

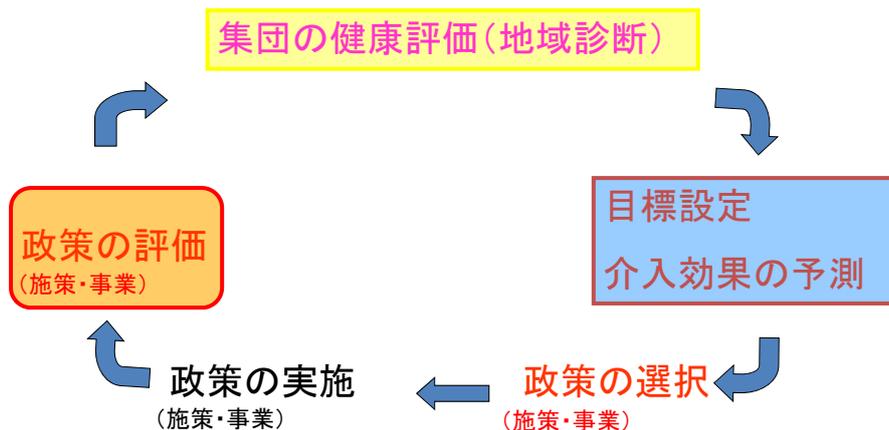


平成29年度 国立保健医療科学院 短期研修  
生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(事業評価編)  
(平成28年6月8日)

# 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

## 地域診断と健康政策のサイクル



RA. Spasoff; Epidemiologic Methods for Health Policy,1999

水嶋春朔: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) 2

## 公衆衛生活動のステップ(例)

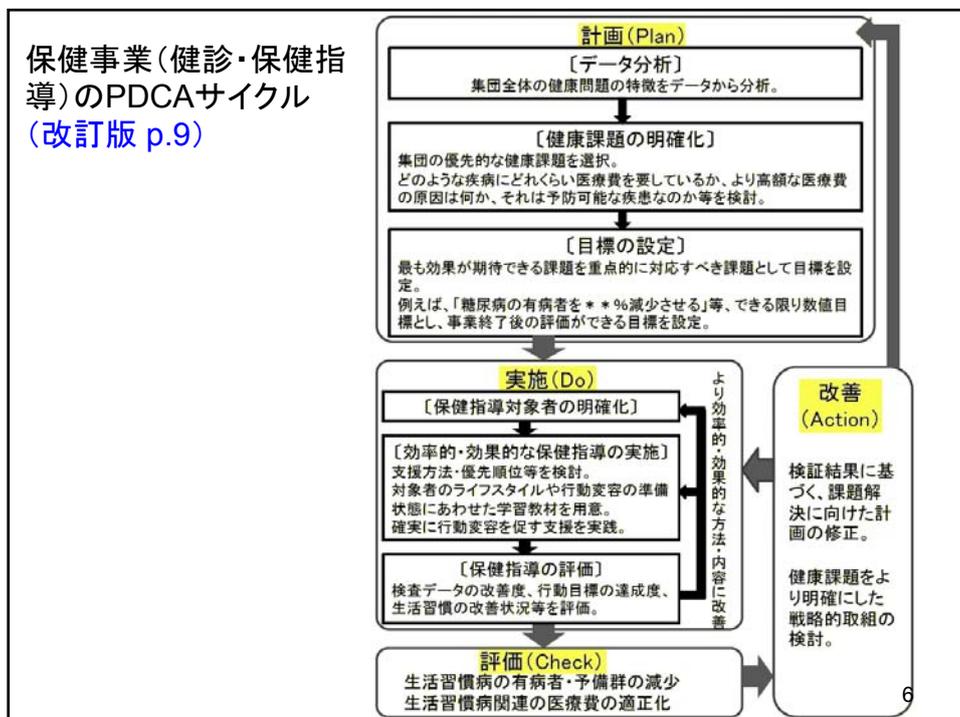
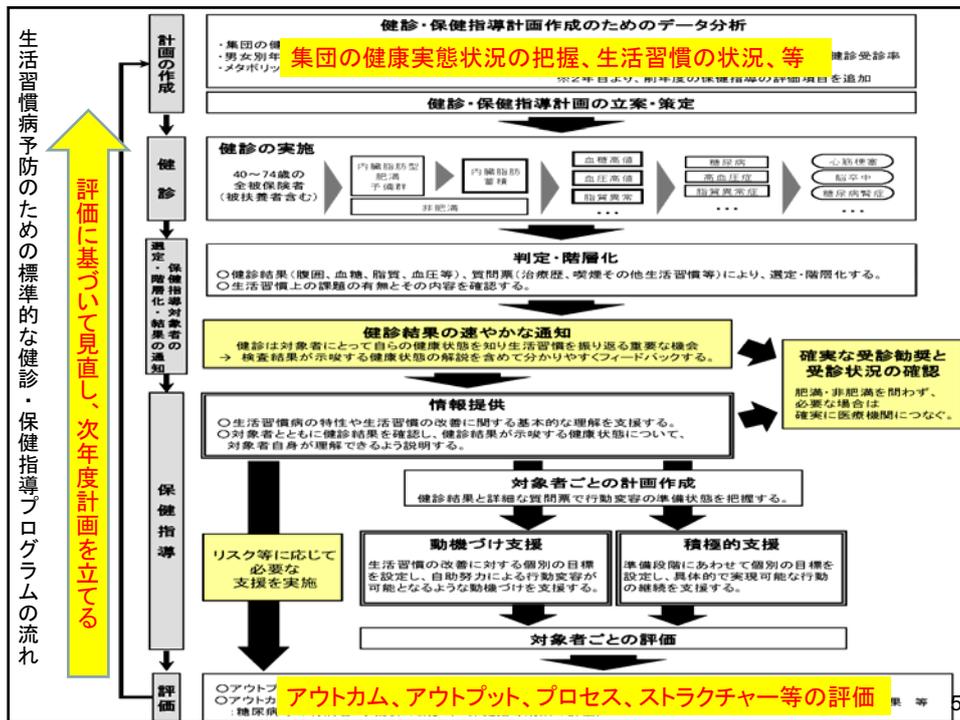
- 疫学的診断(地域診断)
  - 集団における健康問題の発見と決定
    - 例)人口動態統計によると・・・虚血性心疾患多発
  - 健康問題を規定している要因の追求
    - 例)疫学調査によると・・・高血圧、喫煙、糖尿病、脂質異常症、その主原因として肥満の増加。
- 対策の樹立
  - 実施すべき予防水準(1次、2次、3次予防)を決定する。
    - 例)1次予防のためのメタボリックシンドローム対策、特に肥満に着目。
  - 費用と資源を見積もる
    - 医療機関、保健機関、福祉機関、行政機関、住民組織、ボランティア
    - 例)健診の実施・協力体制、事後フォロー体制、費用は？
  - 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？

3

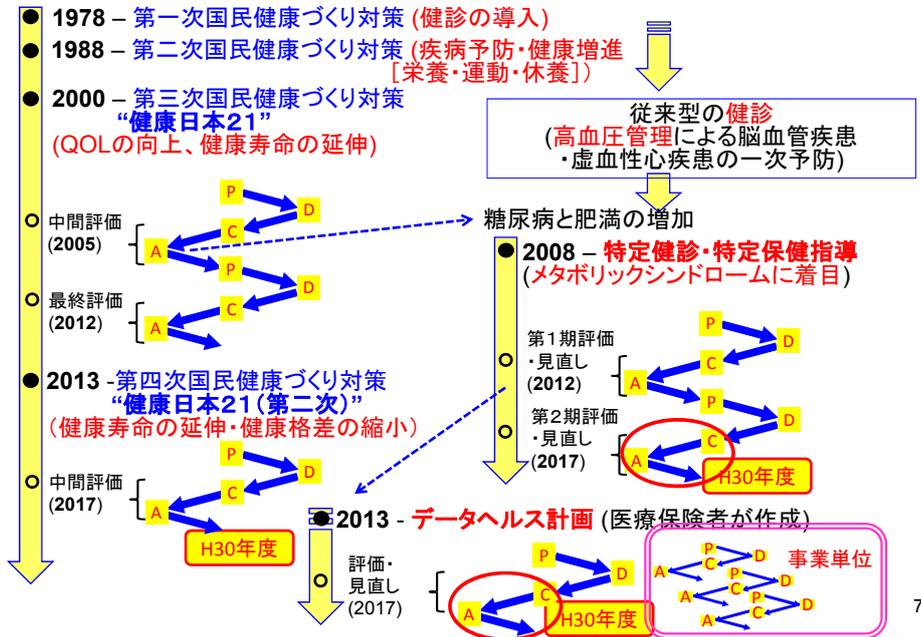
## 例(続き)

- 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。

4

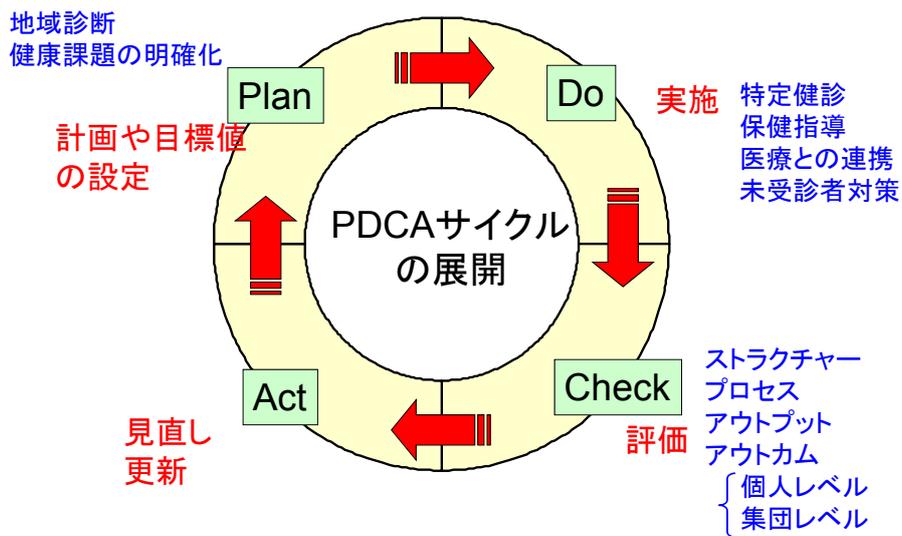


## わが国における健康増進施策の流れ



7

## 保健事業の評価と見直し



8

## 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

9

## 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

10

## 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.・・・<sup>11</sup>

11

## 保健活動の評価の目的

- 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
- 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

12

表6 保健指導の評価方法(例)		「標準的な健診・保健指導プログラム」			
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・ 飲酒等の行動変容 (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 ポイントのリスク個数 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・ 飲酒等の行動変容	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 ポイントの有病者・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	

13

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 カンファレンスビ アレビュー	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」 14

## 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。
- 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。

### 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

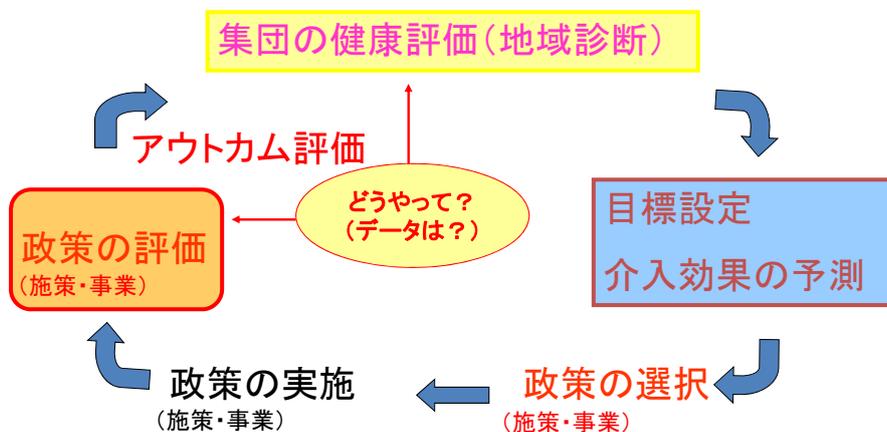
- 目的は、数年後に実現しているべき「改善された状態」
  - 目的を達成するために必要となる成果目標を記載する。
- 具体的な成果目標設定例
  - 中長期的なもの
    - 医療費の変化、費用対効果、薬剤投与量の変化、冠動脈疾患・脳梗塞の発症、脂質異常発症
  - 短期的なもの
    - 血圧、血糖値等の各種検査値の変化、運動習慣など生活習慣の変化、受療行動の開始
- なお、これらの目標については、できる限り具体的な数値により、根拠を踏まえた設定をすることが望ましい。

## 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

- 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。
- 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。
- 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。

## 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) 19

## データヘルス計画の評価のイメージ

### 1 達成しようとする目標

#### (1) 短期目標 (各年度の目標)

#### ■ 特定健診受診率 (継続受診率)・特定保健指導終了率の向上

##### ① 特定健診受診率

特定健康診査等実施計画第2期計画において、以下のとおり目標値を定めている。目標から8.5ポイント離れている。

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診受診率の目標値	45%	51%	60%
評価 (平成28年3月29日時点)	36.5%		

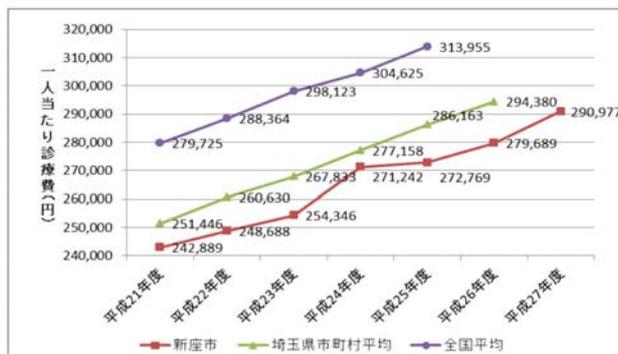
「新座市国民健康保険データヘルス計画評価」より

(2) **中長期目標**（平成29年度までの目標）

平成29年度までに医療費の増加を抑える目標があり医療費の状況は以下のとおり。  
平成26、27年度全国平均及び平成27年度埼玉県市町村平均は未発表となるため空欄となっている。 **「新座市国民健康保険データヘルス計画評価」**より

■一人当たり診療費（総合計）の推移（平成21年度～平成27年度）

年度	一人当たり診療費（総合計）						
	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
新座市	242,889	248,688	254,346	271,242	272,769	279,689	290,977
埼玉県市町村平均	251,446	260,630	267,833	277,158	286,163	294,380	
全国平均	279,725	288,364	298,123	304,625	313,955		



21

**地域の生活習慣病対策に関する現状と課題**

- 1) 地域の現状を把握する。
  - 2) 現状分析から、問題やその原因を分析。
  - 3) 生活習慣病対策に関する優先的課題の明確化。
- 全体像を理解したうえで、関連事業の位置づけを考える。

健康状態の指標

平均寿命 - 健康寿命 = 不健康期間

死因別年齢調整死亡率・SMR

重症化

介護（介護給付費、認定者数）

生活習慣病

医療（入院・外来受療率、医療費）

保健指導（実施率・効果）

健診（受診率）

リスク因子

生活習慣・環境

対応する事業

⋮

介護予防事業

重症化予防対策事業

保健指導利用勧奨事業

健診受診勧奨事業

普及啓発事業など  
ポピュレーションアプローチ

22

## 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

- 個別事業の評価は、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い。
- 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)H26年6月より一部抜粋・要約

23

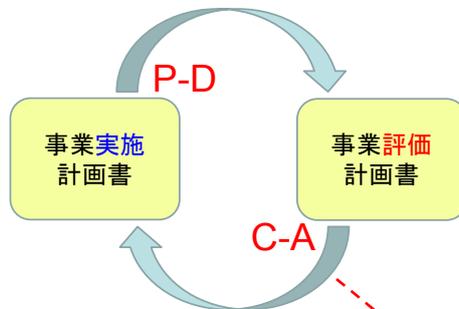
事業評価計画		重症ハイリスク保健指導事業						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制	評価結果	今後の対策
アウトカム	1) 医療機関への受診状況	1) 医療機関受診率(受診者/保健指導実施者)	1) 30%以上	1) O○ツールとKDBIによるレポート情報の確認	1) 支援終了2ヶ月後	1) 事業担当	20% (全ての項目に書くとは限らない)	
アウトカム	概念的な説明	具体的な指標・定義	数値など	データの入手・分析手段	いつ	誰が(担当部署、担当者等)	指標がどこまで達成されたか	次年度に向けての改善点
	結果はどうなったか							
アウトプット	どれだけ大勢の人に実施したか							
プロセス	どのように行ったか							
ストラクチャー	必要な人員・予算・システム等はどうだったか							

24

平成〇〇年度 ハイリスク保健指導事業(糖尿病、高血圧、腎臓病など)						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制
アウトカム	1) 医療機関受診	1) 医療機関受診率(受診者/保健指導実施者)	1) 60%以上(血圧60%、糖尿80%、腎80%)	1) 2) 3) レセプト情報をKDBで確認 ※1) 当該リスクに関係する疾患名を確認 ※2) 調剤レセを確認 ※3) 本人にも確認	1) 2) 保健指導後2か月 3) 翌年度同時期	事業担当
	2) 治療開始	2) 服薬開始率(服薬開始率/保健指導実施者)	2) 目標設定せず			
	3) 治療継続	3) 翌年の治療継続率(治療継続者/治療開始者)	3) 必要な人が100%			
	4) リスク因子の改善	4) 翌年度の健診結果の改善率(リスク因子の値の変化)	4) 医療機関受診者が改善している(血圧、糖尿)、または悪化していない(腎)こと		4) 翌年度特定健診結果を確認 4) 翌年度健診データが得られた時期	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標			
アウトカム	1) 医療機関受診	1) 医療機関受診率(受診者/保健指導実施者)	1) 60%以上(血圧60%、糖尿80%、腎80%)			
	2) 治療開始	2) 服薬開始率(服薬開始率/保健指導実施者)	2) 目標設定せず			
	3) 治療継続	3) 翌年の治療継続率(治療継続者/治療開始者)	3) 必要な人が100%			
	4) リスク因子の改善	4) 翌年度の健診結果の改善率(リスク因子の値の変化)	4) 医療機関受診者が改善している(血圧、糖尿)、または悪化していない(腎)こと			
ヤー		入ってきたか。		職員に聞き取り(事後事例検討時)。		25

平成〇〇年度 ハイリスク保健指導事業(糖尿病、高血圧、腎臓病など)						
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標	評価手段	評価時期	評価体制
アウトカム	1) 医療機関受診	1) 医療機関受診率(受診者/保健指導実施者)	1) 60%以上(血圧60%、糖尿80%、腎80%)	1) 2) 3) レセプト情報をKDBで確認 ※1) 当該リスクに関係する疾患名を確認 ※2) 調剤レセを確認 ※3) 本人にも確認	1) 2) 保健指導後2か月 3) 翌年度同時期	事業担当
	2) 治療開始	2) 服薬開始率(服薬開始率/保健指導実施者)	2) 目標設定せず			
	3) 治療継続	3) 翌年の治療継続率(治療継続者/治療開始者)	3) 必要な人が100%			
	4) リスク因子の改善	4) 翌年度の健診結果の改善率(リスク因子の値の変化)	4) 医療機関受診者が改善している(血圧、糖尿)、または悪化していない(腎)こと		4) 翌年度特定健診結果を確認 4) 翌年度健診データが得られた時期	
プアウト	1) 対象者に連絡できたか(訪問、面談、電話)	1) 保健指導実施率(保健指導実施者/保健指導対象者)	1) 90%(訪問・面談70%、電話20%)	1) 対応記録で確認 記録用紙の保健指導実施形態欄の記載内容を数える	1) 保健指導期間終了後、対応記録が担当者の手元に届いた時点	
	1) 充実した支	1) 医療機関受診につながる支	1) チェックリストで「良」判定6	1) 事後事例検討時に、チェック	1) 毎月	
評価の枠組み	評価項目	評価指標	目標			
プアウト	1) 対象者に連絡できたか(訪問、面談、電話)	1) 保健指導実施率(保健指導実施者/保健指導対象者)	1) 90%(訪問・面談70%、電話20%)			
ラクチャー	2) 人員	2) 専門職の不足がないか。一人当たりの対象者数が適切か。	2) 不足がない。	2) 対応可能な人数であったかどうか職員に聞き取り(事後事例)	2) 毎月	全職員
チャー	3) 予算の確保	3) 保健指導に必要な物品が購入できたか。	3) 必要な物品を購入できる。	3) 必要な物品が購入できたか職員に聞き取り(事後事例検討時)。	4) 毎月	
						26

事業**実施**計画書と事業**評価**計画書に沿って  
PDCAサイクルは回る



27

保健事業実施計画(データヘルス計画)に記載すべき事項

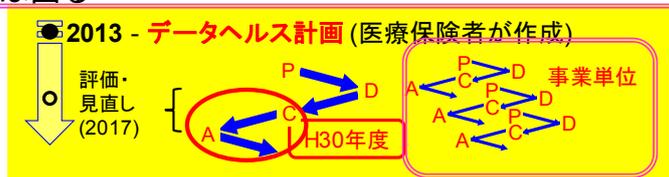
(6)保健事業実施計画(データヘルス計画)の見直し

- 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。

⇒30年度からの第2期計画へ。

## 生活習慣病対策のPDCAサイクル

- 「計画」と「個別事業」の関係を整理
- 「計画」のPDCAサイクル
  - 成果(アウトカム)目標の評価
  - 中長期的評価(3年:中間評価、6年:最終評価等)
- 「個別事業」のPDCAサイクル
  - ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの観点からの評価
  - 事業実施計画書と事業評価計画書に沿ってPDCAサイクルは回る



29

## 実践ガイド・教材等は国立保健医療科学院HPで公開中

自治体 生活習慣病

検索

<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

◆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（現状分析と課題特定ワークシート）（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（生野）-一般-014）（研究代表：国立保健医療科学院 横山敬樹）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・実践ガイド関連様式（ZIPファイル9.1MB）

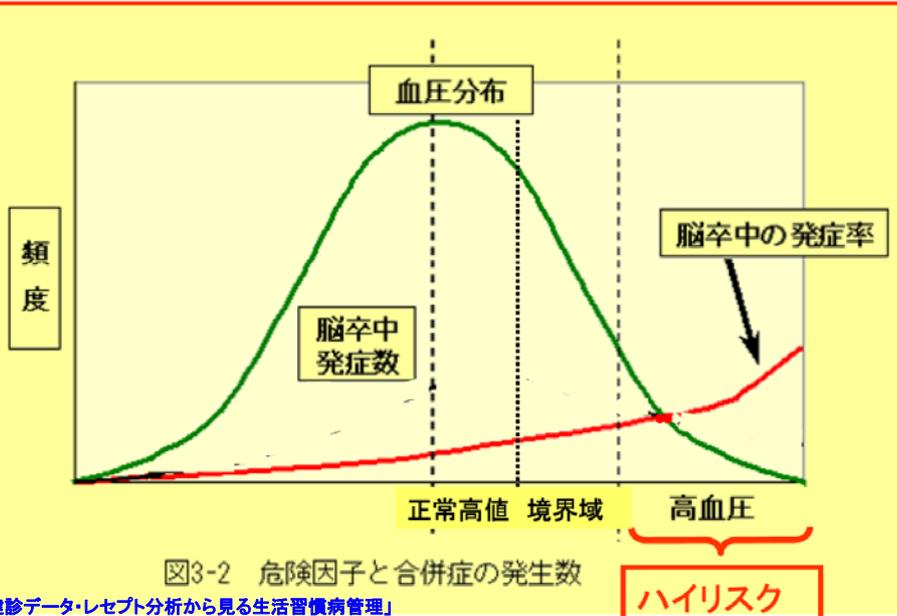
30

- **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？

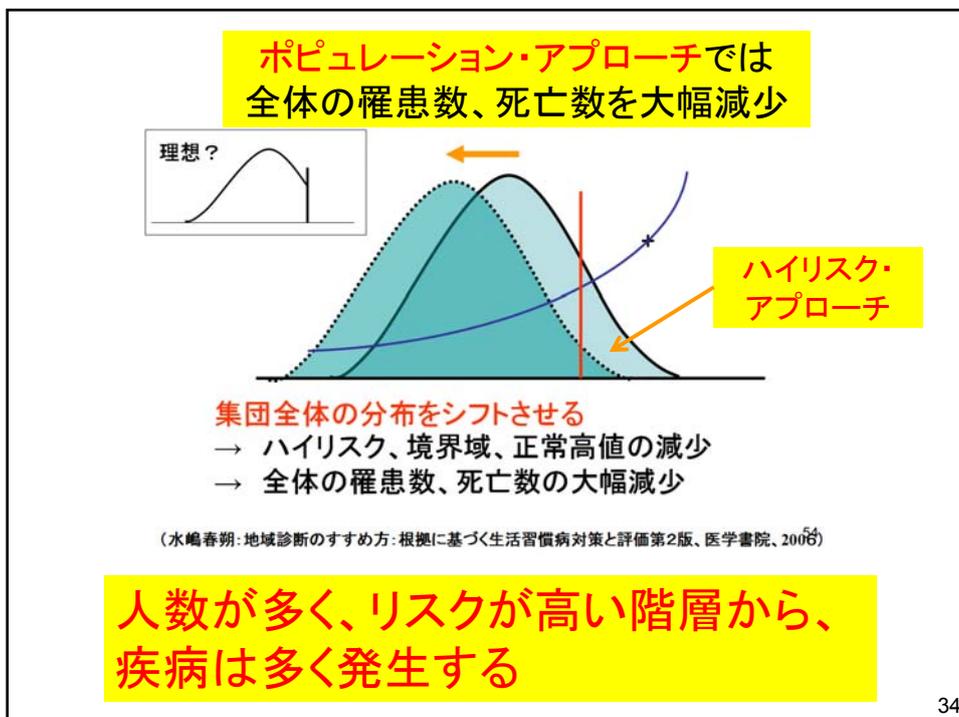
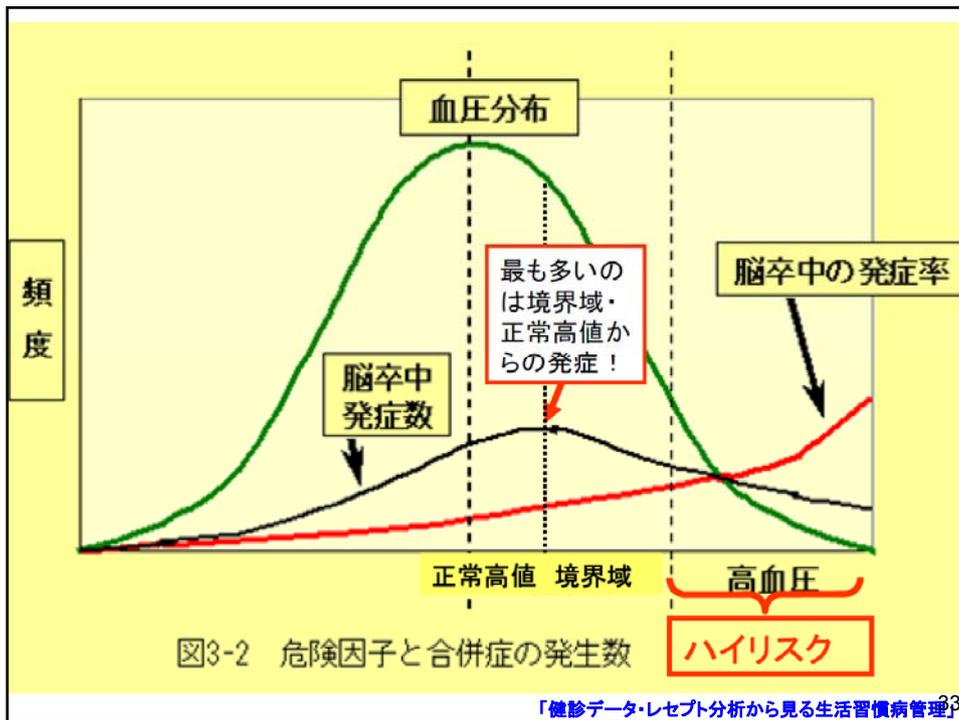
俯瞰的に考えてみよう！

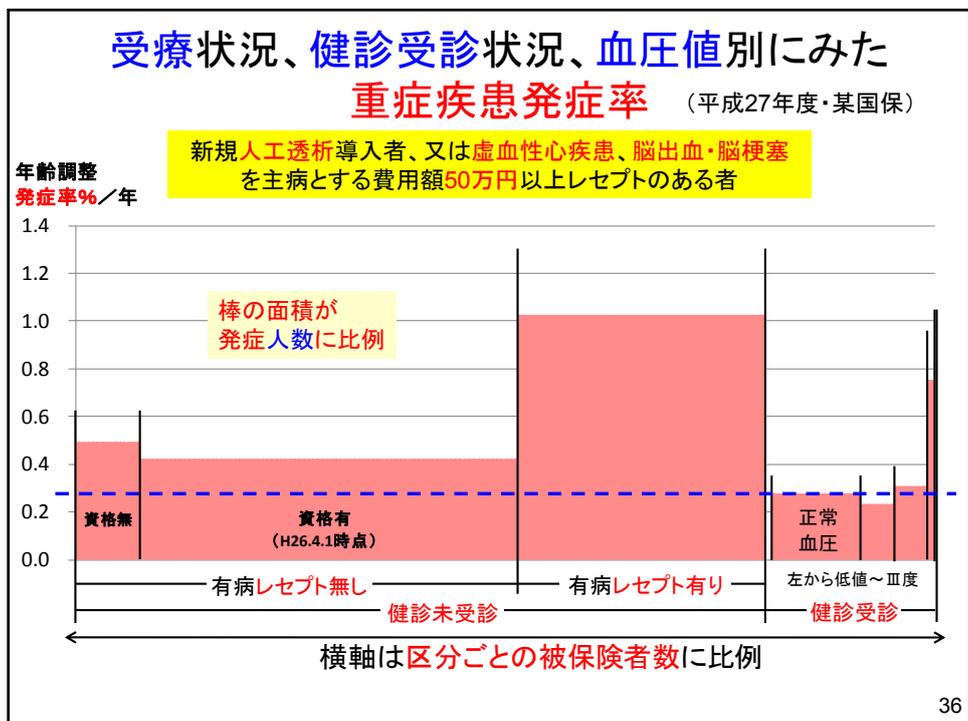
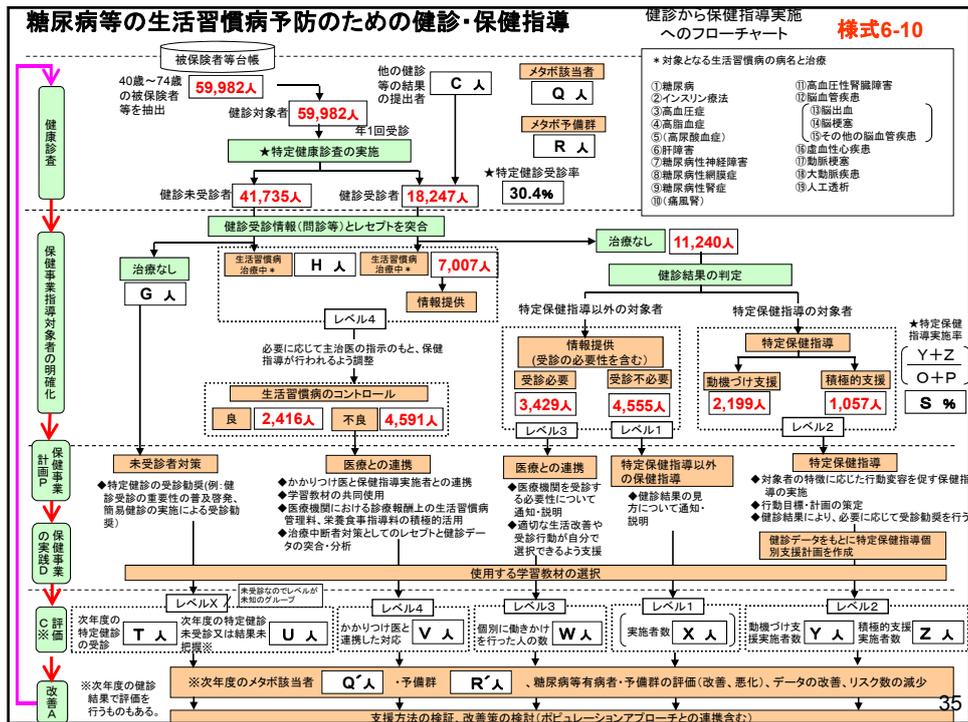
31

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？

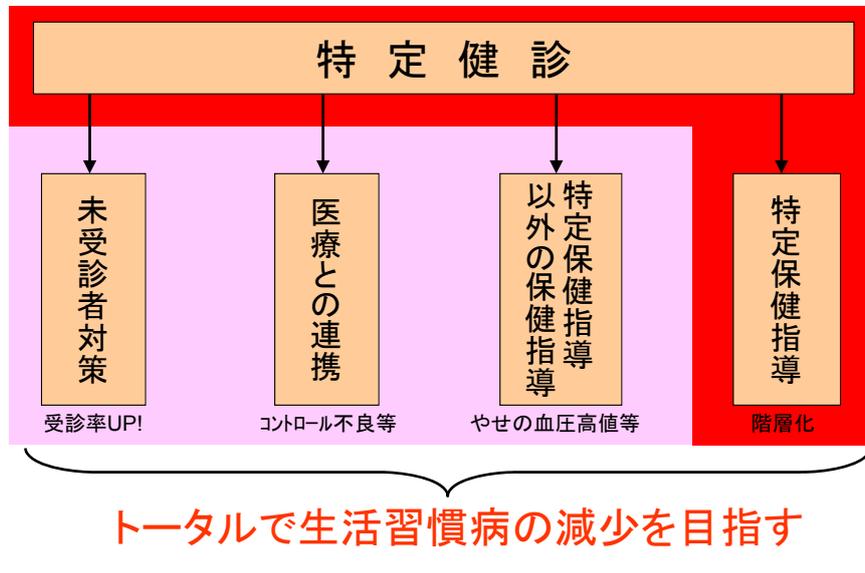


32





## 特定健診・特定保健指導は 包括的な生活習慣病対策



37

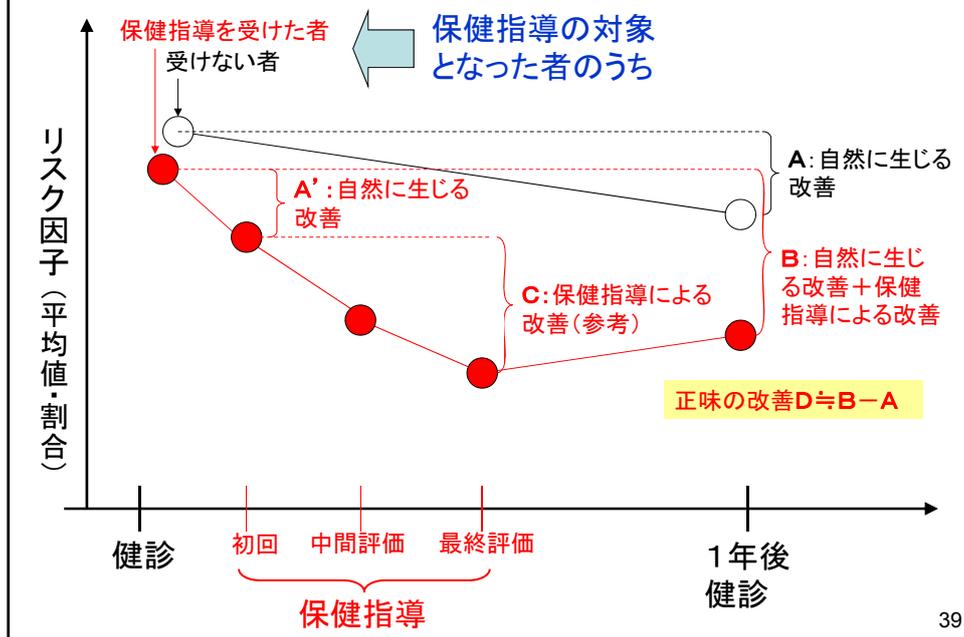
- **問** 特定保健指導を受けた者(積極的支援)では、**健診時→翌年健診時に体重が平均で2.0 kg減少し、50%が動機付け支援または情報提供に改善しました。**これは保健指導の効果と言っていいでしょうか？

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)

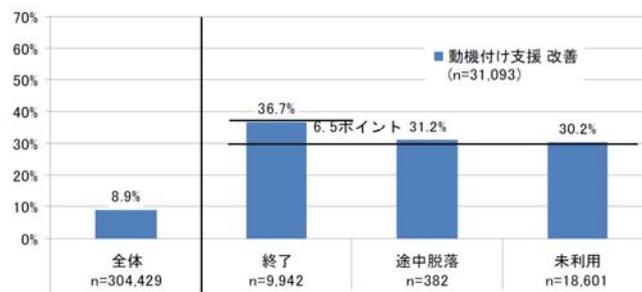
38

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

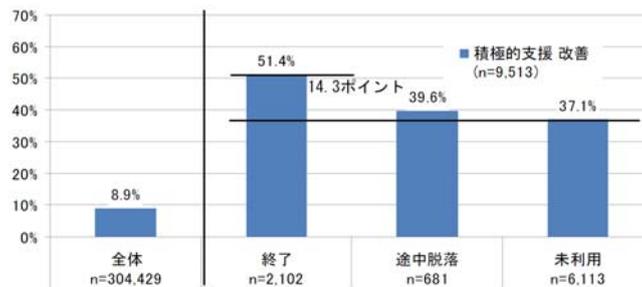


39

図表 内臓脂肪症候群レベルの改善者の割合 (動機付け支援)



図表 内臓脂肪症候群レベルの改善者の割合 (積極的支援)



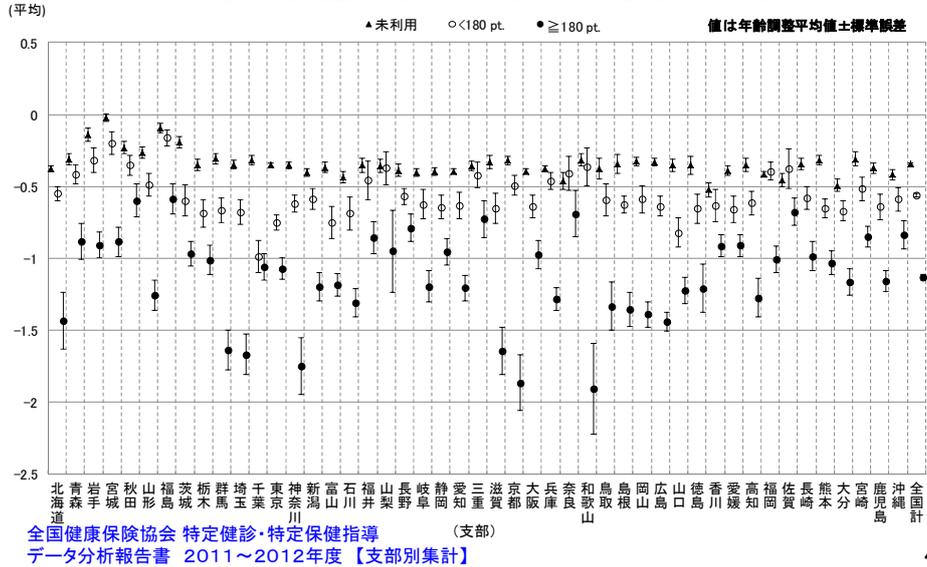
市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 報告書概要 平成23年3月

40

# 特定保健指導の効果(協会けんぽ)

(2011年度保健指導、2011-2012年度の変化)

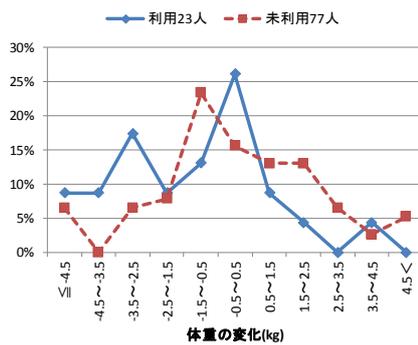
体重(kg)の年齢調整平均値の変化(男性, 40-64歳)【積極的支援】



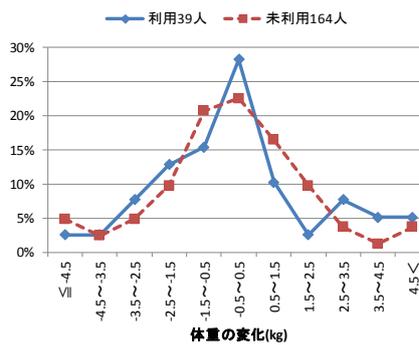
41

## 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



保健指導実施による効果分析  
動機付け支援



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/>

第三次中間とりまとめ概要

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ 第三次中間取りまとめ 概要

1. 分析対象

- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に格納されている平成20年度～平成23年度の特定健診・保健指導データのうち、全ての年度<sup>※1</sup>についてレセプトデータとの突合率が80%以上であった保険者のデータ  
※平成21年度～平成24年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータで突合率を確認した。
- 分析対象者数：365 保険者(国保 321、健保組合 2、共済組合 42) 20～22万人(分析方法で異なる)

2. 分析方法

- 平成20年度に特定保健指導の対象となった者を、分析対象者を参加者と不参加者に分け、①特定健診の検査値<sup>※1</sup>、②メタボリックシンドローム関連の入院外の一人当たり医療費<sup>※2</sup>、③メタボリックシンドローム関連の外來受診率<sup>※2</sup>を比較した。
  - ・参加者・・・平成20年度に特定保健指導の対象となった者のうち、当該年度に初めて特定保健指導を受け、6ヶ月後の評価を終了した者(平成21年度以降特定保健指導を受けているかどうかは本分析では考慮していない)
  - ・不参加者・・・平成20年度に特定保健指導の対象となった者のうち、当該年度から平成23年度まで一度も特定保健指導を受けていない者(不参加者のみを対象とし、中断者は含めない)
  - ・一人当たり医療費・・・(当該年度の3疾患関連の医療費の合計)/(分析対象者数)
  - ・外來受診率・・・(当該年度の3疾患関連の入院外レセプト枚数)/(分析対象者数)

※1 検査値の分析では、各年度で特定健診を受診し、検査値を確認できる者のみを対象とした。また、平成20年度の特定健診で検査項目に欠損値があった者は分析から除外した。  
 ※2 医療費及び受診率の分析は、主なメタボリックシンドローム関連疾患である高血圧症、脂質異常症、糖尿病(3疾患)の「傷病名コード」及び「医薬品コード」をもつレセプトデータのみを対象とした。ただし、3疾患以外の医療費を除外しきれないため、上記に加えて、特に医療費に大きな影響を与えると考えられる「がん」に関連するレセプトデータは分析から除外した。

2

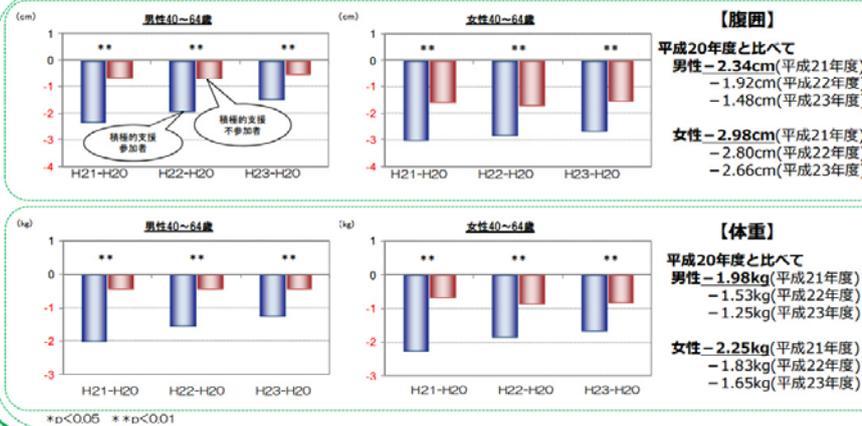
第三次中間とりまとめ概要

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ 第三次中間取りまとめ 概要

3. 分析結果 ①特定健診の検査値

- 積極的支援参加者は不参加者と比較すると、概ね全ての検査値において、特定保健指導後の3年間検査値の改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向が見られた。
  - ※積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク(血糖・血圧・脂質)が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。
  - ※動機づけ支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。(65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機づけ支援を実施)

特定保健指導(積極的支援)による検査値の推移(平成20年度との差) \*、\*・・・統計学的に有意な差



3

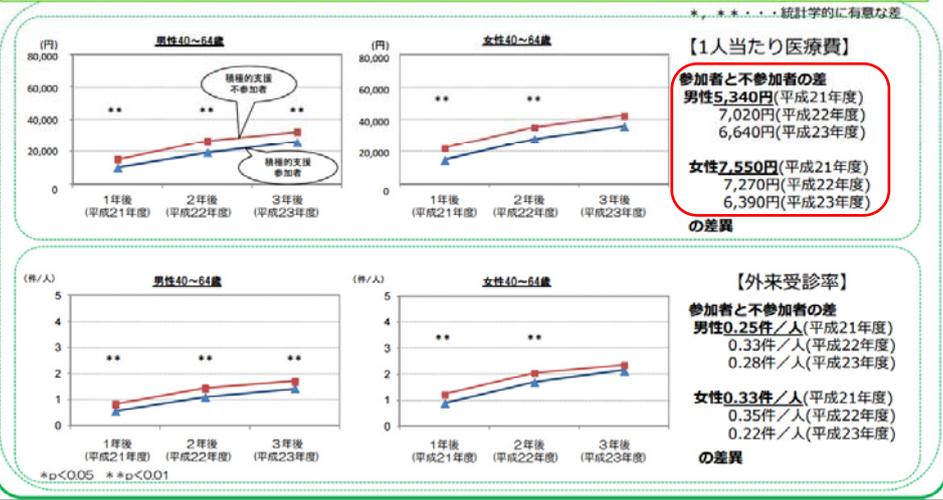
第三次中間とりまとめ概要

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ 第三次中間取りまとめ 概要

3. 分析結果 ②3疾患関連の1人当たり入院外医療費・外来受診率

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で7,020~5,340円、女性で7,550~6,390円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で0.33~0.25件/人、女性で0.35~0.22件/人の差異が見られた。

特定保健指導（積極的支援）による3疾患関連の1人当たり入院外医療費・外来受診率の推移（平成20~23年度）



協会けんぽにおける特定健診・保健指導の医療費適正化効果の分析  
分析対象者数

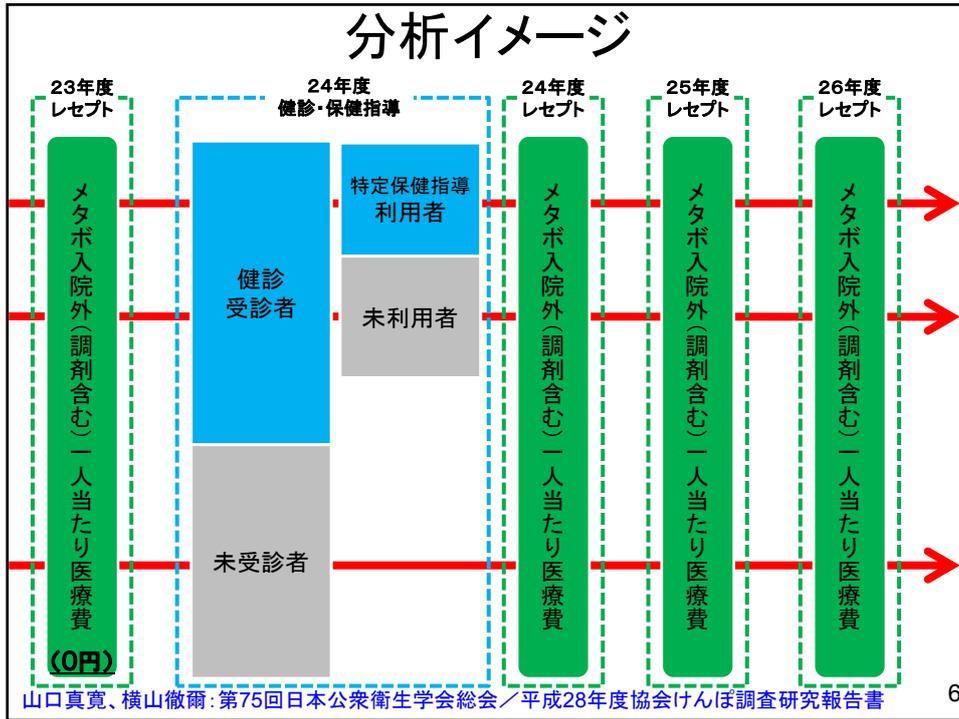
		男性	女性	合計
積極的支援 対象者	利用者 <sup>(1)</sup>	44,099	3,402	47,501
	未利用者 <sup>(2)</sup>	294,207	24,569	318,776
	計	<b>338,306</b>	<b>27,971</b>	<b>366,277</b>
動機づけ支援 対象者	利用者 <sup>(1)</sup>	35,222	13,135	48,357
	未利用者 <sup>(2)</sup>	130,228	47,794	178,022
	計	<b>165,450</b>	<b>60,929</b>	<b>226,379</b>
健診	受診者 <sup>(3)</sup>	1,764,895	985,647	2,750,542
	未受診者 <sup>(4)</sup>	1,769,271	1,144,800	2,914,071
	計	<b>3,534,166</b>	<b>2,130,447</b>	<b>5,664,613</b>

【各群の定義】

- (1) 利用者……平成24年度の特定保健指導を受け、6カ月後の評価を終了した者（中断者は除く）
- (2) 未利用者……平成24年度の特定保健指導を受けておらず、平成25、26年度も受けていない者
- (3) 受診者……平成24年度の生活習慣病予防健診を受診した者
- (4) 未受診者……平成24年度の生活習慣病予防健診を受診していない者

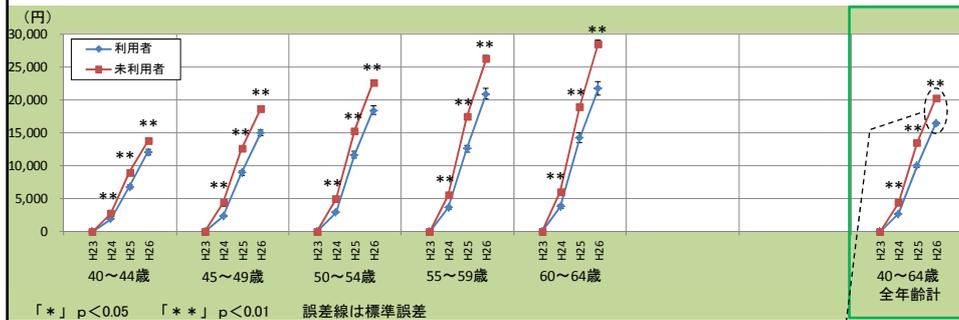
山口真寛、横山徹爾：第75回日本公衆衛生学会総会／平成28年度協会けんぽ調査研究報告書

# 分析イメージ



6

図①M. 積極的支援利用者と未利用者の入院外一人当たり医療費(男性)



- 全ての年齢階級で、未利用者より利用者の方が有意に低かった。
- WG分析と同様の傾向が見られた。

26年度の差は約3,821円で、年齢調整後は約**3,790円**

### ★平成26年度医療費適正化効果額の試算

$$44,099 (\text{利用者数}) \times 3,790 (\text{26年度の差}) = \text{約1.7億円}$$

山口真寛、横山徹爾：第75回日本公衆衛生学会総会／平成28年度協会けんぽ調査研究報告書

7

図②M. 動機づけ支援利用者と未利用者の入院外一人当たり医療費(男性)



- ほとんどの年齢階級で、未利用者より利用者の方が低く、50～64歳および全年齢計で有意な差が見られた。
- WG分析との比較においては、概ね同様の傾向が見られた。

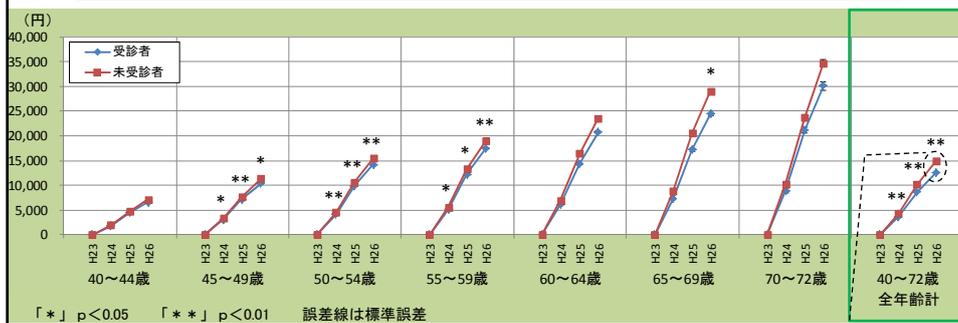
26年度の差は約1,459円で、年齢調整後は約**1,067円**

★平成26年度医療費適正化効果額の試算

$35,222$  (利用者数)  $\times$   $1,067$  (26年度の差) = 約**0.4億円**

山口真寛、横山徹爾：第75回日本公衆衛生学会総会／平成28年度協会けんぽ調査研究報告書

図③M. 健診受診者と未受診者の入院外一人当たり医療費(男性)



- 全ての年齢階級で、未受診者より受診者の方が低く、45～59歳および全年齢計(40～72歳)では有意な差が見られた。

26年度の差は約2,369円で、年齢調整後は約**1,367円**

山口真寛、横山徹爾：第75回日本公衆衛生学会総会／平成28年度協会けんぽ調査研究報告書

## 演習(評価計画)

- 別紙記入例を参考にして、**事業評価計画**を作成してみましょう。(事業計画を参考にしながら考えるとよい)
- 多くの市町村で類似の事業を行っているので、各市町村の取り組みに関する**情報交換**をしながら、**理想的なものを作るつもり**で進める。
  - 1) 事業を決める。
  - 2) 「評価項目」「評価指標」を、アウトカム→ストラクチャーの順に作成する。
  - 3) アウトカムを「目標」→「評価体制」まで作成する。ストラクチャー以下も同様。

51