を磨くと、せっかくきれいにしたのに物を食べるのもったいないという発想が働くみたいです。これはわれわれは思いつきませんでした。でも、そうすると別の参加者から変なリアクションが来るのです。「私はお風呂からあがった後、便意をもよおしたけれども、せっかくきれいに洗ったのにうんこするのもったいないので我慢していたら、ひどい便秘になりました」という、訳のわからない反応がありました。こういう突っ込みを入れてくるので、やはりメーリングリストはあなどれません。

それぞれのコースの提供サービスを、再度まとめます。両コースで、セルフモニタリング、メルマガが提供されます。究極実践コースでは、メーリングリスト、写真栄養相談も提供されます。これは両コースのスケジュールです。9月開始で3月終了ということで、季節変化のバイアスがかかる可能性はあると思います。

対象者の選定基準はご覧の通り（詳細な基準は省略）です。腹囲を選定基準にしたかったのですが、前年度の健診で腹囲は未実施の方がいたので、腹囲は基準に入っていません。楽々実践コースが24名、究極実践コースが23名で実施しました。現在、分析の最終段階ですが、明らかになったものを示します。

血圧を介入前で比較すると、収縮期血圧は楽々・究極どちらも低下しましたが、群間に差はなし。拡張期血圧は、楽々のみ拡張期の血圧が増加しています。おそらく季節変化だと思いますが、これは群間の差を認めました。腹囲では、両群ともに介入前後で有意な減少を認めましたが、群間の差はありませんでした。

参加者のうち、介入によって数値が改善した人がどのくらいいたのかをみると、すべて群間に有意差を認めませんが、腹囲と体重で究極の方に数値の改善者が多い傾向にはありました。

参加者をサブグループ化して、介入成功者を事前に設定してみました。BMIが20以上25未満のサブグループ解析においてのみ、究極実践コースのほうに減量成功者が多い

という有意差を認めました。

おおい町でのこの事業は、関西医大健康科学センターと協力しながら進めています。IT分野は名古屋のメーカー「ケベル」に委託しています。こうしたように、ITは人的・地理的環境を超えて、地域のマンパワー不足を補うのではないかと考えています。

次は、おおい町での国保ヘルスアップ事業をまとめます。(1)セルフモニタリングを導入して、自分自身とコミュニケーションを取るようになりました。結果については、介入期間が短いと季節変化があるので、名田庄村でのモデル事業と比べると評価は難しいように感じましたが、(2)拡張期血圧は究極で有意に低下。(3)腹囲は両群とも介入前後で有意に減少したが、群間差はなし。(3)体重が2.5%以上減ったのは楽々が17.4%、究極が34.8%で、群間差はなし。(4)HbA1cが0.2以上下がった方は楽々・究極とも8.7%、群間差はなし。(5)対費用効果の面で、楽々実践コースも悪くはない。

【両事業を通じての印象】

両事業を通じての、私の印象を話します。健康づくりに「必要なこと」は、アウトカム評価、医療費削減であることは当然です。しかし、健康づくりで「大切なこと」は、基本的なことですが、コミュニケーションや支え合いです。例えば参加者自身が自分自身に対するコミュニケーションをするセルフモニタリングです。それと、参加者同士のメーリングリストでのコミュニケーション。さらに、参加者と保険者と委託業者のコミュニケーション。携帯電話をツールとして使う場合には、コミュニケーションのコーディネーター役であるe-ラーニング・マネジャーの役割が重要です。

【今後の保健事業への提言】

今後、医療機関受診者への保健指導(1.5次予防)が重要になると思います。私のように15年間ぐらい、人の流動の少ない限られた地域の人たちを診ていると、薬を飲んでいるけれども生活習慣は変わらないという人は、どんどん薬が増えていくのがわかります。高血圧の人で降圧剤が増えていたり、高血圧の人に糖尿病が加わったり、糖尿病の人に高脂血症が加わったりします。薬を飲んでいるが生活習慣は変わっていない人たちへの保健指導でのアプローチが、医療費削減の面で今後の最重要課題になると考えています。

また、特定保健指導の初回面接も、ある種の人々にはITで可能ではないかと考えます。すでに非対面式の保健指導のエビデンスも蓄積されつつあります。初回面接を非対面式で認めること、つまりITを初回面接から導入することこそが民間参入を促進し、マンパワー不足の私たちのような僻地や離島も含め、健康づくりを広く普及させるのではないかと考えます。

【パーソナリティ別ITアプローチ】

課題にもありましたが、実はパーソナリティ分析はあるのかというご質問があったので、これを最後に示します。旧名田庄村時代には、インサイトという、ユング心理学をもとにインサイト社が開発したものをパーソナリティ分析で用いました。おおい町にな

ってからは、関西医大のグループが普段から使っている、自己成長エゴグラム（S G E）を用いました。これは交流分析をもっと簡易化したものです。当初、個別相談の際の参考にする目的でしたが、よく考えると、パーソナリティ分析を最初から指導に活かすことができたのではないかと感じています。

例えばインサイトでは、外向的か、内向的かという軸と、論理的か、感情的かという軸で、4つに性格を分類します。厳密にいうとそれほど単純ではないのですが、簡単に話します。

論理的で外交的な「赤」のタイプは、ワンマン社長をイメージしてください。このタイプは、人から言われたことはしません。でも、自分で言ったことは実行しようとしますから、メーリングリスト上で、有言実行で実践するのが合っています。

感情的で外向的な「黄色」のタイプは、イメージでいうと、クリエイティブな職業、サラリーマンならば営業職のような人を相手にする職業です。こういうタイプには、コツコツとやらせても駄目です。メルマガやメーリングリストで面白くおかしく実践する方法がよいようです。

感情的で内向的な「緑」のタイプは、いい人だけれども出世できないマイホームパパみたいなイメージです。とてもいい人なのです。こういう人には個別相談で、じっくりマイペースで実践させる。人と競わせることはさせないことが重要です。

論理的で内向的な「青」のタイプは、教員とか役人とか学者タイプです。こういった方にはセルフモニタリングで、コツコツと実践するのが合っています。

このような性格タイプ別の I T アプローチも今後は可能かもしれないと考えています。

(2) 保健指導事業の現状と課題

明治安田システム・テクノロジー株式会社
ヘルスケアトータルサポート事業部門 営業開発部長 森田 健

まず、私たちの会社の紹介です。明治安田システム・テクノロジーという会社で、システム開発会社のような名前ですが、今から4年ぐらい前に設立しました。疾病予防サポートサービスを提供しており、内容的には保健指導機関です。過去4年間で、パイロットテスト的に親会社の従業員の保健指導からスタートし、現在は特定保健指導を中心に仕事をしています。

私たちの保健指導の取り組み上のコンセプトとして、現在、特定保健指導は初回面接をやっていますが、ずっとこのまま面接をしていくのか、それともITでやっていくのか、会社設立当時から非常に考えました。面接はやはり効果があります。私たちの医師が直接、面接をするのも効果がありますが、その場合、特に健康保険組合などは、面接会場の設定や日時の調整といった事務負荷が非常に大きいという問題点があります。

一方、ITを利用すると、時間に拘束されず、利便性が非常に大きいのです。ただし、厄介なことに、返信が来ないとか、全員ではないのですが、やっているふりをしてしまう人も中には出てきてしまうという課題があります。私たちとしては、双方向のコミュニケーションができて、ある程度、継続性、利便性も高いということから、まず電話という媒体から保健指導をスタートしました。

保健指導の流れとしては、厚生労働省の基本的な流れに沿って、初回面接後に私たちの生活習慣のプログラムを提供して、個人個人用に日々の記録というダイアリーファイルを私たちも作っています。そういうものを皆様に送らせていただいて、それを皆様からいただいて、6カ月の間で5回の電話で支援をさせていただいています。

その中で、スムーズにいく方もいらっしゃいますが、スムーズにはいかない方も中にはいらっしゃいます。私たちはコンタクトセンターという名前の集中コールセンターを持っていて、その中で実際に電話をしている専門職がサービス期間の中でカンファレンスを設けています。これはどういうことかということ、保健指導をしていてもなかなかうまくいかない。先ほどの前熟考期とか熟考期の方々に困ったというときには、中にいる医師、それからスーパーバイザーと呼ばれている管理者——保健師、管理栄養士たちで「じゃあどうしましょう」という話をして、行動目標の再見直しも含めてチーム全体で解決していく形を取っています。最終的に、6カ月の評価が終わったときに修了レポートを出します。

ツールに関しては、先ほどからいろいろな団体が出しているのと同様の形で、初回面接から実際に保健指導の中で、ビジュアルを重視して各種の資料を出しています。

先ほど岡崎先生からご説明がありましたが、私たちも戦略研究、特にJ-DOIT1、

J-DOIT 2 の実際の支援センターという形で活動を続けています。内容的には、約 1000 名弱の方を対象に、昨年度、J-DOIT 1 の支援をさせていただいています。目標設定は面接ではなく電話を使ってやらせていただきました。オムロン社の機械を使っており、順調にいていると思っています。

全体のサービスの導入実績です。会社を設立してから今まで、パイロットテストを中心に 3 年間で延べ 49 団体。この中では一般の団体、健康保険組合が 9 割ぐらいあります。あとは中央官庁、地方公共団体が 1 割弱ぐらいあります。2007 年度特定保健指導と書いてありますが、これは特定保健指導的な積極的支援、動機付け支援の内容でしたという意味です。それから受診勧奨というサービスがあります。これは特定保健指導の中には該当しませんが、受診勧奨領域の皆様に対して、本来、健康組合から「病院へ行ったほうがいいですよ」という電話をされていると思うのですが、その部分を私たちが代理で電話をさせていただくというサービスです。

今まで申し上げてきたところが、私たちの活動内容ですが、その中で今回、システム、IT 関係ではありますが、当社が特にどういうツールを開発してきたのかを少しご説明させていただきたいと思います。

まず、開発の優先順位というところですが、今から 4 年前に会社を作ったときに、本来はシステムインフラを完全に作ってから会社を立ち上げたかったのですが、当時はまだ不確定要素が非常に多くて、現在もかなり多いのですが、大きな投資をシステムに使うことが難しかったというところがあります。

2 点目に、実際に保健指導をやってみて、行動変容を促して、アウトカム——体重やバイタルデータ、血圧などいろいろなものがありますが——そういうものをほんとうに出すのは思った以上に難しかった点です。私どもは何百人という介入を実際に行ってきた結果、特に体重が 5% 下がった方に関しては、ほとんどすべての血液データが改善してきています。ただ、前熟考期の方、熟考期の方にどう対処したらよいかという点では明確な答えを見出ししていません。

特に過去の保健指導経験や保健指導に対する考え方が、私どもの会社の専門スタッフの中でも格差が大きく存在しました。どうしてと考えたのですが、要するに全く新しいことを私たちがやっているのかなと思いました。であれば、保健指導に関して、何か標準的なものを作れないかと考え、私と一緒にやっている完山医師を中心に、実際に電話で介入するときのスク립ト（せりふ集）を開発しました。

お手元の配布資料にはないのですが、こちらのスライドがスク립トの一部です。いちばん上の挨拶、確認から、セルフチェック、アドバイスと順番に流れています。プロセスごとに、例えば 1 回目の電話ではじめて利用者の方とお話しするときにはどんなことが必要なのかとか、2 回目、3 回目だったらどうで、最後のときはこんなことを聞く必要があるといったところが、きめ細かく書かれており、1 つの特定保健指導のタイプについて、約千ページあります。

例えばこのページは、体重増加のまとめについて書いていますが、実際に減量がうまくいかない方も大勢いらっしゃいます。体重が減らない場合、この青の部分で、これまでのお話を総合して判断すると、体重がなかなか減らない大きな理由は、「何々さんがおっしゃるように何々だと思えます」。相手が言っていることをそのまま復唱する。これはよくいろいろな保健指導の解説書の中にも書いてあります。原因が分かったので、これを何とかすればということは誰にも分かると思いますが、「生活習慣を変えるのはなかなか難しいですね」。これも分かってあげる、理解を示してあげる。青の部分は肯定文というか、そういうようなものが書いてあります。

逆に、それをスモールステップとして出していくためにどうすればいいのかというところで、相手の話を聞く必要が出てきます。これも傾聴とか、いろいろなコーチング手法に出てくると思いますが、「毎日100歩ずつでも構いませんから、晴れた日には前日より多く歩くことにしてみませんか」といったように、質問して相手からそれに対する回答をいただくところが、黄色のラインになっています。

これは1つの例ですが、このようなものを、保健指導をしている人間が実際にコールしながら参照するというよりは、むしろコールの前のトレーニングの中でこれを使って、実際に利用者のいろいろな質問やアドバイスが間髪いれずに出るような仕組みができないかということから、作っています。次のページがその中の1つで、よくある質問の中で項目を出しています。運動指導、薬、合併症の話とか、コレステロールが下がった、上がった、どうしたらいいのかとか、いろいろな質問があります。それらのボタン1個をクリックすると、そこから下に樹形図的に流れていくという仕組みを作っています。

次が、初回面接です。初回面接の部分も、はじめはシステムを特に作らずに、実際に私たちの保健指導者が実施したのですが、人によって、うまくいく方は30分とか40分ですべての目標を作ることができるのですが、実際にはそうはいかないようなこともあります。健康相談という形になってしまって、1時間半かかる。1人に1時間半やっていると、次の方がそこで待っているという、おかしな現象も出ています。

その結果、何か必要だということで、面接時のメニューを作りました。1番から8番まで項目を立てて、例えば1番は病職を実際に知ってもらおうということで、そういうメニューを起動するとか、先ほどから出ている質問票が2番です。実際に体重や腹囲を入れたり、あとはリスク評価を行うところです。こういう状況だと心筋梗塞になるリスクが高くなりますよという形のリスク評価や、内臓脂肪の計算のところ、例えば体重を4.7キロ落とすためにはどういう形になりますよということで利用します。今まで保健指導をあまりしたことがなかった指導者にもこれを使うことで、ある一定の時間内に効率的に保健指導のいちばん重要な初回面接をしてもらえるように努力しています。

3つ目です。これはIT化とは直接結びつかないかもしれませんが、研修プログラムです。保健指導の現場では、保健師と管理栄養士など有資格者は今、人手不足で、集めるだけでも大変なのです。さらに、連れてきたからといって、すぐに利用者の生活習慣

を変えられるかということ、それも非常に難しい。ものを知っているということと、教えられるということと、人に伝えられるということと、人の気持ちを変えられるということは、全然違う話です。

それに対処する為に、新人が入った場合には10日間、集中トレーニングをしています。その中で特に力を入れているのが、利用者と話をするときのロールプレイングです。利用者と保健指導者という形のロープレを、大体3日か4日ぐらいかけて研修のほとんどをそれに費やしているというのが実態です。

定例研修も非常に大事です。すぐに知識はさびついてしまうし、新しいノウハウもどんどん出てきているので、週に1回、2時間の研修は必ず行うようにしています。そこもロープレとか、実際にあった保健指導例をみんなで討議するといったところに力を入れています。

次に課題点とIT化の方向性ということで、つたないマトリックスを作ってみました。ITリテラシーという言葉がよく使われています。ITを使いこなせる力。こういう力があれば、本人のやる気が高い場合には、IT活用はスムーズにいくと思います。逆に、60歳でも機械操作は問題ないという方もいらっしゃる一方、40代でもあまり機械は得意ではないという方もいらっしゃって、そういう方はITリテラシーが若干低い。そういう方でもやる気がある方がいらっしゃるの、そういう方は、ヒューマンタッチを中心としてIT型ではなく保健指導の専門職活用型のをベースにしています。

右の上のほうは、ITリテラシーは高いけれども、ご本人はやる気がない。こういう方も非常に多いです。日本の一部上場企業にお勤めのサラリーマンも、多いです。そういう方々のやる気が一定のところまで出てくるまでには、人間の介入は必要と思っています。ある程度やる気が出てきたら、そこから先はITがスムーズ機能するのではないかと感じています。

いちばん広い面積のところは、リテラシーが低くてかつ、本人のやる気が低いという、ほんとうに難しい人達です。そこを何とかするのが私たち保健指導機関の腕の見せどころと思っていますが、非常に難しい問題です。あとは業界全体の方向性として、この面積を小さくしていく。要はITリテラシーを高めていって、あとは本人のやる気と、啓蒙活動によって、これを小さくしていくという形で、私ども保健指導会社はそのノウハウを高めていく必要があると感じています。

最後ですが、テレビ会議システムを活用した保健指導の可能性です。これは某メーカーの方と話をし始めたところ。その方曰く、最近のテレビ会議システムは以前と違って画質・画像・音声が非常に進化して、実用化にかなり耐えられるものになってきている。テレビ電話、テレビ会議を利用して、保健指導者が利用者を遠隔地から面談することの可能性。特にIPネットワークという形で双方向の通信ができるのですが、そこにパソコンを連動させて、パソコンデータを相手先は持っていかないで参照するだけということができるので、個人情報のセキュリティ上も非常に有効ではないかという話を

聞きました。

メーカーの協力も得て今回、お出ししているのですが、地方では専門職の数がやはり不足しています。そういう場合でも、テレビ電話で実際に顔を見ながら声を聞きながら、都心の専門職がカバーする可能性もあるのではないかと考えまして、今日はさわりだけですが、お話をさせていただきました。

(3) げんき食卓を活用した保健指導

旭化成ライフサポート株式会社
第1営業部長 兼 商品開発部長 古本雅紀

まず、私共の会社ですが、2000年に旭化成本体で「ネットビジネス推進部」という組織で発足しています。経産省の外郭団体IPAの「家庭などの情報化推進事業」の受託を機に、在宅で自己の健康管理を効率的に行いたいと思う人々や、更に生活に・時間に比較的ゆとりのあるシニア層から、いわゆるボランティア活動を行いたいと考える人々がこれからの世の中で増加すると予想できることから、①人の営みとして最も大切な「食」=栄養面を中心とした在宅での健康管理のサービスの提供と、②自治体向けにボランティア情報の提供とボランティア活動を希望する人とをマッチングさせるシステムの研究と提供を始めました。

当初の7年間程、在宅栄養管理システム「げんき！食卓」のサービスロジックの構築などシステムの開発と、遠隔で栄養指導をすることの有効性などの実証実験を行い、エビデンスの蓄積などの基盤作りを進めてきました。一方で、自治体向けのボランティアマッチングシステムの「元気365」という商品ですが、こちらも同時にブラッシュアップをかけながら、各自治体さんへのご導入を図ってきました。

今年度より施行されました「高齢者の医療の確保に関する法律」により、新たに特定健診・特定保健指導という制度が生まれました。私共は、「げんき！食卓」にて遠隔で栄養指導を一定期間の継続使用を行う事で、例えば体重が減るとかHbA1cが減少するというエビデンスを持っていました。この「げんき！食卓」の実験データをもとに、特定保健指導を受託できるようにプログラム化(=単純化、平準化)し、新しく特定保健指導の受託サービスということで「げんき！家族応援団」を昨年5月に発表させていただきました。更に、今年4月に、これらの事業をまとめて、旭化成から事業分割、分社化という形で、「旭化成ライフサポート」という会社を設立しております。

今回この研究班の中でお話しできるサービスとしては、インターネットを活用して画像でもって栄養指導を行うサービス「げんき！食卓」と、特定保健指導の受託サービスである「げんき！家族応援団」ということになります。

まず「げんき！食卓」です。これは先ほどからお話させていただいてますように、実際の食事の撮影画像お送りいただき、その画像を元に栄養の分析や、さらに栄養指導を行うサービスで、特定保健指導の分野において、1つのツールとして実際に保健指導を行う方々にご活用いただけるサービスです。仕組みは、非常に単純です。ユーザー(=対象者)が実際に食べている食事を撮影いただき、そのデータを私どものサーバーに送っていただきます。その後、私どもの管理栄養士(ネット栄養士と言っています)が栄養分析をし、栄養指導に関するアドバイスを作成しお返するというシステムです。

実際にお手元に返却するアウトプット（栄養分析結果）は、スライドのような形式となります。向かっていちばん右側が、送られてきた1日分の写真とその1日分の栄養分析の部分になります。エネルギー、カロリーはもちろんのこと、食事の食品群のバランスや、PFCバランスや、栄養素の分析・バランスについても解析させていただきます。このページ1枚が1日分になりますが、例えば「特定保健指導の初回面談」において、食習慣のアセスメントに利用するとなると大体3日分の食事を撮影し送っていただくことが一般的です。このように複数日に亘る食事分析を行う場合は、真ん中のページのようになります。複数日間の平均値やエネルギーの推移をなど、このユーザー（＝対象者）の食習慣の傾向が確認できます。先ほどの説明にもありました、DHQやBDHQといった「食品頻度法」で食習慣の傾向を見る方法もありますが、われわれはこのような食事画像にて、食事の傾向をまずつかんでしまおうと考えています。さらには、いちばん左側のページが、これら食事分析の結果に基づいて、食生活に関するアドバイスになっています。

標準的なサービスでは、食事の分析から食生活に関するアドバイスまで旭化成の管理栄養士（ネット栄養士）が作成いたします。がしかし、①このアドバイス部分に関しては、「ユーザー管理者」という立場（すなわち「げんき！食卓」利用者である企業の場合は産業医の先生もしくは保健師）で、自由に編集が可能です。さらには、アドバイザーの紹介写真欄にオリジナル写真を挿入することで、ユーザー（＝対象者）は、このアドバイスを、身近に感じることができ、このアドバイスがまた生きてきます。単に私共、旭化成に委託して何かやっているというよりも、自分たちの健康管理を行っている産業衛生のスタッフがきちんと見てくれているのだなという感覚にもなります。コメントの中に一言、入れるだけでいいのです。「頑張っていますね」ぐらいでもいいのです。そのような励ましを書いていただくと、非常にモチベーションが上がるという効果が期待できます。

さらに、資料のロゴ関係も全てオリジナルに変更できるので、健康保険組合の名前に変更することでも、健保として運用しているとか、企業の衛生部門でやっているのだという感じを抱いていただき、ご安心いただけます。

分析の表示については、実際に栄養の素人の方々が見るので、このようなグラフを多用化しています。さらには数字で表すよりもグラフで表すようにしていますが、実際に指導に当たる方は数値が必要になるので、管理者向けの機能では数値で見ただけの形になっている仕組みです。

現在、「げんき！食卓」を使っているのは、医療分野として開業医・産婦人科医に、予防分野では企業の健保組合や衛生部門、フィットネスとか市町村の一般公衆衛生です。さらに「分析のみ」でも、請け負っています。単純に栄養分析だけをしているのですが、例えば行政に栄養調査で使っていただいたり、薬の治験のときに使っていただいています。こういった分野でお使いいただいているものです。

続いて、特定保健指導の「げんき！家族応援団」のサービスの概要です。

特長としては、先ほどご紹介した栄養分析サービス「げんき！食卓」のようなサービスやオリジナルの教材・資料などツールを使っていること。さらに、面談を始め各都道府県栄養士会と連携し、特定保健指導を行っていることなどが上げられます。

特定保健指導受託サービス「げんき！家族応援団」の標準的な流れですが、初回面談の前に説明会（オリエンテーション）を入れさせていただいています。

オリエンテーションの後、初回面談を実施し、積極的支援の場合は、初回面談の後、継続的支援を約1ヵ月毎6ヶ月に亘り実施します。動機付け支援の場合は、初回面談以降、6ヵ月後に最終評価を実施いたします。

さて、オリエンテーションの実施、その目的についてですが、①ユーザー（参加対象者）のプログラム参加意欲とかプログラム参加継続の意欲の高揚が目的です。過去に保健指導を実施したある健保において、実際に説明会を行った集団と未実施の集団とに分けて参加状況に関する確認を行いました。結果は、行わなかった群では、行った方が実施率や継続率という部分で高かったというデータが出ています。

オリエンテーションの実施時期については、初回面談の3週間くらい前にやらせていただきます。内容は、①特定健診・特定保健指導の制度に関する正しい知識を持って頂く為の解説と、②「初回面談」に必要なツール・資料の解説と面談までに実施していただくことの説明です。

初回面談については、先にご説明したプログラムの特長の1つではありますが、連携する各都道府県栄養士会に所属する地元の管理栄養士さんによる面談を実施しております。もちろん、資料やプログラムの内容は旭化成独自に開発したものを提供させていただきますが、旭化成が用意する資料に沿って、地元の管理栄養士さんが面談を行います。

その他、初回面談の特長としては、「げんき！食卓」による食習慣の分析と身体活動量を測るライフコーダーによる活動分析を行い、「摂取」と「消費」のバランスというものさしを使いながらビジュアルに分かりやすく面談をすすめています。

ライフコーダーの分析結果グラフは、ご覧のように出力されます。ご存知だと思いますが、メッツや、運動量による消費量と基礎代謝を合わせた総消費も分かります。さらに、先ほどご説明した「げんき！食卓」の結果分析資料と付き合わせることにより、「摂取」と「消費」のバランスを対象者本人が自ら気付くという訳です。すなわち、ご自身の生活習慣の改善点が一目瞭然なのです。

実際にあった話の中で、缶コーヒーを1日12本、飲んでいる方がいました。「缶コーヒーはどれくらいカロリーがあるか分かりますか」といった投げかけを管理栄養士さんが行い、そこから自ら「減らしましょうか」となりました。さらに、「本数を減らすことは難しい」とのことで、「飲む缶コーヒーを無糖にするとか微糖にするといった工夫をやります」と宣言していただきました。

このように、動機付けのツールとしては、非常に便利なツールだと思っています。

様々な独自の資料や教材を使い初回面談を実施しますが、継続支援時については、下記のとおり専用のセルフモニタリングシートを使い、行動目標の実施と体重・腹囲の記録をつけていただきます。このような複写式のシートにご記入していただき、正はご本人のファイリング用に、控えを私共に送り返していただくようにしています。基本的にウェブ上での展開は行っていません。基本的に「紙」ベースによる展開です。

私どもの保健指導プログラムにて、遠隔での栄養指導サービス「げんき！食卓」を活用してとご説明しましたが、「げんき！食卓」を通常お使いいただく場合、ユーザー（＝対象者）には、デジカメにて撮影して頂いた食事画像をパソコンで送信していただくか、もしくは、携帯で撮影し、そのまま送っていただくしかありませんが、「特定保健指導」での使用においては「使い捨てカメラ」を活用しております。「使い捨てカメラ」で撮影していただき、カメラごと専用の返信封筒に入れて送っていただくようにしています。その後、私どもの方で現像し、食事画像をサーバー上にアップしています。

「使い捨てカメラ」による運用でないと、「げんき！食卓」の実施はなかなか難しいです。この方法により、「げんき！食卓」の利用率はかなり上がっているかなという気がします。

更に、積極的支援のプログラムにおける継続支援においても同様に、電子メールだけでなくお手紙による支援を実施し実施率、継続率の向上を図っています。

生活習慣の改善に向けて、まず必要なことは、対象者の方に如何にしてご参加いただくか？ 如何にして継続していただくか？ がまず必要です。その為にも、ご紹介させて頂いたほかにも様々な工夫を行っております。

例えば、私どもが初回面談に使用する冊子「健康ファイル」ですが、お1人お1人お名前を入れたお作りしています。名前があることでご自分専用の資料であるとの認識をお持ちいただけます。また、私どもでは支援のレベルについては、積極的支援とか動機付け支援という言葉を使いません。対象者に向かって使いますと、「どういう意味ですか」「積極的支援なんていりません。私は自分でやります」という話になってしまう方もおられます。ですから、そうではなくて「今すぐ改善レベル」や「今のうち改善レベル」という言葉に置き換えお話をしています。

なるべく参加しやすい雰囲気づくりを心がけるようにしております。

本日のITの活用というテーマでお話しますと、ご覧いただいた通り、実際の指導の部分においては、IT技術をさほど活用しておりません。どちらかというと、裏方である私ども指導者間の保健指導情報の共有化という部分でフルに活用しております。お客様の医療スタッフ、例えば企業健保における医療部門の方々や、企業における産業衛生スタッフ（産業医、保健師など）の方々と現在進行している保健指導の状況を共有することでより効果的な保健指導を実践しようと考えております。そのためのIT技術＝ウェブを活用しております。

更に、今までご説明でご紹介できなかった事柄でお話ししておいたほうがいいと思う

ところは、IT活用において、先ほど申し上げた「情報の共有化」を図れるというところや、われわれは企業健保による保健指導の受託が中心なので、分散事業所が多く更に、産業医はもちろん保健師、看護師保もない企業では、ITを活用することで、効果的に効率的に集中的な管理ができます。また、うまくITを活用することで、私共が大切にしている「ご家族・ご家庭の協力」も期待できる機会も増えます。やはり応援していただける方が身近にいることは保健指導を行う上で非常に大きな要素になります。「げんき！食卓」やライフコーダーの結果グラフを家に持って帰っていただき、一緒に取り組んでいただけたところも、ご家族で取り組みやすいと感じています。

今後、保健指導においてIT化の課題は「ITスキル」の問題が大きいと思います。

これは対象者の本人だけではなくて、面談する指導者のほうも意外と問題があります。更にはITインフラです。もっと手軽に使える携帯環境を整える必要があると思います。パソコンに至っては、企業で社員全員が使用できるにあるわけではありません。旭化成は製造業ですが、一歩製造の現場＝ラインに入れば、1人1台パソコンがあるわけではありません。こういったところが今後の課題かと思っています。

ありがとうございました。

(4) 特定健診・特定保健指導の現状と課題

新宿区医療保険年金課 藤巻嘉須美

私は、行政で特定健診・特定保健指導の仕組み作りの部署にいますが新宿区では、特定保健指導の委託契約にまだ到達していないのが現状です。保健センターでは直営で保健指導を実施していますが、去年までの経験を生かしながら今年の体制を組んだという状況です。

新宿区の人口は31万人です。私の所属する部署は健康部の中の国保部門の特定健診保健指導係で今年新設された係です。国保の現状ですが、国保の加入率は、40歳から64歳が約40%で、65歳から74歳までが約70%です。年齢構成比は参考にしてください。

新宿区の国保加入者の特徴ですが、新宿区は都心区ということもあり、国民健康保険の加入者の約1割が外国人です。加入者の転出入も非常に激しく、約2割の被保険者が1年以内に転入出するという状況です。また、新宿区は保険料未納者が多く、収納率は23区中最低です。そういった状況の方たちをいかに健診につなげるかということに頭を悩ませているところです。

疾病の割合等は国の傾向と大体同じ、医療機関を受診している生活習慣病の割合も、東京23区の平均とほぼ同じような状況です。

次に、18年度、新宿区で健康診断を受けた方たちの分析です。健診受診率は非常に低く、国保の対象者は約20%しか健診を受けていません。特にターゲットになる男性の40代、50代に至っては、5%もいないという状況です。受診者のほとんどは、委託医療機関で健診を受けています。65歳以上の方の受診者が圧倒的に多く、その方たちが健診受診率を押しあげているという状況です。

委託医療機関で健診を受診している方の約半数は服薬中という状況です。特定保健指導の対象は服薬中の方を除かれるので、特定保健指導の対象者は非常に限られてきます。保健センターは服薬中の方は非常に少ないので、健診受診者は少ないのですが、特定保健指導の対象者は多くなっているという現状です。

メタボリックシンドロームの割合については、国の基準とほぼ一緒です。女性の5人に1人、男性の2人に1人はメタボリック予備群または該当者ということで、30代から急増していることがはっきり出ています。新宿区の場合30代の方にも特定保健指導に準じた保健指導を実施しています。

また、分析の中で高血圧の服薬中の血圧をみるとコントロールが不良な方が非常に多くて、40歳から64歳では76.3%、65歳以上では80.6%が正常域ということではありませんでした。また、HbA1cで見ても、全体の62.7%がコントロール不良ということでした。今回、こういう方たちは特定保健指導の対象にはなっていないのですが、合併症の危険性が高い方ということで、この方たちへの対策も非常に重要かと思っています。

先ほど厚労省の山本先生からお話がありましたが、5年後に目標が達成できない場合は、保険料にはね返ってくるわけです。保険料を上げないためには、メタボを減らすという前に、まずは健診受診率を上げなければいけないということが目の前の課題です。表にもあげていますが、20年度から24年度まで健診の受診率は現状で20%のところを、24年度には65%する。保健指導の実施率は今年は12%で24年度には45%にするという壮大な目標に向かっていきますので、今年度どのくらい達成できるのか気がかりなところで

す。

新宿区の特定健診の実施体制ですが、委託医療機関と4つの保健センターと区直営の区民健康センターの3パターンで実施します。

健診受診率について、現在の20%を今年31%に上げなければいけないので、様々な策を考えました。一応8項目挙げているのですが、具体的には次の通りです。健診の名称については、いろいろな名称が付いていたのですが、今年は区民に分かりやすくということで、どこで受診しても「健康診査」という名前を使うことになりました。対象者年齢については、実施機関によって多少違っていたのですが委託医療機関は今まで40歳以上に、55歳以上だったものを、保健センターは今まで20歳から54歳だったものを16歳から64歳ということに、区民健康センターは今まで20歳以上だったものを16歳以上にそれぞれ年齢を拡大して取り組んでいます。自己負担金については今まで800円だったものを無料にしました。

個別通知の対象者については、今まで個別通知をする層、しない層いろいろあったものを、国保の対象者には全員、健診票を発送する予定です。健診日時については土曜とか午後とか日曜とかいろいろなパターンを作ってみようということで、土曜健診、午後健診、日曜健診と回数も増やしました。

ただ、5月から特定健診がスタートしたのですが、実施率が低い。5月は概算で11%です。課題としては、一つ目に、人間ドック等受診者からの健診結果データの受領についてです。人間ドックや事業主健診等を受けていらっしゃる方が相当いるはずなのですが、その把握が非常に難しい。広報等で呼びかけてはいるのですが、実際に手を挙げてくれる方はほとんどおらず、5月、6月で呼びかけた結果受領できたのは、1件だけでした。今後、ご本人からの受領方法や事業主さんからの受領方法なども課題です。

二つ目に、健診票の個別通知方法です。どんな通知方法をとれば皆さんが来てくれるのかということが非常に難しい。新宿区では誕生月ごとに発送をしているのですが、誕生月の後半の方から「何で僕のところに送ってこないのだ」と電話が結構たくさんかかってくるような状況で、イレギュラーに健診票を発送している状況です。来年は、一斉に健診票を発送して、順次、健診しない方には、電話勧奨ができるような体制もいいのではないかと考えています。

三つ目に、他の検診とどう合わせていくかです。生活機能評価や肝炎の健診といったいろいろな健診を併せて1回の採血ですむように、住民の方に不便をかけないようにと

いうことを計画しようとする、例えば生活機能評価は誕生日にならないと受けてはいけない検診なのでいろいろな制度上の絡みで、あちらを立てればこちらが立たずということで、特定健診だけを優先させる政策はほとんど不可能に近い状況です。

四つ目に、わかりやすい予約の方法なども考えていかなければいけないと思っています。

次に新宿区の特定保健指導の実施体制ですが、4つの保健センターと委託医療機関の2パターンで実施する予定です。直営で実施する4カ所の保健センターでは、2年ぐらい前から少しずつ準備を進めてきました。今年の実施方法を紹介しますと、動機付け支援は、初回面接をした後、3カ月後に励ましのお便りをさせていただいて、6カ月後にお手紙を差し上げて評価をするという形で考えています。積極的支援の場合は2パターン考えています。1パターン目は、面接と電話中心型です。個別面接を2回、電話を2回ということで、合計220ポイント取るような計画をしています。もう1つは、面接に呼び出しても来られない方が必ずいるので、そういう方のための通信中心型です。携帯メール等を活用した形で、合計190ポイントを取るような計画をしています。

これまでの保健指導は、ポイントで換算すると400ポイントぐらいのかなり濃厚な支援で、6カ月後に腹囲や体重はかなり減らすことができました。しかし、費用対効果を考え今年190~220ポイントを採用することにしました。

利用率の向上策として、保健指導は無料にしました。それから結果と同日に初回面接をスタートすることにしました。健診の結果は1回返してしまうと、本人にいくら呼びかけても初回面接まで来てくださらない、特定健診の結果でメタボリック判定があり、そこで非該当となった方の中に保健指導の対象者がいます。メタボリックではないと言われた方に保健指導の利用券を発行してもたぶん来てくれないだろうと踏んでいます。そこで保健センターでは、結果と同時に初回面接をスタートするというやり方を採用しました。

あとは今までの経験を生かして、新宿区版質問票や運動スクリーニングや最終アンケートを実施します。運動スクリーニングは、リスクの高いメタボの方への運動指導についてのリスク管理で実施します。今までの指導と違うのが、今までは「何歩、歩きましょう」といった口頭での目標だったのが、特定保健指導ではシートにきちんと紙に書いて本人と一緒に立てた目標を本人が持ち帰って、それをもとに運動をしていただくことになるので、もしそこでいろいろな事故が起こった場合に、どのような責任問題が起きてくるのか。行政はそのへんのところが非常に気になる場所なので、運動指導の目標を立てて持ち帰ってもらえる人かどうかというのは慎重に考えながら指導をしようということで、統一したスクリーニングシートを作りました。

また、土曜日とか午後の相談日を増設したり、利用勧奨の電話体制をどう作るか。案内を1通送っただけではたぶん来てくださらないので、電話を2回ぐらいはして、「あなたのことを心配していますよ。ぜひいらしてください」というメッセージを手紙

以外の方法で伝えていかないと、初回面接に来てくださらないだろうと考えています。

保健センターで実施する携帯やパソコンメールなどを活用した支援については、新宿区の場合は個人情報保護条例やセキュリティ条例がかなり厳しくて、職員は1対1で住民の方と双方向のインターネット回線のメールはできない仕組みになっています。もし送信する場合、個人情報が入っていないことなどを上司の許可をもらってからできる形になっています。委託先が住民の方とメールでやりとりをすることは禁じられています。保健センターのメール相談では双方向の通信ではなくて、保健センターが対象者に個人情報の入っていないメールを発信します。具体的には、「いかがですか」「どうされていますか」「何週間経ちましたが、どんな状況でしょうか」といった簡単なメールを送信します。そこにURLを貼り付けておいて、対象者はURLから、新宿区のホームページに入っていく、そこに書き込むというやり取りをします。実際にやり取りがうまくできるかどうか、不安なところです。5月分の健診の方が6月に保健指導を受けているのですが、メールを選んでいる方は今のところいません。

最後になりますが、保健指導の現状です。保健センターの体制は決まったのですが、委託医療機関の契約が遅れています。というのは、保健指導の結果データを電子化していただくのが国の最低条件ですが、手をあげたうちの7割の医療機関は自前では電子化をしないという道を選んでいます。電子化は業者に委託するという方向で今、動いていますが、業者のめどが立っていないという状況です。委託費用がいくらかかるのか、実際に受けてくださるのか、そのへんの返事が全くない状況の中で、医療機関の先生方も非常に困っています。電子化ができない以上は契約ができないということで、非常に遅れている状況です。

区としては、自前で電子化できる医療機関があればまずはその医療機関がスタートできないかとも考えていますが、医師会という1つの団体で足並みを揃えてスタートしたいという医師会の希望もありますので、スタートは秋ぐらいになるのではないかという状況です。

先ほど言った80ぐらいの医療機関と契約しますので、1つ1つ委託条件をクリアするための重要事項の公開などの手続きについても、1件1件確認するのに非常に時間がかかっている状況です。

何よりも、健診受診者数が少ないので保健指導の対象者がとにかく上がってこない。保健指導のやり方云々というよりも、健診をどんどん受けていただいて対象者を増やしてスタートしたいところですが、そこがいちばん難しいところです。

今後は対象者が、どんどん増えていけば、効果的な保健指導の方法や対象者の選定なども考えていきたいと思っています。また、メタボリック以外で、医療費削減に寄与するアプローチはいろいろあると思っています。特に糖尿病予防についてはいちばんの医療費削減に直結する疾患だと思っているので、様々な角度から分析を実施していきたいと思っています。

資料のいちばん最後に付けた、カラー版の「対象者の判定」を簡単に説明して終わりたいと思います。新宿区の場合は、できるだけ国の基準に合わせてすべての方を保健指導の対象者にしていく予定なのですが、ステップ5といういちばん下に書いてあるところが、新宿版として考えている対象者の選定です。

新宿区ならではだと思いますが、外国人の腹囲判定の基準、性同一性障害の方たちは戸籍上の性別と違ってくるので、この方たちの扱いについて、心身障害等の方の場合などの選定基準を考えています。

対象者にはなっても効果的な対象者なのかを見極めて、利用券を発送する方を選定しなければいけないというのが現状です。