

3-5-2. 目標値の設定方法

研修を企画する段階で、評価項目ごとに目標値を設定しておかなければ、評価やモニタリングを実施することはできません。ただし、それぞれの研修や、地域や組織の実情に合わせて目指すレベルや方向が異なるため、目標値は組織等が独自に設定することが必要になります。

目標値の設定は、目標の達成度を定めるものであるため、妥当性を担保すること、つまり、その目標値に設定した根拠を示すことが重要になります。また客観性（測定可能性）や評価指標（データ）の入手可能性も考慮に入れる必要があります。以下は、目標値を設定する際の根拠の例です。

目標値を設定する際の根拠<例>

- 国・県の各種指針やガイドラインの目標値
- 過去の活動の実施前後の変化による比較
- 先駆的な取り組みを行っている同様の機関（自治体，組織）の事例
- 活動や事業関係者などとの話し合い、関係者の同意による見解
- 専門領域の学識経験者などによる助言 など

(1) 目標値の表現

目標の達成度を測定するためには、測定可能な表現が必要になります。測定可能であることと量的な指標であることは同義ではありませんが、客観的に説明するための表現を工夫することは重要です。なお、どのような指標を用いるかによっても目標値の表現は異なりますが、量的に測定する場合には、以下のような表現が考えられます。

- 割合（全体の8割になる、など）
- 増加率（現状と比較し30%増加する、など）
- 数値（100人が~になる、3回は実施する、など）

(2) 評価方法

評価方法は、評価する内容によって（測定するものによって）異なるものです。以下に例を挙げますが、一つの方法に限定せずに、異なる方法を組み合わせることで、それぞれの方法の欠点を補うことが可能になります。

評価方法	特徴(測定できるものなど)
受講者アンケート	満足度など受講者の内面。インタビュー形式にすることで深掘りも可能(ただし効率性は下がる)
行動観察	受講者の研修時間中の態度(積極性、やる気など)
理解度確認テスト	知識などの研修の成果(GIO,SBOレベル)
実施計画・実施状況	研修内容の活用状況(行動変容)
フォローアップ調査(介入群と対照群の比較など)	受講者の行動変容によって得られた組織への波及効果

図 9 評価方法とその特徴

以上、研修に関する評価について説明しました。なお、第 4 章では、人材育成プログラム全体の評価についても説明しています。研修と人材育成プログラム全体では、評価の指標は異なりますが、評価の観点、目標値の設定の仕方、評価方法などは、評価の対象が変わっても応用可能な考え方です。

4. 研修の実施体制

研修を実施する際の体制については、第一章の人材育成プログラムの実施体制(5頁)に記載した通り、都道府県(本庁)や、国保連合会、保健所等が協働で、市町村の研修ニーズを把握し、市町村の能力強化のための研修を企画、実施、評価することが必要となります。

基本的には、データを活用した保健事業の展開のための実施体制を活用することになりますが、都道府県の規模等によっては、その中に、研修運営連絡会(ワーキンググループなど)などを設置することで、より効果的・効率的な運営が図られる可能性もあります。その場合も、保健事業の中に、人材育成を主流化していくよう、工夫していきましょう。

- 都道府県(本庁)は、企画した研修を実施するうえで必要な関係者(講師等)を特定し、研修運営体制を構築し(役割分担の特定等)、調整します。講師等として想定される関係者は、国保連合会、大学(公衆衛生系、看護系ほか)、健康づくり財団等です。
- 研修実施にあたり、調整した地域内の生活習慣病対策にかかる地域資源(関係組織・機関・事業等)に関しては、研修後もフィールドサポートの資源として活用したり、あるいは生活習慣病対策にかかる地域ケアシステムとして発展させたりできるよう、必要に応じて、研修運営連絡会などを設置し、制度化していきます。

5. 研修内容

研修を立案する際には、先のADDIEモデルのプロセスなどを参考にしながら、地域や組織の個別性、ニーズに合わせたオリジナルの研修を企画することが必要ですが、本研究班の研究成果から、市町村に共通するニーズも明らかになってきました。そこで、本「実践ガイド」では、市町村に共通するニーズを取り入れた基礎編と実践編の例として、2つの研修内容を提示します。

ただし、この研修内容を参考にして研修を企画する場合も、まずは、支援先の市町村、研修対象者のニーズを把握することが重要です。ニーズを把握し、研修の目的・目標を決定したうえで、この研修内容をそのまま使用できるかどうか、つまり、目的・目標がまっているかをまずは確認してください。また、もしも、目的・目標が、対象市町村の課題と一致していたとしても、それを習得するための方法（研修項目）、研修期間、1回の研修の収容人数などによっても、目的・目標への到達状況は変わってきます。したがって、ニーズに応じて、研修内容に修正を加えるなどして、オリジナルの研修を立案できるようにしましょう。研修内容を修正する際には、巻末に示す「人材育成プログラムの目的・目標・評価指標（例）」を参考に、部分的に変更したり、それらの目標を複数組み合わせる新たな研修項目を立てたりするなど、本「実践ガイド」を参考にオリジナルの研修内容を策定していきましょう。

5-1. 基礎編

項目	内容
研修の概要	主に、自組織のデータを活用した演習を行うことにより、データ活用基礎的知識、帳票の読み取り方（解釈、臨床的な意味づけ、優先課題の特定の仕方）を学ぶ
対象者の概要	新たに事業を担当することになった市町村職員（事務所職・専門職両方対応）
目的	事業担当者が、生活習慣病対策の立案・実施・評価にデータを活用することの意義を理解する
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防対策の基本的な考え方を他の職員に対し説明できる（Ⅰ） ・データを活用するうえで必要な基本的な知識を活用できる（Ⅱ） ・市町村で実施している生活習慣病対策の現状を踏まえて、対策・事業等の優先課題を分析できる。（Ⅰ～Ⅲ）
時間数	1 日間（6 時間）
教材等	データ活用マニュアル、データ解析ソフト、パソコン（研修受講者 1 名につき 1 台あることが望ましい）

研修内容【基礎編】・例

※A は講義、B は演習、C は事前学習（（ ）内の数字は想定される時間数）

科目及び講義課題	講師	方法※ (時間数)	教材
Ⅰ. 生活習慣病対策について (国の動向など、事前学習・国保連から事前に配布される参考資料を用いた自己学習)	都道府県 (本庁等)・ 国保連	C (1)	
Ⅱ. データ活用に関する基礎的知識 (1) 統計に関する基本的な知識 (2) 各データベースから入手できるデータの内容の把握と操作方法 (3) 個人情報保護に関する対応	国保連、 大学の教 員等	A (1)	「データ活用マニュアル」 巻末 基礎知識
Ⅲ. 生活習慣病対策のPDCAサイクルとデータ活用 (1) 生活習慣病対策のPDCAサイクルとデータ活用（総論・講義） (2) マニュアルを活用した生活習慣病に関する地域診断と対策の立案・実施・評価の進め方（各論・講義） (3) マニュアルを活用した生活習慣病対策の評価（演習）	都道府 県、国保 連	A (2.5) (総論 0.5 各論 2.0) B (2.5)	「データ活用マニュアル」 第 2 章 事例 1 本「実践ガイド」 巻末：資料 5-2

5-2. 実践編

項目	内容
研修の概要	自組織で進めているデータヘルス計画（または計画立案）の課題を持ち寄り、主に演習形式で自組織の課題を解決するための方策を見出す。
想定される対象者	事業担当者（事務所職・専門職両方対応）
目的	事業担当者が自組織の生活習慣病対策の立案・実施・評価にデータを活用できるようになる
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・データを活用して市町村の生活習慣病およびその対策に関する現状と優先課題を分析できる。（Ⅰ～Ⅲ） ・データを活用して特定された生活習慣病に関する優先課題に対し、計画を立案できる。（Ⅰ～Ⅲ） ・データを活用し生活習慣病対策を立案・実施・評価を推進するための計画を策定できる（Ⅰ～Ⅲ）
時間数	1 日間（6.5 時間）
教材等	データ活用マニュアル

研修内容【実践編】・例

※Aは講義、Bは演習、Cは事前学習（（ ）内の数字は想定される時間数）

科目及び講義課題	講師名	方法※ (時間数)	教材
Ⅰ. データを活用した生活習慣病対策の推進にむけて (都道府県、連合会、その他関係機関および市町村における体制構築等)	都道府県、 国保連	A (1)	
Ⅱ. 生活習慣病対策の立案・実施・評価にかかるデータ活用の実際 (1) 市町村のグッドプラクティス (事例の紹介) (2) 質疑応答	先駆的な 活動を実 施している 市町村	A (1.5)	
Ⅲ. データを活用した生活習慣病対策とその評価に関する計画立案 (※) ※ 対象市町村のニーズ (能力) に応じて、データを 活用した生活習慣病対策推進に関する計画立案 (デ ータヘルス計画の策定・見直し) の全てを同時に扱うの ではなく、課題分析、評価指標の策定など、テーマを限 局することも検討しましょう。 (1) オリエンテーション (2) グループワーク (演習) (3) まとめ		A (0.5) B (3.5)	「データ活用マニユ アル」 第3章 健康課題の 分析と優先順位づけ の考え方 本「実践ガイド」 巻末：資料5-1 資料5-2 資料5-3

6. 研修教材及びデータ活用のためのツール

研修企画でも述べたように、研修の目的や目標によって教材も変わってきます。しかし、研修ごとに教材を一から開発することは容易ではありません。今日、生活習慣病対策を行う上で、活用可能な教材が多く開発されています。以下に、人材育成プログラムの教材として新たに開発したのも含め、研修で活用可能な教材を紹介します。

6-1. データ活用マニュアル

本研究班では、市町村の方々のデータ活用能力を強化するための教材として、「データ活用マニュアル」を開発しました。同マニュアルの開発にあたり、主に市町村の担当者から、現場でデータを活用する場面やそのときの「困りごと」を伺い、頂いたご意見をもとに、データを活用して「何をしたいのか（目的）」、そして、「そのためにどんな分析が必要か」を検索できるように、構成しました。マニュアルには、生活習慣病対策事業の立案・実施の段階で必要となる分析に関し、「具体的なデータ分析の手順」とその「読み解きのポイント」が解説されています。したがって、マニュアルは、たとえ都道府県による研修等の支援が不可能な場合も、市町村の担当者が実際に担当している事業の立案・実施・評価に活用できるようになっています。

都道府県等の方々が、市町村を支援するためには、「データ活用マニュアル」に記載されている内容を一通り理解しておく必要があります。また、マニュアルの記載内容のうち、どの部分が支援先である市町村の課題かを特定することは、研修を企画する際の対象者分析につながりますので、マニュアルを、研修の企画にも活用してください。マニュアル全文は、以下のサイトから入手可能です。

【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】

(国立保健医療科学院ホームページ内) <http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

6-2. データ解析ソフト

本研究班では、生活習慣病対策に関する計画や評価を容易にするために、各種データ解析ソフトを開発しています。どのデータを何に活用するかによって、使用するソフトや使用方法が異なります。データ活用マニュアルに、使用方法が記載されていますので、参考にしながら、生活習慣病対策の企画や評価にご活用ください。なお、ソフトは、以下のサイトから入手可能です。

【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】

(国立保健医療科学院ホームページ内) <http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>

6-3. 演習用資料

研修を体系的にデザインしたり、地域診断を偏りなく実施したりするためには、様式を工夫することも効果的です。様式は、研修の教材にするだけでなく、それをそのまま事業の企画書や評価にも活用できるよう、市町村のニーズに合わせて作成することが効果的でしょう。国立保健医療科学院の研修で使用している様式を巻末に掲載しておりますので、参考にしてください。

第3章 フィールドサポート

1. 目的

フィールドサポートは、都道府県等が実施した研修を受講した対象者が中心となって、研修の成果を、現場で活かし、データを活用した生活習慣病対策の企画・実施・評価の推進を目的に、都道府県等が市町村に対し実施するものです。現場（場面）で直接、あるいはメールや電話などを用いて、相談、技術支援を行うことを指します。都道府県等が行う支援の中には、対策の推進にあたり必要となる体制や関連する環境整備に関する内容も含まれます。

都道府県等が実施する研修は市町村がデータを活用するきっかけを提供したり、基本的な知識・技術を身に着的けたりすることにはつながりますが、実際の場面でデータを効果的に活用するためには、フィールドサポートが果たす役割が大きいと考えられます。フィールドサポートは、市町村から都道府県等に対し要請することが基本になりますが、都道府県等が、研修後の評価結果をもとに対象となる市町村に働きかけて、サポートする場合もあります。

2. 内容

都道府県等が市町村に対してフィールドサポートとして行う支援内容には、事業・活動に対する支援（メンタリングなど、次頁参照）や、域内の関係組織・機関の調整・連携促進とシステム化に向けた助言等が考えられます。

2-1. 事業・活動に対する支援

(1) 各種データを活用した生活習慣病対策の立案・実施・評価支援

研修では、限られたデータを用いた演習を行います。実際の現場では、健診データ、医療費データ、人口動態統計など、多様なデータを用いることとなります。また、「データ活用マニュアル」に記載がない場面に遭遇することも想定されます。

都道府県等には、市町村が膨大なデータを適切に分析、解釈し、保健事業や活動を企画できているかどうか、事業や活動の評価に用いているデータに過不足はないかなど、客観的立場からの相談・助言を行うことが求められます。

(2) KDB等を活用した情報提供

都道府県等は、市町村からの要請の有無にかかわらず、KDB等を活用し、地域の健康課題などを「見える化」して、市町村と共有していくことが求められます。また、そうした支援を通じて、市町村が自らの生活習慣病対策やそれに関するデータ活用の課題を明らかにし、市町村が主体的に人材育成を行っていけるように、導きましょう。

(3) 人材育成や事業実施のための体制構築に向けた支援

データを活用した生活習慣病対策の推進では、研修以上に OJT が果たす役割が大きく、部署を超えた人材育成体制を構築することが重要になります。ほかの自治体の好事例、先進事例を紹介することなどにより、よりよい体制構築に向けた提案や助言を行いましょう。

◆◆メンタリングとは？◆◆

メンタリング(mentoring)とは、成熟した年長者であるメンター(mentor)と、若年のメンティ(mentee、ないしはプロテジェ protege)とが、基本的に一対一で、継続的(最短で概ね1年)定期的に(概ね月3~4回)交流し、適切な役割モデルの提示と信頼関係の構築を通じて、メンティの発達支援を目指す関係性のことをいいます。¹⁾

今日、メンターという言葉は、メンティが抱える悩みや課題に対して自ら乗り越えるきっかけを与えてくれる、人生経験の豊富な人、公私にわたる良き相談相手などとして、捉えられることもあるようです。

本人材育成プログラムでは、都道府県が市町村にとってのメンター的な役割を担い、お互いの信頼関係を基盤とした継続的な支援を行うことにより、市町村が本来もっている力を引き出していくことが望ましいと考えています。

¹⁾ 渡辺かよ子: 円環的生涯発達支援としてのメンタリング・プログラムに関する考察. 教育学研究. 69(2): 195-204. 2002

2-2. 域内の関係組織・機関の調整・連携促進とシステム化

(1) 大学、民間企業等との調整

地域にある大学や民間企業等に対し、地域の健康課題や市町村の人材育成上の課題を共有することで、市町村支援の方向性を協議する場を設けるようにしましょう。協議結果をもとに、関係者間の役割分担を主導し、協働体系を構築することで、市町村が相談しやすい場所・人を地域内で増やしていきましょう。

(2) 市町村と保険者、関係機関等との連携推進

単一の市町村の視点でなく、都道府県による広域視野に基づき、市町村の保健部門とその他の部門、そして市町村とあらゆる保険者、関係機関等が生活習慣病予防対策に協働できるよう、連携を促進するようしくみづくりの提案や調整を行います。

3. 実施体制（市町村内部）

フィールドサポートを受ける市町村には、組織全体として人材育成を促進する体制を構築することが求められます。ただし、組織横断的な人材育成や事業の展開は、データを活用した生活習慣病対策の推進のみならず、その他の事業の運営や人材育成全体に応用できる考え方です。データを活用した生活習慣病対策を推進することで、事業担当や部署を超えた横断的な協働体制や、人材育成体制の基盤形成を想定して、意図的に仕掛けていくことも重要です。

そして、こうした体制を整備するためには、都道府県等による市町村支援が不可欠です。日ごろから市町村間のネットワーク構築、勉強会の開催、先駆事例の共有などの市町村支援を通じて、市町村のニーズに応えられるよう、関係性を構築していきましょう。

3-1. 部署・機関を超えた協働体系の構築

データ活用による生活習慣病対策の立案、実施、評価では、保健部門と国民健康保険部門や介護保険部門等との庁内連携、さらに事業実施に関連のある学校、保育園、まちづくり部門、福祉部門との協働が必要です。また、国民健康保険だけでなく全国健康保険協会、その他の保険者が実施している事業と体制を理解し、データの活用や生活習慣病対策の事業を実施するうえで連携体制を構築することが望まれます。

データを活用して地域の課題が抽出され、それを解決するために部署横断的な活動や事業の必要性が示されたとしても、それを実施するための体制が構築できていなければ、円滑な実施は困難です。

都道府県等が市町村を支援する際には、データを活用することが目的ではなく、市町村が最終的に目指す姿、健康課題の解決や住民の QOL の向上を常に意識し、データを活用して立案された計画を実現するための体制づくりに対しても、助言を行いましょ。

3-2. 人材育成体制の整備

データを活用した生活習慣病対策の推進では、研修を受講した担当者だけでなく、市町村の関係者全員に研修内容が伝達され、知識や技術が共有されることが必要です。したがって、伝達講習会を含む研修会の企画・実施、日常業務を通じた OJT、指導者の育成にかかる体制を整備することが不可欠になります。こうした体制は、データを活用した生活習慣病対策のみならず、組織の体系的な人材育成においても重要になります。データを活用した生活習慣病対策に関する人材育成を推進することは、部署横断的な人材育成にもつながることから、これをきっかけにして、組織内の人材育成の体系化を推進することが可能になるでしょう。具体的には、人材育成（研修や OJT 等）の実施体制の明文化、また、データ活用に関する人材育成では、データ活用を促進するための環境づくり（PC の設置・設定、情報管理への対応など）、マニュアル等の整備と Q&A を蓄積する方法などに配慮することも必要です。

都道府県等は、生活習慣病対策に限定されない市町村の人材育成の体系的な整備を支援するために、先駆的な事例の紹介や、市町村間の情報共有の促進などの機会を提供していきましょう。

3-3. 異なる保険者のデータ活用にむけて

市町村は全ての住民を対象に生活習慣病対策を実施する責任があることから、国民健康保険のデータだけでなく、全国健康保険協会、その他の保険者のデータを積極的に活用する必要があります。そのため、都道府県等は、市町村に対し、異なる保険者のデータを活用することの利点を伝えるとともに、実際に、全国健康保険協会をはじめとした、その他の保険者のデータも活用するための方法、（例えば、協定を結ぶなど）について、情報提供を行いましょ。

3-4. 市町村間のネットワークづくり

同じ保健所管内、同規模市町村等との受診率等の比較や、事業評価のための効果等の比較をすることで市町村間の相互の刺激となり、効果的な展開が図られやすくなります。連絡会や集合研修場面での事例紹介やグループワーク、また、メールマガジンなどの手段を用いて情報交換や意見交換を行うことは効果的でしょう。また、市町村ごとに名簿を作成し、管内で共有するなどして、日常的に関係性が構築できるよう、都道府県ができる支援を見出し、市町村間のネットワーク促進に努めていまいしょ。

4. 評価

フィールドサポートの評価も、人材育成プログラム全体や研修と同様、ストラクチャー（実施体制・構造）、プロセス（過程）、アウトプット（実施量）、アウトカム（効果、結果）の4つの観点で行います。フィールドサポートを行うことで、市町村の事業実施体制、PDCAの効果的な展開による成果、関係機関等との連携強化が図れているか、そして市町村の担当者らを含めた職場（チーム）がデータをどのように扱い、効果的・効率的な保健事業の立案・実施・評価が行えているのかを評価します。

評価方法や指標については、次項の人材育成プログラムの評価で詳述します。

第4章 人材育成プログラムの評価

1. 人材育成プログラムの評価とは

人材育成プログラムの評価では、研修やフィールドサポートなどの個別の支援策に関する評価ではなく、都道府県等が市町村に対し行った支援すべてを総合し、それらの人材育成上の効果を評価します。評価の対象は研修等を受講した個人だけでなく、その所属先の組織、そして長期的な評価では、市町村住民や社会の変化も評価の対象となります。つまり、人材育成プログラムの対象となった個人や市町村が、健診・医療・介護等の様々なデータを有効に活用し、地域の健康課題の明確化とそれに基づく保健事業の立案と展開が効果的・効率的に実施できるようになったかどうか、そして、地域の生活習慣病に関する課題解決が促進されたかどうかを、総合的に評価することが必要となります。

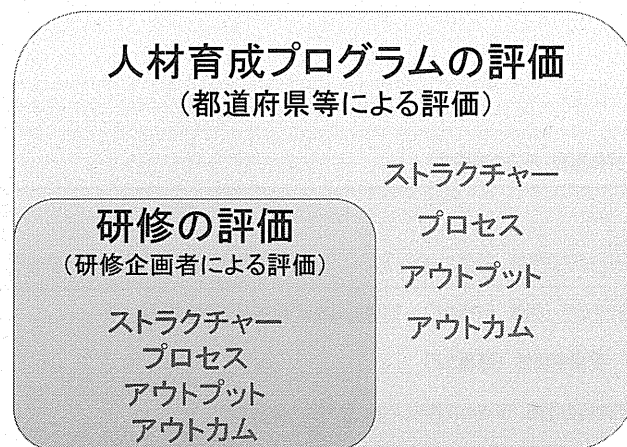


図10 評価の構造

2. 評価計画

評価計画は、研修の評価同様、評価指標・評価時期・評価方法、そして、目標値を設定します。また、評価の視点に関しても、ストラクチャー（実施体制・構造）、プロセス（過程）、アウトプット（実施量）、アウトカム（効果、結果）を用いる点で、研修評価と同様です。ただし、評価指標や評価時期などは、研修の評価よりも長期的な視点が必要になることから、モニタリング（進捗評価）の計画も立案します。

次頁に、評価項目例を示します。なお、このうち、アウトカムとして評価する項目が、研修等の人材育成プログラムで強化すべき能力にあたります。

表1 人材育成プログラムの評価の観点と評価項目<例>

	市町村による自己チェック項目	都道府県等による広域的チェック項目
(1) ストラクチャー (構造)		
人材育成を実施するための仕組みや体制の評価。		
異なる組織間の役割分担・連携の状況		★
人材育成担当者の数・質の妥当性		★
人材育成の目的・対象者数に対する予算の妥当性 (効率性)		★
データ活用に関するインフラ等の整備状況 (必要予算の確保、パソコン台数、情報セキュリティの整備状況等)	★	☆
人材育成体制の整備状況 (人材育成ガイドラインの有無・使用状況等)	★	☆
(2) プロセス (過程)		
人材育成の目的・目標の達成に向けた過程 (手順) や活動状況の評価。		
人材育成上のニーズの明確化ができたか		★
対象となる市町村の要件の妥当性		★
人材育成上の目的・目標の妥当性		★
人材育成プログラムの評価計画の妥当性 (評価指標・方法の適切性)		★
(3) アウトプット (実施結果)		
人材育成の目的・目標に向けた実施状況に対する評価。計画に対し、なにを、どれだけ、どのように実施したかという実績。		
研修の実施状況: 計画していた研修が実施できたか (回数、時期など)、研修案の内容通りに研修が実施されたか		★
研修受講者の参加状況: 受講者数 (率)、受講者属性 (職種など)		★
研修に対する対象者の反応: 受講者の研修内容の理解、研修への関与レベル、専門性の発揮など		★
フィールドサポートの実施状況: 計画していたサポートが実施されたか (回数、時期、内容など)		★
(4) アウトカム (実施効果)		
人材育成の目的・目標の達成度の評価。人材育成を実施したことによる対象者の変化。(中長期的な効果) 本「人材育成プログラム」で強化すべき市町村の担当者の能力		
生活習慣病に関する地域診断能力	詳細は、巻末資料 「人材育成プログラムの目的・目標・評価指標と支援方法 (例)」 を参照	★
生活習慣病対策の企画立案能力		★
生活習慣病対策の実施・運営能力		★
生活習慣病対策の評価・モニタリング能力		★
(5) インパクト (裨益効果)		
市町村の担当職員的能力が強化されたことによる住民や社会への影響。(長期的な効果)		
地域住民のQOL、主観的健康観の変化	★	☆
地域の生活習慣病およびそのリスク因子に関する課題の解決状況 (生活習慣病による死亡率、罹患率、有病率、受療率等)	★	☆
生活習慣病対策の実施量の変化 (健診受診率、受診勧奨対象者の受療率、保健指導による行動変容の状況等)	★	☆

☆は各市町村からの集計データを用いて都道府県等が評価する項目

表1のとおり、評価計画は、データを活用し生活習慣病対策を推進する市町村自身と市町村の人材育成支援を行う都道府県（保健所を含む）の双方が立案します。都道府県は、各市町村が自組織の人材育成上の課題をもとに人材育成計画を作成したり、その評価計画を作成したりすることを支援します。この際、巻末に示した「人材育成プログラムの目的・目標・評価指標（例）」を参考に、自組織の人材育成上の課題やそれが解決された状態（目標や評価指標）を作成できるように、支援しましょう。

なお、この評価項目は、人材育成プログラムの対象となる市町村が、ここに挙げたすべての目的・目標を掲げることを意図して作成されたものではありません。都道府県等は、市町村が、自組織のデータ活用に関する人材育成上の課題を分析できるよう、ここで示した評価項目を参考に、目的・目標、そして評価指標の設定を支援してください。

3. 評価体制

先述のとおり、人材育成プログラムの評価は市町村と都道府県（保健所を含む）のそれぞれで行うこととなります。それぞれの組織には以下のような役割を担うことが想定されます。

都道府県は、広域的な人材育成プログラムの計画とその評価計画を作成し、人材育成プログラムの広域的な評価を行います。具体的には、生活習慣病に関する健康課題の広域的な変化と市町村ごとの変化、そして、人材育成プログラムの実施体制等の評価を行います。都道府県が行う評価では、各市町村の評価結果と、都道府県が独自に設定した評価指標に対するデータを用いて評価を行います。

保健所は、都道府県が立案した計画に基づき、市町村の状況のモニタリングを行います。計画と比較し、人材育成プログラムの効果の発現が見られない場合などには、その原因を探索し、市町村が必要としている支援についてヒアリングを行うなど、情報を収集するように努めます。また、その結果を、都道府県に報告し、人材育成プログラムの改善に努めます。

市町村は、自組織の人材のデータ活用に関する能力の変化と地域の健康課題に関する評価を行います。また、その評価結果を都道府県に報告することで、都道府県の広域的な評価につなげます。市町村が、評価計画を立案する段階で、都道府県に連絡相談できるよう、普段からの連絡調整を心がけましょう。

最後に、都道府県は、広域的な評価結果、各組織の評価結果をとりまとめて、各市町村にフィードバックすることも重要です。それにより、それぞれの市町村が、自分たちの組織は何がどこまでできているのか、そしてできていないかを、客観的に理解でき、今後の人材育成の発展に向けた動機付けにつなげることも可能になります。

巻末:資料

掲載した様式及び PDF はすべてこちらからダウンロードできます。

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

資料 1. 人材育成プログラムの目的・目標・評価指標 (例)

※都道府県等は、市町村が、自組織のデータ活用に関する人材育成上の課題を分析できるよう、市町村の状況に合わせて以下の表を参考に目的・目標・評価指標の設定を支援してください。

データを活用した生活習慣病対策のための「人材育成プログラム」の目的・目標・評価指標と支援方法 (例)				
	目的	目標	評価・モニタリングのための指標	活用マニュアルの該当箇所 目標達成のための支援方法
生活習慣病に関する地域診断の能力	地域の生活習慣病の優先課題を特定するための、データを活用した地域診断技術を習得する	データを解釈するうえで必要な統計に関する基礎的知識を説明できる	データ活用マニュアルの巻末資料を活用した地域診断方法について他の職員に説明できる職員の数 生活習慣病対策の企画・実施・評価のいずれかの段階でデータ活用マニュアルの巻末資料を活用した職員の数	自己学習教材 自己学習教材
		各データベースの活用に関する基礎的知識を説明できる	施策や事業の評価等に、データを活用するうえで配慮すべき、個人情報保護に関する基本的な事項を他者に説明できる職員の数 各データベースから入手できる情報(データ)の特徴とデータベースの操作方法を他者に説明できる職員の数	自己学習教材 研修(演習)+OJT
		地域の特徴を、既存行政資料、関連統計を利用して把握できる	健康・保健指導の実施状況と医療受診についてのレセプト突合をするための手段(ソフト)を活用できる職員の数 KDBで使用する地域の範囲ごとに、人口動態統計(国勢調査)や既存行政資料などを利用して、地域の特徴を明らかにできる職員の数	研修(演習)+OJT 研修(演習)+OJT
		地域の生活習慣病に関する問題・要因を分析できる	既存行政資料、関連統計(国勢調査、人口動態統計など)を利用して、地域の健康課題(生活習慣病のSMR・有病率・リスク因子、生活習慣、医療費など)を定量的に明らかにできる職員の割合	研修(演習)+OJT
		地域の生活習慣病に関する健康課題を明確化できる	既存行政資料、関連統計(国勢調査、人口動態統計など)を利用して、地域の健康課題を明らかにできる職員の割合(生活習慣病のSMR・有病率・リスク因子、生活習慣、医療費など、それぞれの関連および経年比較・都道府県全体等との比較により臨床的な意味を明らかにできる職員の割合) 上記の健康課題の特定を、KDBで使用する小地域ごとにできる職員の割合	研修(演習)+OJT 研修(演習)+OJT
		生活習慣病対策として取り組むべき優先課題を特定できる	既存行政資料、関連統計(国勢調査、人口動態統計など)を利用して、事業ごとの課題(特定健診・特定保健指導の受診率・指導実施率・終了率など)を明らかにできる職員の割合 健康増進計画や各事業で設定された目標値の到達に必要な事業を検討し、優先度を検討することができる職員の割合	研修(演習)+OJT 研修(演習)+OJT
		生活習慣病対策に関する法律、制度、事業等に関する知識を身につける	生活習慣病対策に関する法律、制度、事業等を説明できる	(特定健診保健指導)事業について他の職員に説明できる職員の数
生活習慣病対策の企画立案に関する能力	地域の生活習慣病の優先課題を特定するための、データを活用した事業の立案方法を習得する	地域診断の結果を踏まえて個別事業の立案ができる	特定健診・特定保健指導の評価結果をもとに、保健指導のターゲット(治療中断者、コントロール不良者などの重症化予防の対象等)を選定している職員の割合	研修(演習)+OJT
		地域診断の結果を踏まえ既存事業の再構造化ができる	データを活用した地域診断に基づく事業計画書を作成した職員の割合 必要に応じてスクラップアンドビルド・リニューアルした既存事業についてその根拠を説明できる職員の数	研修(演習)+OJT 研修(演習)+OJT
		地域診断の結果を踏まえ、事業化に向けたプレゼンテーションができる	事業化に向けて作成されたプレゼンテーション資料・予算要求資料等の論理性、訴求ポイントの適合性、簡潔性、理解しやすさなど	研修(演習)+OJT
		生活習慣病対策(施策・事業等)を効果的・効率的に実施するためのデータ活用方法を習得する	生活習慣病対策事業・活動にデータを効果的に活用できる 身体活動増進に関連する公的施設のマップ、ウォーキングマップなどの作成状況(したかしないか)および利用者の反応(住民の資料の活用度、利用者の満足度)	研修(演習)+OJT 研修(演習)+OJT
生活習慣病対策の実施・進出に関する能力	データを活用した生活習慣病対策を展開するための体制を整備できる	データヘルス計画を立案・実施・評価するための体制構築に向けた現状分析ができる	データの分析、分析結果の共有、事業評価・計画策定を行ううえでの以下の各関係組織・機関の現在の役割及び期待される役割を記載した文書の有無(国民健康保健団体連合会、保険者協議会、地域健康推進推進連絡会、国民健康保険課、健康づくり担当課(衛生部門)、都市区医師会、都道府県保健所等)	研修(演習)+OJT
		データヘルス計画を立案・実施・評価するための体制構築に向けた計画を立案できる	作成されたデータヘルス計画に実施体制に関する内容の記載の有無	研修(演習)+OJT
		データヘルス計画を立案・実施・評価するための体制構築に向けた調整・ネットワーク化ができる	異なる保険者のデータを活用するための方法(協定を結ぶなど)の実施状況 データヘルス計画を実施するための形式化された体制(協議会など)の有無	OJT OJT
		データヘルス計画を立案・実施・評価するための体制構築できる	人材育成を実施するための形式化された体制(協議会など)の有無	OJT
		データヘルス計画を立案・実施・評価するための体制構築できる	人材育成の評価計画の有無、評価時期(モニタリング時期)・評価指標の妥当性	OJT
		生活習慣病対策の評価・モニタリングに関する能力	生活習慣病対策(施策・事業等)を評価するためのデータ活用方法を習得する	生活習慣病対策、健康増進に取り組んだ成果を評価できる 上記の評価を、KDBで使用する小地域ごとに、定量的に把握した実績(報告書としてまとめた実績のあり・なしなど) 経年的に肥満、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の有所見者、治療中の者などの数字を性・年齢階級別に把握して、傾向を評価した実績(したかどうか)

資料 2. 研修のニーズ分析シート

研修のニーズ分析		
1. 地域の生活習慣病対策に関する現状と課題		
1) 現状	2) アセスメント	3) 生活習慣病対策に関する優先的課題
2. 生活習慣病対策に関わる人材（職員）のデータ活用に関する現状と課題		
1) 現状	2) アセスメント	3) 人材育成上の優先的課題
<p>*行は適宜増やしてください。記入様式及び記入例はこちらからダウンロードできます。 ⇒http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</p>		

資料 3. 研修の対象者分析・研修の年間計画シート

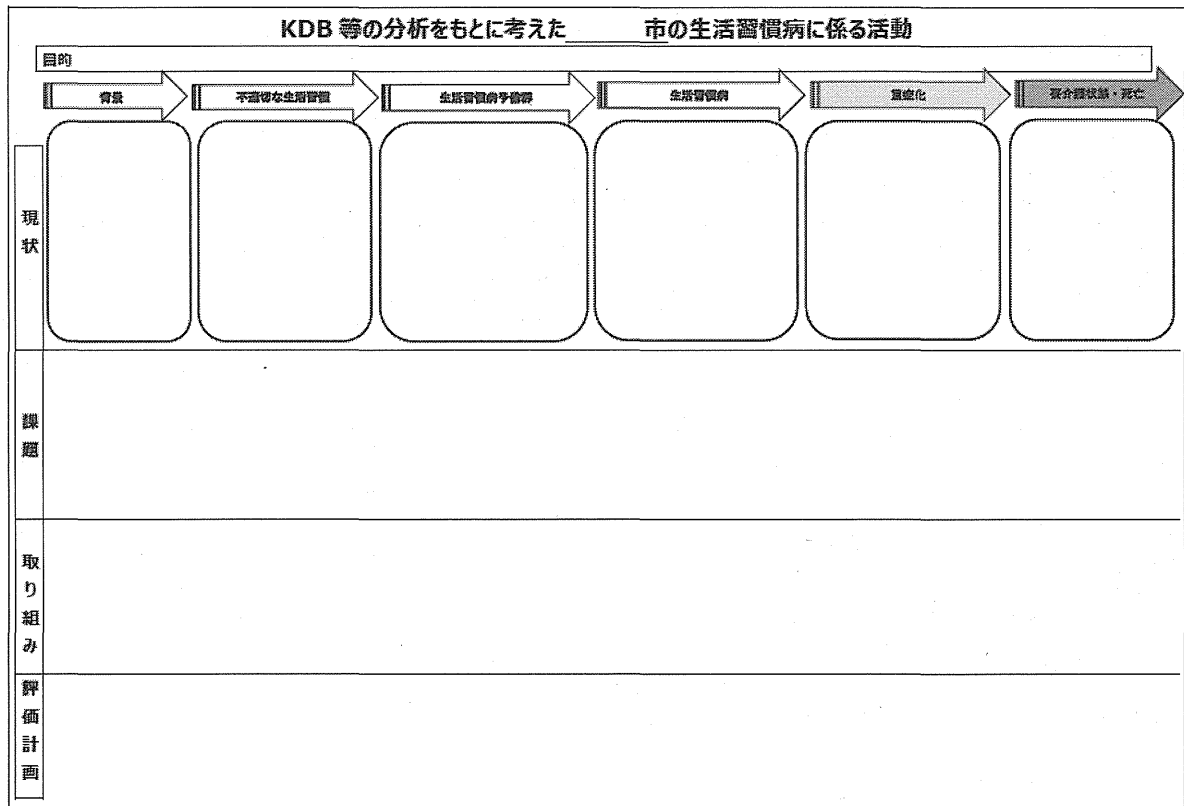
研修の対象者分析・研修全体計画					
<p>1. 研修の対象者の分析 「研修のニーズ分析シート」を踏まえて、管内の市町村におけるデータを活用した生活習慣病対策を推進するためには、だれのどのような能力を強化する必要があるのかを記載してください。（優先度の高いものを3つ以上）</p>					
誰	どのような能力	どうなることが望ましいか (いつまでに何ができるようにするなど、具体的に)			
<p>2. 上記「研修の対象者の分析」の結果を踏まえ、一年間の研修計画を立案してください。 ※以下の研修計画の中で、最も優先度の高い研修について「個別研修計画シート」を用いて、具体的な研修デザインを作成してください。</p>					
研修名	対象者	目的	実施主体	研修時期	備考
<p>*行は適宜増やしてください。記入様式及び記入例はこちらからダウンロードできます。 ⇒http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</p>					

資料4. 個別研修計画シート

個別研修計画シート					
研修名					
概要					
対象者					
実施主体					
		目的・目標	評価指標・目標値（評価方法）		
研修の目的 （GIO）					
研修の目標 （SBO）					
関連する研修目標	研修内容 （プログラム）	ねらい（評価指標）	評価方法	方法（講義・演習・遠隔等）・教材（新たな教材開発の必要性、既存の教材が使用可能な場合はその名称）	必要時間数（分）
研修スケジュール					
月日	時間	内容		講師（担当者）	備考

*行は適宜増やしてください。記入様式及び記入例はこちらからダウンロードできます。⇒<http://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuvou/>

資料 5 - 1. 健康課題の抽出プロセス（全体像）ワークシート



資料 5 - 2. 演習用データ集

※以下に演習用データ集のイメージ図を記載しています。

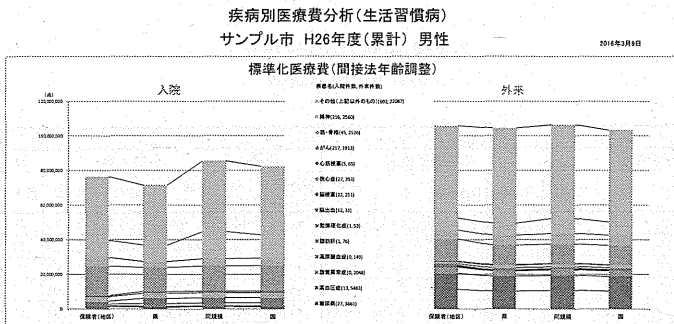
● 平成 20～24 年 サンプル市 死因別標準化死亡比(SMR)

平成20～24年 サンプル市 死因別標準化死亡比(SMR)

	男性			女性		
	SMR	死亡数	過剰死亡数	SMR	死亡数	過剰死亡数
死亡総数	88.1 *	1354	-183	96.3	5515	-215
悪性新生物	95.9	522	-22	110.7	1578	152
" (胃)	97.1	76	-2	102.6	142	4
" (大腸)	87.6	54	-8	95.7	222	-10
" (肝及び肝内胆管)	86.9	49	-7	121.4	161	28
" (気管、気管支及び肺)	97.0	117	-4	126.7	226	48
心疾患(高血圧性疾患を除く)	85.9 *	185	-30	94.3	774	-46
急性心筋梗塞	79.6	49	-13	96.3	121	-5
心不全	51.0 *	29	-28	87.2	323	-48
脳血管疾患	71.0 *	100	-41	79.3 *	491	-128
脳内出血	57.6 *	27	-20	78.0	106	-30
脳梗塞	70.4 *	51	-21	75.3 *	320	-105
肺炎	63.7 *	88	-50	72.0 *	528	-205
肝疾患	76.6	23	-7	84.9	47	-8
腎不全	95.4	22	-1	96.7	124	-4
老衰	49.2	10	-10	101.7	188	3
不慮の事故	66.1 *	47	-24	45.0 *	174	-213
自殺	53.1 *	43	-38	105.1	105	5

* P<0.05

● 疾病別医療費分析（生活習慣病）男女別



● 疾病別医療費分析（生活習慣病）[数値表]

疾病別医療費分析(生活習慣病)[数値表]
サンプル市 H26年度(累計)

入院・外来	性別	疾患名	被保険者(地区)		標準化医療費(期待総点数)			標準化医療費の差			
			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(A-B)	vs.同規模(A-C)	vs.国(A-D)
入院	男性	糖尿病	12,354	27	1,422,291	1,053,528	1,312,111	1,307,631	368,763	110,180	114,660
入院	男性	高血圧症	12,354	13	361,121	252,983	286,176	293,231	108,138	74,945	67,890
入院	男性	脂質異常症	12,354	0	0	30,114	55,663	48,694	-30,114	-55,663	-48,694
入院	男性	高尿酸血症	12,354	0	0	5,210	6,272	6,766	-5,210	-6,272	-6,766
入院	男性	脂肪肝	12,354	1	38,603	16,099	21,194	20,030	22,504	17,409	18,573
入院	男性	動脈硬化症	12,354	1	16,324	172,086	214,628	213,908	-155,762	-198,304	-197,584
入院	男性	脳出血	12,354	12	870,012	1,566,498	1,541,008	1,540,017	-696,486	-670,996	-670,005
入院	男性	脳梗塞	12,354	22	1,560,791	3,006,543	3,091,833	3,017,501	-1,445,752	-1,531,042	-1,456,710
入院	男性	狭心症	12,354	27	2,571,036	2,964,760	2,895,271	3,008,976	-393,724	-324,235	-437,940
入院	男性	心筋梗塞	12,354	5	794,712	998,237	907,333	880,362	-203,525	-112,621	-85,650
入院	男性	がん	12,354	217	17,017,144	13,996,896	14,570,405	14,791,781	3,020,248	2,446,739	2,225,363
入院	男性	筋・骨格	12,354	45	4,942,294	3,197,110	4,211,550	4,093,665	1,745,184	730,744	848,629
入院	男性	精神	12,354	216	9,908,832	9,531,422	15,574,399	13,481,745	377,410	-5,665,567	-3,572,913
入院	男性	その他(上記以外のもの)	12,354	692	36,939,400	34,647,466	40,811,042	39,632,992	2,291,934	-3,871,642	-2,693,592

● 疾病別医療費分析（細小（82）分類）[数値表]

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	被保険者(地区)		標準化医療費(期待総点数)			標準化医療費(期待総点数)			
			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	脳梗塞	12,575	22	1,522,748	2,940,203	3,006,777	2,948,337	45	54	46
入院	男性	クモ膜下出血	12,575	6	602,730	325,303	296,462	303,078	4	4	3
入院	男性	脳出血	12,575	12	863,779	1,531,793	1,508,051	1,508,101	21	25	21
入院	男性	一過性脳虚血発作	12,575	0	0	9,855	19,367	19,715	0	1	1
入院	男性	パーキンソン病	12,575	0	0	385,124	444,174	472,162	6	9	8
入院	男性	脳腫瘍	12,575	0	0	164,057	248,019	232,470	1	2	2
入院	男性	うつ病	12,575	33	1,479,479	1,175,045	2,089,843	1,805,615	30	65	48
入院	男性	認知症	12,575	25	1,001,409	179,832	261,104	239,305	5	8	6
入院	男性	統合失調症	12,575	128	5,362,522	6,077,157	10,370,337	8,833,237	159	325	239
入院	男性	緑内障	12,575	1	244	110,761	125,898	116,344	3	3	3
入院	男性	白内障	12,575	10	312,250	323,816	350,122	353,611	10	14	12
入院	男性	糖尿病網膜症	12,575	0	0	0	0	0	0	0	0
入院	男性	インフルエンザ	12,575	0	0	2,041	6,988	4,966	0	0	0
入院	男性	肺がん	12,575	19	2,066,043	1,629,354	1,729,791	1,837,816	23	29	26
入院	男性	肺炎	12,575	39	2,278,631	1,155,129	1,408,885	1,312,383	23	32	26
入院	男性	肺結核・胸膜炎	12,575	4	197,509	102,807	98,057	102,431	2	3	3
入院	男性	気管支喘息	12,575	3	23,410	214,440	351,612	303,809	4	8	6
入院	男性	肺気腫	12,575	1	27,166	226,742	237,508	226,358	4	5	4

● 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）

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: 2018/3/9
ページ: 1/3

性別	受診者	摂取エネルギーの過剰												ALY(GOT)				HDLコレステロール									
		25以上			30以上			35以上			40以上			31以上		40未満		40未満		40未満							
男性	全国	988,853	342,280	34.6%	134.6%	100(基準)	*116.3	485,706	49.1%	49.1%	100(基準)	102.7	398,933	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
男性	県	9,360	2,764	29.5%	30.0%	*86.0	100(基準)	4,478	47.8%	47.8%	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)
男性	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%	*76.8	82.5	85	24.8%	24.5%	91.2	101.2	17	5.0%	5.5%	*55.3	*55.1
男性	全国	1,445,120	373,236	25.8%	25.8%	100(基準)	101.5	707,080	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
男性	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)	2,285	17.8%	17.8%	*116.6	100(基準)	1,198	9.3%	9.3%	99.5	100(基準)
男性	地域(地区)	918	209	22.8%	22.8%	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%	8.6%	90.7	91.4
男性	全国	2,433,873	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%	102.0	102.0	497,371	20.4%	20.4%	100(基準)	98.0	225,852	9.3%	9.3%	100(基準)	100.7
男性	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)
男性	地域(地区)	1,299	320	25.4%	27.4%	30.3	95.4	560	44.5%	45.4%	*90.3	95.0	339	26.9%	27.8%	93.5	95.9	223	17.7%	19.1%	96.4	90.6	96	7.8%	7.4%	*81.5	81.9

● 質問票調査の状況【補足】男女別・年齢調整

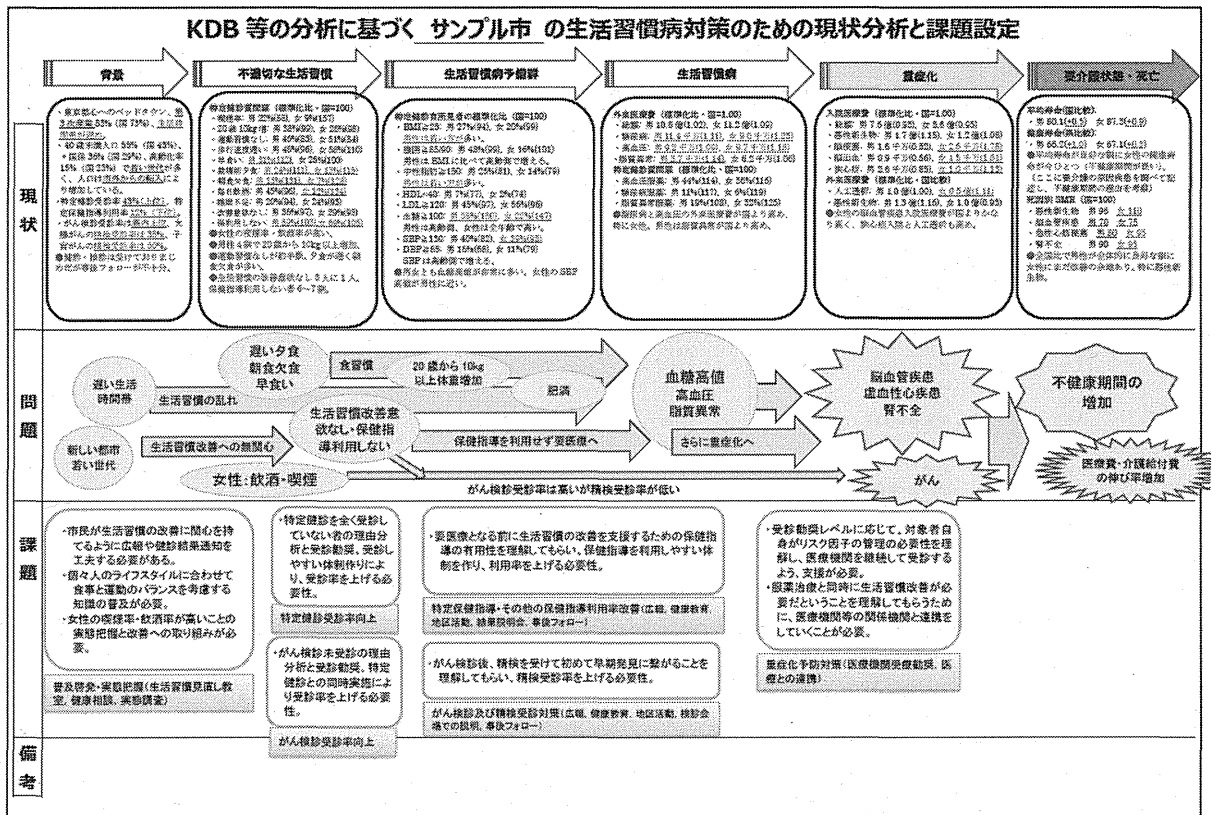
保険者番号： 990011
 保険者名： 見本データ
 地区：

質問票調査の状況【補足】
 (男女別・年齢調整)

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.			総人数	該当者割合				
		単位：%	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)		地域	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%		
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%		
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%		
既往歴_脳卒中	3781	2.0%	3.0%	2.2%	2.5%	2.5%	3.0%	2.1%	2.5%	*61.6	87.4	*72.9	7747	5.0%	6.1%	5.0%	5.9%		
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%		
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%		
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%		
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%		
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	*119.9	7767	41.8%	37.7%	37.7%	35.6%		
1日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%		
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	7886	42.8%	41.9%	39.4%	40.1%		
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%		
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%		
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%		
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%		
食べる速度が遅い	3881	8.9%	6.9%	7.5%	6.7%	8.8%	6.9%	7.5%	6.7%	*128.3	*116.9	*130.6	7741	9.4%	9.1%	9.2%	9.2%		

資料5-3. 健康課題の抽出プロセス(全体像) ワークシート記入例

(これはイメージですので原本はホームページから入手してください)



巻末：資料に掲載した様式及び PDF はすべてこちらからダウンロードできます。

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