

令和4年度「被保護者健康管理支援事業に関する担当者会議」
令和5年1月12日（木）13:25～13:55

令和5年1月12日	資料2
令和4年度「被保護者健康管理支援事業に関する担当者会議」	

健康管理支援事業を
より効果的・効率的に実施するために
～国保・後期高齢の保健事業からのヒント～

女子栄養大学 津下 一代

被保護者健康管理支援事業 現状と課題→方向性

①実施体制の構築

【現状】令和3年1月事業の施行、9割以上の福祉事務所で何らかの取組実施。

福祉事務所における保健医療専門職の在籍状況は様々、取組に関しても自治体間で濃淡。庁内の関係部局との連携状況は、保健部局とは進みつつあるが、**その他の部局との連携**は低調。

↓【方向性】

各地域の実情に応じて、**効果的・効率的な実施体制**を構築する。

ケースワーカーのみで支援を行うのではなく、**他制度や関係機関との連携や協働も進めていく**ことが必要。

被保護者健康管理支援事業 現状と課題→方向性

②PDCAサイクルの構築

【現状】 データ分析や事業評価等において課題を抱えている福祉事務所が多い。

↓ 【方向性】

EBPMの観点からの事業の推進：データを効率的に収集・活用
事業の評価指標・目標を設定、進捗確認、効果検証

- ・ データ分析や事業評価の局面でも、保健医療分野の専門的人材の確保が重要。
- ・ 保健部局、保険者として保健事業等に取り組む国民健康保険部局等との連携
- ・ 都道府県が、後方支援（データ分析支援、評価支援等）

被保護者健康管理支援事業 現状と課題→方向性

③事業の機能強化

○事業の対象者には、精神疾患や孤独・孤立等の社会生活面での課題を有する方も含まれる。また、生活保護世帯の子どもについても健康面での課題がみられる。

→被保護者自身の健康意識や自尊感情の改善のため、社会生活面のアプローチを強化
子ども：学習・生活支援事業等の取組等との連携により、健康課題を把握、
親も含めた世帯全体の支援の観点も含め、取組を推進。

○頻回受診対策：一定の成果が得られているが、未改善の者が約半数。

理解が難しい場合や、孤立・不安に起因する場合は、取組の効果が出にくい。

→頻回受診未改善者を保健指導・生活支援の対象に位置づける。

医療機関以外の多様な居場所につなぐ等、健康管理支援への切れ目のない対応。

○重複投薬及び多剤投薬等に特化したレセプト点検や、薬局と連携した薬学的管理・指導の強化の実施は低調。

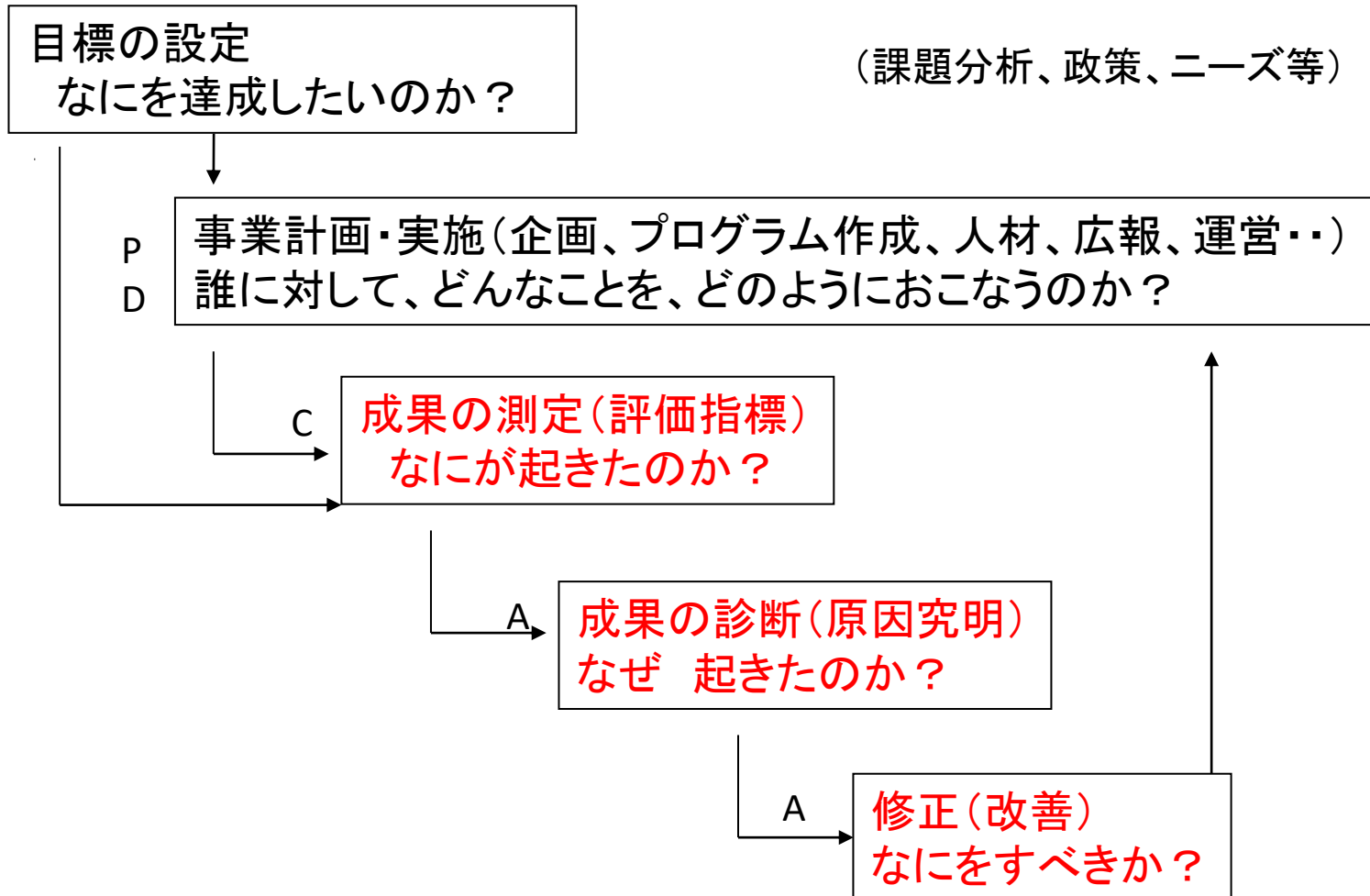
→医師・薬剤師等の医療関係者と連携の上、健康増進の観点と医療扶助の適正実施の観点から推進していく必要がある。

講演の内容

- 地域の課題分析に基づくPDCAサイクルに沿った事業展開の意義、ポイント
- 保険者データヘルス（市町村国保保健事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）の動向や、保健事業等に蓄積された知見で被保護者健康管理支援事業でも活用できる視点
 - ※ データの活用方法、目標設定と取組指標
 - ※ 事業の継続性
 - ※ 効果的な受診勧奨、保健指導の方法
 - ※ 健康問題へのアプローチの真の目的は？

公共サービスにおける管理プロセス

Phylip Kotler: Strategic Marketing for Non Profit Organization 改変



ロジカルシンキングを意識した企画書づくり

SMARTの法則（ジョージ・T・ドラン氏）

実現可能性の高い目標設定

Specific: 目標が具体的か

Measurable: 目標が測定可能か

Achievable: 目標が達成可能か

Relevant: 福祉事務所の役割として適切な目標か

Time-bound: いつまでに達成するか、期限を区切っているか

実現可能性の重視⇒新たな展開に結び付きにくいこともある
これまでにない新たな企画をつくる(Ambitious)場合:

FASTの法則(Donald Sull & Charles Sull)

ゴール(目標)は**頻繁(Frequent)**に議論され、
不可能でない範囲で、**野心的(Ambitious)**であり、
具体的(Specific)な指標とマイルストーンで計測でき、
透明性(Transparent)が保たれるべき

被保護者に対する健康管理支援の必要性は？

- 被保護者の健康状態をどのように感じていますか？
どのような事態を避けたいと思いますか？

←実践活動＋データで確認

- 改善の可能性があることは何ですか？
どのように実施すればよいですか？

←国の制度を確認、

他自治体の被保護者に対する健康支援を参考に、
国保等の自治体の保健事業を応用して。

- 継続的に着実に成果を出すためには？

←実施体制の確立（庁内外連携）、プログラム化
評価指標をさだめ 計画的に実施

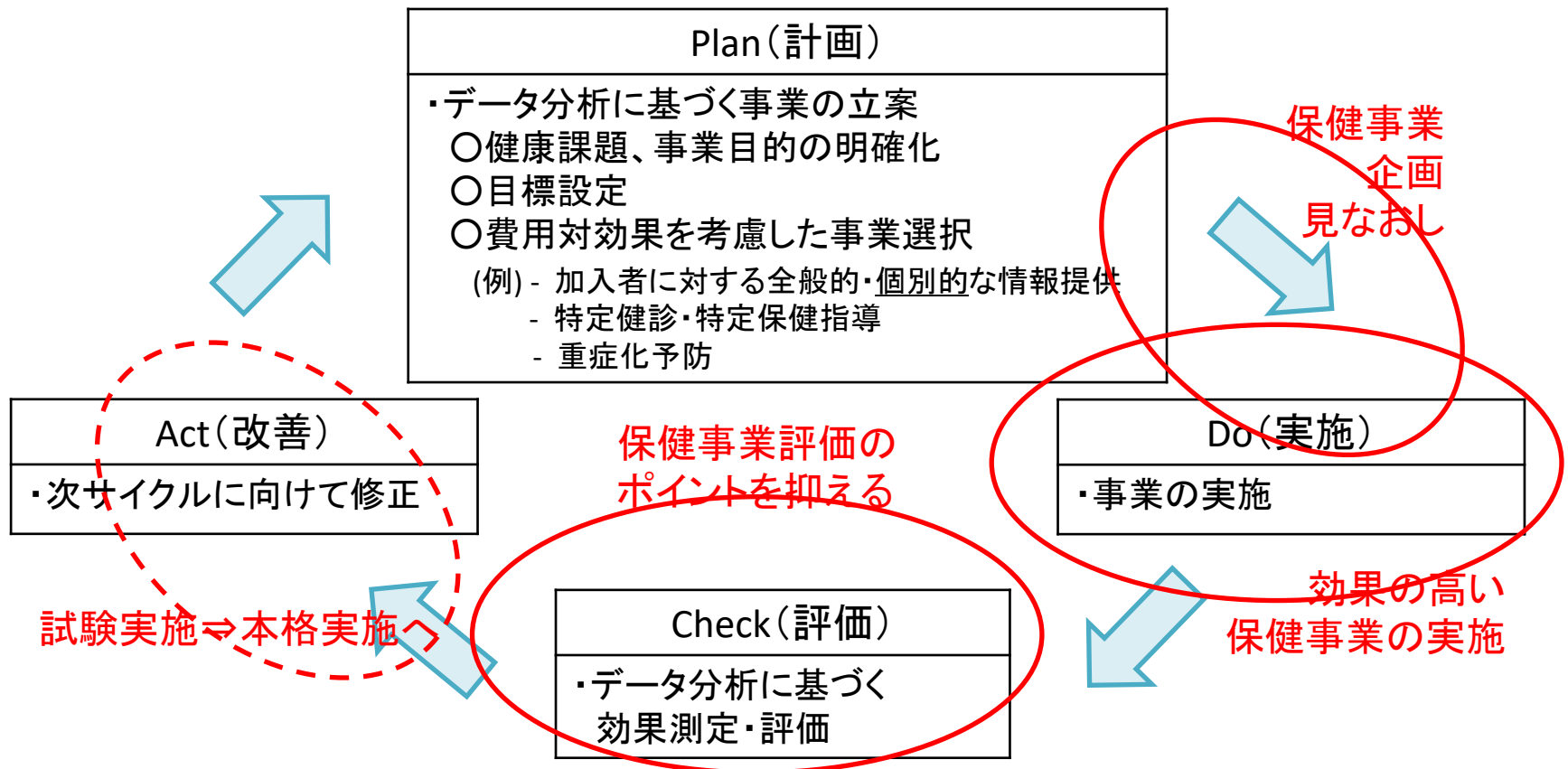
被保護者において健康状態を把握する意義は？ (私見)

- 国保、被用者保険から、生活保護に移行した理由に、
医療的な問題があったかどうか（病気のために働けない、
医療費が払えない等）
⇒レセプトにて治療状況の確認
本人との面談、医師との相談により回復の可能性検討
- 医療的な問題ではない場合
医療保険加入時代には健診・保健指導等が実施義務であるが
生活保護では実施義務がない（健康増進法・努力義務）
⇒健康づくり・生活習慣病予防介護予防ができないこと
による二次的な健康障害を予防する必要性
⇒健康支援を通して、健康確保・自己効力感
- 自己負担がないために、過剰な医療を受けていないかの確認

保険者における「データヘルス計画」とは

「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく
効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

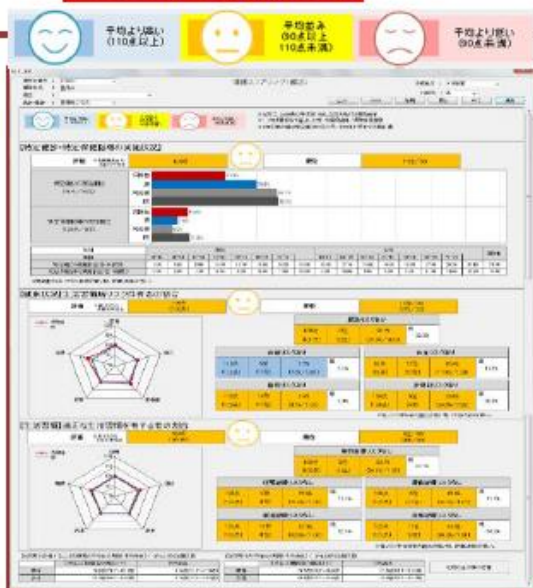


KDBにおける健康スコアリングレポート

健診

比較先（県、同規模、国）の平均を基準値（100点）とし、以下の3段階の顔マークで評価し表示している。

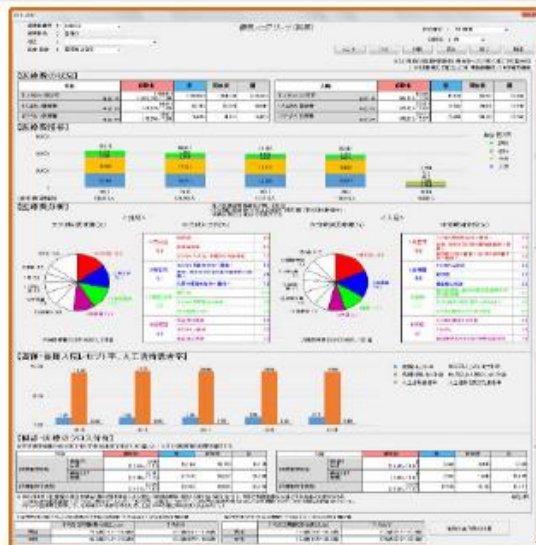
平均より高い（110点以上）…青
平均並み（90点以上110点未満）…黄
平均より低い（90点未満）…赤



医療

1人当たりの医療費を都道府県等の平均と比較できる。

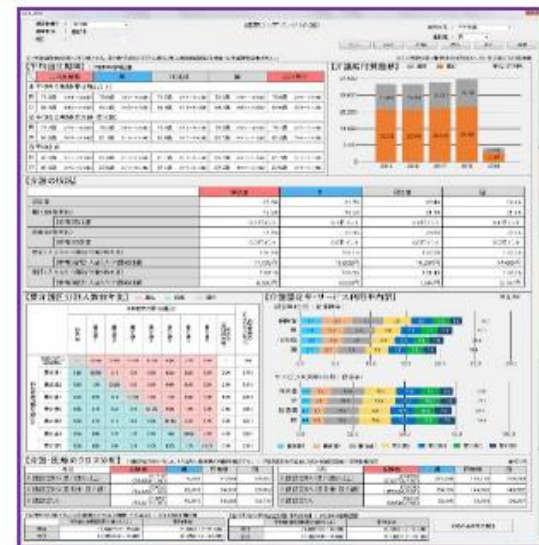
健診・医療のクロス分析で、特定保健指導が医療費削減に結果として結びついているか等、都道府県等の平均と比較できる。



介護

平均自立期間、介護の状況、介護給付費等を都道府県等の平均と比較できる。

介護・医療のクロス分析で、介護認定度と1人当たりの医療費の相関関係を都道府県等の平均と比較できる。



保険者等一覧

同一都道府県内の保険者について、「健診・医療・介護画面の各項目」の数値データを一覧表形式で確認できる。

※都道府県、後期広域連合、国保連合会ユーザのみ閲覧可能。

【データの活用方法、目標設定の考え方と取組指標】

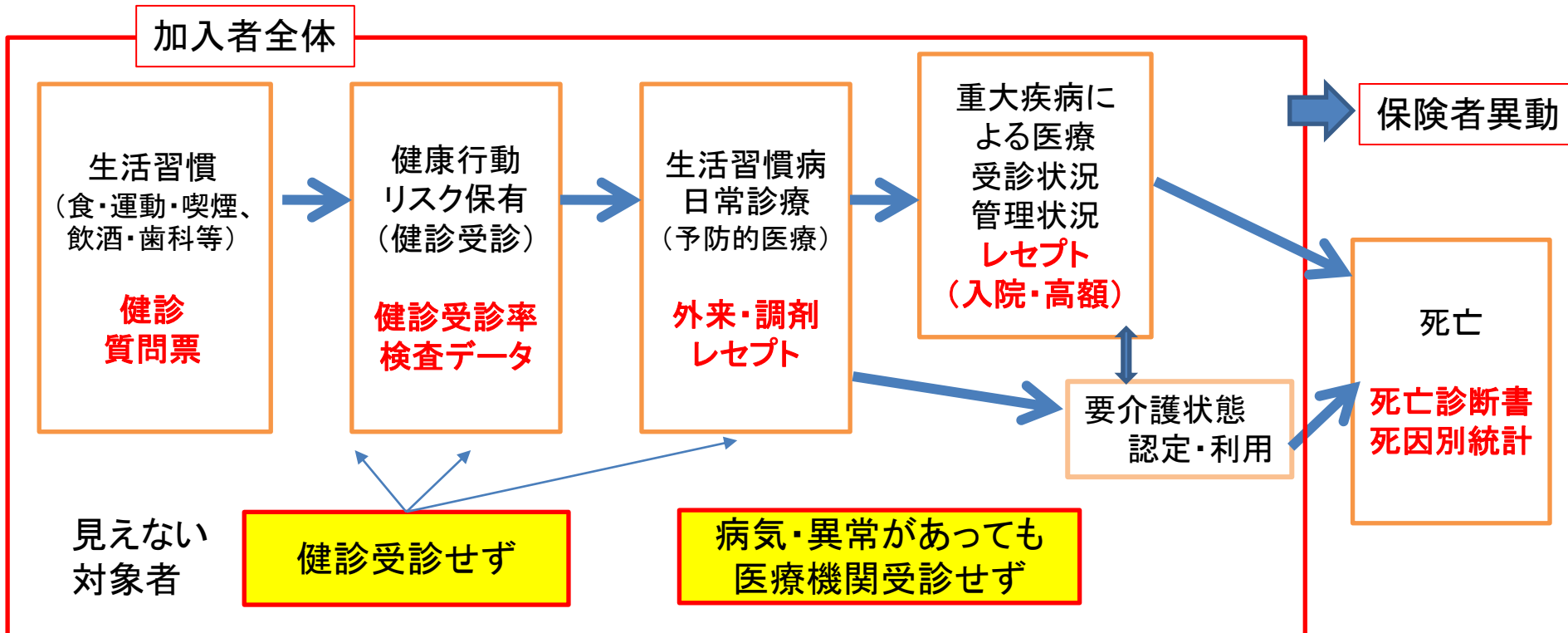
データの特徴を考える

データ間の関連を考える：前後の指標をみる

データに表現されていない対象者の存在を考える

- 保健活動の**実感**を大切にする。

資格喪失
理由の確認

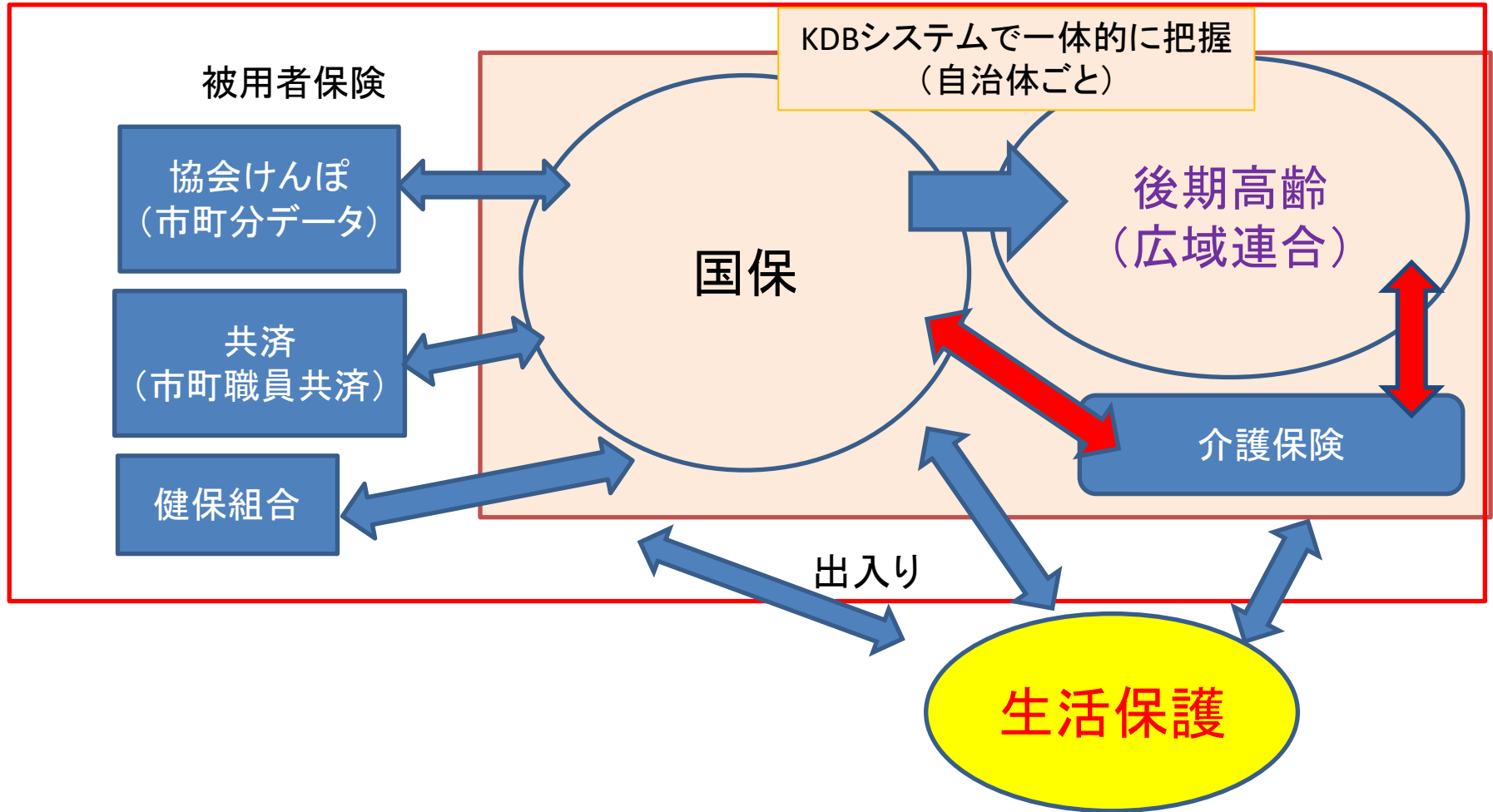


健診等のデータ分析の留意点

- 健診データは健診受診者情報に限られるので、受診率が低い場合には集団全体の特性とは言えない。（受診率を高めることが重要）
- しかし、リスクの層別化、介入可能性のある者の発見に役立つ（健診項目は、介入可能性を考慮して定められているため）
- 全国・他自治体等と比較する場合には、性・年齢別、もしくは調整データを活用する。
- 国保と被保護者データを比較する場合には、年齢区分別の有所見率を比較するとよい

保険者のデータの構造

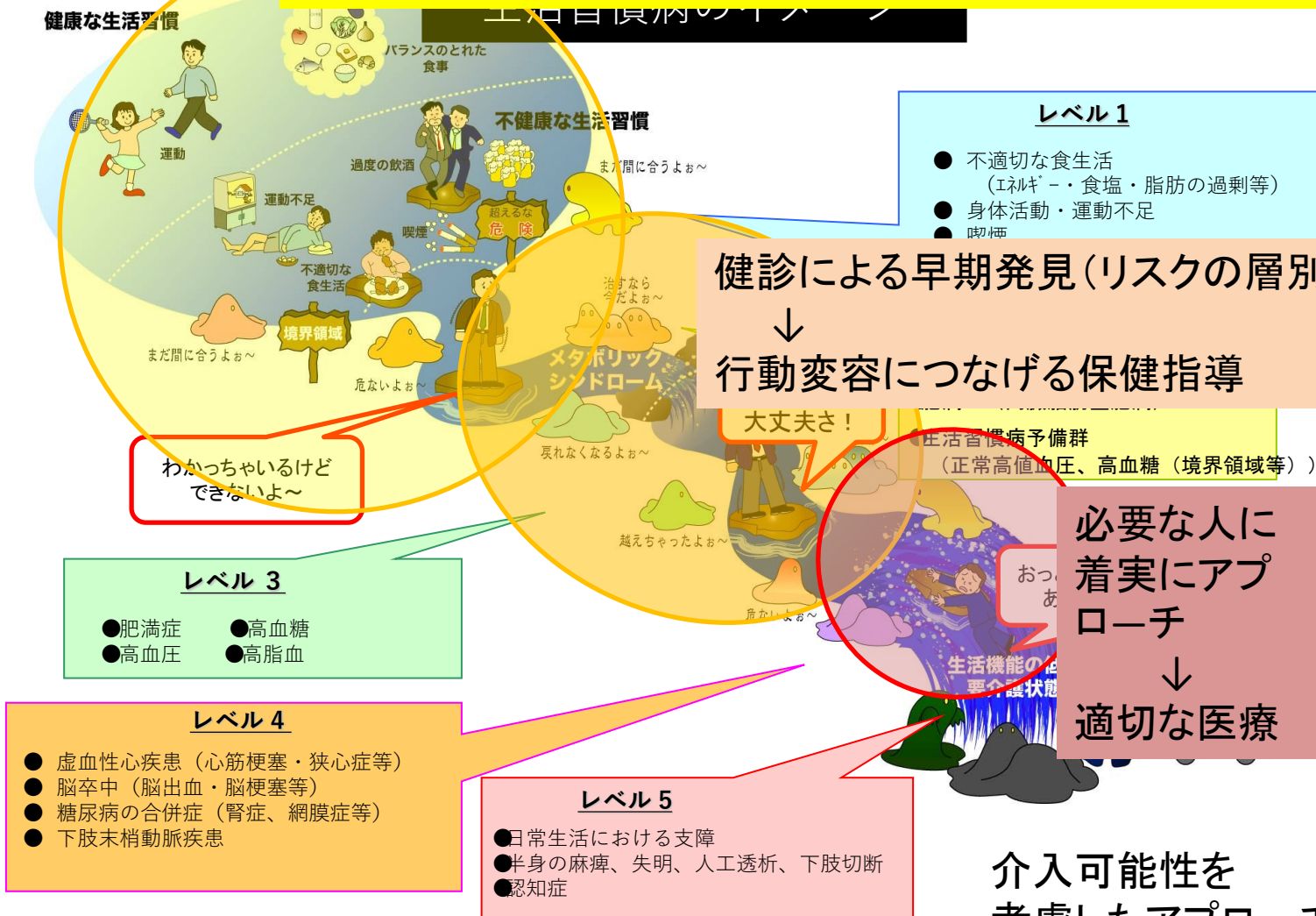
国民全体ではNDBで把握



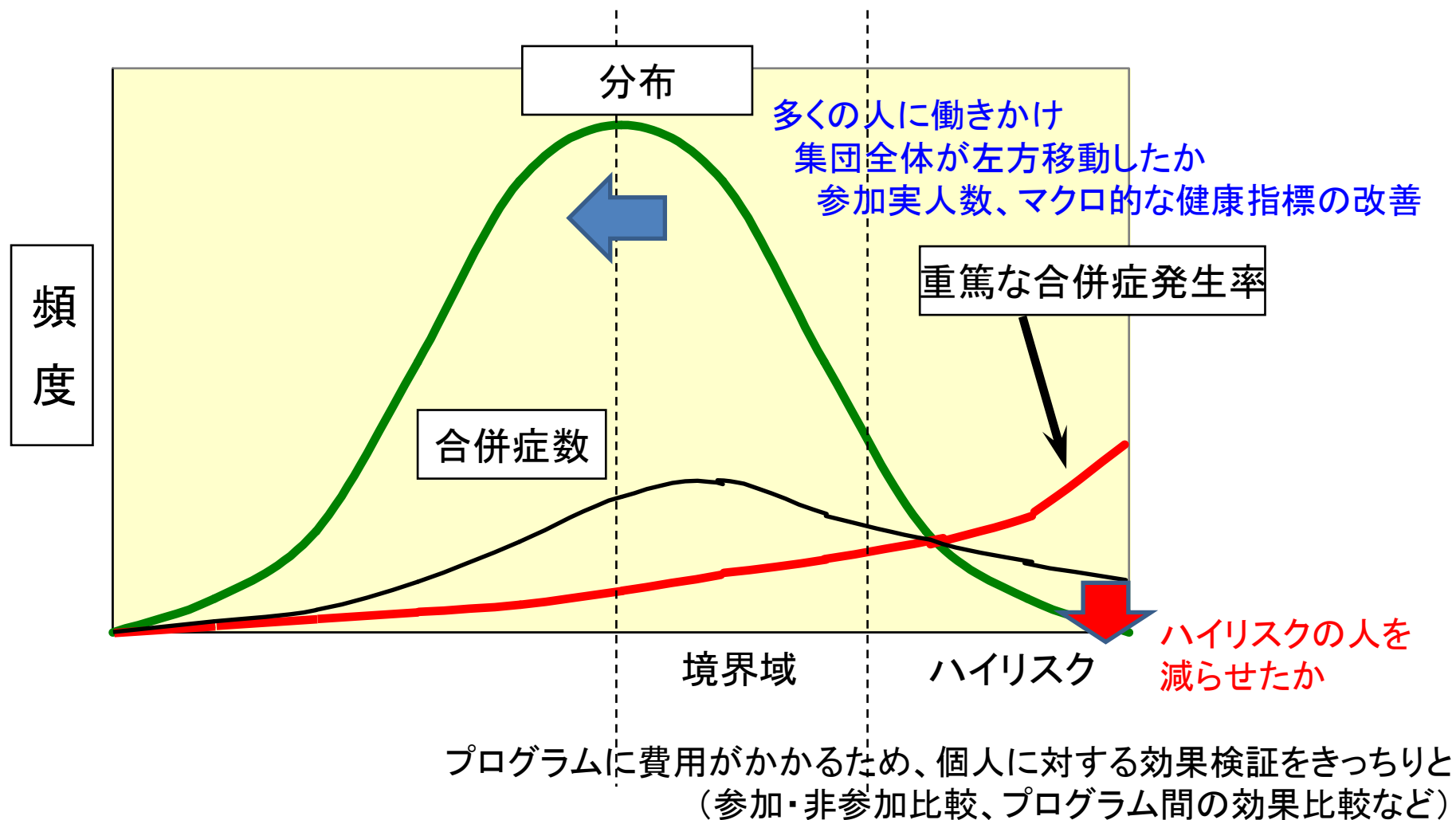
講演の内容

- 地域の課題分析に基づく P D C A サイクルに沿った事業展開の意義、ポイント
- 保険者データヘルス（市町村国保保健事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）の動向や、保健事業等に蓄積された知見で被保護者健康管理支援事業でも活用できる視点
 - ※ データの活用方法、目標設定と取組指標
 - ※ 事業の継続性
 - ※ 効果的な受診勧奨、保健指導の方法
 - ※ 健康問題へのアプローチの真の目的は？

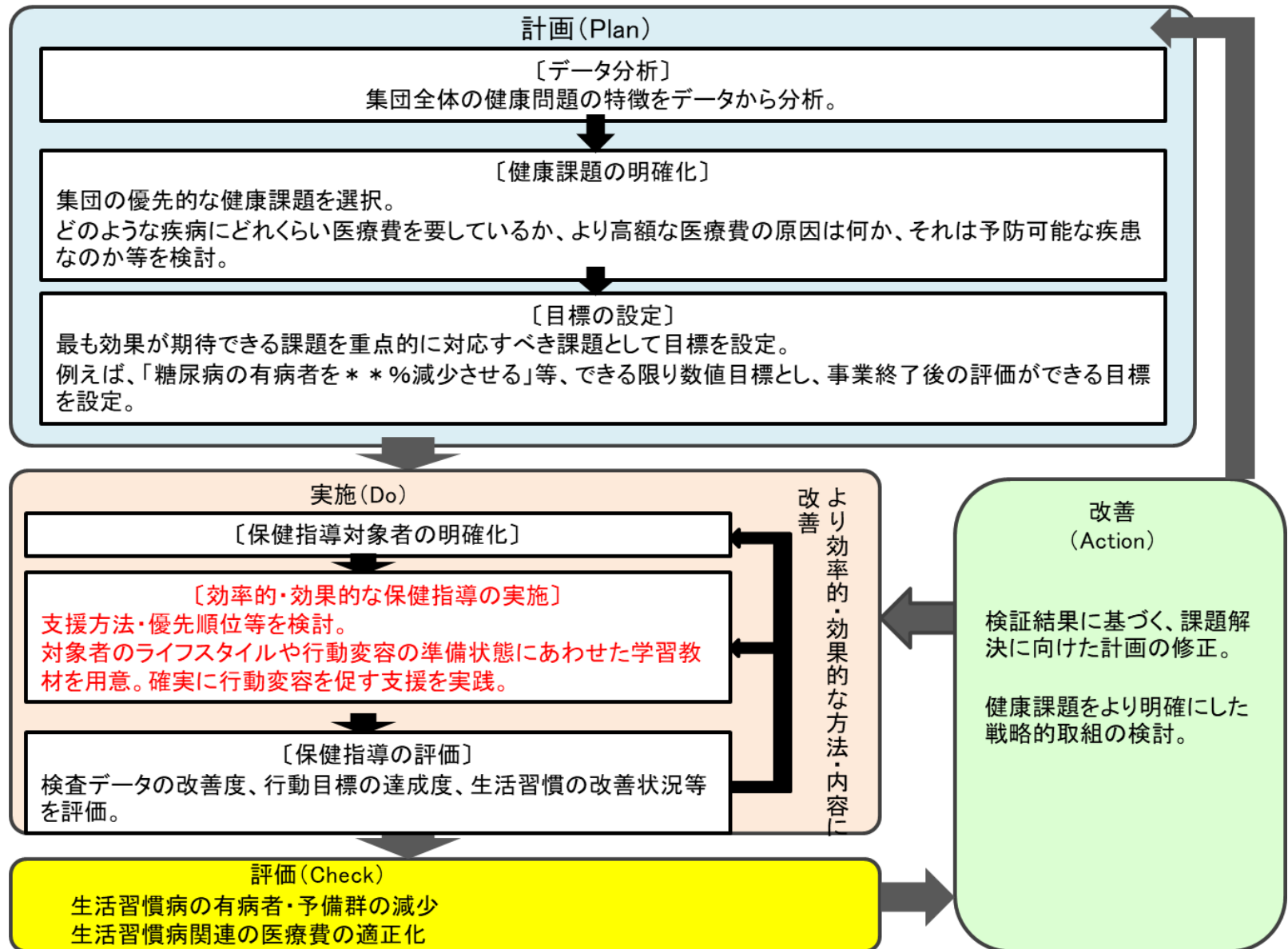
ポピュレーションアプローチ(啓発・健康な環境づくりなど)
(対象者の属性、地域特性に合わせた集団全体としての関わり)



ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの評価



保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



健保組合 共通評価指標（被用者保険：壮年期層までの健康指標の参考）

比較的变化を捉えやすい指標
 共通評価指標を設定しない領域

共通評価指標分類	アクティビティ	アウトプット	アウトカム
生活習慣病対策 （予防・早期発見）	（特定健診・保健指導を除いて、個々の保健事業の実施方法には保険者の裁量がある一方、アウトカム又はアウトプットで適切な指標が設定されていれば、必ずしもアクティビティの指標は必要ではないため）	特定健診実施率	生活習慣：リスク保有者率
		特定保健指導実施率	健康状況：リスク保有者率
			健康状況：内臓脂肪症候群該当者割合
			健康状況：特定保健指導対象者割合
			健康状況：特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率
			健康状況：肥満解消率
			健康状況：予備群の状態コントロール割合
生活習慣病対策 （早期治療・重症化予防）		受診勧奨対象者の医療機関受診率	健康状況：疾患群の病態コントロール割合
がん対策		5大がん精密検査受診率 （がん検診受診率は取得困難）	（がんの治療アウトカムには、保険者の取組で関与が難しいため）
歯科疾患対策		（現状、一律に取得可能な指標がないため）	
上手な医療のかかり方			後発医薬品の使用割合
			重複・多剤投薬の患者割合

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」

1. 目的

- (1) 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結びつける
- (2) 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、ハイリスク者に対して生活指導を行う

2. 対象者の抽出基準

- (1) 未受診、受診中断者: レセプト・健診データから把握
- (2) ハイリスク者(抽出条件を定義)

糖尿病性腎症の第2期、第3期(及び第4期)と思われる者を抽出し、名簿を作成する
保険者が該当する者を抽出した上でレセプトデータを照合して受診の有無を確認する

3. 方法

- (1) 未受診、受診中断者への受診勧奨
- (2) ハイリスク者への生活指導

生活指導対象者選定に当たっての考え方、生活指導実施までの手順

生活指導の内容: 学会ガイドライン、介入研究を基に病期ごとに整理

4. かかりつけ医と糖尿病及び腎臓専門医、保健指導実施者の連携体制・情報共有方法

5. 評価指標: 短期・中期・長期

事業全体の体制、進捗状況や介入の効果を評価する

自治体が行う事業評価(例)

【ストラクチャー評価】

- ・実施体制が構築できたか
- ・課題分析結果に基づき、対象と目的、方法が決定できたか
- ・関係者間での理解が得られ、連携体制 が構築できたか
- ・予算、マンパワー、教材の準備
- ・保健指導者の研修
- ・運営マニュアル等の整備
- ・健診・医療データの集約方法

【プロセス評価】

- ・スケジュール調整
- ・対象者の抽出、データ登録ができたか

【アウトプット評価】

- ・抽出された対象者の何%に受診勧奨、保健指導ができたか
- ・地区、性・年代別に偏りはないか

【アウトカム評価】

- ・受診につながった割合
- ・行動変容
- ・保健指導介入例のデータ変化（個人・集団）
- ・血圧、血糖（HbA1c）、脂質、体重
- ・喫煙、生活習慣
- ・尿蛋白、尿アルブミン、クレアチニン、eGFR低下率、クレアチニン2倍化速度、腎症病期、透析新規導入率
- ・心血管イベントの発症
- ・服薬状況
- ・生活機能QOL等

【費用対効果】

- ・事業にかかる費用と効果

医療保険者としてのマクロ的評価（KDBの活用）

- ・新規透析導入患者
- ・HbA1c8.0%以上の未治療者
- ・糖尿病性腎症病期、未治療率
- ・健診受診率 ・医療費推移 等

糖尿病性腎症重症化予防 取組自治体の状況(厚労科研)

89/110自治体(80.9%)のデータ

レセプトなし	健診受診者 レセプトなし	健診未受診者 レセプトなし (検査情報なし)
	C 糖尿病基準該当 + 受診なし 28 A 糖尿病性腎症 + 受診なし 82	E 過去に糖尿病治療歴あり 現在治療中断 15
レセプトあり	B 糖尿病性腎症 + 受診あり 46 健診受診者 レセプトあり	D 糖尿病治療中 尿アルブミン、尿蛋白 eGFR 有所見かつ医師の推薦あり 20 健診未受診者 レセプトあり (検査情報なし)
健診受診		健診未受診

※複数のセグメントを組み合わせて対象としている

事業形態

96/110自治体(87.3%) ※埼玉県は39自治体一括

受診勧奨事業(未治療者への医療機関受診勧奨)	93自治体
保健指導事業(医療機関と連携した継続的な保健指導)	77自治体
再掲: 受診勧奨+保健指導	74自治体

健診受診者について、検査値区分別に対象者数を把握 →受診勧奨・保健指導対象者数の把握、実施方法の検討

糖尿病未治療者（人）※¹

		腎機能												腎機能 血圧区分 判定不可 ※3	総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(±)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)					
		血圧区分 ※2													
		治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計		
H b A 1 c (%)	8.0以上	1	0	0	1	1	5	4	10	2	5	5	12	1	24
	7.0～7.9	1	1	3	5	6	9	14	29	10	11	19	40	2	75
	6.5～6.9	1	2	3	6	17	16	19	52	17	15	30	62	3	122
	6.5未満	34	26	50	110	299	245	557	1,102	516	471	1,295	2,281	4	3,497
	合計	37	29	57	122	323	274	595	1,192	545	502	1,347	2,394	10	3,718

点線青枠：健診・レセプト情報から糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外（CKD対策、高血圧対策としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う）

糖尿病治療中の者（人）※¹

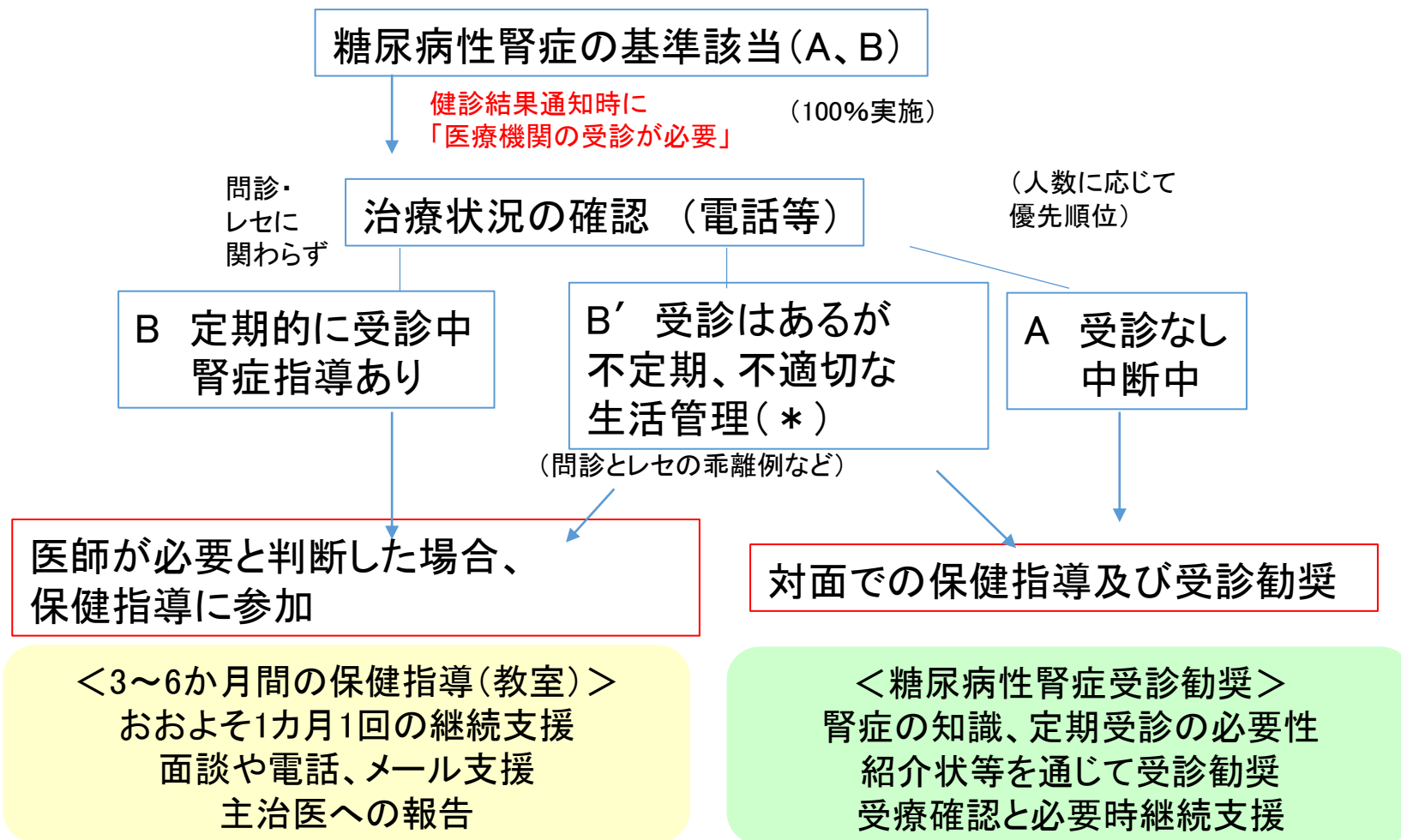
		腎機能												腎機能 血圧区分 判定不可 ※3	総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(±)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)					
		血圧区分※2													
		治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計		
H b A 1 c (%)	8.0以上	1	0	0	1	6	2	2	10	7	1	6	14	1	26
	7.0～7.9	3	0	1	4	18	3	4	26	23	5	14	43	2	74
	6.5～6.9	4	0	0	4	20	3	6	28	25	5	15	44	3	79
	6.5未満	5	0	1	6	27	2	6	35	42	5	19	66	4	111
	合計	12	0	2	15	71	9	18	98	97	16	54	168	10	280

糖尿病治療中の場合にはHbA1c<6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病治療中で主治医があるため、高血圧未治療でも受診勧奨ではなく保健指導とする。

保健指導Ⅰ	255人	受診勧奨Ⅰ	87人	CKD対策	1,212人
保健指導Ⅱ	78人	受診勧奨Ⅱ	52人	高血圧受診勧奨	742人
保健指導Ⅲ	14人	受診勧奨Ⅲ	26人		

抽出した対象者に対する対応方法を検討する

健診から把握した糖尿病性腎症（医療機関受診なしA、受診ありB）



- *・自身の糖尿病コントロール状況(HbA1c値等)を知らない
- ・自身の腎機能の状態を知らない
- ・腎症の治療を受けているが、本人が腎症であることを認識していない
- ・腎機能を守るために必要な生活管理の方法を知らない

受診勧奨事業を具体的に計画する

【目的】

・対象者自身が糖尿病性腎症について、定期通院により腎機能を悪化させない必要性を理解し、継続的な受診行動につながる

【手段】

・通知、電話、個別面談、戸別訪問等

【実施方法】

第1～2期: 保険者の判断で優先順位を検討する

(尿蛋白、eGFRの優先順位、HbA1cや血圧等のコントロール状況)

第3～4期: 100%受診勧奨が必要

勧奨後も受療が確認されない場合は、再度別の方法で受診勧奨を試みる(通知⇒電話⇒訪問)。

<ポイント>

- ◆事前の概数把握の対象者数から、実現可能性を考慮し、優先順位や方法を検討する
- ◆事務職中心に通知文を作成する軽い受診勧奨から、専門職が検査値と受診の必要性の理解を促す保健指導を含めた受診勧奨まで、関わり方の濃淡を検討する
- ◆受診勧奨後のフォロー体制について検討する
- ◆治療中断しやすい人には、受診継続の抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う

受診勧奨のポイント

- 過去の**治療歴**を確認する。
- 健診データの**重み**について、本人が納得できるように説明する。
- 受診すると**どのようなこと**が行われるのか、説明しておく
 - 薬物治療だけが受診の目的ではなく、生活改善の効果確認
 - 合併症が起っていないかを検査する、
 - 専門的に指導を受けることができる、等
- 経済的な理由**から受診中断をしている例も少なくない。
 - 放置と治療開始の損得について説明する。
 - 国保時代から引き続いて受診していない場合には
 - 医療扶助のしくみを説明する
- 受診して、何か**不安・疑問を聞く**
- かなり結果が悪い場合には、1週間以内、1か月以内など期限を切って受診を促す。

保健指導事業を具体的に計画する

【目的】

- ・対象者自身が糖尿病性腎症の重症化予防について理解を深め、腎機能を悪化させない生活習慣を自ら取り組む

【手段】

- ・電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導(教室)等

【実施方法】

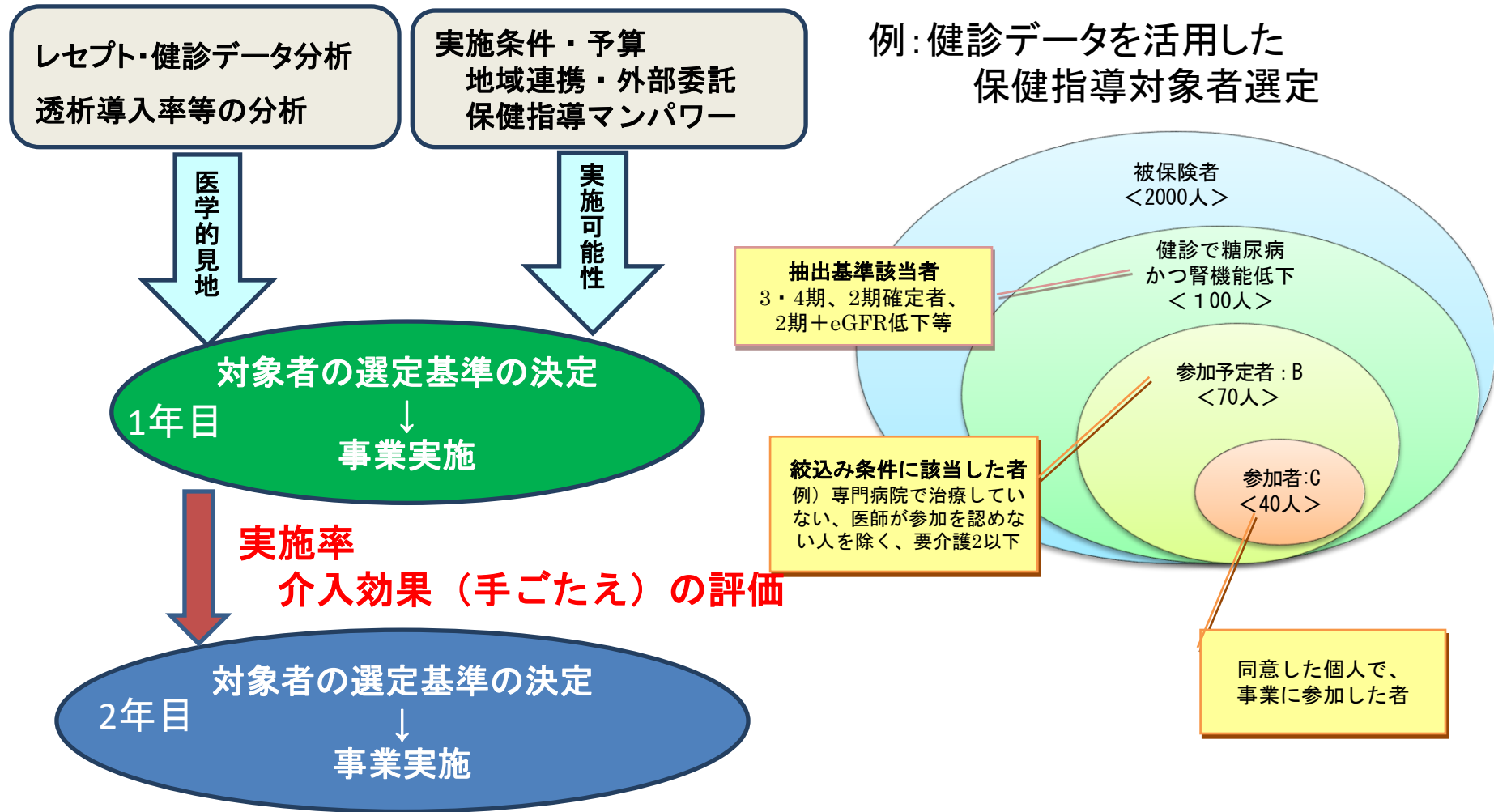
第1～2期: 個別、集団などを組み合わせて実施

第3～4期: 初回は個別面談、訪問等による対面指導を行う

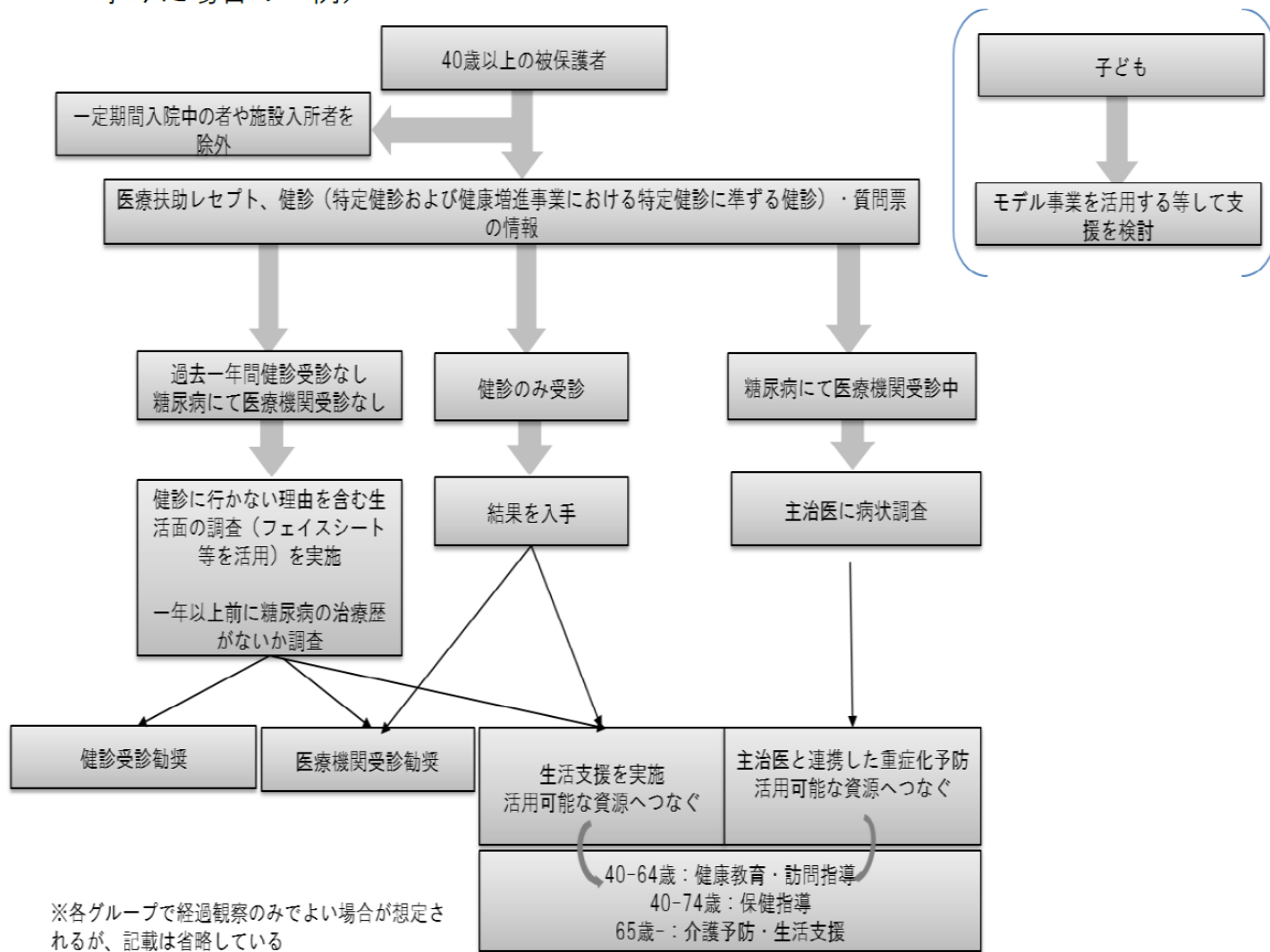
＜ポイント＞

- ◆健診結果や医療機関の検査値を用いて、自身の健康状態(糖尿病性腎症)を正しく理解してもらい、必要な生活改善につなげる
- ◆定期的な検査(血液、尿検査、眼底などの合併症検査、歯科検査等)の必要性を理解できるように支援する
- ◆糖尿病連携手帳や連絡票等の用いて、かかりつけ医と連携した対応を行う

各自治体における優先順位の考え方



図表4 健康管理支援事業対象者・参加予定者の抽出イメージ（健康課題として糖尿病を挙げた場合の一例）



講演の内容

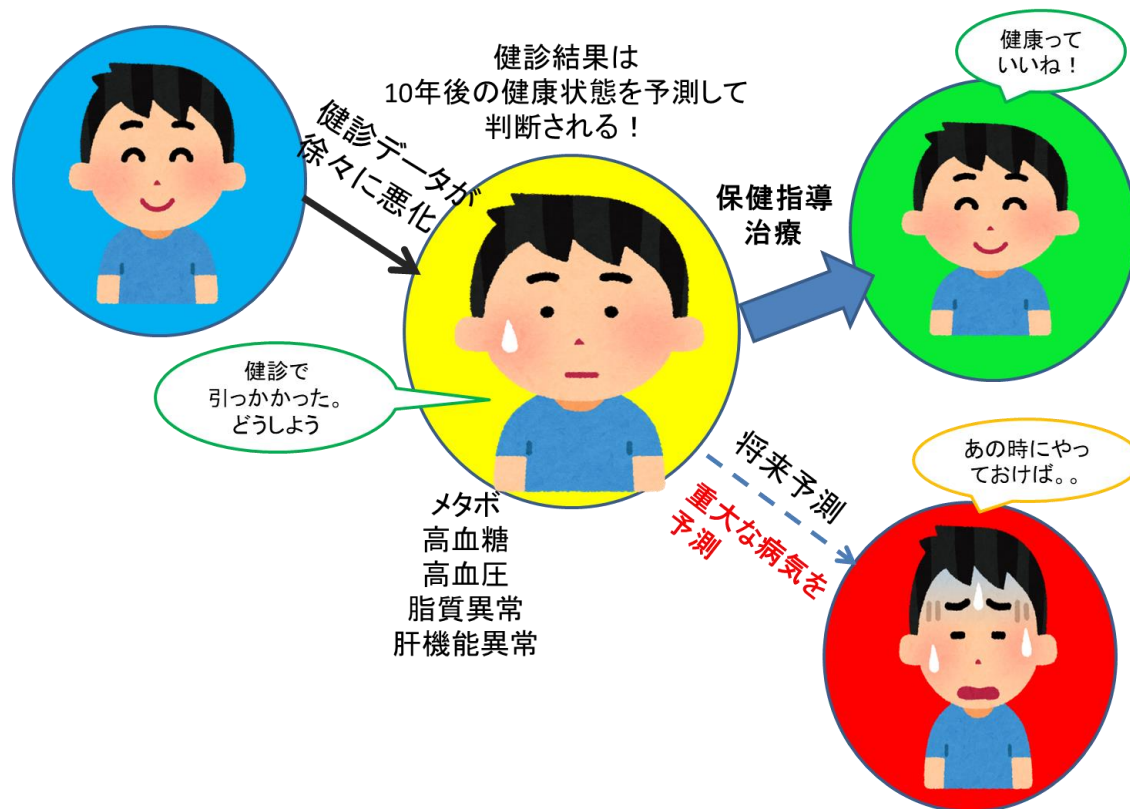
- 地域の課題分析に基づく P D C A サイクルに沿った事業展開の意義、ポイント
- 保険者データヘルス（市町村国保保健事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）の動向や、保健事業等に蓄積された知見で被保護者健康管理支援事業でも活用できる視点
 - ※ データの活用方法、目標設定と取組指標
 - ※ 事業の継続性
 - ※ 効果的な受診勧奨、保健指導の方法
 - ※ 健康問題へのアプローチの真の目的は？

☆ 健診等の結果をわかりやすく説明する⇒自分のデータに関心を持つ人を増やす

健康診査の役割 = からだのメンテナンス

体で起きている変化、有害現象を検出（モニタリング）

悪い兆候があれば、生活習慣改善（原因除去）、治療（修理・補修）



どうすれば、健康状態（検査値）が改善するかを伝える。

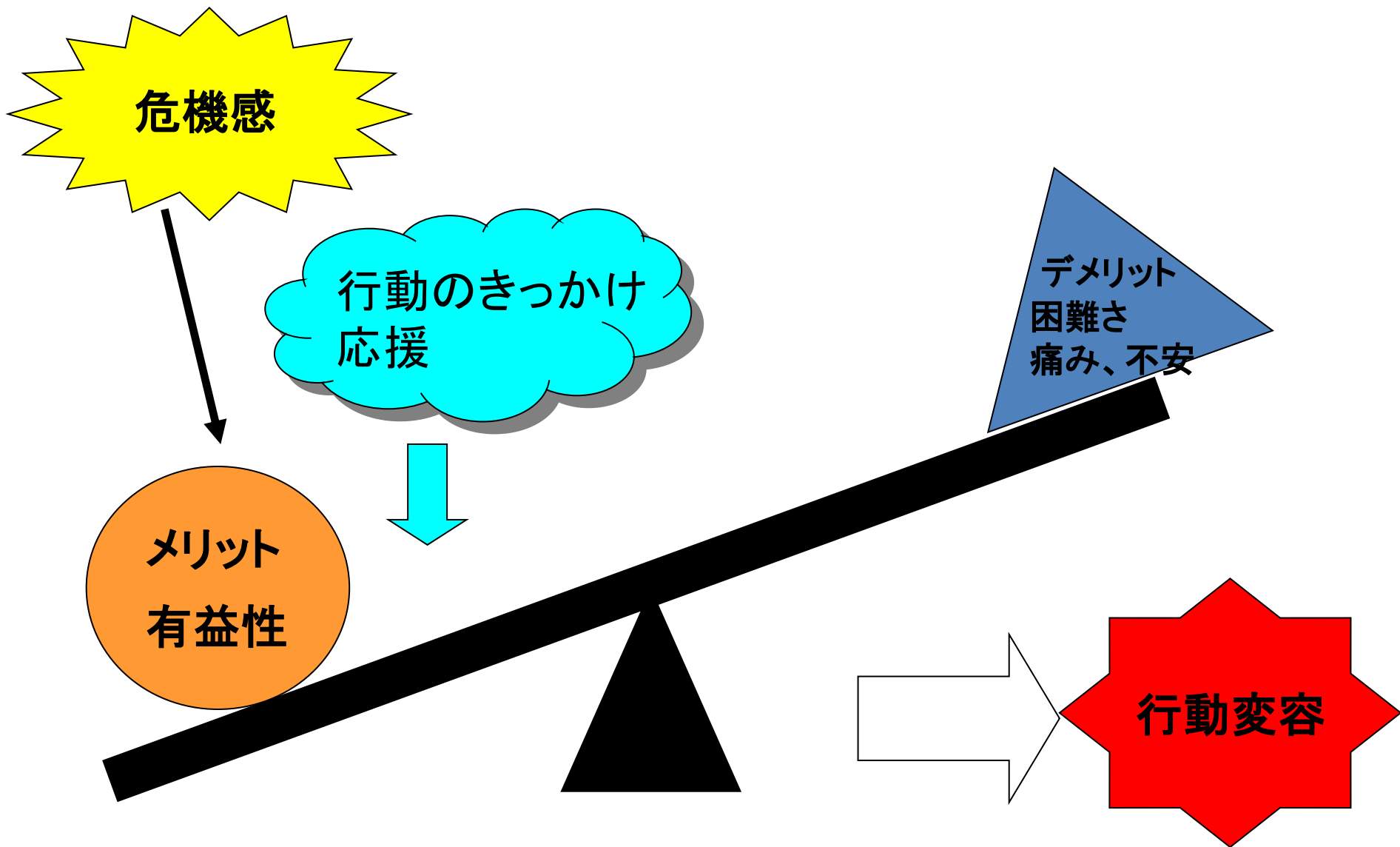
危機感

行動のきっかけ
応援

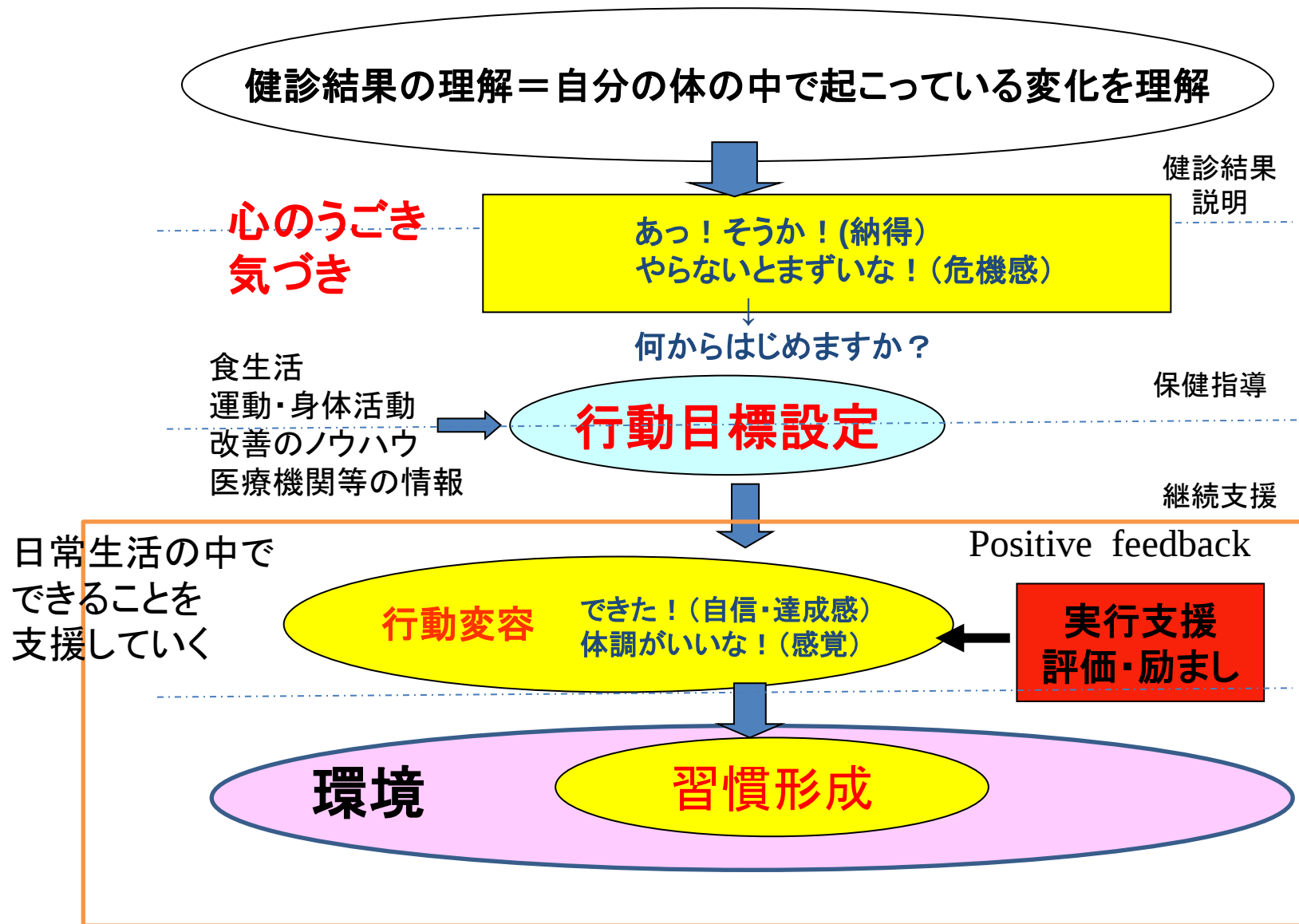
デメリット
困難さ
痛み、不安

メリット
有益性

行動変容



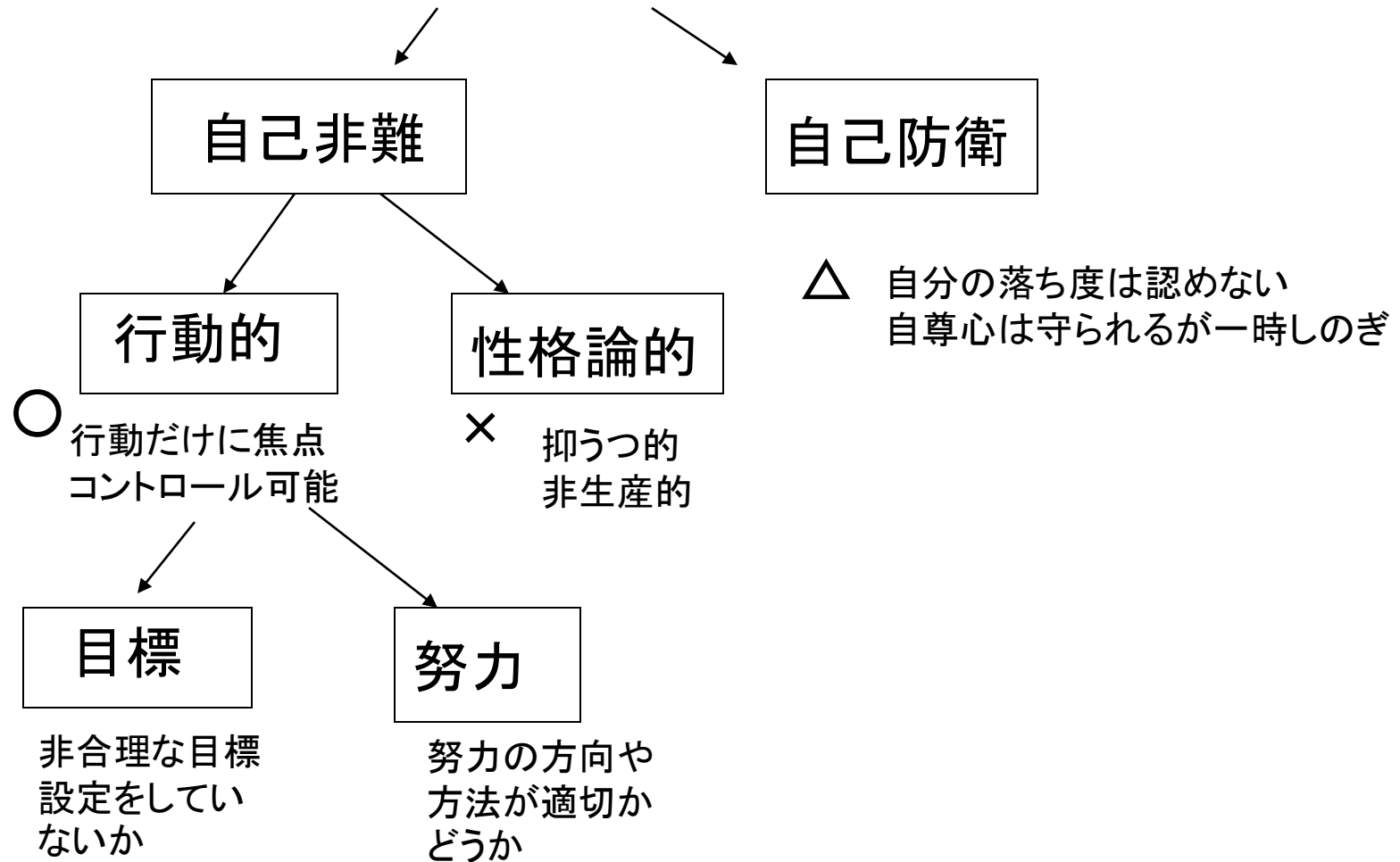
保健指導のプロセス



セルフマネジメント

目標設定	段階的に行動の目標を設定する。 目標は 明確で数量化でき、短期的 なもの。
自己報酬 楽しみ！	目標が達成されたとき、自分自身で報酬を受ける。好きなものを買うなど。
セルフ モニタリング	行動の記録、自己評価、言い訳・自慢 体重・歩数・行動目標の評価など
行動契約	指導者と行動契約書を交わすことにより、行動実践への拘束力を高める。
セルフトーク	内部的な対話。自分自身に教示。 肯定的思考を増やし、否定的思考を減らす。
ソーシャル サポート	家族や友人と一緒に行動してくれたり、応援してくれる。

「うまくいかない」状況から抜け出す



フェースシートを作ろう

A.Aさん ○歳男性

大切にしていること		健康のためにしていること	身近な人の病気	福祉・介護
				なし
生活背景 (聞き取り・ケースワーク)	仕事	家族構成	生活環境	趣味、仲間
	もともとどんな仕事をしていたか？			
生活習慣 (質問票・聞き取り)	食生活	運動習慣	喫煙・飲酒	その他
	夜食・間食・朝抜き 昼コンビニ 酒のつまみ	運動習慣なし 10分歩行1／3日	喫煙あり 20本×30年 飲酒毎日2～3合	睡眠OK 趣味 パチンコ
身体状況 (健診データ・治療状況)	〇〇治療中 腹囲95、BMI26.7 体重増減±3以内 血圧142/92 TG206 HDL24.6 FPG99 GPT 55 ,GOT39			

高齢者に特有の健康障害

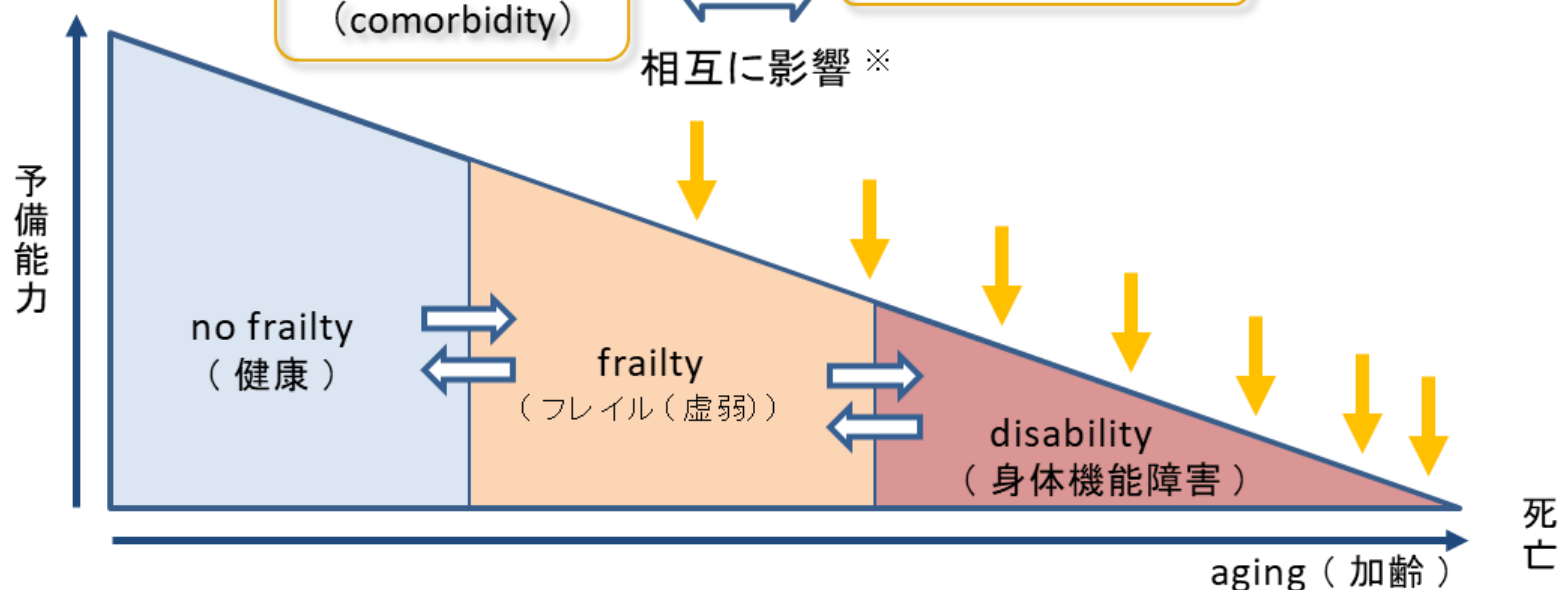
●高血圧 ●心疾患 ●脳血管疾患
●糖尿病 ●慢性腎疾患(CKD)
●呼吸器疾患 ●悪性腫瘍
●骨粗鬆症 ●変形性膝関節症等、
生活習慣や加齢に伴う疾患

●認知機能障害 ●めまい ●摂食・嚥下障害
●視力障害 ●うつ ●貧血
●難聴 ●せん妄 ●易感染性
●体重減少 ●サルコペニア(筋量低下)

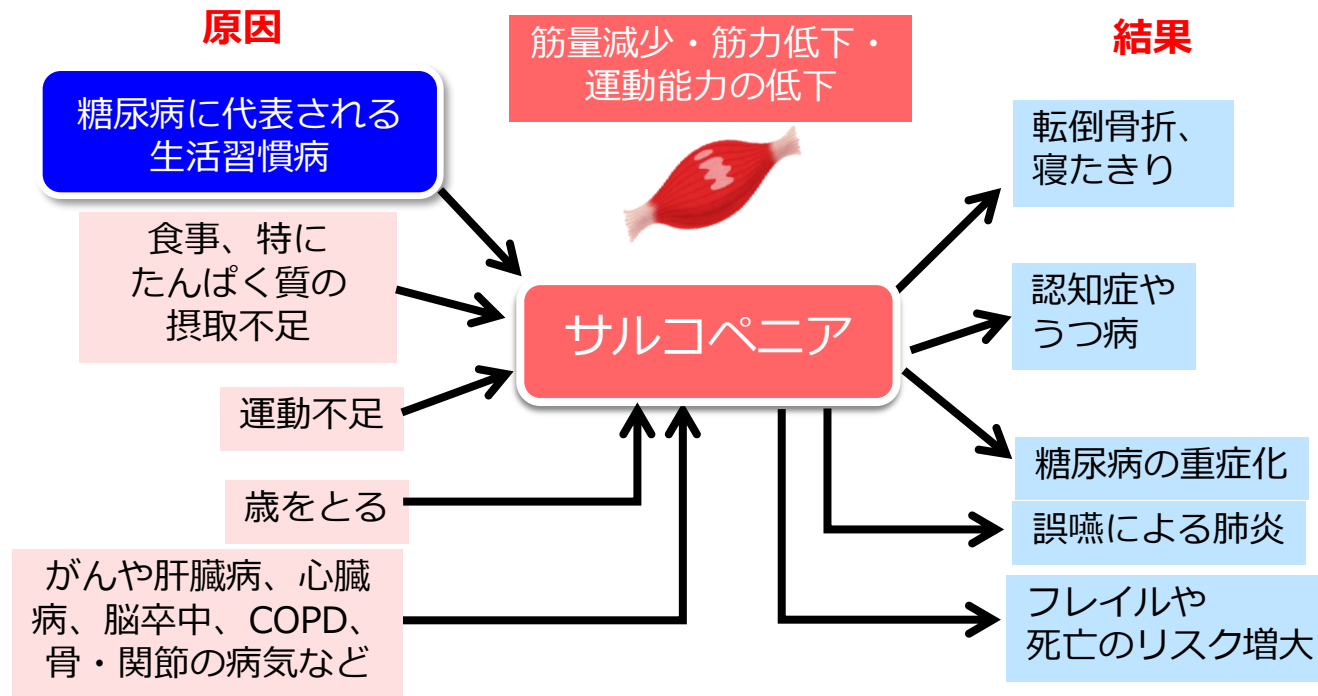
慢性疾患を併存
(comorbidity)

and/or
相互に影響 ※

老年症候群



サルコペニアの原因と転機



糖尿病に代表される生活習慣病はサルコペニアのリスクを2倍以上に増加

Cruz-Jentoft et al. Age Ageing, 2010; Anbalagan VP et al. DTT, 2013;
Ishi S et al. PLoS One, 2014; Lu CW et al. ORCP 2013

後期高齢者の質問票

	類型	質問文
1	健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか
2	心の健康状態	毎日の生活に満足していますか
3	食習慣	1日3食きちんと食べていますか
4	口腔機能	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか
5		お茶や汁物等でむせることがありますか
6	体重変化	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか
7	運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか
8		この1年間に転んだことがありますか
9		ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか
10	認知機能	「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていませんか
11		今日が何月何日かわからない時がありますか
12	喫煙	あなたはたばこを吸いますか
13	社会参加	週に1回以上は外出していますか
14		ふだんから家族や友人と付き合いがありますか
15	ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか

ポジティブなメッセージにつなげる

- 対象者本人の安心、楽しみ、社会とのつながり等、**ポジティブな要素を重視、健康管理の大切さを実感**できるよう声かけする。
- 生活の中で「**できること**」に着目。それを維持し、増やしていくという観点から行動目標を設定する。
- **本人によるセルフケアだけでなく、家族や周囲の支援（保健サービス等）活用**を適切に組み合わせる。
- **医療機関へのつなぎ、他の保健事業との連携や移行**なども含め、対象者の状況に応じ**柔軟**に実施することが必要である。

効果的な保健指導のポイント

- 動機づけのために検査データ等をうまく活用できるか？
疑問に答えられるか？
これならできそう！を提案できるか？
- 日常生活の中で できそうなことを本人に決めてもらう
- 毎日の生活チェック、できたことを評価
（スマホなどで）記録をつけることなど
- 継続への意欲を高める
- 現在できていることを続けることもOK

重症化予防事業の進め方

庁内体制

- 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理、対象者の概数把握
- 国保、衛生、高齢部門等の庁内での連携体制、チーム形成
- 広域連合、保健所、都道府県等との連携体制

地域連携

- 地区医師会、糖尿病対策推進会議等の地域関係者との会議設定
- データ分析結果提示と重症化予防対策における連携体制の構築

事業計画

- 事業対象者の検討(選定基準、抽出方法)、絞り込み
- 介入方法の決定
- 保健指導者の研修
- 運営マニュアル作成、医療機関等との連絡票、データ収集方式の決定

事業実施

- 受診勧奨事業、保健指導事業の実施
- 進捗管理、問題事象への対応
- かかりつけ医との連携、地区医師会への報告・カンファレンス

事業評価

- データのとりまとめ、分析(ストラクチャー、プロセス、アウトカム、アウトプット評価)
- 内部での検討
- 地区医師会、糖尿病対策推進会議への報告

次年度事業の修正

- 改善点の明確化
- 次年度計画の策定
- 対象者の長期追跡体制、事業の引継ぎ

事業計画書を作成(明文化)

1. 研究の概要

目的

〇〇市(町村)において実施される糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果を検証すること

対象

(町村)において実施される以外で選定されたが介入しない。受診勧奨あるいは保健指導プログラム受診勧奨あるいは保健指導

本項目を厚生労働科学研究「研究」、研究代表者：津下

糖尿病性腎症重症化 予防プログラム

実施計画書

〇〇市(町村)

有無、透析導入の有無、

アルブミン

継続支援計画

有無、透析導入の有無、

運営マニュアルや保健指導マニュアルの作成も重要

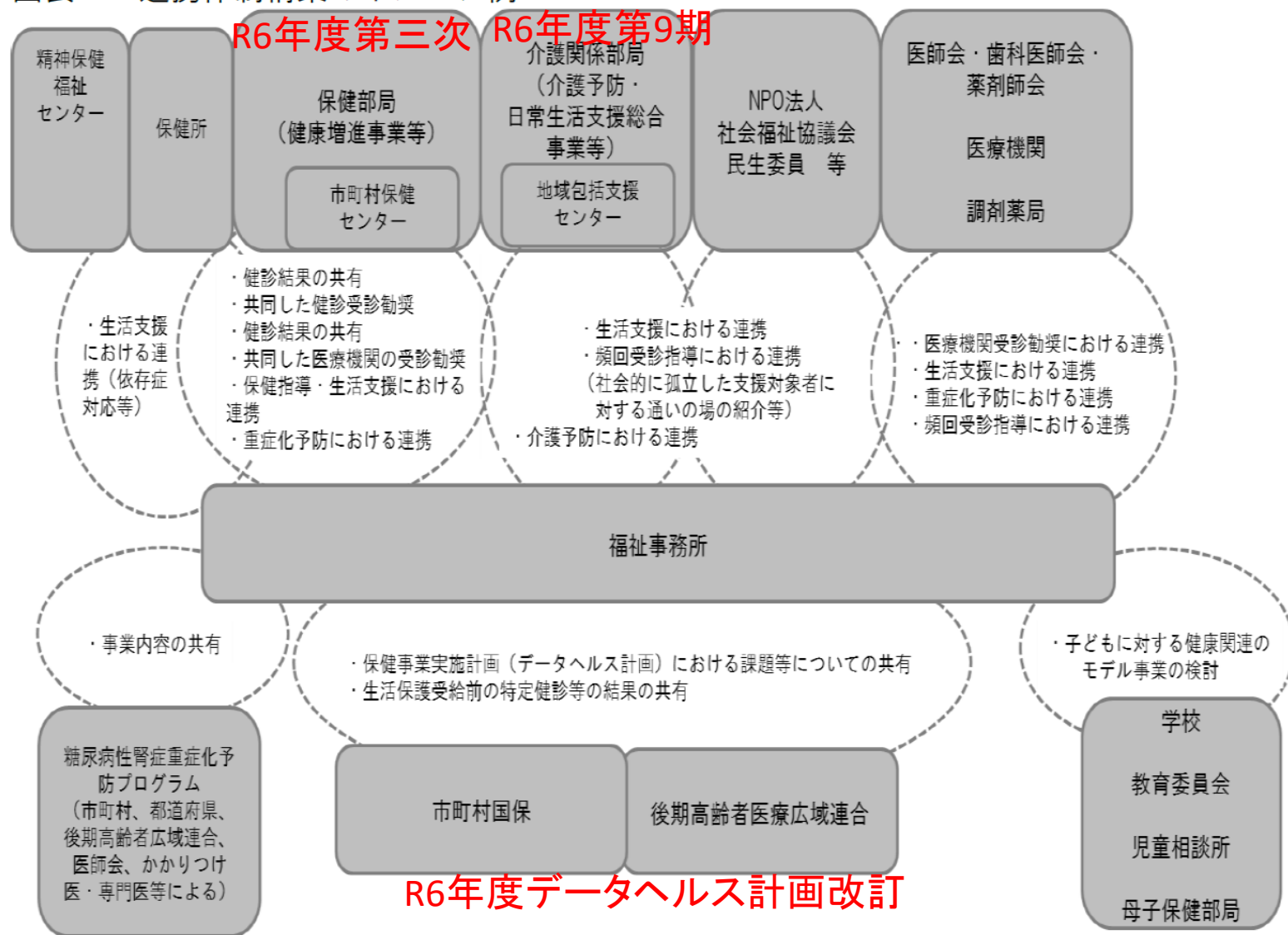
糖尿病性腎症重症化予防プログラム 運営マニュアル

別添2

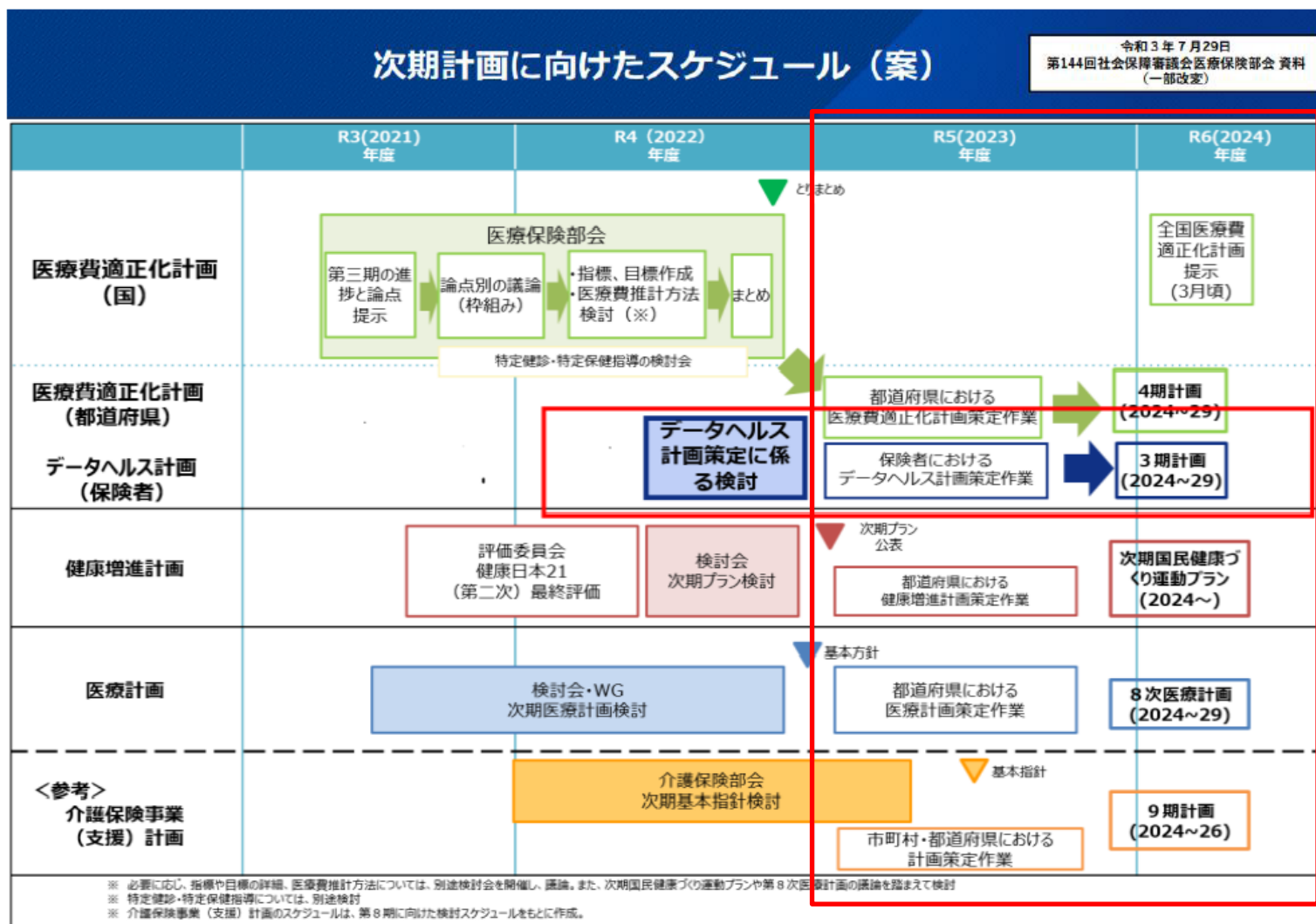
NO.	進捗管理の評価項目とその実施マニュアル	参考資料・様式 研究班ホームページより ダウンロード可
	様式の準備 糖尿病性腎症重症化予防プログラム 様式を準備する ☐ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム研究班ホームページより、各種様式をダウンロードする ☐ 進捗管理シート(様式A) : 事業の進捗状況をチェックし、課題となっている部分を早期に発見するためのツール ☐ データ登録シート(様式B) : 対象者情報を同じ評価指標で、経年的に追跡するためのフォーマット ☐ 事業評価シート(様式C) : 市町村における本事業の位置づけを明確にするもの、保健事業の評価を行うためのフォーマット	http://tokutei-kensyu.tsushitahan.jp/jushoka/ ☐ 進捗管理シート(様式A) ☐ データ登録シート(様式B) ☐ 事業評価シート(様式C)
1	健康課題 健康日本21計画やデータヘルス計画より市町村の健康課題について課題を把握している ☐ 市町村の健康課題を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに取組む目的を明確化する	
2	対象者概数 特定健診結果(空腹時血糖・HbA1c・服薬状況と尿蛋白の有無)より糖尿病性腎症の概数を把握している ☐ 特定健診結果あるいはレセプト情報を活用して、糖尿病性腎症対象者(病期分類)の実態を把握する	☐ 事業評価シート(様式C-1)
3	対象者の検討 概数の試算に基づき、どのような対象者(病期、人数、年齢等)にアプローチするかを検討している ☐ 対象者抽出方法を活用し、どのセグメントにアプローチするかを検討する	☐ 対象者抽出方法 ☐ 抽出した各対象者に対する事業フロー
4	予算・人員配置 事業に必要な人員・予算確保のメドがある ☐ アプローチする対象者イメージができたなら、事業に携わる人員や予算規模を計画する	
5	チーム形成 市町村(国保課、健康担当課、後期高齢担当課等)、広域連合のチーム形成を行っている ☐ 所内体制を整えるため、関係部署と情報共有し、事業の進め方の検討を開始する	
6	介入法の検討 対象者の特性に合わせた介入方法(受診勧奨・保健指導)を検討している ☐ 糖尿病未治療者を対象とする場合、受診勧奨の方法(いつ・どこで・誰が・何を・どのように)を検討する	☐ 抽出した各対象者に対する事業フロー

- ◆事業の振り返り、継続的な事業実施のためにも、明文化しておくことが重要
- ◆異動等により担当が代わっても、継続して事業を実施できる

図表 7 連携体制構築のイメージ例



令和6年度に向けて10年に一度(?)の一斉改革



出典:厚生労働省「第13回高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」(令和4年8月24日)

健康日本21（第二次）最終評価 53項目の評価のまとめ

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	項目数 (再掲除く)
A 目標値に達した	8 (15.1%)
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	20 (37.7%)
C 変わらない	14 (26.4%)
D 悪化している	4 (7.5%)
E 評価困難	7 (13.2%)
合計	53 (100.0%)

評価	＜基本的な方向※＞					全体
	1	2	3	4	5	
A	1 <50.0%> (1.9%)	3 <25.0%> (5.7%)	3 <25.0%> (5.7%)		1 <4.5%> (1.9%)	8 (15.1%)
B		3 <25.0%> (5.7%)	4 <33.4%> (7.5%)	2 <40.0%> (3.8%)	11 <50.0%> (20.8%)	20 (37.7%)
C	1 <50.0%> (1.9%)	4 <33.3%> (7.5%)	3 <25.0%> (5.6%)	1 <20.0%> (1.9%)	5 <22.7%> (9.4%)	14 (26.4%)
D		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)		2 <9.1%> (3.8%)	4 (7.5%)
E		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)	2 <40.0%> (3.8%)	3 <13.6%> (5.7%)	7 (13.2%)
合計	2 <100%> (3.8%)	12 <100%> (22.6%)	12 <100%> (22.6%)	5 <100%> (9.4%)	22 <100%> (41.5%)	53

目標値に達した項目 (A)

健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

血糖コントロール指標におけるコントロール不者の割合の減少
(HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）

小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

認知症サポーター数の増加

低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制

共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

悪化している項目 (D)

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

適正体重の子ども増加

睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少

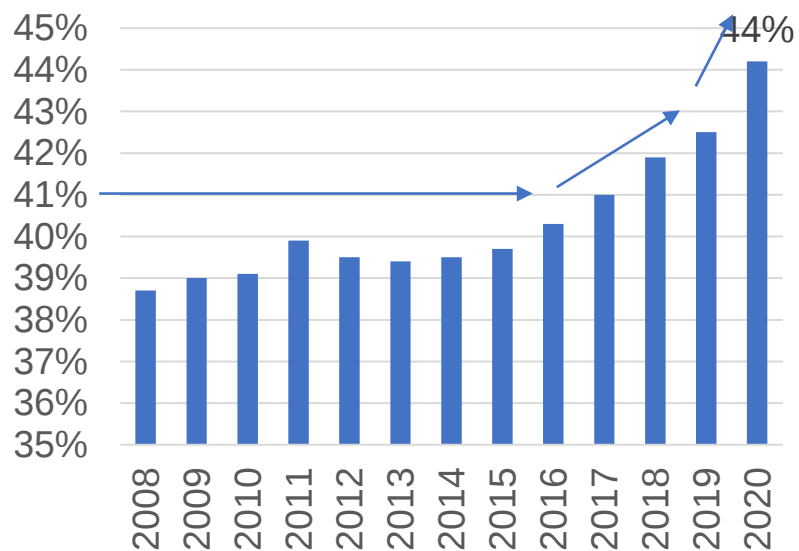
(※) 基本的な方向

- 1：健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）
- 3：社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 4：健康を支え、守るための社会環境の整備
- 5：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

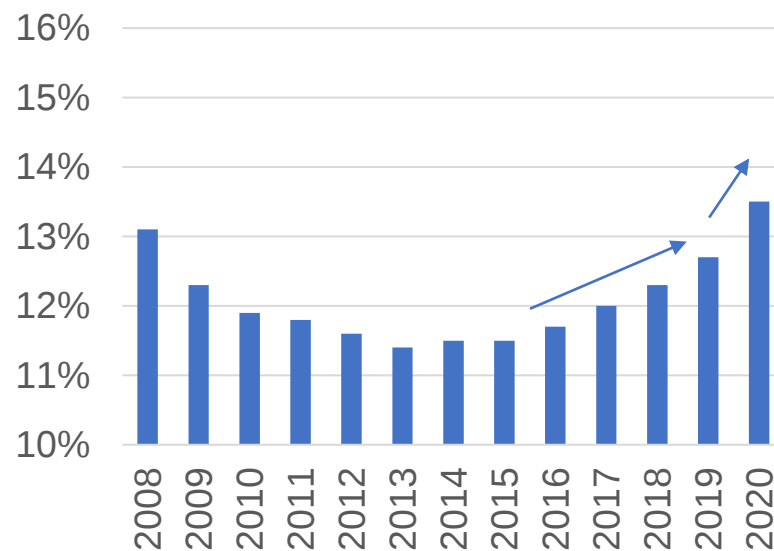
メタボリックシンドローム・予備群の割合の変化（特定健診NDBより）

N=28,939,947(2020)

男性（年齢調整済み）



女性（年齢調整済み）



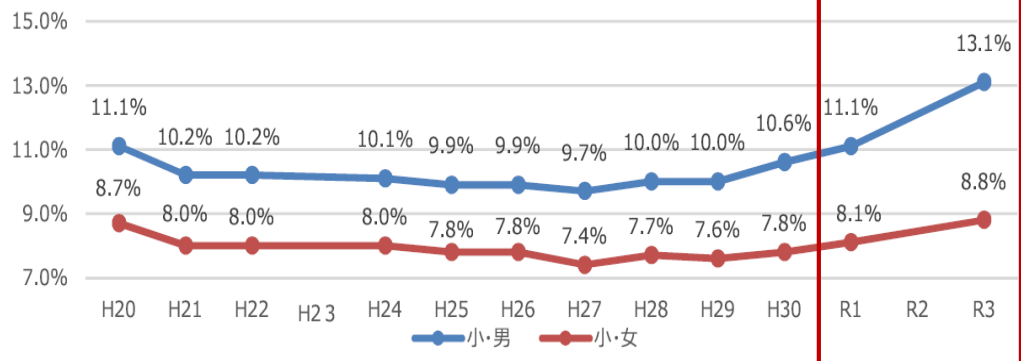
コロナ禍の影響が可視化されつつある:

子供:学校の活動の停止などが肥満状態の児の増加につながっている

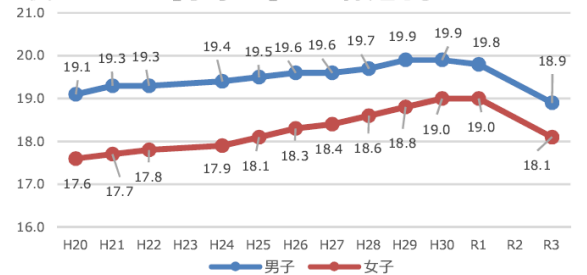
スポーツ庁:令和3年度

全国体力・運動能力、運動習慣等の全国調査結果

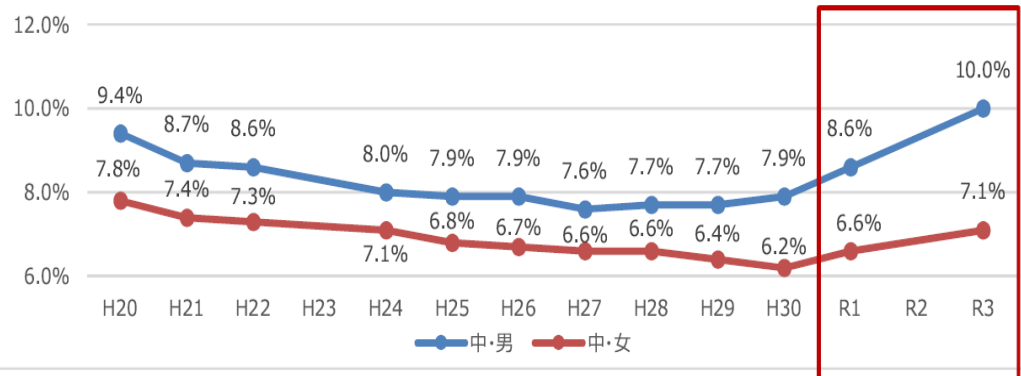
[小学校] 肥満度の経年変化



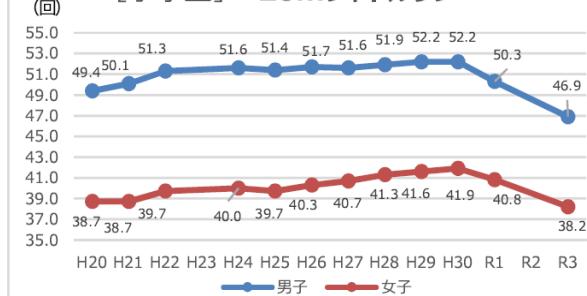
[小学生] 上体起こし



[中学校] 肥満度の経年変化



[小学生] 20mシャトルラン



次期プランのビジョン（案）

第4回 次期国民健康づくり運動プラン
（令和6年度開始）策定専門委員会

令和4年12月8日

参考
資料
2

これまでの成果

- 基本的な**法制度**の整備・**枠組み**の構築
- 自治体のみならず、保険者・企業など**多様な主体**が健康づくりの取組を実施
- データヘルス・ICT利活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブなど**新しい要素**も

課題

- 一部の**指標が悪化**
- 全体としては改善していても、一部の**性・年齢階級では悪化**している指標がある
- データの**見える化・活用**が不十分
- **PDCAサイクル**の推進が不十分

予想される
社会変化

- 総人口減少、高齢化の進展、独居世帯の増加
- 女性の社会進出、労働移動の円滑化、多様な働き方の広まりによる社会の多様化
- あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーションが加速
- 次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応

ビジョン

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現

➡ ① **誰一人取り残さない健康づくりを展開する（Inclusion）**➡ ② **より実効性をもつ取組を推進する（Implementation）**

- 多様化する社会において、集団に加え個人の特性をより重視しつつ最適な支援・アプローチの実施
- 様々な担い手（プレーヤー）の有機的な連携や、社会環境の整備
- テクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化

令和6年度に向けて 健康日本21、データヘルス計画、介護保険計画の改訂が行われる。自治体においてデータ分析や体制の見直しが進む中、保険者データでは見えない被保護者の健康課題について庁内で共有し、自治体全体の健康格差縮小に向けて、共同作業を行うことが大切である。

次期プランの方向性（案） ※内容のイメージ

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める

