




平成28年度 国立保健医療科学院 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(事業評価編)
平成28年5月25日(水)

I. 生活習慣病対策保健事業の 評価の考え方

国立保健医療科学院 生涯健康研究部

横山徹爾



- 
- 健診・保健指導の実施・評価の基本的考え方
 - PDCAサイクルと評価の視点
 - 都道府県等の広域レベルでの評価支援
 - 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価
 - まとめ

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)

【第1編】標準的な健診・保健指導プログラムの考え方

- 第3章 健診・保健指導事業に関わる者が有すべき資質
 - 3-1 事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質
 - (1)データを分析し、優先課題を見極める能力
 - (4)事業の事後評価を行う能力

【第3編】保健指導

- 第2章 保健事業(保健指導)計画の作成
 - 2-2 現状分析
 - 2-3 保健事業(保健指導)の目標設定
- 第4章 保健指導の評価
 - (1)保健指導における評価の意義
 - (2)評価の観点
 - (3)具体的な評価方法
 - (4)評価の実施責任者
 - (5)評価の根拠となる資料
 - 表6 保健指導の評価方法(例)

【第4編】体制・基盤整備、総合評価

- 第3章 健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理
 - 3-1 健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目
 - 3-2 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価(様式1~7)

3

第3章3-1

事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

- (1)データを分析し、優先課題を見極める能力
 - 健診、医療費(レセプト等)、要介護度、地区活動の情報などから、対象集団の特性を抽出し、優先的な健康課題を設定できる。
 - 例)レセプトと健診データを突合
 - その集団に多い疾病は？ 発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策は？ どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか？ より高額な医療費がかかる原因疾患は？ それは予防可能な疾患？
 - 例)介護保険データ
 - 高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連は？ その対策は？

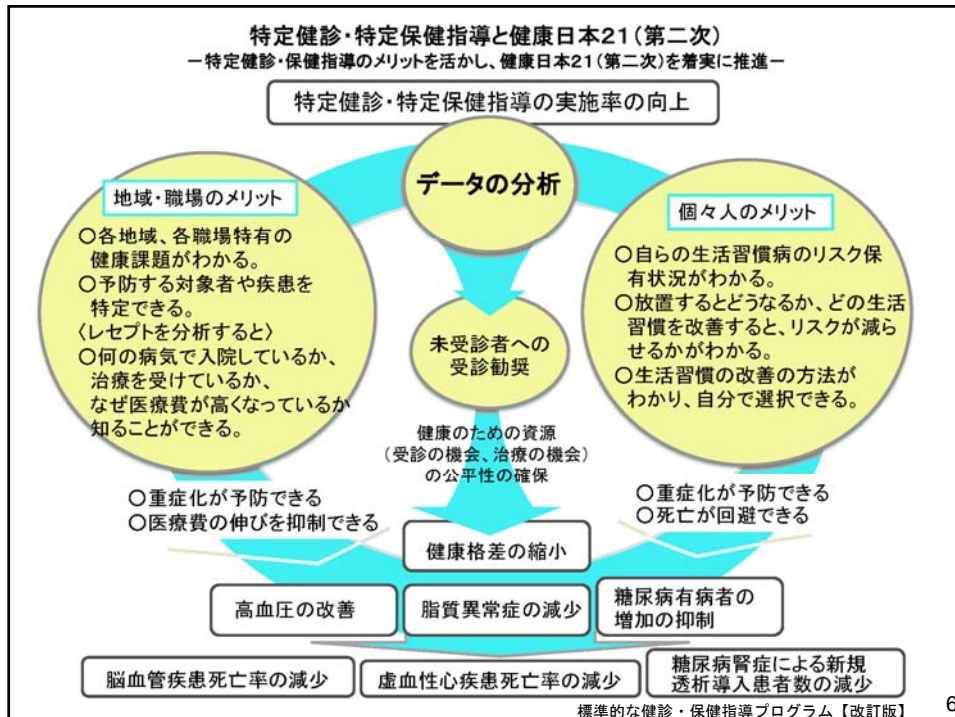
4

第3章3-1

事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質

- (4)事業の事後評価を行う能力
 - 健診・保健指導の結果を基に、アウトカム(結果)評価など各種評価
 - ⇒ 次年度の企画・立案につなげる。
 - 評価計画を立て、分析結果から課題を明確化
 - ⇒ 健診・保健指導システムの改善について具体的に提案。
 - 健診結果・質問項目による対象者の選定が正しかったか、対象者に必要な保健指導が実施されたか等の評価
 - ⇒ 保健指導の技術を向上させていく。

5



6

健診・保健指導の実施・評価のための指標・項目 (基本的考え方)

- 国の目標(平成27年度に平成20年と比べて糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を**25%減少**させる)の達成のためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展さらに重症化・合併症へと**悪化する者を減少**させること、あるいは、生活習慣病から予備群さらには健康な状態へ**改善する者を増加**させることが必要である。
- 医療保険者には、**健診・保健指導データとレセプトが集まる**ことになるため、電子化された健診・保健指導データとレセプトを**突合**したデータの分析を行うことにより、この分析結果を基にして、前年度の**保健指導による予防の効果を評価**することや、健診結果が「受診勧奨」となった者の**受療状況の確認**をすることが可能となる。
- 突合データを用いて、個人や対象集団ごとに、健診・保健指導プログラムの評価を客観的に行うためには、**どのような健診・保健指導の指標・項目等を抽出すれば良いか整理**する必要がある。
- 医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士等は健診・保健指導**データとレセプトから、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的か**を検討することが必要である。

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版p.190)

7

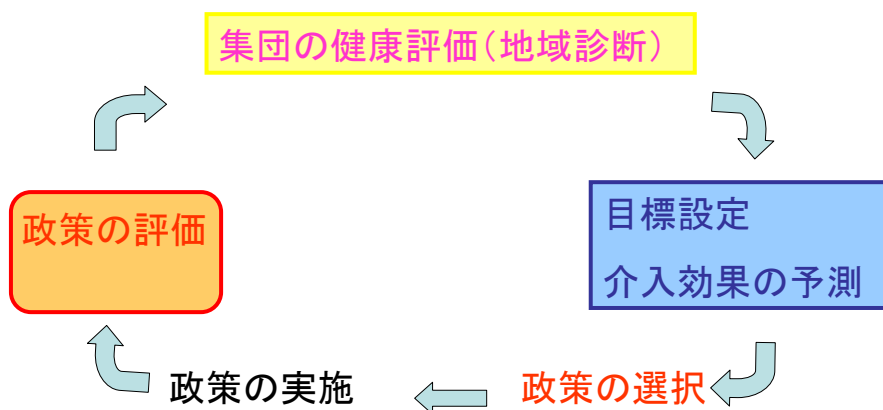
- また、医療保険者に医師、保健師、管理栄養士等が所属していない場合には、**地域・職域の医師、保健師、管理栄養士等の協力**を受けて評価する必要がある。
- 例えば、市町村国保においては**衛生部門、健保等**では職域の**産業医、保健師等**の協力を得ることが想定される。さらに、小規模な健保等については、**保健所・衛生研究所・健康科学センター**等の協力を得ることも想定される。
- 健診・保健指導の実施・評価の際には、対象集団の母集団となる**行政単位の人口動態統計(死因統計)、患者調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査(県民健康・栄養調査)、医療費データ、介護保険データ**などから確認しうる地域集団の**健康課題の特徴**を把握するとともに、対象集団の**健診結果や生活習慣の知識・態度・行動に影響を及ぼす要因**を把握することが必要である。
- 都道府県が策定する医療計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県健康増進計画、都道府県医療費適正化計画等の基礎資料としても有益な指標・項目であることが必要である。

8

- 健診・保健指導の実施・評価の基本的考え方
- PDCAサイクルと評価の視点
- 都道府県等の広域レベルでの評価支援
- 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価
- まとめ

9

地域診断と健康政策のサイクル



RA. Spasoff; Epidemiologic Methods for Health Policy, 1999

水嶋春期: 地域診断のすすめ方: 根拠に基づく生活習慣病対策と評価 第2版、医学書院、2006 (一部改変)

10

公衆衛生活動のステップ

- 疫学的診断(地域診断)
 - 集団における健康問題の発見と決定
 - 健康問題を規定している要因の追求
- 対策の樹立
 - 実施すべき予防水準(1次、2次、3次予防)を決定する。
 - 費用と資源を見積もる
 - 医療機関、保健機関、福祉機関、行政機関、住民組織、ボランティア
 - 費用
 - 優先順位の確認: 他の健康問題と比較して、当該健康問題が優先されるべきかどうかを確認する。対策を実施していくべきかどうかを再確認する。
- 対策の実施
 - 目的を明確にする
 - 連携: 医療機関、保健機関、福祉機関、行政機関、住民組織とこれらに従事している人びと、ボランティアが連携して、一体となって対策を実施する
 - 実施
- 評価(疫学的評価)
 - 入力、出力、結果、効果に基づいた疫学的評価を定期的実施する
 - 得られた結果、効果と目的との差を明らかにする。得られた知識と既存の知識との差を明らかにする。
 - 当該健康問題が解決に至らない場合には、評価に基づいて、前のステップに戻る。循環過程を繰り返す。

田中平三. 疫学入門演習(南山堂)

11

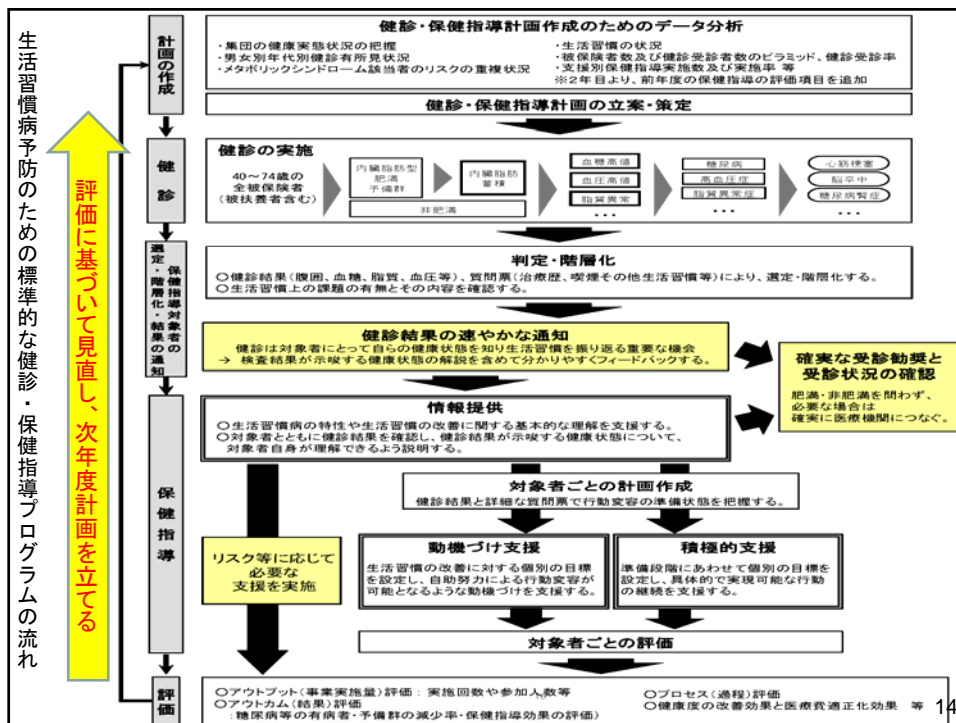
例

- 疫学的診断(地域診断)
 - 集団における健康問題の発見と決定
 - 例)人口動態統計によると・・・虚血性心疾患多発
 - 健康問題を規定している要因の追求
 - 例)疫学調査によると・・・高血圧、喫煙、糖尿病、脂質異常症、その主原因として肥満の増加。
- 対策の樹立
 - 実施すべき予防水準(1次、2次、3次予防)を決定する。
 - 例)1次予防のためのメタボリックシンドローム対策、特に肥満に着目。
 - 費用と資源を見積もる
 - 医療機関、保健機関、福祉機関、行政機関、住民組織、ボランティア
 - 例)健診の実施・協力体制、事後フォロー体制、費用は？
 - 優先順位の確認: 他の健康問題と比較して、当該健康問題が優先されるべきかどうかを確認する。対策を実施していくべきかどうかを再確認する。
 - 例)脳卒中の動向は？ 非肥満者のリスク因子(やせの高血圧など)の動向は？

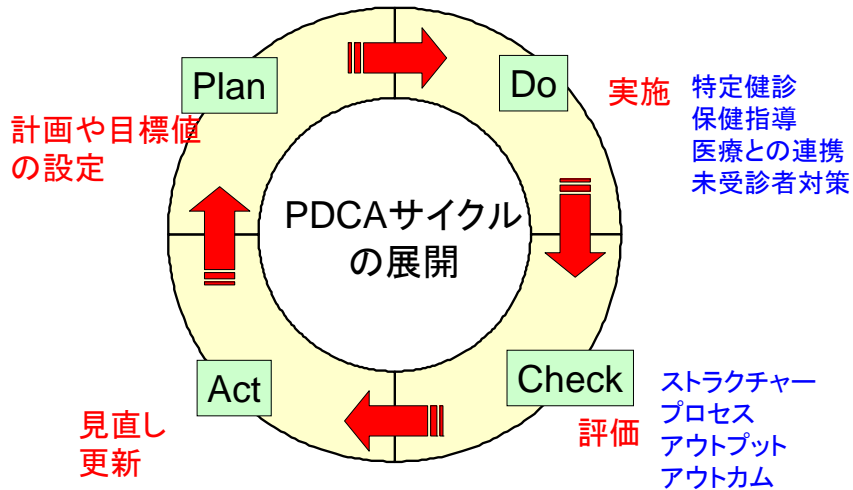
12

例(続き)

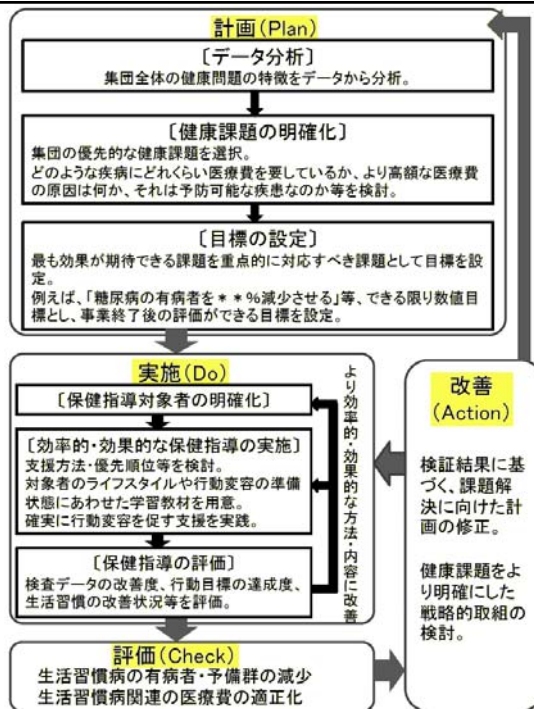
- 対策の実施
 - 目的を明確にする
 - 例) 虚血性心疾患年齢調整死亡率の低下 ← リスク因子の改善 ← 健診・保健指導と医療機関連携
 - 連携: 医療機関、保健機関、福祉機関、行政機関、住民組織とこれらに従事している人びと、ボランティアが連携して、一体となって対策を実施する
- 評価(疫学的評価)
 - 入力、出力、結果、効果に基づいた疫学的評価を定期的実施する
 - 例) 虚血性心疾患年齢調整死亡率は? リスク因子の管理状況・有病率は? 健診受診率・保健指導実施率、医療機関受診状況は?
 - 当該健康問題が解決に至らない場合には、評価に基づいて、前のステップに戻る。循環過程を繰り返す。
 - 例) 健診受診率・保健指導実施率が低かった。その理由として実施体制・協力体制が不十分だった。全体としてみるとリスク因子があまり改善していない。その理由として非肥満の対策が不十分だった。



生活習慣病対策としての特定健診・ 特定保健指導を成功させるには？



保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル (改訂版 p.9)



保健活動の**評価**

(1) 評価の**対象**:

- ・個人 ・・・個人レベルでどう改善したか
- ・集団 ・・・集団レベルでどう改善したか
- ・個別事業 ・・・事業の効果はあったのか
- ・全体計画 ・・・最終目標に近づいたのか

(2) 評価の**観点**:

- ・「ストラクチャー(構造)」 ・・・誰が、どういう体制で
- ・「プロセス(過程)」 ・・・どのように
- ・「アウトプット(事業実施量)」 ・・・どれだけやって
- ・「アウトカム(結果)」 ・・・その結果どうなったか

17

健診・保健指導事業の**評価の対象**

- **個人**
 - リスク要因(肥満度、検査データ)の変化
 - 行動変容ステージ・生活習慣の改善状況
 - ⇒保健指導方法をより効果的なものに改善するために活用
- **集団(市町村・保険者単位)**
 - 健診結果・生活習慣の改善度を集団として評価
 - 集団間・対象特性別(年齢別など)比較により、効果の上がっている集団を判断。
 - ⇒保健指導方法・事業の改善につなげる
- **事業**
 - 費用対効果、対象者の満足度、対象者選定の適切さ、プログラムの組み方は効果的か
 - ⇒効果的・効率的な事業実施の判断
- **最終評価(長期的)**
 - 全体の健康状態の改善度(死亡率、要介護率、有病率等)
 - 医療費

18

保健指導の評価の観点

- ストラクチャー(構造)
 - 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)
- プロセス(過程)
 - 健診の実施・通知、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[コミュニケーション、教材を含む]、行動変容ステージ・生活習慣の改善、実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等)
- アウトプット(事業実施量)
 - 健診受診率
 - 保健指導実施率・継続率
- アウトカム(結果)
 - 保健指導前後のリスク要因の変化
 - 翌年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、etc.・・・¹⁹

19

保健活動の評価の目的

- 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)
- 保健活動の見直し改善を行う
- 保健活動の効果を
確認する
-

20

市町村国保 グッド・プラクティスの共通事項

標準的な健診・保健指導プログラム 新事例集(平成25年版)

- ストラクチャー
 - プロセス
 - アウトプット
 - アウトカム
- } 他の保険者と
どこが違うのか？
- } これは結果

グッド・プラクティスと呼ばれる取組を行っている保険者と、
他の保険者との違いは？

21

ストラクチャー(例)

- 国保部門、衛生部門の連携(役割分担)ができている
- 頼りになる事務職がいる
- 特定健診・保健指導データ
 - 容易にアクセスできる
 - 加工(集計)できる人材がいる/システムがある KDB
 - 読み取り(分析)できる人材がいる ←要訓練
- レセプトデータ
 - 容易にアクセスできる
 - 加工(集計)できる人材がいる/システムがある KDB
 - 読み取り(分析)できる人材がいる ←要訓練
- 医師会との連携をとる仕組みがある
- 国保連合会が頼りになる

22

プロセス(例)

- 実態把握
 - 対象集団の健康状態の実態・特徴を把握した
- 健診・保健指導データ分析
 - データを入手した
 - 様式を作成した
 - 読み取り(分析)を行った ← 専門職
- レセプト分析
 - データを入手した
 - 様式を作成した
 - 読み取り(分析)を行った ← 専門職
- 優先順位付け
 - 上記分析結果を用いて、保健指導の優先順位を決めた

23

健診受診勧奨

- プロセス
 - 健診受診率UPのための受診勧奨を行う
 - 未受診理由分析と受診勧奨の効果分析を行う
 - 電話、郵送、初回受診者へのインタビュー
 - 電話、郵便、その他の受診勧奨と直後の受診者数の変化
- 必要なストラクチャー
 - 国保部門、衛生部門、他部門、他組織の連携(役割分担)
 - 受診勧奨のための予算・人員
 - 受診率データに容易にアクセスできる体制
 - 上記データを加工(集計)できる人材/システム
 - 上記データを分析(読み取り)できる体制

24

評価と見直し(翌年度計画への反映)

• プロセス

- 当該年度の特定健診・保健指導事業を**評価**
 - 効果の**確認**と課題の**把握**
 - 翌年度の**計画の改善**に活かす
 - 数値で**事務方を説得**する

• 必要なストラクチャー

- 国保部門、衛生部門、他部門の連携(**役割分担**)
- **健診データ、レセプト(医療費)データ、人口動態、介護データ等に容易に**アクセス**できる体制** ←**KDB**
- **上記データを**加工(集計)**できる人材/システム**
- 上記データを**分析(読み取り)**できる人材/協力者
- **評価体制** ↑ **要訓練**

25

対象	評価項目 (S) ストラクチャー (P) プロセス (O) アウトカム	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価 責任者
個人	(P) 意欲向上 (P) 知識の獲得 (P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容 (P) 自己効力感	行動変容ステージ (準備状態)の変化 生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	6か月後、1年 後	保健指導実 施者(委託 先を含む)
	(O) 健診データの改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査(血 糖・脂質)、メタリック ドームの及び個数 禁煙	健診データ	1年後 積極的支援で は計画した経 過観察時(3~ 6か月後)	
集団	(P) 運動・食事・喫煙・ 飲食等の行動変容	生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	1年後、3年後	保健指導実 施者(委託 先を含む) 及び 医療保険者
	(O) 対象者の健康状態の 改善	肥満度(腹囲・BMI など)、血液検査(血 糖・脂質)、メタリック ドームの有病者・予 備群の割合、禁煙 (職域)休業日数・長期 休業率	健診データ 疾病統計	1年後、3年 後、5年後	
	(O) 対象者の生活習慣病 関連医療費	医療費	レセプト	3年後、5年後	

26

対象	評価項目	評価指標	評価手段 (根拠資料)	評価時期	評価 責任者
事業	(P) 保健指導のスキル (P) 保健指導に用いた支援材料 (P) 保健指導の記録	生活習慣改善	指導過程(記録)の振り返り カンファレンスレビュー	指導終了後にカンファレンスをもつなどする	保健指導実施者(委託先を含む)
	(S) 社会資源を有効に効率的に活用して、実施したか(委託の場合、委託先が提供する資源が適切であったか)	社会資源(施設・人材・財源等)の活用状況 委託件数、委託率	社会資源の活用状況 委託状況	1年後	医療保険者
	(P) 対象者の選定は適切であったか (P) 対象者に対する支援方法の選択は適切であったか (P) 対象者の満足度(委託の場合、委託先が行う保健指導の実施が適切であったか)	受診者に対する保健指導対象者の割合 目標達成率 満足度	質問票、観察、アンケート	1年後	
	(O) 各対象者に対する行動目標は適切に設定されたか、積極的に健診・保健指導を受ける	目標達成率 プログラム参加継続率(脱落率) 健診受診率	質問票、観察、アンケート	1年後	
最終 評価	(O) 全体の健康状態の改善	死亡率、要介護率、有病者、予備群、有所見率など	死亡、疾病統計、健診データ	毎年 5年後、 10年後	医療保険者
	(O) 医療費適正化効果	生活習慣病関連医療費	レセプト		

「標準的な健診・保健指導プログラム」 27

データヘルス計画

- **健康・医療情報を活用してPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画。**
- **計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、保健事業実施計画(データヘルス計画)に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行う。**

(続き)

- 保健事業実施計画(データヘルス計画)は、「**健康日本21(第2次)**」に示された基本方針を踏まえるとともに、「都道府県健康増進計画」及び「市町村**健康増進計画**」で用いた**評価指標**を用いるなど、それぞれの計画との**整合性**を図る必要がある。
- 保険者は関連するそれぞれの計画との**期間を勘案**しつつ、保健事業実施計画(データヘルス計画)の期間を定める。

保健事業実施計画(データヘルス計画)に記載すべき事項

- (1)背景の整理
 - ①保険者の**特性把握**、②**過去の取組**の考察
- (2)健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく**健康課題の把握**
- (3)**目的・目標**の設定
- (4)**保健事業**の実施内容
- (5)保健事業実施計画(データヘルス計画)の**評価方法の設定**
- (6)保健事業実施計画(データヘルス計画)の**見直し**
- (7)計画の公表・周知
- (8)事業運営上の留意事項
- (9)個人情報の保護
- (10)その他計画策定に当たっての留意事項

保健事業実施計画(データヘルス計画)に記載すべき事項

(3) 目的・目標の設定(一部抜粋)

•目的は、保健事業の成功により数年後に実現しているべき「改善された状態」、被保険者に期待する変化を示すものであり、健康課題と対応して設定する必要がある。次に、この**目的を達成するために必要となる成果目標**を記載する。

•成果目標には、**中長期的な目標**と**短期の目標**を設定する必要があり、ここでは、保健事業実施計画(データヘルス計画)の**最終年度**までの目標を**中長期的な目標**として記載する。

•一方で、**短期**の目標は**年度ごと**に設定することが望ましいが、事業目的の達成のために保険者が**適当な時期を設定**することも可能である。

•具体的な成果目標設定例

- 中長期的なもの

- 医療費の変化、費用対効果、薬剤投与量の変化、冠動脈疾患・脳梗塞の発症、脂質異常発症

- 短期的なもの

- 血圧、血糖値等の各種検査値の変化、運動習慣など生活習慣の変化、受療行動の開始

•なお、これらの目標については、できる限り**具体的な数値**により、**根拠を踏まえた**設定をすることが望ましい。

保健事業の実施計画(データヘルス計画)作成の手引き(国保)

31

保健事業実施計画(データヘルス計画)に記載すべき事項

(4) 保健事業の実施内容(一部抜粋)

•また、**個別事業の評価**は、**保健事業実施計画(データヘルス計画)**の評価として連動して活用する項目も含まれるため、**評価指標は計画策定の段階で、設定しておくことが必要になる。**

•評価指標・評価の方法は、

- ストラクチャー(事業構成・実施体制)、
- プロセス(実施過程)、
- アウトプット(事業実施量)、
- アウトカム(成果)

•の4つの観点から設定することが望ましく、**毎年度評価**を行い必要に応じて**翌年度の事業内容等**の見直しを行う。

保健事業の実施計画(データヘルス計画)作成の手引き(国保)

32

保健事業実施計画(データヘルス計画)に記載すべき事項

(5)保健事業実施計画(データヘルス計画)の評価方法の設定

- ここでは、いつ、どのような評価を行うかを記載する。
- 通常、評価は事業実施後に行うものであるが、そのための**評価指標**や**評価情報は計画策定の段階で設定しておく**ことが必要である。保健事業実施計画(データヘルス計画)の評価は**可能な限り数値**で行うことが望ましく、**アウトカム**(成果)による評価が求められる。
- 目標値の設定については、国が示す「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))」に掲げられている目標値を参考として設定することもできる。また、多くの市町村においては、**健康増進計画**を策定していることから、それらとの**整合性に留意**する必要がある。

保健事業実施計画(データヘルス計画)に記載すべき事項

(6)保健事業実施計画(データヘルス計画)の見直し

- ここでは、保健事業実施計画(データヘルス計画)の**最終年度**に、**計画に掲げた目的・目標**の達成状況の評価を行うことを記載する。
- 評価の時期は、保険者の**状況に応じて設定**することができるものとし、**毎年度**、評価を行うことも可能であるし、例えば、**最終年度**など特定の年に当初策定した計画に関する評価を行うことも可能であるため、保健事業実施計画(データヘルス計画)には、**評価の時期を明記**する。
- 保健事業実施計画(データヘルス計画)をより実行性の高いものとするため、**最終年度**における目的、目標の**達成状況を踏まえ**、実施計画の記載内容を見直す必要がある。
- 実施計画の見直しに当たっては、その作業スケジュールや、見直しのための**検討の場**を設ける場合には**メンバー構成等**についても記載が必要である。

- 健診・保健指導の実施・評価の基本的考え方
- PDCAサイクルと評価の視点
- 都道府県等の広域レベルでの評価支援
- 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価
- まとめ

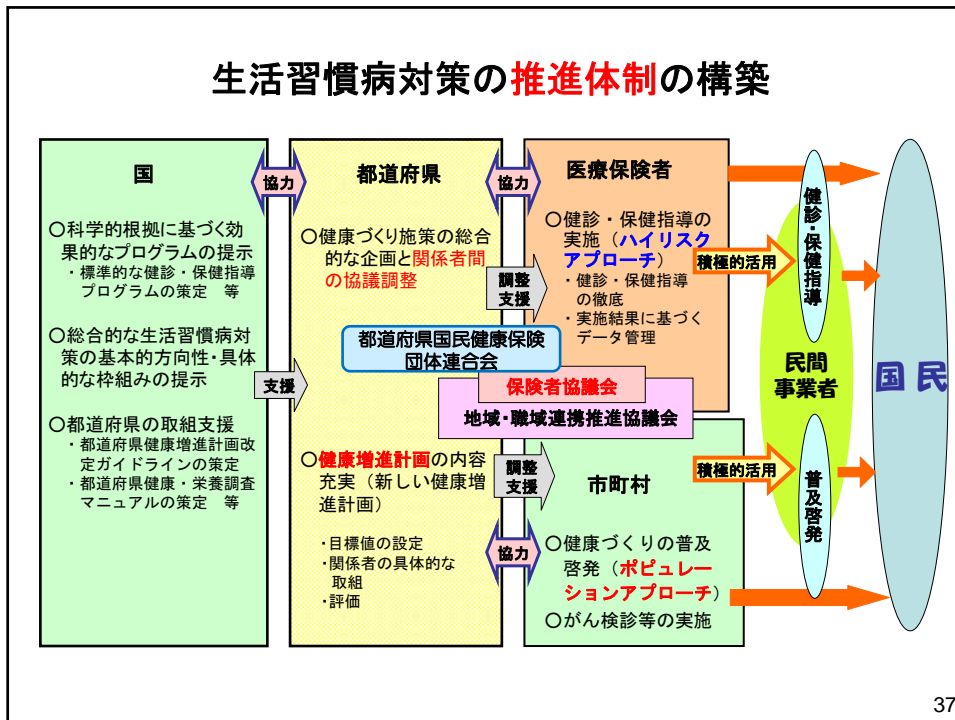
35

都道府県等の広域における 特定健診・特定保健指導事業の評価支援

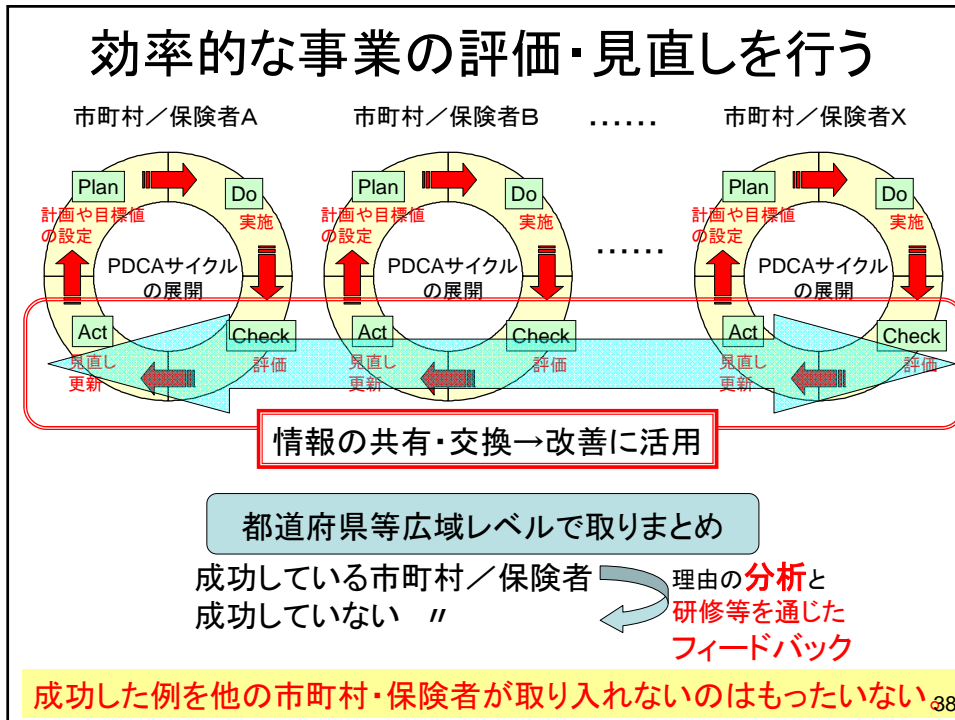
- 評価支援のための体制・組織は？
- 誰がどんな評価分析をするのか？
- 評価結果をどのように各市町村・保険者に還元するのか？

36

生活習慣病対策の推進体制の構築



効率的な事業の評価・見直しを行う

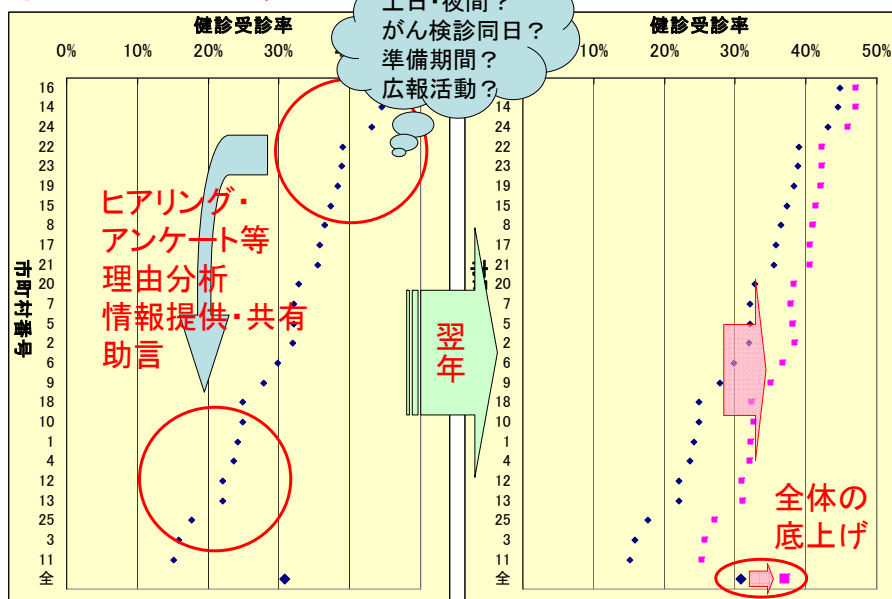


特定健康診査・特定保健指導の 実施状況等に関する評価分析

- 都道府県別、県内市町村別(保険者別)集計に基づき、
 - 都道府県別の特定健診・特定保健指導の受診率・利用率・リスク因子の状況等について、**自県の全国における位置づけ**を把握する。
 - 県内の市町村別(保険者別)成績を比較し、市町村間(保険者間)の**受診率・利用率・リスク因子等の良い／良くない市町村(保険者)**を把握する。
 - 性・年齢階級別等に受診率・利用率・リスク因子等を把握し、これらが**低い／高い階級を特定**する。
- 上記実績の高低の理由を調べるために、市町村(保険者)に**ヒアリング等**を行い、既存統計資料等も参考にして、**要因を分析**する。
 - 分析結果を、各市町村(保険者)に情報提供する。

39

図にしてみよう



良好な(あるいは良好でない)アウトプットが得られている実施主体は、
どのようなストラクチャーやプロセスおよびその他背景を有しているのか?

40

- 健診・保健指導の実施・評価の基本的考え方
- PDCAサイクルと評価の視点
- 都道府県等の広域レベルでの評価支援
- 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価
- まとめ

41

2) 具体的な健診・保健指導の実施・ 評価の手順(例)

- 医療保険者において、健診・保健指導関連データとレセプトを突合したデータを用いて健診・保健指導の評価を行うため、医師、保健師、管理栄養士等は、生活習慣病は**予防可能であることを理解し、予防するために何が必要かを考えることが重要である。**また、予防ができなかったケースのデータから、なぜ予防できなかったのかについて分析することも重要である。
- 評価手順の一例を以下に示す。
 - 様式にデータを埋めることが評価ではない。
 - 様式に埋めたデータを読み取ることが評価である。

【学習教材】健診・保健指導データ分析の手引き
<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/koroshoshiryo/tokutei22/keikaku/program/program.htm>

42

②集団の疾患特徴の把握

(高額レセプト、長期レセプト、重複疾病の抽出による突合分析)

- 高額なレセプト(例:1ヶ月200万円以上など)を分析することにより、どのような疾患が高額になっているかを調べ、**どの疾患の予防を優先的な保健指導の対象とするか**を考える(様式1-1、2)。

様式1-1 200万円以上となった個別レセプト一覧(医療費の高い順)

番号	被保険者番号	年齢	性別	入院・入院外	費用額	基礎疾患				循環器疾患				その他	傷病名1	傷病名2
						高血圧症	糖尿病	高脂血症	高尿酸血症	虚血性心疾患	(再)バイパス・ステント手術	大動脈疾患	脳血管疾患			
1			男	入院		●				●	●					
2			男	入院			●									
3			男	入院		●				●	●					
4			女	入院			●					●				
5													●			

再計	件数計(割合)	入院件数計(割合)	費用額合計	1件あたり費用額	他疾患の合併(基礎疾患及び疾病の進展)											
					基礎疾患				循環器疾患						その他	
					高血圧症	糖尿病	高脂血症	高尿酸血症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞	計(割合)			
					計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)		
	虚血性心疾患															
	大動脈疾患															
	脳血管疾患															
	脳血管疾患															

「標準的な健診・保健指導プログラム」 43

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的な保健指導の対象とするか**についても考える(様式2-1~3)。

生活習慣病以外にも、どのような疾患が長期入院になるか検討しよう(例:精神疾患)

様式2-1 6ヶ月以上入院しているレセプトの一覧(1年間の全レセプト)

番号	被保険者番号	性別	年齢	入院時年齢	入院年月日	入院月数	傷病名1	傷病名2	(再計)生活習慣病 該当するところに●							総費用額(直近レセプト費用額×入院月数)
									高血圧症	糖尿病	高脂血症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患	動脈閉塞	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
									計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	計(割合)	
	再掲	虚血性心疾患														
		脳血管疾患														
		動脈閉塞														

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」 「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」 44

長期間継続する病気として人工透析の実態を見る (様式2-2)

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。

様式2-2 人工透析をしている患者さんのレセプト一覧(1年間の全レセプト)

番号	被保険者番号	性別	年齢	透析開始年月日 訪問・面接により聞き取る	再掲今年度新規に○	透析実施月数	1ヶ月の費用額	傷病名1	傷病名5	該当に○をつける (参考総医療費)												
										糖尿病	糖尿病性神経障害	糖尿病性網膜症	動脈閉塞	高血圧症	高尿酸血症	虚血性心疾患	脳血管疾患	直近レセプトの費用額×透析月数				
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						

「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」 「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」 45

- ⑤ 更に訪問・面接により透析開始年月日を確認し、(様式2-3)で背景・生活習慣をつかむ。予防できたかどうか反省し(症例検討)、どの時期にどのような保健指導を行うべきかを検討する。

様式2-3 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
→必ず訪問指導しよう!

被保険者番号	新規透析患者名	透析開始年月日	その他の疾病の状況(レセプトから該当するものに○)																						
基礎疾患の有無			その他の合併症																						
高血圧症	糖尿病	(高尿酸血症)	その他(病名記載)	糖尿病性網膜症	糖尿病性神経障害	動脈閉塞	虚血性心疾患	脳血管疾患																	
原因疾患に気づいた時期																									
原因疾患に気づいたきっかけ(健診・自覚症状・その他)																									
健診受診状況	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	平成	年	
年齢																									
腹囲																									
中性脂肪																									
HDLコレステロール																									
血糖																									
HbA1c																									
血圧																									
(尿酸)																									
LDLコレステロール																									
(血清クレアチニン)																									
心電図																									
眼底検査																									
保健指導の有無・内容																									
治療の経過																									

「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」 46

様式3-1~3-7

- 「糖尿病、高血圧、高脂血症、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析」の列を軸にして、他の疾病との重なりを見る。
- 疾病の重なりから、被保険者集団の特徴(どのような疾病が多いのか、どの年代から増えているのか、合併症の進行状況等)を把握する。
- ※例えば、様式3-2「糖尿病」を軸にして見た場合、自分の被保険者は1次予防の段階で止まっているのか、それとももっと進んで腎障害、網膜症等、神経障害に至っているのかを把握することができる。
- 健診データ、生活実態と照らし合わせて見ることで、どのような保健指導(治療の中での予防)が有効なのかを考える。

様式3-2 糖尿病全体の分析[レセプト分析(5月診療分のみ)](尼崎市国保)

男性		生活習慣病の1ヶ月の受診実人数		糖尿病		〔再掲〕糖尿病合併症																			
年代	被保険者数	数	割合	インスリン治療		透析		腎障害		網膜症等		神経障害		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		高尿酸		高脂血症			
				数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
19歳以下	10,856	49	0.45%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
20歳代	8,821	101	1.15%	29	28%	10	34%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	1	3%	0	0%	4	14%	1	3%	6	21%
30歳代	10,284	369	3.58%	139	38%	26	19%	1	1%	24	17%	11	8%	2	5%	3	2%	9	6%	44	32%	11	8%	58	42%
40歳代	7,456	796	10.62%	287	36%	36	13%	6	3%	50	17%	18	6%	17	6%	11	4%	37	13%	108	38%	29	10%	119	41%
50歳代	10,980	2,193	19.96%	854	39%	90	11%	16	2%	108	13%	72	9%	41	5%	71	8%	152	18%	477	56%	101	12%	389	44%
60歳代	19,279	7,250	37.61%	2,951	41%	281	10%	29	1%	362	12%	292	10%	169	6%	399	13%	632	21%	1,907	65%	290	9%	1,263	43%
70歳以上	19,961	3,087	15.47%	1,223	41%	124	10%	1	0%	152	12%	130	11%	62	5%	206	17%	284	23%	791	65%	149	12%	506	41%
合計	87,637	13,855	15.81%	5,491	40%	567	10%	55	1%	697	13%	524	10%	296	5%	690	13%	1,114	20%	3,331	61%	572	10%	2,335	43%

女性		生活習慣病の1ヶ月の受診実人数		糖尿病		〔再掲〕糖尿病合併症																	
年代	被保険者数	数	割合	インスリン治療		透析		腎障害		網膜症等		神経障害		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		高尿酸		高脂血症	
				数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合
「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」																							

③集団の健康状況の把握(健診・保健指導結果による経年的なアウトカム評価)

- 被保険者集団全体の健康状況を把握するため、健診有所見者状況、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)のリスクの重複状況、健診受診率、支援別保健指導実施率等の健診・保健指導実施結果の特徴を、経年的データをを用いて分析する(様式6-1~11)。

様式6-2 健診有所見者状況(男女別・年代別)

総数		摂取エネルギーの過剰												血管を備つける												内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因				臓器障害(※は詳細検査)			
受診者数		糖質*		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		血糖		HbA1c		(尿酸)		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		尿蛋白		(クレアチニン)		心電図※		眼底検査※					
		数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合	数	割合				
全国																																	
兵庫県																																	
H18年度																																	
H17年度																																	
H16年度																																	
H15年度																																	
女性																																	
「健診データ・レセプト分析から見る生活習慣病管理」																																	

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)の有病率等は高い。
- 従って、高齢者割合の高い保険者では、これら有病率等は高くあたりまえ。
- 病気の「なりやすさ」を知りたい場合(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性。
- 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。

49

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

健診の肥満等の有見者率を、県・同規模・国で比較する

都道府県	年齢	性別	肥満率	年齢調整率
北海道	20	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	30	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	40	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	50	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	60	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	70	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5

厚生労働省様式(様式6-2~7) CSVファイル

年齢調整

都道府県	年齢	性別	肥満率	年齢調整率
北海道	20	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	30	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	40	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	50	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	60	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	70	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5

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

都道府県	年齢	性別	服薬率	年齢調整率
北海道	20	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	30	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	40	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	50	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	60	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	70	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5

質問票調査の状況 CSVファイル

年齢調整

都道府県	年齢	性別	服薬率	年齢調整率
北海道	20	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	30	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	40	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	50	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	60	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5
北海道	70	男性	10.5	10.5
		女性	10.5	10.5

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

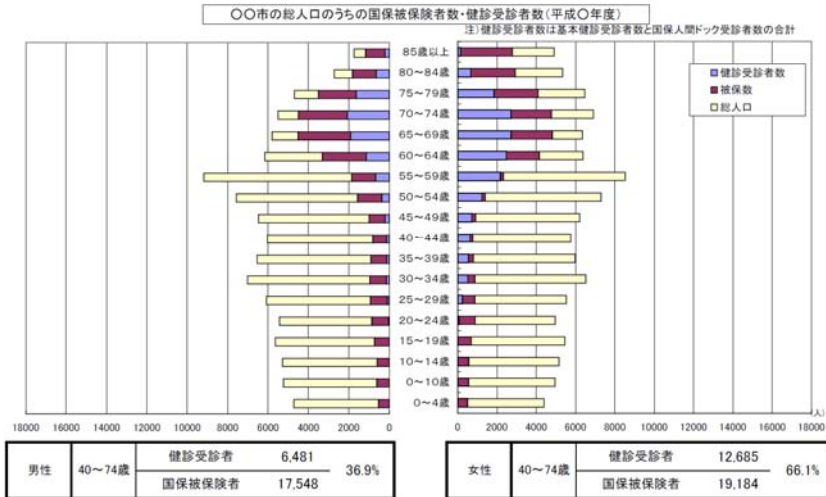
91

50

- 健診未受診者の把握

- 医療保険者は健診の受診状況から、健診未受診者を把握することができます。
- 性・年齢別比較。
- 市内小地区別にも見比べて、なぜ高い／低い地区があるのか考えてみましょう。

様式6-9 健診受診状況～被保険者数及び健診受診者のピラミッド



51

④健診・保健指導の総合的評価に関するデータ

- 健診・保健指導の評価を行う上では、内臓脂肪症候群、糖尿病等の生活習慣病の増減等を評価する必要がある(様式7)。
- 毎年の健診・保健指導事業の評価を行うためには生活習慣病の有病者・予備群への移行者数の減少以外にも、補足的な評価項目が必要である。
- 補足的な評価項目としては、有病者又は予備群のままであったとしても、リスク数の減少などが想定される。
- 健診・保健指導の費用と医療費の削減効果が比較できる仕組みが必要である。
- 医療保険者は、被保険者に対して健診・保健指導の総合的評価を情報提供することが必要である。

52

医療保険者における健診・保健指導の評価方法

〇～〇歳

男性 ※性別、各年代（40～74歳まで5歳刻み）毎に作成

		今年度	昨年度	増減	備考
1	健診対象者数(40-74歳)				
2	健診受診者数(人)				
3	健診受診率(%)				= 2 / 1 * 100
4	評価対象者数(人)				
内臓脂肪症候群					
5	内臓脂肪症候群該当者数(人)				
6	内臓脂肪症候群該当者割合(%)				= 5 / 4 * 100
7	内臓脂肪症候群予備群者数(人)				
8	内臓脂肪症候群予備群者割合(%)				= 7 / 4 * 100
肥満					
9	肥満者の数(人)				
10	肥満者の割合(%)				= 9 / 4 * 100
11	腹囲のみ基準値以上の者の数(人)				
12	腹囲のみ基準値以上の者の割合(%)				= 11 / 4 * 100
13	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の数(人)				
14	腹囲基準値以上かつBMI25以上の者の割合(%)				= 13 / 4 * 100
15	BMIのみ25以上の者の数(人)				(以下、略)

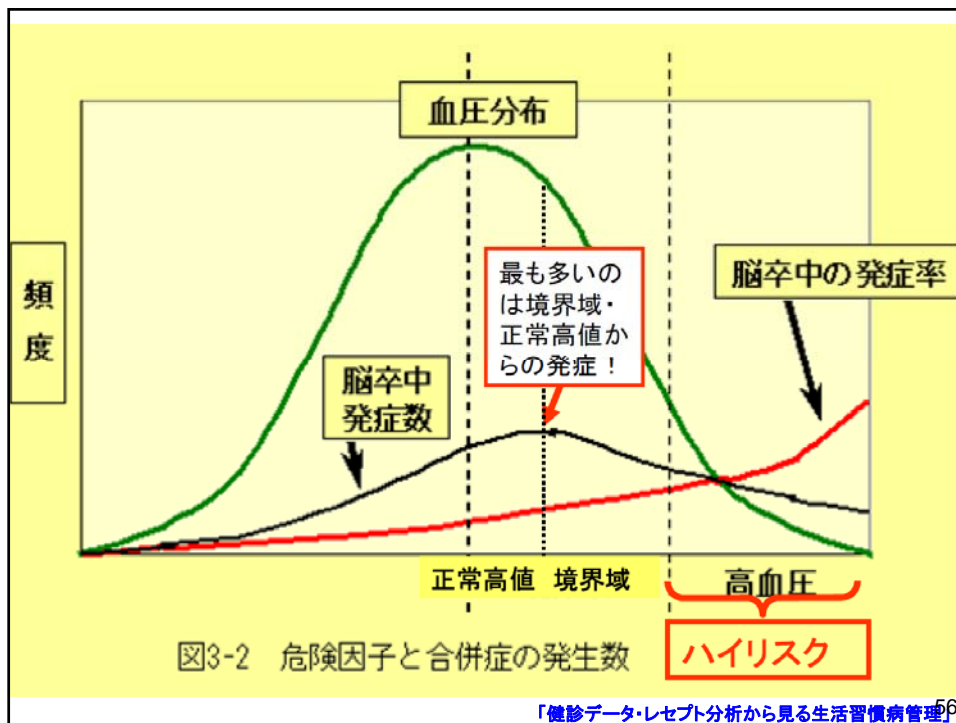
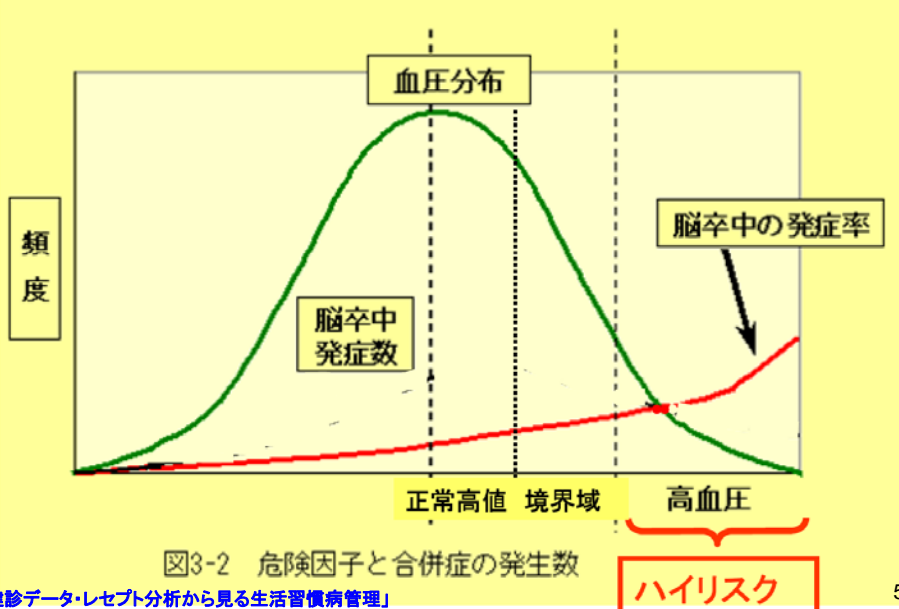
53

- **問1)** 特定健診・特定保健指導によって、生活習慣病及び予備群を**25%減少**させることはできるのでしょうか？

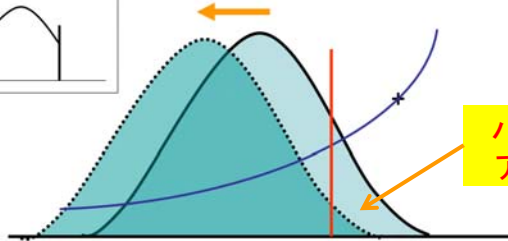
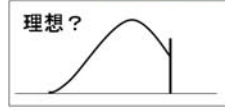
俯瞰的に考えてみよう！

54

問:脳卒中発症数が最も多いのは、血圧分布のどのカテゴリー
(高血圧、境界域、正常高値)でしょうか？



**ポピュレーション・アプローチでは
全体の罹患数、死亡数を大幅減少**

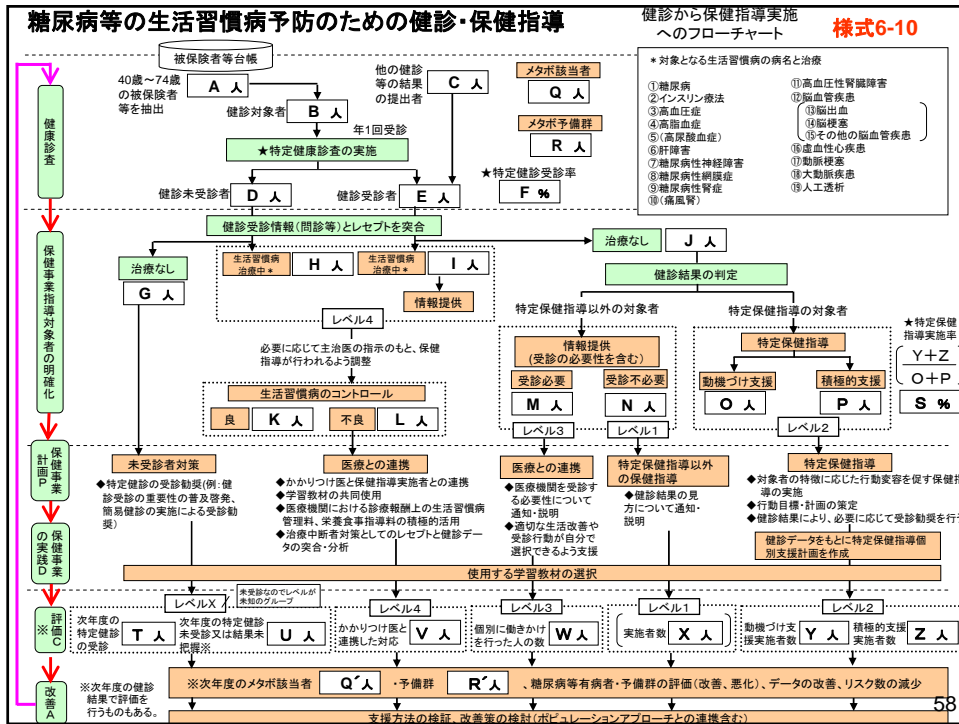


**ハイリスク・
アプローチ**

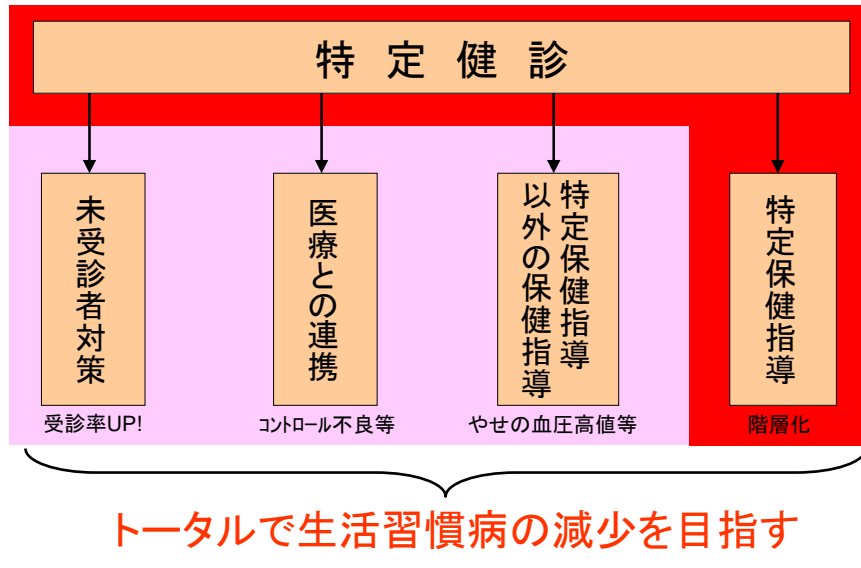
集団全体の分布をシフトさせる
 → ハイリスク、境界域、正常高値の減少
 → 全体の罹患数、死亡数の大幅減少

(水嶋春期: 地域診断のすすめ方: 根拠に基づく生活習慣病対策と評価第2版、医学書院、2006)

**人数が多く、リスクが高い階層から、
疾病は多く発生する**



特定健診・特定保健指導は 包括的な生活習慣病対策



59

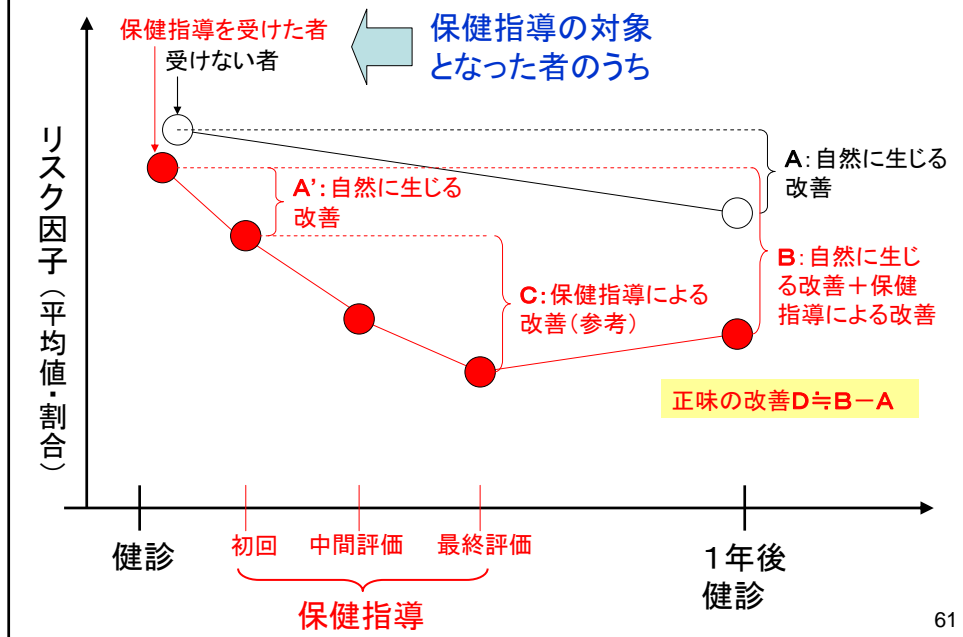
- **問2)** 特定保健指導を受けた者(積極的支援)では、健診時→翌年健診時に体重が平均で2.0 kg減少し、50%が動機付け支援または情報提供に改善しました。これは保健指導の効果と断言していいのでしょうか？

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。

(改訂版p.151)

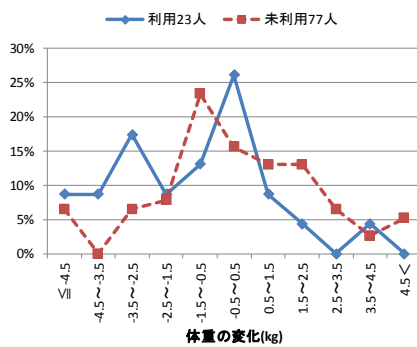
60

図1. 保健指導によるリスク因子等への「効果」の測り方の概念



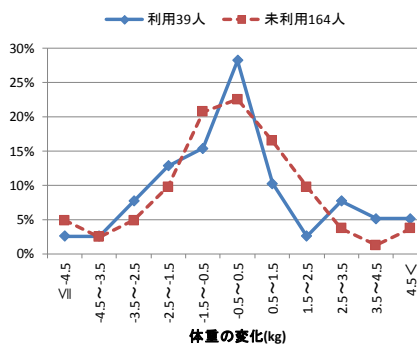
アウトカム評価の例

保健指導実施による効果分析
積極的支援



変化の平均
利用23人 -1.32 kg
未利用77人 -0.03 kg
P値(t検定) 0.039

保健指導実施による効果分析
動機付け支援

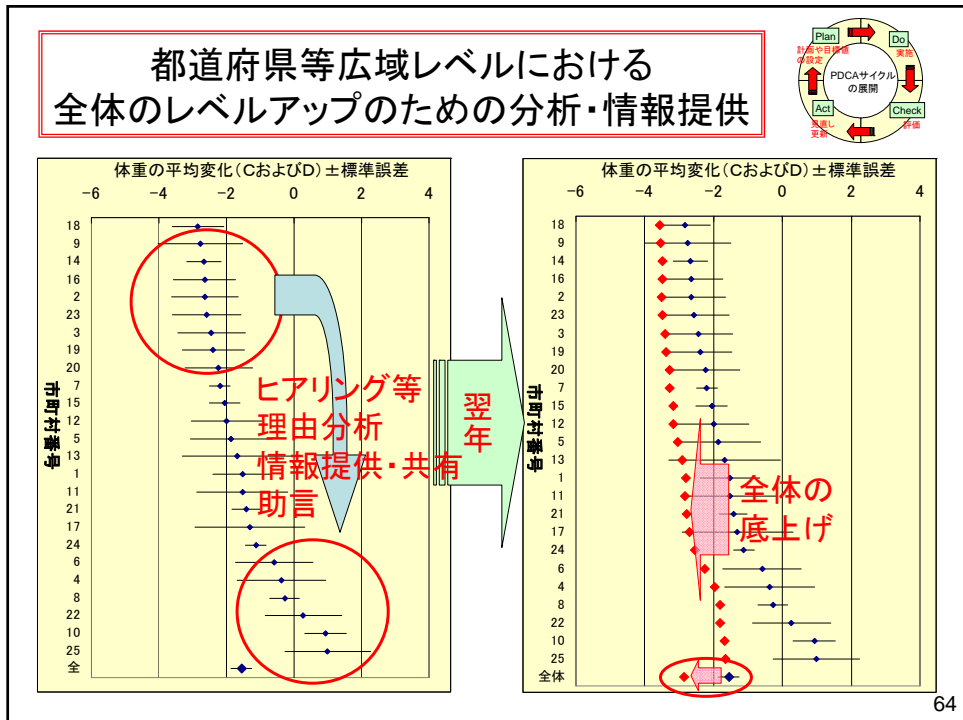
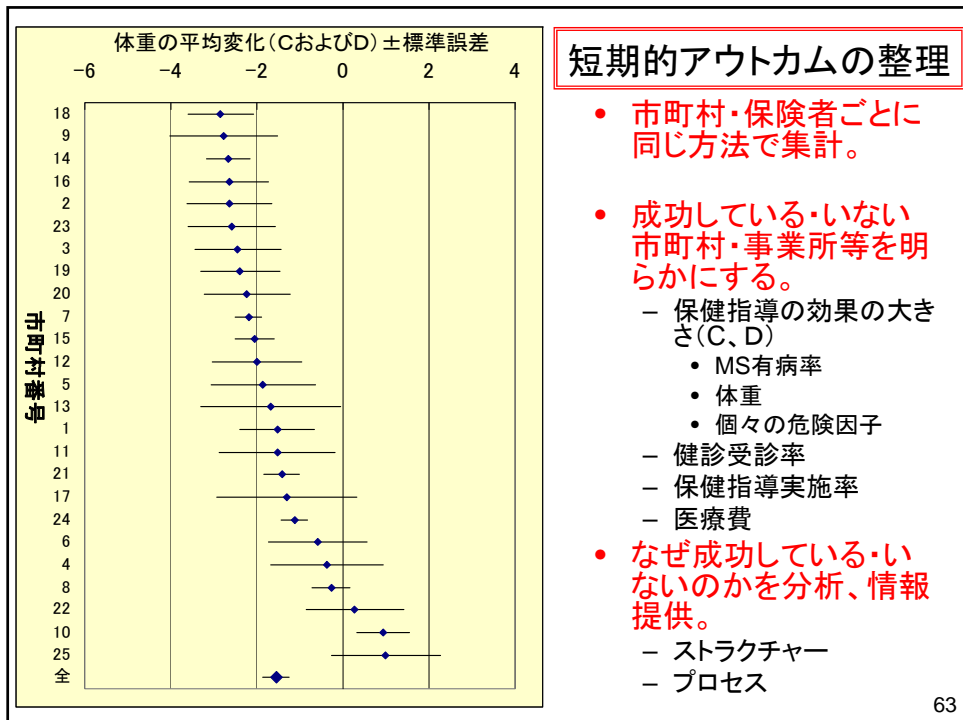


変化の平均
利用39人 -0.15 kg
未利用164人 -0.28 kg
P値(t検定) 0.796

高度なデータ処理を要する場合は、技術的支援が必要

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

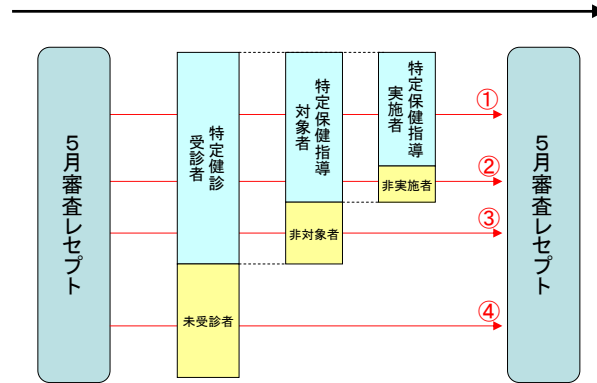
<http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>



健診・保健指導実施状況別・医療費の変化

平成22年度

平成23年度



- ①～④について、H22, H23, H23-H22の差を比較(総数、性別、性年齢階級別)
 - 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)
 - ・ 高血圧性疾患、糖尿病等、脂質異常症、脳血管疾患
 - ・ 虚血性心疾患、人工透析、など

65

<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



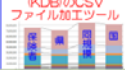
人材育成プログラム実践ガイド



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



●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(生管)-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)

66

- 健診・保健指導の実施・評価の基本的考え方
- PDCAサイクルと評価の視点
- 都道府県等の広域レベルでの評価支援
- 医療保険者における健診・保健指導の実施・評価
- まとめ

67

まとめ

- 各保険者は、「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」、「国保データベース(KDB)システム活用マニュアル」等を参考に、KDB等を利用して集計表を作成し、分析(読み取り)を行う。
 - 地域の現状を把握する
 - 優先課題を見極める
 - 対策を実施する
 - 効果の確認(評価)と事業の見直し行う
- 個々の市町村・保険者は創意工夫を凝らして取り組んでいるので、成功した例を他の市町村・保険者が取り入れないのもったいない。
 - 都道府県等広域レベルにおいて、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。

68