

# 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 ガイドライン

---

令和2年6月

公益社団法人 国民健康保険中央会



平成 26 年 8 月	初版
平成 28 年 1 月	改訂
平成 29 年 12 月	改訂
平成 30 年 3 月	改訂
令和 2 年 6 月	改訂



## はじめに

平成 25 年 6 月、政府は日本再興戦略等により保険者はレセプト等のデータ分析に基づく健康の保持増進のための保健事業の計画を策定し、評価を実施すべきという方針を示しました。これを受けて、国民健康保険（以下「国保」という）の保険者（以下、「国保保険者」という）・後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という）（「国保保険者」「広域連合」一括して「保険者」という）はデータヘルス計画の策定に取り組みました。国保・後期高齢者ヘルスサポート事業は、平成 26 年度より保険者によるデータヘルスに関する取組を支援する体制を構築するために、全国 47 都道府県の国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という）で実施されています。各都道府県の国保連合会が、外部の有識者等で構成された保健事業支援・評価委員会（以下「支援・評価委員会」という）を設置し、全国の保険者が行う、疾病予防、重症化予防、健康増進を目的とする事業を支援・評価しています。このような保険者支援の事業が全国規模で実施されたことは、非常に画期的なことと言えます。

本ガイドラインは、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を実施する各都道府県の支援・評価委員会の委員となる有識者等並びに事務局を担う国保連合会職員の道しるべとして作成しました。本ガイドラインをもとに実施されてきた国保・後期高齢者ヘルスサポート事業も開始から 6 年が経過した中で、予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブなど、国や他団体の動向や保険者による保健事業にかかる状況も変化しています。令和 2 年度には、多くの保険者において第 2 期データヘルス計画の中間評価・見直しを行うこと、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を行うことが求められており、支援・評価委員会による支援・評価の活動は、次の展開が期待されています。こうした動向を踏まえ、このたびガイドラインを再度改訂いたしました。本改訂の内容をもとにした保険者支援の活動により、保険者における保健事業が円滑に進んでいくことを願っています。

なお、ガイドラインの改訂に当たっては、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会でご検討いただくとともに、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会ワーキング・グループの委員の皆様には、資料の提供やご寄稿いただきました。ここに感謝申し上げます。







## 目次

<b>第1章 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業実施までの背景と医療制度の一部改変に伴う新たな取組</b> .....	1
1. 国によるデータヘルスの推進.....	1
2. 国保連合会・国保中央会の将来構想を踏まえた保険者支援の動き .....	4
3. 国保ヘルスアップ事業とその評価事業からの示唆 ～第三者による保険者支援の必要性～ .....	7
4. 国保の都道府県単位化によるガバナンスの抜本強化.....	9
5. 後期高齢者医療制度の動き ～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて～ .....	10
<b>第2章 データヘルスの概要</b> .....	13
<b>第3章 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の概要</b> .....	19
1. 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の目的 .....	19
2. 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の全体像.....	19
(1) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の対象となる保健事業.....	20
① 国保の保険者の保健事業.....	20
② 後期高齢者医療広域連合の保健事業.....	23
(2) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業での保険者支援の内容 .....	28
① 保健事業実施計画（データヘルス計画）策定支援.....	28
② その他、保険者における保健事業（個別保健事業）の計画作成・実施支援並びに評価.....	28
(3) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の関係者 .....	29
① 国保保険者並びに後期高齢者医療広域連合 .....	29
② 国保連合会並びに支援・評価委員会 .....	30
③ 国保中央会並びに国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会.....	31
④ 都道府県 .....	31
⑤ 職能団体や医療機関、他の保険者等の関係者 .....	32
(4) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業のスケジュール .....	32
<b>第4章 支援・評価委員会による保険者支援の流れ</b> .....	34
1. 支援に先立っての準備 .....	34
(1) 支援・評価委員会の役割の確認.....	34
(2) 保険者への周知 .....	34
2. 個別保険者支援の流れ .....	36



(1)	保険者による支援申請.....	37
(2)	支援の方向性の検討.....	37
(3)	支援・評価の実施.....	38
(4)	支援結果のフィードバック.....	40
3.	支援結果についての報告・広報.....	40
<b>第5章</b>	<b>支援・評価委員会による保険者支援の実際.....</b>	<b>41</b>
1.	データヘルス計画の策定支援.....	41
(1)	データヘルス計画の策定.....	41
(2)	保険者によるデータヘルス計画策定の具体的な流れ.....	46
①	計画策定体制の整備.....	47
②	前期計画の評価.....	47
③	現状分析に基づく健康課題の明確化.....	48
④	健康課題の抽出.....	54
⑤	目的・目標並びに評価指標設定.....	54
⑥	重点事業の検討（事業選択）.....	60
⑦	評価計画.....	64
⑧	その他計画の推進に係る事項の検討.....	65
⑨	計画策定後の流れ.....	65
(3)	支援・評価委員会によるデータヘルス計画策定支援の手順.....	67
①	前期計画策定時の状況、計画内容の評価状況の確認.....	68
②	現状分析、計画に盛り込む事業内容の検討.....	68
③	計画の詳細内容の検討・作成.....	72
④	支援・評価委員会による計画の詳細内容の確認・評価.....	72
2.	個別保健事業の計画作成・実施支援.....	73
(1)	個別保健事業計画の作成.....	73
(2)	個別保健事業企画・立案で必要となる要素.....	73
①	既存事業の内容とその達成状況の整理.....	74
②	事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標.....	74
③	事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法.....	76
④	事業の方法と内容.....	77
⑤	事業の実施体制（事業関係者における連絡・調整・情報共有の方法も含む） .....	77
⑥	事業を継続的に実施する方策（脱落防止策等）.....	78
⑦	事業のスケジュール管理.....	78
⑧	評価指標の集め方、事業評価の方法.....	79
⑨	個人情報の取扱い及び危機管理の方策.....	79



⑩ その他.....	80
(3) 個別保健事業を実施するために必要な支援内容.....	80
① 事業推進のための体制の構築.....	80
② 地域連携を円滑に行うための仕組み.....	84
③ 外部委託先の管理.....	84
④ 事業の評価方法、指標の収集方法の事前検討.....	84
⑤ 事業進行中の支援・評価委員会との情報交換.....	85
(4) 個別保健事業の実際.....	86
(5) 支援・評価委員会による具体的支援の流れ.....	88
① 支援保険者・支援方法の検討.....	89
② 支援・評価委員会と保険者の担当者による事業内容に関する検討.....	89
③ 保険者による企画案の詳細内容の検討・事業計画の作成.....	91
④ 支援・評価委員会による事業実施期間中の情報交換.....	92
3. 個別保健事業の評価.....	93
(1) 事業評価の考え方.....	93
(2) 支援・評価委員会による事業評価の方法・流れ.....	95
① 保険者による個別保健事業計画の提示.....	96
② 支援・評価委員会による事業評価方法に対する助言.....	99
③ 保険者による自己評価の実施.....	103
④ 支援・評価委員会による評価の実施.....	108
4. データヘルス計画の中間評価・見直し支援.....	109
(1) データヘルス計画の中間評価・見直し支援.....	109
① データヘルス計画の中間評価・見直しの目的と留意点.....	109
② 保険者によるデータヘルス計画中間評価・見直しの具体的な流れ.....	111
③ 支援・評価委員会によるデータヘルス中間評価・見直し支援の手順.....	113
<b>第6章 事業推進に関わる事項.....</b>	<b>125</b>
1. 保険者への各種データの提供.....	125
2. 研修会等の実施.....	126
(1) 国保中央会による保健事業支援・評価委員会委員向けの報告会.....	126
(2) 国保中央会による国保連合会向け研修.....	126
(3) 国保連合会による保険者向け研修.....	126
3. 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会での検討.....	126



## 別添資料

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 支援・評価委員会設置要綱例

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 申請書

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会 委員名簿

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会ワーキング・グループ 委員名簿

## 参考資料

1. 保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）交付要領
2. 後期高齢者医療の調整交付金の交付額の算定に関する省令第6条第9号に関する交付基準について
3. 保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（平成29年9月8日現在）
4. 2020年度保険者努力支援制度（都道府県分）について
5. 2020年度保険者努力支援制度（市町村分）について
6. 令和3年度特別調整交付金（算定省令第6条第9号関係）のうち後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ分について
7. 保健事業の手順に沿った評価基準～効果的な保健事業実施のために～
8. 各学会のガイドライン等参照 URL
9. 各学会ガイドラインに示された高齢者における管理目標
10. 第2期データヘルス計画の策定に向けたサポートシート
11. （逆綴）高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針
12. （逆綴）国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正



# 第1章 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業実施までの背景と医療制度の一部改変に伴う新たな取組

## 1. 国によるデータヘルスの推進

平成25年6月14日、「日本再興戦略」が閣議決定された。この中で、保険者はレセプト等のデータの分析や分析結果に基づき加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」を作成・公表、事業実施、評価等をする必要があるとの方針が示された。

同時に閣議決定された経済財政運営の指針「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）」と健康・医療分野における成長戦略「健康・医療戦略」においても、保健情報の分析や、分析結果に基づく保健事業の促進が、健康・医療分野における主要な施策とされた。

「日本再興戦略」、「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）」の閣議決定を踏まえ、平成26年3月31日に国保におけるデータヘルス計画の推進を目指し、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（以下「国保の保健事業実施指針」という）の改正が行われた。保健事業に関する計画の策定や評価は従来の指針の中でも求められていたが、この改正により広域連合は「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」（以下「後期高齢者医療の保健事業実施指針」という）に基づき、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るために、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という）を策定し、実施及び評価を行うことが必要とされた。

その後もインセンティブ改革や平成30年度からの国保の都道府県単位化を見越した保健ガバナンスのあり方、保健医療データ・プラットフォーム等について言及される等、国における疾病予防・健康づくりについては、引き続き検討が進められ、新たな方針等が示された（図表1）。



図表 1 国による健康・医療分野の施策方針（抜粋）

	健康・医療分野における重点化項目	具体的内容
<b>日本再興戦略</b> （平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）	○ 予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり	・ 保険者によるレセプト等のデータ分析 ・ 分析に基づく健康保持増進のための事業計画・評価等
	○ 医療・介護情報の電子化の促進	・ ICT を活用したレセプト等データの分析と健康づくりの推進
<b>健康・医療戦略</b> （平成 25 年 6 月 14 日関係 9 閣僚申合せ）	○ 医療機関主体による新サービスや、企業と医療機関の連携による新サービス ○ 保健情報の分析の促進	・ 市町村によるレセプト等のデータ分析に基づく保健事業の実施を推進 ・ 市町村における KDB システムの利活用による医療介護情報の統合的利活用を推進
	○ 分析結果に基づく保健事業の促進	
<b>経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）</b> （平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）	○ 健康管理・疾病予防に向けた医療関連情報の電子化・利活用の推進 ○ 保険者による疾病予防の促進	
<b>「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた予防・健康管理に係る取組の推進について</b> （平成 25 年 8 月 30 日厚生労働大臣公表）	○ 医療・介護情報の「見える化」等を通じた介護予防等の更なる推進	・ 市町村は、後期高齢者医療広域連合における KDB システム等を活用し、介護予防等の視点を踏まえた保健事業の推進
<b>健康・医療戦略</b> （平成 26 年 7 月 22 日閣議決定）	○ レセプト・健診情報等のデータ活用	・ 各保険者によるレセプト・健診情報等を活用し、データ分析に基づく保健事業の実施を推進
	○ レセプト・健診情報等のデータ活用 ○ 医療適正化と国民の健康の増進の総合的な推進	・ 市町村における KDB システムによる医療介護情報の統合的利活用を推進
<b>経済・財政再生アクション・プログラム</b> （平成 27 年 12 月 24 日経済財政諮問会議決定）	○ 医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化	・ 疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動等を推進していく観点から、個人と保険者の双方の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築
<b>経済・財政再生アクション・プログラム 2016</b> <b>経済・財政再生計画改革工程表 2016 改訂版</b> （平成 28 年 12 月 21 日経済財政諮問会議決定）	○ 疾病予防・健康づくり	・ 「健康なまち・職場づくり宣言 2020」(8 つの宣言)について、保険者全数調査を実施 ・ 糖尿病性腎症重症化予防について糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定、都道府県単位でのプログラムの策定、市町村における重症化予防の取組を推進
	○ インセンティブ改革	・ 保険者種別で共通的に取り組むべき指標を提示 ・ 保険者がデータヘルスを進めていく上で、ポータルサイト等も活用しながら、課題の「見える化」や事業のパッケージ化などを通じて、効果的な全国展開を行う ・ 先進的なデータヘルス事業を全国展開するため、「データヘルス・予防サービス見本市」など、民間事業者を活用し、保険者の取組を推進 ・ 審査支払機関の活用等による、保険者への支援策の強化を検討
<b>経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針 2017）</b> （平成 29 年 6 月 7 日閣議決定）	○ 都道府県のガバナンス強化 ○ 健康増進・予防の推進	・ 国保の財政運営責任を都道府県が担うことになること等を踏まえ、アウトカム指標等による保険者努力支援制度、特別調整交付金等の配分によりインセンティブを強化



	健康・医療分野における重点化項目	具体的内容
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険者のビッグデータの利活用の支援</li> <li>・ 国民の健康管理にも役立てる「保健医療データプラットフォーム」の本格運用開始</li> </ul>
<b>経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針 2018）</b> （平成 30 年 6 月 15 日閣議決定）	○ 予防・健康づくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護制度において、データの整備・分析を進め、保険者機能を強化</li> <li>・ 高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討</li> <li>・ インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す</li> </ul>
<b>未来投資戦略 2018</b> （平成 30 年 6 月 15 日閣議決定）	○ 次世代ヘルスケア・システムの構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総合的な認知症対策、高齢者の社会参加等の促進、介護予防</li> <li>・ 保険者によるデータを活用した健康づくり・疾病予防・重症化予防、健康経営の推進</li> <li>・ 健康管理・予防に資する保険外サービスの活用促進</li> </ul>
<b>健康寿命延伸プラン</b> （令和元年 5 月 29 日とりまとめ）	○ 健康無関心層へのアプローチの強化 ○ 地域・保険者間の格差の解消	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病予防・重症化予防</li> <li>・ 介護予防・フレイル対策、認知症予防</li> <li>・ 自然と健康になれる環境づくり</li> <li>・ 行動変容を促す仕掛け</li> </ul>
<b>経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針 2019）</b> （令和元年 6 月 21 日 閣議決定）	○ 予防・重症化予防・健康づくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病予防の促進における保険者の予防・健康インセンティブの強化</li> <li>・ 介護予防の促進における保険者と都道府県の予防・健康インセンティブの強化</li> <li>・ 地域の高齢者が集まり交流する通いの場の拡大・充実、ポイントの活用</li> <li>・ 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進及び地域・保険者間の格差の解消に向け、自然に健康になれる環境づくりや行動変容を促す仕掛けの創出</li> <li>・ 運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施</li> </ul>

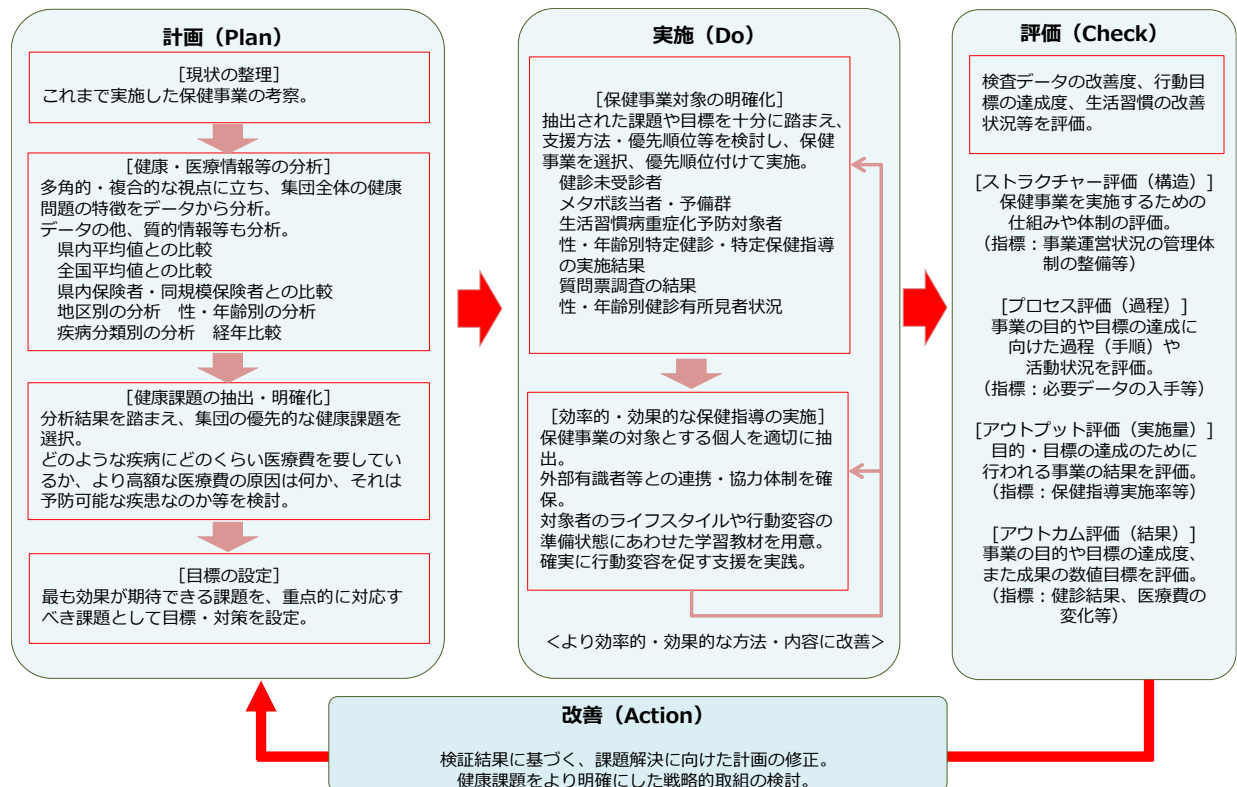
このように、保険者はデータを活用し、PDCA サイクルに沿った効果的、効率的な保健事業を展開することが求められているが（図表 2）、この方向性はすでに特定健診・特定保健指導制度にかかる「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」（平成 19 年 4 月）で示されており、保険者は各種データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施し、実施した保健事業について評価を行うことが求められるようになっていた。

第 2 期特定健診等実施計画の開始を前に改訂された「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」（平成 25 年 4 月）においても、データ分析に基づく、個々人や各地



域・職場における課題・取組の明確化と従来の経験的な取組で行われてきた保健事業を PDCA サイクルで機能させることの重要性が指摘された。また、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」（平成 30 年 4 月）においても、引き続き示されている。

図表 2 保健事業の PDCA サイクル



## 2. 国保連合会・国保中央会の将来構想を踏まえた保険者支援の動き

国保連合会及び国保中央会においては、国の動向に先駆け、平成 22 年に「国保連合会将来構想検討会」を設置し、保険者支援の観点から保健事業や健康づくりのあり方に関して検討してきた。その中では、業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療を含む）」、「介護保険」等に係るデータを紐付けたデータベースの構築の必要性が議論された。

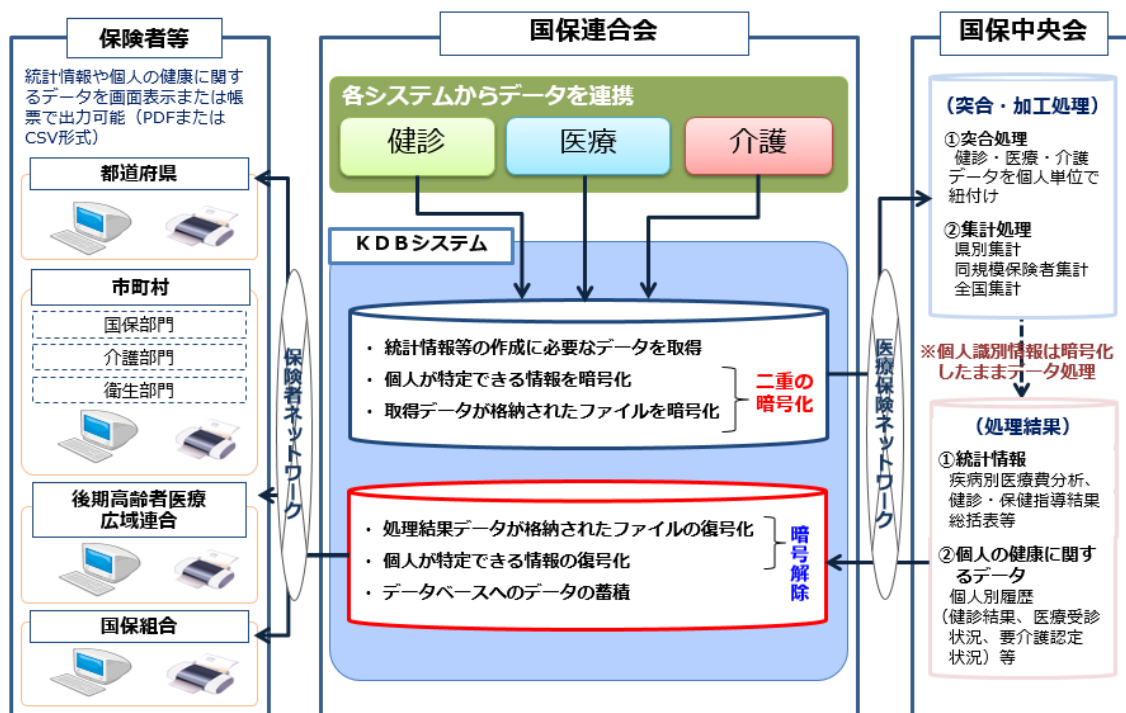
国保連合会将来構想検討会での検討を受け、国保中央会は、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB システム」という）を開発した（図表 3）。平成 25 年度より KDB システムが稼働し、平成 26 年 7 月には 63 帳票が出力できるようになった。また、平成



27 年 4 月には後期高齢者に関する帳票や歯科に対する帳票等が追加され、さらに、平成 29 年 10 月に事業評価を想定した介入支援機能・帳票や令和元年度には高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた帳票等が追加され、令和 2 年 4 月現在、87 帳票が出力できるようになった。

令和元年 11 月からは、被保険者の疾病予防・健康づくり・介護予防に向け、現状を共有し、一体となって取り組んでいくためのツールとして、KDB システムから国保保険者、後期広域連合、介護保険者の被保険者を対象として、地域ごとの健診、医療、介護の状況を一元的にまとめ、制度をまたいでデータを見える化した「健康スコアリング」を提供し、保険者における保健事業の立案や実施、評価の支援に役立てるようにしている。

図表 3 KDB システムの概要



KDB システムによって、従来、保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化した。全国平均、都道府県平均、都道府県内の同じ人口規模の保険



者との比較が可能となり、保険者における地域の現状把握や健康課題の明確化が容易になった。また、表計算ソフト等を用いて、出力されるデータを二次加工することで、保険者自らの目的にあった分析が可能となった。KDB システムは保険者による各種データを活用した、PDCA サイクルに沿った保健事業の実施、すなわちデータヘルスの実行を大きく後押しするものとなっている。

稼動から 7 年が経過し、KDB システムで作成される帳票等は保険者においてデータヘルス計画の策定や個別保健事業の実施、評価に使われている。しかしながら、KDB システムを所管している国保部門と実際に保健事業を実施している衛生部門の場所が物理的に離れているなど、簡単に活用できる環境が整備されていないために、日々の保健活動の中で KDB システムを活かしきれていない保険者もいる。そのような保険者に対して、国保連合会や支援・評価委員会は KDB システムを活用したデータ分析や対象者の抽出、事業評価等について支援することが必要となってきた。また、国保中央会は国保連合会に対し、KDB システムの研修会を継続的に実施しており、保険者支援を後押ししている。



### 3. 国保ヘルスアップ事業とその評価事業からの示唆

#### ～第三者による保険者支援の必要性～

平成 22 年度から 31 の市町村保険者が、国の助成を得て、健診結果等を活用し、地域における健康課題解決への支援体制づくりや効果的保健指導プログラムの開発等を総合的に行う「国保ヘルスアップ事業」を実施した。国保中央会は、国保ヘルスアップ事業の取組を評価し、得られたエビデンスや成果を事業モデルや参考事例として国保保険者及び国保連合会に提供するために、平成 23 年度から「国保ヘルスアップ事業評価事業」（以下「評価事業」という）を実施した。評価事業の検討の中で、国保の保健事業に関する様々な成果と課題が導かれた（詳細は「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書」を参照）。

評価事業の成果は、

- ①保険者が保健事業の企画・立案から評価までの一連の PDCA サイクルの実践に苦  
労していたこと等を踏まえ、保険者が順序立てた保健事業が展開できるよう「保健  
事業の手順に沿った評価基準」（図表 4）を作成したこと
- ②保険者は、保健事業について計画段階の早期から外部の有識者等によるアドバイ  
ス・支援を受けることにより、効果的な保健事業の展開につなげることができるこ  
と
- ③実施した保健事業について第三者からの評価を受けることにより取組の視点の幅  
が広がり、次の保健事業の展開に活かすことができることが明らかにされたこと  
であった。

国保ヘルスアップ事業の実践と国保ヘルスアップ事業評価事業における検討結果を  
踏まえ、平成 26 年度より、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を実施することとな  
った。



図表 4 保健事業の手順に沿った評価基準の評価項目

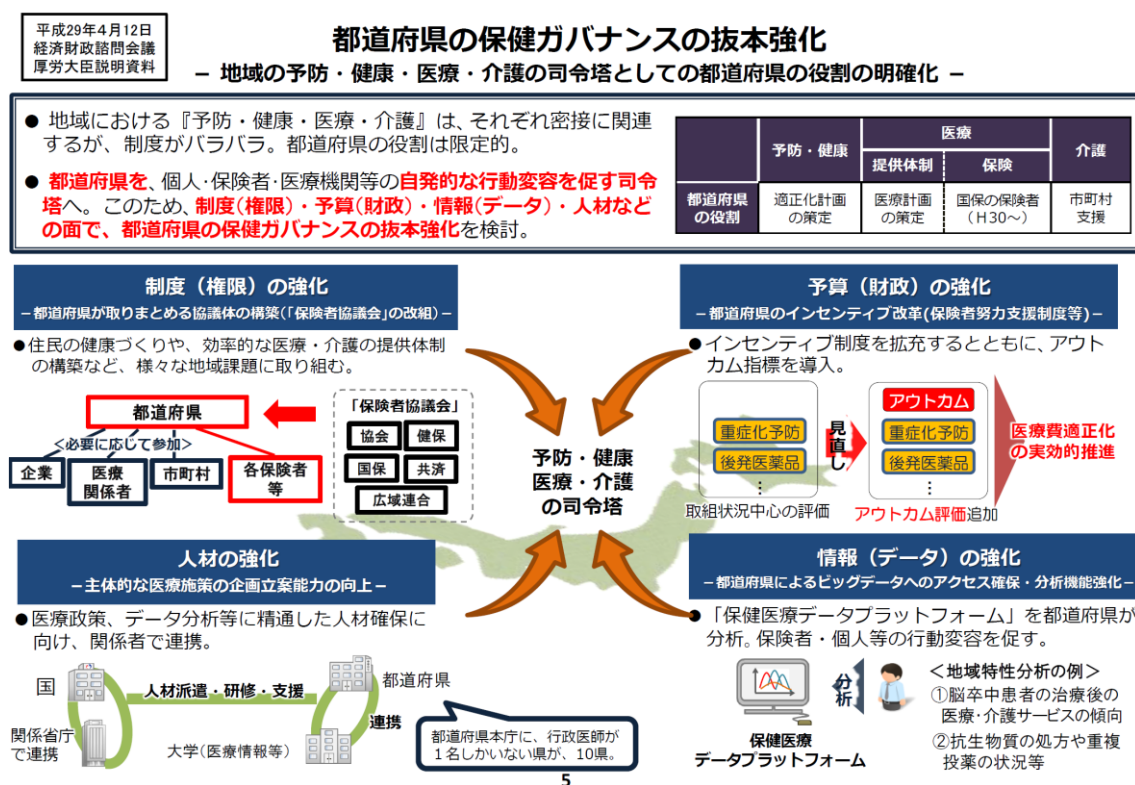
段階	項番	評価項目
I 事業企画・立案	企画・立案に係るもの	I-1 健診データ、レセプトその他統計資料等のデータに基づいて現状分析をしている
		I-2 現行実施している保健事業の内容・体制の評価をしている
		I-3 健康課題を明確にしている
		I-4 地域資源を把握している
		I-5 事業目的を明確にしている
		I-6 事業目的に応じた各種保健事業を企画している
		I-7 個別事業の優先順位を付けている
		I-8 企画段階から庁内及び庁外の関係者とともに事業内容について検討している
		I-9 事業目的に応じた対象者の選定基準を設定している
		I-10 個別事業及び全体としての成果目標を設定している
		I-11 事業の評価指標・評価方法を設定している
		I-12 事業運営委員会を設け、事業の運営状況を監理できる体制を整備している
		I-13 関係者と調整しスケジュールを立てている
		I-14 保健事業の質の確保のための取組みを行っている
	準備に係るもの	I-15 事業に必要な予算を確保している
		I-16 関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している
		I-17 個別事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健指導実施関係者間で共有している
		I-18 苦情処理の体制を確保している
		I-19 計画に基づいた参加者の募集を実施している
II 事業実施		II-1 事業開始時より関係者間で情報共有を行っている
		II-2 参加者個人の目標を設定している
		II-3 保健指導実施者が参加者個人の状況をモニタリングしている
		II-4 事業実施責任者が事業実施状況をモニタリングしている
		II-5 脱落防止のために、対象者にフォローを行っている
		II-6 安全管理に留意している
		II-7 個人情報を適切に管理している
		II-8 個人目標の達成状況を評価している
		II-9 保健指導終了後のフォローアップを行っている
III 評価		III-1 事業評価を実施している
		III-2 事業結果を取りまとめている
		III-3 外部アドバイザーから評価を受けている
		III-4 事業結果を公表している
		III-5 次年度計画等に向けた改善点を明確にしている



## 4. 国保の都道府県単位化によるガバナンスの抜本強化

従来市町村単位で運営されていた国民健康保険は、安定的な財政運営と効率的な事業運営の確保のために、平成 30 年度より都道府県単位で運営されることとなった。都道府県の役割の強化について、国は国保の財政運営だけではなく、地域の予防・健康・医療・介護全般に関する方針として打ち出した。そこで、地域における「予防・健康・医療・介護」に関する制度の整合性が捉えにくく、さらに都道府県の役割が明確に示されていなかったことを見直し、都道府県を個人・保険者・医療機関等の自発的な行動変容を促す司令塔として機能させるため、制度（権限）・予算（財政）・情報（データ）・人材などの面で強化が図られることとなった。

図表 5 都道府県の保健ガバナンスの抜本強化



出典：塩崎臨時委員「第 104 回社会保障審議会医療保険部会」（平成 29 年 4 月）



国保の都道府県単位化後も、保健事業に関しては、市町村は引き続き保険者の特性に応じたきめ細かい事業の実施（データヘルス事業等）を主体的に担うことになっているものの、都道府県にも市町村に対し必要な助言・支援を行う役割が課され（図表 6）、その実現に向けて「都道府県 国保ヘルスアップ支援事業」が創設された。

図表 6 国保制度改革の概要

国保制度改革の概要（都道府県と市町村の役割分担）		
改革の方向性		
1. 運営の在り方 (総論)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う</li> <li>○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化</li> <li>○ <b>都道府県が、都道府県内の統一した運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</b></li> </ul>	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<b>財政運営の責任主体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村ごとの国保事業費納付金を決定</li> <li>・財政安定化基金の設置・運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保事業費納付金を都道府県に納付</li> </ul>
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<b>被保険者証等の発行</b>)</li> </ul>
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <b>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準保険料率等を参考に保険料率を決定</li> <li>・個々の事情に応じた賦課・徴収</li> </ul>
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</b></li> <li>・市町村が行った保険給付の点検</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険給付の決定</li> <li>・個々の事情に応じた窓口負担減免等</li> </ul>
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者の特性に応じた<b>きめ細かい保健事業</b>を実施（データヘルス事業等）</li> </ul>

出典：厚生労働省「市町村職員を対象とするセミナー（医療保険制度改革について）」（平成 27 年 6 月）

## 5. 後期高齢者医療制度の動き ～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて～

平成 20 年度以降の高齢者医療制度では、運営主体である広域連合が保健事業を担うことになった。平成 25 年 8 月の社会保障制度改革国民会議報告書では、現行の高齢者医療制度を基本としながら、必要な改善を図っていくという方針が示され、平成 26 年 3 月 31 日に後期高齢者医療の保健事業実施指針が告示された。同指針において、広域連合は、保健事業の効果的かつ効率的な推進を図るため、健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿った保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、実施及び評価を行うこととされた。

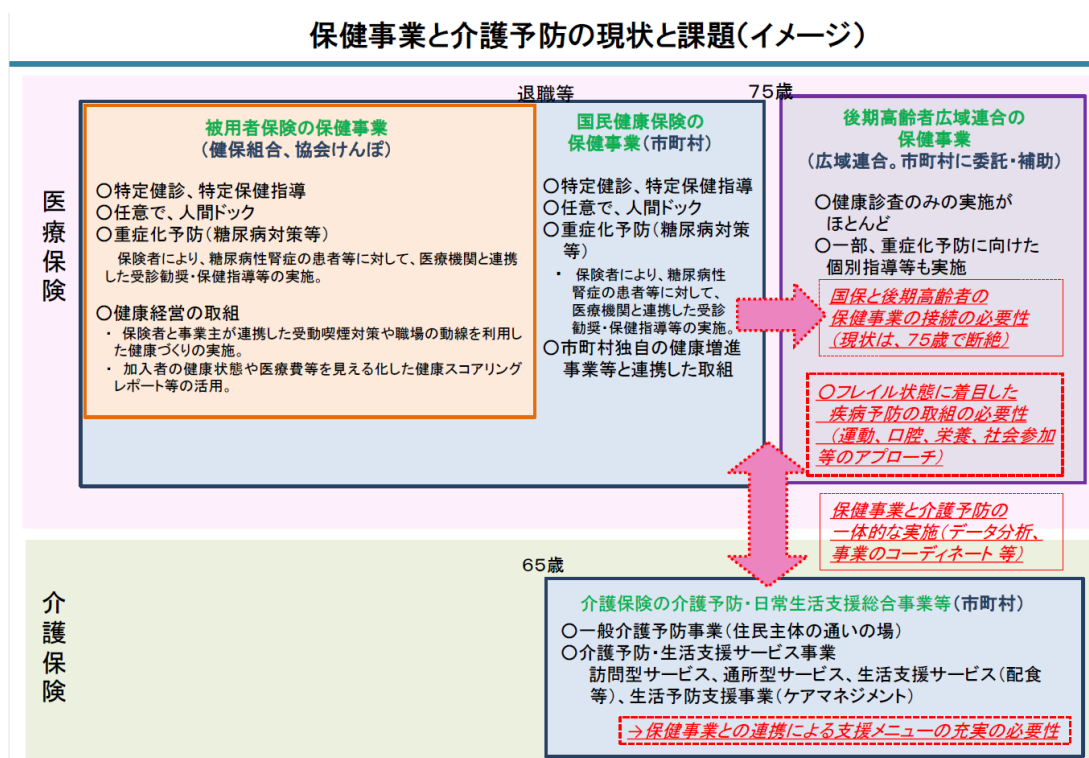


平成 28 年度より、国では「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において高齢者の保健事業のあり方について検討が進められてきた。平成 28、29 年度のモデル事業の実践を踏まえ平成 30 年 4 月には「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン<sup>1</sup>」が作成され、全国に公表された。

全国展開と同時に高齢者の保健事業については、介護予防との一体的な実施の必要性が唱えられるようになり、実施に向けた具体的な検討が進められ、令和元年 10 月には一体的な実施に向けた内容も盛り込んだガイドラインの改訂<sup>2</sup>が行われた。

一体的な実施は、単に後期高齢者医療制度と介護保険との間の一体的な実施だけではなく、国保から後期高齢者の保健事業の連続性を重視したものでもあった。（図表 7）

図表 7 保健事業と介護予防の現状と課題（イメージ）



出典：厚生労働省「第5回高齢者の保健事業と介護予防の 一体的な実施に関する有識者会議」（平成 30 年 11 月）

<sup>1</sup> 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952.html>）

<sup>2</sup> 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版」（[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00002.html)）



広域連合を主体とした高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施は、はじまったばかりであり、今後は市町村との連携を密にして、積極的に展開していくことが求められている。



## 第2章 データヘルスの概要

データヘルスとは、「レセプト・健診情報等のデータ分析に基づき PDCA サイクルで効率的・効果的に実施される保健事業」と定義される。そもそも、データヘルスの実践の意義について考える際、保険者は本来どのような役割・機能を担っているのかという保険者としての原点に立ち返る必要がある。保険者の果たすべき機能は、図表 8 に整理される通りであり、最も大切なことは、被保険者の健康を守るとともに、年々増大する医療費の適正化を図ることにある。国民医療費の中で後期高齢者の医療費の占める割合は非常に高いため、後期高齢者自身についてはもちろんであるが、その前の年代の被保険者の健康管理も、保険者が危機感を持って取り組まなければならない課題である。データヘルスは被保険者の健康管理を実現するための 1 つのツールであり、データの活用は、被保険者への直接的な働きかけとともに、財政部門等への説得力のある説明のためにも活かされるものである。

図表 8 保険者の果たすべき機能

**①被保険者の適用(資格管理)**

・適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと。

**②保険料の設定・徴収**

・加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと。

**③保険給付(付加給付も含む)**

・必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと。

**④審査・支払**

・レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと。

**⑤保健事業等を通じた加入者の健康管理**

・レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること。  
・加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと。  
・医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること。

**⑥医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ**

・医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと。  
・レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること。

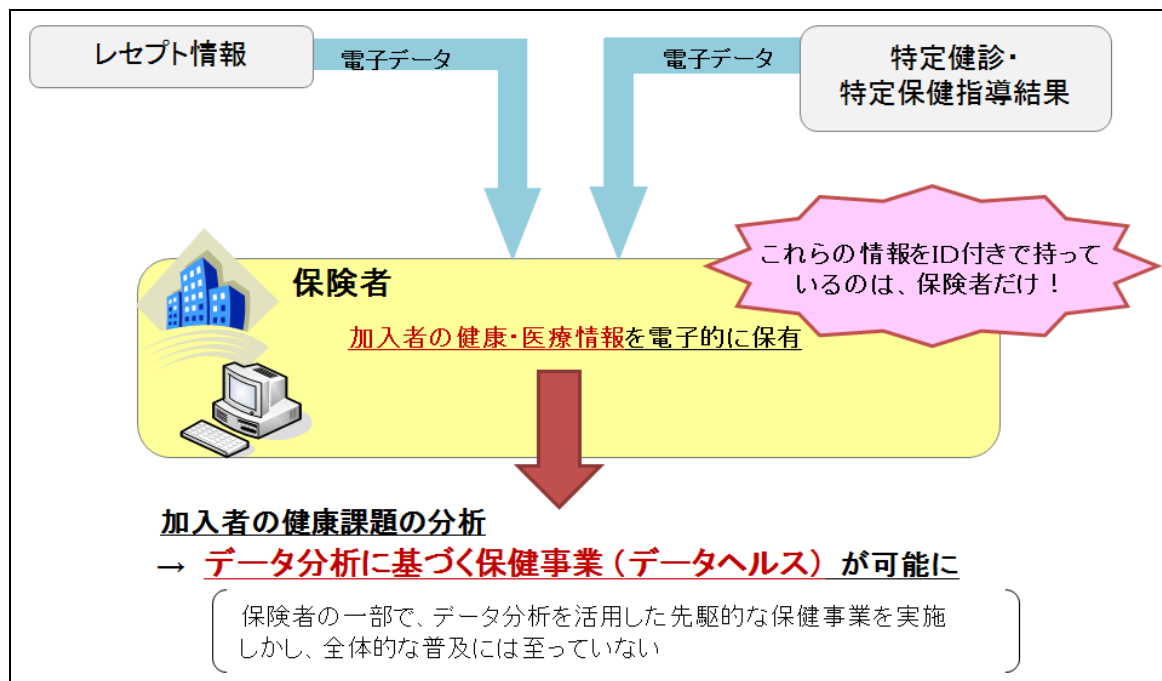
※平成 24 年度厚生労働省委託事業(平成 25 年 3 月)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」をもとに作成

※「加入者」は被保険者と同義で使用



平成 18 年度から本格化したレセプト等の電子化、及び平成 20 年度から開始された特定健診・特定保健指導により、健康・医療情報が電子データとして保険者に蓄積され、データを活用した保健事業を実施するための基盤が整った。

図表 9 データヘルスの発想



出典：厚生労働省「平成 28 年度版厚生労働白書」（平成 28 年度版）

データ活用しながら PDCA サイクルに沿った保健事業を展開するにあたり、保険者がはじめに行うことは、被保険者の状況を知る、保険者としての自らの立ち位置を知ることである（現状分析）（図表 9）。その後、現状分析を基にして、ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチまで含め、費用対効果も踏まえながら生活習慣病をはじめとした疾病の発症予防・重症化予防を展開することが必要になる。さらに実施した事業については、データを持って評価をし、次なる保健事業の展開につなげることが求められる。

データヘルスの推進にあたり、国は保険者に対しデータ分析を踏まえた計画である「データヘルス計画」の策定を求めた。保険者が PDCA サイクルに沿った事業展開をすることにより、被保険者の健康の保持・増進に貢献、医療費の適正化を図り、ひいては被保険者の負担を減らすことを期待している。



また、データヘルスの推進にあたり実践されるデータ分析等は介護等他の分野にも活かすことができる。分析結果等が他の分野での計画策定においても共有されるよう、各関係部門と情報共有を図ることが必要である。


近年、データヘルスを後押しする大きな動きが2つあった。

1つ目は、2015年7月10日に民間主導の活動体である「日本健康会議」が発足したことである（図表10）。日本健康会議は、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と医療費適正化について、行政のみならず、民間組織が連携し実効的な活動を行うために組織された。経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げることを目指している。自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」が採択された。

図表 10 日本健康会議


### (参考) 日本健康会議について

- 趣旨：  
2015年7月、経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組が全国に広がるよう、民間主導の活動体として「日本健康会議」が発足。
- メンバー：  
各団体のリーダーおよび有識者の計32名で構成。  
三村明夫日本商工会議所会頭、横倉義武日本医師会長、老川祥一株式会社読売新聞グループ本社取締役最高顧問の3者が共同代表。



「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)

宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。
宣言3	予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。



日本健康会議の様子

出典：三村共同代表「未来投資会議（第7回）」（平成29年4月）

2つ目は、保険者の予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブ（保険者努力支援制度等）が導入されたことである（図表11）。保険者努力支援制度等では、個別



の保健事業の実施状況等を評価し、それらが総合的に比較される。これにより、保険者は保健事業に積極的に取り組むことのメリットを感じることができるようになった。市町村国保・後期高齢者医療制度は平成 28 年度から前倒しされ、平成 30 年度から本格実施された。また、国保組合も平成 30 年度から実施され、国保の財政運営に携わることになる都道府県についても平成 30 年度から、同様の制度が導入された。具体的には、図表 11 に挙げる指標が、それぞれ実施状況に応じて点数化され、それらすべてを積み上げ評価し、総合点数に応じて予算配分がなされることとなった。

**図表 11 保険者努力支援制度（予防・健康づくり支援）に関する指標（令和 2 年度）（都道府県）**

<b>指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価</b> ○主な市町村指標の都道府県単位評価 ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・糖尿病等の重症化予防の取組状況 ・個人インセンティブの提供 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ※ 都道府県平均等に基づく評価	<b>指標② 医療費適正化のアウトカム評価</b> ○都道府県の医療費水準に関する評価 ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、 ・その水準が低い場合 ・前年度より一定程度改善した場合に評価	<b>指標③ 都道府県の取組状況</b> ○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組 等） ・医療提供体制適正化の推進 ・法定外繰入の削減
--	---	--

**（市町村国保）**

保険者共通の指標	国保固有の指標
<b>指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率</b> ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	<b>指標① 収納率向上に関する取組の実施状況</b> ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
<b>指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況</b> ○がん検診受診率 ○歯科疾患（病）検診実施状況	<b>指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況</b> ○データヘルス計画の実施状況
<b>指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況</b> ○重症化予防の取組の実施状況	<b>指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況</b> ○医療費通知の取組の実施状況
<b>指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況</b> ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	<b>指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況</b> ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
<b>指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況</b> ○重複服薬者に対する取組	<b>指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況</b> ○第三者求償の取組状況
<b>指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況</b> ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	<b>指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況</b> ○適切かつ健全な事業運営の実施状況

**（国保組合）**

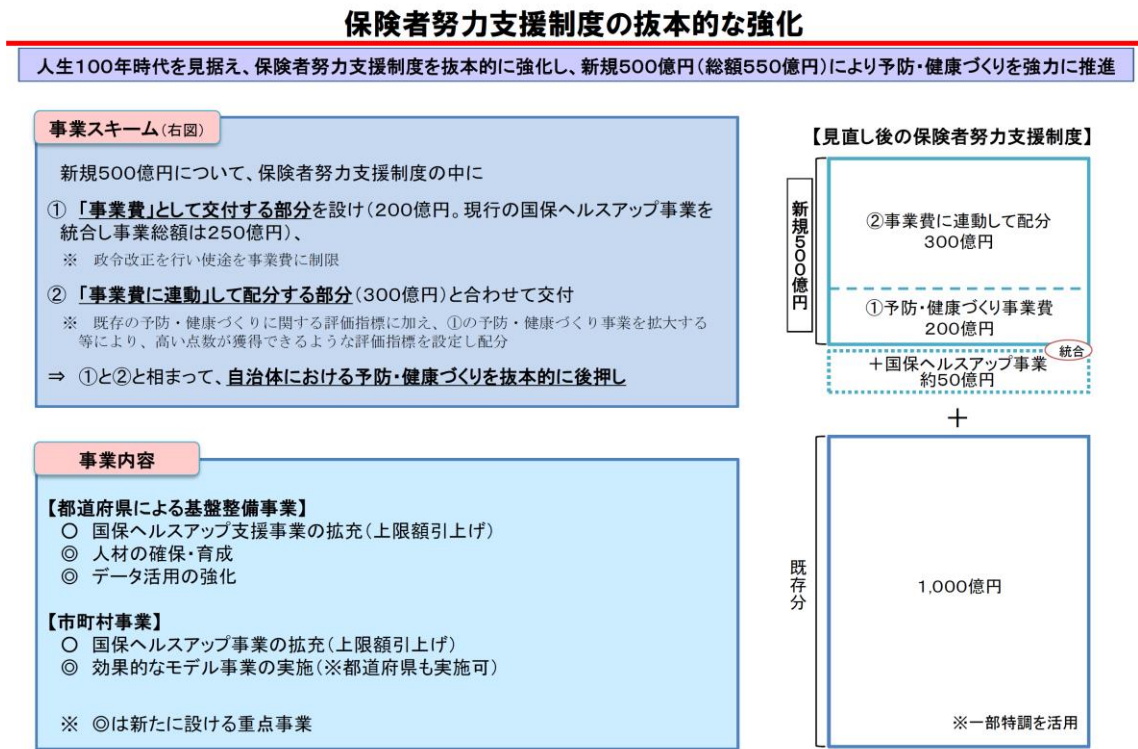
保険者共通の指標	国保組合固有の指標
<b>指標① 特定健診・特定保健指導の受診率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率</b> ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	<b>指標① 医療費の分析等に関する取組の実施状況</b> ○データヘルス計画の実施状況
<b>指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況</b> ○がん検診受診率 ○歯科疾患（病）検診実施状況	<b>指標② 給付の適正化に関する取組の実施状況</b> ○医療費通知の取組の実施状況
<b>指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況</b> ○重症化予防の取組の実施状況	<b>指標③ 第三者求償の取組の実施状況</b> ○第三者求償の取組状況
<b>指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況</b> ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	<b>指標④ 予防接種の実施状況</b>
<b>指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況</b> ○重複服薬者に対する取組	<b>指標⑤ 健康・体力づくり事業に係る実施状況</b>
<b>指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況</b> ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	<b>指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況</b>

出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」（令和 2 年 2 月）をもとに作成



なお、令和2年にはこの保険者努力支援制度は図表12に示すように抜本的に強化されることとなった。人生100年時代を見据え、従来の都道府県・市町村国保に割り当てられていた分とは別途、新規に大規模な予算措置がされることになった。人材の確保や育成、データ活用の強化、モデル事業実施による具体的な取組の推進等、都道府県を中心に、予防・健康づくりを推進することが求められている。

図表 12 保険者努力支援制度の抜本的な強化（令和2年度）



出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」（令和2年2月）

後期高齢者医療制度においても保健事業等の展開に向けて広域連合が活用できる財源として保険者インセンティブが用意されている（図表13）。広域連合は、国の特別調整交付金による保健事業のほか、保険者インセンティブを構成市町村における保健事業の推進に活用することができる。



図表 13 後期高齢者医療制度における保険者インセンティブについて

後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ(令和元・2年度)について

○考え方について

【予算規模について】

- 一定のインセンティブを付与する観点から100億円の予算とし、その全額を、得点及び被保険者数により按分して交付することとする。

【評価指標の考え方について】

- 管内市町村における取組の横展開を推進するため、実施市町村数に関する指標を細分化する。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の先行的取組に関する指標を追加する。
- 事業の実施にかかる評価指標は110点満点、事業の実施について評価を行った場合の加点は20点満点の計130点満点とする。

○事業の実施にかかる評価指標について

保険者共通の指標	固有の指標
<b>指標①</b> ○健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施 → 実施市町村数に関する指標を細分化	<b>指標①</b> ○データヘルス計画の実施状況
<b>指標②</b> ○歯科健診の実施及び健診結果を活用した取組の実施 → 実施市町村数に関する指標を細分化	<b>指標②</b> ○高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施状況 → 実施市町村数に関する指標を細分化 → 国保の保健事業又は介護保険の地域支援事業と連携した実施に係る指標を追加
<b>指標③</b> ○重症化予防の取組の実施状況 → 実施市町村数に関する指標を細分化 → 国保の保健事業との継続した実施に係る指標を追加	<b>指標③</b> ○専門職の配置など保健事業の実施のために必要な体制整備
<b>指標④</b> ○被保険者の主体的な健康づくりに対する広域連合による働きかけの実施 → 実施市町村数に関する指標を細分化	<b>指標④</b> ○医療費通知の取組の実施状況
<b>指標⑤</b> ○被保険者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 → 実施市町村数に関する指標を細分化	<b>指標⑤</b> ○地域包括ケアの推進等（在宅医療・介護の連携、一体的実施等） → 一体的実施に係る指標を追加
<b>指標⑥</b> ○後発医薬品の使用割合 ○後発医薬品の使用促進	<b>指標⑥</b> ○第三者求償の取組状況

○事業の評価にかかる加点について

共通指標①、②、④及び⑤における取組に係る事業の実施について評価を行っている場合は、各取組ごとに加点

出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」(令和2年2月)

2025年には団塊の世代が全て後期高齢者となり、多数の国保被保険者が、後期高齢者医療制度へと移行する。高齢化に伴い医療ニーズの高い被保険者が増えることから、国全体としてさらなる医療費の増大が予想されている。現状でも決して余裕のある財政状況ではない保険者の状況に鑑みると、各保険者・構成市町村は、現時点から2025年を見据えて、国保と後期高齢者医療の連携、地域包括ケアも意識し、事業の評価を行いながら、データヘルスに基づいた取組を推進することが不可欠である。



## 第3章 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の概要

### 1. 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の目的

保健事業は、保険者が提供するサービスの中核の一つであり、保険者機能として保険者が発揮すべき役割の一つである。効率的・効果的な保健事業、とりわけ質の高い保健指導を実施することは、被保険者の生活の質の向上に寄与することにもつながる。

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業では、過去の事業の経験を踏まえ、各都道府県国保連合会に有識者等からなる支援・評価委員会を設置し、委員が保険者に対して助言・支援している。これにより、保険者が PDCA サイクルに沿った効率的・効果的な保健事業を展開できることを目的として実施している。

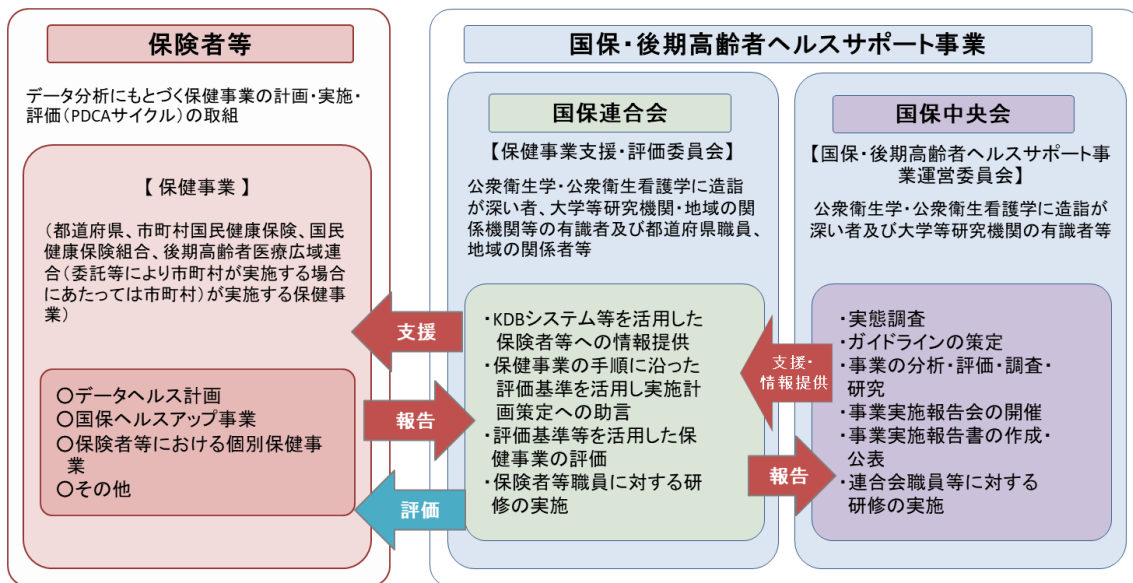
国保連合会は、医療・健診・介護に関するデータを保険者から預かり、KDB システムを運用している。その国保連合会が、地域の実情を踏まえた形で有識者等から成る支援・評価委員会により、データの活用を含めた支援を保険者に行う体制を構築することは非常に重要である。

### 2. 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の全体像

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業とは、保険者が保健事業に係る計画の策定・実施の支援、実施された保健事業の評価について、公衆衛生学、公衆衛生看護学等の外部有識者からの支援を受けることができるよう、国保連合会が事務局となり支援・評価委員会を設け支援を行うこと、並びに国保中央会が各国保連合会の支援・評価委員会が行う保険者支援の状況について取りまとめ、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会において、事業の分析・評価等を実施することを指す（図表 14）。



**図表 14 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の全体像**



○ 国保ヘルスアップ事業については、保健事業支援・評価委員会から評価を受けることが必須要件

(1) 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の対象となる保健事業

### ①国保の保険者の保健事業

従来、国保の保険者は各種保健事業を実施してきた。特定健診・特定保健指導以外で保険者が実践する保健事業として図表 15 に示す事業が実施されている。



図表 15 国保保険者の保健事業（令和2年度）

### 都道府県 国保ヘルスアップ支援事業

#### 【交付対象】

- 都道府県が、管内市町村国保における保健事業を支援するため、効率的・効果的に実施する事業
  - ⇒ 都道府県が実施する市町村への支援の充実・促進を図るため、都道府県国保ヘルスアップ支援事業の交付上限額を拡充する。中小規模の市町村を中心に、人材不足や、データを活用した事業の企画・立案のノウハウ不足といった課題があることから、人材の確保・育成事業、データ活用を目的として実施する事業、市町村と協働で実施するモデル事業を【重点事業】と位置づける。

#### 【交付要件】

- 事業ごとの実施計画（単年又は複数年）の策定
- 事業ごとの評価指標（ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標）・評価方法の設定

#### （事業分類及び事業例）

##### A. 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備

- ・ 都道府県レベルの連携体制構築
- ・ 保健事業の対象者抽出ツールの開発
- ・ 市町村保健事業の効率化に向けたインフラ整備
- ・ 人材育成

##### B. 市町村の現状把握・分析

- ・ KDBと他のDBを合わせた分析

##### C. 都道府県が実施する保健事業

- ・ 保健所を活用した取組
- ・ 予防・健康づくりの周知・啓発

- ※1 国民健康保険特別会計事業勘定（款）保健事業に相当する科目により実施する事業に充当
- ※2 市町村が実施する保健事業との役割を調整するよう留意
- ※3 委託可

##### D.【重点】人材の確保・育成事業

- ・ かかりつけ医師等に対する研修
- ・ 医療機関に勤務する糖尿病療養指導士等の活用
- ・ 重症化予防アドバイザーの派遣
- ・ 在宅保健師等会や栄養士会等との連携
- ・ 保健事業に係るデータ分析に関する専門的研修

##### E.【重点】データ活用を目的として実施する事業

- ・ 医療・健康情報データベースの構築
- ・ 一体的実施や地域連携に資する現状把握・分析
- ・ データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析
- ・ 保健事業の対象者抽出及び追跡ツールの開発
- ・ ICTを活用した特定健診・保健指導の基盤整備
- ・ 予防・健康づくりに資するシステムの構築

##### F.【重点】モデル事業

- ・ モデル市町村を指定し、協働で実施する先進的な保健事業（医療費分析＋研修・先進的保健指導・重症化予防・フレイル対策・重複多剤投与者に対する保健事業・若年者の生活習慣病予防対策・企業と連携した健康教育等）
- ※ 都道府県が市町村分を含めて費用を負担する場合は全額を交付。都道府県と市町村がそれぞれ費用を負担する場合は都道府県の負担部分に対して交付

#### 【交付限度額】（補助率10/10）

被保険者数	25万人未満	25～50万人未満	50～75万人未満	75～100万人未満	100万人以上
基準額	15,000万円	17,500万円	20,000万円	22,500万円	25,000万円

※ 民間事業者への委託やシステム構築等への対応が可能となるよう、交付限度額を大幅に拡充

8

### 市町村 国保ヘルスアップ事業

#### 国保ヘルスアップ事業(A)

##### 【申請要件】

- 右記の事業①～③のうち、いずれかの事業を実施すること。ただし、事業①の必須事業から、少なくとも1つの事業を実施すること。
- 年度内に事業を完了すること。

##### 【交付限度額】（補助率10/10）

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	600万円	900万円	1,200万円	1,800万円

※ あらかじめ事業区分ごとにストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標及びアウトカム指標のうち定量的な3つ以上の指標の設定がない場合は6割、2つ以上の指標の設定がない場合には5割を限度とする。

#### 国保ヘルスアップ事業(B)

##### 【申請要件】

- 国保ヘルスアップ事業(A)の要件を満たし、さらに下記の要件を満たしていること。
- データ分析に基づくPDCAサイクルに沿った中長期的なデータヘルス計画を策定していること。
  - ※ データヘルス計画は、被保険者の医療情報や健診情報等のデータを分析するKDB等を活用し、策定すること。
- 国保連合会の支援・評価委員会を活用すること。
  - ※ 支援・評価委員会の活用状況（支援決定通知等）、活用内容が分かるものを添付すること。

##### 【交付限度額】（補助率10/10）

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	900万円	1,350万円	1,800万円	2,700万円

#### 国保ヘルスアップ事業(C)

##### 【申請要件】

- 国保ヘルスアップ事業(B)の要件を満たし、さらに「効果的なモデル事業」(右記の事業④)を実施していること。

##### 【交付限度額】（補助率10/10）

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	1,350万円	2,025万円	2,700万円	4,050万円

#### 事業内容

##### ①【重点】国が特に推進する生活習慣病予防対策

- ※a)～f)までは必須事業とし、1事業は実施する
  - a) 特定健診未受診者対策
  - b) 特定保健指導未利用者対策
  - c) 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨
  - d) 特定健診継続受診対策
  - e) 早期介入保健指導事業
  - f) 特定健診40歳前勧奨

※必須事業

##### ②【重点】生活習慣病重症化予防対策

- g) 生活習慣病重症化予防における保健指導
- h) 糖尿病性腎症重症化予防

##### ③ 国保一般事業

- i) 健康教育
- j) 健康相談
- k) 保健指導
  - ①重複・頻回受診者
  - ②重複・多剤服薬者
  - ③禁煙支援
  - ④その他保健指導
- l) 歯科にかかる保健事業
- m) 地域包括ケアシステムを推進する取組
- n) 健康づくりを推進する地域活動等
- o) 保険者独自の取組

##### ④【重点】効果的なモデル事業

- p) 都道府県の指定を受けて実施する先進的な保健事業

※ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の事業F【重点】(モデル事業)に記載された事業例を参照

※ 都道府県と協働で実施しない場合であっても、都道府県の指定を受けた場合は申請可(複数の市町村が協働で実施する場合など)

※ 都道府県と市町村がそれぞれ費用を負担する場合は市町村の負担部分に対して交付

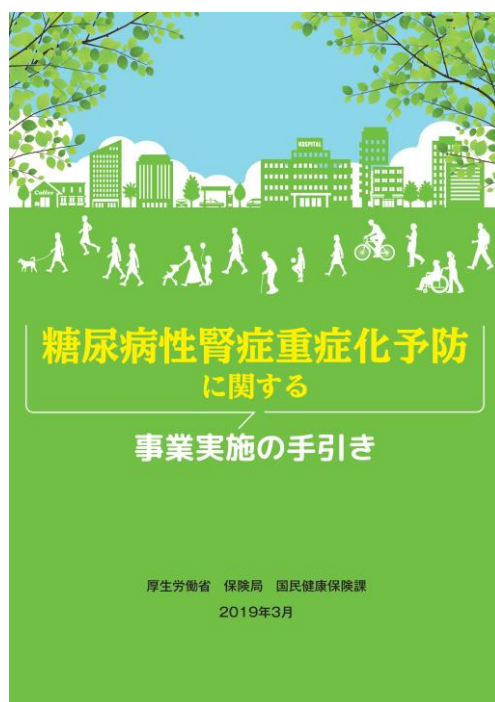
9

出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」（令和2年2月）



上記の中でも生活習慣病重症化予防、特に糖尿病性腎症重症化予防については国保の保険者と広域連合ともに重点的に取り組む事業として位置づけられる。国の重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループでの検討により、都道府県の糖尿病対策推進会議との連携の必要性を含め「糖尿病性腎症予防の更なる展開に向けて」<sup>3</sup>が取りまとめられた。また、平成31年3月には「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」（図表16）<sup>4</sup>が作成され、保険者による具体的な取組への道筋が示された。今後、糖尿病性腎症重症化予防については、一層の推進が図られていくことが期待されている。

図表 16 糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き



これらの保健事業の実施に向けて、国は国保・後期高齢者医療制度ともに保健事業の実施指針を示している。なお、国保の保健事業の実施指針については、令和2年度から本格実施となる高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に伴い、後期高齢者の保健事業の実施指針とともに図表17のように見直しがなされた。

<sup>3</sup> 「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000170308.html>）

<sup>4</sup> 「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/tebiki.pdf>）



図表 17 国保の保健事業実施指針（令和 2 年 3 月 25 日改正）について

国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正について
医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、厚生労働省告示について所要の規定を整備。
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 厚生労働大臣は、保険者が行う健康の保持増進のために必要な事業に関して、その適切かつ有効な実施を図るため、保健事業の実施等に関する指針をそれぞれ定めている。</li> <li>○ <u>令和2年度から、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、高齢者保健事業等の一体的実施に関する規定及び都道府県による保健事業支援に関する規定が設けられたことを踏まえ、高齢者保健事業と国民健康保険保健事業、地域支援事業の一体的実施に関する事項、医療・介護・健康診査等の情報の授受に関する事項、都道府県による保健事業支援に関する事項を定めた保健事業の実施等に関する指針の一部を改正。</u></li> </ul>
<p><b>主な改正内容</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村は、高齢者の心身の特性に応じた事業を行うに当たっては、高齢者保健事業及び地域支援事業と一体的に実施するよう努めること。</li> <li>・ 市町村は、高齢者の心身の特性に応じた事業を行うに当たって必要があると認めるときは、他の市町村や広域連合に対し、被保険者の医療・介護・健康診査等に関する情報の提供を求めることができるとともに、当該情報の提供を求められた市町村は、当該情報を提供しなければならないこと。また、当該市町村内の後期高齢者医療所管課及び介護保険所管課が保有する被保険者の医療・介護・健康診査等に関する情報について、他の市町村等から提供を受けた情報と併せて一体的に活用することができる。</li> <li>・ 都道府県は、市町村及び組合が行う保健事業の適切かつ有効な実施を図るため、関係市町村間の連絡調整、専門的な技術等を有する者の派遣など必要な支援を行うよう努めるとともに、被保険者の医療・健康診査等情報の提供を求めることができること。</li> <li>・ 糖尿病性腎症の重症化予防や特定健康診査等の実施率向上の重要性を踏まえ、これらに関する規定を追加。</li> </ul>

出典：厚生労働省作成資料より

## ②後期高齢者医療広域連合の保健事業

広域連合が保健事業を実施する際には、被保険者が主に 75 歳以上の高齢者であり、国保の被保険者とは異なる健康上の特性を有していること、都道府県単位の広域連合が実施主体となるため市町村と協力する必要がある。また、令和 2 年度から開始の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施にあたって、後期高齢者の質問票の活用や通いの場における高齢者の保健事業の実施を主な内容として改定された後期高齢者医療保健事業実施指針を踏まえ取り組む必要がある（図表 18）。

今般改正された指針では、質問票の活用や通いの場での事業実施等のほか、関係者間の連携や医療専門職の配置についても追記されており、事業実施にあたってはこれらの点について留意する必要がある。



図表 18 後期高齢者医療保健事業実施指針（令和 2 年 4 月 1 日施行）について

<p><b>1. 本指針策定の背景と目的</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者保健事業に関するこれまでの制度改正等</li> <li>・ 高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施の推進</li> <li>→ 高齢者の身体的・精神的・社会的な特性を踏まえ、一体的実施を推進するための制度改正に係る経緯を追加</li> <li>・ 指針の目的</li> </ul> <p><b>2. 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に関する基本事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関係者との連携</li> <li>→ 高齢者保健事業の実施に当たって、広域連合、市町村、医療関係団体等の連携が重要である旨を明記</li> <li>・ 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施</li> <li>→ 市町村における基本方針の策定や医療専門職の配置など、一体的実施の総論的内容を明記</li> <li>・ 地域の特性に応じた事業運営</li> <li>・ PDCAサイクルに沿った事業運営 等</li> </ul>	<p><b>4. 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施のための具体的な取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療専門職の配置</li> <li>→ 市町村には次の医療専門職を配置することが重要であることを明記 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 事業全体の企画・調整等を担当する医療専門職</li> <li>② 高齢者への個別的支援等を行う地域を担当する医療専門職</li> </ul> </li> <li>・ KDBシステム等を活用したデータ分析</li> <li>→ 他の広域連合・市町村との間で、被保険者の医療・介護・健診等情報を KDBを活用して授受できることを明記</li> <li>・ 広域連合・市町村における体制整備</li> <li>→ 広域連合において域内全体の健康課題の整理等を行うこと、市町村において関係課と連携しつつ、地域課題の分析や取組の進め方の調整を行うことが重要であることを明記</li> <li>・ 中央会・連合会との連携</li> <li>→ 医療専門職等に対する研修の実施等必要な支援を行うことを明記</li> <li>・ 関係団体等との連携</li> <li>→ 地域の医療関係団体等との協力が期待されること、事業企画段階から緊密に連携すべきであることを明記</li> <li>・ 都道府県からの支援</li> <li>→ 一体的実施の推進に当たり都道府県からの支援が重要であることを明記</li> </ul>
<p><b>3. 高齢者保健事業の内容</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康診査、保健指導、健康教育、健康相談、訪問指導等の実施</li> <li>・ 質問票の活用</li> <li>→ 高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握できるよう質問票を活用する旨を明記</li> <li>・ 通いの場等における高齢者保健事業の実施</li> <li>→ 通いの場において、支援すべき対象者等を把握し、低栄養状態等の状態に応じた保健指導を行うことや、比較的健康な高齢者に対しても既存事業等と連携した支援を行うことを明記</li> </ul>	<p><b>5. データヘルス計画の策定、実施及び評価</b></p> <p><b>6. 事業運営上の留意事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者保健事業の担当者</li> <li>・ 実施体制の整備等</li> <li>・ 地域における組織的な取組の推進</li> <li>・ 健康情報の継続的な管理</li> <li>→ 個人情報保護の観点からの留意事項を明記</li> </ul>

出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」（令和 2 年 2 月）

現在、広域連合または広域連合から委託等を受けた市町村による事業として図表 19 に示す事業が実施されている。健康診査は全ての広域連合で実施されており、令和 2 年度から始まる高齢者の保健事業と介護予防等との一体的な実施の基盤ともなる事業である。それ以外の保健事業については各広域連合並びに市町村の状況に応じて実施されている。従来から市町村で実施されてきた健康相談、健康教育、糖尿病性腎症重症化予防などは、国保の被保険者を主たる対象として実施されているものもあり、広域連合や構成市町村はこれらの事業との連携等を視野に入れた取組を推進することが求められる。なお、高齢者の保健事業と介護予防等との一体的実施の全市町村の実施は、令和 6 年度までに実施することになっている。

高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施に向けて国では、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」において検討を進め、モデル事業の実践を踏まえて作成したガイドライン<sup>5</sup>を、令和元年 10 月に第 2 版<sup>6</sup>として改定した。

<sup>5</sup> 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952.html>）

<sup>6</sup> 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版」（[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00002.html)）



ガイドラインでは、広域連合は広域計画・データヘルス計画の整理等、構成市町村は庁内各部局間の連携体制整備、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組等（図表 20）が役割として期待されており、各関係者と連携を図りながら事業展開をすることが求められている。

図表 19 後期高齢者医療制度の保健事業

後期高齢者医療制度事業費補助金を活用した保健事業						
○健康診査(歯科健診を含む)に要する経費						
※1 括弧内の金額は令和元年度予算額 ※2 地方負担分について、国庫補助と同額の地方財政措置						
(1)後期高齢者医療の被保険者に係る健康診査 令和2年度予算:約32.5億円(約32.5億円) 補助率:3分の1						
・生活習慣病を早期に発見し、重症化の予防を図るため、健康診査を実施。						
・実施広域連合数(令和元年度):47広域)						
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
受診率	25.1%	26.0%	27.6%	28.0%	28.6%	29.4%
(2)後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診 令和2年度予算:約7.0億円(約7.0億円) 補助率:3分の1						
・口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口内清掃状態等チェックする歯科健診を実施。						
・実施広域連合数(令和元年度):47広域)						
(注)令和元年度まで実施の、高齢者の低栄養防止・重症化予防の取組への支援については、特別調整交付金において引き続き助成を行う予定。						

#### 特別調整交付金を活用した保健事業

##### ○高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

- ・企画・調整を行う医療専門職及び地域を担当する医療専門職の配置等に必要経費を助成。
- ・市町村及び実際に事業を実施する生活圏域毎に応じた交付基準額(5,800千円、3,500千円、500千円の3分の2)で実施。

##### ○低栄養防止・重症化予防の取組等

- ・医療専門職による低栄養、筋量低下、口腔機能低下等による心身機能の低下の予防・生活習慣病等の重症化予防等の取組及び重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組に必要な経費を助成。
- ・各広域連合の被保険者数に応じた交付基準額(10,000千円から25,000千円の3分の2)及び事業に要する経費の2分の1で実施。

##### ○長寿・健康増進事業

- ・被保険者の健康づくりに積極的に取り組むための事業に必要な経費を助成。
- ・各広域連合の被保険者数に応じた交付基準額(0.2億円から2.2億円)で実施。

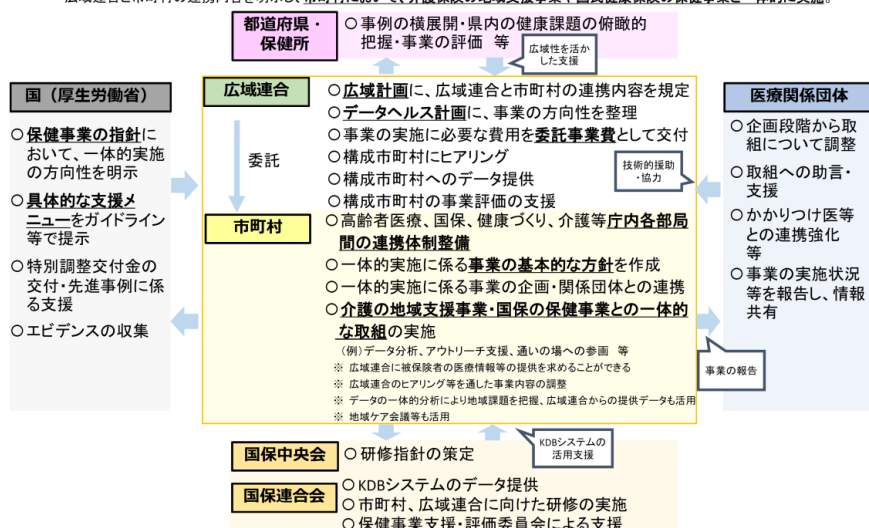
##### ○保険者インセンティブ

- ・後期高齢者医療広域連合による予防・健康づくりや医療費適正化の取組を評価し、特別調整交付金の交付額により配分。
- ・令和元・2年度は100億円の規模(平成29年度は50億円)で実施。

出典:厚生労働省作成資料より

図表 20 高齢者の保健事業における関係者の連携イメージ

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。



出典:厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」(令和2年2月)



図表 21 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版のポイント

高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版改定のポイント	
体制の整備等について	一体的実施プログラム（具体的な取組内容）
<b>広域連合</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 広域計画に、広域連合と市町村の具体的な連携内容を規定</li> <li>○ データヘルス計画に、事業の方向性を整理</li> <li>○ 事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付</li> <li>○ 構成市町村の各関係部局と連携</li> <li>○ 構成市町村へのデータ提供</li> <li>○ 構成市町村の事業評価の支援</li> </ul>	<b>1 医療専門職の配置</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師等の医療専門職が中心となり、コーディネーター役として事業全体の企画・調整・分析を担う。</li> <li>・各日常生活圏域単位で活動する医療専門職がアウトリーチ支援や通いの場等に積極的に関与する。</li> </ul> <b>2 通いの場等への医療専門職の積極的な関与</b> <p>通いの場等に医療専門職が関与することにより、高齢者が自らの健康状態に関心を持ち、フレイル予防等の重要性について浸透を図る。</p> <p>【通いの場等における医療専門職の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア. 通いの場等における計画的な取組の実施</li> <li>イ. 通いの場等を活用したフレイル予防の普及・促進</li> <li>ウ. 通いの場等を活用した健康教育・相談等の実施</li> <li>エ. 通いの場等を活用した健康状態等の把握</li> <li>オ. KDBシステムを活用した必要なサービスへの紹介</li> </ul> <b>3 KDBシステム等による分析・地域の健康課題の整理・分析</b> <b>4 対象者の抽出</b> <p>KDBシステムを活用し、被保険者一人ひとりの医療、健診、介護レセプト、要介護度等の情報、質問票の回答等を一括で把握し、支援すべき対象者を抽出。</p> <b>5 具体的な事業実施</b> <p>アウトリーチ支援の個別的支援と、通いの場等への積極的な関与の両方で実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 健康状態不明者の状況把握</li> <li>(2) 健康課題がある人へのアウトリーチ支援</li> <li>(3) 元気高齢者等に対するフレイル予防等についての必要な知識の提供</li> </ul> <b>6 事業を効果的に進めるための取組</b> <p>市民自らが担い手となって積極的に参加できるような機会の充実に努める。</p> <b>7 地域の医療関係団体等との連携</b> <b>8 高齢者の社会参加の推進</b> <b>9 国保保健事業と高齢者保健事業との接続</b> <p>事業実施にあたっては、国民健康保険保健事業と高齢者保健事業を接続して実施できるようにする。</p> <b>10 事業の評価</b> <p>KDBシステム等を活用して事業の実績を整理しつつ事業の評価を行い、効果的かつ効率的な支援メニュー内容への改善につなげていく。</p>
<b>市町村</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部局間の連携体制整備</li> <li>○ 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成</li> <li>○ 一体的実施に係る事業の企画・関係団体との連携</li> <li>○ 介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施 (例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等</li> <li>※ KDBシステムを活用し、被保険者の医療、介護、健診情報等について、広域連合と市町村が相互に連携し、一体的に活用</li> <li>※ 広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整</li> <li>※ データの一体的分析により地域課題を把握、広域連合からの提供データも活用</li> <li>※ 地域ケア会議等も活用</li> </ul>	
<b>都道府県・保健所</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価</li> <li>○ 都道府県単位の医療関係団体等に対する市町村等保健事業の協力依頼</li> <li>○ 市町村に対するデータ分析、事業企画立案支援 等</li> </ul>	
<b>国保中央会・国保連合会</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 研修指針の策定、市町村・広域連合に向けた研修の実施</li> <li>○ KDBシステムのデータ提供</li> <li>○ 保健事業支援・評価委員会による支援</li> </ul>	
<b>医療関係団体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 企画段階から取組について調整</li> <li>○ 取組への助言・支援</li> <li>○ かかりつけ医等との連携強化 等</li> <li>○ 事業の実施状況等を報告し、情報共有</li> </ul>	

出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」（令和2年2月）

令和2年度からは、第2版に改定された同ガイドライン（図表21）をもとに、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施が全国展開される<sup>7</sup>。

また、高齢者の保健事業の企画・立案にあたっては、医療専門職による地域の健康課題の把握等において、KDBシステム等を活用したデータ分析が求められている。

なお、ガイドラインの改訂に際し、後期高齢者の健診で実施される質問票についても見直しがなされた。後期高齢者医療制度の健診は、制度発足当時より特定健診の項目に準じて実施されており、質問票についても特定健診に準じた「標準的な質問票」が活用されていた。しかし、フレイル等の高齢者の特性を把握するための新たな質問票として「後期高齢者の質問票」が作成された（図表22）。


<sup>7</sup> 後期高齢者の保健事業の助成については、参考資料2「後期高齢者医療広域連合の保健事業の助成に関する通知等」参照。



この質問票は、①健診の場、②通いの場、③かかりつけ医等の受診の機会等、様々な機会において実施されることが推奨され、高齢者が簡便に回答できるよう、項目も15項目に限定された。また、一定のリスクを抱えた高齢者を抽出するために、総合点等で判断するのではなく、高齢者が抱える低栄養や口腔機能の低下といった個別の健康課題を多面的に捉えていくことができるものとなっている。

特定健診の「標準的な質問票」に含まれていた服薬状況や脳卒中等の罹患については、KDBシステムの医療レセプト情報より抽出することが前提となっている。

図表 22 後期高齢者の質問票

後期高齢者の質問票																																																																			
＜後期高齢者の質問票の役割について＞																																																																			
1) 特定健康診査の「標準的な質問票」に代わるものとして、後期高齢者に対する健康診査（以下：健診）の場で質問票を用いた問診（情報収集）を実施し、高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する。 2) 診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することにより、住民や保健事業・介護予防担当者等が高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待される。 3) 質問票の回答内容とKDBシステムから抽出した健診・医療・介護情報を併用し、高齢者を必要な保健事業や医療機関受診につなげ、地域で高齢者の健康を支える。 4) 保健指導における健康状態のアセスメントとして活用するとともに、行動変容の評価指標として用いる。 5) KDBシステムにデータを収載・分析することにより、事業評価を実施可能とし、PDCAサイクルによる保健事業に資する。																																																																			
＜質問項目の考え方＞		＜質問票の内容について＞																																																																	
○フレイルなど高齢者の特性を踏まえ健康状態を総合的に把握するという目的から、 (1)健康状態、(2)心の健康状態、(3)食習慣、 (4)口腔機能、(5)体重変化、(6)運動・転倒、 (7)認知機能、(8)喫煙、(9)社会参加、 (10)ソーシャルサポートの10類型に整理した。 ○高齢者の負担を考慮し、質問項目数を15項目に絞り込んだ。																																																																			
＜質問票を用いた健康状態の評価について＞		<table border="1"> <thead> <tr> <th>類型名</th><th>No</th><th>質問文</th><th>回答</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健康状態</td><td>1</td><td>あなたの現在の健康状態はいかがですか</td><td>①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない</td></tr> <tr> <td>心の健康状態</td><td>2</td><td>毎日の生活に満足していますか</td><td>①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満</td></tr> <tr> <td>食習慣</td><td>3</td><td>1日3食きちんと食べていますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td>口腔機能</td><td>4</td><td>半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td></td><td>5</td><td>お茶や汁物等でむせることがありますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td>体重変化</td><td>6</td><td>6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td></td><td>7</td><td>以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td>運動・転倒</td><td>8</td><td>この1年間に転んだことがありますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td></td><td>9</td><td>ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td>認知機能</td><td>10</td><td>周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td></td><td>11</td><td>今日が何月何日かわからない時がありますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td>喫煙</td><td>12</td><td>あなたはたばこを吸いますか</td><td>①吸っている ②吸っていない ③やめた</td></tr> <tr> <td>社会参加</td><td>13</td><td>週に1回以上は外出していますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td></td><td>14</td><td>ふだんから家族や友人と付き合いがありますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> <tr> <td>ソーシャルサポート</td><td>15</td><td>体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか</td><td>①はい ②いいえ</td></tr> </tbody> </table>		類型名	No	質問文	回答	健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満	食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ	口腔機能	4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ		5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ	体重変化	6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ		7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ	運動・転倒	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ		9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ	認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ		11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ	喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた	社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ		14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ	ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ
類型名	No	質問文	回答																																																																
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない																																																																
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満																																																																
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ																																																																
口腔機能	4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ																																																																
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ																																																																
体重変化	6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ																																																																
	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ																																																																
運動・転倒	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ																																																																
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ																																																																
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ																																																																
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい ②いいえ																																																																
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた																																																																
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ																																																																
	14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ																																																																
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ																																																																
本質問票を用いた評価は、健診の際に活用されることを想定しているが、市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における通いの場やかかりつけ医の医療機関など、様々な場面で健康状態が評価されることが期待される。 ① 健診の場で実施する ⇒健診を受診した際に、本質問票を用いて健康状態を評価する。 健診時は多くの高齢者にアプローチができる機会である。 ② 通いの場（地域サロン 等）で実施する ⇒通いの場等に参加する高齢者に対して本質問票を用いた健康評価を実施する。 ③ かかりつけ医（医療機関）等の受診の際に実施する ⇒医療機関を受診した高齢者に対して、本質問票を用いた健康評価を実施する。		出典：厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」（令和2年2月）																																																																	

— R7 —



## （２）国保・後期高齢者ヘルスサポート事業での保険者支援の内容

### ①保健事業実施計画（データヘルス計画）策定支援

支援・評価委員会はデータヘルスを実践するための計画の策定（評価を含む）を支援する（データヘルス計画については、p41「第５章１．（１）データヘルス計画の策定」にて詳述）。

データヘルス計画に基づいて実施される個別保健事業は、進捗確認を行いながら、毎年事業評価を行うこととなるが、データヘルス計画全体の目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、目標設定後３年を目途に中間評価・見直しを行う。中間評価時点での目標の達成状況や関連する取組の状況を確認し、目標達成のための促進・阻害要因等を検討することで今後の課題を明らかにすることが中間評価の目的である。支援・評価委員会は、この中間評価・見直しにあたっては保険者の支援を行う。（具体的な支援方法については、p109「第５章４．データヘルス計画の中間評価・見直し支援」参照）

### ②その他、保険者における保健事業（個別保健事業）の計画作成・実施支援並びに評価

保険者が実施する保健事業には、一部の国保ヘルスアップ事業のみならず、国の助成に基づく国保保健指導事業（詳細は参考資料１を参照）や広域連合による長寿・健康増進事業等（詳細は参考資料２を参照）を活用した事業、都道府県や国保連合会の助成に基づく事業、その他保険者独自の事業がある。

これら保険者<sup>8</sup>が行う保健事業は、支援・評価委員会の支援（事業実施支援並びに事業評価）の対象となる。

上記、データヘルス計画の策定や個別保健事業は、国保ヘルスアップ事業の助成を受けて実施する保険者もいる。一部の国保ヘルスアップ事業では、支援・評価委員会を活用することが助成要件とされ、国への助成申請にあたっては、支援・評価委員会の支援決定通知書が必要となる。また、保険者が支援・評価委員会による支援を受けて事業の見直し等を行うことができるよう、助言内容を書面により保険者

---

<sup>8</sup> 後期高齢者医療制度で行われる保健事業については、広域連合から委託を受けて実施する市町村の保健事業も対象となる（参考資料２「後期高齢者医療広域連合の保健事業の助成に関する通知等」参照）。



に提供することが必要となる<sup>9</sup>。そのため、国保ヘルスアップ事業の助成を受けた保険者によるデータヘルス計画の策定や個別保健事業の計画作成・実施並びに評価が、支援・評価委員会による支援対象となる。

なお、保健事業の実施後には事業を評価することが必要となるが、個別保険者では、事業評価を行うためのデータ整理が難しい、ノウハウがない等により、困難に直面することもある。国保・後期高齢者ヘルスサポート事業では KDB システム等を活用しながら、個別保険者では対応が難しい点について積極的に支援することが求められる。

### （３）国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の関係者

#### ①国保保険者並びに後期高齢者医療広域連合

保険者は、国保の保健事業実施指針並びに後期高齢者医療の保健事業実施指針に基づき、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業実施計画の策定、実施、評価を行うこととされている。保健事業の実施の際、保険者は保健事業全体を見渡した中長期的（概ね６年）な保健事業実施計画を策定する。また中長期的（概ね６年）な保健事業実施計画を実現するための個別保健事業の計画についても作成することが望ましい<sup>10</sup>。

なお、国保は市町村国保だけではなく、都道府県も保健事業を実施並びに支援する立場となるため、都道府県の事業に対する支援も必要となる。

また、後期高齢者の保健事業については、広域連合からの委託のもとに構成市町村が実施することとなる。構成市町村が保健事業を実施する際には、基本的な方針を作成して実施することになるため、この基本的な方針の作成・実施にあたっては支援を行うことが求められる。また、広域連合はこれら構成市町村からの支援の要望がある際に取りまとめて支援申請を行う。

<sup>9</sup> 参考資料１「特別調整交付金（保健事業分）交付要領について」参照

<sup>10</sup> 「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きにおいては必ずしも個別保健事業についての計画作成を求めているが、国保ヘルスアップ事業の助成を受けて保健事業を実施する場合は個別の保健事業に関する計画が必要となる（詳細は参考資料１「特別調整交付金（保健事業分）交付要領について」参照）。



## ②国保連合会並びに支援・評価委員会

国保連合会は、公衆衛生学・公衆衛生看護学に造詣が深い者、大学等研究機関・地域の関係機関等の有識者及び都道府県職員、地域の関係者等を構成員とする支援・評価委員会を設置し、その事務局を担当する。

支援・評価委員会は、現場の専門家と連携をしながら、保険者が実施する保健事業実施計画策定及びPDCAサイクルに沿った保健事業の企画立案、実施の支援、保険者が保健事業に係る計画の策定・実施の支援、実施された保健事業の評価について支援する。

具体的には、都道府県内の保険者に対し、KDB システム等を活用し、保険者が保健事業の実施計画を作成するための情報提供を実施する。また、要望のある保険者に対し、保健事業の手順に沿った評価基準を活用し、個別保健事業実施計画の作成並びに実施過程における助言、保健事業の評価を行う。特に、支援・評価委員会は、保険者がねらいを明確にしながらPDCAサイクルが回せるよう、体系だった保健事業を企画・立案するとき、積極的に支援する必要がある。また、支援・評価委員会は、保険者における保健事業全体のレベルアップにつながるよう保険者職員に対する研修も実施するべきである。

保健事業の計画策定、実施、評価の主体はあくまでも保険者であり、支援・評価委員会は、保険者の活動を支援するとともに、第三者として保健事業を評価する立場にある。

国保連合会は、個々の保険者の具体的な課題や要望を聞き取り、国の施策動向と合わせて支援・評価委員会に情報提供する等、事務局として支援・評価委員会による助言を効果的に引き出し、保険者支援を行う必要がある。そのためには、委員の助言等による支援の目的並びに趣旨を保険者に正確に伝え、事前・事後にわたる支援を行う。保険者と国保連合会の関係、国保連合会と支援・評価委員会との関係の重要性を認識し、保険者が保健事業の実施に際し、支援・評価委員会から効果的なアドバイスが受けられるよう、保険者と支援・評価委員会両者の橋渡し役として重要な役割を担っていることを認識することが必要である。



なお、個別の保険者への支援を通じて国保連合会には保健事業の実施方法や評価に関するノウハウが蓄積されるようになる。それらを他の保険者の支援に活かしていくことが求められる。

### **③国保中央会並びに国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会**

国保中央会は、公衆衛生学・公衆衛生看護学の有識者等を構成員とする「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会」を設置している。国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会は、各国保連合会における実施状況を取りまとめ、分析・評価を行い、分析結果等をもとに、全国の支援・評価委員会並びに国保連合会が、統一的な視点をもって保険者支援を行うことができるためのツール類を作成する。そして、分析・評価結果や作成したツール類を各国保連合会に還元し、国保連合会との情報交換の場を設けるなど、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業が円滑に運営され、さらなる展開につなげることができるよう支援する。

令和元年度からは、従来の研修とは別途、国保連合会に糖尿病性腎症重症化予防に関するセミナー並びに高齢者の保健事業のセミナーを実施することが求められている。国保連合会での研修が円滑に実施されるよう、運営委員会のもとに「糖尿病腎性重症化予防セミナーワーキング・グループ」と「高齢者の保健事業ワーキング・グループ」を設置し、セミナーの実施指針を作成した。

### **④都道府県**

都道府県は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の推進にあたり、職員が支援・評価委員会へ委員として参画することや、国保連合会及び保険者と連携し、情報提供等の支援を行う。特に都道府県が設置する保健所は、地域活動が主要な業務であるため、地域の実情に即した支援を行うことが可能である。

都道府県・都道府県設置保健所は、地域保健を推進する立場から、医療連携の仕組みづくりや地域と職域の保健事業の共有化・共同事業化の取組を推進するべきであり、そのような調整機能を果たすことが重要となる。

平成 30 年度からの国保の都道府県単位化に伴い、都道府県も国保の保険者となった。保健事業は引き続きそれぞれの市町村国保が実施することになるが、国保運営の責任主体になるため、都道府県も保健事業に主体的に関わりながら、市町村を



支援する必要がある。具体的には、データの利活用、各種情報提供、先進事例の紹介及びその機会の調整を行うことが求められる。

さらに、医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画を作成する都道府県には、地域の予防・健康・医療・介護に関して、中心的な役割を果たすことが期待されている。

#### **⑤職能団体や医療機関、他の保険者等の関係者**

データヘルス計画の策定や個別保健事業の実施にあたっては、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・栄養士会等の職能団体や医療機関等との連携が必要となる。さらに、糖尿病性腎症重症化予防事業においては、糖尿病専門医や腎臓専門医の協力、地域医療機関の協力が必要である。国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の推進にあたっては、これらの関係団体との連携が図られることが望ましい。必要に応じて、保険者は関係団体の実施する会議体に参加し、事業の概況等について説明する。

また、地域の状況の分析等においては、全国健康保険協会（協会けんぽ）や職域保健等とも連携する。

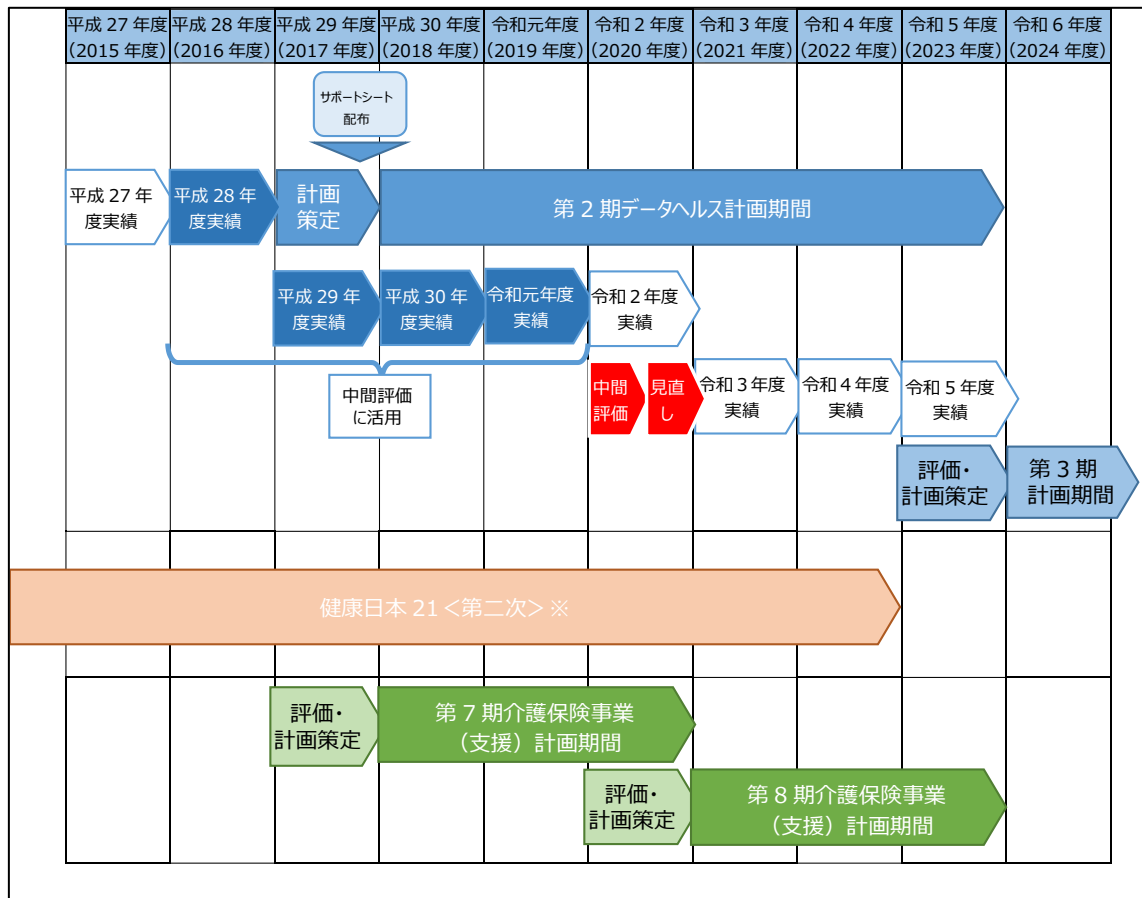
オンライン資格確認等システムへの健診・薬剤・医療費データの収集に伴い、地域保険・職域保険を横断したデータ連携・分析が可能となり、さらなる保険者機能の拡充が見込まれる。

### **（４）国保・後期高齢者ヘルスサポート事業のスケジュール**

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の対象となるデータヘルス計画は、平成 26 年度から第 1 期計画として策定された。その後第 1 期計画を策定した多くの保険者において平成 30 年度から令和 5 年度を計画期間として、第 2 期計画が策定された（図表 23）。保険者支援の内容は、計画策定年度についてはデータヘルス計画の策定支援が中心であるが、計画の中間年度には、中間評価・見直しの支援、計画の実行期間中については個別保健事業の計画作成・実施支援、保健事業の評価となる。



図表 23 データヘルス計画等のスケジュール



※健康日本 21<第二次>をもとに都道府県や市町村が策定する健康増進計画は、それぞれの自治体の状況に応じて計画期間や時期が異なる。



## 第4章 支援・評価委員会による保険者支援の流れ

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業において、支援・評価委員会は、申請のある保険者が求める内容に対し支援をする。本章においては、保険者を対象にした具体的な支援について解説する。

### 1. 支援に先立っての準備

#### (1) 支援・評価委員会の役割の確認

各国保連合会の支援・評価委員会は、保険者支援を担う上で、その具体的な方針や方向性、保険者支援における具体的な役割等について委員の間で共通認識を持つ必要がある。なお、本ガイドラインにおいては、保険者支援として以下の具体的な流れ、方法について記載している。

- ・データヘルス計画の策定支援／中間評価・見直し支援
- ・個別保健事業の計画作成・実施支援
- ・データヘルス計画・個別保健事業の評価

#### (2) 保険者への周知

各都道府県の国保連合会は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業において、保険者が支援・評価委員会から、データヘルス計画の策定支援／中間評価・見直し支援／個別保健事業の計画策定・実施支援／データヘルス計画・個別保健事業の評価に関する支援を受けられることについて周知を図る。

周知は、国保連合会が開催する研修の場等を通じて行い、支援・評価委員会による支援は、保険者の申請に基づき実施されることや受けられる支援の具体的内容についても伝える。

その際、保健事業の実施主体は保険者であり、支援・評価委員会の委員は、計画策定や企画・立案へ助言する立場であることを明確に示すと同時に、支援・評価委員会の助言により、図表 24 に示すメリットを伝える必要がある。



図表 24 支援・評価委員会に支援を受けるメリット

- ◆ 保健事業について相談できる場がある
- ◆ 幅広い有識者による助言・指導を受けることができる
- ◆ 第三者による支援により、新たな気づきを得ることができる
- ◆ データ分析の手法が明らかになり、健康課題を明確にできる
- ◆ 健康課題が明確になり、有効な保健事業を展開できる
- ◆ 対象者の抽出等にあたっての裏づけを得ることができる
- ◆ 個別保健事業の実施に際しての具体的な工夫に関する情報が得られる
- ◆ 事業の評価を受けることにより、次期に向けた事業の改善ができる 等

支援・評価委員会が保険者支援を行う際には、KDB システムを活用することが有効である。

なお、支援・評価委員会による支援は、市町村国保だけではなく、国保組合や広域連合並びに広域連合から委託を受けて実施する構成市町村による保健事業<sup>11</sup>も対象となる。従来、これらの保険者では、保健事業に関するデータ分析や計画策定、事業展開に関するノウハウの蓄積が十分にあるとはいえなかった。また、これらの保険者は各都道府県内において数が少なく、支援する側の支援・評価委員会もその実態を把握することが難しく、必ずしも支援の手が行き届いているわけではなかった。

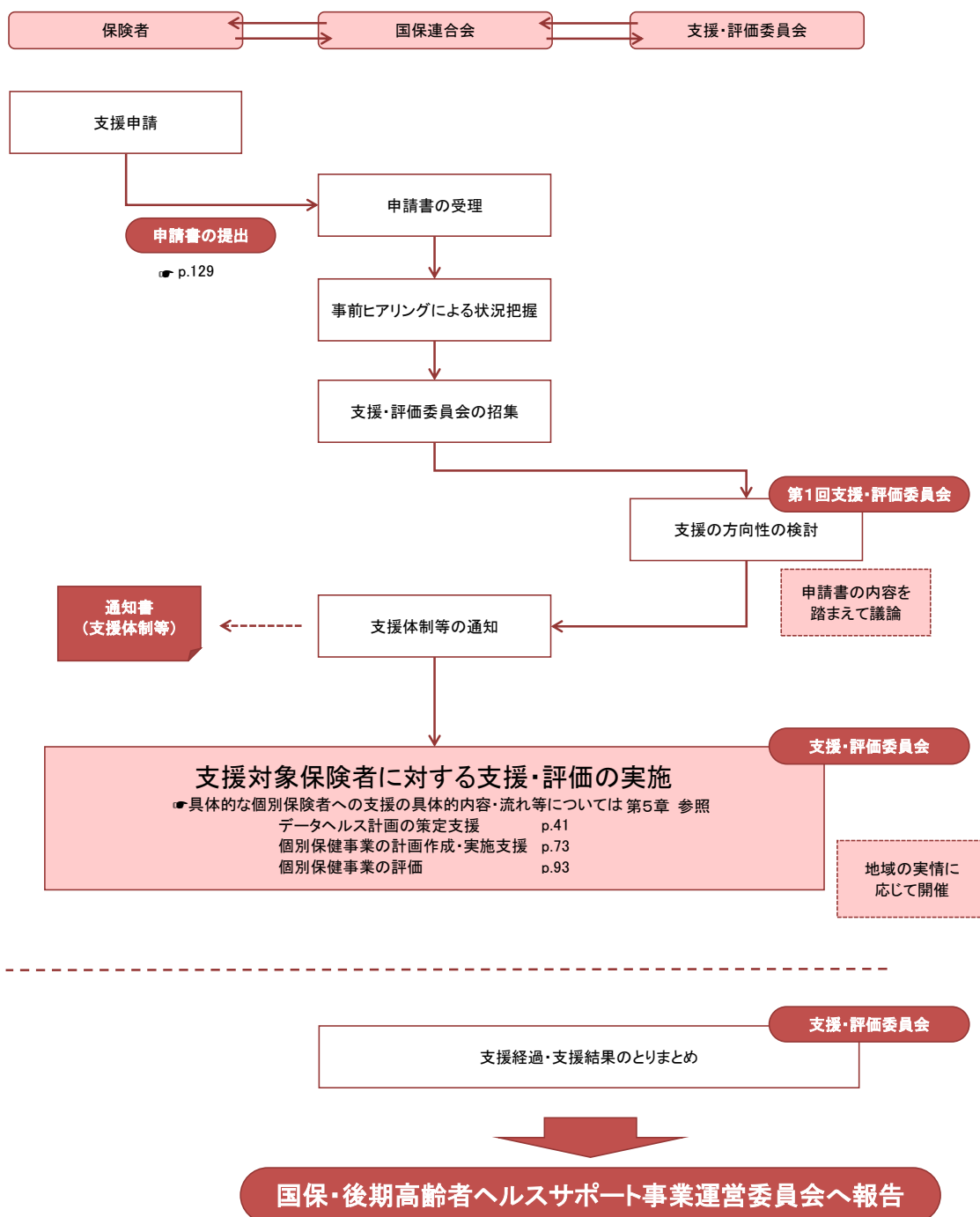
支援・評価委員会は国保組合に対して、業態や働く時間帯、年齢構成等の実態把握をしながら、効率的な事業展開ができるように支援していくことが求められる。広域連合は、各都道府県に1つしかなく、比較対象がない。そのため、他都道府県の同規模広域連合との比較等工夫した支援が必要となる。

<sup>11</sup> 後期高齢者の保健事業の助成については、参考資料2「後期高齢者医療広域連合の保健事業の助成に関する通知等」参照。特に、生活習慣病等の重症化予防事業については、「実施計画の策定段階から、第三者（国民健康保険団体連合会に設置された保健事業支援・評価委員会、有識者会議等）による支援・評価を活用すること」とされている。



## 2. 個別保険者支援の流れ

図表 25 個別保険者支援の流れ





## （１） 保険者による支援申請

保険者が支援・評価委員会による支援を希望する場合は、支援・評価委員会がどのような支援を行うかについて判断ができるよう、図表 26 に示す内容がわかる申請書（p129 別添資料 申請書参照）の提出を求めることとする。

**図表 26 支援申請時に提供を求める保険者の情報**

- ◆ 保険者の概要（被保険者数、40 歳以上の被保険者数、後期高齢者医療制度被保険者数）
- ◆ 保険者で実施してきた保健事業の概況
- ◆ 現在予定している保健事業の目的、目標、内容
- ◆ 申請時点で支援・評価委員会に助言等を求める内容（データヘルス計画策定支援、データヘルス計画の中間評価・見直し支援、個別保健事業計画作成・実施支援、個別保健事業評価、その他等）
- ◆ 国保ヘルスアップ事業／高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する調整交付金の申請の有無

支援・評価委員会に支援を求める保険者の中には、支援・評価委員会に何について助言を求めてよいかわからずに、申請書の多くの部分が空欄となってしまうものもあると思われる。しかし、そうした保険者こそ、支援・評価委員会による支援を必要としている。そのため、申請段階で、保険者が申請書等の書面で全ての情報を提出する必要はなく、申請保険者が抱える課題等については事務局が事前ヒアリングを通じて把握し、その情報を支援・評価委員会に提供することが必要である。

## （２） 支援の方向性の検討

支援・評価委員会の事務局を担う国保連合会は、保険者からの支援申請を受理した後、当該年度においてどの保険者に対し、どのような形で支援・評価委員会による支援を行うかについて検討するために、委員会（当該年度 1 回目）を開催する。

支援対象保険者や支援内容は、都道府県と調整しながら申請した保険者数や希望される支援内容等に基づいて決定されるものであるが、申請書をもとに、保険者のレベルに応じた支援を行うことが求められる。



#### ポイント

新しい保健事業に取り組もうとする意欲のある保険者でも、自分たちが従来の保健事業で行ってきたことの重要性や意義を十分に理解していない場合が多い。支援・評価委員会の委員には、客観的な立場から保健事業の全体像と新しい事業との関係を整理することが期待されている。既存の事業の貴重な活動や組織が少し形を変えることで新しい事業に応用できることもある。保険者が行ってきた既存事業が新しい事業の土台として適正に位置付けられているか、ゴールは適正に設定されているかを評価していく必要がある。

事業自体の実施方法や評価方法についての支援は、事業の必然性が十分に確認された上で行う必要がある。実施方法や評価についても、既存事業の到達点・問題点と課題の関連を常に意識しながら課題克服のための支援を行う必要がある。他からの助成を受けて行う事業がその助成期間が終了した後も展開可能な仕組みが担保されているか（少なくとも意識されているか）も注意すべきポイントである。

### （３）支援・評価の実施

支援・評価委員会による保険者への支援・評価の方法は、地域の実情に応じて設定する。支援・評価委員会の開催回数が限られる中、効果的な保険者への支援を行うには工夫が求められる。委員会の中でそれぞれの保険者に対し担当委員を決定し、当該委員が中心となり支援する方法もあれば、支援・評価委員会の委員全員で合議の下に支援する方法もある。支援・評価委員会の下にワーキンググループ（以下「WG」という）や部会を設置し、実際の個別保険者への支援は、WGや部会のメンバーが実施することも考えられる。また、個別の保険者に別々に行われる場合、複数の保険者をグループ化して行われる場合、研修会形式で行われる場合等さまざまである。支援を希望する保険者の数等、地域の実情にあわせ、支援の形態や方法を工夫することが求められる（図表 27）。また、保険者への支援の形態として、支援を行う保険者の担当者と書面上のやり取りだけではなく、保険者の事務所に出席して話し合いの場を設け、保険者の担当者にヒアリングをする等、直接対面で話し合う場を設けることが望まれる（図表 28）。

支援・評価委員は、当該都道府県内の情報だけでなく、国保中央会の研修等において他県の状況も把握したうえで 保険者支援を行う必要がある。



図表 27 支援・評価委員会による保険者支援の体制の例

- ◆ 支援・評価委員会の委員全員による合議
- ◆ 支援・評価委員会の中から保険者ごとに担当委員を選出
- ◆ 支援・評価委員会の下にワーキング・グループまたは部会を設置し、その中の委員が担当 等

ポイント

支援・評価委員会の委員が保険者支援に際し求められるスタンスは、「この分析をすべきだ」や「ここが健康課題だ」と決めつけるのではなく、保険者が自らで検討することをバックアップするように努めることである。特に個別の保健事業についての助言では、地域の専門医や医療機関との連携を深めるなど、つなぐ役割も期待される。

支援・評価委員会に求められるのは、現場の地域保健の向上のため、部局横断的に専門職及び事務職が有機的な連携がとれるように、適宜両者を巻き込み、いずれは保険者が自立的に活動できるよう支援することである。

図表 28 支援・評価委員会における保険者支援の主な形態と  
平成 26 年度から 27 年度にかけてみられた変化

【主な支援形態】

- ◆ 委員会の場に支援対象保険者が同席し、委員と対面の上で意見交換・助言
- ◆ 委員会等の場での助言・評価内容等を文書等で伝達
- ◆ 研修会形式で支援対象保険者を支援
- ◆ 委員会の委員が保険者を直接訪問して支援
- ◆ ワーキング・グループを設置しての対応

【平成 26 年度から 27 年度にかけてみられた変化】

- ◆ 委員会の場に支援対象保険者が同席し、対面支援を行う支援・評価委員会数の増加
- ◆ 対面支援を行った上での文書で助言内容の伝達
- ◆ 対面支援で口頭による助言内容を伝えるだけではなく、その内容を文書でも伝達
- ◆ 一つ一つの支援対象保険者に対する助言を個別にするのではなく、複数の保険者が一堂に会する場で、他の保険者に対する助言内容も聞くことができる場をセッティング

出典：国保・後期高齢者ヘルスサポート事業報告書（保険者が実施する保健事業に関する第三者による支援評価事業）－平成 26～28 年度総括報告書－（<https://www.kokuho.or.jp/hoken/public/hokenannouncement.html>）



ヘルスサポート事業の開始から6年が経過し、支援・評価委員会による保険者支援にあたっては、多くの連合会において、事務局があらかじめ支援を申請した保険者にヒアリングを行い、要点を取りまとめたうえで支援に臨む等の体制が確立されてきている。

事務局による情報収集並びに、KDB システム等から得られるデータに関する情報提供を行うことにより、支援・評価委員会委員が効率的に支援を行うことができる。

#### **（４） 支援結果のフィードバック**

国保ヘルスアップ事業の申請保険者については、年度途中で支援・評価委員会から受けた助言の内容を国に提出することが求められているため、助言内容については、書面の形で保険者に対し、明確に伝える必要がある。支援・評価委員会は、保険者の保健事業の展開に資するものとなるよう助言を行う必要がある。

また助言後に、国保連合会は、その助言内容が保険者の課題解決につながったか、目標達成に資することができたか等を取りまとめ、支援・評価委員会にフィードバックすることが重要である。支援・評価委員会はフィードバック内容を受け、事業評価やその後の助言へ活用をしていくことが求められる。

### **３． 支援結果についての報告・広報**

各都道府県の支援・評価委員会は、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会における今後の保険者支援のあり方の検討のため、年度ごとに支援・評価の状況を取りまとめ、国保中央会に報告する。

支援結果については、支援した保険者以外の保険者に対しても積極的に広めていく必要がある。その手段としては、保険者間の情報交換会や国保連合会が開催する研修会等様々な方法がある。支援・評価委員会による支援を受けることにより保険者にどのようなメリットがあるかを含め広く伝えていくことが必要である。



## 第5章 支援・評価委員会による保険者支援の実際

### 1. データヘルス計画の策定支援

#### (1) データヘルス計画の策定

データヘルス計画の策定にあたり、国は保健事業実施指針（国保・後期高齢者医療とも）において、図表 29 のような取組を盛り込むことを求めた。

図表 29 データヘルス計画策定において踏まえるべき取組

保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、実施する。具体的には、以下の取組を進める。

- P（計画）：健康・医療情報を分析し、被保険者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する
- D（実施）：費用対効果の観点も考慮しつつ、次のような取組を実施する
- ・被保険者に自らの生活習慣等の問題点を発見させその改善を促す一次予防の取組
  - ・生活習慣病の発症予防のための特定保健指導等の取組（国保）
  - ・生活習慣病の症状の進展及び合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組
  - ・加齢に伴う心身機能の低下を防止するための働きかけ（後期高齢者医療）
  - ・その他、健康・医療情報を活用した取組（重複受診への保健指導、後発医薬品の使用促進等）
- C（評価）：客観的な指標を用いて保健事業の評価を行う  
（例：生活習慣の状況（食生活、歩数等）、特定健診の受診率・結果、医療費）
- A（改善）：評価結果に基づき事業内容等を見直す

厚生労働省作成資料をもとに作成

国保及び後期高齢者医療の保健事業実施指針を受け示された保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（詳細は別添の参考資料 3 を参照）では、図表 30 に示す内容を記載することが求められている。



図表 30 データヘルス計画に盛り込むべき内容  
(保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きより引用)

- (1) 基本的事項(計画の趣旨、計画期間、実施体制・関係者連携)
- (2) 現状の整理(保険者の特性、前期計画等に係る考察)
- (3) 健康・医療情報の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出
- (4) 目標
- (5) 保健事業の内容
- (6) 計画の評価・見直し
- (7) 計画の公表・周知
- (8) 個人情報の取扱い
- (9) 地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項

データヘルス計画には、設定した目標を達成するために、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチを組み合わせ、複数の事業を取捨選択・優先順位付けし盛り込んでいく(詳細は参考資料3の「保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」参照)。

データヘルス計画に盛り込む内容について検討する際、留意することは「保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引き」において、「事業内容を標準化して評価可能なものとする」とともに、同様の健康課題を抱える保険者との取組の比較が可能となるよう、保健事業ごとに、『目的』『目標』『対象者』『事業内容』『実施方法』『評価体制・方法』『実施体制』『実施スケジュール』『実施期間』『実施場所』等を整理し、計画に記載する」とされていることである。

つまり、データヘルス計画は、保険者の保健事業の全体計画として、健康課題に対し、複数年にわたりどのように対応していくか、そのために、いつどのような事業を展開していくかという当該保険者における保健事業の方向性と事業の実施・評価の概要を定めるものである。保険者はこれとは別途、個別保健事業の詳細な内容等を定める個別保健事業の実施計画(以下「個別保健事業計画」という)を作成する<sup>12</sup>。個別保健事業計画はデータヘルス計画より具体的で実行性のある計画であり、記すべき内容としては、事業の目的・目標・評価指標、対象者(選定基準を含む)とその集め方、事業の方法、内容、事業の実施体制、事業関係者における連絡・調整・情報共有の方法、事業を継続的に実施する方策(脱落防止策等)、評価指標の集め方、事業評価の方法等が挙げられる(個別保健事業に関しては、p73「第5章2. 個別保健

<sup>12</sup> 「保健事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいては必ずしも個別保健事業についての計画作成を求めているが、国保ヘルスアップ事業の助成を受けて保健事業を実施する場合は個別の保健事業に関する計画が必要となる(詳細は参考資料1「特別調整交付金(保健事業分)交付要領等について」参照)。



事業の計画作成・実施支援」を参照)。データヘルス計画と個別保健事業計画の違いを以下に示す(図表 31)。

図表 31 データヘルス計画と個別保健事業計画の違い

	データヘルス計画	個別保健事業計画
計画対象期間	複数年度(第2期計画は多くの保険者において平成30年度から令和5年度まで)	事業の特性に合わせて単年度もしくは複数年度
計画の対象事業	保険者が取り組むべき保健事業全般	個別保健事業(ポピュレーションアプローチ、健康教育、健康相談、各種保健指導、重複・頻回受診対策、後発医薬品対策等)
目的(計画終了時点でのあるべき姿)の例	健康寿命の延伸、被保険者のQOLの向上	特定保健指導を実施することにより、対象者が行動変容し、積極的に自分の健康増進を図ることができる
目標・評価指標(目的を達成するための条件)の例	糖尿病罹患者の〇%減少 メタボ該当者の〇%減少 (短期的な目標と中長期的な目標あり)	特定保健指導の実施率を〇%にする 特定保健指導を受けた対象者の中で、運動する人が〇%増える
計画に盛り込むべき内容	目標を達成するための具体的な保健事業全体の種類、それぞれの事業の関係性	個別保健事業の目的・目標、方法と内容、体制、評価指標、事業のスケジュール等

データヘルス計画と個別保健事業の関係性を示す具体的な例としては、データヘルス計画において複数年で「健康寿命の延伸」を目的に、そのための目標として「糖尿病罹患者の〇%減少」ということを定めるとすると、毎年広く一般被保険者を対象とした講習会等を開催するという事業を行うとともに、計画1年目は、例えば糖尿病の要治療者を医療につなげるための受療勧奨事業、次年度は糖尿病の治療中断者を再度医療につなげるための事業を行う等、年度によって実施する個別保健事業を順序立てて整理することが求められる。



**ポイント**

新たな事業を計画する際には、導入、展開、定着のどの段階をどのような年次計画で行うかを整理する必要がある。導入期ではスクリーニングや指導の仕組み等の体制作りが重要であり、この段階では規模を追求しない方がよい。次の段階では完成した仕組みを活用して展開し、サービス量の拡大に努めることが重要である。さらに従来からの事業との親和性を考慮して、既存事業の中に当てはめていくことが求められる。

この各段階に応じた評価指標を設定、活用することが必要である。

なお、市町村国保におけるデータヘルス計画は、被保険者の健康をどのように導くかの方向性を示すものであることから、保険者の所在する自治体のまちづくり、健康づくりのスタンスとの関連性も考慮されるべきである。そのために、計画の目的・目標の設定においては、各自治体の総合計画、健康増進計画、介護保険事業計画と整合性を図る必要がある。

特に第2期計画において着目されるのは、地域包括ケアに関する積極的な取組である。地域に根ざした保険者である市町村国保や広域連合は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を意識しながら、国保に加入する前期高齢者が後期高齢者に移行するという一連の流れの中で、地域包括ケアを進めるための現状分析や課題抽出、実施すべき保健事業を具体的に提示すべきである。

また、保険者は、特定健診等実施計画の策定が義務化されている。「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」によると、「特定健診等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診等の実施方法を定めるものであるため、計画期間が一致する場合にはデータヘルス計画と一体的に策定することは可能である。この場合、特定健診等実施計画を単体で公表することができるよう、例えば章を分ける、該当箇所印を付けるなど構成を工夫する」とされている。つまり、国保の保険者は、特定健診等実施計画とも整合を取りながらデータヘルス計画を策定しなければならない。

広域連合におけるデータヘルス計画は都道府県を単位として策定されるため、広域連合全体としての保健課題の特性を把握する必要がある。それとともに、多くの場合、住民に身近な構成市町村が保健事業の主導的な役割を担い、実施の中心になることが想定されるため、市町村ごとの疾病構造、健康水準、受療実態、地域資源等の違いを踏まえ、地域ごとの特性を考慮した計画とする必要がある。

国保と同様に、計画は被保険者の健康をどのように維持・向上させるのかの方向性を示すものであることから、都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画や国保で策定されるデー



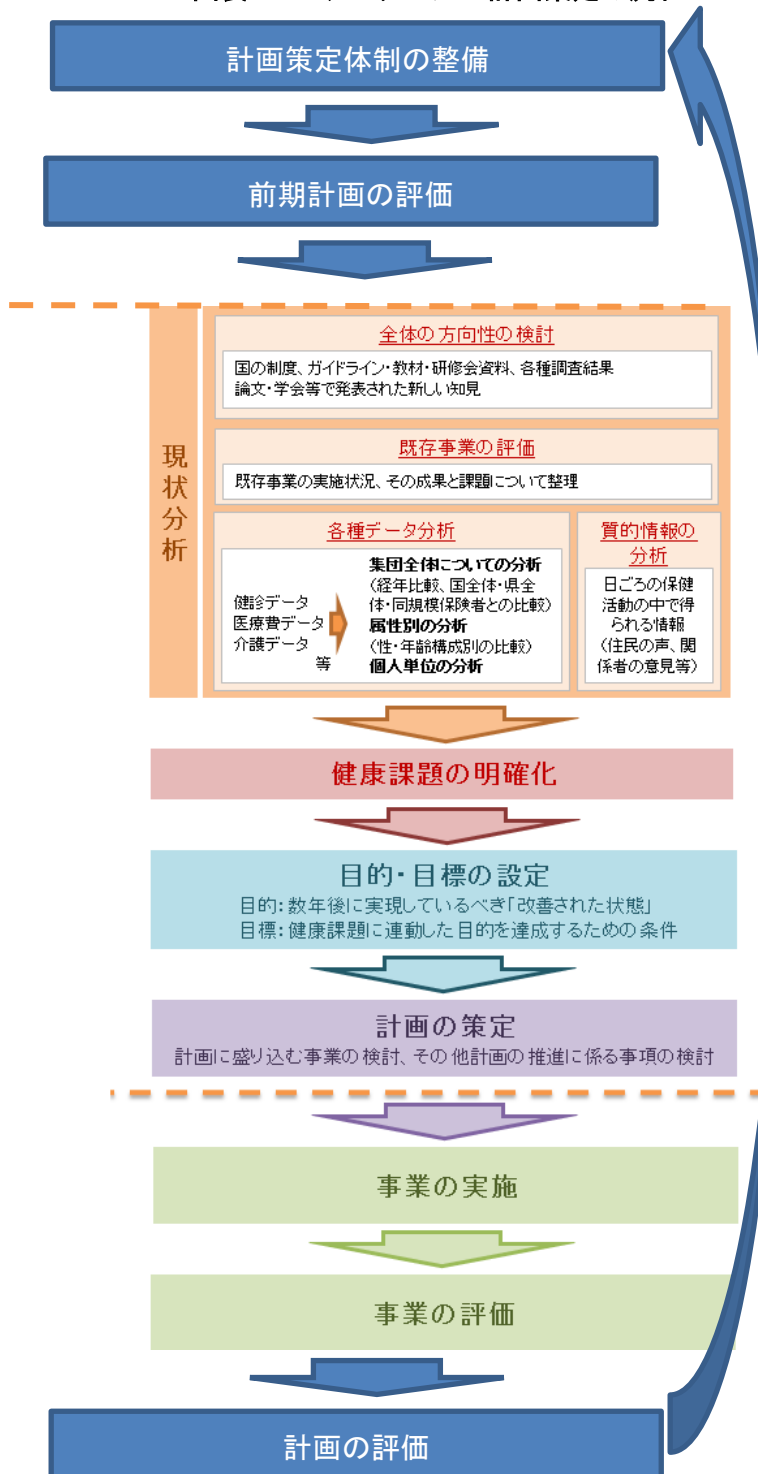
タヘルス計画、介護保険事業（支援）計画、都道府県医療費適正化計画、その他関係する計画に配慮する必要がある、計画期間についても医療費適正化計画等の法定計画が令和 5 年度までであることと整合性を図ることが求められている。



## (2) 保険者によるデータヘルス計画策定の具体的な流れ

データヘルス計画策定の流れを図表 32 に示す。参考資料 7 の保健事業の手順に沿った評価基準の各項目も参考になるため、参照されたい。

図表 32 データヘルス計画策定の流れ





## ①計画策定体制の整備

データヘルス計画は、被保険者の状態に対応したまち全体の健康づくりのための計画であるため、庁内外が連携して策定することが望ましい。庁内においては、主担当部門に可能な限り専任職員を配置したうえで、国保担当部門だけではなく、後期高齢者医療部門、保健衛生部門、介護部門、企画部門等複数の部門が連携し、首長をはじめとした庁内幹部が問題意識を持って参加する策定体制を構築することが必要である。特に首長が関わることにより、検討課題が迅速に施策に結びつく等実行性が高いものとなる。また多角的な視点での意見を取り入れることができる等の効果が期待できる。

あわせて、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・栄養士会、住民代表や都道府県・保健所、国保連合会やその他の保険者と意見交換しながら策定していくことが重要である。広域連合の場合は構成市町村との連携が必要である。

なお、保険者の中には、計画策定を外部委託で進めるものもある。その際には、仕様書の内容を明確にし、保険者としての考え方を明示したうえで委託事業者と頻繁に意見交換をする等により作業の進捗状況を適宜モニタリングし、委託内容の質の確保に努めなければならない。支援・評価委員会等の外部の支援を受ける場合には計画内容の修正を勧められることもある。保険者がそうした見解を受け修正を行う場合には、委託事業者に柔軟に対応することを求める必要がある。いずれにしても、保険者が主体性を持った計画策定を行うことが必要であり、委託する必要性を良く検討した上で、保険者として主体性を持って委託事業者のノウハウを活用すべきである。

## ②前期計画の評価

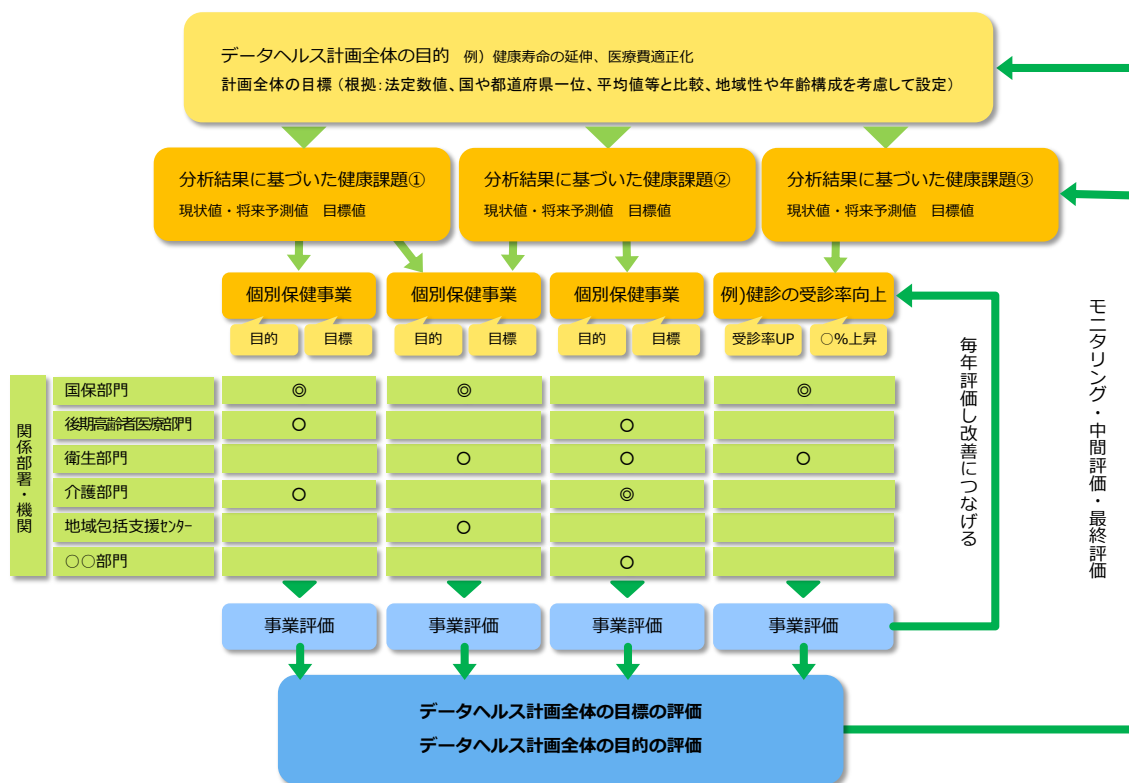
第2期以降のデータヘルス計画の策定においては、前期の計画内容の評価をしたうえで、次期計画の策定に望むことが必要となる。データヘルス計画には、健康課題解決のために、複数の個別保健事業が記載されている。

まずは個別の保健事業の内容について、事業結果が設定した計画目的・目標を達成するものであったか、事業目標の達成あるいは未達の要因は何であったのかを、具体的に振り返る必要がある。



その上で、計画全体を振り返り、データを活用して計画の目的・目標の評価を行いながら、その目的・目標自体が計画に適合したものであったか、目的・目標が達成されたか否かを判断し、達成・未達の理由について評価することが重要である。

図表 33 データヘルス計画の評価の流れ



国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会では、こうした計画を振り返るとともに評価を実施する一助となるよう、平成 29 年 11 月にサポートシート (参考資料 10) を作成した。サポートシートを記入することにより、前期計画の評価をし、その結果を踏まえ、次期計画に向けて見直すべき事項・追加すべき分析内容や事業の洗い出しを行うことができる。

### ③現状分析に基づく健康課題の明確化

第 2 期以降のデータヘルス計画の策定においては、前期計画の評価結果を踏まえ、KDB システム等を活用しながら電子化された健診・医療情報等の各種データ・質的情報を改めて分析する必要がある。それらの分析により、健康課題を明確化しなくてはならない。



### a. 既存関連計画の確認

データヘルス計画と関連する計画として、健康増進計画や介護保険事業計画等がある。各保険者はこうした既存計画の内容を確認したうえで、まち全体の健康づくりのための計画として整合性の取れたものとする必要がある。

特に国保の被保険者は60歳以上の者が多く、後期高齢者医療制度への移行を目の前に控えた者も多い。国保や広域連合の被保険者の中には、介護を必要とする人も多いため、介護保険事業計画に基づく、介護予防・自立支援に関しても確認する必要がある。

### b. 各種データの分析

現状分析に用いるデータとしては、健診データ、レセプト（医療費）データ、人口動態統計、要介護認定データ等があり、それらを経年比較、国や都道府県平均、同規模保険者との比較を行いながら、保険者の特性を整理する必要がある。結果の解釈においては、性別・年齢構成等の属性の違いを十分に考慮する必要がある。

データ分析の狙いは、地域の特性を把握し、効果的な事業設計の基礎資料とすること、関係者に状況を共有、理解してもらい、事業運営への協力を得やすくすることであり、分析結果の活用場面を考慮しながら、分析のための分析とならないよう留意する必要がある（図表 34）。



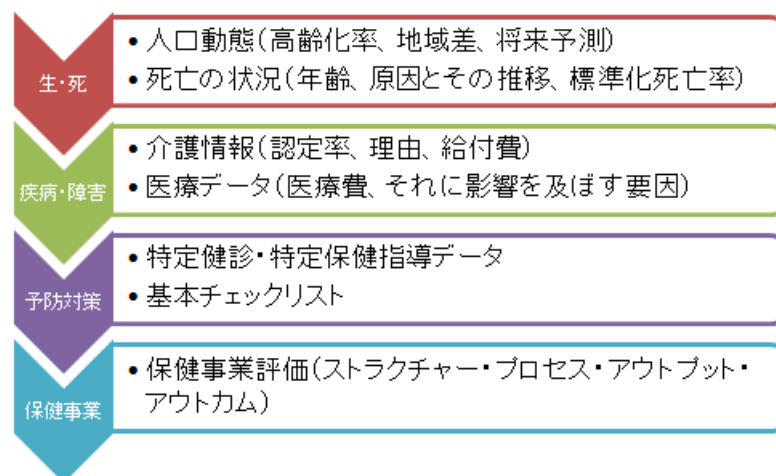
図表 34 健康・医療に関する各種データの分析方法と活用シーン

目的	分析方法	活用シーン
健康課題の抽出	性・年齢別検査値の平均値・有所見率を全国、都道府県平均、同規模保険者との比較 年齢調整値による比較	保険者における優先課題の設定 対策の重点化のセグメントの検討
	性・年齢区分別 医療費・生活習慣病医療費抽出 主要病名の確認、高額医療費の実態把握、質問票による生活習慣の把握 健診データ以上と医療費の関係分析	健康管理・予防対策による健康投資の推計
ランキング	検査値有所見率（肥満、高血糖）、喫煙率等の標準化該当比	肥満、喫煙など、身近な健康課題についてランキング 表彰、または危機感の醸成につながる
対象者抽出	判定基準の精緻化（検査別優先順位の設定） レセプト・過去の保健指導参加状況・検査データの変化を勘案した対象者選定	効果・効率性を考慮した保健事業実施、本人への通知（選定理由）
受診勧奨徹底	受診勧奨の優先順位、緊急度、確実度判定表の作成 受診勧奨者のレセプト・翌年度健診データの確認	判定表に基づく勧奨、 優先順位に基づいた実施状況確認 保健指導機関別の評価（委託先評価）
保健事業評価	特定保健指導対象者の翌年（または2年後等）、健診データ・服薬状況等による評価（未実施者との比較）	保健指導効果の公表、PR（機関紙等への掲載） 効果の上がった対象者の表彰 健康投資機運の醸成
	委託先保健指導機関間の改善率比較	委託先の評価・見直し
費用対効果	各保健事業の経費と得られた効果（保健指導費用と改善率等）	保健指導実施方法の検討

津下委員提供資料をもとに作成

データ分析にあたっては、被保険者全体をとらえるマクロ的視点と個別の被保険者についてのミクロ的視点の両者を持ち合わせる必要がある。また、データは各事象を裏付けるためのものであるため、論理・ストーリーのつながりを意識しながら活用することが必要である（図表 35）。

図表 35 保健事業における各種データのつながり



津下委員提供資料をもとに作成



さらに、具体的な分析にあたっては、大きな視点から徐々に具体的に絞り込んでいく。例えば、レセプトデータに基づき、一人当たり医療費の水準を他市町村との比較で明らかにする。次に、一人当たり医療費が高い疾病、他市町村と比べて高い疾病は何か、医療費のボリュームゾーンを確認し、対策が必要な疾病、予防が可能な疾病を明確にする。健診データからは、健康状況を把握することで、取組の具体的な内容の検討に活用する。レセプトデータと同様、他市町村との比較で特徴を明確にすることで、当該リスクを醸成する背景などの検討がしやすくなる。また、健診の際に行われる質問票の回答結果を分析することで、身体状況の背景にある生活習慣を把握することができる。

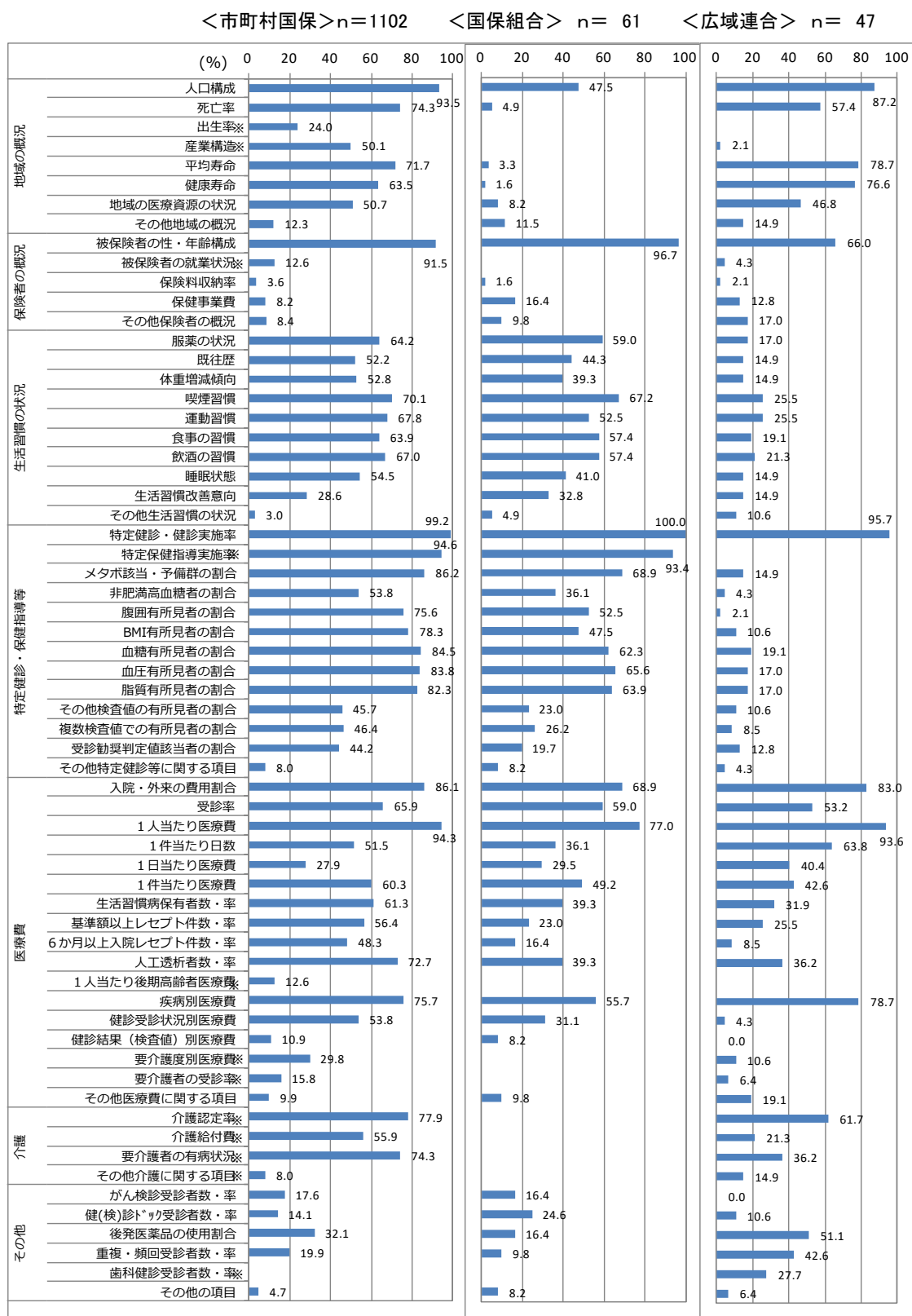
現状分析に際しては、既に多くの保険者が地域の現状を把握するために KDB システムの各種帳票を活用している。

KDB システムでリスクのある者や特定の保健事業の参加者等に絞って詳細に分析を行う場合は帳票を CSV で出力し、個人単位でのデータを抽出、加工、集計することも可能である。作成される帳票は集計値が表形式で示されているものが多いため、その中から健康課題を導き出す際には、当該保険者の状況を全国平均や都道府県平均と比較する、経年的な比較や、保険者内の地区別の分析を行い、グラフ等で見える化をするなどにより、どのような健康課題があるのかがわかりやすくなる（具体的な帳票については、国保データベース（KDB）システム活用マニュアル＜<https://www.kokuho.or.jp/hoken/public/hokenannouncement.html>＞参照）。

さらに、KDB データで国保・後期高齢者を連動させて経年把握を行うことにより、過去の実施の効果も含めた現状分析、対象者のフォロー等の効果的・効率的な事業展開が期待できる。広域連合が KDB データを活用して、構成市町村毎の医療・介護の現状・課題の比較を行うことも有効である（図表 36）。



図表 36 実施した現状分析の項目＜保険者種別＞（複数回答）



※のついた項目は保険者種類によっては該当する項目がないため空白となっている

出典：国保・後期高齢者ヘルスサポート事業データヘルス計画・保健事業等に関する実態調査集計結果（平成29年3月）



### c. 質的情報・地域資源の把握と分析

現状分析においては、関係者へのヒアリングや保健事業を展開してきた中で把握されている様々な質的情報を活用することが重要であるとともに、それら質的情報を裏付けるためのデータ分析を行うことが必要である。

質的情報とは、日ごろの保健活動の中における住民の声、地域の状況について漠然とした思いや気づきであり、数値では把握できないものではある。日々被保険者と接する中で感じられる課題等の情報は保健事業を企画・立案する際、非常に貴重な情報となる。

#### ポイント

質的情報とは、数値による客観的な情報ではなく、対象者の意見や認識、行動など主観的な情報である。日ごろの保健活動の中で把握した住民の声や行動特性、保健推進員などの関係者の意見、アンケート調査を実施しての自由記述欄に記載されていた意見や感想などである。一事例でもその状況を示す上で効果的に活用することが可能であり、複数の対象から得た意見をまとめて示すことで有用性のある情報として活用することもできる。観察や面接、自由記述など、得られた情報を分析していくには、言語化し、記述情報にする必要がある。

さらに、保健事業の実施に活用している地域資源（医療機関や食生活改善推進委員のような住民組織、民間企業、専門職団体等）並びに今後活用できそうな地域資源についても把握し、今後の保健事業実施に役立てる。

### d. 既存事業の振り返り

データヘルス計画の策定に先立ち、各保険者はこれまでに、どのような考えのもとに、どのような内容の事業が、どのような体制で展開されてきたか、またその事業に効果があったのかを把握する必要がある。その際、国保部門による事業だけではなく、一般衛生部門や介護部門等の関連する部門で実施されている事業も併せて整理し、どのような健康課題に対応しているか、対応できていない健康課題は何かを確認する。それぞれの事業の目的および内容を明確にすることで、データヘルス計画として実施すべき範囲の設定や事業の組み立てに参考となる。

既存事業の評価にあたっては、前期計画の評価の際に振り返っているものも含め、個々の事業の狙いと達成状況をまとめる。さらに今まで実施してきた事業を疾病の重症度別、治療状況別



などに区分したマップを作成する（具体的な図式化のための様式は、p69 の図表 46 を参照）。どのような対策が行われ、どのような対策が不十分であったかを図式化することも、今後の事業展開のヒントとなる。個々の事業の実施量や効率性、今後の見通しなどもまとめておく。また、他部門や医療機関等との連携がどのように運用されているかまとめておくといよい。重症者未受診者対策を行っている保険者では、医療機関等との定期的な打ち合わせを行っている場合が多く、こうした場合は他の事業展開の際に活用できる。

#### ④健康課題の抽出

健康課題は、数量情報（データ）ばかりではなくアンケート調査やグループインタビューなどで住民の声を聞いてみるなどの方法があり、数的情報（データ）と質的信息（データ）の両方が重要である。各種データや質的信息の分析・地域資源の把握、既存事業の振返りにより健康課題を明らかにする必要がある。

健康課題は、当該保険者にとって絶対的に比重が大きな項目である場合（例：疾患別医療費で最も割合が高い疾患）、経年比較や国・都道府県平均等との比較により相対的に特徴を示す項目である場合（例：近隣保険者よりも糖尿病の有所見者の割合が高い）がある。現状分析において性別・年齢構成等の属性別に分析し、ある特定の属性で特異的な傾向が見られる場合は、その点を健康課題として設定することも考えられる。

必ずしも健康課題は1つとは限定されないため、健康課題が複数抽出される場合は、それぞれの課題の優先度を考慮し、目標設定等することが求められる。

#### ⑤目的・目標並びに評価指標設定

健康課題を抽出した後、計画の目的・目標並びにその評価指標の設定を行う必要がある。

目的は、保健事業の成功により事業が終了した数年後に実現しているべき「改善された状態」を指す。対象とした集団のあるべき姿や、被保険者の健康・QOLの向上を目指す内容などを設定し、単なる保険者の目標（例：健診受診率の向上や事業を実施すること自体を目標とするもの等）のみになっていないかどうかについて留意する必要がある。

目標は健康課題に連動した目的を達成するために設定し、対象とする集団や事象がどのような状態になっているかを特定の指標を用いて明確に示したものである。



**ポイント**

目的とは、取り上げた保健活動を実践することで対象となる被保険者にもたらされる成果であり、対象集団のあるべき姿である。よって、対象集団が主語となる。その目的をかなえる、あるいは近づくために、具体的な事柄を示したのが目標である。

目標は、主語を明示し、「いつまでに」と期限を区切り、達成可能な現実性のある内容であり、評価できる内容であることが必要である。そして目標の達成には、関係する人たちとの合意をとりながら進めていくことが重要である。

評価指標は、目標が達成されているかを測るための指標である。短期的に評価が可能なものと、中長期的な観点から評価をしなければならないものがある。

保険者の中長期的な計画となるデータヘルス計画で設定すべき目標は、計画終了年度に達成を目指すものとして定め、目的・目標の達成のためには、計画期間を通じて評価し、改善に取り組む必要がある。そのためには、あらかじめ計画策定段階で目的・目標に応じた評価指標をどのように収集し、どのような体制で評価するかについても明確にする必要がある。

目的・目標の設定にあたり、市町村国保並びに広域連合は、都道府県や市町村の健康増進計画や介護保険事業（支援）計画等、各種関係計画に配慮する必要がある。また、保険者努力支援制度で示されている評価指標も参考にする必要がある。

なお、指標として設定するものとしては、事業のアウトプット（事業実施量）について評価する指標とアウトカム（成果）について評価する指標がある。

**ポイント**

実施評価ではアウトカム（成果）評価とアウトプット（事業実施量）評価があることに留意すべきである。また、成果については、対象となる全体の中のカバー率がどのようになっているかという視点を持つ必要がある。

複数年度にわたる成果評価を行うには、単に事業実施前後での成果を見るだけでなく、実際の対象者のうち計画期間中全体で何%に事業を実施したかなどのアウトプット指標を適切に設定するとよい。

**a.アウトプット評価の指標**

従来、保健事業の評価指標は「教室を〇〇回開催」や「健診受診率〇%」等アウトプットで測るものが多かった。しかし、アウトプット評価では、事業が被保険者全体にどのような影響を及ぼしているかについて分析することが困難であった。保険者が人員体制等の関係上、複数年にわたり事業を行い、被保険者の中の対象者全体をカバーするということが想定されるが、



そのような状況を評価するために、「〇年で被保険者の〇％をカバーする」といった目標を立て、複数年で達成することを目指して事業を組み立てていくことも考えられる。

計画通りに事業量が達成できているかを見るにはアウトプット指標を設定する必要がある。単年度では事業の対象者が  $X$  人いて、 $Y$  人に事業を行った場合、アウトプット指標としてはカバー率  $Y/X$  ( $X$  人中  $Y$  人に対策を行った) を設定する (〇〇％以上)。複数年度にわたる計画では、対象者の重複や年度毎に新たに出現する対象者の存在を考慮し、期間中に対象となった人数 ( $A$  人) を計算する。実際に実施した  $AY$  人 (重複を除く) とで求める  $AY/A$  が複数年にわたるアウトプット指標となる (計画期間内にサービスを受ける人〇〇％以上、またはサービスを受けない人〇〇％以内)。

複数年にわたるアウトプット指標の例として、「期間中に一度も特定健診を受診しない人の割合を 20％以内に作る」という目標が挙げられる。健診の未受診者が重症化して発見されることの多い生活習慣病では、長期間未受診者を少なくすることが大切である。毎年受診率のみでは、長期にわたる未受診者の割合が明らかにならない。そこで計画期間中に一度も受診しない人 (または二回以上未受診者など状況に応じた設定を行う) を一定割合に抑える評価指標を作成して、目標達成に努めることで、未受診によるハイリスク者の出現を減少させることができる。

同様に計画期間中に特定保健指導等の保健指導を一度も受けない人の割合を減少させるという目標を設定することも可能である。複数年にわたる事業の実践により、対象者のうちサービスを受けなかった人を減らすことで、可能な限り多くの対象者に保健指導サービスを提供することができる。

広域連合におけるアウトプット指標の例として、「高齢者の保健事業に取り組む市町村数の増加」、「構成市町村での健診受診率〇％以上」、「運動や食生活の改善に取り組む者の増加」などの目標設定が考えられる。広域連合の構成市町村に共通する健康課題に対し、モデル事業の展開という形で複数年にわたり事業を実施することにより、市町村での取組を促し、共通する健康課題への対応を促進していく。

#### ポイント

複数年にわたるアウトプット指標を設定して活動するには、地域を分割して重点地区方式で順次取り組むなど複数年にわたる計画的な実施の発想が求められる。保険者には保健事業対象者全体を常に意識した事業展開の重要性を理解してもらうことが望ましい。



### b.アウトカム評価の指標

短期的（概ね単年度）な評価に用いる指標としては、身体状況を示す検査値や生活習慣を示す質問項目等が一般的である。その中でも、各疾患ともに疾患の状況を直接的に示す指標があるが、それ以外にも副次的な指標として各種検査値等が用いられる。中長期的（概ね6年度）な評価に用いる指標としては、身体状況や生活習慣に関するデータだけではなく、疾患の発症状況や医療費への影響等がある（図表 37）。

身体状況の変化について目標として設定する場合、「対象者の体重を減少させる」という目標では、体重が少しでも減少した人がいたら「減少」したことになり、減少割合の低い人も含め体重が減少した人が半数いた場合は、5割で目標達成となる。しかし、本来は「対象者の体重を平均〇kg 減少させる」等のある一定の数値による目標を立て、それが達成したかを評価すべきである。



図表 37 対象疾患別の保健事業の評価指標

アウトカム指標		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	慢性腎臓病
短期的な評価	検査値	体重	○	○	○
		腹囲	○	○	○
		BMI	○	○	○
		血圧	○	◎	◎
		HbA1c	◎	○	○
		空腹時血糖	◎	○	◎
		75gOGTT	(◎)		
		総コレステロール		◎	
		LDL-C	○	○	◎
		HDL-C	○	○	◎
		TG	○	○	◎
		GOT	○	○	○
		GPT	○	○	○
		γ-GTP	○	○	○
	受療行動	治療継続者の割合	○	○	○
		医療機関受診者の割合	○	○	○
中長期的な評価	生活習慣	生活習慣が改善した者の割合（喫煙、運動、食生活）	○	○	○
		医療費	○	○	○
	薬剤投与量	医療費の変化	○	○	○
		薬剤投与量の変化	○	○	○
	臓器障害	合併症発症の有無	△	△	△
		眼底	△	△	
		左室肥大		△	
		eGFR(Cr)	△	△	◎
		蛋白尿	△	△	◎
	医療費	医療費の変化	○	○	○
	薬剤投与量	薬剤投与量の変化	○	○	○
		薬剤使用開始	○	○	○
	発症	○	○	○	○

◎：各疾患の状態を直接示す指標  
○：◎の指標のほか、副次的に評価する指標（短期的評価項目）  
△：合併症の発症等（長期的評価項目）

検査値が正常値である人（保健指導対象外）について評価する場合に用いる指標

出典：国民健康保険中央会「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書」（平成 26 年 1 月）

目標設定にあたっては具体的な数値目標を設定することが望ましい。その際、国で示されている目標値を参考にし、保険者の実情に応じて設定する必要がある。

例えば、「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」に関する具体的な目標として「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標<sup>13</sup>」があり、各保険者が計画の目標値を設定する上で参考となる。

ただし、本目標は最終評価を令和 4 年度に行うものとして設定されているため、そのままの値を使用せず、保険者のこれまでの実績や事業年度を勘案し、具体的な値を設定する必要がある（図表 38）。

<sup>13</sup> 厚生労働省では、健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を全部改正し、平成 25 年度から始まる「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」に具体的な目標を示している。（平成 24 年 7 月 10 日厚生労働省告示 430 号）



図表 38 目標値の設定例（健康日本 21（第二次）を参考とした場合）

健康日本 21（第二次）における目標※				目標値の設定例
	項目	現状	目標（令和 4 年度）	
高血圧症	高血圧の改善 （収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成 22 年）	男性 134mmHg 女性 129mmHg	<ul style="list-style-type: none"> <li>収縮期血圧が 134mmHg 以下の男性の割合が 50%</li> <li>男性の平均収縮期血圧が 134mmHg</li> </ul>
糖尿病	治療継続者の割合の増加	63.7% （平成 22 年）	75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療継続者の割合が 75%</li> <li>治療中断、未治療者の割合が 25%未満</li> </ul>
	糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人 （平成 19 年）	1000 万人 <div>                     現状の有病者数の増加傾向を維持すると、令和 4 年度には 1,410 万人にのぼると推計されている。                 </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新規糖尿病患者の発生数が●人</li> <li>糖尿病患者の増加率が●%以下</li> </ul>
脂質異常症	脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 13.8% 女性 22.0% LDL-コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性 8.3% 女性 11.7% （平成 22 年）	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDL-コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性 6.2% 女性 8.8%	<ul style="list-style-type: none"> <li>総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合が●%</li> <li>LDL-コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合が●%</li> </ul>

※平成 24 年 7 月 10 日厚生労働省告示 430 号 別表第二「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標」より一部抜粋

出典：国民健康保険中央会「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書」（平成 26 年 1 月）

後期高齢者については、生活習慣病の重症化の予防とともに、運動機能や認知機能の低下防止等に向けた生活習慣の見直しにも重点を置くことが求められることから、個別の検査値や疾病の状況のみならず、社会参加の状況等も含めた自立した日常生活の維持に関する目標を検討する。

後期高齢者の場合、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なり、若年期に比べ生活習慣病予防効果が必ずしも大きくないことなどから、具体的な検査数値による一律の目標設定でアウトカムを見ることが困難な状況にある。

後期高齢者医療の保健事業実施指針では、「できるだけ長く自立した日常生活を送ること」を目指す姿としており、健康保持増進活動により「入院する人が減る」、「在宅で過ごせる人



が増える」、「元気な高齢者が地域に増える」などがアウトカム指標となる。さらに、長期的なアウトカムとして後期高齢者の医療費適正化につながるものが考えられる。短期的には「運動ができるようになる」、「食べられるようになる」など、日常生活の維持につながる取組が健康状態や心身機能の低下を防ぎ、「自立した日常生活」の維持につながる可能性があることから、段階的なアウトカム指標の設定なども検討する必要がある。

## ⑥重点事業の検討（事業選択）

計画の目的・目標を達成するための手段・方法として、どのような事業を行うべきかについて検討する必要がある。その際、個別保健事業について、6W1H

- ・なぜ
- ・いつ
- ・どこで
- ・だれが
- ・だれに
- ・何を
- ・どのように実施するか

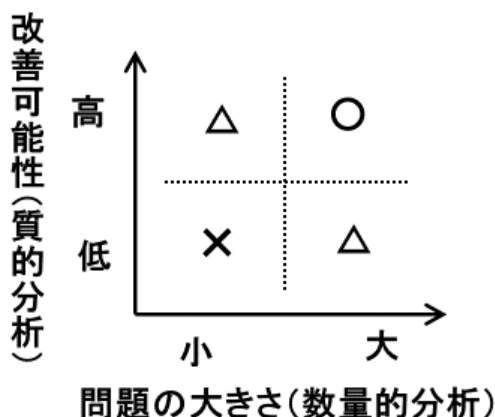
を明示する必要がある。

事業は計画の目的・目標に応じたものでなければならない。そのためには、抽出した健康課題に対応した内容であるべきである。抽出した健康課題と選択した事業の対応関係を明確にする必要がある。

また、保険者においては、人材や財源等は限られているため、抽出された健康課題や設定した目標を踏まえ、優先順位をつけて事業展開を行う必要がある。



図表 39 計画内での事業の優先順位付けの判断



尾島委員提供資料

なお、優先順位付けの結果、課題に対応した事業に紐づけされていない場合にはその理由を明確にしておく必要がある（図表 39）。

また、事業選択にあたっては、課題に応じてポピュレーションであるかハイリスクであるかのアプローチ方法や実施に係る経費・体制等の実行性について検討する必要がある。特に重点事業としては、2～3 年で成果の出る改善可能性の高い事業を選択することも重要である（図表 40）。

広域連合が実施する事業については、市町村等の連携が欠かせないため、計画策定時より市町村等の意見も踏まえ検討する必要がある（図表 41）。

#### ポイント

個別の保健事業の対象者は、通常年齢、健診結果、レセプト内容等により設定される。その中で特にターゲットとする対象者として、①健康に前向きな効果が出やすい人、②健康無関心層、③健康への関心度に関わらず対象とすることが必要な人、などいくつかのパターンがある。

新しい事業の場合には、まず①の効果が出やすい人をターゲットとして開始し、やがて②の健康無関心層に展開していくことも考えられる。医療費や健康寿命など、地域全体の指標を向上させ、健康格差を縮小させるためには、健康無関心層へのアプローチが重要となる。個別保健事業の実施計画を立てる際には、それぞれの年度で対象者抽出基準に当てはまった者のうち、どの層をターゲットとするかについて整理することが重要である。

健康無関心層に対しては、通常の声掛けでは参加は増えないため、その人たちが関心を寄せていることを入り口に呼びかけることが効果的である。チラシや案内文書は伝えたいメッセージを絞り込んで気持ちに訴えるものとするが良い。

一定の経験を積んだ重要な事業では、健康無関心層を対象にした実施方法を検討することが重要である。



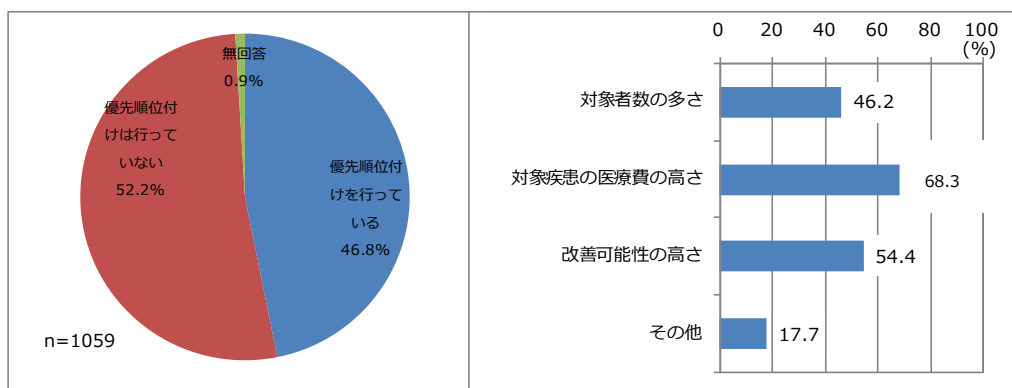
図表 40 計画内での事業の優先順位付け

&lt;市町村国保&gt;

【事業の優先順位付けの有無】

【優先順位付けの理由】

n = 496 (複数回答)

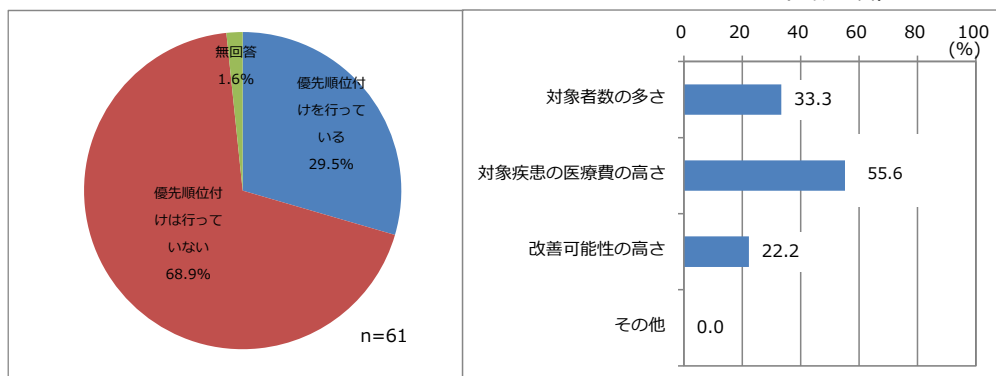


&lt;国保組合&gt;

【事業の優先順位付けの有無】

【優先順位付けの理由】

n = 18 (複数回答)

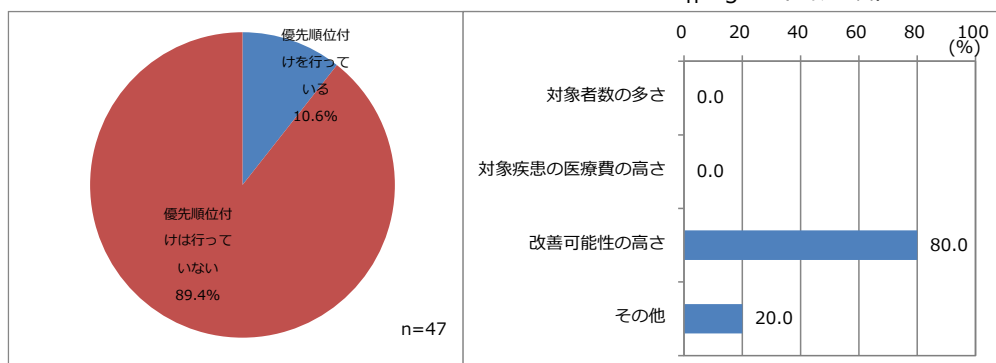


&lt;広域連合&gt;

【事業の優先順位付けの有無】

【優先順位付けの理由】

n = 5 (複数回答)



出典: 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業データヘルス計画・保健事業等に関する実態調査集計結果(平成 29 年 3 月)

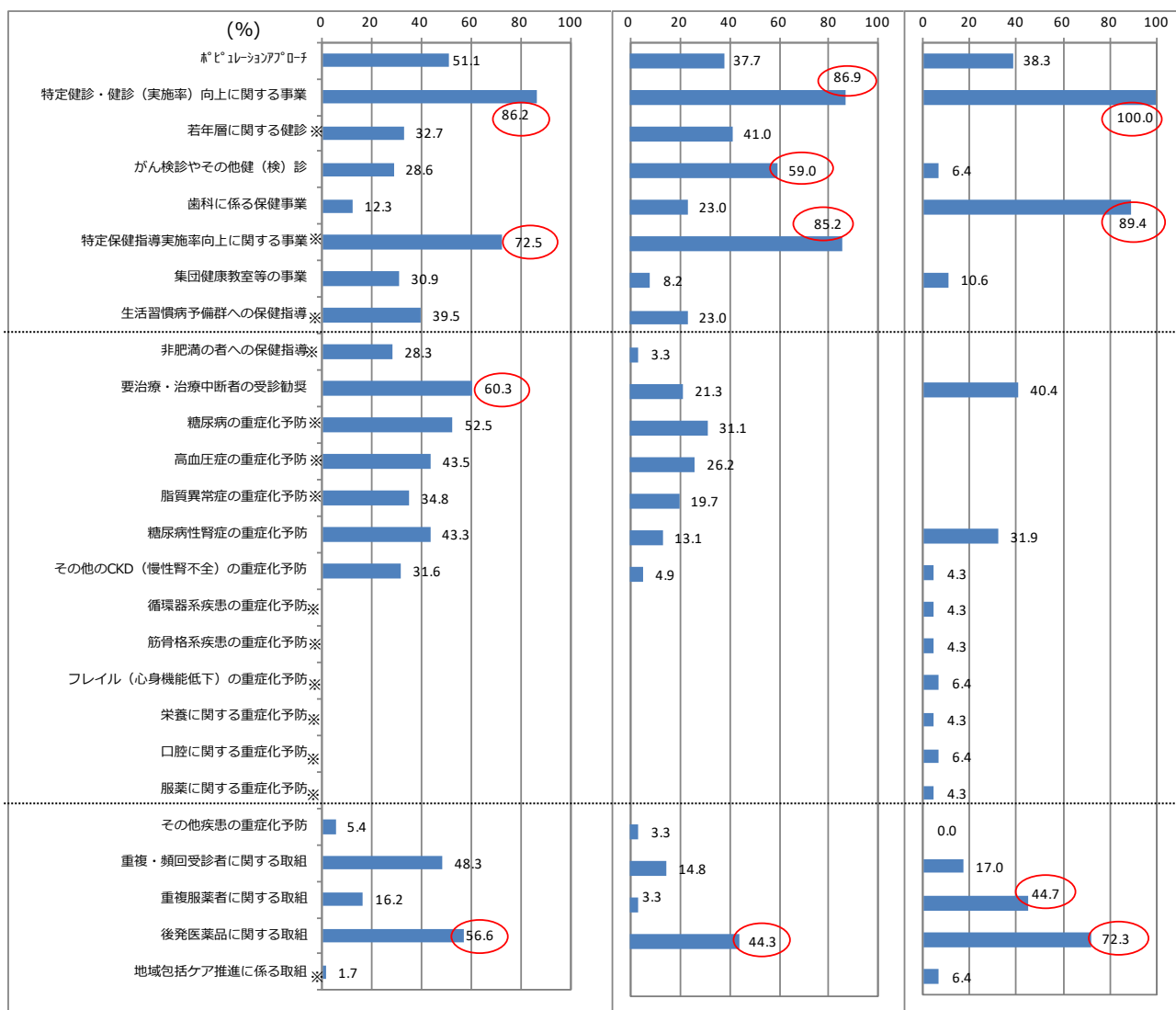


図表 41 計画に記載された事業＜保険者種別＞

＜市町村国保＞ n=1102

＜国保組合＞ n=61

＜後期高齢者医療広域連合＞ n=47



※のついた項目は保険者種別によっては該当する項目がないため空白となっている

注) ○ はそれぞれの保険者種別で計画に記載された事業上位4つ

出典: 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業データヘルス計画・保健事業等に関する実態調査集計結果(平成 29 年 3 月)



## ⑦評価計画

データヘルス計画では、終了時点でその内容の評価し、次期計画につなげていく必要がある。そのため、計画策定時に、評価指標や評価体制、時期、方法を含めた評価計画を立て、データヘルス計画内に明記することが求められる。

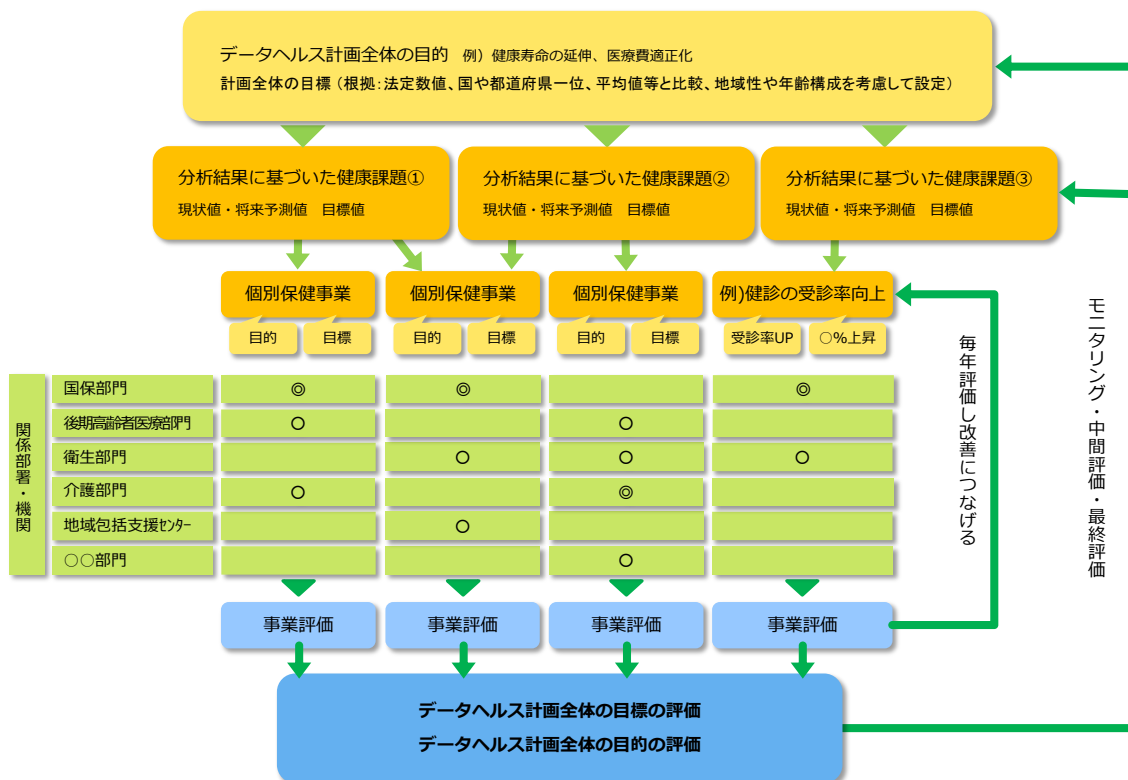
なお、データヘルス計画の評価指標は、個別保健事業を積み重ねて評価すべき指標となる。そのため、保健事業評価の4つの観点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）について、データヘルス計画自体の評価指標と個別保健事業の評価指標を整理する必要がある（図表 42）。

図表 42 個別保健事業とデータヘルス計画の評価指標

指標の種類	個別保健事業の目標の場合	データヘルス計画の目的・目標の場合
ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	保健事業を実施するためのしくみや実施体制のこと。 事業を実施するために十分な人員や予算が確保できたか、事業を実施するための関係者との連携ができたか、など。	計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。 計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか、事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携ができたか、など。
プロセス (保健事業の実施過程)	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）のこと。 保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の進め方・内容、保健事業の事後フォローの実施方法が適切であったか、など。	計画策定手順のこと。 健診データ、レセプト、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか、現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか、など。
アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	事業実施量に関すること。 勧奨ハガキ配布数、回数や参加者数、など。	計画に記載した事業の実施状況に関すること。 重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか、など。
アウトカム (成果)	事業による成果のこと。 特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか、など。	計画を実行することにより目標・目的の実現を目指すこと。 健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画にて設定した目標に達することができたか、データヘルス計画に記した目的を達成あるいは近づくことができたか、など。



図表 43 データヘルス計画の評価の流れ（再掲）



## ⑧その他計画の推進に係る事項の検討

データヘルス計画においては、前述した事項を盛り込む以外に、計画を推進するにあたり必要となる関係事項（計画の進捗状況のモニタリングの方法、個人情報情報の取扱い、地域包括ケアに関する取組や保健事業の質を確保するための方策等）について記載する必要がある。

## ⑨計画策定後の流れ

データヘルス計画の素案の完成後には、庁内検討委員会や国保の運営協議会等外部の関係者が参加する場での意見を求めるとともに、被保険者に対してパブリックコメントを求め、計画について周知するとともに内容の精査を図る。また計画は公表することが必要であり、広く被保険者の目に触れるよう、ホームページ上や広報での公表のほか、関係機関への説明や住民に対して直接説明することも必要である。



また、データヘルス計画は6年という長期間にわたる計画となる。そのため、計画の進捗状況については適宜確認し、3年を経た時点で中間評価をし、必要に応じて見直し・改訂を行いながら、計画終了時点において最終評価を行う。

## コラム 健康危機管理時に求められる保険者の対応

近年、大規模災害や広域的な感染症等、健康管理に大きな影響を与える想定外の事態の発生が続いています。

そのような状況下では、命を守る取組が最も優先されるべきであり、レセプト分析をはじめとした現状分析や保健事業の企画立案、評価の実施は、保険者の状況が落ち着いてから、無理のない方法で行われることが求められます。保険者によっては各種計画の策定や中間評価等について、時期を変更することもあるでしょう。

過去の地震や台風等自然災害においては、被災した保険者に対して、保険者側の要望に応じた支援することを心掛けていた支援・評価委員会、国保連合会がありました。

保険者支援を行う立場にある、支援・評価委員会並びに国保連合会もそうした健康危機管理の対応が求められる事態が発生した場合には、保険者に寄り添った支援が必要となります。

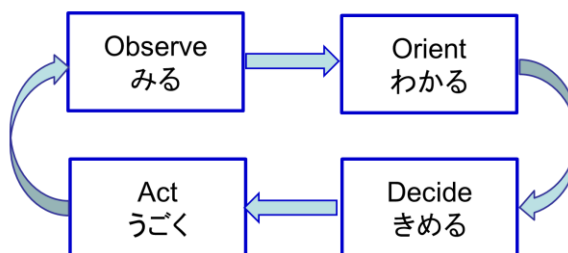
## コラム 急速に状況が変わる課題には OODA（ウーダ）ループ

新型コロナウイルス感染症の流行や、水害・地震などの災害が発生したなど、急速に状況が変わる課題に対応する際に、OODA（ウーダ）ループが注目されています。図のように、まず状況を「みる」、そして状況や対応すべきポイントが「わかる」、対応すべきことを「きめる」、そして実際に「うごく」というサイクルです。アメリカ空軍出身のジョン・ボイドが提唱したものです。

通常の生活習慣病対策には PDCA サイクルが適するのに対し、急速に変わる課題には OODA ループを使うなど、適宜、両者を併用するのも良いでしょう。

高血圧や糖尿病などは、新型コロナウイルスに感染した場合の重症化の要因であり、そのような疾病にならないようにする予防の重要性が一般の人達にも改めて認識されました。また、新型コロナウイルス感染症の流行により、健診を始めとした保健事業や介護予防事業は従来通りの実施ができなくなり、また医療の受診状況なども大きく変わり、いろいろな緊急対応が必要となりました。ポストコロナ時代の保健事業のあり方について、今後、しっかりと検討していく必要があるでしょう。

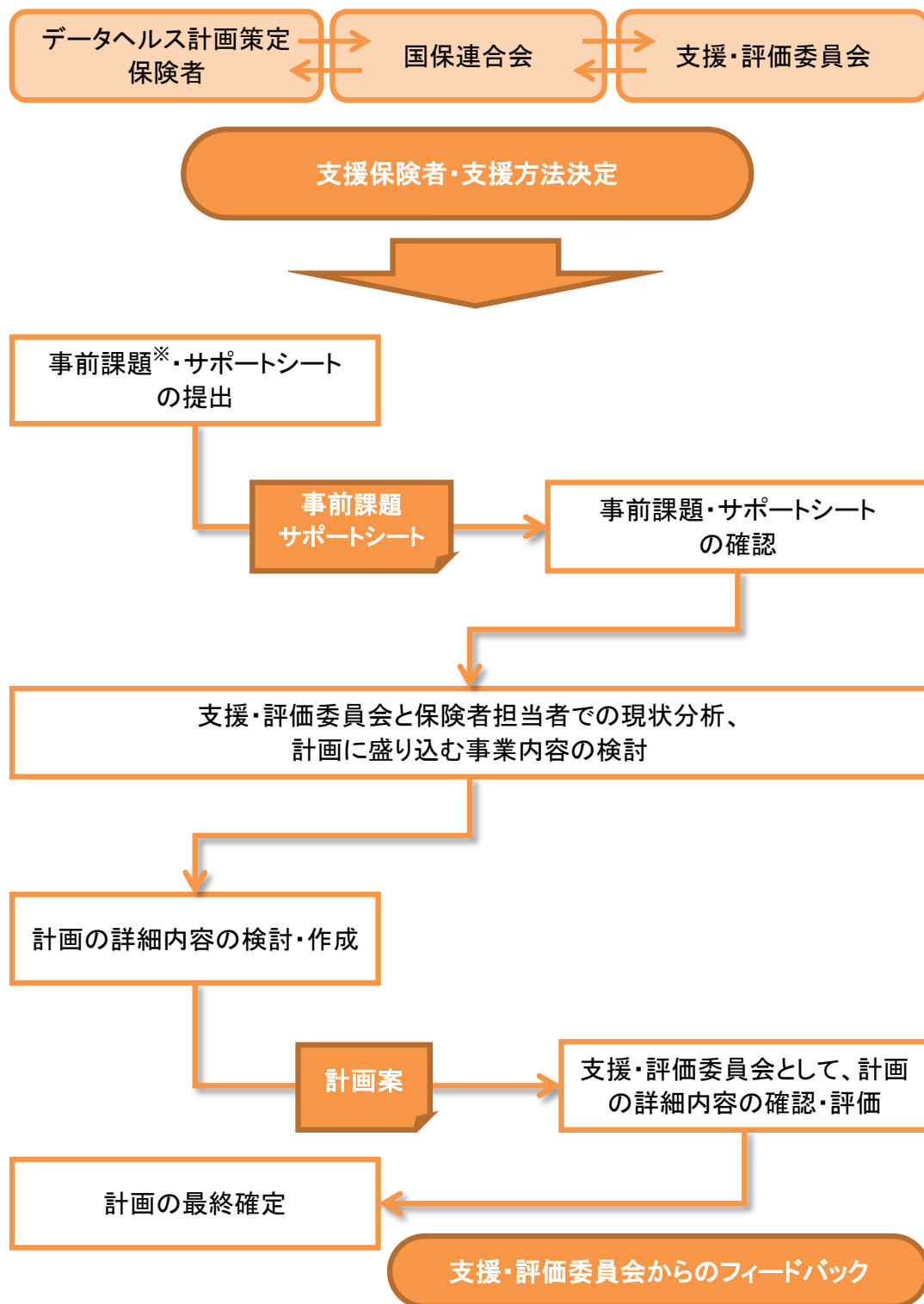
### OODA（ウーダ）ループ





(3) 支援・評価委員会によるデータヘルス計画策定支援の手順

図表 44 データヘルス計画策定支援の手順



※後述の「様式 1 現状分析による課題抽出のためのワークシート」と「様式 2 既存の関連事業の整理のためのワークシート」等



## ①前期計画策定時の状況、計画内容の評価状況の確認

保険者から支援の要請を受けた際には、サポートシートを用いて、保険者内において前期計画の策定時の状況の振返りや計画内容の評価をしてもらい、その記載内容を確認しながら、次期計画に向けてより補完すべき事項等についての助言を行う。サポートシートにおいてはそれぞれの過程における自己評価結果とその理由について記載する欄が設けられているため、助言の際にはその内容を確認の上、具体的に何を支援すべきかを検討する。

## ②現状分析、計画に盛り込む事業内容の検討

保険者からの計画策定に対する支援申請を受けて支援・評価委員会が計画策定支援を実施することを決定した場合、支援・評価委員会は、保険者の計画策定担当者が a.現状分析並びに健康課題の明確化（p 70）、b.目的・目標の設定（p 70）、c.盛り込むべき事業の検討（p 72）など計画策定を進める過程を支援することになる。支援においては、図表 45 から図表 47 に示す各種様式を用いるが、これらの様式は地域の実情に応じて検討、活用されることが望ましい。

支援・評価委員会が保険者へ支援する範囲は、保険者が自らどこまでを単独で実施可能であるかによる。事務局は、保険者からの支援申請があった時点で保険者の状況を把握するように努める。データヘルス計画の策定支援に際しては、申請時点の情報とあわせて、支援・評価委員会と保険者の担当者が対面等で協議する前に、様式 1「現状分析による課題抽出のためのワークシート」（図表 45）、様式 2「既存の関連事業の整理のためのワークシート」（図表 46）やサポートシート等を事前に記載してもらい、記載状況に応じて助言・指導していくことがより良い計画の策定につながる。なお、これらのワークシートは、保険者の計画策定支援の基本情報の把握に資するため、可能な範囲での記載を求めるものとなる。



図表 45 様式 1 現状分析による課題抽出のためのワークシート（記入例）

	現状	課題
健診データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診率〇%（平成25年度）、特定健診リピート率〇%（平成25年度）であり、全国（〇%）、県平均（〇%）と比較し低率となっている。</li> <li>・Ⅲ度高血圧症だが、継続的に服薬治療をしていない人が〇%、HbA1c8.0以上だが、継続的に受診していない人が〇%である。</li> <li>・特定保健指導利用率 〇%（平成25年度）、全国（〇%）、県平均（〇%）と比較し低率となっている。</li> </ul>	1. 特定健診受診率が低迷しており、今までの広報活動、継続受診の勧奨方法を検討する必要がある。
医療費データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成24年度の医療費は前年比104%であり、年々上昇している。</li> <li>・後期高齢者医療費は県第3位で推移している。</li> </ul>	2. 特定保健指導の利用率が低く、対象者となった人が利用しやすい条件を検討し利用率を上げる対策を講じる必要がある。
介護データ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護給付費は年間10億円ずつ上昇している。</li> <li>・新規認定者の4割に生活習慣病がある。</li> <li>・認定された第2号被保険者の6割の人が脳血管疾患に罹患している。</li> </ul>	
その他定量的データ		3. 血圧値、HbA1cなど、要医療の健診結果の人たちを確実に医療につなげ、継続受診を促す必要がある。
質的情報	<p>【日頃の活動の中で把握した事例】</p> <p>60代前半の男性。平成20年度から毎年健診を受診。HbA1cが年々上昇し、病院受診を勧める結果が通知されていたが、そのまま受診せず。脱水予防として清涼飲料水を毎日2リットルも摂取していた。平成25年度に保健師が訪問しすぐに専門医を受診したが、糖尿病と診断され、糖尿病性網膜症を発症していた。</p>	

国立保健医療科学院研修資料をもとに作成

図表 46 様式 2 既存の関連事業の整理のためのワークシート

	ポピュレーション(生活習慣)	健診受診促進	保健指導(特定・それ以外)	糖尿病・高血圧等管理		重症疾病
				未治療	治療中	
目的・目標						
対象(状態像・人数)						
方法						
実施体制						
事業評価						
課題						

津下委員提供資料をもとに作成



### a.現状分析並びに健康課題の明確化

計画の策定にあたり必要な作業は、現状分析とそれに基づく健康課題の明確化となる。保険者が自ら各種データを用いて現状分析を行い、課題の抽出、それに応じた計画の目的・目標を設定することが望まれるが、事前に提出された様式で現状分析や課題の抽出が十分にできていないと思われる場合は、支援・評価委員会が現状把握と課題の抽出から支援を開始していくことになる。

具体的には、保険者が各種データを集計した結果を支援・評価委員会の委員に提示し、保険者担当者との間で様式1を埋めていく話し合いを行いながら、現状から課題を抽出するという作業を行う。保険者が自らデータを分析することが難しい場合は、国保連合会事務局において、KDBシステムで出力される帳票等を提示し、それを材料として支援・評価委員会の委員と保険者の担当者が話し合う。

#### ポイント

保険者が自立的にデータヘルスを推進していくには、個々の保険者がデータを読み間違いしていないか、統合的に見た際に一貫した方向性を示せているかについて確認・助言していくことが支援・評価委員会には求められる。



### b.目的・目標の設定

現状から課題が抽出できている場合は、その課題に応じた目的・目標を設定する。目的は求められるべき姿として設定される。目標は、現状を分析、課題を抽出した上で、その課題に応じたものとなる。その際、設定された目標は目的を達成するための内容となる。様式3に示すワークシートなどを用い、支援・評価委員会の委員と保険者の担当者が議論し、目的・目標を設定していく。

目的・目標を保険者が既に設定できている場合も、支援・評価委員会は、その目標値が適切であるかについて確認する必要がある。



図表 47 様式3 目的・目標設定のためのワークシート（記入例）

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 60%;"> <p style="text-align: center;"><b>目的</b></p> <p>被保険者が特定健診の必要性を認識することで特定健診を受診し、各自の健診結果に応じた保健行動をとることができるようになる。</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>※数年後に実現しているべき「改善された状態」</p> </div> </div>		
 <p>※目的を達成するための条件</p>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>課題</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率が低迷しており、今までの広報活動、継続受診の勧奨方法を検討する必要がある。</li> <li>特定保健指導の利用率が低く、対象者となった人が利用しやすい条件を検討し利用率を上げる対策を講じる必要がある。</li> <li>血圧値、HbA1cなど、要医療の健診結果の人たちを確実に医療につなげ、継続受診を促す必要がある。</li> </ol> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>目標</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>要医療の健診結果の人たちが確実に医療機関を受診し、継続的に受療するようになる。（平成27年度末までに10ポイント受療率をあげる）</li> <li>職員は、要医療の健診結果の人たちが医療機関を受診するよう支援スキルを向上させ、支援できる。</li> <li>職員は、特定保健指導の利用状況に関して、地区別、月別、年代別などさらに条件を検討し、利用率の向上を目指す。（特定保健指導医療率を平成27年度末までに10ポイントあげる）</li> <li>特定健診の受診率を向上させるため、文献や他市の取り組み状況のヒアリングから情報を収集し、新たな取り組み方法に取り組むことができる。</li> </ol> </div>

目標値は、保険者におけるこれまでの実績等も踏まえながら、実現可能なものであり、実施する事業内容に沿ったものでなければならない。支援・評価委員会は目標設定にあたり、図表48に挙げた点等について勘案しながら、適切な目標設定について助言していくことが求められる。

図表 48 設定された目標の確認ポイント

- ◆ 国、都道府県等の平均値や法定値がそのまま使用されていないか
  - ◆ 実施する事業内容からみて適切であるか
  - ◆ 対象となる集団の性・年齢からみて適切であるか
- 等

## ポイント

保健事業が長期の見通しを持って実施されるためには、保険者の現状にあった適切な目標を設定すること、目標に対応した年次計画を作成すること、計画の達成状況を適正に評価する指標の設定がポイントになる。

保険者の実施担当者の多くは、短期的な計画の作成や実施に意識が向かいがちになるので、支援・評価委員会は俯瞰的な視点から計画の妥当性を確認して、なぜこの計画を行うのか、そのことによってどのような成果が期待できるか、今後どのような期待が出来るか等について確認することが求められる。



### c.盛り込むべき事業の検討

データヘルス計画には、設定する目的・目標を達成するための手段・方法となる事業についても、記載する必要がある。事前検討で整理された既存の関連事業を鑑み、目的・目標を達成するために対象、事業内容について検討する。

事業は計画の目的・目標に応じたものでなければならず、そのためには、抽出した健康課題に対応した内容でなければならない。サポートシートを活用しながら、抽出した健康課題と選択した事業の対応関係を明確にし、課題に対応した事業を選択しない場合にはその理由を明確にしておく必要がある。

## ③計画の詳細内容の検討・作成

支援・評価委員会による助言を踏まえ、保険者は、自らデータヘルス計画として取りまとめる。

## ④支援・評価委員会による計画の詳細内容の確認・評価

保険者は最終的に取りまとめた計画（案）を支援・評価委員会に提出する。

支援・評価委員会は、その内容について、保健事業の手順に沿った評価基準を参考に、ポイント（図表 49）を中心に確認・評価を行い、評価結果を保険者に還元する。

図表 49 データヘルス計画の確認ポイント

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| ◆ 現状分析結果から健康課題が明確になっているか |   |
| ◆ 健康課題に応じた目的・目標が設定されているか |   |
| ◆ 目的・目標に対応した事業が組まれているか   |   |
| ◆ 無理のない事業計画が立てられているか     | 等 |

保険者は支援・評価委員会の評価結果内容を踏まえ、計画を最終確定させる。



## 2. 個別保健事業の計画作成・実施支援

### (1) 個別保健事業計画の作成

保険者が個別保健事業を効率的に実施するためには、実施計画を作成することが望ましい。個別保健事業の実施計画は、中長期的なデータヘルス計画の目的・目標を達成するために作成するものであり、実行のための具体的な計画である。データヘルス計画は概ね6年間を計画期間とする中長期的なものであるが、個別保健事業の実施計画は通常年度ごとに作成する。

#### ポイント

国保ヘルスアップ事業を活用する保険者は、個別の保健事業の実施計画の作成が必要となるが、助成を受けない保険者は、実施計画の作成は必須ではない。しかし、PDCA サイクルに沿ってデータヘルス計画を効果的に推進するため、また保険者内で実施内容等の検討を行い、支援・評価委員会等の第三者の助言を受けるためには、個別事業の実施方法や評価方法等について、文書化しておくことが重要である。状況に応じて決裁の必要な要綱や年次計画の形とするなど、優先度の高い事業から件数を絞って文書化を進める等により、過度に負担とならない形で個別の保健事業の実施計画、またはそれに準じるものをつくるとよい。

なお、個別保健事業の実施に際しては、国が示すガイドライン等を参考に、事業を計画し、実施することが重要である。

#### ポイント

特定健診・保健指導については厚生労働省による「標準的な健診・保健指導プログラム」、後期高齢者の保健事業については「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」、糖尿病性腎症については、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」やそれをもとに策定された都道府県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム、「糖尿病性腎症予防の更なる展開に向けて」が取りまとめられている。各保険者での保健事業の企画・立案・実施に際しては、これらのガイドライン等を十分に把握した上での実践が求められる。

### (2) 個別保健事業企画・立案で必要となる要素

保険者は個別保健事業を企画するにあたり、図表 50 に示す要素を明確にする必要がある。



図表 50 個別保健事業の実施計画に必要な要素

- ◆ 既存事業の内容とその達成状況の整理
- ◆ 事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標
- ◆ 事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法
- ◆ 事業の方法、内容
- ◆ 事業の実施体制（事業関係者における連絡・調整・情報共有の方法）
- ◆ 事業を継続的に実施する方策（脱落防止策等）
- ◆ 事業のスケジュール管理
- ◆ 評価指標の集め方、評価時期
- ◆ 個人情報の取り扱い及び危機管理の方策 等

### ①既存事業の内容とその達成状況の整理

従来保険者の取組内容とその達成状況を整理することは、データヘルス計画の策定だけではなく、個別保健事業の実施に際しても重要である。庁内体制、地域の資源の活用状況、他組織との連携体制と事業の実績について整理することは具体的な事項の検討に際して役に立つ。また、既存で類似の事業があるか、どこが不十分だったか、それを活用する方法はあるかなどを検討し、新しい事業を一から行うのではなく、既存事業から発展させていくような働きかけも必要である（p69 の図表 46（様式 2）等を活用）。

### ②事業の目的（背景・位置づけ）・目標・評価指標

個別保健事業の実施に際しては、健康課題と目的を明確にし、目的を達成するための具体的な数値目標を設定することが必要である。その際、データヘルス計画における当該事業の位置づけやねらいを明記することが重要である。

事業の目標には、事業のアウトプット（実施量）に関するものと、事業のアウトカム（成果）に関するものがあり、事業によっては複数設定されることもある。短期的（概ね単年度）なアウトカムの積み重ねが、データヘルス計画の中長期的（概ね 6 年）な目標の達成につながるものとなる（短期的アウトカム指標とアウトプット指標についての考え方は、p94 図表 59 参照）。なお、事業目標に用いられる指標は、そのまま事業の評価指標ともなる。



特に保険者は事業実施に際し、目標や対象者の選定基準、評価指標の設定について自信がないことも多い。支援・評価委員会には保険者の既存の事業実績等を勘案し、保険者が抱える疑問点に回答し、事業の実施を後押しすることが求められる。具体的には、文献、ガイドライン（各学会のガイドラインの参照 URL は参考資料 8、各学会ガイドラインに示された高齢者の管理目標は参考資料 9 参照）、他の保険者における保健事業等の実践結果等を基に「根拠」に基づく保健事業を実践していく。

図表 51 個別保健事業の目的・目標・評価指標の例（特定健診実施率向上）

データヘルス計画との関係性（背景・位置づけ・ねらい）		・〇市第〇期データヘルス計画では、特定健診実施率を毎年度〇%上昇させることを目標とした。しかし、実際の受診率は伸び悩み、特に 40 歳代の受診率が〇%と低いことが課題である。
目的		・特定健診の受診は、被保険者が自身の健康状態を把握し、生活習慣病及びメタボリックシンドロームの予防意識の醸成につながるため、特定健診実施率のさらなる向上を図る。
目標	アウトプット（実施量）	・特定健診受診勧奨ハガキを健診対象者全員（〇名見込）に送付する。 ・今年度 40 歳となる新規対象者全員に電話勧奨を行う（〇名見込）。 ・特定健診 3 年未受診者全員に電話勧奨を行う（〇名見込）。
	短期的アウトカム（成果）	・特定健診実施率を〇%に上昇。 ・40 歳の被保険者の健診実施率〇%。 ・特定健診 3 年未受診者の健診実施率を〇%。
評価指標		・健診受診者数・受診率（40 歳・3 年未受診者を含む） ・受診勧奨ハガキ送付数／電話勧奨件数

図表 52 個別保健事業の目的・目標・評価指標の例（特定保健指導の実施率向上策）

データヘルス計画との関係性（背景・位置づけ・ねらい）		・〇市第〇期データヘルス計画では、〇年度には特定保健指導の実施率を〇%とすることを目標とした。しかし、現時点での実施率は〇%と、目標を大きく下回っている。2 年以上連続で積極的支援の対象となる者（リピーター）も〇%いるが、そのうち保健指導を希望しない者は〇%と多い。 ・平成 30 年度から、2 年連続積極的支援対象者は動機付け支援相当の支援でも可（要件あり）となったため、〇年度は、特にリピーターへ保健指導の受けやすさをアピールするとともに、魅力ある保健指導内容になるよう工夫して被保険者の満足度を高め、行動変容につなげていく。
目的		・一人でも多くの保健指導対象者が適切な生活習慣を身に着け、生活習慣病の重症化を予防することができるよう、特定保健指導の実施率の向上を図る。



	短期的 アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率を〇%に上昇。</li> <li>・動機付け支援相当を含む積極的支援の保健指導実施率〇%。</li> <li>・リピーターの保健指導実施率〇%。</li> <li>・保健指導を受けた者から「受けてよかった」、「行動変容につながった」との回答〇%以上。</li> </ul>
	評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導実施率・実施数 (積極的支援及び動機付け支援相当実施者数、リピーターを含む)</li> <li>・特定保健指導対象者への電話勧奨件数</li> <li>・健診当日の初回面接件数</li> <li>・保健指導を受けた者（特にリピーター）の満足度</li> </ul>

図表 53 個別保健事業の目的・目標・評価指標の例（糖尿病性腎症重症化予防）

データヘルス計画との 関係性（背景・位置 づけ・ねらい）		・〇市第〇期データヘルス計画では、人工透析者の〇%が糖尿病に起因し、年間で新規透析者数は〇名前後で推移していること、人工透析にかかる医療費は〇市全体で〇万円となっていることが示され、その対策として糖尿病性腎症の重症化予防事業に取り組むこととした。
目的		・特定健診結果からハイリスク者を抽出し、受診勧奨及び訪問による継続的な指導を行うとともに、医療機関の受診者については、かかりつけ医とも連携を図り重症化を防止し、被保険者の QOL の向上を目指す。
目標	アウトプット（実 施量）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症 3 期相当以上の者全員に、訪問による医療機関受診勧奨を行う（〇名見込み）。</li> <li>・〇人を継続的な指導の事業参加者とする。</li> <li>・事業脱落者を〇%未満にする。</li> </ul>
	短期的 アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業参加者の HbA1c 値、血圧値、LDL 値、HDL 値（平均）の悪化をそれぞれ〇、〇、〇、〇に抑える。</li> <li>・事業参加者の喫煙者のうち、〇%を禁煙させる。</li> <li>・医療受診勧奨者全員が医療受診をする。</li> </ul>
評価指標		<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業参加者数</li> <li>・医療機関受診勧奨者数、医療機関受診者数</li> <li>・事業脱落者数</li> <li>・HbA1c 値、血圧値、LDL 値、HDL 値、eGFR 値※</li> <li>・禁煙成功者数</li> <li>・新規人工透析者数</li> </ul>

※eGFR 値は毎年フォローするものの、短期的には変化があらわれにくいいため、中長期的に評価する

### ③事業の対象者（選定基準を含む）と募集方法

事業実施にあたっては、事業目的に沿った対象者選定基準（例：選定基準として、糖尿病性腎症の重症化予防プログラムでは、HbA1c6.5%以上が挙げられるなど）を設定し、それに該当する人が被保険者全体の中でどのぐらいの数があるかを把握する。その上で、全体へのカバー率等も考慮に入れ、実施体制を踏まえて、優先順位をつけながら実際に募集・声掛けする人を



決定する。予算や体制には限りがあるため、メリハリをつけた実施方法を考察する（例：糖尿病性腎症で病期が3・4期の人は全員を対象とし、2期の人は対応可能な件数に絞り込む等）。

対象者の抽出や実際に声掛けする人の選定にあたってはKDBシステムを活用することができる。

事業の効果を高めるためには、事業の目的に応じた対象者を効率的に集めることも重要な要素となる。選定した対象者の属性等を検討し、適切なアプローチ方法（例：手紙での事業案内を送付した上で電話での参加意思確認をする、保健推進員等を通じて勧奨をしながら募集をする等）を検討する。

#### ④事業の方法と内容

目的に掲げた事業の効果を最大限に得るために、事業の具体的な方法と内容を明確にする必要がある。

事業の目標を達成するためには、幅広く健康への意識の啓発等を行うポピュレーションアプローチやリスクの高い対象者に対し重点的に支援するハイリスクアプローチ等、効果的な方法を組み合わせて選択する。また、事業を実施するために集団の教室形式をとるのか、個別に訪問するのか、電話・メール等の手段を用いるのか、頻度についても複数回にわたる支援とするのか等の具体的な手法や効果的な組み合わせについても検討する。

事業の質を保つために、事業の方法と内容についてのマニュアルを作成する。また、日々の関わりを評価するためにも、事業における具体的な支援の内容（アセスメント結果や助言の内容等）や気付いた点等を記録するための用紙を作成し、次の担当者への引継ぎ等が可能となるよう関係者で共有する。

#### ⑤事業の実施体制（事業関係者における連絡・調整・情報共有の方法も含む）

円滑な事業実施のためには予め、誰がいつどのように関わるかを明確にする必要がある。事業計画では事業の実施主体を明記するとともに、具体的な関係機関名や当該機関との連絡・調整・情報共有の方法や具体的なツール（例：かかりつけ医との間での連絡票）等も明確化する。



事業を委託で実施する場合、実施主体である保険者は、委託事業者との間の情報共有のあり方を明示するとともに、事業の進捗状況を把握することが必要であることから、進捗管理表を活用しながら、全体の進行管理を行う必要がある。

## ⑥事業を継続的に実施する方策（脱落防止策等）

事業参加者に継続的に関わる事業の場合には、途中で脱落する人が出ないように脱落防止策を予め検討する。たとえば、複数回の教室形式の事業の場合には欠席者にフォローを行う等により、事業効果を最大限に引き出すようにすることが求められる。また、事業を実施する場所や時間帯についても考慮し、参加者が参加しやすい状況を設定することも脱落防止につながるようになる。そのためには、既存事業での脱落の理由等を分析した上で、事業実施前に対象となる層のニーズや背景を把握するように努めることが必要である。

継続的な事業参加を可能とするには、事業に参加することが負担にならず、メリットや満足感を感じられることが重要である。そのためには、関係するスタッフ等のスキルを向上させる等検討が必要である。

## ⑦事業のスケジュール管理

事業の円滑な進捗のためには、事業のスケジュールが明確になっている必要がある。進捗管理表等を用いて各工程の詳細な予定及び作業を明確にし、定期的に担当者間で話し合い、整理することで、実施期間中の進捗管理を円滑に行うことができる。（図表 54）

各保険者では複数の事業が実施されるため、それぞれの事業の進捗管理表を同じ時間軸で整理しチーム内で話し合うことで、各事業の実施時期等が比較可能となり、共通して実施できる作業を明確にすることができる。



図表 54 個別保健事業 進捗管理表

個別保健事業 進捗管理表

事業名

担当部署・課

作成者

大項目

中項目

小項目

評価項目  
（評価項目  
の区分）

評価時期  
（評価時期）

評価

完了

備考

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

1月

2月

3月

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

1月

2月

3月

4月

5月

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

1月

2月

3月

例)〇〇〇〇〇〇〇〇

例) × × × × × × × × × ×

例) △ △ △ △ △ △ △ △ △ △

例) ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

大・中項目は、  
P 8 に示す「保健事業の  
手順に沿った評価基準の  
評価項目」(自己評価のため  
の様式)を参考にすると  
記入しやすい。

小項目は、中項目を  
さらに細分化し、事業に  
関わる作業内容等を  
記入する。

前年度には、事業実施  
年度に向けたデータ分  
析、既存事業の評価、  
保健事業計画、予算編  
成、体制整備(管理体制  
制、他機関との調整)な  
どの時期を記入すること  
が想定される。

事業実施年度には、作  
業実施の時期とともに、  
評価に必要なデータ収  
集(データ管理)項目な  
どの時期を記入すること  
が想定される。

個別保健事業の内容によっ  
て評価の時期が異なるが、事業  
実施年度から翌年度にかけて、  
自己評価・第三者評価・評価の  
公表などの時期を記入すること  
が想定される。

大・中項目は、P 8 に示す「保健事業の評価項目」(自己評価のための様式)を参考にすると記入しやすい。

小項目は、中項目をさらに細分化し、事業に関わる作業内容等を記入する。

前年度には、事業実施年度に向けたデータ分析、既存事業の評価、保健事業計画、予算編成、体制整備(管理体制、他機関との調整)などの時期を記入することが想定される。

事業実施年度には、作業実施の時期とともに、評価に必要なデータ収集(データ管理)項目などの時期を記入することが想定される。

個別保健事業の内容によって評価の時期が異なるが、事業実施年度から翌年度にかけて、自己評価・第三者評価・評価の公表などの時期を記入することが想定される。

## ⑧評価指標の集め方、事業評価の方法

個別保健事業の評価では、具体的な指標やその収集方法、実際の評価方法(自己評価か第三者による客観的な評価か)、体制、時期等については予め評価計画として取りまとめることが求められる(事業評価の具体的な内容は、「第5章3. 個別保健事業の評価(p93～)」を参照)。

個別保健事業を実施する中で、既に設定した評価指標に応じたデータ等を収集し、その他の情報も加えて、事業の評価をすることが必要である。

## ⑨個人情報の取扱い及び危機管理の方策

個別保健事業は、個別対応を行う事業となることもあり、個人の健康情報等、機微な情報を取り扱うことになる。各保険者においてはそれぞれの個人情報保護制度に従って事業を進めることになる。事業を外部委託で実施する場合には、提供する個人情報の取扱いを契約段階で明確に取り決める必要がある。

また、事業を実施していく中で、転倒などの事故に対応する対策を検討するなど、常に危機管理の意識をもって対応する必要がある。



## ⑩その他

事業の関係者が共通の認識を持って円滑に事業を進めるためには、事業に関する予算関連の書類、事業に使用する各種帳票類、委託の場合には委託契約書等、一連の関連書類が取りまとめられ、いつでも確認できるようになっている必要がある。

### (3) 個別保健事業を実施するために必要な支援内容

個別保健事業を実施するために必要な支援内容としては、図表 55 のようなものが挙げられる。

図表 55 個別保健事業の企画・立案、実施支援のポイント

- ◆ 事業推進のための体制の構築
- ◆ 地域連携を円滑に行うための仕組み
- ◆ 外部委託先の管理
- ◆ 事業の評価方法、指標の収集方法の事前検討
- ◆ 事業進行中の情報交換 等

#### ①事業推進のための体制の構築

##### a. 保険者内部体制の整備

事業の目的・目標を達成するためには当該事業の目的・目標を庁内全体で共有し、その事業の実施担当部門だけではなく、庁内全体での共通理解が必要となる。全体の施策と整合性をもって連携させるために、首長をはじめとした幹部の理解を得て、庁内で検討することが重要である。

保健事業の実施にあたっては、事業実施担当部門内の各関係者がどのような事業を実施しているかについて、共通認識を持つ必要がある。そうすることにより、担当部門の他の係担当者が、被保険者と接する際に、事業の案内等を行うことも可能となる。

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の支援対象となる国保と広域連合は、それぞれ同じ地域に在住する住民が被保険者であり、国保の被保険者はいずれ後期高齢者医療制度の被保険者となる。そのため、両者が連携して事業を実施することが重要である。さらに、高齢者は医療だけではなく、介護も必要とし、地域全体で支える必要のある者も多い。そのような人を支えるために、国保・後期高齢者医療制度ともに、地域包括ケアを意識しながら事業展開を図る



ことが必要である。支援・評価委員会には、国保から後期高齢者医療制度へのつなぎ、介護との連携を意識した助言が求められる。

**ポイント**

事業推進のためには、国保等担当部門だけではなく、首長をはじめとした幹部も巻き込みながら庁内の検討会議を開催することが重要である。  
またあわせて、医師会・医療機関をはじめ、庁外関係者も含めた合議体を開催し、検討を進めることも重要である。

また、国保や後期高齢者医療制度の被保険者から生活保護の受給者になる人もいる。健康施策としても共通の内容も多いため、生活保護分野に対する事業の連携も重要である。

**b. 庁外関係者との連携**

**＜医療機関との連携＞**

実施体制の構築や事業対象者の募集において、医師会やかかりつけ医との連携は非常に重要であり、関係者間の情報共有に努める必要がある。医師会やかかりつけ医との連携においては、調整が難しいということを理由に連携に積極的ではない保険者があるものの、昨今多く取り組まれている糖尿病性腎症重症化予防のような事業では、通院者を対象とすることも多く、医師会やかかりつけ医との協力体制を築くことは不可欠である。

医師会等には事業の準備段階から、国の保健事業の施策（データヘルス計画、保険者努力支援制度等）の情報提供と共に、被保険者の状況をデータで示し、具体的な事業内容の相談を行い、連携を図ることが重要である。さらに、事業の実施期間中の状況、実施結果の報告等についても行い、連携を深める必要がある。また、個別のかかりつけ医との連携が円滑に進むよう、医師会等を通じて情報提供するように努める必要がある。



医師会・かかりつけ医との連携について、これまでに支援・評価委員会が行ってきた助言としては以下のようなものがある。

- ◆ 市町村がどう判断基準で受診勧奨しているのか、かかりつけ医に理解されていないと、対応方法に齟齬が出てくる場合もあるので、地区の先生方と話し合いがしっかりされていることが大切となる。
- ◆ かかりつけ医との連携においては顔の見える関係づくりが重要である。また、市町村からかかりつけ医へ連絡票を出して、どれくらい返信があって、どう対応しているのか示していないといけない。保健師・栄養士の活動をかかりつけ医に知っていただく必要がある。
- ◆ かかりつけ医に協力をいただかなければ、医療連携が進まないため、地域の特性（高血糖者が極めて多く、それに随伴する重症化が他の地域と比べて多い。特に入院医療費が高額になっている。）など、データで示し共有することが必要となる。

#### ポイント

医師会・医療機関との連携にあたっては、連携をはじめるタイミングも非常に重要である。そのため、支援・評価委員会は、連携の時期について助言するとともに、事業推進のための合議体に医療機関関係者も参画できるよう調整するように助言することが必要である。

### <都道府県・保健所との連携>

個別保険者の事業推進においては、都道府県・保健所との連携も重要である。特に糖尿病性腎症重症化予防プログラム等においては、都道府県医師会等との連携のもと都道府県版のプログラムが策定される等、都道府県単位での動きもある。医療機関とは広域的な調整が必要なこともあるため、保険者は都道府県・保健所との連携が欠かせない。

また、都道府県は、医療機関等との調整だけではなく、国保の保険者として、市町村国保に対し、国や県下の他保険者の動向を伝える等により、保険者の保健事業が円滑に実施されるよう、積極的に支援することが求められる。

保健所は地域の状況を広域的に把握し、各種事業の助言・指導を行う立場にある。保険者は、データ分析や他の保険者の情報について適宜保健所に助言を求めることも考えられる。

### <その他の地域の関係機関との連携>

生活習慣病等を対象とする保健事業は周知、場の提供、実施体制の構築を含め、住民組織、地域の人材・団体、民間事業者等、広く地域の関係機関等と連携しながら進めていくことが必要となる。



全国健康保険協会（協会けんぽ）やその他の被用者保険の保険者、職域保健と連携し、住民全体の健康づくりに関する取組や企業と協賛しての健康ポイントにかかる取組の実施等を共同で行うこともひとつの方策である。

#### ポイント👉

関係機関との連携に際しては、活用可能な地域資源が何であるか、どこにあるのかについて把握する必要がある。支援・評価委員会は、事業推進において重要と思われる地域資源の把握に努めるよう助言することも重要である。

### c. 広域連合及び国保組合における連携

#### ＜広域連合と構成市町村の連携、構成市町村内での連携＞

広域連合は、後期高齢者医療主管部門をはじめ構成市町村の関係部門（一般衛生部門、介護部門、地域包括支援センター）との連携が非常に重要である。

また、広域連合からの委託を受け事業を実施する市町村では、後期高齢者医療主管部門が国保も含めた関係部門と密に連絡を取り、既存事業と整合性を図り、一体的に事業を行うことの検討を進めるべきである。特に生活習慣病等の重症化予防については、「実施計画策定段階から、第三者（国民健康保険団体連合会に設置された保健事業支援・評価委員会、有識者会議等）による支援・評価を活用すること」となっており、広域連合から委託を受けて実施する構成市町村の保健事業も対象となっているため、より一層の連携が求められる<sup>14</sup>。

#### ＜国保組合と事業所との連携＞

国保組合の場合は、被保険者の就労実態に合わせた事業の展開を検討する必要がある。そのため、被保険者が就労する事業所との間で情報交換・連携しながら、事業を検討・推進していくことが必要である。

<sup>14</sup> 後期高齢者医療制度で行われる保健事業については、広域連合から委託を受けて実施する市町村の保健事業も対象となる（参考資料2「後期高齢者医療広域連合の保健事業の助成に関する通知等」参照）。



## ②地域連携を円滑に行うための仕組み

地域の関係機関との連携においては、連絡調整を行うコーディネート役が必要となる。その際、ある程度職位のあるものが調整の役割を担うことで、外部との調整が円滑になること等から人材配置を工夫すべきである。

## ③外部委託先の管理

外部に事業実施を委託する場合、保険者自身が事業に対し責任をもち、自ら事業の目的・目標について明確にし、モニタリングしながら管理することで質を確保することが重要である。

保険者の目的・目標を達成するためには、委託仕様書の内容を精査し、委託先の役割や実施内容を明確にした上で、事業のスケジュール管理をする必要がある。

## ④事業の評価方法、指標の収集方法の事前検討

個別の保健事業は、事業の効果を確認するために評価を実施することが必要である。事業評価は、事業が終了した時点ではじめて着手するものではなく、評価のために用いる指標をいつ、どの段階で収集するかについて予め検討しておく、企画の時点から事業内容とあわせて評価についても計画し、評価計画として整理しておく（事業評価の具体的な内容は、「第5章3. 個別保健事業の評価（p93～）」を参照）。

支援・評価委員会は、個別保健事業の企画・立案の段階から評価を意識し、評価指標を設定、評価指標の収集方法についても助言することが必要である。

事業の評価にあたっては、KDB システムの活用が有効である。KDB システムは、被保険者の健診・医療費・介護給付費のデータを蓄積し、全国統一のフォーマットで、帳票として見せることができるため、KDB システムで作成されるデータを用いて、健診の前後の検査データを比較する等、積極的に活用していくことが評価の質を高めることになる。

### ポイント

個別保健事業の実施計画でも評価指標の設定が重要な役割を果たす。データヘルス計画全体との整合性と共に、その年度内に計画がどのように実施されるかを確認した上で、どのようなタイミングで評価指標を把握して実務の改善に結びつけるかをアドバイスする必要がある。



## ⑤事業進行中の支援・評価委員会との情報交換

支援・評価委員会は、事業の企画・立案、計画策定支援及び事業が実施段階に移った後、適宜状況報告を受け、必要な場合には助言することが望ましい。



## (4) 個別保健事業の実際

以下では、保険者における個別保健事業の実施計画の一例を提示する。

### 糖尿病性腎症重症化予防事業に関する実施計画（例）

#### (1) 目的・目標

〇〇市では、新規透析導入者が年々増加し、特に糖尿病を起因とする者の割合が高い。平成〇年度特定健診結果によると、HbA1c6.5%以上的人是〇〇人（〇〇%）、そのうち、未治療者は〇〇人（〇〇%）であり、特に〇〇歳代で医療の未治療率が高いことが課題になっている。また、HbA1c6.5%以上かつ尿蛋白（+）である者は〇〇人（〇〇%）、そのうちレセプト情報で受療歴のない未治療者は〇〇人（〇〇%）であった。今回は糖尿病性腎症の未治療者に焦点をあて、対象者本人が病態について理解し、定期的な通院行動が行えるようにするための受診勧奨を行い、未治療の人の割合を〇〇%に減少させることを目標とする。

#### <支援・評価委員会による助言のポイント！>

予算や実施体制の制約から、対象者抽出基準に合致した人全てを対象とすることができないことが多いため、そのような場合は絞り込みを行う必要があること、またどのような条件で絞り込みを行うとよいかについて、助言

#### (2) 対象

以下を全て満たす者とする。

- ・△歳以上〇歳未満
  - ・平成〇年度特定健診結果で受診勧奨判定値以上（HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126mg/dl 以上、かつ尿蛋白（+）以上）
  - ・レセプト情報で糖尿病受療歴なし
- （かかりつけ医が保健指導プログラムへの参加を推奨する場合は、治療中の者も対象とする）

保健指導プログラム実施予定人数：〇人

#### <支援・評価委員会による助言のポイント！>

糖尿病性腎症では、2期・3期・4期等の病期ごとに支援の優先度や支援内容が異なることを助言

#### (3) 方法と内容

手紙送付の上、電話で訪問日の予約をとり、訪問する。健診結果・糖尿病性腎症の病態・治療の必要性等を説明する。

訪問の初回は、確実な受診による血圧・血糖管理の必要性、セルフコントロールにより透析の回避もしくは遅延が可能となることを説明する。

2回目以降は減塩指導・減量指導・禁煙指導を中心に対象者の状況に合わせ、3ヶ月間の支援を行う。

3ヶ月間の継続支援は1ヶ月に1回の面談で行う。保健指導記録を作成し、かかりつけ医との情報共有を行う。

#### <支援・評価委員会による助言のポイント！>

保健指導の質の管理と関係者間の情報共有のために記録が重要であることを助言

#### (4) 事業実施体制

〇〇市〇〇部門の保健師〇名が担当。



担当者間での情報共有のために、月 1 回ケース会議を開催する。

計画を実施するためのマニュアルを作成。

<支援・評価委員会による助言のポイント！>

保健指導の質の担保のためにマニュアル作成が重要であるということを助言

### (5) 評価指標

特定健診での血圧、空腹時血糖、HbA1c、尿蛋白

レセプト情報：医療費、透析導入の有無、心疾患の有無、脳卒中の有無、

受診勧奨後の受診率

上記の評価指標は、事業の実施前年度・事業実施年度・事業実施後の年度において収集する。

### (6) 事業のスケジュール

時期	内容
平成○年 7 月	対象者の選定・声掛け
平成○年 8 月	初回訪問開始
平成○年 9 月	ケース会議 2 回目訪問開始
平成○年 10 月	最終訪問開始
平成○年 3 月	最終訪問終了
平成○年○月	前々年度と前年度の特定健診結果をもって事業評価を実施 評価指標に沿って評価

※詳細は進捗管理表（p.79）を参照。

<支援・評価委員会による助言のポイント！>

事業の着実な進行のために、進捗管理表によるスケジュール管理が重要であることを助言

### (7) 個人情報の取扱いについて

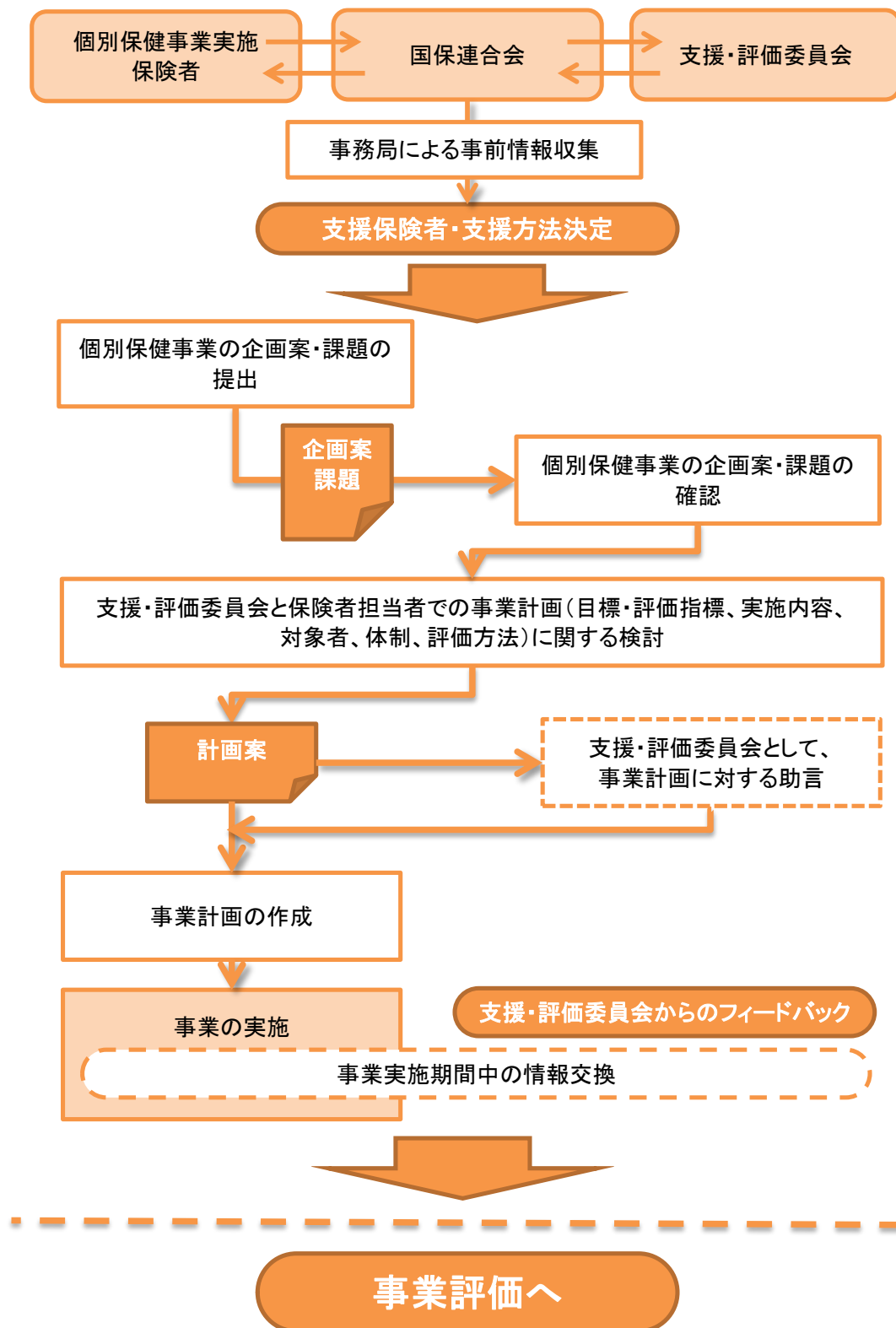
本事業で取り扱う情報については、対象者本人に対し、共有する範囲を明確にするとともに、関係者間での情報の共有について、予め同意を取得する。また、対象者個人の情報は施錠可能な保管場所において保管、管理する。

### (8) 事業で使用する帳票類



## (5) 支援・評価委員会による具体的支援の流れ

図表 56 個別保健事業の計画作成・実施支援の流れ





### ①支援保険者・支援方法の検討

個別保健事業の計画作成・実施支援にあたり、支援・評価委員会は、保険者からの支援申請とその内容を踏まえ、支援対象とするかを決定する。国保連合会は、事務局として都道府県との連携調整を行うとともに、支援申請書で決定を判断するために十分な情報が得られない場合には、申請保険者にヒアリングを行う。

また、支援申請保険者数に応じて、支援・評価委員会と保険者との個別支援を行うのか、支援を希望する保険者の規模や事業内容等を踏まえ、複数の保険者をグループ化して支援するか等の支援方法も検討する。

なお、個別保健事業の実施に際して、各保険者が助言を求める内容は、対象者の抽出基準や個々の対象者への助言内容等の具体的な内容となる。保険者の疑問点すべてに対し、支援・評価委員会の構成員だけで回答することは難しいこともあるため、適宜保険者がアドバイスを求める各分野の専門家にアドバイザーとして参画してもらう等についても検討する必要がある。

### ②支援・評価委員会と保険者の担当者による事業内容に関する検討

支援決定後、支援・評価委員会と保険者の間で、具体的な事業内容に関して検討する。助言を求めるにあたって、保険者は、具体化していない構想段階のものであっても、事業の目的・目標、対象者、事業内容・方法、体制、事業の評価指標、想定される成果（改善された状態）等を提示する。

支援を求める保険者は、この段階では実施体制としてどこに声をかければよいのか、健康課題の抽出をどのように行えばよいのか、対象者の抽出基準をどのように設定すればよいかをはじめ、何をどのように着手してよいかわからず、具体的に求める助言内容を整理することができないこともある。国保連合会は、限られた時間の中で支援・評価委員会の委員から適切な助言を得ることができるよう、図表 57 のようなツールを用いて、保険者自ら課題を整理してもらうことにより、情報を引き出す等の支援が求められる。



図表 57 個別保健事業の課題整理の枠組みの例

		内部要因 (庁内連携)	外部要因 (医療機関との連携/ 住民との関わり等)
解決の難易度	高い		
	低い		

支援・評価委員会は保険者から提示された個別保健事業の企画案について、担当者と直接意見交換することにより、事業を実施する上で必要となる p74 の図表 50、p80 の図表 55 に挙げる点について助言する。

なお、国保ヘルスアップ事業等における具体的な支援の時期については、参考資料 1「特別調整交付金（保健事業分）交付要領について」を参照されたい。



**ポイント**

個別保健事業の計画が地に足の着いたものとなるように支援することが大切である。なぜその計画を実践しようとするのか、既存事業では何が問題となったか、今回行う事業でどこが克服可能なのかを具体的に聞き取ることで、役立つ支援が可能になる。しかし、過去の保健事業では、計画書の多くには、既存事業の課題等が十分に記載されていないもの、意識されていないものもあり、提出された文書を読むだけでは助言に結びつきにくい。

したがって、保険者の支援に際しては、保険者と支援・評価委員会の直接の話し合いの場を設けることが必須になる。

初回の支援では、個々の事業の詳細な手順より、その事業を行う必然性とそれによってどのような新たな展開が可能となるか、そのためにはどのような仕掛けが必要かについて助言することがよい。出発点やゴールの妥当性を第三者的に評価し、必要であれば計画の修正を求めることになる。多くの保健事業はこの部分での考察が不十分であると思われる。

その際、支援・評価委員会は事業の内容や体制等事業の実施に直結する点について助言するだけでなく、苦情処理・安全管理・個人情報保護の体制等事業を円滑に進めるために必要な点についても検討することが必要である。

### ③保険者による企画案の詳細内容の検討・事業計画の作成

支援・評価委員会による助言を踏まえ、保険者は、自ら当該事業の企画案を内部でしっかりと議論、見直し、事業計画として取りまとめる。そのため、支援・評価委員会は、保険者が事業計画に反映できるよう助言することが必要である。また助言した内容は保険者の求めに応じ、書面等にして渡すことにより、お互いの認識にずれが生じないようにする必要がある<sup>15</sup>。

なお、国保連合会は、保険者が支援・評価委員会の助言内容を理解し、計画に反映できるように支援する。

事業計画の詳細内容に対しては、支援・評価委員会からの一方通行での助言にとどまることなく、保険者において残された課題（例：対象者抽出基準について分からない、評価についてどのようにすればよいかが分からない等）について聞き出した上で、適切に助言する。

保険者がそれぞれ抱えている課題等について意見交換をする場を設ける等、課題の解決策を見出していくよう努めることが必要である。

<sup>15</sup> 参考資料1「特別調整交付金（保健事業分）交付要領について」を参照



保険者同士の意見交換にあたっては、同じ内容の事業を企画している保険者や規模の同じ保険者を集め、抱えている悩みや実践事例を出し合い、それぞれの課題について自ら考えられるような場の設定等の仕組み作りが必要となる。その意見交換した結果を踏まえ、保険者がそれぞれに応じた内容を事業計画に反映させていくことが重要である。

なお、意見交換した内容助言を受けた内容については、保険者が理解をし、事業計画に反映したかについて事務局が確認し、必要に応じてフォローすることが重要である。

#### ④支援・評価委員会による事業実施期間中の情報交換

保険者は取りまとめた個別保健事業の事業計画案を国保連合会に提出する。国保連合会は単に計画の提出を求めるだけでなく、その時点の課題として感じている点、困っている点（例：関係者との連携が取れない、十分な事業参加者が集まらない等）についての情報を各保険者より聞き出すことが必要である。

個別保健事業については、事業の実施期間中に適宜保険者と支援・評価委員会の間で情報交換や事業の進捗状況についてモニタリングを行い、軌道修正等が必要な場合等には適宜助言をしていく。また、保険者から事業実施の過程の中で生じた疑問点や課題等について支援・評価委員会に助言を求めることも考えられる。そうした場合、事務局は保険者の希望に沿った助言を行うことができるよう、支援・評価委員会に対し、保険者からの要望を伝え、支援・評価委員会からの助言を引き出していくことが必要である。



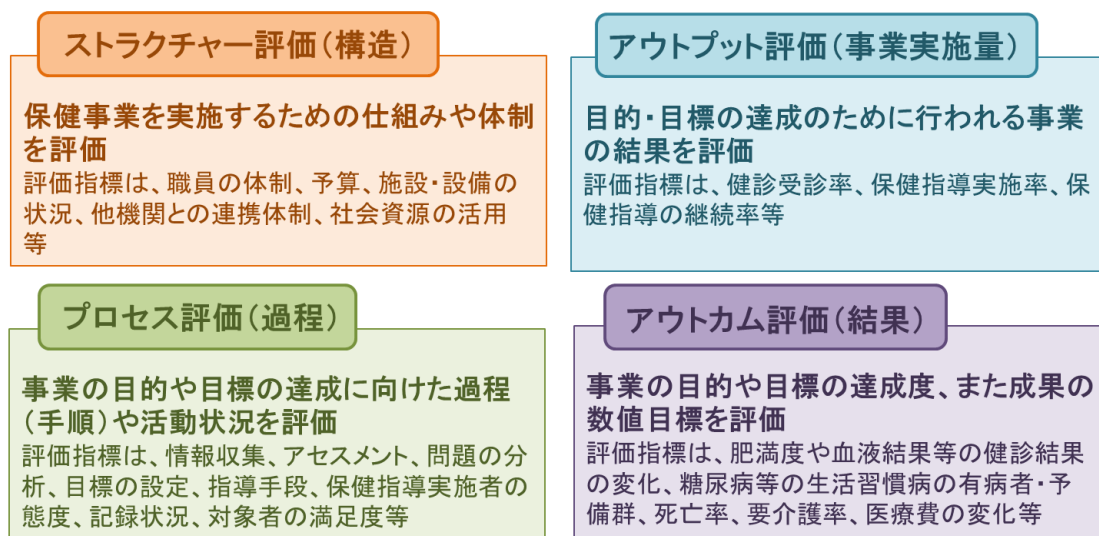
### 3. 個別保健事業の評価

#### (1) 事業評価の考え方

PDCA サイクルに沿った保健事業の展開においては、事業の評価は必ず行うことが前提となっている。事業の評価は、健診や保健指導等の保健事業を実施した結果を基に、事業の効果を測るため、また事業の見直しや改善、次年度の企画・立案につなげるために行われるものである。

保険者が実施した保健事業について自ら評価を行う際も、ストラクチャー評価（構造）、プロセス評価（過程）、アウトプット評価（事業実施量）、アウトカム評価（結果）の4つの観点で行う必要がある（図表 58）。支援・評価委員会は、依頼を受けた事業について、第三者として評価を行うことになるが、その際アウトカム（結果）評価にとどまらず、保険者と同様に、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つすべての観点について、評価を行う。

図表 58 保健事業の評価の観点



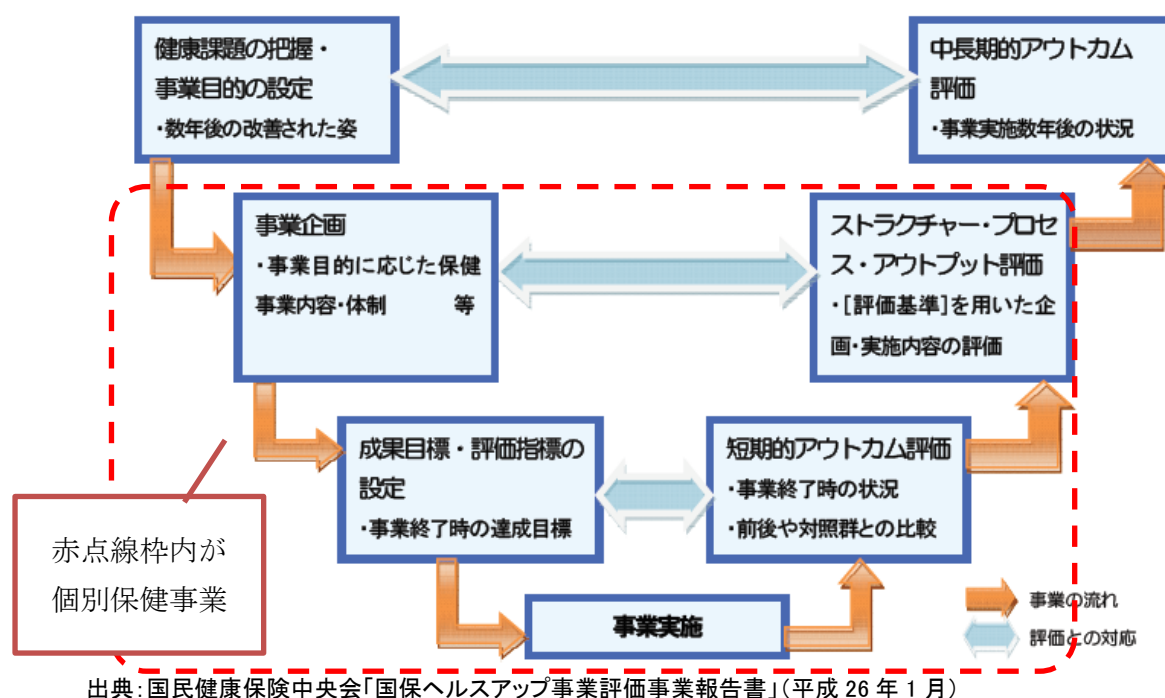
ただし、事業評価は、そのこと自体が目的になるべきではなく、過度な労力をかけるべきではない。そのため、事業評価の中のアウトカム評価のための指標は定期的に入手が可能なデータ等を用いるべきであり、基本的に毎年実施される特定健診の結果等を用いて評価することが重要である。こうした評価の指標や方法は、事業が終了した時点で定めるのではなく、事業の企画の段階で評価計画として設定すべきものである。そのため、評価する事業に対しては、企画の段階からどのような評価指標を設定し、いつ評価を行うべきかについての助言も必要になる。



保険者による自己評価、支援・評価委員会による第三者評価は、いずれも事業の改善につなげるために実施するものである。そのため、支援・評価委員会が行う第三者評価の結果についても、次期事業への実施に繋がるよう、評価すべき点、改善すべき点を明確にしていく必要がある。

さらに、評価にあたって意識しなければならないのは、事業評価の時期である。アウトカム評価は、事業実施直後の短期間では行えないものもあるため、中長期的な評価についても別途定める必要があり、事業の最終目的や医療費適正化の観点から評価を行う（図表 59）。

図表 59 保健事業評価の考え方

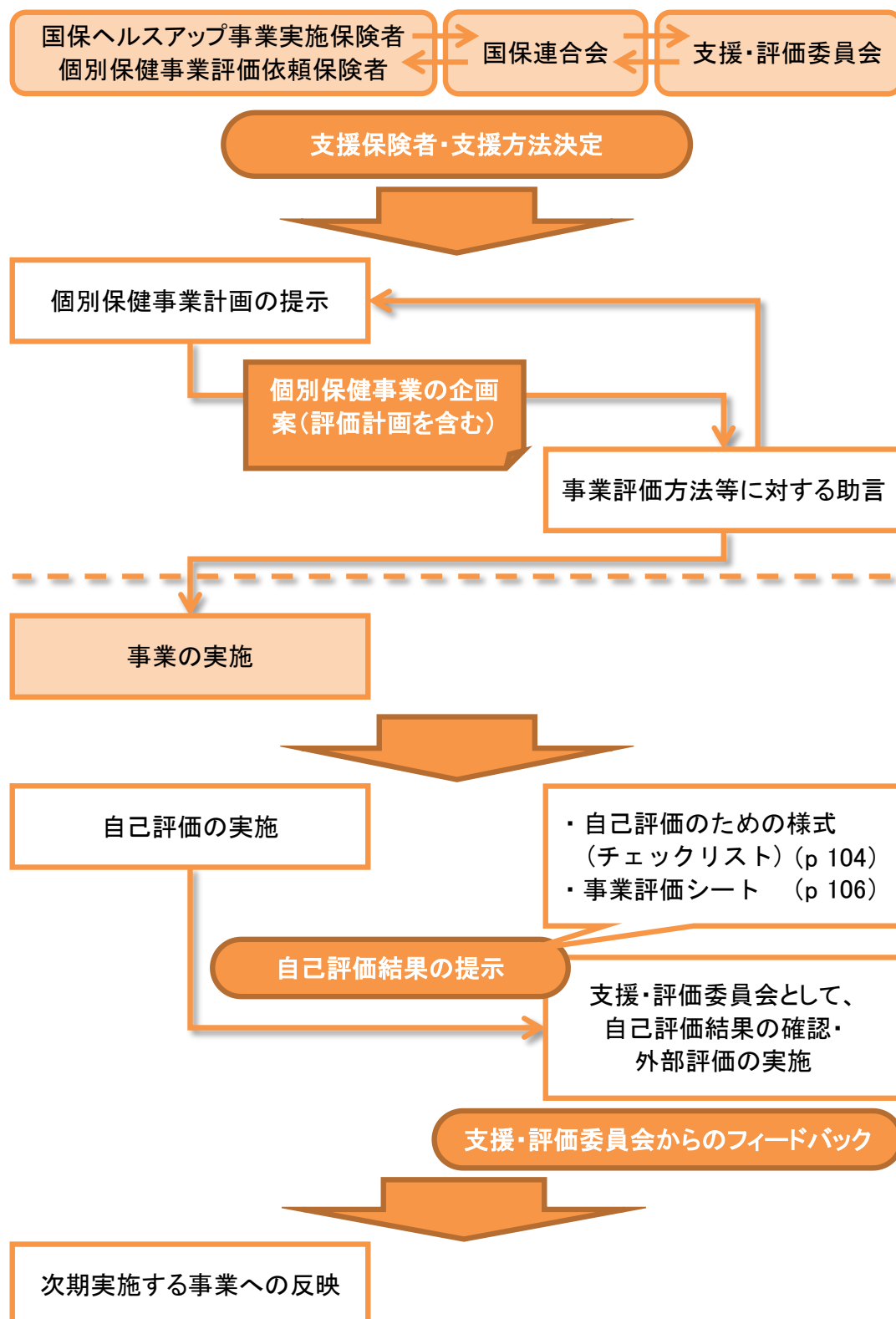


保健事業は複数の事業実施による多様な取組を通じて被保険者全体の健康度の向上を図るものであるため、評価も被保険者全体を対象として実施すべきであるが、本章は、1つ1つの個別の保健事業に着目し、当該事業の評価のあり方と支援・評価委員会による保険者への支援方法について解説する。



(2) 支援・評価委員会による事業評価の方法・流れ

図表 60 事業評価の流れ





### ①保険者による個別保健事業計画の提示

保険者が個別の保健事業について支援・評価委員会からの評価を求める場合は、事業の計画段階で、事務局である国保連合会に、個別保健事業に対する評価の依頼を行う。その際、保険者は自ら、いつ、どのように評価するのかを示した評価計画を検討した上で臨むことが必要である。

支援・評価委員会が事業評価のための評価指標、評価方法について助言できるよう、国保連合会は保険者に対し、評価計画も含めた事業内容等が把握できる図表 61 に示す個別保健事業計画（様式4）の提出を求めることが望ましい。

#### ポイント

支援・評価委員会は事業の指標として適切なものは何かについて助言することとなる。目的と目標にふさわしい指標は何か、実施上の指標は何かなど、階層化して指標を設定することができれば理想的である。  
どのタイミングで評価したほうがよいか、評価の手間はどの程度かも考慮し、評価のための評価とならないよう配慮することが大切である。



図表 61 様式 4 個別保健事業計画

作成日 年 月 日

様式 4 個別保健事業計画

保険者名： \_\_\_\_\_ 事業名： \_\_\_\_\_

既存事業と健康課題 の関係 (データヘルス計画との 関係性)		事業目的	事業企画			
			対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
現状	課題					

※「個別保健事業計画における留意点」は、次頁参照

データヘルス計画の策定支援

個別保健事業の計画作成・実施支援

個別保健事業の評価

データヘルス計画の中間評価・見直し支援



**個別保健事業計画記入における留意点****<事業企画>****○対象者**

- ・事業の対象となる人や機関等について記載する。
- ・対象者（人や機関等）を一定の基準により選定する場合には、その選定基準について記載する。

**○実施体制・方法**

- ・事業の実施体制や具体的な事業実施方法について記載する。
- ・事業内容の検討体制、庁内外の連携体制、予算確保の状況、参加者の募集方法、脱落防止のための方法等を記載する。

**<評価計画>****○ストラクチャー評価**

- ・目標値（評価項目・評価指標）の欄には、保健事業を実施するためのしくみや実施体制を評価するため、P8に示す「保健事業の手順に沿った評価基準」のⅠ事業企画・立案を参考に評価項目を検討し、誰がどのように事業を実施するのか記載する。
- ・評価体制・方法の欄には、目標値（評価項目・評価指標）に記載した評価項目を誰がどのように評価を実施するか記載する。
- ・実施時期の欄には、評価期間やどの時点（事業開始より随時実施していくことが想定される）で評価を行うか記載する。

**○プロセス評価**

- ・目標値（評価項目・評価指標）の欄には、保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価するため、保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の内容、保健事業の事後フォローの内容について、P8に示す「保健事業の手順に沿った評価基準」のⅡ事業実施を参考に評価項目を検討し、誰がどのように事業を実施するか記載する。
- ・評価体制・方法の欄には、目標値（評価項目・評価指標）に記載した評価項目を誰がどのように評価するか記載する。
- ・実施時期の欄には、評価期間やどの時点（事業開始より随時実施していくことが想定される）で評価を行うか記載する。

**○アウトプット評価**

- ・目標値（評価項目・評価指標）の欄には、事業実施量に関する具体的な目標値を記載する。
- ・評価体制・方法の欄には、設定した事業量に関する具体的な目標値を誰がどのように評価するか記載する。
- ・実施時期の欄には、評価期間やどの時点（データ管理を事業開始より行い、事業終了後が想定される）で評価を行うか記載する。

**○アウトカム評価**

- ・目標値（評価項目・評価指標）の欄には、成果に関する具体的な目標値を記載する。
- ・評価体制・方法の欄には、設定した成果に関する具体的な目標値を誰がどのように評価するか記載する。
- ・実施時期の欄には、評価期間やどの時点（事業終了後が想定される）で評価を行うか記載する。



## ②支援・評価委員会による事業評価方法に対する助言

支援・評価委員会は、保険者から提出された個別保健事業計画を踏まえ、評価指標・評価方法について保険者に助言する。支援・評価委員会は、図表 62 に挙げる観点から保険者が設定している評価指標・評価方法について確認する。

なお、事業実施に先立って保険者より提示された個別保健事業計画の内容について、体制や方法、事業の進め方等、見直しが必要な場合もあり得る。その場合には、評価指標・評価方法に関する助言だけではなく、個別保健事業計画の事業企画の内容そのものについての助言を行い、個別保健事業計画の再提出を求めることも考えられる。

図表 62 事業の評価指標・評価方法に関する確認事項

- ◆ ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点から評価指標・評価方法を設定しているか
- ◆ アウトプット評価、アウトカム評価は、評価指標の調査や把握方法を明確にしているか
- ◆ 評価時期を明確にしているか
- ◆ 評価の体制と役割分担を明確にしているか
- ◆ 評価方法について、その手順や手段まで含めて明確にしているか

ストラクチャー評価、プロセス評価は、常に日々の事業進行の中で振り返りを行うことが重要である。日々の事業の振り返りにあたっては、図表 63 に示す進捗管理表において、事業の進捗の見える化を行い、順調に進行しているのか、滞っている場合には何が問題となっているのかを保険者自らが考えるように促すことが必要である。

なお、進捗管理表は、実施年度に使用するだけでなく、前年度に策定する予算確保や体制整備等の企画立案時にも活用する。さらに事業実施後の評価（自己評価・第三者評価）の時期も明記していく。



図表 63 個別保健事業 進捗管理表（再掲）

個別保健事業 進捗管理表

事業名		担当部署・課		作成者	

大項目	中項目	小項目	評価 時期 （評価 時期）	評価 時期 （評価 時期）	期間	備考	〇〇年度(前年度)												〇〇年度(事業実施年度)												〇〇年度(翌年度)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
							4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
例)〇〇〇〇〇〇〇〇					開始	完了																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

アウトプット評価は、事業の実施量を確認するものである。いずれの事業においても、実施前に事業実施量の想定がされる。評価を行う事業に応じて、事業に参加した人の数や事業回数等の事業量に関して具体的に確認する。

アウトカム評価は、事業の目的・目標が達成されたかどうかを評価するためのものであり、事業目的、保健指導の対象疾患や事業内容等の事業特性に応じて適した評価指標を選定する必要がある。加えて、目標は短期的なものと中長期的なものがあるため、評価指標もそれぞれに設定する必要がある。事業の目的・目標と評価指標の設定方法に関する基本的な考え方は、「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」第5章1.（2）⑤目的・目標並びに評価指標設定（p54）を参照されたい。

アウトカム評価を具体的に進める際には、評価対象をどの範囲に設定するのか、設定した評価指標を用いてどのように集計するのかを考える必要がある。

評価対象範囲の設定に関しては、特定の集団を対象とした保健指導を実施する保健事業か、ポピュレーションアプローチのように被保険者全体を対象とした保健事業かによって異なる。一定の検査値以上の該当者等、特定の集団を対象とした保健指導を実施した場合、保健指導の効果をより正確に評価するためには、保健指導実施前後のデータが揃っている人について集計することが望ましい。そのため、基本的に途中脱落者を集計対象に含めないで評価する。し



かし、事業としては参加者全体における効果を評価するためには、脱落者がいることも加味した上で集計・評価をする。一方、ポピュレーションアプローチのように一次予防を推進すべく、健康な者も含めた被保険者全体を対象とした保健事業の場合は、被保険者全体について事業実施前後のデータを比較し、評価する（図表 64）。

図表 64 評価対象範囲の設定

保健事業の内容	評価対象範囲の設定方法
特定の集団を対象とした保健指導を実施する保健事業	①保健指導実施前後のデータが揃っている人について集計 ②脱落者も含めて評価
ポピュレーションアプローチのように被保険者全体を対象とした保健事業	被保険者全体について事業実施前後のデータを比較

アウトカム評価の中心は、検査値等の定量的なデータについて、平均値を比較する方法や変化（改善）割合を確認する方法がある。また、保健事業においては、事業参加者の満足度や保健指導をする側の意識変容、満足度等といった定性的データも重要な指標である。そのため、事業目的・内容に応じて、定量的データ、定性的データの両面から評価することが望ましい（図表 65）。



図表 65 指標を用いた評価方法

平均値の比較	①検査値等の平均値の比較 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧等の検査値の平均値の変化</li> <li>・ 血圧等の検査値の変化量</li> </ul> ②1人当たり医療費の比較 （ただし医療費については中央値を確認することも必要）
変化（改善）割合の確認	①検査値や生活習慣の変化割合の確認 ②薬剤投与量の変化割合の確認
満足度の確認	①参加者の満足度 ②保健指導を実施する側の意識変容、満足度

KDB システムでは、保健指導等の対象となった人の健診結果等について、単年度または経年的に一覧で表示することが可能である。保健指導等の特定の事業の参加者についてアウトカム評価を行う場合には、経年的な健診結果等の帳票を CSV 形式で出力し、その中から評価対象者のデータを抽出、加工して集計する等、KDB システムを活用して評価を行うことができる。

データの集計・分析の際、事業参加者が多い場合は、性別、年齢階級別、参加前の身体状況別、地域別、保健指導内容別（複数プログラムがある場合）等に分類して効果を比較することも 1 つの方法である。また、事業効果をより客観的に評価するために、事業の不参加者のうち、参加者と同じ属性を有する者を対照群として設定し、比較分析する方法もある（図表 66）。



図表 66 データの集計・分析の視点

評価の仕方	内容
性別	男女による違い
地域別	地区別の違い
参加前の身体状況別	例：喫煙者・非喫煙者での違い
参加状況別	面接の回数別やメールの返信回数別の違い
参加プログラム別	プログラムが複数ある場合、設定回数や提供サービスによる違い
事業者別	複数の事業者が実施した場合、事業者による違い

評価指標・評価方法の助言に際しては、評価すること自体が目的とならないよう、保険者の労力も加味し、実現可能性に配慮した内容とすることが望まれる。

### ③保険者による自己評価の実施

事業実施後、まずは事業実施主体である保険者が自己評価を行う。自己評価は、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点で実施する。

ストラクチャー評価やプロセス評価については、図表 63 に示した進捗管理表を確認するとともに、保健事業の手順に沿った評価基準に照らし合わせ、図表 67 に示す様式に個別の事業について3段階で評価・その評価理由を記載するという方法により行っていく。これにより、事業の実施上、どういった点が上手くいったのか、何が課題であったのか等を明らかにすることが可能となる。



図表 67 自己評価のための様式（チェックリスト）

※評価欄の a、b、c のいずれかに○を付けてください。

段階	項番	評価項目	評価				評価理由
			a	b	c	該当なし	
I 事業企画・立案	企画・立案に係るもの	I-1 健診データ、レセプトその他統計資料等のデータに基づいて現状分析をしている					
		I-2 現行実施している保健事業の内容・体制の評価をしている					
		I-3 健康課題を明確にしている					
		I-4 地域資源を把握している					
		I-5 事業目的を明確にしている					
		I-6 事業目的に応じた各種保健事業を企画している					
		I-7 個別事業の優先順位を付けている					
		I-8 企画段階から庁内及び庁外の関係者とともに事業内容について検討している					
		I-9 事業目的に応じた対象者の選定基準を設定している					
		I-10 個別事業及び全体としての成果目標を設定している					
		I-11 事業の評価指標・評価方法を設定している					
		I-12 事業運営委員会を設け、事業の運営状況を監視できる体制を整備している					
		I-13 関係者と調整スケジュールを立てている					
		I-14 保健事業の質の確保のための取組みを行っている					
	準備に係るもの	I-15 事業に必要な予算を確保している					
		I-16 関係機関・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している					
		I-17 個別事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健指導実施関係者間で共有している					
		I-18 苦情処理の体制を確保している					
		I-19 計画に基づいた参加者の募集を実施している					
II 事業実施		II-1 事業開始時より関係者間で情報共有を行っている					
		II-2 参加者個人の目標を設定している					
		II-3 保健指導実施者が参加者個人の状況をモニタリングしている					
		II-4 事業実施責任者が事業実施状況をモニタリングしている					
		II-5 脱落防止のために、対象者にフォローを行っている					
		II-6 安全管理に留意している					
		II-7 個人情報を適切に管理している					
		II-8 個人目標の達成状況を評価している					
		II-9 保健指導終了後のフォローアップを行っている					
III 評価		III-1 事業評価を実施している					
		III-2 事業結果を取りまとめている					
		III-3 外部アドバイザーから評価を受けている					
		III-4 事業結果を公表している					
		III-5 次年度計画等に向けた改善点を明確にしている					

本様式は p 8 に示す「保健事業の手順に沿った評価基準」をもとに作成。

使用方法については、「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書 別添資料 1 保健事業の手順に沿った評価基準」を参照



アウトカム指標の結果に関しては、測定可能な指標について実施前・後の変化を一覧化し、事業の効果について全体を把握できるよう、保険者において図表 68 に示すような様式を用いて結果をまとめることが望まれる。一覧化した情報は、支援・評価委員会において評価を行う際にも参考となる。さらに、参加者と同じ属性（性・年齢階級、検査値等の身体状況等）を有する者を対照群として比較分析する方法もある。

保険者が実施する自己評価において、ストラクチャー評価では当初の計画通りに体制づくりができなかった場合、プロセス評価では当初の計画通りに事業が進まなかった場合に、その理由を調べ、要因を検討して次年度の計画に反映させていくことが重要である。また、アウトプット評価、アウトカム評価の目標値の達成状況を記載するだけでなく、達成あるいは未達成の理由を明らかにする。さらに、総合評価として、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムを包括的に評価し、次年度の保健事業実施へ向けて、どの点を継続し、どの点を改変するのかを検討する。



図表 68 様式 5 個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）

作成日 年 月 日

様式 5 個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）

保険者名： \_\_\_\_\_

事業名： \_\_\_\_\_

事業目標：					
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価	総合評価
評価項目・評価標準 目標値					
達成（未達成） 状況の確認と評価					

個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）記入における留意点 ※

○ストラクチャー評価

- ・保健事業を実施するためのしくみや実施体制を評価する。
- ・保健事業を実施する上で無理のない効果的な体制となっていたか、または事業評価を実施する上で評価結果を得ることのできる体制となっていたかの観点から評価する。
- ・例として、保健事業を実施する上での職員の体制、予算の確保状況、施設・設備の準備状況、医療機関等の関連する機関との連携体制づくり、社会資源の活用状況、等。
- ・当初の計画通りに体制づくりができなかった場合、その理由を振り返り、要因を検討し、次年度の計画へ反映させていく必要がある。

○プロセス評価

- ・保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況の評価する。
- ・個別保健事業計画にもとづき評価するものであるが、保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の内容、保健事業の事後フォローの内容が考えられる。
- ・例として、対象者の選定方法、対象者へのアプローチ方法（通知方法や保健指導方法等）、保健事業を実施した後の記録、保健事業参加者からの評価結果、等。
- ・保健事業を実施する際、計画立案時には想定していなかった事態が生じた場合、状況に合わせて的確に対応したかについても評価する。
- ・当初の計画通りに進まなかった場合、その理由を振り返り、要因を検討し、次年度の計画へ反映させていく必要がある。

○アウトプット評価

- ・計画時点で設定した事業実施量に関する達成状況を評価する。
- ・評価指標で示した事業実施における各項目がどの程度達成できたのかを評価する。
- ・当初の計画通りに達成できなかった場合、その理由を振り返り、（ストラクチャー評価、プロセス評価も含め）要因を検討し、次年度の計画へ反映させていく必要がある。

○アウトカム評価

- ・計画時点で設定した成果目標の達成状況を評価する。
- ・評価指標で示した事業の実施成果に関する各項目がどの程度達成できたのかを評価する。
- ・当初の計画通りに達成できなかった場合、その理由を振り返り、（ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価も含め）要因を検討し、次年度の計画へ反映させていく必要がある。

○総合評価

- ・保健事業の目標の達成状況を評価する。
- ・ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を総合的に評価するものである。次年度の保健事業実施へ向けて、どの点を継続し、どの点を改善していくのかを検討していく。

※「個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）記入における留意点」は次ページ参照



**個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）記入における留意点****○ストラクチャー評価**

- ・保健事業を実施するためのしくみや実施体制を評価する。
- ・保健事業を実施する上で無理のない効果的な体制となっていたか、または事業評価を実施する上で評価結果を得ることのできる体制となっていたかの観点から評価する。
- ・例として、保健事業を実施する上での職員の体制、予算の確保状況、施設・設備の準備状況、医療機関等の関連する機関との連携体制づくり、社会資源の活用状況、等。
- ・当初の計画通りに体制づくりができなかった場合、その理由を振り返り、要因を検討し、次年度の計画へ反映させていくことが必要である。

**○プロセス評価**

- ・保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価する。
- ・個別保健事業計画にもとづき評価するものであるが、保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の内容、保健事業の事後フォローの内容が考えられる。
- ・例として、対象者の選定方法、対象者へのアプローチ方法（通知方法や保健指導方法等）、保健事業を実施した後の記録、保健事業参加者からの評価結果、等。
- ・保健事業を実施する際、計画立案時には想定していなかった事態が生じた場合、状況に合わせて的確に対応したかについても評価する。
- ・当初の計画通りに進まなかった場合、その理由を振り返り、要因を検討し、次年度の計画へ反映させていくことが必要である。

**○アウトプット評価**

- ・計画時点で設定した事業実施量に関する達成状況を評価する。
- ・評価指標で示した事業実施における各項目がどの程度達成できたのかを評価する。
- ・当初の計画通りに達成できなかった場合、その理由を振り返り、（ストラクチャー評価、プロセス評価も含め）要因を検討し、次年度の計画へ反映させていくことが必要である。

**○アウトカム評価**

- ・計画時点で設定した成果目標の達成状況を評価する。
- ・評価指標で示した事業の実施成果に関する各項目がどの程度達成できたのかを評価する。
- ・当初の計画通りに達成できなかった場合、その理由を振り返り、（ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価も含め）要因を検討し、次年度の計画へ反映させていくことが必要である。

**○総合評価**

- ・保健事業の目標の達成状況を評価する。
- ・ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を総合的に評価するものである。次年度の保健事業実施へ向けて、どの点を継続し、どの点を改変していくのかを検討していく。



#### ④支援・評価委員会による評価の実施

支援・評価委員会は、保険者が図表 68 に示す事業評価シート（事業実施後）（様式 5）等を用いて実施した自己評価結果をもとに、「第三者評価」を実施する。

支援・評価委員会が評価をする際、確認すべき事項として図表 69 の 5 点が挙げられる。

図表 69 支援・評価委員会による確認事項

- ◆ ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの 4 つの観点から評価を実施しているか
- ◆ 計画された評価指標・評価方法に沿って評価を実施しているか
- ◆ 実施された事業の結果等が都道府県内の他保険者の結果と比較して妥当であるか
- ◆ 評価結果に基づき、課題・改善点を明文化しているか
- ◆ 今後の事業に改善点をどのように反映させるのか

ストラクチャー評価、プロセス評価は、保険者が提出する事業評価シート（様式 5）と自己評価結果チェックリストや進捗管理表を材料として、事業をどのように進めてきたのかについてヒアリングにより実施する。ヒアリングに際しては、当初の計画通りに体制づくりが出来なかった場合、また計画通りに事業が進まなかった場合に、その理由を調べ、要因を検討して次年度の計画に反映させていくように助言していくことが求められる。

アウトプット評価、アウトカム評価は、事業実施前にあらかじめ定めた方法により集計した結果の提出を受け、確認をする。保険者による自己評価結果が不十分であると思われる場合は、保険者に追加の集計等を依頼する。

さらに、保険者はストラクチャー評価、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価を包括的に評価して、次年度の保健事業実施へ向けて、どの点を継続し、どの点を改変していくのかについても検討している。支援・評価委員会は、これらを踏まえ、評価結果を取りまとめ、次期の事業展開への助言とともに、保険者にフィードバックする。



## 4. データヘルス計画の中間評価・見直し支援

### (1) データヘルス計画の中間評価・見直し支援

#### ① データヘルス計画の中間評価・見直しの目的と留意点

データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的は、立案した計画が軌道に乗っているかを確認し、進捗が滞っているようであれば、事業効果を高めるにはどのような改善を行うべきか等を検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことである。また、計画策定時に設定した目標が具体的ではなかったり、評価しにくいあいまいな指標が含まれていることもある。社会情勢等の変化に伴い、計画の変更が必要な場合がある。そこで中間年度に、計画全体の目標や事業の評価と見直しを実施して、最終的な事業や計画の目的・目標の達成に向けた体制づくりをする必要がある。

中間評価・見直しにあたっては、データヘルス計画全体としての評価を行うために、データヘルス計画を構成する個別保健事業計画に基づいて実施された事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析等をもとに4つの観点（ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム）で整理、評価を行う（p48 図表 33）。そのうえで必要に応じて、計画全体の目標の見直しを行うことになるが、設定した目標によっては、中間評価においては経過年数が短く評価が困難となるため、計画期間の満了時、次期計画策定の段階での見直しも考えられる。

データヘルス計画の目標の達成が見込まれる場合は、個別の保健事業が順調かつ目標どおりに進んでいる可能性がある。反対にデータヘルス計画の目標が実績値と大幅に乖離している場合には、設定した目標・事業内容・評価方法等を確認し、何が課題であるのか、阻害要因は何か、改善の余地があるのか等を確認の上、必要に応じて実施体制等の見直しをする必要がある。計画の内容の十分な進展が見込まれる場合、また達成が極めて困難な場合には、達成状況に応じて目標を再設定することも考えられる。

なお、データヘルス計画と個別保健事業計画の4つの観点には図表 70 のような違いがあることに留意する必要がある。



図表 70 データヘルス計画と個別保健事業計画に関する4つの観点での評価指標

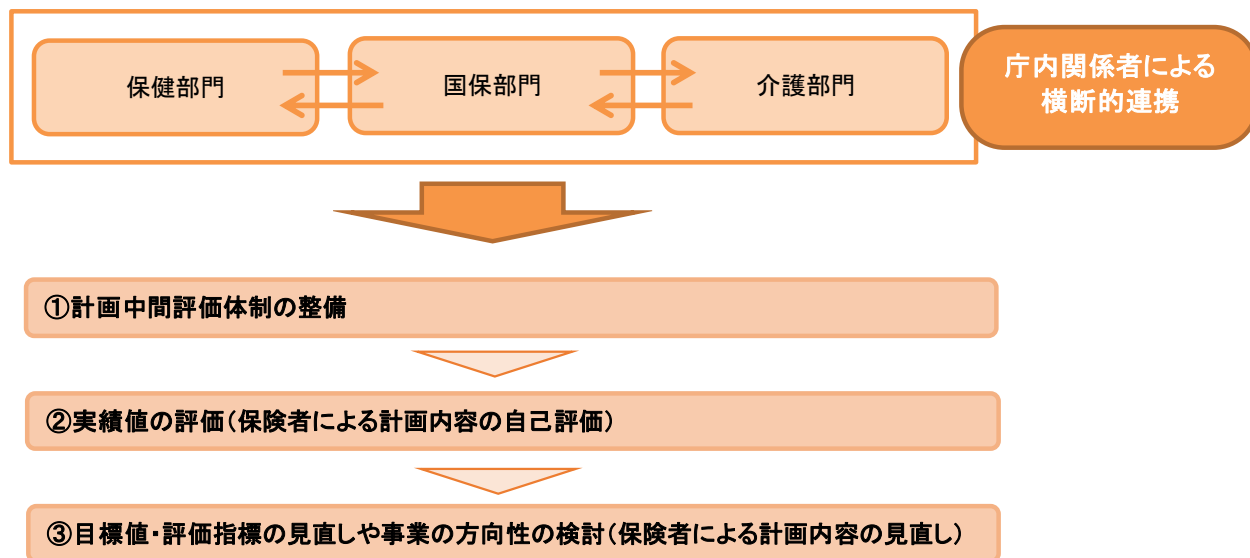
	ストラクチャー (計画立案体制・ 実施構成・評価体制)	プロセス (保健事業の 実施過程)	アウトプット (保健事業の 実施状況・実施量)	アウトカム (成果)
データヘル ス計画	計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。 計画を策定するために十分な人員や予算が確保できたか、事業運営委員会などを設置する等、関係者との連携ができたか、など。	計画策定手順のこと。 健診・医療・介護データ、その他の統計資料、日頃の活動の中で収集した質的情報等のデータに基づいて現状分析したか、現状分析を踏まえたうえで、課題抽出、事業選択ができたか、など。	計画に記載した事業の実施状況に関すること。 重症化予防事業の実施の有無を含め、データヘルス計画に記載した保健事業をどの程度実施したか、など。	計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。 健康寿命が何年延長したか、データヘルス計画の目的・目標に達することができたか、など。
個別保健 事業計画	保健事業を実施するためのしくみや実施体制のこと。 事業を実施するために十分な人員や予算が確保できたか、事業を実施するための関係者との連携ができたか、など。	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）のこと。 保健事業を実施する上での準備状況、実際の保健事業の進め方・内容、保健事業の事後フォローの実施方法が適切であったか、など。	事業実施量に関すること。 勧奨ハガキ配布数、回数や参加者数、など。	事業実施による成果のこと。 特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか、など。



## ②保険者によるデータヘルス計画中間評価・見直しの具体的な流れ

保険者によるデータヘルス計画の中間評価・見直しは図表 71 のとおり、庁内関係者の横断的な連携を踏まえて、以下の流れで実施する。

図表 71 保険者によるデータヘルス計画の中間評価・見直しの具体的な流れ



### a.計画中間評価体制の整備

データヘルス計画の中間評価・見直しは、国保担当部署（広域連合）内で評価担当者を決め、庁内横断的に連携を図りながら取り組む必要がある。

被保険者の年齢構造の変化、健康指標に影響する外的要因（災害、感染症等）、制度の改正などもあるため、当該保険者のデータだけではなく、国や都道府県全体の動向も踏まえて解釈することが重要である。そのためのデータ収集が行える状況の準備が必要である。

### b.計画期間前半部分の評価（保険者による計画内容の自己評価）

データヘルス計画では、データヘルス計画全体の目標と、データヘルス計画を構成している個別保健事業に関する目標が設定されている。

まずは、計画全体の目的・目標を確認の上、データヘルス計画全体としての実測値の評価を行う。それを踏まえ、計画を構成する個別保健事業に関する評価を行う。



アウトプット（事業量）、アウトカム（成果）に関して数値目標が設定されている場合、中間評価の時点で各種指標の実績値を収集し、評価を行う。収集する実績値は、計画策定の際に基準とした数値（ベースライン）とその数値の直近の値となり、それらの変化状況を確認する。

第2期データヘルス計画においては、多くの場合、平成28年度の値が基準となっているため、平成29年度から収集できる直近（令和元年度）までの実績値を用いる。

並行して、個別保健事業についてアウトプット・アウトカムの達成要因や未達要因についての振り返りを実施することが重要であり、計画の最終目標への到達が難しそうな場合は、事業実施体制（人材、組織等）上の課題があるのか、事業の進め方（方法・内容・手順等）に課題があるのか等をストラクチャー（実施体制）、プロセス（事業の実施過程）の面から、明らかにし、中間評価の時点において軌道修正や改善すべき点を明確にする。

データヘルス計画全体に関する中間評価は、個別保健事業に関するアウトプット・アウトカムの評価結果、並びに成功要因・未達要因を踏まえ、計画全体のアウトプット・アウトカムの実績値の推移の確認及び成功要因・未達要因の整理を行う。

### c. 目標値・評価指標の見直しや事業の方向性の検討（保険者による計画内容の見直し）

中間評価では、データヘルス計画全体並びに計画に盛り込まれた個別保健事業の目標として適切な指標が設定されているかについて、また実績値の過去2～3年の推移から、目標値の設定が適切であるかの確認を行う必要がある。

データヘルス計画・個別保健事業ともに目標値がすでに達成されている場合は、目標値の設定について検討を行う。中間評価の時点で、指標が順調に推移していることが確認され、目標の達成が概ね見込まれる場合には、目標値は現状維持、もしくはさらに高い目標値を設定する。

一方、目標値より実績値が大きく下回っている等、達成が困難であることが想定される場合には、ストラクチャーやプロセスの観点から事業実施上の課題を振り返り、体制や具体的な事業内容や方法について、改善にむけた方向性を検討する。改善に向けた事業の拡充等が実施できる場合は、その内容を踏まえた上での目標値の設定を行う。事業の拡充等が難しい場合には、実情に応じて実現可能なレベルに目標値の見直しを行う。

これら一連のデータヘルス計画の中間評価・見直しの具体的手順については、p113以降を参照されたい。

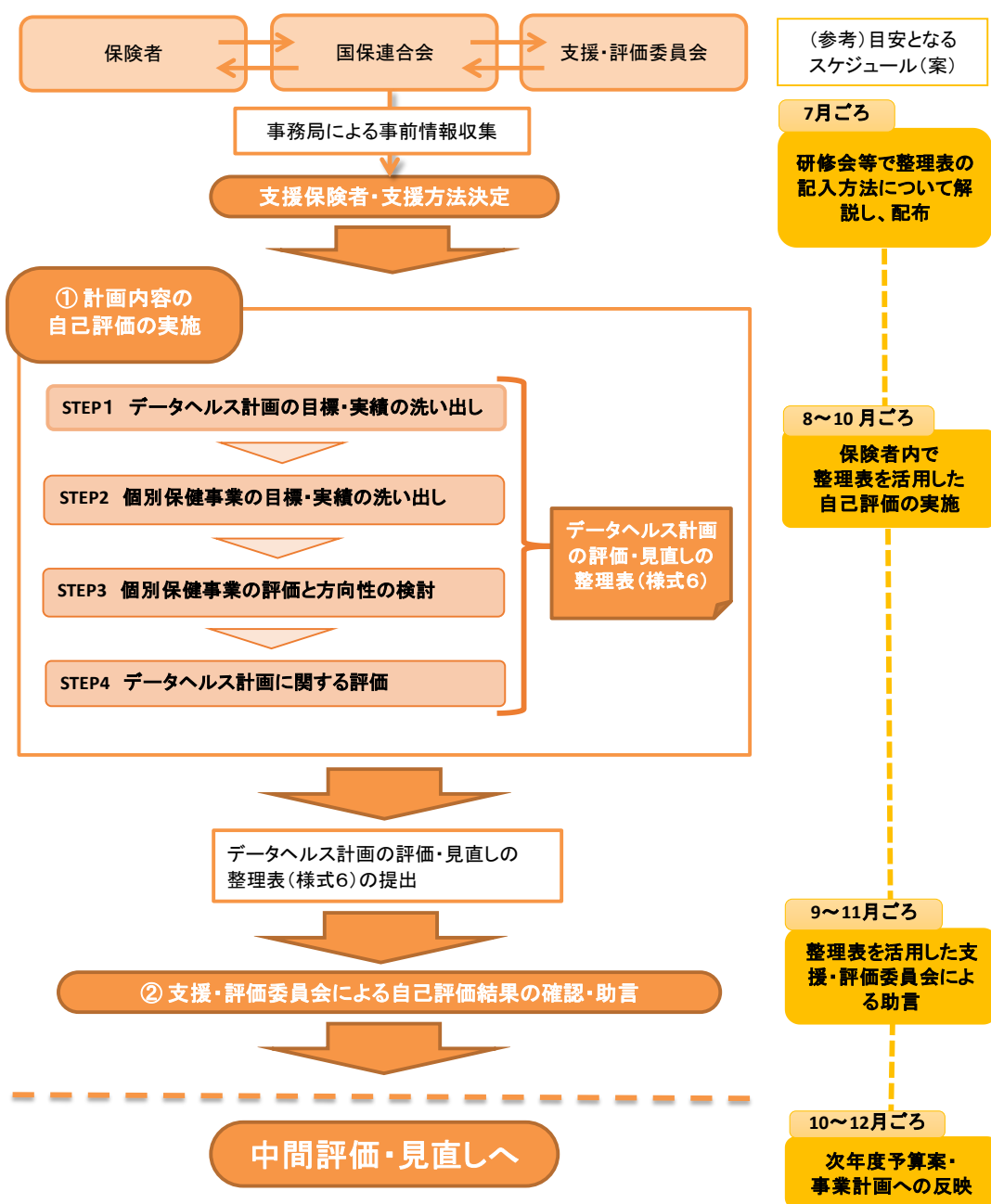


### ③支援・評価委員会によるデータヘルス中間評価・見直し支援の手順

支援・評価委員会によるデータヘルス中間評価・見直し支援は図表 72 のとおり、①計画内容の自己評価の実施、②支援・評価委員会による自己評価結果の確認・助言の順に実施する。

自己評価には「様式 6 データヘルス計画の評価・見直しの整理表」（以下「整理表」という。）を用いるが、その記入方法について研修等の場で解説を行うことが望ましい。

図表 72 支援・評価委員会によるデータヘルス計画の中間評価・見直しに関する支援の手順





目標値を設定する際に基準として考慮した数値（ベースライン）を記載

図表 73 様式 6 データヘルス計画の評価・見直しの整理表（案）

各種の個別保健事業の評価結果等や事業の方向性を踏まえ、計画全体としての今後の方向性を記載

データヘルス計画全体の目標						
STEP1 目標		実績値				評価
指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	
健康寿命	延伸	〇歳 (H28)	〇歳	〇歳	〇歳	b
...						

STEP4			
達成につながる取組・要素	未達につながる背景・要因	今後の方向性	目標最終値
介護予防など、地域包括ケア等との連携の推進が必要。	中間評価の時点では、評価が困難。	健診受診率、特定保健指導実施率の向上を図りつつ、適宜関係者との連携を図り取組の検討を行う。	〇歳

上記目標を達成するための個別保健事業							
STEP2		目標		実績値			評価
事業名	指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度	
特定健診	実施率	40% (達成時期: R5年度)	35.4% (H28)	35.8%	36.5%	36.9%	a
特定保健指導	実施率	60% (達成時期: R5年度)	51.5% (H28)	53.1%	55.3%	57.7%	a
糖尿病性腎症重症化予防	特定健診受診者のうち eGFR 値が 60ml/min/1.73 m <sup>2</sup> 未満の人の割合	18%	21.5% (H28)	20.5%	20.0%	19.5%	a
...							

STEP3			
成功要因	未達要因	事業の方向性	目標最終値
-	治療中の人の多くが、健診受診の必要性を認識していない。	地区医師会や健診を委託している医療機関の医師からも受診勧奨いただけるよう協力を得る。	40%
-	国に合わせた目標値にしていたが、実態に即していなかった。	実施率は伸びているので、事業内容は継続して行っていく。	60%
対応マニュアル作成。訪問に従事する者を増やすことができた。	-	事業内容は継続して行っていく。マニュアルは適宜改善していく。	18%

計画に記載した事業や計画にはないが計画の目標を達成するために実施した事業を記載

必ずしも目標値があるわけではないが、可能な限り記載

アウトプット・アウトカム指標等で実績値がある場合は、目標値がない場合でも可能な限り記載

ベースラインと実績値を見比べて、下記の4段階で評価  
 a：改善している／b：変わらない  
 c：悪化している／d：評価困難  
 ・「a：改善している」が、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれるものを「a\*」と記載

ストラクチャー・プロセス評価では質的情報も踏まえて、事業の成功要因・未達要因を記載

実績値と成功・未達要因とを踏まえ、見直しの判断を行い、実現可能性の高い目標値を達成するための方策を記載

中間評価・見直し後の値を記載



### a.計画内容の自己評価の実施

中間評価は、整理表を用いて、以下の手順で進める。

#### STEP1：データヘルス計画の目標・実績の洗い出し

第2期データヘルス計画の当初目標を、整理表の左上の黄色い欄に記載する。また、目標に用いた指標の実績値を再確認し記載する。あわせて目標値を設定する際に基準にした数値（ベースライン）と実績値を見比べて評価を行う。

評価は、下記の4段階で分類する。

a：改善している／b：変わらない／c：悪化している／d：評価困難

「a：改善している」のうち、現状のままでは最終評価までに目標達成が危ぶまれるものは「a\*」と記載する

なお、計画の目標値が長期的な対応が必要と想定されるものについては「d：評価困難」とした上で、評価可能となった際に評価を行う。

#### STEP2：個別保健事業の目標・実績の洗い出し

データヘルス計画において計画された個別保健事業、並びに計画策定後に追加して実施した事業をリストアップし、整理表の左下のピンクの欄に記載する。また、計画における目標値、目標を設定する際に基準とした数値（ベースライン）、実績値もあわせて記載する。個別保健事業についても、ベースラインと実績値を見比べて4段階での評価を行う。

なお、一部指標については入手が難しいものもある。その場合は「d：評価困難」とする。

#### STEP3：個別保健事業の評価と方向性の検討

STEP2で整理した個別保健事業の目標値の達成状況を踏まえ、振り返り、未達が想定される場合、ストラクチャー・プロセスの観点から未達の要因を整理表の右下緑色の欄に整理する。

それぞれの個別保健事業に関する成功要因・未達要因を踏まえて水色の欄に事業の方向性と最終目標値を記載する。

事業の方向性の欄には、計画期間後半に向けて、維持・継続する、拡充する、縮小・撤退するのいずれかの方向性と、評価結果や成功要因・未達要因を踏まえて、体制や実施方法（対象者の抽出方法や保健指導の内容等）の工夫や変更について具体的に記載する。



### ＜評価結果に基づく事業の方向性の考え方＞

a：改善している ⇒ そのまま事業実施を継続する

b：変わらない／c：悪化している／a\*：改善している

⇒ 程度に応じて計画の見直しや軌道修正を検討し、方向性を確認する

d：評価困難 ⇒ 評価が困難になった理由を明確化し、目標や指標設定の見直しを行う

また、最終目標値は、事業の方向性を踏まえて、現状維持、上方修正、下方修正のいずれかに応じて、値を記載する。

### STEP4：データヘルス計画に関する評価

STEP3 までの結果をもとに、整理表右上の緑色の欄に、データヘルス計画全体の目標達成につながる取組（事業）や要素、未達要因となる背景や要素等を記載する。（データヘルス計画と個別保健事業の関係については、p48 図表 33 を参照）

それらを踏まえ、水色の欄に目標値の見直し等に関する方向性、見直した場合は最終的な目標値を記載する。

#### b.支援・評価委員会による自己評価結果の確認・助言

支援・評価委員会は、第2期データヘルス計画と整理表に記載された内容（データヘルス計画全体と個別保健事業に関して主にアウトプット・アウトカムを示す実績値とその評価、並びにプロセス・ストラクチャーの観点から見えてくる成功・未達要因）について量的情報（データ）のみでなく、質的情報（データ）を踏まえながら、確認や助言を行う。また、保険者の地域特性（人口規模、事業実施体制（常勤・非常勤職員の状況、直営・外部委託の状況等））を踏まえて、目標値の適切性、並びにそれを達成するための方策を助言するとともに研修などを通じて支援することが望ましい。

保険者はデータヘルス計画の中間評価に際し、図表 74 のような課題を感じているので、対応（案）に示すような具体的な解決策を助言する。また、保険者によっては、計画策定時に設定した指標が、量的データと合致していないこともあり、評価が困難となるなど、指標自体の見直しが必要な場合もある。その場合には、以下の図表（図表 75）を参考に、指標自体の見直しについても助言を行う。



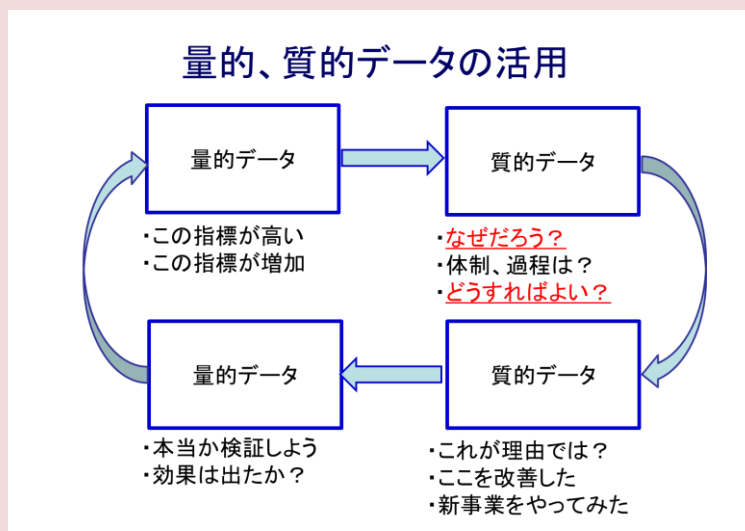
図表 74 保険者がデータヘルス計画の中間評価に際し感じている課題と対応（例）

保険者が中間評価に際し感じている課題	対応（例）
計画された目標や事業が多く、評価がしにくい。	重点的な項目を選択する、などメリハリをつける。評価しにくい指標は見直す。
小規模自治体だと単独での事業評価が難しい。	二次医療圏などで分析をおこなう、数年間のデータをまとめるなどの方法がある。
時間と人員が足りない。	一般的なアウトプット、アウトカムは国保中央会、国保連合会が提供するひな形や指標シートを活用する。それをもとに、ストラクチャー、プロセス評価を行うことから始めてみる。
アウトカム評価の評価指標の設定が不十分。	ガイドラインや他の自治体の例を参考に、評価指標の見直しやブレイクダウンを行う。
計画策定当初から比べて数値的にはあまり変化がないため、最終年度に向けて評価をどのように進めればよいか課題。	数値が維持できていることの評価は可能か。また年齢補正はしているか。評価は実行のためにあるので、モチベーションが上がる具体的な指標の設定を考える。 長期にわたる目標値は評価不能の場合もある。
PDCA の C→A がうまくできない	C の評価項目は A を意識して建てられたのが課題である。どんな解決策があるのか、他部局や外部から助言をもらうことも必要である。

## コラム PDCA の C→A がうまくできない

PDCA サイクルをうまく回すことができない、特に C→A がうまくできないという声をよく聞きます。これは、量的データとともに、質的データの検討がうまくできていない場合が多いように思います。量的データと質的データを統合してみたい「混合研究法」が最近注目されています。

保健活動の展開について、図のようにしてみてもどうでしょうか。量的データの分析によって、自分の地域でこの指標が高い、この指標が増加したということがわかったら、次は、なぜだろう？ 体制・過程は？ どうすればよい？ ということを経営的に検討します。そのためには、住民や医療関係者等の生の声を聞いたり、他部局や外部から助言を得たり、また自分たちで思い返したり、ブレインストーミングでアイデアを出し合ったりなどが重要です。そして再度、量的に検証するなどのことをしていくと PDCA サイクルを回すことができるでしょう。





図表 75 主な個別保健事業の評価指標の例と支援・評価委員会による確認のポイント

## 特定健診受診率向上対策

## 【指標例】

	ストラクチャー（構造）	プロセス（過程）	アウトプット（実績）	アウトカム（成果）
視点	・ 健診や受診勧奨を行うための資源の確保、体制の構築、連携等が行われているか。	・ 勧奨の対象者の設定、勧奨の時期や内容等は適切であったか。	・ 何人に受診勧奨したか。	・ 何人が健診を受診したか。
指標 （下線は重要な指標）	予算額、人員、連携会議、社会資源、事業手順書・マニュアル、委託業者の決定	①勧奨の対象者、時期、内容等の適切さ ②関係者への協力依頼の方法	①受診勧奨数 ②架電率、通知率	①健診受診数（率）の変化 ②受診勧奨者（対象区分別等）の受診率の変化
測定法	事業報告、会議録、行政資料、手順書やマニュアルの有無、委託業者の進捗管理、実績報告		事業報告	①②特定健診等データ管理システムから健診データを集計（経年変化含む）
目標値	健診実施機関数 等	①②主に定性的に評価	①任意に設定（できるだけ高く） ②過去の実績を参考に設定	①過去の集計値から任意に設定、国の目標値等も参考に ②過去の集計値から任意に設定
備考			施設（委託機関）別の受診数も参考になる	対象者区分としては、年齢階級別、地区別、勧奨方法別があり得る

福田委員提供資料をもとに作成

## 【支援・評価委員会による確認のポイント】

- ✓ 健診の実施形態（集団か、個別か）
- ✓ 健診の実施時期
- ✓ 健診の案内の方法（受診券の発行の有無・送付範囲等）
- ✓ 現状の健診の広報周知・受診勧奨の方法
- ✓ 健診の自己負担額の有無
- ✓ 他で得られる検査結果（人間ドック等）等の活用の有無



## 特定保健指導

## 【指標例】

	ストラクチャー（構造）	プロセス（過程）	アウトプット（実績）	アウトカム（成果）
視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導を行うための資源の確保、体制の構築、連携等が行われているか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導の勧奨は適切に行われているか。</li> <li>保健指導は適切な対象者に、適切に実施されているか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>何人が保健指導を利用したか。</li> <li>何人が保健指導を完了したか。</li> </ul>	（短期） <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導利用者の生活習慣や検査値が改善したか。</li> <li>保健指導利用者のメタボ該当者が減少したか。</li> <li>利用者は内容に満足しているか。</li> </ul> （中長期） <ul style="list-style-type: none"> <li>健診受診者全体のメタボ該当者が減少したか。</li> <li>被保険者全体の生活習慣病の減少、医療費の適正化がなされたか。</li> </ul>
指標 （下線は重要な指標）	予算額、人員と体制、連携会議、委託業者の決定、教材の有無、指導記録、事業手順書・マニュアル、保健指導実施者の研修	①利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ②保健指導の機会、時期、内容等の適切さ	①保健指導の利用者数・率 ②保健指導完了者数完了率 ③特定保健指導実施率	（短期）           ①利用者の生活習慣・検査値の改善者割合・平均値の変化 ②利用者のメタボ改善者割合 ③利用者の満足度 （中長期）           ①健診受診者のメタボ該当者・予備群の割合 ②被保険者全体の生活習慣病による医療費
測定法	事業報告等	①担当者、有識者、対象者等に確認・検討 ②①と同様に、実施状況の確認と検討委託の場合、教材や記録の確認、指導への同行・観察など	①②③事業報告	（短期）           ①②行動計画の実績評価時における体重・BMI・腹囲・血圧・生活習慣改善の状況等 ③利用者へのアンケート （中長期）           ①②KDBシステムから集計
目標値	保健指導実施機関数	①②主に定性的に評価	①②過去の実績、国の示した目標値等を参考に設定 ③過去の実績等を参考に設定	（短期）           ①②過去の実績、全国の集計値等より設定 ③過去の実績等を参考に設定 （中長期）           ①②過去の数値等より設定
備考			<ul style="list-style-type: none"> <li>施設（委託機関）、性・年齢階級別の利用数も参考となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設（委託機関）ごとの成果も参考になる</li> <li>利用者と非利用者の検査値の変化等の比較も参考になる</li> </ul>

福田委員提供資料をもとに作成

## 【支援・評価委員会による確認のポイント】

- ✓ 健診の結果説明会の開催状況
- ✓ 特定保健指導の実績値
- ✓ 特定保健指導の実施機関（直営・委託）
- ✓ 特定保健指導の対象者の抽出方法
- ✓ 特定保健指導の実施内容・実施場所・
- ✓ 特定保健指導の利用案内・利用勧奨方法      等



## 糖尿病性腎症重症化予防事業

## 【指標例】

		ストラクチャー（構造）	プロセス（過程）	アウトプット（実績）	アウトカム（成果）
視点	・	・ 指導を行うための資源の確保、体制の構築、連携等が行われているか。	・ 利用の勧奨は、適切な対象者に、適切に実施されているか。 ・ 指導は適切な対象者に、適切に実施されているか。	・ 何人に医療受診勧奨したか。 ・ 何人が指導を利用したか。 ・ 何人が指導を完了したか。	（短期） ・ 医療機関受診がされているか。 ・ 利用者の生活習慣や検査値が改善したか。 ・ 利用者は内容に満足しているか。 （中長期） ・ 利用者の腎機能は改善したか（腎機能の低下・透析移行を予防できたか）。 ・ 被保険者全体の生活習慣病（特に腎症・腎不全・透析患者）の減少、医療費（特に透析）の適正化がなされたか。
指標 （下線は重要な指標）		予算額、人員、（医師会等関係機関との）連携会議、社会資源、教材の有無、記録書、指導実施者の研修、事業手順書・マニュアルの有無、委託の場合は委託業者の決定	①対象者の設定、利用勧奨の方法、利用までの手順の適切さ ②指導の機会、時期、内容等の適切さ	① 医療受診勧奨実施数 ② 参加数・率 ③ 完了数・率 ④ 実施率	（短期） ①医療機関受診率（受診勧奨の場合）の変化 ②利用者の生活習慣・検査値（HbA1c、血圧等）の改善者割合・平均値の変化 ③利用者の満足度 （中長期） ①利用者の腎機能（eGFR など）の改善 ②利用者の透析への移行率 ③被保険者全体の糖尿病・腎不全・透析数および関連医療費
測定法		事業報告等	①②担当者、有識者、対象者等に確認・検討。委託の場合、教材や記録の確認、指導への同行・観察など。	①②③④事業報告	（短期） ①KDB システムから集計 ②医療機関からの報告を集計 ③利用者アンケート （中長期） ①②③KDB システムから集計
目標値		保健指導実施機関数		いずれも過去の実績、先行事例等より設定。	いずれも過去の実績、先行事例等より設定。

福田委員提供資料をもとに作成

## 【支援・評価委員会による確認のポイント】

- ✓ 健診結果・医療費分析等による現状把握（治療中断者・未治療者・治療中ながら重症化リスクのある者等）の実施状況
- ✓ 地域内の医療資源の配置状況
- ✓ 重症化予防対象者の抽出基準
- ✓ 治療中断者・未受診者への受診勧奨の実施状況（件数・内容）
- ✓ 治療中の重症化リスクのある者への保健指導の実施状況（件数・内容）
- ✓ 医療機関との連携体制 等



## 栄養（低栄養）に関するプログラム

### 【指標例】

	ストラクチャー（構造）	プロセス（過程）	アウトプット（実績）	アウトカム（成果）
視点	・指導を行うための資源の確保、庁内体制の構築、連携等が行われているか。（広域連合が直接実施する場合も含む） ・地域の生活環境、社会資源等が把握できているか。	・対象者は適切に選出され、利用勧奨されているか。 ・適切な対象者に適切な指導がされているか。	・何人の状態把握ができたか。 ・何人が指導を利用したか。 ・何人が指導を完了したか。	（短期） ・利用者の体重・栄養状態（たんぱく質摂取）が改善したか。 ・欠食の減少、共食の増加等。 ・食材調達・調理手段の改善 ・利用者は指導内容に満足したか （中長期） ・利用者のフレイル状態が改善したか（生活機能、運動・活力、口腔機能、社会参加、意欲等） ・筋力向上、誤嚥の減少、感染症の罹りやすさ、外出頻度等
指標	予算額、人員、連携会議、社会資源、教材の有無、指導記録・連絡様式、研修、事業手順書・マニュアルの有無、委託の場合、業者の決定	①対象者の設定、利用勧奨の方法、利用までの手順の適切さ ②指導の機会、時期、内容等の適切さ ③適切なサービスにつないでいるか。	①質問票実施者数・率 ②参加者数・率 ③完了者数・率 ④介護サービスへの連携者数・率	（短期） ①体重・BMIの改善、半年前からの増減者割合、平均値の変化 ②質問票の回答の変化 ③検査値（アルブミン・貧血等） ④利用者の満足度 （中長期） ①低栄養者の減少 ②誤嚥性肺炎等、感染症罹患患者数・率の減少
測定法	事業報告等	・担当者、有識者、対象者等に確認・検討。 ・委託の場合、教材や記録の確認、指導への同行・観察など。	事業報告	（短期） ①KDBシステムから集計 ②通いの場の質問票等を集計 ③利用者アンケート （中長期） KDBシステムから集計等
目標値	通いの場や配食サービス、会食等の数、食生活改善指導員等の協力者の数	・高齢者の食を支援する機会の確保がなされているか。	・過去の実績、先行事例等を参考に設定。	・過去の実績、先行事例等を参考に設定。

「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参考に作成

※通いの場や宅配サービスを利用した高齢者を対象にした栄養（低栄養）に関する取組などで活用できます。

### 【支援・評価委員会による確認のポイント】

- ✓ 健診結果、後期高齢者の質問票、医療費分析等による現状把握（低栄養・口腔機能低下のリスクがある者等）の実施状況
- ✓ 低栄養対象者の概数把握と抽出基準の設定状況
- ✓ アセスメント（生活習慣病等の有病状況・治療状況・フレイル状況）の実施状況
- ✓ 低栄養者への栄養指導等の実施状況
- ✓ 地域内の通いの場の配置状況と参加状況
- ✓ 地域の栄養に関するサービス（栄養教室・配食・会食等）の利用状況
- ✓ 一般介護予防事業（口腔プログラム含む）等への参加状況 等



なお、支援・評価委員会は個別保健事業の目標が未達となることが見込まれる場合、保険者が想定する要因分析を把握し、必要時対象者をセグメントに分けて、性・年齢階級別、地区別等のアウトプット、アウトカム指標に関する分析を支援し、プロセス、ストラクチャーの観点から振り返りを行い、未達要因の分析を加えるなどの助言をすることも必要である。

個別保健事業の目標値の達成に向けて計画期間後半にどのように取り組むべきかについては、以下のような資料を参考に助言することが求められる。

**図表 76 個別保健事業の目標達成のために参考となる資料**

- ◆ 特定健康診査受診率向上対策事業 実施のためのワークシート（国民健康保険中央会）
- ◆ 糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き（厚生労働省）
- ◆ 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第2版（厚生労働省） 等

支援・評価委員会での支援にあたっては、保険者に整理表への記載に注力することを求めるのではなく、保険者が抱える課題・問題点に対して的確に回答することが必要である。また、保険者に各種様式の記載を求めたうえで支援を行う場合には、保険者がなぜそのような記載をしたのかを十分に把握する時間を確保することが重要である。

また、KDB システムから確認することができるデータは、連合会が作成し、保険者に情報提供して支援する（図表 77）。

**図表 77 中間評価に際し国保連合会から提供することが望ましいデータの例**

- ◆ 被保険者数
- ◆ 平均寿命・平均自立期間・死因
- ◆ 特定健診・保健指導の実施率（経年変化）
- ◆ 健診結果（検査値・質問票の回答内容）
- ◆ 一人当たり医療費・介護給付費 等



より詳細な情報を確認したい場合等には、保険者に事業ごとの「様式 5 個別保健事業 事業評価シート」も提出してもらい、その内容を確認する。

図表 78 様式 5 個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）

作成日      年    月    日

**様式 5 個別保健事業 事業評価シート（事業実施後）**

保険者名： \_\_\_\_\_ 事業名： \_\_\_\_\_

事業目標：					
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価	総合評価
評価値・評価指標 目標値					
達成（未達成） 状況の確認と評価					

保険者を支援する、支援・評価委員会の委員に求められるのは、保険者の事業を査定するというスタンスではなく、保健事業を実施する保険者が前向きに、意欲をもって取り組むことができるような助言を行うことである。事業展開には重要な視点であっても、事業の担当者だけでは解決できないような実現不可能なことを求めても意味はない。地域の資源や歴史的経緯、実現が難しい理由等を考慮し、予算確保が必要なことや地域の医師会との連携などについて、誰がどのように活動すれば実現可能であるかについて具体的に助言することが求められる。

## コラム セグメンテーションとターゲティングの重要性

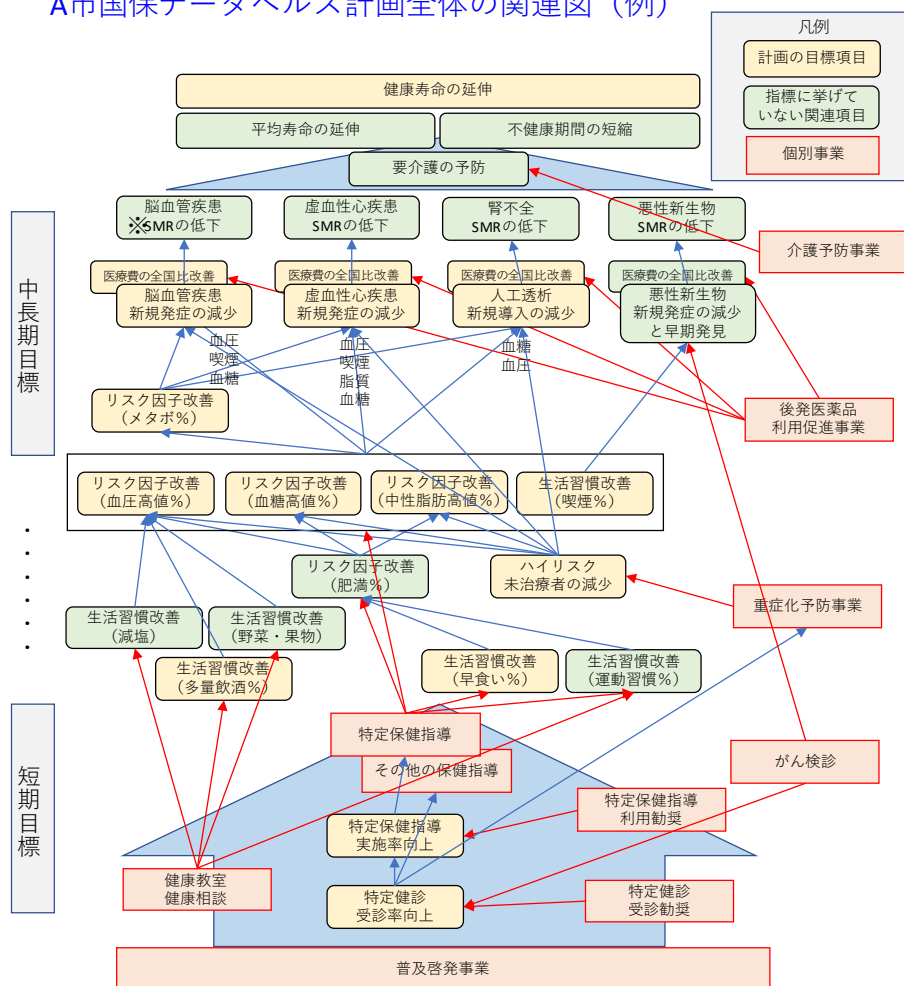
既に取り組んでいる保険者も多いですが、保健事業の展開においては、対象者を性・年齢階級別、地区別や健診や特定保健指導の受診状況別、職業（例：会社員、自営業者、漁師等）などに分類（セグメント化）し、各セグメントの特徴を踏まえて、どのような課題があり、どのような手法に効果があるのかを分析することも必要です。そのうえで、対策の効果がより高い集団に焦点を絞り（ターゲティング）対策を講じる等によって、効率的な事業展開を行うことが望まれます。



## 参考 データヘルス計画と個別保健事業の関係性の整理の仕方について

データヘルス計画の中間評価と見直しにあたっては、データヘルス計画と個別保健事業の関係性を整理し、計画の全体像を俯瞰してみることが有効です。関係者が集い、話し合いをしながら、データヘルス計画自体の目標や実際の個別保健事業・それらを評価するための指標を書き出し、付箋等を用いて、下図のように各項目間の関係性を整理すると、計画に掲載されていない事業や関連項目も明らかにすることができます。

A市国保データヘルス計画全体の関連図（例）



### 国立保健医療科学院横山先生提供資料

※SMR（標準化死亡比）とは、全国を基準（＝100）とした場合に、その地域での年齢を調整したうえでの死亡率（死亡しやすさ）がどの程度高い（低い）のかを表現したものである。例えば、SMR＝120 ならば、全国に比べてその地域の死亡しやすさは 1.2 倍高いことを意味し、SMR＝80 ならば、死亡しやすさは 0.8 倍である（つまり低い）ことを意味する。



## 第6章 事業推進に関わる事項

### 1. 保険者への各種データの提供

国保連合会は、KDB システム等を活用し保険者が保健事業の計画・評価と保健事業の実施に必要なデータを提供する。

計画・評価の際に、支援・評価委員会及び国保連合会に求められるのは、保険者が地域の特性を把握し、計画策定や評価結果に基づく改善（再設計）が可能となるように、都道府県内保険者のデータを提供することや分析結果の解釈を支援することである。

その際、各種データを保険者別に集計し、図表や地図を作成し、見える化することにより、保険者が分析しやすいよう工夫する。なお、年齢調整に関しては、地域の医療費水準などの確認には有用であるが、具体的な事業の対象者や内容を検討する際には、年齢階級ごとの集計結果が必要になる。

これらの情報提供に関しては、都道府県内全体で保険者の保健事業展開のレベルアップを図るためにも、支援を申請した保険者だけではなく、支援を申請していない保険者に対しても実施していくことが求められる。

一方、データヘルス計画では、保健事業への参加や事業効果を高める目的で、被保険者の健康意識づくり（オーダーメイド的な情報提供）が重視される。本人が自らの健康状況を自分のこととして理解するためには、特定健診データを経年で活用することが不可欠である。保険者が健診データを用いた情報提供を効率的に実施できるように国保連合会は経年のデータを整備する。

また、支援・評価委員会及び国保連合会は、各指標の保険者間での高低を明らかにするだけではなく、その背景を探ることや、成功・失敗した事例から得られるノウハウを都道府県内の保険者が共有できるようにし、全体の底上げにつながるよう支援していくことが望まれる。



## 2. 研修会等の実施

### (1) 国保中央会による保健事業支援・評価委員会委員向けの報告会

国保中央会は、各都道府県の支援・評価委員会が各地の現状を報告し合い、さらなる支援の充実を図ることができるよう国の最新動向やそれを踏まえたヘルスサポート事業の趣旨等を説明し、今後の保険者支援のあり方を協議する報告会を開催する。報告会は、各都道府県の支援・評価委員会の委員代表、国保連合会事務局が互いに支援の方法や具体的なアドバイス内容等について議論・情報交換を行い、さらに充実した支援の内容について互いに学び合う場ともなっている。

### (2) 国保中央会による国保連合会向け研修

国保中央会は、国保連合会の職員が適切に保険者支援をできるよう、研修会や連合会間での情報交換会を開催する。

### (3) 国保連合会による保険者向け研修

国保連合会は、各保険者が計画策定、事業の実施、評価ができるよう研修会の開催、保険者間での情報交換会を開催する。

令和元年度からは、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会のもとに設置したワーキングにおいて検討したセミナー実施指針に基づき、糖尿病性腎症重症化予防や高齢者の保健事業に関する都道府県内保険者向けの研修会を開催することが求められている。

## 3. 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会での検討

国保中央会に設置された国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会では、各国保連合会で実践された支援・評価委員会における保険者支援の状況について情報収集し、実態について分析評価するとともに、その中から支援の好事例、データを活用した保健事業の実践の好事例等を抽出し、事例集を作成し、保険者関係者に広く行き渡るよう情報発信する。

また、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会では支援・評価委員会が適切な保険者支援を実践できるよう、統一的視点をもって支援を可能とする各種ツール類



(進捗管理表やサポートシート等)の作成や支援・評価委員会に対し情報提供を行うことにより、各支援・評価委員会の支援の質の向上及び平準化を図る。

さらに、保健事業の推進要因の分析を行い、それらを各国保連合会に設置された支援・評価委員会を通じて保険者に還元することにより、支援・評価委員会による保険者支援の仕組みが円滑に機能し、保険者において効果的・効率的な保健事業が展開できるように支援する。



## 別添資料

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 支援・評価委員会設置要綱例

### 〇〇〇国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会設置要綱例 (改訂版)

#### 1. 目 的

都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）及び国民健康保険組合が実施する国民健康保険の保健事業並びに後期高齢者医療広域連合（委託等により市町村が実施する場合にあっては市町村。以下同じ。）が実施する高齢者保健事業や介護予防等との一体的な実施をPDCAサイクルに沿って効果的・効率的に展開することができるよう支援するため、〇〇〇国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に、〇〇〇国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

#### 2. 所管事項

- (1) KDBシステム等を活用した都道府県、市町村、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合（以下「保険者」という。）への情報提供
- (2) 保健事業の手順に沿った評価基準を活用した実施計画策定への助言
- (3) 個別保健事業の計画策定及び実施への助言
- (4) 評価基準等を活用した保健事業の実施に係る評価
- (5) 保険者の職員に対する研修の実施
- (6) その他

#### 3. 構 成

- (1) 委員会は、連合会理事長（会長）が委嘱する委員をもって構成する。
- (2) 委員会に委員長及び副委員長を置く。  
委員長は委員の中から互選し、副委員長は委員長が指名する。
- (3) 委員長は委員会を主催する。  
委員長に事故あるときは副委員長がその職務を代行する。
- (4) 委員会委員の任期は〇年間とする。ただし、補充又は増員のため委嘱された委員の任期は、前任者又は現任者の残任期間とする。

#### 4. 運 営

- (1) 委員会は、委員長の要請により理事長（会長）が招集する。
- (2) 委員会は、必要に応じ関係者に出席を求め意見を聴取することができる。
- (3) 委員会の庶務は、連合会〇〇部〇〇課が行う。
- (4) この要綱に定めるもののほか、委員会の運営その他に関し必要な事項は委員長が委員会に諮り、その都度定める。

#### 附 則

この要綱は令和2年〇月〇日から施行する。



国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 申請書

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業申請書

保険者・広域連合・都道府県名： \_\_\_\_\_

責任者： \_\_\_\_\_

実務担当者： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

(メール)

(電話)

【基本情報】

\* 国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合は回答不要  
◆ 後期高齢者医療広域連合は回答不要

【国保ヘルスアップ事業の申請の有無】 ※国保のみ回答

人口 *	人
高齢化率 *	%
被保険者数	人
(再掲) 40～64歳 ◆	人
(再掲) 65～74歳 ◆	人
(特定) 健診実施率	%
特定保健指導実施率 ◆	%
1人あたり医療費	円

☐ 国保ヘルスアップ事業申請あり (□A・□B・□C)

☐ 国保ヘルスアップ事業申請なし

【高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた

調整交付金の申請の有無】

※広域連合のみ回答

☐ 一体的実施に向けた事業申請あり

☐ 一体的実施に向けた事業申請なし

【希望する支援】

① 支援の種別

<input type="checkbox"/> 国保保険者	<input type="checkbox"/> 保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定支援／中間評価・見直し支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の計画作成・実施支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の評価
<input type="checkbox"/> 都道府県	<input type="checkbox"/> 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備 <input type="checkbox"/> 市町村の現状把握・分析 <input type="checkbox"/> 都道府県が実施する保健事業 <input type="checkbox"/> 人材の確保・育成事業 <input type="checkbox"/> データ活用を目的として実施する事業 <input type="checkbox"/> モデル事業
<input type="checkbox"/> 広域連合	<input type="checkbox"/> 保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定支援／中間評価・見直し支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の計画作成・実施支援 <input type="checkbox"/> 個別保健事業の評価 <input type="checkbox"/> 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けた支援 ⇒ ( ) 構成市町村分 ( 構成市町村名: )



②特に困っている事項、助言を得たい事項

☐現状分析 ☐健康課題の抽出 ☐保健事業等の計画立案 ☐データヘルス計画の中間評価・見直し

☐実施体制の構築 ☐保健事業の評価 ☐その他

自由記載欄:

【支援を希望する保健事業(実施内容)の概要】

①現在認識している健康課題と優先順位

②上記健康課題に関連した保健事業

※「保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定支援」「個別保健事業の計画作成・実施支援」を希望する場合は、現時点で計画されているものをご記入ください。

※「個別保健事業の評価支援」を希望する場合は、評価対象とする保健事業についてご記入ください。

※保健事業(実施内容)の概要が分かる資料(健康増進計画や特定健診等実施計画、個別の保健事業実施計画等)を添付していただける場合には記載は不要です。

目的・目標、対象者、実施内容等について概要を記載してください。

【その他事務連絡】



## 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会委員

### ■国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会委員

委員長	岡山 明	合同会社生活習慣病予防研究センター 代表
	尾島 俊之	浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授
	杉田 由加里	文部科学省高等教育局医学教育課看護教育係 看護教育専門官
	鈴木 寿則	仙台白百合女子大学人間学部健康栄養学科 准教授
	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
	土屋 厚子	静岡県健康福祉部医療健康局技監
	中板 育美	武蔵野大学看護学部看護学科 教授
	福田 吉治	帝京大学大学院公衆衛生学研究科 教授・研究科長
	安村 誠司	福島県立医科大学 理事兼副学長 医学部公衆衛生学講座 教授
	吉池 信男	青森県立保健大学理事 健康科学部栄養学科・大学院健康科学研究科 教授
副委員長	中野 透	公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事

(敬称略)

### ■国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会ワーキング・グループ委員

座 長	岡山 明	合同会社生活習慣病予防研究センター 代表
	杉田 由加里	文部科学省高等教育局医学教育課看護教育係 看護教育専門官
	鈴木 寿則	仙台白百合女子大学人間学部健康栄養学科 准教授
	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
	中野 透	公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事

(敬称略)

(令和2年3月現在)



■国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会

糖尿病性腎症重症化予防セミナーワーキング・グループ委員

	安西 慶三	佐賀大学医学部医学科内科学講座 肝臓・糖尿病・内分泌内科 教授
	栄口 由香里	あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発部生活習慣病予防課長
	佐野 喜子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 大学院保健福祉学研究科栄養領域 教授
	谷 智代	大阪府健康医療部健康推進室国民健康保険課 事業推進グループ総括主査
座 長	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
	前田 理子	石川県内灘町町民福祉部保険年金課課長補佐 (保健センター総括主査兼務)
	茂木 由紀	群馬県国民健康保険団体連合会総合企画課 保健事業推進室課長補佐
	森山 美知子	広島大学大学院医系科学研究科 成人看護開発学 教授
	中野 透	公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事
(敬称略)		

■国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会

高齢者の保健事業ワーキング・グループ委員

	石崎 達郎	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 福祉と生活ケア研究チーム
	澤田 弘一	岡山県鏡野町国民健康保険上齋原歯科診療所長
	田中 和美	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科教授
座 長	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
	本田 あゆみ	福島県保健福祉部健康衛生総室地域医療課主幹 (健康危機管理担当)
	太田 百合子	群馬県後期高齢者医療広域連合保健事業課長
	田中 明美	奈良県生駒市福祉健康部次長
	中港 晶子	北海道国民健康保険団体連合会総務部主幹
	松岡 正樹	公益社団法人国民健康保険中央会審議役
(敬称略)		
(令和2年3月現在)		



## 参考資料

1. 保険者努力支援交付金（事業費分・事業費連動分）交付要領 .....	P.1
2. 後期高齢者医療の調整交付金の交付額の算定に関する省令第6条第9号に関する 交付基準について .....	P.22
3. 保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き（平成29年9月8日現在）	P.50
4. 2020 年度保険者努力支援制度（都道府県分）について .....	P.69
5. 2020 年度保険者努力支援制度（市町村分）について .....	P.82
6. 令和3年度特別調整交付金（算定省令第6条第9号関係）のうち 後期高齢者医療制度の保険者インセンティブ分について .....	P.103
7. 保健事業の手順に沿った評価基準～効果的な保健事業実施のために～ .....	P.114
8. 各学会のガイドライン等参照 URL .....	P.153
9. 各学会ガイドラインに示された高齢者における管理目標 .....	P.154
10. 第2期データヘルス計画の策定に向けたサポートシート .....	P.156
.....	
11. （逆綴）高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針 .....	P.202
12. （逆綴）国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正 .....	P.207