

ソーシャル・マーケティングの 視点から見た特定健診・特定 保健指導の問題点

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

特定健診・特定保健指導事業の現状

- システムが回っていない
 - － 仕組みが複雑すぎる
 - ・ 記載要求事項が複雑で解釈を必要とする部分が多すぎる
 - ・ 公開されている仕様の情報不足
 - ・ 異なるスキーム間の不整合(国保－健保)
 - ・ 介護保険との関係
 - ・ これまでの制度との整合性が不十分
 - － 請求系のシステムが十分でない
 - ・ 社会的インフラを作るという意識の不足
 - － システムを作る前にビジネスに走ってしまった
 - ・ 情報開示の不足

より重要な問題としてのソーシャルマーケティング的工夫の欠落

ソーシャルマーケティングとは

ソーシャルマーケティングとは

- ・ ターゲットとなる対象者と社会福祉の向上を目的として
- ・ その自発的な行動を促すために作られたプログラムの
- ・ 分析、計画、実施にマーケティング技術を応用すること

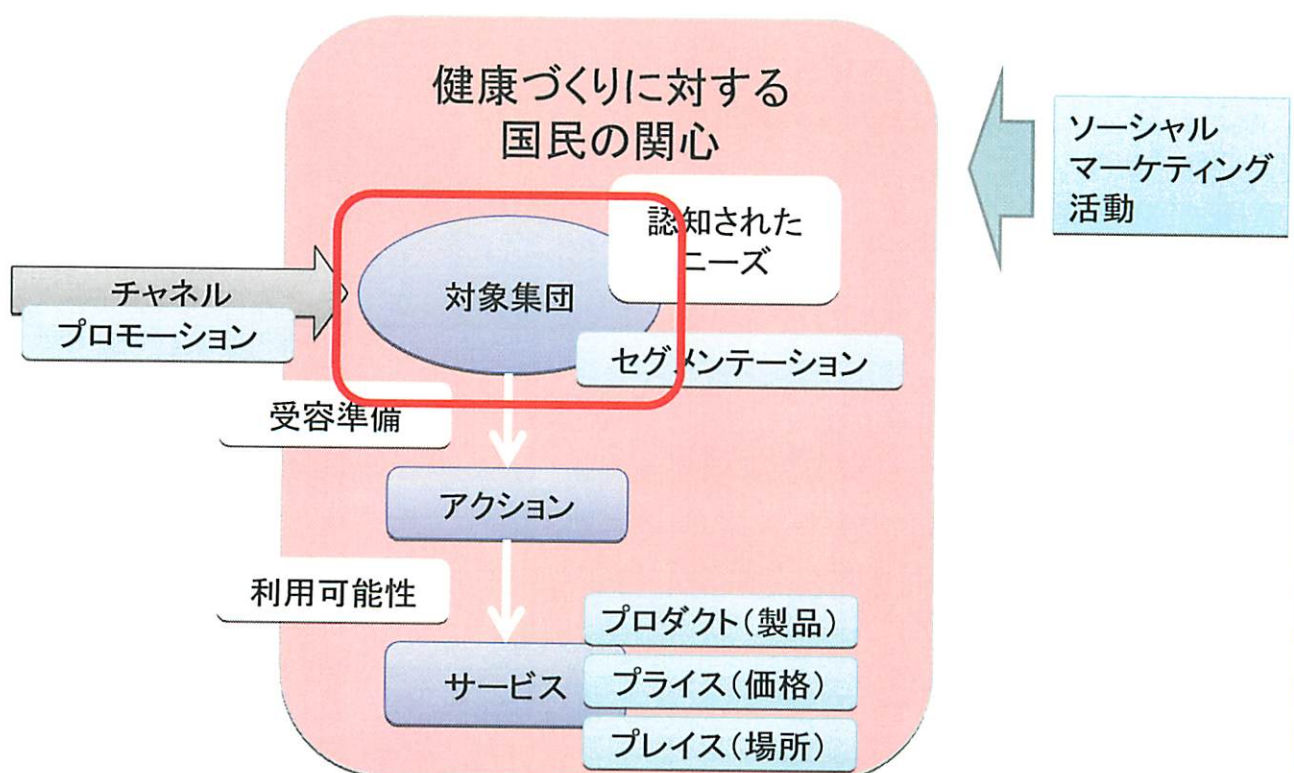
(Andreassen, AR; 1995)

マーケティングとは

- ・ 個人と組織の目標を満足させる交換を創造するために、
- ・ アイデア、財、サービスの概念形成、価格、プロモーション、流通を
- ・ 計画・実行する過程

(嶋口充輝; 2000)

特定健診・特定保健指導事業のソーシャルマーケティングモデル



問題の大きさ:

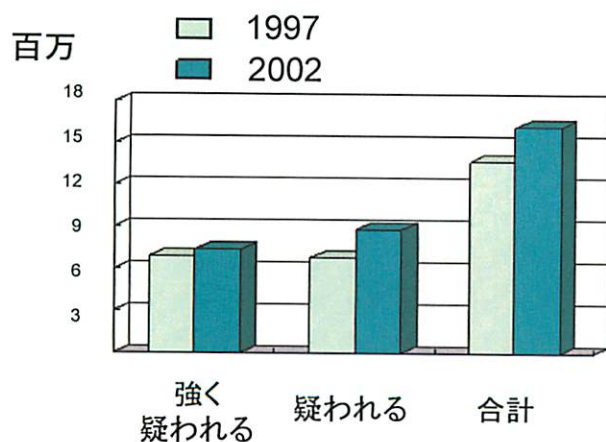
- ・新しい国民病としての糖尿病

ターゲット集団の設定

- ・年齢は？
- ・性別は？

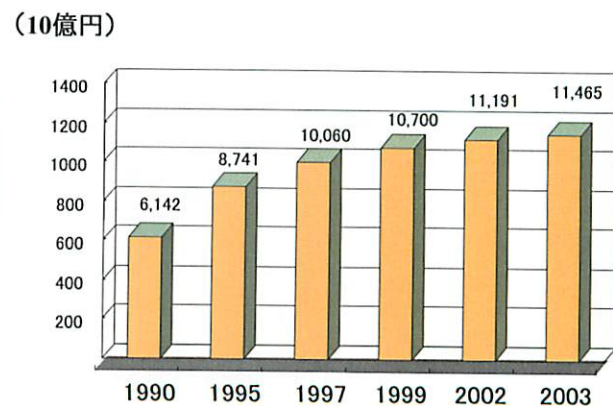
新しい「国民病」としての糖尿病

糖尿病患者数



出典: 全国糖尿病調査 (2003)

糖尿病による医療費



出典: 国民医療費 (2005)

急性期病院に入院している全患者の少なくとも10%に糖尿病がある。
(資料: 平成20年度DPC研究班データ)

DPCデータからみた 急性期入院における糖尿病

平成20年7月～12月の研究班データ
855病院、2,594,303件(全DPCデータ、
ただし、エラーデータは除く)の分析結果

狭心症におけるDM合併状況 (都道府県別・性別)

		男性		女性		合計	
		DM (+)	小計	DM (+)	小計	DM (+)	小計
01	N	1,154	4,799	492	2,098	1,646	6,897
北海道	%	24.0	100.0	23.5	100.0	23.9	100.0
02	N	55	431	31	178	86	609
青森	%	12.8	100.0	17.4	100.0	14.1	100.0
03	N	312	1,027	106	365	418	1,392
岩手	%	30.4	100.0	29.0	100.0	30.0	100.0
04	N	387	1,564	155	697	542	2,261
宮城	%	24.7	100.0	22.2	100.0	24.0	100.0
05	N	120	560	40	208	160	768
秋田	%	21.4	100.0	19.2	100.0	20.8	100.0
06	N	108	821	44	303	152	1,124
山形	%	13.2	100.0	14.5	100.0	13.5	100.0
07	N	215	759	85	342	300	1,101
福島	%	28.3	100.0	24.9	100.0	27.2	100.0
	N	20,483	82,624	7,779	33,244	28,262	115,868
全国	%	24.8	100.0	23.4	100.0	24.4	100.0

狭心症におけるDM合併状況 (都道府県別・性別)

		男性		女性		合計	
		DM (+)	小計	DM (+)	小計	DM (+)	小計
08	N	452	2,064	118	633	570	2,697
茨城	%	21.9	100.0	18.6	100.0	21.1	100.0
09	N	291	910	78	280	369	1,190
栃木	%	32.0	100.0	27.9	100.0	31.0	100.0
10	N	371	1,445	142	627	513	2,072
群馬	%	25.7	100.0	22.6	100.0	24.8	100.0
11	N	811	2,289	289	825	1,100	3,114
埼玉	%	35.4	100.0	35.0	100.0	35.3	100.0
12	N	849	3,196	346	1,227	1,195	4,423
千葉	%	26.6	100.0	28.2	100.0	27.0	100.0
13	N	1,722	6,815	525	2,218	2,247	9,033
東京	%	25.3	100.0	23.7	100.0	24.9	100.0
14	N	1,652	6,801	605	2,788	2,257	9,589
神奈川	%	24.3	100.0	21.7	100.0	23.5	100.0
	N	20,483	82,624	7,779	33,244	28,262	115,868
全国	%	24.8	100.0	23.4	100.0	24.4	100.0

狭心症におけるDM合併状況(都道府県別・性別)

		男性		女性		合計	
		DM (+)	小計	DM (+)	小計	DM (+)	小計
15	N	135	504	53	201	188	705
新潟	%	26.8	100.0	26.4	100.0	26.7	100.0
16	N	153	673	69	312	222	985
富山	%	22.7	100.0	22.1	100.0	22.5	100.0
17	N	341	1,393	120	642	461	2,035
石川	%	24.5	100.0	18.7	100.0	22.7	100.0
18	N	51	184	35	106	86	290
福井	%	27.7	100.0	33.0	100.0	29.7	100.0
19	N	10	38	4	24	14	62
山梨	%	26.3	100.0	16.7	100.0	22.6	100.0
20	N	250	964	95	418	345	1,382
長野	%	25.9	100.0	22.7	100.0	25.0	100.0
21	N	441	2,633	163	1,083	604	3,716
岐阜	%	16.7	100.0	15.1	100.0	16.3	100.0
22	N	306	1,990	116	751	422	2,741
静岡	%	15.4	100.0	15.4	100.0	15.4	100.0
23	N	676	3,748	259	1,370	935	5,118
愛知	%	18.0	100.0	18.9	100.0	18.3	100.0
24	N	388	1,104	153	394	541	1,498
三重	%	35.1	100.0	38.8	100.0	36.1	100.0
	N	20,483	82,624	7,779	33,244	28,262	115,868
全国	%	24.8	100.0	23.4	100.0	24.4	100.0

狭心症におけるDM合併状況
(都道府県別・性別)

		男性		女性		合計	
		DM (+)	小計	DM (+)	小計	DM (+)	小計
25	N	281	1,309	121	575	402	1,884
滋賀	%	21.5	100.0	21.0	100.0	21.3	100.0
26	N	263	1,534	109	613	372	2,147
京都	%	17.1	100.0	17.8	100.0	17.3	100.0
27	N	2,262	7,915	803	2,931	3,065	10,846
大阪	%	28.6	100.0	27.4	100.0	28.3	100.0
28	N	719	3,477	274	1,229	993	4,706
兵庫	%	20.7	100.0	22.3	100.0	21.1	100.0
29	N	138	762	58	319	196	1,081
奈良	%	18.1	100.0	18.2	100.0	18.1	100.0
30	N	141	457	63	216	204	673
和歌山	%	30.9	100.0	29.2	100.0	30.3	100.0
	N	20,483	82,624	7,779	33,244	28,262	115,868
全国	%	24.8	100.0	23.4	100.0	24.4	100.0

狭心症におけるDM合併状況
(都道府県別・性別)

		男性		女性		合計	
		DM (+)	小計	DM (+)	小計	DM (+)	小計
31	N	154	703	56	240	210	943
鳥取	%	21.9	100.0	23.3	100.0	22.3	100.0
32	N	77	387	27	189	104	576
島根	%	19.9	100.0	14.3	100.0	18.1	100.0
33	N	171	1,501	83	577	254	2,078
岡山	%	11.4	100.0	14.4	100.0	12.2	100.0
34	N	419	1,392	185	678	604	2,070
広島	%	30.1	100.0	27.3	100.0	29.2	100.0
35	N	212	894	108	427	320	1,321
山口	%	23.7	100.0	25.3	100.0	24.2	100.0
36	N	543	1,257	102	487	645	1,744
徳島	%	43.2	100.0	20.9	100.0	37.0	100.0
37	N	130	536	52	208	182	744
香川	%	24.3	100.0	25.0	100.0	24.5	100.0
38	N	44	225	9	103	53	328
愛媛	%	19.6	100.0	8.7	100.0	16.2	100.0
39	N	45	185	18	82	63	267
高知	%	24.3	100.0	22.0	100.0	23.6	100.0
	N	20,483	82,624	7,779	33,244	28,262	115,868
全国	%	24.8	100.0	23.4	100.0	24.4	100.0

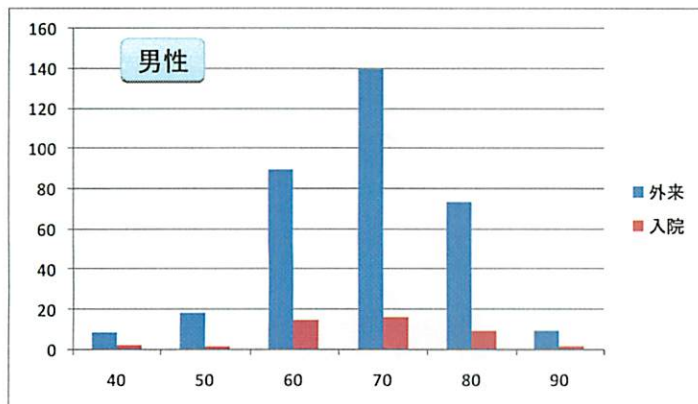
狭心症におけるDM合併状況 (都道府県別・性別)

		男性		女性		合計	
		DM (+)	小計	DM (+)	小計	DM (+)	小計
40	N	1,430	5,857	624	2,755	2,054	8,612
福岡	%	24.4	100.0	22.6	100.0	23.9	100.0
41	N	94	313	40	158	134	471
佐賀	%	30.0	100.0	25.3	100.0	28.5	100.0
42	N	333	1,415	153	678	486	2,093
長崎	%	23.5	100.0	22.6	100.0	23.2	100.0
43	N	576	1,594	262	731	838	2,325
熊本	%	36.1	100.0	35.8	100.0	36.0	100.0
44	N	238	819	105	425	343	1,244
大分	%	29.1	100.0	24.7	100.0	27.6	100.0
45	N	247	964	76	371	323	1,335
宮崎	%	25.6	100.0	20.5	100.0	24.2	100.0
46	N	370	1,150	143	515	513	1,665
鹿児島	%	32.2	100.0	27.8	100.0	30.8	100.0
47	N	346	1,266	185	647	531	1,913
沖縄	%	27.3	100.0	28.6	100.0	27.8	100.0
	N	20,483	82,624	7,779	33,244	28,262	115,868
全国	%	24.8	100.0	23.4	100.0	24.4	100.0

糖尿病の有無別にみた医療資源投入量 (“050050xx03x0xx”: 狭心症PCI・手術処置等2なし)

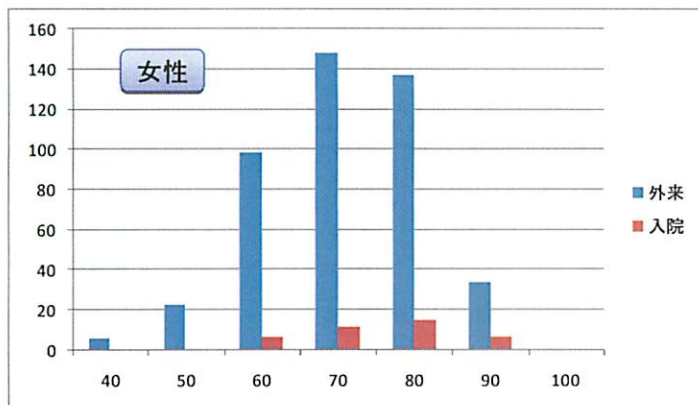
		女性			
	糖尿病	N	Mean	SD	p value
年齢	なし	5,541	73.0	8.7	<0.001
	あり	2,132	71.4	8.5	
出来高換算_合計(点数)	なし	5,541	143,305.1	67,635.0	<0.001
	あり	2,132	149,252.1	69,694.4	
出来高換算_診察(点数)	なし	5,541	627.1	553.9	<0.001
	あり	2,132	789.4	858.8	
出来高換算_内服(点数)	なし	5,541	1,463.6	1,581.1	<0.001
	あり	2,132	1,691.1	1,715.3	
出来高換算_注射(点数)	なし	5,541	950.6	3,447.2	0.535
	あり	2,132	1,047.0	3,136.3	
出来高換算_処置(点数)	なし	5,541	217.3	1,429.5	0.797
	あり	2,132	227.1	1,639.2	
出来高換算_手術(点数)	なし	5,541	117,776.7	56,326.7	0.004
	あり	2,132	121,965.9	57,557.0	
出来高換算_検査(点数)	なし	5,541	4,734.8	5,687.3	0.499
	あり	2,132	4,637.8	5,460.2	
出来高換算_画像診断(点数)	なし	5,541	665.1	1,396.6	0.413
	あり	2,132	636.4	1,318.1	
Chalson's Comorbidity Index	なし	1,640	1.3	0.5	<0.001
	あり	1,958	1.5	0.8	
在院日数	なし	5,541	7.6	8.1	0.002
	あり	2,132	8.3	7.8	

福岡県の一自治体における糖尿病の男女別・入院外来別患者数(調剤を除く)
(国民健康保険・後期高齢者医療保険合計、平成20年9月診療分)



行ラベル	外来	入院	総計
40	9	3	12
50	19	2	21
60	90	15	105
70	140	17	157
80	74	10	84
90	10	2	12
総計	342	49	391

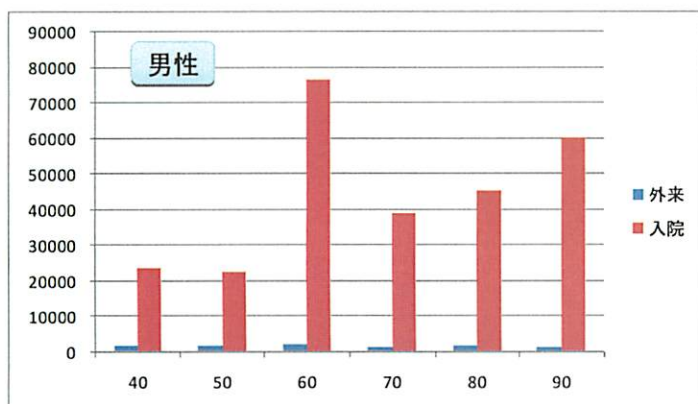
(単位: 人)



行ラベル	外来	入院	総計
40	6	0	6
50	23	0	23
60	99	7	106
70	148	12	160
80	137	15	152
90	34	7	41
100	1	0	1
総計	448	41	489

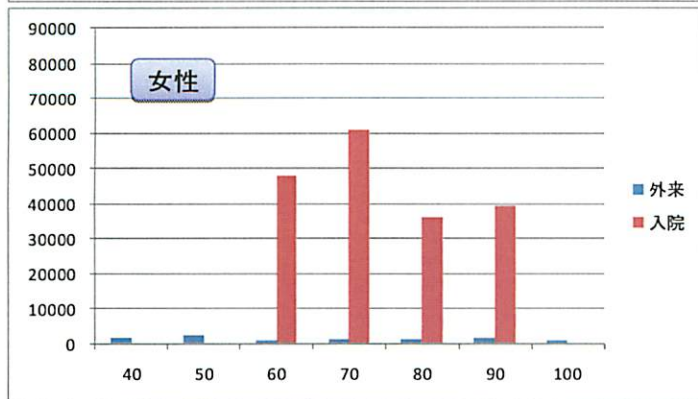
(単位: 人)

福岡県の一自治体における糖尿病の男女別・入院外来別平均医療費(調剤を除く)
(国民健康保険・後期高齢者医療保険合計、平成20年9月診療分)



行ラベル	外来	入院	総計
40	1976	23860	7447
50	1780	22608	3763
60	2057	76531	12696
70	1443	39047	5515
80	1792	45352	6978
90	1313	59985	11091
総計	1709	51062	7894

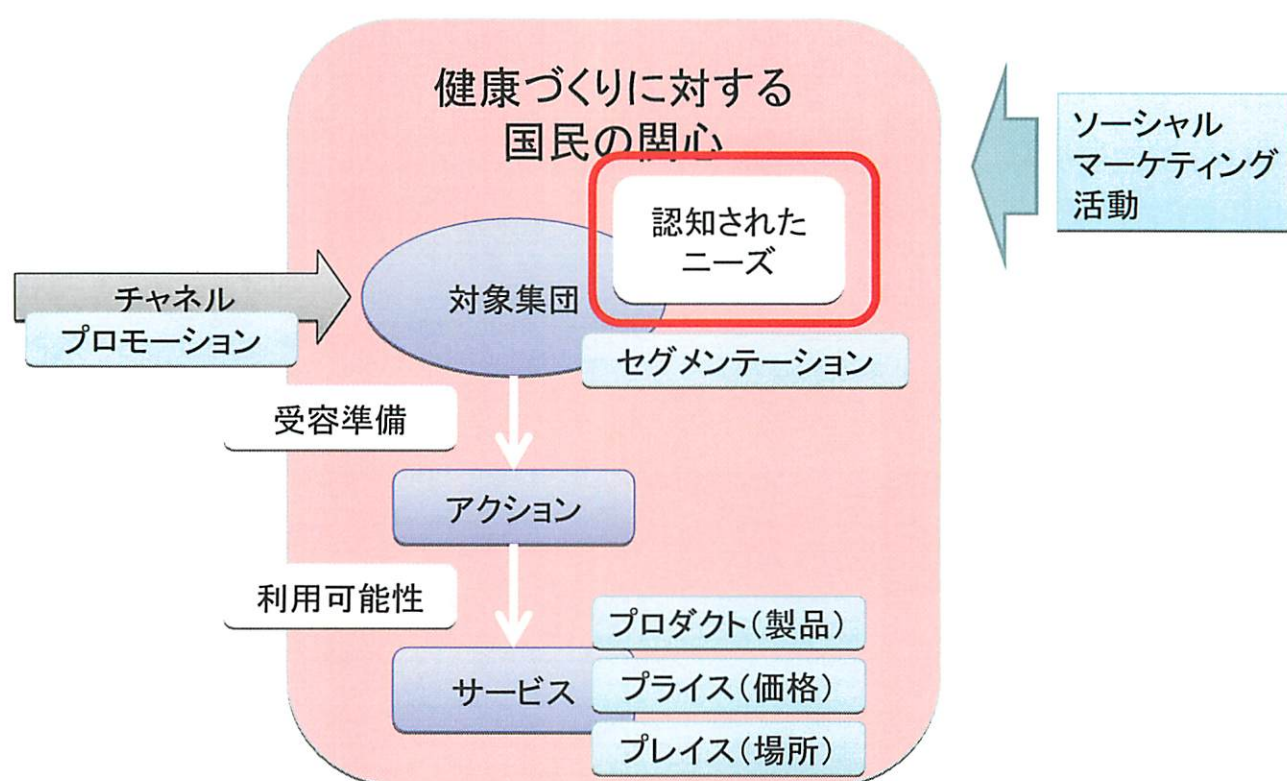
(単位: 点)



行ラベル	外来	入院	総計
40	1684	0	1684
50	2593	0	2593
60	1037	47948	4135
70	1601	61003	6056
80	1399	36415	4855
90	1825	39597	8274
100	1091	0	1091
総計	1483	46124	5226

(単位: 点)

特定健診・特定保健指導事業のソーシャルマーケティングモデル

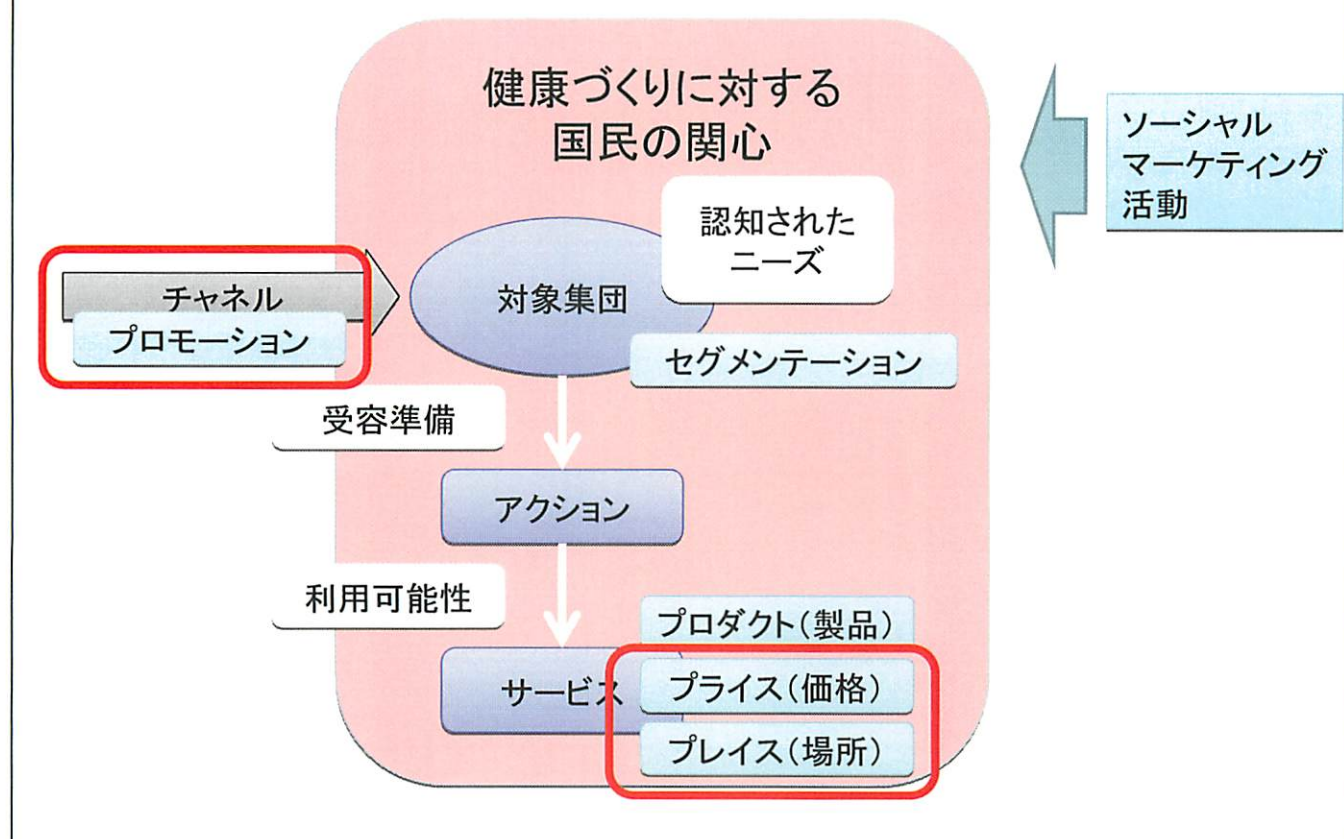


福岡県の一自治体における健康調査の結果 「改善したい生活習慣がありますか」

		度数	%
有効	ある	854	54.1
	ない	607	38.4
	合計	1461	92.5
欠損値	不明	119	7.5
合計		1580	100.0
改善したい内容(%は「ある」に対する割合)			
		度数	%
運動		550	64.4
食事		500	58.5
喫煙		201	23.5

喫煙者で改善したい生活習慣が「ある」と回答している人では70%以上が「喫煙習慣を改善したい＝禁煙したい」と回答

特定健診・特定保健指導事業のソーシャルマーケティングモデル



福岡県の一自治体における健康調査の結果

「これまで健診を受けたことがありますか」

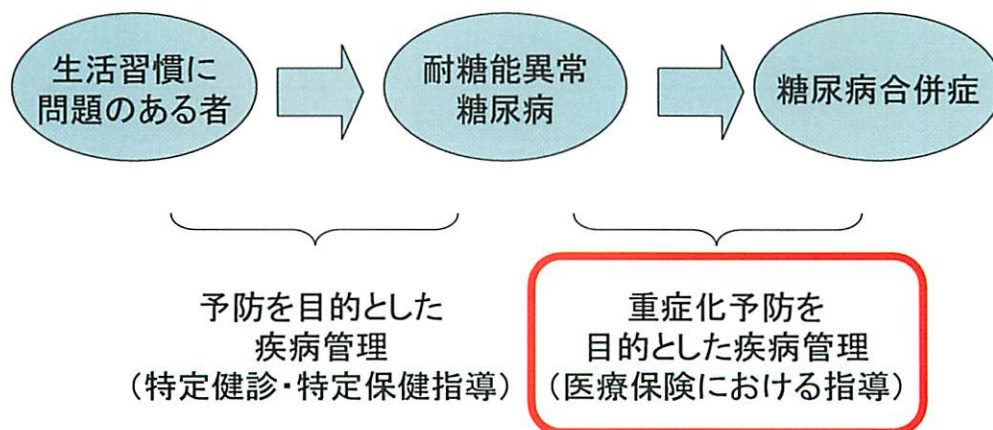
		度数	%
有効回答	ある	1319	83.5
	ない	237	15.0
	合計	1556	98.5
欠損値		24	1.3
合計		1580	100.0
受けない理由(%は「ない」に対する割合)			
費用がかかるから		13	5.5
病気がみつかるのが嫌だから		18	7.6
受ける場所・時間が不便だから		36	15.2
知らなかった		12	5.1
医療機関にかかっているから		163	68.8
その他		18	7.6

福岡県の一自治体における健康調査の結果

「これまで健康教室に参加したことがありますか」

		度数	%
有効回答	ある	651	41.2
	ない	866	54.8
	合計	1517	96.0
欠損値		63	3.9
合計		1580	100.0
受けない理由(%は「ない」に対する割合)			
役に立つと思わない		44	5.1
病気がみつかるのが嫌だから		18	2.1
受ける場所・時間が不便だから		176	20.3
知らなかった		191	22.1
医療機関にかかっているから		339	39.1
その他		70	8.1

なぜかかりつけ医モデルなのか？

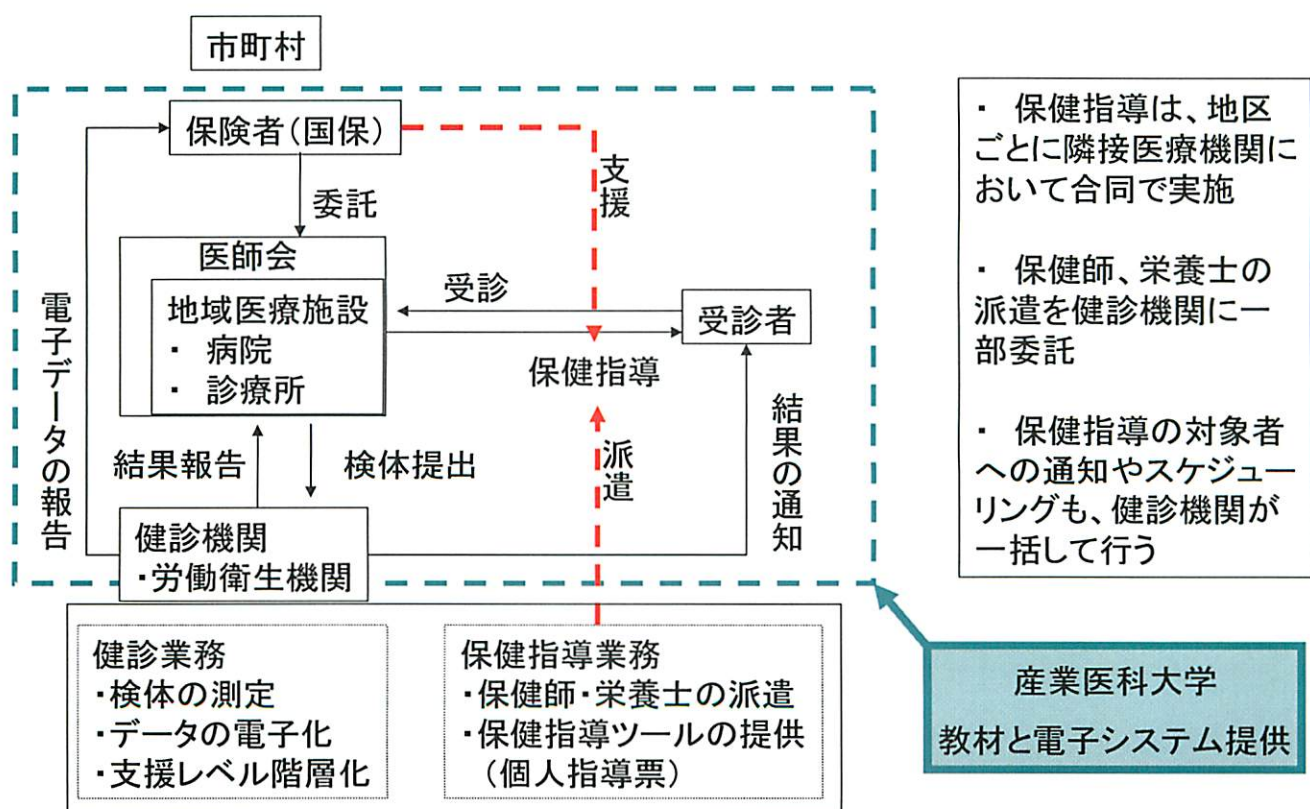


成功のための鍵: フライマリケア(かかりつけ医)
(連続性、総合性、パートナーシップ、・・・)

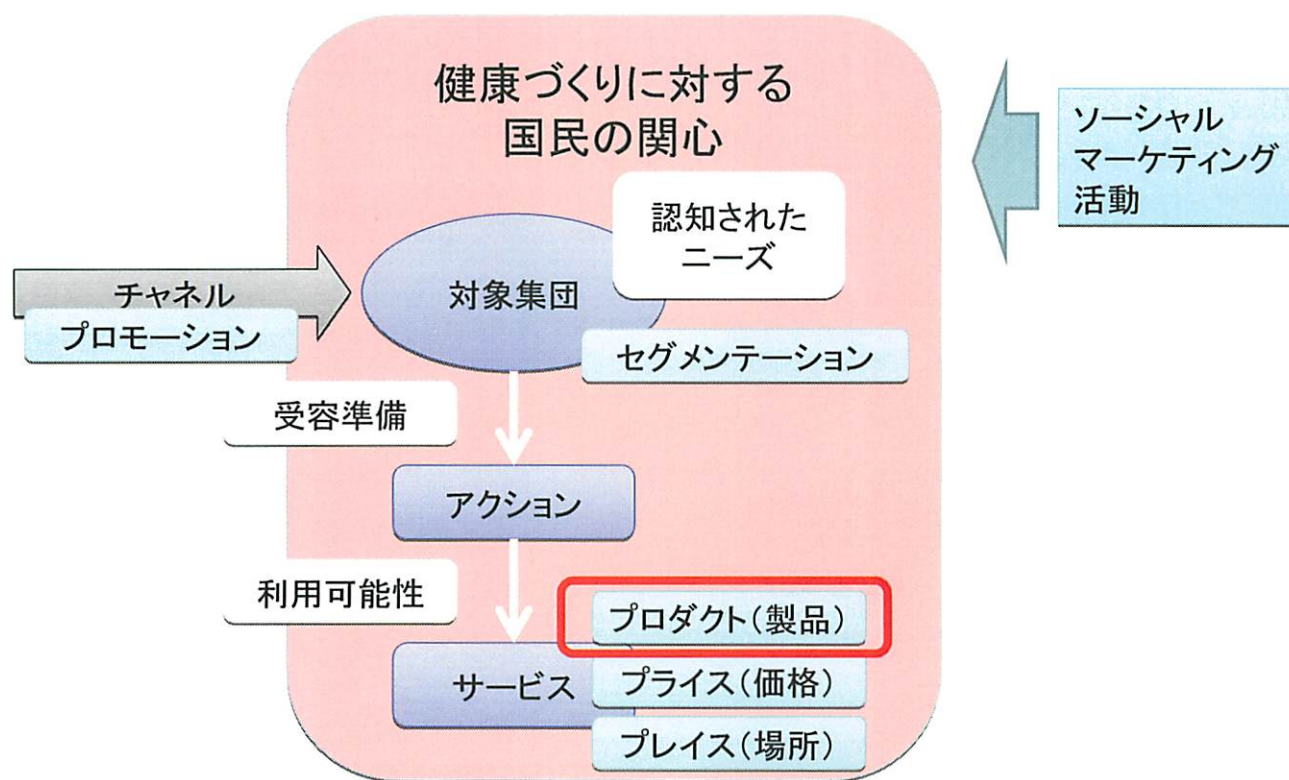
医師会モデルあるいは プライマリケアモデルの有効性

熊本市医師会、北九州市医師会、福岡市医師会、足立区医師会などでは医師会が中心となって今回の事業に取り組んでいる。

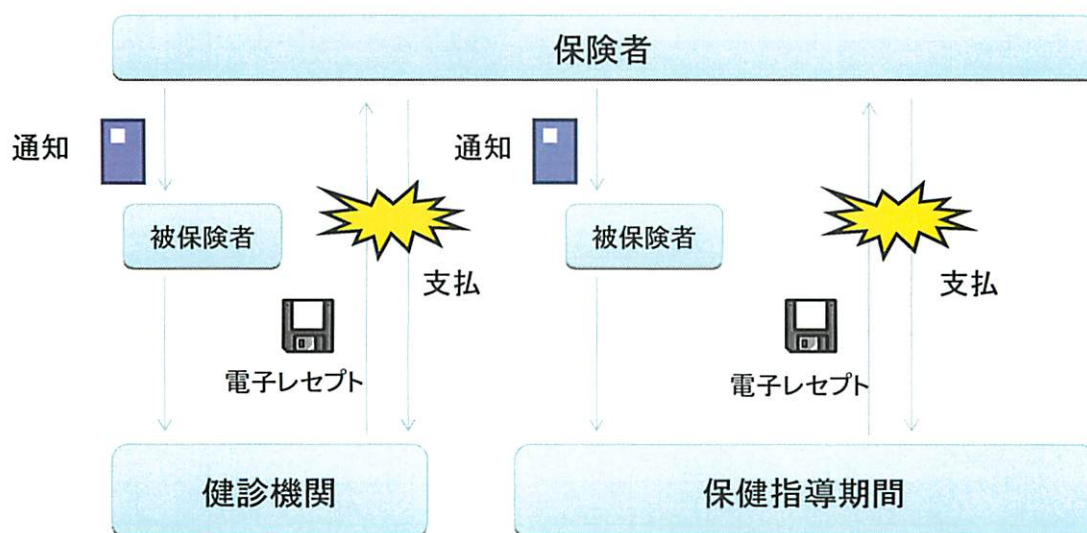
特定健診・特定保健指導の医師会モデル



特定健診・特定保健指導事業のソーシャルマーケティングモデル



特定健診・特定保健指導事業はなぜうまくいっていないのか？



レセプトのフォーマットの仕様定義が不明確であったために
開発期間が長期化し、また高コストになった。
制度発足時のシステム上の問題がマーケット育成の障害となった

制度設計上の問題

- 複雑な電子データの管理
- 多様な事業形態への対応
- 膨大な、そして曖昧な開発仕様書

```

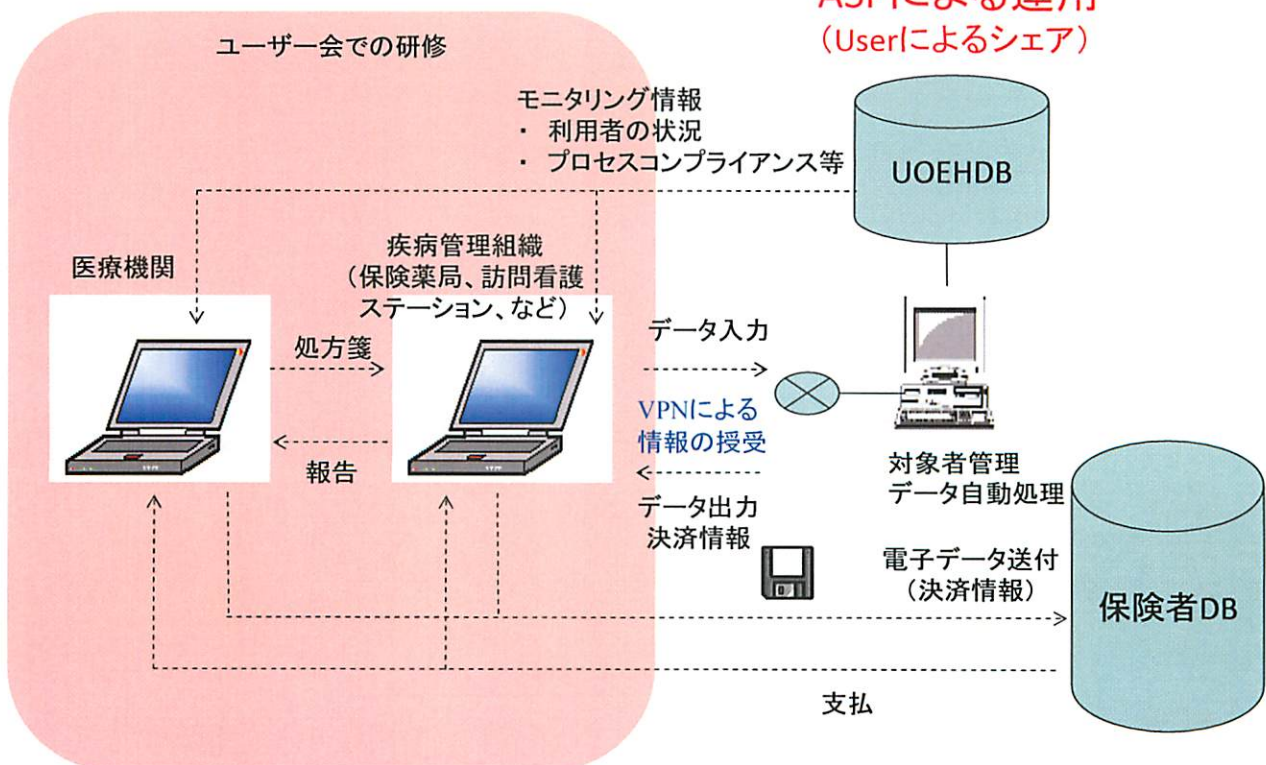
<!-- 実施区分 -->
<serviceType code="2"/>
<!-- 保健指導レベル -->
<guidanceLevel code="2"/>
<!-- 実施時点 -->
<guidanceTiming code="2"/>
</encounter>
<!-- 受診者情報 -->
<subjectPerson>
  <!-- 特定健診機関番号（特定健診機関番号：「1234567890」の場合） -->
  <performerOrganization>
    <id root="1.2.392.200119.6.102" extension="1234567890"/>
  </performerOrganization>
  <!-- 被保険者情報 -->
  <insuranceCard>
    <!-- 保険者番号（保険者番号：「1234」の場合） -->
    <insurerNumber root="1.2.392.200119.6.101" extension="00001234"/>
    <!-- 増補保険者番号（増補保険者番号：「あいう」の場合） -->
    <compl root="1.2.392.200119.6.204" extension="あいう"/>
    <!-- 被保険者番号（被保険者番号：「1234567890」の場合） -->
    <number root="1.2.392.200119.6.205" extension="1234567890"/>
  </insuranceCard>
  <!-- 氏名（ケンタロウ） -->
  <nameケンタロウ</name>
  <!-- 郵便番号（123-0001）の場合 -->
  <addr>
    <postalCode>123-0001</postalCode>
  </addr>
  <!-- 生年月日（1960年5月1日） -->
  <birthTime value="19600501"/>
  <!-- 性別コード（1：男） -->
  <administrativeGender code="T"/>
</subjectPerson>
<!-- 特定保健指導利用情報 -->
<healthGuidanceCard>
  <!-- 特定保健指導利用希望番号（特定健診利用希望番号：「22345678901」の場合） -->
  <id root="1.2.392.200119.6.210" extension="22345678901"/>
  <!-- 特定健診受診希望番号（特定健診受診希望番号：「12345678901」の場合） -->
  <checkUpCardId root="1.2.392.200119.6.209" extension="12345678901"/>
  <!-- 有効期間（平成20年1月1日）の場合 -->
  <effectiveTime>
    <high value="20080101"/>
  </effectiveTime>
  <!-- 窓口負担（負担区分：「利用者が必要負担」の場合） -->
  <copayment code="1"/>
  <!-- 窓口負担率（20%の場合） -->
  <rate value="020000" units="N"/>
</copayment>
  <!-- 窓口負担（負担区分：「保険者負担上乗額」の場合） -->
  <auxInsuranceLimit code="4"/>
  <!-- 保険者の窓口負担上乗額（15,000円の場合） -->
  <amount value="015000" currency="JPY"/>
</auxInsuranceLimit>
</healthGuidanceCard>

```

資料：藤野善久(2010)

産業医大版特定保健指導システムから 産業医大版疾病管理システムへ

ASPIによる運用
(Userによるシェア)



開発方針

- シンプルな機能
 - 業務システムに徹する
- 他のシステムと競合しない
 - 多くの医療機関は、基幹システムを導入済み
- 保健指導の内容について干渉しない
 - 専門職がノウハウを発揮できる枠組み
- ユーザー会
 - 保健指導や分析のノウハウの蓄積、共有など

資料： 藤野善久(2010)

機能の概要

- 規定の帳票類、XMLファイルの作成
 - 決算・請求(国保、健保連仕様に対応)
 - 支援計画書・実施報告書の作成
- 機能について
 - CSV, XMLによる入出力
 - スケジュール管理
 - ポイントの自動計算と管理
 - 経年データの閲覧、管理
- その他の特徴
 - 紙ベースでの保健指導も可能
 - インターネットによるASPサービス(クラウド)
- 分散事業所などに対応
 - 複数の施設の管理をリアルタイムでの実施

資料： 藤野善久(2010)

初回指導画面

●目標と計画情報

あなたの腹囲は？ 90cm ⇒ 当面目標とする腹囲は？ 85 cm

あなたの体重は？ 67.5kg ⇒ 当面目標とする体重は？ 65 kg

メタボリックシンドロームの基準値は男性85cm、女性90cmですが、それを大幅に超える場合は、無理をせずに段階的な目標を立てましょう。

計算

<当面の目標達成までの期間は？>

体重1kg = 腹囲1cm = 7,000kcal

●確実にじゅりコース	⇒	5cm ÷ 0.5cm/月 =	10か月	2.5kg ÷ 0.5cm/月 =	5か月
●がんばるコース	⇒	5cm ÷ 1cm/月 =	5か月	2.5kg ÷ 1cm/月 =	2.5か月
●急いでがんばるコース	⇒	5cm ÷ 2cm/月 =	2.5か月	2.5kg ÷ 2cm/月 =	1.25か月

<そのエネルギー量はどのように減らしますか？>

1日あたりに減らすエネルギー 233.33 kcal

運動で ⇒ 150 kcal

食事 ⇒ 100 kcal

目標収縮期血圧 130 mmHg

目標拡張期血圧 69 mmHg

<あなたの目標>

腹囲を減少させるためにおこなうこと！

*日付は、YYYY/MM/DDまたは、YYYYMMDD形式で入力してください。

行動開始日 2008/11/07 ~ 行動終了日 2009/04/07

目標1 おかわりをしない（茶碗軽く）
お量の方で少し減らす

目標2 階段を利用する（何段か調べる）
ダンスとプールを（週に2回）

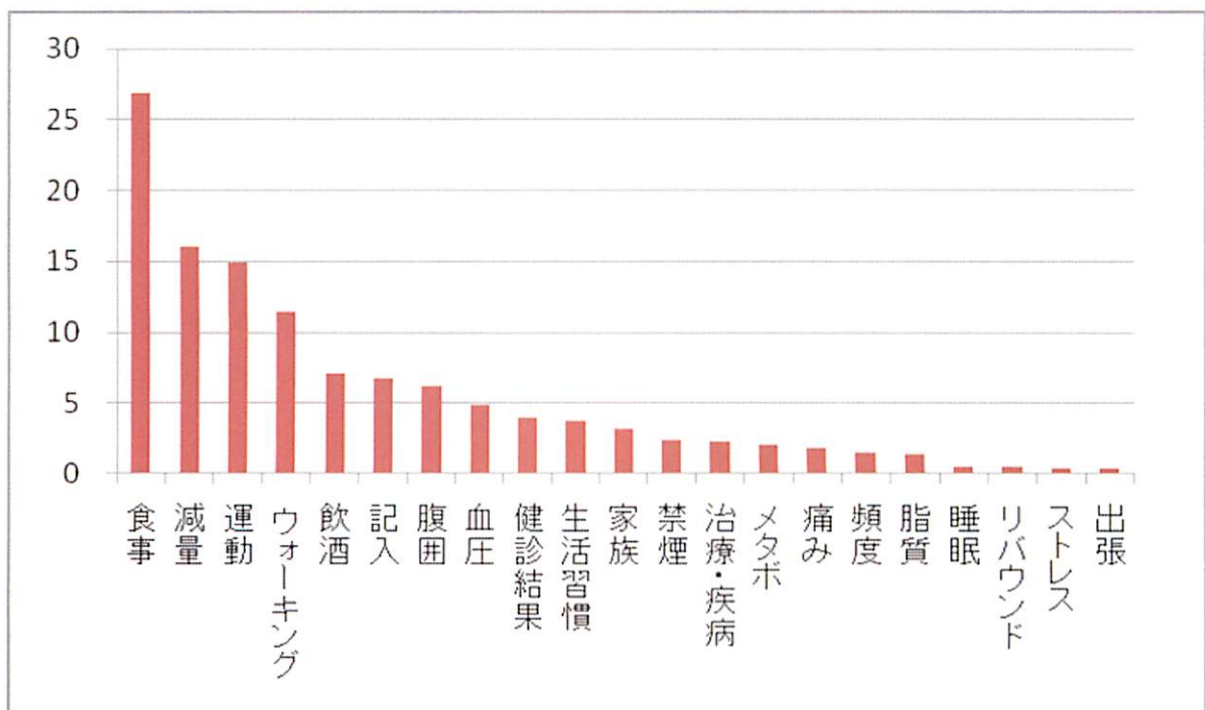
目標3 毎日体重をチェック

目標コメント

徐々に出来る範囲ではじめる。

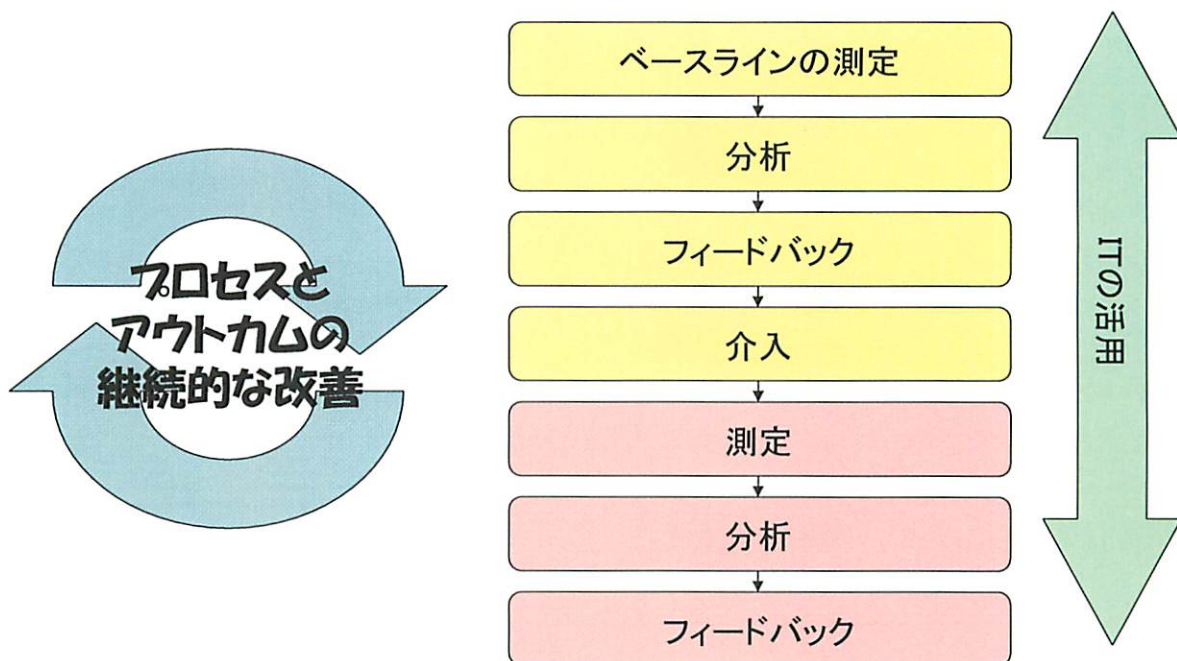
資料：藤野善久(2010)

保健指導頻出ワード



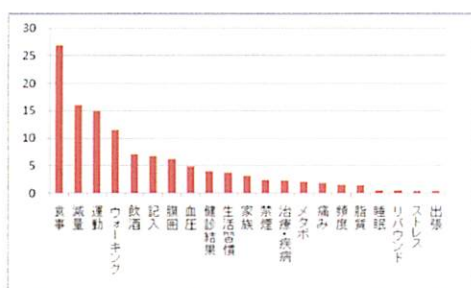
U-HMSの分析結果より(資料：藤野善久)

PDCAサイクルに基づく慢性疾患管理 (Chronic Disease Management: CDM)

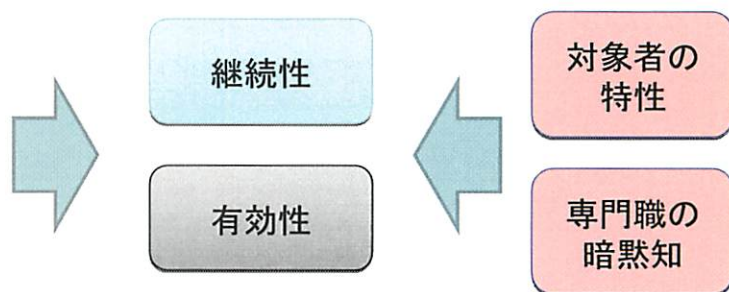


PDCAに基づくDMプログラムの目標 → 自発的行動変容

経験から法則を探る



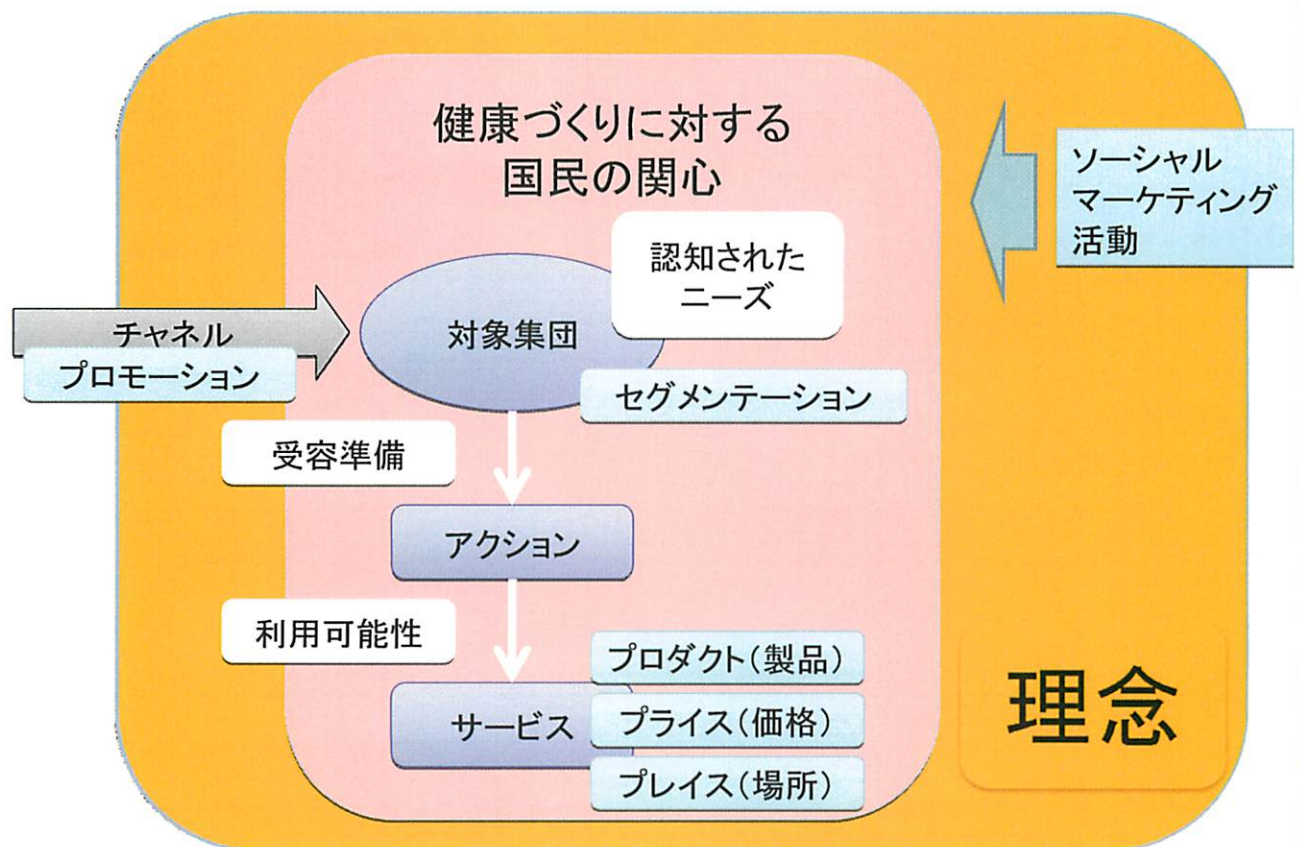
本人の選択による行動目標



分析

暗黙知の形式知化

特定健診・特定保健指導事業のソーシャルマーケティングモデル



2006年医療制度改革の概要

背景:

社会の高齢化による現在の社会保障費の増大を考慮したとき、わが国の国民皆保険制度は将来も維持可能なのか？

基本的考え方:

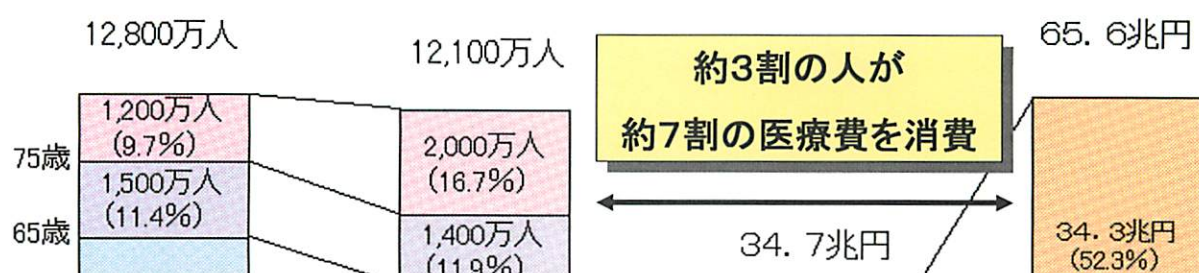
1. 医療提供体制の再構築(機能分化、在宅医療の推進)
2. **健康増進の推進**
3. 社会保障制度の再構築(後期高齢者医療制度の創設)

「医療費の適正化」という目的で
国民は健康づくりに取り組むだろうか？

人口構成(推計)

医療保険医療費(推計)

厚生労働省資料より抜粋



社会保障財政を好転させる特効薬は何かないのか？

1. 労働人口を増やす
2. Ageless社会を実現し、働ける限りは働く社会づくり

-13-

高齢者が労働を継続できる条件と そのための社会的インフラ

(清家篤 慶応大学教授)

1. 専門的スキルを持っていること
2. 職住近接であること
3. 健康であること

生涯学習

地域内での雇用創出

特定健診・特定保健指導事業
医療保険制度

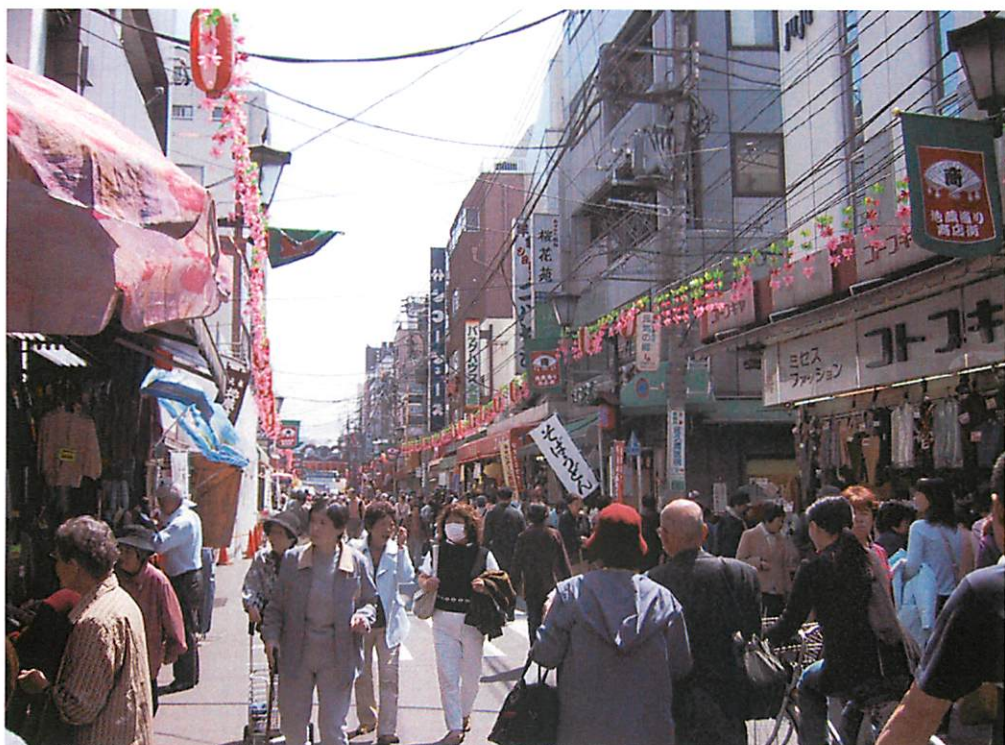
健康文化の創造

とある地方都市の駅前のシャッター通り



高齢化率が30%以上なのに、この街の駅前で高齢者をみることは少ない。

巣鴨のとげぬき地蔵前商店街の活況



なぜ、ここにはこんなに多くの高齢者が集まるのか？



いきがいがあると
人は元気になれる

65歳以上人口50%以上

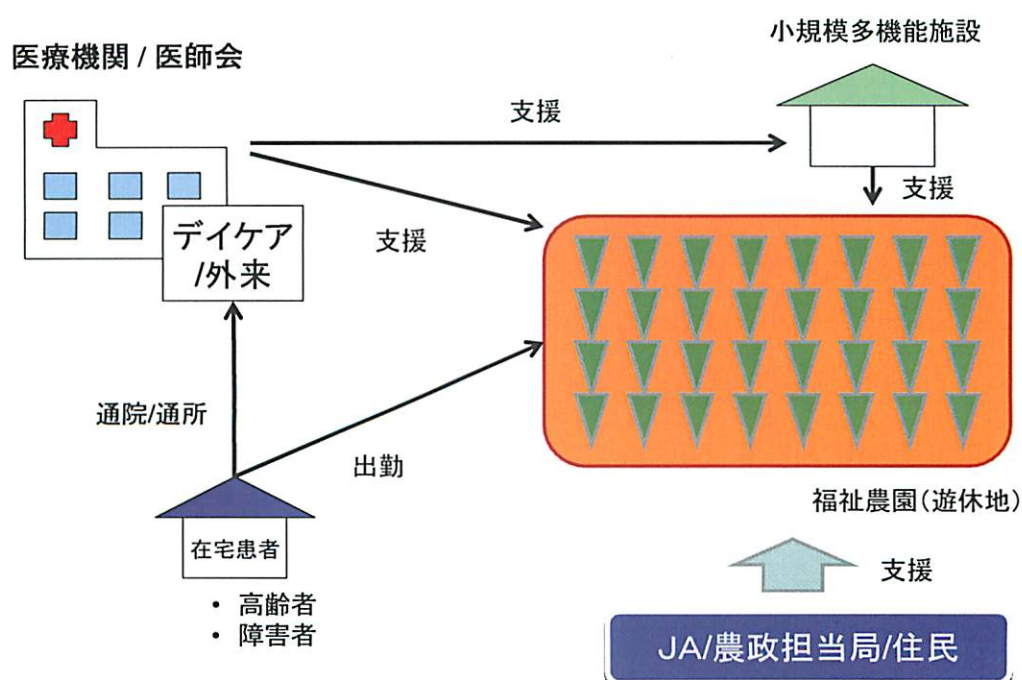
→「限界集落」化

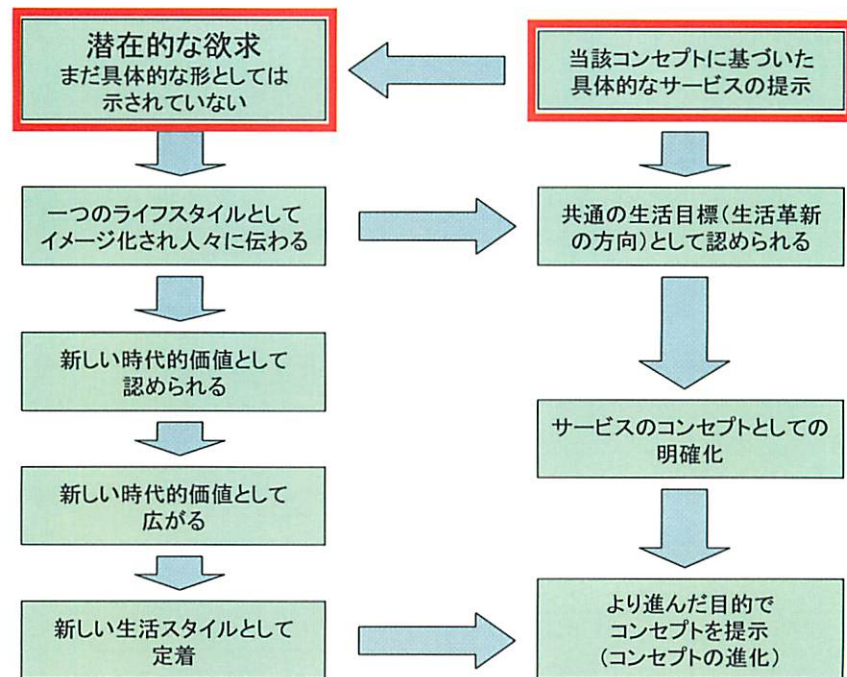
→「困った！」

というのは短絡的

Active Aged という発想が重要
70歳現役社会の実現

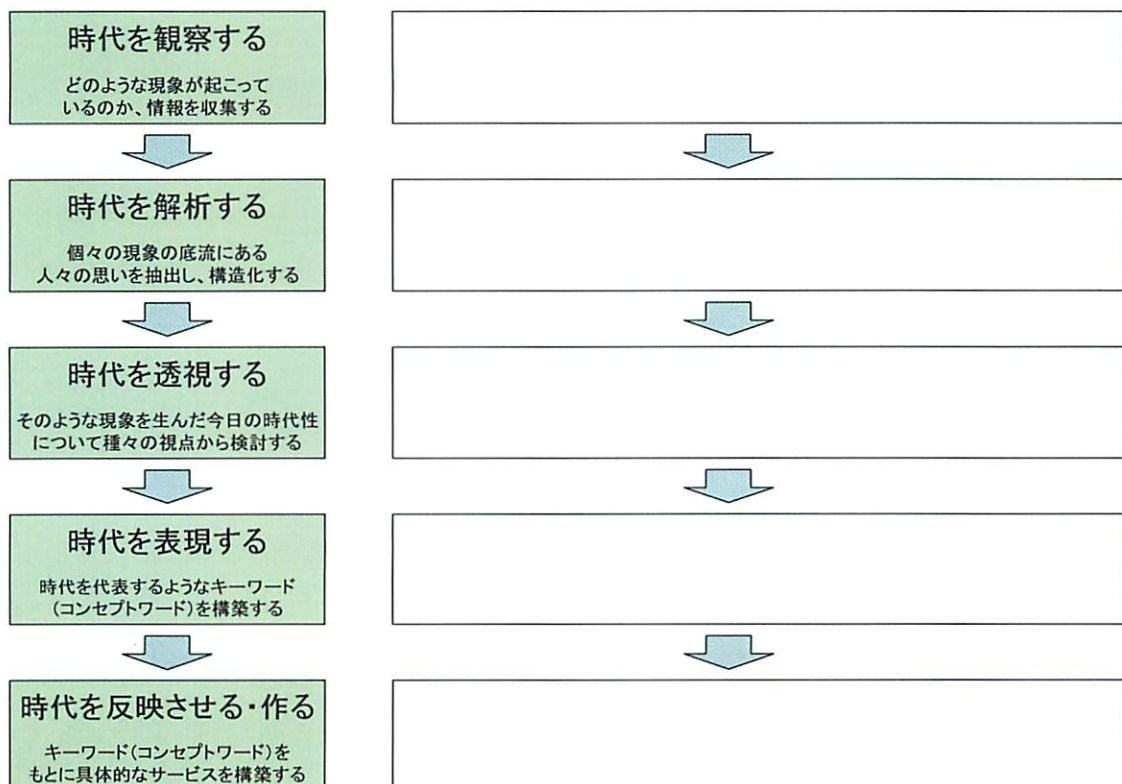
「半農半患者」構想





(平林、1999を改変)

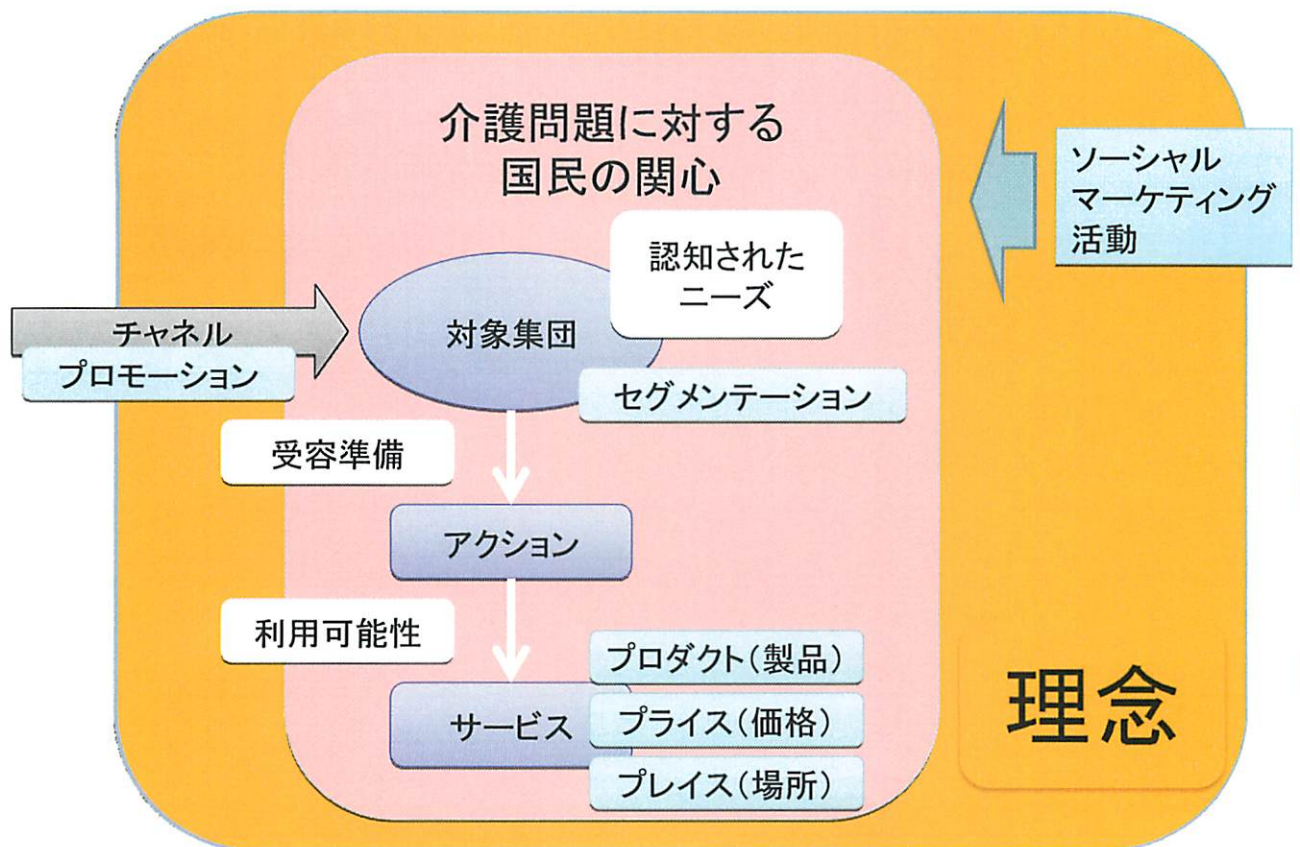
明確な時代のコンセプトが示されることにより、利用者にとっての利益や快樂が生まれ、それを欲しい・使いたいという欲求が明らかになってくる。



(平林、1999を改変)

「健康づくり」を例に考えてみる。

介護保険のソーシャルマーケティングモデル



結語

- 生活習慣病は日本の新しい国民病になった
 - 動かない生活、高脂肪食、...
 - 特定健診・特定保健指導事業の導入
- しかしながら、特定健診・特定保健指導事業はあまりうまくいっていない
 - うまくいくためには「**ソーシャルマーケティング**」の視点からの工夫が必要
- 健康文化の創設が課題
 - 理念とその普及戦略が重要
 - 70歳現役社会を目指して