

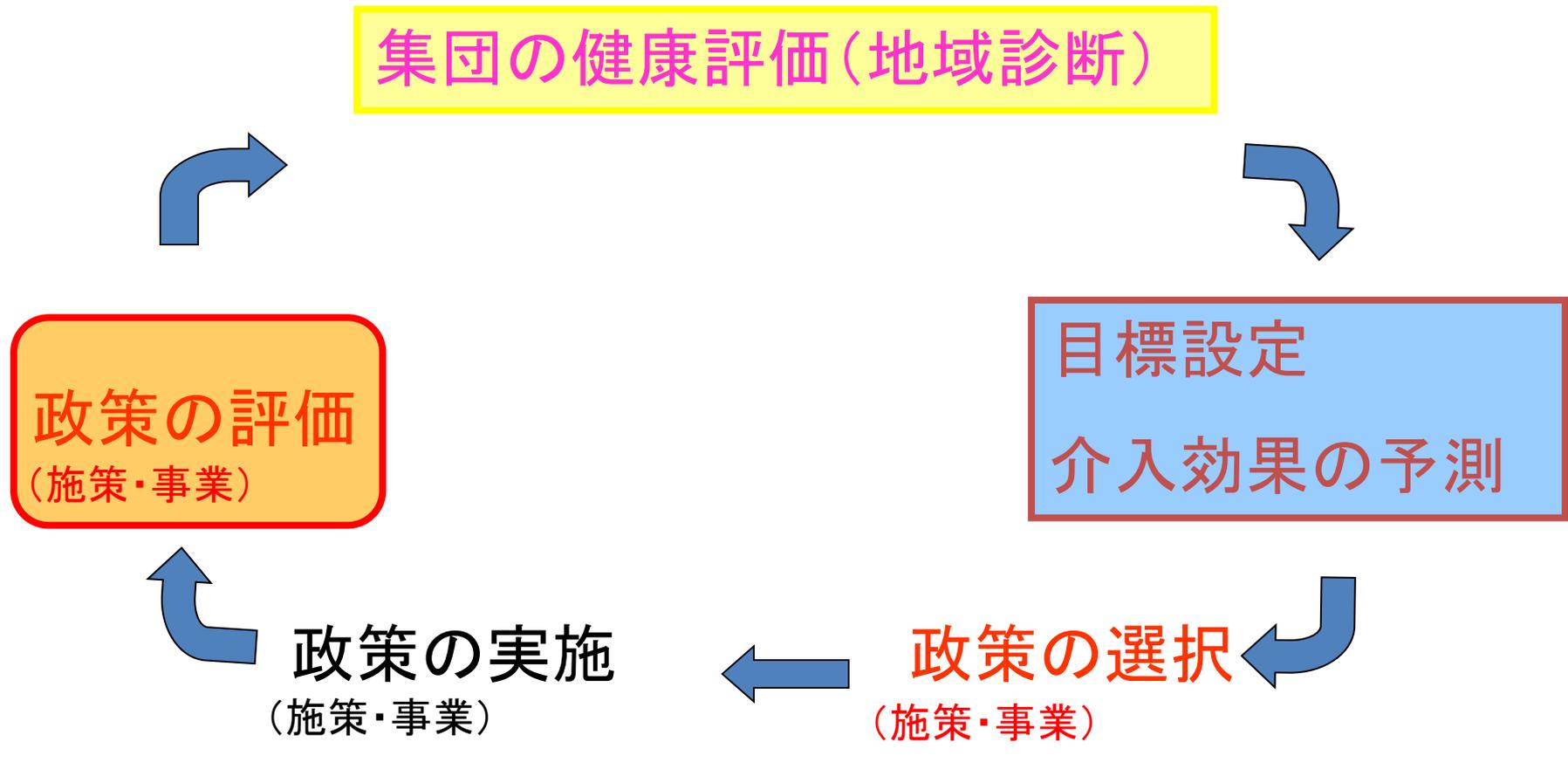


平成29年度 国立保健医療科学院 短期研修
生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(研修計画編)
(平成28年6月5日)

生活習慣病対策に関する PDCAサイクルの展開(総論)

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)

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。

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？

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を実施する
 - 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。

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ

評価に基づいて見直し、次年度計画を立てる



健診・保健指導計画作成のためのデータ分析

- ・集団の健康実態
- ・男女別年齢別健康実態
- ・メタボリックシンドロームの把握

集団の健康実態状況の把握、生活習慣の状況、等

健診受診率

※2年日より、前年度の保健指導の計画項目を追加

健診・保健指導計画の立案・策定

健診の実施

40～74歳の全被保険者（被扶養者含む）

内臓脂肪型肥満予備群 → 内臓脂肪蓄積 → 血糖高値、血圧高値、脂質異常 → 糖尿病、高血圧症、脂質異常症 → 心筋梗塞、脳卒中、糖尿病腎症

非肥満

判定・階層化

- 健診結果（腹囲、血糖、脂質、血圧等）、質問票（治療歴、喫煙その他生活習慣等）により、選定・階層化する。
- 生活習慣上の課題の有無とその内容を確認する。

健診結果の速やかな通知

健診は対象者にとって自らの健康状態を知り生活習慣を振り返る重要な機会
→ 検査結果が示唆する健康状態の解説を含めて分かりやすくフィードバックする。

確実な受診勧奨と受診状況の確認

肥満・非肥満を問わず、必要な場合は確実に医療機関につなぐ。

情報提供

- 生活習慣病の特性や生活習慣の改善に関する基本的な理解を支援する。
- 対象者とともに健診結果を確認し、健診結果が示唆する健康状態について、対象者自身が理解できるよう説明する。

対象者ごとの計画作成

健診結果と詳細な質問票で行動変容の準備状態を把握する。

リスク等に応じて必要な支援を実施

動機づけ支援

生活習慣の改善に対する個別の目標を設定し、自助努力による行動変容が可能となるような動機づけを支援する。

積極的支援

準備段階にあわせて個別の目標を設定し、具体的で実現可能な行動の継続を支援する。

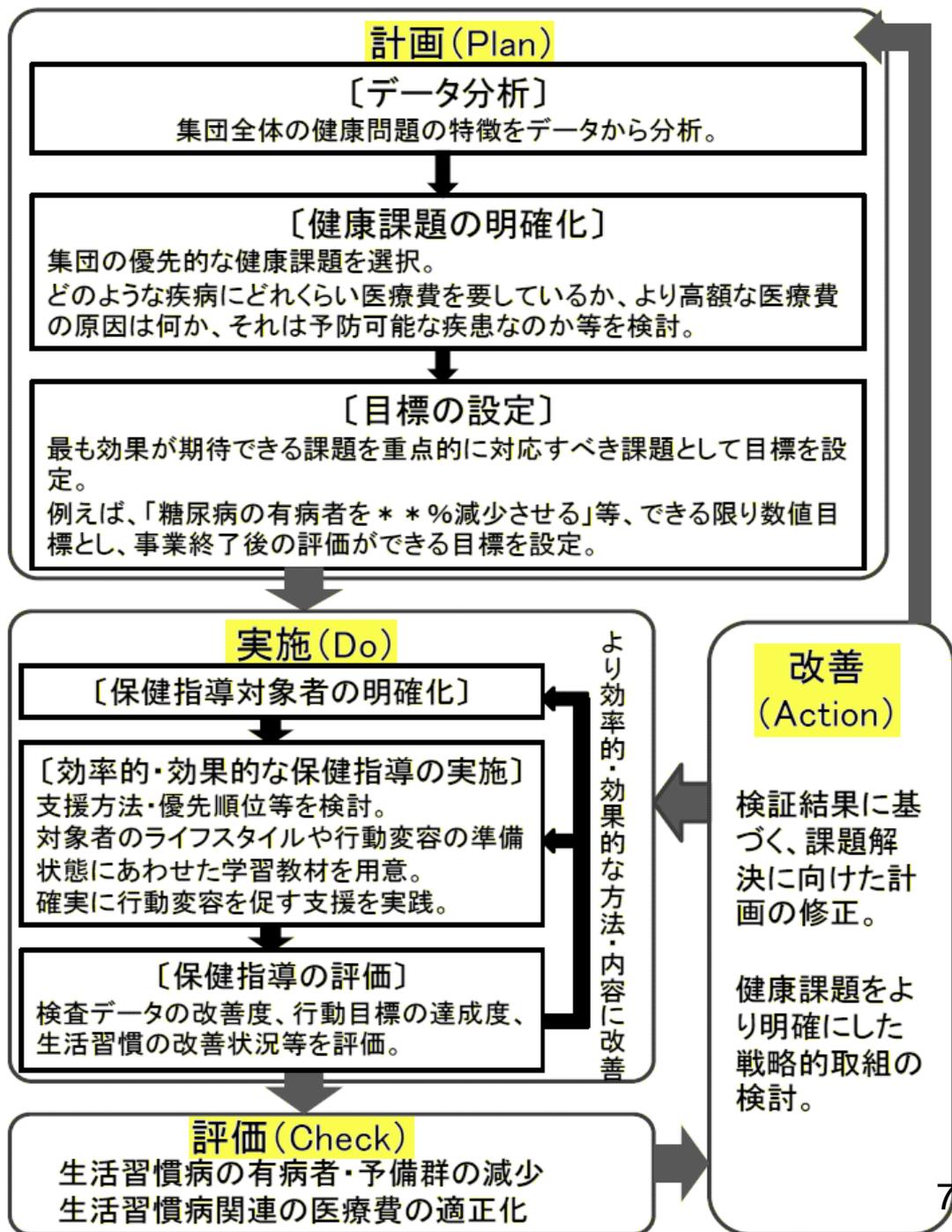
対象者ごとの評価

- アウトカム
- アウトプット
- プロセス
- ストラクチャー

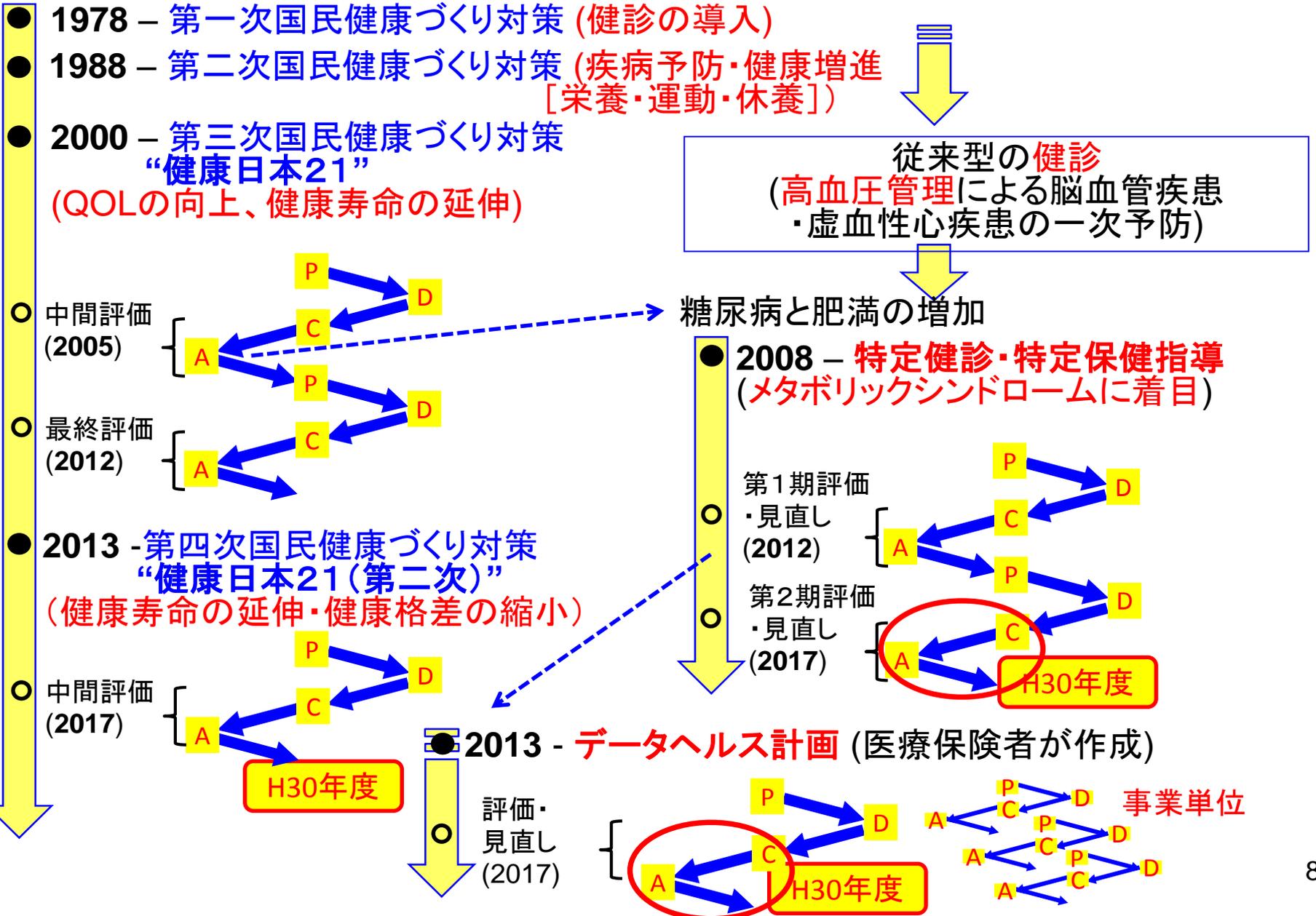
アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャー等の評価

果等

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル (改訂版 p.9)



わが国における健康増進施策の流れ

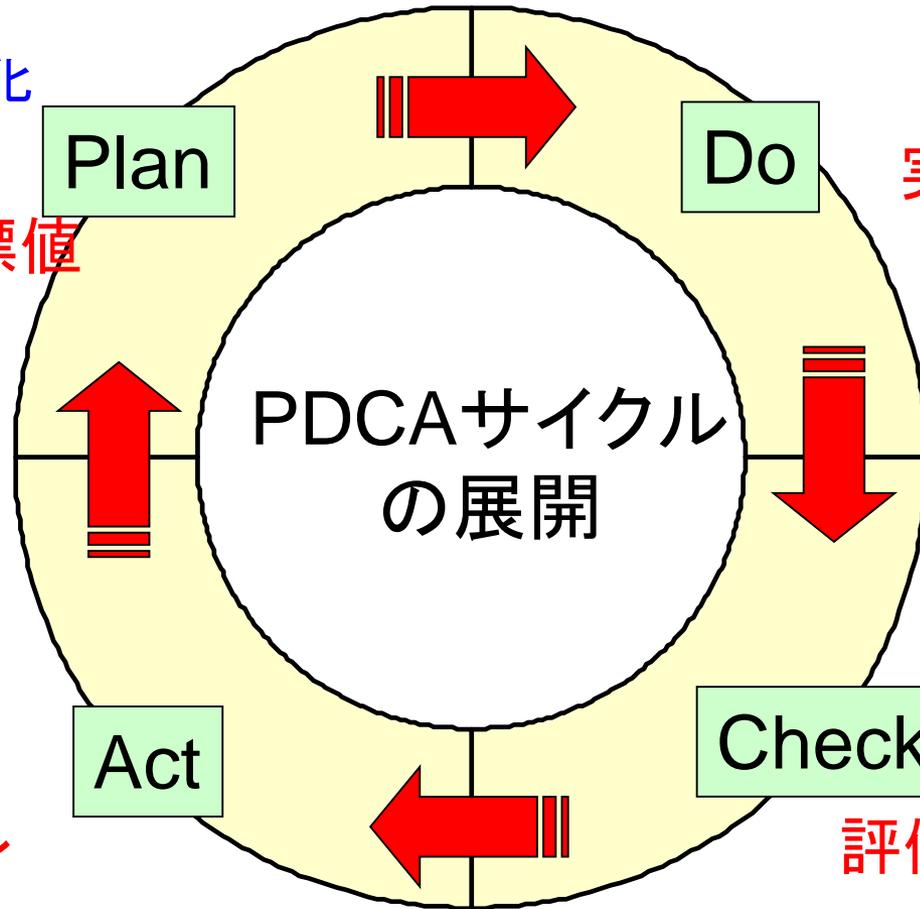


保健事業の評価と見直し

地域診断
健康課題の明確化

計画や目標値
の設定

見直し
更新



実施 特定健診
保健指導
医療との連携
未受診者対策

評価
ストラクチャー
プロセス
アウトプット
アウトカム
{ 個人レベル
 集団レベル

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

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

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.・・・¹²

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

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

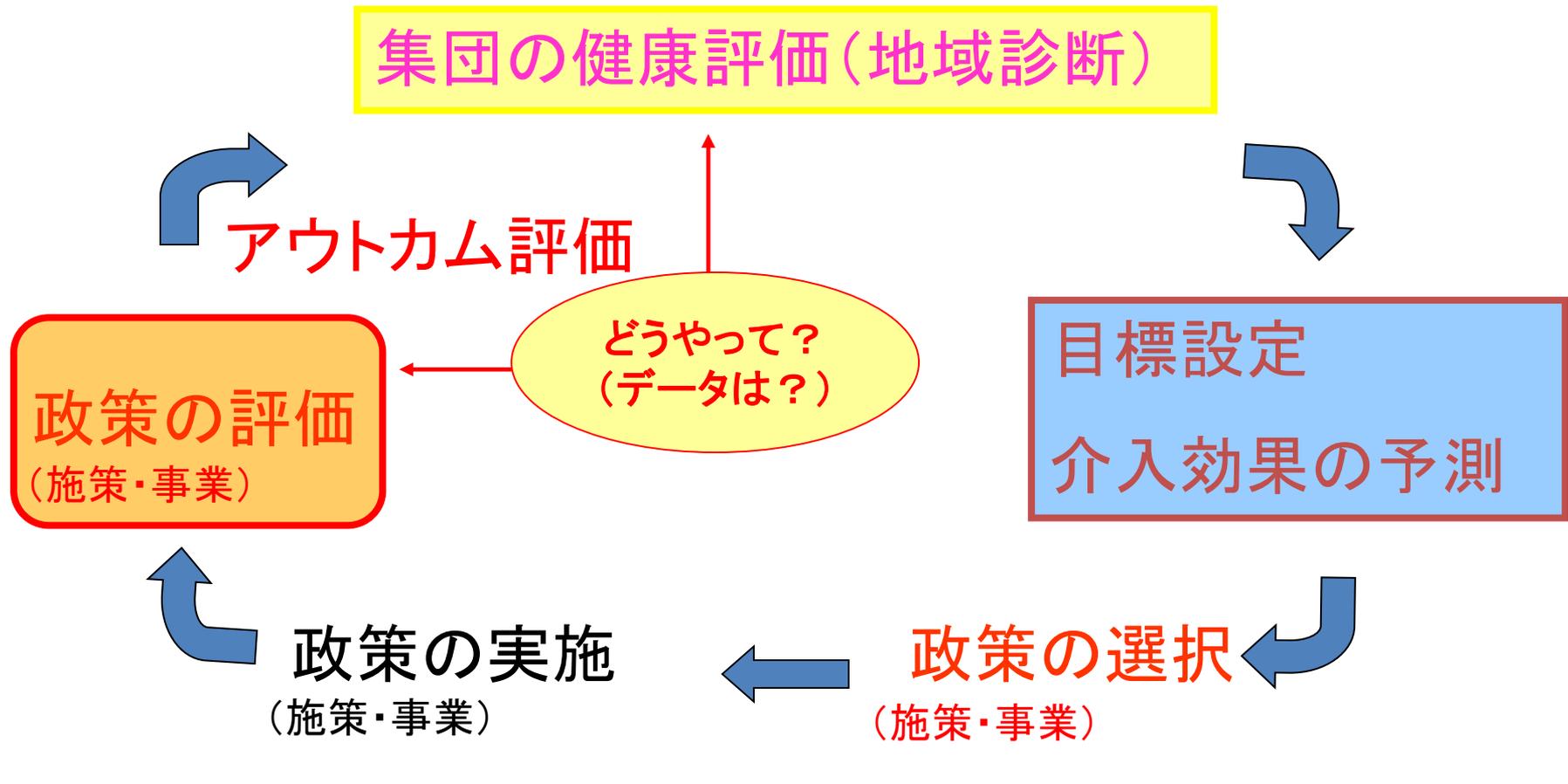
(3) 目的・目標の設定

- 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。

(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)

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

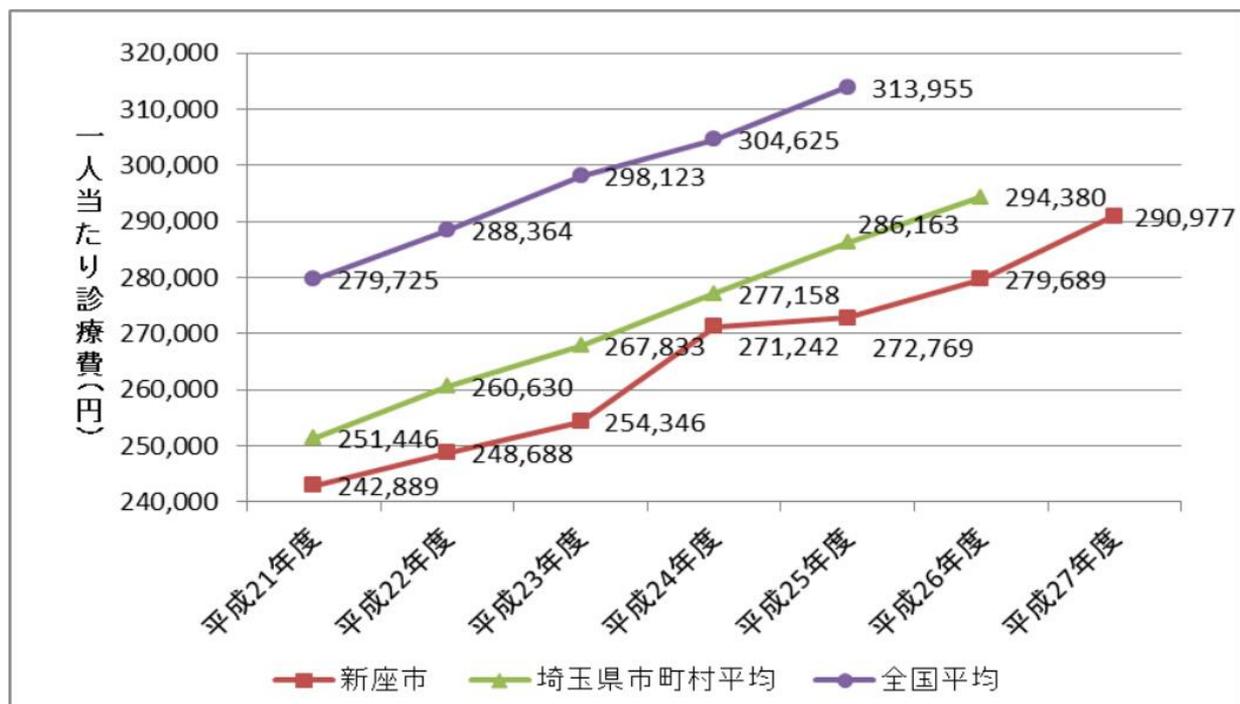
(2) 中長期目標（平成29年度までの目標）

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		



地域診断・評価のためのモニタリング調査等

- 国の統計調査
 - 国民健康・栄養調査
 - 国民生活基礎調査
 - 患者調査
 - 人口動態統計など
- 各自治体の独自調査
 - 都道府県健康・栄養調査
 - 市民アンケートなど
- その他
 - 健診・医療・介護等データ
 - 疾病登録等

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

生活習慣病

介護(介護給付費、認定者数)

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

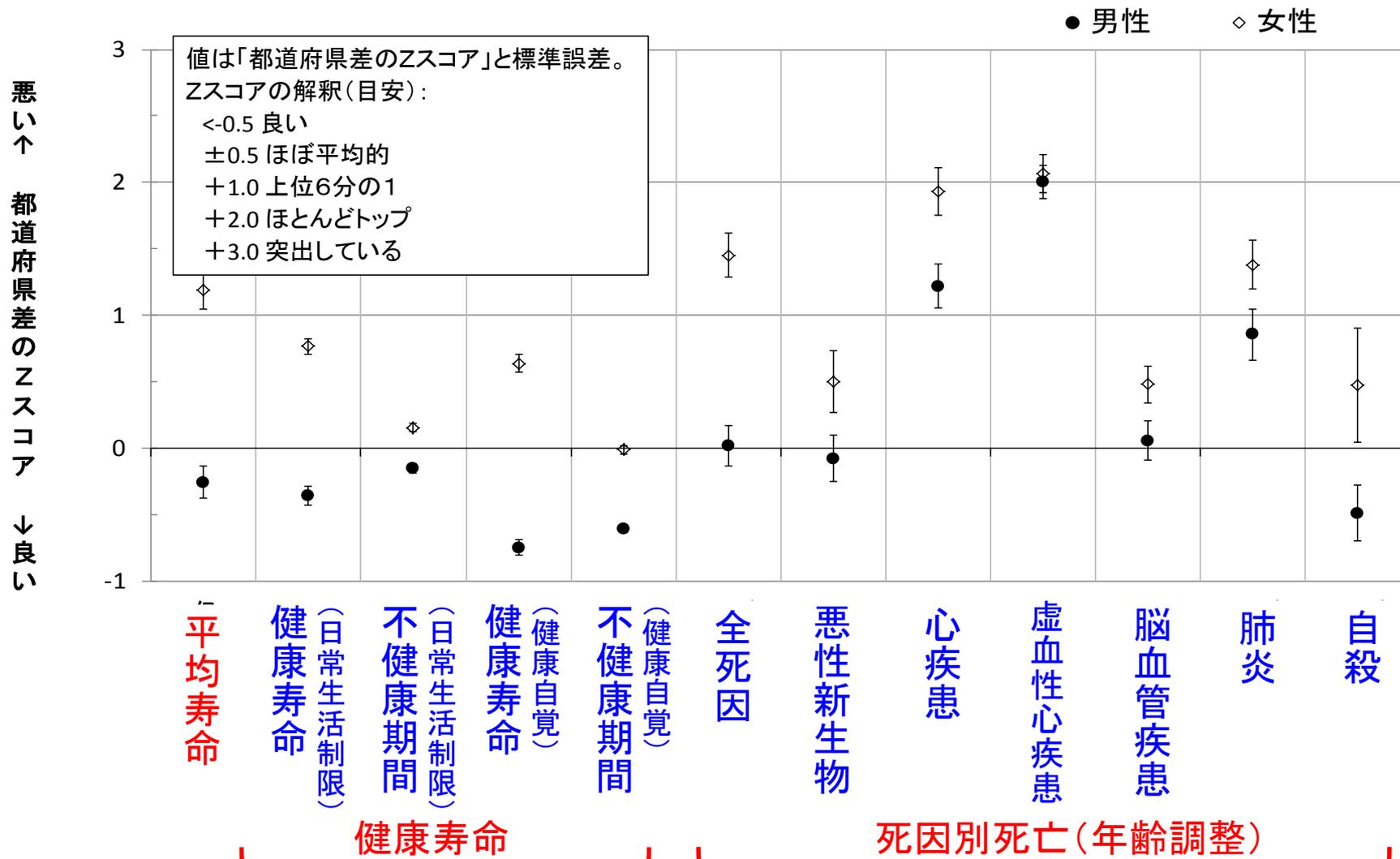
保健指導利用勧奨事業

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

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

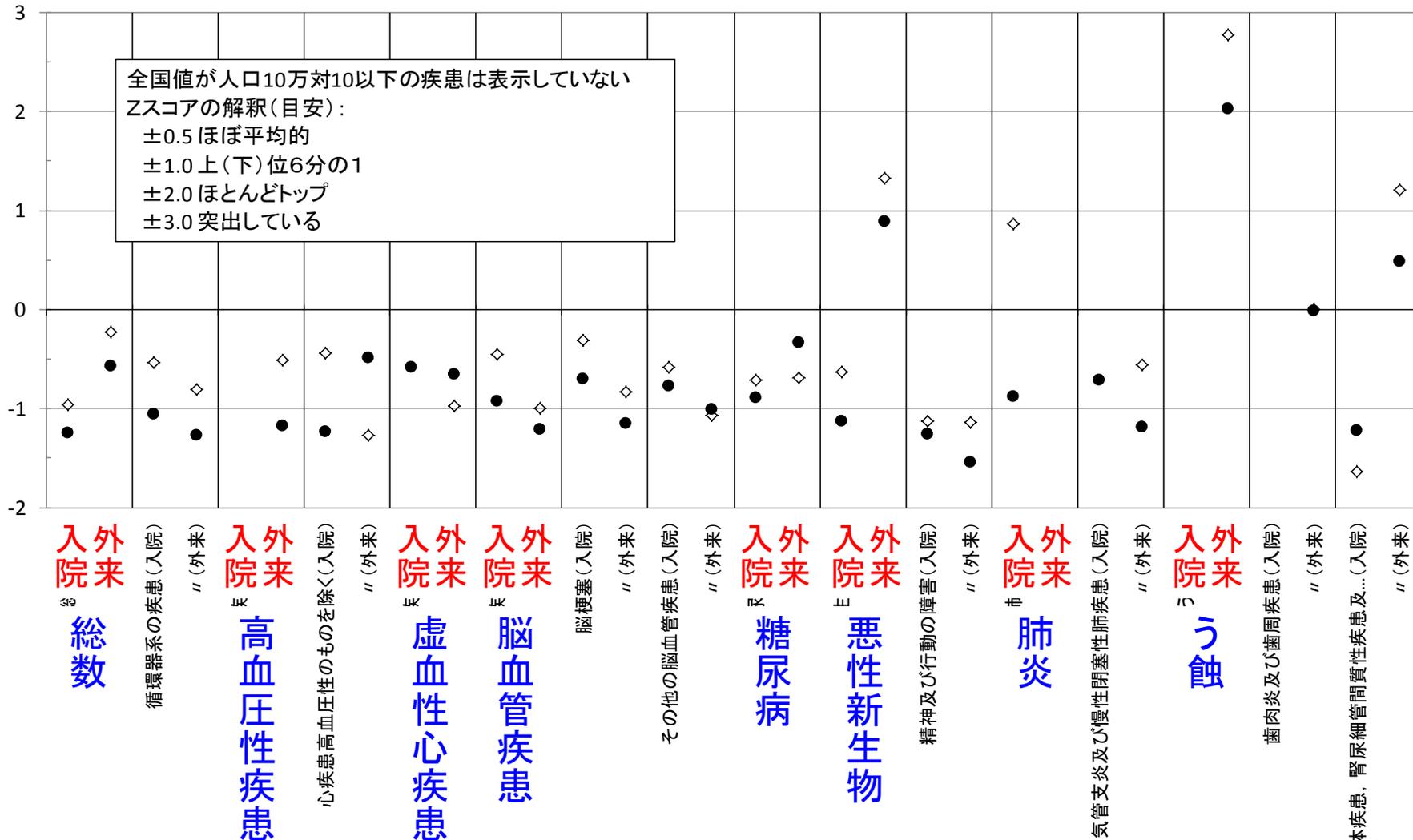


平成23年患者調査 年齢調整受療率(入院・外来)の特徴要約

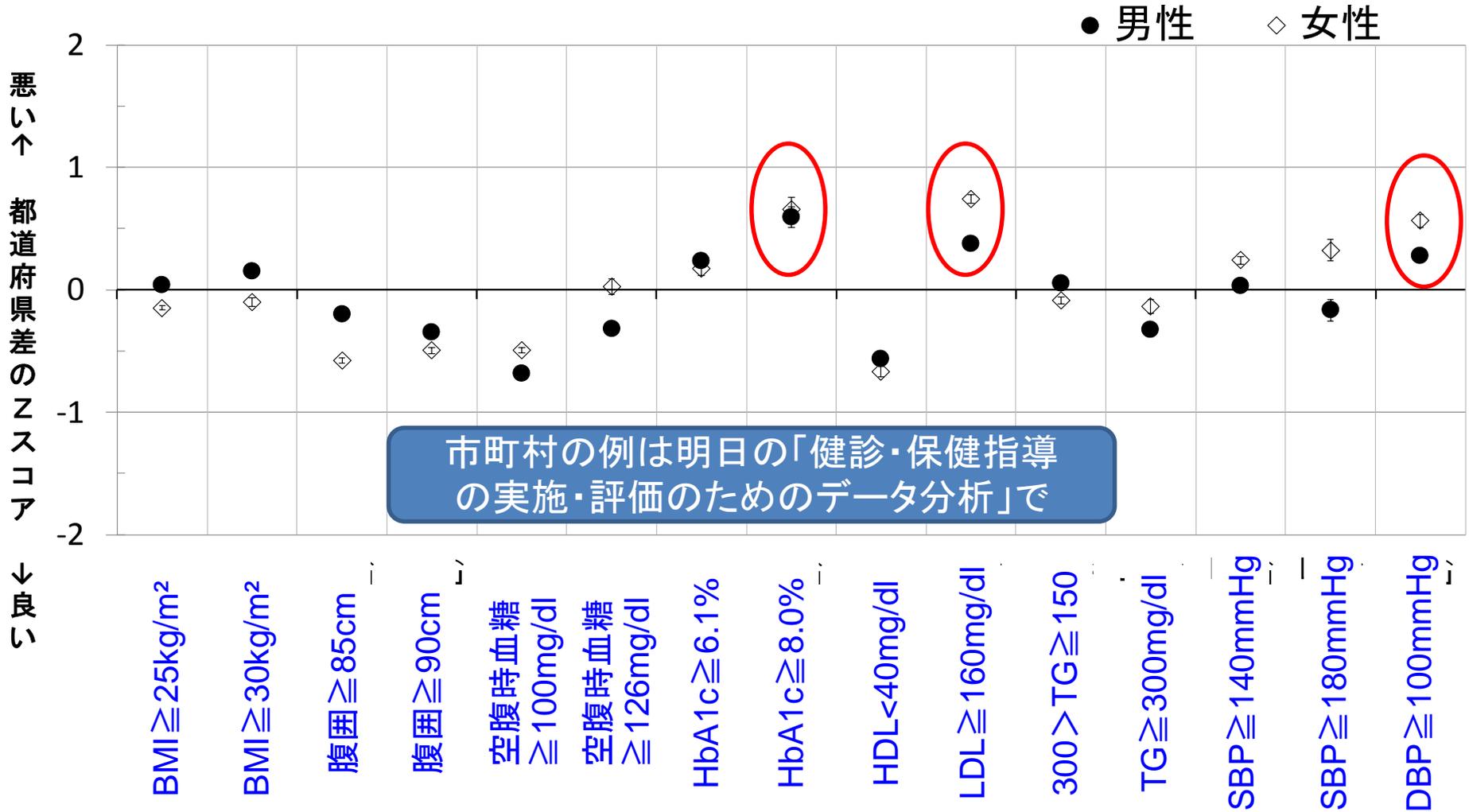
埼玉県

高い↑ 都道府県差のZスコア ↓低い

● 男 ◇ 女



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

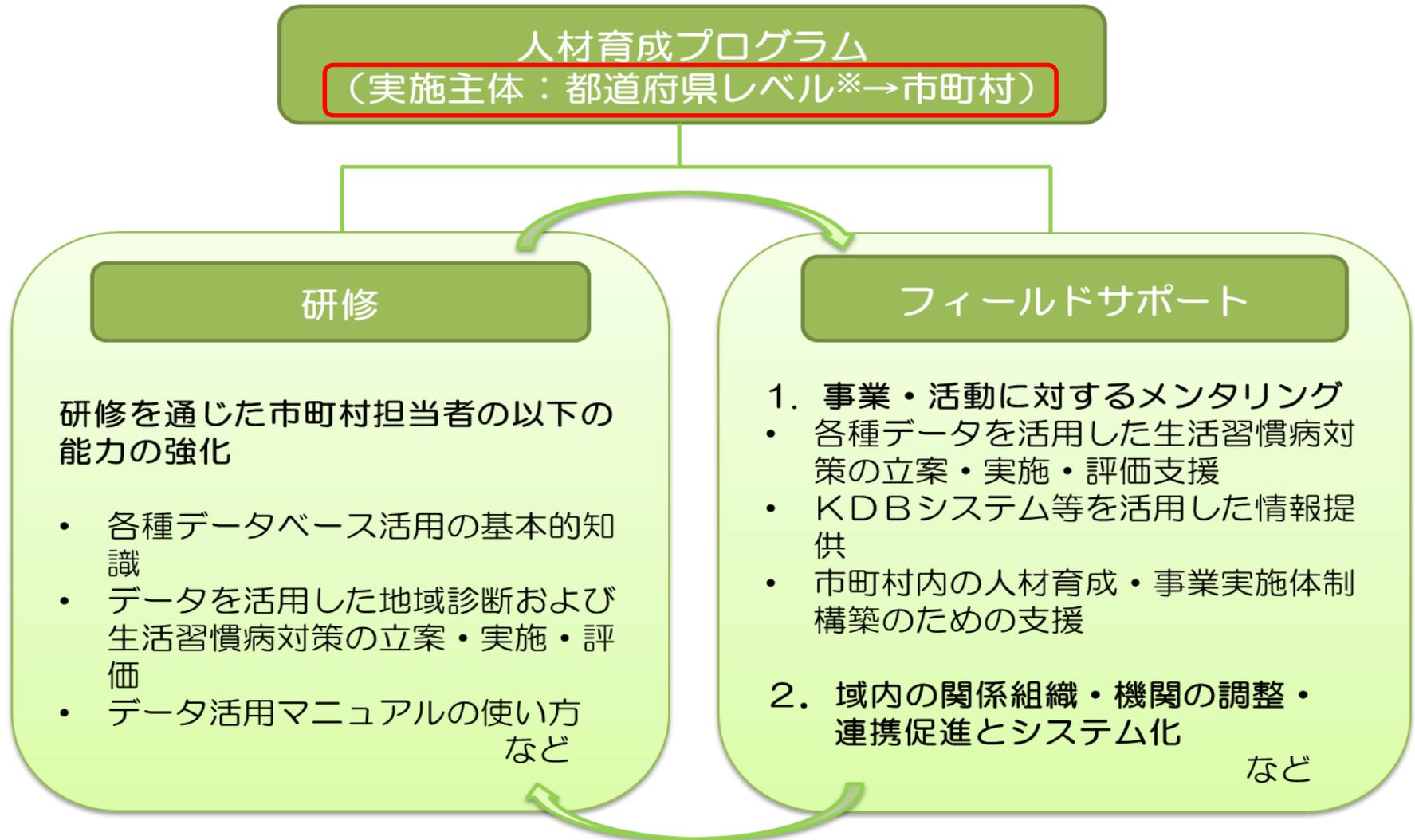
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02a-2.html>

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

データ活用研修教材等

- 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
 - 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実践ガイド。
 - 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。
- 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
 - 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。
 - 市町村などの医療保険者の方々が活用することを想定。

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

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

メインメニュー

データ活用マニュアル

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



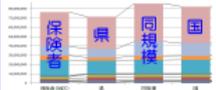
人材育成プログラム 実践ガイド

【市町村を支援する方々のための】
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

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方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)

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

対応する事業

死因別年齢調整死亡率・SMR

重症化

生活習慣病

介護(介護給付費、認定者数)

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

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

(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。

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) OOTツールとKDBIによりレセプト情報の確認	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)	
	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								

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) 翌年度健診データが得られた時期	
	1) 対象者に達	1) 保健指導実施率(保健指導実	1) 90%	1) 対応記録で確認	1) 保健指導期間	

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

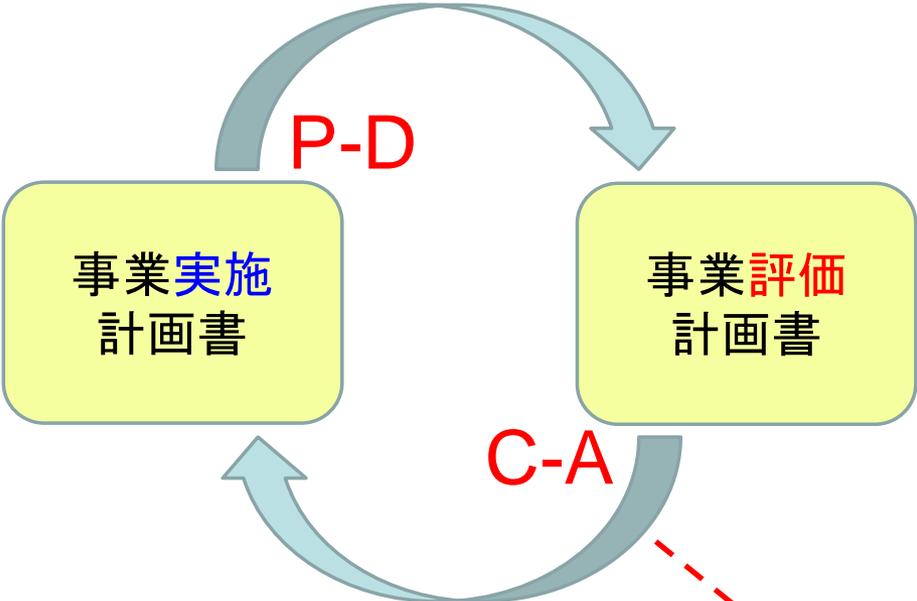
ヤ	入できたか。		職員に聞き取り(事後事例検討時)。	32
---	--------	--	-------------------	----

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 4) 翌年度特定健診結果を確認	1) 2) 保健指導後2か月 3) 翌年度同時期 4) 翌年度健診データが得られた時期	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			
プアアウト	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
	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	

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



2013 - データヘルス計画 (医療保険者が作成)

評価・見直し (2017)

事業単位

H30年度

The diagram shows a central PDCA cycle for the 'データヘルス計画' (Data Health Plan) in 'H30年度' (FY2017). The 'A' (Act) and 'C' (Check) stages are highlighted in a red circle. Multiple arrows labeled 'P' (Plan) and 'D' (Do) point from this central cycle to various '事業単位' (Business Units). A vertical arrow on the left indicates '評価・見直し (2017)' (Evaluation/Review (2017)).

(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。

目標項目: 1. 1 適正体重を維持している人の増加 [肥満者等の割合] (児童・生徒の肥満児: 日比式による標準体重の20%以上、肥満者: BMIが25以上の者、やせ: BMIが18.5未満の者、BMI(Body Mass Index): 体重(kg) / [身長(m)]²)

目標値	策定時のベースライン値 (平成9年国民栄養調査)	中間評価 (平成16年国民健康・栄養調査)	直近実績値 (平成21年国民健康・栄養調査)
1.1a 児童・生徒の肥満児 7%以下	10.7%	10.2%	9.2%
1.1b 20歳代女性のやせの者 15%以下	23.3%	21.4%	22.3%
1.1c 20～60歳代男性の肥満者 15%以下	24.3%	29.0%	31.7%
1.1d 40～60歳代女性の肥満者 20%以下	25.2%	24.6%	21.8%
(1)直近実績値に係るデータ分析・直近実績値がベースライン値に対してどのような動きになっているか分析。	<p>○児童・生徒の肥満児の割合に有意な変化はみられなかった(片側P値=0.10)。 ○20歳代女性のやせの割合に有意な変化はみられなかった(片側P値=0.26)。 ○20～60歳代男性の肥満者の割合は有意に増加した(片側P値<0.001)。 ○40～60歳代女性の肥満者の割合は有意に減少した(片側P値=0.007)。</p>		
(3)その他データ分析に係るコメント	<p>○20～60歳代男性の肥満者の割合は目標に対して悪化したが、平成12年以降の肥満者の割合の増加傾向は、それ以前の5年間に比べ鈍化している(図1-1)。</p>		
(4)最終評価 ・最終値が目標に向けて、改善したか、悪化したか等を簡潔に記載。	<p>○児童・生徒の肥満児の割合は変わらない。40～60歳代女性の肥満者の割合は目標に向けて改善し、20～60歳代男性の肥満者の割合は増加したが、平成12年以降の肥満者の増加傾向は、それ以前の5年間に比べ鈍化している。 ○20歳代女性のやせの割合は変わらない。</p>		C

(5)今後の課題及び対策の抽出
・最終評価を踏まえ、今後強化・改善等すべきポイントを簡潔に記載。

○肥満者の割合について性・年齢階級別にみると、有意に増加しているのは30～50歳代男性であり(図1-2)、特に平成21年の肥満者の割合を10年前の該当世代と比較すると、現在の30歳代男性の増加割合が最も大きいため(図1-3)、20歳代から30歳代にかけて体重を増やさないためのアプローチが必要である。
 ○都道府県別の肥満者の割合をみると地域格差がみられるため、地域格差に配慮した取組が必要である(図1-4)。

目標項目:7.8 糖尿病合併症の減少

目標値	策定時のベースライン値	中間評価	直近実績値
[合併症を発症した人の数]	(1998年「我が国の慢性透析療法の現況」 (日本透析医学会))	(2004年「我が国の慢性透析療法の現況」 (日本透析医学会))	(2009年「我が国の慢性透析療法の現況」 (日本透析医学会))
7.8a 糖尿病性腎症 11,700人	10,729人	13,920人	16,414人

(一部略)

	コメント	
(1)直近実績値に係るデータ分析	○糖尿病性腎症により新規に透析が導入された人の数は、ベースライン値10,729人に対し、直近実績値では5,685人増加している。(以下略)	
(2)データ等分析上の課題	○透析導入時の患者数に影響する可能性がある状況(より軽症での導入、高齢者への導入など)の検討が必要である。	
(3)その他データ分析に係るコメント	○糖尿病により透析の導入となった者の数は、1997年から2007年にかけて増加傾向を示した。 ○全透析導入患者数のうち糖尿病患者が占める割合は長年増加傾向にあったが、2008年以降は鈍化傾向にある。(以下略)	
(4)最終評価	○悪くなっている。	D
(5)今後の課題及び対策の抽出 ・最終評価を踏まえ、今後強化・改善等すべきポイントを簡潔に記載。	○腎症については、特定健診で「血糖高値かつ尿蛋白陽性」者数(率)を把握することが可能である。尿蛋白陽性者における血糖区分、血圧区分などを確認すると、腎症対策の進捗状況が把握できるのではないか。 ○眼科では、硝子体手術または光凝固術などの件数が把握できるため、糖尿病有病者に対して、定期的な眼科受診の有無を調査するとよい。	

(7) 糖尿病 <今後の課題>

- 糖尿病有病者数は増加傾向にあるが、年齢調整有病率に有意な上昇はない。むしろ糖尿病予備群の増加が問題である。
- 30歳代男性は糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率が、過去10年間で40%から60%と増加してきたがいまだに低い。肥満者の増加が著しい世代でもあり今後、健康増進対策の強化が必要である。
- 糖尿病治療の継続率は45%から56%と上昇しているが、今後どのような患者がドロップアウトしているかの検討が必要である。
- 糖尿病による新規人工透析導入患者数について、今後、減少に向かうか注目するとともに、透析導入糖尿病患者の臨床像の検討が必要である。
- 併せて、失明者数においても詳細なデータ解析をするとともに、その原因を検討する必要がある。

まとめ

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

