



から始めるPDCA実践法

特定健診・保健指導の「第2期」に向けて④(最終回)



A(改善策)をP(計画)に 落とし込むポイント

国立保健医療科学院

今井博久 統括研究官 / 中尾裕之 主任研究官



はじめに

連載を始めて以来、読者の皆さんから多くのご感想やご助言を電話やメールでいただきました。その反響の大きさに少々驚いていますし、また嬉しい気持ちで一杯です。というのも、この連載では「改訂版」における変更点やPDCAサイクルを説明してきましたが、実は読者の皆さんに読んでいただけるか心配していたからです。

日頃いろいろな都道府県の保健指導現場を歩いていますが、どこに行っても「改訂版」の内容があまり話題にならず、PDCAサイクルにも無関心な反応でしたので、連載は読み飛ばされるのではないかと感じていました。しかし、それは大きな誤解で、本当のところ皆さんの関心が非常に高いことが、今回の連載でわかりました。

今号から連載を読まれた方は、ぜひとも第1回目から読んでみてください。今後5年間で何をしなければならないかを一貫して説明してきましたので、必ずお役に立つことと思います。

プロセス評価の実際例

前回の続きで、C(評価)分析におけるプロセス(過程)評価の事例から見えていきましょう。

表1の評価をした方は、保健指導の実施過程で「受診勧奨判定値を超えるが、すぐに医療機関を受診させる値ではないレベル層」(オレンジゾーン)という、対応に工夫が必要な対象者を曖昧なままにしてきたことを反省しています。そして、今後はこのオレンジゾーンの対象者を、肥満者および非肥満者にかかわらず特別な保健指導プログラムを用意して対応することを計画しています。また、保健指導の教材を刷新し指導の効果を出そうと試みています。

さらに優れている点は、「データ解析の結果をある程度把握しているが、自分の中にうまく落とし込めていない」とし、本当に自己消化しているか否かを自問自答していること、その改善策としてデータを可視化することを求め、論理的に理解したいと述べていることです。

このようにデータを把握し、それを生かして保健指導の効果を高めようと努力する姿勢は、PDCAサイクルの効用をより一層高めます。

表1 プロセス(過程)の評価事例

| 振り返り(2008~2012) | 第2期(2013~2017) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・オレンジゾーンの対象者、とくに非肥満者への対応に困っていた。受診勧奨値を超えた人でも積極的に医療機関の受診を進められなかった。 ・これまで使用していた教材、内容が全国共通のものだと思っていた。使いにくいと思いつつも、そのまま利用していた。 ・データ解析の結果をある程度把握しているが、自分の中にうまく落とし込めていない。活用できていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・オレンジゾーンの対象者で肥満者および非肥満者には、生活習慣改善用3か月間の特別プログラムで対応し、成功すれば教室に戻し、改善できなかった場合は医療機関を受診させる体制を整える。 ・本(2013)年度からカリブックや運動指導用教材を刷新する。対象者が取り組みやすい内容のものを採用する。 ・事務方の手を借りてデータの可視化を行い、大枠の結果を論理的に整理して自分なりに理解する。 |

* オレンジゾーンとは、改訂版の85頁からのフィードバック文例集の分類の表における「受診勧奨判定値を超えるがすぐに医療機関を受診させる値ではないレベル層」の部分です。この表のカラー版ではオレンジ色に塗られているためこう呼ばれている。

読者の皆さんもぜひこのような活用をしてください。

アウトプット評価の実例

アウトプット(事業実施量)評価は、目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価するものです。具体的な評価指数としては、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率などがあります。たとえば、対象者全員の指導ができたか、実施ポイント数はいくらか、何回指導したのか、栄養教室は実施したのか、栄養教室の回数はどのくらいか、などから評価します。

表2には、健診受診率や保健指導実施率といったアウトプットについての評価が記されています。私は「健診受診率を上げるための方法を教えてください」といった質問を研修会場でしばしば受けてきましたが、逆に「上昇させるた

表2 アウトプット(事業実施量)の評価事例

| 振り返り(2008~2012) | 第2期(2013~2017) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・健診受診率 2011 35.2% ・受診率アップキャンペーンなどの対策はまったく実施してこなかったため、そのため健診受診率はいまだに低く目標値まで遠い。 ・保健指導実施率 2011 54.8% ・保健指導の実施率は過半数を超えている。 ・保健指導については、対象者すべてにアプローチしたが、再度の声掛けはしていなかった。 ・実施ポイントは、概ね300~400で実施できている。 | <p>5年間の工程表(目標値)</p> <p>2013 40% 2014 45% 2015 50% 2016 55% 2017 60%</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後は好事例を参考にし、組織的なキャンペーンを実施し、年々アップするようにしたい。 2013 56% 2014 58% 2015 60% 2016 62% 2017 65% ・保健指導の意義を説明し、納得して指導を受けてもらうようにする。 ・一度誘って断られて諦めていたが、今後は複数回のアプローチを行い、これまでの実績の資料を見せて説明し、10%程度の上昇をめざす。 ・ポイント数は300~400を継続していきたい(産休者がありマンパワーが不足するが、臨時採用を行って補いポイント数を維持したい) |

めにどのような対策を実施しましたか」と聞いています。最も多い回答が「何も実施していません」です。

表2の評価を記した方は、キャンペーンや何らかの対策などを実施してこなかったと正直に振り返っています。健診受診率や保健指導率を飛躍的に上げる魔法の杖はありません。地域に根差した方法でさまざまな工夫を凝らした対策を実施するしかありません。

私が年に数回行っている岩手県のある町では、町の特産の雑穀(ひえやあわ、アマランサス等)を小さな袋に入れて特定健診のチラシとともに子どもたちに渡し、子どもたちから「キッズメッセンジャー」という形でそれらを親や祖父母に手渡すといった、工夫したキャンペーンを展開していました。町のお祭りでは保健師



さんや管理栄養士さんが「メタボ神輿^{みこし}」を担いで街中を練り歩いていました。あの手この手の地道な活動が大切です。表2の分析をした方は、他の自治体の好事例を参考にして組織的なキャンペーンを実施することをめざし、工程表も作成し、着実に健診受診率を上げる方法を計画しています。

アウトカム評価の実際例

アウトカム(結果)評価は、事業の目的・目標の達成度、また、成果の数値目標を評価するものです。具体的な評価指数としては、肥満度や血液検査などの健診結果の変化、糖尿病等の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化などが考えられます。職域であれば、休業日数、長期休業率なども考えられます。たとえば、指導により個人の体重が減少したか、集団の平均体重が減少したか(平均値や分布での評価)、血圧や血糖の改善幅は良好か、のように健診データから計算して改善が得られたか、あるいは生活習慣病関連の有病者数や医療費は減ったのか、などから評価します。

表3はアウトカム評価について記した事例です。特定健診・保健指導の成果を定量的に評価するということは、簡単な作業ではありません。また、現場の保健師さんが保健指導を実施しながら、その一方でアウトカムについて解析をするのは時間的に難しいでしょう。しかし、アウトカム評価は避けられない作業なので、まずは現行の保健指導プログラムが効果があるのか否かを見る、全体を俯瞰する意味では様式6-10の空欄を埋める、少なくともこの2つは実施し、保健事業が空回りしていないか、どこに問題があるかなどを検討しましょう。そうでなければ今後の5年間はほとんど無駄になってしまいます。

表3を記した方はアウトカム評価の重要性を

表3 アウトカム(結果)の評価事例

| 振り返り(2008~2012) | 第2期(2013~2017) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価はほとんどできてない。人手が足りず、健診と保健指導の実施で手一杯になっている。 ・本当は保健指導がうまくいっているのか検討してみたい。統計学は知らないのので高度な分析はできない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・まずは今井先生の度数分布のグラフを書いてデータの可視化をする。性別と年齢別、積極的支援の5年間のアウトカム評価を実施する。 ・伝統的に当市は糖尿病が多いので血糖値やHbA1cが改善できているかを見たい。 ・様式6-10の空欄を埋める作業をする。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診と介護を連結して考えたい。紐づけするところまで行っていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム評価を行って生活習慣病対策と介護予防事業を結びつけた分析をしたい。 |

しっかり認識しています。人手が足りないだけです。何とかして事務方や上司を巻き込んで、大枠だけでも構わないのでアウトカム評価を実施し、第2期を成功に導いてほしいと思います。

A→Pへの落とし込みのポイント

ここまで4つの視点(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム)からC(評価)を実施し、それに対応したA(改善)を抽出する作業を説明してきました。これまでの特定健診・保健指導を振り返って問題点を探り出し、その解決策を描く作業をしてきたわけです。次のステップは、その解決策を実現するための計画を立てなければなりません。それがP(計画)です。

AをPに落とし込む作業では、以下の3つのポイントに従って作業を進めるとうまくいくと思います。

1 必要最小限かつよいタイミングで改善策を

第1に「必要最小限でかつよいタイミングの

改善策」を立案することを心がけましょう。

具体的な手順ですが、まず抽出した改善策をもう一度詳しく書き出します。内容を拡大するのではなく、具体的に詳細に書き出すという作業です。そうすることで改善策が本当に実現できるか否か、あるいはどのようにすれば実現できるかが自ずと見えてきます。その中から必要最小限の内容で、かつ、いまのタイミングがベストと判断できる改善策に絞り込んでください。一般に A→P で失敗するケースは、やらなければならないと思っていることを次から次へと計画に入れてしまうことです。こういうケースは、計画倒れに終わる可能性が高いです。実現可能なことまでできなくなり、ほとんどが失敗してしまうでしょう。

私がお勧めする「最小限でかつ絶好のタイミングと判断できる改善策」は、①データの可視化の体制作り、②改訂版の新規項目の「非肥満者対応」と「受診勧奨者フォロー」、③食事評価の改革などの事項を含めたものです。

①は第1期のデータがあるのでそれを可視化し保健事業の過去と未来を検討するために必要不可欠です。最小限これが実施されなければ前に進めませんのでその体制を整える計画を立ててください。

②は本年4月に「改訂版」が発行され、非肥満者の対応と受診勧奨者の対応が強調されていますので、絶好のタイミングと言えましょう。今こそそれを具現化する計画をしっかりと立てましょう。

合わせてオレンジゾーンの具体的なプログラムも開発しましょう。ここに挙げた①、②、③は、私の研修会で多くの保健師さんや管理栄養士さんが記してくれた項目です。読者の皆さんも実行してみてください。

2 計画に 5W1H を

第2のポイントは、上で述べた計画に、いわ

ゆる 5W1H を考えることです。「いつ(When)、どこで(Where)、だれが(Who)、何を(What)、なぜ(Why)、どのように(How)」という6つの要素があれば、より具体的な計画に成ります。あるいは、いつまでに、何を、だれが、どのように、というように4つでも十分です。ただ単に「何々を実施します」「これを推進します」というのでは、それは計画ではなくスローガンやメモになってしまいますので具体的な記述が不可欠です。

たとえば、食事アセスメントを「1日の食事記録表」から抜本的に変更し、食事指導を保健指導の中心に据えるという改善策をうまく計画に落とし込みたい、とします。この場合ですと、

いつまでに：初回面談を実施する前までに(9月までに)

何を：食事評価のために写真を活用する、使い捨てカメラを使用する、写真ノートを作成する

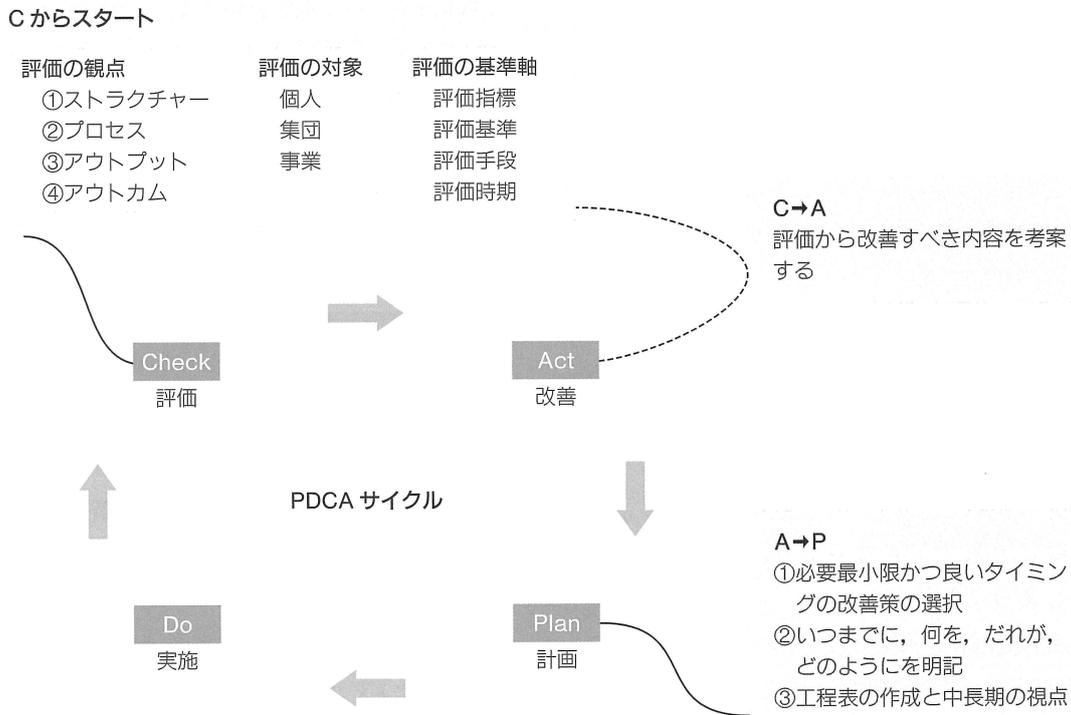
だれが：A 管理栄養士(責任者)と B 保健師が担当する

どのように：健診結果説明会で積極的支援の対象者にカメラを手渡し撮影の仕方を説明する、食事記録表も渡す、撮影した写真を直接または郵送で保健センターに提出してもらう、個別に写真ノートを作成し、食事指導の計画素案を立てる(A 管理栄養士が原案を作成し、B 保健師がチェックし、最終版は2人で作成する)などを、計画に明記するとよいでしょう。

3 工程表の作成と中長期計画

第3のポイントは「工程表の作成と中長期計画」です。国保の保険者であれ健保組合の保険者であれマンパワーが充足しているところは少数です。多くの保険者は少ない人材でやりくりしながら保健事業をしています。その少ない労働力で山積の課題を一気呵成に改善する計画を立てても成功しません。少しずつ解決を図る作

図 PDCA サイクルの概要



戦で行きましょう。そのために「工程表」を作成します。C→Aで挙げた多くの改善策を、上の第1のポイントで説明したように重要性やタイミングを考え優先順位を決めます。たとえば2013(平成25)年度にはこれを実施する、2014(平成26)年度はあれを実施する、など、第2期の5年間という中長期の時間軸を考えて確実に課題を克服していく計画を立てるとよいでしょう。ウサギよりもカメが最終的には勝ちます。1つひとつ克服していきましょう。

A→Pへの落とし込みでは、これら3つのポイントに従って確実に実行できる計画を立てましょう。このA→Pの作業プロセスを担当者の間で「共有する」ことも忘れないでください。

現場でリーダーシップを取る保健師が1人でこの作業プロセスを実施してはだめです。1人で計画を立案してしまうと、バランスを欠いたり漏れが生じたりします。また他の保健師や管

理栄養士は場合によっては「やらされている」という気持ちになったり人任せな態度になったりします。ですから、責任者は柔らかなリーダーシップを取りながら関係するスタッフを交えて情報の共有を図り共同作業を進めてください。

おわりに

4回の連載によって「Cから始めるPDCA」実践法を説明してきました(図)。

保健事業の評価は簡単ではありません。個人への効果と集団への効果、短期間と長期間、ミクロ的視点とマクロ的視点、直接的な影響と間接的な影響など多角的な評価があります。特定健診・保健指導が対象とする疾病は高血圧や糖尿病など複数あり、重症度や病態も単純ではありません。また多くの職種が参加しています。こうした混沌とした世界を相手に評価するわけ

ですから少々困惑してしまうのも当然です。ですから、問題の整理と改善を順序立てて展開するPDCAサイクルの活用が推奨されるわけです。

読者の皆さんは、まずC分析を実施して問題をカテゴリー化してください。そこからC→Aで改善への方向を検討し、挙がってきた課題を整理しPに落とし込み、D(実施)してください(紙面の関係でDの解説はしませんでし

た)。

じっくりと着実に一步一步で構いません。それこそが第2期の5年後の到達点で優れた成果を得るための歩みです。

今井博久 ● いまい・ひろひさ

国立保健医療科学院

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6