国立保健医療科学院　公開シンポジウム2016
【セッション1　データヘルス計画の実践と健康増進施策の推進】

自治体における生活習慣病対策推進のためのデータ活用マニュアルとツール

国立保健医療科学院生涯健康研究部
横山徹爾

謝 辞

- データ活用マニュアルとツール開発にご協力いただきました、地方自治体、国保連合会、国保中央会、全国健康保険協会のスタッフの方々をはじめとする研究協力者の皆様に感謝申し上げます。

はじめに

- 地方自治体で生活習慣病対策を推進していく際には、PDCAサイクルを展開して科学的な根拠に基づいて定期的な評価・見直しを行い、効果的に施策を進める必要がある。
- その根拠を得るためには、各種データを活用した地域（職域）診断により健康問題とそれを規定している要因を明確化し、継続的にモニタリングしていく必要性。

「健康日本21（第二次）」

（厚生労働省告示第四百三十号）

- **第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項**

  ー 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

  – （途中略）**国、地方公共団体**、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、**現状分析を行う**とともに、健康増進に関する**施策の評価を行う**。

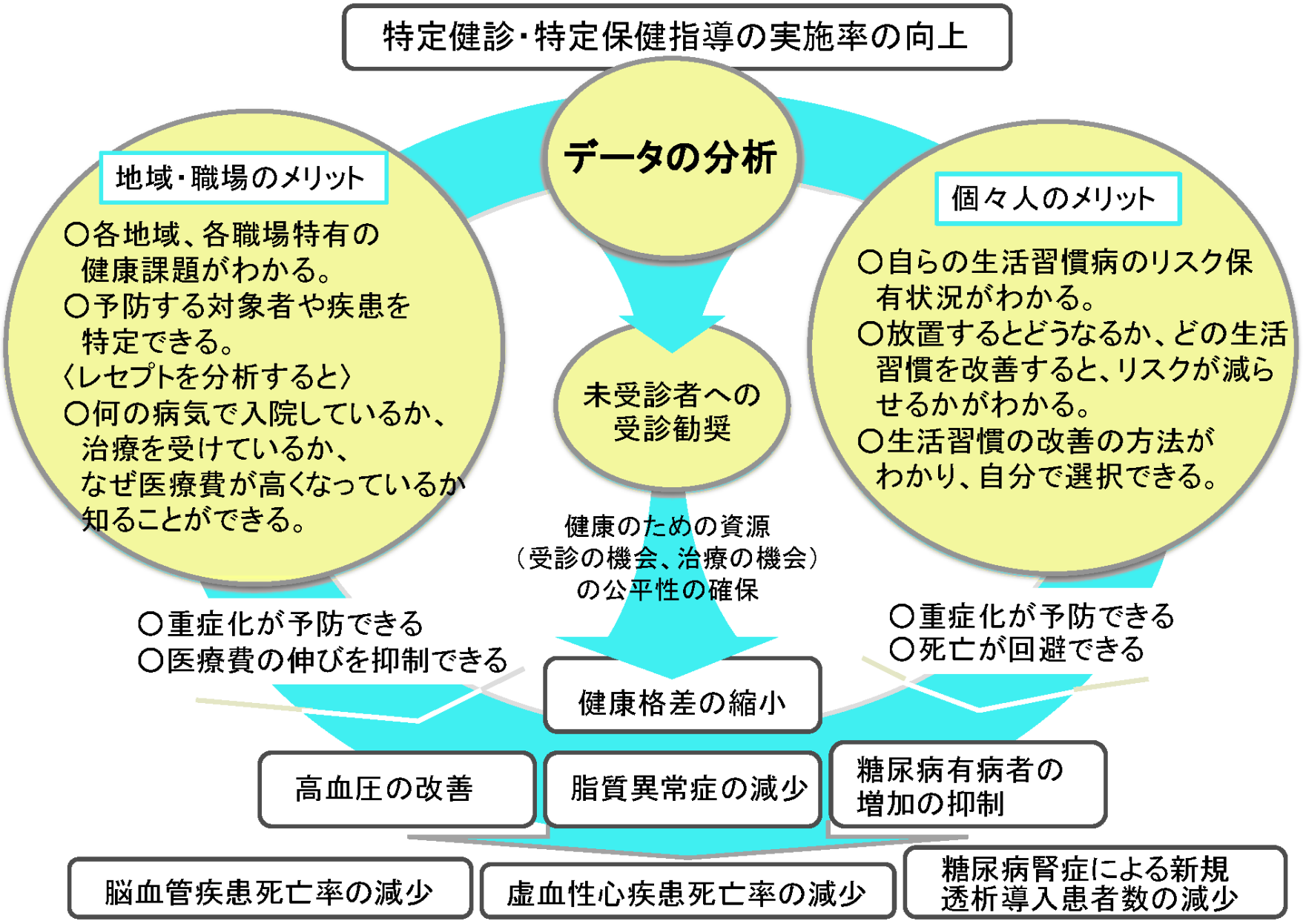
- **第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項**

  ー 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

  – （途中略）また、**国は**、**地方公共団体が**健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の**技術的援助を行い**、**都道府県も市町村に対し**同様の**技術的援助を行う**ことが必要である。

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）

－特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進－



標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】

既存統計の活用

- モニタリングのためには、都道府県や市町村において健康・栄養調査を実施することも考えられるが、代表性を確保するための調査の方法論や費用等の面から、信頼度の高い調査を行うことが困難な自治体もあるため、地方自治体が活用可能な既存統計が別表（次スライド）のように例示されている。

健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料（平成24年7月）

（別表）地方自治体が活用可能な統計例（一部）

分野	項目	地方自治体での目標例	活用可能な統計
	健康寿命の延伸	要介護率	要介護認定高齢者の割合（性・年齢、要介護度別）
がん	75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	がん死亡者数 標準化死亡比(SMR)	厚生労働省「人口動態統計」 死因別分類
	がん検診の受診率の向上	胃、大腸、肺、乳がん、子宮がん検診受診率	市町村実績データ 厚生労働省「地域保健・健康増進 事業報告」
循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾 患の年齢調整死亡率の 減少	「循環器系の疾患」の死亡率、標準化死亡比(SMR)	人口動態統計 死因別分類
	高血圧の改善	最高血圧の平均値又は高血圧有病	
	脂質異常症の減少		
	メタボリックシンド ロー び予 備群の減少		
	特定健診・特定保健指 向上		
糖尿病	合併症（糖尿病性腎症 規透析導入率）の減少		
	治療継続者の割合の増加	中と回答したものの割合	特定健診
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病治療薬内服中又は HbA1c(JDS)6.1 %以上の者の割合	特定健診
	血糖コントロール指標 におけるコントロール 不良者の割合の減少（HbA1c が 8.0%以上の者の割合の減少）	HbA1cが 8.0%以上の者の割合の 減少（治療中、治療なしに分けて 集計）	特定健診
こころの健康	自殺者数の減少	自殺による死亡率	厚生労働省「人口動態統計」 死因分類別
	強いうつや不安を感じ ている人の割合の減少	強いうつや不安を感じている人の 割合 うつ病で治療中の人数又は割合	厚生労働省「国民生活基礎調査（大規模調査年）」「患者調査」 自立支援医療受給者証の新規交付件数

どのように分析していったら良いのか？

（以下略） 出典：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料（平成24年7月）

自治体における生活習慣病対策推進のための
データ活用マニュアル

（厚生労働科学研究費補助金による）

作成プロセス

- 自治体でのデータ活用の好事例調査
- 保健活動におけるデータ活用のニーズ調査（400市区町村）
- モデル市及び国保連合会のスタッフと健康課題分析実施
  - 研究班で活用場面を整理
  - 必要と考えられた教材とツールを開発
- 一部の県・国保連合会で教材・ツールを用いた研修会を試行
- 協力市にてデータ活用マニュアルを試用
  - 教材・ツール類を改善し、具体的な手順書をデータ活用マニュアルとして作成していった。

自治体における生活習慣病対策推進のための**データ活用マニュアル**

- 第1章　データに基づく生活習慣病対策の全体像
- 第2章　活用例事例集
  - 活用場面ごとの具体的手順＆読み解き方の解説
- 第3章　健康課題の分析と優先順位づけの考え方について
- 第4章　データ活用を行い、保健事業をPDCA サイクルに沿って進めるための体制作り
- 巻末　基礎知識

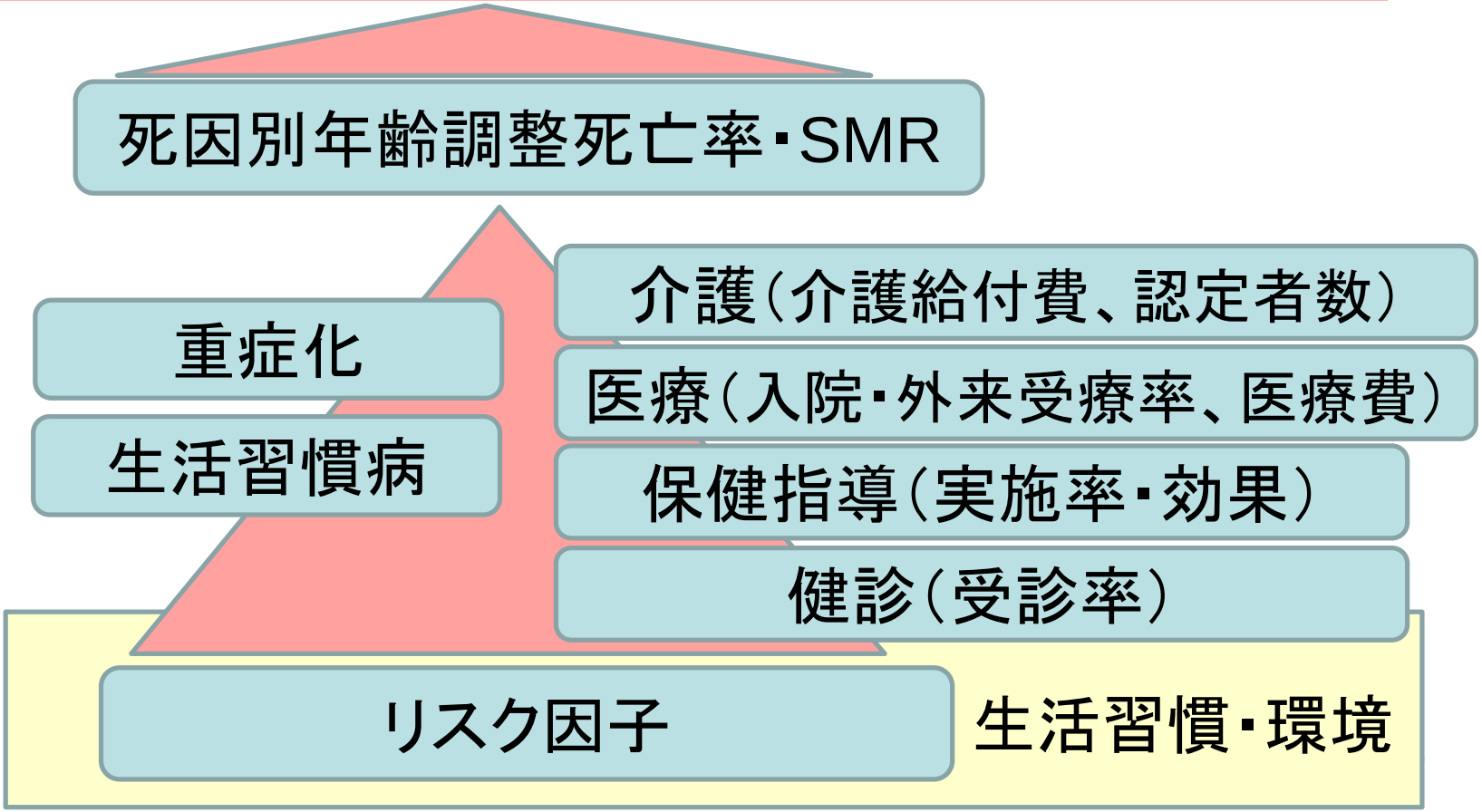
第2章　活用例事例集

（活用場面ごとの具体的作業手順＆読み解き方の解説）

- 事例１:【全体】地域独自の健康課題を明確にする
- 事例２:【小地域】地区診断の資料として、各小地区の状況、健康課題を把握する
- 事例３:【生習】保健指導の効果を評価する
- 事例４:【生習】健康問題に要因が与える影響の大きさを調べる
- 事例５:【健増】健康増進計画等の数値目標の評価
- 事例６:【介護】介護保険事業を数値化して評価し、高齢者地域保健活動 (介護予防も含め)に役立てる
- 事例７:【介護】地域における(新)介護予防・日常生活支援事業の評価を行い、事業の展開を目指す
- 事例８:【医療】地域における健康課題を医療費の観点から明らかにする
- 事例９:【医療】高額医療費につながる疾患を予防する

（1）各種データの相互関係（上下関係）を認識しよう

平均寿命 － 健康寿命 ＝ 不健康期間



（2）県全体の特徴を確認しよう

- 市町村においても、まず自県（都道府）全体が日本全国の中でどのような位置づけにあるのかを確認したうえで、自市町村が県全体のなかでどのような位置づけにあるかを順番にみていくと理解しやすいでしょう。
- まず、【手順1-1】のように、指標の上位・下位の関係を意識しながら、自県（都道府）の平均寿命・健康寿命、死因別年齢調整死亡率、入院・外来受療率、健診データ、生活習慣の特徴を確認してください。

手順書の例

【手順1-1】:都道府県の特徴を確認する

●情報源

平均寿命(都道府県別生命表)【e-stat　https://www.e-stat.go.jp/】
健康寿命(厚生労働省研究班・国民生活基礎調査に基づく推計)【厚生労働科学研究・健康寿命のページ　http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/】
死因別年齢調整死亡率(人口動態特殊報告・都道府県別年齢階級別死亡率)【e-stat】
疾患別入院・外来年齢調整受療率(患者調査)【e-stat】
特定健診によるリスク因子(特定健診)【厚生労働省. 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ. http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01 /info02a-2.html】
生活習慣等の状況の都道府県比較(国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査)【e-stat、各都道府県の健康増進部門】

※上記①～⑤のデータを分かりやすく要約した図が、「地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/」の「各種統計資料等からみた都道府県の健康状態の特徴要約」から入手できますので、最初に見ることをお勧めします。

●基礎知識:(「巻末1　基礎知識」参照)

「年齢調整とは」「標準化死亡比(SMR)、標準化比」「患者調査」

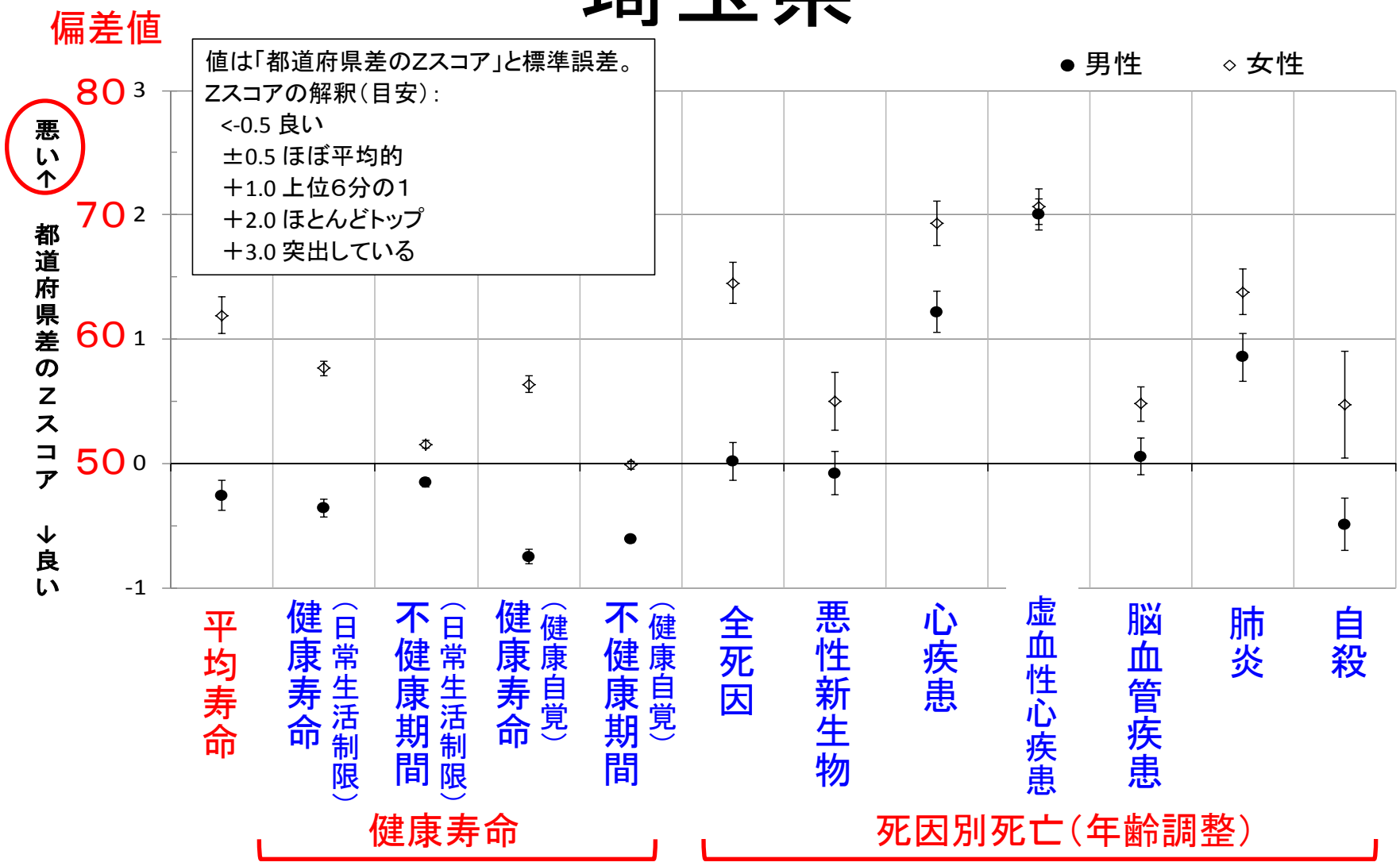
●具体的手順

(以下に具体的な作業手順を解説)

【教材】都道府県別の特徴要約

平成22年　平均寿命・健康寿命・死因別年齢調整死亡率の特徴要約

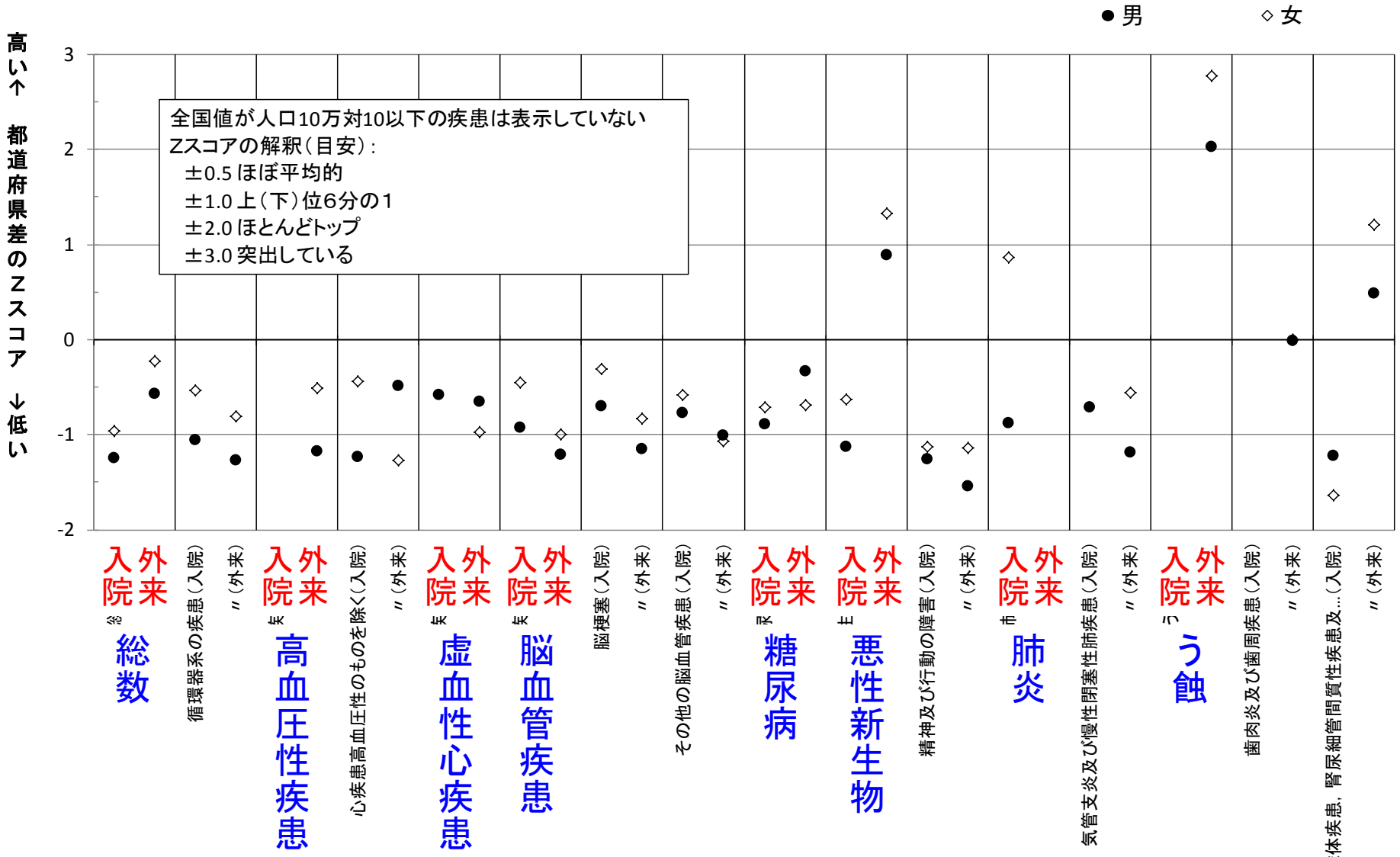
埼玉県



http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

平成23年患者調査　年齢調整受療率（入院・外来）の特徴要約

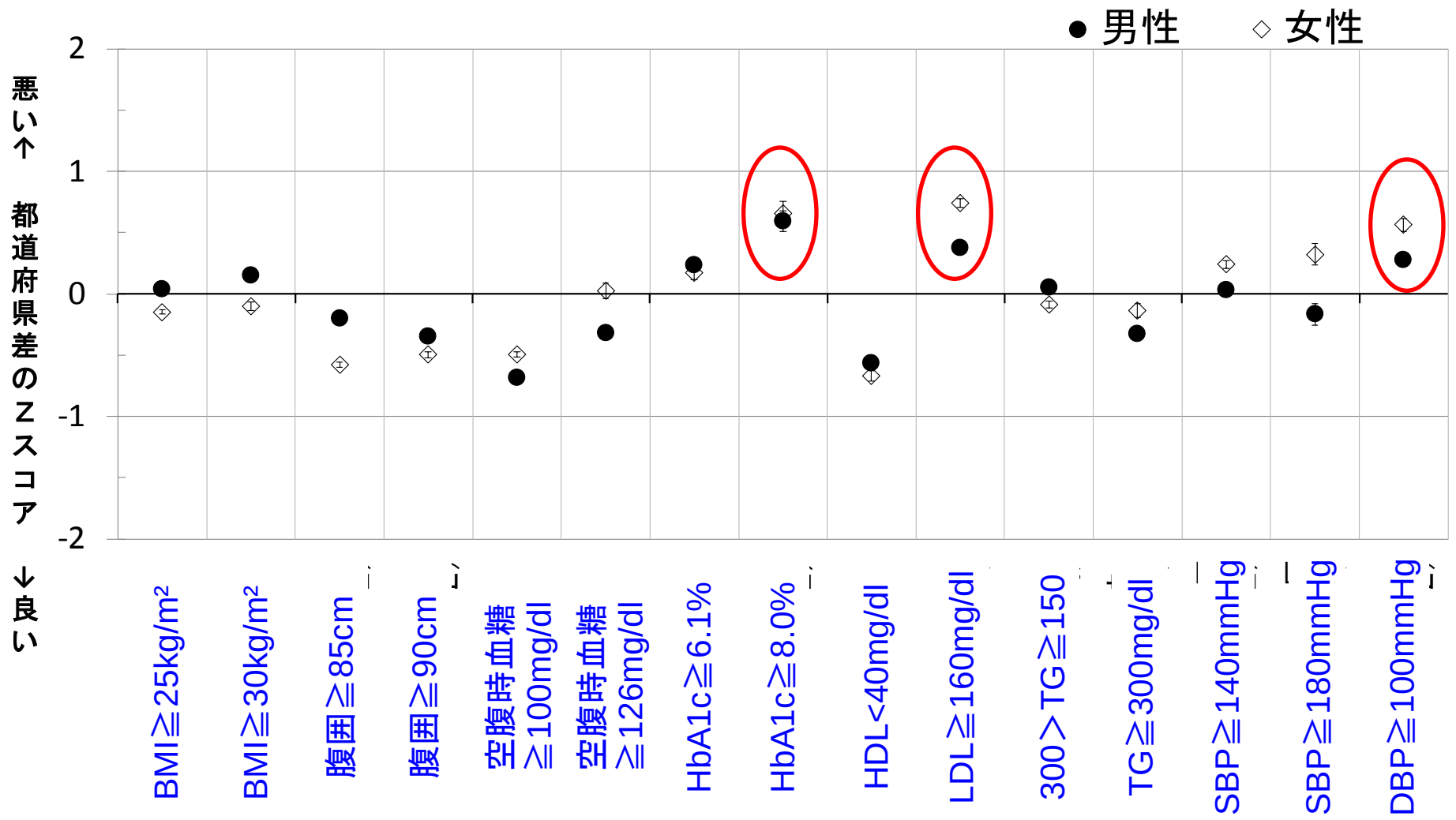
埼玉県



http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

平成22年度特定健診データの都道府県別特徴の要約

埼玉県

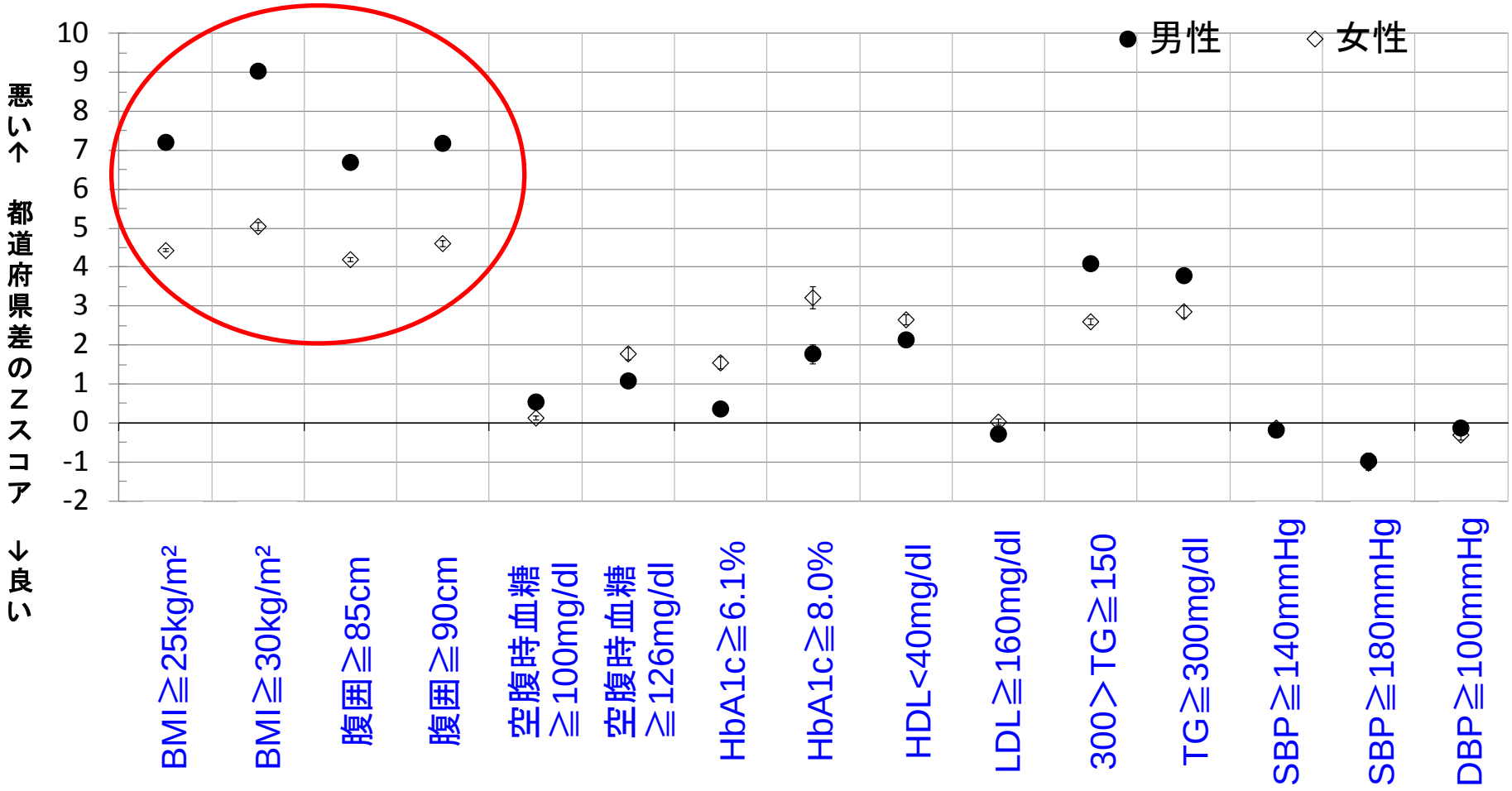


「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」より作成
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02a-2.html

http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

平成22年度特定健診データの都道府県別特徴の要約

沖縄県



「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」より作成
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02a-2.html

http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

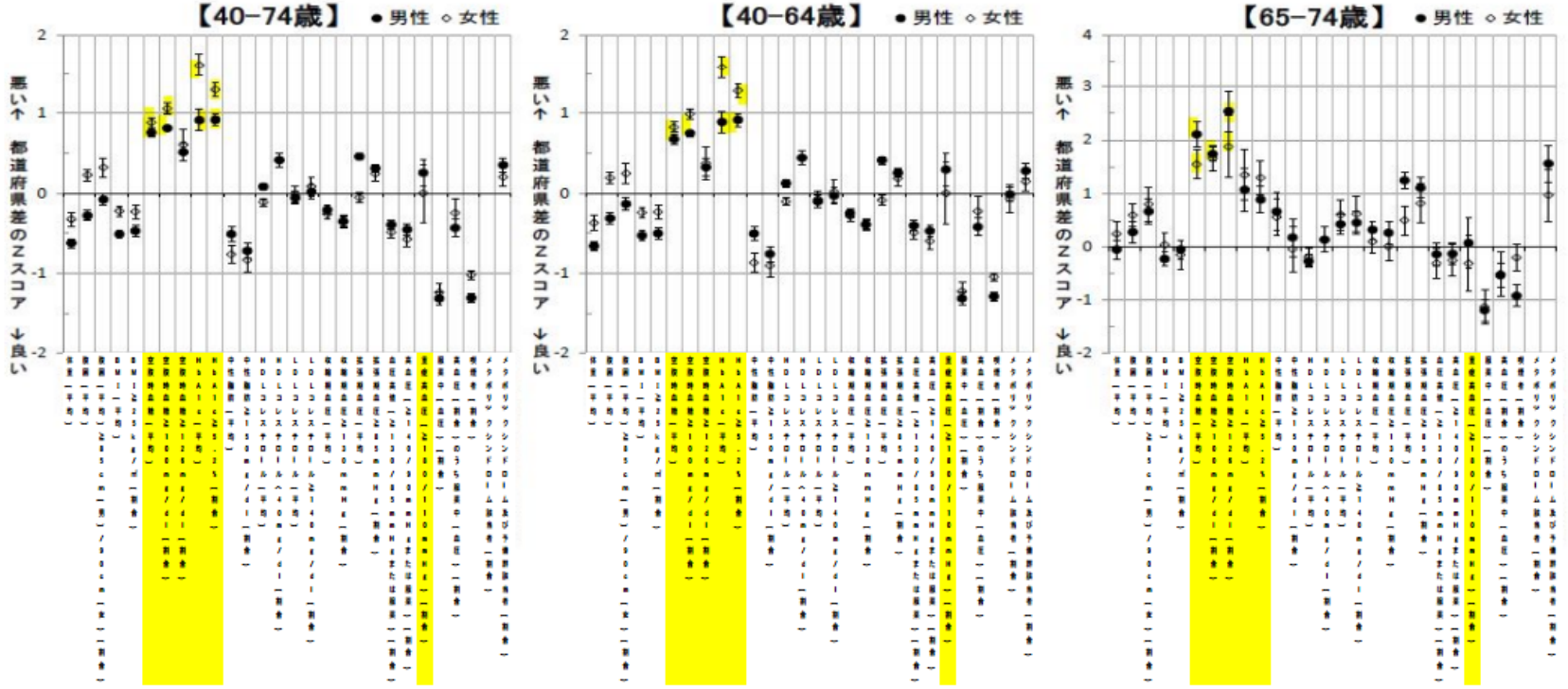
2.現状分析（健診結果等の分析）

（2）特定健診・特定保健指導のデータ分析について（国立保健医療科学院による分析結果）

特定健診・特定保健指導のデータ分析については、全国健康保険協会本部が国立保健医療科学院に委託して分析した結果（Zスコア）を参考に、広島支部の特性を分析しました。その結果、男女ともに血糖値が高く、空腹時血糖は年齢が上がるほど（40-64歳と65-74歳の比較）スコアが悪く全国平均とかい離していることが分かりました。

また、他のリスクをみると、脂質に関しては男女とも全国平均に近く、血圧については≧140mg/90mg以下の者が全国平均よりも良い傾向にありますが、男性の重症高血圧（≧180mg/110mg）の者が全国平均より悪い傾向にあります。

全国健康保険協会 広島支部データヘルス計画（平成27年3月）より

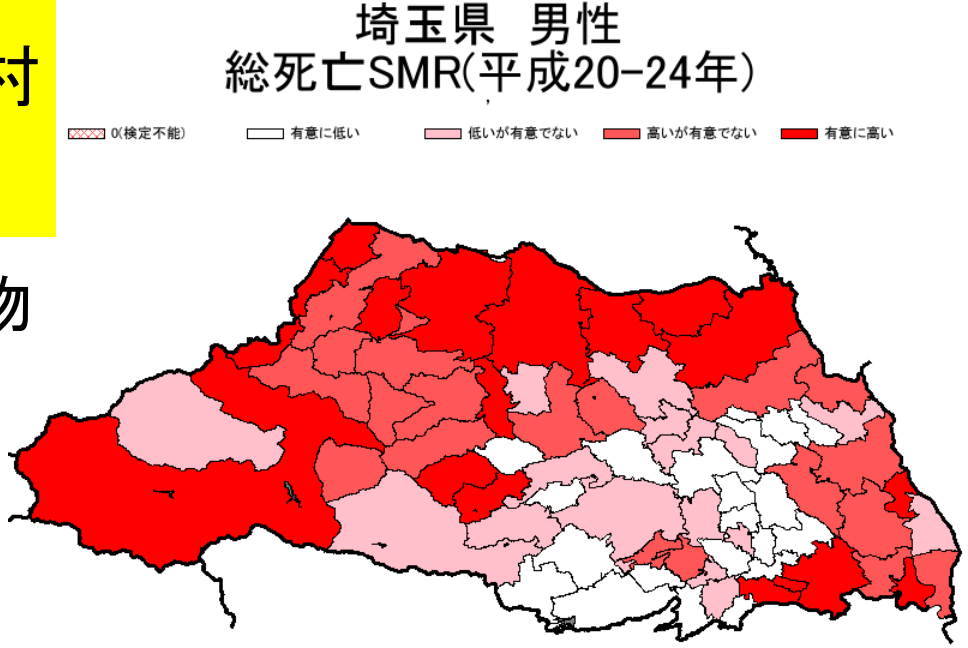


（3）上位の指標として総死亡（平均寿命）・健康寿命と死因別死亡を確認しよう

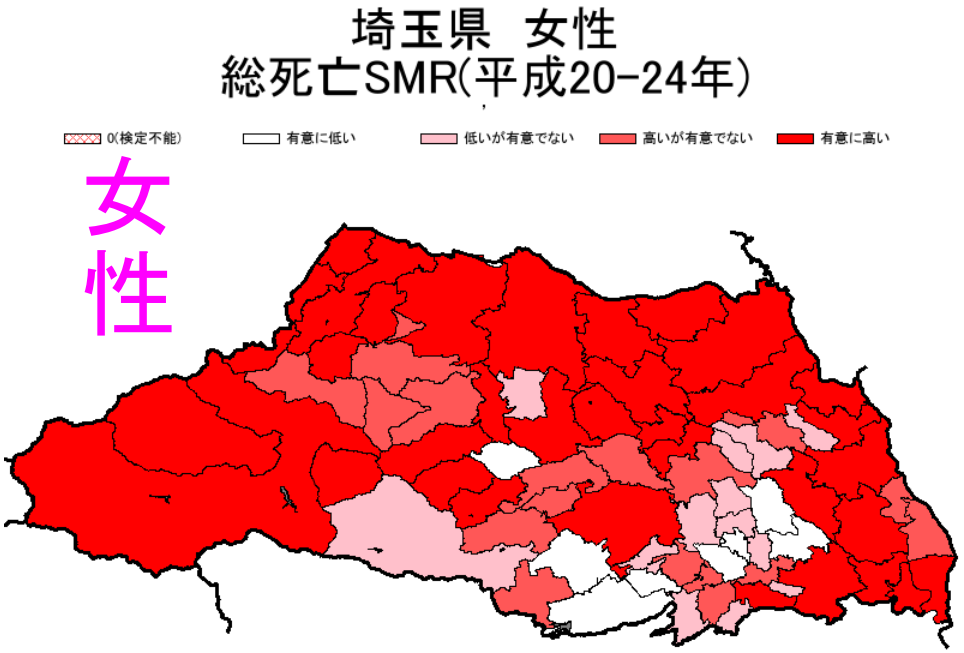
- 続いて、自市町村の分析に移ります。【手順1-2】のように、平均寿命・健康寿命、総死亡及び死因別死亡の状況を確認してください。自市町村の平均寿命・健康寿命が国や県と比べて良いのか悪いのか、またその理由としてどの疾患での死亡が多いのかを考えてください。例えば、健康寿命が悪い場合、脳血管疾患等のSMRが高くないかなどに注目するとよいかもしれません。

【教材】全都道府県・全市区町村死因別SMR地図・数値表

- 総死亡
- 脳血管疾患
- 脳梗塞
- 急性心筋梗塞
- 腎不全
- 悪性新生物
- 脳出血
- 心疾患
- 肺炎
- 自殺



全国に比べて、
「有意に低い」
「低いが有意でない」
「高いが有意でない」
「有意に高い」



厚生労働省　人口動態特殊報告　平成20～24年　人口動態保健所・市区町村別統計
に基づき再計算・作図

（4）死因別死亡の状況を踏まえて、医療の状況を確認しよう

- 【手順1-3】のように、KDB等を使って医療の状況を医療費から見てください。平均寿命・健康寿命や死因別死亡に影響する疾病に注目して、入院・外来別にどの疾患が多いのかを確認します。
- 高血圧や糖尿病などのリスク因子の外来の医療費が高い場合、「そのリスク因子を持つ人が多い」または「必要な人が適切に医療を受けている」の2つが考えられますので、外来医療費が高いことは必ずしも悪いこととは限りません。
- 例えば、高血圧などのリスク因子の外来医療費が低く、脳卒中などの重篤な疾患の入院医療費が高かったとすると、必要な人が医療につながっていない可能性があるので、医療機関受療勧奨に力を入れる必要があるかもしれません。
- 高血圧の外来医療費が高く、脳卒中の入院医療費も高い場合には、その地域では高血圧が重要な健康問題として存在すると思われますので、保健指導やポピュレーションアプローチによって、集団全体の血圧の状況を改善していく必要があるでしょう。

【教材】 KDB（国保データベース） 疾患別医療費分析 年齢調整ツール

（疾患別医療費の状況を市町村、同規模、県、全国と比較する様式）

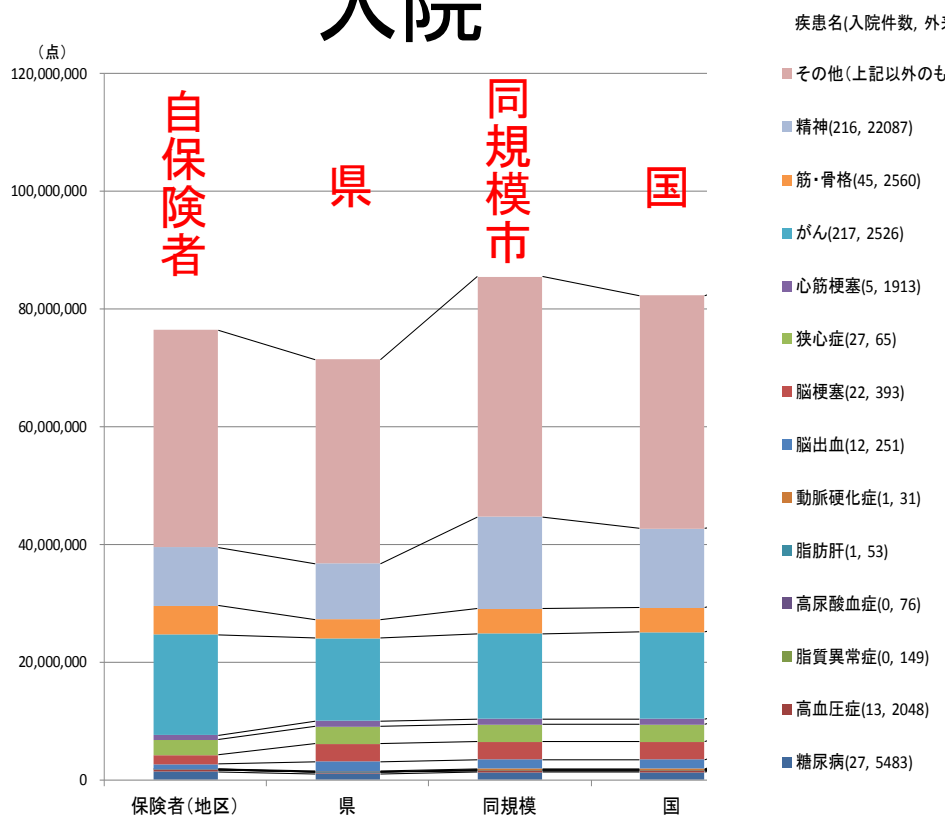
KDBは年齢調整未対応⇒CSV出力をコピー＆ペーストだけで年齢調整

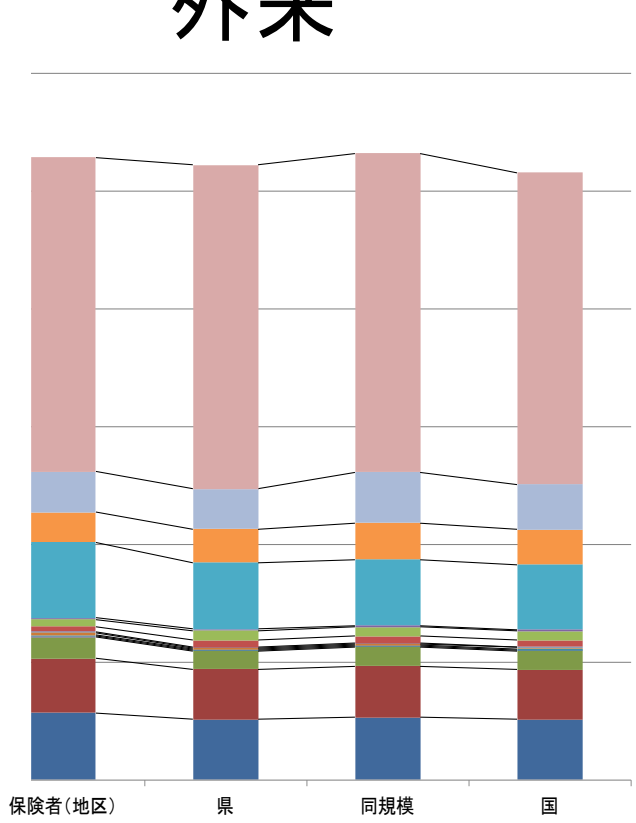
疾病別医療費分析（生活習慣病）

サンプル市2　H26年度（累計）　男性

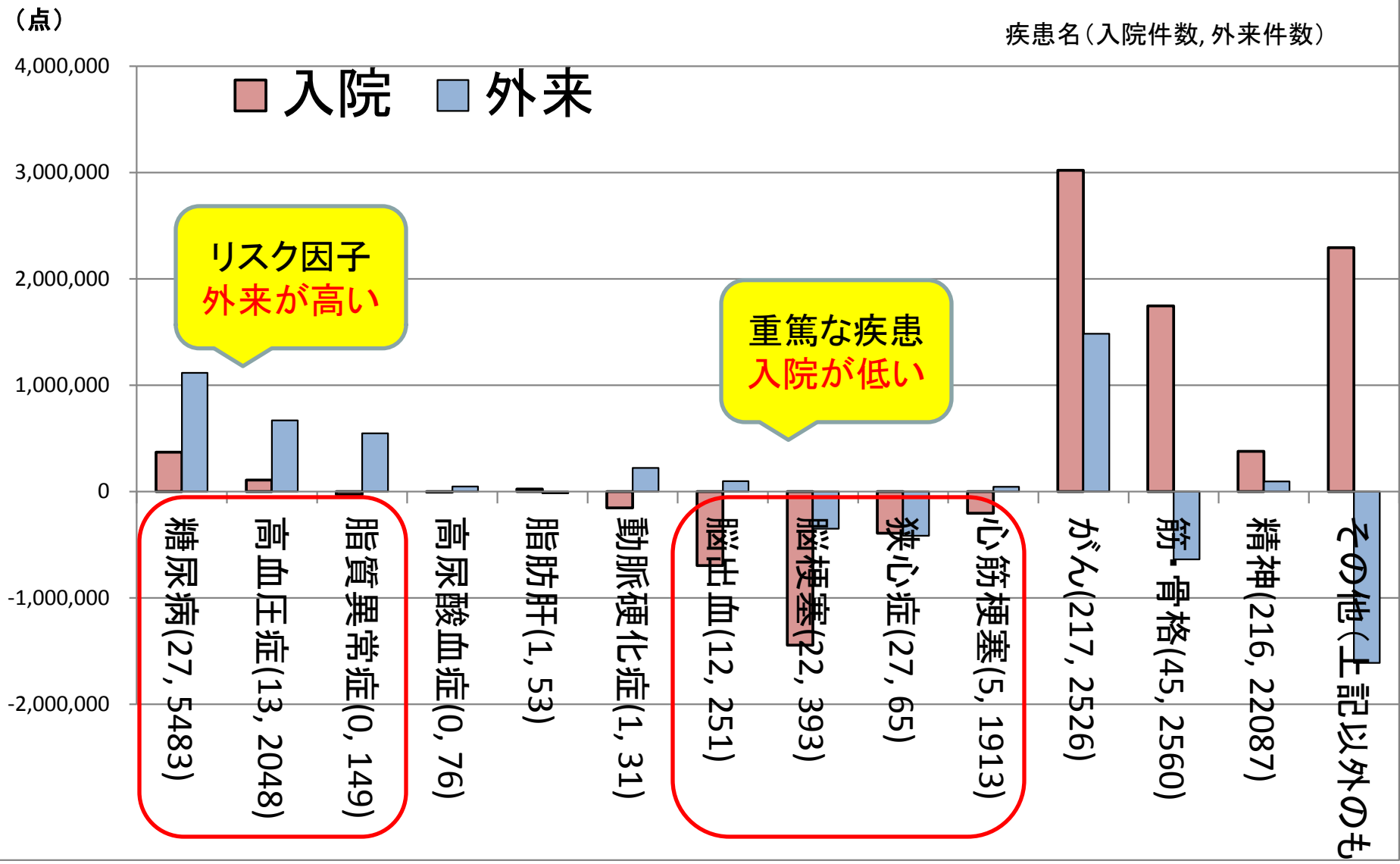
2016年1月22日

標準化医療費（間接法年齢調整）



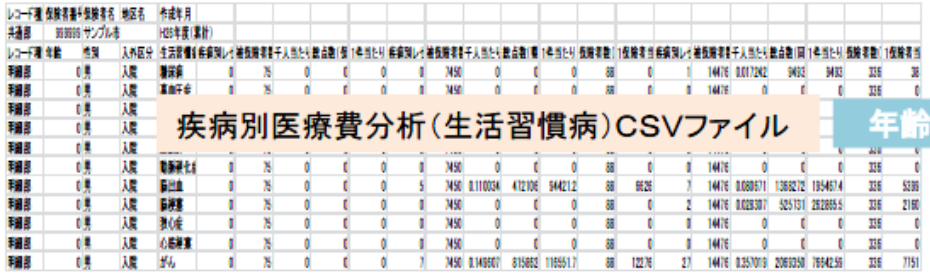


標準化医療費の差
県と比較



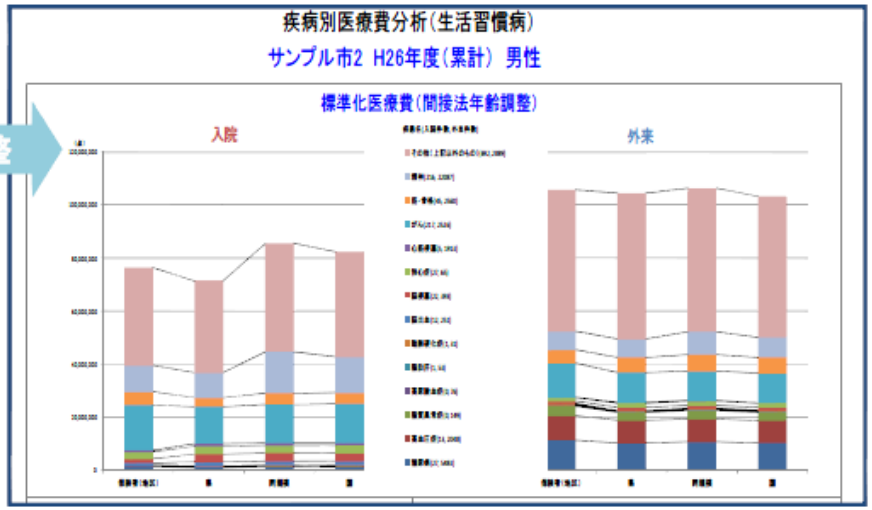
疾病別医療費分析（生活習慣病）年齢調整ツール

疾病別医療費分析（生活習慣病）を、県・同規模・国で比較する



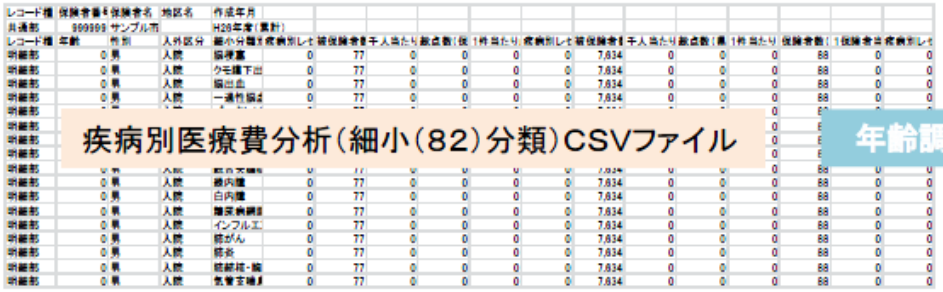
疾病別医療費分析（生活習慣病）CSVファイル

年齢調整



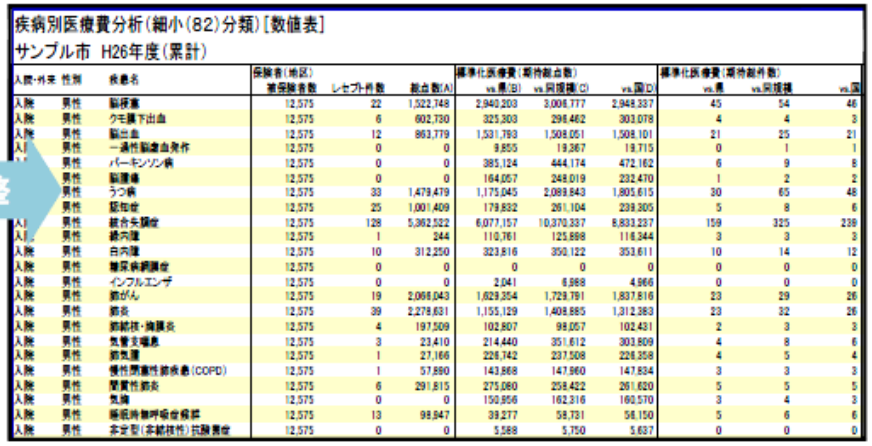
疾病別医療費分析（細小（82）分類）年齢調整ツール

疾病別医療費（細小（82）分類）の状況を、県・同規模・国で比較する



疾病別医療費分析（細小（82）分類）CSVファイル

年齢調整



国立保健医療科学院「地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集」国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール

http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

国保データベース（KDB）システム活用マニュアル（平成28年3月）国民健康保険中央会より

（5）死因別死亡と医療の状況を踏まえて、介護の状況を確認しよう

- 【事例6】のように、「要介護(要支援)認定状況」、「介護給付費」、「要介護（支援）者の有病状況」の分析結果から、問題点・課題を明らかにしましょう。特に要介護に至る原因疾患として、予防できる疾患は何なのか、医療費はどの程度要しているのかについても考えてみましょう。

（別事例として解説）

（省略）

（6）死因別死亡と医療の状況を踏まえて、リスク因子の状況を確認しよう

- 【手順1-4】のように、KDB等を使って特定健診のリスク因子の状況を確認してください。
- 死因として脳血管疾患が多ければ高血圧等の状況、虚血性心疾患が多ければ高血圧・糖尿病・脂質異常が多くないか等の視点で見ていきます。リスク因子の保有者が多いのにそのリスク因子の外来医療費が低い場合、必要な人が医療につながっていないのかもしれません。
- また、肥満は血圧高値・耐糖能異常・脂質異常と関係しますので、これらの関連についても、後述の（7）【手順1-5】のように調べてみましょう。

【教材】 KDB（国保データベース） 厚労省様式6-2～7 年齢調整ツール

（健診の肥満等の有所見者率を、市町村、県、全国で比較する様式）

保険者番号
保険者名： 見本データ
地区：

印刷日： 2015/1/7
ページ： 1/3

男性		受診者	摂取エネルギーの過剰																							
			BMI					腹囲					中性脂肪					ALT(GOT)					HDLコレステロール				
			25以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	150以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	31以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	40未満	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	988,853	342,260	34.6%	34.6%	100(基準)	*116.3	485,706	49.1%																	
	県	9,360	2,764	29.5%	30.0%	*86.0	100(基準)	4,478	47.8%																	
	地域（地区）	343	111	32.4%	34.0%	94.3	109.6	161	46.9%																	
65～74歳	全国	1,445,120	373,236	25.8%	25.8%	100(基準)	101.5	707,060	48.9%																	
	県	12,914	3,286	25.4%	25.5%																					
	地域（地区）	916	209	22.8%	22.9%	88.																				
総数	全国	2,433,973	715,496	29.4%	29.4%	100(基準)	*1																			
	県	22,274	6,050	27.2%	27.3%	*92.4	100(基準)																			
	地域（地区）	1,259	320	25.4%	27.4%	90.3	95.4	56																		

女性		受診者	BMI						
			25以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	90以上	割合(%)
40～64歳	全国	1,343,901	273,911	20.4%	20.4%	100(基準)	*107.4	211,987	15.8%
	県	10,650	2,034	19.1%	18.9%	*93.1	100(基準)	1,590	14.9%
	地域（地区）	553	100	18.1%	18.3%	87.4	94.0	77	13.9%
65～74歳	全国	1,893,113	432,781	22.9%	22.9%	100(基準)	102.4	398,101	21.0%
	県	17,678	3,962	22.4%	22.8%	97.6	100(基準)	3,562	20.1%
	地域（地区）	1,257	254	20.2%	20.2%	*88.1	90.0	248	19.7%
総数	全国	3,237,014	706,692	21.8%	21.8%	100(基準)	*104.1	610,088	18.8%
	県	28,328	5,996	21.2%	21.2%	*96.0	100(基準)	5,152	18.2%
	地域（地区）	1,810	354	19.6%	19.4%	*87.9	91.1	325	18.0%

*p<0.05

男性		受診者	摂取エネルギーの過剰				
			BMI				
			25以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	988,853	342,260	34.6%	34.6%	100(基準)	*116.3
	県	9,360	2,764	29.5%	30.0%	*86.0	100(基準)
	地域（地区）	343	111	32.4%	34.0%	94.3	109.6
65～74歳	全国	1,445,120	373,236	25.8%	25.8%	100(基準)	101.5
	県	12,914	3,286	25.4%	25.5%	98.5	100(基準)
	地域（地区）	916	209	22.8%	22.9%	88.3	89.3
総数	全国	2,433,973	715,496	29.4%	29.4%	100(基準)	*108.3
	県	22,274	6,050	27.2%	27.3%	*92.4	100(基準)
	地域（地区）	1,259	320	25.4%	27.4%	90.3	95.4

国保データベース（KDB）のCSVファイル（厚生労働省様式（様式6－2～7） 健診有所見者状況（男女別・年代別））より計算。

年齢調整(%)は全国受診者数（男女別）を基準人口とした直接法による。従って、厳密な男女比較はできない。受診者が少ない地域では、年齢調整(%)がエラーまたは異常な値となることがあるため、標準化比で評価することが望ましい。

標準化比は全国または県を基準とした間接法による。標準化比に*が付記されたものは、基準に比べて有意な差($p<0.05$)があること意味する。

Ver. 1.2 (2014.11.20) 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25－循環器等（生習）－一般-014）（研究代表：横山徹爾）

○血圧

新座市国民健康保険データヘルス計画（平成27年3月）より

血圧では、全国及び県の割合を男女ともに上回っている。

収縮期血圧と拡張期血圧を比較すると、男女ともに拡張期血圧のほうが全国・県より大きく上回っている状況である。

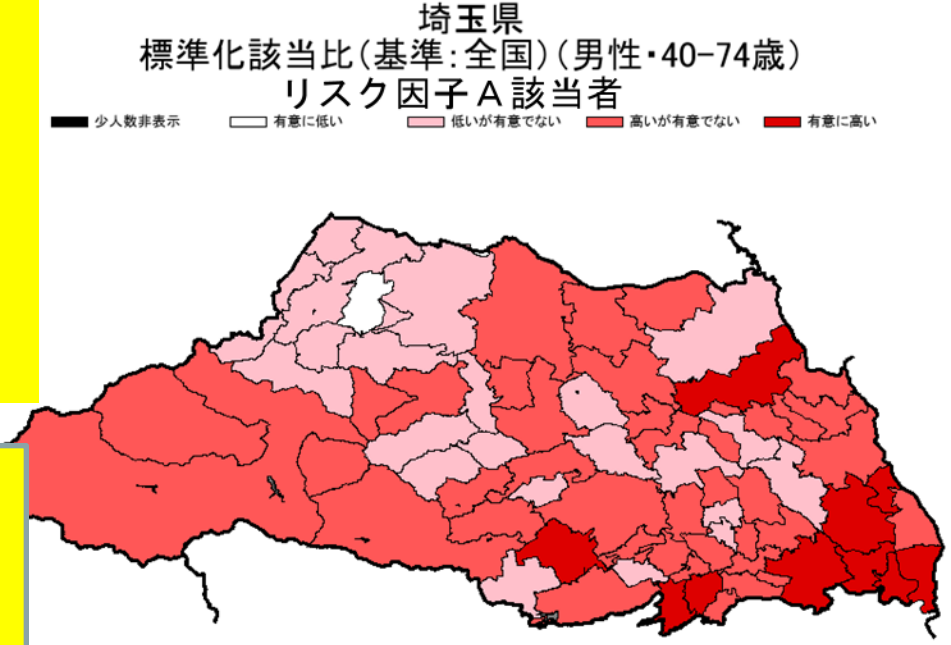
男性		受診者	収縮期血圧					拡張期血圧				
			130以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	814,644	341,576	41.9%	41.9%	100(基準)	*94.0	228,952	28.1%	28.1%	100(基準)	*93.4
	県	82,802	35,620	43.0%	44.5%	*106.4	100(基準)	24,400	29.5%	29.9%	*107.1	100(基準)
	新座市	1,619	769	47.5%	**49.5%**	*118.1	*110.9	548	33.8%	**34.4%**	*123.3	*115.0
65～74歳	全国	1,270,775	688,468	54.2%	54.2%	100(基準)	*96.3	269,421	21.2%	21.2%	100(基準)	*96.3
	県	135,002	76,027	56.3%	56.3%	*103.9	100(基準)	29,546	21.9%	22.0%	*103.9	100(基準)
	新座市	2,704	1,737	64.2%	**64.2%**	*118.3	*114.0	707	26.1%	**26.6%**	*125.1	*120.3
総数	全国	2,085,419	1,030,044	49.4%	49.4%	100(基準)	*95.5	498,373	23.9%	23.9%	100(基準)	*95.0
	県	217,804	111,647	51.3%	51.7%	*104.7	100(基準)	53,946	24.8%	25.1%	*105.3	100(基準)
	新座市	4,323	2,506	58.0%	**58.5%**	*118.3	*113.0	1,255	29.0%	**29.6%**	*124.3	*118.0

女性		受診者	収縮期血圧					拡張期血圧				
			130以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	85以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40～64歳	全国	1,061,920	345,503	32.5%	32.5%	100(基準)	*92.6	158,171	14.9%	14.9%	100(基準)	*91.3
	県	104,036	35,461	34.1%	35.1%	*108.0	100(基準)	16,610	16.0%	16.3%	*109.6	100(基準)
	新座市	1,909	645	33.8%	**36.6%**	*111.0	102.7	322	16.9%	**17.7%**	*118.0	107.8
65～74歳	全国	1,634,086	818,419	50.1%	50.1%	100(基準)	*95.8	231,823	14.2%	14.2%	100(基準)	*91.1
	県	172,420	90,282	52.4%	52.3%	*104.4	100(基準)	26,790	15.5%	15.6%	*109.7	100(基準)
	新座市	3,802	2,176	57.2%	**57.1%**	*113.7	*108.9	682	17.9%	**18.1%**	*127.5	*116.1
総数	全国	2,696,006	1,163,922	43.2%	43.2%	100(基準)	*94.9	389,994	14.5%	14.5%	100(基準)	*91.2
	県	276,456	125,743	45.5%	45.5%	*105.4	100(基準)	43,400	15.7%	15.9%	*109.7	100(基準)
	新座市	5,711	2,821	49.4%	**49.0%**	*113.1	*107.4	1,004	17.6%	**18.0%**	*124.3	*113.3

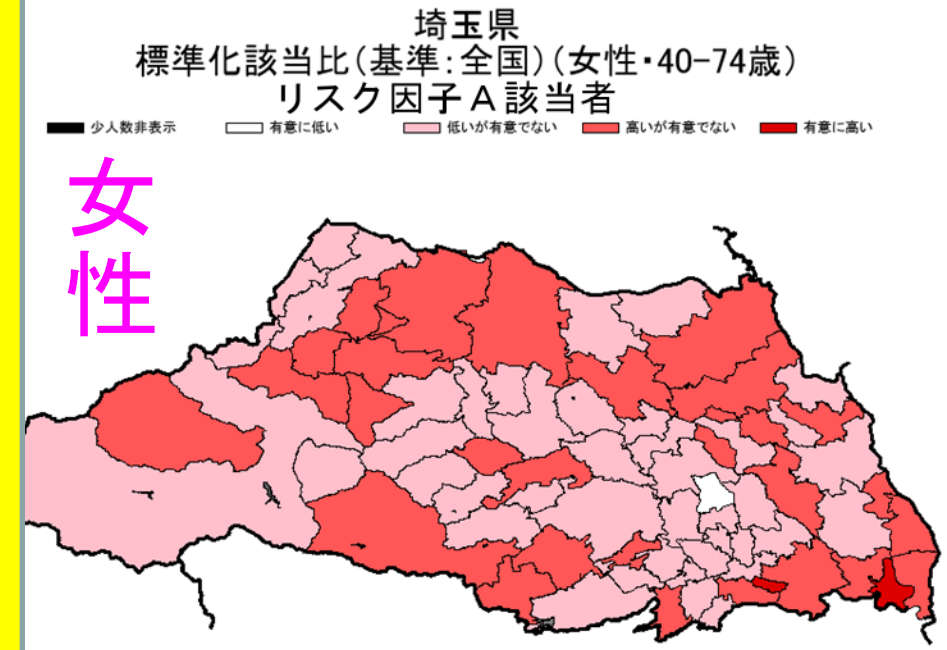
【教材】全都道府県・全市区町村
特定健診リスク因子（年齢調整値）
地図作成キットの開発・提供
（2012年度・協会けんぽのデータ入り）
⇒国保等のデータと簡単に統合可能）

年齢階
腹囲
BMI
空腹
空腹
HbA1
中性
HDL
LDL
収縮
拡張
血圧
高血
服薬
高血
重症
喫煙
メタボ
メタボリックシンドローム及び予備群の割合

本研究
↓
協会けんぽ本部
↓
協会けんぽ都道府県支部
↓
都道府県・保険者協議会
↓
国保連合会で統合・地図化
↓
市区町村



男性



女性

（7）リスク因子の状況を踏まえて、生活習慣等の状況を確認しよう

- 【手順1-5】のように、KDB等を使って生活習慣の状況を確認してください。肥満が多ければ、食事や運動習慣に関する問題がないか等の視点で見ていきます。
- 【事例4】を用いて、どの生活習慣が、肥満や高血圧等のリスク因子への寄与が大きいのかを調べれば、地域全体として優先して改善すべき生活習慣を同定できます。また、地域の社会・文化的背景が生活習慣にどのように影響するかも考察しましょう。

【教材】 KDB（国保データベース） 質問票調査の状況 年齢調整ツール
（服薬、生活習慣等の状況を、市町村、同規模、県、全国と比較する様式）

保険者名 ： 見本データ　　（男女別・年齢調整）　　印刷日 ： 2015/2/18

地区 ：　　ページ ： 1/4

生活習慣等	40～64歳											65～74歳										
	総人数	該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.			総人数	該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.		
単位：%	地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国（基準）	同規模（=100）	県（=100）	全国（=100）	地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国（基準）	同規模（=100）	県（=100）	全国（=100）
服薬_高血圧症	3984	25.7%	26.6%	25.5%	23.8%	24.0%	26.0%	24.0%	23.8%	*91.8	100.2	99.8	7794	45.7%	45.0%	44.4%	46.2%	45.8%	45.0%	44.5%	46.2%	101.8	102.9	99.6
服薬_糖尿病	3920	7.6%	6.7%	7.8%	6.1%	7.2%	6.5%	7.4%	6.1%	109.6	96.9	*116.6	7677	12.1%	11.0%	12.1%	11.4%	12.2%	11.0%	12.			99.5	*106.8
服薬_脂質異常症	3888	9		8.9%	11.5%	9.6%	13.4%	8.6%	11.5%	*70.3	*111.6	*82.5	7824	14.6%	21.1%	14.2%	21.1%	14.5%	21.1%	14.		103.4		*69.8
既往歴_脳卒中	3781					1.9%	3.0%	2.1%	2.5%	*61.6	87.4	*72.9	7747	5.0%	6.1%	5.0%	5.9%	5.0%	6.1%					*85.9
既往歴																								80.3
既往歴																								1.8
既往歴																								4.2
喫煙																								5.9
20歳時																								6.7
1回30																								8.7
1日1時																								6.5
歩行速																								1.7
1年間																								3.5
食べる																								9.0
食べる																								7.5
食べる																								2.8
週3回																								8.1
週3回																								1.6
週3回																								9.6
毎日飲																								8.3
時々飲																								5.3
飲まな																								9.8
1日飲																								2.0
1日飲																								0.1
1日飲																								1.3
1日飲																								7.6
睡眠不																								4.1
改善意																								3.0
改善意																								9.1
改善意																								4.9
取り組																								2.5
取り組																								0.1
保健指																								4.8

*p<0.05

男性

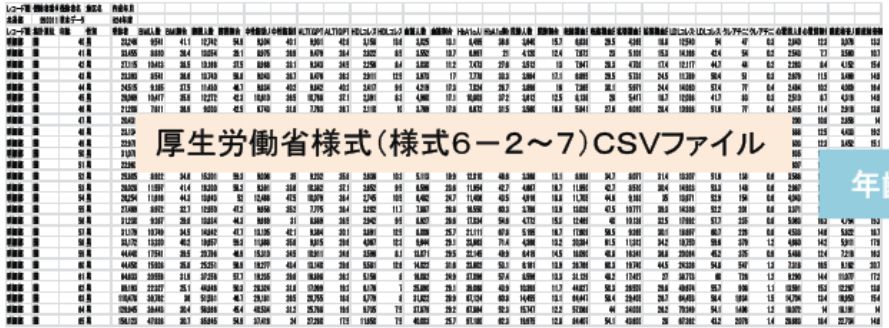
生活習慣等	40～64歳											
	総人数	該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.		
単位：%	地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国（基準）	同規模（=100）	県（=100）	全国（=100）
服薬_高血圧症	3984	25.7%	26.6%	25.5%	23.8%	24.0%	26.0%	24.0%	23.8%	*91.8	100.2	99.8
服薬_糖尿病	3920	7.6%	6.7%	7.8%	6.1%	7.2%	6.5%	7.4%	6.1%	109.6	96.9	*116.6
服薬_脂質異常症	3888	9.9%	13.6%	8.9%	11.5%	9.6%	13.4%	8.6%	11.5%	*70.3	*111.6	*82.5
既往歴_脳卒中	3781	2.0%	3.0%	2.2%	2.5%	1.9%	3.0%	2.1%	2.5%	*61.6	87.4	*72.9
既往歴_心臓病	3886	3.4%	4.6%	3.3%	4.2%	3.2%	4.4%	3.1%	4.2%	*71.9	102.7	*75.2
既往歴_腎不全	3853	0.9%	0.4%	0.5%	0.6%	0.9%	0.4%	0.5%	0.6%	*209.1	*179.1	*143.3
既往歴_貧血	3924	0.7%	4.3%	0.6%	3.6%	0.7%	4.2%	0.6%	3.6%	*15.7	105.3	*18.4
喫煙	3891	31.1%	31.5%	32.7%	34.9%	31.6%	31.9%	33.2%	34.9%	99.7	95.6	*91.0
20歳時体重から10kg以上増加	3874	50.2%	47.6%	47.6%	45.3%	50.2%	47.6%	47.6%	45.3%	*105.3	*105.5	*110.9
1回30分以上の運動習慣なし	3813	63.5%	66.2%	63.4%	68.6%	63.9%	66.7%	63.6%	68.6%	96.5	100.4	*93.5
1日1時間以上運動なし	3886	55.5%	56.0%	47.1%	53.6%	55.3%	56.2%	47.0%	53.6%	99.1	*118.3	*104.5
歩行速度遅い	3883	47.8%	49.2%	51.6%	50.4%	47.7%	49.3%	51.5%	50.4%	97.3	*92.7	*94.9
1年間で体重増減3kg以上	3868	22.8%	28.7%	20.5%	27.2%	23.2%	29.1%	20.9%	27.2%	*80.4	*110.9	*86.2
食べる速度が速い	3857	39.2%	36.2%	37.2%	33.4%	39.6%	36.4%	37.7%	33.4%	*109.2	*105.2	*119.6
食べる速度が普通	3856	54.0%	59.5%	57.5%	58.7%	53.5%	59.2%	57.3%	58.7%	*90.3	*94.1	*90.8
食べる速度が遅い	3881	8.9%	6.9%	7.5%	6.7%	8.6%	6.9%	7.5%	6.7%	*128.3	*116.9	*130.8

年齢調整について

- 一般に、高齢者ほど生活習慣病やそのリスク因子（例：高血圧）の有病率、医療費等は高くなります。
- 高齢者割合の高い保険者では、これら有病率、医療費は高くなります。
- 病気の「なりやすさ」を把握したい場合（集団の健康状態の指標）、年齢調整した割合・平均で比較する必要があります。
- 病気の「総量」を知りたい場合（必要な医療資源の量に関係）、年齢調整しない（粗）割合・平均で比較します。

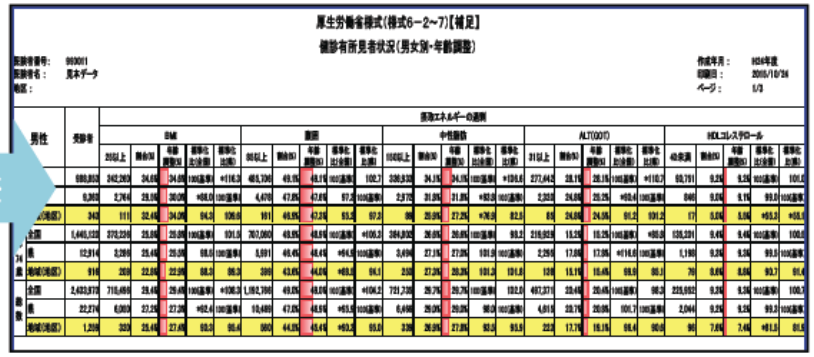
厚生労働省様式（様式６－２～７）年齢調整ツール

健診の肥満等の有所見者率を、県・同規模・国で比較する



厚生労働省様式（様式６－２～７）CSVファイル

年齢調整

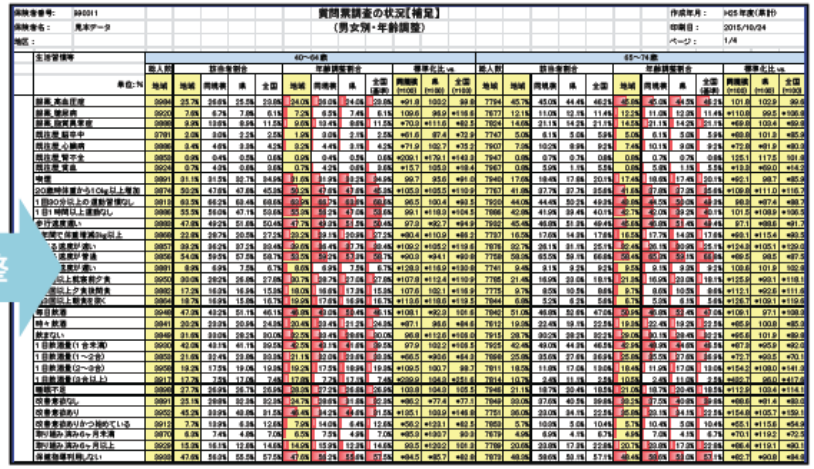


質問票調査の状況 年齢調整ツール

服薬、生活習慣等の状況を、県・同規模・国で比較する

質問票調査の状況CSVファイル

年齢調整



国立保健医療科学院「地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集」国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール

http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

国保データベース（KDB）システム活用マニュアル（平成28年3月）国民健康保険中央会より

④　特定健診問診票の分析 新座市国民健康保険データヘルス計画（平成27年3月）より

喫煙習慣がある方の割合では、男女ともに同規模・県・全国の割合を上回っており、特に女性が大きく上回っている。

喫煙習慣以外については、男性では週３回以上朝食を抜く方が多い。女性では65歳以上及び総数（40～74歳）で、「週３回以上食事を抜く」「食べる速度が速い」が多かった。

■特定健診問診票の状況（平成25年度）

	生活習慣	40～64歳											
		総人数	該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.		
	単位：%	新座市	新座市	同規模	県	全国	新座市	同規模	県	全国（基準）	同規模（=100）	県（=100）	全国（=100）
男性	服薬	1,619	28.5%	32.6%	28.6%	30.4%	31.1%	32.4%	30.9%	30.4%	95.8	100.9	102.3
	喫煙	1,619	38.3%	32.0%	36.3%	34.5%	**37.7%**	32.1%	35.3%	34.5%	***116.8**	105.1	108.0
	週3回以上朝食を抜く	1,619	20.2%	17.9%	18.9%	16.4%	**19.1%**	18.0%	17.9%	16.4%	105.1	106.0	***114.8**
	食べる速度が速い	1,619	35.5%	34.6%	34.9%	34.7%	34.5%	34.7%	34.1%	34.7%	100.1	101.5	100.0
	睡眠不足	1,616	26.0%	25.3%	29.5%	27.7%	25.2%	25.4%	28.8%	27.7%	99.9	***87.9**	91.7
	1回30分以上の運動習慣なし	1,619	66.6%	65.2%	67.9%	70.1%	66.2%	65.4%	67.3%	70.1%	100.9	98.1	94.6
女性	服薬	1,909	26.0%	29.0%	27.0%	28.1%	28.6%	28.5%	28.2%	28.1%	100.7	101.7	102.2
	喫煙	1,909	15.8%	9.6%	11.6%	8.9%	**14.9%**	9.8%	11.2%	8.9%	***147.6**	***130.2**	***160.9**
	週3回以上朝食を抜く	1,909	11.1%	10.0%	10.8%	9.0%	9.9%	10.2%	10.4%	9.0%	98.5	96.9	112.1
	食べる速度が速い	1,909	25.2%	25.5%	24.4%	26.0%	25.1%	25.6%	24.3%	26.0%	98.2	103.0	96.7
	睡眠不足	1,906	27.8%	29.2%	31.6%	30.5%	27.2%	29.3%	31.4%	30.5%	93.0	***86.8**	***89.3**
	1回30分以上の運動習慣なし	1,909	69.3%	69.1%	68.8%	72.4%	67.8%	69.3%	68.2%	72.4%	98.1	99.4	***94.1**

（8）健康問題に要因が与える影響の大きさを考えよう

- 肥満や多量飲酒等が高血圧に影響することはよく知られています。しかし、そもそも肥満や多量飲酒者が少ししかいない集団では、肥満や多量飲酒対策に力を入れても、集団全体として高血圧は少ししか減りません。従って、高血圧対策を効率的・効果的に進めるためには、集団全体として高血圧に大きな影響を与えている要因を調べる必要があります。そのような視点から、【事例4】の分析にも取り組んでみましょう。

（別事例として解説）

（省略）

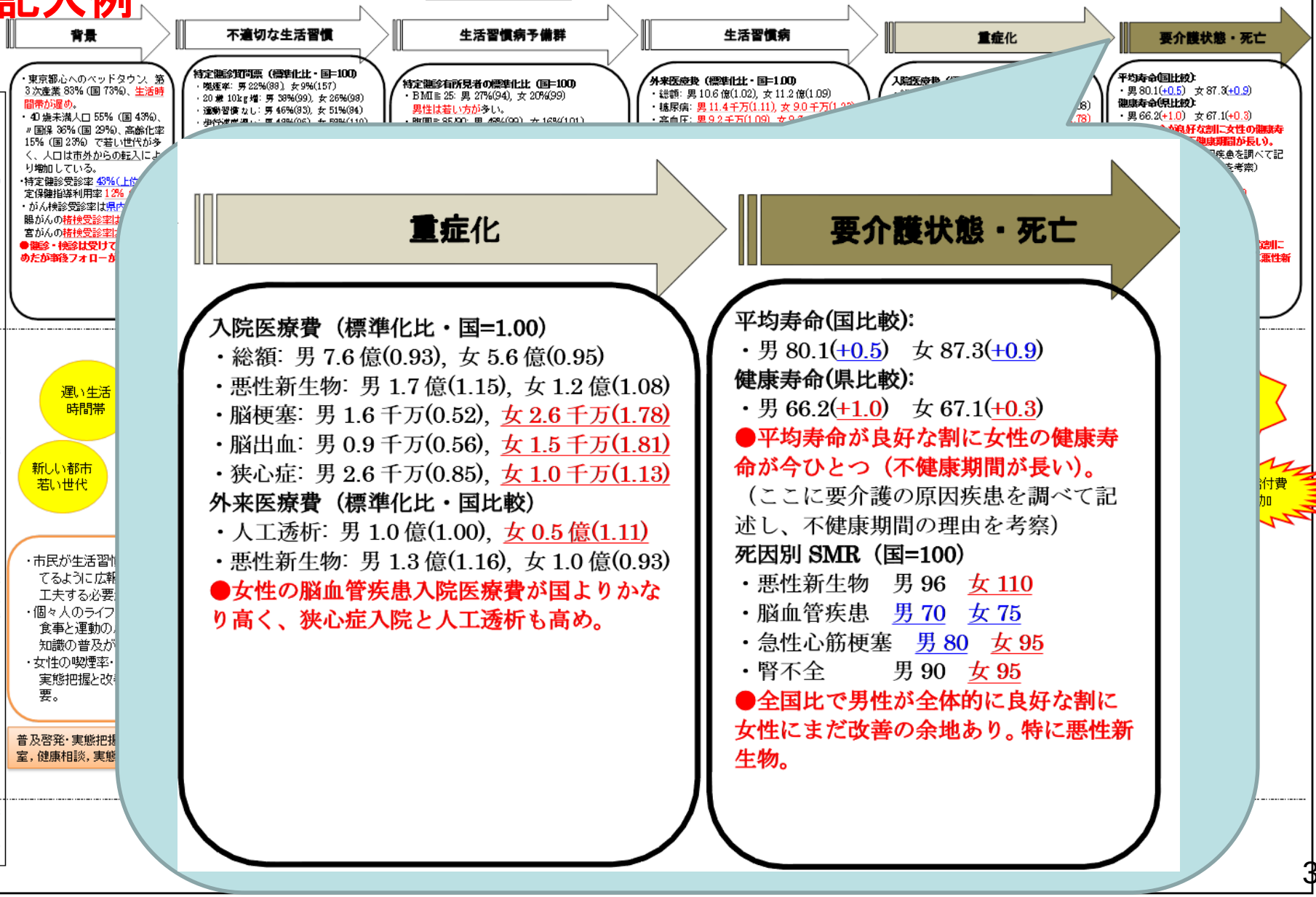
（9）以上の分析結果の全体像を、図に整理しよう

- 多くのデータを見てきましたが、以上の読み取り結果を【手順1-6】のように整理することによって、地域の健康課題に関する全体像が見えやすくなります。
- 他にも様々な分析を加えて整理した図が、高知市データヘルス計画（平成27年7月作成）「KDB等の分析をもとに考えた高知市の生活習慣病予防に係る活動」に示されています。

背景　生活習慣　予備群　生活習慣病　重症化　要介護・死亡

記入例

KDB 等の分析に基づく サンプル市 の生活習慣病対策のための現状分析と課題設定



KDB等の分析をもとに考えた高知市の生活習慣病予防に係る活動

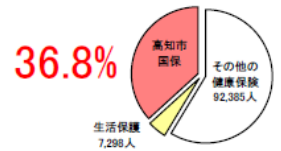
目的

健康寿命の延伸

高知市		0～39歳	40～74歳	75歳以上	
市民	※1	337,115人	135,597人	158,378人	43,140人 ※1 H26.4.1
国民健康保険	※2	80,241人	21,546人	58,695人	※2 H26.3.31
生活保護	※3	13,115人	3,235人	7,298人	2,582人 ※3 H26.3月末

分析

40～74歳の高知市民うち高知市国保の者の割合



現状

不適切な生活習慣

- 食べる速度が速い人が全国の1.18倍
- 就寝前に夕食をとる人が全国の1.09
- 夕食後に間食をとる人が全国の1.14
- 菓子類多く購入している（*1）
- 1日飲酒量3合以上の人が全国の2.30倍
- 女性健診受診者（20～39歳）で1日飲酒量3合以上と約1割（*2）
- 飲酒量が全国の2.00倍(*1)
- 特定健診受診率の低迷　H25年度24.6%　(*3)

これらの生活習慣を持つ人は肥満が過剰に発生

生活習慣病予備群

- ﾒﾀﾎﾞ該当者が男性は全国の1.14倍，女性は全国の1.08倍
- ﾒﾀﾎﾞ予備群が男性は全国の1.12倍，女性は全国の1.11倍
- 20歳から10kg以上体重増加が全国の1.07倍
- 腹囲基準値以上が男性は全国の1.11倍，女性は全国の1.09
- 特定健診受診者の40～64歳の男性3人に1人が肥満
- ﾒﾀﾎﾞ該当者のうち93%が血圧高値
- 健診受診者のうち男性47%，女性5%が血圧高値
- 中性脂肪が高い男性が全国の1.24倍，女性が全国の1.31
- HDLコレステロールが低い男性が全国の1.30倍，女性が全国の1.33倍
- 健診受診者のうち男性55%，女性54%が血糖高値
- 血糖高値の人が全国の1.29倍
- 血糖高値と脂質異常を併せ持った人が全国の1.44倍
- 尿酸高値　男性が全国の1.81倍，女性1.40倍
- 健診受診者のうち男性48%が肝機能が基準値を超えている
- 特定保健指導実施率　H25年度6.7%　(*3)

肥満の人は高血圧・高血糖が過剰に発生

飲酒量が多いほど高血圧・高血糖が過剰に発生

生活習慣病

- 40～64歳の3人に1人が生活習慣病を保有
- 高血圧患者数　全国の1.03倍
- 糖尿病患者数　全国の1.03倍
- 脂質異常症患者数　全国の1.03倍
  30万円以上ﾚｾﾌﾟﾄ患者数1.4倍
- 高尿酸血症患者数　全国の1.40倍
  30万円以上ﾚｾﾌﾟﾄ患者数1.22倍

一人当たり医療費が全国より4,651円高い

重症化

- 脳梗塞患者割合　国の1.40倍
  30万円以上ﾚｾﾌﾟﾄ患者数1.72倍　(*4)
- 脳出血30万円以上ﾚｾﾌﾟﾄ患者数1.42倍
- 40～65歳で脳血管疾患患者の保有疾患　高血圧（82%），糖尿病（68%）が多い
- 40～70歳で虚血性心疾患を発症した人のうち通院歴なく発症29%
- 40～70歳で虚血性心疾患（100万以上のレセプト）患者の保有疾患
- 人工透析患者割合　国の1.14倍
- 特定疾病（人工透析）を新規申請した人のうち
- 特定疾病療養（人工透析）を新規申請した人の保有疾患
- 全国に比べ入院費に占める割合が高い
- 入院患者数は全国の1.34倍
- 一人当たり入院費は国の1.34倍
- 高額ﾚｾﾌﾟﾄの要因となる疾患の患者一人あたりの医療費
  1位腎不全（640万円），2位脳出血（460万円）

要介護状態・死亡

- 新規介護認定者で脳血管疾患を有する割合は，介護度が重くなるほど，また若い年代ほど高い（*6）
- 脳血管疾患を発症し，介護認定を受けた2号被保険者のうち，初回介護認定時の医療保険が高知市国保以外　43%
- 2号被保険者で介護認定者の6割が脳血管疾患が原因　(*7)
- 脳出血SMR男性109.5，女性113.5（*4）
- 脳梗塞SMR男性99.3，女性105.1（*4）
- 急性心筋梗塞SMR男性176.5，女性151.8（*4）
- 腎不全SMR男性132.6，女性120.1（*4）
- 男女ともに平均寿命が国より低い（*8）

KDBシステム　H25年ﾃﾞｰﾀ　H26.10.1抽出 を主に使用
(*1) 食品ランキング　都道府県庁所在別
(*2) 高知市女性健診ﾃﾞｰﾀ
(*3) 法定報告
(*4) 高知県健康づくり支援システム
(*5) 高知市国保特定疾病療養受療証
(*6) 高知市介護保険主治医の意見書
(*7) 高知市介護保険ﾃﾞｰﾀ
(*8) 高知市健康づくり計画

課題

早食い

多量飲酒

20歳から10kg以上体重増加

肥　満

若い世代ほど関係が深い

高血圧
血糖高値
脂質異常
尿酸高値

これらの疾患を発症した人は高血圧等を高い割合で保有

高血圧等を治療をしないまま，虚血性心疾患等を発症する人が7割以上

脳血管疾患
虚血性心疾患
腎不全

重度化してから，要介護状態になってから，国保に加入している現状

生活の質の低下

医療費・介護給付費の伸び率の増加

取り組み

生活習慣病は自覚症状がないまま重症化する。だから，特定健診受診が必要！特に受診率が低い40･50歳代を

食習慣改善で肥満予防

適正飲酒で高血圧予防

高知市の現状等を市民に広く啓発

生活習慣の見直しで，生活習慣病の発症予防

必要な治療と生活習慣改善で重症化予防

市民が健康づくりを楽しく，継続できる環境整備

関係機関や市民団体との連携，協働

特定保健指導

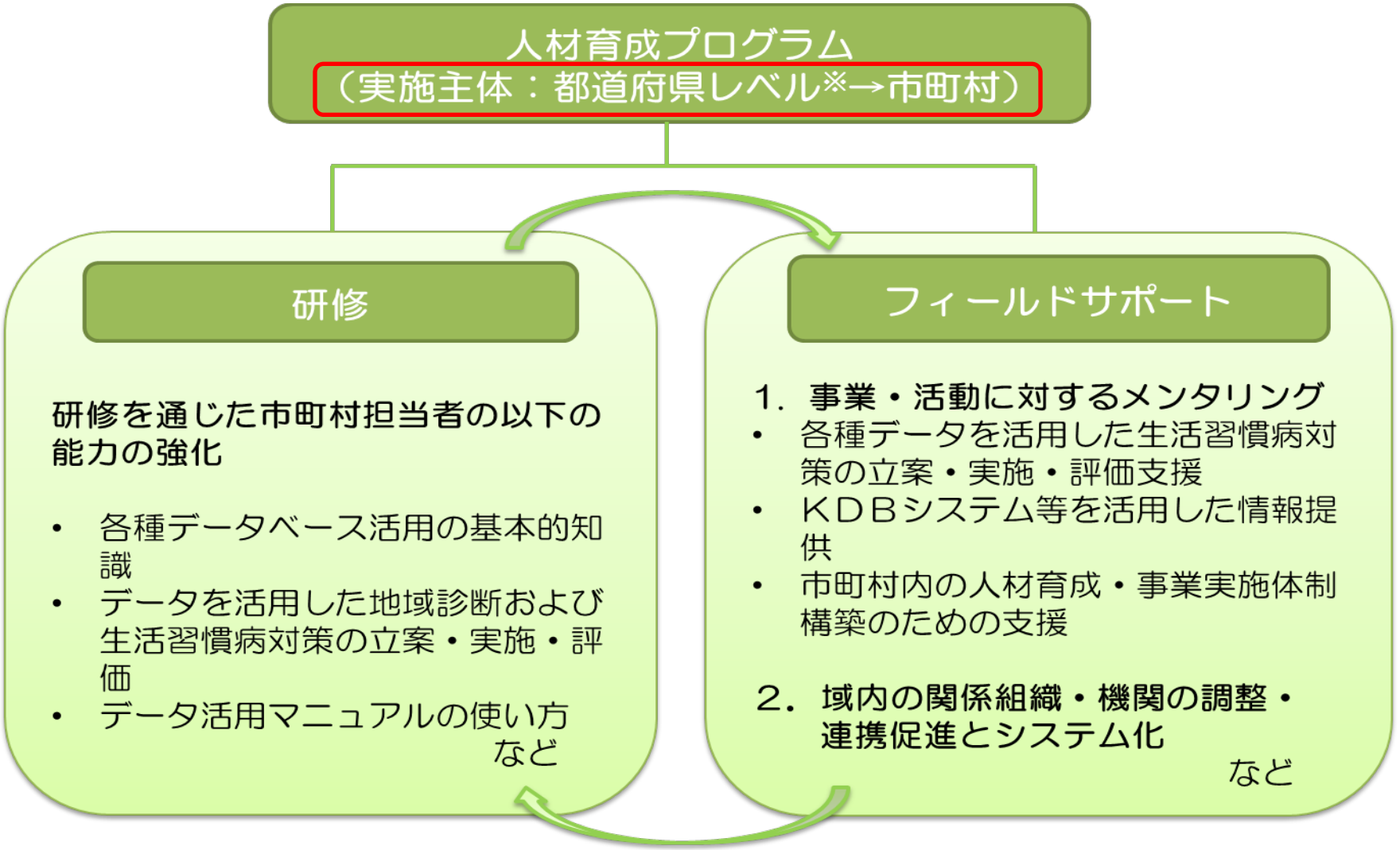
ハイリスク保健指導

健康講座　**健康相談**　**特定健診受診勧奨**　**健診結果説明会**

生活習慣病予防に関する協議会

高知市データヘルス計画（平成27年7月）より

健診・医療・介護等の集計データを活用した効果的な生活習慣病対策の立案・実施・評価のための人材育成プログラム・実践ガイド



※　都道府県、国保連合会、大学、民間企業等からなる人材育成プログラム運営体制

関連する国立保健医療科学院の短期研修

- 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修（研修計画編）（事業評価編）
  - 特定健診・特定保健指導に関する研修計画、事業評価支援ができる実践能力の習得を図ります。

- 健康・栄養調査の企画・運営・評価に関する研修
  - 健康増進計画等に関連して、健康・栄養調査及び他の既存調査統計データと合わせて活用し、施策提言ができる能力を修得することを目的とします。

教材・活用マニュアル等は国立保健医療科学院HPで公開中

http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/

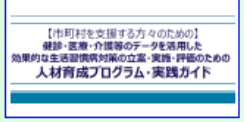
地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集

厚生労働科学研究の成果の一部を公表しています

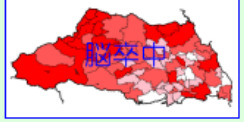
メインメニュー

データ活用マニュアル

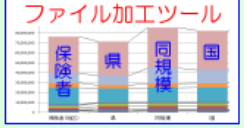
人材育成プログラム
実践ガイド



死因別標準化死亡比(SMR)の市区町村地図



国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール



特定健診データ分析ソフトウェア
(特定保健指導の効果の評価)

●自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等「データ活用マニュアル」

概要：

生活習慣病対策の計画立案・実施・評価に関するデータ活用の具体的な手順と読み解き方を、いくつかの活用場面（事例）を挙げて解説しました。本ホームページで紹介しているツール類の活用法も説明しています。本「データ活用マニュアル」は、主に、市町村などの医療保険者の方々が活用することを想定して作成しています。「人材育成プログラム・実践ガイド」と併せてご活用下さい。

ダウンロード：（リンクを右クリックしてから対象をファイルに保存して下さい）

データ活用マニュアル（PDFファイル22.4MB）

データ活用マニュアル関連資料（現状分析と課題設定ワークシート）（ZIPファイル0.5MB）

本「人材育成プログラム・実践ガイド」は、厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究（H25－循環器等（生習）－一般-014）（研究代表：国立保健医療科学院　横山徹爾）の一環として作成しました。

●健診・医療・介護等の集計データを活用した効果的な生活習慣病対策の立案・実施・評価のための「人材育成プログラム・実践ガイド」

概要：

データを活用した生活習慣病対策の計画立案・実施・評価に関する人材育成を体系的に推進するための「人材育成プログラム・実践ガイド」を作成しました。主に、市町村などの医療保険者を支援する立場にある都道府県および都道府県国民健康保険団体連合会の方々が活用することを想定しています。「データ活用マニュアル」と併せてご活用下さい。

ダウンロード：（リンクを右クリックしてから対象をファイルに保存して下さい）

人材育成プログラム・実践ガイド（PDFファイル5.8MB）

人材育成プログラム・実勢ガイド関連様式（ZIPファイル9.1MB）

結論

- 保健活動における主な場面別に、データの入手・集計（加工）・分析（読み取り）の一連の作業を具体的な手順書として整理し、「データ活用マニュアル」を作成し、ツール類とともに国立保健医療科学院のホームページに公開した。
- 自治体においてデータに基づく生活習慣病対策を推進するためにご活用いただければ幸いである。

今後の科学院の役割

- 地方自治体・保険者が健康増進計画・データヘルス計画等の策定・評価・見直しを行うにあたって必要な、
  - 各種統計資料等の分析手法の提示等の技術的援助およびこれらの技術を持つ人材育成に取り組む。
- ただし、全ての市町村・保険者をカバーすることは不可能。

今後の地域・職域におけるとりくみ

- 都道府県・国保連合会・保険者協議会・地域職域連携推進会議等
  - 市町村・保険者が、健康増進計画・データヘルス計画等の策定・評価・見直しを行うにあたっての技術的援助。