

平成27年度 厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業

データの「見方」は「味方」

みかた

みかた

—データを活用した保健活動の展開—



平成28年3月



公益社団法人 **日本看護協会**
Japanese Nursing Association

データの
「見方」は「味方」
みかた

—データを活用した保健活動の展開—

はじめに

政府は、成長戦略「日本再興戦略」の中で「健康寿命の延伸」を重要施策として掲げています。また、経済財政運営指針では「健康・医療戦略」も決定され、医療保険者による保健・医療情報の分析に基づいた効果的な生活習慣病予防のための保健事業を求めています。要するに、疾病の“予防”に関心をおき、治療によって生きがいややりがい(QOL)が阻まれることがないよう、そして医療費がかかる手前で未然に対応できるような方向性に舵を切ったということです。

その一環として、特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者に特定健診の問診や結果データ、レセプトデータなどを分析し、年代、性別、業種別に保険加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業を実施するためのデータヘルス計画を作成することとしています。この数年で、その分析のベースとなるNDB(レセプト情報・特定健診等データベース)やKDB(国保データベース)などが整備されてきていることも奏功し、各保険者によるデータヘルス計画策定と計画に基づいた活動は動き出しています。

一方、これらの活動は、従来は、がん検診と同様に、主に市町村の保健衛生部門が保健サービスとして行っていたことであり、ポピュレーションアプローチによる受診行動を促す方略や結果指導の質の担保、地域住民との協働による健康づくりなど、これまでのノウハウを活かせる可能性が保健衛生部門にはあります。一部ではありますが、保健衛生部門が、国保部門と密に連携しながら、データに基づいて緻密かつダイナミックな活動を始めている自治体もあります。協会けんぽと市町村国保とが、互いに持つ情報から明らかとなった健康課題を共有し、地域住民のセルフケア能力向上に向けて、“家族の健康”として捉えられるように工夫し、健康づくりへの啓発をしている取組みもあります。

そこで、データヘルス計画を例に、他の計画策定にも活かすことができることを意図した研修プログラムを開発し、本書を作成しました。

国民一人ひとりが、自分の健康に関心を寄せ、自らの人生をより豊かに、よりいきいきと送ることを支援する取組みの一環として、各保険者のみならず自治体の参考となれば幸いです。

研修プログラムの企画、実施に多大なご協力をいただきました厚生労働省健康局ならびに保険局のご担当の皆様、また長期間そして多大なご協力・ご指導を賜りました先生方には、この場をお借りして深謝いたします。

平成28年3月
公益社団法人 日本看護協会
常任理事 中板育美

第Ⅰ章 データヘルスを保健師が活用する意義	05
1. 社会経済やヘルスニーズの変化に対応する保健活動	06
2. 保健師にとってのデータヘルス計画	06
第Ⅱ章 データを活用して健康課題を 把握するための視点	09
1. 地域診断と健康政策	10
2. データを活用した健康課題の把握	12
1) 地域の位置づけの確認	13
2) 生活習慣病のリスク因子の把握	22
第Ⅲ章 質的データと量的データからの事業化	31
1. 保健師の「思い」をデータで裏付ける	32
2. 明確な事業目的の設定に必要なこと	34
3. 健康課題を事業化する	37
4. 目的に合った評価指標の設定	44
5. 組織内外の連携・協働とその資源	47
第Ⅳ章 データヘルスと保健活動の展開	57
1. データヘルスの活用を最大化するために	58
2. 保健活動の評価と改善	60
第Ⅴ章 データヘルス研修の企画	65
1. データヘルス研修の企画にあたって	66
2. 研修プログラムとポイント	67
3. 研修の評価	82
資料	85

本書の活用にあたって

●データヘルス活用を目指すみなさまへ

本書は、平成 27 年度厚生労働省保健指導支援事業保健指導技術開発事業の一環で開発したデータヘルス研修プログラム「データの『見方』は保健師の『味方』」の内容を抜粋し掲載しています。本書を見ながら、地域の健康課題を分析し、保健活動の実践に活かしていただくことをねらいとしています。

第 I 章から第 IV 章では、保健師等がデータヘルスを活用して保健活動を展開するにあたって、その意義や基本となる視点、具体的な方法などについて、解説しています。

第 V 章では、データヘルス研修を企画する方向けに、研修の各プログラムの意図やポイント、ファシリテーターの役割等をご紹介します。

なお、本書では、データヘルス計画の策定を例に解説をしていますが、これはひとつの例です。保健活動の実践においては、データを活用し、PDCA サイクルに沿った活動を展開することは基本です。保健師本来の活動に活かせるエッセンスを読み取り、日々の活動に応用していただきたいと思います。ご参照いただき、ぜひご活用ください。

第I章

データヘルスを 保健師が活用する意義

1. 社会経済やヘルスニーズの変化に対応する保健活動

高齢者夫婦のみの世帯や高齢者単独世帯が増加する中での介護力の低下、家族内の相互支援機能の低下は、孤立、密室化をもたらしやすく、生活機能の維持には他者の力を借りざるを得ない状況をもたらします。加えて、コミュニティの相互扶助機能も脆弱な今、孤独死やセルフネグレクトなどは、社会的問題にまで進行しています。

さらに少子超高齢社会は、医療費にも影響をもたらしており、世代間扶養でなんとか賄ってきた国民皆保険など既存の社会保障制度の存続にも波及し、2025年度をピークとした超高齢化時代を乗り切る様々な手立てが必要な状況になっています。

この状況を乗り越えるべく政策として、医療は「病院完結型」から「地域完結型」へシフトできるような地域包括ケアシステムを構築し、さらに一次予防に力点を置いた健康づくりなど「健康寿命の延伸」につながる活動が推奨されているのです。

医療費の適正化は、少子超高齢社会における国民皆保険制度の堅持にも重要なことのひとつですが、誰もが自分の健康に関心を持ち、尊厳が保たれながら自分らしく健康的に生きることの成就としてもたらされるものです。健康日本21（健康増進法）に基づく、生活習慣病予防対策の普及啓発と住民一人一人のセルフケア能力の向上、健康づくりによるものと乖離するものではありません。財政の逼迫と人員削減の潮流の中、公衆衛生の担い手であるわれわれは、住民の健康維持・増進、QOLの向上を支えるための活動をしっかり見据えていかねばならないということです。

元氣な高齢者も含め、あらゆる世代が心身両面において元氣で豊かな日々を過ごすことができることこそが、医療費適正化へつながっていくものであると理解しています。

2. 保健師にとってのデータヘルス計画

保健師は、データの背景でもある人々の生活に、日々地区活動を手段として入り込み、地域特性や地域資源・地域の人材を把握しています。ですから、データの分析結果を元に、地域に見合った対応策を住民とのパートナーシップのもとに考えたり、ポピュレーションアプローチを住民との協働で進めたりできる好ポジションにいます。

特に、市町村国保の担当部署（以下「国保部門」）のみではなく、市町村国保と自治体の保健衛生部門や高齢者担当部門（地域包括ケア主管部門）等が協働することで、健康増進計画等との整合性もつきやすく、効率的に公的な保健サービスに組み入れることができます。加入者にも国保以外の家族等にも、疾病予防や重症化予防、健康関連の情報などを幅広く提供できる機会が増えますし、必要時、医療機関の選択に役立つ情報を提示することもできます。

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について」（平成24年）やそれを受けて発

出された「地域における保健師の保健活動について」（平成 25 年）では、保健衛生部門においては、地区担当制の推進に努めることとしています。「地区担当制」とは、管内の一定のエリアを担当する活動体制で、担当エリア内の全世代・全世帯を対象とするので、社会環境への関与、地域の自助・互助の機能を呼び覚ますことに寄与しやすいのです。したがって、地域包括ケアや重症化予防、健康づくりを効果的かつ効率的に進めるためには、自組織の一係を超えて保健事業を調整する役割を発揮する統括保健師の存在が、より重要になっていきます。

要するに、データヘルス計画にもとづく事業を、国保部門だけではなく、自治体の保健衛生部門など他部署と協力することで、個人だけではなく、地域としても健康的な生活にむけた健康行動を、より導きやすくなるということです。

持続的で良質な支援を目指して —PDCA—

地域資源や地域の風土などにデータの分析結果を加えて課題を発見し、設定した目的・目標と連動したアクションプランと評価指標を Plan 段階で策定して、PDCA サイクルを回します。PDCA を持続的に回し続けることで、これまでの既存事業の総括ができます。資源や人材の過不足などの評価にもなります。重症化する人の過去の健診経緯も分析できます。優先順位を考慮してターゲットを絞ることもつながります。ターゲット（対象）に見合った保健事業に組み替えることもつながります。

保健指導の際には、画一的な保健指導になっていなかったか、個々の理解度や協力体制、生活スタイルなどに合わせた指導ができたか、などの客観評価の基準を設定することで、保健指導スキルも評価できます。予防的関与が強化できた場合、その場合の促進要因は何か、できなかった場合の見直しもできます。生活習慣病を早期の段階で発見・対応し、早期に適切な医療を受けることで、悪化・重症化を防ぐことができ、その結果として、医療費の増大が抑えられたか等を推察することにもつながります。

健康づくりという大命題が、セルフケア能力の向上がベースであることに加え、個人責任・個人努力を超越した“まちづくり”であり、ポピュレーションアプローチに他ならないこと、そしてその活動が重症化予防、つまりハイリスクアプローチをより進化させることにほかなりません。

計画に具体的な地区活動を盛り込んで、PDCA を確実に回すことで、データヘルス計画は、他の保健活動にも応用できるものとなります。

メッセージ

データヘルス／保健師の現場力への期待

東京大学政策ビジョン研究センター

古井 祐司

データヘルスの実行性があがるのは、データそのものによるのではなく、保健師の現場力とデータが結びついたときです。保健活動におけるデータ活用のポイントを探ってみましょう。

ひとつは、データを使いながら地域の特徴を構造的に捉えることです。たとえば、当該地域で循環器の医療費が高いことが見えたときに、多くの住民が治療を受けている構造なのか、あるいは少数で高額な医療費を使っているのかを確認することが重要です。なぜなら、その構造によって有効な施策が異なるからです。また、メタボリック・シンドロームの割合が高い場合、メタボ該当者が一年でどの程度改善したかを捉えるだけでなく、非該当者からどの程度が悪化して新たにメタボ該当になったかを確認することで、どの層に、どのタイミングで保健活動の資源を投入すべきかを判断できます。

もうひとつは、健康課題の背景を探ることです。これは、データが示してくれるわけではありません。食文化、産業構造、住環境、人のつながりといった地域の様子から種々の要因を推し量ることが大切です。まさに、日頃の保健活動で積みあげた現場力の出番です。高血圧が最大の健康課題と明示されたある市では、地域の特徴を保健師から議員や医師会、商工会などに共有し、まちぐるみでその背景を探り、市民の健康づくりを応援する取組を始めています。

データは保健活動を進めるための“相棒”であり、保健師の「味方」になるのです。



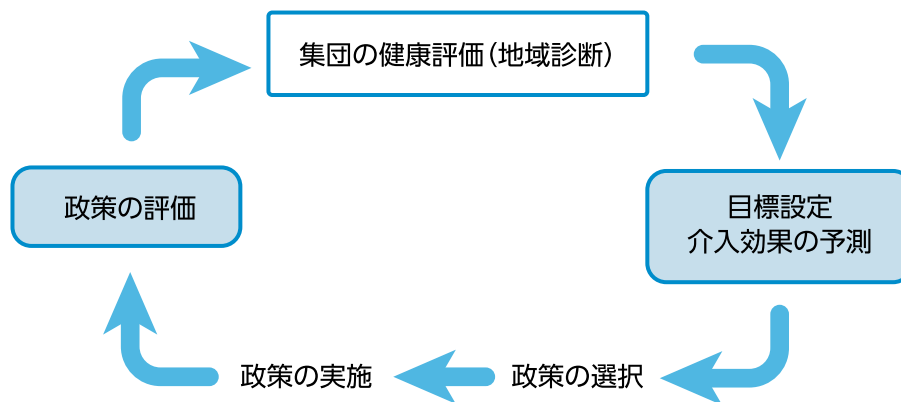
第Ⅱ章

データを活用して健康課題を
把握するための視点

本章では、「平成 27 年度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政策研究事業）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）」で作成したデータ活用マニュアルの内容の一部を引用しています。同マニュアルの全文は国立保健医療科学院の「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/>」で公開されているのでご参照下さい。

1. 地域診断と健康政策

健康増進計画やデータヘルス計画などの健康政策・施策を推進していくにあたっては、最初に集団の健康課題の明確化（地域診断）を行い、期間中に到達すべき具体的な数値目標を設定して各種事業等に取り組み、一定期間ごとに目標への到達度や投じた費用・労力に見合っただけの効果が得られたか等についての評価を行い、その結果に基づいて計画の見直しをおこなう、いわゆる PDCA サイクルを展開する必要があります（図 1）。



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）

図1

地域診断と健康政策のサイクル

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**に実施する
 - ・ 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（一部改変）

この一連の流れを公衆衛生活動の中で考えてみます。

まず、地域診断によって当該集団における健康問題を把握します（例：人口動態統計から、虚血性心疾患死亡の多発）。また、その健康問題を規定している要因が何であるのかを既存統計や調査によって追求します（例：特定健診の経年推移から、高血圧、喫煙、糖尿病、脂質異常の多発と、その原因としての肥満の増加）。

そして、地域診断の結果に基づいて効果的・効率的な対策を樹立します（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）。その際には必要な費用と資源を見積もることも重要です（例：健診の実施・協力体制、事後フォロー体制、費用）。そのうえで、他の健康問題と比較しての優先順位を再確認します（例：脳卒中の動向、非肥満者のリスク因子（やせの高血圧など）の動向）。

対策を実施する際には、目的を明確にして具体的な数値目標を決めて関係機関が連携して取り組みます（例：虚血性心疾患年齢調整死亡率の低下、そのためのリスク因子の改善、健診・保健指導と医療機関連携）。

一定期間毎に、目標の達成度や投じた費用・労力に見合った成果が得られたかを確認します（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？）。健康問題が十分に改善されていない場合は、評価に基づいて改善すべき点を見直し、前のステップに戻るといった循環過程を繰り返します（例：健診受診率・保健指導実施率が低く、その理由として実施体制・協力体制が不十分だったので、まず体制面を見直す。全体としてみるとリスク因子があまり改善しておらず、その理由として非肥満の対策が不十分だったので、非肥満のリスク因子保有者への対策にも力を入れる必要があるのではないか）。

この中で、特に地域診断と評価の段階では各種データを用いる必要があります。本章では、「どのようなデータがどこにあり、それを用いると何が分かるのか」ということについて、具体的なデータの読み解きのポイントや分析ツールの紹介とともに説明していきたいと思います。

なお、地域における健康課題の抽出には、人口動態や各種統計資料などの量的データだけでなく、インタビューなどによる住民の生の声や保健師の普段感じていることなどの質的データを扱うことも不可欠ですが、本章では量的データを用いた地域診断（疫学的診断）を中心に説明します。量的データを分析するときにも、住民の声や保健師が普段の業務の中で感じている問題意識を検証するための視点も含めて取り組むと、より課題の明確化に役立つでしょう。詳しくは、第Ⅲ章「質的データと量的データからの事業化」をご覧ください。

2. データを活用した健康課題の把握

地域の健康課題を明らかにしていくためには、多種多様なデータを扱う必要があるため、「データがたくさんありすぎて何を見たらよいのかわからない」という悩みを抱えている方が多いかもしれません。そうならないために、疾患、リスク因子、生活習慣等に関する様々な既存データから地域の健康課題を読み解いていく際には、それぞれの上下関係（原因～結果）を必ず意識しましょう。すなわち、最上位の指標として平均寿命・健康寿命があり、これらを直接規定する要因として死因別死亡率等があり、死因別死亡率は罹患・受療状況やリスク因子の分布の影響を受け、その背景には生活習慣や社会環境があります（図 2）。上位の指標で問題が見つかった場合、その原因は下位の指標にあるはずだと考えながらデータを見ていくことで、地域の健康課題が徐々に見えてくるはずです。

以降の説明では上位の指標から下位の指標に向かって説明していきますが、普段の業務で、生活習慣やリスク因子のように下位の指標になじみが深い場合には、下位から上位に向かって考えていっても構いません。

なお、男性と女性では一般に健康状態や生活習慣等が大きく異なるため、分析は原則として男女別に行います。

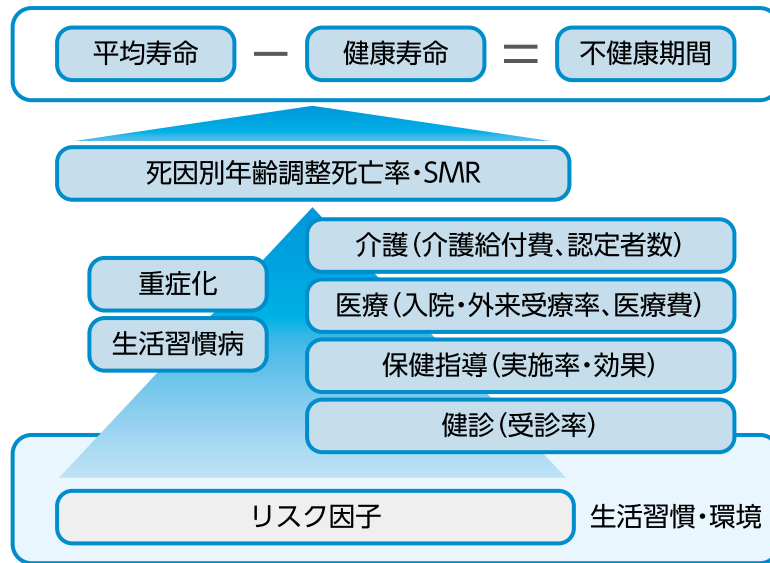


図2 量的データから健康課題を考える思考の流れ

1) 地域の位置づけの確認

STEP1：自県の全国における位置づけを確認しよう

市町村においても、まず自県（都道府県）全体が日本全国の中でどのような位置づけにあるのかを確認したうえで、自市町村が県全体のなかでどのような位置づけにあるかを順番にみていくと理解しやすいでしょう。

✓活用できるデータ

都道府県では、①平均寿命（都道府県別生命表）、②健康寿命（厚生労働省研究班・国民生活基礎調査に基づく推計）、③死因別年齢調整死亡率（人口動態特殊報告・都道府県別年齢階級別死亡率）、④疾患別入院・外来受療率（患者調査）、⑤リスク因子の状況（特定健診等）、⑥食事・身体活動等の生活習慣の状況（国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査）など、多くの統計資料が活用できます。

e-Stat（政府統計の総合窓口）からそれぞれのデータを入手してもよいですが、①～⑤を分かりやすく要約した図が、国立保健医療科学院の「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」の「各種統計資料等からみた都道府県の健康状態の特徴要約」から入手

できますので、最初に見ることをお勧めします。この資料では、①～⑤の既存データを都道府県間のZスコアで要約しています。Zスコアは47都道府県間での偏差値のような指標であり、その解釈は、おおむね以下の通りです。

また、⑥の「国民健康・栄養調査」では、都道府県間の位置づけ（順位）が分かります。各都道府県が独自に実施している地域健康・栄養調査ではより詳細な分析を行っていることが多いので、背景となる生活習慣や社会環境についても調べてみましょう。

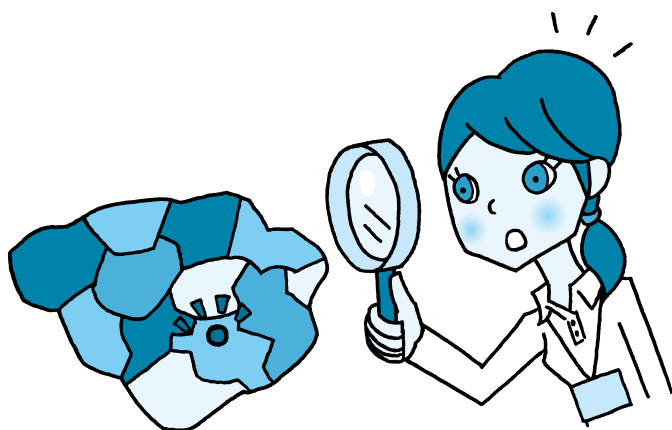
（参考）Zスコアの解釈

Zスコア	おおまかな解釈
± 0.5 全国都道府県でほぼ平均的	偏差値 50 相当
± 1.0 上（下）位6分の1	偏差値 60 相当
± 2.0 ほとんどトップ	偏差値 70 相当
± 3.0 突出している	偏差値 80 相当

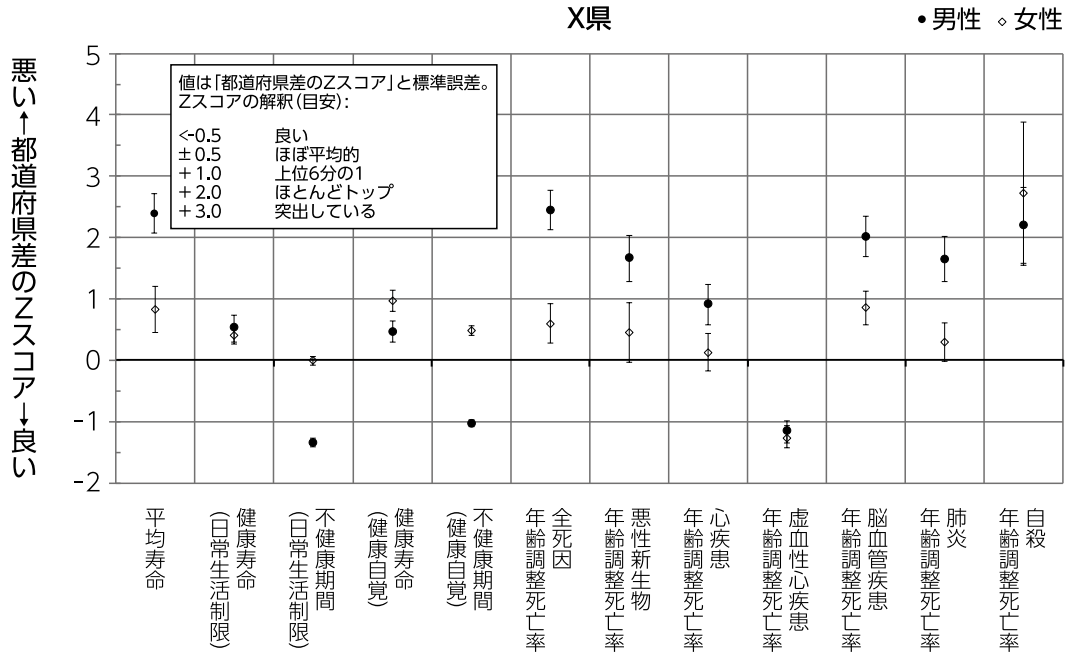
✓ 読み解き“例”とポイント

前述の活用できるデータ①～⑤の読み解き方を、X県を例として以下に示します（あくまでも読み解き“例”であり、県において精査する必要があります）。上位・下位の関係を意識しながら、平均寿命・健康寿命、死因別年齢調整死亡率、入院・外来受療率、健診データ、生活習慣の特徴を確認するのが読み解きのコツです。

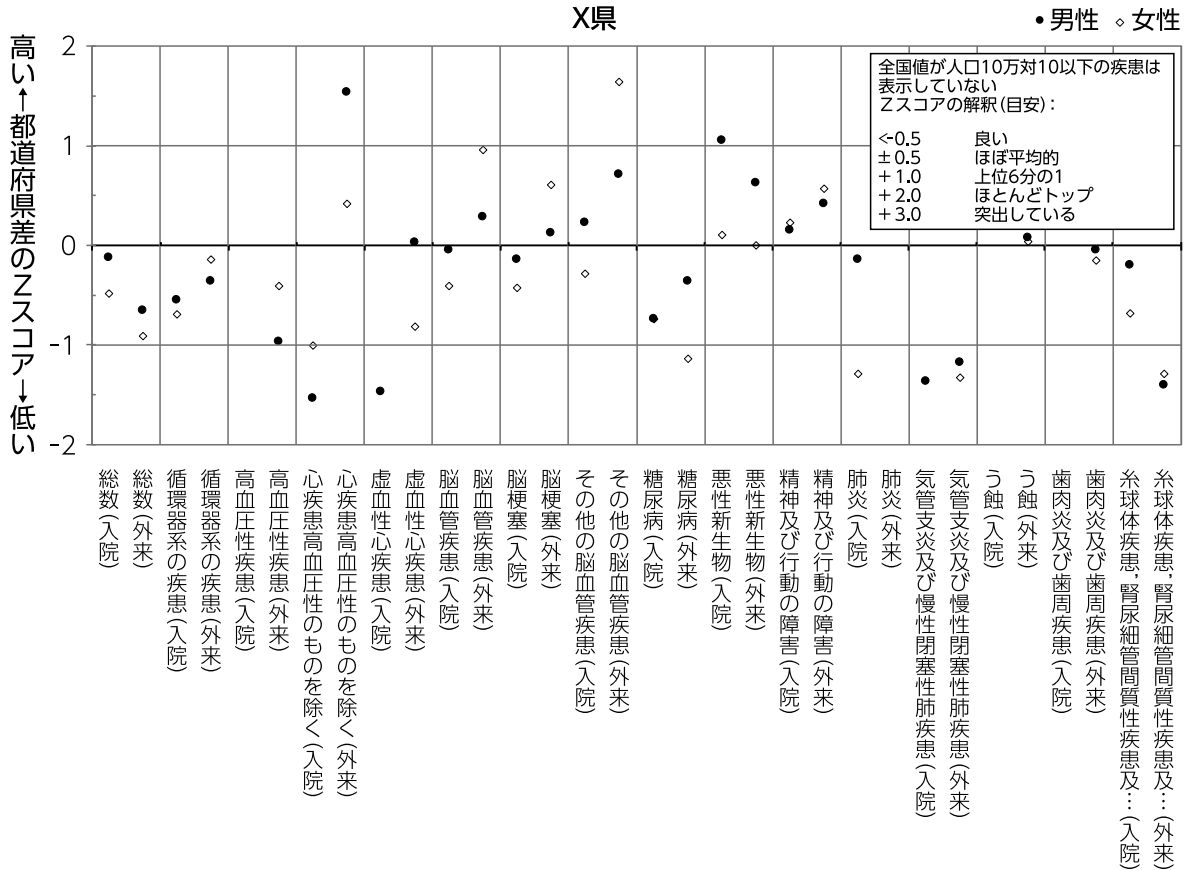
読み解き図表a～cを見ると、X県は、男性の平均寿命が短く、健康寿命もやや悪いが、不健康期間は比較的短いようです。死因を見ると、虚血性心疾患が少なめなのに対して、脳血管疾患が多く、自殺は男女とも多くなっています。脳血管疾患が多く、特定健診では重症高血圧が多いにもかかわらず、男性の高血圧の外来受療率は低めで、高血圧者を医療につなげる必要性が示唆されます。また、中性脂肪と空腹時血糖も高いという特徴があり、これらの背景にある生活習慣の特定と対策が必要と思われる。



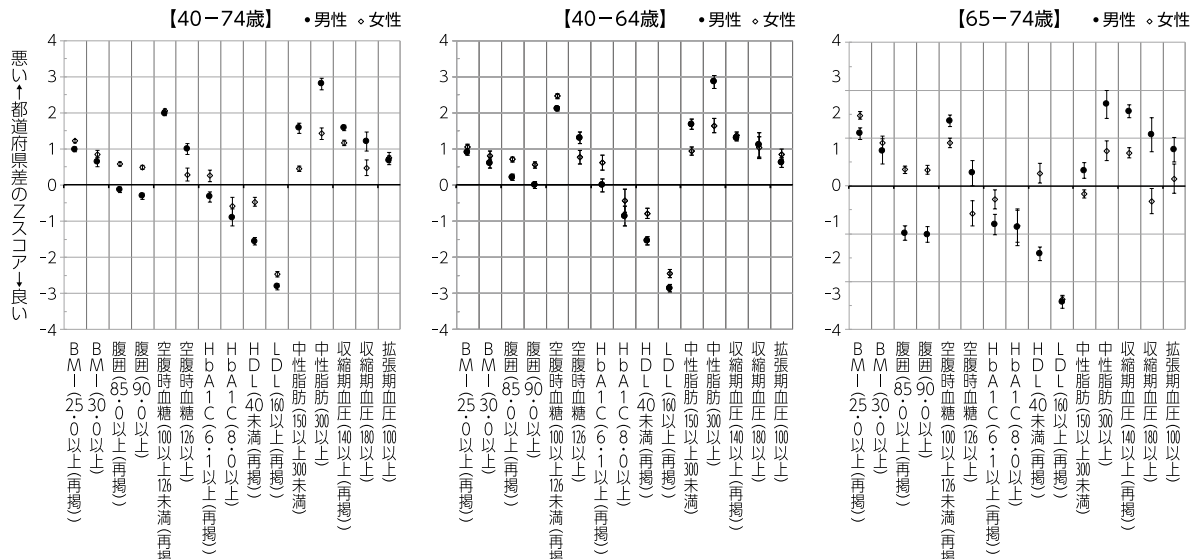
読み解き図表 a 平成22年度 平均寿命・健康寿命・死因別年齢調整死亡率の特徴要約



読み解き図表 b 平成23年度 患者調査 年齢調整受療率(入院・外来)の特徴要約



X県



基礎知識：年齢調整とは

高齢者ほど死亡率が高いことはよく知られています。A地区よりもB地区の方が脳血管疾患死亡率が高かったとしても、B地区の方が高齢者の割合が多ければ、A地区よりもB地区の方が（高齢者が多いので）脳血管疾患死亡率が高くてあたりまえとも考えられるため、脳血管疾患での“死亡の起こりやすさ”に地区間の差があるかどうか判断できません。そこで、どちらの地区も年齢構成が同一だった場合に期待される死亡率（＝年齢調整死亡率）を計算して比較することが行われます。死亡の年次推移を見る場合も同様で、高齢化が進めば死亡率は高くなってあたりまえなので、経年的な“死亡の起こりやすさ”を見るためには、年齢調整死亡率で見る必要があります。

年齢調整の方法には、「直接法」と「間接法（標準化死亡比:SMR）」があります。一般に、数値の安定性等の理由により、全国や都道府県のように人数が多い場合は「直接法」、市区町村のように人数が少ない場合は「間接法（SMR）」を使います。

死亡率以外でも、高血圧や糖尿病の有病率、医療費なども高齢者の方が高いことがよく知られていますので、これらの指標を地域間・年次間で比較する場合にも、年齢調整を考慮する必要があります。

ただし、必要な医療資源の量（医療費、医師数など）を考える場合には、人口あたりの患者の絶対数が重要なので、年齢調整しない方が理にかなっています。健康状態の比較では年齢調整を行い、必要な医療資源の量を検討する際には年齢調整を行わないというように、目的に応じて両者を使い分けましょう。

留意点：住民は国保加入者だけではない

市町村では、国保（国民健康保険）加入者の特定健診や医療費データを利用しやすいため、地域の健康課題の分析の際に国保や後期高齢者医療制度のデータを用いることが多いのが現状のようです。しかし、市町村国保がカバーするのは現在、日本の人口のうち約30%弱で自営業者や退職者等が中心であり、協会けんぽや健保組合、共済組合等は特に働き盛り世代の加入者が多いため、市町村の住民全体の健康課題

を分析する際には国保以外の健診や医療費データ等も考慮することが望まれます。国保以外のデータも扱った事例としては、静岡県の分析（「平成 25 年度特定健診・特定保健指導に係るデータ報告書」静岡県・静岡県総合健康センター）がよく知られていますので、参考にするとよいでしょう。

以下の説明では主に KDB を例にデータの読み解き例やポイントを説明しますが、これらはあくまで国保加入者のデータであって、参考にはなるものの、そのまま市町村の住民全体のデータとして解釈することはできないという点にご留意ください。

STEP2：自市町村において、上位の指標である総死亡（寿命）と死因別死亡を確認しよう

続いて、自市町村の分析に移ります。まず、上位の指標である、平均寿命・健康寿命、死因別死亡（標準化死亡比：SMR）の状況を確認してください。

✓活用できるデータ

これらのデータは、①市区町村別平均寿命は市区町村別生命表（e-Stat）、健康寿命は各県独自計算あるいは KDB（下記参照）帳票「地域の全体像の把握」、②死因別死亡は、人口動態特殊報告「人口動態保健所・市区町村別統計」から入手できます。また、②を市区町村地図にしたものは数値表とともに、前述の「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」から入手できます。

基礎知識：国保データベース（KDB）システムとは

国保データベース（KDB）システムは、「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として国民健康保険中央会で開発したシステムで、KDB を活用することにより、これまで保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが容易となります。また、出力されるデータを表計算ソフト等を用いて二次加工することで、自らの目的に合った更に精緻な分析が可能となります。

（参考：国保データベース（KDB）システム活用マニュアル，国民健康保険中央会，平成 27 年 1 月）

✓読み解き“例”とポイント

まず、①の市区町村別平均寿命・健康寿命を見て、平均寿命・健康寿命が国や県と比べて良いのか悪いのかを確認して下さい。また、②の総死亡 SMR（平均寿命とよく似た傾向を示す）を見て、県内市区町村の特徴を把握して下さい。各市区町村を個別に考えるだけでなく、2 次医療圏や市部・郡部のような広域的なまとまりでの特徴がないかという目で市区町村地図を見ると、社会・文化的背景

の影響を考えるヒントになるかもしれません。

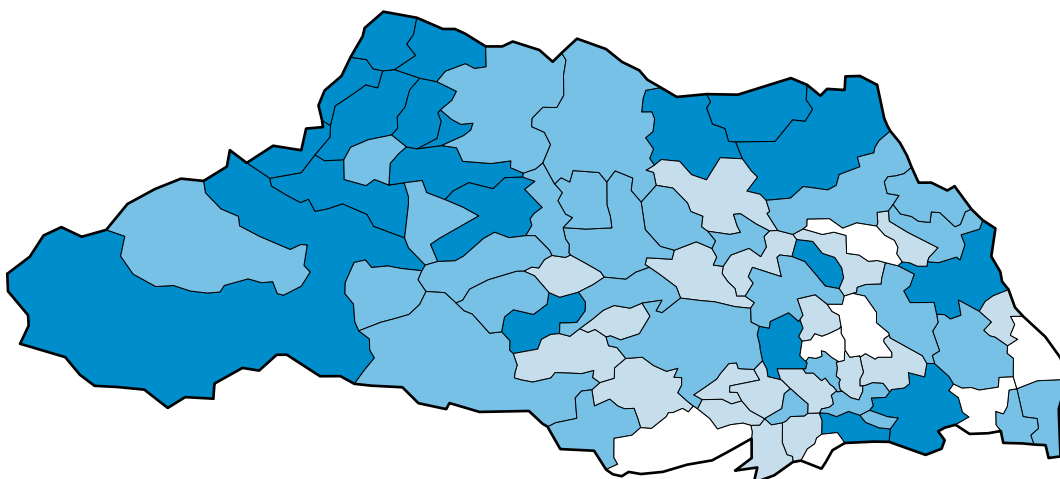
次に、平均寿命・健康寿命・総死亡 SMR の市区町村間の違いがどの疾患に由来するのかを考えるために、主要死因別 SMR を確認してください。

例えば、県内北部～西部は脳血管疾患 SMR が高く心疾患 SMR が低かったとすると、その地域は日本の伝統的な高血圧型の疾病構造なのかもしれない、などと考えられるでしょう（読み解き図表 d）。自市だけ突出して脳血管疾患 SMR が高かったとすると、市に特徴的な背景（医療、産業、文化など）がないかを考える必要があるかもしれません。ここで疑問点を押さえてから、次の手順で医療やリスク因子のデータを読んでいくと、より解釈しやすくなります。

読み解き図表 d

Y県 男性 脳血管疾患SMR(平成20-24年)

0(検定不能) 有意に低い 低いが有意でない 高いが有意でない 有意に高い



STEP3 : 死因別死亡の状況を踏まえて、医療の状況を確認しよう

次に、医療の状況をレセプト分析による医療費データから見てください。

✓ 活用できるデータ

情報源としては、KDB 帳票「疾病別医療費分析（生活習慣病）」、同「疾病別医療費分析（細小（82分類）」、都道府県国民健康保険団体連合会（以下「都道府県国保連」）等の独自分析、各保険者の独自分析などがあります。KDB 帳票を使う場合、年齢調整ツールを、前述の「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」から入手できます。

✓ 読み解き“例”とポイント

高齢者ほど様々な疾患に罹患しやすく、医療費が高額になることはよく知られています（「基礎知識：年齢調整とは」参照）。県全体（比較対象）よりも自市の方が一人あたり医療費が高額だったとしても、自市の方が高齢者の割合が多ければ、県よりも自市の方が（高齢者が多いので）一人あたり医療費は高額であたりまえとも考えられるので、医療費からみた健康状態に県と自市で差があるかどうか判断できません。また、人口が多ければ当然、医療費の総額も高額になります。

そこで、県（比較対象）の年齢別人口構成が自市と同一だった場合に期待される医療費の総額を計算し、自市の医療費の総額と比較すれば、年齢の影響を補正したうえで医療費から見た両地区の健康状態を比較することができます。前述のツール集では、年齢調整した医療費のことを「標準化医療費」と呼びます（自市の医療費は元の値のままです）。自市と県全体の「標準化医療費の比」（地域差指数とも言います）を計算すれば、年齢や人口の影響を補正したうえで自市は県に比べて何倍余計に医療費がかかっているかを調べることができます。また、自市と県の「標準化医療費の差」を計算すれば、年齢や人口の影響を補正したうえで自市はいくら余計に医療費がかかっているかを調べることができます。

次に、平均寿命・健康寿命や死因別死亡に影響する疾病に注目して、入院・外来別にどの疾患が多いのかを確認します。高血圧や糖尿病などのリスク因子の外来の医療費が高い場合、「そのリスク因子を持つ人が多い」または「必要な人が適切に医療を受けている」の2つが考えられますので、外来医療費が高いことは必ずしも悪いこととは限りません。例えば、高血圧などのリスク因子の外来医療費が低く、脳卒中などの重篤な疾患の入院医療費が高かったとすると、必要な人が医療につながっていない可能性があるため、医療機関受療勧奨に力を入れる必要があるかもしれません。高血圧の外来医療費が高く、脳卒中の入院医療費も高い場合には、その地域では高血圧が重要な健康問題として存在すると思われるので、保健指導やポピュレーションアプローチによって、集団全体の血圧の状況を改善していく必要があるでしょう。

例えば、読み解き図表 e の上段は、入院・外来医療費の総点数を、生活習慣病の各疾患別に積み重ねて表しています。まず、自市の医療費を疾患別にみると、入院ではがん、精神、筋・骨格、狭心症が大きな割合を占めており、外来ではがん、糖尿病、高血圧症、筋・骨格、脂質異常症が大きな割合を占めていることがわかります。

県・同規模・国の値は自市の年齢構成に調整してありますので、年齢や人口の違いは気にせずにそのまま比較することができます。例えば、県と比較すると、自市は入院医療費が高めで、特にがんの医療費が高額なのに対して、脳血管疾患は低めであることが視覚的に読み取れます。一方、外来医療費は県と同程度ですが、糖尿病とがんがやや多いようです。

読み解き図表 e の下段左側は、県との差を入院・外来別、疾患別に示したものです。糖尿病、高血圧症、脂質異常症の外来医療費は高めですが、これらが引き起こす重篤な疾患（脳卒中、虚血性心疾患）の入院医療費は低めであり、県全体に比べてリスク因子の保有者が適切に医療につながっているために重篤な疾患が少なく、（県全体に比べれば）比較的望ましい状態にあると解釈できるでしょう。しかし、がんと筋骨格の入院医療費は高めであり、がんについては喫煙などのリスク因子の状況や、がん検診の受診率等のデータも、別途確認する必要があるでしょう。下段右側は、県全体に比べて「何倍」多

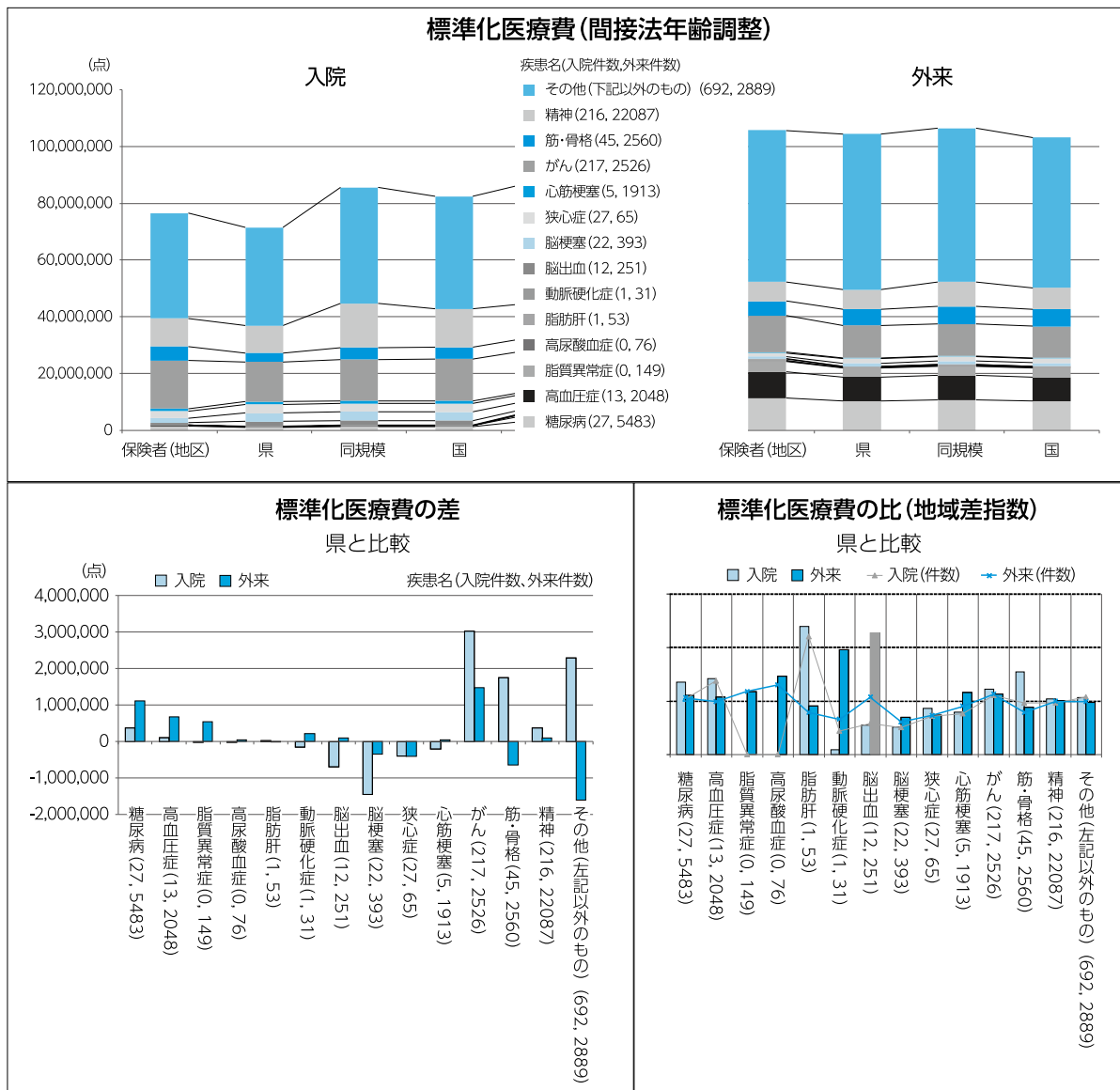
く医療費がかかっているかを「比」で示しています（左側は「差」）。棒グラフは点数、折れ線グラフは件数ですが、どちらも似たような傾向にあります。比が大きな値であっても総額が小さければ、差で見たときにはあまり違いが生じません。特に件数が少ないデータは1件の増減で比が大きく変わりますので、無理に解釈する必要はありません。

現行のKDBの「疾病別医療費分析（生活習慣病）」では、人工透析の医療費が表示されませんので、「同（細小（82）分類）」の方を使います。棒グラフは表示されませんが、同様の情報が数値表として示されているので（読み解き図表f）、同じように読み解いてください。

この例では、男性（外来）は県に比べると総点数は約200万点低め、件数（12ヶ月で割るとほぼ人数）は2割ほど少なめですが、国と比べると同程度です。

読み解き図表 e

疾病別医療費分析（生活習慣病）
サンプル市2 H26年度（累計） 男性



読み解き図表 f

疾病別医療費分析（細小（82）分類）[数値表]
サンプル市 H26 年度（累計）

入院・ 外来	性別	疾患名	保険者（地区）		標準化医療費（期待総点数）			標準化医療費（期待総件数）			
			被保険者数	レセプト件数	総点数(A)	vs.県(B)	vs.同規模(C)	vs.国(D)	vs.県	vs.同規模	vs.国
入院	男性	慢性腎不全 (透析なし)	12,575	2	92,975	215,135	255,044	244,066	5	7	6
入院	男性	慢性腎不全 (透析あり)	12,575	7	489,425	2,021,111	2,050,252	2,056,550	27	32	28
入院	女性	慢性腎不全 (透析なし)	11,967	2	195,554	136,882	129,671	125,897	3	3	3
入院	女性	慢性腎不全 (透析あり)	11,967	12	866,852	1,013,307	1,012,940	996,533	14	16	14
外来	男性	慢性腎不全 (透析なし)	12,413	86	474,609	623,498	526,779	550,628	68	74	64
外来	男性	慢性腎不全 (透析あり)	12,413	233	10,308,336	12,370,535	11,095,547	10,285,311	295	305	246
外来	女性	慢性腎不全 (透析なし)	11,857	70	1,689,103	327,387	302,283	294,252	41	40	35
外来	女性	慢性腎不全 (透析あり)	11,857	114	5,341,644	6,251,192	5,051,453	4,798,131	150	140	116

(続き)

入院・ 外来	性別	疾患名	標準化医療費の差			標準化医療費の比（地域差指数）			標準化比（レセプト件数）		
			vs.県(A-B)	vs.同規模(A-C)	vs.国(A-D)	vs.県(A/B)	vs.同規模(A/C)	vs.国(A/D)	vs.県	vs.同規模	vs.国
入院	男性	慢性腎不全 (透析なし)	-122,160	-162,069	-151,091	0.43	0.36	0.38	0.41	0.30	0.36
入院	男性	慢性腎不全 (透析あり)	-1,531,686	-1,560,827	-1,567,125	0.24	0.24	0.24	0.26	0.22	0.25
入院	女性	慢性腎不全 (透析なし)	58,672	65,883	69,657	1.43	1.51	1.55	0.72	0.64	0.73
入院	女性	慢性腎不全 (透析あり)	-146,455	-146,088	-129,681	0.86	0.86	0.87	0.87	0.76	0.89
外来	男性	慢性腎不全 (透析なし)	-148,889	-52,170	-76,019	0.76	0.90	0.86	1.27	1.16	1.34
外来	男性	慢性腎不全 (透析あり)	-2,062,199	-787,211	23,025	0.83	0.93	1.00	0.79	0.76	0.95
外来	女性	慢性腎不全 (透析なし)	1,361,716	1,386,820	1,394,851	5.16	5.59	5.74	1.73	1.76	2.00
外来	女性	慢性腎不全 (透析あり)	-909,548	290,191	543,513	0.85	1.06	1.11	0.76	0.81	0.99

国保データベース（KDB）の CSV ファイル（疾病別医療費分析（細小（82）分類））より計算。
Ver. 0.6 (2015.11.1) 平成 26 年度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：横山徹爾）

2) 生活習慣病のリスク因子の把握

STEP4：死因別死亡と医療の状況を踏まえて、リスク因子の状況を確認しよう

次に、特定健診等によるリスク因子の状況を確認してください。

✓活用できるデータ

情報源としては、KDB 帳票「厚生労働省様式 6 - 2 ~ 7」、各都道府県の保険者協議会等の独自分析、「全国健康保険協会特定健診・特定保健指導データ分析報告書」などがあります。

KDB 帳票を使う場合、年齢調整ツールを、前述の「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」から入手できます。読み解き図表 g は、同ツールを用いて作成した出力票の一部です。

読み解き図表 g

男性		受診者	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける				
			BMI					収縮期血圧				
			25以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)	130以上	割合(%)	年齢調整(%)	標準化比(全国)	標準化比(県)
40 ~ 64 歳	全国	988,853	342,260	34.6%	34.6%	100(基準)	*116.3	434,449	43.9%	43.9%	100(基準)	*115.9
	県	9,360	2,764	29.5%	30.0%	*86.0	100(基準)	3,613	38.6%	37.8%	*86.3	100(基準)
	地域(地区)	343	111	32.4%	34.0%	94.3	109.6	120	35.0%	33.3%	*77.6	89.5
65 ~ 74 歳	全国	1,445,120	373,236	25.8%	25.8%	100(基準)	101.5	764,513	52.9%	52.9%	100(基準)	101.9
	県	12,914	3,286	25.4%	25.5%	98.5	100(基準)	6,702	51.9%	51.9%	98.1	100(基準)
	地域(地区)	916	209	22.8%	22.9%	88.3	89.3	359	39.2%	39.6%	*73.9	*75.6
総 数	全国	2,433,973	715,496	29.4%	29.4%	100(基準)	*108.3	1,198,962	49.3%	49.3%	100(基準)	*106.8
	県	22,274	6,050	27.2%	27.3%	*92.4	100(基準)	10,315	46.3%	46.2%	*93.6	100(基準)
	地域(地区)	1,259	320	25.4%	27.4%	90.3	95.4	479	38.0%	37.1%	*74.8	*78.7

✓読み解き“例”とポイント

「標準化(該当)比」は「標準化死亡比 SMR」と同じ計算方法でリスク因子該当者の割合を、年齢

調整したうえで、各都道府県や国を基準とした比で表現したものです。「標準化比(県)」は、県全体を100とした場合の各市区町村の該当割合を意味します。

例えば、読み解き図表gでは、男性の総数でBMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ の標準化比は90.3ですから、県全体に比べてBMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ の割合が0.903倍(低い)と解釈できます。同様に、「標準化比(国)」は、全国を100とした場合の各市区町村の該当割合を意味します。標準化比の値に*印がついているものは、統計学的に有意(たまたまではなく本当に高い)、*印がついていないものは有意ではない(偶然変動の範囲かも知れない)ことを意味しますので、特に有意なものに注目して解釈してください。

国保だけでなく市民全体のリスク因子の状況を知りたい場合には、各県の保険者協議会等が協会けんぽや他保険者も合わせた分析を行っていることがあります。前述の「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」の「特定健診データを用いたリスク因子等の標準化比の市区町村別地図作成ツール」を用いると、複数保険者のデータを合わせて標準化比を計算し、地図を描くことが容易にできます(ただしデータは各保険者間で調整して用意する必要があります)。

STEP5: リスク因子の状況を踏まえて、生活習慣等の状況を確認しよう

次に、地域の生活習慣の状況を確認してください。

✓ 活用できるデータ

情報源としては、KDB 帳票「質問票調査の状況」、都道府県国保連等の独自分析、各保険者の独自分析などがあります。KDB 帳票を使う場合、年齢調整ツールを、前述の「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」から入手できます。読み解き図表hは、同ツールを用いて作成した出力票の一部です。

読み解き図表 h

生活習慣等		40~64 歳											
		総人数		該当者割合			年齢調整割合				標準化比 vs.		
		地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国(基準)	同規模(=100)	県(=100)	全国(=100)
保険者番号: 990011 保険者名: 見本データ 地区:		質問票調査の状況【補足】 (男女別・年齢調整)											
単位:%													
男	服薬_高血圧症	3984	25.7%	26.6%	25.5%	23.8%	24.0%	26.0%	24.0%	23.8%	*91.8	100.2	99.8
	服薬_糖尿病	3920	7.6%	6.7%	7.8%	6.1%	7.2%	6.5%	7.4%	6.1%	109.6	96.9	*116.6
	服薬_脂質異常症	3888	9.9%	13.6%	8.9%	11.5%	9.6%	13.4%	8.6%	11.5%	*70.3	*111.6	*82.5
	既往歴_脳卒中	3781	2.0%	3.0%	2.2%	2.5%	1.9%	3.0%	2.1%	2.5%	*61.6	87.4	*72.9
	既往歴_心臓病	3886	3.4%	4.6%	3.3%	4.2%	3.2%	4.4%	3.1%	4.2%	*71.9	102.7	*75.2
	既往歴_腎不全	3853	0.9%	0.4%	0.5%	0.6%	0.9%	0.4%	0.5%	0.6%	*209.1	*179.1	*143.3

生活習慣等	40~64 歳											
	総人数	該当者割合				年齢調整割合				標準化比 vs.		
		地域	地域	同規模	県	全国	地域	同規模	県	全国 (基準)	同規模 (=100)	県 (=100)
既往歴_貧血	3924	0.7%	4.3%	0.6%	3.6%	0.7%	4.2%	0.6%	3.6%	*15.7	105.3	*18.4
喫煙	3891	31.1%	31.5%	32.7%	34.9%	31.6%	31.9%	33.2%	34.9%	99.7	95.6	*91.0
20歳時体重から10kg以上増加	3874	50.2%	47.6%	47.6%	45.3%	50.2%	47.6%	47.6%	45.3%	*105.3	*105.5	*110.9
1回30分以上の運動習慣なし	3813	63.5%	66.2%	63.4%	68.6%	63.9%	66.7%	63.6%	68.6%	96.5	100.4	*93.5
1日1時間以上運動なし	3886	55.5%	56.0%	47.1%	53.6%	55.3%	56.2%	47.0%	53.6%	99.1	*118.3	*104.5
歩行速度遅い	3883	47.8%	49.2%	51.6%	50.4%	47.7%	49.3%	51.5%	50.4%	97.3	*92.7	*94.9
1年間で体重増減3kg以上	3868	22.8%	28.7%	20.5%	27.2%	23.2%	29.1%	20.9%	27.2%	*80.4	*110.9	*86.2
食べる速度が速い	3857	39.2%	36.2%	37.2%	33.4%	39.6%	36.4%	37.7%	33.4%	*109.2	*105.2	*119.6
食べる速度が普通	3856	54.0%	59.5%	57.5%	58.7%	53.5%	59.2%	57.3%	58.7%	*90.3	*94.1	*90.8
食べる速度が遅い	3881	8.9%	6.9%	7.5%	6.7%	8.6%	6.9%	7.5%	6.7%	*128.3	*116.9	*130.8
週3回以上就寝前夕食	3950	30.0%	28.2%	26.8%	27.8%	30.7%	28.7%	27.0%	27.8%	*107.8	*112.4	*110.9
週3回以上夕食後間食	3882	17.2%	16.3%	16.9%	15.3%	18.0%	16.6%	17.3%	15.3%	107.6	102.1	*116.9
週3回以上朝食を抜く	3864	18.7%	16.9%	15.8%	16.7%	19.9%	17.6%	16.9%	16.7%	*113.6	*118.6	*119.5
毎日飲酒	3948	47.3%	43.2%	51.1%	46.1%	46.8%	43.0%	50.4%	46.1%	*108.1	*92.3	101.6
時々飲酒	3841	20.2%	23.3%	20.9%	24.3%	20.4%	23.4%	21.2%	24.3%	*87.1	96.6	*84.6
飲まない	3849	31.6%	33.0%	28.2%	30.0%	32.5%	33.4%	28.6%	30.0%	96.8	*112.6	*106.0
1日飲酒量(1合未満)	3930	42.0%	43.1%	41.1%	39.5%	42.5%	43.1%	41.6%	39.5%	97.9	102.2	*106.5
1日飲酒量(1~2合)	3853	21.6%	32.4%	23.8%	33.3%	21.1%	32.0%	23.6%	33.3%	*66.5	*90.6	*64.3
1日飲酒量(2~3合)	3958	19.2%	17.5%	19.0%	19.3%	19.2%	17.5%	18.9%	19.3%	*109.5	100.7	98.7
1日飲酒量(3合以上)	3917	17.7%	7.5%	17.0%	7.4%	17.8%	7.7%	17.1%	7.4%	*239.9	104.3	*251.6
睡眠不足	3898	27.7%	26.9%	26.7%	26.9%	28.3%	27.2%	26.8%	26.9%	103.8	104.3	105.5
改善意欲なし	3891	25.1%	28.8%	32.3%	32.3%	24.7%	28.6%	31.8%	32.3%	*86.2	*77.4	*77.1
改善意欲あり	3952	45.2%	33.9%	43.8%	31.5%	46.4%	34.2%	44.6%	31.5%	*135.1	103.9	*146.8
改善意欲ありかつ始めている	3912	7.7%	13.9%	6.3%	12.6%	7.9%	14.0%	6.4%	12.6%	*56.2	*123.1	*62.5
取り組み済み6ヶ月未満	3870	6.3%	7.4%	4.8%	7.0%	6.5%	7.5%	4.9%	7.0%	*85.3	*130.7	90.3
取り組み済み6ヶ月以上	3929	15.3%	16.1%	12.6%	14.6%	14.9%	15.9%	12.3%	14.6%	93.5	*120.2	101.3
保健指導利用しない	3933	47.6%	56.3%	55.5%	57.5%	47.6%	56.2%	55.6%	57.5%	*84.5	*85.7	*82.8

読み解き“例”とポイント

「標準化比」は「標準化死亡比 SMR」と同じ計算方法で生活習慣等の要因該当者の割合を、年齢調整したうえで、各都道府県や国を基準とした比で表現したものです。「基準：県 (=100)」は、県全体を 100 とした場合の各市区町村の該当割合を意味します。

例えば、読み解き図表 h では「食べる速度が速い」の標準化比は 105.2 ですから、県全体に比べて「食べる速度が速い」の割合が 1.05 倍高いと解釈できます。同様に、「基準：国 (=100)」は、全国を 100 とした場合の各市区町村の該当割合を意味します。標準化該当比の値に *印がついているものは、統計学的に有意（たまたまではなく本当に高い）、*がついていないものは有意ではない（偶然変動の範囲かも知れない）ことを意味しますので、特に有意なものに注目して解釈してください。

例えば、肥満が多ければ、食事や運動習慣に関する問題がないか等の視点で見えていきます。どの生活習慣が、肥満や高血圧等のリスク因子への寄与が大きいのかを調べれば、地域全体として優先して改善すべき生活習慣を同定できます。また、地域の社会・文化的背景が生活習慣にどのように影響す

るかも考察しましょう。

国保だけでなく市民全体の生活習慣の状況を知りたい場合には、前述のように各県の保険者協議会等が協会けんぽや他保険者も合わせた分析を行っていることがありますのでご確認ください。協会けんぽの場合、「全国健康保険協会特定健診・特定保健指導データ分析報告書」に、全国市区町村別分析が数値表と地図で掲載されています。

量的データからの健康課題の見出し方

重篤な疾患の発症を予防するために、あるリスク因子を低減することを目指し、そのリスク因子の背景にある生活習慣等を改善することを考えます。

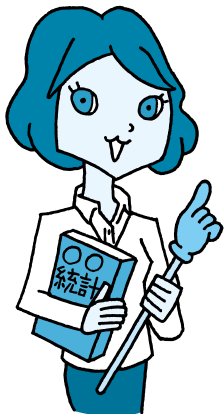
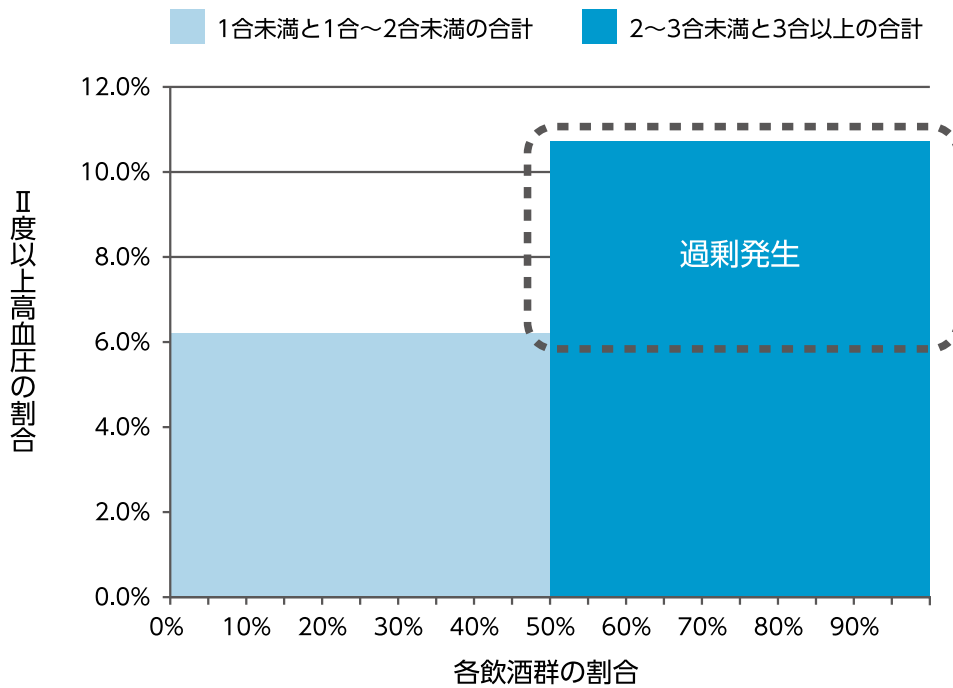
例えば、多量飲酒は高血圧の原因となることが知られていますので、多量飲酒者を減らせば高血圧者が減少するかもしれません。しかし、そもそも対象集団において多量飲酒者が少数しかいなければ、いくら多量飲酒者対策に取り組んでも、（その少数の人しか改善しないので）集団全体では高血圧者の減少はごくわずかにとどまるでしょう。このように、①生活習慣Aがリスク因子Bと関係しており、かつ②生活習慣Aを有する者の割合が大きい、の2条件が成り立つ場合に、生活習慣Aへの対策によってリスク因子Bが大きく減ることが期待されます。

例えば、読み解き図表 i は、多量飲酒の有無と高血圧の有無のクロス表です。棒グラフの横軸は、左が多量飲酒「なしの割合」、右が「有りの割合」で、縦軸はそれぞれの高血圧者の割合を示します。棒グラフの上に突出した部分の面積がその要因による健康問題の過剰発生の大きさを意味し、表下の「要因による健康問題の過剰発生の割合」がその割合（棒グラフの全面積に占める割合 = 人口寄与危険度割合ともいう）です。例えば、この割合が33%であれば、「全高血圧者のうち1/3は飲酒による過剰発生と考えられる」と解釈します。横断調査のデータなので、因果関係については断定できませんが、このような分析は、生活習慣への対策の重要度を検討する際の参考になるでしょう。なお、年齢による交絡の影響を避けるため、年齢階級別に分析することをお勧めします。本分析を行うためのツールは、前述の「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」から入手できます。

読み解き図表 i

飲酒量と高血圧との関係							
年度：26年度 年齢/性別：60-69歳/男性 人数：1200人							
要因	健康問題	高血圧分類				合計	飲酒群の割合
		Ⅱ度以上の割合		Ⅱ度未満の割合			
飲酒量	1合未満と1合～2合未満の合計	40	6.3%	600	93.8%	640	53.3%
	2～3合未満と3合以上の合計	60	10.7%	500	89.3%	560	46.7%
	合計	100		1100		1200	

要因による健康問題の過剰発生の割合 25.0% (P=0.007)



やってみよう!

健康課題の抽出プロセス(全体像)をワークシートに整理しよう

ここまでの読み取り結果を、様式(下図:ワークシート)に整理してみましょう。思考のプロセスを可視化することで、自分達の思考の整理にもなりますし、上司等への説明の際にも大いに活用できるものと思います。

KDB等の分析に基づく_____市の生活習慣病対策のための現状分析と課題設定						
	背景	不適切な生活習慣	生活習慣病予備群	生活習慣病	重症化	要介護状態・死亡
現状						
問題						
課題						
備考						

<書き方>

まず、「現状」の欄に、上位の指標から下位の指標(右から左)に向かって、健康問題を記入して下さい。

「要介護状態・死亡」欄はSTEP2の健康寿命・平均寿命・死因別SMRから、「重症化」欄はSTEP3のうち重篤な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析など)の入院・外来医療費、「生活習慣病」欄はSTEP3のうち高血圧や糖尿病などのリスク因子の外来医療費、「生活習慣病予備群」欄はSTEP4の特定健診のリスク因子の状況、「不適切な生活習慣」欄はSTEP5に基づいて記入します。

全てを羅列するのではなく、特徴的なものだけにとどめ、重要なものを太字等で強調して記入すると分かりやすく整理できるでしょう。また、「現状」の欄が埋まったら、「問題」の欄に要点を整理して、矢印で相互関係がわかるようにして下さい。

「課題」の欄には、「問題」を解決するためになすべきことを記入して下さい。これには、体制の見直し、既存事業のプロセスやアウトカムの見直し、新規事業の立案等が含まれます。

王滝村の基本情報（平成 27 年 9 月現在）

- ・人口：842 人 ・高齢化率：36.0%（平成 25 年度） ・合計特殊出生率：0.14（平成 25 年度）
- ・国民健康保険加入者数：202 人、加入者割合：24.0%
- ・特定健診受診率：35.3%、特定保健指導実施率：14.3%

王滝村は長野県の山間部にある人口 840 人の小さな村です。御嶽山に抱かれ、豊かな森林と美しい水と空気にめぐまれ、お互いに支え合いながら生活をしています。

王滝村民は高齢になっても健康に暮らしていることを実感しています。その実感を保健師がデータを活用して村民に伝えていくことは、村民の健康意識の高まりや、健康な生活習慣が若い世代へつながっていくと考えています。

今回、データヘルス計画の策定をきっかけに、保健師は、一家族が村で生活を営み続ける姿をえがき、家族史や生活習慣を想像し、「過去・現在・未来」、「個人・集団」、「保健・医療・福祉」と複数の観点からデータを収集しました。

幸い、保健師が保健業務の事務全般を行っているため、健診結果、健診結果と医療費の紐づけ、疾病分類別医療費、要介護者の動向と有病状況、年齢区分ごとの死因別動向、生活習慣アンケートといった目的にそったデータを集めることができました。一方、データの加工分析は迷走しながら進んでいきました。例えば、健診結果の各検査項目における関連の見方につまずき、健診結果と医療費の紐づけデータにおいては、多くのデータ項目を取捨選択する必要がありましたが、データ項目から何が見えるのか、そのデータがわかると何が言えるのかということに悩み、生活習慣アンケートのデータではどの項目についてクロス集計を行えばよいのか判断に迷いました。しかし、関係機関の事務職や専門職に意見を聞き助言を受けることで分析の視点を増やし、さらに、埋もれてしまったデータに気がつくきっかけができ分析を進めていくことができました。

例えば、健診結果のデータは次のとおり分析を行いました。まず、健診有所見者状況の検査項目について年齢区分ごとに全国や県と比較を行い、さらに、健診有所見者の年齢区分の構成比について見ていきました。ところが、検査項目ごとの分析を行った後、それぞれの検査項目や年齢区分における関連性が見方がわからず悩みましたが、データが見える形にすることで関連が見えてくるのではないかと考えることができました。しかし、どの種類のグラフに加工すると比較がわかりやすいのか再び悩み、比較することで何をみたいのか目的を振り返ることで、グラフの種類を選ぶことができました。そして、グラフを作成し、グラフから見えることを書き出し、さらにデータの関連を図に描くことで検査項目や年齢区分の関連結果と思考を整理していくことができました。

次に、受診人数が少ない村の場合、1 人の健診結果によって健診有所見者の割合が左右されるため単年度では村の健康状況を表しているとは言い難いと考え、経年変化を見ることにしました。そして、受診者全員の検査値ごとの人数を棒グラフにし、グラフの山の動きと中央値の動きを確認していきました。

データの加工分析作業を進めながら、他の分析の視点が必要ではないかと探っていたところ、健

診・医療・介護・生活習慣状況を把握するために集めたデータは、それぞれデータを集めてきた出どころ、対象者、母数といった特徴が異なっているため、データから見えること、言えること、そして、データによってどこまで言えるのかが異なり、しかも、保健師が分析を繰り返したデータとそうでないものとで解釈の違いがでてきて、その結果、データの関連性や分析の全体像が見えにくくなっていたことに気がつきました。

そこで、データヘルス計画作成の手引きを読み返しデータ分析を進めていく中で、ひとつのデータ分析を進めながら、他のデータとの関連はないか全体を見ること、すなわち一つのデータに焦点をあてることと、全体を見ることを何回も繰り返す作業の進め方が必要だと気がつきました。

人口が少ない村のデータの見方として、経年変化とあわせて、個々の健診と医療状況の紐づけを行い、日頃の村民一人ひとりの生活と向き合う活動を活かし、過去の健診履歴や生活状況の変化などについても見ていきました。その結果、生活習慣病の発症や重症化の転換点を見いだすことにつながりました。

数値化できる健診や医療のデータと、自然環境や歴史文化、そして生活様式など、村の保健師だけが把握しているデータがあります。この2つのデータを合わせてみるのが、村の健康状況にあった保健活動につながっていくと考えました。



第Ⅲ章

質的データと 量的データからの事業化

1. 保健師の「思い」をデータで裏付ける

保健師の「思い」

日々の保健師活動で感じている地域の健康問題はありませんか。「この地域に住んでいる人は、こんな健康問題を持っていそうだ」「肥満の人が多みたい」「血圧が高い人が多いようだ」「脳卒中で倒れる人のことをよく聞く」「塩分の多い濃い味の食べ物が好まれる」などです。また、「住民同士のつながりが薄い」とか、「この地域はこうあってほしい」というようなことを思うこともあるかもしれません。地域住民にもっとも身近で、様々な健康問題に対応している保健師だからこそその「思い」や「気づき」があるはずです。

「思い」を言葉にして、共有する

保健師としての「思い」は、明確な問題意識になっていることもあれば、まだ漠然とした感想や印象にとどまっていることもあるでしょう。表1に示したように、健康問題として、言葉にして表現できるように、「思い」を具体化・言語化してみます。

それぞれの「思い」が固まったならば、関係者で集まり、「思い」を話し合ってみましょう。自分の「思い」を話し、他人の「思い」を聞くことで、新しい気づきがあったり、自分の「思い」を再確認したりすることができます。

表1 保健師の地域の健康問題に関する「思い」の例

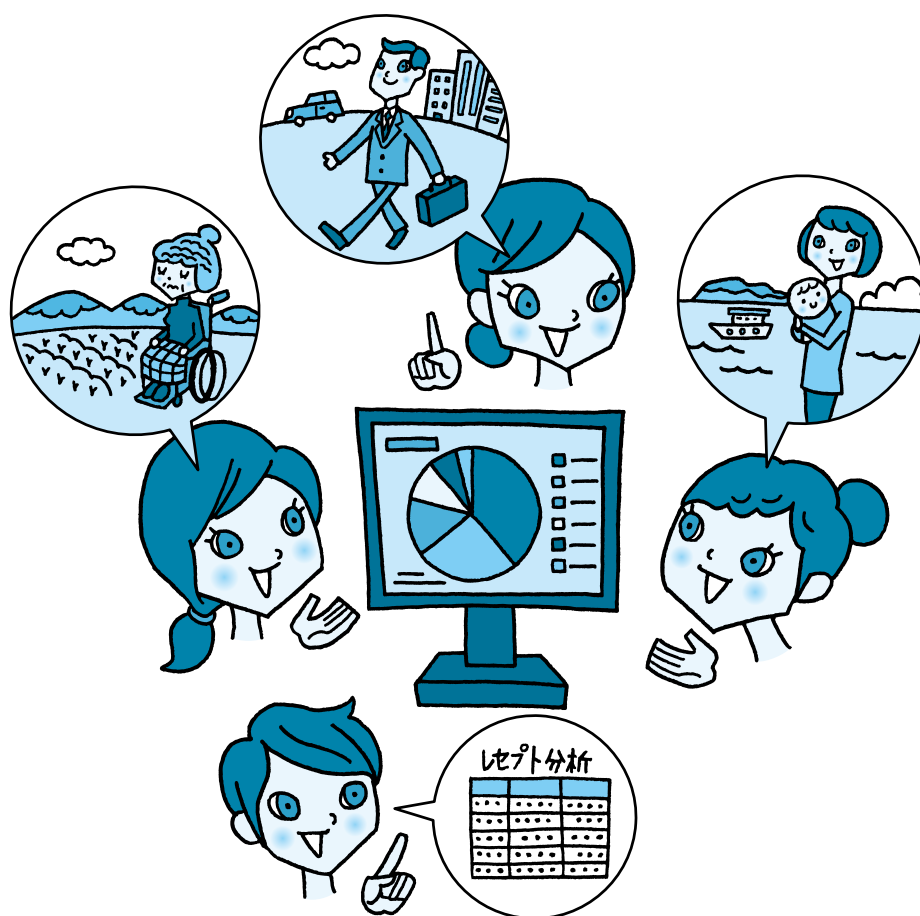
- ・ある病気（ある種のがん、脳卒中など）による死亡、罹患が多そう：死亡、罹患
- ・ある病気（高血圧、糖尿病など）で治療している人が多そう：有病、治療
- ・塩分が高い、甘いものをよく食べている、運動をしている人が少ない：生活習慣
- ・健康に対する意識が低い、病気があっても治療をしないで放置している人が多い：住民の健康意識や受療行動
- ・住民間のつながりが何となく薄い、新しい住民が多く、地域への愛着がない：ソーシャルキャピタル
- ・こんな地域になってほしい、地域の人にはこのようなことで健康問題に取り組んでほしい：健康問題の解決策や対応

「思い」をデータで裏付ける

保健師の「思い」は、本当に住民の健康問題なのでしょうか。具体的な事業に結びつけるためには、主観的な思いを客観的なもの、すなわち、数値（データや統計）として示し（＝見える化）、他人を説得させなければなりません。

地域診断のためのデータや統計として、人口動態統計、特定健診・保健指導のデータやレセプトを含むKDBなどの定期的集められているものもあれば、住民を対象にした健康調査（アンケート調査）などもあります。利用できる健康情報にはどのようなものがあるのかを把握し、その中から有用なデータを選び出し、分析し、「思い」を数値や図表として示してみましょう。

しかし、「思い」はデータで裏付けるのはしばしば容易ではありません。「思い」を吟味したり、逆にデータを分析しなおしたりする作業が必要となります。また、そもそもデータは多面的で、同じデータでも見方によって解釈が変わってきます。多量のデータを分析し、その中から意味のあるものを抽出するためには、ある程度「ヤマ」をはって分析する必要もあります。その「ヤマ」ともいえるのが「思い」で、データの分析と解釈の過程で重要な役割を持っています。



2. 明確な事業目的の設定に必要なこと

目的は「保健事業の成功により、数年後に実現している改善された状態」、目標は「目的達成に必要な達成目標」とされます。あるいは、目的は「目指すべき的（まと）」、目標は「目指すべき標（しるべ）」と言えます。目的が抽象的で、しばしば数値で表せないものであるのに比較して、目標はより具体的で、しばしば数値で示すことが期待されます。さらに、目標は、短期的（1～数年先）なものの中長期的（5～10年先）なものに分けることもできます。

目的と目標の主語は？

保健事業の目的として、多くの場合、医療費の適正化や患者数の減少などが設定されます。これらは、行政としての目的ですが、忘れてはいけないのが、保健事業の主役である“住民”です。表2に目的と目標の例を示しましたが、目的や目標の設定に当たり、保健事業の提供者である行政ではなく、保健事業の受け手である住民を主語とした目的や目標を設定することもできます。住民を主語とした目的を立てることで、住民の健康を支えるために保健師として行うべきことや目指す方向性が明確となるでしょう。

表2 目的と目標の例

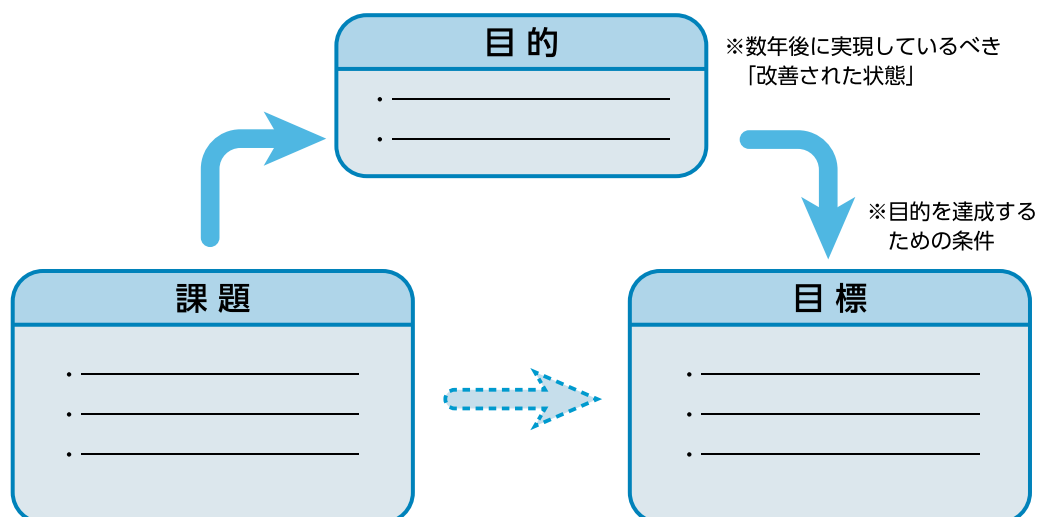
事業	目的	目標*
糖尿病性腎症重症化予防	糖尿病患者への医療提供、保健指導により、病状をコントロールでき、糖尿病性腎症患者や糖尿病が悪化する患者の減少、糖尿病や透析の医療費の伸びを抑制する。 (住民) 医療機関の受診と血糖のコントロール (行政) 患者数の減少、医療費の適正化	短期：未受療者の減少、コントロール不良者のHbA1cの改善 中長期：糖尿病患者の減少、糖尿病性腎症患者の減少、透析導入者数の減少、糖尿病関連医療費の伸びを抑制
特定健診・保健指導	特定健診・保健指導により、メタボリック症候群を減少させ、生活習慣病関連の医療費の伸びを抑制する。 (住民) 健診の受診と保健指導の利用によるメタボリック症候群の予防 (行政) 生活習慣病関連の医療費の適正化	短期：特定健診・保健指導実施率の向上、保健指導利用者の体重・腹囲・体脂肪率の減少 中長期：被保険者のメタボ該当者の減少、生活習慣病関連医療費の伸びを抑制

*数値目標は別途設定する必要がある

目的と目標は合理的であること

目的と目標の設定にあたり重要なのは、目的、目標、事業内容が“理に合っている”（合理的・論理的）ことです。その事業によって、その目標は達成できるのか、そして、その目標を達成することで目的は達成できるか、事業から目標、目的までの流れが合理的でなければなりません。その流れが理に合っていないければ、事業を一生懸命に行い、例えば、予定していた参加率が得られたとしても、結果的には目標や目的は達成することはできないかもしれません。目的に合った目標を設定し、その目標を達成させるための事業を考えます。

目的・目標設定のワークシート



課題に基づき、数年後に実現しているべき「目的」を設定し、さらに、目的を達成するための条件である「目標」を設定する。課題と目標は対応している必要がある。

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン，国民健康保険中央会（一部改変）



図3 目的と目標設定のためのワークシート

コラム

保健事業のエビデンス

医療や保健の分野で、しばしば“エビデンス”という言葉が使われます。一般的に、エビデンスとは、効果の科学的な根拠のことを言います。例えば、無作為割り付け試験（RCT）で、対照群（コントロール群）に比較して、治療群が有意に改善した、あるいは、メタアナリシス（システマティックレビュー）の結果として効果が確認された、などがあれば、強固なエビデンスがあることとなります。病院での治療と異なり、地域での予防活動は、こうした研究が行われにくいこともあり、エビデンスが確立していないことも多くあります。特定健診・保健指導についてはその効果の検証が厚生労働省の設置したワーキンググループにより進められています。専門家としての知識を最大限活かして、エビデンスを探し、できるだけエビデンスに基づく事業を考え、それによって期待される目標と目的を設定すること、そして、自分たちの行った事業でどのような効果があったかを検証することが大切です。

コラム

戦略と戦術

しばしば、「戦略 strategy」と「戦術 tactics」という言葉が使われることがあります。戦術も戦略も目的を達成させるためのものですが、一般に、戦略>戦術とされます。糖尿病予防が目的ならば、たとえば、戦略は「重症化予防」、戦術は「健診勧奨、医療機関受診勧奨、個別保健指導」などとなります。戦略は“対策”、戦術は個別の“事業”や“プログラム”といっ
てよいでしょう。大切なのは、目的、戦略、戦術をひとつの方向に向けて、“戦略”的に取り組むことです。

3. 健康課題を事業化する

既存事業の棚卸し

新しいことを行うためには、これまでやってきたことを見直す必要があります。新規事業を始める前に、これまでの事業を見直してみましょう。

保健衛生部門でも、国保部門でも、多くの保健（予防）事業が実施されています。行政内部、外部の専門家を含めた組織などできちんと管理され、評価されていることもあります。成果が評価されることなく漫然と続けられていることもあるでしょう。また、それぞれの部門間あるいは部門内で、同じような事業が実施されたり、効果を高めるために連携が必要である事業もあつたりするでしょう。

棚卸し・評価の視点は、事業の目的、目標、対象、実施方法、そして、効果などです。期待された成果が出ているのか、問題点は何か、そして、このまま継続すべきか、見直すべきか、いっそ中止すべきか、あるいは、新たに始める事業とどう整合性をとるか、関係者と意見交換する機会を設けましょう。

健康課題の設定

健康課題を設定するためには、課題と考えるものを言語化あるいは見える化し、それが課題であることを他の関係者に説明する必要があります。

課題を取り上げる場合、いくつかの切り口があります。表3にまとめたように、疾病、生活習慣、人、地域という切り口、さらに、その組み合わせもあります（壮年期男性の糖尿病、など）。まずは、ひとつの課題に絞らずに、いくつかの課題を設定し、それが本当に課題であるか、どれが優先的に取り組む課題であるかを、データを分析したり、関係者と議論したりしながら、課題をより明確にしていきます。

表3 課題の例

切り口	課題の例
疾病（リスクファクター含む）	糖尿病、高血圧、脳卒中、心臓病、透析、肥満
生活習慣	食生活・栄養、飲酒、運動、喫煙
人	壮年期男性、30代男性、特定の職業集団
地域	特定の地区

優先順位の設定

地域のいくつかあるいは多くある課題の中から、優先的に取り組むべき課題を考えなければなりません。優先順位は、「問題の大きさ」と「可変性（変えられるか）」が主な基準です。ただ、優先的に取り組む課題、あるいは、実際に行う保健事業の内容は、理論的に優先順位の高いものになるとは限りません。既存の保健事業、取り組み易さ、関係者の関心の高さ、予算などの多様な要因によって、決定されることになります。

コラム

優先順位の決定：問題の大きさと可変性

問題の大きさは、死亡、罹患、有病の他、介護の原因、医療費、などが参考になるでしょう。人口動態統計、KDB等に含まれる医療、介護、健診のデータ、その他のデータから関連する多くの情報を得ることができます。

可変性は、対策によって変化がみられるか、効果があるかです。すなわち、事業を行うことで、死亡、罹患、有病、医療等を減らすことが期待できるかです。一般的に生活習慣病は、生活習慣を変えることによって予防が可能と考えられています。保健指導によるエビデンスはそれほど強固なものではありませんが、地域の保健活動の多くが糖尿病等の生活習慣病を主な対象としていることから、生活習慣を変え、指導と治療を適切に行えば、疾病の発症と重症化の予防ができること、すなわち、「生活習慣病は可変性が大きい（＝予防可能）」が前提となっています。

優先順位の決定方法

		問題の大きさ	
		大	小
可変性	大	優先性大	政治的な目的等で変化を示す以外は優先性小
	小	革新的なプログラムがあれば優先性大	優先性小

(参考：L Green & M Kreuter, Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach 3rd Edition, Mayfield, 1999)

具体的な事業化に向けて

いよいよ、具体的な事業化を考えましょう。戦略と戦術でいえば、戦略の部分となります。たとえば、優先順位の高い課題を一つ取り上げて、以下の項目で考えてみます。優先的課題、目的、目標については、すでに記述した部分を参考にしてください。

- ①優先的課題
- ②現状（優先性が高いと考えた理由含む）
- ③目的の設定
- ④目標の設定
- ⑤対象者
- ⑥考えられる事業

ここでは、ひとつの健康課題に複数の事業をあげることができます。まずは、実際にできるかどうか（実現性）をいったん無視して、目的と目標を達成させるために考えられる事業をできるだけ挙げてみます。事業には、通常、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの方法があり、ひとつの課題に対しても、この二つの方法を組み合わせることが効果を高めるとされています。たとえば、糖尿病重症化予防でいえば、要医療者への介入（ハイリスクアプローチ）も必要であれば、一般の多くを対象にした健康教育や普及啓発活動（ポピュレーションアプローチ）もあり、これらを選択、組み合わせる必要があります。

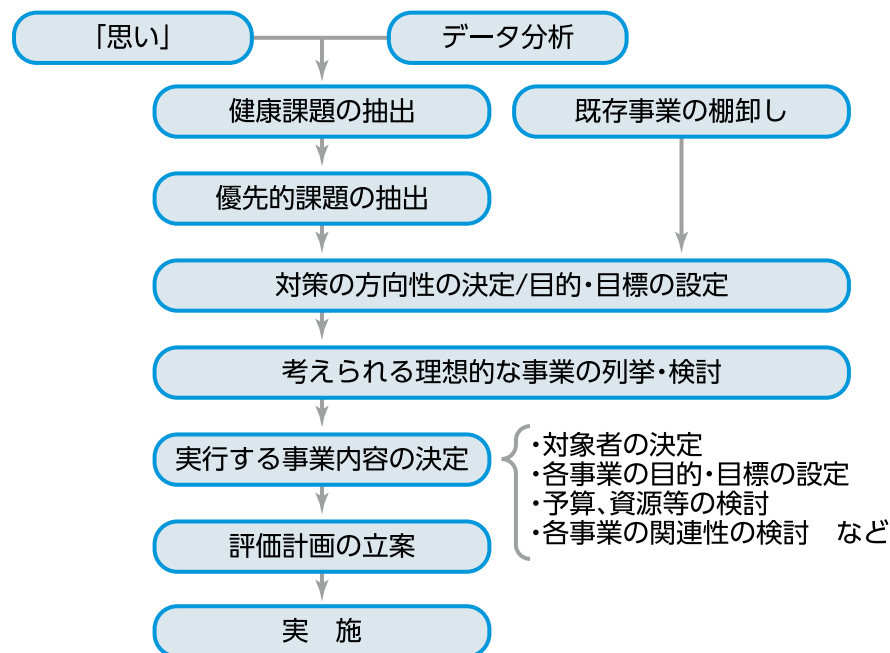
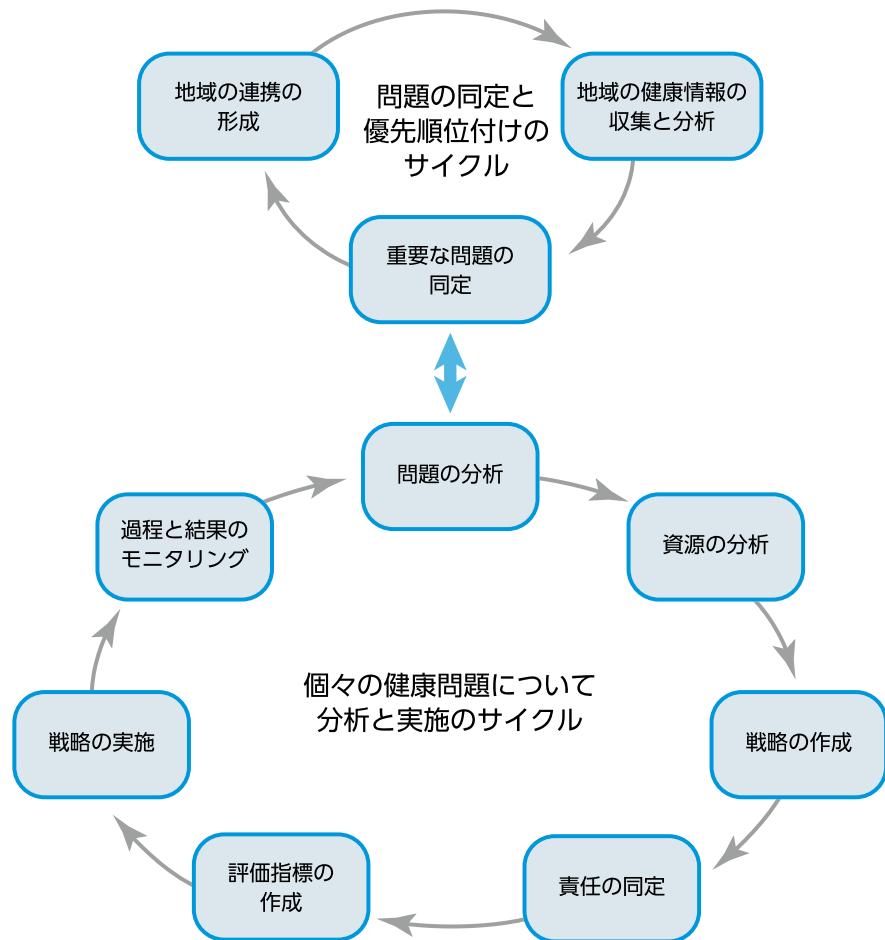


図4 事業計画から実施までの流れ

Community Health Improvement Process (CHIP)

多くの保健活動の理論モデルが提唱されており、そのひとつがCHIPです。この特徴は、PDCAのサイクルをふたつに分けていることです。上のサイクルは「課題の同定と優先順位付けのサイクル」、下のサイクルは「分析と実施のサイクル」です。上のサイクルで、課題を抽出し、その中から優先順位が高く、対策が必要な課題を決定します。対策が必要とされた課題について、下のサイクルで、さらに課題を分析し、具体的な事業を設計し、実施し、評価します。より具体的なPDCAサイクルとして参考になる考え方です。

Community Health Improvement Process (CHIP)



(参考：Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring 1st Edition, Institute of Medicine, 1997)

具体的な事業内容の検討

ここまでで、取り組むべき課題とそれに対する目的と目標を設定し、それを達成させるためのいくつかの事業を挙げることができました。次のステップとして、いくつか考えられた事業の中から、実際に行う事業（プログラム）を具体的にする必要があります。特に、データヘルス計画では、これまでの保健事業とは異なり、対象も内容も自治体・保険者が連携して自主的に取り組まねばならない部分が大きくなっています。既存の事業や先行事例なども参考になりますが、自分たちで、事業の内容を考え、予算を確保する必要性も生じます。

事業内容の立案

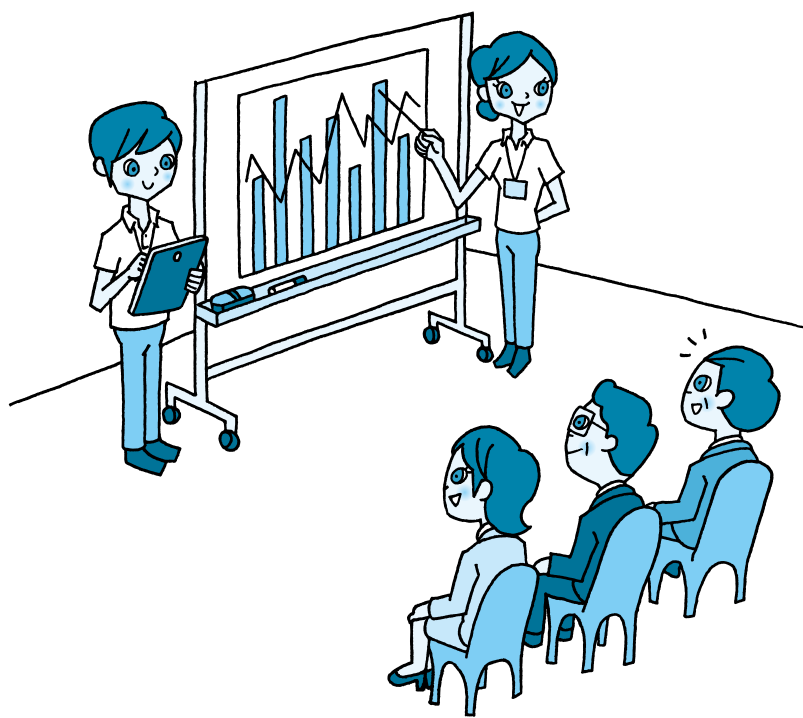
事業の内容は、よく言われる“5W1H”（あるいは“5W4H”）、すなわち、What（何を）、When（いつ?）、Where（どこで?）、Who（誰が?）、Why（なぜ?）、How（どのように?）、How much（いくらで?）、How many（どれくらいの数?）、How long（どれくらいの期間?）を決定する必要があります（これに、Whom（だれに?）も加えることができます）。

具体的な事業につなげるためには、計画策定の段階で、ある程度、これらの内容を考えておかなければなりません。特に重要なのは、(1) 誰に（対象者）、(2) 誰が（実施者）、(3) 内容、(4) 予算、です。

- (1) 誰に行うのか（対象者）：事業の対象はどのような人で、どのくらいの人々が当てはまり、実際に事業に参加する人はどのくらいいるのでしょうか。例えば、KDBなどのデータを使えば、対象となる疾患で治療中の人の人数、健診である基準を満たす人の人数などを把握することも可能です。それらの数値を参考として、対象者のおよその人数、その中からの参加人数が想定できます。
- (2) 誰が行うのか（実施者）：行政（特に国保部門）は、保健事業を行うための資源（特に人）を持っていません。そのため、保健事業を外部の組織に委託することもあります。行政内の保健衛生部門、医師会や医療機関、職能団体（看護師、栄養士等）、住民組織、民間事業者などがそれに当たります。
- (3) 内容：健康教室や保健指導ひとつをとっても、さまざまな内容が考えられます。考えられる実施者、大学等の専門家等と相談しながら、内容を詰めていきましょう。
- (4) 予算：事業を行うためには自治体単独での予算化等、予算が必要です。予算を獲得する場合、事業の必要性や期待される効果を説明する必要があります。国の助成を検討する場合には、要件等を必ず確認し、申請可能であるか否かを検討しましょう。

「誰と行うか」

実施に当たっては医師会や医療機関の協力は不可欠ですし、対象者（特に重症化予防の場合）の多くはすでに医療機関で治療をしているかもしれません。データ分析、計画策定や評価にあたっては、大学・研究機関や都道府県国保連などからの支援が助けになります。地域の専門職集団あるいは住民組織は貴重な資源です。地域には、どのような資源があり、活用できるのか、計画の段階（できれば地区診断の時点）から把握し、計画立案の工程で巻き込んでいく必要があります。



保健師レポート ————— 愛知県瀬戸市健康福祉部国保年金課給付係 主査 大島亜友美

瀬戸市の基本情報（平成27年4月現在）

- ・人口：131,269人 ・高齢化率：27.4% ・合計特殊出生率：1.23（平成25年度）
- ・国民健康保険加入者数：31,205人、加入者割合：23.8%
- ・特定健診受診率：46.4%、特定保健指導実施率：27.2%

国保部門単独配置3年目の私は、加入者への保健事業に追われる日々でした。データヘルス計画作成が求められ負担を感じた一方で、自分の視点が保健部門にいた時と比べ少し変化したことに気付きはじめていました。住民一人一人の健康増進を理念とすることには変わりはないのですが、医療給付費がいかにも莫大な金額かを知るにつれ、多くの方が病院にかかった結果、医療費が増大すれば制度の維持も難しく、保険料が増額し、その結果住民（加入者）負担が増すことを防ぎたい、加入者の現状を知りたいと思うようになったことです。また、保健部門の保健師と、「今までやってきた保健事業は本当に市民のためになっているのか、最近やりがいを感じられない」と話した矢先だったので、「この計画作成プロセスは部署を超え、保健事業を立案・展開・評価するきっかけにしたい」と考えました。

いざ分析をと意気込んでみたものの、膨大なデータを見ても住民の顔が浮かばず楽しくありません。どうしたら私が今まで出会った住民の声や実態とデータを結びつけられるのかを学びたいと思い、研修に参加しました。研修資料を片手に事務職員とも相談しながら多くの加入者が罹患している疾患、医療費が多くかかっている疾患を調べていくと、特徴が少しずつ見えてきました。例えば著しく高額な医療費がかかった人のレセプトや健診受診歴を見ていくと、健診や治療を受けている方が多い現状がありました。それをきっかけに加入者の声を積極的に拾うようにしました。高額療養費の相談のため窓口を訪れた方にお声をかけると、家族の入院や手術への不安を抱える方が多く、保健師として家族支援のきっかけとなりました。また、度重なる勧奨をうけ初めて健診に足を運んだところ重篤な疾患が早期に発見されたと感謝の気持ちを伝えに来てくれた方、保健指導を受け自信を取り戻した方などの声が聴けたことから、データとは個々の住民の生活の積み重ねであり、とても大切なものを感じられました。

保健衛生部門の保健師たちは、当初「保健衛生部門は住民全体を対象とするから国保加入者を中心に事業展開は考えにくい」と感じていました。それは国保部門に配属された経験のない保健師たちにしてみれば当然の感覚だと思います。そこで、保健衛生部門課長の協力も得て、年代別に住民の国保加入率や医療費を図式化して示し、共有するようになりました。特にがん対策の主管課の保健衛生部門にとって、国保加入者のがんの医療費データ分析や事業化は理解が得やすく、互いに協力して計画作成に取り組むきっかけになりました。

一連の過程で学んだことは、「どこに配属されていても保健師は住民の生活に介入できる。」ということです。そのために事務職や他部門の保健師と意見を交わしあう必要があるのです。共通作業を通じお互いの領域に重なり合っていくからこそ、見えてくる住民の姿があります。立場は違えども住民のために職務を遂行していることに変わりはないのです。データヘルス計画を作成するプロセスは、住民の姿を関係者で共有する絶好のチャンスでした。今後保健事業を展開していく中で、どんな新しい発見に出会えるか楽しみにしています。

4. 目的に合った評価指標の設定

評価するうえで重要なのは、事業に期待された効果はあったのか、効果があったとするとそれは事業のためか偶然か、効果がなかったとするとなぜか、を明らかにして、それを次につなげることです。自分たちが行った事業が成功したのか、失敗したのか、失敗したら、なぜ、どの段階で失敗したのか、などを知ることが第一の目的です。

また、多くの公的予算を使っている以上、責任（アカウントビリティ）が発生します。住民から、議会から、上司から、その事業は行う意味はあるのか、効果はあったのかを問われた時に答えることができるためには、評価（特に数値的な）が求められます。

評価指標の4つのレベル

ドナベディアンは、医療の質について、3つの段階での指標を提示しました（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）。これをもとに、保健事業では、4段階（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）に分けて評価を行うことが慣例になっています（表4）。

表4 保健事業の評価指標の分類

分類	概要	例
ストラクチャー (構造)	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価	職員の体制、予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用等
プロセス (過程)	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価	情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等
アウトプット (事業実施量)	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価	健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等
アウトカム (結果)	事業の目的や目標の達成度、または成果の数値目標を評価	肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等

(参考：標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】，厚生労働省)

評価指標の設定

事業計画の立案にあたり、この4つのすべての段階で評価するのが理想的です。現在、公的事业においても評価が重視され、数値目標の設定とその評価が求められています。これまでの保健事業では、アウトプットとして、受診率や利用率は用いられてきましたが、アウトカムでの評価も必要とされています。すなわち、その事業を実施した結果、住民の健康状態は改善したのかということの評価するということです。これは、死亡、罹患、有病、介護などの健康水準の他、生活習慣、あるいは、医療費などを含めることができます。

一方、アウトプットやアウトカムを生み出す入力としてのストラクチャー、過程としてのプロセスもきちんと把握しておくことも大事です。

評価指標は、事業内容の決定前に設定した事業の目的と目標に合ったものでなければなりません。目的と目標が達成されていることを評価できる評価計画になっているか確認してみましょう。行政の目的・目標（医療費など）、住民の目的・目標（健康やQOL）の両方を数値化してきちんと評価できるように、評価計画を策定するとともに、今一度、事業の目的と目標を確認します。

どの指標が重要か

保健事業が健康水準の向上を目的としている以上、アウトカムが一番重要な指標です。しかし、多くの場合、アウトカムまで成果が表れるには、ある程度の時間がかかります。たとえば、透析導入者の減少や医療費に影響するのは何年もかかるでしょう。さらに、アウトカム（死亡や罹患など）は、保健事業以外にも多くの要因の影響を受けます。時間が短かったり、他の要因の影響を受けたりするために事業の成果がアウトカムまで表れないような場合でも事業の評価を行うためには、アウトプットやプロセスが重要となります。

指標の設定は論理的でないといけません。ある事業を行うと、こうした過程で、こういうアウトプットが期待され、そのアウトプットはこのアウトカムに結びつくという論理的な流れを作ることです。たとえば、保健指導の機会を設定し、標準的な方法で行い、保健指導の利用率が高くなれば、生活習慣が改善し、生活習慣病が減少するという流れです。この流れが論理的でないと評価はきちんと行われません。論理的であれば、アウトカム評価まで到達しなくても、アウトプット評価で十分かもしれません。

目標値の設定

具体的な数値目標はどのように設定するのでしょうか。例えば、疫学的なデータから設定することもできますが（例：がん対策推進基本計画の死亡率）、多くはそうした疫学的データは欠いています。その場合、経時的なデータの変化を基にしたり、国や県あるいは他の保険者との比較、あるいは、理想的な状態を想定したりして、設定することもあるでしょう。数値目標の科学的妥当性の程度はさまざまですが、重要なのは、何らかの根拠をもとに数値目標を設定していただくことです。

評価の実際

実際の評価は、既存の統計資料やデータの他、保健事業のデータを独自に解析する必要もあります。また、既存の統計で得ることができない場合には、調査（例えば、住民へのアンケート調査）でしか把握できない情報もあるかもしれません。事業の計画の段階から、評価計画として、どのようなデータをどうやって得るかも考えておかねばなりません。

コラム

目標は SMART に

数値目標の条件として SMART があります。すなわち、目標値は、

- Specific（具体的で）
- Measurable（測定可能で）
- Attainable（達成可能で）
- Results-oriented（結果重視で）
- Time-bound（期限が明確）

でなければなりません。この条件をすべて満たす目標値を設定するのは容易ではありませんが、できる範囲で SMART な目標値を設定しましょう。

5. 組織内外の連携・協働とその資源

質的データ・量的データを把握したうえで、健康課題を明確にし、解決するには、多職種や組織内の理解、連携・協働が不可欠です。ここでは効果的な取り組みのためのストラクチャーと、その要素として組織内の連携・協働が重要であることを、取り組み例を含めて紹介します。

(※ストラクチャーとは、構成している因子・要素等によって形づくられた構造です。)

効果的な取り組みのためのストラクチャーと3つの要素

標準的な健診・保健指導プログラム新事例集^{注)}でも、PDCAに沿って事業を実施・改善を図った結果、特定健診や特定保健指導の実施率等が向上している取り組みを紹介しています。読んでいくと、そのストラクチャー（構造）に共通する効果的な取り組みのヒントが見えてきます（図5）。効果的な取り組みにつなげるには、組織横断的に連携協働できるような「組織体制の整備」や、KDBの導入といった「物的資源の整備」、そしてそれらをうまく活用し、活動を展開できる「人的資源」として、人員の配置や人材育成が必要な要素といえます。

注) 標準的な健診・保健指導プログラム新事例集 平成25年版

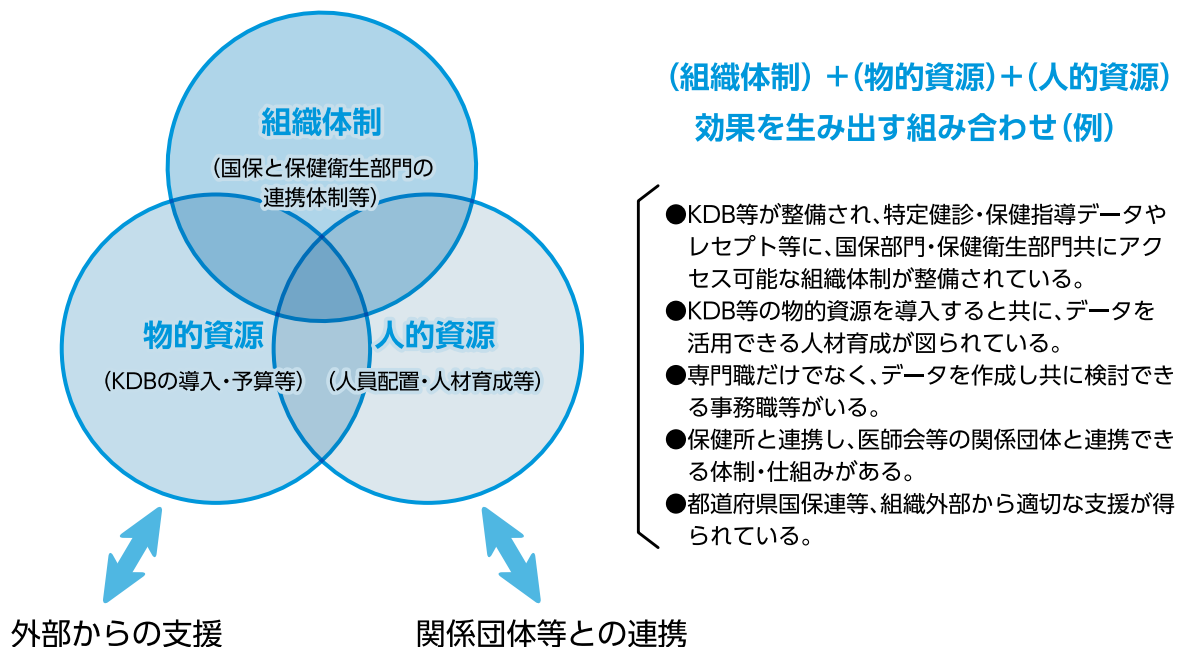


図5

効果的な取り組みのためのストラクチャーとその要素

現状では、市町村等において、効果的な取組みの要素がすべて揃っているとは限りません。むしろ「ない」ことばかりかもしれません。しかし、「いま、ないこと・モノ」を探すのではなく、自組織に「いま、あること・モノ」を認識し、「いま、ある自組織の強み」をさらに生かし、その上で「いまはないもの」、「自組織の弱み」をできるかぎり減らし、効果的な取組みを組み立てるという発想が必要です。

効果的な取組みのための「組織体制」づくり

組織内外の連携では、国保部門はもとより、保健衛生や母子保健の担当課、介護保険や高齢担当課、生活保護担当課や、さらにはまちづくり担当課などの部門も含め、広く連携・協働が図られることが必要です。また、県・保健所や都道府県国保連、大学等との連携や協働も重要です。

連携・協働は「データのやり取り」や、「自部署が企画した事業を他部署に了解してもらう」ということには、とどまりません。データを分析しアセスメントを加え、本当に必要な事業を企画するには、違った視点や背景を持つ人々が集まり、意見を出し合い、既存の保健事業を検証し企画することが必要です。

健康課題や地域の人々の生活習慣は、気候・風土、歴史や文化、交通・経済（産業）・社会資源や地域の人々のつながりなど、さまざまな要因が複雑に絡まって成り立っています。保健師等の専門職だけでなく、異なる所属・立場の人が集まり共にデータをみることで、より広がりをもって検討できます。

加えて、健康課題は時代と共に、より複雑になっています。ひとつの担当部署だけで考えている、健康課題を解決できない時代となりました。

関連するデータや日ごろの業務や自身の生活の中で感じている感覚や経験（質的なデータともいえます）を、さまざまな分野から持ち寄り、分析し、それぞれの視点で意見を述べ合いアセスメントする必要があるのです。

“連携・協働”って何？

図6をご覧ください。これは、日本看護協会が、平成27年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業の一環として、データヘルス計画の策定を通して、データを活用し保健事業を企画し評価するパイロットスタディーを実施した際の図（モデル）です。

庁内組織からは、一見、データヘルス計画には直接、関与しないような課にも、可能な限り話し合いに参加してもらい、データの読み取り・アセスメント、事業企画に意見を求めました。各県国保連合会、県・保健所の保健師にも参加を得て、話し合いを行いました。

パイロットスタディーでは、ヘルスデータを十分読み込み、必要な対策を効果的に企画実施するために、住民のさまざまな課題に対応している各担当部署、それを行政の上位計画に反映したり、まち

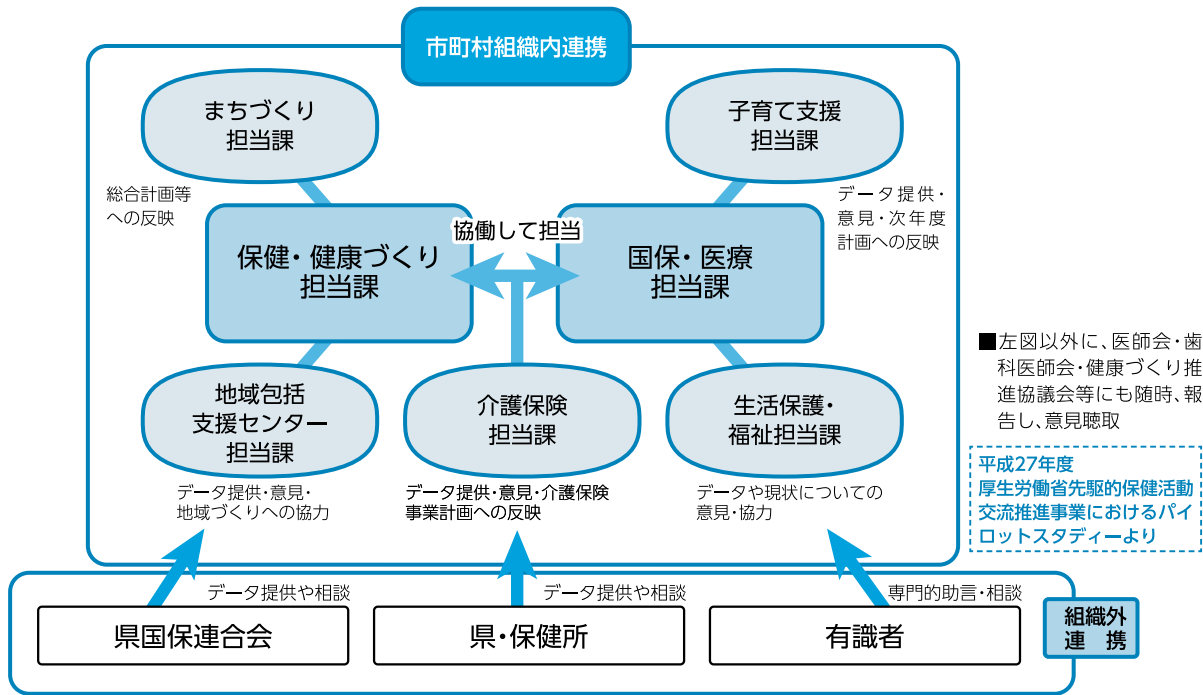


図6 データヘルス計画策定の検討に関与した組織（例）

づくりに活かせる部署、近隣市町村の実態にも詳しく、公衆衛生の専門的な見地で支援のできる保健所、県内データとの比較なども含め国保の情報・分析にすぐれた各県国保連合会、そして大学等、医療・公衆衛生に優れた有識者といった組織・人が必要とされました。

できるかぎり庁内外の組織・人の理解と協力を得ることが、データヘルスを活用した保健事業成功の秘訣です。

- “連携”によって、様々な角度から意見が得られました。下記は、その一例です。
- これだけ医療費が財政を圧迫しているので、どうにかそれを減らしたい。〇〇を分析して図表にしてみます。工夫して誰が見ても分かるものに、作り変えてみます。(国保部門 事務職)
 - 住民の顔を思い浮かべると、「予防」の視点から対策を考えていきたい。△△地域には、推進員のAさんたちがいる。協力してもらえるとるので、説明します。(保健衛生部門 保健師)
 - 地域の基幹企業の従業員”家族”の健診受診勧奨や健康づくりについては、企業に協力を求めています。まちづくり担当課が話しを持っていきます。(まちづくり部門 事務職)
 - まちの企業組合を活用してはどうか。理解・協力が得られると思う。(まちづくり部門 事務職)
 - 総合計画や戦略に盛りこめるのではないかと。市民に発信していきたい。(企画部門 事務職)
 - 地域医療連携の一環として、医師会との調整を図ってみたい。(保健所 保健師)
 - このデータは地域の状況（質的データ）から見るとどう読み解けますか。その視点で、KDBを活用してさらに詳細に分析してみます。別のデータで裏付けることができるかもしれない。(県国保連合会)

上記は、組織内外の協力が、「住民の健康課題を、データに基づいて明らかにしよう」「明らかになっ

た健康課題は、「どうやったら解決できるのか」「どこが、何を、どうすればよいのか」、それぞれの立場から考えられること・できることを出し合うことで、各々が役割をもって“協働”することができる、その大事な基盤となったことをあらわしています。データが揃えば自動的に健康課題が出てくるものではありません。むしろ、数字をどう読み込むのかが重要なのです。

ところで、「連携・協働が必要と分かっている、みんな忙しいので気が引ける」「自部署（自分）が頑張れば、何とかなるし」と思っている方はいませんか？ 多忙な他部署と調整に時間をかけるよりは、自部署内で課題を抽出・分析、計画策定したほうが、一見、スピーディに進んでいるように見えるかも知れません。「計画書をつくること」が目的なら、それでもよいかも知れません。

しかし、本当の目的は、健康課題をよりの確にあぶり出し、効果的にアプローチし、解決することにあります。多様な角度から分析した課題を、多彩な手段・機会を通し効果的に実施し、成果につなげるには、多くのアイデア・理解と協力（融通や便宜、支援）が必要なのです。そして、その結果、得られる成果は、担当者や自部署が汗水流して取り組んだだけでは、なかなか到達できない奥行きと広がりを持つ可能性があるのです。

人は、きっかけはどうあれ、ある物事に自身で関わると、それが他人事ではなくなり、時に愛着が湧き、成功のためにできることをしようと思うようになります。ましてや、人々の健康に役立つことは、本来、誰にとってもうれしいことです。現代は、多くの人々が「役に立ちたい」という思いを抱いている社会なのです*。その思いを上手に引き出し、みなが活躍できる場を工夫し、共に成果を喜び合える関係づくりも、保健師の大きな役割のひとつです。

*内閣府 社会意識に関する世論調査平成 26 年
<http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-shakai/2-1.html>

●高知市に学ぶ！

——庁内での体制整備を行い、データと地域の課題を結びつけた対策へ——

実際に“連携”し、必要な生活習慣病対策につなげた高知市の事例を紹介します。

人口約 34 万人の中核市である高知市は、国保部門と保健衛生部門が連携し、平成 27 年 7 月にデータヘルス計画を策定しました。しかし、特定健診・保健指導が開始となった平成 20 年当初は、特定健診を国保部門が担当、保健指導を保健衛生部門が担当し、十分な連携があるとはいえない組織体制でした。また、虐待対応を含めた母子保健、介護予防等の業務も重なっていたことから、特定保健指導は外部機関に委託で実施していました。特定健診の受診率が約 25% と低迷する反面、一人当たりの医療費も全国平均を上回り、国保財政を圧迫。介護保険給付費も年間 10 億円ずつ増加するなど課題は山積でした。平成 23 年頃には、国保部門、保健衛生部門の双方が「協働体制の強化が必要ではないか」という共通認識を持つようになりました。平成 24 年には高知市健康づくり計画を策定し、健康課題として循環器疾患対策が掲げられました。平成 25 年には国保部門、保健衛生部門が共に「専門職の仕事術～健診から始まる健康づくり～」と題し、事務職も管理職も担当職員も、共に同じ研修会に参加したほか、先進地の視察にも同行するなど、課題意識のすり合わせを繰り返し、その必要性を部長など上層部に、ありとあらゆる機

会を通して発信するようになりました。

その結果、平成26年度には、35年ぶりに国保部門に保健師が配置となりました。また、国保部門の保健師と、保健衛生部門の管理栄養士・保健師の各1名が両課の兼務発令となり、生活習慣病予防・重症化予防を推進できる体制整備が実現しました。国保部門は医療費分析データ等を整理し、そのデータを元に両部門での話し合いを繰り返しました。その中で「脳血管疾患・虚血性疾患・慢性腎不全などの重症化した病気で死亡する者の割合が全国に比べて高い。特定健診ではやはり、肥満やメタボの人が多い。この地域の早食いや、多量飲酒が要因のひとつではないか」など、国保部門のデータと、保健師や管理栄養士が認識している地域の人々の生活習慣や課題が結びつき、重症化予防対策とハイリスク保健指導の実施や、受診率向上対策など、必要な保健事業につながりました。また、高知県国保連合会の支援や国立保健医療科学院の支援も大きな力となりました。

高知市が効果的な生活習慣病予防の取り組みを行えるようになったのは、庁内の体制整備を行うと共に、外部からの支援も上手に取り入れたことにありました。

高知市の取り組みのポイント…

- 1 国保部門と保健衛生部門が共に、住民の健康課題に向き合い、早急な解決が必要だと認識した
- 2 研修会や先進地視察を共に実施し、専門職も事務職も一丸となって課題を共有した
- 3 両部門が共に、市の上層部に機会あるごとに粘り強くプレゼンし、課題解決の必要性とその方策を訴えた
- 4 体制整備の必要性を認識し、その実現に向け、保健師・管理栄養士の活用を訴えた
- 5 県国保連合会など、外部の支援を上手に活用した

いまある“強み”を活用する

行政機関などでは縦割の傾向にあり、他部署が自部署の業務に介入することを好まないことがあります。業務によっては、情報伝達や効率化に役立つ場合もあるでしょう。しかし、健康課題の解決に向けた企画・事業化は、分野を超えて協働してこそ、解決が可能です。

前述のパイロットスタディーでは、市町村長の特命で“連携推進のお墨付き”を得て、保健師が、課を越えて庁内の連携調整を図った自治体もありました。長い歴史の中で培ってきた組織体制の中で、一度に理解を得るのは大変難しいものです。でも、もう一度、周りを見渡してみましょう。自組織の良さが必ずあります。それは、「必要だよな」と理解を示す上司であったり、「KDB 帳票なら、出せるよ」という国保部門の存在かも知れません。

人はいま、自身の掌にある宝物の存在を忘れがちです。いまある宝物を再度、見つめなおし、たとえば手探りでもその宝物を磨きながら、できるところから連携体制の構築を試みることに。それが、必ず住民の健康につながることを信じて、つながりを持って前に進んで行きましょう。

伊豆の国市の基本情報（平成 27 年 4 月現在）

- ・人口：49,787 人 ・高齢化率：29.6% ・合計特殊出生率：1.36（平成 21-24 年度）
- ・国民健康保険加入者数：15,647 人、加入者割合：31.4%
- ・特定健診受診率：41.5%、特定保健指導実施率：動機付け支援 9.3%、積極的支援 10.4%

今回のデータヘルス研修に参加し、実際に既存の事業の整理をする過程で、他部署とのつながりの重要性について改めて気づき、私自身の「連携」の捉え方がより具体的に実行していく必要性を感じました。早速みんなに働きかけ、市の健康課題に同じ方向性を向いて共同して動いていけたらと思いました。自分ひとりでは解決はできないため、勇気を出して統括保健師に自分の思いを伝え、市の保健師間連携と保健所・国保連合会等の外部機関との連携をしたいことを話しました。統括保健師は、特に行政内保健師の連携の必要性を感じていて、保健師連絡会で説明の場を用意してもらえることになりました（保健師連絡会は平成 27 年度から実施）。そこでは、既存事業は市民の健康課題を基に各年代や分野において深く係わり合い結びついていることについて保健衛生部門を切り口として説明し、障害や母子、高齢者の担当保健師からの視点で、どんな問題点や課題・取組みが必要か意見を求めました。他課の保健師にとっては、保健衛生部門としての事業課題であり、協力はするが自分事として自分たちの事業と結び付けて考えることができなかった様に感じました。その反省をもとに市の事業として市全体の問題として捉えることができるような方法を統括保健師・外部保健師・関係機関と相談したところ、内外関係機関が集まる、データヘルス計画策定に向けた会議に参加してもらい、イメージがつくように具体的に例をあげ説明し、地域の現状から健康課題を抽出する作業と一緒に考えていきました。しかし、みんな忙しい上、理解してもらえず否定されるのが怖かったので、自分からは言い出せませんでした。そんな私をフォローし、外部組織の立場から統括保健師を説得し、統括保健師が他部署保健師を招集し、市の問題点を共有することが実現しました。

みんなに忙しくて悪いからと、自分でやってきましたが、逃げていただけだったと反省しました。仲間にきちんと説明し、日常から協働して事業を実施することが業務分担を越えた連携への近道だということ、外部組織が入ることの強みを活かし内部を盛り立てる方法もあることを学びました。

保健師間の思いの温度差はあり、目指すべき連携体制となるには時間がかかりますが、諦めず、沢山の人の支えてもらいながら 1 歩ずつ進んでいきたいです。

連携・協働の上でのステークホルダーとは？

ステークホルダー (stakeholder) とは、企業、行政、NPO 等の利害と行動に直接あるいは間接的な利害関係を有する者を意味し、日本語では一般的に「利害関係者」と呼ばれます。利害関係者というと、利害関係がある者と限定されがちですが、利害がなくても、事業に関係するすべての団体や人を含むと考えてください。

行政でも企業でも、ステークホルダーを把握し、分析し、連携・協働していくことが成功の鍵です。逆に、重要なステークホルダーの理解や協力がなければ、物事はうまくいきません。

ステークホルダー分析

政策を立案し、実践し、成功するためには、“ステークホルダー分析”を行う必要があります。分析方法はさまざまですが、一般に、(1) 考えられるステークホルダーを漏れなくあげる、(2) ステークホルダーを、「影響力の大きさ」と「立場（賛成、反対、どちらでもない）」で分けることが行われます。影響力が大きく、かつ賛成するステークホルダーと連携を取りながら、反対の立場のステークホルダーをケアしながら（できれば、賛成の立場にもっていく）、事業を立案し、実施していくことになります。

保健事業におけるステークホルダー

市町村の保健事業のステークホルダーとして、どのような団体や人を挙げるができるでしょうか。同じ部署の同僚・上司、行政内の別の健康関連部署（国保部門と保健衛生部門）や健康関連以外の部署、県・保健所、医師会等の専門職集団、医療機関（病院、診療所）、大学や研究機関、都道府県国保連、住民の地区組織、商工会などの地域の団体、議会・議員、そして、個々の住民などを挙げるができます。

影響力の大きなステークホルダーの例は医師会や医療機関です。多くの保健事業では、医師会や医療機関の協力は欠かすことができません。しかし、つい行政の内部だけで事業を考えてしまい、医師会や医療機関など重要なステークホルダーとの話し合いがおろそかになり、立案した事業がとん挫することもあります。

ステークホルダーとの連携・協働のために

ステークホルダーを巻き込み、連携と協働を進める方法は一つではありませんが、第一は、ステークホルダーの存在、すなわち、ステークホルダーとの連携・協働なしでは事業を成功できないことを理解し、どのようなステークホルダーが存在するかを把握しておくことです。その上で、できるだけ事業立案の初期の段階から、さまざまなステークホルダーを巻き込んでおくことです。巻き込むためには、例えば、委員会のような公的な（フォーマルな）形でもよいでしょうし、公的ではない、インフォーマルな形もあります。

ステークホルダーがすすんで連携・協働するためには、連携・協働によるメリットはもちろん重要ですが、むしろ、連携・協働の目的、役割あるいは存在意義が重要です。彼らの参画がなぜ必要なのか、それによって、彼ら自身だけではなく、地域や住民にどのようなメリットがあるのかを理解してもらうことが実は一番大切なのかもしれません。常日頃から、地域のステークホルダーとの関係性を大切に、ステークホルダーの存在を尊重している保健師の腕の見せ所です。

コラム

身近で一番大切で、しばしば連携が難しいステークホルダーとしての事務職

保健師として働く中で、事務職との意識や「思い」のずれに悩むことが多いのではないのでしょうか。お作法、常識、使っている言葉などに違いがあります。例えば、国保部門は、事務職員が主流で、これまで、財政的に厳しい国保部門を懸命に支えてきました。その予算は、自治体の会計の多くを占め、保険料率の設定、保険料の徴収、収支の取りまとめなど、財政的な観点が主です。「財政面重視」である事務職と「住民の健康が第一」である健康専門職（保健師など）の「思い」はかなり違うことでしょう。また、保健師は、データの専門的な解釈や効果的な事業の設計などで、健康の専門家としての強みがあります。一方、事務職は、予算の確保や議会対応などでの強みがあるでしょう。それぞれの立場や意識・思いの違いを理解し、お互いの強みを活かし、弱みを補えば、よいチームとして保健事業を進めることができます。

コラム

ステークホルダーとしての国保連合会

大分県国民健康保険団体連合会 事業課 主幹 (総括)
大島 敦子

全国に設置されている国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）の主要業務は、国保・後期高齢者医療の保険者から委託を受け、診療報酬明細書（レセプト）の審査支払業務を行うことです。ここでは、国保連合会保健師が行う市町村保健事業の支援の考え方について述べます。

国民健康保険法に基づく「保健事業の実施等に関する指針」では、保険者以外の保健事業実施者の役割として、「国保連合会は、診療報酬明細書等を活用した医療費分析や保健事業に関する調査及び研究、保健事業の実施体制が不十分な保険者に対する在宅保健師の派遣、保健事業従事者に対する研修等、保険者が行う保健事業を支援する事業を行うこと。」とされています。一方、「保険者はこれらを活用することにより、保健事業の充実を図ること。また、都道府県等の地域において共同事業を行う場合は、積極的に国民健康保険団体連合会との連携を図ること。」とあります。この内、「保険者」は市町村であり、「これら」は保健師のことです。

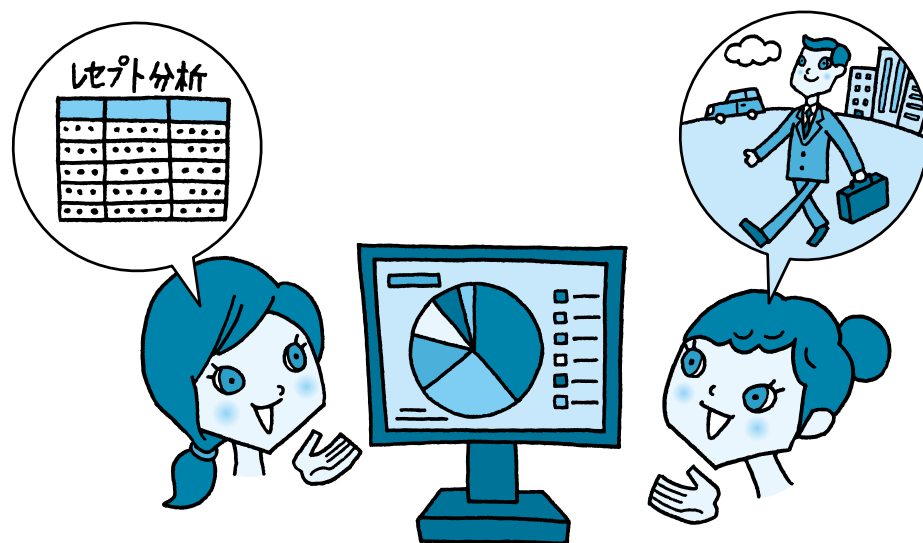
つまり、各市町村は、国保保健師を積極的に活用することとされているのです。これらの役割を果たすべく全国の国保連合会には、現在116名の保健師が従事しており（H.26国保中央会調べ）、各都道府県には2～3名の保健師が勤務しています。そして、保健師は事務職と協力しながら市町村の保健事業を支援しています。都道府県国保連合会の状況にもよりますが、今年度から本格的に動き出したデータヘルスの計画策定や事業評価を行うための支援のほか、保健事業全般の支援として各種研修会の開催、健康・医療・介護にかかるデータの情報提供、特定健診・特定保健指導に関するマンパワー支援、データ分析やデータ活用に関する助言を行っているのです。

都道府県国保連合会は、各市町村（保険者）から委託を受けてレセプトが集まっており、まさに「データの宝庫」です。しかし、国保連合会のデータだけでは、数字の裏に隠されたデータが持つ意味を表すことはとても困難です。国保連合会が持つデータは、市町村と協働することでエビデンスを示すことができ、そのデータを市町村保健師が正確に読みとることができるように国保連合会は研修を企画し、市町村保健師がそのデータを活用して効果的な保健事業を展開できるようにすることが国保連合会にできることです。

昨年度よりデータヘルスの推進を図るため、民間事業者の参入が急速に進んでおり、今後、健診・医療データも様々な角度から分析が進むことが考えられます。加入者が同

意すれば、国保連合会から必要なデータが提供されることも考えられ、国保連合会は個人情報保護に対して安心・安全を守るために、より厳重なデータ管理についての責任が生じます。しかし、どんなに業者が参入してデータを分析しても、市町村にしかわからない地域の状況は、市町村保健師が自分たちの目と手（技術）でしっかり把握すること、それを支えることができるのが国保連合会だと考えます。2015年に全国の市区町村には28,381人の保健師が常勤として従事しています（保健師活動領域調査）。

市町村の保健事業の担い手である保健師が、どこの部署に配置されていても、地域住民のどの健康ステージの人に対しても支援できるよう、国保連合会は市町村だけでなく、医療保険者に対しても頼りになる存在でありたいと考えます。市町村や医療保険者がランナーで、そのランナーの伴走者が国保連合会だと思います。



第IV章

データヘルスと 保健活動の展開

1. データヘルスの活用を最大化するために

土台としての“地域づくり”と“意識づけ”

新たな成長戦略（各日本再興戦略）においても、国民の健康寿命の延伸が求められ、これまで以上に、PDCA に沿った効果的な保健事業の推進が求められています。

住民の健康状態の維持を目的に、データヘルスを活用しながら健康課題を明らかにし、その解決のための事業を立案・実施することが必要です。これは、家に例えると1階が「課題把握と必要な事業の企画」、2階が必要な「事業実施と評価」となり、それらによって住み心地のよい家として「効果のあがる保健事業」となります。しかし、実は他にも保健事業を支える大切な要素があります。

建物には「(普段は見えないけれども) しっかりとした土台」が必要です。同じように効果のあがる保健事業にも、土台・基礎が必要なのです。その保健事業の土台・基礎となるのが、「地域づくり・環境整備」と「個々の住民への意識づけ」といってもよいでしょう。第三者からは見えない部分ですが、地上の建物ばかりに目を奪われることなく、土台・基礎の重要性を認識し、しっかり基礎を固めた上で、PDCA に沿った活動を展開することによって、はじめて効果的な保健事業につながるのです。健康に根ざした地域づくり・環境整備と、個々の住民への意識づけなしには、保健事業で効果をあげることは難しいのです。

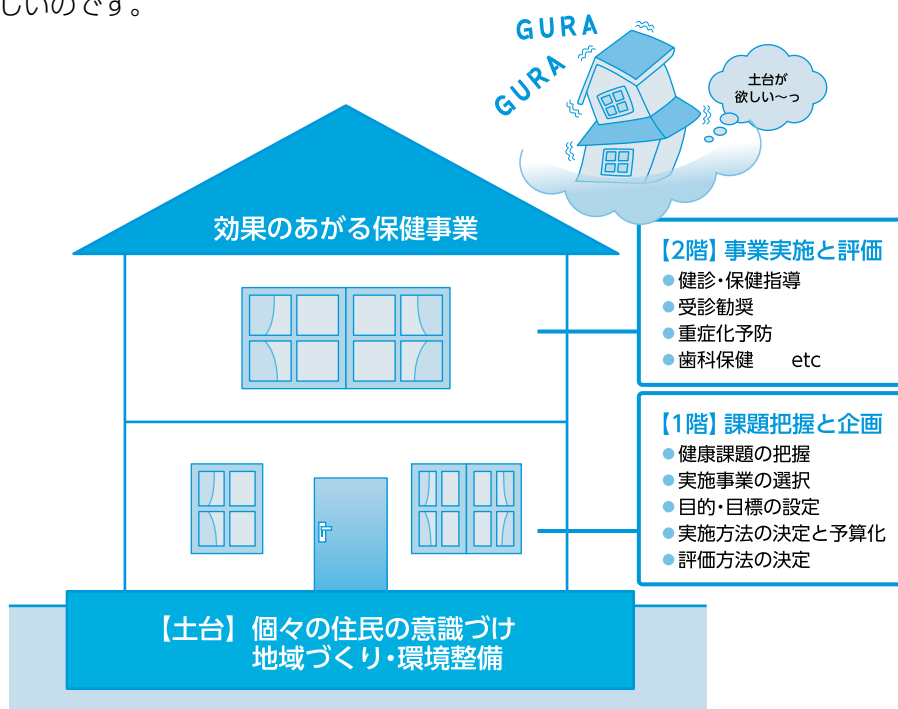


図7 効果のあがる保健事業

地域全体で健診を理解し受診できる土台とは

以前、ある市（国保）の集団特定健診会場で、無作為に受診動機のインタビューをしたときのことです。40代の男性に尋ねると「健診は毎年受けています。自分と家族のために必要です。この地域の受診率は60%なんですか？低いですね。もっと多くの人を受けようにならないと！」という答えが返ってきました。同じ会場に、産後まもない若い母親も、ママ友と赤ちゃん連れで健診にきていました。「この子のためにも、私の健診は必要だと思います。保健師さんにも、勧められましたし、みなさんも習慣じゃないかな」と、笑顔で話してくれました。この地域では、若年健診も市費で行う他、健康づくり推進員活動や、保健師と地域の人々による住民参加型の健康づくりが盛んです。保健事業の必要性をしっかりと伝えられれば、住民は自身に必要なこととして健診を選択するのだと改めて認識する出来事でした。

受診率が60%代の地域と、やっと20%代を維持している地域の違いは、「健診を受けることが、当たり前と思う人が多数、存在する地域になっているか、いないか」の違いです。健診が当たり前と思う住民が多い地域では、健診日には住民同士が声をかけあい、誘いあって受診しています。地域づくり・環境整備とは、その地域全体の意識が変化するような取組みの連続・プロセスです。

これまでも、保健師は全国の市町村で、例えば“健診を通して自身の健康管理ができる地域をつくる”といった活動を住民と共に実践してきました。産業構造などの地域の特性に合わせて、健診が受けやすい季節や日時を設定し、健康づくり推進員と連携し、地域により密着した健康教育を展開、地域の健康資源のマップ化や健康劇の普及など、さまざまな取り組みを通して、個々の住民の意識付け、地域づくりを展開してきました。いま、再び、その重要性が認識されています。

保健事業の成果は、実は地道な地域づくり・意識づけという見えない土台に支えられているのです。

まずは、“自分ごと化”

地域や組織は、「個」の集合体です。地域全体や組織全体を考えると、「個」の意識づけ・アプローチは欠かせません。

「個」へのアプローチでは、個々の対象者が自身の身体を理解し、生活習慣と疾病や健康との関連を自分のこととして理解し行動できるように、“自分ごと化”できるような支援を工夫します。

特に、働く世代は、つい仕事や家族が優先し自身の健康や地域との関わりは、二の次になりがちです。なかなか自身の健康に課題意識を持たないような場合は、「あなたの血圧は、社内の男性中、高い方から3位でした」や「あなたの血糖値は、全体の受診者1000名のうち、高い方から10位以内です」等、具体的な検査結果と所属する集団・組織の中での自身の位置づけを数字で示すことによって、自分ごと化できるような工夫も必要です（多くの場合、「何が影響するのか?」「どうすればよいのか?」

等、逆に質問してくれるようになり、説明に耳を傾けるようになります)。

一人ひとりの対象者が、自身の健康を自分のこととして捉え、必要な行動をとれるようになるには、どのような切り口で支援することが必要なのか、相手の言葉と行動に耳を傾け、効果的な支援につなげることが求められます。

支援者・保健事業企画者は、まず、保健事業の「土台」としての地域づくりと、個々の意識化の双方を意識することが求められます。

2. 保健活動の評価と改善

保健師活動指針^{注)}においても、保健活動の基本的な方向性の10項目のひとつとして、PDCAサイクルの実施が示されています。一般的に、保健活動におけるPDCAは図8と考えられます。データヘルスを活用し保健活動を展開する上でも、このPDCAに沿った活動が重要となります(第1章参照)。

注) 厚生労働省健康局長通知 健発0419第1号 平成25年4月

【Plan：企画・計画策定を手抜きしない】

PDCAに沿った活動を行うときに、もっとも労力をかける段階はどこでしょうか？もちろん、どの段階も重要ですが、「計画」の段階にしっかりと労力をかけることが、PDCAに沿って活動を展開する成否のカギになります。計画の段階において、十分に地域のヘルスデータを分析し、そこに保健師の普段の問題意識を摺合せ、本当にそれが問題なのか現状を見直し、それをどのようにしたらよいのかを考え、その解決のために行うべきことを企画していくことが求められます。その際、単に前例を踏襲するのではなく、「本当はどうあったらよいのか」というありたい姿を描き、関係者で共有するプロセスも経て目的・目標を設定し、実現可能性も勘案した実施計画を策定し、評価の指標と評価方法を設定する、そのすべてを、計画の段階で実施することが求められるからです。

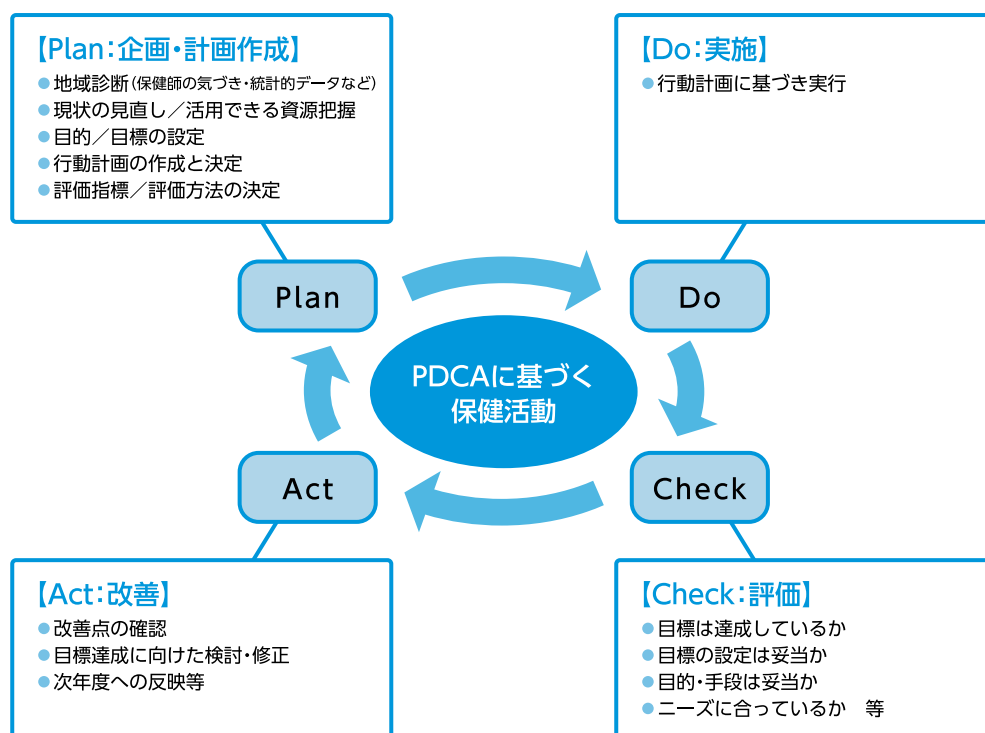


図8

PDCAに基づく保健活動

健康課題がない!? 隠れた課題をデータで発見

ある自治体では、データヘルス計画を策定するにあたり、地区のデータ分析を行いました。住民の長寿を自負する自治体だけあって、SMRにおける生活習慣病罹患率は全国・県内他市町村と比較して低く、一人あたりの医療費も最低額、国保会計も黒字です。介護保険も同様の傾向にあり、住民の健康意識も高く、一見すると大きな健康課題はありませんでした。

しかし、KDBデータと医療費を地道に突合し経年で分析してみると、「医療費が上位の人にはがん検診で発見できる種類のがんが多いこと」、「発症者はがん検診未受診者であること」、「若年者に、よりその傾向がみられること」などが解ってきました。改めて既存の保健事業を見直してみると、がん検診受診率は目標値を下回っていました。一方で、地域の強みとして、住民同士のつながりが強く誘い合って受診していること、がん検診の精検受診率は高く、一度、検診受診につながれば、がん発見につながる可能性が高いことなども見えてきました。こうした結果を元に、健康づくり推進員や地域の企業の協力も得て、住民参加型によるがん検診受診率の向上に向けた取組みを計画することが、効果的ではないかというアセスメントを行い事業計画に反映することとしました。

このように、企画の段階で健康課題をしっかりと分析・アセスメントし、日ごろの保健活動と照らし

合わせ、強みを活かした取組みを計画することで、より健康課題解決につなげていくことができるのです。

別の自治体でも、地区ごとに健康データを分析した結果、BMIは標準範囲であるのに、腹囲が基準値を超える住民の多い地域があることが解りました。保健事業の企画の段階では、「腹囲は、健診機関の測定方法に問題があるのではないか」という疑念がおき「むしろ、腹囲測定方法の周知徹底・研修の企画が必要ではないか」ということも一時、検討されました。しかし、健診データで医療機関ごとに分析したところ、受診した健診機関による差ではないことが判明。改めて生活習慣等に着目して分析すると、「歩かない」「アルコール摂取が多い」といった地域における生活習慣の課題が特性として浮上したことから、この地域をモデル地区として対策を講じることになりました。

このように、データを分析することで、多角的に課題を検証し、必要な対策につなげていくことができるのです。

【Do と Check は評価の“素”】

評価は事業が終了してから、行うものではありません。評価は企画の段階から始まり、保健事業を実施しているときも、常に評価をしながら実施します。普段、忙しいとつい事業の円滑な進捗に集中してしまいがちですが、絶えず評価の素材を整理するべく、“Check”を忘れないようにします。

例えば生活習慣病対策の一環として、健康運動講座を開催するとします。参加者に受講のしやすさや感想、今後、受けたい内容をアンケートしたりするのも“Check”です。同時に受講者の講座受講前の生活習慣や意識などもアンケートで収集しておき、受講後に同じ項目を聞き、その変化をみることで講座が生活習慣の改善に役立ったのか、どのような項目で変化がみられたかを確認しておけば、この講座そのものが、本当に当初の目的に合致しているのかどうか、確認することにつながります。また、そもそも、申込みの時点で「何でこの講座を知ったか」「なぜ、申し込んだか」なども聞いておけば、次の企画の際の広報活動に活かすことができます。

このように、事業を実施“Do”しながらも、絶えず“Check”を行い、この講座は、本当に来て欲しい人たち（ターゲット）の利用につながっているのか、更に講座を改善するにはどうあればよいのか、そもそも生活習慣病対策全体の中でどのような役割を果たせるか等を確認しながら実施“Do”します。

【Act：評価して改善を図る】

前述のように、評価において重要なのは、その事業が課題に対して効果的であったのかどうか、費用対効果なども含めて妥当であったのかどうかを適切に判断できるよう指標・データを、計画策定の段階から、アウトプット（事業実施量等）やアウトカム（結果・成果）としてしっかりと設定することです（第Ⅲ章参照）。

健康課題は、時代と共に変化します。保健事業も「前の年と同じ」こと、「前回と同じことを繰り返す」ではありません。PDCAのプロセスを通して、スパイラルアップしていくことが求められます。

時には事業の実施中に新たな対応が求められる場合もあります。しかし、だからといって、当初の指標は「確認できない・しなくてもよい」ということではありません。新たな課題が発生しても、当

初の目的・目標に沿った指標も漏れなく評価することが必要です。

< 目的・目標を見失ってしまった例 >

●参加者の意向を重視するあまり、目的が違う方向へ

「健診データから、壮年期の生活習慣病対策が急務であることが解った。健康講座を開催することにし、評価のために参加者にアンケートをとった。すると、“心の健康”に関心の高い人が多いことが解った。参加者の数も指標に届かなかったことから、参加者を増やすために次回はメンタルヘルスをメインにした講座を開催したい。」

参加者数という評価指標や、参加者のニーズという評価結果に引っ張られてしまいがちですが、この場合は、本来の目的である生活習慣病対策の上で、この健康講座が適切であったのかという企画の評価から行うことが必要です。

●手段のはずが、いつしか目的に

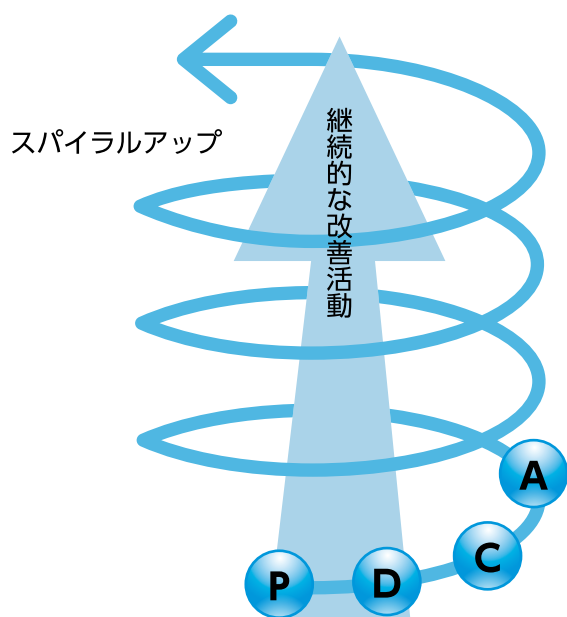
「健康日本 21 への理解を広め働く世代の健康づくりの一環として、健康づくりを実践する企業の募集を企画した。協賛の申し出があった企業については、市が独自に作成した各種パンフレットに企業名を掲載するなどして普及に努めた。当初は、企業内での健康づくりの取組みを奨励・支援するなどして、壮年期における健康づくりが発展するよう見えた。しかし、しばらくすると上層部の意向もあって協賛企業数を増やすことが至上命題となり、企業内健康づくりへの支援は後回しになっていった。数年で協賛企業を数倍に増やすことには成功。数値目標は達成したものの、気が付いたら健康づくりへの取組みが充分とは言えない協賛企業が増えていた。」

これは、本来、働く人々の健康支援のための手段であったはずが、いつしか協賛企業数を増やすことが目的になってしまったことによる残念な例です。しかし、企業とのつながりができたことは、強みです。強みを活かし、改めて初期の目的・目標の達成が望めます。

上記はどちらも、保健事業のプロセスの中で、その時々課題に向き合い、なんとか成果を上げよう、改善しようと考えて行動した結果であって、おざなりに活動していたわけではありません。

しかし、そもそもの目的・目標を元に、評価指標が何であったかを念頭に活動、もしくは微修正しないと、本来、求められていた課題の解決に至らないことを表しています。

いかなるときも、たとえ途中で新たな課題や命題が見つかったときでも、そもそもの健康課題と事業の目的・目標に立ち返り、評価をしたうえで、新たな展開を図ることが必要なのです。



第V章

データヘルス研修の企画

1. データヘルス研修の企画にあたって

保健活動を展開する上では、データの活用が重要であることから、本会では、平成 27 年度厚生労働省保健指導支援事業として、データヘルス研修プログラムを開発しました。

平成 27 年度から平成 29 年度を第 1 期とし、全保険者に対し、平成 30 年度までにデータヘルス計画を作成することが求められている（国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針 改正 平成 26 年 3 月 31 日厚生労働省告示 参照）ことから、このデータヘルス計画策定をひとつのツールとして、保健師がデータを活用して保健活動を展開／発展させ、実効性をさらに高め、力量を強化することを目指しました。

このような背景から、本研修プログラムは、主に自治体に勤務する保健師を対象とし、データヘルス計画を通じて、データ（健康・医療情報）をこれまでの活動の中で得た情報・経験と統合させながら、PDCA サイクルに沿って保健活動を展開／発展させることができるよう、その力量を強化することを目的としました。

なお、本研修プログラムは、データヘルス計画のみならず、他の保健事業計画策定においても、その“計画策定の段階”で活用できるものです。研修企画にあたっては、本研修プログラム（以下「研修プログラム」）が、このような背景のもと開発されたものであるということに留意しながら、国の動き等、その時々状況に見合った形にプログラム内容を改良するなどし、ご活用ください。

研修プログラムの目的

データ（健康・医療情報）をこれまでの活動の中で得た情報・経験と統合させながら、PDCA サイクルに沿って保健活動を展開／発展させることができるよう、その力量を強化する。

研修プログラムの対象

自治体の保健師・事務職等

〈必須条件〉

- ・ 受講にあたり、上司からの推薦が得られる者
- ・ 原則として、集合研修の全日程（2 日間）に参加できる者
- ・ 集合研修の前後で課す、事前課題及び事後課題を提出できる者

〈満たすことが望ましい条件〉-----

- ・保健師（等）としての職務経験が中堅期以降の者
- ・保健事業計画策定や保健事業企画に携わった経験がある／携わっている者
- ・所属組織のもつ健康・医療情報を使って、保健活動に携わる／関わる立場にある者
- ・統計等の基礎知識を有している者

受講対象については、受講希望者のニーズと研修プログラムの目的が合致する者で、かつ前述の〈必須条件〉を満たす者であれば、所属や職種等は問わず、参加可能と考えます。また、国保部門と保健衛生部門、あるいは、保健師と事務職のペアでの参加を推奨します。立場や思考の違い等について、お互いの理解を深めることができ、実践へもつながりやすいと考えられるからです。

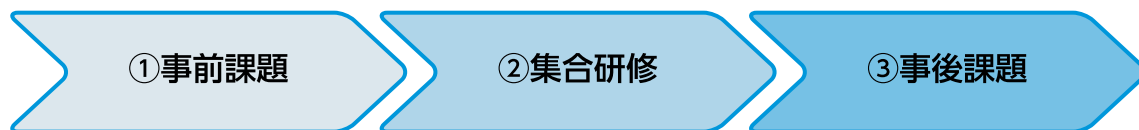
ただし、〈満たすことが望ましい条件〉を満たす者の方が、研修プログラムの目的に沿った到達目標（後述）を達成でき、さらに実践に活かすことができると推測されますので、それらの点も考慮して対象の設定・選定を進めます。

2. 研修プログラムとポイント

ここでは、研修プログラムの構成・内容等とそれぞれのポイントをご紹介します。

研修プログラムは2日間で行われ、「①事前課題」、「②集合研修」、「③事後課題」の大きく3つのステップで構成されます。また、研修参加者は、それぞれ研修前、研修直後、研修3ヶ月後に自己評価（P.96～100 参照）をします。

研修プログラムの到達目標は、次に示す通りです。これらの到達目標を達成するために、プログラムを構成しています。プログラム内容の詳細は、P.74 以降をご参照ください。



到達目標と研修プログラム内容の構成

一般目標 (GIO) : データを、これまでの活動の中で得た情報・経験と統合させながら、PDCA サイクルに沿って保健活動を展開／発展させることができるよう、その力量を強化する

行動目標 (SBOs)	具体的目標
①データヘルス計画に保健師が参画する意義／必要性を理解できる	①-1. 国の進める「データヘルス計画策定」の背景、目的、進め方が理解できる
	①-2. 現在進められている「データヘルス計画策定事業」の状況が理解できる
	①-3. 「データヘルス計画策定」過程で求められている保健師の役割」について理解できる
	①-4. 保健事業を展開していく上で「データ」が果たす役割の重要性を理解できる
	①-5. 「データヘルス計画」を組織的に取り組んでいく際の体制整備や人材をどのようにコーディネートすれば良いのか分かる
②既存事業の概況を俯瞰し、実態を整理できる	②-1. 所属組織の保健医療福祉関係の計画を理解する
	②-2. 既存の各種保健事業がどの計画および法令に基づくものか理解する
	②-3. 「データヘルス計画事業」と②-1. で整理した計画及び関連事業の実施計画との関連を理解する
	②-4. 既存事業を評価する際に、どのようなデータが必要で、そのデータがどのようにしたら得られるのかについて考察できる
③データの加工ができる	③-1. 保険者のデータベースシステム (例 : KDB システム) の仕組みが理解できる
	③-2. ③-1. で理解した仕組みを使ってできることが理解できる
	③-3. データベースシステムを用いて、必要な情報が含まれている出力帳票を入手することができる
④データの読み取りができる	④-1. 出力帳票の読み方が分かる
	④-2. 地域資源 (人材、物、予算など) の把握方法が分かる
	④-3. 読みとったデータをもとに、課題の抽出ができる

⑤事業を組み立てることができる	⑤-1. 事業の目的・目標を設定できる
	⑤-2. 具体的な事業を計画できる（誰（どの部署が）が、何を、いつするのか）
	⑤-3. 評価計画を策定できる
	⑤-4. 国保／成人保健事業に関連した現行の保健事業を整理し、データヘルス計画策定における課題を抽出できる
	⑤-5. 先行事例や好事例を参考に、データヘルス計画策定における課題を抽出できる
	⑤-6. 保健政策の理論をもとに、保健事業の策定・実施・評価のプロセスを説明できる
	⑤-7. データヘルス計画に盛り込む保健事業の案を作成できる
⑥組み立てた事業を展開することができる	⑥-1. 組み立てた事業に対する予算の獲得、関係部署（機関）の意向の取りまとめ等、事業の実施に向けた準備を庁内の所定のプロセスにしたがってまとめることができる
⑦事業を評価し改善に生かすことができる	⑦-1. 関係する他の部署・関係機関と連携して事業が実施できる
	⑦-2. 評価計画の通り、評価指標を収集することができる
	⑦-3. 各指標について評価することができる
	⑦-4. 全体についての考察を経て、成果と課題を明確にすることができる
	⑦-5. 課題については目的・目標・事業計画に沿って、事業を再構成することができる

① 事前課題

受講者には、集合研修までに以下の実施を求めます。

事前課題を実施することにより、集合研修の講義や演習の効果を高め、研修後にも継続的に実践することができることを目指します。

<p><input type="checkbox"/> 課題図書①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すでに公表されているデータヘルス計画 ・データヘルスに関連する各種図書 	研修一日目の講義に対応
<p><input type="checkbox"/> 事前課題① 各種出力帳票の準備 (別紙1は P.86 参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別紙1で指定する出力帳票を1部ずつプリントアウトして、研修当日に持参 <p>※年度単位の帳票は「前年度」、月単位の帳票は出力月を指定(例:「H27年3月」)のものを出力。年度・月の両単位での出力が可能な帳票は「年度」のものを出力。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 事前課題② 各種ツールを活用したデータの準備 (別紙2は P.87～88 参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・以下のサイト(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)へアクセスし、(1)～(4)の課題を実施し、各結果をプリントアウトして、研修当日に持参 <p>http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</p> <p>(1) 死因別標準化死亡比(SMR)の市区町村地図 自組織の属する都道府県分を印刷して確認する。</p> <p>(2) 国保データベース(KDB)のCSVファイル加工ツール</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「厚生労働省様式(様式6-2～7)年齢調整ツール ・「質問票調査の状況」年齢調整ツール <p>以上2つのツールを使って結果を印刷して確認する。</p> <p>(3) 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) 結果を印刷して確認する。</p> <p>※課題実施方法は、別紙2を参照。</p> <p>※端末のセキュリティの関係上、このソフトウェアをダウンロードすることができない場合には、課題未実施でも可。</p> <p>(4) 各種統計資料等からみた都道府県の健康状態の特徴要約 自組織の属する都道府県の</p> <ul style="list-style-type: none"> ▽平均寿命、健康寿命、死因別年齢調整死亡率 ▽疾患別入院・外来年齢調整受療率 ▽特定健診によるリスク因子の年齢調整割合 <p>を印刷して確認する。</p>	
<p><input type="checkbox"/> 事前課題③ 既存事業の整理 (様式1は P.89 参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様式1に国保の保健事業および成人保健関連事業を記載・整理し、1部プリントアウトして、研修当日に持参 	
<p><input type="checkbox"/> 事前課題④ エッセイ：解決したい健康課題 (様式2は P.90～91 参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様式2に解決したい地域の健康課題、および課題として挙げた理由などについて記載し、1部プリントアウトして、研修当日に持参 <p>※ここでの健康課題は、国保の保健事業または成人保健関連事業にて扱うものとする。</p>	研修二日目の講義に対応



事前課題のポイント

課題図書①、事前課題①～④それぞれについて、そのポイントをご紹介します。

課題図書①

- ・すでに公表されているデータヘルス計画
- ・データヘルスに関連する各種図書

すでに公表されているデータヘルス計画を参考とし、データヘルス計画策定のイメージを具体化することを目的とします。研修 1 日目の内容につなげることに留意し、特に、データ分析から健康課題の抽出の部分について、データヘルス計画の中に丁寧に示されている自治体等のものを選択します。

また、研修講師の講義内容と一致することも考慮し、参考とする計画（例）を講師と相談の上決定することも重要です。

○その他の参考図書等

「図解ここがポイント!データヘルス」 古井祐司 著 東京法規出版 平成 26 年 9 月発行
 「データヘルス計画作成の手引き」 厚生労働省保険局 健康保険組合連合会 平成 26 年 12 月発行
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/hokenjigyoku/

事前課題① 各種出力帳票の準備

集合研修 1 日目の講義やグループワーク内容（データの読みとり・分析）に対応させるため、受講者は、それぞれの所属組織にあるデータ（KDB 出力帳票等）をプリントアウトし、持参します。研修企画側で、サンプルデータを準備する方法もありますが、受講者自身の担当地域のデータを実際に自身の手で準備し、読み解くことで、「自分ごと化」「自分の地域ごと化」をより一層図ることができ、加えて、研修後に各自が同僚や後輩に伝達したり、具体的に活動に活かすことができますので、受講者各自ができる限りデータを持参することが望まれます。

また、準備する帳票は、KDB 出力帳票の場合は **別紙 1** (P.86 参照) に示す通りですが、それ以外のシステム等を利用している場合には、それらに相当するものを準備することをお勧めします。なお、この研修プログラムでは、KDB 出力帳票の当初開発 63 帳票のうち 14 帳票を選択しています。

※留意点

受講者の配属部署や置かれる立場によっては、指定したデータ（出力帳票）へのアクセス権限がない等の理由のため、データを持参することができない場合が想定されます。その場合でも、この出力帳票の準備をきっかけとして、部署間連携やデータの取り扱いに関する事項について再度確認をとることを勧めるなど、研修企画者は、受講者が可能な限りデータを準備できるよう促します。

ただし、それでも準備できない受講者がいることを想定し、研修企画者側でサンプル

データを準備しておくことをお勧めします。(研修プログラムの演習①「データの読みとり・分析」では、サンプルデータと各受講者が持参したデータを交互に使用してデータを読みとる練習をします)

事前課題② 各種ツールを活用したデータの準備

- (1) 死因別標準化死亡比 (SMR) の市区町村地図
- (2) 国保データベース (KDB) の CSV ファイル加工ツール
- (3) 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)
- (4) 各種統計資料等からみた都道府県の健康状態の特徴要約

自分の自治体／地域の実態を知る第一歩として、全国・都道府県、または同規模の他の自治体と比較してどのような特徴があるのかを俯瞰することが必要となります。また、現在 (平成 28 年 1 月時点) の KDB システムでは、データを年齢調整加工することができない一方、各種データを読み解く際には、年齢調整や性別で分け、分析することが必要となります。事前課題②では、それらを実施する方法として、ツール(1)(2)(4)を使用し、その分析手順や分析結果に触れる体験をした上で、集合研修の場で、それぞれのデータを読み解き、学びを深めることを目的としています。

さらに、受講者は、データを活用して活動や事業の効果を評価する際の一例として、ツール(3)を使用し、データを活用した効果測定をどのような手順で行うのか、またどのようなグラフや表で示されるのかを確認し、持参します。

(1)～(4)の各種ツールは、「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 (平成 25 年度～平成 27 年度)」の一環で開発されたものであり、下記 URL で公開され、随時更新されています。(平成 28 年 1 月現在)

〈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/>

事前課題③ 既存事業の整理

データを読み解き、健康課題を抽出し、その課題に応じた対策を講じる際に、既存事業でどの程度網羅できているのか／できそうなのかを考え、各事業の改善や、必要に応じて新規事業の立ち上げを図ることが必要となります。その際に、「既存事業の整理／棚卸し」、つまり、既存事業を一覧にし、その現状把握と評価をすることが必要となります。その具体的な方法として、受講者は、**様式 1**に沿って、成人保健関連事業 (少なくとも受講者の所属部署の事業) 等の整理をします。この事前課題③により、**目標②「既存事業の概況を俯瞰し、実態を整理できる」**を達成します。

集合研修中に取り組むことも不可能ではありませんが、集合研修の時間を有効に、かつ、より効果的なものにするために、事前課題として取り組むことをお勧めします。また、

既存事業の整理は、その後の事業展開／実践を考慮すると、受講者本人のみで実施するのではなく、できる限り所属部署や所属組織の担当者全員で、議論しながら取組み、現状把握や評価の共通認識を持つことが望まれます。それぞれの担当者が感じている「思い」を共有する機会ともなりますので、できる限り受講者が周りを巻き込み、研修後の実践に活かせるよう、そのきっかけを提供するという視点も研修企画側は持っておく必要があります。

事前課題④ エッセイ：解決したい健康課題

事前課題④では、日々の保健活動の中で感じている「思い」（第Ⅲ章参照）のひとつを言語化します。集合研修のグループワーク①で、データ読み解き結果とすり合わせ、さらに既存事業の整理（事前課題③）と見合わせ、健康課題の抽出を行うことを目的としています。

データから見える事を予測せず／仮説を立てず、画一的に分析することは簡単ですが、そこから、何が言えるのか、そのデータが示す本当の意味は何なのか、地域の真の特徴は何なのか、を可視化・言語化するには、保健師が健康課題について日頃感じている「思い」をデータで裏付けることが必要となります。「思い」はひとつではないはずですが、受講者は、その一連のプロセスを体験するため、たくさんの「思い」からひとつ選択・記述し、持参します。



② 集合研修

集合研修（2日間）の内容とそのポイントをご紹介します。

（※下記の所要時間は目安です。）

● ● 〈データヘルス研修 集合研修プログラム構成（例）〉 ● ●

1日目 10:00～17:30		
10:00-10:05 (5分)		事務連絡／自己評価シート a*
10:05-10:10 (5分)	導入	開会あいさつ／保健師がデータと向き合う意味
10:10-11:10 (60分)	講演①	モヤモヤ解決！データヘルス
11:10-11:40 (30分)	実践発表	実践発表① A市の取り組み
11:40-12:40 (60分)		休憩
12:40-13:10 (30分)	実践発表	実践発表② B市の取り組み
13:10-14:40 (90分)	講義①	データを活用した保健事業の進め方
14:40-14:50 (10分)		休憩
14:50-17:20 (150分)	演習①	データの読みとり・分析 ・KDB出力帳票等の読み解き方（講義） ・持参した帳票を読み解く（演習） ※講義と演習を織り交ぜながら進行する
17:20-17:30 (10分)		事務連絡

2日目 9:00～16:00		
9:00-9:10 (10分)		事務連絡
9:10-9:45 (35分)	レクチャー①	保健事業の計画策定の基本的考え方
9:45-10:25 (40分)	グループワーク①	健康課題の抽出
10:25-10:30 (5分)	休憩	
10:35-10:45 (10分)	ミニレクチャー	都道府県国保連の取組み
10:45-11:45 (60分)	グループワーク②	健康課題の事業化
11:45-12:45 (60分)	休憩	
12:45-13:15 (30分)	レクチャー②	目標設定と評価計画
13:15-14:30 (75分)	グループワーク③	<u>グループ変え（事業内容ごとの新しいグループへ）</u> 事業・プログラムの立案
14:30-14:45 (15分)	休憩 <u>グループ変え（元のグループへ）</u>	
14:45-15:25 (40分)	グループワーク④	立案した事業計画の共有
15:25-15:45 (20分)	まとめ	ワンポイントアドバイス、講評
15:45-16:00 (15分)		事務連絡／自己評価シートb／アンケート

*自己評価シート a は、集合研修当日より前に実施可

研修期間と時期については、必要な研修内容を網羅し、かつ、受講者が集まることができる期間として、現実的には、連続2日間が限界と考えます。そのため、集合研修は連続2日間としています。より実践に即した研修にするためには、受講者それぞれがその後の実践を振り返り評価・改善する目的で、事業計画を策定後や予算化の後の時期を見計らい、後期集合研修を実施することを検討しても良いでしょう。研修時期については、現場の業務や計画策定期間を考慮して設定します。



プログラム構成のポイント

集合研修プログラムのポイントについて、構成（例）の順を追ってご紹介します。

研修プログラムの目的／大目標は、「データ（健康・医療情報）を、これまでの活動の中で得た情報・経験と統合させながら、PDCA サイクルに沿って保健活動を展開／発展させることができるよう、その力量を強化する」ことです。その下位目標として、以下7つの目標を設定し、それぞれの目標が達成されるように、講義および演習・グループワークによって組み立てます（P.68～69 参照）。受講者の実践力を向上するため、講義のみのプログラムではなく、必ず、実践演習を含む構成にすることが重要です。

- 目標①：データヘルス計画に保健師が参画する意義／必要性を理解できる
- 目標②：既存事業の概況を俯瞰し、実体を整理できる
- 目標③：データの加工ができる
- 目標④：データの読み取りができる
- 目標⑤：事業を組み立てることができる
- 目標⑥：組み立てた事業を展開することができる
- 目標⑦：事業を評価し改善に生かすことができる

※この研修プログラムでは、事後課題までの期間の制約上、少なくとも目標⑤まで到達できることを目指します

📖 プログラム 1 日目

1 日目の前半（導入・講演①・実践発表）では、**目標①「データヘルス計画に保健師が参画する意義／必要性を理解できる」**を目標とします。

目標達成のために、まずは国の施策の流れの中で、データヘルス計画がどのように位置付けられているのか、また、その中で先駆的な取組み（体制整備等も含む）にはどのようなものがあり、具体的に保健師はどのように活躍しているのかを学びます。導入・講演①・実践発表の内容は、それらを網羅する内容とします。

● 講演①：60分 モヤモヤ解決！データヘルス

講演①は、集合研修の導入として位置付け、「そもそもデータヘルスとは何なのか」について、データヘルスの起こりから、具体的な取組み、現状・課題までを整理します。受講者ひとりひとりが、自分達が行っている事業や活動が、大きな流れの中のどこに位置付けられ、どのような成果が期待されていて、それがどのように住民のために役立つのか、について、受講者の腑に落ちることを期待します。

ここでは、施策の流れや各種保健事業計画の立案にも、保健師の置かれる現場のジレンマにも精通している方（例えば、保健所長等）を講師として選定します。

● 実践発表：30分×2

次に、先駆的な例として具体的にはどのようなものがあり、保健師がどのような取組みをしているのかを知ることで、受講者自身が「保健師として自分が何をしなくてはならないのか／何ができるのか」について具体的なイメージを持つことを意図し、実践発表を講演①の後に設けます。受講者ひとりひとりと同じような立場にある者が実践発表することにより、受講者が臨場感・親近感や刺激を得て、今後の事業展開を前向きに、また建設的に進めていくことができることを期待します。

ここでは、実際に事業に取組み、手を動かし、各種調整・連携のために尽力した現場の担当者／保健師を発表者として選定します。実践発表者は、どのような調整をし、どのような課題にぶつかり、どのようにそれらを克服したのかについて、できる限り具体的に詳しく発表します。

1日目の後半（講義①・演習①）では、**目標③「データの加工ができる」と目標④「データの読み取りができる」**を目標とし、実際にデータに向き合う時間とします。講義①・演習①の内容詳細は、第Ⅱ章をご参照ください。

● 講義①：90分 データを活用した保健事業の進め方

活用可能なデータの種類、入手方法、分析する順番、活用方法などについて、まずは講義形式で学びます。

● 演習①：150分 データの読みとり・分析

講義①を受講後、あらかじめ設定したグループに分かれ、講師／ファシリテーターの進行のもと、サンプルデータ（KDB出力帳票等）の読み解きと受講者自身の持参したデータの読み解きを交互に実施し進めます。そして、それらを総括し、健康課題の抽出をしますが、時間に限りがあるため、連続2日間の集合研修という特徴を活かし、一晩考えるように伝え、2日目に繋げます。

また、集合研修の中では、一つ一つのツールや統計データについて解説する時間を十分に組み込むことは難しいですが、これらのツールやデータの存在／活用方法を受講者に知ってもらい、職場に戻り同僚と勉強会などを開催し、自分の自治体や地域の特徴についてデータを眺めて議論する際に、ぜひ活用して欲しいというメッセージを研修の中で受講者に伝えておきます。

〈2日目までの宿題〉

2日目に向け、受講者は、1日目のデータ分析結果及び事前課題④「エッセイ：解決したい健康課題」等を基に、事前課題③「既存事業の整理」で整理してきた既存事業を、◎＝今後も重点的に行うべき事業、○＝今後も同様に継続して行う事業、△＝見直しが必要な事業、×＝廃止してもよさそうな事業に大まかに区分します。2日目のグループワークの前に、自分自身で考えることを促す仕掛けとします。

📖 プログラム 2 日目

2 日目は、目標⑤「事業を組み立てることができる」を目標とします。事前課題と 1 日目の結果の集大成として位置付け、事業立案方法を学び、実際に受講者それぞれが事業の立案に取り組めます。レクチャー①及び②の内容詳細は、第Ⅲ章をご参照ください。

ここでは、研修企画実施場所の地域の中で、公衆衛生看護学や地域看護学に携わり、現場の保健師の活動や保健事業計画立案の現状にも精通している方を講師に選定します。

● レクチャー①：35 分 保健事業の計画策定の基本的考え方

概論として、保健事業計画策定の基本となる理論や考え方を学びます。

● グループワーク①：40 分 健康課題の抽出

1 日目にデータを読み解き抽出した健康課題、事前課題③「既存事業の整理」、事前課題④「エッセイ：解決したい健康課題」の 3 つを総合して鑑み、受講者自身が保健師として着目したい／すべきと考える健康課題を複数抽出します。そして、複数挙げた健康課題のうち優先的に取り組みたい／取り組むべき課題を 1 つ選択します。

● ミニレクチャー：10 分 都道府県国保連の取組み

グループワーク①と②の間には、ミニレクチャーとして、都道府県国保連の市町村支援の取組みについての講義を挟みます。地域資源のひとつとしてこの取組みを上げていますが、グループワーク②で健康課題を事業化する際のヒントとなるような事項について、ミニレクチャーとして設定することが望まれます。

● グループワーク②：60 分 健康課題を事業化する

グループワーク①に続き、グループワーク②では、選択した健康課題について事業計画を立案していきます。最後に、その結果をグループ内で発表し、共有します。その際の思考のプロセスを可視化する手段として、ワークシート (P.93 参照) を活用します。

グループワーク	所要時間 (目安)	手順
グループワーク①	5 分	受講者各自で、1 日目のデータ分析結果、事前課題③「既存事業の整理」、事前課題④「エッセイ：解決したい健康課題」の 3 つを見合わせ、着目したい／すべき健康課題を複数抽出する。
	各 6 分×5 人 = 30 分	受講者は、それぞれ考えたプロセスや、抽出した健康課題について発表する (意見交換も含む)。
	5 分	発表及び意見交換を受け、受講者は、優先的に取り組みたい／取り組むべき課題をひとつ選択する。

グループワーク	所要時間（目安）	手順
ミニレクチャー	10分	都道府県国保連の取り組みについてレクチャー
グループワーク②	15分	受講者は、ワークシート 1-1 に沿って、グループワーク①で選択した健康課題に応じた事業・プログラムを3つ以上挙げる。 ※受講者がひとりだけで考える事がないように、少なくとも隣の人と相談しながら考えるよう促す。 ※グループ内で2-3名のグループをつくったり、ワークシートの項目ごとに、ファシリテーターが進行したりしながら進める。
	5分	受講者各自で、検討した事業・プログラムの中から、特に重点的に取り組みたいものをひとつ選択する。
	各6分×5人 = 30分	受講者は、それぞれ考えたプロセスや、選択した事業・プログラムについて発表する。
	10分	グループ内でグループワーク①②、全体を通した意見交換をする。

*ファシリテーターは、この手順を参考にグループワークを進めます

● レクチャー②：30分 目標設定と評価計画

事業計画を立案する際に絶対に避けては通れない目標設定と評価計画について、理解しておく必要のある理論やその方法・プロセスを学びます。

● グループワーク③：75分 事業・プログラムの立案 ※新しいグループ編成で実施

受講者が抽出・選択した健康課題や立案する事業内容によって再編成したグループに別れ、レクチャー②の内容を踏まえ、ワークシート（P.93 参照）に沿って事業・プログラム立案に取り組みます。

● グループワーク④：40分 立案した事業計画の共有 ※元のグループ編成で実施

元のグループに戻って、立案した事業計画を発表し、共有します。

集合研修の限られた時間の中では、健康課題1つについてのみ、事業・プログラム1つについてのみ立案に取り組む構成としているため、グループダイナミクスを活かして、受講者自身が抽出・選択しなかった健康課題について、他の受講者がどのようなものを立案したのかを学び合うことを意図して、元のグループに戻ります。バラエティ豊かな、それぞれの地域特性に合った事業計画案が立案されていることを期待します。

グループワーク	所要時間（目安）	手順
グループワーク③ ※新しいグループ	各 4 分× 5 人 = 20 分	受講者は、自己紹介と、その事業・プログラムを選択した理由などを簡単に説明する。 ※必要に応じ、事業・プログラムを選択し直してもよいが、健康課題は原則変更しない。
	25 分	受講者は、ワークシート 1-2 に沿って、事業・プログラムの計画を立案する。 ※受講者がひとりだけで考える事がないように、少なくとも隣の人と相談しながら考えるよう促す。 ※グループ内で 2-3 名のグループをつくったり（できれば同じような事業を考えている人と組むと良い）、ワークシートの項目ごとに、ファシリテーターが進行したりしながら進める。
	25 分	グループ内で意見交換しながら、ワークシートを完成させる。 ※書き終えた人は、他の人のサポートをする
	5 分	受講者は、各自、次のグループワーク④で発表する準備をする。
グループワーク④ ※元のグループ	各 5 分× 5 人 = 25 分	受講者は、ワークシートに沿って、これまで考えてきたプロセスや、それぞれ立案した事業計画を発表する（意見交換含む）。
	15 分	発表及び意見交換を受け、受講者は、各自で事業・プログラムをブラッシュアップする。

*ファシリテーターは、この手順を参考にグループワークを進めます

グループ分けのポイント

受講者の所属する自治体の人口規模によって 1 グループ 5 ~ 7 人のグループを構成し、そのグループを基本のグループとします。人口規模が近似している方が、事業内容や事業規模、組織体制など、様々な面で共通点が多く、受講者それぞれが実践の参考になる情報や意見交換をしやすいと考えられます。

グループワーク③（事業・プログラムの立案）では、受講者が抽出・選択した健康課題や立案する事業内容によってグループを再編成します。グループワーク③終了後、人口規模別の元のグループへ戻ります。全体を通して、同じグループ編成で進める事も可能ですが、事業計画立案には、豊かな発想力が必要になるため、新しいグループ編成によって、受講者それぞれが新たな思考を得られることを期待し、グループ分けを変更する構成としています。

グループワーク	グループ分けの基準
グループワーク①、②、④	人口規模
グループワーク③	受講者が抽出・選択した健康課題や立案する事業内容

※留意点

グループワーク③のグループ編成を決定するには、研修企画側で受講者それぞれが抽出・選択した健康課題や立案する事業内容を把握する必要があります。現実的には、グループワーク②と③の間に休憩時間等を設け、その間にグループ編成を考え決定します。



ファシリテーターの準備ポイント

各グループには、ファシリテーターが1人ずつ入ります。ファシリテーターには、あらかじめ受講者が提出した事前課題や、参加動機を提示しておきます。また、集合研修までに、講義内容やグループワークの流れについて理解を促すため、必要に応じて事前会議等を開催します。集合研修の限られた時間の中で、グループワークを充実したものにするためには、講演・講義講師や、特に、グループワークのファシリテーター1人1人と事前に十分に打ち合わせをしておく必要があります。

また、ファシリテーターは、研修プログラムの目的を理解し、データ分析結果を実践（保健活動）に活かすことに精通した保健師であり、ファシリテーターとしての役割を担うことのできる者を選定します。

③ 事後課題

受講者は、研修終了後、約3ヶ月後に以下を実施します。加えて、上司からの推薦が得られることを受講条件としていることから、同上司からの事後評価を得ることも事後課題に含むと良いでしょう。

□ 事後課題① エッセイ：研修後の変化（**様式3**はP.92参照）

- ・ **様式3**に以下について記載し、事務局へ提出
 - 1) 研修での学びが保健活動にどのように活かされているか
 - 2) データヘルス計画策定の進捗状況（受講者の関わりを含む）
 - 3) その他 研修を受講し感じていること

※研修内容が実践に活かされた（例：計画に反映した等）受講者は、その実践内容の具体を記述または、別途紙面にて提出



事後課題のポイント

事後課題① エッセイ：研修後の変化

事前課題及び集合研修後の受講者自身の変化や、受講者が実践に活かすことで生じた同僚や後輩、所属部署や所属組織に起こった変化等を記述します。貴重な時間をかけて取組んだ研修を、しっかりと実践に活かすため、また、その実践内容を受講者自身で振り返り、新たな気付きを得られることを期待し、この課題に取り組んでもらいます。その内容に応じ、研修企画側からフィードバックすることで、受講者が学びをさらに深めることにつながります。

3. 研修の評価

● 研修前、研修直後、研修3ヶ月後の自己評価

受講者は、研修前、研修直後、研修3ヶ月後にそれぞれ自己評価を実施します。

自己評価シート	実施時期	目的
自己評価シート a	研修前	研修前の現状把握
自己評価シート b	研修直後	研修直後の学習状況の把握
自己評価シート c	研修3ヶ月後	研修効果の振り返りと学習内容の定着

自己評価シート a, b, c (P.96～100 参照) は、同じ項目で構成し、研修プログラムの到達目標 (P68～69 参照) と同一項目とします。同一項目とすることにより、研修前、研修直後、研修3ヶ月後における学習・実践による変化を捉えることができます。

● 集合研修 終了後アンケート (研修企画実施の評価)

受講者は、集合研修終了後 (研修2日目終了後) にアンケート (P.101～102 参照) を実施します。アンケートを実施、評価して、次につなげていきます。

保健師レポート — 長崎県国民健康保険団体連合会 事業課保健事業班 主任主査 川崎雅子

国保連合会の保健師は、市町村の保健事業に対する支援を日常業務としています。しかし、平成26年度から保険者におけるデータヘルス計画策定の開始後は、そのほとんどがデータヘルス計画策定に関する内容になっています。

また、本会に設置された保健事業支援・評価委員会では、公衆衛生分野における外部有識者による委員が市町村の保健師や担当者と面接し、データヘルス計画の策定に対する具体的な助言を行っています。

市町村の保健師からの相談に対応していく中で多く聞かれた声は、「既存事業に目標がなかったので評価ができない」「データを読み解けない」「国や県の目標と整合性を持たせる目標設定に苦しむ」といった悩みでした。その悩みにどう答えていいのか私や本会保健師はとても迷いながら業務を行っています。

そのような中、平成27年8月に日看協の研修会の案内があり、データヘルス計画を策定する市町村の保健師にどのようなポイントで支援していったらいいのを探るため、また平成28年3月には、保健事業支援・評価委員会の委員と共同して研修会を実施することとしており企画のヒントを得るために参加しました。

日看協の研修会では、計画策定のポイントを認識することができました。特に、数的データからの課題の抽出、質的情報と数的データの突合、評価可能な目標設定についての講義が計画を考える立場にたって役立つと感じました。

この研修を踏まえて本県の委員会における保険者への助言を整理したところ、次の共通課題が見えてきました。

- ・多面的に対象者の背景を分析するクロス集計
- ・評価できる目標設定
- ・地域の質的情報の分析
- ・数的データと質的情報の突合と対策
- ・自治体内の連携

これらをテーマに保健事業支援・評価委員会が主催する「国保データ等を用いたデータヘルス計画等の研修会」を企画しております。計画策定段階にある保険者だけでなく、すでに計画策定が終わり、事業実施段階にある保険者は検証を踏まえて見直しを行うことを目的とし、研修内容については、データ分析、自治体内での連携、質的データの評価等について、委員会で検討を重ねました。

今後は研修会開催までに、参加者が質的情報を収集し事前課題に取り組んでもらい、またワークショップのファシリテーターを含めた準備会も開催する予定です。さらに研修会開催までに、保健事業支援・評価委員会の委員の方々から助言をいただきながら参加者にとってデータヘルス計画を策定するための具体的な方法が実感できる内容を目指しております。



資料

別紙 1

事前課題① 各種出力帳票の準備

以下、グレースケールがかかっている14種類の帳票をプリントアウトし1部ずつ研修当日にご持参ください
 ※KDBシステムが導入されていない場合は、該当する様式(厚労省様式の番号を参照のうえ)をご持参ください

KDBシステム帳票一覧(当初開発83帳票)

No.	帳票 No.	帳票名	
	1	地域の全体像の把握	
	3	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
	4	市区町村別データ	
		同規模保険者比較	
	5	人口及び被保険者の状況	
1	6	質問票調査の状況	H26年度
	7	健診の状況	
	8	医療費の状況	
	9	介護費の状況	
	10	厚生労働省様式(様式1-1)(基準額以上となったレセプト一覧)	
	11	厚生労働省様式(様式2-1)(6ヵ月以上入院しているレセプト一覧)	
	12	厚生労働省様式(様式2-2)(人工透析患者一覧)	
2	13	厚生労働省様式(様式3-1)(生活習慣病全体のレセプト分析)	H27年3月
3	14	厚生労働省様式(様式3-2)(糖尿病のレセプト分析)	H27年3月
4	15	厚生労働省様式(様式3-3)(高血圧のレセプト分析)	H27年3月
5	16	厚生労働省様式(様式3-4)(脂質異常症のレセプト分析)	H27年3月
6	17	厚生労働省様式(様式3-5)(虚血性心疾患のレセプト分析)	H27年3月
7	18	厚生労働省様式(様式3-6)(脳血管疾患のレセプト分析)	H27年3月
8	19	厚生労働省様式(様式3-7)(人工透析のレセプト分析)	H27年3月
	20	厚生労働省様式(様式4-1)(都道府県の特徴)	
	21	厚生労働省様式(様式4-2)(都道府県別一人当たりの後期高齢者(老人)医療費の推移)	
	22	厚生労働省様式(様式4-3)(生活習慣病における死亡と医療費の状況)	
9	23	厚生労働省様式(様式6-2~7)(健診有所見者状況(男女別・年代別))	H26年度
10	24	厚生労働省様式(様式6-8)(メタボリックシンドローム該当者・予備群)	H26年度
	25	厚生労働省様式(様式6-9)(健診受診状況)	
11	26	厚生労働省様式(様式6-10)(糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導)	H26年度
	27	厚生労働省様式(様式6-11)(性・年齢階級別保健指導実施率)	
	28	特定健診リスクパターン別集計表	
	29	質問票項目別集計表	
	30	特定健診結果総括表	
	31	特定保健指導結果総括表	
	32	特定健診・特定保健指導実施結果総括表	
	33	特定健診・特定保健指導進捗・実績管理表	
	34	特定健診・特定保健指導実施結果総括表(都道府県別)	
	35	質問票項目別集計表(都道府県別)	
	36	特定健診リスクパターン別集計表(都道府県別①)	
	37	特定健診リスクパターン別集計表(都道府県別②)	
	38	特定健診結果総括表(都道府県別)	
	39	特定保健指導結果総括表(都道府県別)	
	40	医療費分析(1)細小分類	
	41	医療費分析(2)大、中、細小分類	
	42	疾病別医療費分析(大分類)	
	43	疾病別医療費分析(中分類)	
	44	疾病別医療費分析(細小(82)分類)	
	45	疾病別医療費分析(生活習慣病)	
	46	医療費分析(健診有無別)	
12	47	要介護(支援)者認定状況	H26年度
13	48	要介護(支援)者有病状況	H26年度
	49	要介護(支援)者突合状況	
	50	質問票調査の経年比較	
	51	保健指導群と非保健指導群の経年比較	
	52	医療費分析の経年比較	
	53-1	医療・介護の突合の経年比較、介護(要介護度別1件当たり給付費)-経年変化	
	53-2	医療・介護の突合(要介護認定率)	
	53-3	医療・介護の突合(有病状況)	
	53-4	医療・介護の突合(居宅サービス・施設サービス)	
14	54	健診ツリー図	H26年度
	55	保健指導対象者一覧(保健指導判定値の者)	
	56	保健指導対象者一覧(受診勧奨判定値の者)	
	57	被保険者管理台帳	
	58	疾病管理(糖尿病)	
	59	疾病管理(脳卒中)	
	60	疾病管理一覧(虚血性心疾患)	
	61	個人別履歴	
	62	5年間の履歴	
	63	レセプト表示	

ツール(3) 特定健診データ分析ソフトウェア (保健指導の効果の評価)

- 「特定健診等データ管理システム」を利用して、以下のデータ(csvファイル)を用意して下さい。
(年度は適宜変更して下さい)

データ	型番
受診券情報	FKAC161(平成24年度分)
健診結果情報	FKAC167(平成24、25年度分)
保健指導情報	FKAC165(平成24年度分)
判定結果(積極的・動機づけなど)	FKAC131(平成24年度分)

- 24年度の特定保健指導の利用／未利用別に、24年度～25年度の健診データの変化を比較します。

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/>

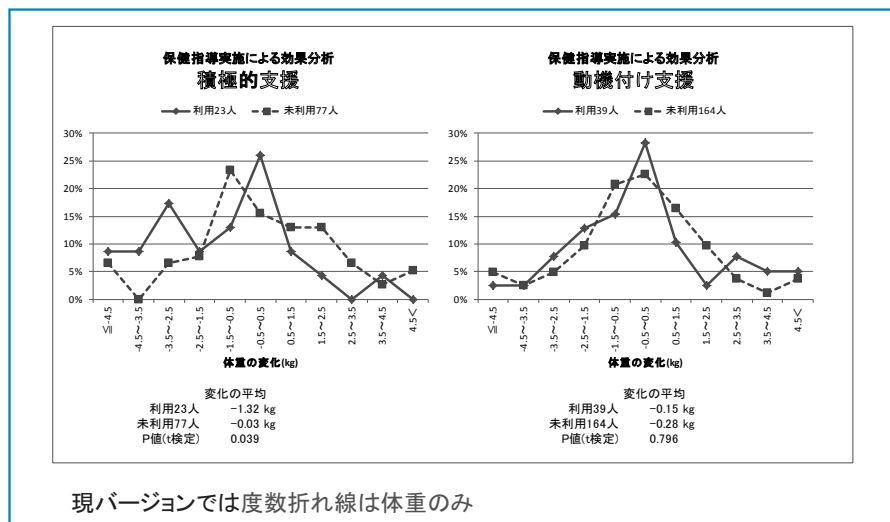
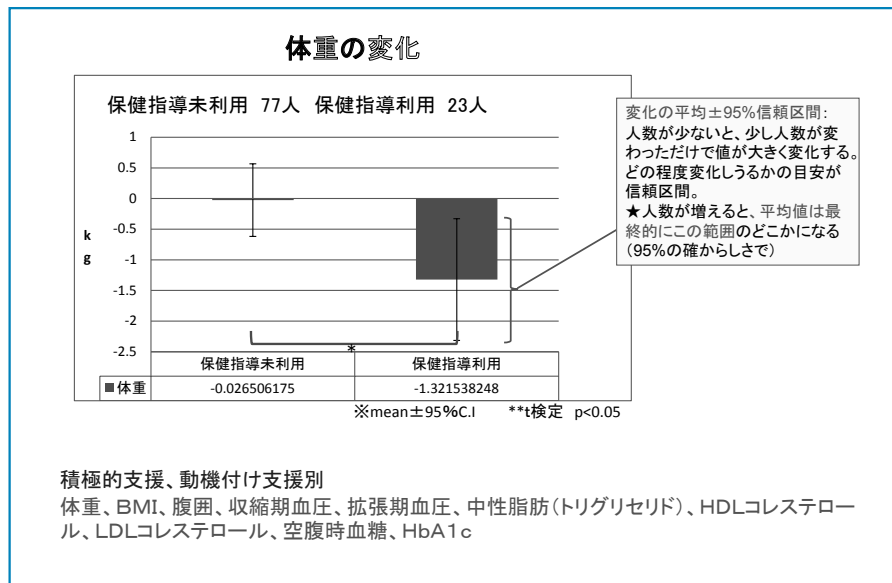


zipファイルをダウンロードして、
 適当な場所に解凍し、
 これを実行。



ファイルを5つ選んで、「出力」をクリックするだけ！

※出力例



保健指導未利用 77人 保健指導利用 23人

喫煙

	吸い出した	吸うのをやめた	マクネマー検定
保健指導利用	6	1	p=0.125
保健指導未利用	5	8	p=0.581

※表全体 χ^2 二乗検定 p= 0.043

30分以上の運動習慣

	運動をはじめた	運動をやめた	マクネマー検定
保健指導利用	3	2	p=1.000
保健指導未利用	9	8	p=1.000

※表全体 χ^2 二乗検定 p= 0.781

積極的支援、動機付け支援別
喫煙、20歳からの体重変化、30分以上の運動習慣 歩行又は身体活動、歩行速度、1年間の体重変化、食べ方1(早食い等) 食べ方2(就寝前) 食べ方3(夜食/間食)、食習慣

様式 1

既存事業の整理

事業分類	事業名	目的・目標	事業の概要 (方法)	対象	実施体制 (実施者)	成果		振り返り		評価 (事業目的と実績を 照らし合わせてどう だったか、脚跡しか ら見える保健事業の 特徴等)
						アウトプット (何をどのくら い、何人に、何回 位実施したのか 等)	アウトカム (目的・目標が達成 できたか、または得 たい成果等が得られ たか)	成功・推進要因 (効果的、効率的に 保健事業をすすめる ことができた要因)	課題・阻害要因 (効果的、効率的に 事業をすすめる上で 見直しが必要なこ と)	

自治体名

自分の組織の事業分類に沿って行を設定してください(例:「特定健診」「特定健診未受診者対策」「普及啓発活動」など)

様式 2

データの「見方」は保健師の「味方」研修 事前課題②

日付		お名前	
所属組織		ID	

保健師ゴコロ エッセイ

1. あなたが日頃の保健師活動を通して感じている、解決したい地域の健康課題を 1 つか 2 つ挙げてください。

(※ここでの健康課題は、国保の保健事業または成人保健関連事業が取り扱う課題としてください。)

2. 上で挙げた課題を、「解決したい」と感じている理由を挙げてください。(2 つ挙げた場合はそれぞれ)

3. 課題を解決していくにあたって、あなたの地域に存在する／活用可能な資源とその活用方法をお書きください。(2 つ挙げた場合はそれぞれ)

⇒次ページに記入例があります

日付	平成 27 年 8 月 10 日	お名前	看護 花子
所属組織	▲▲県●●市	ID	(事務局が記入)

保健師ゴッコ エッセイ **記入例**

1. あなたが日頃の保健師活動を通して感じている、解決したい地域の健康課題を 1 つか 2 つお書きください。

(※ここでの健康課題は、国保の保健事業または成人保健関連事業が取り扱う課題としてください。)

中年男性の「早食い」と肥満

⇒ときどき、見かける「早食いの中年男性」は、肥満傾向にあるような気がしてきている。

2. 上で挙げた課題を選んだ理由をお書きください。

- ・ 日頃から、「味の濃いものを、ガツガツと早食いする男性がこの地区は多い」と保健師の間で言われていて、実際に、特定健診の間診票で「人と比較して食べる速度が速い」の問いに対して「早い」を選択する人も、40・50代の男性に多い。
- ・ 市内には漁業に従事している男性が多く、収穫シーズン中は限られた時間で食事を済ませなくてはならない人が多い。そのような生活習慣も影響して、早食いが次第に癖になってしまいう人が多いのではないかと、思うことがある。このような癖が、中年期の肥満に繋がってはいないだろうか、と推測している。

3. 課題を解決していくにあたって、あなたの地域に存在する／活用可能な資源とその活用方法をお書きください。

外食産業が他の地域ほど発展していないため、奥さんの作った食べ物を食べる、という男性がほとんどを占めている。また、まだ3世代同居世帯の大家族が多いので、中年期男性の食生活は、家にいる女性たちによって形作られていると言っても過言ではない状況。婦人会も活動的で、新しいことを吸収する気概がある人が多い。彼女たち巻き込むことはできないだろうか。

様式 3

データの「見方」は保健師の「味方」研修 事後課題

日付		お名前	
所属組織		ID	

提出〆切：平成 年 月 日（ ）

1. 「データの『見方』は保健師の『味方』」研修から3カ月が経過しました。研修で学んだ内容は、あなたの自身の保健活動にどのように活かされているかお書きください。

2. あなたの地域のデータヘルス計画策定の進捗状況について、あなたの関わりも含めて教えてください。

3. その他、研修を受講して、感じていることなどあればご自由にお書きください。

ワークシート 1-1,1-2

データの「見方」は保健師の「味方」研修 [ワークシート]

ワークシート 1-2

自治体名	番号			
事業・プログラム				
対象				
事業・プログラムの内容				
関係者・連携者 ステークホルダー				
目標 (評価指標)	区分	指標	目標値	データ入手先・方法
	インフラ			
	ストラクチャー			
	プロセス			
	アウトプット			
	アウトカム			
予算				
その他				

グループワークでのコメント等

データの「見方」は保健師の「味方」研修 [ワークシート]

ワークシート 1-1

自治体名	番号
課題	
背景・現状	
優先する理由	
ゴール・目的	
対象	
事業・プログラム	
重点事業・プログラム とそれを選んだ理由	

グループワークでのコメント等

ワークシート 1-1,1-2 (書き方ガイド)

グループ演習講師用 書き方ガイド

ワークシート 1-1

本ワークのゴールは、自分の自治体での優先的に取り組む課題を抽出し、ゴール・目的を明確にし、それを達成させる事業・プログラム案をできるだけ多く出すことです。

自治体名	番号
課題	<p>1行もしくは2行程度で示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> アウトプットベース:特定健診受診率向上、特定保健指導利用率向上、がん検診受診率向上など(ターゲットを絞ったものもあり(男性 40~50 代の健診受診率向上など)) アウトカムベース:生活習慣(運動、栄養、休養など)に関するもの、疾病(糖尿病、高血圧など)の予防・重症化予防など、疾病別の死亡を減らす、医療費の削減 <p>※課題型(例:男性の肥満者が多い、受診率が低いなど)でも、対策型(受診率の向上、糖尿病の重症化予防など)、どちらでもよい。詳しくは、「背景・現状」および「ゴール・目的」で整理できる。</p>
背景・現状	<p>1日目のデータ分析、事前課題(エッセイ、既存事業の整理)などから、背景と現状を整理する。</p> <ul style="list-style-type: none"> できるだけ、根拠となるデータを示す。 課題に対して、現在行われている事業等とその成果を記述する。 現状での問題点や必要なことを挙げてよい。
優先する理由	<p>さまざまな課題がある中で、その課題を優先する理由を記入してもらう。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般的には、「問題の大きさが大きいこと」(有病者が多い、医療費が高いなど)と「対策の効果が大きいこと」が判断基準となるので、その根拠を示す。 それ以外の理由でもよい。例えば、「現時点で全く対策が行われていないので、始めたい」「個人的に興味がある」「課長が関心を持ちそう」など。
ゴール・目的	<p>ここでは、数値目標(あってもよいが、後半のワークで目標値設定を行う)ではなく、文書としてのゴール・目的を記載する。「地域住民が自分の健康を心がけ、イキイキとした生活を送る」などの抽象的なもの、あるいは、課題を解決した場合に達成されるさらに上のゴール・目的(健診受診率向上→健康管理への自覚、医療費の削減→持続的な保険運営など)でもよいが、できるだけ、上記に示した課題と一致したゴール・目的にする。</p> <p>例えば、健診受診率向上の場合、「壮年期の受診率向上によって、若いうちから健康診断を受診する習慣を身につけ、生活習慣病を予防し、健康長寿を達成する。」など</p> <ul style="list-style-type: none"> 重要なのは、ゴール・目的(思い)を文章化すること。 最初に示した課題の内容と整合性を持つこと。飛躍しすぎや抽象的な内容ばかりにならないようにする。
対象	<p>対象を絞り込めるようであれば、記載する。必要に応じて、その理由も。属性(性別、年齢、職業、地域など)、疾病の種類や重症度等でセグメント化(細分化)することもできる。次のワークでさらに対象は絞る。</p> <p>例:40~50 年代の男性、自営業者、糖尿病で内服治療中の者、など</p>
事業・プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ● 目的を達成させるための具体的な事業・プログラムを概ね 3 つ以上挙げる。この時点では、実現可能性はあまり考えなくてもよいので、プレスト的にいろいろ挙げる。 ● 挙げられた課題にもよるが、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチなど、できるだけ多様なものを挙げる。 ● そのままの既存の事業、修正した既存の事業、新規事業 ● 場合により、既、改、断 などのチェックをつけてもよい。 ●
重点事業・プログラムとそれを選んだ理由	<p>上記の事業・プログラムのうち、次のワークで詳しく考える重点事業・プログラムをひとつ(場合により2つも可)選び、選んだ理由を記載する。</p> <p>選んだ理由として、実現可能性、予算、効果、興味、新規性など、いろいろと考えられる。</p>

グループワークでのコメント等

- ・ 次のワークでは、優先的に取り組む課題ごとの新しいグループに分かれて、重点事業・プログラムについて、詳しく考えます。
- ・ 本ワークでの意見交換から、次のワークで考える課題や重点事業・プログラムを変更したいという希望があれば、グループワーク終了後に考え直してもらってもよいでしょう。
- ・ 12:00 までにワークシートを集めて、事務局に提出します。

(帝京大学大学院公衆衛生学研究所 福田吉治教授 作成)

ワークシート 1-2

本ワークのゴールは、前半で考えた優先的に取り組む課題に対する事業・プログラムのうち、重点的に取り組む事業・プログラムについて、より詳しく検討し、できるだけ具体的な事業案を作成することです。

自治体名		番 号		
事業・プログラム	午前中のワークで考えた重点事業・プログラムを記載する。時間があれば、キャッチーな名称に変えてもよい。「脂肪を減らして社会貢献 ～メタボボランティア養成講座」など。 基本ひとつに絞るが、複数(2つまで)を挙げてよい。また、ワークの途中で、別の事業に変更してもよい。			
対 象	事業・プログラムの対象を考える。基本属性(性別、年齢、職業、地域など)、疾病の種類や重症度等でセグメント化(細分化)する。例:40～50年代の男性、自営業者、糖尿病で内服治療中の者、など。 可能な範囲で、対象者の人数も(例えば、全体で300人程度、募集者・参加者は年間50人、など)記載する。			
事業・プログラムの内容	できるだけ詳しく事業・プログラムの詳細を考える。 5W1H: Who(誰が)、What(何を)、When(いつ)、Where(どこで)、Why(なぜ)(これはなくてもよい)、How(どのように)。もうひとつのH(How much)は後で検討。			
関係者・連携者 ステークホルダー	事業・プログラムの実施にあたり、連携、根回し等が必要な関係者を挙げる。それぞれの役割、連携方法などについてもできるだけ記載する。関係者としては、例えば、 ・ 行政内:保健衛生部門、国保部門、・・・ ・ 医師会、歯科医師会、医療機関、大学・研究機関、健診機関、学校関係、職域関係、・・・ ・ 住民組織、栄養改善推進委員、母子保健推進員、・・・			
目 標 (評価指標)	区 分	指 標	目標値	データ入手先・方法
	インフラ ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価 例:職員の体制、予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用等		
	プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を評価 例)情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度		業務報告など?
	アウトプット	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価 例)健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等		業務報告など?
	アウトカム	事業の目的や目標の達成度、または成果の数値目標を評価 例)肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化		健診・保健指導データ? KDB(レセプトなど)? 人口動態統計? 住民アンケート?
<p>目標設定は苦勞することが予想されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> インフラストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの区分は必ずしも明確ではありません。例として示しているインフラストラクチャーやプロセスの指標は、定量化できないものも多いので、ワークの中で挙げるのは難しいかもしれません。アウトプットやアウトカムが明確になれば、インフラストラクチャーとプロセスはなくてもよいこととします。 アウトカムベースで課題を設定した場合(例えば、糖尿病の減少)、上記の区分に沿って目標を立てることができますが、アウトプットベースで課題を受診率の向上がゴール・目的とした場合(例えば、受診率の向上)、アウトプットを受診率の向上とすると、アウトカムはなくなります(さらに上位の目的として、疾病の減少などを挙げることはできますが)。今回のワークでは、アウトプットベースの課題を挙げた場合、アウトカムはなしでもよいとします(健診受診率向上など)。 重要なのは、ゴール・目的に合ったアウトプット and/or アウトカムを設定すること。 具体的な数値目標、可能なならば、その根拠も示す。さらに、どこからデータを手取るかも重要です。 				
予 算	ざっくりでいいので、おおよその予算を考える。1人当たりの単価×参加者数、委託する場合の額など。帰ってから、詳しく見積もれるようにする。			
その他	どのような体制で計画立案・評価をするかについても記載。 上記に書くことができないような事項があればここに記載。			

グループワークでのコメント等

本ワークシートをある程度埋めることができればワークは終了です。評価指標や予算など、完全に埋まらない部分も出てくるのが予想されます。

自己評価シートa

平成27年度 厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 データヘルス研修プログラム開発

自己評価シートa 研修前

ID: グループ: 所属: 氏名: 記入日: 平成 年 月 日

1. 現在のご自身の状況を4段階で自己評価してください。あてはまる数字に○を付け、その理由についてもご記入ください。

本研修の目標	下位目標 (本研修で達成すること)	達成状況	
		4段階(当てはまる数字に○をつけて下さい)	○を付けた理由
① データヘルス計画に保健師が参画する意義/必要性を理解できる	①-1. 国の進める「データヘルス計画策定」の背景、目的、進め方が理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-2. 現在進められている「データヘルス計画策定事業」の状況が理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-3. 「データヘルス計画策定」過程で求められている保健師の役割」について理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-4. 保健事業を展開していく上で「データ」が果たす役割の重要性を理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-5. 「データヘルス計画」を組織的に取り組んでいく際の体制整備や人材をどのようにコーディネートすれば良いのか分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
② 既存事業の状況を把握し、実態を整理できる	②-1. 所属組織の保健医療福祉関係の計画を理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-2. 既存の各種保健事業がどの計画および法令に基づくものか理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-3. 「データヘルス計画事業」と②-1. で整理した計画及び関連事業の実施計画との関連を理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-4. 既存事業を評価する際に、どのようなデータが必要で、そのデータがどのようにしたら得られるのか、について考察できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
③ データの加工ができる	③-1. 保険者のデータベースシステム(例:KDBシステム)の仕組みが理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-2. ③-1. で理解した仕組みを使ってできることが理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-3. データベースシステムを用いて、必要な情報が含まれている出力帳票を入手することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
④ データの読み取りができる	④-1. 出力帳票の読み方が分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-2. 地域資源(人材、物、予算など)の把握方法が分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-3. 読みとったデータをもとに、課題の抽出ができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
⑤ 事業を組み立てることができる	⑤-1. 事業の目的・目標を設定できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-2. 具体的な事業を計画できる(誰(どの部署が)が、何を、いつするのか)	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-3. 評価計画を策定できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-4. 国保/成人保健事業に関連した現行の保健事業を整理し、データヘルス計画策定における課題を抽出できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-5. 先行事例や好事例を参考に、データヘルス計画策定における課題を抽出できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-6. 保健政策の理論をもとに、保健事業の策定・実施・評価のプロセスを説明できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-7. データヘルス計画に盛り込む保健事業の案を作成できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
⑥ 組み立てた事業を展開することができる	⑥-1. 組み立てた事業に対する予算の獲得、関係部署(基幹)の意向の取りまとめ等、事業の実施に向けた準備を庁内の所定のプロセスにしたがってまとめることができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-1. 関係する他の部署・関係機関と連携して事業が実施できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-2. 評価計画の通り、評価指標を収集することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-3. 各指標について評価することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-4. 全体についての考察を経て、成果と課題を明確にすることができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-5. 課題については目的・目標・事業計画に沿って事業を再構成することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	

公益社団法人 日本看護協会

自己評価シートb

平成27年度 厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 データヘルス研修プログラム開発

自己評価シートb 研修後

ID: グループ: 所属:

氏名:

記入日: 平成 年 月 日

1. 現在のご自身の状況を4段階で自己評価してください。あてはまる数字に○を付け、その理由についてもご記入ください。

本研修の目標	下位目標 (本研修で達成すること)	達成状況	
		4段階(当てはまる数字に○をつけて下さい)	○を付けた理由
① データヘルス計画に保健師が参画する意義/必要性を理解できる	①-1. 国の進める「データヘルス計画策定」の背景、目的、進め方が理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-2. 現在進められている「データヘルス計画策定事業」の状況が理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-3. 「データヘルス計画策定」過程で求められている保健師の役割」について理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-4. 保健事業を展開していく上で「データ」が果たす役割の重要性を理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-5. 「データヘルス計画」を組織的に取り組んでいく際の体制整備や人材をどのようにコーディネートすれば良いのか分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-6. その他、研修を通じて達成できたこと		
② 既存事業の概況を把握し、実施を整理できる	②-1. 所属組織の保健医療福祉関係の計画を理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-2. 既存の各種保健事業がどの計画および法令に基づくものか理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-3. 「データヘルス計画事業」と②-1. で整理した計画及び関連事業の実施計画との関連を理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-4. 既存事業を評価する際に、どのようなデータが必要で、そのデータがどのようにしたら得られるのか、について考察できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-5. その他、研修を通じて達成できたこと		
③ データの加工ができる	③-1. 保険者のデータベースシステム(例:KDBシステム)の仕組みが理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-2. ③-1. で理解した仕組みを使ってできることが理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-3. データベースシステムを用いて、必要な情報が含まれている出力帳票を入手することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-4. その他、研修を通じて達成できたこと		
④ データの読み取りができる	④-1. 出力帳票の読み方が分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-2. 地域資源(人材、物、予算など)の把握方法が分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-3. 読みとったデータをもとに、課題の抽出ができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-4. その他、研修を通じて達成できたこと		
⑤ 事業を組み立てることができる	⑤-1. 事業の目的・目標を設定できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-2. 具体的な事業を計画できる(誰(どの部署か)が、何を、いつするのか)	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-3. 評価計画を策定できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-4. 国保/成人保健事業に関連した現行の保健事業を整理し、データヘルス計画策定における課題を抽出できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-5. 先行事例や好事例を参考に、データヘルス計画策定における課題を抽出できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-6. 保健政策の理論をもとに、保健事業の策定・実施・評価のプロセスを説明できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-7. データヘルス計画に盛り込む保健事業の案を作成できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-8. その他、研修を通じて達成できたこと		

【裏面に続く】

本研修の 目標	下位目標 (本研修で達成すること)	達成状況	
		4段階(当てはまる数字に○をつけて下さい)	○を付けた理由
⑥組み立て た事業を展開 することがで きる	⑥-1. 組み立てた事業に対する予算の獲得、関係部署(基幹)の意向の 取りまとめ等、事業の実施に向けた準備を庁内の所定のプロセスにした がってまとめることができる	4. できる 3. 2. 1. できない ----- ----- -----	
	⑥-2. その他、研修を通じて達成できたこと		
⑦事業を評 価し改善に生 かすことが できる	⑦-1. 関係する他の部署・関係機関と連携して事業が実施できる	4. できる 3. 2. 1. できない ----- ----- -----	
	⑦-2. 評価計画の通り、評価指標を収集することができる	4. できる 3. 2. 1. できない ----- ----- -----	
	⑦-3. 各指標について評価することができる	4. できる 3. 2. 1. できない ----- ----- -----	
	⑦-4. 全体についての考察を経て、成果と課題を明確にすることができる	4. できる 3. 2. 1. できない ----- ----- -----	
	⑦-5. 課題については目的・目標・事業計画に沿って事業を再構成するこ とができる	4. できる 3. 2. 1. できない ----- ----- -----	
	⑦-6. その他、研修を通じて達成できたこと		

2. その他、上記以外で研修を通じて学んだことについてご記入ください。

自己評価シートc

平成27年度 厚生労働省 保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 データヘルス研修プログラム開発

自己評価シートc 研修3か月後

ID: _____ グループ: _____ 所属: _____ 氏名: _____ 記入日: 平成 年 月 日

1. 現在のご自身の状況を4段階で自己評価してください。あてはまる数字に○を付け、その理由についてもご記入ください。

本研修の目標	下位目標 (本研修で達成すること)	達成状況	
		4段階(当てはまる数字に○をつけて下さい)	○を付けた理由
① データヘルス計画に保健師が参画する意義/必要性を理解できる	①-1. 国の進める「データヘルス計画策定」の背景、目的、進め方が理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-2. 現在進められている「データヘルス計画策定事業」の状況が理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-3. 「データヘルス計画策定」過程で求められている保健師の役割について理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-4. 保健事業を展開していく上で「データ」が果たす役割の重要性を理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-5. 「データヘルス計画」を組織的に取り組んでいく際の体制整備や人材をどのようにコーディネートすれば良いのか分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	①-6. その他、研修を通じて達成できたこと		
② 既存事業の概況を俯瞰し、実態を整理できる	②-1. 所属組織の保健医療福祉関係の計画を理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-2. 既存の各種保健事業がどの計画および法令に基づくものか理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-3. 「データヘルス計画事業」と②-1. で整理した計画及び関連事業の実施計画との関連を理解する	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-4. 既存事業を評価する際に、どのようなデータが必要で、そのデータがどのようにしたら得られるのか、について考察できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	②-5. その他、研修を通じて達成できたこと		
③ データの加工ができる	③-1. 保険者のデータベースシステム(例:KDBシステム)の仕組みが理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-2. ③-1. で理解した仕組みを使ってできることが理解できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-3. データベースシステムを用いて、必要な情報が含まれている出力帳票を入手することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	③-4. その他、研修を通じて達成できたこと		
④ データの読み取りができる	④-1. 出力帳票の読み方が分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-2. 地域資源(人材、物、予算など)の把握方法が分かる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-3. 読みとったデータをもとに、課題の抽出ができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	④-4. その他、研修を通じて達成できたこと		
⑤ 事業を組み立てることができる	⑤-1. 事業の目的・目標を設定できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-2. 具体的な事業を計画できる(誰(どの部署か)が、何を、いつするのか)	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-3. 評価計画を策定できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-4. 国保/成人保健事業に関連した現行の保健事業を整理し、データヘルス計画策定における課題を抽出できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-5. 先行事例や好事例を参考に、データヘルス計画策定における課題を抽出できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-6. 保健政策の理論をもとに、保健事業の策定・実施・評価のプロセスを説明できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-7. データヘルス計画に盛り込む保健事業の案を作成できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑤-8. その他、研修を通じて達成できたこと		

【裏面に続く】

本研修の 目標	下位目標 (本研修で達成すること)	達成状況	
		4段階(当てはまる数字に○をつけて下さい)	○を付けた理由
⑥組み立てた事業を展開することができる	⑥-1 組み立てた事業に対する予算の獲得、関係部署(基幹)の意向の取りまとめ等、事業の実施に向けた準備を庁内の所定のプロセスにしたがってまとめることができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑥-2 その他、研修を通じて達成できたこと		
⑦事業を評価し改善に生かすことができる	⑦-1 関係する他の部署・関係機関と連携して事業が実施できる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-2 評価計画の通り、評価指標を収集することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-3 各指標について評価することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-4 全体についての考察を経て、成果と課題を明確にすることができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-5 課題については目的・目標・事業計画に沿って事業を再構成することができる	4. できる 3. 2. 1. できない -----	
	⑦-6 その他、研修を通じて達成できたこと		

2. その他、上記以外で研修を通じて学んだことについてご記入ください。

「データの『見方』は保健師の『味方』」研修 アンケート

本日は、標記研修会にご参加頂きまして、ありがとうございました。

本研修会は「保健師がこれまでの活動の中で得た情報・経験をデータと統合させながら PDCA サイクルを発揮した保健活動ができる」ための研修会プログラムを開発することを目的としています。

より良いプログラムを開発していくために、別紙の評価シートに加え 本票へのご協力を宜しくお願い申し上げます。

※尚、アンケート結果は本プログラム開発に反映することを目的としています。結果は統計的に処理し、個人や組織を特定して公表することはありません。

ID _____

1. 配属されている部署として、当てはまるものを1つお選びください

1. 国保年金部門	2. 保健衛生部門	3. 国保年金部門と保健衛生部門の併任	4. その他 ()
-----------	-----------	---------------------	------------

2. 現在、ご自身が主に従事している業務や分野として、当てはまるものを全てお選びください(該当項目に○)

1 母子保健	2 児童福祉
3 生活習慣病予防(がん対策含む)	4 高齢者保健・介護予防
5 介護保険関連	6 国保年金関連
7 地域包括ケアシステム構築	8 精神保健(自殺対策を含む)
9 障害者福祉(障害児・障害者)	10 虐待・DV 対策
11 難病対策	12 生活困窮者支援
13 健康危機管理(感染症対策・防災対策含む)	14 保健・医療・福祉計画策定
15 職員の健康管理	16 管理業務(マネジメント)
17 企画調整(人材育成・調査含む)	18 組織・横断的調整
19 その他(従事している内容について記入ください)	

3. 本研修に申し込んだ「動機」として、当てはまるものを全てお選びください(該当項目に○)

1 データヘルス計画策定のための知識を学ぶため	2 データヘルス計画策定のための手法を学ぶため
3 既存データを活用し、保健事業の PDCA サイクルを展開するための知識を学ぶため	4 既存データを活用し、保健事業の PDCA サイクルを展開するための手法を学ぶため
5 他の保健・医療・福祉計画策定に活かすため	6 部署間の連携体制づくりに課題を感じていたため
7 講師に魅力を感じたため	8 その他()

4. 本研修プログラムの満足度について、それぞれ当てはまるものを1つ選び、○をつけてください

プログラム	満足	やや満足	やや不満	不満
1. モヤモヤ解決！データヘルス				
2. 実践発表				
3. データを活用した保健事業の進め方				
4. KDB 出力帳票等の読み解き方のグループワーク				
5. 保健活動の計画策定の基本的考え方 目標設定と評価計画				
6. 事業計画策定のグループワーク				

5. 研修の受講に際し、事前課題は適切でしたか？それぞれ当てはまるものを1つ選び、○をつけてください

事前課題	適切	やや適切	やや不適切	不適切
1. 課題図書①（〇〇市のデータヘルス計画）				
2. 事前課題① 各種出力帳票の準備				
3. 事前課題② 特定健診データ分析ソフトウェアの活用				
4. 事前課題③ 既存事業の整理				
5. 事前課題④ エッセイ：解決したい健康課題				

6. 研修期間や開催時期について、それぞれ当てはまるものを1つ選び、○をつけてください

内容	適切	やや適切	やや不適切	不適切
1. 研修期間の長さ（2日間）				
2. 研修の開催時期（8月下旬）				
その他、ご意見がありましたらご記入ください				

7. 職場に戻り、本研修で学んだことを活かして、まずは何から取り組みたいですか

8. 研修全体への感想、ご意見等ございましたらご自由にご記入ください

「データヘルス研修プログラム開発に関するワーキンググループ」

- 鎌形 喜代実** 公益社団法人 国民健康保険中央会／常勤参与
河島 貴子 東京都世田谷区 高齢福祉部介護予防・地域支援課／介護予防・地域支援担当係長
福田 吉治 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科／教授
横山 徹爾 国立保健医療科学院 生涯健康研究部／部長
六路 恵子 全国健康保険協会 保健部／保健専門役（兼）保健第二グループ長

(五十音順)

<ご協力いただいた有識者>

- 近藤 克則** 千葉大学予防医学センター 社会予防医学研究部門／教授
椎葉 倫代 新日鉄住金ソリューションズ株式会社 人事部健康管理グループ／プロフェッショナル
中尾 裕之 宮崎県立看護大学 看護学部看護学科／教授
早川 岳人 福島県立医科大学 医学部医学科 衛生学・予防医学講座／准教授
古井 祐司 東京大学政策ビジョン研究センター／特任助教
柳 尚夫 全国保健所長会／理事

(五十音順)

<執筆者>

—各章—

- 福田 吉治** 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科／教授
古井 祐司 東京大学政策ビジョン研究センター／特任助教
横山 徹爾 国立保健医療科学院 生涯健康研究部／部長

中板 育美 公益社団法人 日本看護協会／常任理事
村中 峯子 公益社団法人 日本看護協会／健康政策部長
坂田 祥 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部保健師課

—コラム—

- 井上 美佐** 静岡県伊豆の国市市民福祉部健康づくり課成人保健係
大島 敦子 大分県国民健康保険団体連合会 事業課 保健事業班／主幹（総括）
大島 亜友美 愛知県瀬戸市健康福祉部国保年金課給付係／主査
川崎 雅子 長崎県国民健康保険団体連合会 事業課 保健事業班／主任主査
美濃羽 冴子 長野県木曾郡王滝村福祉健康課保健衛生係／主査

(五十音順)

<事務局>

担当理事	中板 育美	公益社団法人	日本看護協会	／	常任理事
担当部署	村中 峯子	公益社団法人	日本看護協会	／	健康政策部長
	橋本 結花	公益社団法人	日本看護協会		健康政策部保健師課
					健康政策専門職
	金丸 由香	公益社団法人	日本看護協会		健康政策部保健師課
	坂田 祥	公益社団法人	日本看護協会		健康政策部保健師課
	渋井 優	元公益社団法人	日本看護協会		健康政策部保健師課

データの 保健師の *
「見方」は「味方」
みかた みかた

—データを活用した保健活動の展開—

*保健師ジャーナル2014年7月号, Vol.70, No.7より題名転用

発行日 平成 28 年 3 月 31 日
編集 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部保健師課
発行 公益社団法人 日本看護協会
〒 150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2
TEL 03-5778-8831 (代表)
FAX 03-5778-5601 (代表)
URL <http://www.nurse.or.jp>

※本書からの無断転載を禁じる

データの
「見方」は「味方」
保健師の

みかた

みかた

—データを活用した保健活動の展開—