



国立保健医療科学院 公開シンポジウム2017
公衆衛生の新たな挑戦
保健・医療・介護制度の改革にむけて

健康の保持増進を目指して

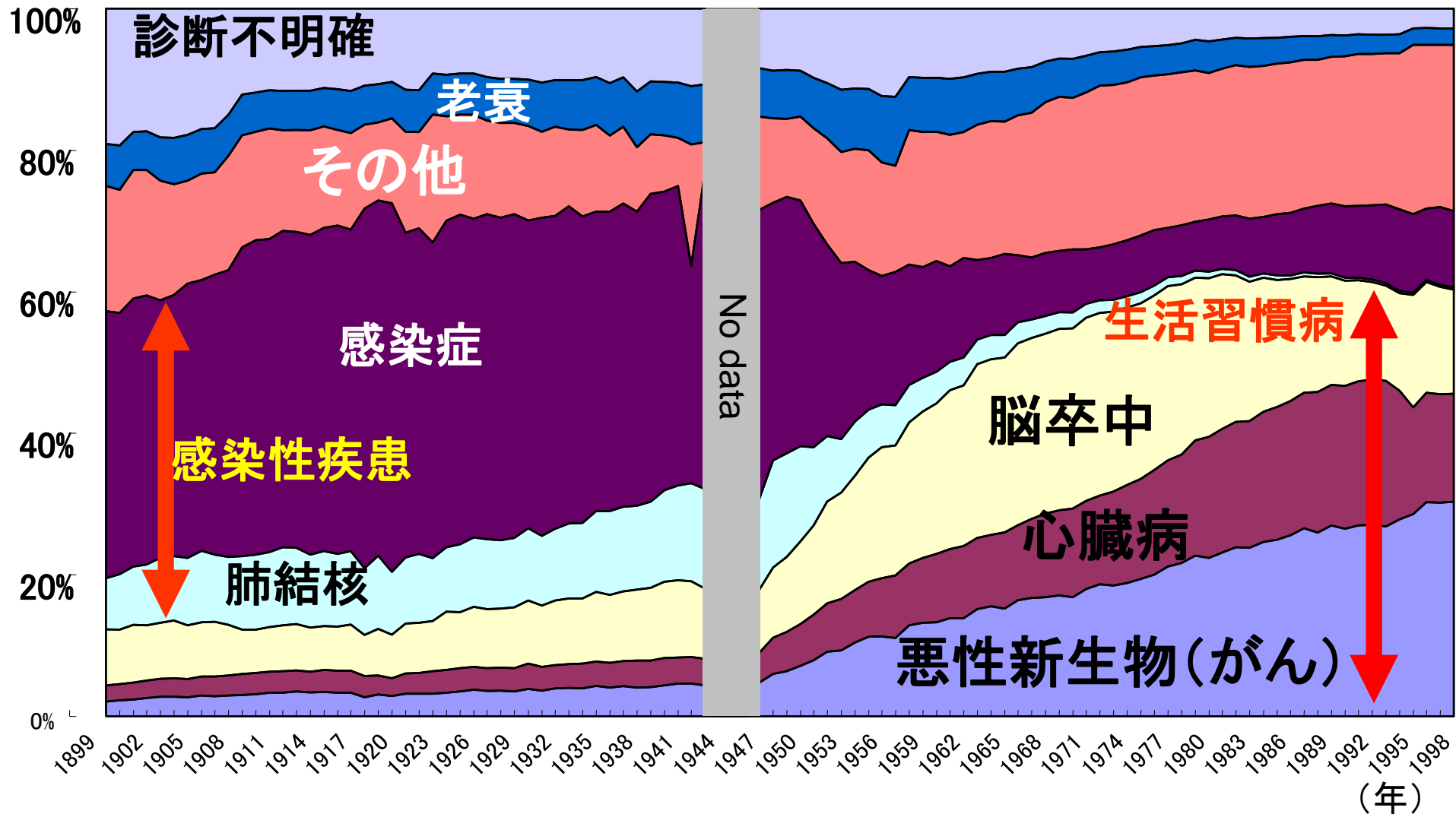
～特定健診・保健指導とデータヘルス計画～

国立保健医療科学院生涯健康研究部

横山徹爾

我が国の疾病構造の変化

(死亡統計 1899—1998)



バブル経済崩壊

石油ショック

所得倍増計画

講和条約
サンフランシスコ

敗戦

社会経済状態

1945年

1950

1960

1975

1990

2000

2008

2013年

困窮時代

復興時代

高度経済
成長時代

低経済成長時代
(安定期)

バブル後

データヘルス計画

健康日本21(第二次)

特定健診・特定保健指導

(21世紀の国民健康づくり運動)

健康日本21

(アクティブ80ヘルスプラン)

第2次国民健康作り対策

第1次国民健康作り対策

老人保健対策

難病対策

公害問題対策

農村保健対策

精神衛生対策

大気汚染対策

成人病対策

国民皆保険

都市環境衛生対策

母子保健対策

結核対策

食糧対策

急性伝染病対策

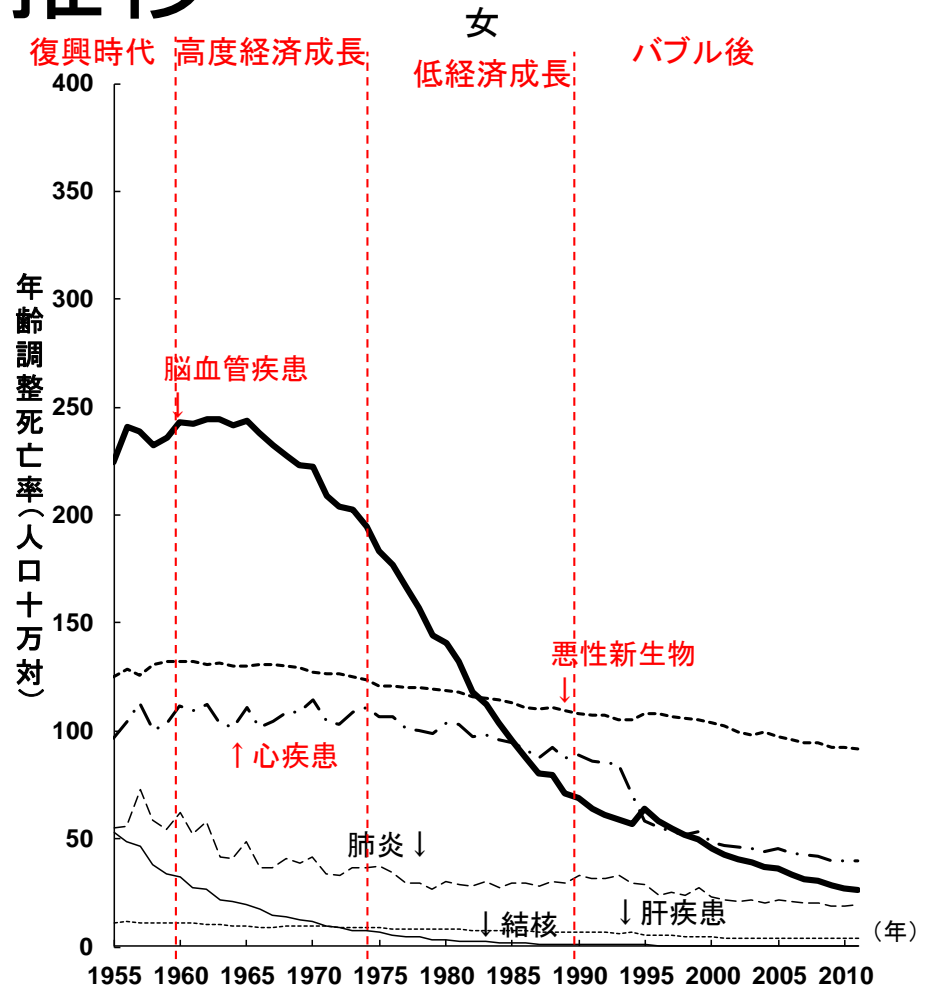
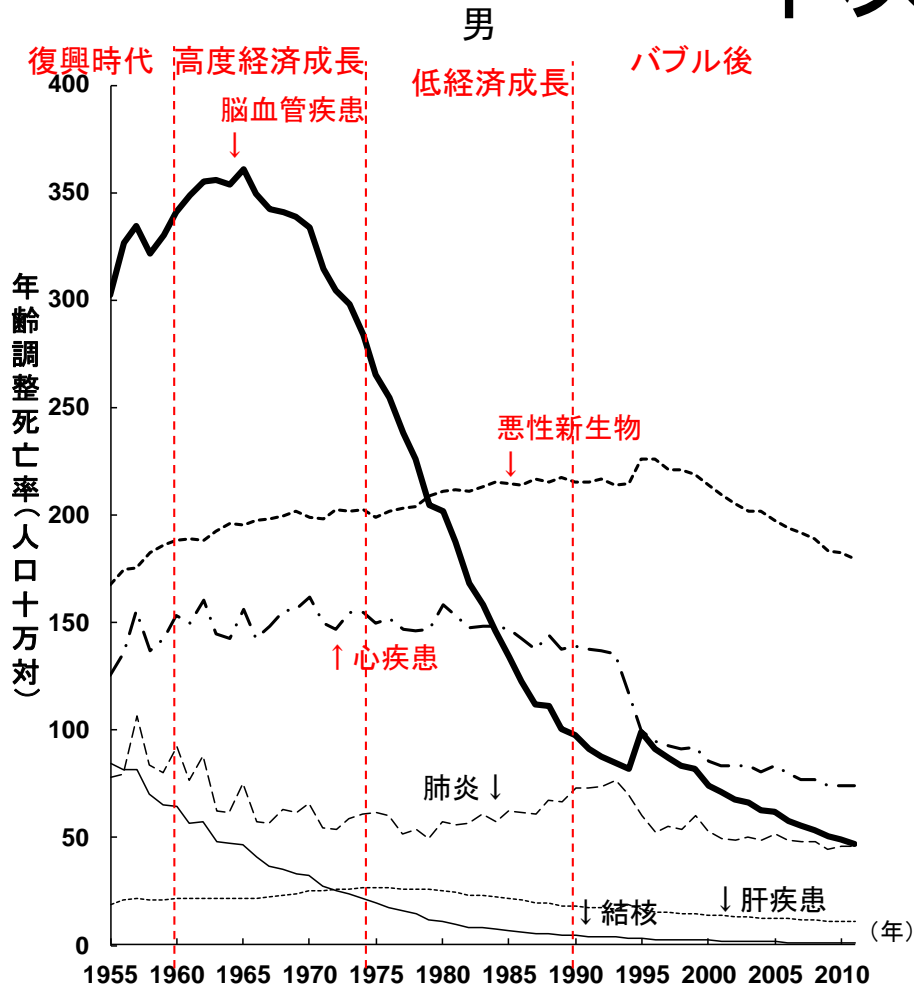
公衆衛生活動

成人病

生活習慣病



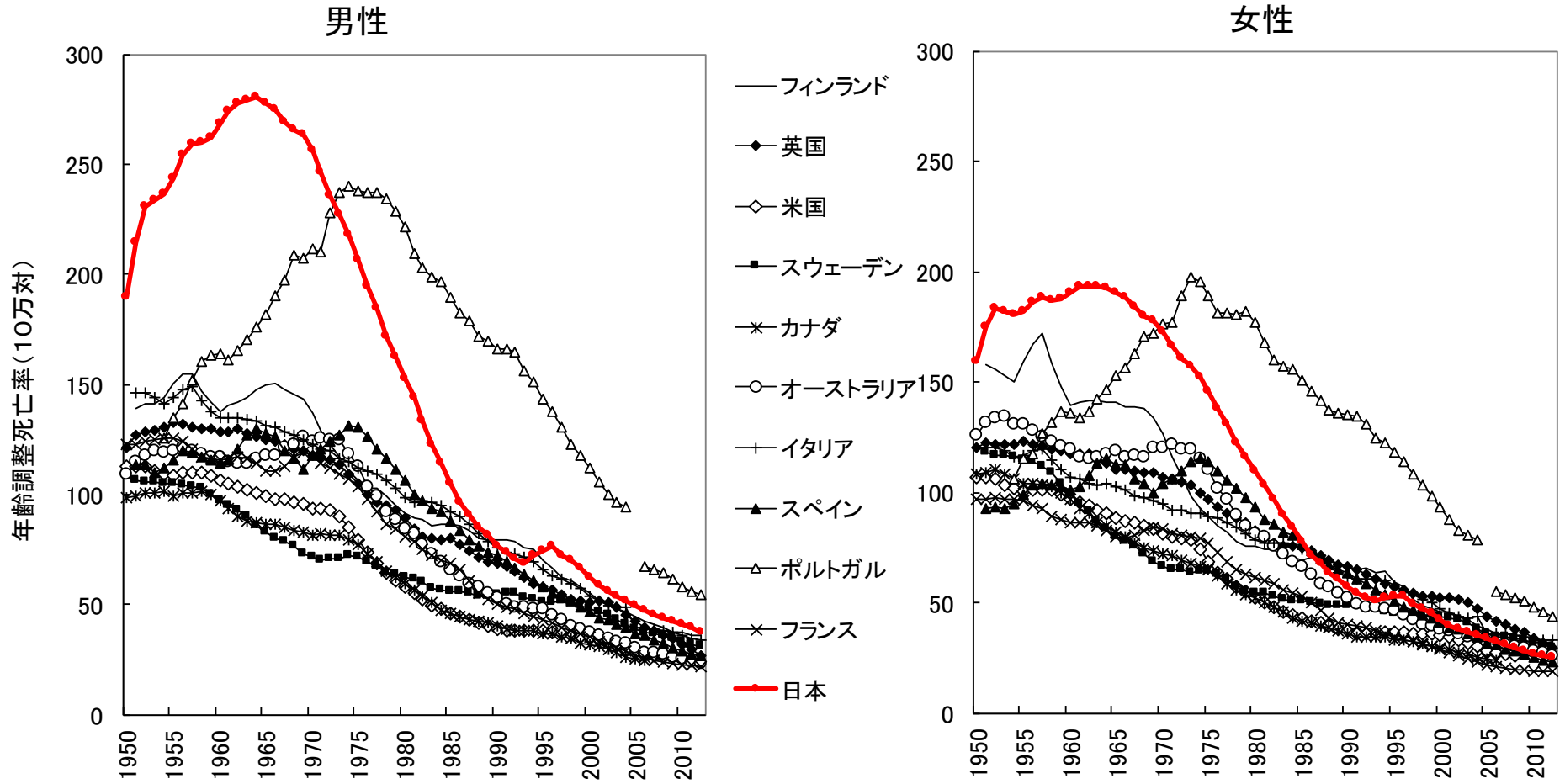
死因別年齡調整死亡率の 年次推移



資料 厚生労働省「人口動態統計」

年齢調整死亡率の基準人口は「昭和60年モデル人口」である。

脳血管疾患年齢調整死亡率の 年次推移(国際比較)

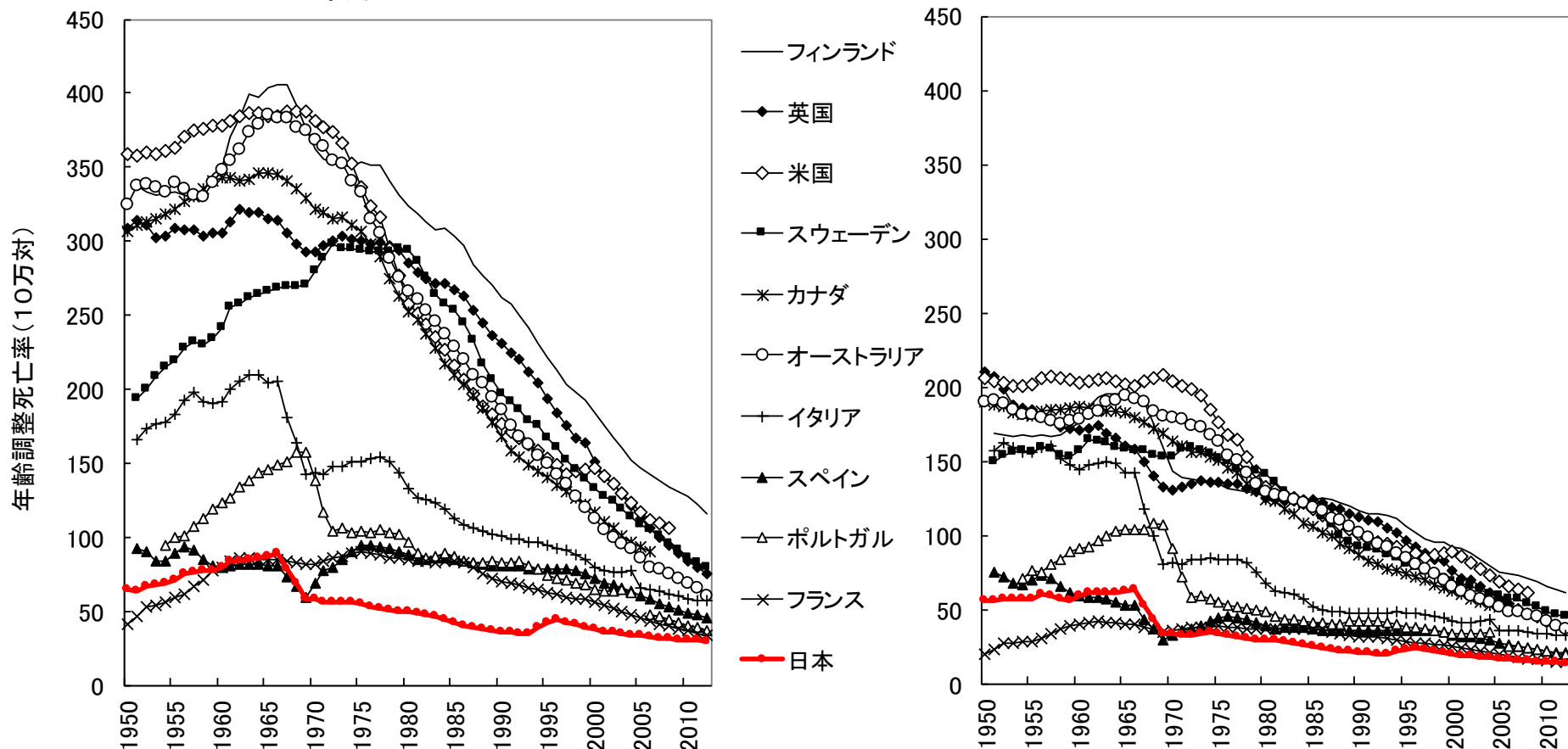


値は3年幅の移動平均。1970年前後と1995年前後の不自然な動きはICDの改定によるものである。
WHO Mortality Databaseより計算。年齢調整の基準人口は、WHO new World Standard Population.

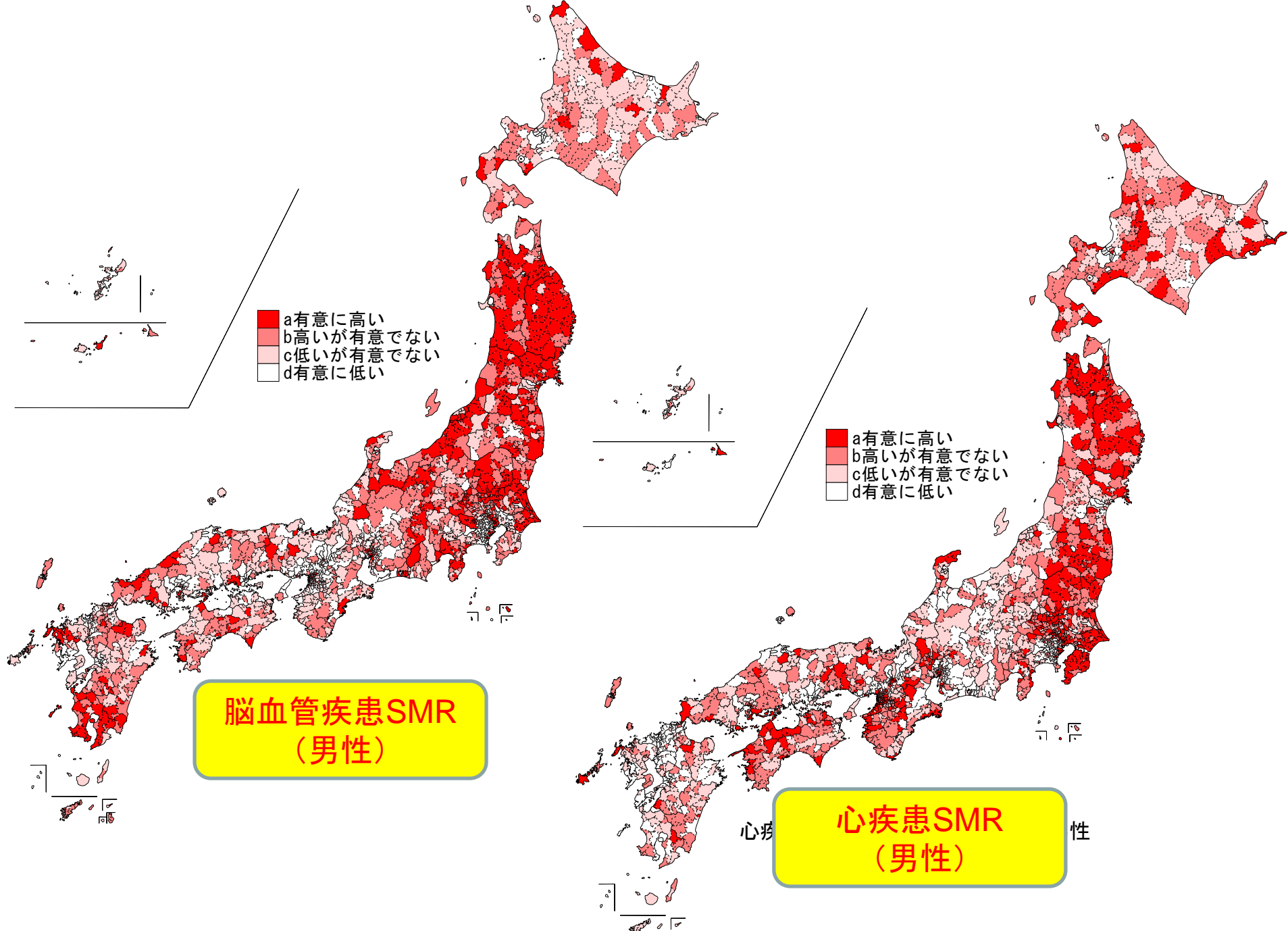
虚血性心疾患年齢調整死亡率の 年次推移(国際比較)

男性

女性



値は3年幅の移動平均。1970年前後と1995年前後の不自然な動きはICDの改定によるものである。
WHO Mortality Databaseより計算。年齢調整の基準人口は、WHO new World Standard Population.



バブル経済崩壊

石油ショック

所得倍増計画

講和条約
サンフランシスコ

敗戦

社会経済状態

1945年

1950

1960

1975

1990

2000

2008

2013年

困窮時代

復興時代

高度経済
成長時代

低経済成長時代
(安定期)

バブル後

データヘルス計画

健康日本21(第二次)

特定健診・特定保健指導

(21世紀の国民健康づくり運動)

健康日本21

(アクティブ80ヘルスプラン)

第2次国民健康作り対策

第1次国民健康作り対策

老人保健対策

難病対策

公害問題対策

農村保健対策

精神衛生対策

大気汚染対策

成人病対策

国民皆保険

都市環境衛生対策

母子保健対策

結核対策

食糧対策

急性伝染病対策

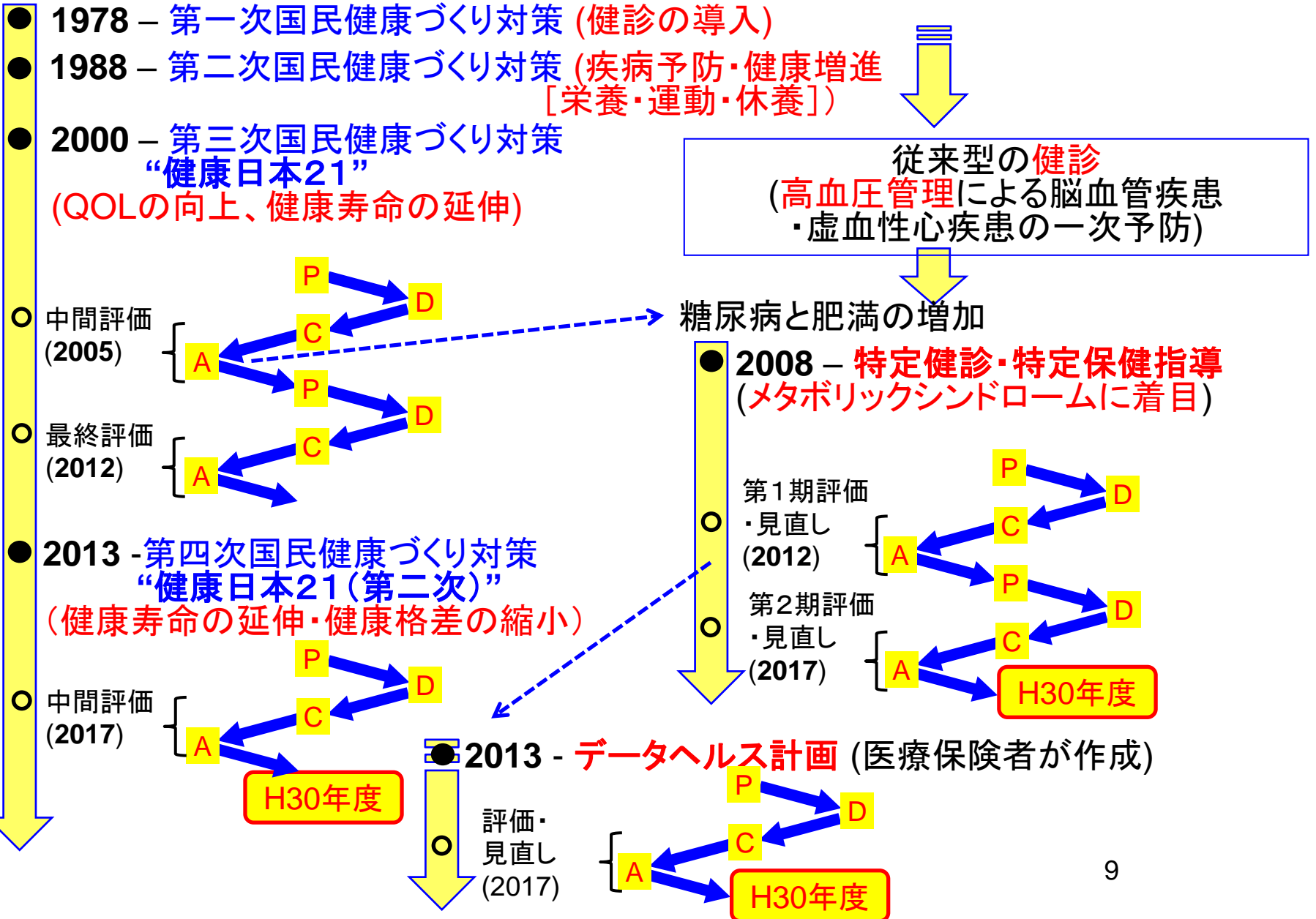
公衆衛生活動

成人病

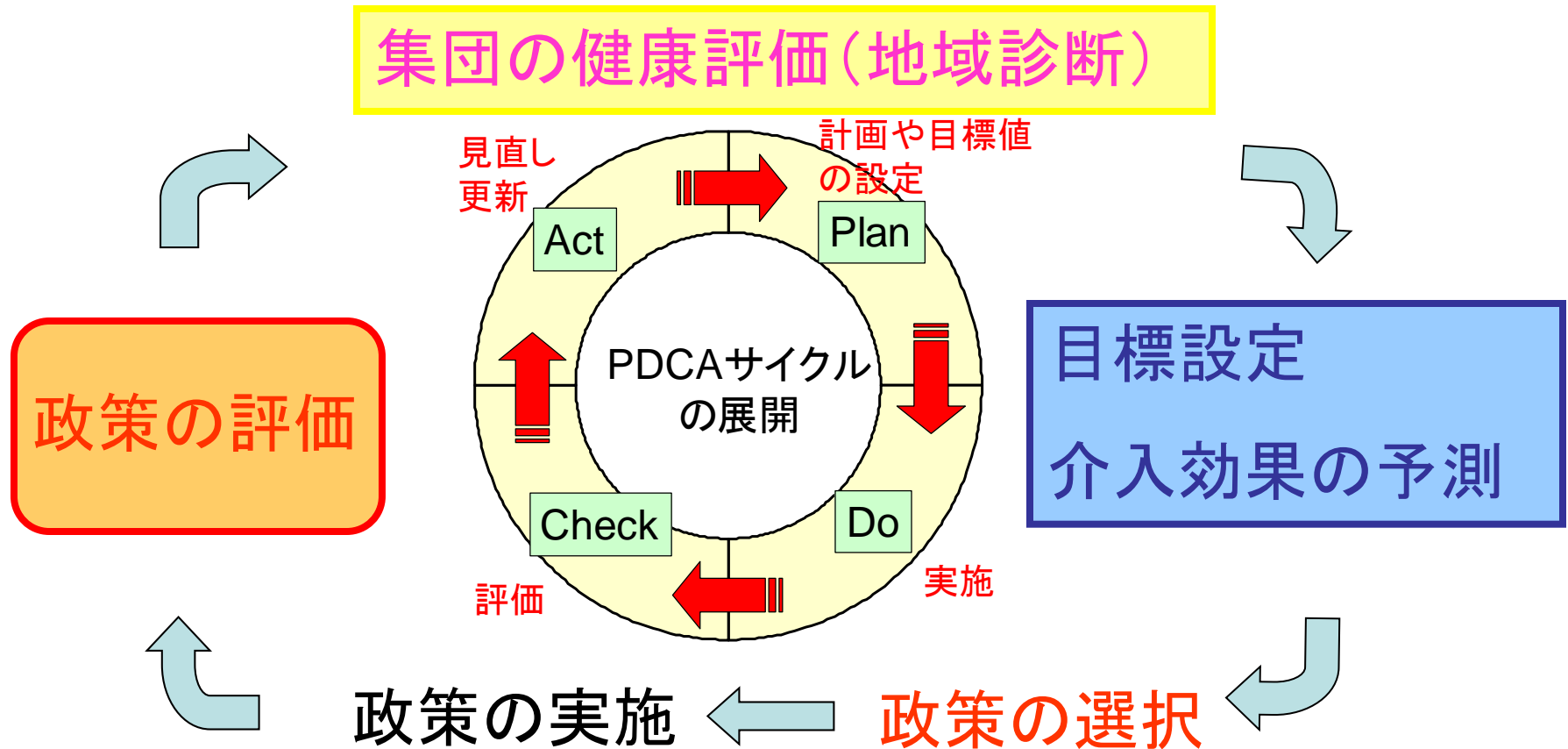
生活習慣病



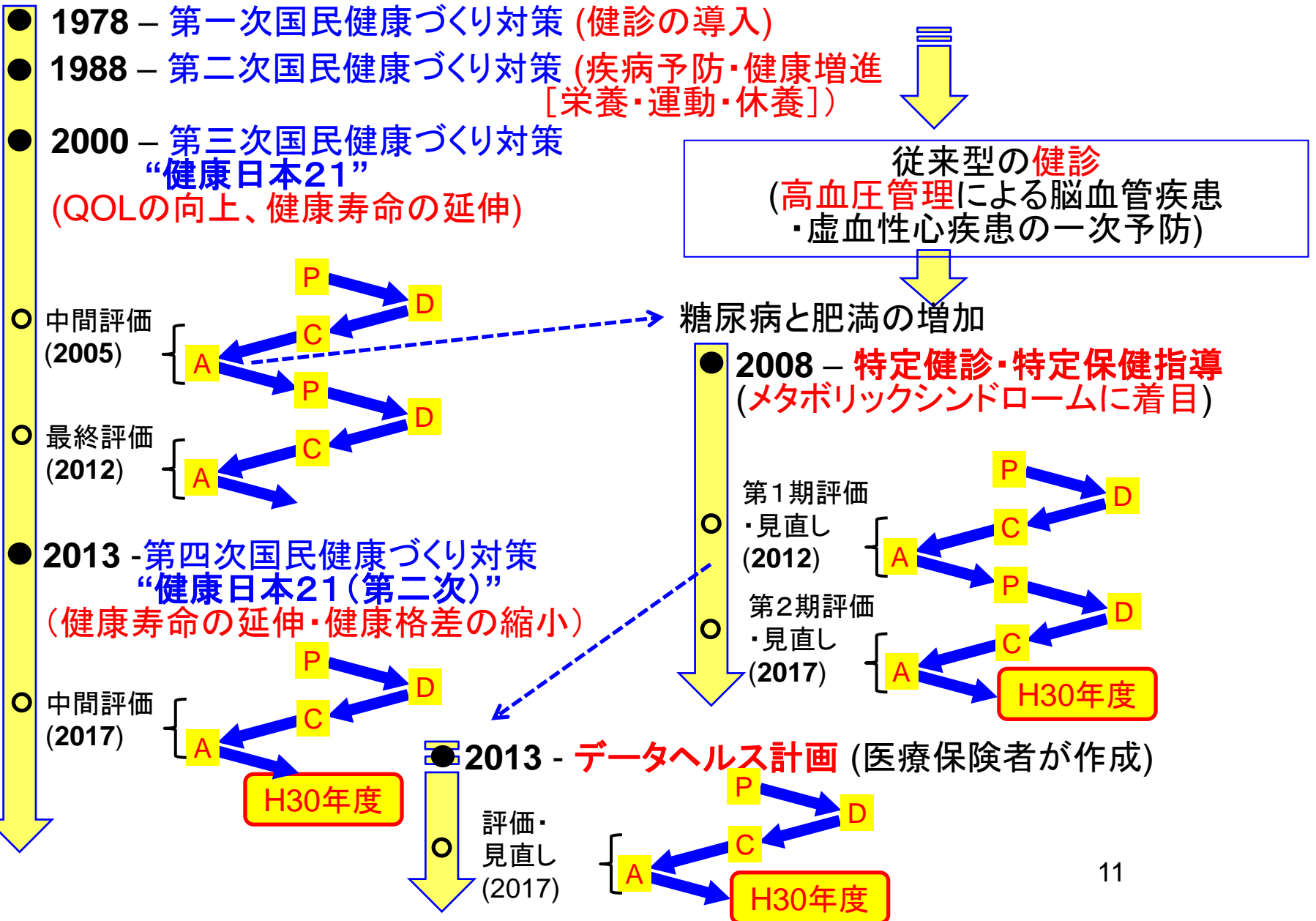
わが国における健康増進施策の流れ



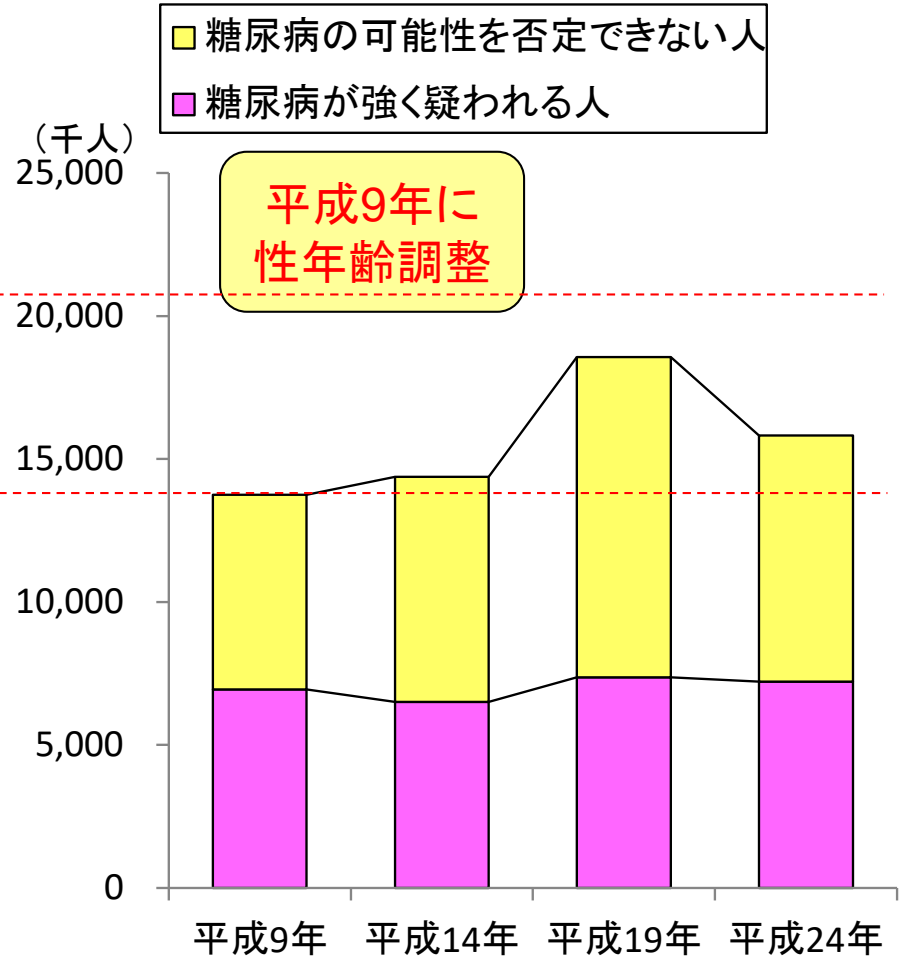
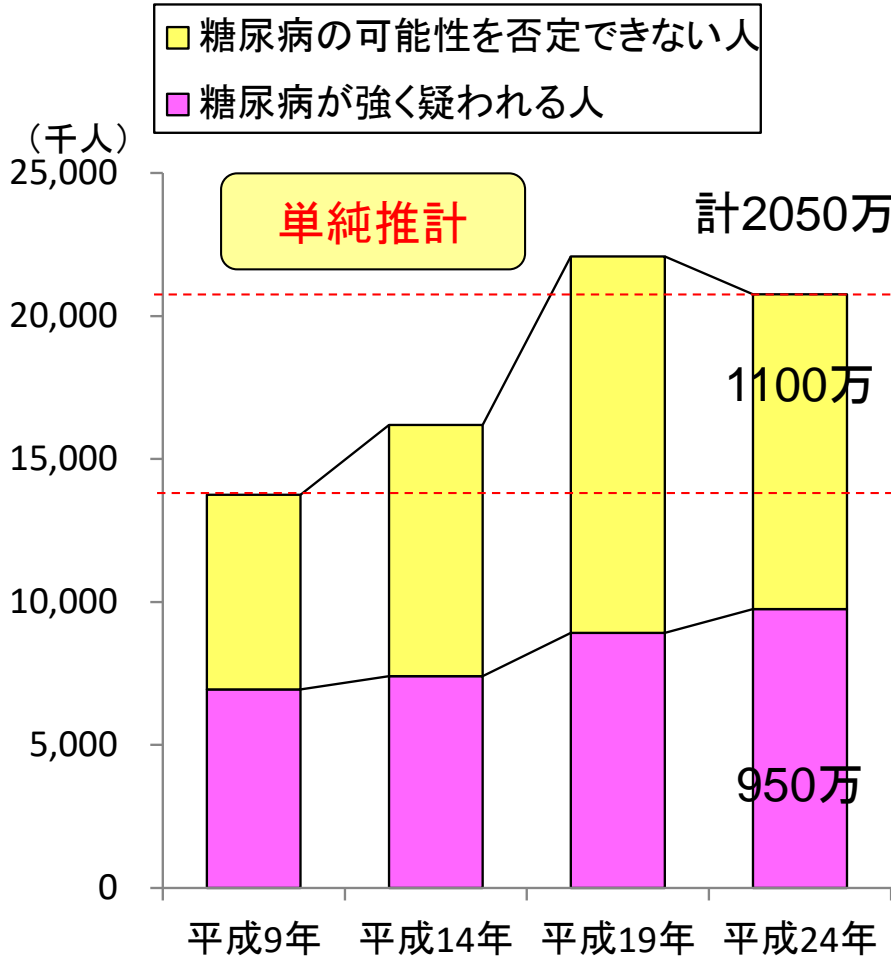
地域診断と健康政策のサイクル



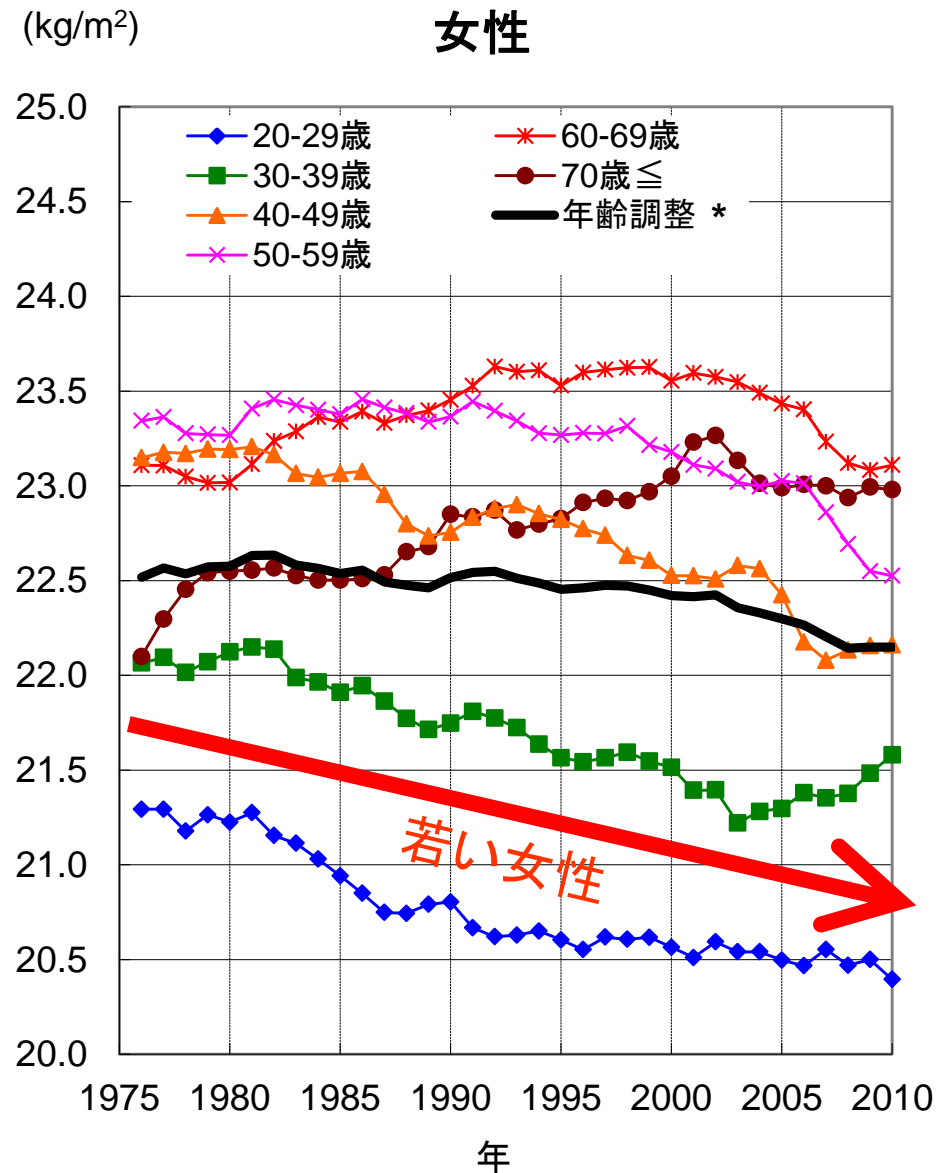
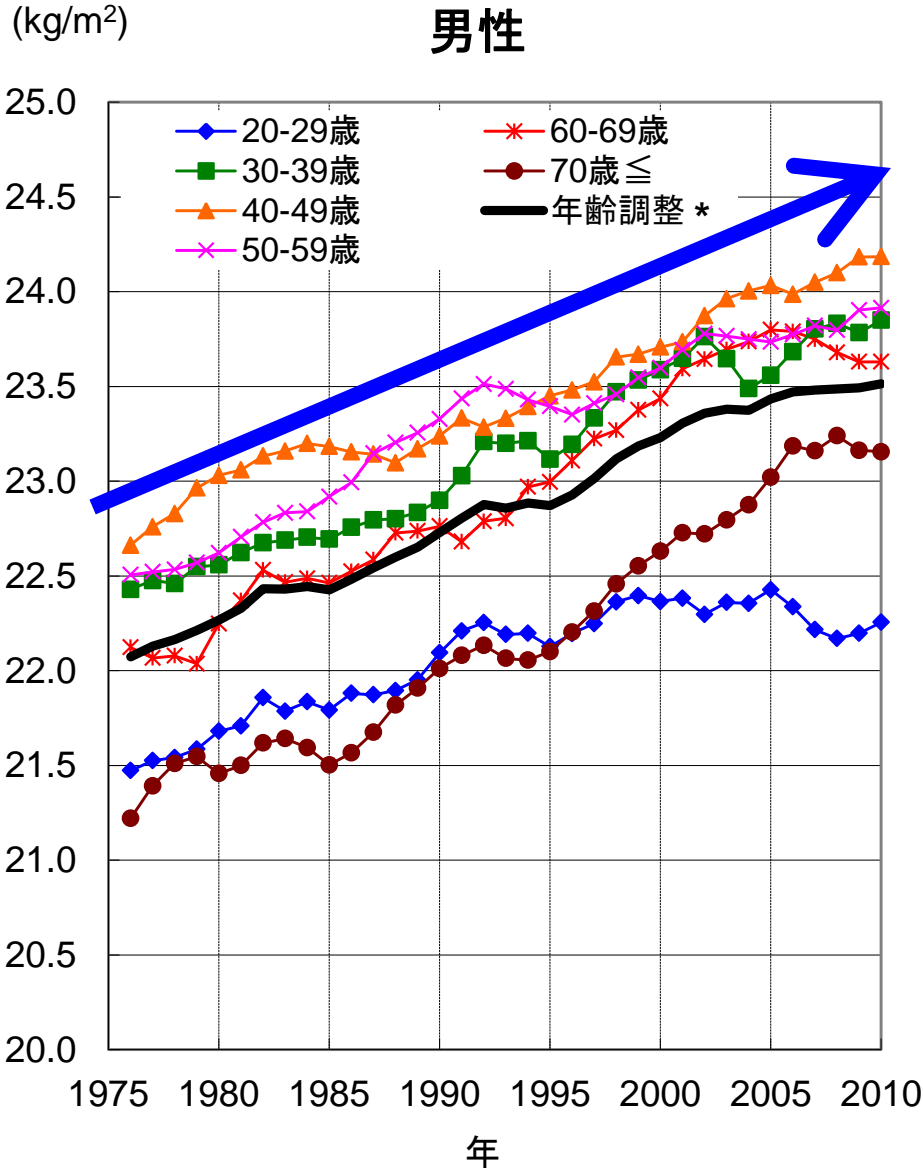
わが国における健康増進施策の流れ



増加する糖尿病（人数）



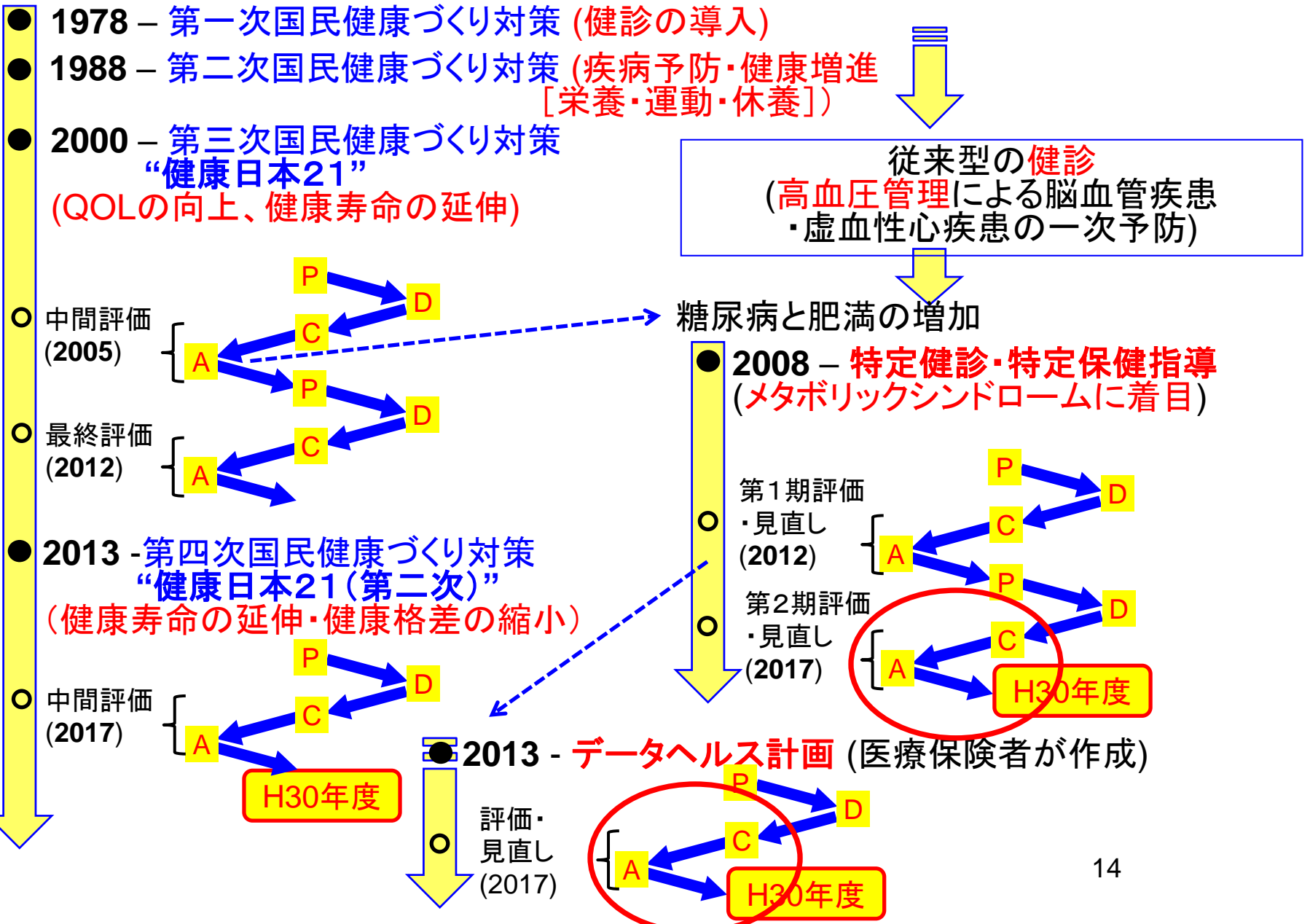
日本人の平均BMIの長期推移



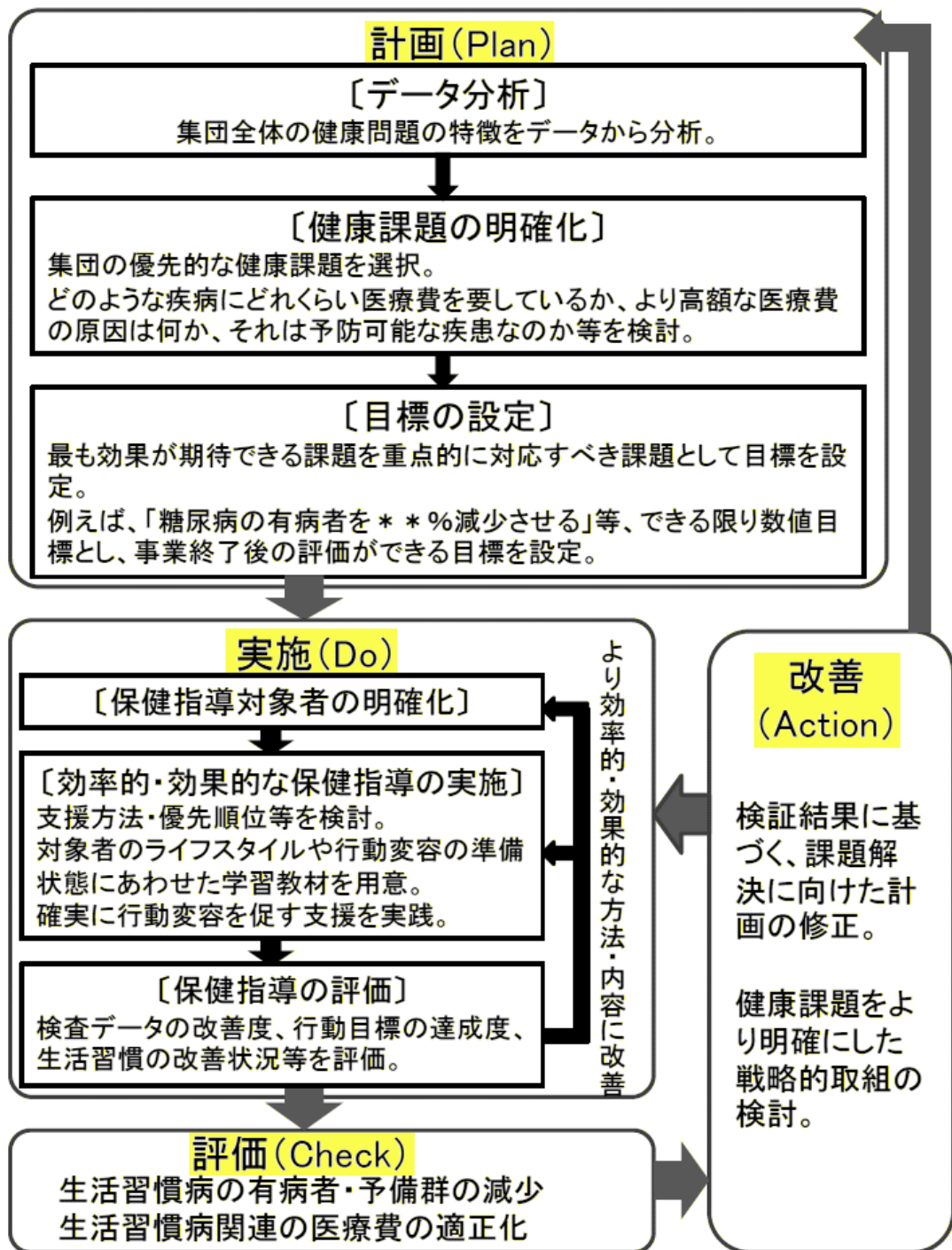
* 2005年国勢調査人口に年齢調整。
 値は3年幅の移動平均(データ:国民健康・栄養調査)

(吉池信男作成、横山徹爾改変)

わが国における健康増進施策の流れ

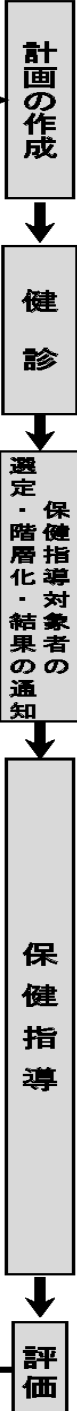


保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル (標準的な健診保健指導プログラム【改訂版】)



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

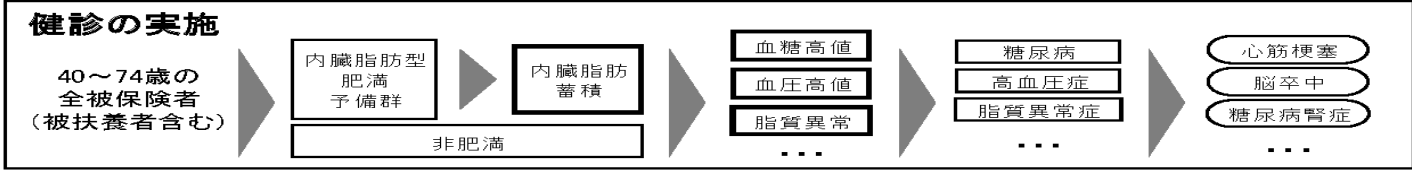
- ・集団の健康実態
- ・男女別年齢別
- ・メタボリックシンドローム

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評価項目を追加

健診・保健指導計画の立案・策定



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

- アウトプット（事）
- アウトカム（結果）

アウトカム、アウトプット、プロセス等の評価

と医療費適正化効果 等

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。

保健活動の評価の観点

- 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

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

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。

データヘルス計画の評価の例

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

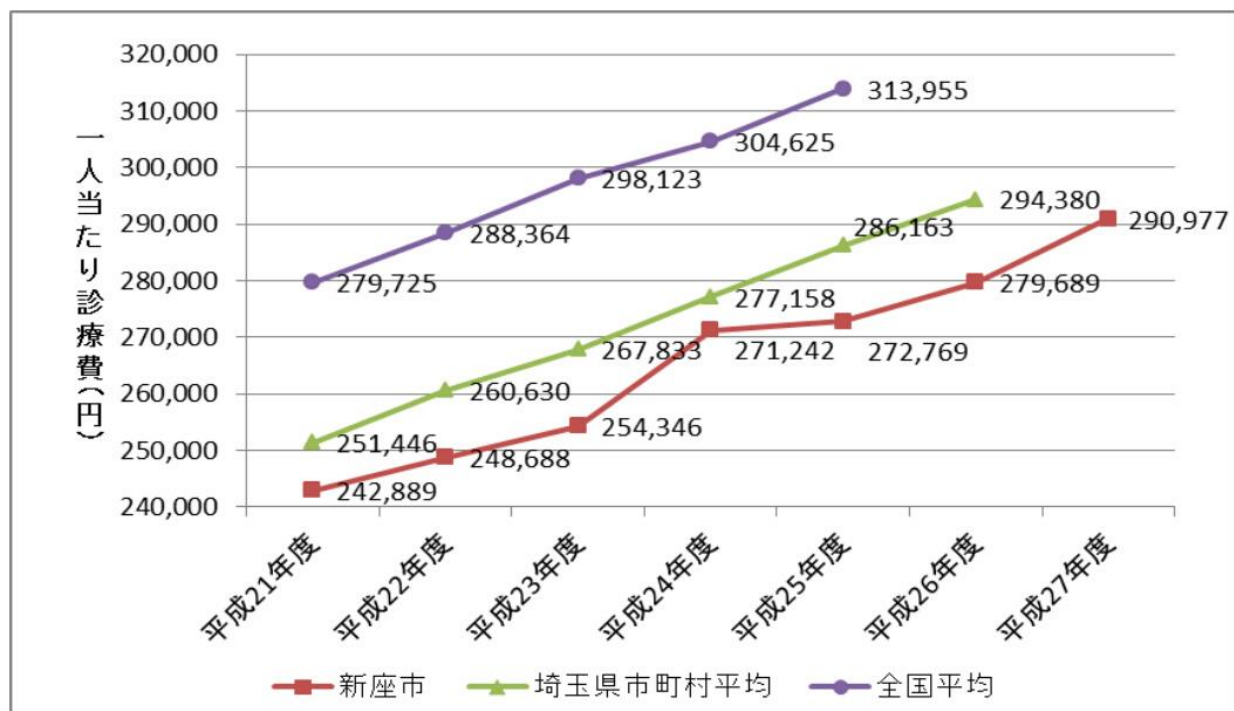
(2) 中長期目標（平成29年度までの目標）

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		



(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 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			
	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

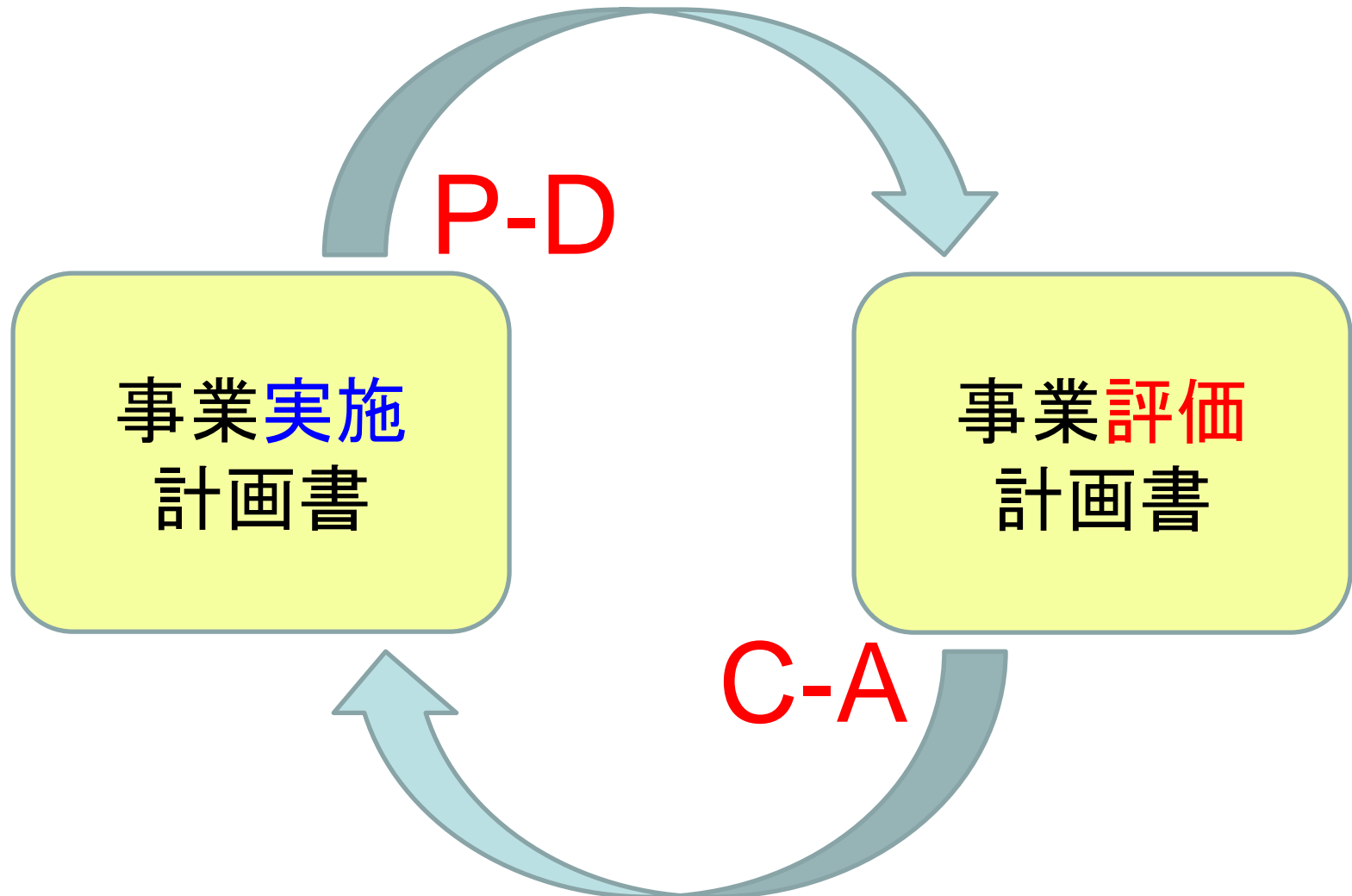
ヤ		入できたか。		職員に聞き取り(事後事例検討時)。		26
---	--	--------	--	-------------------	--	----

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	
プアット	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
プアット	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



最初に作成するのはちょっと大変だが、以後は毎年少しずつ修正するだけ！

(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。

- **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！

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？

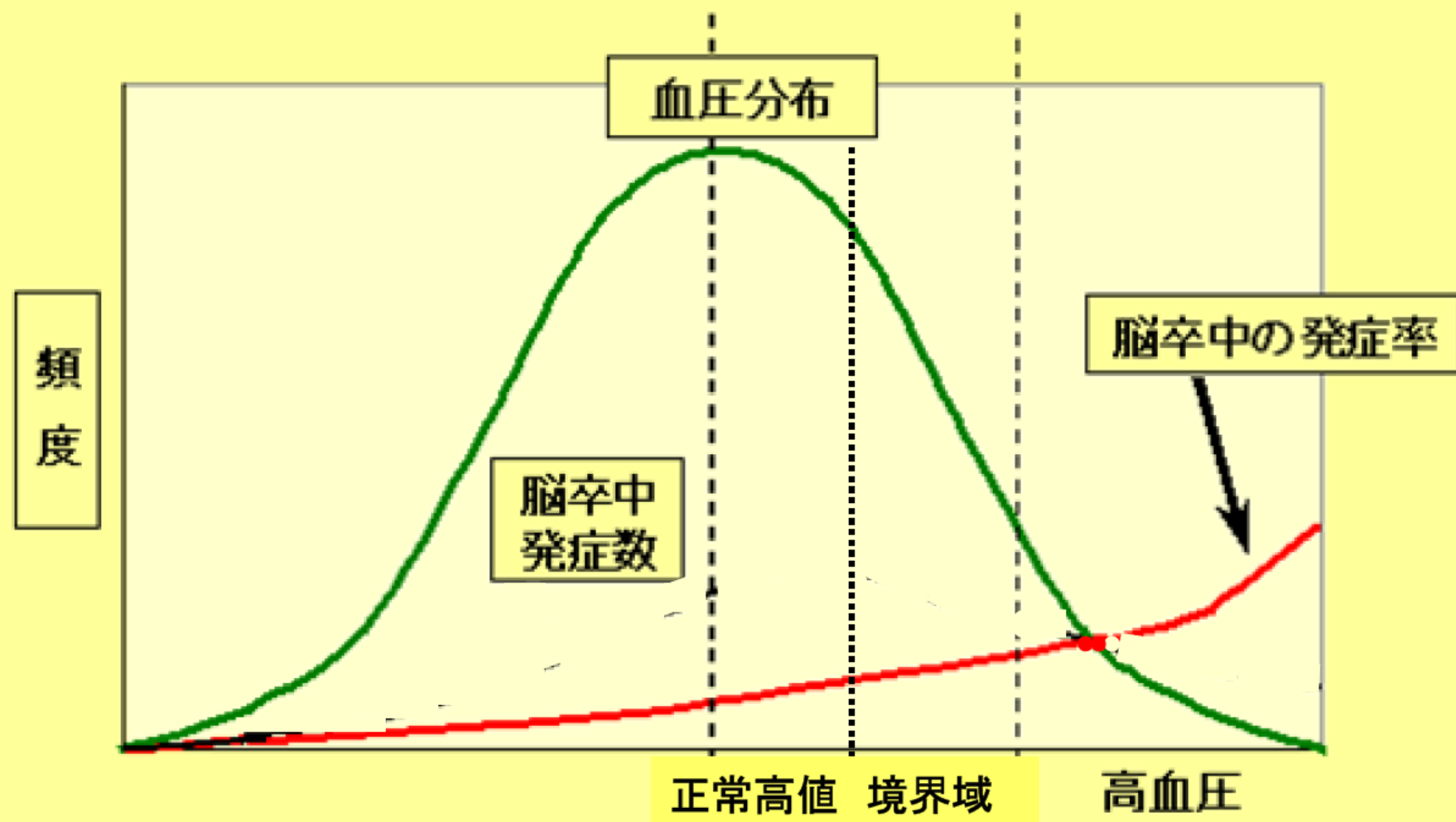


図3-2 危険因子と合併症の発症数

ハイリスク

頻度

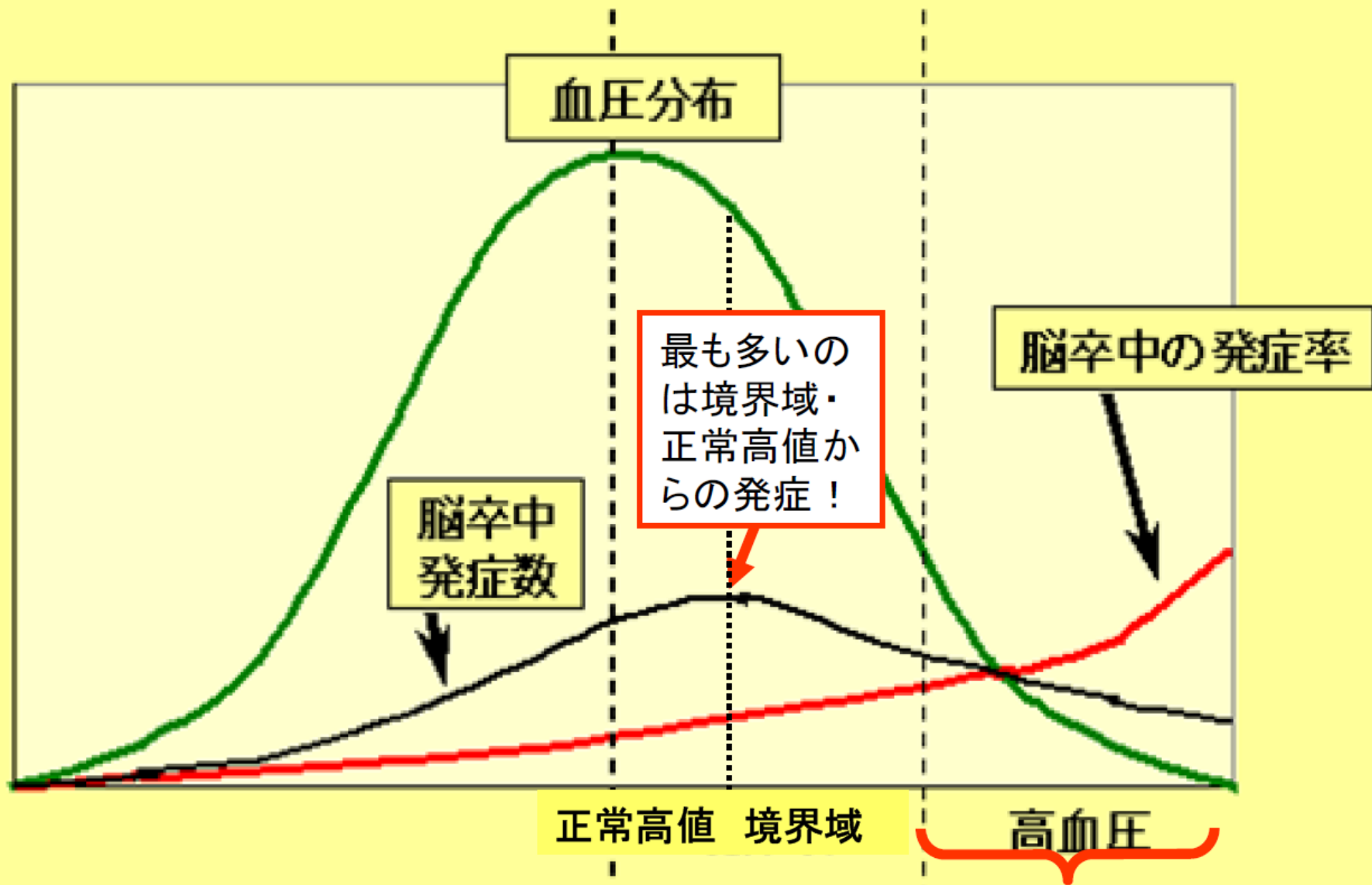
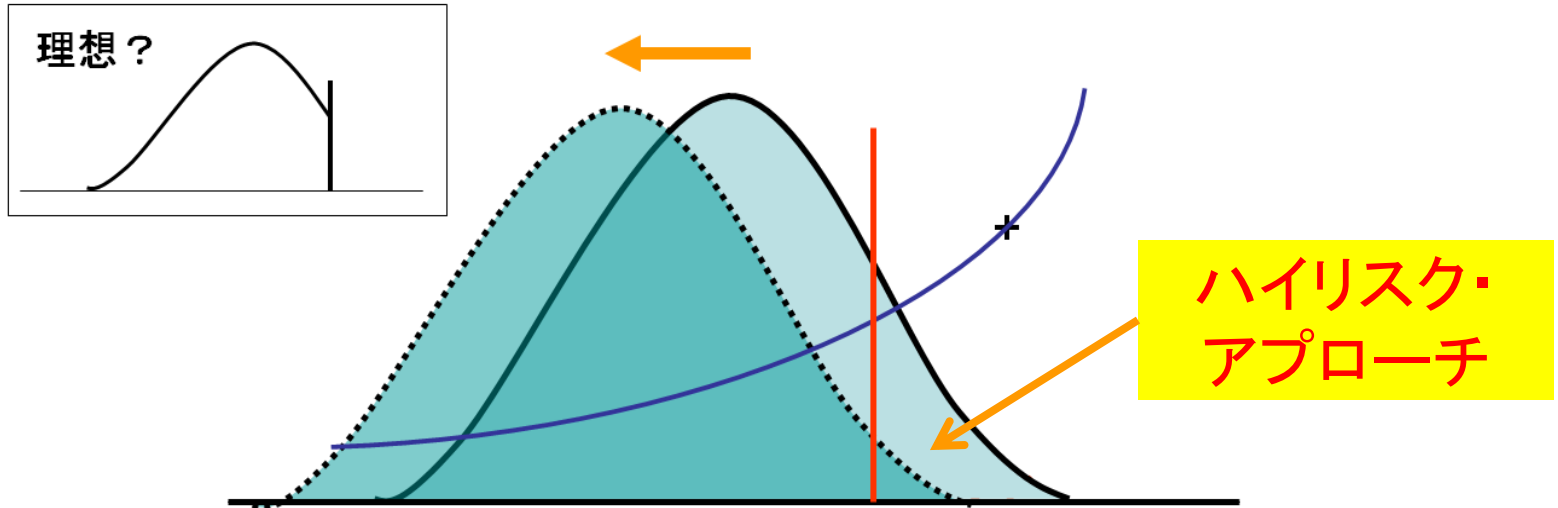


図3-2 危険因子と合併症の発生数

ハイリスク

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



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

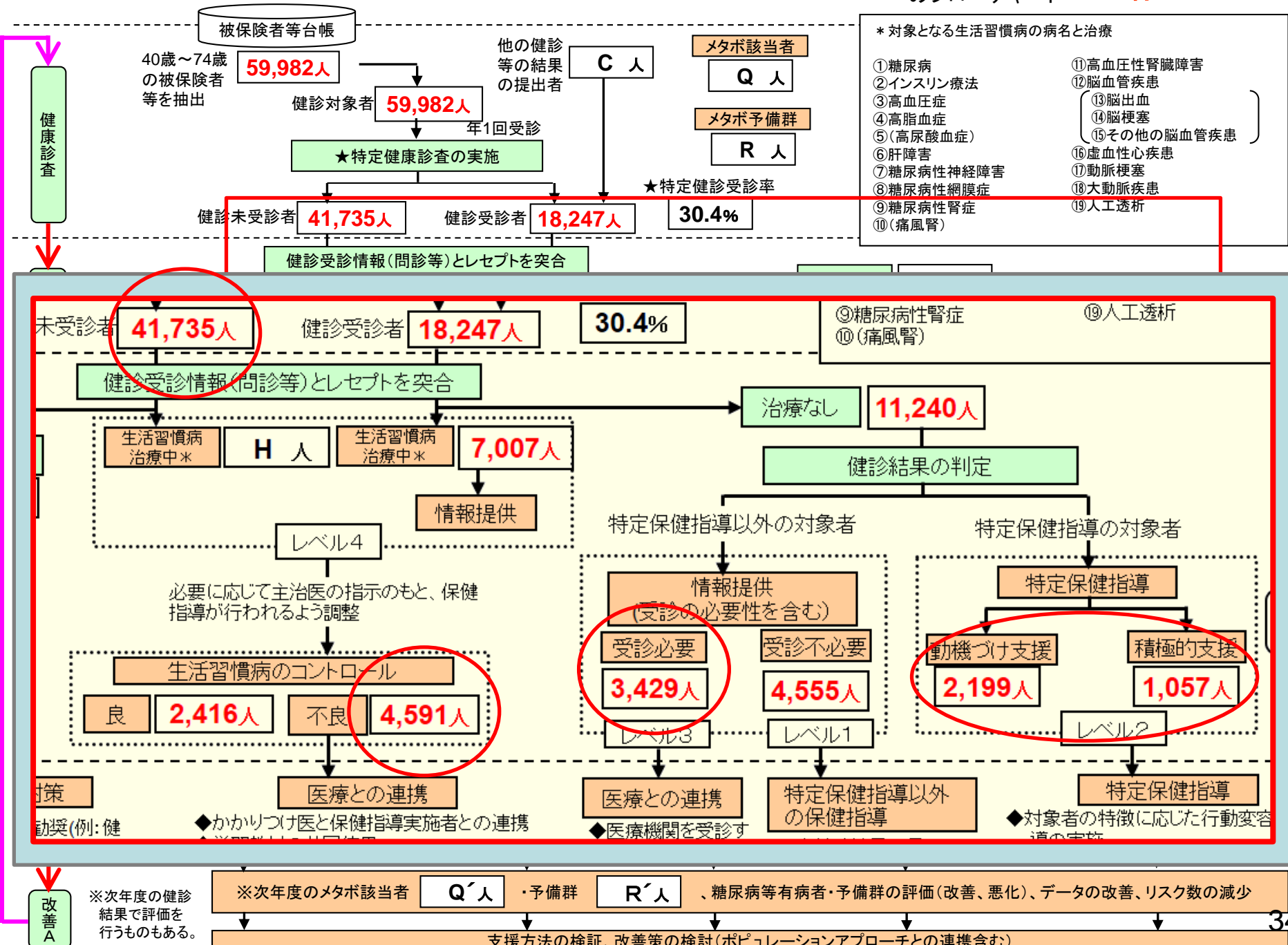
(水嶋春朔: 地域診断のすすめ方: 根拠に基づく生活習慣病対策と評価第2版、医学書院、2006)⁵⁴

人数が多く、リスクが高い階層から、
疾病は多く発生する

糖尿病等の生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

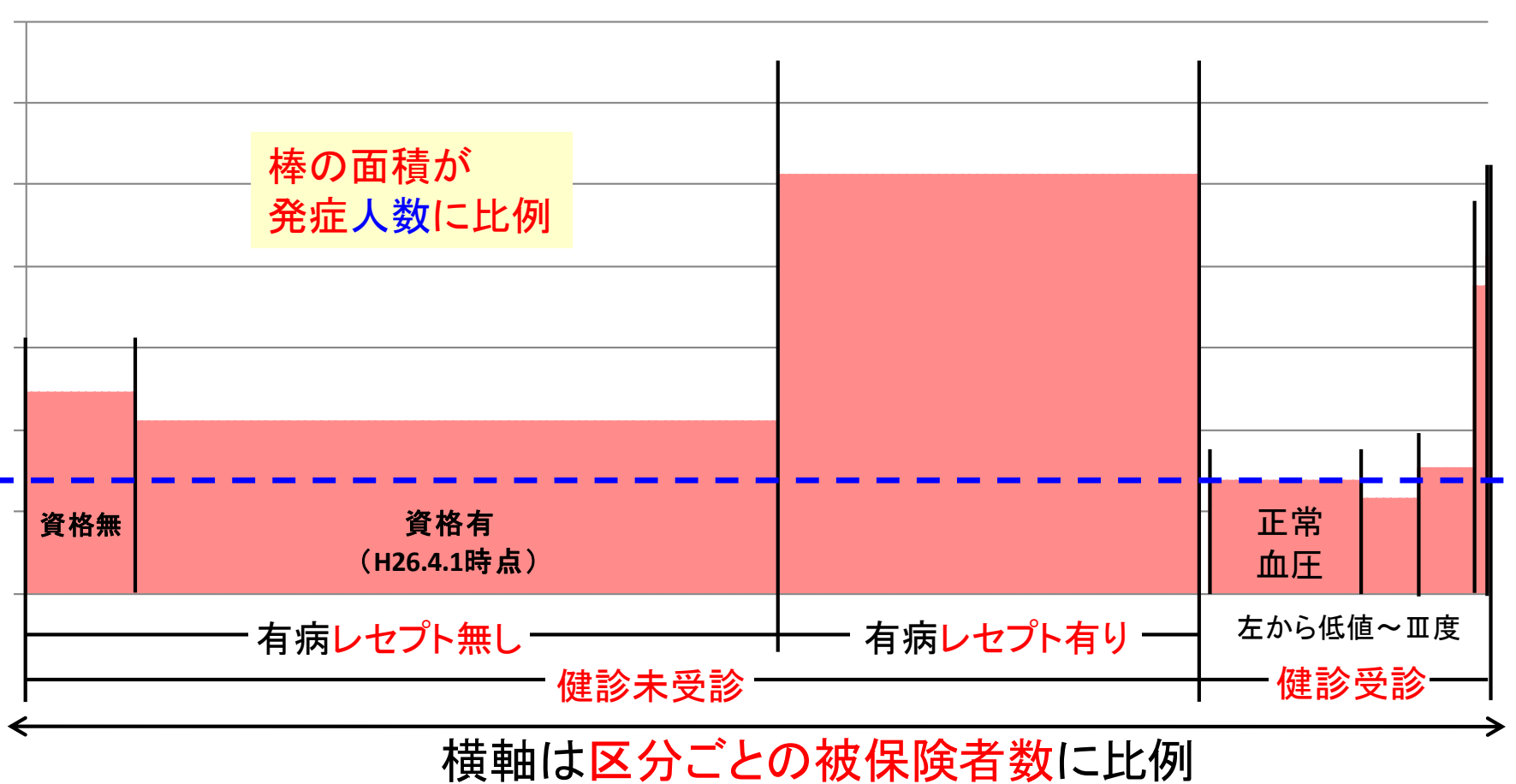
様式6-10



受療状況、健診受診状況、血圧値別にみた 重症疾患発症率 (平成27年度・某国保)

新規人工透析導入者、又は虚血性心疾患、脳出血・脳梗塞
を主病とする費用額50万円以上レセプトのある者

年齢調整
発症率%/年



特定健診

未受診者対策

受診率UP!

医療との連携

医療機関受診勧奨
コントロール不良等

特定保健指導
以外の保健指導

やせの血圧高値等

特定保健指導

階層化

トータルで生活習慣病の減少を目指す

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※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※1、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※2、③メタボリックシンドローム関連の外来受診率※2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、中断者は含めていない）
 - ・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)
 - ・外来受診率・・・(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。

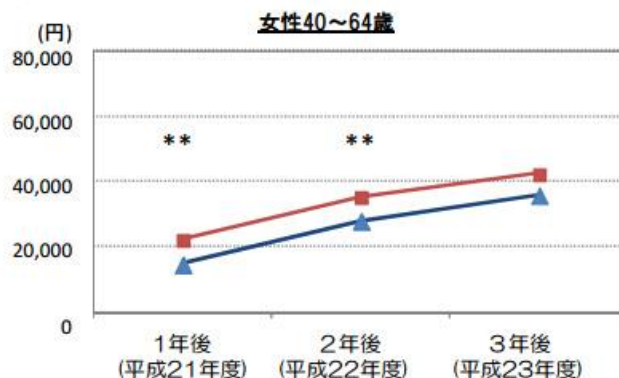
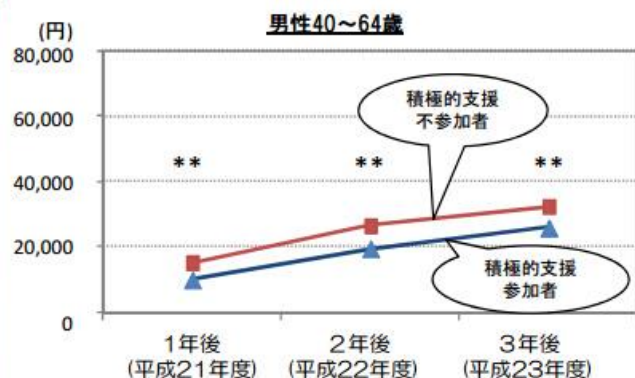
※2 医療費及び受診率の分析は、主なメタボリックシンドローム関連疾患である高血圧症、脂質異常症、糖尿病（3疾患）の「傷病名コード」及び「医薬品コード」をもつレセプトデータのみを対象とした。
ただし、3疾患以外の医療費を除外しきれないため、上記に加えて、特に医療費に大きな影響を与えると考えられる「がん」に関連するレセプトデータは分析から除外した。

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）

*、**・・・統計学的に有意な差



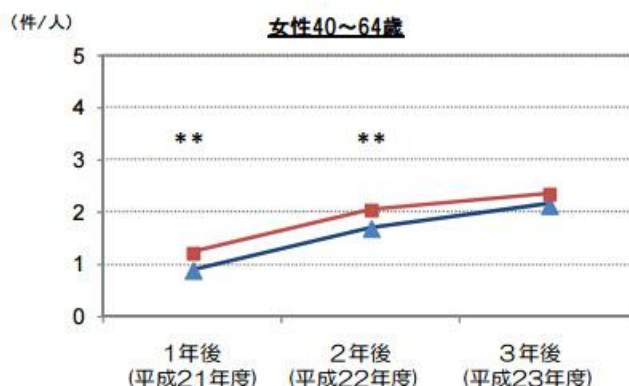
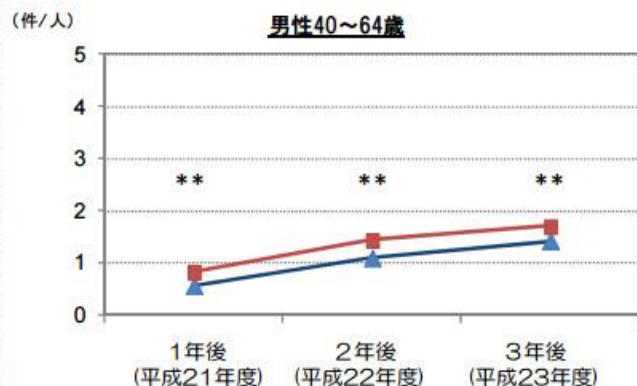
【1人当たり医療費】

参加者と不参加者の差

男性**5,340円**(平成21年度)
7,020円(平成22年度)
6,640円(平成23年度)

女性**7,550円**(平成21年度)
7,270円(平成22年度)
6,390円(平成23年度)

の差異



【外来受診率】

参加者と不参加者の差

男性**0.25件/人**(平成21年度)
0.33件/人(平成22年度)
0.28件/人(平成23年度)

女性**0.33件/人**(平成21年度)
0.35件/人(平成22年度)
0.22件/人(平成23年度)

の差異

*p<0.05 **p<0.01

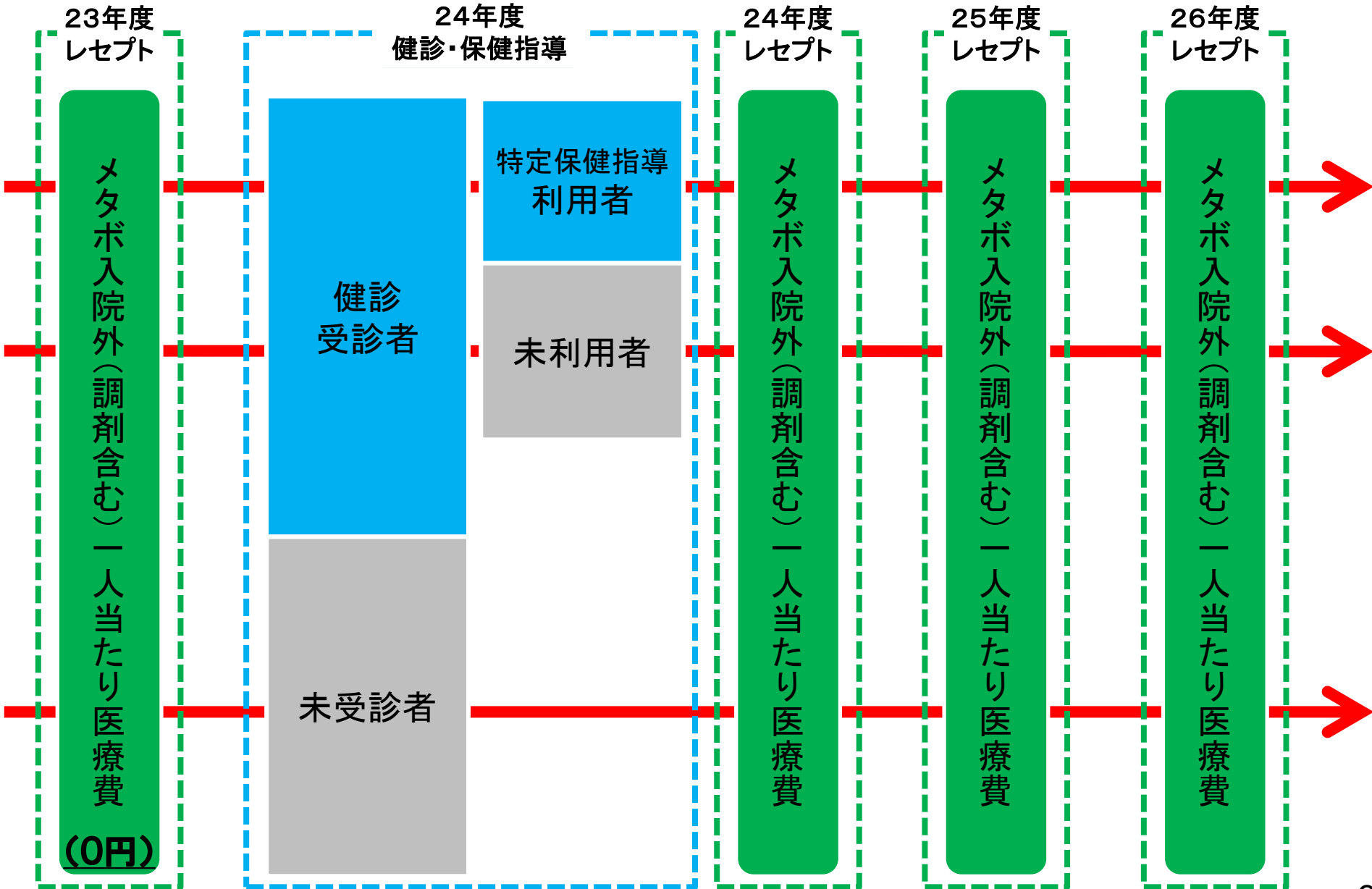
協会けんぽにおける特定健診・保健指導の医療費適正化効果の分析 分析対象者数

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

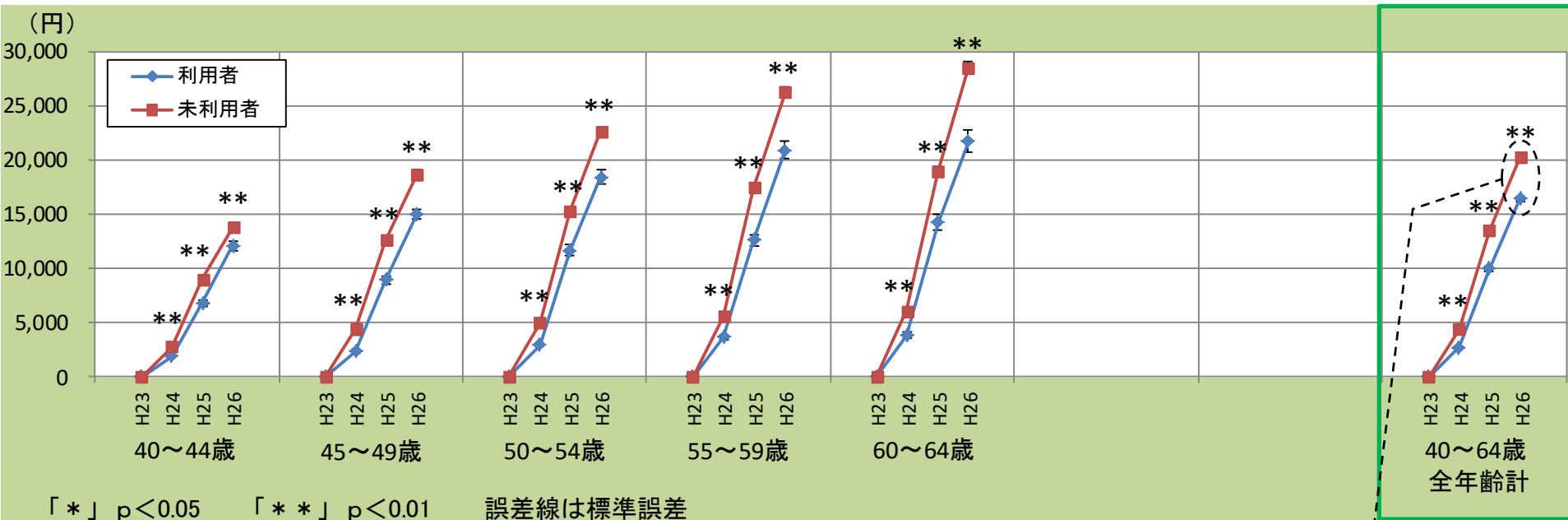
【各群の定義】

- (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

分析イメージ



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。

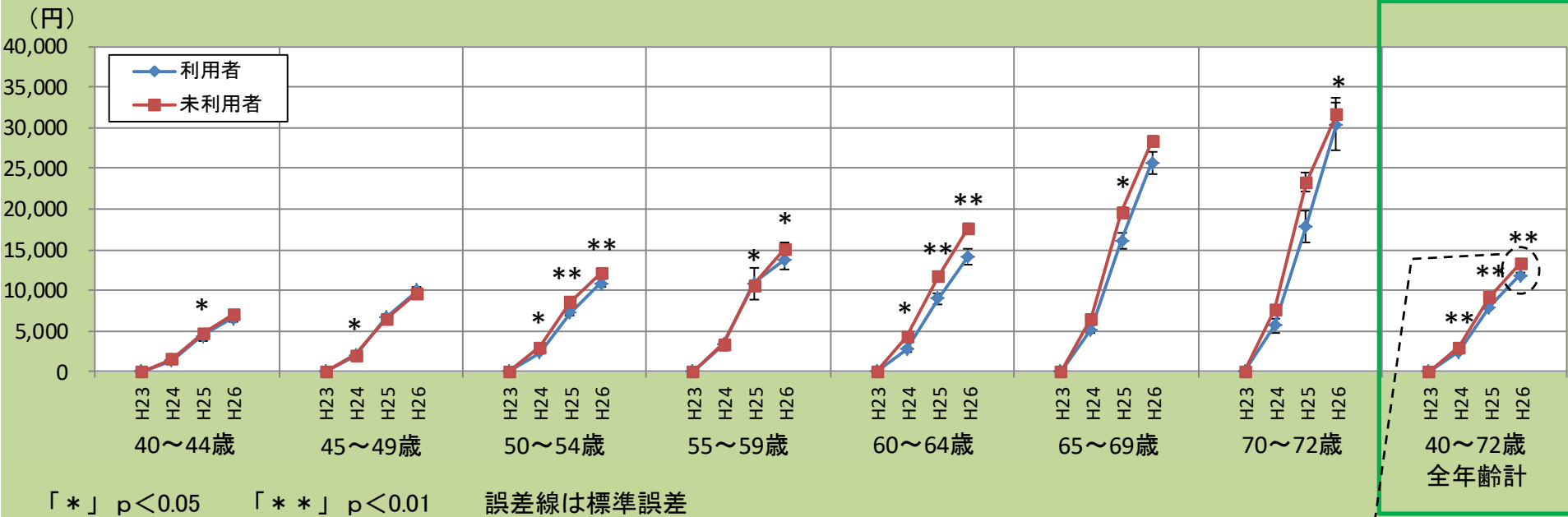
○ WG分析と同様の傾向が見られた。

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

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

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)



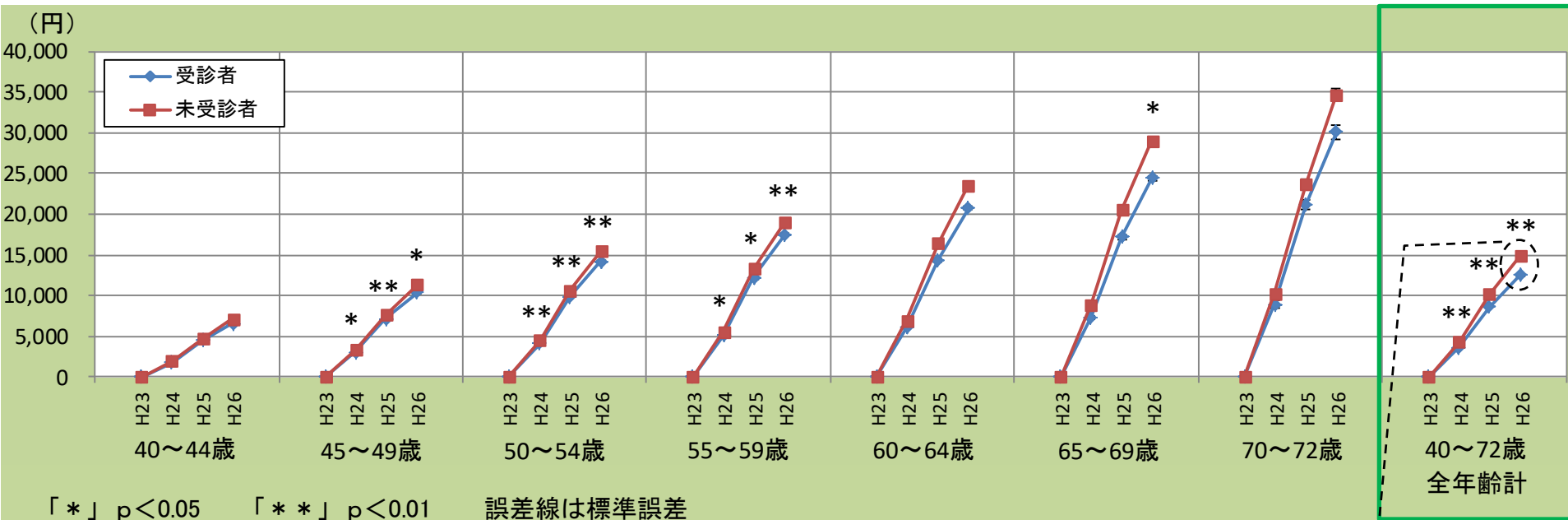
- ほとんどの年齢階級で、未利用者より利用者の方が低く、50~64歳および全年齢計で有意な差が見られた。
- WG分析との比較においては、概ね同様の傾向が見られた。

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) × 1,067(26年度の差) = **約0.4億円**

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。

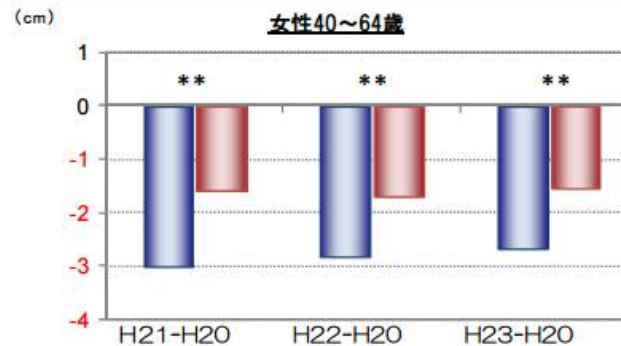
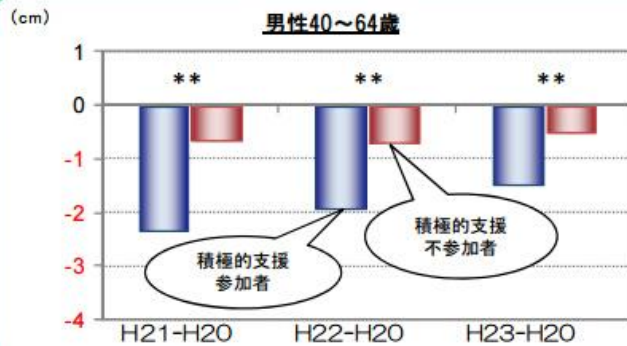
26年度の差は約2,369円で、年齢調整後は約**1,367円**

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。
 ※動機付け支援・・・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付け支援を実施）

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

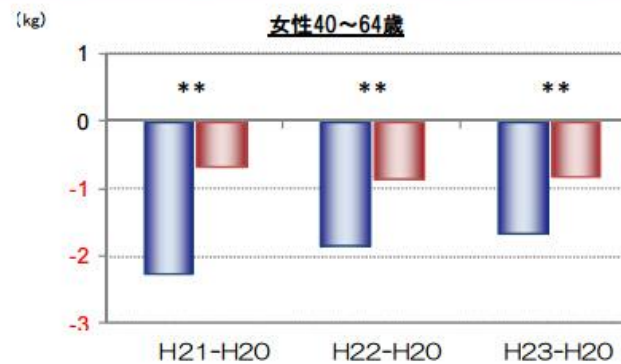
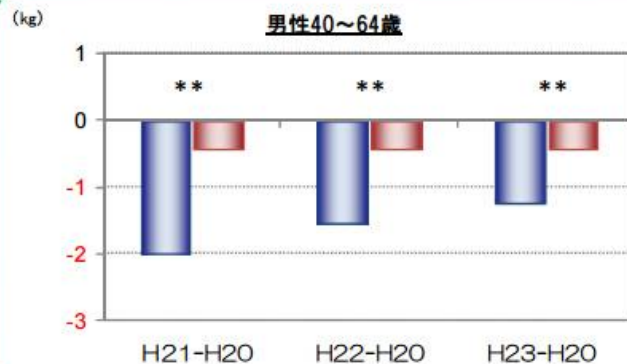


【腹囲】

平成20年度と比べて

男性 -2.34cm(平成21年度)
 -1.92cm(平成22年度)
 -1.48cm(平成23年度)

女性 -2.98cm(平成21年度)
 -2.80cm(平成22年度)
 -2.66cm(平成23年度)



【体重】

平成20年度と比べて

男性 -1.98kg(平成21年度)
 -1.53kg(平成22年度)
 -1.25kg(平成23年度)

女性 -2.25kg(平成21年度)
 -1.83kg(平成22年度)
 -1.65kg(平成23年度)

*p<0.05 **p<0.01

特定保健指導の効果(協会けんぽ)

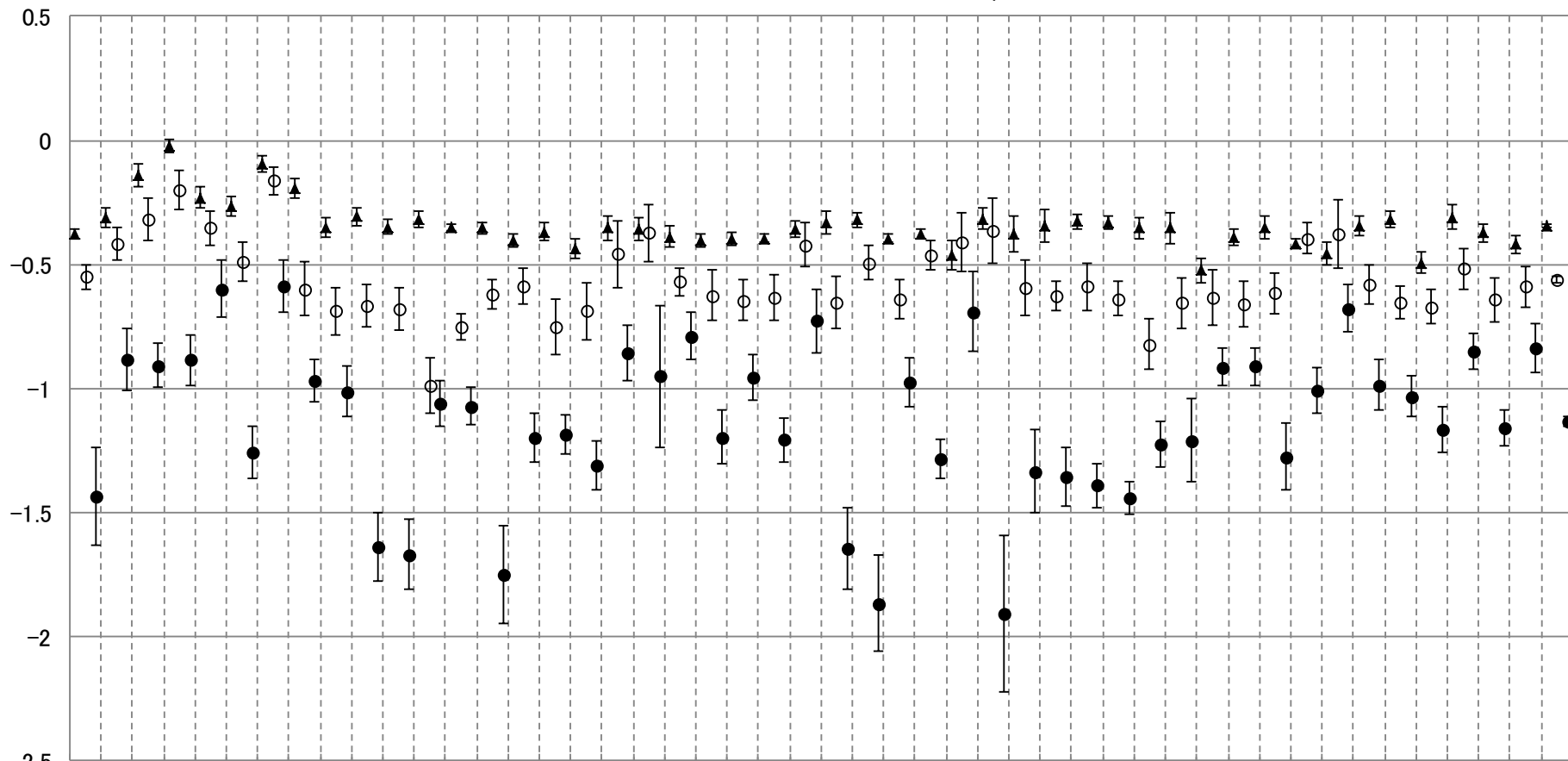
(2011年度保健指導、2011-2012年度の変化)

体重(kg)の年齢調整平均値の変化(男性, 40-64歳)【積極的支援】

(平均)

▲未利用 ○<180 pt. ●≥180 pt.

値は年齢調整平均値±標準誤差

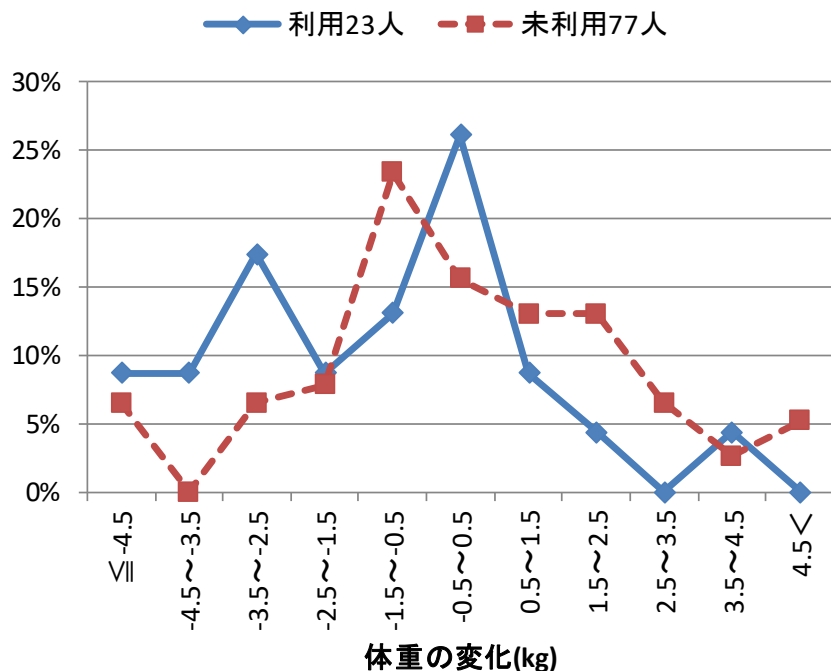


北 青 岩 宮 秋 山 福 茨 栃 群 埼 千 東 神 新 富 石 福 山 長 岐 静 愛 三 滋 京 大 兵 奈 和 鳥 島 岡 広 山 徳 香 愛 高 福 佐 長 熊 大 宮 鹿 沖 全
海 森 手 城 田 形 島 城 木 馬 玉 葉 京 奈 湊 山 川 井 梨 野 阜 岡 知 重 賀 都 阪 庫 良 歌 取 根 山 島 口 島 川 媛 知 岡 賀 崎 本 分 崎 児 縄 国
道 川

全国健康保険協会 特定健診・特定保健指導 (支部)
データ分析報告書 2011~2012年度 【支部別集計】

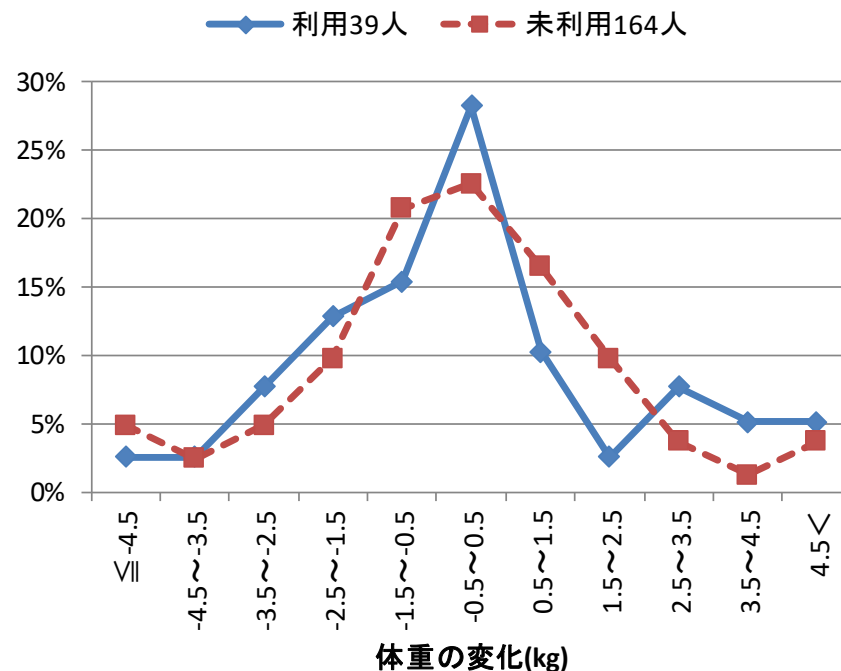
アウトカム評価の例

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/>

データ活用マニュアル・教材等を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

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



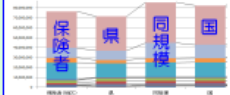
人材育成プログラム 実践ガイド

【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）

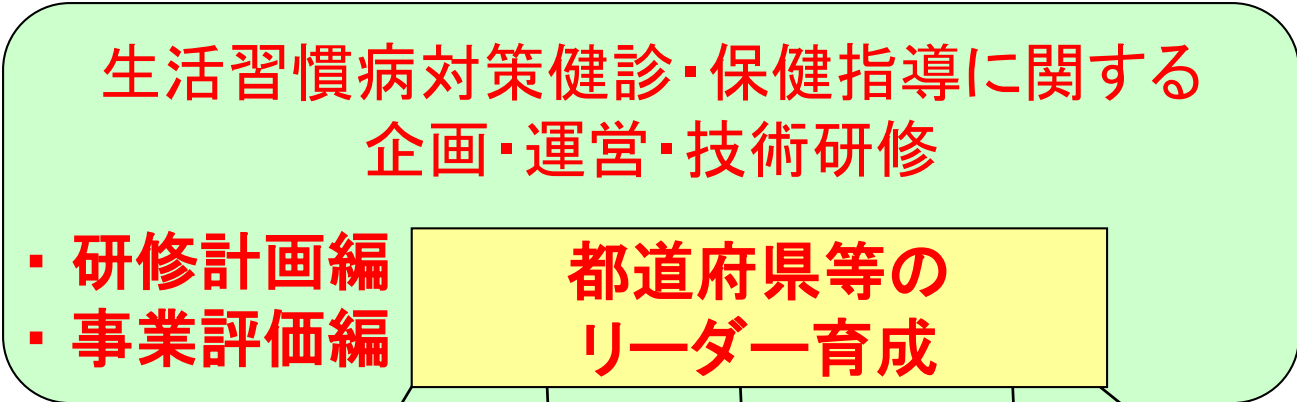


関連する国立保健医療科学院の短期研修

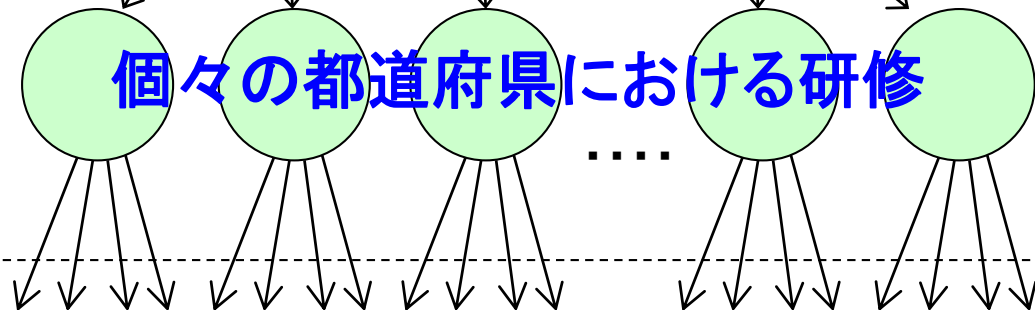
- 生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(研修計画編)(事業評価編)
 - 特定健診・特定保健指導に関する研修計画、事業評価支援ができる実践能力の習得を図ります。
- 健康・栄養調査の企画・運営・評価に関する研修
 - 健康増進計画等に関連して、健康・栄養調査及び他の既存調査統計データと合わせて活用し、施策提言ができる能力を修得することを目的とします。

特定健診・保健指導における人材育成の体制

国
(国立保健
医療科学院)



都道府県・
国保連合会等



市町村等
(各医療保険者)



保健医療データ分析専攻科(平成29年度新設)

【目的】

- 効率的・効果的な保健事業の実施に必要な、**健診・レセプト情報・疫学調査・公的調査統計等のデータの加工・集計・分析**の技能を習得する。

【到達目標】

- 1) **健康施策におけるデータ活用**の概要が説明できる。
- 2) **大規模データの加工・集計**ができる。
- 3) **最適な統計解析**の方法を選択できる。
- 4) **最適な統計解析**を行い、**結果を正しく解釈し、図表で見える化**できる。
- 5) **公的調査統計データ**を**2次加工**して利用できる。
- 6) **データヘルス計画等の作成・評価**のために、**健診・レセプト等のデータ分析**を行うことができる。

【対象】 国、地方公共団体、医療保険者(これらを支援する研究機関や国保連合会等を含む)において、**健診・保健指導・レセプト・公的調査統計等のデータの分析に従事する者。**

【期間】 29/ 7/ 3 (月)～12/15 (金)、うち**集合研修15日間**(7/ 3 ～7/21、12/15)

【受講料】 無料

案内チラシをご覧ください