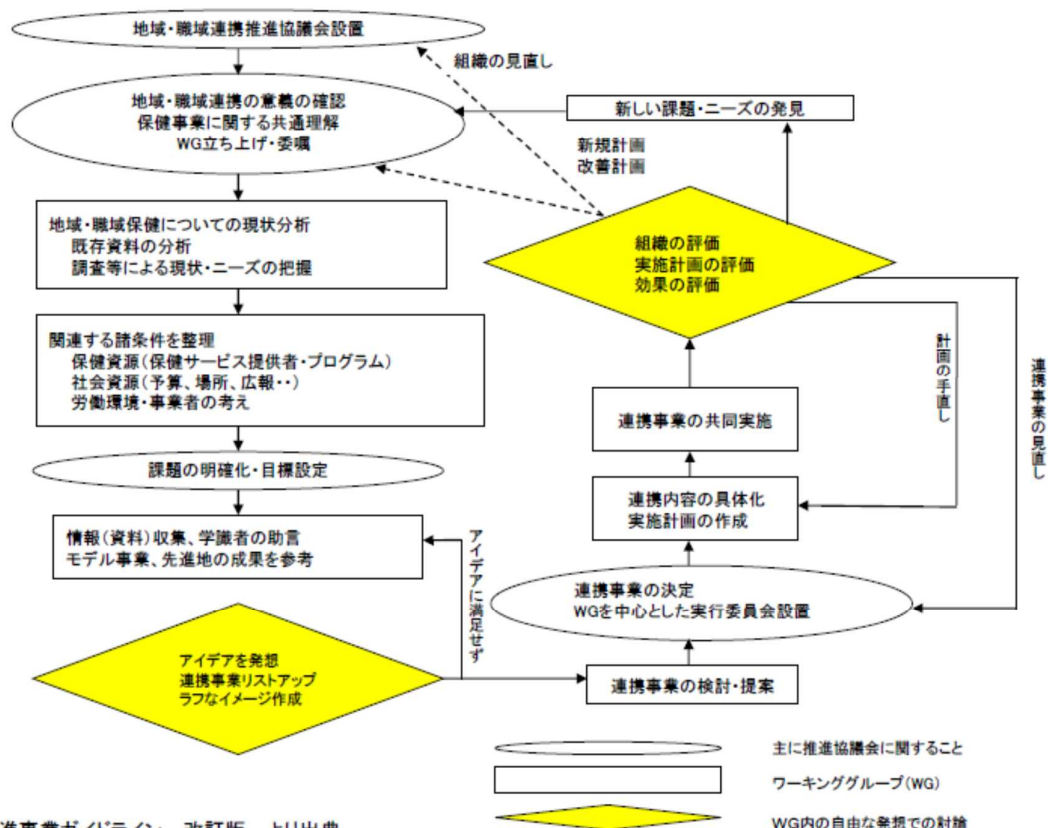


地域・職域連携で取り組みたい 健康課題の明確化と連携事業の 企画について

あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

地域・職域連携事業企画の流れ



連携(連絡・提携)は手段

- **連絡を密に取り合って** (大辞林:三省堂)
 - 地域と職域が、情報の共有、顔の見える関係
- **一つの目的のために**
 - 働いている人の健康維持のために
 - 退職後も健康に過ごせるために
 - 地域社会全体の健康水準向上のために
- **一緒に物事をする事。**
 - 保健活動(事業)の共同実施

3

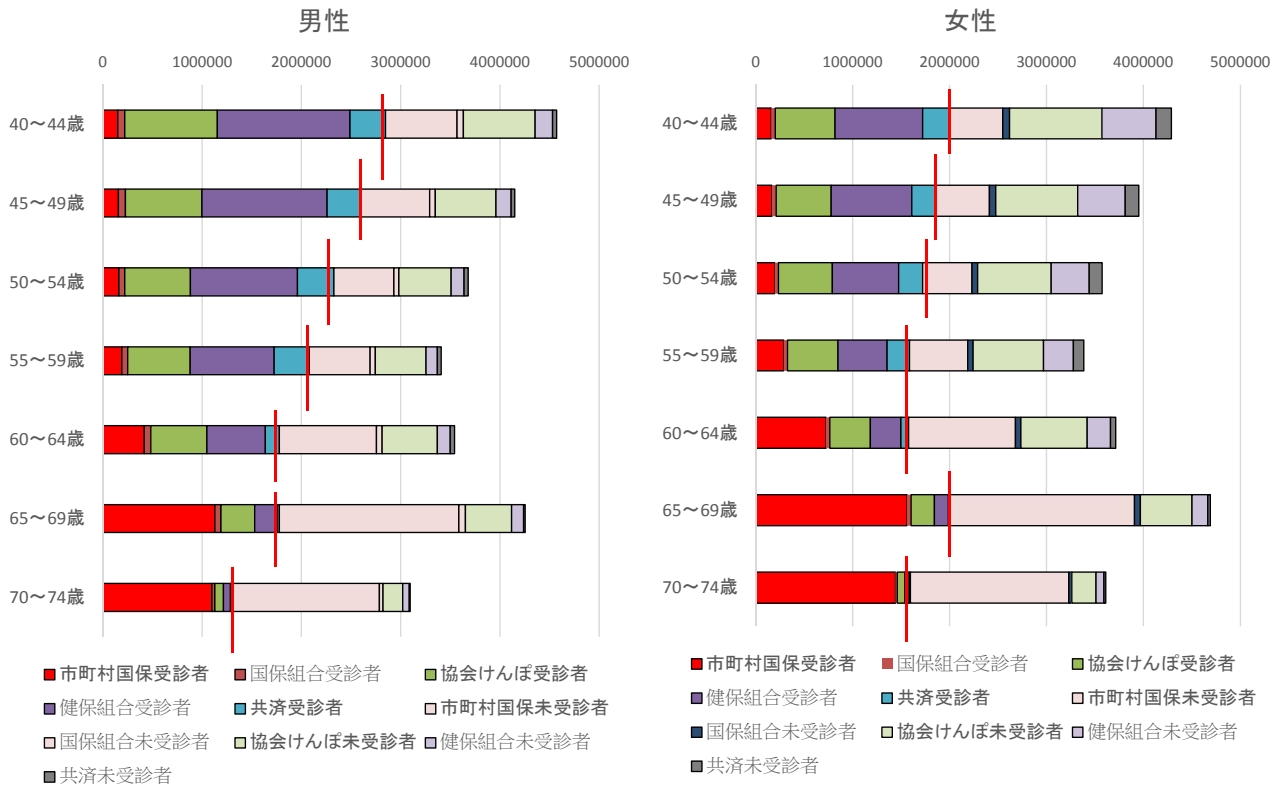
地域・職域連携でできること

- 健康課題の分析
 - 地域全体を見る、国保加入時データ分析
 - 重症化予防事業対象者の履歴。。
- 保険者間データ連携
 - 若年世代の動向→将来予測(対策)
 - 現役世代⇒退職後の連続した健康管理
- 課題に対するそれぞれの対策について情報共有
 - 双方の強み・現実を生かした共同事業
 - 地域資源の共同開発
 - (医療連携、委託先開発、環境の相互活用・・・)

4

地域の健康課題を見る：健診データから見えている現状

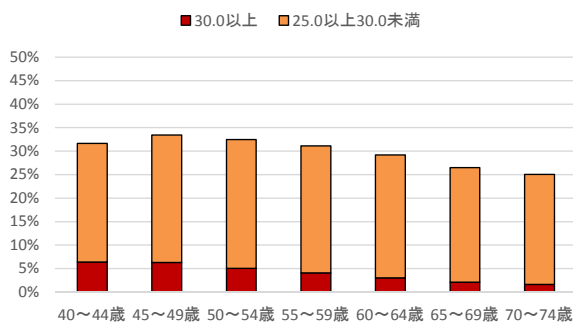
平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況より作図



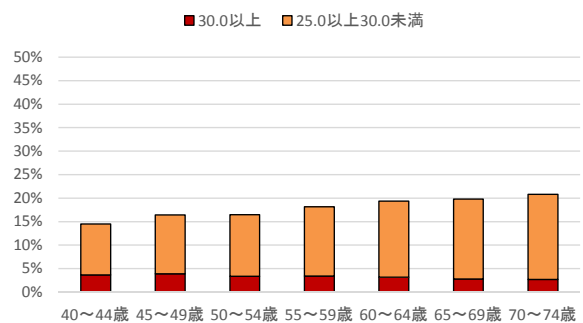
5

厚生労働省第二回NDBオープンデータ(平成26年度)を活用して 地域に身近なデータで話す

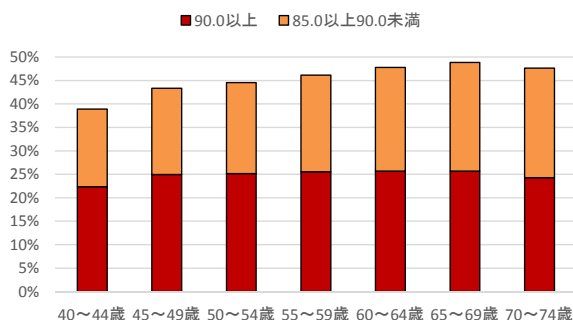
愛知県 男性 BMI 25以上



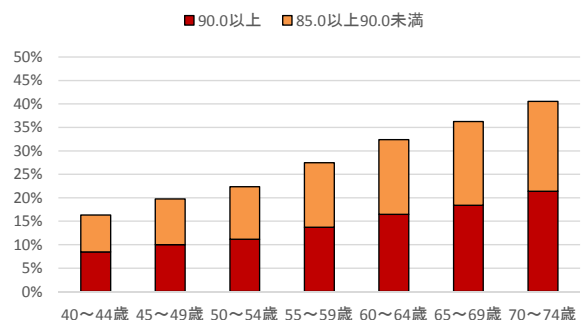
愛知県 女性 BMI 25以上



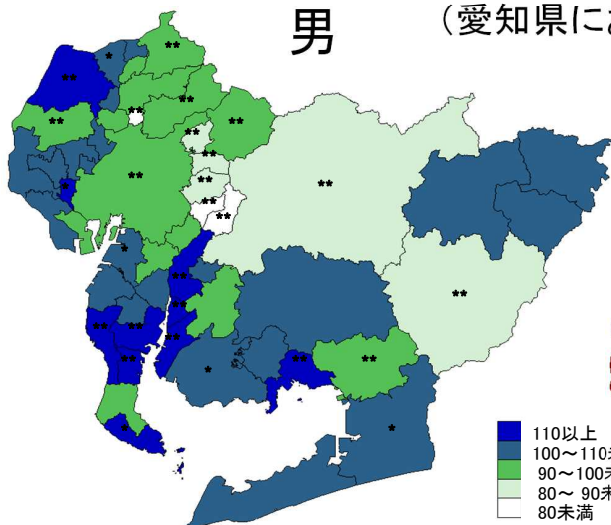
愛知県 男性 腹囲 85cm以上・90cm以上



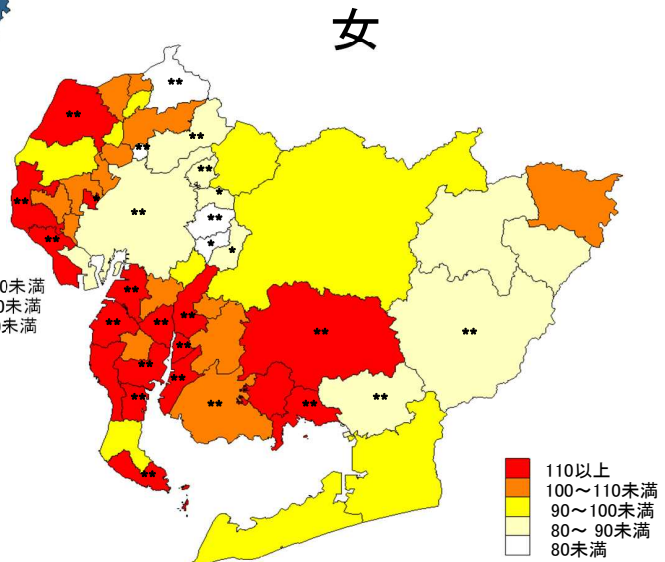
女性 腹囲 85cm以上、90cm以上



メタボリックシンドローム該当者率の標準化比 男 (愛知県における年齢構成に基づき標準化)

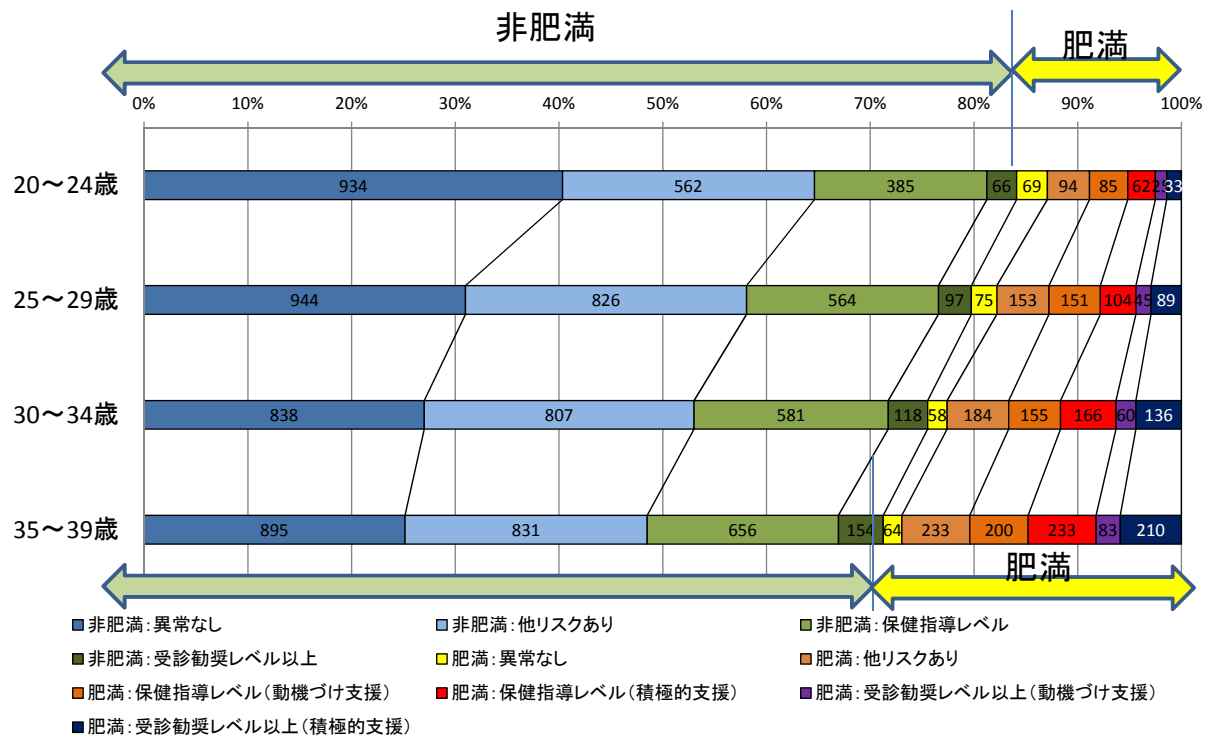


国保・協会けんぽ・市町村共済の
集計値を比べると 同じような傾向



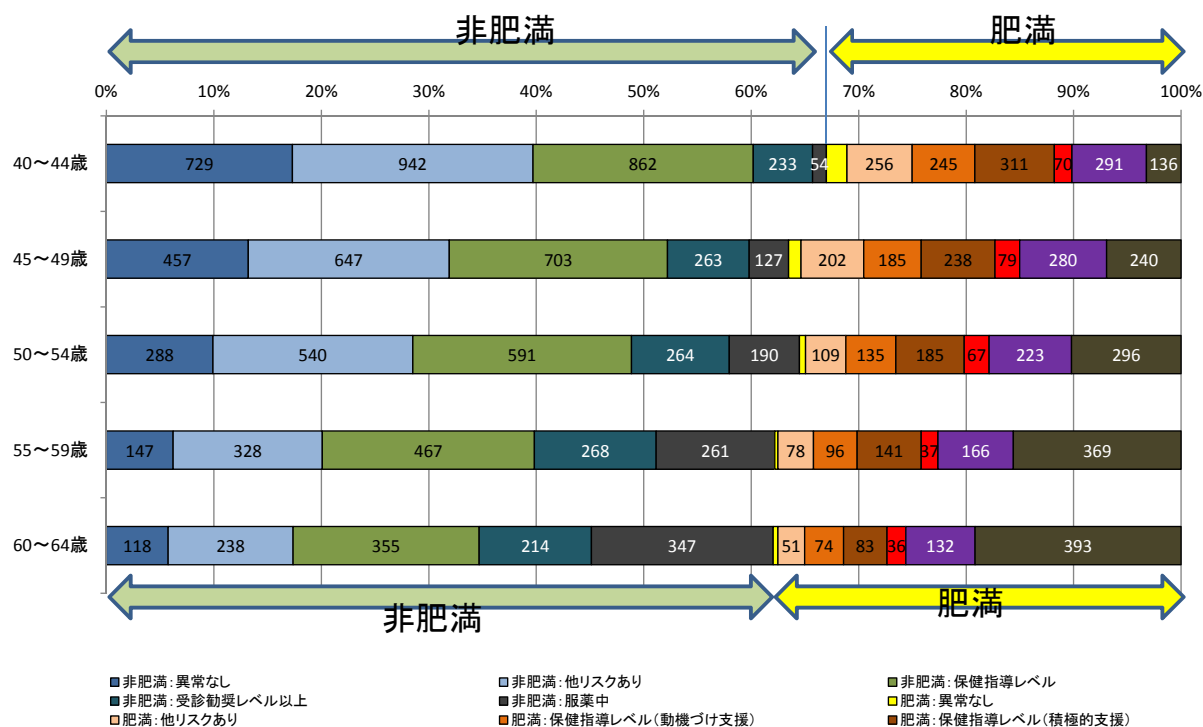
7

A総合健保データヘルス計画より 若年者の健診データ



8

A総合健保データヘルス計画より 40～64歳の健診データ

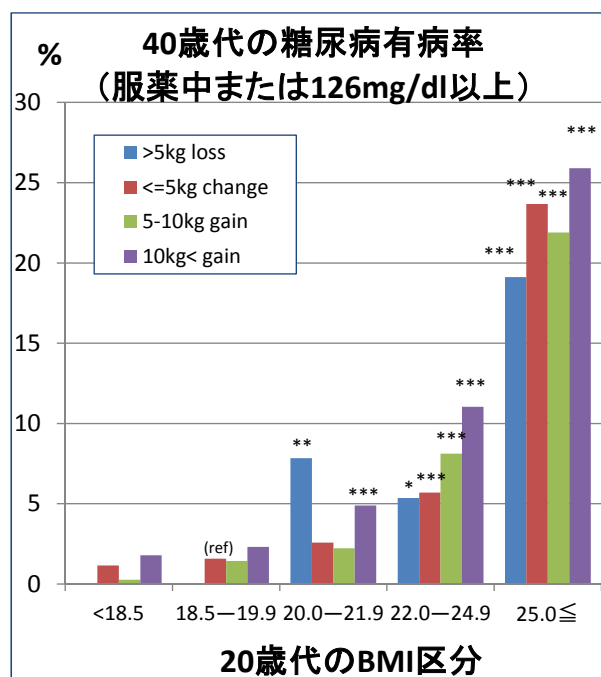
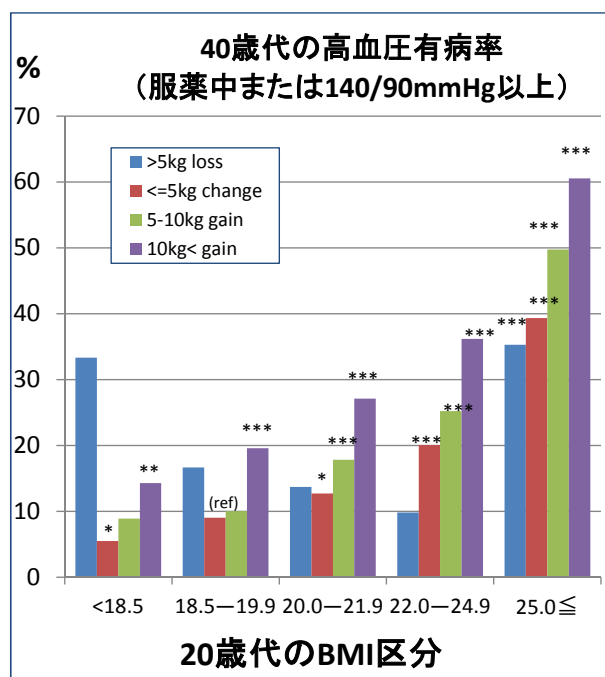


9

D 健保

20歳代のBMI、その後20年間の体重変化と高血圧・糖尿病

20歳代の肥満は中高年期の高血圧・糖尿病につながる。若年期からの対策が必要



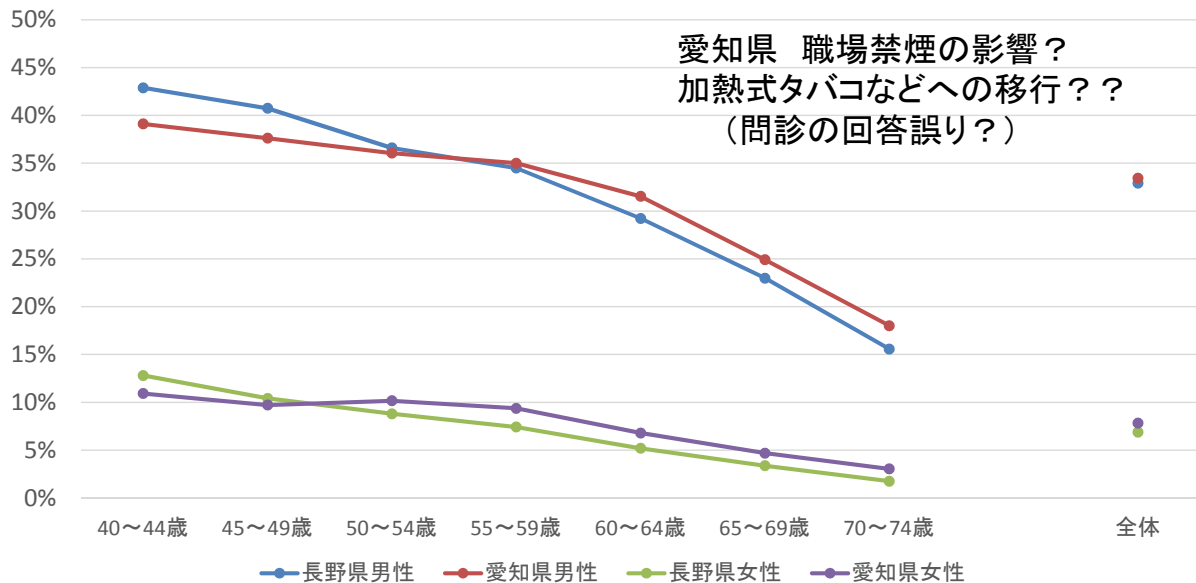
(*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001)

特定健診受診者における喫煙率

全体では 長野県男性32.9% 愛知県男性33.4%だけど。。

厚生労働省 NDB第二回オープンデータ

長野県と愛知県の喫煙率の比較 平成26年度

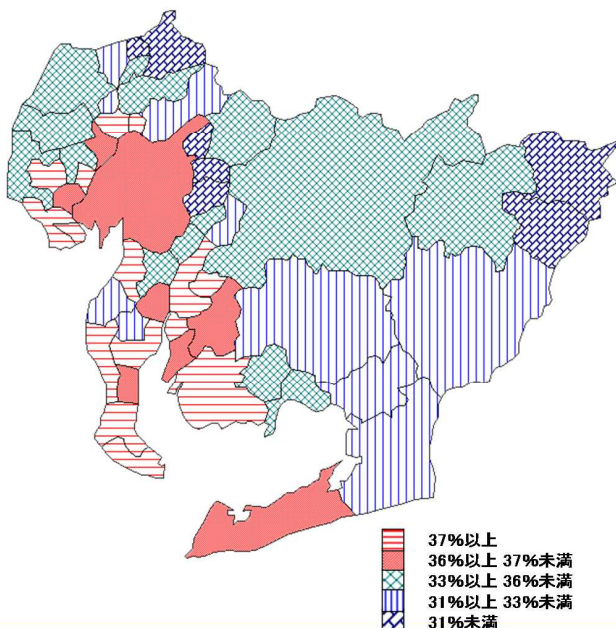


11

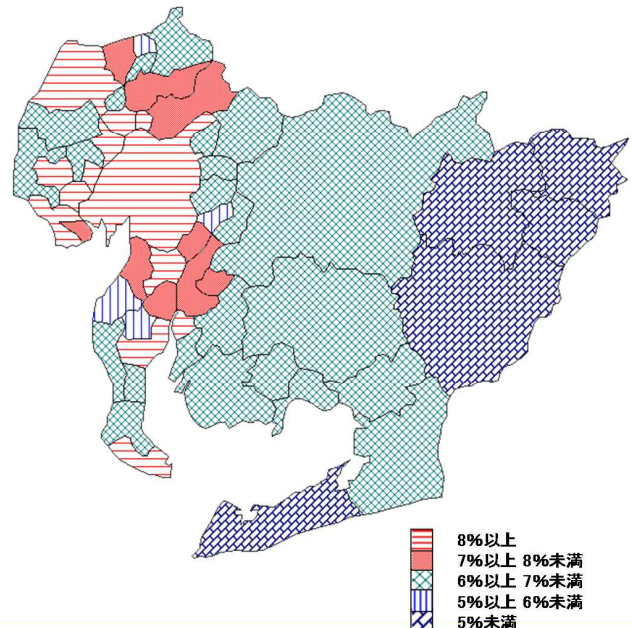
年齢調整後 マップ作成

13 喫煙者率

【男性】

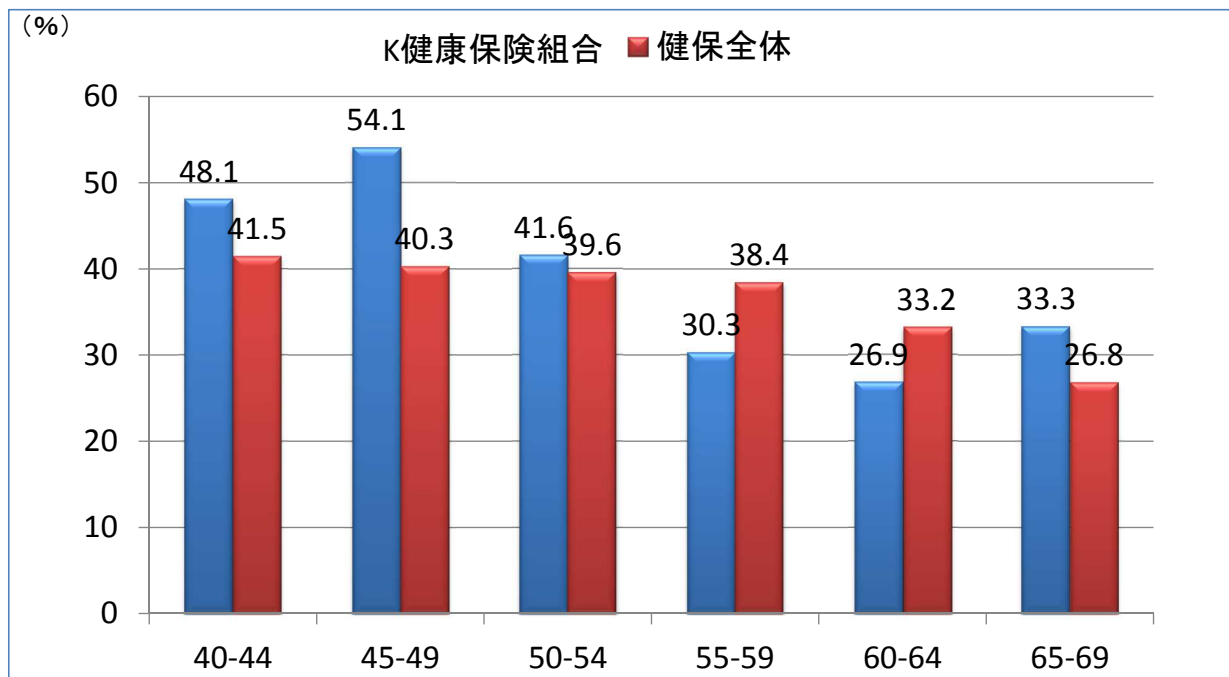


【女性】



12

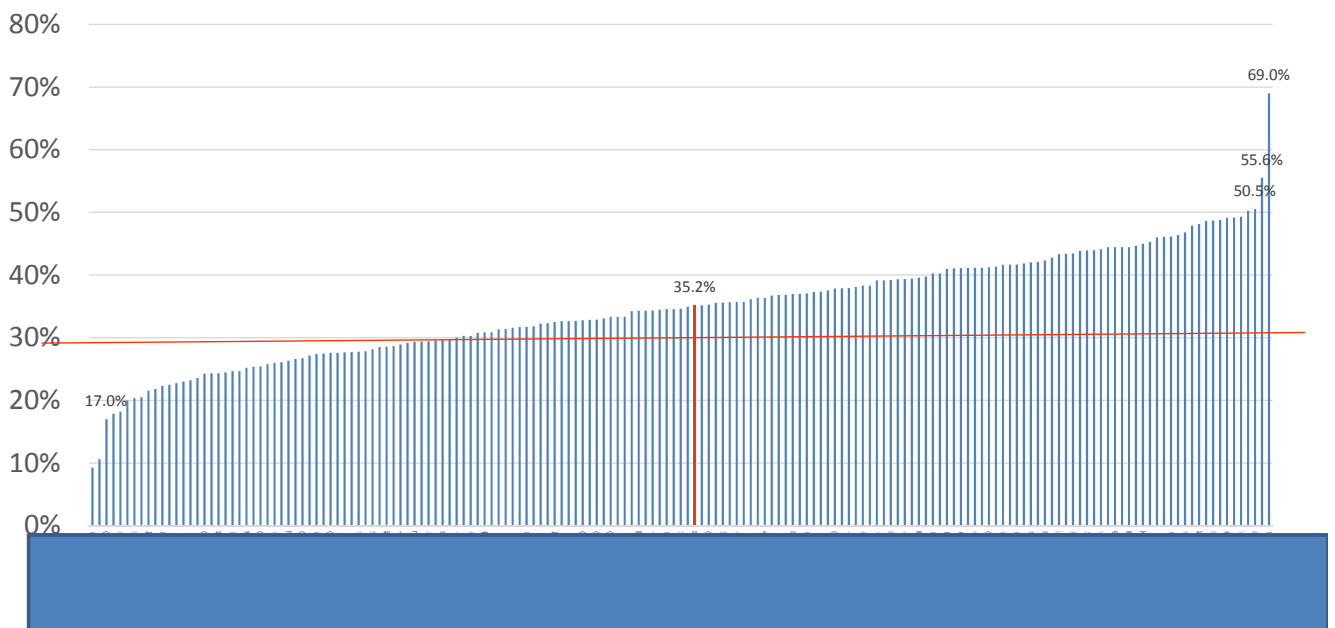
特定健診生活習慣問診から見た喫煙率 男性(平成23年度)



40歳代の喫煙率は他の年代、健保全体と比較して高い

13

事業所別喫煙率 A 総合健保



14

喫煙者が長期病欠※¹するリスクは、非喫煙者の約2倍

●長期病欠※¹リスク

<喫煙>

喫煙者の長期病欠リスクは

非喫煙者の

2.05 倍



<アルコール>

大量飲酒者の
長期病欠リスクは

通常/非飲酒者の

1.15 倍



<体格指数: BMI>

肥満の人※²の
長期病欠リスクは

標準体格※²の人の

1.38 倍



※1: デンマーク人女性労働者(18~69歳)2,440人における18ヵ月間の長期(連続8週間以上)病欠
非喫煙者、アルコール通常/非飲酒者、標準BMI※²の人のリスクを1とした場合
※2: Body Mass Index (BMI): 18.5~24.9(標準)、25~29.9(肥満)

出典: Christensen, K. B. et al.: Ind Health 45(2): 348, 2007 [L20090910072]

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

喫煙や職場の受動喫煙は、 「うつ」のリスクを高める

●「うつ」のリスク

喫煙者が「うつ」になるリスクは

受動喫煙のない
非喫煙者の

2.25 倍



職場の受動喫煙によって
非喫煙者が「うつ」になるリスクは

受動喫煙のない
非喫煙者の

1.92 倍



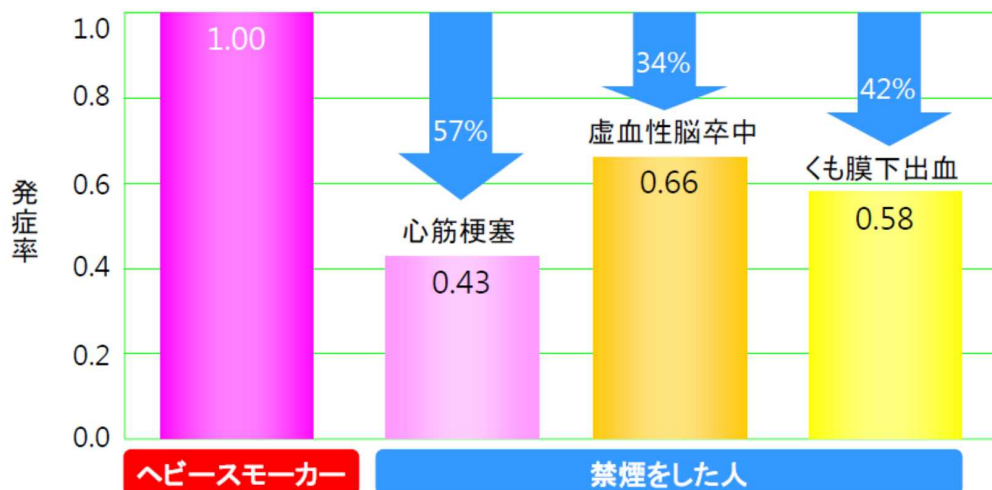
※東京近郊労働者2,770人におけるうつのリスク、受動喫煙のない非喫煙者のリスクを1とした場合

出典: Nakata, A. et al.: Prev Med 46(5): 451, 2008 [L20090910071]

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

禁煙をすると心筋梗塞などを発症する危険性が低くなる

喫煙と冠動脈疾患発症率の関係



出典: Song, M.I. and Cho, H.J. Stroke. 35:2432, 2008

実践者育成 研修プログラム ▶ 技術編

17

喫煙者と非喫煙者の余命(25歳以降)

21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. Prabhat Jha, M.D. et.al
N Engl J Med 2013;368:341-50. DOI: 10.1056/NEJMs1211128

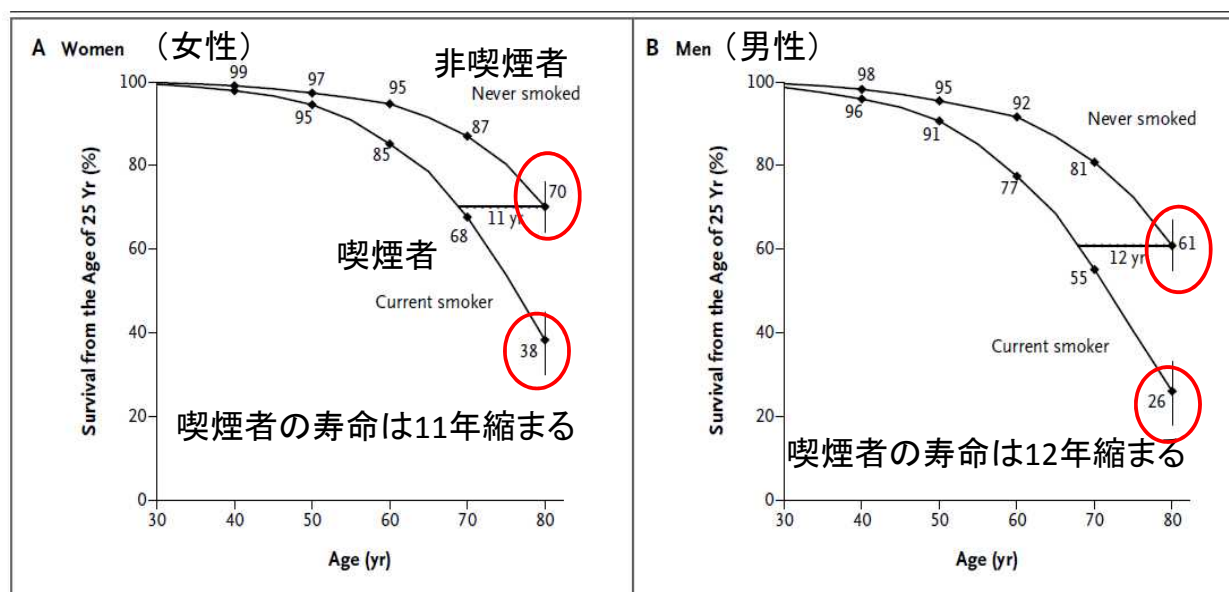
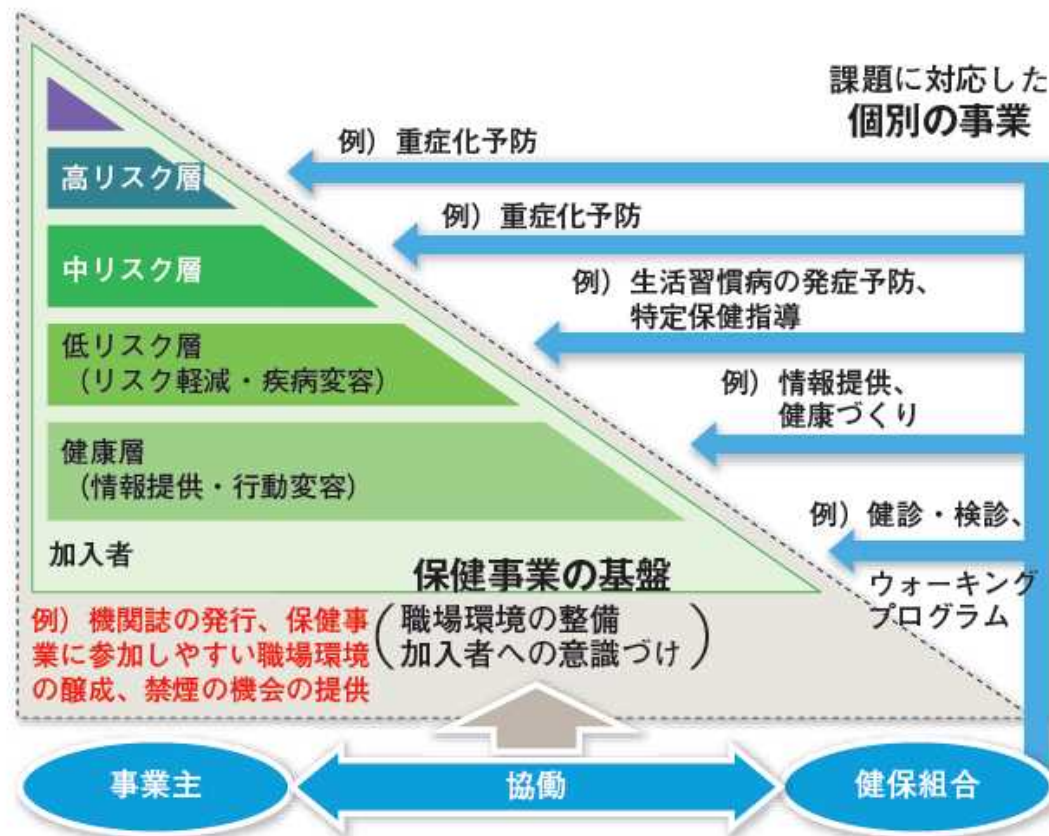


Figure 2. Survival Probabilities for Current Smokers and for Those Who Never Smoked among Men and Women 25 to 80 Years of Age.

The vertical lines at 80 years of age represent the 99% confidence intervals for cumulative survival probabilities, as derived from the standard errors estimated with the use of the jackknife procedure. Survival probabilities have been scaled from the National Health Interview Survey to the U.S. rates of death from all causes at these ages for 2004,^{13,16} with adjustment for differences in age, educational level, alcohol consumption, and adiposity (body-mass index).

18

データヘルス計画



19

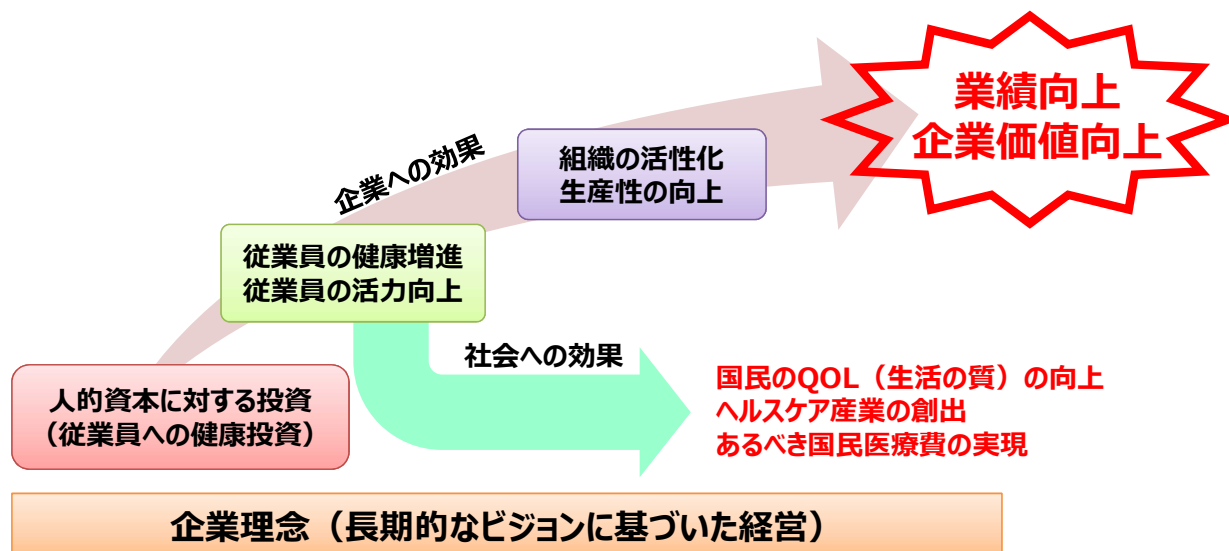
健保組合・共済の保険者機能の総合評価の指標・配点（インセンティブ） 2018. 05

		重点項目	配点
1 特定健診・保健指導の実施(糖尿病等の生活習慣病予防、個別の保健指導) (法定の義務)			
①-1 保険者種別毎の目標値達成	特定健診の目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上) かつ 特定保健指導の実施率が特に高い(単一健保・その他共済60%、総合健保・私学共済35%以上)	○	65
①-2 保険者種別毎の目標値達成	特定健診の目標達成(単一健保90%、総合健保・私学共済85%、その他の共済90%以上) かつ 特定保健指導の目標達成(単一健保55%、総合健保・私学共済30%、その他の共済45%以上)	○	60
①-3 実施率が上位	特定健診が[実施率目標×90%]以上 かつ 特定保健指導が[実施率目標×90%]以上	○	30
②-1 特定健診の実施率の上昇幅	前年度より10ポイント以上上昇 (①との重複不可、③との重複可)		20
②-2 特定健診の実施率の上昇幅	前年度より5ポイント以上上昇 (①との重複不可、③との重複可)		10
③-1 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度より10ポイント以上上昇 (①との重複不可、②との重複可)		20
③-2 特定保健指導の実施率の上昇幅	前年度より5ポイント以上上昇 (①との重複不可、②との重複可)		10
	小計		65
2 要医療の者への受診勧奨・糖尿病等の重症化予防			
① 個別に受診勧奨	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施 *「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に、受診勧奨の情報提供をおこなう	○	4
② 受診の確認	①を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認(または本人に確認)		4
③ 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組	重症化予防プログラム等を参考に 重症化予防の取組を実施 (治療中の者に対し医療機関と連携して重症化を予防するための保健指導実施、レセプトにて治療中断者を確認し、受診勧奨)	○	4
④-1 特定保健指導の対象者割合の減少	特定保健指導の該当者割合が前年度より3ポイント減少		10
④-2 特定保健指導の対象者割合の減少	特定保健指導の該当者割合が前年度より1.5ポイント減少		5
	小計		22
3 加入者への分かりやすい情報提供、特定健診のデータの保険者間の連携・分析			
① 情報提供の際にICTを活用 (提供ツールとしてのICT活用、ICTを活用して作成した個性性の高い情報)	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供(個別に提供) (②との重複可) ・経年データやレーダーチャートのグラフ等 ・個性性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味) ・生活習慣改善等のアドバイス	○	5
② 対面での健診結果の説明	専門職による対面での健診結果説明の実施 (①との重複可)、集団実施も可		4
③ 特定健診データの保険者間の連携①(退職者へのデータの提供、提供されたデータの活用)	退職の際に本人の求めに応じて過去の健診データを提供。または、新規の加入者に対し加入前の健診データの提供を求め、経年でのデータ活用や保健指導の実施 (④との重複可)	○	5
④ 特定健診データの保険者間の連携②(保険者共同での特定健診データの活用・分析)	保険者協議会等において、保険者が共同で集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析。 または、その結果を活用して共同事業を実施 (③との重複可)		4
	小計		18

		重点項目	配点案
4	後発医薬品の使用促進		
①	後発医薬品の希望カード等の配布 (事業実施の有無) (②、③、④、⑤との重複可)	○	4
②	後発医薬品差額通知の実施 (事業実施の有無) (①、③、④、⑤との重複可)	○	4
③	効果の確認 後発品への切替率、効果額の把握 (事業実施の有無) (①、②、④、⑤との重複可)	○	4
④-1	後発医薬品の使用割合が高い 使用割合が80%以上 (①、②、③、⑤との重複可)		5
④-2	後発医薬品の使用割合が高い 使用割合が70%以上 (①、②、③、⑤との重複可)		3
⑤-1	後発医薬品の使用割合の上昇幅 前年度より10ポイント以上上昇 (①、②、③、④との重複可)		5
⑤-2	後発医薬品の使用割合の上昇幅 前年度より5ポイント以上上昇 (①、②、③、④との重複可)		3
	小計		22
5	がん検診・歯科健診等(人間ドックによる実施を含む)		
①	がん検診の実施 がん検診を保険者が実施(対象者への補助、事業主や他保険者との共同実施を含む) 事業主実施の場合、がん検診の種別に対象者を保険者が把握、検診受診の有無を把握	○	4
②	がん検診: 受診の確認 要精密検査となった者の受診状況を確認し、必要に応じて受診勧奨を実施		4
③	市町村が実施するがん検診の受診勧奨 健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の受診を勧奨	○	4
④	歯科健診: 健診受診者等の把握 対象者を設定し健診受診の有無を確認	○	4
⑤	歯科保健指導 歯科保健教室・セミナー開催、歯科保健指導の対象者設定(特定健診質問票)・実施	○	4
⑥	歯科受診勧奨 対象者を設定、歯科への受診勧奨(特定健診「食事をかんだ時の状態」)	○	4
⑦	予防接種の実施 インフルエンザワクチン接種等 (①、②、③、④との重複可)		4
	小計		28
6	加入者に向けた健康づくりの働きかけ(健康教室による実施を含む)、個人へのインセンティブの提供		
①	運動習慣 40歳未満を含めた、運動習慣改善のための事業	○	4
②	食生活の改善 40歳未満を含めた、食生活の改善のための事業	○	4
③	こころの健康づくり 40歳未満を含めた、こころの健康づくりのための事業	○	4
④	喫煙対策事業 40歳未満を含めた、喫煙対策事業、受動喫煙防止の実施	○	5
⑤	インセンティブ提供事業の実施 個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブ提供事業を実施	○	4
	小計		21
7	事業主との連携、被扶養者への健診・保健指導の働きかけ		
①	産業医・産業保健師との連携 産業医・産業保健師と連携した保健指導の実施 (②、③、④との重複可)		4
②	健康づくり等の共同事業の実施、定期的な意見交換の場の設置 事業主の事業を把握し、健康課題の分析に基づく事業主・事業場への働きかけ、定期的な意見交換の場を設置 (①、③、④との重複可)		4
③	就業時間内の特定保健指導の実施の配慮 特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮 (①、②、④との重複可)		4
④	退職後の健康管理の働きかけ 事業主の実施する退職者セミナー等で退職後の健康管理に関する講義を実施 (①、②、③との重複可)		3
⑤	被扶養者への特定健診の実施 被扶養者の特定健診の実施率が[実施率目標×70%]以上 (1との重複可)		4
⑥	被扶養者への特定保健指導の実施 被扶養者の特定保健指導の実施率が[実施率目標×70%]以上 (1との重複可)		4
	小計		23
	全体計		200

企業の業績向上のための健康経営

- 健康経営とは、従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、**健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践**すること。
- 企業が経営理念に基づき、**従業員の健康保持・増進に取り組むことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらす**、結果的に**業績向上や組織としての価値向上**へ繋がるのが期待される。



健康経営

- 企業において「健康投資」が積極的に行われるためには、その主体となる企業（経営者）及び従業員双方が、明確な価値を認識することが重要。
- 特に、「健康投資」への取り組みが自律的に動き始めるためには、投資の効果をより明確に実感させるための仕組みを整備することが必要。

健康投資の効果

経営者にとっての価値

→ 企業活動へのプラス効果

＜具体的な意義（例）＞

○生産性の向上

- ・欠勤・退職の減少
- ・事故・リスクの減少
- ・従業員のモチベーション向上

○会社のブランドイメージの向上

- ・受注拡大、資金調達、人材確保

○コスト削減

- ・不良品低減
- （医療費の適正化→保険料の低下）

従業員にとっての価値

→ 職場環境改善の実感

＜具体的な意義（例）＞

- ・健康診断が受診しやすい
- ・食事や運動に配慮したプログラムが提供される
- ・適切な労働時間が実現される
- ・柔軟な働き方ができる
（心身不調の際の対応が早い）

23

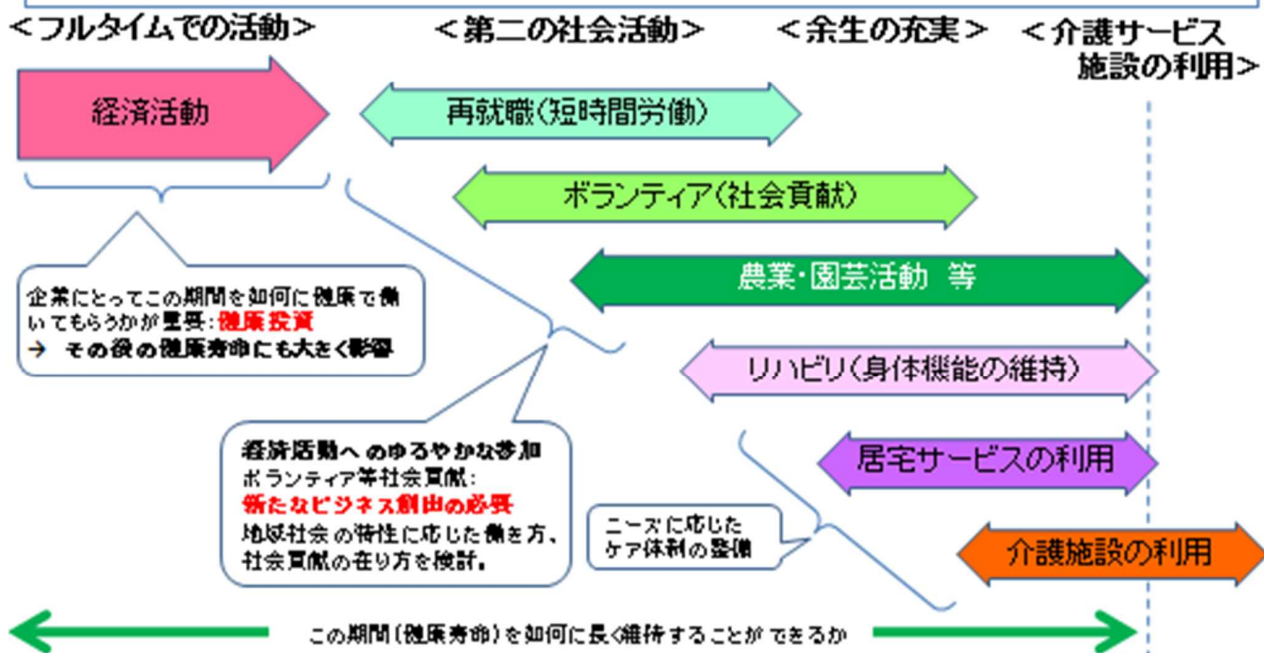
健康経営優良法人2018(中小規模法人部門)の認定基準

大項目	中項目	小項目	評価項目	認定要件
1. 経営理念(経営者の自覚)			健康宣言の社内外への発信及び経営者自身の健診受診	必須
2. 組織体制			健康づくり担当者の設置	必須
3. 制度・施策実行	従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	健康課題の把握	①定期健診受診率(実質100%) ②受診勧奨の取り組み ③50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施	左記①～④のうち2項目以上
		対策の検討	④健康増進・過重労働防止に向けた具体的目標(計画)の設定	
	健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲイジメント	ヘルスリテラシーの向上	⑤管理職又は一般社員に対する教育機会の設定	左記⑤～⑧のうち少なくとも1項目
		ワークライフバランスの推進	⑥適切な働き方実現に向けた取り組み	
		職場の活性化	⑦コミュニケーションの促進に向けた取り組み	
	従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策	病気の治療と仕事の両立支援	⑧病気の治療と仕事の両立の促進に向けた取り組み(⑤以外)	左記⑨～⑮のうち3項目以上
		保健指導	⑨保健指導の実施又は特定保健指導実施機会の提供に関する取り組み	
		健康増進・生活習慣病予防対策	⑩食生活の改善に向けた取り組み	
			⑪運動機会の増進に向けた取り組み	
		感染症予防対策	⑫受動喫煙対策に関する取り組み (※「健康経営優良法人2019」の認定基準では必須項目とする)	
			⑬従業員の感染症予防に向けた取り組み	
4. 評価・改善		保険者へのデータ提供(保険者との連携)	⑭長時間労働者への対応に関する取り組み	必須
			⑮不調者への対応に関する取り組み	
5. 法令遵守・リスクマネジメント			定期健診を実施していること(自主申告)	必須
			保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施(自主申告)	
			50人以上の事業場におけるストレスチェックを実施していること(自主申告)	
			従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていないこと(自主申告)	

44

(別紙) 今後の検討の視点

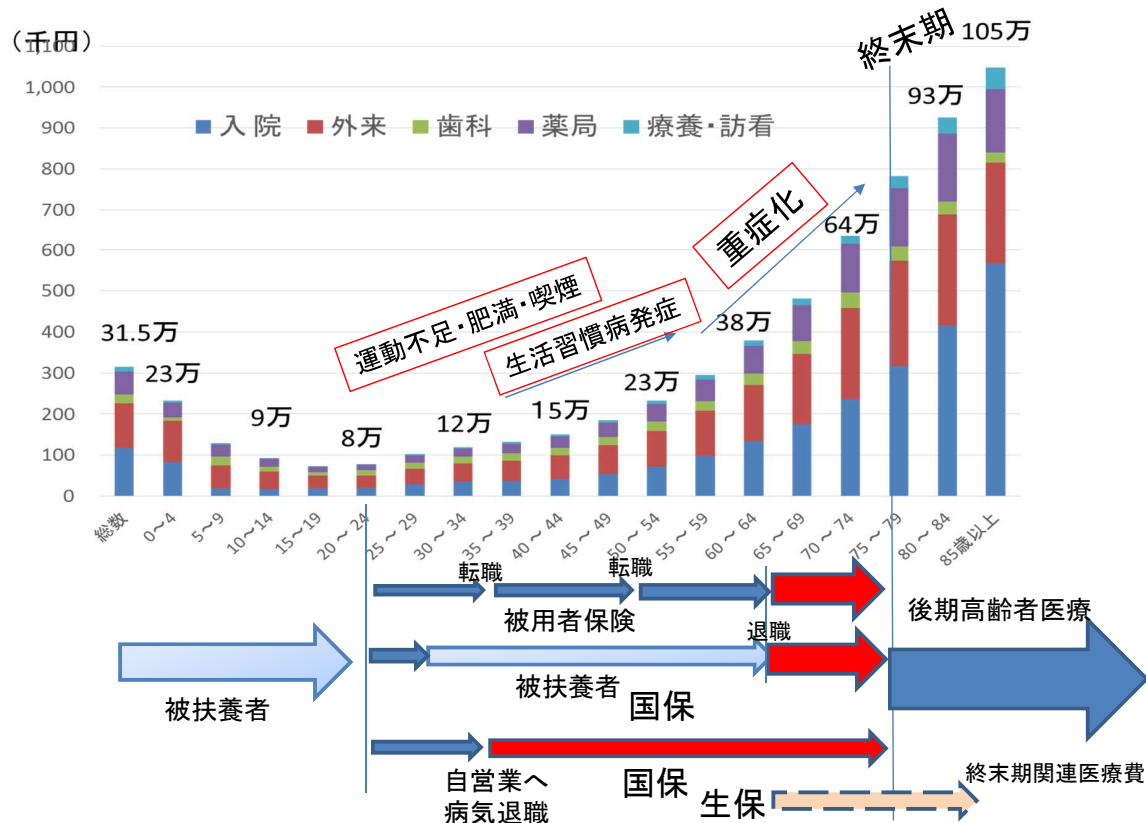
- 人は社会的存在であり、**生涯「現役」**として社会に関わり続けることが、健康維持のための重要なポイント。
- 65歳以上の高齢者人口が増大することに伴い、**年齢に応じた社会参加の在り方**を可能にすることが必要。
- ▶ 高齢者を受益者に止まらず、**経済活動の新たな主体として位置づけ、新たな社会経済システムのあり方を検討**



25

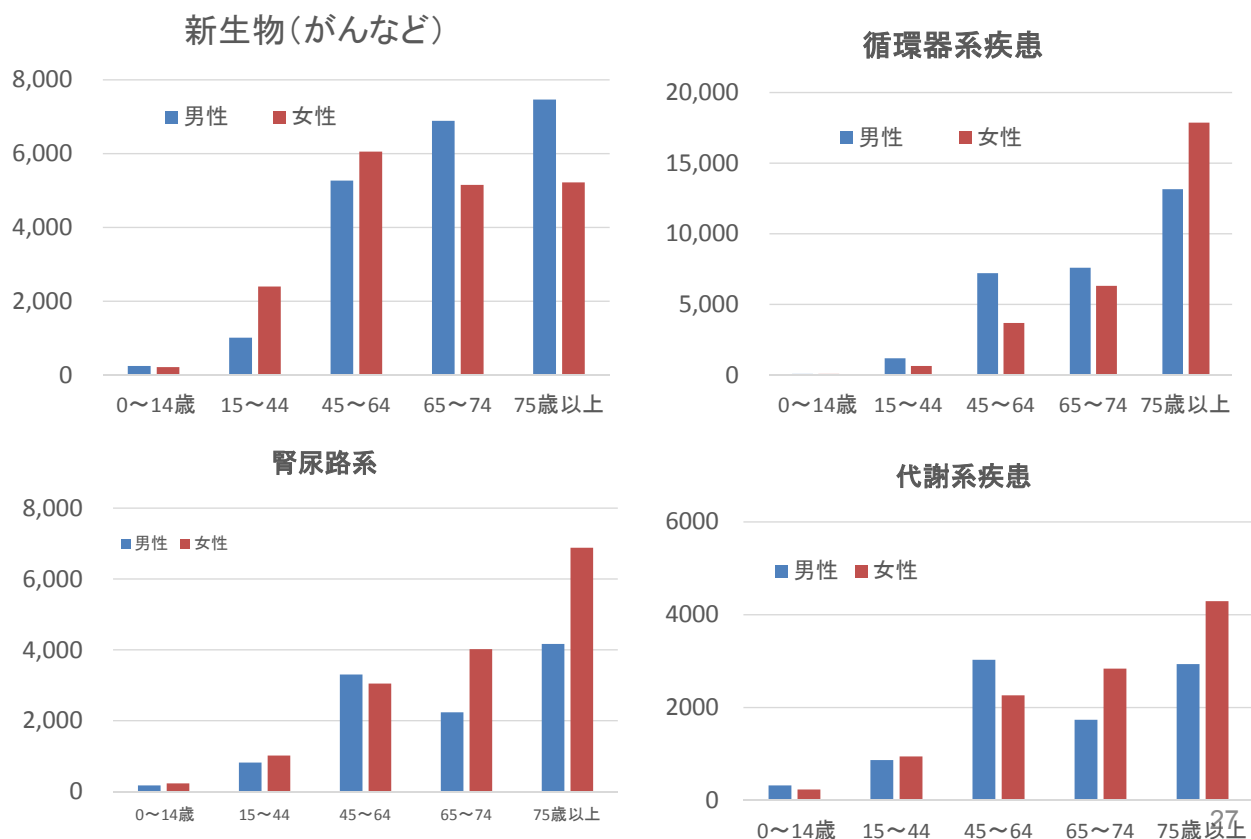
理由③ 社会保障費の増加抑制

年齢階級別1人当たり医療費

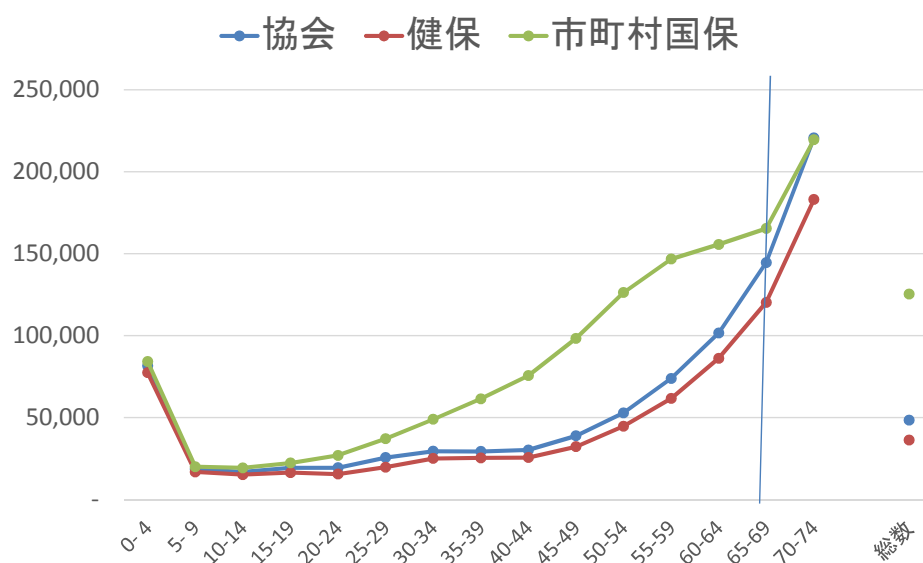


26

性・年齢階級別 傷病別医療費(平成27年 国民医療費)

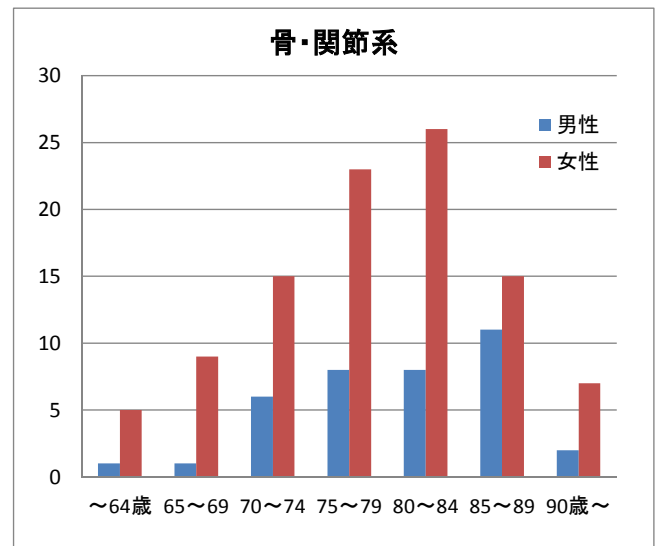
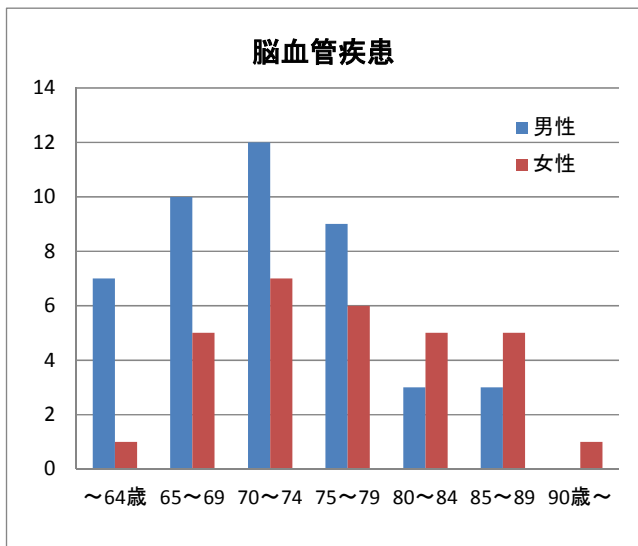


年齢階級別1人当たり医療費



- 一人当たり医療費は 国保>協会>健保
- 働き盛り世代の国保が高い理由
健診受診率低い、**病気により退職⇒国保へ** → 生保となる人も

初回要介護認定 主治医意見書 「脳血管疾患」と「骨・関節系」の性別・発症年齢(人)



保険者異動年齢の健康課題分析は重要
国保加入時の健診・レセプトデータ分析から
間接的に職域の課題を知る

29

健康なまち・職場づくり宣言2020

宣言 1 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2 かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

宣言 3 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

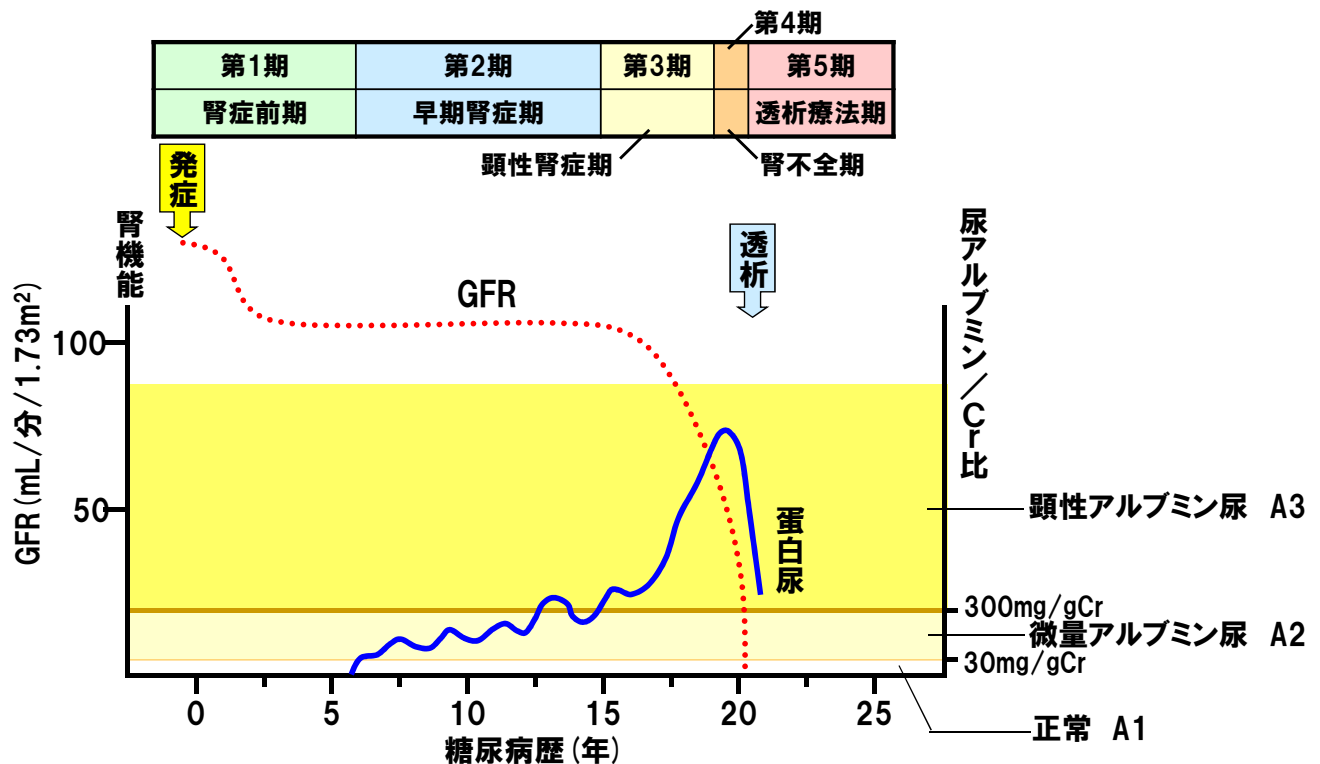
宣言 6 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言 7 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。



2型糖尿病性腎症の臨床経過



(榎野博史. 糖尿病性腎症-発症・進展機序と治療. 東京: 診断と治療社, 1999: 192. より引用, 改変)

CKD診療ガイド2012 p.32³¹ 図19

J-DOIT3 治療目標、生活習慣改善・自己測定

	従来治療群	強化療法群
HbA1c	< 6.9 %	< 6.2 %
血圧	< 130 / 80 mm Hg	< 120 / 75 mm Hg
LDL-コレステロール	< 120 mg/dL (* < 100 mg/dL)	< 80 mg/dL (* < 70 mg/dL)
HDL-コレステロール	≥ 40 mg/dL	≥ 40 mg/dL
中性脂肪	< 150 mg/dL	< 120 mg/dL
BMI	≤ 24	≤ 22

* 冠動脈性心疾患の既往がある場合

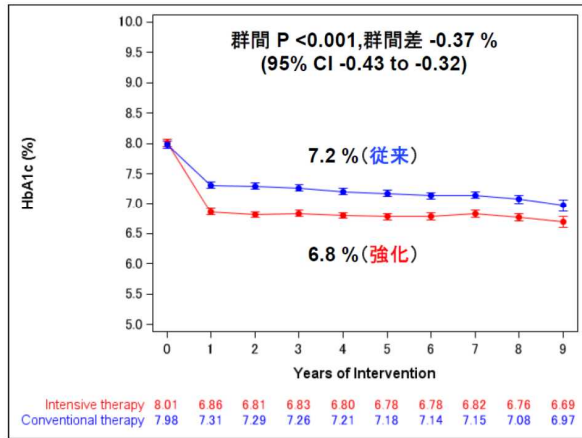
BMJ Open Diabetes Res Care 2016; 4(1): e000123.

	従来治療群	強化療法群
食事療法	1日総カロリー-25-35 kcal/kg	1日総カロリー-25kcal/kg以下 (BMI 25以上), 27kcal/kg以下 (BMI 25未満)
運動療法	歩数計を貸与	加速度計を貸与, 毎日の消費カロリーおよび歩数を 外来受診時に報告
禁煙	ガイドラインに沿って行なう [14]	外来受診時に喫煙本数を報告, 必要な場合には禁 煙補助剤を導入
教育	ガイドラインに沿って行なう [14]	生活習慣改善のためのコアプログラム・ポストコア プログラム
自己測定	血圧計を貸与	血糖測定器と血圧計を貸与

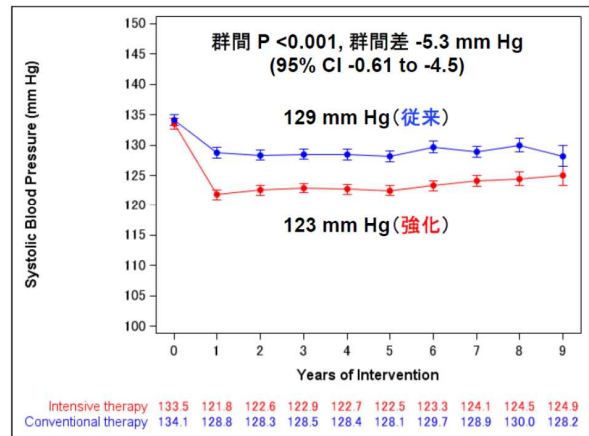
2,542例のランダム化比較試験

Diabetol Int 2015; 6(3): 151-87. 20 BMJ Open Diabetes Res Care 2016; 4(1): e000123.

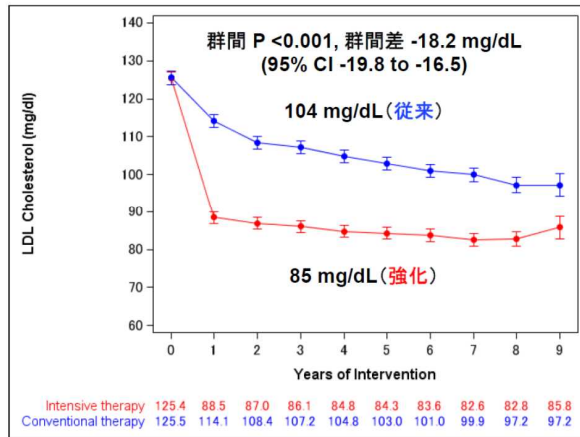
平均HbA1c



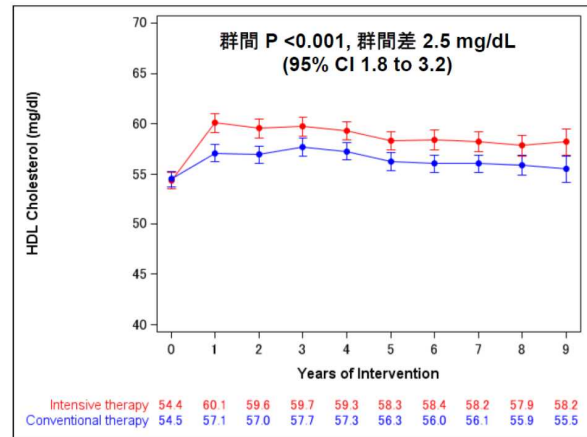
平均収縮期血圧



平均LDL-コレステロール



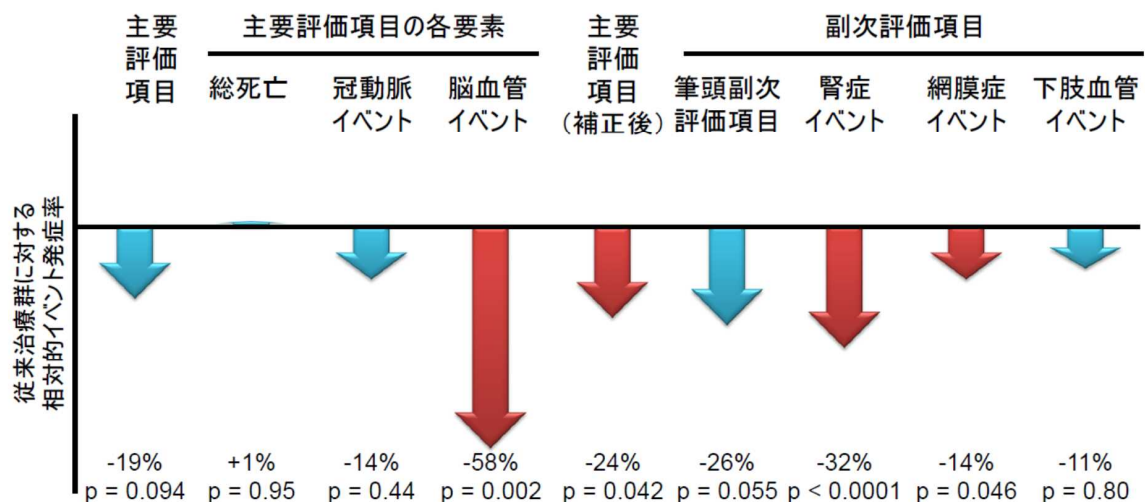
平均HDL-コレステロール



Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-DOIT3): an open-label, randomised controlled trial

Kohjiro Ueki, Takayoshi Sasako, Yukiko Okazaki, Masayuki Kato, Sumie Okahata, Hisayuki Katsuyama, Mikiko Haraguchi, Ai Morita, Ken Ohashi, Kazuo Hara, Atsushi Morise, Kazuo Izumi, Naoki Ishizuka, Yasuo Ohashi, Mitsuhiro Noda, Takashi Kadowaki, and the J-DOIT3 Study Group*

まとめ: 強化療法群における治療効果

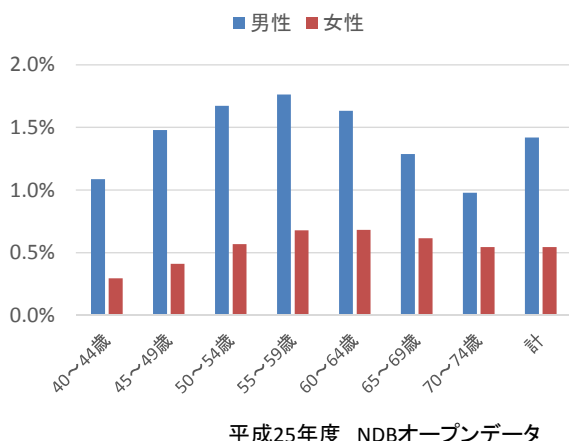


糖尿病性腎症悪化のケース：血糖・血圧コントロール不良になる原因

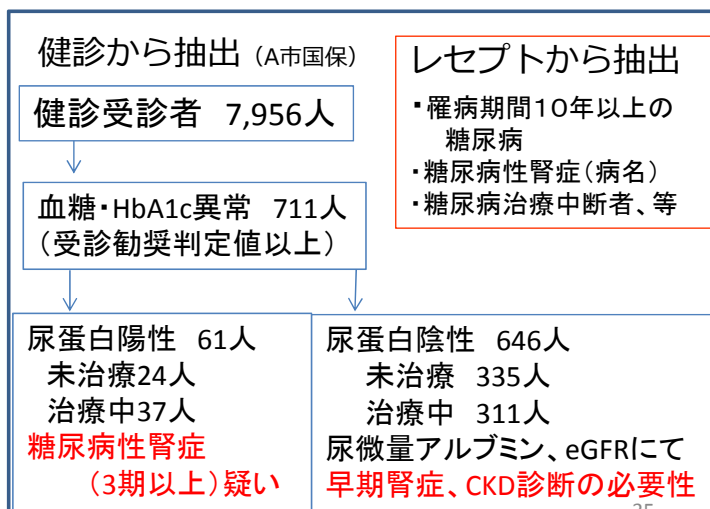
- 健診で糖尿病、腎症と判定されても、**治療につながっていない**
- 糖尿病で治療していても、腎症の診断、治療をきちんと受けていない
- 糖尿病性腎症で治療を受けていても、**食事療法の指導を受けていない**
理解・実行できない、正しく服薬できていない。
- そもそも健診も医療も受けていない、治療中断

医療保険者が把握できる糖尿病の状況：健診、レセプトデータ分析

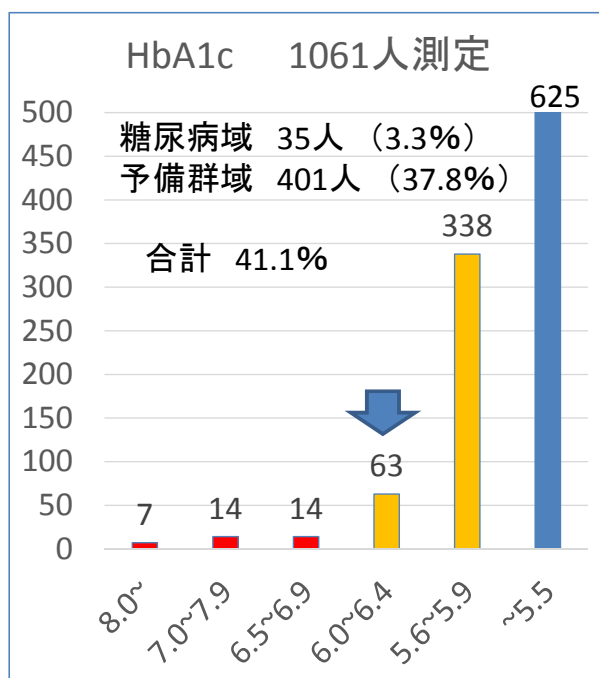
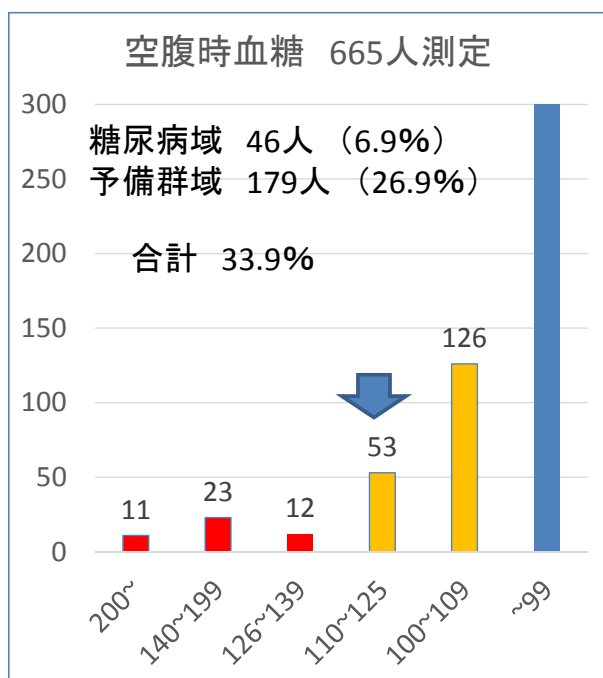
特定健診受診者2,537万人のうち
HbA1c $\geq$ 8.4%の割合は1.01%、18.8万人



健診・レセプトデータから対象者選定が可能



K健保の糖尿病の状況



A総合健保 ハイリスク:HbA1c

2012年度

2013年度

治療あり

治療なし

HbA1c 8.0 % 以上205人、
うち162人(79%)は治療受けず。

HbA1c 7.0%以上 293人
うち 207人(71%)は治療受けず

2年連続 高値者は336人(67%)

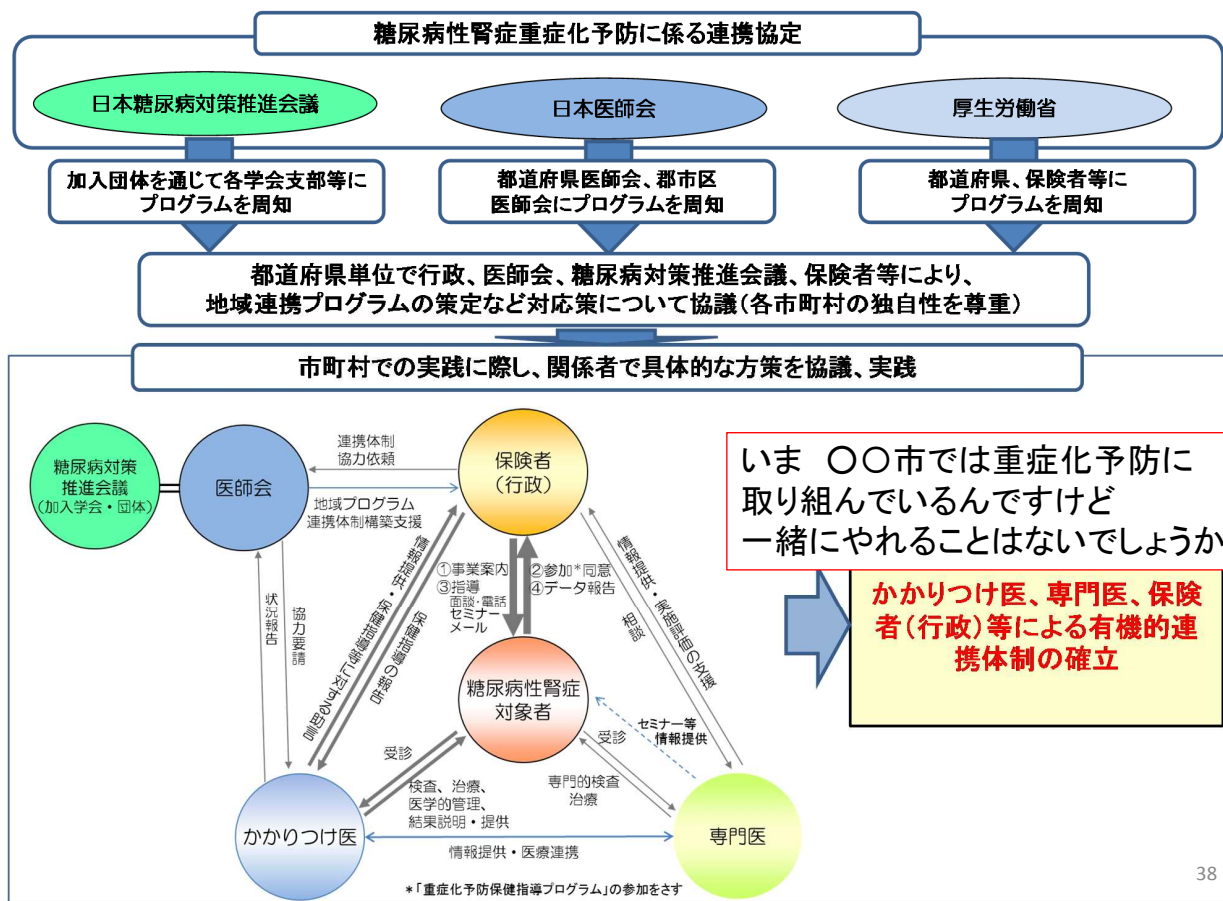
↓
透析、失明を呼び込む

合計

2012年度	2013年度
治療あり	治療あり
治療なし	治療なし
合計	合計

37

取組にあたっての連携体制



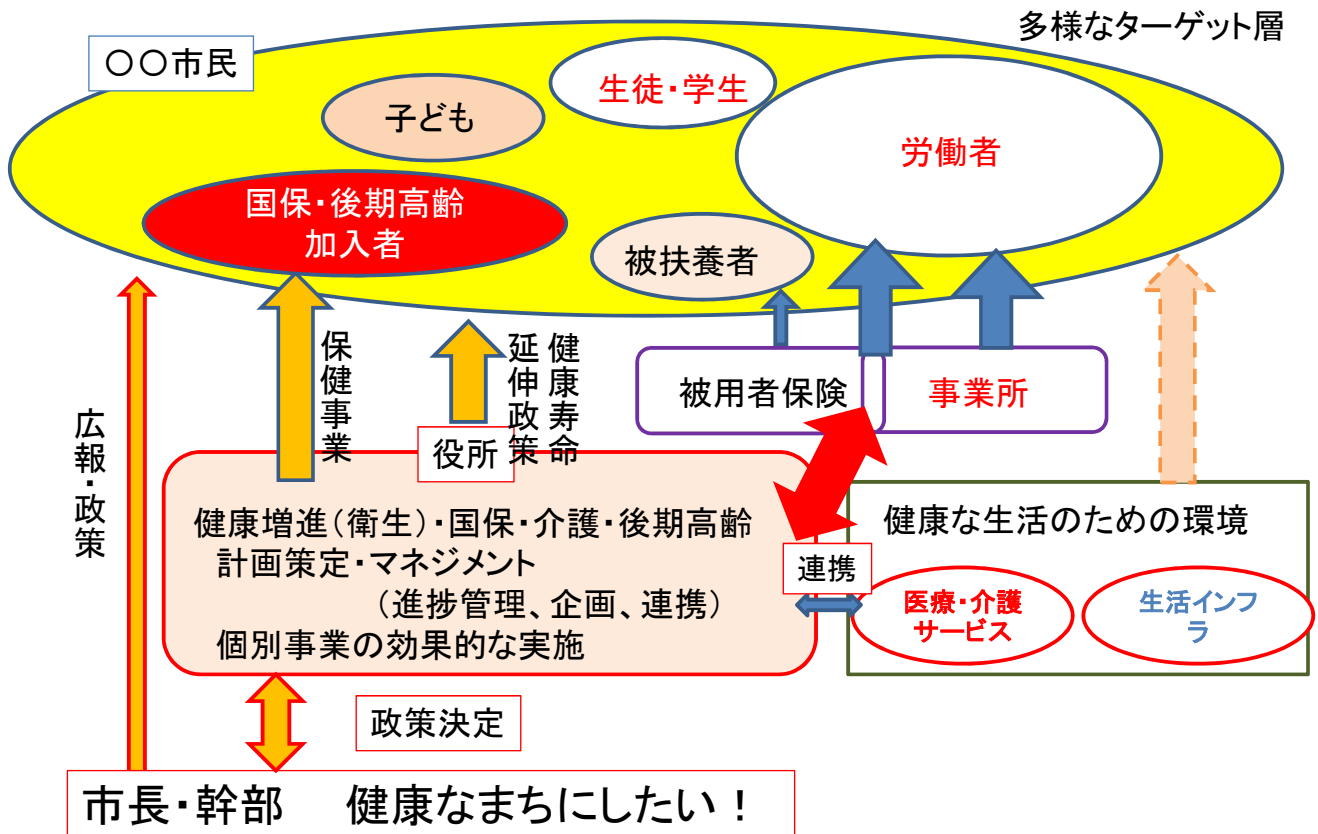
いま ○○市では重症化予防に
取り組んでいるんですけど
一緒にやれることはないでしょうか？

かかりつけ医、専門医、保険
者(行政)等による有機的連
携体制の確立

*「重症化予防保健指導プログラム」の参加をすす

38

対象者へのアプローチポイント



39

連携事業の例

- ・ 地域・職域の共通課題やニーズを把握するための調査事業
- ・ 健康づくりに関する事業(健康教育、教室、パンフ作成など)
地域保健で開催される教室に就業者が参加
職域での保健事業に地域保健担当者が協力(出前講義)
保健事業の共同開催
- ・ 全体企画としての事業(フォーラム、健康情報マップ、ポスター 等)
- ・ 関係者の資質向上に関する事業(マニュアル作成、研修会)

それぞれが独立して実施してきた事業を参考
先行事業や研究報告の資料、先進地での実施状況や評価結果
学識経験者の助言 キーパーソン

40

企画の切り口（例）

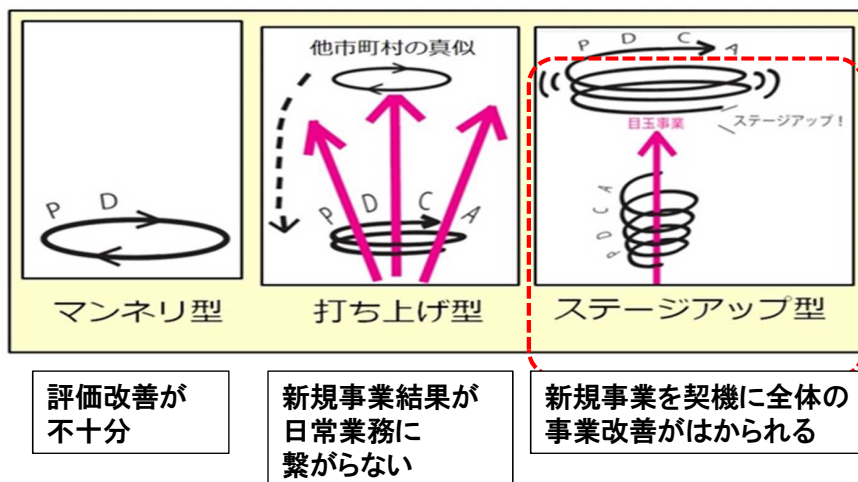
- ・働く世代の健康課題について、公表データ等（データヘルス計画等）を確認する
- ・国保事業を実施する中で浮かび上がる、それ以前の健康課題を職域に確認する
- ・市町村の保健事業を実施するときに、職域にも声をかける
- ・事業所の健康宣言の実現に向けて、共同事業を実施する。実現可能な健康宣言の作り方を一緒に考える
- ・がん検診、退職後の健康管理（国保加入後も健診受診を勧める）、被扶養者の健康管理などを入り口に。
- ・一緒にやれそうなことから始める
（啓発、出前講座、イベント協力・・・）

41

＜望ましい保健事業の進め方＞

- ・根拠に基づいた計画を立案、双方にとって役立つ対策
- PDCAが回るように 仕組みを作る

＜効果的な保健事業を進めるために＞



会議のための連携や 毎年同じ事業の繰り返しになっていないか？
（行政へのおつきあい？）

職域が参加の意義を感じているか？ 積極的な提案がでてきているか？

42

連携事業の企画例

- 長期的な目標（何を達成したいかを明確に）
- 3年間程度をめどにした 具体的な企画
- 1年目：実態調査、相互訪問、ラフなイメージ
パイロット実施、評価方法の検討
予算や体制の準備
- 2年目：本格実施：ストラクチャー、プロセス評価
- 3年目：アウトプット・アウトカム評価、
改善に向けての検討
→共同事業として継続？ 自走化？

予算は単年度でも 事業の仕掛けは3年計画で！

43

ロジスティクスが大切

- 双方のルールの違いを確認する
- 計画の明文化
- 役割、運営方法（実施主体はどちら）
- 連絡方法、窓口
- スケジュール（ガントチャート）、チェックリスト
- マニュアル、教材、資料、機材、場所
- 実施者の研修・教育
- 費用負担
- 公表の方法

44

			平成28年8月末 時点の回収情報 49自治体			平成28年12月末 時点までに 回収した情報より 45自治体			平成29年3月末 時点までに 回収した情報より 43自治体			平成29年3月末～ 11月末までに 回収した情報より 11月直近情報 31自治体 3月末情報 17自治体 未提出 9自治体		
			未記入	着手	済	未記入	着手	済	未記入	着手	済	未記入	着手	済
所 内 体 制	NO.	項目												
	1	健康課題	0%	22%	78%	0%	7%	93%	0%	2%	98%	0%	0%	100%
	5	チーム形成	24%	39%	37%	13%	7%	80%	19%	5%	77%	15%	4%	81%
地 域 連 携	12	チーム内での情報共有	55%	27%	18%	16%	11%	73%	19%	12%	70%	17%	8%	75%
	21	研修会	28%	35%	37%	13%	16%	71%	16%	14%	70%	13%	17%	71%
	7	医師会への相談	49%	27%	24%	4%	4%	91%	7%	5%	88%	10%	4%	85%
事 業 計 画	8	連携先との関係	53%	25%	22%	9%	11%	80%	12%	14%	74%	10%	17%	73%
	15	連携方法の決定	67%	14%	19%	29%	18%	53%	23%	21%	56%	25%	19%	56%
	2	対象者数	6%	47%	47%	0%	7%	93%	0%	7%	93%	0%	2%	98%
事 業 実 施	3	対象者の検討	16%	47%	37%	2%	4%	93%	2%	7%	91%	2%	4%	94%
	4	予算・人員配置	10%	35%	55%	0%	2%	98%	2%	0%	98%	0%	4%	96%
	6	介入法の検討	8%	59%	33%	0%	9%	91%	0%	16%	84%	0%	15%	85%
事 業 評 価	9	対象者決定	20%	47%	33%	0%	4%	96%	0%	2%	98%	0%	2%	98%
	10	介入法の決定	24%	37%	39%	0%	4%	96%	2%	2%	95%	2%	2%	96%
	11	実施法の決定	37%	28%	35%	0%	4%	96%	2%	2%	95%	0%	2%	98%
修 正 次 年 度 の 実 施	13	計画書作成	31%	57%	12%	2%	9%	89%	7%	9%	84%	4%	8%	88%
	14	募集法の決定	43%	29%	29%	13%	9%	78%	14%	14%	72%	10%	10%	79%
	16	マニュアル作成	59%	33%	8%	31%	33%	36%	23%	40%	37%	27%	40%	33%
修 正 次 年 度 の 実 施	17	保健指導等の準備	55%	27%	18%	18%	20%	62%	9%	26%	65%	6%	23%	71%
	18	(外部委託の場合:14自治体)	33%	40%	27%	7%	20%	73%	7%	7%	86%	50%	3%	47%
	19	個人情報取り扱い	41%	24%	35%	4%	20%	76%	5%	18%	77%	8%	21%	71%
修 正 次 年 度 の 実 施	20	苦情・トラブル対応	40%	29%	31%	11%	13%	76%	14%	9%	77%	17%	10%	73%
	22	介入(受診勧奨)					21%	33%	46%	18%	23%	21%	17%	62%
	23	記録					13%	31%	56%	5%	26%	11%	15%	74%
修 正 次 年 度 の 実 施	24	件数把握					8%	36%	56%	3%	36%	15%	19%	66%
	25	かかりつけ医との連携					54%	23%	23%	44%	21%	47%	13%	40%
	26	受診状況把握					18%	49%	33%	5%	28%	13%	15%	72%
修 正 次 年 度 の 実 施	27	個人情報					13%	36%	51%	5%	28%	17%	19%	64%
	28	マニュアル修正					38%	41%	21%	36%	31%	30%	26%	45%
	29	初回情報の登録					18%	26%	56%	13%	23%	21%	15%	62%
修 正 次 年 度 の 実 施	30	募集法					19%	23%	58%	13%	23%	25%	18%	58%
	31	対象者					19%	32%	48%	16%	29%	30%	20%	50%
	32	介入(初回面接)					16%	32%	52%	13%	23%	30%	10%	60%
修 正 次 年 度 の 実 施	33	介入(継続的支援)					19%	48%	32%	13%	35%	30%	20%	50%
	34	かかりつけ医との連携					26%	45%	29%	16%	35%	33%	18%	50%
	35	記録					13%	52%	35%	10%	29%	23%	18%	60%
修 正 次 年 度 の 実 施	36	データ登録					26%	45%	29%	13%	35%	25%	23%	53%
	37	安全管理					16%	48%	35%	10%	32%	25%	13%	60%
	38	個人情報					13%	45%	42%	6%	26%	23%	15%	63%
修 正 次 年 度 の 実 施	39	チーム内の情報共有					19%	55%	26%	10%	39%	30%	20%	50%
	40	マニュアル修正					39%	35%	26%	23%	39%	35%	25%	40%
	41	初回情報の登録					32%	23%	45%	13%	16%	27%	12%	61%
修 正 次 年 度 の 実 施	42	3か月後情報の登録					84%	9%	7%	16%	19%	21%	8%	71%
	44	6か月後情報の登録					98%	2%	0%	44%	33%	33%	17%	50%
	46	改善点の明確化					98%	2%	0%	49%	28%	38%	25%	38%
修 正 次 年 度 の 実 施	43	中間報告会					93%	4%	2%	53%	16%	48%	13%	40%
	45	最終報告会					98%	2%	0%	81%	16%	75%	17%	8%
	47	相談					89%	9%	2%	33%	40%	27%	33%	40%
修 正 次 年 度 の 実 施	48	地域協議会への報告					93%	7%	0%	60%	26%	58%	23%	19%
	49	次年度計画					98%	2%	0%	51%	40%	35%	35%	29%
	50	長期追跡体制					96%	4%	0%	58%	30%	48%	27%	25%
修 正 次 年 度 の 実 施	51	長期追跡情報の登録					98%	2%	0%	84%	16%	69%	25%	6%

※開始から1度も提出なし/57自治体

45

運営マニュアル

各種保健指導マニュアル

時期	実施項目	内容	担当
宿泊プログラム当日	当日ミーティング	・開催目的、要望、スケジュール等を再確認する。 ・スケジュールの変更等は当日担当者で、随時情報共有する。	担当者
	スケジュール・場所等に変更が生じた場合	・生活習慣病予防課に連絡し、重複等を確認。 ・当日の日程表(掲示用も含めて)を変更。 ・予約センター、開発館受付にも変更の旨を連絡。 ※開発館受付に連絡する場合は、事前に保険者や担当者で決めておく。	担当者
	欠席者・遅刻者の確認	・原日、9:30の時点で連絡がない場合は、教室キャンセル扱いとする。 ・9:30までに開発館受付に最終人数を報告する。⇒開発館受付から最終人数の連絡。	担当者
	教室参加人数	・開催当日AM9:30までに、開発館受付から最終人数を当日主担当へ連絡。 ・開発当日AM9:30までに、開発館受付は最終個数を当日主担当と確認し、レストランへ最終連絡。 ※付き添いの注文数に注意。付き添い者も注文する場合、システムの教室参加人数と異なる場合がある。	担当者
	昼食数の最終連絡	・開催当日連絡の連絡があり、バランス弁当が必要な場合はAM9:30までに開発館受付へ連絡。 ・昼食時間の変更が必要な場合は、事前にレストランや栄養士へ連絡。 ・キッチンルームへの案内。 ・アレルギーのある参加者は事前に担当に誘導。	担当者
	昼食数・時間の変更	・教室の目的・全体の流れ、健康目標シートについて説明。 ・昼食時間の変更が必要な場合は、事前にレストランに連絡を入れる。 ・レストランまで誘導。	担当者
	昼食の案内	・目標設定用紙は回収し、原本は保存。コピーを参加者へ返却。 ・関心度確認表は回収。 ・コピーを用いて当日スタッフで反省会を実施。 ・参加者の様子・反応等情報交換をし、自身の資質向上に資する。 ・生活習慣病予防課1日担当の回収(赤・青)目標設定用紙と関心度確認表に、 分けて提出。 ・回収したファイルを各日の実施人数と担当者を記入。	担当者
	目標設定用紙		担当者
	関心度確認表の処理		担当者
			担当者

時間	内容	詳細	施設名	教材
10:00 (25分)	朝食		1F会議室	
10:25 (30分)	ヘルツェ	挨拶・ヘルツェの説明 ヘルツェ入力 ✓食事メモや写真等を参考に、正確な入力の手助けをする。 ✓目安量として、フードモデルを使用する	1F会議室	・筆記用具 ・ボールペン ・食事の記録または写真 ・フードモデル
10:55 (20分)	グループワーク	・自己紹介 ・健康について取り組んでいること ✓参加者同士が打ち解けられる場づくりを行う。		
12:15 (15分)	朝食 (学習)	食べて健康! バランスランチ 実際の弁当の内容と始めるが適正な食事量やバランスについて学ぶ。	1F会議室	・弁当(おかずのみ) 主菜25V 副菜25V 和菜15V 漬物15V ・おかずカード ・ランチョンマット (黄色・赤・緑) ・キッチンスケール <準備> ・植物と野菜紙皿・箸 ・お茶 ・おてらき?
(65分)		① 弁当のおかずを主菜・副菜の分類分け グループごとに考えてもらう。 ② 実演 ・ごはん(主食)・サラダを自分で盛り付け ✓キッチンスケールを用意する。初めは指図通りによってもらって計量。その後、ヘルツェの結果に記載されている、個人の適量になるように調整してもらう。 ③ 講義 課題内容 共通内容 ✓ヘルツェ結果説明 ・エネルギーの収支バランス。 体重を確認することを伝える。 ・間食・嗜好品の適量や選択のポイント。 お酒については、自販機(別紙)・レストランに置いてあるお酒の適量も伝える。 ・食事バランスガイドを使った食事の分類やバランスの整え方のポイント。 ・PFC比について ・コンビニ・外食での選択のポイント。 高カロリー・高脂質・高糖質食品について。		・ヘルツェ食事結果表 ・目標設定シート ・電子 ・筆記用具 ・ボールペン (外食のカロリーガイド)

各カリキュラムの指導ポイント

使用する教材・ツール

46

保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っているか	・達成したい目標にむけて、関係者の理解が得られたか。 ・実施体制が構築できたか ・マンパワー、予算は確保できたか
プロセス うまく運営できているか	・事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか ・進行管理表を作成したか ・対象者に合わせた内容が準備できているか
アウトプット ちゃんと実施できたか	・計画した事業が実施できたか ・ねらったセグメントの対象者が参加したか ・実施回数、人数は計画どおりか
アウトカム 結果は出ているか	目的とした成果が上がっているか。 関心度・生活習慣、健康状態（検査値） 次年度も継続したいという意欲があるか

47

目的: 住民(労働者)の健康状態を向上させるため、
お互いに連携してよかったな、と思える仕事をする

品質マネジメントシステムの継続的な改善



連携の必要性が共有できている

(必要性の理解のための「お試し」も必要)

お互いの立場や役割が理解できている

連携の価値を評価している

双方にとって価値のある事業に修正していく

連携事業が当たり前のように仕事の中に入っている
担当者が変わっても継続性がある

48

地域職域が連携して 健康なまちをつくれば..

- ・ 働く人が元気⇒職域の活力アップ
⇒医療費↓、予防への投資
- ・ 企業が元気⇒税収↑⇒住民への還元
⇒環境改善⇒住みやすいまち
- ・ 家族が元気⇒病気による大黒柱の喪失なし
⇒家族の健康づくりにも好影響
- ・ 退職者が元気⇒地域活動の担い手
⇒医療費↓、介護給付費↓

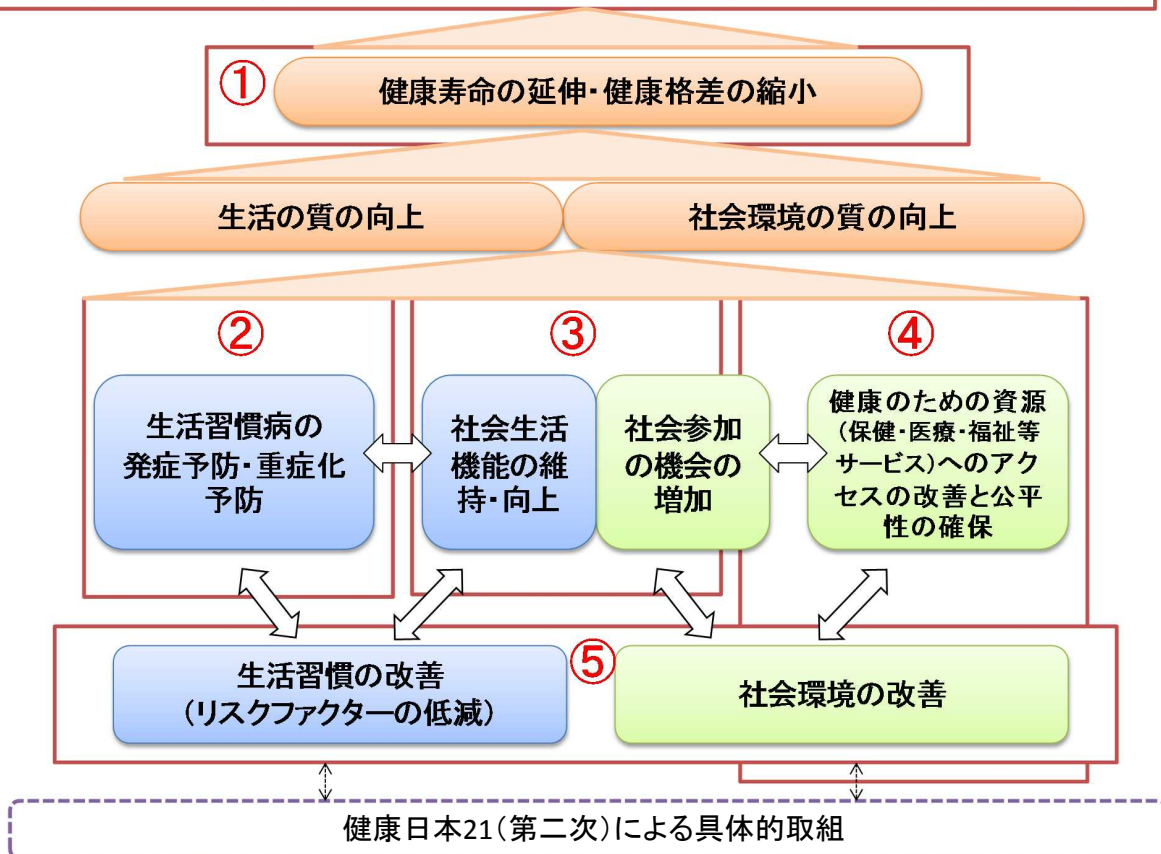
注目度・要望がUP⇒事業の発展へ



49

健康日本21(第2次)の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



50