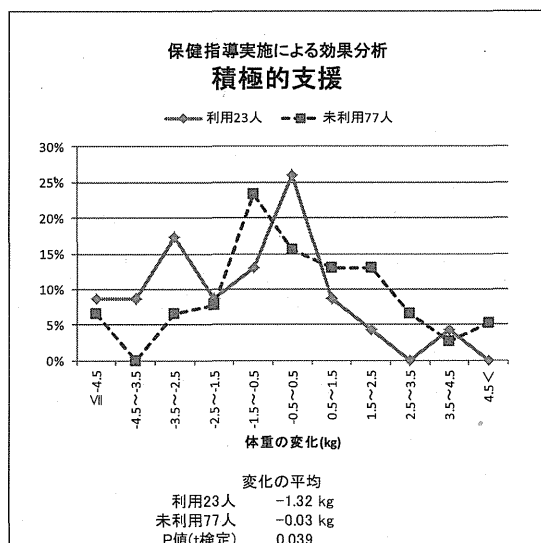


本ツールは、(1)と同じURLでインターネット上に公開した。

(4) 特定保健指導の効果の評価

「特定健診等データ管理システム」から出力できる CSV ファイル、「受診券情報 FKAC161」、「特定健診結果 FKAC167 (n年の保健指導の効果を測る場合、n年とn+1年の2つ)」、「保健指導結果 FKAC165」、「判定結果 (積極的・動機づけなど) FKAC131」を読み込むことにより、直ちに図6のように、特定保健指導の利用・未利用別の翌年の変化の比較が可能なソフトウェアを完成させた。

図6. 特定保健指導の効果の評価分析ソフトウェア



D. 考察

(1) 市区町村別死因別 SMR のマップ化

市区町村別死因別 SMR は5年ずつプールして計算した値が厚生労働省から公表されている²⁾。しかし、地図上に示して見える化したものとしては、平成5~9年に総死亡の標準化死亡比の経験ベイズ推定 (EBSMR) によるものはあるが、死因別

SMR については一部の県で独自に作成したものを除き、近年では全市区町村を網羅して地図化したものはない。市区町村別の SMR は、特に死因別 SMR では死亡数が少ないため観測値が不安定になりやすいという統計上の問題があるため、経験ベイズ推定を用いることが望ましい⁴⁾。本分担研究でも死因別に EBSMR の推定を試みたが、観測度数が0の市区町村で期待度数が得られなかったことと、一部の県で安定した推定値が得られなかった。そのため、観測度数が0の市区町村を明示したうえで、検定の有意性 (帰無仮説: SMR=100) を考慮して、SMR の高低を5区分して示すこととした。地図化することで、各都道府県内の特徴が把握しやすくなり、自治体において地域の健康課題の明確化に役立つものと期待される。

(2) 市区町村別リスク因子のマップ化

特定健診のデータは、市区町村別に集計可能な重要な既存データの一つであり、その活用の推進が望まれるが、これまでに複数保険者のデータを用いて市区町村別の分析を行った県は少ない¹⁾。その理由としては、①複数保険者間でデータ利用の調整を図るための手間がかかることと、②リスク因子の指標を年齢調整して計算し地図化するための統計解析技術の問題があると思われる。特に前者を図るためには、各保険者がどのようなデータを提供する必要があるのか (個人データなのか集計データなのか等) を明確にしておかなければならない。国保のみの健診データを用いてリスク因子の状況を地図化した県は比較的多いようであるが、国保だけでは住民の3割程度しかカバーできず、特に60歳以下の比較的若い世代のカバー率が低い。協会けんぽ (主に

中小企業が対象)のデータも合わせて利用できれば国民の約6割をカバーすることができるため、市区町村においてより住民の実態を踏まえた保健活動の推進に有用であると考えられる。本分担研究で作成したツールは、協会けんぽのデータが入った状態で都道府県支部を通じて保険者協議会等に提供され、かつ計算が容易であるため、上記①②の課題を解決して、特定健診データを用いた市区町村間のリスク因子の状況の比較が進むと期待される。

(3) KDBの年齢調整ツールの作成

KDBは市区町村において健診・医療・介護のデータを活用するための技術的なハードルを下げるために有用なシステムであるが、県全体や全国等と比較する際に重要な年齢調整の機能が現在のところなく、また、人数の少ない市区町村ではわずかな人数の変化によってリスク因子の状況が大きく変動する可能性があるため、偶然変動の影響を評価する機能も持つことが望まれる。

本分担研究で作成した2種類(①②)の帳票用のツールを用いれば、KDBから出力されるCSVファイルを利用して、ごく簡単な操作で、リスク因子の状況と、服薬や生活習慣等の状況を、年齢調整した上で偶然変動の影響も考慮して検討することが可能となる。また、医療費に関する2種類の帳票(③)用のツールを用いれば、年齢・人口構成の違いを補正した上で、疾患別医療費を件数・点数で比較することが可能であり、KDBの活用範囲が広がると期待される。

(4) 特定保健指導の効果の評価

特定保健指導の利用者と未利用者の体重等リスク因子の改善状況の比較は、極めて基本的で必須の分析であるが、保健指導の

状況と2年分の健診データを突合する技術的な困難さから、十分に行われていない自治体も多い。本ソフトウェアの利用により、「特定健診等データ管理システム」CSVファイルを出力さえできれば、容易に保健指導の効果を比較することが可能となり、健診・保健師同事業の評価に役立つと期待される。

E. 結論

市区町村別の健康課題を明確化するための基本的な情報である人口動態統計の死因別死亡(標準化死亡比)の状況、特定健診データによるリスク因子や生活習慣等の状況、特定保健指導の利用者と未利用者のリスク因子等の改善状況、疾患別医療費の状況等を“見える化”するためのツールおよび教材を開発し、インターネット上で公開した。これらは自治体職員が容易に利用可能であり、地区診断や保健指導の効果の評価に役立つことが期待される。

<文献>

- 1) 静岡県, 静岡県総合健康センター. 特定健診・特定保健指導に係るデータ報告書. http://www.shizuoka-sogokenkocenter.jp/area_health/?page=sin_dan_data
- 2) 厚生労働省. 人口動態統計特殊報告 人口動態保健所・市区町村別統計(平成20~24年など5年毎)
- 3) 丹後俊郎他. 空間疫学への招待—疾病地図と疾病集積性を中心として(医学統計学シリーズ). 朝倉書店. 2007.
- 4) 厚生労働省保険局調査課. 平成25年度医療費の地域差分析:(参考1)2次医療圏別及び市町村別地域差指数の計算式. 平成27年9月.
- 5) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保

F. 健康危機情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 横山徹爾、藤井仁. 特定健診・特定保健指導の評価と PDCA. 保健医療科学. 2014;63(5):432-437.

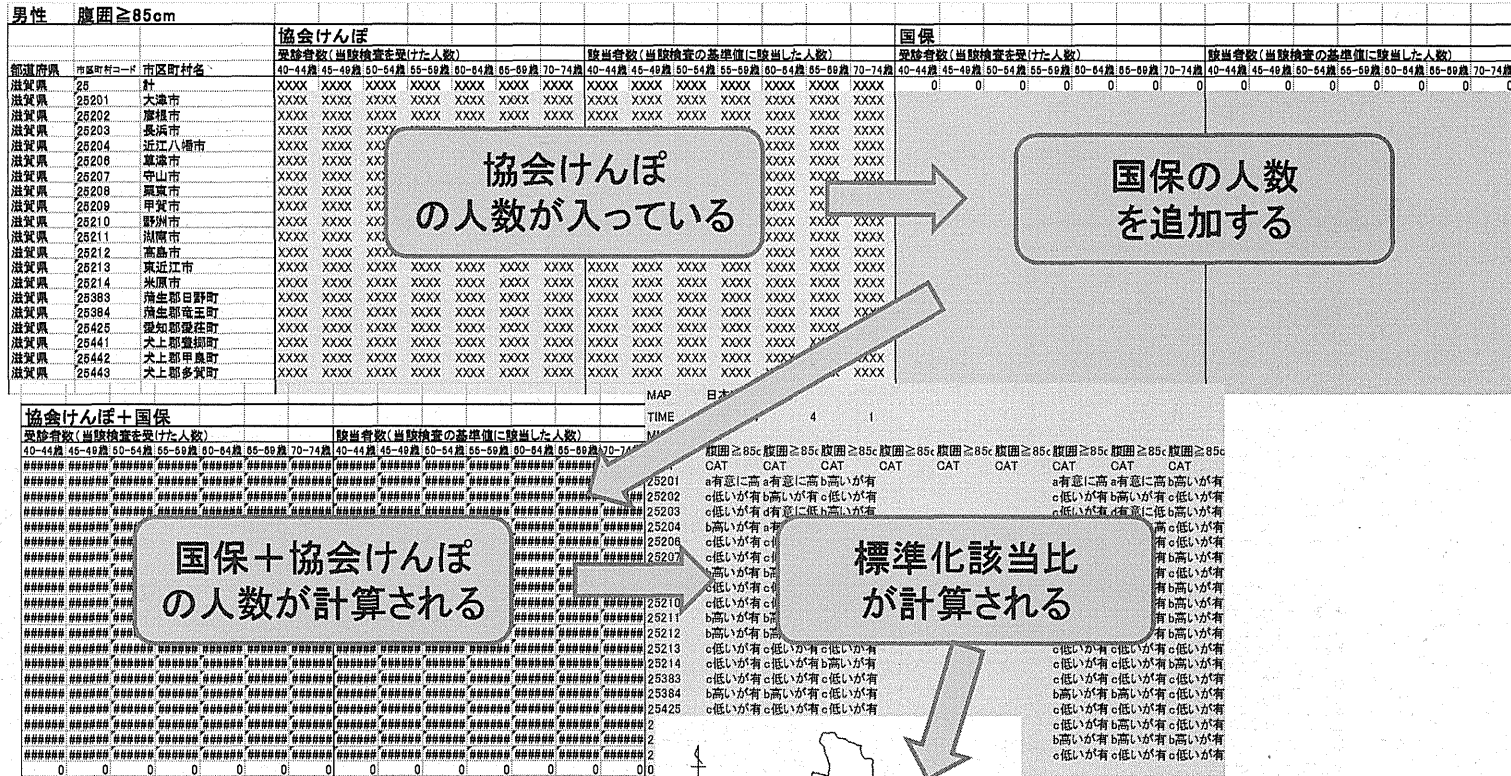
2. 学会発表

- 1) Yokoyama T, Rokuro K, Yamazaki I. Regional disparities in metabolic risk factors in Japan - health examination data of 5.2 million SME workers. 第 25 回日本疫学会学術総会抄録集. 2015.
- 2) Rokuro K, Yamazaki I, Yokoyama T. Comparison of metabolic risk factors between business categories - health examination data of 5.2 million SME workers. 第 25 回日本疫学会学術総会抄録集. 2015.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

図2. 標準化該当比計算および地図作成支援ツール



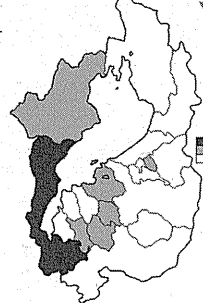
協会けんぽ
の人数が入っている

国保の人数
を追加する

国保+協会けんぽ
の人数が計算される

標準化該当比
が計算される

<必要な情報>
市区町村別、性・年齢階級(5歳階級)別
・受診者人数
・該当者人数



フリーGISソフト「MANDARA」に
コピー&ペーストで直ちに地図化

図3.「厚生労働省様式(様式6-2~7)」年齢調整ツール(一部)

厚生労働省様式(様式6-2~7)【補足】

健診有所見者状況(男女別・年齢調整)

保険者番号: 990011
 保険者名: 見本データ
 地区:

作成年月: H24年度
 印刷日: 2015/3/24
 ページ: 1/3

| 性別 | 年齢 | 受診者 | 摂取エネルギーの過剰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|-----------|------------|-------|---------|----------|---------|-----------|-------|---------|----------|---------|---------|-------|----------|----------|---------|---------|------------|---------|----------|---------|---------|-------|---------|----------|---------|
| | | | BMI | | | | 腹囲 | | | | 中性脂肪 | | | | ALT(GOT) | | | | HDLコレステロール | | | | | | | | |
| | | | 25以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 85以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 150以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 31以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 40未満 | 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 | 485,706 | 49.1% | 49.1% | 100(基準) | 102.7 | 336,933 | 34.1% | 34.1% | 100(基準) | *106.6 | 277,442 | 28.1% | 28.1% | 100(基準) | *110.7 | 90,751 | 9.2% | 9.2% | 100(基準) | 101.0 |
| | 県 | 9,360 | 2,764 | 29.5% | 30.0% | *86.0 | 100(基準) | 4,478 | 47.8% | 47.6% | 97.3 | 100(基準) | 2,972 | 31.8% | 31.8% | *93.8 | 100(基準) | 2,320 | 24.8% | 25.2% | *90.4 | 100(基準) | 846 | 9.0% | 9.1% | 99.0 | 100(基準) |
| | 地域(地区) | 343 | 111 | 32.4% | 34.0% | 94.3 | 109.6 | 161 | 46.9% | 47.3% | 95.2 | 97.3 | 89 | 25.9% | 27.2% | *76.9 | 82.5 | 85 | 24.8% | 24.5% | 91.2 | 101.2 | 17 | 5.0% | 5.5% | *55.3 | *55.1 |
| 65~74歳 | 全国 | 1,445,120 | 373,236 | 25.8% | 25.8% | 100(基準) | 101.5 | 707,060 | 48.9% | 48.9% | 100(基準) | *105.3 | 384,802 | 26.6% | 26.6% | 100(基準) | 98.2 | 219,929 | 15.2% | 15.2% | 100(基準) | *85.8 | 135,201 | 9.4% | 9.4% | 100(基準) | 100.5 |
| | 県 | 12,914 | 3,286 | 25.4% | 25.5% | 98.5 | 100(基準) | 5,991 | 46.4% | 46.4% | *94.9 | 100(基準) | 3,494 | 27.1% | 27.0% | 101.9 | 100(基準) | 2,295 | 17.8% | 17.8% | *116.6 | 100(基準) | 1,198 | 9.3% | 9.3% | 99.5 | 100(基準) |
| | 地域(地区) | 916 | 209 | 22.8% | 22.9% | 88.3 | 89.3 | 399 | 43.6% | 44.0% | *88.5 | 94.1 | 250 | 27.3% | 28.3% | 101.3 | 101.8 | 138 | 15.1% | 15.4% | 99.9 | 85.1 | 79 | 8.6% | 8.8% | 90.7 | 91.4 |
| 総数 | 全国 | 2,433,973 | 715,496 | 29.4% | 29.4% | 100(基準) | *108.3 | 1,192,766 | 49.0% | 49.0% | 100(基準) | *104.2 | 721,735 | 29.7% | 29.7% | 100(基準) | 102.0 | 497,371 | 20.4% | 20.4% | 100(基準) | 98.3 | 225,952 | 9.3% | 9.3% | 100(基準) | 100.7 |
| | 県 | 22,274 | 6,050 | 27.2% | 27.3% | *92.4 | 100(基準) | 10,469 | 47.0% | 46.9% | *95.9 | 100(基準) | 6,466 | 29.0% | 29.0% | 98.0 | 100(基準) | 4,615 | 20.7% | 20.8% | 101.7 | 100(基準) | 2,044 | 9.2% | 9.2% | 99.3 | 100(基準) |
| | 地域(地区) | 1,259 | 320 | 25.4% | 27.4% | 90.3 | 95.4 | 560 | 44.5% | 45.4% | *90.3 | 95.0 | 339 | 26.8% | 27.8% | 93.5 | 95.9 | 223 | 17.7% | 19.1% | 96.4 | 90.6 | 96 | 7.6% | 7.4% | *81.5 | 81.9 |

| 性別 | 年齢 | 受診者 | 摂取エネルギーの過剰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|-----------|------------|-------|---------|----------|---------|---------|-------|---------|----------|---------|---------|-------|----------|----------|---------|---------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|---------|----------|---------|
| | | | BMI | | | | 腹囲 | | | | 中性脂肪 | | | | ALT(GOT) | | | | HDLコレステロール | | | | | | | | |
| | | | 25以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 90以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 150以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 31以上 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) | 40未満 | 割合(%) | 年齢調整(%) | 標準化比(全国) | 標準化比(県) |
| 40~64歳 | 全国 | 1,343,901 | 273,911 | 20.4% | 20.4% | 100(基準) | *107.4 | 211,987 | 15.8% | 15.8% | 100(基準) | *107.1 | 217,264 | 16.2% | 16.2% | 100(基準) | *105.6 | 127,582 | 9.5% | 9.5% | 100(基準) | *115.3 | 25,638 | 1.9% | 1.9% | 100(基準) | 112.1 |
| | 県 | 10,650 | 2,034 | 19.1% | 18.9% | *93.1 | 100(基準) | 1,590 | 14.9% | 14.6% | *93.4 | 100(基準) | 1,666 | 15.6% | 15.3% | *94.7 | 100(基準) | 887 | 8.3% | 8.2% | *86.8 | 100(基準) | 183 | 1.7% | 1.7% | 89.2 | 100(基準) |
| | 地域(地区) | 553 | 100 | 18.1% | 18.3% | 87.4 | 94.0 | 77 | 13.9% | 14.1% | 86.7 | 90.8 | 87 | 15.7% | 16.3% | 93.8 | 99.7 | 46 | 8.3% | 7.9% | 86.5 | 100.8 | 2 | 0.4% | 0.5% | *18.6 | *20.5 |
| 65~74歳 | 全国 | 1,893,113 | 432,781 | 22.9% | 22.9% | 100(基準) | 102.4 | 398,101 | 21.0% | 21.0% | 100(基準) | *104.4 | 339,477 | 17.9% | 17.9% | 100(基準) | *95.6 | 169,186 | 8.9% | 8.9% | 100(基準) | *126.7 | 50,652 | 2.7% | 2.7% | 100(基準) | 101.1 |
| | 県 | 17,678 | 3,962 | 22.4% | 22.8% | 97.6 | 100(基準) | 3,562 | 20.1% | 20.3% | *95.8 | 100(基準) | 3,373 | 19.1% | 19.2% | *104.6 | 100(基準) | 1,263 | 7.1% | 7.2% | *79.0 | 100(基準) | 467 | 2.6% | 2.7% | 98.9 | 100(基準) |
| | 地域(地区) | 1,257 | 254 | 20.2% | 20.2% | *88.1 | 90.0 | 248 | 19.7% | 20.1% | 93.8 | 97.8 | 244 | 19.4% | 19.6% | 106.7 | 101.7 | 96 | 7.6% | 7.5% | 84.5 | 106.9 | 25 | 2.0% | 2.0% | 74.4 | 75.1 |
| 総数 | 全国 | 3,237,014 | 706,692 | 21.8% | 21.8% | 100(基準) | *104.1 | 610,088 | 18.8% | 18.8% | 100(基準) | *105.2 | 556,741 | 17.2% | 17.2% | 100(基準) | 98.9 | 296,768 | 9.2% | 9.2% | 100(基準) | *122.0 | 76,290 | 2.4% | 2.4% | 100(基準) | 104.2 |
| | 県 | 28,328 | 5,996 | 21.2% | 21.2% | *96.0 | 100(基準) | 5,152 | 18.2% | 17.9% | *95.0 | 100(基準) | 5,039 | 17.8% | 17.6% | 101.1 | 100(基準) | 2,150 | 7.6% | 7.6% | *82.0 | 100(基準) | 650 | 2.3% | 2.3% | 95.9 | 100(基準) |
| | 地域(地区) | 1,810 | 354 | 19.6% | 19.4% | *87.9 | 91.1 | 325 | 18.0% | 17.6% | 92.0 | 96.1 | 331 | 18.3% | 18.2% | 102.9 | 101.1 | 142 | 7.8% | 7.7% | 85.1 | 104.8 | 27 | 1.5% | 1.4% | *60.9 | *62.7 |

国保データベース(KDB)のCSVファイル(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))より計算。

年齢調整(%)は全国受診者数(男女別)を基準人口とした直接法による。従って、厳密な男女比較はできない。受診者が少ない地域では、年齢調整(%)がエラーまたは異常な値となることあるため、標準化比で評価することが望ましい。

標準化比は全国または県を基準とした間接法による。標準化比に*が付記されたものは、基準に比べて有意な差(p<0.05)があることを意味する。

図4.「質問票調査の状況」年齢調整ツール(一部)

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)

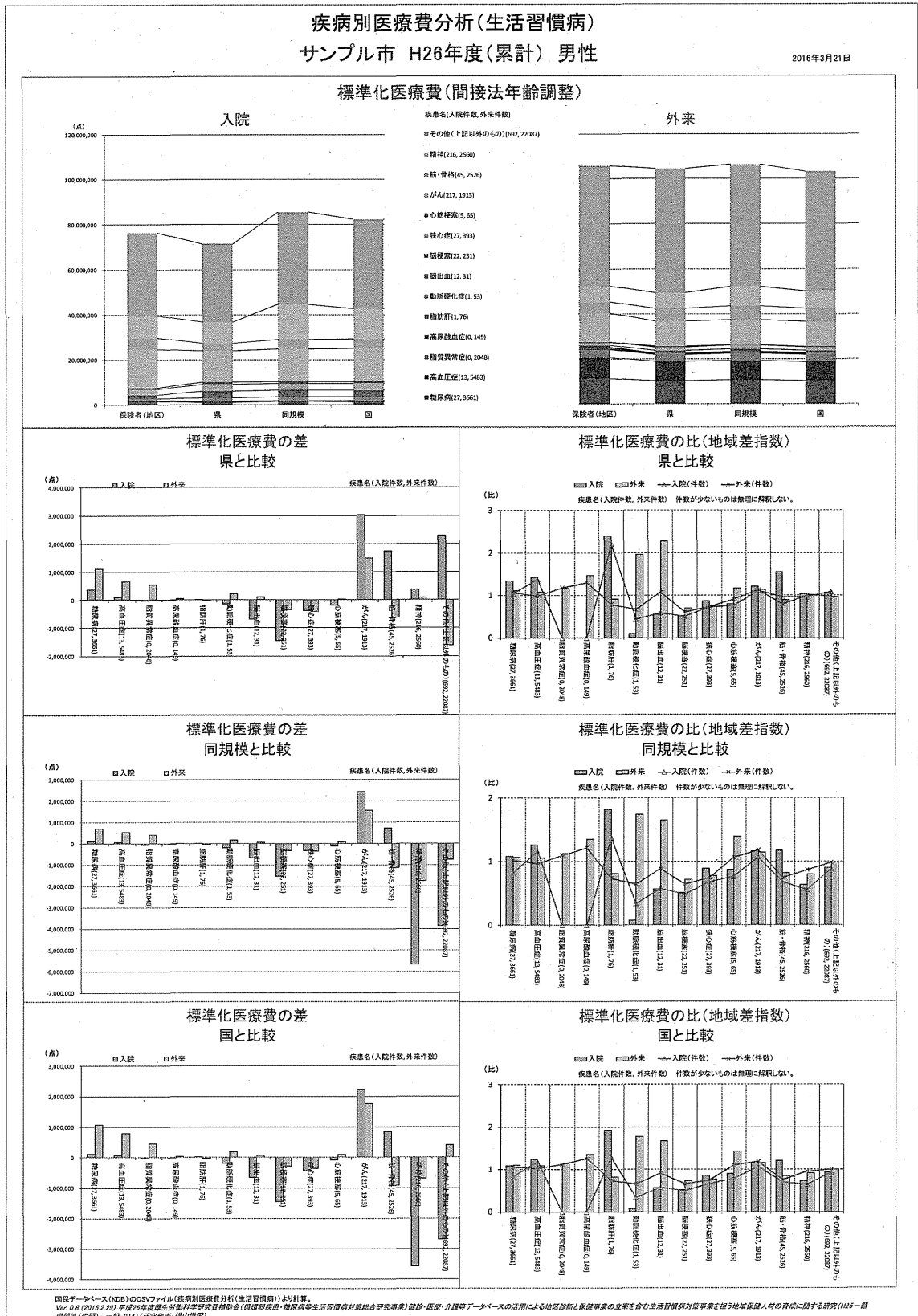
作成年月: H25年度(累計)
 印刷日: 2015/3/24
 ページ: 1/4

| 生活習慣等 | 40~64歳 | | | | | | | | | | | | | 65~74歳 | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|----------|--------|------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|----------|--|--|
| | 総人数 | | 該当者割合 | | | | 年齢調整割合 | | | | 標準化比 vs. | | | 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 | 同規模 | 県 | 全国 | 地域 | 地域 | 同規模 | 県 | 全国 | 地域 | 同規模 | 県 | 全国 | 同規模 | 県 | 全国 | | |
| 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 | 7794 | 45.7% | 45.0% | 44.4% | 46.2% | 45.8% | 45.0% | 44.5% | 46.2% | 101.8 | 102.9 | 99.6 | | |
| 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 | 7677 | 12.1% | 11.0% | 12.1% | 11.4% | 12.2% | 11.0% | 12.3% | 11.4% | *110.8 | 99.5 | *106.8 | | |
| 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 | 7824 | 14.6% | 21.1% | 14.2% | 21.1% | 14.5% | 21.1% | 14.2% | 21.1% | *69.8 | 103.4 | *69.8 | | |
| 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 | 7747 | 5.0% | 6.1% | 5.0% | 5.9% | 5.0% | 6.1% | 5.0% | 5.9% | *83.8 | 101.3 | *85.9 | | |
| 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 | 7907 | 7.3% | 10.2% | 8.9% | 9.2% | 7.4% | 10.1% | 9.0% | 9.2% | *72.8 | *81.9 | *80.3 | | |
| 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 | 7947 | 0.8% | 0.7% | 0.7% | 0.8% | 0.8% | 0.7% | 0.7% | 0.8% | 125.1 | 117.5 | 101.8 | | |
| 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 | 7967 | 0.8% | 5.9% | 1.1% | 5.5% | 0.8% | 5.8% | 1.1% | 5.5% | *13.3 | *69.0 | *14.2 | | |
| 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 | 7940 | 17.6% | 18.4% | 17.8% | 20.1% | 17.4% | 18.6% | 17.4% | 20.1% | *92.1 | 98.7 | *85.9 | | |
| 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 | 7767 | 41.8% | 37.7% | 37.7% | 35.6% | 41.6% | 37.8% | 37.3% | 35.6% | *109.8 | *111.0 | *116.7 | | |
| 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 | 7920 | 44.0% | 44.4% | 50.2% | 49.3% | 43.8% | 44.5% | 50.0% | 49.3% | 98.3 | *87.4 | *88.7 | | |
| 1日1時間以上運動なし | 3886 | 55.5% | 56.0% | 47.1% | 53.6% | 53.3% | 56.2% | 47.0% | 53.6% | 99.1 | *113.3 | *104.5 | 7886 | 42.8% | 41.9% | 39.4% | 40.1% | 42.7% | 42.0% | 39.2% | 40.1% | 101.5 | *108.9 | *106.5 | | |
| 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 | 7932 | 45.4% | 46.8% | 51.3% | 49.4% | 45.6% | 46.8% | 51.4% | 49.4% | 97.1 | *88.6 | *91.7 | | |
| 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 | 7737 | 16.5% | 17.6% | 14.3% | 17.6% | 16.5% | 17.7% | 14.3% | 17.6% | *93.1 | *115.4 | *93.5 | | |
| 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 | 7876 | 32.7% | 26.1% | 31.1% | 25.1% | 32.4% | 26.1% | 30.9% | 25.1% | *124.3 | *105.1 | *129.0 | | |
| 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 | 7758 | 58.3% | 65.5% | 59.1% | 66.8% | 58.4% | 65.3% | 59.1% | 66.8% | *89.5 | 98.5 | *87.5 | | |
| 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 | 7741 | 9.4% | 9.1% | 9.2% | 9.2% | 9.5% | 9.1% | 9.3% | 9.2% | 103.6 | 101.9 | 102.8 | | |
| 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 | 7785 | 21.4% | 16.9% | 23.0% | 18.1% | 21.3% | 16.9% | 23.0% | 18.1% | *125.9 | *93.1 | *118.1 | | |
| 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 | 7775 | 9.7% | 8.5% | 10.5% | 8.6% | 9.7% | 8.6% | 10.5% | 8.6% | *112.1 | *92.6 | *111.6 | | |
| 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 | 7844 | 6.8% | 5.2% | 6.2% | 5.6% | 6.7% | 5.3% | 6.1% | 5.6% | *126.7 | *109.1 | *119.6 | | |
| 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 | 7842 | 51.0% | 46.8% | 52.6% | 47.0% | 50.9% | 46.8% | 52.4% | 47.0% | *109.1 | 97.1 | *108.3 | | |
| 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 | 7612 | 19.3% | 22.4% | 19.1% | 22.5% | 19.3% | 22.4% | 19.2% | 22.5% | *85.9 | 100.8 | *85.3 | | |
| 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 | 7915 | 28.7% | 30.2% | 28.2% | 32.2% | 29.0% | 30.1% | 28.4% | 32.2% | *95.6 | 101.9 | *89.8 | | |
| 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 | 7925 | 42.4% | 49.0% | 44.3% | 46.5% | 42.9% | 48.9% | 44.6% | 46.5% | *87.3 | *95.9 | *92.0 | | |
| 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 | 7898 | 25.8% | 35.6% | 27.6% | 36.9% | 25.8% | 35.5% | 27.6% | 36.9% | *72.7 | *93.5 | *70.1 | | |
| 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 | 7811 | 18.5% | 11.8% | 17.0% | 13.0% | 18.4% | 11.9% | 17.0% | 13.0% | *154.2 | *108.0 | *141.3 | | |
| 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 | 7814 | 10.7% | 2.4% | 11.1% | 2.5% | 10.5% | 2.4% | 11.0% | 2.5% | *432.7 | 96.0 | *417.6 | | |
| 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 | 7946 | 21.1% | 18.7% | 20.4% | 18.5% | 21.0% | 18.7% | 20.4% | 18.5% | *112.9 | 103.4 | *114.1 | | |
| 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 | 7849 | 33.0% | 37.6% | 40.5% | 39.8% | 33.2% | 37.5% | 40.8% | 39.8% | *88.6 | *81.4 | *83.0 | | |
| 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 | 7751 | 36.0% | 23.0% | 34.1% | 22.5% | 35.8% | 23.1% | 34.1% | 22.5% | *154.8 | *105.7 | *159.1 | | |
| 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 | 7853 | 5.7% | 10.3% | 5.0% | 10.4% | 5.7% | 10.4% | 5.0% | 10.4% | *55.1 | *115.6 | *54.9 | | |
| 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 | 7679 | 4.9% | 6.9% | 4.1% | 6.7% | 4.9% | 7.0% | 4.1% | 6.7% | *70.1 | *119.2 | *72.5 | | |
| 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 | 7789 | 20.6% | 23.8% | 17.3% | 22.8% | 20.7% | 23.8% | 17.3% | 22.8% | *86.4 | *119.1 | *90.1 | | |
| 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 | 7873 | 48.3% | 58.6% | 53.1% | 57.1% | 48.4% | 58.6% | 53.0% | 57.1% | *82.7 | *90.8 | *84.8 | | |

国保データベース(KDB)のCSVファイル(質問票調査の状況)より計算。

年齢調整(%)は全国受診者数(男女別)を基準人口とした直接法による。従って、厳密な男女比較はできない。受診者が少ない地域では、年齢調整(%)がエラーまたは異常な値となることのあるため、標準化比で評価することが望ましい。
 標準化比は同規模、県、または全国を基準とした間接法による。標準化比に*が付記されたものは、基準に比べて有意な差(p<0.05)があることを意味する。

図5. 「疾病別医療費分析(生活習慣病)」年齢調整ツール(一部)



**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」の開発**

| | |
|-------|---|
| 研究分担者 | 堀井 聡子 (国立保健医療科学院生涯健康研究部) 横山 徹爾 (国立保健医療科学院生涯健康研究部) 杉田由加里 (千葉大学大学院看護学研究科) |
| 研究協力者 | 鎌形喜代実 (国民健康保険中央会) 六路 恵子 (全国健康保険協会) 成木 弘子 (国立保健医療科学院地域ケアシステム研究分野) 松本 珠実 (国立保健医療科学院生涯健康研究部) 森永裕美子 (国立保健医療科学院生涯健康研究部) 守屋 信吾 (国立保健医療科学院生涯健康研究部) 藤井 仁 (国立保健医療科学院政策技術評価研究部) |

研究要旨

26年度に実施した「データ活用に関するニーズ調査」の結果を踏まえて、「人材育成プログラムの骨子」を作成し、同骨子に基づき27年度に「人材育成プログラム（試行版）」を開発した。同試行版を用い、パイロット県2県で、市町村等担当者対象とした研修会を、国保連合会等と協働で試行し、研修会参加者および主催者等に対し、プログラムの有効性や内容の妥当性に関する評価アンケートとヒアリングを行った。ヒアリング等の結果は帰納的に分析し、分析結果を踏まえて「人材育成プログラム（試行版）」を精緻化した。これにより、1. プログラムの概要（目的、対象、実施体制等）、2. 研修（対象者分析方法、モデル研修内容（案）、評価等）、3. フィールドサポート、4. プログラムの評価、および資料（回答例を含む演習教材等）、から構成される「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』」（以下実践ガイドと記す）が完成した。

試行研修後に実施したアンケート調査等の結果から、本「実践ガイド」は現場のニーズに合致する妥当な内容であることが示唆された。そのため本「実践ガイド」を活用することにより、都道府県等による市町村に対する人材育成支援が推進され、市町村の生活習慣病対策におけるデータ活用に寄与すると考えられる。一方で、市町村におけるデータに基づく生活習慣病対策の立案・運営・評価を推進するうえでは、市町村担当者のデータ解釈とそれに基づく施策化に関する能力強化の必要性が課題として残された。この課題を解決するためには、市町村内の事業実施と人材育成に関する体制整備、都道府県レベルの研修

講師の育成、施策化に関する好事例のデータベース化などの対応が有効であると考えられた。

A. 研究目的

生活習慣病対策の企画、実施、評価において、今日、健診データや医療費データ（レセプト）等、種々の保健医療データが利用可能な状況にあるにもかかわらず、その利活用の状況は必ずしも十分とはいえない。その要因の一つとして、市町村の事業担当者ら、データを利活用する立場にある人々のデータ活用の能力が十分ではないことが挙げられる。したがって、データを利活用した地域診断や、生活習慣病対策の立案、展開、評価に関与する人材の能力強化のための具体的方法論を確立することが急務である。

そこで本研究では、健診・医療・介護等のデータを活用した生活習慣病にかかる地区診断、対策に関する計画立案、実施、評価にかかる人材育成プログラムを開発することを目的に、26年度の本研究班の成果を活用し、「人材育成プログラム(試行版)」を作成し、それを協力自治体において研修を試行したうえで、同プログラムの精緻化を行うこととした。

B. 方法

26年度は、市町村において、データを活用した取り組みの実際やどのような場面で活用できるかについてニーズ調査を行った。そのうえで、ニーズ調査の結果を帰納的に分析し、プログラムの骨子を完成させた。27年度は、まず、同骨子をベースに「人材育成プログラム(試行版)」を作成し、次に、同試行版を用いた研修を行い、受講者および研修企画者による試行版の評価を行った。最後に、それら評価結果をもとに内容を精

緻化し、「人材育成プログラム・実践ガイド」を完成させた。

なお、試行研修とその評価および評価結果の分析に関する対象や方法等は、以下のとおりである。

1. 試行研修の対象

「人材育成プログラム」は、市町村の人材育成を担う都道府県（国民健康保険団体連合会〔国保連〕を含む）が実施することを想定している。そのため、データ活用等に関する研修を企画している都道府県（国保連）のうち、同意の得られた2か所の都道府県を対象に、27年度に研修を試行し、その評価を行った。

2. 評価のためのデータ収集

研修会では、対象となる都道府県と協力して、本研究班が対象市町村に対し研修を実施した。研修の内容は「人材育成プログラム(試行版)」に従って構成した。研修終了時に、対象の都道府県および研修を受けた市町村の職員に対し、自記式評価票を配布し記入してもらった(参考資料1、2、3)。また、記載内容を補完するための情報を研究班のメンバーが対象者に対しヒアリングした。ヒアリングの内容は、ICレコーダーで録音するとともに、その場で要点をノートに記載し、データ分析の対象とした。評価項目は、実施可能性、有効性およびその他の改善すべき点等とした。なお、本「人材プログラム」の教材となる「データ活用マニュアル」については、別途作成した評価グリッドを用いて評価を行った。(分担研

究報告：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「健診・医療・介護等データ活用マニュアル」の開発 参考資料1 参照)

評価票の回収に当たっては、研修会場に回収ボックスを設置し、回収した。

3. 分析方法

評価項目ごとに単純集計を行った。また、自由記載の内容やヒアリングの結果については、意見の類似性に基づきカテゴリ化した。

上記結果を、「人材育成プログラム(試行版)」に統合し、精緻化した。

4. 倫理的配慮

「人材育成プログラム(試行版)」に基づく試行研修の実施にあたり、研究計画書の段階で、国立保健医療科学院の倫理審査委員会に申請し、承認を得たのちに、実施した。(承認番号 NIPH-IBRA # 12105)

C. 結果

「人材育成プログラム(試行版)」を用いた試行研修の実績および研修後アンケートの内容、対象者、および集計結果は図1、2、3のとおりである。

ここでは、「人材育成プログラム(試行版)」の精緻化の根拠とした、アンケートの自由記載およびヒアリング結果の分析結果を詳述する。ヒアリング結果等を帰納的に分析したところ、以下の7つのカテゴリが抽出された。研修受講者側からは、1. 研修テーマ(目的)の妥当性、2. 研修内容の妥当性、3. 対象者要件の適切性、4. 研修教材の妥当性、研修企画側からは、1. 研修の実施可能性、2. 研修以外の市町村支

援の必要性、3. 人材育成支援の実施体制の課題が抽出された。

I. 研修受講者側

1. 研修テーマ(目的)の妥当性

- ・ 本テーマ(とくに、データの読み取り)を扱う研修自体が不足しており、必要性が高い。
- ・ 必要なデータの特定・分析方法等の理解が促され、データヘルス計画の立案に役立つ(事業立案等におけるデータ活用の意識づけの機会として有用である)。
- ・ 地域診断や PDCA サイクルに関する知識を獲得するうえで有用である(とくに、事務職は PDCA を学ぶ機会そのものが希少であり、必要性が高い)。
- ・ 「事業」を運営するという思考から、「対象者や地域全体」を俯瞰して事業や施策を運営することの重要性への気づきが促される。

2. 研修内容の妥当性

- ・ 疫学・統計に関する基礎的な内容がカリキュラムに含まれていることは重要である。
- ・ PDCA サイクルのうち、評価については、研修内容・教材のさらなる充実が望まれる
- ・ データ活用のためのツール類の情報提供は有効である(Webの紹介など)。
- ・ 医療費分析は、難易度が高い
- ・ 演習で扱う内容は、地域診断ではなく、健診事業の評価など、業務内で実施していることから始めると理解が容易である。

- ・ 修得する内容の難易度に比べて、時間が短い。

3. 対象者要件の適切性

- ・ 事業立案・評価等でデータを活用するためには、地域診断の基礎的な能力が必要である（研修受講者には最低限、データ読み取り後、その臨床的意味（何をもちいて問題と解釈するのか）を判断し、優先課題を抽出するための知識が必要である。特に事務職や事業担当経験年数の浅いものには、地域診断の基礎を事前に習得する機会が必要である）。
- ・ 事務職と専門職は合同でやることで、能力差が出る反面、協働のきっかけづくりとしての効果がある（一緒に参加することにはメリットもある）。また、国保・衛生がセットになることも、協働のきっかけになりうる。

4. 研修教材の妥当性

- ・ 演習に関するモデル回答があった方がよい（自分の診断結果が正しいのか、誤っているのかの判断基準がほしい）。
- ・ 演習では、自組織のデータを用いることが望ましい。
- ・ データ活用マニュアルを研修教材として活用する場合には、テーマごとに一連の流れがわかるようになっている方がわかりやすい（現在は、基礎的知識と分析手順等が別冊になっている。業務で活用する際には分かれていた方が活用しやすいが、研修教材としては、一連の流れが追えるようになっていることが望ま

しい）。

II. 研修企画側

1. 都道府県レベルでの研修の実施可能性

- ・ 全国レベルの研修だけでなく、都道府県レベルで研修をする必要はあるが、研修講師を担える人材が域内にいないのが現状（大学等の研究者との調整は進めているが、系統立てた講義を実施したり、受講者の学ぶ意欲を刺激したりするために、都道府県レベルの研修講師を国レベルの講師が担うことにも一定の意義がある）。

2. 研修以外の市町村支援の必要性

- ・ 通常、研修だけで市町村がデータヘルス計画を策定できるようにはならない。このため、現在も、国保連などが電話やメール等で市町村を指導している（ヘルスサポートとして実施しているので国保のみ）。
- ・ 研修後に、市町村をモニタリング（注：内容的にはフォローアップに近い）することが必要である。モニタリングは、データ活用マニュアルがあれば、都道府県等でも実施が可能と考えられる。ただし、評価に関して修得する機会や評価項目に関する記載が充実すればなおよい。

3. 人材育成支援の実施体制の課題

- ・ 市町村支援における国保連、県、保健所の役割分担は明確になっていないのが現状である。
- ・ 県や保健所では、担当の頻繁な変更もあり、市町村支援が困難な状況にある（不安がある）。また、都道府

県、保健所はデータを扱う立場にないので、データの活用に関する現場レベルでの市町村支援困難である。

- ・ 現在、市町村に出向いての支援、研修等の企画、講師の調整等を、国保連が中心になって実施している。しかし、国保連だけでは、市町村に対する十分なフォローが困難なため、保健所などが、市町村をサポートすることが望ましい。
- ・ 市町村が独自に研修を企画する場合もあり、国・県側が支援を企画・提供するという流れが必ずしも適切ではない場合もある。
- ・ 市町村内部の人材育成体系が構築されていないため、本研修成果の部署横断的な活用や、受講後の組織内への成果の普及（伝達研修などを通じた波及）が困難。また、データに基づき生活習慣病対策を立案しても、その内容が部署横断的であると、事業ごとに予算が組まれているため、実現できないという現実がある。

D. 考察

以上の結果から、人材育成プログラムの内容およびその実施体制に関する課題を抽出し、精緻化を行った。

1. 人材育成プログラムの内容に関する課題

まず、研修テーマ・内容に関しては、アンケート結果および、ヒアリング等の結果から、現場のニーズに合致した妥当な研修テーマ・内容であったことが示された。これは、データ読み取りを扱う研修が限定的なうえ、調査実施時期は、データヘルス計画の作成段階にあった自治体も多かったた

め、有用性、実用性の点で高い評価になったと考えられる。

対象者の要件に関しては、本研修でカバーすべき内容が多様であることから、研修受講者の教育学的背景、業務経験によって、主観的な難易度に大きな差が生じる可能性が示唆された。一方で、多職種や、部署が異なる職員が合同で研修を受けることのメリットも示され、対象者を細分化することが一概に研修効果を高めるとはいえない状況が本研究から明らかになった。以上から、研修を企画する者の、研修目的に合致した受講者要件に関する分析能力を強化することが重要であり、受講者要件の分析方法等に関する内容を、人材育成プログラムに示すことが必要であると考えられた。

研修教材に関しては、別途行った「データ活用マニュアル」の有用性等に関する調査で、その有用性、実用性の高さが示されたが、一方で、研修の教材として活用する場合には、系統だって使用できるような工夫の必要性や、自己学習を促進するためのモデル回答を追加することの必要性が示唆された。以上の課題に対応するため、プログラムの精緻化プロセスで、教材用としてモデル回答等を作成し、「人材育成プログラム・実践ガイド」に統合することとした。

2. 人材育成プログラムの実施体制に関する課題

調査の結果、人材育成プログラムを実施するうえで、関係機関の役割分担、都道府県（本庁・保健所）がデータを扱えないことによる問題、研修講師の不足、市町村内部の人材育成体系の未整備などの課題が示された。

まず、関係機関の役割分担に関しては、多くの自治体で、データ活用に関する人材

育成を実施するうえで、都道府県（本庁・保健所）、国保連等の間の役割分担が明確でなく、体系的に市町村を支援するための体制が整備されていない現状が明らかになった。役割分担を明確化しなくとも、国保連が、国保データベース（KDB）システムを活用し、市町村に対し情報提供を行ったり、データ分析結果をもとに地域診断を支援したりしているのが現状である。しかし、国保連の限られた人的・物的資源だけでは、すべての市町村を支援、モニタリングしていくことは困難であり、都道府県や城内の大学・研究所と協働することが不可欠である。しかし、とくに都道府県がデータを扱えないことから、どのような役割を担うことができるか判断できない場合があると考えられる。したがって、「人材育成プログラム・実践ガイド」には、都道府県(本庁及び庁内)や保健所、国保連、大学、市町村等、それぞれの役割などを記載することとした。

次に、研修の講師に関して、現状では、都道府県レベルで、当該テーマを扱える人材が不足している実態が示された。このため、現状では、国レベルの講師に依頼できるところは依頼し、そうしたつながりがないところが、独自に民間講師などを依頼している傾向にあることが示唆された。国の制度を踏まえ、質を担保した研修を行う上で、研修講師の実態について現状を把握し、講師となり得る大学教員等への研修についても考慮する必要があると考えられた。

また、人材育成の実施体制を検討する際に、研修による人材育成の限界に関しても示唆された。データを活用した生活習慣病対策を行う上で、研修のみではその効果は不十分であり、実際に、国保連は、ヘルスサポート事業の枠組みの中で、現場レベルでのサポート（メール、電話による支援、

市町村を訪問しての支援）を行っていた。こうした実態からも、研修とフィールドサポートからなる本「人材育成プログラム」の構造の妥当性が示された。

ただし、それを実施する場合の市町村内部の課題も見出された。例えば、データに基づき生活習慣病対策を立案しても、その内容が部署横断的であると、事業ごとに予算が組まれているため、実現できないなどの課題があった。つまり、人材育成だけでなく、事業実施のための体制に関しても、部署間連携を進めていくための方策を見出していくことが重要になる。また、市町村内部の人材育成体系については、データ活用による生活習慣病対策の推進のみならず、他の分野でも、部署横断的な人材育成体系そして事業等の運営体制の構築が重要である。以上から、本人材育成プログラムを推進することにより、市町村内の人材育成体系の整備につなげられるよう、本文内に記載することとした。

3. 今後に向けた課題

人材育成プログラムの内容に関し、全体に共通して見られた課題として、地域診断とPDCAサイクルの展開に関する基礎能力、とくに、市町村担当者のデータ解釈とそれに基づく施策化に関する能力強化の必要性が示された。そして、この課題の背景には、人材育成プログラムの実施体制の課題、つまり、市町村内の事業実施と人材育成に関する体制整備、都道府県レベルの研修講師の不足が影響していることが示唆された。人材育成プログラムの中にも、市町村内部の人材育成体系の整備に関して記載はしたが、施策化に向けては、たとえば、全国レベルの組織等が、データを活用した生活習慣病対策に関する好事例を体系的に収集し、

自治体の職員が直接、最新の情報アクセスできるようなデータベースを構築する方法も有効であるだろう。また、都道府県の研修講師の不在に関しては、そのポテンシャルを有する大学の教員（公衆衛生系、看護系等）を国立保健医療科学院の当該研修にオブザーバー参加できるようにするなどして、専門知識を、実践や国の制度の在り方と連動させられるように、導くことも有用であると考えられる。

4. 「人材育成プログラム・実践ガイド」の概要

以上の結果を踏まえ、「人材育成プログラム(試行版)」の内容を修正し、1. プログラムの概要（目的、対象、実施体制等）、2. 研修（対象者分析方法、研修カリキュラム（案）、評価等）、3. フィールドサポート、4. プログラムの評価およびモデル回答を含めた教材集を加えた冊子を作成し、タイトルを「人材育成プログラム・実践ガイド」に変更し、完成させた。

「実践ガイド」に記したプログラムの概要は以下のとおりである。

1) 目的

市町村の生活習慣病対策の担当者の健診・医療・介護等のデータ活用能力を体系的に強化し、根拠に基づく生活習慣病対策のPDCAサイクルの展開を推進することで、最終的には、生活習慣病にかかる健康課題の解決による地域住民の健康水準の向上を目指す。

2) 対象

「人材育成プログラム」の対象：健診・医療・介護等のデータを活用した生活習慣病対策の立案・実施・評価にかかわる、市町村の生活習慣病対策（健康増進、特定健

診・特定保健指導事業、介護予防等）の担当者（保健師、管理栄養士、事務職等）。

本「実践ガイド」の対象（想定される使用者）：市町村の人材育成支援を担う都道府県等（都道府県（本庁・保健所）、国保連合会、大学、民間企業等からなる人材育成プログラム運営に関わる都道府県レベルのさまざまな関係者）。

3) 実施体制

全国レベル・都道府県レベル・市町村レベルからなる。それぞれの具体的な組織・機関と役割は以下のとおり。

全国レベル（国立保健医療科学院、本研究班等）：都道府県等が市町村に対し人材育成プログラムを提供できるよう、都道府県等の能力強化を支援すること。

都道府県レベル（本庁の人材育成担当者、衛生部門または国保部門の保健師等、保健所）および国保連合会等）：本研究班が開発した本「実践ガイド」及びその教材等を活用し、市町村に対し、研修およびフィールドサポートによる支援を行うこと。また、市町村支援を行ううえで、都道府県が、関係機関・組織を調整し、支援のための体制を構築すること。

市町村レベル（市町村の国保担当課、健康増進担当課など）：データ活用マニュアル等を参考にし、データ分析にもとづいた生活習慣病対策の立案、実施、評価を行うこと。また、データを活用した生活習慣病対策を、職場全体で推進できるよう、必要に応じて、人材育成等にかかる組織の体制構築、環境づくりに関する計画を策定し、実施すること。

E. 結論

26年度に整理した人材育成プログラムの骨子を踏まえて開発した「人材育成プログラム（試行版）」を用い、パイロット県2県で、市町村等担当者対象とした研修会を、国保連合会等と協働で試行した。研修会参加者および主催者等に対し、プログラムの有効性や内容の妥当性に関する評価アンケートとヒアリングを行い、その結果を帰納的に分析した。それら結果をもとに試行版を修正し、1. プログラムの概要（目的、対象、実施体制等）、2. 研修（対象者分析方法、研修カリキュラム（案）、評価等）、3. フィールドサポート、4. プログラムの評価および教材集からなる、「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』」を完成させた。（別添）

<謝辞>

本研究にご協力いただきました、各自治体の職員の皆様、調整にご尽力いただいた都道府県国民健康保険団体連合会の関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

F. 健康危機情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

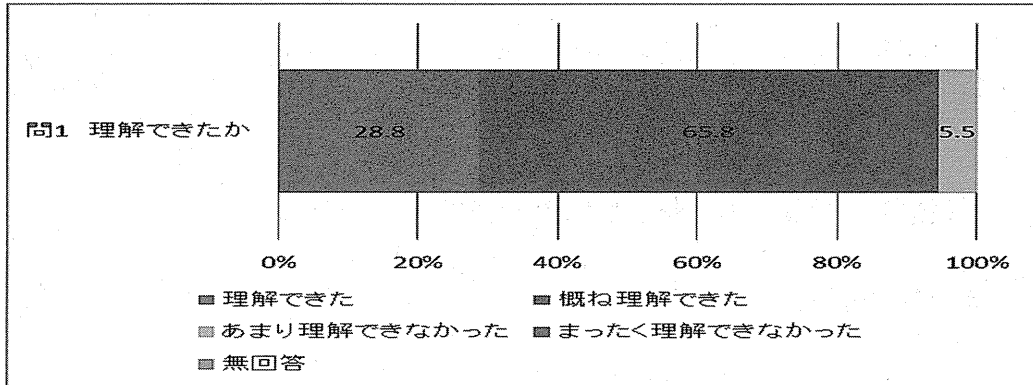
特記事項なし

図1：A県 基礎編研修アンケート集計結果

アンケート回収 n=73名

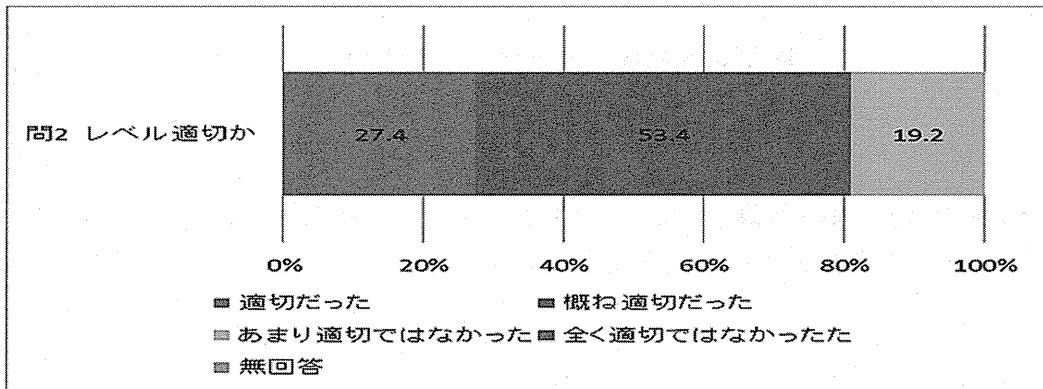
集計内容 回収したアンケート全体の無記入を含めた割合を算出

問1. 研修内容の理解



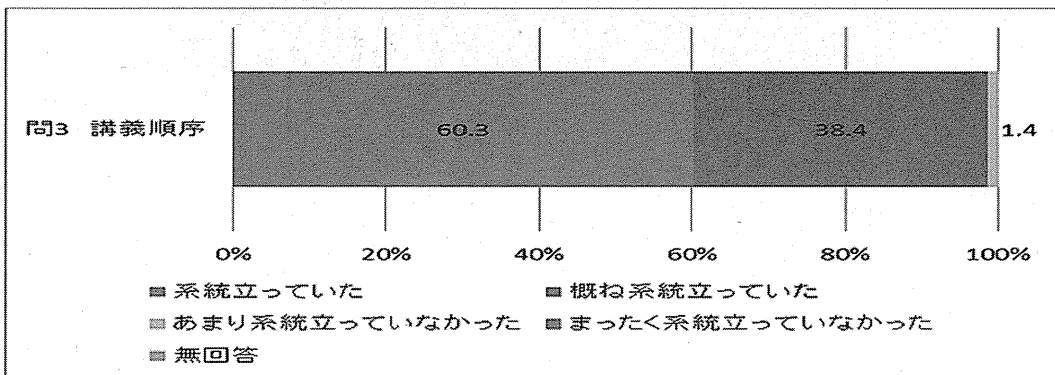
・研修内容「まったく理解できなかった」と評価した人はいなかった。

問2. 研修内容のレベルの適切性



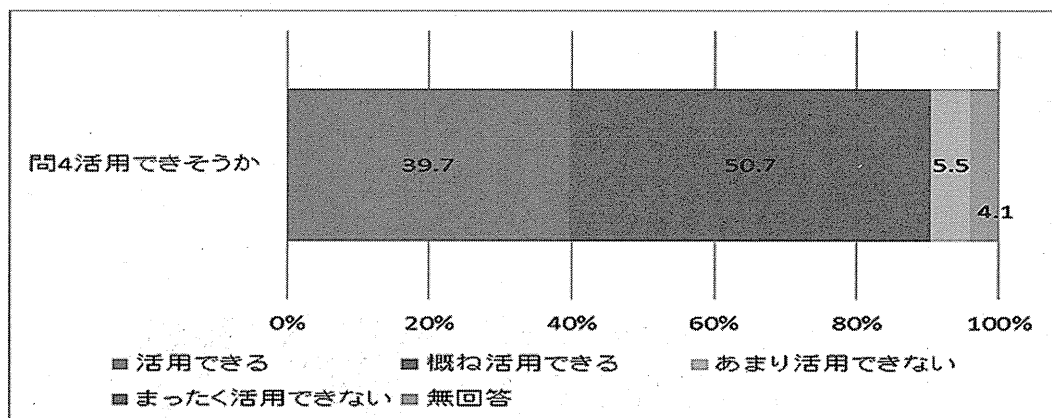
・レベルあまり適切でなかったと回答した人はすべて「やや高かった」と評価。

問3. 講義順序の適切性



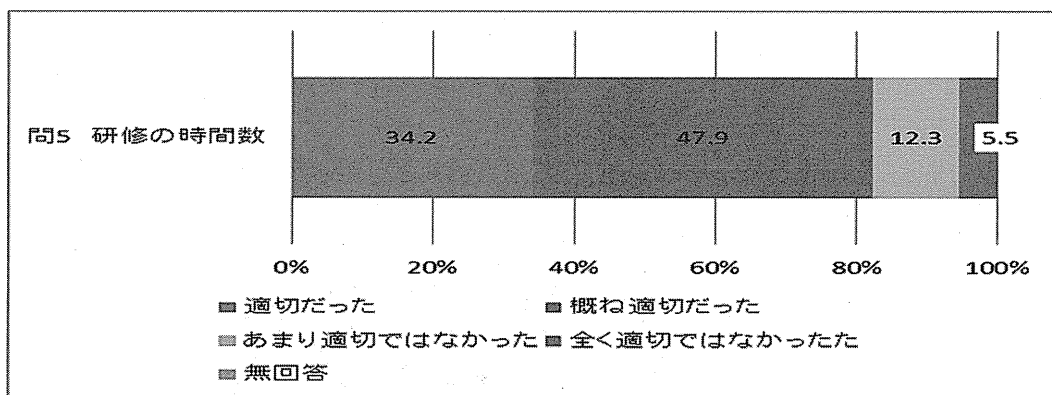
・「まったく系統立っていない」と評価した人はいなかった

問4. 研修内容の活用可能性



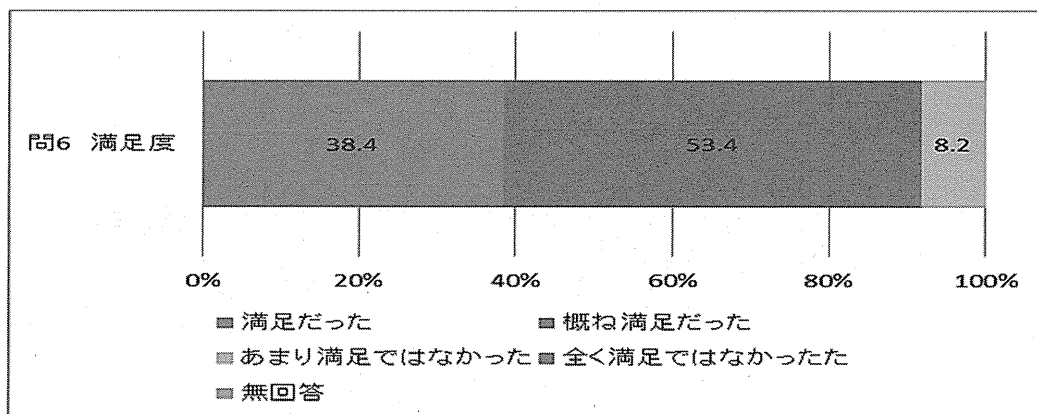
・「まったく活用できない」と評価した人はいなかった。

問5. 研修時間の適切性



・研修の時間数が「あまり適切ではなかった (12名)」「全く適切ではなかった (1名)」と回答した人の評価 13名の内訳は、・やや短かった (8名)・短すぎた (4名)・やや長かった (1名)であった。

問6. 研修の総合的満足度



・総合的な満足度「まったく満足できなかった」と評価した人はいなかった。

図2：A県 実践編研修アンケート集計結果

アンケート回収 n=55名

職種内訳 事務職 18名、専門職 37名

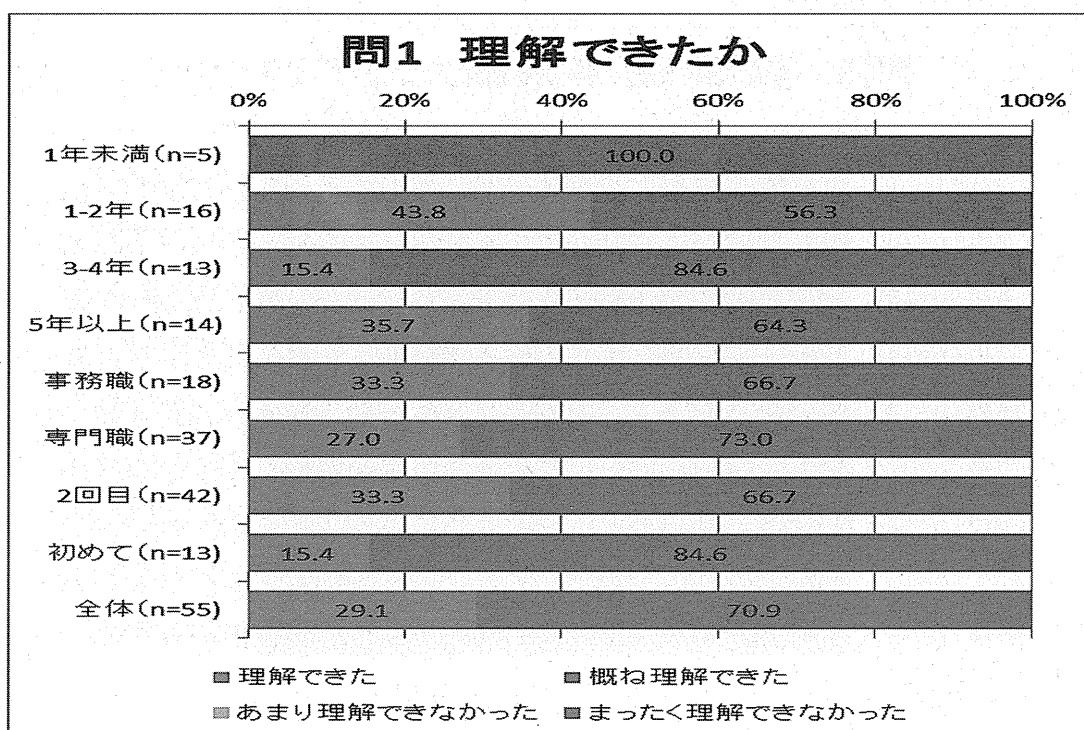
資格内訳 保健師 36名、管理栄養士 1名

注記 生活習慣病対策関連の業務経験年数無記入の7名は、「経験年数5層分け」の集計から除外。

集計内容 回収したアンケートの無記入を含めた割合を算出した。

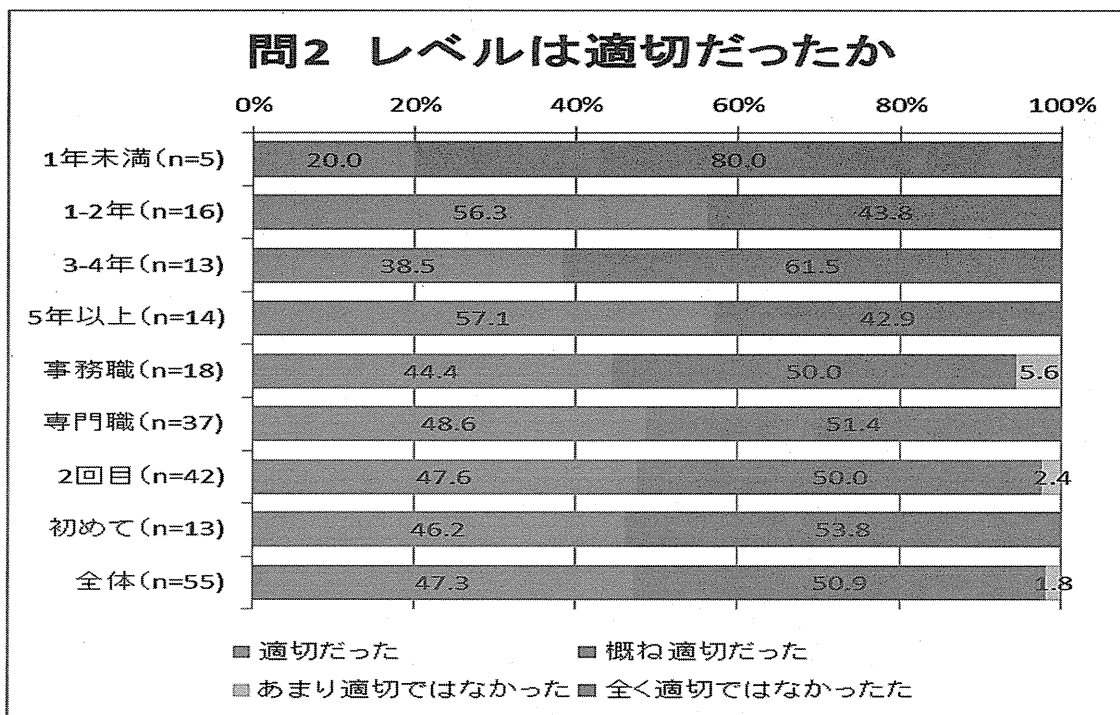
| 集計内容 | | 事務職 | 専門職 | n= |
|--------------|------|-----|-----|----|
| 経験年数 5層分け | 1年未満 | 4 | 1 | 5 |
| | 1-2年 | 10 | 6 | 16 |
| | 3-4年 | 0 | 13 | 13 |
| | 5年以上 | 0 | 14 | 14 |
| | 無記入 | - | - | 7 |
| 職種別 | 事務職 | 18 | 0 | 18 |
| | 専門職 | 0 | 37 | 37 |
| 研修会参加回数別 | 2回目 | 15 | 27 | 42 |
| | 初めて | 3 | 10 | 13 |
| 全体 | | 18 | 37 | 55 |

問1. 研修内容の理解.



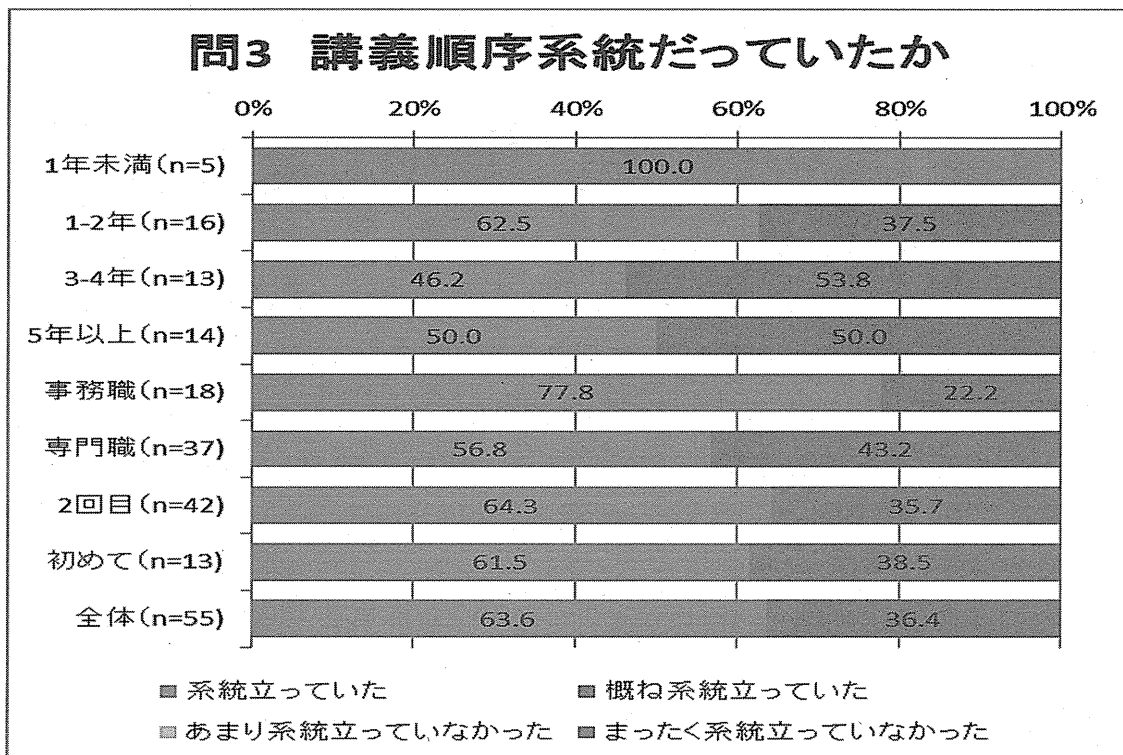
・全員が研修内容「概ね理解できた」以上の評価であった。

問2. 研修内容のレベルの適切性.

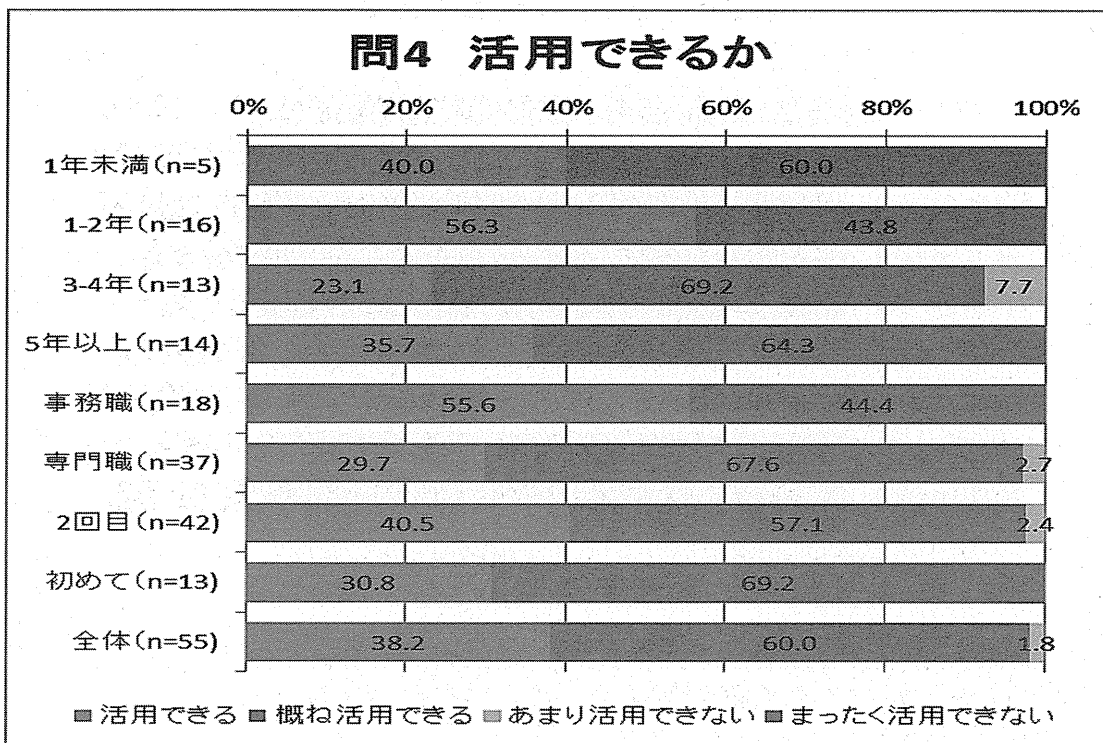


・研修レベル「あまり適切でない」と回答した1名は「高い」と評価していた。

問3. 講義順序の適切性

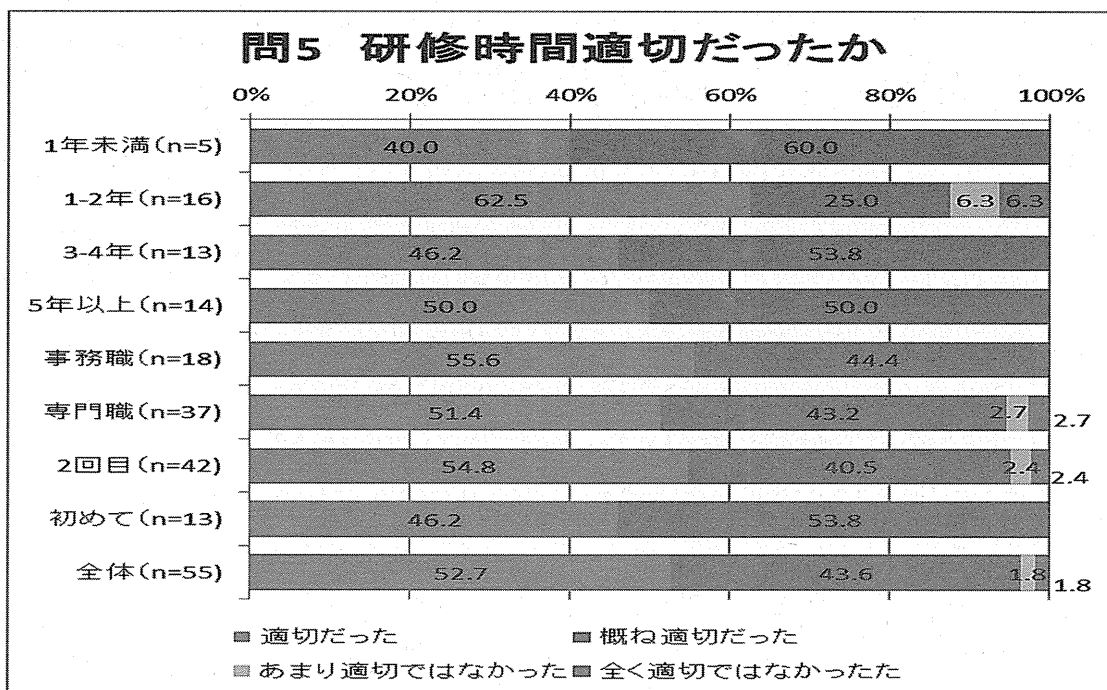


問4. 研修内容の活用可能性



・この研修プログラムを実際に「あまり活用できない」と回答した人は1名のみ。

問5. 研修時間の適切性



・研修の時間数が「あまり適切ではなかった (1名)」「全く適切ではなかった (1名)」と回答した人の評価2名の内訳は、・短すぎた (1名)・やや長かった (1名)であった。