

特集：特定健診・特定保健指導の評価と課題

<解説>

特定健診・特定保健指導の評価とPDCAの基本的な考え方

横山徹爾¹⁾，藤井仁²⁾

¹⁾ 国立保健医療科学院生涯健康研究部

²⁾ 国立保健医療科学院政策技術評価研究部

Basic concept of the assessment and PDCA cycle for the implementation of Specific Health Examination and Health Guidance

Tetsuji YOKOYAMA¹⁾，Hitoshi FUJII²⁾

¹⁾ Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

²⁾ Department of Health Policy and Technology Assessment, National Institute of Public Health

抄録

特定健診・特定保健指導事業を効果的に推進していくためには、健診・保健指導データ、レセプトデータ等に基づいて当該集団の健康問題の特徴を分析し、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるのか、つまり優先すべき課題を明確化しながら、PDCAサイクルに則った保健事業を展開していくことが求められている。特定健診・特定保健指導の制度導入当初から現在に至るまで、データ分析による現状把握と施策の評価が重要視されてきたが、そのどちらも一部の先進的な地域を除いて十分に実施できていない。そこで本稿では、データ分析による現状把握と施策の評価について、PDCAサイクルに沿った進め方を解説する。

評価のベースとなるのは「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」であり、これに準じて事業の評価を進める。評価の際には、対象（個人、集団、事業、計画全体）と観点（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）を明確にしておくことが重要である。保健指導などの介入の評価については、適切な対照群をおき、介入群と対照群との差を比較することがより妥当な評価につながる。都道府県等の広域的な立場で評価を支援する際には、域内の評価を統一的に実施すれば効率的であり、保険者間の比較をしやすい。また、各市町村・保険者における取り組み例の情報収集を行い、評価し、要因分析し、全体の底上げにつながるよう指導的役割を果たすことが望まれる。

キーワード：特定健診・特定保健指導，評価，PDCAサイクル

Abstract

In order to effectively promote the specific health examination and health guidance, it is necessary to implement the health services following the PDCA cycle, in which the health status of the target population is analyzed and the priority of health issues of lifestyle-related diseases is determined by using data of health examination, health guidance, and health insurance claims. Although the importance of the analysis of current health issues and the assessment of health services has been

連絡先：横山徹爾

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6, Minami, Wako, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6128

Fax: 048-458-6714

E-mail: tyokoya@niph.go.jp

[平成26年10月24日受理]

emphasized from past to present, only a limited number of health insurers has conducted such analysis and assessment. In this paper, we illustrate the basic concept of analysis of current health issues and the assessment of health services following a PDCA cycle.

The assessment of health services should be conducted based on the guideline “Standard Program of Health Examination and Health Guidance (revised edition)” by the Ministry of Health, Labor and Welfare. The assessment is conducted at each level of individuals, population, health service, and whole project in the framework of structure, process, output, and outcome. The effects of intervention such as health guidance can be more correctly assessed by comparing the changes in risk factors between the intervention and control groups. To support the health insurers in a prefecture, it is efficient to assess all health insurers in the same manner and to compare the results among them. The organizations at the prefecture level are expected to take a leadership role to improve the overall level of health insurers by collecting information, supporting the assessment, analyzing the background of good practices in the health insurers.

keywords: Specific Health Examination and Health Guidance, assessment, PDCA cycle

(accepted for publication, 24th October 2014)

I. はじめに

平成17年の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」において、生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導、科学的根拠に基づく健診・保健指導、国としての具体的な戦略やプログラムの提示、現状把握・施策評価のためのデータの整備などが生活習慣病対策を推進していく上での課題として挙げられた。このような課題を解決するためには新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することが必要であるとの考え方が共有され、平成20年度に特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・特定保健指導」）が導入された。特定健診・特定保健指導では、メタボリックシンドロームの概念を導入し、また、エクササイズガイド、食事バランスガイド等の効果的なツールによる運動・栄養等の面での健全な生活習慣の形成に向けた健康づくりの国民運動化を推進した。

平成23年10月の健康日本21最終評価においては、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加等、目標に達した項目もあった一方で、同中間評価で指摘されたのと同様に、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60歳代男性における肥満者の増加等のように、健康状態及び生活習慣の改善が認められない、もしくは悪化している項目があり、今後一層の生活習慣病対策の充実が必要との指摘がなされた。

それを踏まえて、平成25年4月からは新たに健康日本21（第二次）を開始することとなり、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善や社会環境の整備などに関して数値目標を設定し、関連団体と連携しながら取組を進めていくこととなった。同時に、効果的な健診・特定保

健指導の実施のために、この事業に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等をまとめた「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」（以下、【改訂版】と呼ぶ）が示された[1]。

【改訂版】では、保健事業の計画段階において、データ分析に基づく健康課題の明確化と目標設定を重要視しており、事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質として、「データを分析し、優先課題を見極める能力」、「事業の事後評価を行う能力」を挙げている。

「データを分析し、優先課題を見極める能力」とは、健診データ、医療費データ（レセプト等）などから、対象集団の特性（地域や職場の特性）を抽出し、対象集団の優先的な健康課題を設定できる能力であり、「事業の事後評価を行う能力」は、健診・保健指導の結果を基に各種評価を行い、次年度の企画・立案につなげることができる能力であると記されている。

このように、特定健診・特定保健指導においては、その制度の導入当初から現在に至るまで、データ分析による現状把握と施策の評価が重要視されてきたが、そのどちらも一部の先進的な地域を除いて十分に実施できていない。そこで本稿では、データ分析による現状把握と施策の評価について、PDCAサイクルに沿った進め方を、実例を挙げつつ解説する。

II. PDCAサイクルと評価の視点

【改訂版】では、図1のような概念図で保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクルが説明されている。すなわち、特定健診・保健指導データ、レセプトデータ等に基づいて健康問題の特徴を分析し、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるのか、つまり優先すべき課題を明確化しながら、PDCA（計画（Plan）⇒実施（Do）⇒評価（Check）⇒改善（Action））サイクルに則った保健事業を展開していくことが求められている。

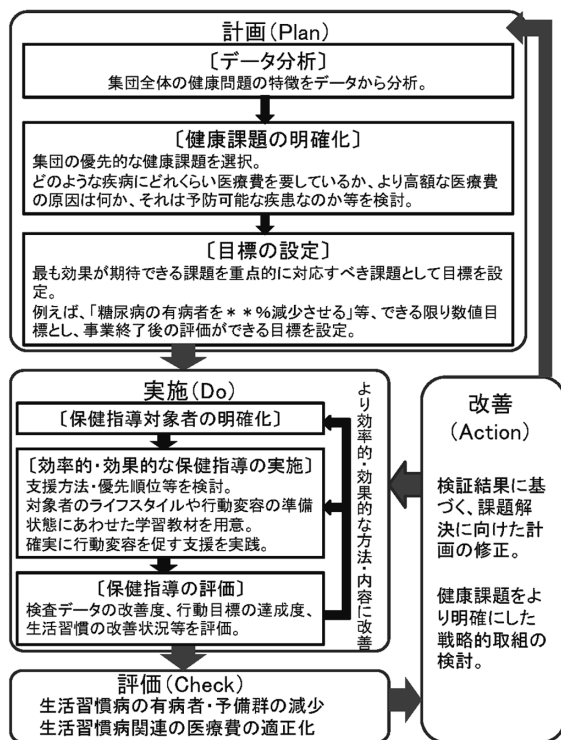


図1 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル（標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】）

保健事業の評価は、「評価の対象」と「評価の観点」に分類して考えるとよい。さらに評価の対象は、個人なのか、集団なのか、事業なのか、計画全体なのかに分けて考える。個人の評価では、保健指導前後でのリスク要因（肥満度、検査データ等）の変化や行動変容ステージ・生活習慣の改善状況等によって個人レベルでの効果を確かめるとともに、事例検討等によって保健指導方法をより効果的なものに見直し・改善していくために活用する。集団の評価では、リスク因子や生活習慣の改善度を平均値や割合で量的に確認し、これらを集団間・対象特性別（年齢別など）で比較する。効果の上がっている集団を特定し、その要因を探ることによって、他の集団の改善に役立てることもできる。事業の評価では、費用対効果、対象者の満足度、対象者選定の適切さ、保健指導対象者以外への介入方法、プログラムの組み方などについても検討し、効果的・効率的な事業実施の判断材料とする。そして、計画全体の評価では、最終的に目指したい集団全体の健康状態の改善度（死亡率、要介護率、有病率等）や医療費等の経年的な推移に注目する。

一方、評価の観点は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の4つを基本とする。

ストラクチャー（構造）の評価では、実施の仕組みや体制（職員の体制、予算、施設・設備状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況等）などに着目する。プ

ロセス（過程）の評価では、事業の実施過程（健診の実施・通知等）や保健指導の実施過程（情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、行動変容ステージ・生活習慣の改善対象者の満足度等）などが対象となる。健診受診率、保健指導実施率・継続率などはアウトプット（事業実施量）であり、最終的にこれらが保健指導前後のリスク要因の変化、長期的な合併症の発生率低下、医療費の変化といったアウトカム（結果）につながる。

適切なプロセスと十分なアウトプットがなければアウトカムが得られるはずがなく、ストラクチャーが整っていないければプロセスを適切に進め、アウトプットを増やすことは難しい。従って、ストラクチャーの充実が特定健診・特定保健指導を効果的・効率的に進めるための基盤として極めて重要である。【改訂版】では、市町村での実施体制について『市町村は国保部門・衛生部門・介護部門間の連携強化を図るとともに、医師会やアウトソーシング事業者、地域の住民組織や団体等と協働した体制づくりなどが考えられる。』と記述されている。

厚生労働省研究班で作成した「標準的な健診・保健指導プログラム新事例集（平成25年度版）」では、一連のPDCAサイクルの流れを着実に実施している医療保険者等の好事例が紹介されている。自保険者の取り組みと、これら好事例として取り上げられる自治体の取り組みとを、まずはストラクチャーの観点から比較してみると、事業の改善の糸口が得られるかもしれない。例えば国保部門と衛生部門をはじめとする多部門間の連携、受診勧奨のための人員・予算、健診・保健指導・レセプト等各種データに容易にアクセスできる体制、データを加工・分析できる人材やシステム、健診・保健指導実施体制、保健指導実施者の人材育成体制、事業評価体制などが比較のポイントとして重要であろう。

III. 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価

前述の評価の視点から、実際に特定健診・特定保健指導の評価を実施する際の具体的な手順を、【改訂版】で推奨されている分析例（様式集）を例として解説する。図1の計画（plan）に記されている、データ分析から健康課題の明確化に至る部分である。

最初に被保険者マスタ、レセプト、特定健診・特定保健指導データを個人番号などで突合し、データセットを作る。国保の場合、国保データベース（KDB）を導入していれば、それを利用するのが効率的である。KDBが利用できない場合、レセプトは量が非常に多いため、個人のPCでデータのハンドリングが困難であれば、5月診療分のみを用いるなどしてデータを操作可能な量にする。レセプトデータからは、主病名・副病名、マル長コード（透析の有無を調べる）、保険点数、入外などのデータを取っておくようにする。生活習慣病として扱う

べき病名は【改訂版】に記載されているので、それを参照して脂質異常症や高血圧症等のレセプト・患者が特定できるようにしておく。健診・保健指導データからは、性・年齢など基礎情報と生活習慣病のリスク因子、行動変容の状態、指導ポイント数、脱落の有無などをデータセットに含めるようにする。

ここまでの準備ができれば、まずは【改訂版】で推奨されている分析例（様式集）に沿って作表する。KDBを用いればこれらの様式を含めて数多くの様式が容易に作成可能である。なお、様式作成自体は評価ではなく、表からデータの意味を読み解くことが評価であることに留意すべきである。

たとえば、様式1-1は、1ヶ月200万円以上の高額レセプトを降順に並べ、入院・外来、高血圧等の基礎疾患、虚血性心疾患等の重篤な循環器疾患、病名欄にある疾患以外で重要と考えられる病名（例：がん、大動脈瘤解離）などの情報を付記して作表する。この表からは、疾病の重なり状況、高額レセプトに類出する病名、治療の開始時期などを判断材料に、どの疾患の予防を優先して保健指導の対象とするか、メタボリックシンドローム以外でも医療費のかかる疾患がどの程度あるか等を読み解くことができる。

様式2-1では、6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧を作り、入院月数、生活習慣病とそれに関連の深い虚血性心疾患などの重篤な病名をまとめている。この表からは、単に高額なレセプトだけでなく、長期に治療が継続することにより結果的に医療費が高額になる疾患についても調べ、どの疾患の予防を優先して保健指導の対象とするかについて考えることができる。

同様に様式2-2「人工透析をしている患者さんのレセプト一覧」からは、人工透析に至った原因が予防可能な

生活習慣病によるものか確認することができ、様式2-3「前年度新規に前年度新規に透析を開始した患者さんのレセプトと健診データ一覧」からは、透析に至った背景や生活習慣を把握し、予防可能であったかどうかの症例検討や、どの時期に保健指導を開始すべきだったかの検討が可能になる。

保健指導の効果についての評価では、生活習慣病リスクの指導前後の変化に着目する。保健指導の評価に限らず、介入を伴う事業の評価には、適切な対照群を置いて比較することが望ましい（図2）。保健指導を受けた群だけにしか注目しない場合、仮に平均体重が統計的に有意に減少していたとしても、それが保健指導の効果であるとは断言できない。保健指導の対象になる群は、ある時期に体重や血圧などが高い群を抽出しているため、介入がなくとも次期の体重や血圧は平均への回帰によって低下しやすい[2]。また、2年連続健診のデータが存在するということは、受診者の健康意識が強いことを示しており、保健指導等の介入がなくとも自助努力で体重や血圧を落とす可能性は高い。ゆえに、ある年度の健診で保健指導の対象となった者のうち、保健指導を受けた群の翌年度の体重減少と、保健指導を受けなかった対照群の翌年度の体重減少を比較し、前者の下げ幅が統計的に有意に大きいとき、保健指導は効果があったと考えられる。つまり、差（体重減少量）の差を見ることで、より正確に保健指導の評価が可能になる。【改訂版】では、『保健指導を受けたグループと受けなかったグループの比較により、保健指導の効果を確認することができる。』とされている。

より長期的な観点からは、生活習慣病有病者・予備群の減少、生活習慣病関連の医療費の減少を評価する。ここでも、適切な対照群を設定し、データを比較すること

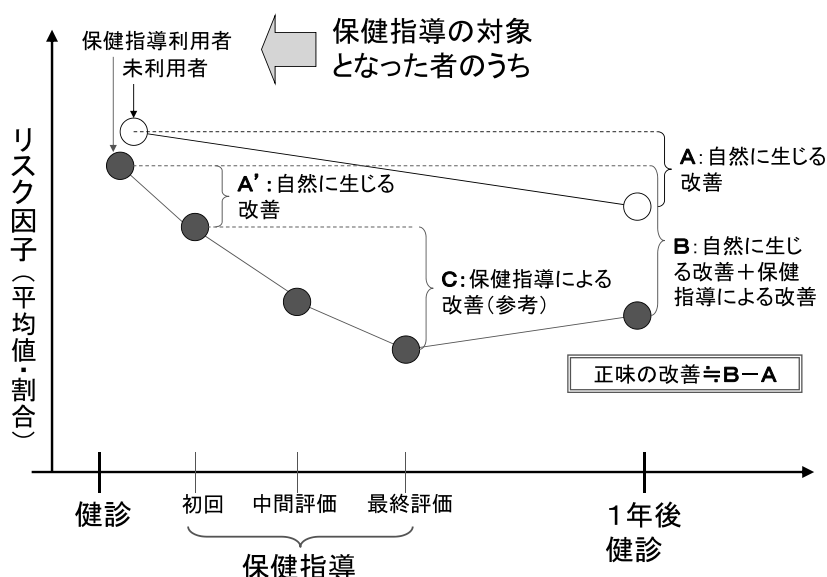


図2 保健指導によるリスク因子等への「効果」の測り方の概念

平成22年度

平成23年度

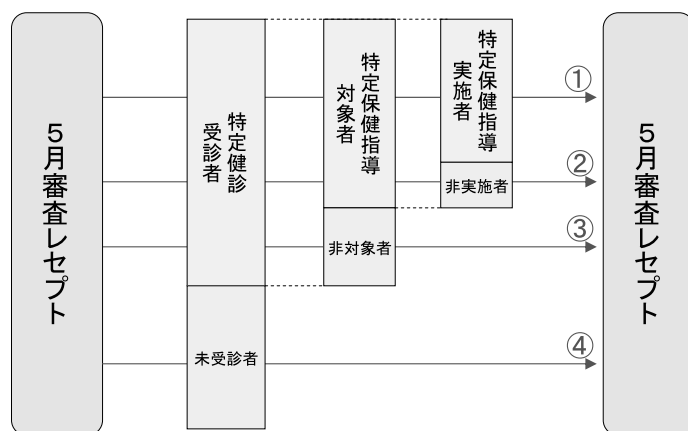


図3 医療費等の変化を対象別に比較する

で、より妥当な評価が可能になる(図3)。例えば、総医療費、生活習慣病医療費、医療機関受診率(レセプト件数÷被保険者数)、生活習慣病有病者数、脳血管疾患・虚血性心疾患発症数、新規人工透析導入者数などが挙げられる。これらの項目の変化を①~④の各群で比較すれば、健診の効果や保健指導の効果をより適切に評価することができる。

IV. 都道府県レベルでの広域レベルでの評価支援

保健事業の評価に関連して、都道府県レベルの組織(都道府県、保険者協議会、国民健康保険団体連合会等)による評価支援のあり方についても簡単に説明を加える。ここまで述べた評価方法は、同一都道府県であればほぼ同じ作業手順になり、可能な事項については個々の市町村が実施するよりも都道府県レベルでまとめて処理し、各市町村に結果を提供することが効率的である。その際、各市町村間の比較が可能な形で提供すれば、効果の上がっている保険者の特徴を把握しやすく有益である(図4)。

効果が上がっているA群のプロセスやストラクチャーをインタビュー等で明らかにし、他の保険者にも情報提供すれば、保健指導の効果が不十分だった市町村においても、類似した手段の導入や体制の刷新が可能かどうかを検討するために役立つ。社会的背景や人口構成などの点で共通点が多い自治体を対象にして、受診勧奨の方法、広告媒体、自己負担額などを比較し、参考にすべき点は翌年の計画に組み入れるべきであろう。

図4と形式は異なるが、静岡県などで類似の試みがなされている。県内各市町村で高血圧等のリスク因子保有率を性・年齢調整した標準化該当比を計算し、地図上に色分けして表示している。地域間での健康格差等を確認する際に有効な手段である。参考にされたい[3]。

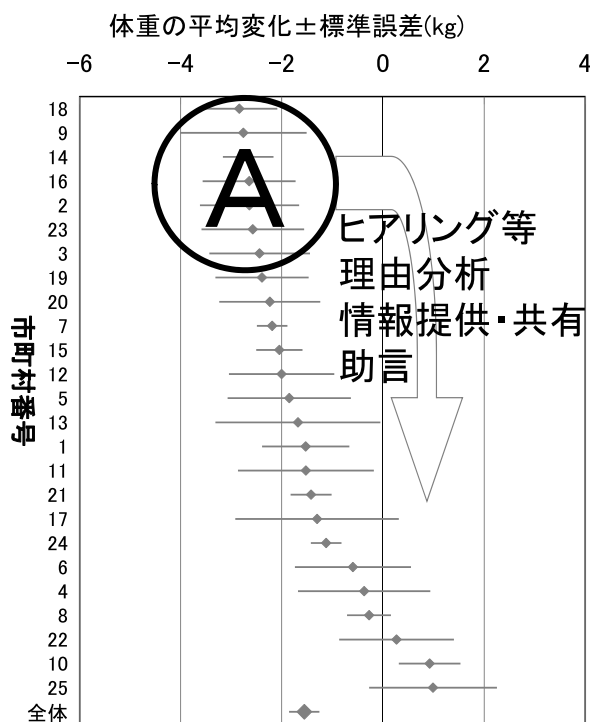


図4 市町村間の比較(イメージ図)

V. まとめ

評価のベースとなるのは「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」であり、まずはこれに準じて事業の評価を進める。評価の際には、対象(個人、集団、事業、計画全体)と観点(ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム)を明確にしておくことが重要

である。保健指導などの介入の評価については、適切な対照群をおき、介入群と対照群との差を比較することがより妥当な評価につながる。

都道府県等の広域的な立場で評価を支援する際には、域内の評価を統一的に実施すれば効率的であり、保険者間の比較をしやすい。また、各市町村・保険者における取り組み例の情報収集を行い、評価し、要因分析し、全体の底上げにつながるよう指導的役割を果たすことが望まれる。

参考文献

- [1] 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】. 2014.4.
- [2] 横山徹爾, 田中平三. 平均への回帰. 日本循環器管理研究協議会雑誌. 1997;32(2):143-7.
- [3] 静岡県総合健康センター. 特定健診・特定保健指導に係るデータ報告書.
http://www.shizuoka-sogokenkocenter.jp/area_health/?page=sin_dan_data