

令和3年度 厚生労働省保険局国民健康保険課 委託事業

**データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業
調査結果
(情報提供資料)**

令和4年3月

<目次>

1. 調査概要	P. 2
2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ	P. 5
3. 都道府県の取組事例	P. 12
4. 市町村へのヒアリング結果サマリ	P. 40
5. 市町村の取組事例	P. 45
6. まとめ	P. 56

1. 調査概要

背景・目的

- 国民健康保険法等に基づき、国民健康保険の保険者には、データヘルス計画を策定し、レセプト等のデータ分析に基づいてPDCAサイクルに沿った保健事業を展開することが求められており、国においても保険者が実施する加入者の予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組が円滑に進むよう支援していくこととしている。
- 保険者における予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組を更に推進するためには、先進・優良事例を他の保険者へ横展開していくことで、各保険者の取組の底上げを図っていくことが重要であり、厚生労働省では、従前より保険者の取組事例を調査し、調査結果と併せて収集した先進・優良事例を全国の国民健康保険の保険者に情報提供している。
- 上記方針の下、本事業は、以下2点を目的として実施した。
 - ① 都道府県が取り組んでいるデータヘルス計画の標準化の状況や、保険者が実施した中間評価結果に基づくデータヘルス計画の見直し点、中間評価により見えた課題についての実態を把握すること
 - ② 予防・健康づくり、重症化予防の方針として、特に推進することとしている保健事業（新型コロナウイルス感染症を踏まえた取組、ポピュレーションアプローチ、休日・夜間の健診、40歳未満を対象とした健診等）や、都道府県と国保連合会とが協働・連携したデータ分析の先進・優良事例を収集し、都道府県・市町村に情報提供すること

調査方法

- 有識者からの意見聴取を行いながら、以下の方法でアンケート調査及びヒアリング調査を行った。
 - ✓ アンケート調査として、全国の都道府県と市町村国保の保険者を対象に、Excelを用いて調査票を作成し、メールにて送付した。全ての都道府県と市町村国保の調査票を回収し、集計の上、結果の考察を行った。
 - ✓ 都道府県に対するヒアリング調査として、主に「データヘルス計画の標準化の取組」「国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析」について取組の進んでいる都道府県と未実施の都道府県から対象先を選定し、10都県へヒアリングを実施した。市町村国保に対するヒアリング調査として、都道府県の推薦等に基づき対象先を選定し、9保険者へヒアリングを行った。ヒアリングにあたってはWeb会議システムを用い、データヘルス計画に基づく保健事業の実施にあたっての取組内容や工夫等を聴取した。調査結果については、他の保険者にとって参考となると考えられる工夫や課題を抽出するとともに、取組事例として整理した。

1. 調査概要：ヒアリング先一覧及び掲載内容（都道府県）

#	都道府県名	掲載の観点	掲載内容
1	山形県	データヘルス計画の標準化の取組	（「2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ」に掲載）
2	東京都	データヘルス計画の標準化の取組	標準化の取組で次期データヘルス計画の策定に向けた環境を整備（P. 12）
3	新潟県	データヘルス計画の標準化の取組	県による「標準化ツール」へのデータヘルス計画の転記とコンソーシアムの活用で一貫した市町村支援を実現（P. 16）
4	長野県	データヘルス計画の標準化の取組	標準化の取組で保健所による市町村支援を強化（P. 17）
5	静岡県	データヘルス計画の標準化の取組	「保健事業カルテ」を活用し、個別の保健事業のPDCAサイクルの考えを定着（P. 26）
6	滋賀県	データヘルス計画の標準化の取組	県版データヘルス計画の策定と共通の評価指標・目標値の導入で、市町が自らの立ち位置を把握できる環境を整備（P. 30）
7	大分県	データヘルス計画の標準化の取組	標準化の取組で市町村が抱える保健事業の評価に係る課題を解決（P. 32）
8	福井県	国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析	国保連合会の従来の取組を尊重しつつ、県の方向性を示すことで、国保連合会と協働・連携した取組を実現（P. 33）
9	山梨県	医療費適正化に向けた取組	医療費格差と地域特性との関連を整理し、地域特性を考慮した事業の実施を促進（P. 35）
10	徳島県	その他の取組	保健事業医療・介護連携システム「つなまる」を全市町村に整備し、市町村の業務の効率化に貢献（P. 38）

1. 調査概要：ヒアリング先一覧及び掲載内容（市町村）

#	市町村国保名	被保険者数規模	掲載の観点	掲載内容
1	千葉県柏市	5万人以上10万人未満	新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた取組	Zoomによる特定保健指導（P. 45）
2	新潟県燕市	1万人以上5万人未満	新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた取組	保健師・栄養士・健康運動指導士のパッケージの保健指導で感染症対策と行動変容に貢献（P. 46）
3	宮城県富谷市	3千人以上1万人未満	ポピュレーションアプローチ	健康推進員との連携で市民への健康づくり普及啓発を推進（P. 47）
4	富山県砺波市	3千人以上1万人未満	ポピュレーションアプローチ	国保部門・健康増進部門の強みを活かしたポピュレーションアプローチの実践（P. 48）
5	長野県池田町	3千人未満	ポピュレーションアプローチ	健診結果に基づく健康課題にターゲットを絞ったポピュレーションアプローチ（P. 49）
6	岡山県岡山市	10万人以上	ポピュレーションアプローチ	スマホアプリの活用で被保険者の日常に健康行動を意識づけ（P. 50）
7	熊本県錦町	3千人未満	ポピュレーションアプローチ	中学生を対象とした健診および保護者同伴の健診結果説明会で若い世代の健康意識を醸成（P. 52）
8	千葉県松戸市	10万人以上	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（ポピュレーションアプローチ）	通いの場等への積極的関与や地域のコンビニエンスストアとの連携によりフレイル予防を啓発（P. 54）
9	徳島県徳島市	1万人以上5万人未満	健康増進部門との連携による保健事業の推進	健康増進部門との連携と明確な役割分担で効果的・効率的に市民へのアプローチを実施（P. 55）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（1）

データヘルス計画の標準化の取組（1 / 4）

<標準化に取り組んだ理由・目的>

- データヘルス計画を標準化することで、各市町村の現状を俯瞰的に見える化できるようになり、従前よりも効果的な保健事業の知見の抽出や横展開を行うことが容易になると考えた。（山形県）
- データヘルス計画を標準化することで、各区市町村の特徴や課題を把握しやすくなり、区市町村への必要な支援につなげることができるとともに、区市町村同士の比較で、優良事例を把握できるようになると考えた。（東京都, P.12参照）
- 県として市町村の支援を検討するにあたり、市町村の現状と課題を把握する必要があり、データヘルス計画の標準化に取り組もうと考えた。（新潟県, P.16参照）
- 市町村の現状を把握し、保健所が支援する内容を明らかにすることを目的に標準化の取組を開始した。（長野県, P.17参照）
- 保健事業の実施効率を高めるためには、現在実施している取組の問題点や効果を把握し、正しくPDCAサイクルを回してもらうための仕組みが必要であると考えた。（静岡県, P.26参照）
- 各市町が他の市町との実績比較をできるようにすること、各市町の現状を可視化して県として支援すべきポイントを明らかにすることを目的に、県版データヘルス計画を策定し、各市町共通の評価指標を設定した。（滋賀県, P. 30参照）
- 各市町村が自らの立ち位置を把握して、効率的に中間評価を行えるよう、標準化の取組を進めることとした。（大分県, P.32参照）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（2）

データヘルス計画の標準化の取組（2/4）

＜標準化により得られた成果＞

都道府県が、市町村の現状を俯瞰することができ、支援すべきポイントを把握することができる。

- **各区市町村のデータヘルス計画を同じ様式に整理したことで、各区市町村の計画を俯瞰することができた。**これにより**各区市町村の特徴を把握し、都として評価・支援すべきポイントを明確化しやすくなった。**個別支援の際も、注目すべきポイントについて、**都と区市町村とが共通の認識を持って意見交換できるようになった。**（東京都, P.12参照）
- **各市町村の現状と課題を可視化することができた。**これにより**市町村と認識を揃えて議論を行うことができています。**（新潟県, P.16参照）
- **各市町村の保健事業の実施状況や成果を可視化することができたため、支援すべきポイントが明確になった。**県内市町村を比較することができたことで、**市町村ごとの違いを考察するきっかけになっている。**（長野県, P.17参照）
- **共通の目標値を設定したことで、各市町の進捗等の差が明らかになった。**経年推移の状況が確認できるため、県として評価を行いやすいと感じている。（滋賀県, P.30参照）
- データヘルス計画の記載事項が統一されていることで、**各市町村の進捗状況が見えるようになった。**（大分県, P.32参照）

市町村が、データヘルス計画や保健事業のあり方を考察するきっかけとなる。

- 区市町村の担当者からは、「**自区市町村の計画の記載事項の過不足や今後の見直しポイントが把握しやすくなった**」、「**データヘルス計画を整理することで自身が担当している業務の位置づけを意識できるようになった**」といった声をいただいている。（東京都, P.12参照）
- 標準化の取組を行っている市町からは、「**評価指標の立て方が勉強になった**」、「**事業の実施方法を見直すきっかけとなった**」、「**目標設定の考え方を見直すきっかけとなった**」といった声をいただいている。（静岡県, P.26参照）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（3）

データヘルス計画の標準化の取組（3/4）

＜共通の評価指標の設定＞

共通の評価指標を設定するにあたっては、市町村の理解を得ながら取組を進めることが重要である。

- 共通の評価指標を設定することで、各市町村横並びでの比較が可能になるが、現在、静岡県、滋賀県が共通の評価指標を設定している。また、東京都が試行的に共通の評価指標を設定し、検討を行っている。
- 静岡県については、**共通の評価指標を設定して各市町に提示しているものの、使用の有無は各市町に委ねている。**（P.27-28参照）
- 滋賀県については、**評価指標だけでなく、目標値まで共通化して市町に提示している。**市町によって進捗や事業の実施体制が異なることから、市町からは、目標値まで共通化することには反対する意見もあった。一方で、**共通の目標値を設定することで県と市町が両輪で取組を進めることができる**という意見もあったため、県としても後者のメリットのほうが大きいと感じ、**目標値まで共通化した。**市町の保健事業担当者との会議の際に、**共通の評価指標と目標値の設定が、保健事業を行うにあたり必要な取組であることを繰り返し訴え、合意を得ることができた。**（P.30-31参照）
- 東京都については、保健事業全体の共通の評価指標と個別の保健事業に係る**共通の評価指標を試行的に設定している。****次期データヘルス計画の策定時に各区市町村に参考にしてもらうことを想定しており、現時点では、項目・活用方法を含め、検討を行っている段階である。**（P.14-15参照）

共通の評価指標を設定する前段階として、市町村が事業を評価する上で参考となる指標を市町村に提供することで、自市町村の立ち位置を把握してもらい、評価を支援する取組も有効である。

- 長野県については、**各市町村がデータヘルス計画全体を評価する上で参考となる100以上の指標を一覧化したものを平成30年度に作成し、令和元年度から市町村に提供している。**また、**糖尿病性腎症重症化予防事業についての成果や実施量を評価するための参考データを**国保連合会と協働して作成し、令和2年度から**市町村に提供している。**（P.17-25参照）

課題意識を共有できる部分から共通の評価指標の設定に着手することが重要である。

- **全ての区市町村が実施している取組**であるため、特定健診と特定保健指導については、共通の評価指標を設定しようと考えている。（東京都）
- **全ての市町村が取り組む事業、かつKDBから取得できる評価指標**であれば共通の評価指標を設定することが可能と考えている。（大分県, P.32参照）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（4）

データヘルス計画の標準化の取組（4/4）

<標準化の実施体制>

都道府県や市町村の人員等のリソースを踏まえ、適切な実施体制・実施方法を採用することが重要である。

- **外部有識者の意見を取り入れることで気づきを得ることができた。** 県内で当たり前だと思っていることが、県外ではそうでないこともある。外部の目から見たときに、他県等とも比較して何が良いのか悪いのかを教えていただけるのは有難い。（山形県）
- **標準化の取組で市町村の負担軽減を目指しているため、データヘルス計画の「標準化ツール」への転記を市町村にお願いするのは負担をかけることになると感じ、県自ら対応することとした。**（新潟県, P.16参照）
- **データ分析や標準化自体が目的とならないよう、コンソーシアム形式で事業を外部委託している。** 保健事業に係る全体の取組の中の一つという位置づけで標準化の支援を行ってもらっている。（新潟県, P.16参照）
- 県が個別に支援を行うことは難しい。**市町村支援を主に保健所が担っていることから、保健所に標準化支援も担ってほしいと考えている。**（長野県, P.17参照）
- **全市町村一斉に標準化の取組を進めるのは難しく、モデル市において効果的な保健事業の抽出に取り組んでいる。**（大分県, P.32参照）

<その他の意見>

標準化すること自体が目的ではなく、標準化する目的を明確にする必要がある。

- データヘルス計画の**標準化をなぜ行わなければならないのかというその意義を、まずは県がしっかりと理解する必要がある。** その上で、**市町村に対してその意義を伝えることが必要**である。（山形県）
- データヘルス計画の**標準化を行うメリットを理解しきれていない。** 手探りの部分に対して人手を割けるほど人員が豊富でないため、**優先順位が下がってしまっている。**（福井県）
- 各市町の取組を一つのフォーマットに当てはめて横並びで比較するというイメージを持っているが、**各市町健康課題がばらばらな中で、一律同じ分析や取組をさせることに意味があるのか把握できていない。** フォーマットを定めて、これに則って計画を策定してくださいと啓発することもできるかと思うが、**県が音頭を取るほど強いメリットが見えていない。**（福井県）
- 標準化の取組を進めるにあたり、**市町村の理解を得られるかわからない。**（山梨県）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（5）

国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析

都道府県と国保連合会の互いの強みを活かした役割分担が大事である。

- 国保連合会は個別の市町支援のための分析に強みを持っている。一方で、県は中長期的な視点、県全体を俯瞰する視点での分析が得意である。国保連合会の既存の取組を参照しつつ、県として行いたいことや方向性を示すなど、互いの利点を活かすことで、本質的な市町支援ができる。（福井県, P.33参照）
- 県も国保連合会も、ともに市町村支援を行う立場にあるため、役割分担して協働・連携することで効果的な市町村支援が可能になる。（長野県）
- 県と国保連合会が協働・連携して市町村にデータ提供しているため、個別支援の場面で協働・連携して分析したデータの活用支援ができる。（長野県）
- 協働・連携の結果として、県や国保連合会が市町に助言する際の根拠資料として扱いやすいものが得られている。（滋賀県）
- 国保連合会と協働・連携してデータ分析を行うことで、データ分析の結果を施策に活かすことができるようになった。施策化の根拠となるデータ抽出・分析に関して国保連合会の協力が大きい。（大分県）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（6）

医療費適正化に向けた取組

関係者が一体となって医療費適正化の取組を進めることが重要である。

- 医療費適正化のためには国保だけでなく、健保組合など他の医療保険者、庁内関係課、関係機関などが問題認識を共有し、同じ方向に向かって取り組んでいく必要があると考えるが、現在はそれぞれがバラバラに取り組んでいる状況であり、県全体としてまとまりのある取組ができていない。保険者協議会も新型コロナウイルス感染症の影響で書面開催になるなど有効に機能しておらず、次期医療費適正化計画の策定に向け、課題は多いと感じている。（新潟県）
- 医療費適正化の取組を主として実施している課はないが、設定した各項目に関わる分野において、各課がそれぞれ事業を実施している。各課が同じ方向を向けるよう、毎年度、保険者協議会と進捗状況や取組の共有を行っている。（静岡県）
- 医療費適正化という観点をそれぞれの課がどこまで念頭において取り組んでいるかが不明である。（滋賀県）

医療費適正化の取組状況を個々の市町村の数値のみで評価することは難しいため、市町村間の比較や二次医療圏単位での分析・評価を行う必要がある。

- 市町村間の医療費格差の要因を明らかにするとともに、医療費と各市町村の地域特性との関連性を整理することで、各市町村において地域特性を考慮しながら保健事業等を検討・実施してもらうことを目指している。（山梨県, P.35 参照）
- 小規模市町村が多くを占め、市町村単位での医療費適正化の取組評価にあたっては、数値的評価のみでは解釈が難しい。そのため、今後は二次医療圏単位での分析を行う予定である。（長野県）

2. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（7）

組織体制

国保部門と健康増進部門が同一であることにより、予防・健康づくりの取組を一体的に進めることができる。

- 令和2年度から国保担当課と健康増進担当課が一緒の課になったが、それ以前は別の課であった。同じ課になることで、事業の計画段階から一緒に検討していけるようになった。また、上手く人員をやり繰りできるというメリットもあると感じている。（山形県）
- 令和元年度に健康寿命延伸と医療費適正化を一体的に進めるため、長寿福祉課と健康増進課を再編し、健康政策課が新設され、医療費適正化計画に係る取組の大部分が健康政策課の主管となった。以前は医療費適正化計画に係る取組と国保の保健事業をばらばらに実施していたが、一体的に進めようという趣旨の下、健康政策課ができた。健康増進計画も健康政策課に移管されている。（福井県）
- 平成30年度からの国保改革に対応し、健康増進課の下に国民健康保険室が置かれている。健康増進課が国民健康保険室の上位組織という位置づけであるため、健康増進課所属の保健師は国保の保健事業も担当することとなっている。健康増進課には国保ヘルスアップ支援員が配置されており、健康増進課と国民健康保険室が一体的に保健事業を行う体制が整っている。（長野県）

3. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

東京都

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健局国民健康保険課
事務職 3名、専門職 1名（保健師 1名）

標準化の取組で次期データヘルス計画の策定に向けた環境を整備

取組の ポイント

- 東京大学・国保連合会と協働して、**全区市町村へのヒアリングを行い、保健事業の課題把握に努めている。**
- 「標準化ツール」を活用してヒアリングを行うことで、**課題認識を都と区市町村とで共通のものとする**ことができる。
- ヒアリングの中で個別の保健事業の取組の工夫を把握。ヒアリングで得た情報を観点ごとにまとめ、区市町村に横展開している。各区市町村の工夫等を**パターン化することで、区市町村が自分たちの取組に反映しやすくなる**と考えている。

取組の背景

各区市町村のデータヘルス計画の記載事項に差異があり、次期計画の策定に向けて認識のすり合わせが必要

- 東京大学の提案を受け、試行的に各区市町村のデータヘルス計画を「標準化ツール」に落とし込んだところ、区市町村ごとに記載事項が異なることがわかった。
- 区市町村の取組の効果を上げるためにも、それぞれの計画や取組を比較できる環境を整えることが必要と感じていた。

取組の目的

優良事例を横展開する環境を作り、各区市町村の保健事業の底上げを図ること

- データヘルス計画を標準化することで、各区市町村の特徴や課題を把握しやすくなり、区市町村への必要な支援につなげることができるとともに、区市町村同士の比較で、優良事例を把握できるようになると考えた。

取組内容

「標準化ツール」を活用してヒアリングを行うことで、都と区市町村の共通認識を醸成

- 「データヘルス計画支援事業」として、東京大学と国保連合会と一体となって、区市町村の保健事業全般の支援を行っている。
- 令和2年度から、年間約20の区市町村に対して個別にヒアリングを行い、保健事業を行うにあたっての課題や、取組の工夫を確認している。
 - ヒアリングについては、3年間かけて、全区市町村に行う予定である。
 - 62の区市町村全てのヒアリングが完了するのは令和4年度である。
- **ヒアリングでは、「標準化ツール」を使って整理した様式を基に、課題認識のすり合わせを行っている。**
 - 「標準化ツール」への転記は、東京大学が実施している。

区市町村ごとの計画の差異を均すために共通の評価指標が必要

- 区市町村によっては、保健事業全体の評価指標が設定されていなかったため、個別事業の評価指標だけでなく、保健事業全体の評価指標についても共通指標の設定を検討している。（P.14-15参照）
 - 区市町村のヒアリングが完了次第、共通の評価指標を確定する予定である。

保健事業の工夫をパターン化し、各保険者に参考事例集として展開

- 区市町村ヒアリングの場において、個別事業の成果を挙げるための工夫を確認し、観点別に整理している。
- 東京大学・国保連合会・東京都で保健事業に複数の切り口を設定し、取組ごとに要素を整理している。**観点を抽象化することで、各区市町村が参考にしやすい情報にすることを意識している。**
 - 対象者へのアプローチの工夫、実施量向上の工夫等観点別に整理している。
- 一覧化したものは、年度ごとに区市町村に取組事例集として共有している。

取組の成果

計画を俯瞰し、把握できることで議論の目線を揃えることに寄与

- 各区市町村の特徴を把握し、都として評価・支援すべきポイントを明確化しやすくなった。
- 個別支援の際も、注目すべきポイントについて、都と区市町村とが共通の認識を持って意見交換できるようになった。

区市町村担当者のデータヘルス計画の理解度向上に貢献

- 区市町村の担当者からは、計画の整理により、自身の担当業務の位置づけを意識できるようになった、という声をいただいている。

今後の方針

共通の評価指標の確定と優良事例の横展開

- 全区市町村のヒアリングの後、次期計画の策定に向けて共通の評価指標を確定する予定である。また、各取組事例をパターン化し、全体版として優良事例を共有する予定である。

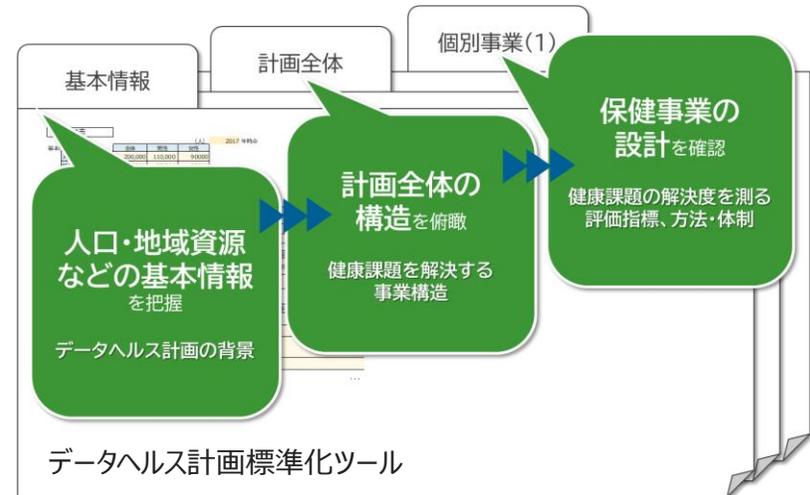
(参考) 東京大学による「データヘルス計画標準化ツール」を用いた支援

東京大学未来ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット (都道府県向けリーダーシップ・プログラム資料)

データヘルス計画の標準化ステップ

地域における健康課題の解決につながり、市町村の業務負担を軽減する目的で、2021年度は7都県が下記のステップでデータヘルス計画の標準化に取り組んでいます。

- **標準化の意義および手順の把握**
 - 都道府県／市町村による理解
- **データヘルス計画の構造の整理**
 - 基本情報／計画全体／個別事業
- **市町村へのヒアリング**
 - 庁内・地域資源／健康課題を解決する設計
- **市町村へのフィードバック**
 - 優れた工夫、改善の余地がある要素
- **市町村による適用および都道府県での共有**



データヘルス計画標準化ツールを活用する目的

都道府県^{注)} 都道府県内の現状および課題の俯瞰

- 市町村の特徴や課題を同じ様式にて客観的に把握する
- 市町村への必要な支援につなげる

市町村 健康課題の解決と業務負担の軽減

- 地域の健康課題を解決する設計の“型”とする
- データヘルス計画策定や引継ぎ、庁内外との連携に活用

注) 都道府県庁に加えて、保健所、国民健康保険団体連合会など市町村を支援する地域資源を含みます。

東京都における保健事業全体の共通指標案（1/2）

- 保健事業全体の共通の評価指標として、以下の項目の設定を検討している。次期データヘルス計画の策定時に、各区市町村に参考にしてもらうことを想定しており、現時点では、項目・活用方法を含め、検討を行っている段階である。

<共通の評価指標（案）>

保健事業全体の評価指標

※小規模町村は年齢階級を40～59歳、60～74歳の2区分で比較

		評価対象	東京都データヘルス支援事業 共通の評価指標		単位	算出方法	カテゴリ区分 (※)	比較対象
1	総合 アウトカム 評価指標	長期的な健康度	平均自立期間（要支援・要介護）		年	（KDBを参照） ※人口13万人以上の自治体では1年分の死亡情報を用い、人口13万人未満の自治体では3年分の死亡情報を利用	男女別	算出上の誤差が生じることから、他地域との比較は控えるべきとされている
2		生活習慣の状況	1.栄養・食生活	週3回以上就寝前夕食	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）	性・年齢階級別 (5歳刻み)	都平均
3			1.栄養・食生活	週3回以上朝食を抜く	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
4			2.身体活動・運動	1日1時間以上運動なし	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
5			3.休養	睡眠不足	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
6			4.飲酒	1日飲酒量_1合以上	%	1日飲酒量 1～2合、2～3合、3合以上の合計人数（人）／回答者数（人）		
7			5.喫煙	喫煙率	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
8			6.歯・口腔の健康	咀嚼_かみにくい・ほとんどかめない	%	咀嚼の問診項目 かみにくい、ほとんどかめない の合計人数（人）／回答者数（人）		
9			疾病リスク	内臓脂肪症候群の該当者割合		%		
10		有病者の状況	高血圧症の有病者割合		%	高血圧症の有病者数（人）／被保険者数（人）	性・年齢階級別 (10歳刻み)	都平均
11			脳血管疾患の有病者割合		%	脳血管疾患の有病者数（人）／被保険者数（人）	性・年齢階級別 (10歳刻み)	都平均
12			虚血性心疾患の有病者割合		%	虚血性心疾患の有病者数（人）／被保険者数（人）	性・年齢階級別 (10歳刻み)	都平均

東京都における個別の保健事業に係る共通指標案（2/2）

- 個別の保健事業に係る共通の評価指標として、以下の項目の設定を検討している。次期データヘルス計画の策定時に、各区市町村に参考にしてもらうことを想定しており、現時点では、項目・活用方法を含め、検討を行っている段階である。

個別事業の評価指標

※小規模町村は年齢階級を40～59歳、60～74歳の2区分で比較

		評価対象	東京都データヘルス支援事業 共通の評価指標	単位	算出方法	カテゴリ区分 (※)	比較対象
13	個別事業 アウトカム 評価指標	特定健診	生活習慣の改善意欲がある人の割合	%	改善意欲あり、改善意欲ありかつ始めている、取り組み済み6ヶ月未満、取り組み済み6ヶ月以上の合計人数（人）／回答者数（人）	性・年齢階級別	都平均
14		特定保健指導	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	%	前年度の特定保健指導利用者かつ当該年度健診で特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人） ／前年度の特定保健指導の利用者数（人）	性・年齢階級別	都平均
15		重症化予防	受診勧奨の必要な者のうち医療機関受診者割合	%	受診勧奨対象者（レセ有）（人）／受診勧奨対象者数（人）	—	都平均
16	個別事業 アウトプット 評価指標	特定健診	健診受診率	%	特定健診受診者数（人） ／特定健診対象者数（人）	性・年齢階級別	都平均
17		特定保健指導	特定保健指導の終了者の割合	%	特定保健指導終了者数（人） ／特定保健指導対象者数（人）	性・年齢階級別	都平均
18		重症化予防	受診勧奨実施割合	%		—	—

東京都福祉保健局保健政策部国民健康保険課より提供

3. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

新潟県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健部 国保・福祉指導課
事務職 2名、専門職 1名（保健師 1名）

県による「標準化ツール」へのデータヘルス計画の転記とコンソーシアムの活用で一貫した市町村支援を実現

取組の ポイント

- 各市町村の現状を把握するための取組として、**県自らが各市町村のデータヘルス計画を「標準化ツール」に転記した。**
- データ分析から保健事業への助言等、**広く外部の知見を取り入れることができるよう、単一の外部事業者ではなく、コンソーシアム形式で事業を委託**している。
- 次期データヘルス計画の策定に向けて、**データヘルス計画の策定ガイドの設計に着手**している。

取組の背景

支援すべきポイントを把握する 必要性

- 平成30年度から都道府県も国保の保険者となったことを受け、市町村への支援の有り方を検討していた。
- 支援の有り方を検討するにあたり、各市町村の**個別の保健事業の実施状況や課題を把握しきれておらず、現状把握から取り組む必要**があった。

取組の目的

市町村の現状把握ならびに負担軽減を目的に実施

- 県として市町村の支援を検討するにあたり、市町村の現状と課題を把握する必要があった。そのためデータヘルス計画の標準化に取り組もうと考えた。
- また、市町村の負担軽減やスムーズなデータヘルス計画の策定に貢献したいという意図があった。

取組内容

市町村の現状把握のため、県自ら各市町村のデータヘルス計画を「標準化ツール」に反映

- 「標準化ツール」の意図・思想は、都道府県に対して展開されているものであり、市町村に説明の上、**十分に「標準化ツール」を理解してもらえない限り、適切に活用されない**と考えていた。
- 標準化の取組で市町村の負担軽減を目指しているため、データヘルス計画の「標準化ツール」への転記を市町村にお願いするのは負担をかけることになると感じ、県自ら対応することとした。

「標準化ツール」をコミュニケーションの媒体として活用したことで、県・市町村双方の認識のすり合わせに貢献

- データヘルス計画をツールに反映した後、市町村には健康課題と各事業の目的や実施内容等、各観点のつながりを意識してもらいたいという意図を伝えつつ、ヒアリングを進めた。
- ヒアリングの場では、「標準化ツール」を使って整理した様式を各市町村に提示し、認識のすり合わせ等議論の土台として活用した。

データ分析や標準化自体が目的とならないようコンソーシアム形式で事業を外部委託

- 外部の知見を取り入れると良い、縦割りではなく一貫して事業を支援してもらえた方が良い、等の助言を受け、「**データ分析」「市町村保健事業の整理・検証」「データヘルス計画のひな型の作成」「データヘルス計画策定等支援ツールの要件定義」「市町村職員等への技術的支援の実施」**の5つの観点で仕様を整え、プロポーザル方式で委託事業者を選定した。
 - データ分析から個別支援まで幅広く要件を含めることにより、コンソーシアム形式で事業を外部委託している。

取組の成果

共通認識の醸成に寄与

- 「標準化ツール」の活用で、各市町村の現状と課題を可視化することができた。市町村と認識を揃えて議論を行うことができています。
- ##### コンソーシアム形式での委託が市町村支援の質の向上に寄与
- 事業を縦割りにせず、**一貫して外部の知見を取り入れることができ、市町村支援の質が向上**すると感じている。

今後の方針

次期計画の策定のための標準的ひな型を作成

- **データヘルス計画の標準的な構造が分かるもの**であり、かつ作成の際の手間削減、評価指標を設定する際のガイドとして使用できるものになりたいと考えている。
- ひな型の活用で、**担当者が変わっても引き続き過去のデータヘルス計画と同様のデータ抽出ができるよう**にしたいと考えている。

3. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

長野県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康増進課、健康増進課国民健康保険室
専門職 2名（保健師 2名）、兼務で保健師2名、事務職3名

標準化の取組で保健所による市町村支援を強化

取組の ポイント

- **保健所による市町村支援を強化すべく、「標準化ツール」を活用して各市町村の現状を整理した。**
- **標準化の取組は、市町村が本当に必要とする支援を行うためのもの**であることを各市町村に伝えることで、協力を得ることができている。
- データヘルス計画を「標準化ツール」に落とし込むことで、県・保健所と市町村の議論の場において、認識をすり合わせるためのコミュニケーションツールとして活用することができる。

取組の背景

市町村支援には保健所の協力が不可欠

- 長野県には77の市町村があることから、県が個別に支援を行うことは難しいと感じていた。
- 本状況において、各圏域の保健所による市町村の支援が重要であるが、どのような支援を行うべきか悩んでいる状態であった。

取組の目的

市町村の現状を把握し、保健所が支援する内容を明らかにすること

- 「標準化ツール」を活用し、市町村のデータヘルス計画を整理し、各市町村の特徴を把握しようと考えた。
- 整理結果を保健所が参照し、個別の市町村支援に活用することを想定している。

取組内容

「標準化ツール」を活用し、保健所が市町村の現状を把握

- 長野県と圏域の保健所が一緒に管内の市町村を訪れ、標準化の取組の意図を説明し、保健所がデータヘルス計画を「標準化ツール」に転記した。
 - 令和3年度は、モデル市町村のみの取組である。県内10圏域のうち、5圏域から1市町村ずつモデル市町村を選定し、標準化の取組を行った。
- 標準化の取組は、**保健所が管内市町村の状況を把握し、市町村のニーズに沿った支援を行うために必要な取組**であることを伝えることで、市町村から協力を得ることができた。

データヘルス計画全体を評価するための参考データを提供することで、各市町村が自らの立ち位置を認識（P.18-22参照）

- **各市町村に自らの立ち位置を把握してもらうためのデータ**を提供している。
- データセットは県内77の市町村について、**100以上の指標を網羅的に並べて一覧化したもの**であり、国保連合会と協働して作成している。
- 医療費適正化推進検討会の市町村代表から、県内他市町村や二次医療圏との比較により、自市町村の立ち位置を知り、評価できるように、と要望があったことを受け、令和元年度から取り組んでいる。

個別の保健事業を評価する際の参考データを提供し、市町村の事業評価を支援

- 令和2年度からは糖尿病性腎症重症化予防事業について評価するための参考データを国保連合会と協働して作成し、市町村に提供している。
- 県内で保健事業の実施状況や健康課題が異なることから、まずは全市町村が実施する取組について参考データを提供している。（P.23-25参照）

取組の成果

標準化の取組が各市町村の現状把握に貢献

- **各市町村の保健事業の実施状況や成果を可視化**することができたため、**支援すべきポイントが明確になった。**
- 県内市町村を比較することができたことで、**市町村ごとの違いを考察する**きっかけになっている。

今後の方針

標準化の取組を浸透

- 令和3年度は5市町村が「標準化ツール」に対応した。令和4年度は全市町村の「標準化ツール」への対応を目指す。

共通の評価指標の設定を検討

- 標準化の取組ならびに市町村支援は、保健所が引き続き担うことを想定している。
- 長野県は圏域で健康課題等が異なっている。地域ごとの特性を踏まえ、共通の評価指標の設定を進めるべきか、検討を行う。 17

長野県におけるデータヘルス計画全体を評価するための参考データ（1/5）

- データヘルス計画全体を評価する際の参考データとして、以下の項目を市町村ごとに集計して提供している。

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）											
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）											
項目			保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評価 支援ツール データ元 (CSV)
			実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口			0		0		0	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
			65歳以上（高齢化率）	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			75歳以上	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			65～74歳	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			40～64歳	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			39歳以下	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
	②	産業構成	第1次産業							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			第2次産業								
			第3次産業								
	③	平均寿命	男性							厚労省HP 生命表	
			女性								
	④	健康寿命	男性							KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性								
			新 平均自立期間 (要介護2以上)	95%信頼区間		上限					KDB_NO.1 地域全体像の把握
				下限							
95%信頼区間		上限									
		下限									
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性				厚労省HP 人口動態保健所・ 市区町村別統計		
					女性						
			死 因	がん							
				心臓病							
				脳疾患							
				糖尿病							
				腎不全							
	自殺										
	②	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計						厚労省HP 人口動態調査		
			男性								
女性											

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（2/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）															
										（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）					
項目			保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評価 支援ツール データ元 (CSV)				
			実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合						
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）								KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			新規認定者												
			2号認定者												
	②	介護の 有病状況	糖尿病												
			高血圧症												
			脂質異常症												
			心臓病												
			脳疾患												
			がん												
			筋・骨格												
			精神												
			(再掲) 認知症												
	アルツハイマー病														
③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）													
		居宅サービス													
		施設サービス													
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり 認定なし												
4	①	国保の状況	被保険者数		0		0	0			KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況				
			65～74歳		#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!							
			40～64歳		#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!							
			39歳以下		#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!							
	加入率														
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数												
			診療所数												
			病床数												
			医師数												
			外来患者数												
			入院患者数												
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費												
受診率															
外 来			費用の割合												
			件数の割合												
入 院			費用の割合												
			件数の割合												
1件あたり在院日数															

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（3/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）											
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）											
項目	保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評価 支援ツール データ元 (CSV)		
	実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
	慢性腎不全（透析あり）										
	慢性腎不全（透析なし）										
	糖尿病										
	高血圧症										
	精神										
	筋・骨格										
	脂質異常症										
	脳梗塞										
	脳出血										
	狭心症										
	心筋梗塞										
	動脈硬化症										
	脂肪肝										
高尿酸血症											
4 ⑤ 費用額 (1件あたり) 入院の()内は 在院日数	入院	糖尿病		()				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
		高血圧		()							
		脂質異常症		()							
		脳血管疾患		()							
		心疾患		()							
		腎不全		()							
		精神		()							
		悪性新生物		()							
	外来	糖尿病									
		高血圧									
		脂質異常症									
		脳血管疾患									
		心疾患									
		腎不全									
精神											
悪性新生物											
⑥ 健診有無別 一人当たり 生活習慣病医療 費	健診対象者 一人当たり	健診受診者						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
		健診未受診者									
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者									
		健診未受診者									
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者						KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	医療機関受診率										
	医療機関非受診率										

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（4/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）												
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）												
項目			保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評 価支援ツール データ元 (CSV)	
			実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合			
5	①	特定健診の 状況	健診受診者									
	②		受診率									
	③		特定保健指導終了者（実施率）									
	④		非肥満高血糖									
	⑤		メタボ	該当者								
				男性								
				女性								
				予備群								
	⑥		県内順位	男性								
				女性								
	⑦	#REF!	メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	0		0		0	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	⑧				男性							
	⑨				女性							
	⑩				総数	0		0		0		
	⑪			男性								
	⑫			女性								
	⑬			血糖のみ								
	⑭			血圧のみ								
	⑮			脂質のみ								
⑯		血糖・血圧										
⑰		血糖・脂質										
⑱		血圧・脂質										
⑲		血糖・血圧・脂質										

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（5/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）										（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）	
項目	保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評 価支援ツール データ元 (CSV)		
	実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合				
6	生活習慣の 状況	服薬	①	高血圧					KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病								
			脂質異常症								
		既往歴	②	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）							
			心臓病（狭心症・心筋梗塞等）								
			腎不全								
			貧血								
		③	喫煙								
		④	週3回以上朝食を抜く								
		⑤	新	3食以外間食毎日（H30～）							
				週3回以上食後間食（～H29）							
		⑥	週3回以上就寝前夕食								
		⑦	食べる速度が速い								
		⑧	20歳時体重から10kg以上増加								
⑨	1回30分以上運動習慣なし										
⑩	1日1時間以上運動なし										
	歩行速度遅い										
⑪	睡眠不足										
⑫	毎日飲酒										
⑬	時々飲酒										
⑭	日 飲 酒 量	1合未満									
		1～2合									
		2～3合									
		3合以上									

長野県における糖尿病性腎症重症化予防事業を評価するための参考データ（1 / 3）

- 糖尿病性腎症重症化予防事業について評価する際の参考データとして、①県全体の状況を分析したデータ と ②市町村ごとに集計した糖尿病に関する健診・レセプトデータを提供している。

※②については、全年齢、40歳以上65歳未満、65歳以上75歳未満の年齢階級別に集計し、提供。

①糖尿病性腎症重症化予防の評価に関するデータ(全体版)										R2.7.22	
項目	長野県									データ元	
	H27年度		H28年度		H29年度		H30年度				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数									KDB厚労省様式 様式3-2
		(再掲)40-74歳									
2	①	特定健診	健診対象者数								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②		健診受診者数								
	③		健診受診率								
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数								特定健康診査・特定保健指導実 施状況概況報告書
	②		実施率								
4	①	健診データ	糖尿病型								特定健診結果
	②		未治療・治療中断(質問票・服薬なし)								
	③		治療中(質問票・服薬あり)								
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)								
	⑤		血圧 130/85以上								
	⑥		肥満 BMI25.0以上								
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)								
	⑧		糖尿病病期分類	尿蛋白(-)	第1期						
	⑨			(±)	第2期						
	⑩			(+)以上	第3期						
	⑪			eGFR(30未満)	第4期						
	⑫			病期分類不明者							

長野県における糖尿病性腎症重症化予防事業を評価するための参考データ（2/3）

①糖尿病性腎症重症化予防の評価に関するデータ(全体版)

R2.7.22

項目		長野県								データ元	
		H27年度		H28年度		H29年度		H30年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
5	① レセプト	糖尿病受療率 (被保険数千対)									KDB厚生労働省様式 様式3-2
	②	(再掲)40-74歳 (被保険数千対)									
	③	レセプト件数 (40-74歳) (○内は被保険数千対)	入院外(件数)								KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)								
	⑤	糖尿病治療中 (被保険者に占める割合)									KDB厚生労働省様式 様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳(40-74歳の被保険者に占める割合)									
	⑦	健診未受診者(糖尿病治療中の者に占める割合)									
	⑧	インスリン治療 (糖尿病治療中の者に占める割合)									
	⑨	(再掲)40-74歳									
	⑩	糖尿病性腎症 (糖尿病治療中の者に占める割合)									
	⑪	(再掲)40-74歳									
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中の者に占める割合)									
	⑬	(再掲)40-74歳									
	⑭	新規透析患者数									日本透析学会
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症									
	⑯	後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中の者に占める割合)									KDB厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費	総医療費					a				KDB 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題
	②	生活習慣病総医療費					b				
	③	(総医療費に占める割合)					b/a				
	④	生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者								
	⑤		健診未受診者								
	⑥	糖尿病医療費					c				
	⑦	(生活習慣病に占める割合)					c/b				
	⑧	糖尿病入院外総医療費									
	⑨	1件当たり									
	⑩	糖尿病入院総医療費									
	⑪	1件当たり									
	⑫	在院日数									
	⑬	慢性腎不全医療費									
	⑭	透析有り									
	⑮	透析なし									
7	① 介護	介護給付費									
	②	(再掲)糖尿病有所見がある介護認定者 糖尿病有病状況									
8	① 死亡	死因別死亡者数(糖尿病)								KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

長野県における糖尿病性腎症重症化予防事業を評価するための参考データ（3/3）

②糖尿病性腎症重症化予防の評価に関するデータ(健診項目等年齢階級版)

市町村計

	項目	保険者									
		H27年度		H28年度		H29年度		H30年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
40歳以上65歳未満	① 糖尿病型										
	②	糖尿病病期分類	eGFR 30以上	尿蛋白(-)	第1期						
	③			(±)	第2期						
	④			(+)以上	第3期						
	⑤		eGFR(30未満)		第4期						
	⑥		病期分類不明者(尿蛋白、クレアチニン未実施者)								
	⑦		HbA1c	6.5%未満							
	⑧	6.5%~7.0%未満									
	⑨	7.0%~8.0%未満									
	⑩	8.0%以上									
	⑪	血压	正常血压、正常高値血压(130/80mmHg未満)								
	⑫		高値血压(130/80mmHg~140/90mmHg未満)								
	⑬		高血压(140/90mmHg以上)								
	⑭	レセプト	糖尿病受診者(被保数千人対)								
	⑮		新規透析患者数								

3. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

静岡県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康福祉部健康局国民健康保険課
事務職 5名、専門職 1名（保健師 1名）

「保健事業カルテ」を活用し、個別の保健事業のPDCAサイクルの考えを定着

取組の ポイント

- 静岡県では、令和2年度までにデータヘルス計画の構造化ならびに共通の評価指標の設定を終えている。そのため、各市町が保健事業を効果的に行い、実際に健康課題を改善してもらうという、次のステップを迎えている。
- **個別の保健事業の実効性を高めるためには、PDCAサイクルを回すことが必要**である。「保健事業カルテ」という形で、全ての市町がPDCAサイクルに沿った保健事業の実施を検討する際のひな型を提供し、保健事業の底上げに努めている。

取組の背景

同一の健康課題に対して、同一の事業を実施している場合においても、市町ごとの進捗の差を認識

- 令和2年度までにデータヘルス計画の構造化ならびに共通の評価指標の設定を終え、地域を横並びで比較することが可能になっていた。
- 同一の健康課題に対し、同じ打ち手を採用している場合でも、市町の間で進捗が異なっていることから、保健事業の実施効果を高める必要があった。

取組の目的

各市町に個別の保健事業のPDCAサイクルを回すという考えを定着させること

- 保健事業の実施効率を高めるためには、現在実施している取組の問題点や効果を把握し、PDCAサイクルを回す必要があった。そのため正しくPDCAサイクルを回してもらうための仕組みが必要であると考えた。

取組内容

全市町に個別の保健事業のPDCAサイクルの考えを定着させるため、市町が実施している保健事業を対象とした「保健事業カルテ」の作成を開始

- 令和3年度においては、次期計画の策定に向けて、個々の保健事業がPDCAサイクルに沿って適切に行われているか確認するため、「保健事業カルテ」を作成している。（P.29参照）
 - 「保健事業カルテ」には、**保健事業の評価指標のほか、事業の目的、事業対象者、実施体制、実施方法を記載**している。毎年度各観点を更新することで、PDCAサイクルを回すことを意識している。
- 県内7市町が「保健事業カルテ」の取組に参加し、特定健診、特定保健指導、各市町が任意に選択した保健事業（ジェネリックや糖尿病性腎症重症化予防等）の3つの事業について、カルテの作成を進めている。
 - 令和3年度においては、将来的に全市町にPDCAサイクルの考えを定着させるべく、全市町が実施している特定健診受診率向上のための取組、特定保健指導実施率向上のための取組をターゲットとしている。

研修会を通じて各市町が自発的に保健事業のPDCAサイクルを回す体制を構築

- 「保健事業カルテ」の取組を開始するにあたっては、東京大学の支援の下、研修会を開き、「保健事業カルテ」の取組を進める7市町に意見交換をもらった。
 - 研修会では「保健事業カルテ」を用いて、市町における個別の保健事業の方法や体制の見直しを行い、保健事業のPDCAサイクルを回す支援を行った。
- 県内全市町を対象に、令和3年度の取組の成果報告会として、「保健事業カルテ」の報告会を開き、「保健事業カルテ」の考え方等、横展開できるように進めてきた。

取組の成果

次期データヘルス計画を策定する基盤固めに貢献

- 市町からは、「**事業の実施方法を見直すきっかけとなった**」、「**目標設定の考え方を見直すきっかけとなった**」、といった声をいただいている。
- 県としては、市町が各事業でPDCAサイクルを回すことで、将来的な医療費削減等につながることを想定している。

今後の方針

保健事業カルテを普及させ、全市町がPDCAサイクルを回す体制を築く

- 令和4年度以降は、より多くの市町にも保健事業カルテを活用してもらいたいと考えている。
- **自発的に活用**してもらえるよう啓発する予定であるが、進捗が悪い市町があることは認識している。そのような場合は、底上げ支援を行う予定である。

静岡県におけるデータヘルス計画の標準化の取組

- 静岡県は、全国に先駆けて平成30年度からデータヘルス計画の標準化に取り組んでいる。

今後の取組

保健事業カルテの浸透

- 令和3年度に実施した7市町以外に保健事業カルテを導入する予定である。
- 基本的には市町に主体的にカルテの作成をお願いする形である。
- 人材や地域の状況の兼ね合いで進捗が滞る場合には、県として支援を行う予定である。

令和3年度の取組

保健事業カルテの作成

- 個別の保健事業のPDCAサイクルを回すことを目的に、保健事業カルテの取組に着手した。
- 7市町が参加し、特定健診や個別の保健事業等についてカルテを作成した。(P.29参照)

令和2年度の取組

共通の評価指標の設定

- 各市町のデータヘルス計画を構造化した結果、データヘルス計画の評価指標の設定状況に差異があることが分かった。
- 県として共通の評価指標の一覧を作成し、各市町が必要に応じて一覧に記載された評価指標を活用している。(P.28参照)

平成30年度 令和元年度の取組

データヘルス計画の構造化

- 東京大学の支援の下、「標準化ツール」を用いて、県内35の市町について、同じ視点で目標やKPIを見つめ直す支援を行った。
- 県内の現状・課題を俯瞰することができた。

静岡県における共通の評価指標

- 共通の評価指標として、以下の項目を設定している。
- **共通指標として各市町に提示しているものの、使用の有無は各市町に委ねている。**

事業分類	目標	評価指標		単位	評価指標を踏まえた工夫・改善の方向性（例）	算出方法	データ	算出に用いるデータの年度	カテゴリ区分 ※1、※2
—	健康寿命の延伸	アウトカム	平均自立期間	年	一体的実施を意識した保健事業の見直し	(KDBを参照)	KDB	2年度前までの実績	—
特定健診	受診者の健康状況の維持	アウトカム	内臓脂肪症候群の該当者の割合	%	受診者の意識啓発につながる健診結果の説明・返し方	特定健診受診者における内臓脂肪症候群該当者数（人）/特定健康診査受診者数（人）	法定報告	今年度実績	性・年齢階級別
	受診者の健康状況の維持	アウトカム	内臓脂肪症候群の該当者の減少率	%	特定健診受診当日の面談実施などの特定保健指導との連携	今年度以内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなかった者の数（人）/昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数（人）	法定報告	昨年度および今年度実績	性・年齢階級別
	受診者の健康状況の維持	アウトカム	高血圧症の該当者の割合	%	地域の健康課題を意識した保健事業の見直し	高血圧症の該当者数（人） /今年度の特定健診受診者数（人） ※高血圧症の該当者数：Ⅰ度高血圧（収縮期血圧140～159mmHg以上または拡張期血圧90～99mmHg以上）以上の者	KDB	今年度実績	性・年齢階級別
	対象者への実施	アウトプット	健診受診率	%	受診勧奨の方法・体制の工夫	特定健康診査受診者数（人） /特定健康診査対象者数（人）	法定報告	今年度実績	性・年齢階級別
特定保健指導	参加者の健康状況の改善	アウトカム	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	%	プログラムの改善	昨年度の特定保健指導利用者の今年度健診で特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人） /昨年度の特定保健指導の利用者数（人）	法定報告	昨年度および今年度実績	性・年齢階級別
	対象者への実施	アウトプット	特定保健指導の終了者の割合	%	特定保健指導の参加勧奨方法、対象者が参加しやすいアプローチ方法への見直し	今年度の特定保健指導終了者数（人） /今年度の特定保健指導対象者数（人）	法定報告	今年度実績	動機付け支援・積極的支援別、性・年齢階級別

※1 年齢階級：40～44歳、45～49歳、50～54歳、55～59歳、60～64歳、65～69歳、70～74歳

※2 平均自立期間以外の指標については、カテゴリ区分別の値と共に、総数の値、年齢調整した値（直接法による）を示す。

「保健事業カルテ」ひな型

- 「保健事業カルテ」として、以下のひな型を用いて保健事業ごとに評価指標・実績・手段・目的などを記載している。

保健事業カルテ	
事業名	
対応する健康課題	保健事業カルテの左側は、既に策定されている「データヘルス計画」から転記してください。追加事項があれば補足して構いません。
対象者	
事業目標	

背景	健康課題の分析結果、これまでの事業の経緯や課題など、この事業の背景を記入してください。
----	---

どのような意図で方法や体制の工夫を行ったかを記入します。良かった点や苦労した点なども記載してください。

	指標No.	評価指標	目標値					実績値							
			2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	
(成果を測る指標)	基本														
	1		データヘルス計画、昨年度作成の整理表などを												
	2														

	対応指標No.	対象	方法	体制	ねらい
2021年度の方法・体制	-	-			-
アウトカムを上げる方法・体制の工夫			工夫が、どの評価指標の改善につなげるためか、対応する指標Noを記入します。対応する指標は複数になっても構いません		
				特にアウトカムを上げるために、工夫した点、工夫した理由などを記入します。	

抽出された工夫が、どのような効果を狙った工夫なのか、下記記号を選択します。
 a)対象者の理解促進
 b)対象者の行動変容
 c)プログラムの質の向上
 d)その他

	指標No.	評価指標	目標値					実績値							
			2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	
(実施率を測る指標)	基本														
	1		データヘルス計画、昨年度作成の整理表などを												
	2														

	対応指標No.	対象	方法	体制	ねらい
2021年度の方法・体制	-	-			-
アウトプットを上げる方法・体制の工夫			工夫が、どの評価指標の改善につなげるためか、対応する指標Noを記入します。対応する指標は複数になっても構いません		
				特にアウトプットを上げるために、工夫した点、工夫した理由などを記入します。	

抽出された工夫が、どのような効果を狙った工夫なのか、下記記号を選択します。
 a)業務の効率化による実施量のアップ
 b)参加しやすい環境づくり
 c)対象者の理解促進
 d)対象者へのインセンティブ付与

3. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

滋賀県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康医療福祉部医療保険課
事務職 5名、専門職 2名（保健師 2名）

県版データヘルス計画の策定と共通の評価指標・目標値の導入で、市町が自らの立ち位置を把握できる環境を整備

取組の ポイント

- 市町と一体となって保健事業に取り組むべく、県版データヘルス計画を策定した。
- 東京大学の「標準化ツール」は活用しておらず、県版データヘルス計画に基づき、県独自に共通の評価指標・目標値を設定した。
- 各市町が評価を行うにあたって必要なデータは、国保連合会から提供している。
- 各市町は、県版データヘルス計画と国保連合会から提供されたデータを確認することで、自らの立ち位置を把握することができる。

取組の背景

市町からの支援要請を受け、支援の有り方を検討

- 平成30年度から都道府県も国保の保険者となったことを受け、県と市町が一体となって保健事業を推進する必要があった。
- 保健事業を推進するにあたり、市町から県に対して全面的に支援してほしいとの要望があった。

取組の目的

各市町が他の市町との実績比較をできるようにすること、ならびに各市町の現状を可視化して、県として支援すべきポイントを明らかにすること

- 市町と一体となって保健事業を進めるにあたり、ターゲットを絞って取り組むべきポイントを明らかにする必要があったと考えた。

取組内容

県版データヘルス計画を策定し、県が市町と一体となって保健事業を実施

- 県が市町とともに国保の運営を担う保険者に位置づけられたことから、県が責任を持って市町とともに保健事業を推進することを目的として、平成30年に滋賀県データヘルス計画を策定した。
- 県版のデータヘルス計画を策定し、市町と共通の目標項目を設定したことで、県内市町の現状を俯瞰し、必要な対策や支援につなげやすいと感じている。

各市町共通の評価指標と数値目標を設定することで、市町の進捗・支援すべき取組を可視化

- 県として市町を支援するにあたり、共通の評価指標として、以下の4つを設定し、各市町の実績比較を可能とした。（P.31参照）
 - ① 特定健診受診率、② 情報提供実施率、③ 特定保健指導実施率、④ 受診勧奨判定値以上の者の医療機関への受診率
- 共通の評価指標については、目標値まで共通化したことで、より進捗がわかりやすくなった。
 - 市町の現状を考慮し、最低限超えるべき値を目標値として設定している。

必要な取組であることを示しつつ、各市町の負担を減らすことで協力を獲得

- 市町の協力を得るため、共通の評価指標と目標値の設定が、保健事業を行うにあたり必要な取組であることを訴えている。
- 共通の評価指標と目標値により評価を行うため、毎年度、国保連合会が評価指標に関わる統計データを市町に提供している。
 - 国保連合会が必要なデータを提供することで、標準化に伴う市町の作業負担を減らすことができている。

取組の成果

標準化の取組で各市町の現状が可視化

- 共通の目標値を設定したことで、各市町の進捗等の差が明らかになった。
- 経年推移の状況が確認できるため、県として評価を行いやすいと感じている。

県・市町の一体感の醸成に貢献

- 共通の目標値を設定することで、県と市町が両輪で取組を進めることができる、との好意的なコメントがある。
- 市町ごとに状況が異なるため、目標値を共通化することの是非はあるものの、本メリットの方が大きいと考え、市町に協力を求めている。

今後の方針

各市町の底上げにつながったか等、標準化の効果検証を検討

- 次期計画を策定するにあたって、必要な取組であると認識している。
- 効果検証を踏まえ、次期計画の策定時の目標設定を行う。

滋賀県における共通の評価指標と目標値

- 滋賀県では、共通の評価指標・目標値として、以下の項目を設定している。

目標項目	現状値 (H27年度)	目標値 (H35年度)	備考
(1) 特定健診受診率 (の向上)			
特定健診受診率	38.2%	60%以上	特定健診等基本指針による。法定報告値
継続受診割合	71.2%	75%以上	前年度健診受診者のうち今年度の健診受診者割合 (2年連続受診)
新規受診者割合	17.5%	19%以上	過去5年間で当該年度に初めて健診受診した者の割合
3年連続未受診者割合	45.3%	40%以下	過去3年間特定健診対象者で健診未受診者の割合
40歳代の健診受診率	19.1%	19%以上	法定報告値
50歳代の健診受診率	26.4%	28.5%以上	法定報告値
特定健診未受診かつ医療機関受診無し者の割合	36.0%	35%以下	特定健診未受診者のうちKDB帳票6-10のGの割合
(2) 情報提供実施率			
情報提供実施率	100%	100%	健診受診者へ情報提供実施率
(3) 特定保健指導実施率 (の向上)			
特定保健指導実施 (終了) 率	30.8%	60%以上	法定報告値
(4) 受診勧奨判定値以上の者の医療機関への受診率			
受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率	17市町で実施 24.4%	19市町で実施 60%以上	
上記のうち、別に定めるハイリスク者の医療機関受診率	19市町で実施 41.8%	勧奨・再勧奨実施 100% 医療機関受診率 80%以上	健診受診後、医療機関に受診した者の割合 (継続受診が不要な場合を含む)

3. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

大分県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健部国保医療課
事務職 0名
専門職 3名（正規保健師 1名、非正規保健師 1名、看護師 1名）

標準化の取組で市町村が抱える保健事業の評価に係る課題を解決

取組の ポイント

- 保健事業を正しく評価する方法がわからない等、市町村が抱える課題解決のため、標準化に取り組んだ。
- 標準化の取組を進めるにあたっては、保健事業作業部会を活用し、標準化の意義を伝えつつ、市町村の課題の一つひとつ回答した。
- 標準化に取り組むことで、市町村を俯瞰することができるようになり、進捗状況がわかりやすくなったと感じている。また、市町村からも好意的な反応をもらっている。

取組の背景

県、市町村、国保連合会の連携体制の中で、市町村の課題を把握

- 大分県では、保健事業作業部会、医療費適正化作業部会、財政運営・広域化等作業部会の3つの部会をそれぞれ年間4回程度開催しており、**作業部会には全市町村の担当者が参加**している。
- **作業部会等を通じて、「保健事業等の適切な評価方法がわからない」等の声があることを把握**していた。

取組の目的

データヘルス計画の中間評価を行う市町村の支援を行うこと

- 各市町村が自らの立ち位置を把握して、効率的に中間評価を行えるよう、東京大学のプログラムに参加し、標準化の取組を進めることとした。

取組内容

保健事業作業部会で、各市町村が抱える保健事業の評価に係る課題を解決する手段として、標準化の取組を紹介

- 各市町村が抱える課題解決のため、「標準化ツール」を活用し、市町村が正しく保健事業の評価を行える環境を整備しようと考えた。
- 作業部会を通じて、標準化の取組が課題解決につながることを示し、データヘルス計画を「標準化ツール」に転記してもらった。
 - 作業部会では、各市町村から標準化に係る課題を共有してもらい、課題に応じて対案を提示する形をとっている。
 - 作業部会以外では、随時メールや電話で市町村からの質問を受けている。
 - **新たな計画を作成することは、市町村担当者に負担が大きいため、中間評価の機会を活用**することとした。
- 取組を行う際には効率的で効果的な保健事業の実施を念頭において進めた。
 - 人員不足を補うための効率化、市町村の負担軽減も見据えて標準化の取組を進めている。

モデル市を選び、効果的な保健事業を抽出し各市町村に情報提供

- 令和3年度においては、モデル市において、効果的な保健事業の抽出に取り組んでいる。
 - 県や国保連合会が市町村を支援していく際にどのような視点が必要になるのかを学ぶ位置づけとして、東京大学とモデル市を指定している。
- 標準化が進んだ結果としての効果的な保健事業の抽出ではなく、別軸として効果的な保健事業を抽出し、横展開するという取組を行っている。
 - アウトカム指標の向上につながる工夫点や事業の対象者とその取組が先進的であるか、等の観点を東京大学とともに確認している。

取組の成果

市町村の俯瞰に貢献

- 記載事項が統一されていることで、各市町村の進捗状況が見えるようになった。

市町村の取組の効率化に貢献

- 市町村担当者からは、「庁内関係者間で課題や取組内容を共有しやすい」「標準化した計画等を活用することで、外部専門家に説明しやすくなった」等のコメントをもらっている。

今後の方針

共通の評価指標の設定を検討

- 全ての市町村が取り組む事業、かつKDBから取得できる指標であれば、共通の評価指標を設定することが可能と考えている。

計画書様式等の統一を検討

- 市町村ごとに計画の記載内容が異なっている。次期データヘルス計画の策定に向けて、どこまで統一するかを含め検討予定である。

3. 都道府県の取組事例

国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析

福井県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康福祉部健康政策課
事務職 1名 ※兼務
専門職 2名（保健師 1名、管理栄養士 1名） ※兼務

国保連合会の従来の取組を尊重しつつ、県の方向性を示すことで、国保連合会と協働・連携した取組を実現

取組の ポイント

- 県内市町に保健事業を行う際の参考データとして活用してもらうべく、**国保ヘルスアップ支援事業の予算**を用いて国保連合会と協働・連携してデータ分析を行った。
- **国保連合会の従来の取組を活かしつつ、県として目指す方向性を示した**ことで、スムーズに事業を進めることができた。
- データ分析の結果として、各種統計データおよびデータから将来予測を行った分析結果を市町ごとにまとめ、冊子として市町に提供している。

取組の背景

国保連合会が市町の支援を行っている中で、**県としての支援の方向性を模索**

- 国保連合会では従来、「標準データセット」として市町ごとに統計データを集計したものを冊子として作成、展開していた。
- 県としては、市町の実態を把握しきれておらず、市町支援の形を明示できていない状態であった。
- その中で、令和2年度に国保ヘルスアップ支援事業の予算が拡充されたことから、国保連合会と協働・連携したデータ分析の検討を開始した。

取組の目的

市町が**地域の実態等を正確に把握し、効果的に保健事業を行うことを支援すること**

- 従来の国保連合会の支援を活かしつつ、県の役割を踏まえることで、より一層の市町支援ができると考えた。

取組内容

国保連合会の従来の取組を尊重しつつ、**県は事業の方向性を明示**

- 従来、福井県として大規模なデータ分析を行ったことがなかった。市町の実態を把握し、適切な支援を行うためにも、データ分析を行う必要があると考えていた。
- 福井県では、従来、各市町に対して国保連合会が「標準データセット」を提供していた。本取組に対して、県が強みとする中長期的・俯瞰的な視点を提供することで、従来の国保連合会の取組が、より市町にとってメリットのあるものになるのではないかと考え、協働・連携の提案を行った。
 - 提案した取組が**市町支援の強化につながる**こと、また、**国保連合会の従来の取組の延長線上にある**ことから快諾いただけた。
- 実際の分析等に関しては国保連合会が行い、県はスケジュール管理や必要な資料の更新等、検討を進めるにあたって必要な設計・事務作業を担った。

【分析の実際】国保連合会が作成していた市町ごとの「標準データセット」を詳細化し、「健康寿命を延ばす生活習慣分析事業 報告書」を作成

- 標準データセットの取組は、KDBシステムから抽出した基本情報を市町ごとに冊子にまとめ、各市町に提供するというものであった。
 - 標準データセットは、「医療費の経年分析」や「疾病別医療費」、「保健指導実施による効果分析」等を示すものであった。
- 令和2年度に行った分析は、過去の分析結果から将来を予測するものであり、従来とは別の切り口のものであった。
 - 過去5年間のデータを基に、1年目に年間の医療費と介護費の合計額が100万円を超えていなかった人が、2～5年目に超えてしまった場合、その背景（1年目）として、どのような健康課題を持っていたのかを分析している。
 - 過去のデータを踏まえ、将来的に医療費等を圧迫する健康課題が何かを分析する形である。

取組の成果

分析結果報告書が市町の取組の**根拠づけに貢献**

- 市町からは「データヘルス計画策定時に分析結果を活用したい」「既存事業の取組の根拠ができて良かった」「地区の健康教室で示したい」等、分析結果に対して好意的な反応が返ってきている。

国保連合会と協働・連携することで**本質的な市町支援が可能**

- **国保連合会は市町の保健事業への助言等、個別の市町支援を得意としており、県は中長期的・俯瞰的な視点での支援が得意**である。
- お互いの利点を活かすことで、本質的な市町支援ができたと感じている。

今後の方針

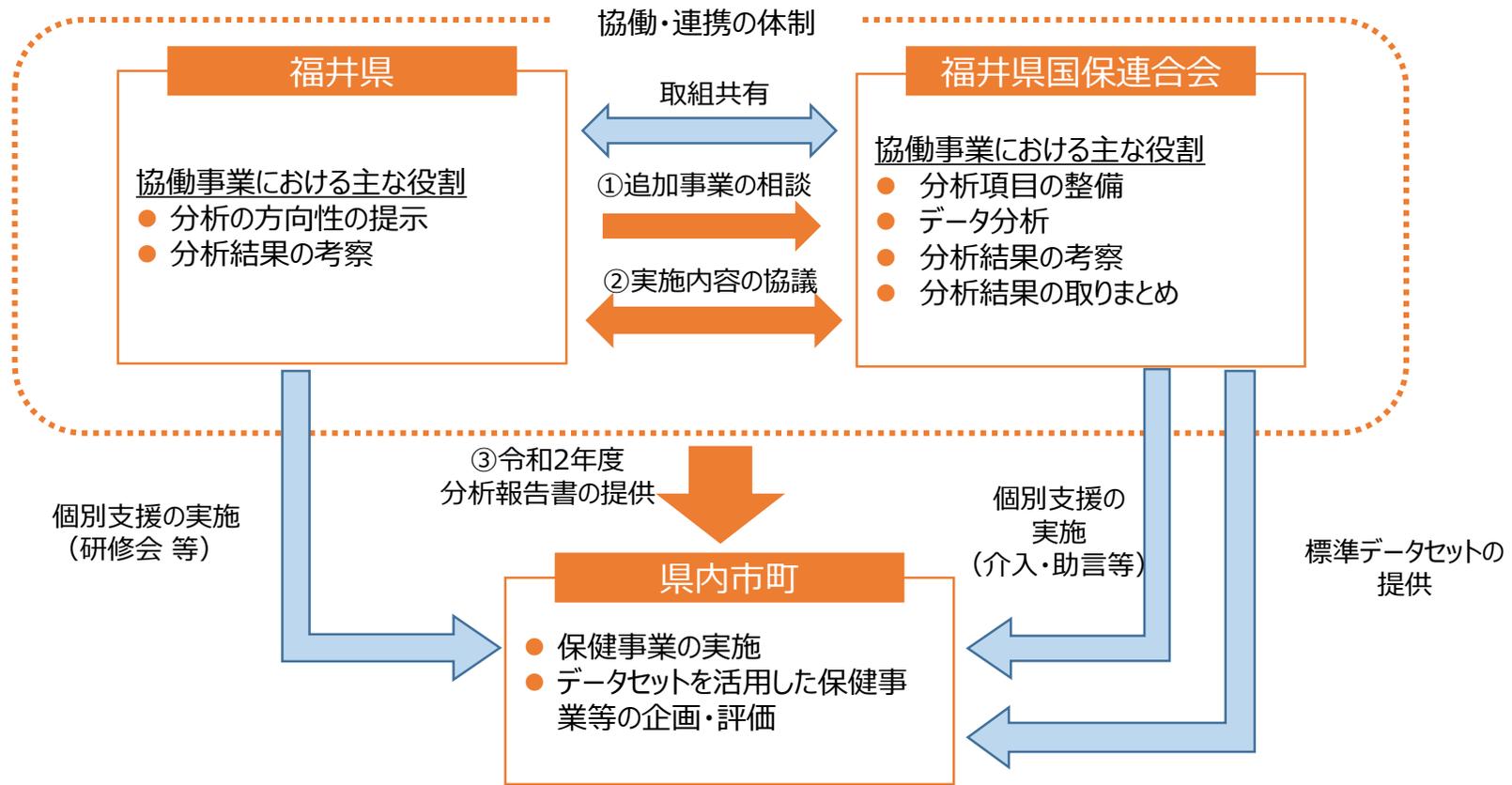
同取組を継続して実施

- 次年度以降も継続して、国保連合会と協働・連携して同様の取組を行う予定である。

福井県における国保連合会と協働・連携したデータ分析

- 国保連合会がこれまで単独で行っていた市町支援のためのデータ分析に、県の強みである中長期的・俯瞰的な視点での分析を加味する形で、令和2年度から県と国保連合会が協働・連携したデータ分析を開始。
- 令和2年度は、「健康寿命を延ばす生活習慣病分析事業 報告書」を作成し、各市町に提供した。
- 本報告書は、従来の標準データセット（医療費の経年分析、疾病別医療費、保健指導の実施による効果分析 等）に加え、県の視点による将来予測の分析結果を報告したものである。

凡例：従来の取組  , 令和2年度から追加された取組 



3. 都道府県の取組事例

医療費適正化に向けた取組

山梨県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健部国保課
事務職 7名、専門職 1名（保健師 1名）

医療費格差と地域特性との関連を整理し、地域特性を考慮した事業の実施を促進

取組の ポイント

- 医療費適正化の取組を効果的に進めるために、**レセプト・健診データと、各市町村の統計データを組み合わせ分析**することで、**医療費格差がどのような地域特性から生じているかを整理**にした。
- 市町村へのヒアリングの実施に加えて、日頃から複数の市町村と関わり、各市町村の地域特性を把握している**国保連合会、保健所、外部有識者等から意見を収集することで、仮説を立てた上で分析**を実施することができた。

取組の背景

各市町村が効果的に保健事業等を立案・実施するためには、**地域特性を考慮することが必要**

- 令和2年度都道府県国保ヘルスアップ支援事業の中で市町村ヒアリングを実施したことで、市町村が保健事業等を立案・実施する上での課題を把握できていた。
- 医療費が高い市町村は固定化している傾向にあり、県としては、地域特性を踏まえた要因分析が必要であると考えた。また、各市町村が自らの地域特性を理解した上で事業内容を検討していくことを支援する必要があると感じていた。

取組の目的

市町村間の医療費格差の要因を明らかにするとともに、**医療費と各市町村の地域特性の関連性を整理すること**

- 医療費と関連が深いと考えられる地域特性を整理し、各市町村において地域特性を考慮しながら事業を検討・実施してもらうことを目的として実施した。

取組内容

レセプト・健診データと各種統計データを組み合わせ分析を実施し、医療費と関連が深いと考えられる地域特性を整理

- 一人当たり医療費や医療圏を考慮し選定した9市町村（9市町村の中には、医療費の高い市町村と低い市町村が入っている）にモデル市町村として参加してもらい、過去5年分のレセプト・健診データの集計結果と、各市町村の「がん精密検査の受診率」、「食生活改善推進委員会数」等のデータや、e-stat等から収集した医療費との関連が考えられるデータを組み合わせ医療費との相関分析を行い、医療費や健診結果等と関連が深いと考えられる指標を絞り込んだ。
- モデル9市町村に各2回ヒアリングを行い、各市町村の医療費や健診結果等の背景にある地域特性について確認した。ヒアリングにあたっては、データから見える市町村の特徴（第1次産業就業者比率が9市町村中で最も高い等）を示しながら、医療費との関連性を一緒になって考える形となった。
- 分析・ヒアリング結果を、関係図として整理した。（P.36参照）

国保連合会、保健所、有識者等から意見を収集しながら分析を実施

- 国保連合会や保健所から意見を収集しながら、医療費と地域特性との関連性の整理を進めた。他の市町村との比較により対象市町村の地域特性を見出すにあたって、日頃から複数の市町村の状況を見ている立場からの意見は、とても有益であった。
- 各市町村の地域特性をよく把握している地元山梨大学の社会医学講座の先生から助言を受けながら取組を進めた。

取組の成果

各市町村において**地域特性を踏まえた事業設計が可能に**

- 各市町村の医療費と関連が深い地域特性を整理し、情報提供することで、市町村が事業を検討する際に、地域特性を考慮した検討を行うことができる。

医師会等の地域関係者との協働を進める足掛かりとして貢献

- 市町村の担当者からは、本取組の関係図を使って医師会等とコミュニケーションを取っていききたいとの声が聞かれている。

今後の方針

県内市町村共通の評価指標の検討にあたっての活用

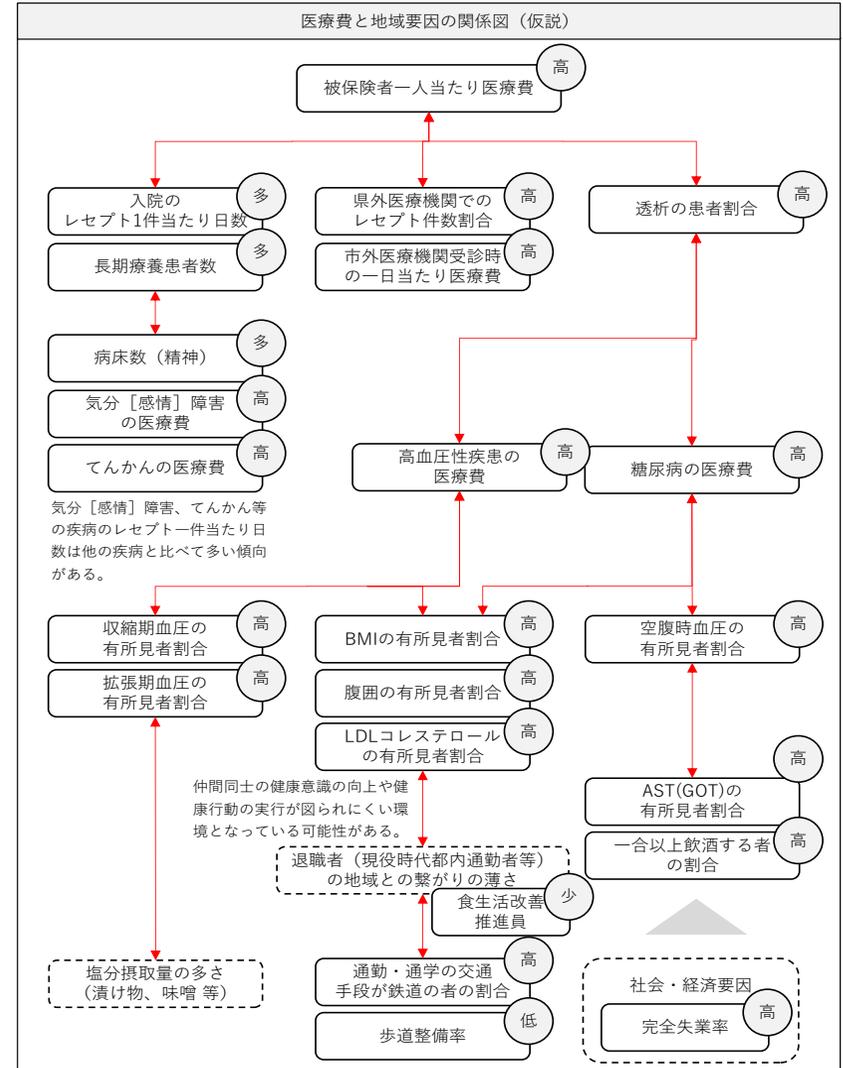
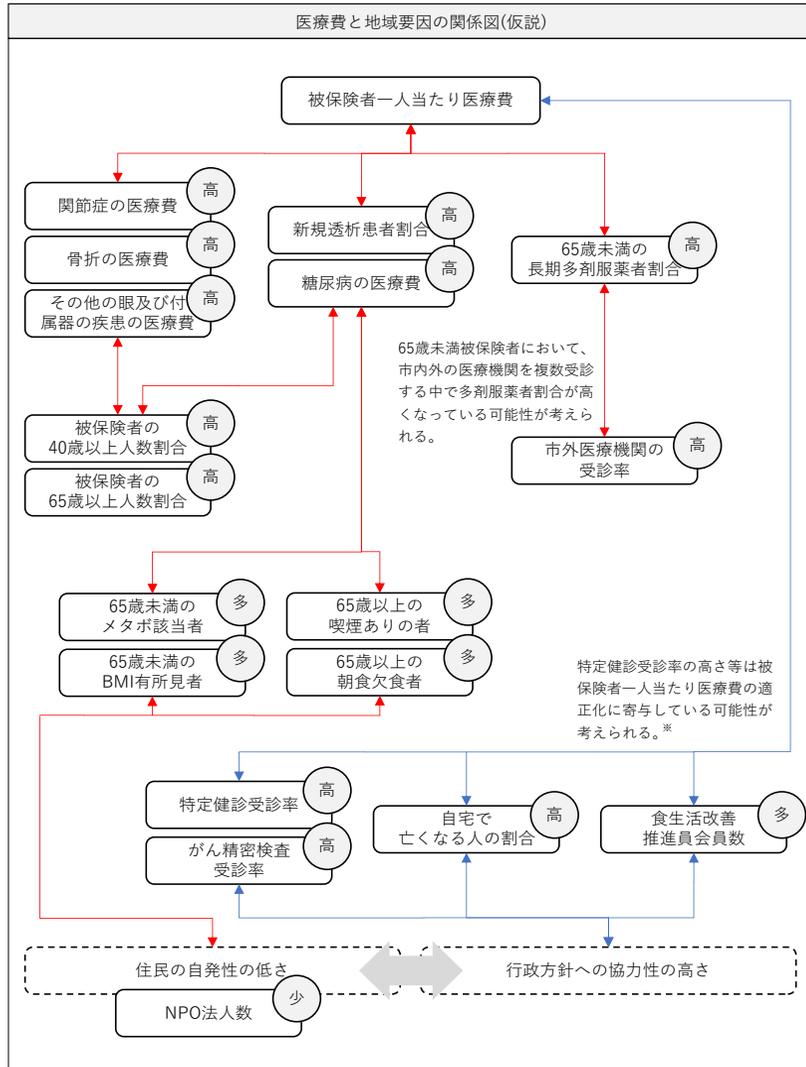
- 本取組を通じて市町村間の医療費格差の要因についての考察が深まったため、令和4年度に実施予定の共通の評価指標の検討において分析結果等を活用していく。

医療費と地域特性の関係図

● 各市町村の医療費と地域特性との関係図を仮説として整理した。(以下は、2市町村の関係図)

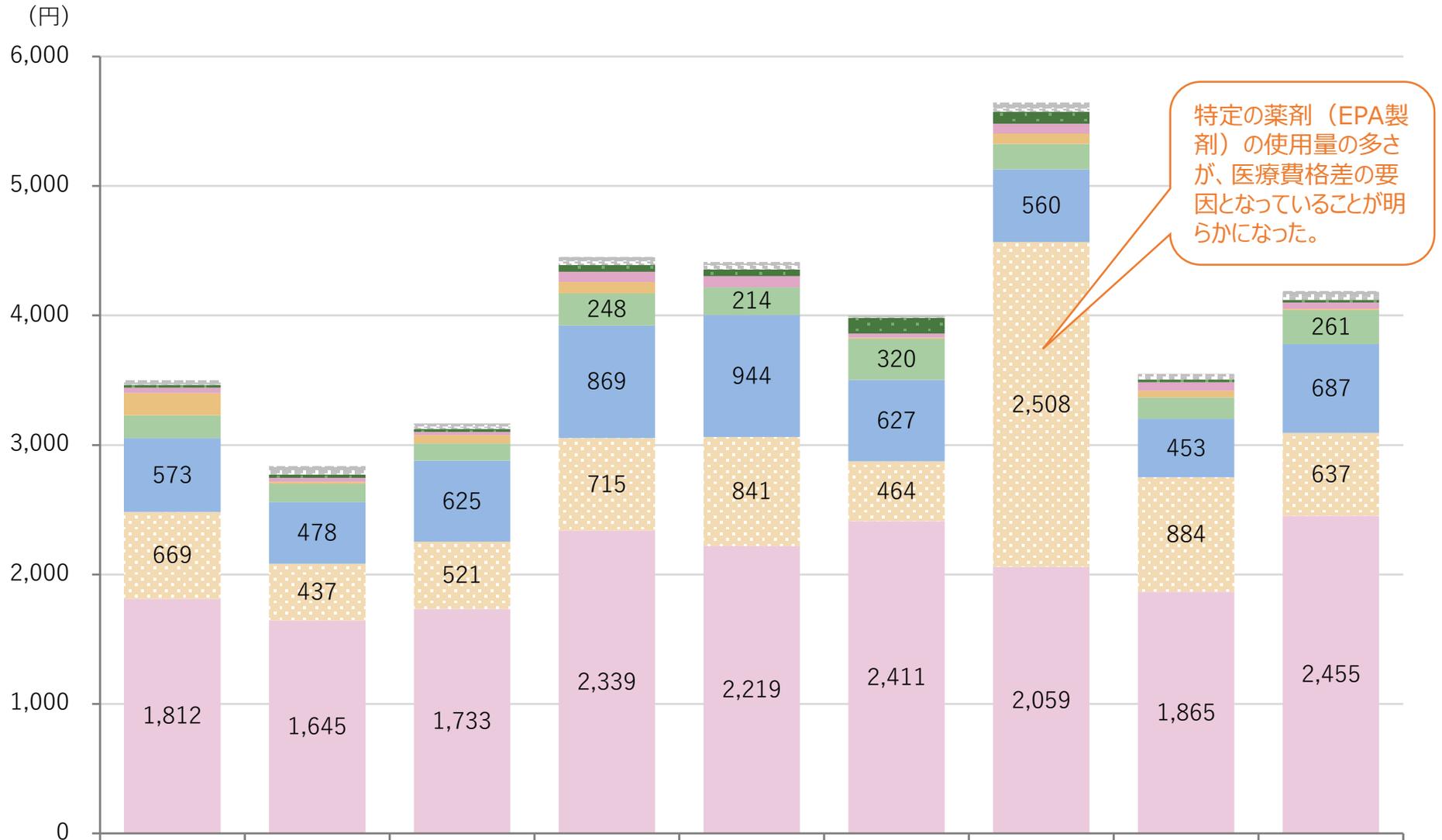
→ 医療費増加に影響していると考えられる
→ 医療費抑制に影響していると考えられる
→ その他の関連が考えられる

→ 医療費増加に影響していると考えられる
→ 医療費抑制に影響していると考えられる
→ その他の関連が考えられる



市町村間の医療費格差要因の考察

- 市町村間の医療費格差要因を考察した。（以下は、脂質異常症の被保険者一人当たり薬剤費の9市町間比較）



特定の薬剤（EPA製剤）の使用量の多さが、医療費格差の要因となっていることが明らかになった。

3. 都道府県の取組事例

その他の取組

徳島県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：保健福祉部国保・自立支援課
事務職 5名、専門職 1名（保健師 1名）

保健事業医療・介護連携システム「つなまる」を全市町村に整備し、市町村の業務の効率化に貢献

取組の ポイント

- 国保と後期高齢者医療の健診・医療・介護情報に関する各種システムから、市町村の保健指導で必要となるデータを集約し、同一被保険者情報を紐付け、個人の健康状態や地域の健康実態を可視化するシステム（保健事業医療・介護連携システム。以下「つなまる」という。）を令和3年3月に整備した。
- 令和3年8月からは、市町村と国保連合会とを結び保険者支援情報ネットワーク内に構築。現場の声や操作性を確認しながら、現在も機能改善・機能追加を進めている。
- 随時データの更新を可能としたことで、被保険者や医療・介護関係者との情報共有に、また保健指導対象者の抽出にタイムリーに利用可能となった。

取組の背景

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組の後押しには、市町村保有の健診・医療・介護情報を活用するシステムが必要

- 従来、「一人の被保険者情報を集めるには、複数の手順を踏むため、とにかく手間がかかる。複数人いればなおのこと。簡単にできる方法はないか」と市町村から県に相談が挙がっていた。
- 一体的実施の取組が順次開始される中、新型コロナウイルス感染症拡大への対応で、全ての市町村でマンパワー不足が顕著となり、保健指導や保健事業に費やせる時間と労力が制限されることとなった。

取組の目的

人でないといけない業務に注力してもらうための環境整備を進める

- 市町村のマンパワー不足を補うには、データ分析に係る業務の効率化が必要。

取組内容

システム開発の経緯

- 開発、機能改善等は、都道府県国保ヘルスアップ支援事業として実施。
- 令和元年度は、国保被保険者の生活習慣病重症化予防の保健指導対象者抽出ツールを作成。令和2年度には、対象を国保から後期高齢者医療の被保険者まで拡げ、介護・フレイル予防対象者も抽出できる新たなツールを作成。
- また、令和2年からは、対象者抽出の過程で作成する、国保・後期高齢者医療の健診・医療・介護情報のデータベースから、個人の経年表作成や、地域の健康実態の把握に活用できるよう、機能拡充に努めている。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組推進に活用

- 「つなまる」は、KDBシステムを補完するシステムとして開発。（KDBシステムに特定健診等データ管理システム、国保総合システム、後期高齢者医療請求支払システムを連携させて整備）。
- 個人情報の保存期間を、KDBシステムの5年分から、最長10年分に延長。
- 国保から後期高齢者医療へと医療保険が変更しても、同一被保険者として特定健診結果や医療機関への受診状況等を連続して管理。

市町村の実情に応じた保健指導が行えるようシステムを機能拡充

- 特定健診・保健指導、医療保険、介護保険のそれぞれに関連する条件を設定することで、条件に応じた被保険者の抽出ができる。
- 頻繁に使用する抽出条件の保存で、効率的な抽出を可能とする一方、国指定や県統一の抽出条件も保存できるものとした。

取組の効果

保健事業担当者の手間削減に貢献

- 「つなまる」を通じて保健指導に必要なデータを集約して参照することが可能となり、また保健指導結果を書き込むことで、データの一元管理が可能となった。
- 国保から後期高齢者医療へと蓄積されたデータを基に、生涯を通じた保健事業を効果的・効率的に実施することで、医療費適正化の推進につながる。

今後の方針

全市町村での利用が目標。

- 市町村からの要望や利用状況を精査しながら、今後のシステム改修を進める。

地域比較から見えてきた地域の健康課題について、県の関係部署と共有し、保健事業の実施に活用する。

保健事業医療・介護連携システム「つながる」の概要

システムの概要

一つのシステムから被保険者の複数データの把握が可能

- KDBシステム、特定健診等データ管理システム、国保総合システム、後期高齢者医療請求支払システムから「つながるに」データを連携しているため、一つのシステムから被保険者の情報が集約できる。

【機能紹介①】

被保険者ごとの詳細データ管理

被保険者単位でデータ集約されており、以下の確認が可能

- 属性情報（氏名、性別、年齢等）
- 健康情報（特定健診結果、医療・介護費、傷病名、検査、服薬情報等）
- 保健指導実施状況（保健指導の記録等）
- 保健事業評価（糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療、コントロール状況、値の経年）

【機能紹介②】

条件設定による対象者抽出

- 特定健診、保健指導、医療、介護情報等、保健指導の優先順位や保健指導に向かうための条件を設定することで、被保険者を抽出できる。（右図参照）
- 抽出した対象者の情報はExcel, CSVで出力することが可能。

画面・帳票

GFR区分 ($\text{mL}/1.73\text{m}^2$)	原疾患	糖尿病 または高血糖 など	原疾患区分		
			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
G1 正常 または高血糖 軽度低下	90以上	正常	A1	A2	A3
G2	60~90 未満	(-)	(+)	(+)	(+)
G3a	軽度~ 中等度低下	45~60 未満	■ 専門医	■ 専門医	■ 専門医
G3b	中等度~ 高度低下	35~45 未満	■ 専門医	■ 専門医	■ 専門医
G4	高度低下	15~30 未満	■ 専門医	■ 専門医	■ 専門医
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	■ 専門医	■ 専門医	■ 専門医

基準年段 (令和3年段)	人数	令和2年段 HbA1c									
		6.5未満	6.5~6.9	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5~8.9	9.0~9.4	9.5~9.9	10以上	
6.5未満	1,022	1003 89.2%	11 1.0%	4 0.4%	1 0.1%	1 0.1%	2 0.2%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	
6.5~6.9	51	22 2.0%	23 2.0%	5 0.4%	1 0.1%	1 0.1%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	
7.0~7.4	30	10 0.9%	11 1.0%	7 0.6%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	
7.5~7.9	13	2 0.2%	2 0.2%	6 0.7%	1 0.1%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	
8.0~8.4	6	2 0.2%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	
8.5~8.9	1										
9.0~9.4	2					1 0.1%	1 0.1%				
9.5~9.9											
10以上											
計	1,125	1027 91.3%	48 4.3%	28 2.5%	10 0.9%	6 0.5%	1 0.1%	3 0.3%	2 0.2%	2 0.2%	

4. 市町村へのヒアリング結果サマリ（1）

データヘルス計画の中間評価

アウトプット評価に加えて、アウトカム評価についても行うことが大事である。

- データヘルス計画の策定後 2 年で中間評価の年を迎えた。アウトカムへの影響は出ていないと思い、アウトカム評価までは行っていない。次期計画の策定に向けて最終評価の際に改めてアウトカムを評価する必要がある。（富山県砺波市）
- アウトプット評価が中心となってしまうやすい。アウトカム評価で改善率や医療費等に効果が出ているかを意識した。（熊本県錦町）

4. 市町村へのヒアリング結果サマリ（2）

新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた取組

保健事業に参加する意義・メリットを適切に伝えることが、参加を促す手段として有効である。

- コロナ禍での取組として、保健師・栄養士・健康運動指導士のパッケージの保健指導を企画した。完全予約制として密を回避しつつ、被保険者としっかり話す機会を設けることで、行動変容に効果があった。（新潟県燕市, P. 46参照）
- 特定健診を受診し、自身のリスクを把握することが感染症の重症化予防にもつながるとして、健診受診の必要性和感染症の合併症リスクについて訴求しつつ受診勧奨を行った。結果として、コロナ禍の令和2年度も特定健診・特定保健指導の実施率を前年度比で伸ばすことができた。（長野県池田町）

事業の参加人数制限を行った場合、参加できなかった人がいることを認識し、フォローすることが重要である。

- 感染症対策として集団健診の定員を制限した結果、健診を受診できない人が出ている。受診できなかった人に対しては、個別にフォローを行っている。（千葉県柏市）

オンラインによる保健指導等を円滑に実施するには、庁内マニュアルを作成する等の環境の整備や被保険者への説明・同意の徹底が重要である。一方で、高齢者がオンラインに不慣れであることが懸念され、導入に否定的な市町村も多い。

- 庁内マニュアルを作成し、被保険者への説明・同意取得を徹底することで、Zoomによる特定保健指導を実施できている。（千葉県柏市, P.45参照）
- タブレットを用いた保健指導等は便利だと思うが、市民側でどれだけオンラインに対応できるか未知数である。（富山県砺波市）
- 高齢者が多い町であり、Webになじみがない人が多いと考えられる。（長野県池田町）
- オンライン保健指導については、現在実施を検討しているが、行政・利用者共に課題がある。行政側ではネット環境や機材の確保が難しいと感じている。また、高齢の方が特定保健指導の対象者となっているため、スマホでの保健指導に消極的な意見がある。（岡山県岡山市）
- 保健指導対象者は60代～70代が多く、機器を扱うのが難しいと推察しており、オンラインの導入は検討していない。（徳島県徳島市）

4. 市町村へのヒアリング結果サマリ（3）

ポピュレーションアプローチ（1/2）

健康増進部門等の他部門と連携することで、効率的・効果的にポピュレーションアプローチの取組を行うことができる。

- 国保事業では市民との接点が少なく限定的である。被保険者と接することができる機会を活用できると効率的に啓発を行うことができる。（千葉県柏市）
- 国保の事業として、スマホアプリを活用した生活習慣病予防事業を行っている。保健管理課が実施する健康ポイント事業と連携していることから、健康ポイント事業においても国保事業の紹介を行っている。（岡山県岡山市, P.50参照）
- 保険年金課には保健師等の専門職が配置されていないため、健康長寿課の専門職と連携して保健事業を行っている。健康長寿課と市民との接点を活用し、効果的・効率的に市民に対して事業の周知・アプローチができています。（徳島県徳島市, P.55参照）

重点的に取り組むべき健康課題を明らかにした上で、ポピュレーションアプローチの取組を企画・実施していくことが重要である。

- データヘルス計画の分析の結果、砺波市ではHbA1c有所見者の割合の増加が課題であることが分かった。また県民健康栄養調査の結果、砺波市の20代～40代は、糖尿病の予防にもつながる野菜の摂取が少ないことがわかった。将来的な糖尿病予防として、令和元年度より野菜の摂取を促す「となベジプロジェクト」を開始している。市の健康課題として啓発を行うことで、年々市民の関心は高まっていると感じている。（富山県砺波市, P.48参照）
- データヘルス計画の分析の結果、町では、脳卒中の罹患者が多いことがわかった。「減塩推進協力店」を認定し、減塩の取組を進めるとともに、リスクを可視化するために尿中推定塩分摂取量の検査を行っている。（長野県池田町, P.49参照）
- データヘルス計画の分析結果から、市の健康課題は糖尿病であると捉えている。市では、十分な数の専門職がいないことから、健康課題に優先順位を付けて保健事業を実施している。（徳島県徳島市, P.55参照）

4. 市町村へのヒアリング結果サマリ（4）

ポピュレーションアプローチ（2/2）

地域の関係者と連携することで、効率的・効果的にポピュレーションアプローチの取組を行うことができる。

- 健康推進員が地域の要望を拾い上げ、各地区でテーマに応じた健康教室を開催している。健康推進員が地域の声を拾って保健事業に活かしてくれるため、データでは分からない市民の生の声を把握することができる。健康推進員は地域の顔であり、同じ地域住民である健康推進員が情報の伝え手を担うことで、地域への健康づくりに関する情報発信を効果的に行うことができる。健康推進員との連携により、地域住民のつながりを活かした地域ぐるみの活動を展開することができる。（宮城県富谷市, P.47参照）
- 若い世代に対するポピュレーションアプローチとして、小学6年生を対象とした啓発活動を行っている。小学6年生の親世代が特定健診の受診が始まる世代であると考え、教育委員会と協議の上、この世代にアプローチを行っている。学校の先生方が啓発活動を行いやすいよう、説明内容をまとめた資料を作成し、共有していることで学校側からも協力を得られている。（千葉県柏市）
- 企業への情報発信は協会けんぽを通じて、飲食店でのPRは飲食店組合を通じて等、関係団体の協力を得ることで幅広く啓発を行うことができている。（富山県砺波市, P.48参照）
- 若い頃から健康づくりの意識を持ってもらうべく、中学生を対象とした健診および保護者同伴の健診結果説明会を実施している。健診結果説明会を親子に対して行うことで、町の課題である30～50代へのアプローチとその子ども世代へのアプローチを一緒に行うことができている。PTAを巻き込んだ学校全体の取組であり、多くの親子が健診結果説明会に参加し、健康に関する気づきを得ることができている。保護者が子どもの健診をきっかけに、自分も特定健診を受診した等、親世代の健診受診啓発につながっている。（熊本県錦町, P.52参照）

<高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施>

- 健康無関心層へのアプローチとして、地域のコンビニエンスストアの協力の下、店舗のイートインスペースで簡易フレイル測定を行っている。地域のつながりを活かしながら、市民への周知・声かけを行っている。休憩中のタクシードライバーやタバコを買いに来た高齢者を対象に体力測定をしてもらっている。（千葉県松戸市, P.54参照）

4. 市町村へのヒアリング結果サマリ（5）

休日・夜間の健診実施

休日・夜間の健診は、地域特性や費用対効果を考慮した上で、実施の必要性を判断する必要がある。

- 休日の健診は実施しているが、夜間の健診は未実施であり、休日健診でカバーできていると考えている。被保険者から要望する声も届いていない。（新潟県燕市）
- 協会けんぽと共同で休日の集団健診を実施したことがあるが、国保加入者の参加者は少なかった。費用対効果を考慮し、実施の必要はないという結論に至った。希望者が少ないため、今後の実施については、検討が必要である。（富山県砺波市）
- 健診の受診機会を増やすために休日・夜間の健診を実施しているが、夜間の健診の利用者は少ない。（徳島県徳島市）
- 国保の被保険者は、仕事を休んで平日に健診を受診してくれている。（熊本県錦町）

40歳未満を対象とした健診の実施

40歳未満を対象とした健診を受診することが、40歳以降の特定健診の受診意識を高めることにつながっている可能性がある。

- 市では、39歳の国保被保険者を対象に特定健診と同じ項目の健診を実施している。「39歳健診」の受診者には、健診結果説明と保健指導を実施している。「39歳健診」の受診者が翌年度に特定健診を受診しているかどうかを評価しているが、「39歳健診」受診者の40歳時点での特定健診受診率は高い。（徳島県徳島市）
- 40歳未満を対象とする健診の効果か、個別の受診勧奨の効果か、評価が難しいものの、特定健診対象者のうち、若い世代の未受診率が下がってきている。（富山県砺波市）

その他の意見

保健所と連携することで、自市町村だけでは得られない気づきを得ることができる。

- 保健所は所管の市町村の状況を把握している。自市だけでなく、他の市町村との比較の上でフィードバックをもらえるため、連携することで気づきを得ることができる。（富山県砺波市）

5. 市町村の取組事例

新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた取組

被保険者数規模 5万人以上～10万人未満

千葉県柏市

被保険者数：86,606人（令和2年度）

特定健診実施率：42.3%、特定保健指導実施率：23.3%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職4名、専門職12名（保健師3名、管理栄養士9名）

Zoomによる特定保健指導

取組の ポイント

- インターネットを利用するリスクを被保険者に事前に説明し、**同意があった方のみZoomによる保健指導を行う。**
- 保健指導に使用する資料は事前に特定保健指導対象者に送付し、一部資料は事前に返送いただくことで、対面と同様の保健指導を行うことができる。
- Zoom環境下でもスムーズに保健指導を行えるよう、**行政側として実施すべきマニュアルを作成の上、保健指導に臨んでいる。**



取組の背景

新型コロナウイルス感染症対策の一環としてオンラインを活用した取組を検討

- 新型コロナウイルス感染症の蔓延を受け、特定健診・特定保健指導の実施率が下がってしまった。
- 市では、保健指導時の感染症対策として、検温や健康チェックの実施、フェイスガードやアクリル板の設置等で、会場で安心して保健指導を受けることができる環境は整っている。
- しかしながら、外出を控える被保険者が一定数存在すると考えられ、外出を控えるリスク者にも保健指導を受けてもらうべく、令和2年度からZoomによる保健指導を行うこととした。

情報担当課と連携することで必要な環境を整備

- 市として遠隔会議の体制を整備した際に、保険年金課から保健事業におけるICT端末の必要性を訴え、一緒に整備してもらった。
- 端末は他課との共有である。

取組内容

被保険者との事前の調整、Zoom利用の庁内マニュアルを作成することでスムーズに保健指導を行うことが可能

- 被保険者には、保健指導の利用勧奨通知の中で、Zoomによる保健指導を受けられることを案内している。
 - 端末が空いている日を保健指導候補日として被保険者に提示しているため、希望者は皆Zoomによる保健指導を受けることができる。
- 被保険者に**事前に保健指導で用いる資料を送付している**。併せて、**生活習慣の質問票とZoom利用に係る同意書を送付しており、保健指導前に返送してもらっている**。
- 保健師等がスムーズに保健指導を行えるよう、指導対象者とのやり取り時に**行政側として実施すべきことを示したマニュアル**を作成している。

インターネットを利用するリスクに同意した被保険者のみ、Zoomによる保健指導を実施

- 情報端末の利用は、庁内のセキュリティ要件に則っている。
- 情報担当課に相談の上、**インターネット利用のリスク等を示した同意書**を作成し、**同意した被保険者のみがZoomによる保健指導を利用できる**。
 - 同意書では主に、「インターネット回線は自身で用意すること」「通信費は自己負担であること」「不正アクセス等のリスクがあること」「技術的な問題で保健指導が実施できなかった場合には、別日で調整させていただくこと」等、インターネット利用の一般的なリスクに言及している。

取組の成果

利用者は少ないながらも満足度は高い

- 令和3年度1月時点で**15人がZoomによる保健指導を利用**している。
- コロナ禍で外出を控える中でも、「**オンラインで保健指導を受けられるのなら**」と**特定保健指導を受けてくれる被保険者は一定数存在する**。
- 利用者は若年～高齢者と幅広い。年齢層は問わず、Zoomによる保健指導には対応ができています。
- Zoomによる保健指導を行った被保険者の方々は、**継続してZoomによる保健指導を希望されていることから、Zoomによる保健指導は好評である**。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を考慮して、柏市では引き続きZoomによる保健指導の利用勧奨を行っていく予定である。

5. 市町村の取組事例

新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた取組

被保険者数規模 1 万人以上 5 万人未満

新潟県燕市

被保険者数：15,362人（令和2年度）

特定健診実施率：32.2%、特定保健指導実施率：57.9%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：専門職1名（看護師1名）（その他、事務職3名が兼務）

保健師・栄養士・健康運動指導士のパッケージの保健指導で感染症対策と行動変容に貢献

取組のポイント

- 新型コロナウイルス感染症対策を行い、被保険者に**保健師・栄養士・健康運動指導士の保健指導を一度に受けられる体制を構築**した。
- 会場に人が集まり密になることがない上、被保険者一人ひとりに対しては綿密な保健指導を行うことができ、保健指導を受ける被保険者にはメリットがある取組である。
- 保健指導実施者にはアフターフォローとして、その後の**保健事業への参加勧奨**まで併せて行っている。



取組の背景

安心して保健指導を受けられる体制を構築する必要性

- 市では、集団の保健指導を行っていたが、感染症の蔓延に伴い、事業の実施方法を再考する必要があった。

被保険者に保健事業に参加してもらうための仕掛けが必要

- 外出控えが起りやすい現状を踏まえ、**被保険者が参加したくなる仕組みを構築する必要**があると考えた。

日常的に保険年金課と健康づくり課が連携

- 国保に関わる保健事業は、保険年金課が事務処理を担当し、企画運営については健康づくり課の保健師が担当している。
- 保険年金課と健康づくり課で事業の実施方法を検討しているが、コロナ禍での保健指導の体制を新しく構築しており、健康診査等予約システムを活用した保健指導の予約は今後を予定している。

取組内容

1回50分の指導時間内で3人の専門職からの指導を実施

- 年間10回、パッケージの保健指導を受けられる機会を用意している。
- **各回は完全予約制**としており、1回あたり8～10名が参加している。
 - 健診会場での申込と電話申込にて予約を受け付けている。
 - 市では、健康診査等予約システムを構築しており、令和4年度からは当システムからの申込にも対応できる見込みである。
- **1人あたり合計50分**ほどかけて、専門職3名から保健指導を行っている。
 - 被保険者一人ひとりとしてしっかり話すため、規定時間を超えてしまうことがあるが、個々人を理解した上で柔軟に指導を行うことができる。
- **保健師2名、栄養士2～3名、健康運動指導士1名**が会場におり、被保険者は順に専門職のブースを訪れ、指導を受ける。
- 専門職からの指導の内容は概ね以下の通りである。
 - 保健師→健診結果の振り返りや生活状況の確認
 - 栄養士→保健師の説明内容に沿った栄養指導
 - 健康運動指導士→体調を確認しつつ、保健師の説明内容に沿った適切な運動方法の指導

参加者へのアフターフォローで保健事業の参加率向上にも貢献

- パッケージの保健指導に参加した人に対して、約3か月後に電話とアンケートでフォローを行っている。
 - フォローの内容は保健指導実施後の生活状況を確認するものである。
- フォローアップの電話の際に、被保険者にあった健康教室への参加勧奨を行っている。

取組の成果

コロナ禍における被保険者の安心感に寄与

- パッケージの保健指導は予約制としており、かつ会場は基本的な感染症対策を行っている。
- そのため、会場内が密にならず、安心して指導を受けることができる。

保健指導対象者個人にあった保健指導が行動変容に貢献

- 昨年度は63名の被保険者がパッケージの保健指導を利用した。
- 費用面ではデメリットがあると言えるが、**一人ひとりにあった保健指導を提供することができる**点はメリットである。
- 約3か月後のアンケートでは、パッケージの保健指導を受けた**被保険者の7割が「生活に変化があった」と回答**している。
- **パッケージの保健指導利用者のうち半数が、その後健康教室に参加**してくれている。

5. 市町村の取組事例

ポピュレーションアプローチ

被保険者数規模 3千人以上 1万人未満

宮城県富谷市

被保険者数：8,224人（令和2年度）

特定健診実施率：48.8%、特定保健指導実施率：24.5%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：0名（健康推進課が国保・健康づくり一般を担当）

健康推進員との連携で市民への健康づくり普及啓発を推進

取組の ポイント

- 富谷市では、**国保部門と健康増進部門が統合**され、健康推進課として一つの課となっている。
- 地域の健康づくりの輪を広げるため、**健康づくりの担い手である健康推進員とともに市民への情報発信や健康教室の開催等、健康づくりの取組を協働で実施**している。



取組の背景

効果的に市民にアプローチする方法を模索

- 富谷市では、**国保部門と健康増進部門が統合**されており、**健康推進課が国保の保健事業、事務対応まで担当**している。
- 健康推進課には保健師・栄養士が在籍しており、健康づくり一般を国保の保健事業を含めて対応している。
- 市保健師のみでは、**地域の実態に合わせたポピュレーションアプローチを行うことができない**と感じ、健康推進員と健康づくりの取組を実施している。

健康推進員が健康づくりの取組を行うための連携体制を構築

- 健康推進員に主体的に健康づくりの取組を行ってもらうべく、**健康推進員定例研修会を年に8回開催**している。
 - 健康に関する知識の習得及び実践を目的とした研修会であり、市保健師・栄養士・外部講師が講話を行っている。

取組内容

【取組事例①】健康推進員が地域の要望を拾い上げ、各地区でテーマに応じた健康教室を開催

- 健康推進員が地域からの要望を拾い上げ、それぞれの地区でテーマに応じた健康教室を開催している。
 - テーマに応じて、健康推進員あるいは市保健師、栄養士等が講話を担当している。令和3年度は、食事、運動等をテーマに健康教室を開催した。
- 健康推進課は、健康教室の企画・運営に関する以下の支援を行っている。
 - 健康推進員から共有された地域の要望や健康課題等を踏まえ、健康教室のテーマ・内容について健康推進員と検討している。
 - 外部講師を招聘する場合は、講師との調整を担当する。
 - 事前準備として、会場の調整や健康教室の周知チラシの作成、当日の配布資料の印刷を行う。
 - 健康推進員が自ら講師を務める場合、講話内容に関する助言・資料提供等を行う。

【取組事例②】産官学医連携のキャンペーンにおける集客、啓発活動（令和2年度以降は、コロナ禍のため中止）

- 従前、市では、高血圧・高血糖のリスク啓発を行うイベントを産官学医連携して企画、実施していた。
- 大学、医療機関、富谷市等各団体がそれぞれブースを用意し、各々が啓発活動を行った。
- 市のブースでは、健康推進員と保健師が協働して、減塩の推進、高血糖予防の推進等の正しい知識の周知啓発を行った。

取組の成果

健康推進員との連携により、地域ぐるみの健康づくりの取組が可能

- 健康推進員が地域の声を拾って保健事業に活かしてくれるため、**データでは分からない市民の生の声を把握**することができるようになった。
- 同じ地域住民である健康推進員が情報の伝え手を担うことで、地域への健康づくりに関する情報発信を効果的に行うことができる（我が事として、情報を受け入れてもらいやすい等）。
- 地域住民のつながりを活かした地域ぐるみの活動を展開することができるようになった。

5. 市町村の取組事例

ポピュレーションアプローチ

被保険者数規模 3千人以上 1万人未満

富山県砺波市

被保険者数：8,296人（令和2年度）

特定健診実施率：59.2%、特定保健指導実施率：61.4%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職 1名

国保部門・健康増進部門の強みを活かしたポピュレーションアプローチの実践

取組のポイント

- データヘルス計画の分析を担当した市民課国保年金係から、市健康センターに対して分析結果と市の課題を共有し、健康課題にターゲットを絞ったポピュレーションアプローチを行うこととなった。
- 健康増進担当係から地域を巻き込み、広く健康課題に対する普及啓発活動を行いつつ、国保担当係からは国保事業の接点を活用して、情報提供や健康課題に沿った検査を行うこととしている。
- 課題を絞って広く啓発を行うことで、市民の関心度が向上している。



取組の背景

データヘルス計画の分析結果やその他の調査結果を踏まえ、市の課題を明確化

- 市民課国保年金係がデータヘルス計画の分析を行った結果、市民の40～50代において、HbA1c有所見者（5.6%以上）の割合が増加していることが分かった。
- 県民健康栄養調査の結果を参照すると、県民の平均野菜摂取量は目標量350g/日に達しておらず、20～40代は目標量より100gも不足していることが分かった。

健康課題にターゲットを絞って取組を開始

- 令和元年度から、「となベジプロジェクト」として40～50歳代の糖尿病リスクの軽減（HbA1c有所見者の減少）を目的に、働く世代が身近に手軽に野菜を食べる機会を増やす取組を開始した。

取組内容

健康増進部門と国保部門の接点から広く市民へのアプローチを実施

- ① 特定保健指導時の野菜摂取量検査
 - 推定野菜摂取量を計測できる機器（ベジチェック）を特定保健指導で活用している。機器については、国保ヘルスアップ事業の交付金を活用して購入した。
 - 野菜摂取が少ないと低い値が出るため、保健指導時の啓発につながる。
- ② 「となベジプロジェクト」協力店の確保
 - 野菜から食べることをPRする飲食店や申込みのあった店を協力店として認定。協力店には啓発用品を提供し、市のホームページで紹介している。
- ③ 市民への啓発活動を強化
 - 市民に取組や健康課題について周知するため、「となベジプロジェクト」協力店や自治振興会にリスク喚起やプロジェクトの紹介を行うポスターを作成し、公開した。被保険者との接点（特定健診や特定保健指導等）を活用し、市民課国保年金係から、被保険者に対して別途啓発を行った。
- ④ 「となベジ通信」による情報発信
 - 市健康センターから協会けんぽを通じて健康企業宣言を採用している企業へコンタクトをとり、「となベジ通信」を共有している。「となベジ通信」には、野菜を食べること・野菜から食べることの効果等を記載している。
- ⑤ 「となベジレシピ集」の作成
 - 野菜料理を作りたいと思ってもらうために、市民からレシピを募集し、レシピ集を作成し、公開している。レシピ集については、「となベジプロジェクト」協力店への配布のほか、特定保健指導時に配布している。

取組の成果

市民の野菜摂取の関心が向上

- 「となベジプロジェクト」をきっかけにソーシャルキャピタルが醸成されている。個人の健康づくりを支える環境が一層向上していると考えている。
- 「となベジプロジェクト」協力店には冊子として「となベジレシピ集」を配布しているが、いずれも既に在庫がない状況である。
 - 簡単に作れるレシピとしていくことで市民からの評判が良いものと認識している。

【今後の方針】国保を対象とした取組の強化

- 本ポピュレーションアプローチの根底にあるのは、国保加入者の課題であった。国保加入者への確実な情報提供を強化する観点から、「となベジレシピ集」の配布等リスク啓発に関する資料提供を、国保加入時にも実施することを検討している。

5. 市町村の取組事例

ポピュレーションアプローチ

被保険者数規模 3千人未満

長野県池田町

被保険者数：2,317人（令和2年度）

特定健診実施率：69.0%、特定保健指導実施率：88.1%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職 0名、専門職2名（保健師 1名、栄養士 1名）

健診結果に基づく健康課題にターゲットを絞ったポピュレーションアプローチ

取組のポイント

- **町の健康課題を正しく把握するため、健診の実施を特に重視している。**
- データヘルス計画の分析結果を踏まえ、脳卒中・高血圧という町の健康課題に対して国保の保健事業を所管する健康増進課健康増進係が取り組んでいる。
- 症状が発現した後では、重症化する恐れがあるため、リスクが顕在化する前段階からの予防として「減塩推進協力店」の認定や尿中推定塩分摂取量検査を行い、**疾病の啓発とリスクの可視化を行っている。**



取組の背景

健診の実施率を高めることで、明確な根拠を持って保健事業の実施が可能

- 町の健康課題を適切に把握するため、健診の実施を特に重視している。健診を通じて健康課題を把握しつつ、健診に係る被保険者との接点を活用して被保険者に介入することを目指している。
- コロナ禍においても、生活習慣病と新型コロナウイルス感染症の合併症によるリスクを訴える資料を作成し、未受診者訪問時に活用している。
- 令和2年度の特定健診実施率は、69.0%と前年比で+1.3%の実績であった。
- 第1期データヘルス計画の分析の結果、脳卒中罹患者の多さが町の課題であることが分かった。健診実施率が上がりデータが集まっていることから、明確な根拠を持って脳卒中对策に臨むことができています。

取組内容

尿中推定塩分摂取量の検査で健康リスクを可視化

- 町では、年齢を問わず、被保険者には一律に特定健診相当の健診を受診する機会を設けている。
- 健診の際には、**尿中の推定塩分摂取量**を併せて計測している。日常の食事ですぐに塩分を摂取しているかが分かるものであり、検査機関に尿を提出し、後日健診結果と併せて尿中推定塩分摂取量についても被保険者にフィードバックしている。
- 健診結果説明会の場において、健診結果のフィードバックに加えて、塩分チェックシートを活用し、推定塩分摂取量を併せて確認している。
- **血圧のみだと若年のリスク者を抽出することができないため、血圧に反映する前段階から塩分摂取状況を可視化し、リスクを伝えることで、将来的な脳卒中の発症リスクを下げることを目的としている。**

「減塩推進協力店」を認定し、広く町民に減塩の取組を啓発

- データヘルス計画の分析の結果、町民は、塩分の摂取量が多いことが分かっている。
- 健康推進課が商工会や女性団体連絡協議会等の組織を通じて飲食店組合等に説明し、町の飲食店等に減塩の取組に協力してもらっている。
 - 町では、健康推進課が国保の機能を担っている。
- 減塩推進のポスターを掲げ、減塩商品（調味料、惣菜等）の見やすい陳列、減塩に配慮した食事の提供等、減塩に協力いただいているお店を減塩推進協力店として認定しており、現在12の飲食店等を認定している。

取組の成果

現状とリスクを把握できるため、町民からは好意的な反応

- 健診結果説明会において、尿中推定塩分摂取量と塩分チェックシートの回答内容を併せて情報提供している。
- 「この項目を減らすと良かったのか」等、**現状に対する気づきを得られている様子**であり、説明会に訪れた被保険者には、概ね好評である。

推定塩分摂取量の減少に貢献

- 減塩の取組を評価する指標として、高血圧治療の有無別に、尿中推定塩分摂取量を確認している。
- 特に**高血圧治療無しの町民に対してのリスク啓発効果があったと思われる。**
- **令和元年度健診時点で、高血圧治療が無く、尿中推定塩分摂取量が11g以上であった町民の割合は女性23.9%、男性35.3%であったが、翌年にはそれぞれ13.5%と26.7%に下がっている。**

5. 市町村の取組事例

ポピュレーションアプローチ

被保険者数規模10万人以上

岡山県岡山市

被保険者数：132,909人（令和2年度）

特定健診実施率：27.2%、特定保健指導実施率：9.9%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職2名、専門職3名（保健師2名、管理栄養士1名）

スマホアプリの活用で被保険者の日常に健康行動を意識づけ

取組のポイント

- スマホアプリを活用して被保険者の健康行動を促し、市の健康課題の解決を目指している。
- 日常的に使用するスマホ上で、健診データや将来予測値等のリスク把握、採るべき健康行動が分かることで、被保険者に健康行動を意識づけている。
- 国保加入者を対象としたアプリだが、**健康増進部門の取組でも活用できるように庁内で連携を進めたこと**により、利用者が継続して使いやすい仕組みとしている。



取組の背景

被保険者が自発的に健康行動を継続してくれる仕組みの構築が必要

- 健康増進計画を推進するにあたり、生活習慣病の予防や介護予防、がん予防など正しい知識の普及は、国保加入の有無を問わず、以前より取り組んでいた。
- データヘルス計画の分析の結果、メタボ該当者、予備群が多いこと、特定保健指導の実施率が低迷していること等の課題があることを把握していた。
- 普及啓発活動だけでなく、被保険者に行動を起こしてもらうための仕組みを構築し、市が抱える課題を解決する必要があると感じていた。

取組内容

スマホアプリを活用して被保険者の日常に健康行動を意識づけ

- 特定健診等の結果、生活習慣病のリスクが高いと判断された国保被保険者を対象に、令和元年度からスマホアプリを活用した「**生活習慣改善チャレンジ**」を行っている。（P.51参照）
 - 対象者は、**特定健診及び35歳以上を対象とした健診を受診し、特定保健指導の対象となった人、あるいは生活習慣病リスクがあると判定された人**である。
- 保健指導、情報提供等の通知送付時に、リスク者にはアプリの案内を同封している。
 - 被保険者に**健康づくりに興味を持ってもらうべく**、アプリの案内に加え、**AIを活用した将来の検査予測値や生活習慣改善アドバイスシート**を併せて送付している。
- アプリでは、運動量やバイタルデータの記録のほか、**メッセージによるアプローチ、健康行動を促すミッションの提案等**を行っている。
- 生活習慣改善アドバイスシート上のQRコードを読み込むことで、アプリに健診データを取り込むことができ、アプリからも健診結果の将来予測を確認することができる。

健康増進部門との連携が事業の浸透に貢献

- 市では、「おかやまケンコー大作戦」として、健康増進部門が担当する健康ポイント事業がある。
- 国保のアプリを活用した活動でも、「おかやまケンコー大作戦」の健康ポイントを獲得できるよう連携している。
- また、「おかやまケンコー大作戦」の中で国保の事業の紹介も行っている。

取組の成果

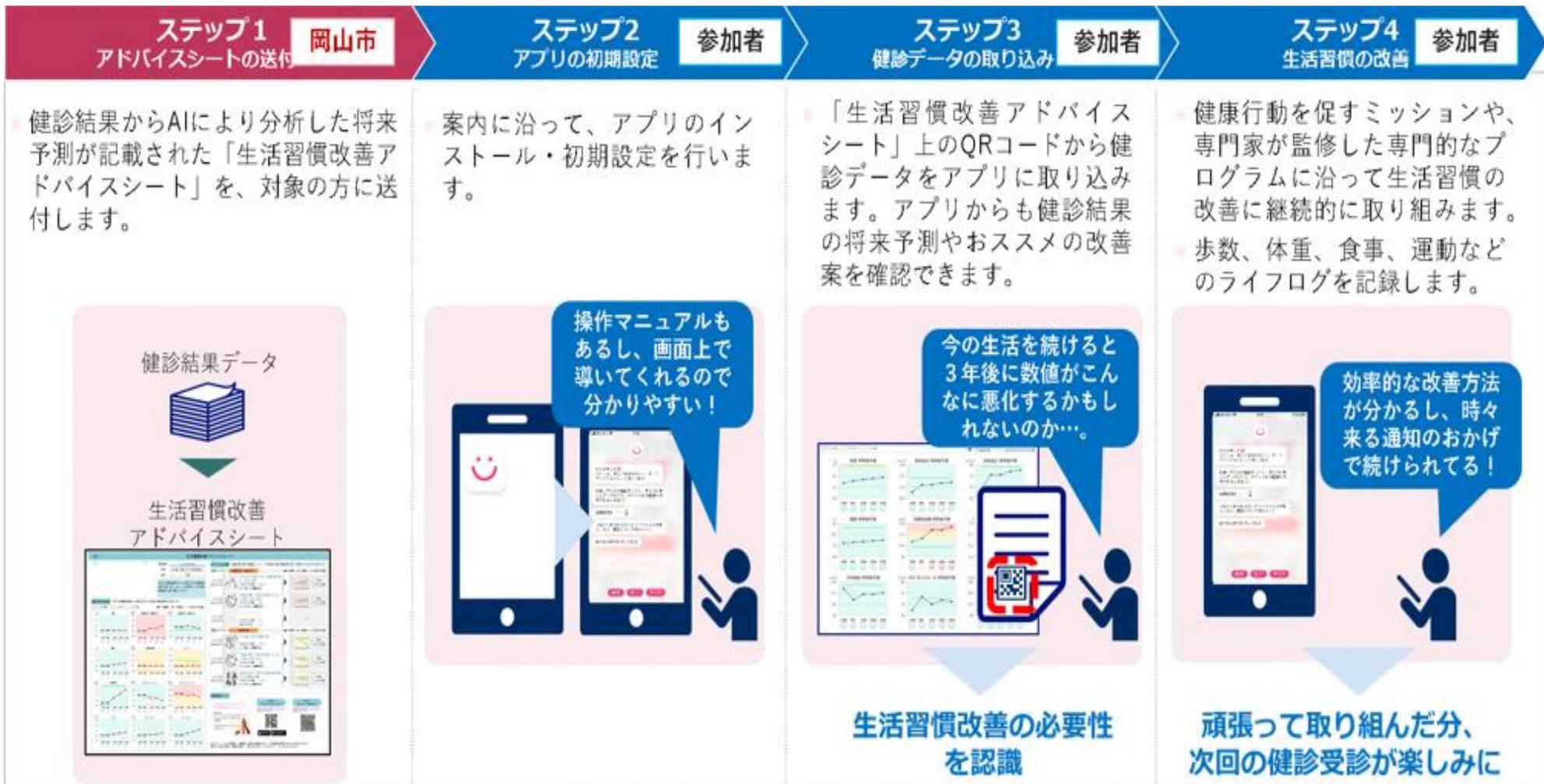
主観的な健康観を感じる人の増加

- スマホアプリを活用した健康行動の推進や健康教室等での普及啓発を踏まえ、健康観を感じる人は増えているように認識している。
※アプリを活用した取組の成果は、年度末に委託事業者から受領予定。

QRコードの活用、対象者の変更等で利用者が増加傾向

- 事業開始当初は、アプリの利用者が少ない状況であった。
- 対策として、電話申込みのみの対応から、**QRコードの申込みにまで対応**可能とした。また、従来は特定保健指導対象者のみを対象としていたが、**対象を特定保健指導対象者＋生活習慣病リスク者に広げたこと**で、利用者の増加につながった。
 - 特定保健指導対象者だけだと。対象者は3,500人ほどであるが、生活習慣病リスク者まで対象を広げたことで、対象者は11,000人となった。

「生活習慣改善チャレンジ」について



5. 市町村の取組事例

ポピュレーションアプローチ

被保険者数規模 3千人未満

熊本県錦町

被保険者数：2,509人（令和2年度）

特定健診実施率：59.3%、特定保健指導実施率：89.5%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職1名、専門職1名（栄養士1名）

中学生を対象とした健診および保護者同伴の健診結果説明会で若い世代の健康意識を醸成

取組のポイント

- 若い頃から健康づくりの意識を持ってもらうべく、中学生を対象とした健診を行っている。健診結果説明会を親子に対して行うことで、町の課題である30～50代へのアプローチとその子ども世代へのアプローチを一緒に行うことができている。
- PTAを巻き込んだ学校全体の取組であり、多くの親子が健診結果説明会に参加し、健康に関する気づきを得ることができている。



取組の背景

データヘルス計画の分析結果を町の健康課題として共有

- データヘルス計画の分析の結果、中学生の親世代にあたる30～50代が、糖代謝異常等で健康状態が良くないことがわかった。
- 健康づくり推進協議会の場において、健康増進課からデータヘルス計画の分析結果を提示した結果、子どもの頃から生活習慣病について考える機会が必要であると同意を得ることができた。

健康づくり推進協議会に関係者がいることでスムーズな調整を実現

- 健康づくり推進協議会には教育委員会のメンバーが在籍していたため、教育委員会や学校との調整をスムーズに行うことができた。
- 本事業は、国保ヘルスアップ事業の交付金ならびに町の一般財源を活用している。町長が健康づくり推進協議会の会長であったことから一般財源の活用について理解を得られた。

取組内容

夏休みの学校行事として開催することで多くの生徒が健診を受診

- 健診は、夏休み中の7月に中学校を会場として実施している。
 - 健診対象は、自分の健診結果を理解できる年齢と考え、中学3年生とした。
- 健診は特定健診と同じ項目に独自の検査項目を追加して実施している。
 - 独自の検査項目として、総コレステロール、尿潜血のほか、腎機能検査と貧血検査を追加している。
 - 併せて、特定健診と同じ項目等で問診を実施している。（P.53参照）
- 取組を開始した当初は、生徒が保護者に健診案内を提出しない等の問題があり、受診率が低かった。2年目以降はPTAからの保護者への呼びかけや、先生から生徒への依頼等、周知活動を進めている。令和3年度は、97.5%の生徒が健診を受診するに至った。
- 7月の健診時に数値が悪かった生徒は、4か月後に再検査を勧めている。再検査未受診の生徒には、健診実施機関からも受診勧奨を行っている。

保護者同伴の健診結果説明会で若い世代の健康意識に貢献

- 8月にPTA行事として90分間の集団の健診結果説明会を開催している。
- 健診結果説明会は以下の構成である。
 - ✓ 保健師から、結果の見方の説明（30分）
 - ✓ 栄養士から、あるべき食事についての説明（30分）
 - ✓ 健康運動指導士による実技指導（30分）
- 毎年、健診受診者の80%～90%が結果説明会に参加しており、多くの親子に健康づくりの啓発を行うことができている。
- 健診の4か月後にアンケートを行い、その後の生活状況を伺っている。

取組の成果

短期的には、生活習慣の見直しに寄与

- 子どもの健診をきっかけに自分も健診を受診した等、親世代の健診受診啓発につながっていることがわかった。
- 健診で異常値が出た場合、4か月後の再検査までの間に、食事内容の変更や運動習慣の改善等に取り組まれる親子が多く、健診受診のみならず家族の生活習慣改善のきっかけとなっている。

中長期的には、健診受診習慣の醸成に寄与

- 町では、令和2年度から健診対象を19歳以上に設定している。
- 受診者には、過去に中学生健診を受けていた被保険者もあり、若い頃から健診受診の習慣が浸透し始めている。

錦町における中学生健診の検査項目

- 中学生健診では、以下の項目の検査を行っている。

区分	検査内容	
基本的な健診の項目 (特定健診と同じ)	問診	現病歴・既往歴・家族歴・検診受診状況などの聴取
	身体計測	身長・体重・BMI・腹囲測定
	血圧測定	血圧測定
	尿検査	尿糖、尿蛋白
	血液検査	
	血中脂質検査	TG・HDL- c ・LDL- c
	肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP
	糖代謝検査	空腹時血糖・H b A 1 c
独自の追加健診項目	血中脂質検査	総コレステロール
	尿検査	尿潜血
	腎機能検査	血清クレアチニン・血清尿酸
	貧血検査	ヘマトクリット値・血色素量・赤血球数

5. 市町村の取組事例

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（ポピュレーションアプローチ）

被保険者数規模10万人以上

千葉県松戸市

被保険者数：103,400人（令和2年度）

特定健診実施率：30.2%、特定保健指導実施率：17.5%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職2名、専門職3名（保健師2名、管理栄養士1名）

通いの場等への積極的な関与や地域のコンビニエンスストアとの連携によりフレイル予防を啓発

取組のポイント

- 市では、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の開始に伴い、通いの場等への積極的な関与や地域のコンビニエンスストアとの連携によりフレイル予防を啓発している。
- 一体的実施に際して、**国民健康保険課を含む庁内各課が参加する「フレイル予防事業庁内会議」が設置されており、その場でフレイル予防の議論がなされている**ことで、市として一体となってポピュレーションアプローチを展開できている。



松戸市イメージキャラクター「まつまつ」

取組の背景

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の開始に伴い、ポピュレーションアプローチの実施体制を強化

- 松戸市では、地区社会福祉協議会等の地域の各種団体からの依頼を受け、健康づくり部門や地域包括支援センターが健康教育を行っていた。
- また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始されたことに伴い、依頼のあった団体だけでなく、広く市民とのつながりを持つ必要があると考えた。
- 庁内において、地域包括ケア推進課を主担当とする一体的実施の体制が整ったことから、ポピュレーションアプローチの実施体制を強化する必要があったと考えていた。

取組内容

通いの場等において市民・被保険者にフレイル予防を啓発

- 地域の通いの場や老人クラブにおいて、保健師・管理栄養士・歯科衛生士による健康講話を開催している。
 - 健康講話では、フレイル予防につながる運動の提案や、歯科口腔の健康を維持するための取組の提案を行っている。
- 併せて、フレイルチェックとして体力測定を行っている。
 - 歩行速度のほか、握力、滑舌、BMI等を計測している。

地域のコンビニエンスストアと連携し、健康無関心層への普及啓発を実施

- 地域のコンビニエンスストアの協力の下、**店舗のイートインスペースで簡易フレイル測定を行っている**。
 - 地域のつながりを活かしながら、市民への周知・声かけを行っている。
- **コンビニエンスストアとの連携は、健康無関心層へのアプローチを狙い**としており、休憩中のタクシードライバーやタバコを買いに来た高齢者を対象に体力測定をしてもらっている。
 - 簡易フレイル測定は1日2～10人くらいが参加、所要時間は1時間ほどであり、月に1回行っている。
- 簡易フレイル測定の当日は、保健師等が店舗を訪れて、簡易測定を実施している。**簡易測定を受けられた方に対して、専門職からフィードバック**を行っている。

取組の成果

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の開始に伴い、庁内の連携体制を構築

- 一体的実施の取組を主管するのは、地域包括ケア推進課であるが、庁内に地域包括ケア推進課、健康推進課、国民健康保険課が参加する「フレイル予防事業庁内会議」が設置されている。
 - **国民健康保険課は、事業内容についての助言、後期高齢者の健診についての普及啓発等の役割**を持ち、「フレイル予防事業庁内会議」に参加している。
 - 「フレイル予防事業庁内会議」の中で、各種事業の内容の共有を行っているため、市として一体的に事業を展開実施することができている。
- ##### 地域を巻き込んだ取組でフレイル予防の認知度向上に貢献
- 身近な場を活用することで、広くフレイルについての啓発活動を行うことができている。

5. 市町村の取組事例

健康増進部門との連携による保健事業の推進

被保険者数規模 1万人以上5万人未満

徳島県徳島市

被保険者数：47,665人（令和2年度）

特定健診実施率：31.9%、特定保健指導実施率：63.1%（令和2年度 法定報告値）

国保保健事業の専任職員：事務職 1名（その他専門職 6名が兼務）

健康増進部門との連携と明確な役割分担により効果的・効率的に市民へのアプローチを実施

取組のポイント

- 保険年金課には専門職が配置されていないため、**健康長寿課の専門職が保健指導の実施を担当**している。
- 保険年金課と健康長寿課が協力しながら、データヘルス計画の策定や評価を行っており、健康長寿課が国保の実態や課題にも詳しい状況である。
- データヘルス計画の分析結果から明らかになった課題も念頭に、保険年金課と健康長寿課が連携して保健事業を実施している。



徳島市イメージアップキャラクター「トクシ」

取組の背景

保険年金課に保健師等の専門職が配置されておらず、健康長寿課に事業を委任する必要性

- 保険年金課には、保健事業担当の専任職員として事務職が1名配置されているが、保健師等の専門職がないため、健康長寿課の保健師5名と管理栄養士1名が国保の保健指導についても担当している。
- 地区担当の保健師も保健指導に協力している。

実施事項・予算を割り振り、明確に役割を分担

- 特定健診や歯科検診等の実施を保険年金課が担当し、保健指導の実施については、健康長寿課が担当している。
- 予算の段階から健康長寿課には保健指導のための事業計画（国保ヘルスアップ、重症化予防対策等）を作成してもらい、保険年金課から予算を2次配当し、特定健診の結果に基づく保健指導を実施している。

取組内容

健康長寿課がデータヘルス計画の策定・評価に協力していることで、データヘルス計画に市の健康課題を反映

- 保険年金課には専門職がないため、健康増進部門である健康長寿課が協力してデータヘルス計画の策定及び中間評価を実施した。
 - 策定・評価にあたっては、随時保険年金課と健康長寿課が情報を共有しながら行った。

市として取り組むべき健康課題に優先順位を付けて保健事業を実施

- 健康長寿課等によるデータヘルス計画の分析結果から、市の健康課題は糖尿病であると捉えている。
 - データ分析の結果、総医療費に占める脂質異常症や高血圧症の割合が減少している一方で、糖尿病の割合が増加している。
- 市では、十分な数の専門職がないことから、**健康課題に優先順位を付けて保健事業を実施**している。
- **優先順位を付けるにあたっては、健康長寿課において、データヘルス計画を含む各種健康関連計画を確認**している。

健康長寿課と市民との接点の中で、健康課題に関する啓発活動を実施

- 国保の被保険者を含む市民一般を対象に、健康教室や運動教室など、健康課題に関する啓発活動を行っている。
 - 国保の被保険者のみを対象としたポピュレーションアプローチは行っていない。

取組の成果

健康長寿課と市民との接点を活用することで、漏れなく市民へのアプローチを行うことが可能

- 健康長寿課と市民との接点を活用し、特定健診の案内等、国保の事業案内を行うことで、保険年金課単独での広報活動よりも広く事業を周知することができている。
- 健康長寿課の保健師が保健指導を担うことで、専門的知識を用いた適切な指導が可能となっており、地区担当の保健師も協力することで、漏れなく地域に密着した保健指導ができています。
 - 特定健診の結果から本人が身体状況を理解し、生活習慣改善の必要性の認識や行動目標の設定を実行できるよう、栄養・運動を中心とした**個別性を重視した指導**を行っており、生活習慣病やメタボ該当者・予備軍への取組が図られている。

6. まとめ

(1) 都道府県①

データヘルス計画の標準化の取組

- データヘルス計画の標準化の取組を実施中の都道府県は11件（23.4%）であり、現在検討中の都道府県が21件（44.7%）、実施も検討もしていない都道府県が12件（25.5%）、その他が3件（6.4%）となっている。（アンケート調査結果 p.14,46）
- データヘルス計画の標準化に取り組んでいる都道府県では、「都道府県が、市町村の現状を俯瞰することができ、支援すべきポイントを把握することができること」、「市町村が、データヘルス計画や保健事業のあり方を考察するきっかけとなること」等をメリットとして挙げている。（アンケート調査結果 p.18）
- データヘルス計画の標準化を実施するにあたっては、標準化に取り組む目的を明確にし、関係者がその意義を理解できるようにすることが大事である。（アンケート調査結果 p.15）
- 都道府県や市町村の人員等のリソースを踏まえ、適切な実施体制を構築することが重要である。内部でリソースをまかなうことが難しい場合は、外部からのサポートの活用といった工夫が課題解決の一助となる。（アンケート調査結果 p.16）
- 共通の評価指標の設定については、各市町村横並びでの実績の比較が可能になる点等がメリットとして挙げられているが、共通の評価指標を設定するにあたっては、市町村の理解を得ながら取組を進めることが重要である。（アンケート調査結果 p.17）
- データヘルス計画の標準化にあたっては、市町村全体を俯瞰して把握した状況を基に、実際の市町村支援にどうつなげていくかが、今後の課題になると示唆される。（アンケート調査結果 p.18）

6. まとめ

(1) 都道府県②

国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析

- 国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析を実施している都道府県は31件（66.0%）であり、実施予定の都道府県が2件（4.3%）、現在検討中の都道府県が10件（21.3%）、実施も検討もしていない都道府県が4件（8.5%）となっている。（アンケート調査結果 p.42）
- レセプトデータ等の分析を協働・連携して行うにあたっては、都道府県と国保連合会の互いの強みを活かした役割分担が大事である。国保連合会は個別の市町村支援のための分析に強みを持っている。一方で、都道府県は中長期的な視点、都道府県全体を俯瞰する視点での分析に強みを持っている。互いの強みを活かす形で、都道府県と国保連合会が協働・連携してレセプトデータ等の分析を行うことで、より質の高い分析結果が得られるようになり、より効果的な市町村支援が可能になると期待される。
- レセプトデータ等の分析を行う上で、専門職がいる都道府県のほうが国保連合会と協働・連携しやすい傾向にあり、国保連合会と協働・連携していない都道府県では、特に「専門知識を持った人材の不足」が課題となっている。レセプトデータ等の分析を協働・連携して進める上で、保健師等の専門職がいることで分析の切り口等の仮説を提示しやすくなっているといった可能性が考えられる。（アンケート調査結果 p.9,10）

医療費適正化に向けた取組

- 医療費適正化の取組については、国保担当課以外にも関係者が複数いることが多く、関係者が一体となって医療費適正化の取組を進めることが重要である。（アンケート調査結果 p.41）
- 医療費適正化の取組状況を個々の市町村の数値のみで評価すること難しいため、市町村間の比較や二次医療圏単位での分析・評価を行う必要がある。

6. まとめ

(2) 市町村①

全体

- 小規模保険者ほど専任の職員がないなど人材不足のため支援が必要であるが、人材不足ゆえに支援を受けること自体が難しい状況にある。都道府県や保健所、国保連合会の支援評価委員会には、小規模保険者が支援を受けやすくなるような支援の在り方が求められる。(アンケート調査結果 p. 21,22)

データヘルス計画の中間評価

- データヘルス計画の中間評価については、被保険者数規模が3千人以上の保険者では、8割以上の保険者が実施済であるが、3千人未満の保険者では、約7割の実施にとどまっている。(アンケート調査結果 p.23)
- 中間評価を実施できなかった理由としては、被保険者数規模が小さくなるほど、職種にかかわらず「人材の不足」を挙げる保険者の割合が高くなる傾向にある。適切な評価を行うためだけでなく、人材不足を補う上でも、庁内外の関係者との連携が重要である。(アンケート調査結果 p.24)
- 評価を行うにあたっては、アウトプット評価に加えて、アウトカム評価についても行うことが大事であり、今後の課題である。

6. まとめ

(2) 市町村②

個別の保健事業（1/2）

新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた取組

- コロナ禍での取組として、保健事業に参加する意義・メリットを適切に伝えることが、参加を促す手段として有効である。
- 事業の参加人数制限を行った場合、参加できなかった人がいることを認識し、フォローすることも重要である。
- Zoom等オンラインの活用は、庁内の環境や体制の問題、利用者サイドの問題等から実施に至っていない場合が多い。特に、高齢者の多い地域の場合、高齢者がオンラインに不慣れであることが懸念され、実施に至らない場合がある。

ポピュレーションアプローチ

- 効率的・効果的にポピュレーションアプローチの取組を行うにあたっては、健康増進部門等の他部門との連携が重要である。特に、大規模保険者では、国保部門単独で情報発(配)信以外のポピュレーションアプローチ（運動教室や栄養教室、通いの場・子どもや親子を対象とした健康教室の開催 等）を実施することは難しいと考えられ、庁内他部門との連携が重要になる。また、効率的・効果的にポピュレーションアプローチの取組を行うにあたっては、地域の関係者との連携も重要である。（アンケート調査結果 p.28）
- ポピュレーションアプローチの取組を進めるにあたっては、重点的に取り組むべき健康課題を明らかにした上で、企画・実施していくことが重要である。
- 情報発(配)信以外のポピュレーションアプローチを実施している場合、実施していない場合と比べて、特定健診と特定保健指導の実施率が高い傾向が見られる。（アンケート調査結果 p.29）

6. まとめ

(2) 市町村③

個別の保健事業（2/2）

休日・夜間の健診実施

- 休日・夜間の健診については、被保険者数規模が小さくなるほど、実施している保険者の割合が低い。（アンケート調査結果 p.27）
- 休日の健診については、被保険者数規模が3千人未満の小規模保険者であっても約7割の保険者が実施しており、一定のニーズがあると考えられるが、夜間の健診を実施している3千人未満の保険者は約6%にすぎず、小規模保険者では、健診実施機関との調整が難しい中で費用対効果の低さを理由に実施していないものと考えられる。休日・夜間の健診については、地域特性や費用対効果を考慮した上で、実施の必要性を判断する必要がある。（アンケート調査結果 p.27,30,31）

40歳未満を対象とした健診の実施

- 40歳未満を対象とした健診やハイリスク者への健康相談等については、被保険者数規模が大きくなるほど、実施している保険者の割合が低く、大規模保険者では、必然的に対象者が多くなり、他の事業と比べて優先度を低く設定しているために財源の確保が難しくなっていることが考えられる。（アンケート調査結果 p.27,32,33）
- 40歳未満を対象とした健診を実施している場合、実施していない場合と比べて、特定健診と特定保健指導の実施率が高い傾向が見られる。40歳未満を対象とした健診を受診することが、40歳以降の特定健診の受診意識を高めることにつながっている可能性が高い。（アンケート調査結果 p.34,35）