

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業報告書

<別冊>事例集

平成 29 年 7 月

公益社団法人 国民健康保険中央会

はじめに

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の中で、各保険者は、保健事業支援・評価委員会の助言を受けながらデータヘルス計画の策定や個別保健事業の計画策定を行ってきました。

今回、国保連合会より提出された平成 26 年度・平成 27 年度の事業報告書より、国民健康保険の保険者、後期高齢者医療広域連合が支援・評価委員会の支援を受けて様々な気づきを得た事例と、PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画の要約版を保険者毎に取りまとめました。

これらの事例を今後の保険者の個別保健事業計画の策定や第 2 期データヘルス計画の策定の際に参考にいただければ幸いです。

公益社団法人 国民健康保険中央会

目 次

■ 支援・評価委員会の支援により気づきがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の事例	1
支援・評価委員会の支援により気づきがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の一覧（平成 26 年度）	3
支援・評価委員会の支援により気づきがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の一覧（平成 27 年度）	5
支援・評価委員会の支援により気づきがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の事例（平成 26 年度）	9
支援・評価委員会の支援により気づきがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の事例（平成 27 年度）	45

■ PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画を策定している 保険者等の事例	115
PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画を策定している 保険者等の一覧（平成 27 年度）	117
PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画を策定している 保険者等の事例（平成 27 年度）	120

**支援・評価委員会の支援により気づきがあり、
効果的な変化が見られた保険者等の事例**

支援・評価委員会の支援により気付きがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の一覧（平成 26 年度）

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{※1}	高齢化率 ^{※1}	被保険者数 ^{※2}	特定健診 実施率 ^{※3}	特定保健指導 実施率 ^{※3}	被保険者1人 当たり医療費 ^{※4}
			(人)	(%)	(人)	(%)	(%)	(円)
			支援形態 ～特徴～					
1	北海道	赤平市 (あかびらし)	11,603	41.3	3,119	44.0	34.0	483,938
			グループワークと個別対面支援を通じてのデータヘルス計画策定支援 ～ポピュレーションアプローチから重症化予防までの段階的な保健事業の重要性に気付き、新規保健事業（高血圧対策事業）を立ち上げた事例～					
2	青森県	青森市 (あおもりし)	296,215	26.1	78,676	37.1	32.5	281,616
			保険者自らが考え行動するというスタンスで臨んだワーキングによるデータヘルス計画策定支援 ～ワーキング委員の関わりから事業に優先順位をつけ常に活動を評価するという視点を獲得した事例～					
3	埼玉県	新座市 (にいざし)	162,598	22.9	48,603	33.2%	18.7	281,785
			担当委員が保険者に出向いて実施したデータヘルス作成支援 ～データ分析における年齢調整等のやり方の助言を受け、他市と比較する中で課題を明確にし、保健事業に取り組むことができるようになった事例～					
4	東京都	東久留米市 (ひがしくるめし)	116,410	25.7	33,930	49.9	19.1	301,480
			委員会での見解を書面で助言するデータヘルス計画策定支援 ～既存の保健事業についての意見を受け、新たな課題に気付くことができた事例～					
5	神奈川県	藤沢市 (ふじさわし)	421,124	22.2	106,991	41.9	6.3	254,088
			目標値の設定等に重点を置いた計画策定支援 ～委員会による助言により、分析の焦点が絞れ、事業の適切なアウトプット・アウトカム指標の設定ができた事例～					
6	大阪府	泉佐野市 (いずみさのし)	101,554	23.4	26,823	32.0	9.8	361,330
			メール支援も含めた担当委員による頻回なデータヘルス計画策定支援 ～KDB システムの利活用によるデータ分析から特定健診・保健指導の未受診者・未利用者の属性に着目した保健事業の展開につなげた事例～					
7	兵庫県	西宮市 (にしのみやし)	482,301	21.5	105,480	32.3	41.5	338,196
			委員による合議のうえ進められたデータヘルス計画策定支援 ～専門家による様々な視点からの助言が新たな気づきとなり、PDCA サイクルを意識した保健事業の展開につながった事例～					

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{※1}	高齢化率 ^{※1}	被保険者数 ^{※2}	特定健診実施率 ^{※3}	特定保健指導実施率 ^{※3}	被保険者1人当たり医療費 ^{※4}
			(人)	(%)	(人)	(%)	(%)	(円)
			支援形態 ～特徴～					
8	島根県	美郷町 (みさとちょう)	5,257	43.4	1,235	50.7	23.3	457,512
			文書も交えたデータヘルス計画策定準備の支援 ～より深まったデータ分析により保健事業のターゲットが明確になり、データヘルス計画策定の足がかりができた事例～					
9	広島県	庄原市 (しょうばらし)	38,612	39.2	9,184	39.5	25.3	339,744
			庁内ワーキングでの検討に対して事務局を通じたデータヘルス計画策定支援 ～事務局のかかわりと日頃の庁内連携が実を結び、健康課題の明確化と保健事業の実施に至った事例～					
10	長崎県	後期高齢者 医療広域連合	1,386,059 ^{※5}	29.8 ^{※6}	206,494	13.7 ^{※7}	—	1,071,070
			後期高齢者医療広域連合への計画策定支援 ～効果的な保健事業の展開にあたり市町との連携のあり方についての気づきを与えた事例～					

※1 人口、高齢化率：平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在
 ※2 被保険者数：平成25年度末
 ※3 特定健診実施率、特定保健指導実施率：平成25年度
 ※4 被保険者1人当たり医療費：平成25年度末
 ※5 県内の人口
 ※6 (65歳以上の人口) ÷ (県内の人口) 平成27年1月1日現在の住民基本台帳より
 ※7 75歳以上の健診受診率

支援・評価委員会の支援により気付きがあり、 効果的な変化が見られた保険者等の一覧（平成 27 年度）

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{※1}	高齢化率 ^{※1}	被保険者数 ^{※2}	特定健診 実施率 ^{※3}	特定保健指導 実施率 ^{※3}	被保険者1人 当たり医療費 ^{※4}
			(人)	(%)	(人)	(%)	(%)	(円)
支援形態 ～特徴～								
			173,640	25.0	39,887	33.4	11.3	364,944
1	北海道	苫小牧市 (とまこまいし)	長期スパンで取り組む重症化予防事業の具体的な企画立案支援 ～データヘルス計画の策定を踏まえて、具体的な個別保健事業の実施に向け準備を進めた事例～					
			25,007	23.6	7,000	40.2	55.3	291,187
2	青森県	おいらせ町 (おいらせちょう)	ワーキング委員の促しによる自立的な計画策定に向けた支援 ～ワーキング委員による助言に基づき、国保・健康づくり部門の一層の連携促進が図られ事業展開につながった事例～					
			370,720	26.5	93,723	36.5	13.6	274,125
3	群馬県	高崎市 (たかさきし)	非肥満型高血糖者保健指導事業に関する事業計画策定支援 ～支援・評価委員会／事務局の助言により不安を解消し、実践につながる事業計画の修正を行った事例～					
			—	15.3	2,811	37.5	0.0	188,549
4	埼玉県	埼玉県薬剤師 国保組合	国保組合のデータヘルス計画策定を支援 ～担当事務職と連合会事務局による入念な事前準備により計画策定につながった事例～					
			225,126 ^{※5}	23.2 ^{※5}	61,374	32.1	16.5	287,639 ^{※6}
5	神奈川県	厚木市 (あつぎし)	グループワーキングで得た他の保険者の情報を活用 ～委員会及びグループワーキングの場を活用した複数保険者に対する細やかな支援の実施により計画策定につなげた事例～					
			66,143 ^{※7}	26.7 ^{※7}	15,193 ^{※8}	26.3 ^{※9}	22.5 ^{※9}	363,530 ^{※10}
6	福井県	敦賀市 (つるがし)	委員会での進捗報告により計画内容を着実に推進 ～地域全体を俯瞰し、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両輪で保健事業を体系化し実践に取り組んでいる事例～					
			91,057	26.4	24,603	33.5	17.4	352,041
7	岐阜県	関市 (せきし)	丁寧な既存事業の振り返りによる個別保健事業計画立案を支援 ～保険者がこれまでの活動の“足元”を見つめるきっかけとなった事例～					
			50,768	23.8	10,470	53.3	29.9	360,616
8	滋賀県	野洲市 (やすし)	ワークシートの活用により保険者の課題を明確にした支援 ～委員会・補助委員の助言等により課題が明確化でき、必要な保健事業に気付けた事例～					

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{※1}	高齢化率 ^{※1}	被保険者数 ^{※2}	特定健診実施率 ^{※3}	特定保健指導実施率 ^{※3}	被保険者1人当たり医療費 ^{※4}
			(人)	(%)	(人)	(%)	(%)	(円)
			支援形態 ～特徴～					
9	京都府	綾部市 (あやべし)	33,445	35.1	7,557	32.4	16.5	362,245
			[P] や [D] で終わらないPDCA サイクルの実現に向けた支援 ～委員による対面支援によりデータヘルス計画の目標値を実現可能性の高いものに変更できた事例～					
10	和歌山県	和歌山市 (わかやまし)	375,708	28.2	98,025	33.3	42.1	366,743
			グループ単位での効率的な保険者支援 ～グループ支援を補完するための事務局による頻回なバックアップによって健康課題が明確となり、適切な評価指標及び目標を設定することができた事例～					
11	島根県	邑南町 (おおなんちょう)	11,112	42.2	2,947	57.4	67.3	394,736
			個別保健事業計画・事業評価シートで事業内容を整理 ～保健事業の優先順位づけを行った後、評価指標の設定、事業実施、評価というPDCA サイクルが再構築出来た事例～					
12	広島県	三原市 (みはらし)	98,290	31.6	23,091	25.8	24.2	372,864
			委員会での協議内容を事務局が電話及び書面でフィードバックする支援 ～委員による助言を自ら整理し、市の現状に照らして具体的な事業計画につなげた事例～					
13	香川県	高松市 (たかまつし)	427,565	25.6	97,044	42.7	32.3	412,407
			委員及び事務局が保険者を訪問して実施した支援 ～複数部署の協働による事業実施の必要性に気づきを与えた事例～					
14	愛媛県	東温市 (とうおんし)	34,037	27.63	7,946	36.2	58.8	29,566
			医学的見地に基づいた助言により重症化予防事業の計画策定を支援 ～委員の意見を参考に事業対象者の抽出基準を設定した事例～					
15	福岡県	桂川町 (けいせんまち)	13,901	29.2	3,738	48.5	45.8	380,787
			4つの観点での既存事業の評価を計画に反映 ～既存事業を丁寧に振り返り、委員会の助言をもとに事業の見直しを行い、データヘルス計画に反映させた事例～					
16	大分県	杵築市 (きつきし)	30,887	33.9	8,315	50.9	57.1	421,429
			個別保健事業計画の立案を通し、PDCA サイクルを意識させた支援 ～特定健診受診率最下位の地区を対象とした実態調査及びその結果から立案した未受診者対策事業の計画に対し委員から助言を受けた事例～					

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{※1}	高齢化率 ^{※1}	被保険者数 ^{※2}	特定健診 実施率 ^{※3}	特定保健指導 実施率 ^{※3}	被保険者1人 当たり医療費 ^{※4}
			(人)	(%)	(人)	(%)	(%)	(円)
			支援形態 ～特徴～					
17	宮崎県	椎葉村 (しいばそん)	2,997	40.81	1,018	77.6	70.0	331,252
			被保険者にも分かりやすい内容を意識した計画策定支援 ～委員による詳細な文書での助言をもとにコンパクトな計画への修正をした事例～					
18	鹿児島県	鹿屋市 (かのやし)	104,239	26.8	27,967	35.1	33.9	352,858
			データヘルスで国保・衛生・介護の保健師の共通認識の醸成 ～事務局による研修・委員による対面での助言により事業の具体的な方法等を明確にできた事例～					

※1 人口、高齢化率：平成27年4月1日（平成27年3月末）現在
 ※2 被保険者数：平成27年4月1日（平成27年3月末）現在
 ※3 特定健診実施率、特定保健指導実施率：平成27年度
 ※4 被保険者1人当たり医療費：平成27年度
 ※5 平成28年4月1日現在
 ※6 平成27年度（KDBより）
 ※7 平成27年10月現在
 ※8 国保データベースシステム（KDB）平成27年度累計
 ※9 平成27年度法定報告
 ※10 平成26年度

**支援・評価委員会の支援により気づきがあり、
効果的な変化が見られた保険者等の事例
(平成 26 年度)**

グループワークと個別対面支援を通じたデータヘルス計画策定支援

～ポピュレーションアプローチから重症化予防までの階層的な保健事業の重要性に気付き、新規保健事業（高血圧対策事業）を立ち上げた事例～

<北海道保健事業支援・評価委員会⇒赤平市（あかびらし）>

【保険者概要】

人口：11,603人、高齢化率：41.3% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：3,119人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：44.0%、特定保健指導実施率：34.0% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：483,938円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師1人（衛生部門）

*健康増進計画の改訂時期であったこともあり、データヘルス計画策定には、上記職員だけではなく、衛生部門の保健師5人も関わっていた。

支援を申請した経緯

北海道赤平市は、保健師活動を業務分担から地区分担に変更したことから、一定程度の地区診断は以前より行っていた。しかし、日頃の活動から得られる質的情報をデータにより裏づけ、根拠ある保健事業を行うために、支援を申請した。

支援の経過

■ 事務局による電話での事前ヒアリング（平成26年8月下旬）

北海道の保健事業支援・評価委員会では、支援を申請した保険者の状況を把握するため、事務局が保険者に事前ヒアリングを実施した。支援対象保険者の数も多く、地理的にも広範囲にわたっていることから、電話によるヒアリングとした。

■ 1回目の委員による対面支援<第2回保健事業支援・評価委員会（平成26年12月1日）>

北海道保健事業支援・評価委員会は、19保険者を支援するため、第1回保健事業支援・評価委員会（平成26年11月26日）は国保ヘルスアップ事業を申請した保険者を対象に開催し、第2回保健事業支援・評価委員会（平成26年12月1日）は、国保ヘルスアップ事業以外での申請保険者を対象に開催した。

第2回保健事業支援・評価委員会において、国保ヘルスアップ事業以外での申請保険者である赤平市は、他の支援申請保険者とともに、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会委員による講義を受けた。

講義の後、3～4保険者ごとのグループに分かれ、事前に記載が求められた現状分析による課題抽出のワークシート等に基づき保険者の現状を確認し合いながら、委員により健康課題から導き出される具体的な事業の方向性について助言を得た。<グループ討議の時間は約120分>

図表 1 赤平市が感じる課題と支援・評価委員会の助言（抜粋）

赤平市が感じる課題等	支援・評価委員会からの助言
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診未受診者の方の中には、治療をしてもコントロールが悪い、また必要なところをきちんと診てもらっていないことがあるなどの課題がある。 ・ 健診・医療ともに履歴のない被保険者に関わることを試みたが、理解が得られないこともある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率が上がらないと重症化予防は効果的に進まない。全く健診を受けていない人をいかに減らすかが重要。アンケートなどにより住民のニーズを把握することも重要。 ・ 受療勧奨時だけ顔を見せるのではなく、日ごろからの関係が重要で、対象を絞った未受診者対策は重要であるが、単年で対応しようとせず、数年の計画の中で実現していくと良いのではないかと。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 質的情報の分析からは高血圧の人が多くはないかと考えていたが、レセプト等数的情報からは糖尿病が多く見受けられ、課題の整理ができていなかった。ただし、いずれも当市が旧産炭地であることが背景となっており、市民の嗜好は塩辛いものや甘いもの、また、飲酒量も多い傾向にある。また、乳幼児健診において、保護者の6~7割が喫煙者で、喫煙の問題もあると感じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ SMRより糖尿病の問題が大きいと考えたが、透析の疾病背景は高血圧の頻度が大きい。糖尿病に特化した腎不全対策だけではなく、高血圧に目を向けることは重要である。 ・ 血圧への介入は対象が多く、歳とともに対象者が増えていくことが課題。高くなった人に介入しても限界があるため、若い世代からのポピュレーションも平行して行った方が良い。 ・ 高血圧の場合でも、肥満者と非肥満者では対応が異なり、非肥満者は飲酒対策や減塩対策が重要である。他の町で減塩対策として、ナトリウム、クレアチニンの排泄量で見ることを実施しているところもある。

なお、赤平市は保健事業支援・評価委員会の場に、国保部門と衛生部門の主幹職が毎回出席していた。

事務局による電話ヒアリング（平成27年1月28日）

第1回、2回目の保健事業支援・評価委員会での複数保険者をグループにした対面支援の後、事務局は数件の保険者からグループ支援の満足度を把握し、保険者は、個別性を重視した支援を望んでいることが明らかになったため、第3回保健事業支援・評価委員会を書面上で開催し、開催方法の変更を委員に諮り、個別支援へ移行することとした。

保険者支援の進め方として、委員のうち、医師と保健師がペアとなり各支援対象保険者を担当することとした。事務局は赤平市には、①データヘルス計画の素案作成時期、②計画の公表（運営協議会や議会）の時期、③真に困っていること、④次回の支援・評価委員会の希望時期、の4つを聞き取りし、次回の支援・評価委員会の開催につなげた。

③の「真に困っていること」としては、目標設定が具体的にできずにいるため、個別保健事業への繋ぎに苦慮している点、評価指標も漠然としている点が挙げられた。また、前回の支援を受け、健康課題の一つである高血圧対策として、重症化予防～発症予防～ポピュレーションアプローチ等、住民の健康レベルに応じた一連の対策を講じたいと考えているが、その考え方やプロセスについての助言が欲しいなどが明確になった。

2回目の保険者への対面支援 <第4回保健事業支援・評価委員会での報告・助言(平成27年2月27日)>

2回目の対面支援は、赤平市単独となった。2時間の委員会の場において、まずは赤平市がどのような事業を盛り込もうと考えているかを、事務局が事前に提示した記載様式を用いて補足説明をしながら、策定したデータヘルス計画案について説明した。

図表 2 赤平市データヘルス計画案に対する支援・評価委員会の意見（抜粋）

<ストラクチャーについて>

- ・国保、衛生部門の連携が十分に取れており、計画策定が進められている。

<保健事業全般について>

- ・重症化予防、発症予防、ポピュレーションアプローチまで幅広く進めるという視点が非常に大切である。いずれかに偏ってしまうのではなく、少しずつでもすべての視点を組み合わせるとよい。

<高血圧対策について>

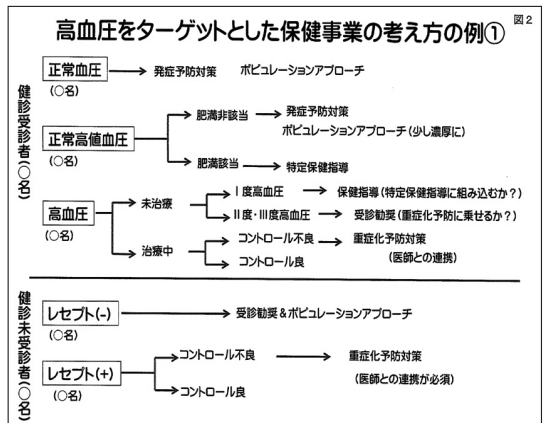
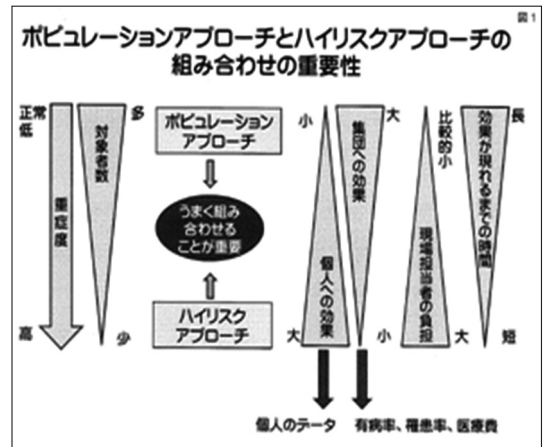
- ・高血圧対策では、対象者が非常に多くなるが、被保険者をいくつかの категорияに分けて、階層別に事業を実施するとよい。
- ・すべての階層を一律に取り組むのは難しいので、配分を考えたり、開始時期や評価時期をずらし、少しずつ行うのも良いのでは。年度ごとに重点的に行うところを設定するのもよいだろう。
- ・事業評価指標としては、高血圧への移行率を見るのもよいのでは。単純に高血圧の割合だけ見ると、高齢化に伴い数が増える一方なので、新規に高血圧になる人を減らす等の目標設定にしないと達成が難しくなる。
- ・ポピュレーションアプローチでは、アンケートにより、疾患に関する各種知識の認知度（適正な塩分量や目標値が分かる人）の割合等を評価指標としてはどうか。

<重症化予防>

- ・地域の保健師の役割は、被保険者がどのくらい頑張っているのかを聞き、精神的なサポート、被保険者の不十分なところをサポートすることが大切である。
- ・対象者の抽出の際、一律数値で選定するのではなく、どのような経緯で数値が悪いのか等、かかりつけ医からの情報が無いと難しいこともあるので、医療との連携が非常に重要である。

<今後に向けて>

- ・従来から、ポピュレーションアプローチやソーシャルキャピタルを大切に保健活動を実践してきているため、その評価が具体的に実施できるよう委員からの助言が引き続き必要である。保険者が課題としている高血圧対策を3年間の実施期間内に委員の助言を受けながら、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせ、PDCAサイクルで展開していくプロセスを体験することにより、市の保健活動がさらに前進すると思われる。



上記助言を受けて、赤平市は再度国保部門・衛生部門の両者で協議し、データヘルス計画案を修正、最終版として完成させ、高血圧対策事業を新規事業として立ち上げることにした。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

赤平市は支援を受け、事業の対象者へのアプローチ方法（一律に行うのではなく、段階を分けて行う等）や評価指標の考え方等が明確になり、それをデータヘルス計画に反映させることができた。また、限られた人的資源・財源の中で効果的に保健事業を推進することを考えたとき、ポピュレーションアプローチであっても、対象を絞って実施していくことが必要であるということに気がついた。

保健事業支援・評価委員会より、他の保険者の事例を紹介され、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせる実施することの重要性について理解できた。今後、計画に基づいた事業展開にあたっては、PDCA サイクルを常に意識していきたいと思う。特に、個別保健事業に対する評価の重要性についても理解ができたので、支援を受けながら具体的な評価指標のあり方や評価方法を検討していきたい。

保険者自らが考え行動するというスタンスで臨んだ ワーキングによるデータヘルス計画策定支援

～ワーキング委員の関わりから事業に優先順位をつけ
常に活動を評価するという視点を獲得した事例～

<青森県保健事業支援・評価委員会⇒青森市（あおもりし）>

【保険者概要】

人口：296,215人、高齢化率：26.1% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：78,676人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：37.1%、特定保健指導実施率：32.5% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：281,616円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職1人

*策定には、衛生部門の保健師及び事務職の協力も得た。

支援を申請した経緯

青森県青森市は、これまで実施してきた個々の保健事業それぞれをより関連させて実施したいと考え、既存の事業を整理・再検討するため、データヘルス計画を策定することとした。第三者の支援を受けることによって、「被保険者が自分の身体を自分で管理し、次の行動に移すことができる」ことを目指し、必要な時に必要な医療を受けられるよう医療の適正化を図るため、支援を申請した。

支援の経過

青森県保健事業支援・評価委員会は、第1回委員会において、ワーキンググループを委員会の中で設置し、具体的かつ直接的な保険者支援を行うこととし、ワーキングによる保険者ヒアリングを2回実施することとした。

事務局による事前準備（平成26年12月上旬）

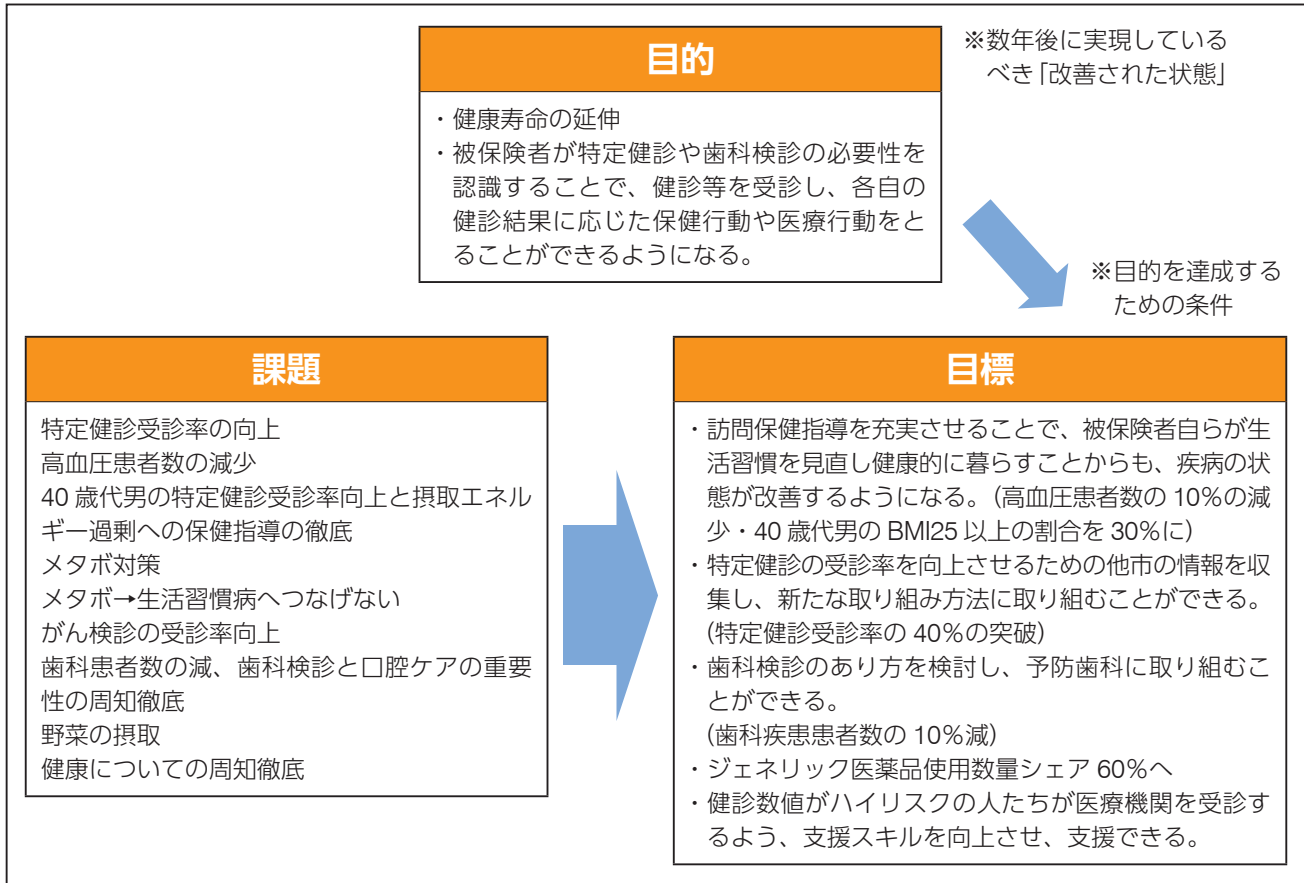
ワーキングの設置を受けて、事務局は、ワーキング委員と保険者が直接話し合える環境づくりに重点を置き、「保険者に成り代わってやってあげるのではなく、保険者がやれるように支援する」支援方針とした。

ワーキングの事前準備として、青森市に「課題抽出のためのワークシート」（ガイドラインより抜粋）を記入してもらい、ワークシート作成にあたっては、事前ヒアリングを行わず問い合わせに答える体制とした。

第1回保健事業支援・評価委員会ワーキング（平成26年12月25日）

第1回の対面支援の場には、ワーキング委員3人と青森市の国保部門担当者3人、衛生部門担当者2人が出席した。青森市が記入した「課題抽出のためのワークシート」を用いて2時間ほど意見交換を行った。

図表3 青森市のワークシート（目的・目標設定のためのワークシート）



図表4 ワークシートに対するワーキング委員からの助言（抜粋）

- 特定健診・保健指導をふまえて疾病リスク対策を一体的にとらえることが必要。
- メタボ対策は健診未受診者対策をしっかりと考えた方がよい。
- 厚生労働省の研究事業「生活習慣病重症化予防のための戦略研究」（自治体における生活習慣病重症化予防のための受療行動促進による保健指導プログラムの効果検証・大阪大学実施）に、青森市は介入群の市町村として参加している。そのため、重症化予防はこの経験知を活用して考えた方がよい。
- たばこ対策は健康づくり推進課と一緒に受動喫煙対策をしっかりと考えた方がよい。
- 肺がん対策はがん検診の受診勧奨をどこまでやるか考える。例えば他の健（検）診勧奨とのセットも考えた方がよい。
- 歯科はレセプトから深堀していくことは難しい現状がある。生活習慣病との関連での取り組みはいいが、評価指標や中・長期の取り組みは難しい。ばらばらでなく全体につながるもの、特定健診指導の横出しでつなげていくとよい。
- 課題（データ）から重点的、具体的にできることを考え、効果判定に使えるデータを選んでいく。課題と評価（指標）はセットで考えていく。つながりの部分の整理が必要。
- 国保部門と健康づくり部門が連携して取り組み、健康増進計画等との整合性をとることが大切。

第2回保健事業支援・評価委員会ワーキングでの報告・助言（平成27年2月13日）

第1回ワーキングを踏まえ、青森市によってデータヘルス計画案が作成された。第2回の対面支援では、第1回と同様、ワーキング委員と青森市側の国保部門・健康づくり部門が出席し、2時間にわたって議論された。青森市側より、データヘルス計画案の内容説明があり、委員からは以下の助言があった。

図表5 データヘルス計画案に対するワーキング委員からの助言（抜粋）

- ・ 国保ヘルスアップ事業評価事業報告書を参考にし、保健事業がどういう位置づけにあるのか、成果目標が各保健事業にどう繋がっているのかを意識しながら整理する。
- ・ 歯科は短期的な医療費だけみるのは危険であることから、歯科医師から「たばこもやめた方がいいよ」と言ってもらうなど、特定保健指導のリスクの減少の一つのオプションとして、歯科医師との連携による歯周病コントロールを含める。また次年度以降、歯科医師との連携や仕組みを構築する。
- ・ 肺がん検診受診率の向上については、保険者から肺がん検診の精検実施機関に対して、禁煙をセットで指導するよう依頼するなど、肺がんは喫煙とセットでの対策としたらどうか。（精検になった人はがんが見つかることは少ないが、COPDなど他の病気が見つかる場合もある）
- ・ 全体的には、健康課題の把握、事業目的の設定、中長期的なアウトカム評価、そして事業企画、成果目標設定、事業実施という、こういう当たり前の流れを国保部門担当者と健康づくり部門担当者が協力してもう一度整理していただきたい。
- ・ 現時点の計画案で並んでいる事業が、全部横に並ぶものではなくて、お互いに関わりあうところを紙の上で整理整頓する。
- ・ 事業の自己評価や第三者評価に必要となる4つの視点のうち、ストラクチャー（事業構成・実施体制）が抜けている。また、計画の進捗管理を行う組織体制が必要である。

上記助言を受けて、青森市は再度国保部門・衛生部門の両方で協議し、データヘルス計画案を修正、最終版として完成させた。

支援を受けての保険者の気づきと今後の展望

国保ヘルスアップ事業を展開する青森市にとっては、データヘルス計画の策定で支援が終わるわけではなく、平成27年度以降の保健事業の本格実施、評価においても保健事業支援・評価委員会との関わりが続くこととなる。

計画の策定を通じ、国保の保健事業展開にあたっては、国保部門だけではなく、衛生部門との協働が重要であると改めて認識した。

また、委員から丁寧な説明を受けたことにより、計画したものを全て取り組むのではなく、事業に優先順位をつける発想、何をもって「良い結果」として事業を評価すればよいかという観点を意識して事業を行っていきたいと感じた。加えて、保険者の意向を尊重しながら他の方法も提案していく形での支援を受けることにより、安心して計画策定に臨むことができた。

今後は、策定したデータヘルス計画をもとに、常に活動を評価していくという視点を持ちながら事業を展開していく予定である。

担当委員が保険者に出向いて実施したデータヘルス作成支援

～データ分析における年齢調整等のやり方の助言を受け、他市と比較する中で課題を明確にし、保健事業に取り組むことができるようになった事例～

<埼玉県保健事業支援・評価委員会⇒新座市（にいざし）>

【保険者概要】

人口：162,598人、高齢化率：22.9% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：48,603人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：33.2%、特定保健指導実施率：18.7% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：281,785円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：保健師2人（国保部門）

支援を申請した経緯

埼玉県新座市は、毎年、単年度ではあったものの国民健康保険の保健事業実施計画を策定していた。そうした中、国保として中長期的なデータに基づいた保健事業計画の策定が求められた。既存の保健事業実施計画をもとに、データヘルス計画を策定しようと考えてはいたものの、データヘルス計画をどのように策定すればよいか分からなかったため、内容の確認をしながら、かつ既存の保健事業実施計画にどのような内容を付け加えると良いか、またこれまで自ら行ってきたデータ分析の方法等適切かについても確認したかったために、保健事業支援・評価委員会による支援を申請した。

支援の経過

事務局による事前ヒアリング（平成26年12月9日）

埼玉県保健事業支援・評価委員会では、支援申請をした保険者の状況を把握するために、事務局職員が保険者に出向き、2時間ほどの時間をかけて事前ヒアリングを実施した。ヒアリングの際には、保険者側から保健師・栄養士等データヘルス計画策定の実務を担う担当者が参加し、支援申請にあたって提出を受けた申請書の記載内容のほか、新座市が自身で記載したワークシートを踏まえながら、新座市の計画策定の進捗状況、課題として感じていること、委員に助言を受けたい内容、今後の予定について聴取した。ただし、委員には保険者から提出されたワークシートをそのまま提出するのではなく、後日事務局にて内容を肉付けした方が良いと思う部分を洗い出し、追記した上で保険者にフィードバックし、保健事業支援・評価委員の確認を受けた。

図表 6 新座市の事前ワークシート

	現状	課題
健診データ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率 33.2% (平成 25 年度)、特定健診レポート率 69.8% (平成 25 年度) であり、県平均 (36.4%) と比較し低率となっている。 ・ 健診受診者のうち、保健指導判定値を超えた人の割合が特に多いのが、血糖と血圧であった。 ・ 特定保健指導利用率 18.7% (平成 25 年度)、県平均 (15.3%) と比較し高率となっている。 	<ol style="list-style-type: none"> 1 特定健診受診率が低迷しており、平成 26 年度健診自己負担金を 1,000 円から無料としたので、その効果を分析し、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。 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。 3 血圧値、血糖など、要医療の健診結果の人たちを確実に医療につなげ、糖尿病、慢性腎臓病の悪化を防ぐ必要がある。
医療費データ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院において、平成 20 年度から平成 24 年度の推移は件数及び実日数は年度によって増減はあるが、大きな変動はない。しかし、医療費は年々増加しており、1 件当たり医療費及び 1 日当たり医療費が増えている。 ・ 入院外では、件数及び医療費は増加傾向にあるが、実日数は減少傾向にある。 ・ 課題 3 起因する疾病が入るといいでしょうか。(例えば循環器系の疾患等) * 	
介護データ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 件当たりの給付費は減少傾向にある。 ・ 要介護認定率は、年々上昇傾向にある。 ・ 要介護者の糖尿病の有病率は、年々上昇傾向にある。 	
その他定量的データ		
質的情報		

※事務局での追記部分

データヘルス計画策定にかかる担当者研修会 (平成 27 年 1 月 15 日)

埼玉県保健事業支援・評価委員会は、計画策定にあたり、支援対象保険者だけでなく、全保険者を対象として、データヘルス計画策定に関する担当者研修会を開催し、保健事業支援・評価委員会委員による講義、課題抽出のためのグループ討議を行った。グループ討議の議題は、特定健診の未受診者対策をテーマとしたものであり、新座市もこのグループ討議に参加し、受診率向上対策について助言を受けた。

なお、埼玉県保健事業支援・評価委員会は、平成 26 年度中にデータヘルス計画を策定する予定の各支援対象保険者に対し、委員のうち、担当委員を決め、その委員が事務局とともに保険者に直接出向き、対面での支援を行う形態をとったが、この研修会の際に、担当決めを行った。

担当委員による対面支援 (平成 27 年 3 月 6 日)

新座市は、対面支援に先立ち、事務局からの助言を受けた上で作成したデータヘルス計画の素案を提出した。その際にはまだ計画の評価部分についてはどのように記載してよいか分からないということで埋まっていなかった。事務局は、このデータヘルス計画素案と事前ヒアリングで入手した情報、並びに保険者が委員から助言を受けたいポイント (新座市の場合は目標値の設定方法) を担当委員に伝え、対面支援に臨んでもらうこととした。

計画策定の担当保健師と委員との間では、2 時間半かけて対面での支援が実施された。予め提出されたデータヘルス計画の素案を 1 ページずつ内容を確認し、掲載すべきデータやその見せ方、性別の分析や年齢調整をして掲載した方が良い情報等について詳細なアドバイスを受けた。具体的には、健診受診率の地区別分析については、健診会場を地図に落としした上で掲載すると利便性と受診率の関係性が明らかになるかもしれ

ない、という助言があった。また、健診受診率が伸び悩んでいるのであれば、未受診の理由を明らかにしたり、継続受診の人とそうでない人の医療費の比較や被用者保険との連携が必要であること、健診の継続受診率が全体の受診率にどのような影響を与えるかについて事前にシミュレーションをした方が良いとの助言もあった。

なお、担当委員による対面支援の後、委員の助言をもとに、新座市においてデータヘルス計画案の修正を行い、委員にメール送信し確認を受けた。

事務局による進捗確認（平成 27 年 3 月 23 日）

担当委員による対面支援の後、事務局が保険者に出向き、データヘルス計画案の提示を受けて、委員による対面支援での助言が反映されているか、計画の流れや文言、評価方法等についての確認を 2 時間かけて行った。

第 2 回保健事業支援・評価委員会での報告・助言（平成 27 年 3 月 25 日）

事務局が確認した新座市のデータヘルス計画案は、他の支援対象保険者のものとともに、第 2 回保健事業支援・評価委員会において提示され、内容の確認・評価が行われた。委員による対面支援の際の助言については、必ずしもすべて盛り込まれたわけではないが、概ね反映されていることが確認された。

第 2 回保健事業支援・評価委員会の結果については、事務局より保険者に伝えられ、計画案の修正に役立った。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

支援を受けて、新座市は設定した事業の目標が適切であるかについて不安もあったが、保健事業支援・評価委員会委員に直接計画を見てもらい、アドバイスをもらうことができ、安心することができた。

実際の支援がスタートしてから計画作成までの期間が短期間であったため、保険者にとっては委員からの助言への対応に苦労したものの、データの揃え方、他市との比較における年齢調整のやり方、目標値を達成するために何をどのように行えばよいかということ等についてアドバイスをもらい、実際の計画に生かすことができた。

今後は、データヘルス計画に基づき、単年度ごとに事業を実施し、それを評価していくことになる。それぞれの事業の評価についても引き続き保健事業支援・評価委員会の支援を受けながらやっていきたい。

委員会での見解を書面で助言するデータヘルス計画策定支援

～既存の保健事業についての意見を受け、新たな課題に気付くことができた事例～
 <東京都保健事業支援・評価委員会⇒東久留米市（ひがしくるめし）>

【保険者概要】

人口：116,410人、高齢化率：25.7% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：33,930人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：49.9%、特定保健指導実施率：19.1% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：301,480円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職2人（国保部門、衛生部門）、保健師2人（衛生部門）

支援を申請した経緯

東京都東久留米市は、「日本再興戦略」において掲げられた柱と同様に、健康寿命の延伸に向けて保険者として健康管理や予防の必要性を認識し、各種データを活用した予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりとしてデータヘルス計画を策定することとした。

国保ヘルスアップ事業については、費用面において「①10分の10の助成が受けられること」だけでなく、「②申請の条件となる『保健事業支援・評価委員会』の評価を受けることができる」ことが2大メリットと考えている。とりわけ後者の②については、保険者で新たな計画づくりを行う際に、市の事業を外部からの新たな目線かつ専門的な評価を受けることができる大変良い機会として申請した。

支援の経過

第1回保健事業支援・評価委員会（平成26年12月19日）

第1回保健事業支援・評価委員会では、東久留米市から提出された申請書、既存の保健事業の評価、市が助言を受けたい内容をもとに、委員の間で協議が行われた。この協議結果については、書面での助言とし、下記のように取りまとめた。

図表7 東京都保健事業支援・評価委員会における助言等

依頼内容	「東久留米市国民健康保険データヘルス計画」に関する策定支援委託を実施するにあたり、助言を頂きたい
分析の視点	【コメント】 1 国保加入者の若年層（40代～60代）の動態（健診結果・職種・行動等）を捉えることが施策検討に資する。 2 東久留米市の事業運営に対応する現状把握も有用と考える（たとえば地域ごとの分析等）。
課題分析	被保険者の健康課題や地域における予防の支援体制等の課題（医療費・健診情報等からの分析結果） <ul style="list-style-type: none"> 東久留米市国民健康保険のうち大きな割合を占めているのは「循環器系の疾患」「新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」であり、生活習慣病が大きな課題の一つである。 経年変化では、「循環器系の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」「消化器系の疾患」が比較的大きく増加している。 特に若い層や男性の受診率、40歳代の継続受診率が低い。 医療費の観点では、生活習慣病が大きな課題であり、特に多くの医療費がかかっている疾病は高血圧疾患と糖尿病である。 【コメント】 1 特定保健指導の終了率が横ばい（伸びていない）……特定保健指導の終了率が横ばいである結果として、生活習慣病の予防対象者の多くに働きかけが届いていないことが課題。

3年間の取組	(課題分析による3年間の計画と概要)	
	大きな割合を占める生活習慣病の早期予防に重点を置くとともに、これに伴う医療費軽減や健康増進に繋げることが必要である。そのためには、若い世代のうちから糖尿病や高血圧等の重症化予防が重要であるとともに、早い段階で健康に関心をもって参加できる体制づくりが必要である。それにはまず、特定健診対象外の年代から積極的なアプローチを行い、特定健診対象世代となつてからは、もし特定保健指導対象者となつた場合のフォロー方法の充実化を図るとともに、個々の生活環境等の違いから生じる個別背景を把握し、きめ細かなフォローを実施していく。	
	【コメント】 1 特定保健指導終了者への継続支援も取組候補に加えると良い …… 特定保健指導の終了率が横ばいのため、特定保健指導終了者が引き続き対象者として上つてこないような対策（健康教育、ウォーキングキャンペーン等の受け皿、自己管理を促す対策）をとることが重要。 2 「特定保健指導対象者となつた場合のフォロー方法の充実化を図るとともに、個々の生活環境等の違いから生じる個別背景を把握し、きめ細かなフォローを実施していく。」とあるが、この部分における具体的な方策を記載する。	
	(事業目標) ※事業の最終目標 若年層(特に特定健診がスタートする40歳代)の受診率および継続受診率の向上	(評価指標) ※事業全体の評価 ・若年層(40歳代)の特定健診受診率、継続受診率 ・健康増進事業への参加者数および参加者の健診データの改善率 ・医療費
【コメント】 特になし	【コメント】 1 評価指標の設定は具体的な指標にした方が良い。 2 地区別の健康教室の実績 …… 健康教室の実績が多いほど、該当する地区の健康意識や受診率が高いという結果が出ている。可能であれば確認をしてみたいか？	
1年目の取組	(前期) 4月～9月	
	<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代を中心に健康増進事業の利用を促し、生活習慣改善を支援する ①健診フォロー健康講座(2回で1コース)：特定健診実施医療機関との連携にて、特定保健指導対象外(非肥満・階層化リスクあり、40～64歳)に対し事業周知を行う。 小集団にて健康教育(実践含む)を行い、生活習慣を振り返りおよび目標立てをして生活習慣改善への支援を行う。 血管老化度測定の実施など、興味をもって参加できるような工夫を行う。 ②食事・健康相談(保育つきを年4回追加)：乳幼児健診にて保護者の既往歴・家族歴を把握し、リスクのある方に対して事業利用の勧奨。保育つきを年4回行い、若年層の生活習慣病予防を図る。 ③健康セミナー(病態別3コース)：管理栄養士・保健師による講話、調理実習の2回で1コース。脂質異常症予防、糖尿病予防・高血圧予防の3コース。保育つきとして、若年層が参加しやすいようにする。 	
	【コメント】 1 両親学級での情報提供 …… 乳幼児健診は母親しか来ないことが考えられるため、両親が参加する可能性が高い両親学級などで上記②のような事業を実施するのはいかがでしょうか。また、医師会(産婦人科等)にも協力していただき、健康増進事業の利用の情報提供を行ってもらう関係づくりを進めると良い。 2 健康増進計画との整合性 …… 健康増進計画の中で若い世代の施策を実施されているのであれば、その状況を共有して進めるのはいかがでしょうか。 3 ポピュレーションアプローチ …… 40歳代の行動に合わせ、その年代が多く集まるショッピングモールなどで広報を行ってはいかがでしょうか。	
(後期) 10月～3月		
・前期健康増進事業の継続。		
2年目の取組	・健康増進事業の継続(前年度評価および改善を検討し実施)。	
3年目の取組	・健康増進事業の継続(前年度評価および改善を検討し実施)。3年間の事業効果を評価する。	
その他	【コメント】 1 特定健診受診者への情報提供 …… 東久留米市は受診率が高い。したがって、健診結果に基づき自らの健康状況や生活習慣改善の必要性の理解を促すことができるので、結果を返す機会を活用することが得策。 2 地域資源の活用 …… 自治会、団地の管理組合、商工会、保健推進委員、子育て委員等ネットワークを活用する。 3 健康づくり課との協働による実施 …… 保健事業の実施に関しては健康づくりの課との連携が非常に重要であるため、地域の状況把握や事業の運営で連携できるところを探ってはいかがでしょうか。 4 主治医との連携・主治医に特定健診、特定保健指導の受診勧奨等を行って頂くなど、協力をお願いしやすいところを探ってはいかがでしょうか。	

事務局の訪問による委員会助言内容の伝達(平成27年2月18日)

第1回の保健事業支援・評価委員会で取りまとめた助言をもって、委員会当日に具体的にどのような様子であったかも含めて、情報提供を行った。

この内容を踏まえ、市ではデータヘルス計画案の作成に着手した。

上記助言を受けて、東久留米市は今後の保健事業の内容について、以下のように変更した。

図表 8 東久留米市のデータヘルス計画案の見直しの状況

<市が考える計画 1 年目の取組み>

- ・若い世代を中心に健康増進事業の利用を促し、生活習慣改善を支援する
 - ① 健診フォロー健康講座 (2 回で 1 コース)
 - ・特定健診実施医療機関との連携にて、特定保健指導対象外 (非肥満・階層化リスクあり、40～64 歳) に対し事業周知を行う。
 - ・小集団にて健康教育 (実践含む) を行い、生活習慣を振り返りおよび目標立てをして生活習慣改善への支援を行う。
 - ・血管老化度測定の実施など、興味をもって参加できるような工夫を行う。
 - ② 食事・健康相談 (保育つきを年 4 回追加)
 - ・乳幼児健診にて保護者の既往歴・家族歴を把握し、リスクのある方に対して事業利用の勧奨。
 - ・保育つきを年 4 回行い、若年層の生活習慣病予防を図る。
 - ③ 健康セミナー (病態別 3 コース)
 - ・管理栄養士・保健師による講話、調理実習の 2 回で 1 コース。脂質異常症予防、糖尿病予防・高血圧予防の 3 コース。
 - ・保育つきとして、若年層が参加しやすいようにする。



母子保健事業を通じた生活習慣病予防事業 **市民対象**

目的：乳幼児の保護者のうち生活習慣病のハイリスク者が、生活習慣病予防の知識を深めることで予防することができる。

対象者：①乳幼児健診で、予診票の「保護者の健康状態」「生活習慣病の家族歴」の項目での生活習慣病のハイリスク者
②その他の母子保健事業利用者 (両親学級、乳幼児健診、育児相談等の事業) で、生活習慣病予防の必要性のある方

①食事・健康相談 (個別相談) **保育付き**

内容：管理栄養士・保健師による個別相談 (一人 45 分程度)

②健康セミナー「からだ改善！予防教室」 **保育付き**

内容：脂質異常症予防、糖尿病予防に関する講座と調理実習

健診フォロー健康講座 **国保加入者対象**

目的：①若い層の特定健診受診者が、健診結果の見方や生活習慣改善の情報を得ることで健康づくりの知識を深める。
②実践可能な生活習慣の目標を立てて実践する。
③健康づくりの実践と自己の健康チェックのために健診受診を継続して行う必要性を理解する。

対象者：40～54 歳の特定健診受診者のうち、「非肥満の要指導者 (軽リスク) に通知

1 日目	① 健診結果の見方について (ここのみ全体に説明) ② 健康度測定 (血管老化度測定) ③ 栄養指導 ④ 運動実践 ⑤ 生活目標の設定
2 日目	① 生活目標の実践結果について振り返り ② 健康度測定 (体組成計) ③ 口腔ケア指導 ④ 継続可能な生活習慣の目標の再設定、継続した健診受診の促し

※上記を計 2 コース (2 回) 実施

※若い世代が集まる場所での広報活動は、今後さらに検討していく。

第 2 回保健事業支援・評価委員会 (平成 27 年 3 月 24 日)

第 2 回保健事業支援・評価委員会では、東久留米市から提出されたデータヘルス計画の内容が確認された。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

計画策定等について、普段は市の内部の目線でしか課題を考える機会がなかったが、外部の有識者である保健事業支援・評価委員会から意見をj得ることで、新たな視点での課題に気づき、計画の中に盛り込むことができた。

PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的なデータヘルス計画には、とりわけ C (評価) 並びに A (改善) が重要と考えている。保健事業支援・評価委員会による評価は申請当初の一度限りでなく、翌年度以降も引き続き受けられることができるため、事業計画に基づく事業の実施段階において、その都度適切な支援を受けることができ、メリットであると考えている。

今後は、今回策定された計画に基づき、着実に保健事業を展開していきたいと考えている。

目標値の設定等に重点を置いた計画策定支援

～委員会による助言により、分析の焦点が絞れ、事業の適切な
アウトプット・アウトカム指標の設定ができた事例～

<神奈川県保健事業支援・評価委員会⇒藤沢市（ふじさわし）>

【保険者概要】

人口：421,124人、高齢化率：22.2% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：106,991人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：41.9%、特定保健指導実施率：6.3% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：254,088円 ※平成25年度末

支援を申請した経緯

国保ヘルスアップ事業を申請した神奈川県藤沢市は、初年度は、データヘルス計画を策定し、それに基づき、平成27年度以降の事業展開を行うこととした。国保ヘルスアップ事業の申請にあたっては、保健事業支援・評価委員会の支援を受けることが要件となっており、計画策定にあたり、目標の設定の仕方や評価方法等不明な点もあったため、保健事業支援・評価委員会において助言を求めることとした。

支援の経過

■ 事務局による事前ヒアリングの実施（平成26年11月6日）

藤沢市は、従来より健診・医療費データを用いて、保健事業への展開に役立ててきた。事務局が保健事業支援・評価委員会の開催に先立って行ったヒアリングでは、事務局において独自に用意したワークシートに記載してもらった内容に沿って聞き取りを行った結果、既存の事業やデータ分析がしっかり実施されているということが明らかになった。しかし、一方で、実施している事業をさらに良く展開するために目標の立て方や評価方法をどのようにすればよいかということに助言を求めていることが明らかになった。

図表 9 藤沢市の事前ワークシート

	こくほ健康診査	特定保健指導	重症化予防	ポピュレーション	ヘルスチェック	重複・頻回
現状	受診率は6年間平均で、42.4%。県内でトップの受診率	対象者 動機づけ約2200人。積極的約700人。5年間平均動機づけ支援 6.6%・積極的支援 3.4%。県内でも下位。保健指導の利用率は低い。保健指導対象者の翌年度の健診結果は、改善傾向。	こくほ健診の結果、受診勧奨値となったが、医療機関を受診していない者が約5割いる（対象者人数1507名中、レセプトで治療の確認ができなかった者844名。）	こくほ健診未受診者は5割強。またこくほ健診で、情報提供で終わった方は、HDLコレステロールと空腹時血糖値が明らかに悪化。	受診者は2割弱、やや減少傾向。対象者も毎年500名くらい減少している。運動習慣なし6割。特に男性の血圧、LDL、中性脂肪値高い。毎日飲酒2割。喫煙者36.2%	未実施。H26.3月分の分析を実施した。重複59名・頻回182名ががんや透析、整形外科疾患が9割以上を占めた。
対策方法	・はがきによる受診勧奨通知（70歳以下） ・40歳の健診デビュー者への受診勧奨 ・社保からの加入者地域健診デビュー者への受診勧奨	・電話による利用勧奨と保健指導の実施。 ・個人通知の工夫 ・平成26年度から、保健指導利用料の無償化	平成25年度より、電話、手紙による受診勧奨を開始 ・LDL180以上 ・血圧SBP170以上またはDBP100以上 ・FBS160以上またはHbA1c8.4以上 ・尿蛋白（++以上） 上記の基準に当てはまったもの	・成人健診のお知らせやこくほ健診のお知らせに健診結果のデータ等と掲載 ・26年度は健診の結果返しの時に、医療機関から減塩のリーフレットを配布。 ・受診勧奨はがきに、健康教室の案内を掲載（血圧、血糖、コレステロール、尿酸）	・同封したチラシの内容の工夫。 ・インターネットによる、申し込みを開始。	今後、検討
課題	5年継続受診者は4割強 40歳代・50歳代の受診率が低い 新規受診者の獲得	利用率の向上	電話対応だけでは、受診には結びつかない	情報提供者に対する健康知識の普及。テーマの根拠。	受診率の向上	
使用するデータ	・業務端末（エクセルシート） ・保健医療財団分析データ	・業務端末（エクセルシート） ・個人票（紙データ） ・保健医療財団分析データ	・業務端末（エクセルシート） ・新国保総合システム	・KDBシステム ・国保連生活習慣病分析データ	・保健医療財団分析データ	・新国保総合システム
データの課題	健診のデータは、各年ごとにエクセルデータで管理。継続的なデータ管理は、国保連の特定健診データ管理システム（加工できない）	保健指導利用者の、全体の傾向は分析しているが、個人の経年管理はできていない。	レセプトと健診データの突合し、対象者を段階分けし、それぞれの段階にあわせたアプローチをしたい。健康増進計画との整合性	主病名と全疾患病名のデータと、最大医療資源傷病名のデータでは、医療費が異なり統計データに違いが出てしまう。	特定健康診査データとの突合	

事例

平成26年度

神奈川県 藤沢市（ふじさわし）

第1回保健事業支援・評価委員会（平成26年11月19日）

神奈川県保健事業支援・評価委員会では、支援対象となる2保険者が臨席のうえで開催された。

第1回の保健事業支援・評価委員会では、事務局が事前ヒアリングによって聞き取った内容を資料として用意し、委員に対してまとめて説明を行った後、各保険者により自らの現状等について補足する時間が設けられた。

その後、委員と各保険者の間で、現状に対する質疑応答がなされるとともに、委員より、アウトプット評価、アウトカム評価についての基本的な考え方や、現在予定している事業に対しては、具体的にどのようなアウトカム指標、アウトプット指標が適切であるのかについて色々な例を挙げてレクチャーがされた。

委員と事務局による進捗確認（平成27年3月10日）

初回の保険者と委員との対面での支援ののち、神奈川県保健事業支援・評価委員会の事務局は、データヘルス計画の進捗状況の確認のために、保健事業支援・評価委員のうち1人とともに保険者に出向き、進捗状況の確認を行った。また、データヘルス計画の素案が提示されたため、計画に載せる分析データについて、委員と一つ一つ確認し、被保険者にとってわかやすい表示方法等について委員から直接助言がなされた。

第2回保健事業支援・評価委員会（平成27年3月20日）

第2回保健事業支援・評価委員会では、第1回の助言を踏まえ作成された各保険者のデータヘルス計画案について協議した。藤沢市は計画策定にあたりデータ分析について外部の事業者へ委託していたため、藤沢市は、保健事業支援・評価委員会の場に委託事業者も臨席してもらい、委員からの指摘・助言を直接聞いてもらい、その後の計画策定に対し共通認識を図った。

委員会当日には、データヘルス計画案が提示され、各事業の評価指標の設定については、主にアウトプット・アウトカム指標に対し、アウトプットは各事業の実施体制や対象者数等からみて、実際に実現可能な業務量から予測した実績の数値等を設定し、アウトカムについてはそれら事業の働きかけによって期待さ

れる効果をなるべく具体的に確認できる数や量で設定することなどが委員から説明され、各事業で設定している目標の値の適切性についての議論が交わされた。

図表 10 藤沢市に対する支援・評価委員会の助言（抜粋）

支援・評価委員会からの助言
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診の受診勧奨については、40 歳という節目の年で必ず実施することは非常に効果的だと思われるので、その仕組みの効果があがれば、ある程度間隔を空けた節目の時期（5 歳くらいたった 45 歳など）でも実施すると、若年層の時期に受診を習慣づけるという意図に対して効果的と思われます。 ・ 生活習慣病重症化予防事業における医療機関への受診勧奨については、翌年以降事業を進めていく中で、毎年同じ対象者に対しては、毎年声を掛けるべきか、何年かに一回フォローアップまで入れた対策にするかなど、今後検討して、効果的・効率的な仕組み作りを進めてください。 ・ 各事業の評価指標については、アウトプット指標には業務量を反映したものをおく（何件やったという努力の量）。アウトカムにはその結果として出てくる数字をおく（間接的にしかコントロールできない数字）。また、健診受診率の目標値は、受診率向上につながる各事業の全体目標としてのアウトカムとしておき、それを実現するための事業ごとにもアウトプット、アウトカムまでをそれぞれ記載してください。

支援を受けての保険者の気づきと今後の展望

（保険者の意見）

藤沢市としては、データヘルス計画策定にあたり、当初は、膨大なレセプトデータの分析を行うことは、医療保険者として難題であり、どのような分析をすればよいか困惑していた。しかし、支援・評価委員から「闇雲に膨大なデータを分析するのではなく、日ごろの事業のなかで疑問に思っていたことの分析や現状分析をしっかりと行うことが重要。」といった助言を受け、データ分析の方向性が定まり、今までに藤沢市で分析してきた多くのデータや KDB の活用で十分な分析ができた。掲載するデータの見せ方についても、被保険者にとって分かりやすいものとなるよう委員から具体的な方法が示され、大きな手助けとなった。また、何より評価指標の設定については、アウトプット評価・アウトカム評価の基本的な考え方から、事業ごとの指標についても助言を受けられたことが計画策定での一番の支援効果となった。

（今後の展望）

平成 26 年度の支援対象保険者は 2 保険者であったため、比較的時間をとって支援が実施されたものの、それでも事務局と保険者間では事前ヒアリングや相談等の時間は十分にとられている一方で、委員による助言等を受けられる場については、もう少し時間を設けられると良いという印象を保険者側、保健事業支援・評価委員会双方で持っている。保健事業支援・評価委員会としては、事務局のヒアリングで事前情報を十分に集めるとともに、平成 27 年度より県保健福祉事務所の協力も得ながら、支援対象保険者が増えた場合でも、十分な支援ができる体制を構築していきたい。また、支援対象保険者に対する助言は他の保険者にとっても参考になるため、情報についてはできるだけ展開することを目指している。

メール支援も含めた担当委員による頻回なデータヘルス計画策定支援

～ KDB システムの利活用によるデータ分析から特定健診・保健指導の未受診者・未利用者の属性に着目した保健事業の展開につなげた事例～

<大阪府保健事業支援・評価委員会⇒泉佐野市（いずみさのし）>

【保険者概要】

人口：101,554 人、高齢化率：23.4% ※平成 26 年 4 月 1 日（平成 26 年 3 月 31 日）現在

国保被保険者数：26,823 人 ※平成 25 年度末現在

特定健診実施率：32.0%、特定保健指導実施率：9.8% ※平成 25 年度

被保険者 1 人当たり医療費：361,330 円 ※平成 25 年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職 1 人（国保部門）、保健師 1 人（衛生部門）

支援を申請した経緯

大阪府泉佐野市は、大阪府の平均より脳卒中の死亡率が高いという課題があり、平成 10 年度より大阪がん循環器病予防センター循環器予防部門の支援を受け、保健所管内において、脳卒中予防推進協議会を設置し、生活実態アンケート調査や保健指導、各種講演、教室を開催し、予防対策に取り組んできた。また、市独自予算で、心電図検査・総コレステロール検査等特定健診において全員に実施し、重症有所見者に対して、医療機関の受診を勧奨してきた。その結果、平成 24 年度には平成 20 年度との比較で脳卒中にかかる医療費が月 500 円減少、生活習慣病にかかる医療費が月 1,370 円減少し、一定の効果が現れてきている。

増大する医療費の適正化を図りながらも被保険者の健康増進を目指すため、こうした外部からの支援を受け、保健事業を行っていたが、国保データベースシステム（以下、KDB システム）が本格稼働したことから、KDB システムを活用してデータ分析を行い、介護予防も視野に入れた住民の健康づくりの充実を図る目的で国保ヘルスアップ事業を申請した。また、国保ヘルスアップ事業では、保健事業支援・評価委員会との連携が要件となっていたこともあったが、外部の有識者の見解を聞くよい機会でもありとらえ、保健事業支援・評価委員会の支援を申請した。

支援の経過

事務局での事前準備（平成 26 年 12 月 4 日）

支援・評価委員の委員 1 人、大阪府健康づくり課職員と事務局で、ガイドラインに掲載されていたワークシートを改変し、支援対象保険者に記入を依頼した。保険者より提出されたワークシートは、事前に支援・評価委員全員に確認してもらった。なお、当該ワークシートの「現状」のデータ部分については、事務局において集計し保険者に提供した。

図表 11 大阪府保健事業・支援評価委員会が用意したワークシート（一部抜粋）

現状分析による課題抽出のためのワークシート

保険者名

				現状		課題	既存の関連事業	
				共通項目				補足等
				保険者名	大阪府計			
健診データ	特定健診	対象者数	23年度 24年度 25年度			健診受診促進 【対象】 【方法】 【実施体制】 【評価】		
		受診者数	23年度 24年度 25年度					
		受診率	23年度 24年度 25年度					
	特定保健指導 (動機付け支援)	対象者数	23年度 24年度 25年度			保健指導（特定・それ以外） 【対象】 【方法】 【実施体制】 【評価】		
		終了者数	23年度 24年度 25年度					
		終了率	23年度 24年度 25年度					
	特定保健指導 (積極的支援)	対象者数	23年度 24年度 25年度					
		終了者数	23年度 24年度 25年度					
		終了率	23年度 24年度 25年度					
		メタボ該当者 (割合)	25年度					
	メタボ予備群数 (割合)	25年度						
	喫煙率 (割合)	25年度						
医療費データ	1人当たり診療費 (25年度)	入院			高血圧・糖尿病未治療者 【対象】 【方法】 【実施体制】 【評価】			
		入院外						
		調剤						
		合計 (入院外+調剤)						
	高額医療費の状況（100万円以上レセプト・40～74歳）					高血圧・糖尿病治療中 【対象】 【方法】 【実施体制】 【評価】		
	主疾病の内訳		心疾患					
			脳血管疾患			重症化予防 【対象】 【方法】 【実施体制】 【評価】		
			悪性新生物					
	生活習慣病の状況	高血圧のレセプト分析（26.8審）						
		被保険者全体に占める割合						
糖尿病のレセプト分析（26.8審）								
被保険者全体に占める割合								
脂質異常症のレセプト分析（26.8審）								
被保険者全体に占める割合								
人工透析の状況（26.8審）								
被保険者全体に占める割合								
介護データ	介護認定の状況							
	認定率							
	総給付費							
その他定量的データ	高齢化率				ポピュレーションアプローチ 【対象】 【方法】 【実施体制】 【評価】			
	被保険者数							
	平均寿命	男： 女：	男： 女：					
	主要死因別標準化死亡比（大阪府平均を1.00とした状況）							
	心疾患	男 女						
	脳血管疾患	男 女						
	腎不全	男 女						
悪性新生物	男 女							

1 回目の委員による対面支援＜第 1 回保健事業支援・評価委員会（平成 26 年 12 月 18 日）＞

1 回目の委員による対面支援の場には、保険者側より国保部門の事務職 1 人、衛生部門の保健師 1 人が出席した。他の市町とともに、保険者がワークシートをもとに報告し、保健事業支援・評価委員会委員との間で 2 時間ほど意見交換を行い、現状分析、課題抽出にかかる支援を受けた。

図表 12 泉佐野市が感じる課題と支援・評価委員会からの助言

泉佐野市が感じる現状分析及び課題	支援・評価委員会からの助言
<ul style="list-style-type: none"> ・リピーターの増加等により特定保健指導利用率が伸び悩んでいることや、低年齢層対象の特定保健指導の推進などが課題である。 ・特定保健指導については、性・年齢別に利用率を分析し、対象者に応じたアプローチ方法を検討し、利用率の向上を図る予定。また、平成 26 年度より、心房細動からの心原性脳梗塞の予防対策を保健所、地元医師会の協力のもと進めている。 ・一人当たり医療費の高い人工透析の対象者は増加傾向である。平成 26 年度から実施している糖尿病性腎症の重症化予防事業については、KDB システム、国保総合システムから得られる情報をもとに、PDCA サイクルに基づき事業推進を図っていきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診未受診者対策をコールセンターに委託した場合は、PDCA で実施に効果があったのか、どういった人に対してコールすると受診してくれるのか、年齢・性別・経済状況など、どのように対象者を絞ったらよいのかを評価すると良いと思う。評価することで、健診の受診勧奨が必要な人を見極めることができ、受診率の向上につながると思う。 ・特定保健指導の終了率（特に積極的支援）が低いため、より詳細な分析をした方が良いと思う。 ・健診未受診者の中から、人工透析のハイリスク者がたくさん出ているのか、低所得の場合にハイリスク者が多いのかなど、国保部門は経済背景等も把握できるため、取り巻く状況の分析を進めるとより支援が必要な人を絞ることができると思う。

こうした助言を受け、泉佐野市では、計画の素案を作成した。

2 回目の委員による対面支援（平成 27 年 2 月 12 日）

3 月下旬に予定されていた第 2 回の保健事業支援・評価委員会で、支援対象保険者はデータヘルス計画案を提示することとなっていた。大阪府保健事業・支援評価委員会は、第 1 回と第 2 回の委員会の間に、担当委員 2 人が保険者と直接会う機会を設け、具体的な助言を行うこととなった。委員並びに保険者には連合会に集まってもらい、データヘルス計画の素案について 2 時間意見交換を行った。

図表 13 素案に対する支援・評価委員の助言

<ul style="list-style-type: none"> ・国保部門と衛生部門の連携がよくできている。 ・健康格差があるというが、特定健診未受診者の他の行政サービスの利用状況も把握し、何のサービスも受けていない人の所得との関係性も調べると、ターゲットが絞れると思う。 ・計画書の素案は、分析は良くされていたが、計画の見せ方（グラフ及び表現方法）等について工夫した方がよい。（折れ線グラフを棒グラフに変更、棒グラフを円グラフに変更等）

以上の助言を受け、泉佐野市は素案を修正するとともに、平成 27 年度の事業として、泉佐野市を担当した保健事業支援・評価委員と健診未受診者の要因分析を行うことを決定した。

メールによる支援（平成 27 年 3 月 16 日頃）

対面支援での助言内容が反映されているか、第 2 回委員会に提示する資料が適切かについて、担当委員に事前メールで十数回確認し、修正すべき点や保険者が抱える課題等の助言が行われた。

図表 14 修正すべき点や助言内容（抜粋）

- ・特定健診の有所見者の割合が高いことから、重症化予防のため、有所見者がきちんと治療につながっているかを確認すると良い。
- ・泉佐野市は、15歳～39歳を対象に従前より若年健診を行っており、実際に若年健診を受けた人が特定健診をどのくらい受けているかを調べて、受診勧奨事業の評価にすると良い。

こうした助言を受け、泉佐野市はデータヘルス計画（案）を作成した。

3 回目の対面支援＜第 2 回保健事業支援・評価委員会（平成 27 年 3 月 24 日）＞

第 2 回の保健事業支援・評価委員会では、各支援対象保険者が策定したデータヘルス計画案について報告し、委員との間で意見交換がなされた。

図表 15 委員からの意見（抜粋）

＜保健事業全般について＞

- ・従来から保健部門と国保部門が顔の見える関係で、KDB システムができる以前から、データを分析しながら進められている特徴があるので、非常にスムーズに分析が行われた。
- ・総医療費の増加に関しても、従来の保健事業と合わせた効果的な実施に向けた計画が立てられている。
- ・精神疾患の方が多く、医療費が多い点があり、精神疾患の方が、生活習慣病によって重症化されてから見つかったのか、予防はきちんとされているのかを分析されると特徴が出るのではないかと。
- ・人工透析の比率が多いが、国保加入する前から悪い状態の人が入ってきているのか評価されると良い。
- ・年間の入院医療費が増加しているが、全国などと比較してどうか、全国的な傾向なのか KDB システムを利用していくと良い。
- ・医療費の部分では、高血圧対策で受診勧奨につなげると、外来医療費が増えてきてしまう。評価指標として、適当なのかどうなのかの検討が必要。

＜高血圧対策について＞

- ・高額レセプトの原因疾患において、循環器疾患のうち基礎疾患に高血圧が多いが、肥満以外の要因で考えると、ナトリウムやカリウム、カルシウム、お酒の問題があると考えられる。どこが課題なのかを分析することが必要であるとする。保健事業の中で、身体活動を上げていく指導をすると良い。

上記助言を受けて、泉佐野市は庁内協議を行い、データヘルス計画案を確定させた。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

委員による助言により、特定健診未受診者で未治療の人の要因分析、人工透析導入患者の保険加入歴の推移や健診受診歴、高血圧に係る課題分析、心原性脳塞栓予防に係る課題分析などをすすめ、より効果的な事業展開を図るという方向性を再確認できた。評価方法について、評価基準や目標値を定めたことによる評価方法の確立ができ、具体的にデータヘルス計画の中にも盛り込むことができた。

今後は、策定されたデータヘルス計画をもとに、実際の保健事業を PDCA サイクルを意識しながら展開していきたい。また、支援評価委員会、国保連合会で事業内容の相談や KDB の活用に関しての支援も今後も継続いただけることがわかり、非常に心強く感じている。

委員による合議のうえ進められたデータヘルス計画策定支援

～専門家による様々な視点からの助言が新たな気づきとなり、
PDCA サイクルを意識した保健事業の展開につながった事例～
<兵庫県保健事業支援・評価委員会⇒西宮市（にしのみやし）>

【保険者概要】

人口：482,301人、高齢化率：21.5% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：105,480人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：32.3%、特定保健指導実施率：41.5% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：338,196円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：保健師1人（国保部門）

支援を申請した経緯

兵庫県西宮市は、データヘルス計画の策定は国保部門の保健師1人が担当することとなった。当該保健師は初めて計画策定を担当することになり、データの効果的な分析方法が分からなかったため、不安があった。計画策定に当たっては、衛生部門の保健師に相談はしていたものの、保健事業支援・評価委員会では専門家の意見を聞くことができるため、西宮市は、国保ヘルスアップ事業の申請はしないものの、保健事業支援・評価委員会の支援を申請した。

支援の経過

兵庫県保健事業支援・評価委員会は、どのような形で保険者支援を進めていくか委員の間で共通認識を持つことを目指した。そのため対面支援の前には、委員のみで事前協議を行い、委員間での意見交換を繰り返す中で、支援のポイントを共通化することとした。

事務局による電話での事前ヒアリング（平成26年12月）

兵庫県保健事業支援・評価委員会では、委員会の場での対面支援に先立ち、様式1「現状分析による課題抽出のためのワークシート」、様式2「既存の関連事業の整理のためのワークシート」、また兵庫県連合会が独自に作成した相談内容シート（ワークシート等を整理をして感じたこと、委員会で助言を受けたいことが記入できるシート）を事前課題として提出してもらった。これら様式については、事務局にて記載内容等を電話で確認した上で委員会に提供した。

1回目の対面支援<第3回保健事業支援・評価委員会（平成26年12月19日）>

保険者と直接対面の機会を設ける前に、支援内容について委員の間で意識合わせをした方が良いとのことで、各保険者より事前に提出された事前課題を委員だけで確認をし、午後の保険者との対面支援に臨んだ。

1 回目の対面支援の場には、保険者側から国保・衛生両部門の保健師が出席した。これは、保健事業支援・評価委員会への出席を求める際、国保だけではなく、衛生部門担当の人も出席してほしいと、事務局より開催案内時にアナウンスしていたことによるものである。各支援対象保険者とも、事前に提出していた事前課題に基づき、1 時間程度、保健事業支援・評価委員会委員との間で直接意見交換がなされ、現状分析、課題抽出にかかる支援がなされた。議論の中で、西宮市にとっても多くの気づきがあり、新たな分析項目を加えていく必要性を認識した。

図表 16 保健事業支援・評価委員会の助言・指摘と西宮市の気づき・対応の方向性

支援・評価委員会からの助言・指摘	西宮市の気づき・対応の方向性
・大都市になればなるほど、ポイントを絞らないと特徴がない	・分析の視点を絞れていなかった。
・国保加入率は全体の21.9%にしか過ぎず、健康寿命や、平均寿命等の市全体の概況が、保険者の現状とずれてしまう可能性がある。	・国保加入者の多い地区等で地区毎の分析が必要である。
・要介護の原因となった疾患について、認定時のデータを取った方が良い。	・関係課に確認した所、保有していないとの回答。データ収集にも限界がある。

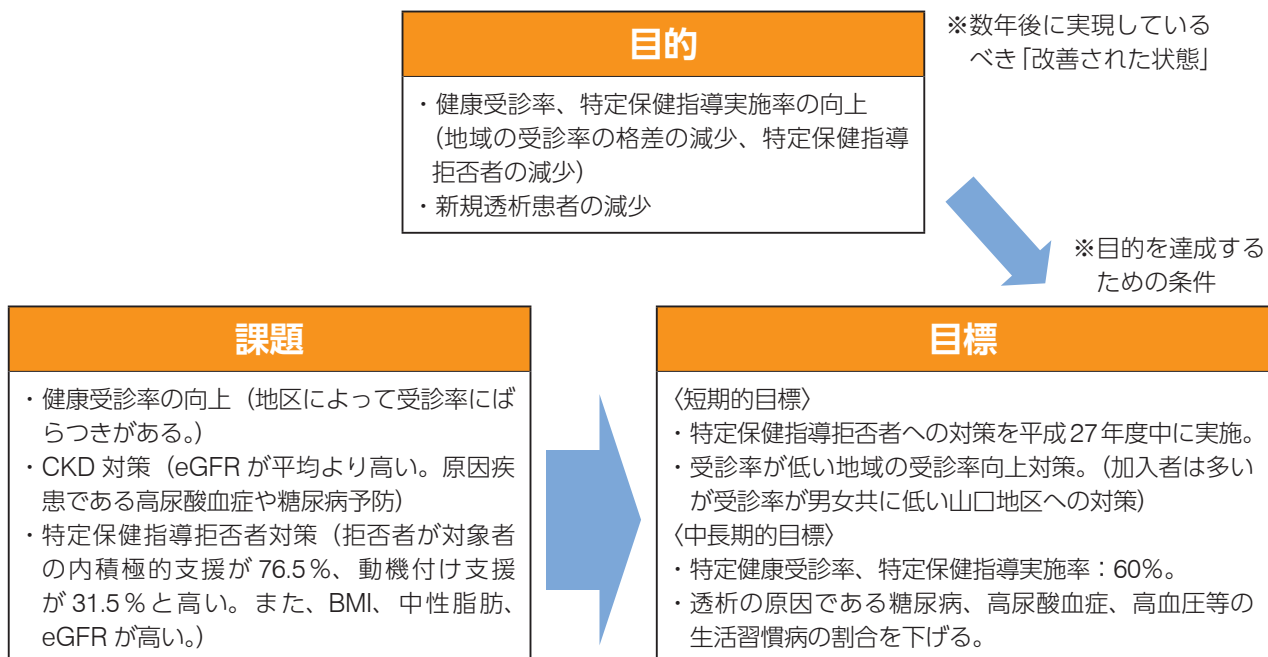
図表 17 1 回目の対面支援を受けて追加した分析項目

<ul style="list-style-type: none"> ①地区別のデータ（国保加入率、特定健診受診率、健診結果、医療費） ②特定保健指導実施者と特定保健指導拒否者の健診結果データ。特定保健指導拒否者理由。 ③人工透析のレセプト分析（《様式 3-7》）性、年齢別、経年別新規レセプト件数） ④特定健診継続受診者と未受診者の医療費の差異 ⑤メタボリックシンドロームの有無と医療費の差異
--

2 回目の対面支援前の事務局による内容確認（平成 27 年 1 月）

初回の対面支援を受けて、兵庫県保健事業支援・評価委員会では、各保険者に様式 3「目的・目標設定のためのワークシート」と相談内容シートを提出してもらった。これら様式については、前回同様、事務局にて記載内容等を電話で確認した上で委員会に提供した。

図表 18 目的・目標設定のためのワークシート（西宮市）



図表 19 保健事業支援・評価委員会（分析内容等相談会）相談内容等シート（西宮市）

①ワークシート等の事前課題を整理して感じたこと

前回の支援評価委員会では、課題の抽出までに至らず、追加の分析資料及び様式1について再考した。委員の先生方のご指摘の通り、地区別や保健指導拒否者の内の分析等対象者を絞って分析する事で課題が前回よりも見えてきた。

様式3については、KDBを利用していない為、健診データとレセプトデータを突合させて課題の抽出までには至らないため、今年度の計画についてはこの目標で実施していきたい。

来年度、KDBの利用を実施計画の案件として計上している為、利用後には、再度計画を練り直して行きたい。

②次回の保健事業支援・評価委員会（分析内容等相談会）で助言を受けたい事項について

課題の抽出や目標等で良いか確認を行いたい。

新たな課題があるようであれば助言を受けたい。

■ 委員による支援内容等の協議＜第5回保健事業支援・評価委員会（平成27年1月29日）＞

各保険者から提供を受けた様式については、事務局より保健事業支援・評価委員会に提供され、対面支援に臨む前に、委員の間で支援内容等を協議し、委員間で共有化された。

■ 2回目の対面支援＜第6回保健事業支援・評価委員会（平成27年2月2日）＞

上記の委員による状況確認を踏まえ、保険者が参加してデータヘルス計画における目的・目標設定への支援が行われた。1回目の対面支援と同様、保健事業支援・評価委員会委員と保険者側の国保・衛生両部門の保健師が出席し、1時間にわたる議論がされた。

助言を受けて、西宮市は庁内協議を行いデータヘルス計画案を作成し、保健事業支援・評価委員会に提出した。

■ 文書による支援＜第8回保健事業支援・評価委員会（平成27年3月5日）の協議結果をもとに＞

兵庫県保健事業支援・評価委員会は、提示されたデータヘルス計画案を読み込み、これまでの委員会の場での議論を踏まえ、それぞれの評価すべき点、改善すべき点等について議論した。その結果については事務局が文書にて取り纏め、後日保険者に提示した。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

保健事業支援・評価委員会との関わりは、一人では気づくことができない視点で分析の切り口等についての助言を受けることができ、西宮市の担当者にとって非常に有意義な支援となった。都市部という状況の中、特徴を見出す分析をしたほうがよいという助言を受け、西宮市は地区別に分析したり、特定保健指導の参加者および拒否者の結果を分析する等、特徴を見出すよう取り組むこととなった。その結果、保健事業に取り組むべき対象者層を明らかにでき、その後の保健事業の展開にもつなげることができた。委員

からの指摘により、既存のデータであっても、視点を変えて分析することの大切さに気づかされ、そこから見えてくるデータの広がりについても意識するようになった。

今後は、策定したデータヘルス計画を常にPDCAサイクルを回すためにも、評価を行い、計画の見直しにつなげていきたい。また、今回のデータヘルス計画策定にあたり行った分析は、衛生部門の保健事業活動にも通じるものであり、保健師が地区診断を行い保健事業を行っていく際の足がかりとなるものである。データ分析を行った強みを持って住民に対し健康教育をはじめとした保健事業を展開できることになるため、今後とも保健事業支援・評価委員会の委員に相談しながら展開していきたい。

文書も交えたデータヘルス計画策定準備のための支援

～より深まったデータ分析により保健事業のターゲットが明確になり、
データヘルス計画策定の足がかりができた事例～

<島根県保健事業支援・評価委員会⇒美郷町（みさとちょう）>

【保険者概要】

人口：5,257人、高齢化率：43.4% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：1,235人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：50.7%、特定保健指導実施率：23.3% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：457,512円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職1人、保健師2人（いずれも国保部門）

支援を申請した経緯

島根県美郷町は、県内でも医療費が高い保険者の一つで、平成26年度に国保連合会による医療費分析事業（国保財政安定化研究事業）の対象保険者となっていた。

この研究事業で調査・分析を行うため、美郷町の国保・衛生部門主管課、学識経験者（大学教授）、島根県（国保主管課・保健環境科学研究所・圏域保健所）、国保連合会からなる研究会が設置され、この中で、医療費・特定健診・死亡統計などの分析が既に行われていた。より深めたデータ分析を行うことで町の課題を明らかにし、一層の医療費の適正化を図るために、研究会における検討と同時期に、保健事業支援・評価委員会による支援を申請した。

支援の経過

■ 事務局による事前の支援

島根県保健事業支援・評価委員会は、第1回の委員会（平成26年11月25日開催）において、各支援対象保険者に対し、課題抽出のためのワークシートの提出を求め、その内容を確認した上で助言及びデータヘルス計画策定に向けた支援につなげていくという方向性を決定した。

これを受け、保健事業支援・評価委員会事務局は、データヘルス計画策定の参考とするための手順書を提示し、課題抽出のためのワークシートの提出を依頼した。

図表 20 手順書のポイント

- ・データヘルス計画の策定体制として、関係課（衛生部門、介護部門等）や関係機関（管内保健所等）と密接な連携、調整を図り、共通認識のもとで取り組みを進めていくように促したこと。
- ・データ分析のポイント等、留意すべきことを明記しており、下記のような例示をしながらワークシートに記載すべき事項について取りまとめたこと。

(例) 1人当たり医療費の水準を他保険者等との比較で明らかにする
次に、1人当たり医療費が高い疾患、他保険者等と比べて高い疾病は何か確認し、対策が必要な疾病、予防が可能な疾病を明確にする

図表 21 現状分析による課題抽出のためのワークシート（様式1） 抜粋

	現状	課題
健診データ (H20～H25)	<p>●特定健診・特定保健指導 <受診者数・受診率></p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者は毎年500人強で推移。65歳以上の男性の受診は微増しているが、50代後半の男女は減少してきている。各年の被保険者を母数とする受診率は、男性は20年が37.5%、25年が43.8%と年々増加しているが、女性は毎年約50%と横ばいで推移している。全体の受診率は平成25年度の目標値である50%に達していない。 <p><特定保健指導> H24年度速報値</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施率：43.2%（県内3番目に高い） ・保健指導実施による対象者の減少率38.1%（県内2番目に高い） ・内蔵脂肪症候群 基準該当16.7%（県16.8%）予備軍該当9.7%（10.5%） <p><BMI></p> <ul style="list-style-type: none"> ・男性の25.7%、女性の20.7%がBMI25.0以上の肥満者だった。反対に、男性の3.5%、女性の5.9%はBMI18.5未満のやせだった <p><高血圧></p> <ul style="list-style-type: none"> ・有病率：「服薬あり、または、服薬なしで収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上」の人を高血圧有病者とした。男女の約5割が有病者で、男女ともに年代が上がるほど、有病者の割合が増えた ・血圧の服薬割合は男女とも約4割で、年代が高くなるほど服薬割合も増え、70代女性では約5割が服薬していた 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標とする受診率に達していないため、継続して無受診者に対する電話や訪問による受診勧奨と治療中の方の定期受診の際に1回は受診券を使ってもらうように対象者と指定医療機関に周知していく必要がある。 ・各種精密検査受診率は特定健診、肺がん検診において低迷している。事業所健診と大腸がん検診では約半数であり、引き続き電話や訪問等による受診勧奨を行い、確実に医療につなげていく必要がある。 ・特定保健指導の実施率向上のために、対象となった方が利用しやすいように個々の状況に応じた方法と魅力ある教室づくりをしていく必要がある。

提出されたシートについては、事務局で以下の修正を依頼したうえ、参考資料として年齢調整を行った医療費等のデータを提供した。

図表 22 事務局から美郷町へのワークシートへの修正内容

<現状分析について>

- ・統計情報等の根拠となる資料の添付

<健診データについて>

- ・受診率等の目標値を記入

<課題について>

- ・「50歳代」「男性」「生活習慣」といったキーワードに着目し、職域との連携が必要な根拠を「現状」から追記
- ・精神保健対策についての必要性を明記

委員の文書による支援

第2回の保健事業支援・評価委員会(平成27年1月29日開催)は、他の保険者支援が中心に進められたが、第2回委員会終了後から第3回の保健事業支援・評価委員会(平成27年3月3日開催)までの間に、課題分析のためのワークシート(様式1)、既存関連事業整理のためのワークシート(様式2)にかかる支援・評価委員からの助言内容を文書(電子メール)により美郷町に伝えた。

図表 23 美郷町が作成した既存関連事業整理のためのワークシート(様式2)

	ポピュレーション (生活習慣)	健康受診促進	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	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合を減少させる ●目標値:H29までに20%減らす ～現状～ 40～64歳/65～74歳該当者(%) 男:24.5/23.6、女:8.0/12.6 予備軍(%) 男:9.6/6.9、女:5.3/5.5 H22特定健診生活集計より	特定健診実施率を増加させる ●目標値: H27:56%、H28:58%、 H29:60% ～現状～ 46.9% H22法定報告	特定保健指導実施率を増加させる ●目標値: H27:57%、H28:60%、 H29:64% ～現状～ 41.5% H22法定報告	糖尿病有病者数を今より増加させない ●目標値:今より高くしない ～現状～ 40～64歳/65～74歳(%) 男性:11.8/22.8 女性:2.1/10.2 H22特定健診生活集計より	血糖コントロールが不良な者を減少させる ●目標値:30%減らす ～現状～ 40～64歳/65～74歳(%) HbA1c:7.0%以上 男性:2.1/6.3、女性2.6/2.2 HbA1c:8.0%以上 男性:4.3/1.4、女性:0/0.5 H22特定健診生活集計より	糖尿病合併症発病者を減少させる ●目標値:減少 ～現状～ 糖尿病性腎症による新規透析導入者率100% 町独自調べ
対象	全住民	40～74歳約1200人	40～74歳の保健指導対象者約40人	40～74歳の糖尿病有病者以外:約千人	糖尿病患者:約250人	合併症患者:約30人
方法	年3回のウォーキング 耳寄り情報・お元気教室(2会場)月1回、1年間かけて保健師による健康教室を開催。	3年以上の未受診者・1年間の無受診者に対して電話や訪問での受診勧奨。保健班長会や各自自治体へ周知。	対象者に対してからだスッキリ運動教室へのお誘い、助成、月1回の状況確認。個別に電話や訪問での状況確認。	特定健診、人間ドック、職場健診(産業保健会加入事業所)の結果を基に糖尿病台帳作成。電話や訪問にて現状等聴取。	特定健診、人間ドック、職場健診(産業保健会加入事業所)の結果を基に糖尿病台帳作成。電話や訪問にて現状等聴取。	医療機関より診療情報提供書、栄養指導・保健指導連絡票による紹介。訪問や町の保健事業の紹介と医療機関への報告。
実施体制	交流センター等と共催、地域の活動グループへ出向いて実施	地区担当保健師が訪問や電話にて受診勧奨を実施	健康運動施設ゴールデン・ユートピアと共催	産業保健会や事業所とも連携し地区担当者が実施。	産業保健会や事業所とも連携し地区担当者が実施。	医療機関と連携:毎月1回月初めに依頼している医療機関へ連絡。
事業評価	・教室については身近な場所で開催することや、その地域の住民から住民への声かけや勧誘となり、役場から周知するより地域の方から呼びかけて頂くことで参加者が増えた。 ・ウォーキングについては、昨年度より参加人数は増えたが、参加の固定化がある。公民館事業等と共催し参加者を増やしていきたい。	・未受診理由に治療中であるため、同じような検査をしていることで受診しないという方もおられる。 ・料金の減額等より魅力ある健診に努め、徐々に健診を受診する人もあった。	・継続して特定保健指導の対象となる方がおられ、実施率が低迷している。 ・町内の健康運動施設と連携をとることで魅力ある運動教室へ参加しやすい体制(送迎、利用料の助成)にしたことで参加者が増加した。(特に男性)	・国保加入前から職場の健診において、H10から町保健師が個別指導にあたっている。 ・事業所訪問を実施しており、要精密検査の受診勧奨についても確認している。受診率は40%前後である。 ・特定健診受診者における要精密検査の受診勧奨は健診終了後3か月後と半年後に地区担当の保健師が行っている。受診率は50%前後である。 ・糖尿病新規有病者は数名いる。	・糖尿病管理台帳を基に地区担当の保健師がレポート確認や電話、訪問等で状況確認をしている。 ・職域に関しては(産業保健会加入事業所)各事業所の承諾があれば、直接本人と連絡をとり状況等を聞き、必要な情報提供や栄養指導を実施している。 ・症状が軽減した人や友の会に入会した人も数名あった。	・依頼している4医療機関からの紹介は年間10件に満たない。 ・診療情報提供書を基に栄養士や地区担当の保健師が訪問し、本人や家族に対して食事調査とその結果返し、必要な情報提供をしている。訪問結果については主治医に返している。 ・数名新規透析となった人がいる。
課題	・住民主体の地区ごとの健康づくり活動を進めていくために、自治会や地域の活動グループ、公民館等と一層連携が必要である。 ・特定健診受診率向上のために定期受診の1回分を健診として受診してもらうように医療機関にも働きかける必要がある。特定保健指導実施率向上のために保健指導のスキルアップや、より身近な地域で女性も参加しやすい教室づくりが必要である。 ・糖尿病未治療者を増やさないために健診後の精検受診率向上を目指し、継続して電話や訪問で受診勧奨し、受診結果まで確実に把握する必要がある。 ・糖尿病管理良化者を増加させ、重症化防止のために管理台帳を基に個別にはたらきかけ、医療機関とより一層連携をとる必要がある。					

図表 24 美郷町が作成したワークシートに対する保健事業支援・評価委員会の助言(抜粋)

- ・(様式1について)「質的情報」については、目標達成に向けた対策としての予防的活動の展開につながるの、日頃のポピュレーション活動から整理・分析情報があると良い。
- ・(様式2について)「ポピュレーションアプローチ」の取り組みについては、健康増進計画の推進にあわせて地域全体で生活習慣の改善が実践されていると推測するので、地域における実践活動状況と課題について加味されると良い。

上記の内容については事務局から美郷町に伝えられ、美郷町はその内容を受け、ワークシートの修正を行った。また、目的・目標設定のためのワークシート(様式3)の作成を行った。

保険者への対面支援<第3回保健事業支援・評価委員会での報告・助言(平成27年3月3日)>

保健事業支援・評価委員による保険者への対面支援は、美郷町および圏域保健所からの出席のもと行われた。まず美郷町からワークシートに沿って報告があり、委員からは以下の助言があった。

図表 25 美郷町に対する支援・評価委員会の助言（抜粋）

美郷町の現状等	支援・評価委員会からの意見
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導対象者も含めた全町民を対象とした健康教室を旧町単位で開催してきたが、参加者が少なく、固定化していた。また、特定保健指導対象者の参加が少ない。 ・ 産業保健会は、町村合併前から壮年期の平均寿命が短いということで、町内の事業所と町が協力して立ち上げ、活動していた。事務局は庁内の担当課が担っている。5年前から事業所健診の際に、保健師が出向き保健指導を行っており、参加している事業所の健診データも分析している。 ・ 一人あたりの費用額の上位を精神・行動の障害が占め、近年高い水準で推移している。年齢別に見ると20～64歳がほとんどで、気分障害が半数を占める。国保取得理由は社保離脱が多くを占める。 ・ 糖尿病管理台帳を基に、地区担当の保健師がレセプト確認や電話、訪問等で状況を確認している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ポピュレーションアプローチの評価や町の健康増進計画との整合性も考えられた上で、課題が整理されている。 ・ ウォーキング教室等、参加者の固定化は悪い結果とは限らず、固定化した参加者からつながりが増えていくことも考えられる。 ・ 産業保健会を通して、働き盛り世代への取り組みを行っており、医療機関へつなげる際にも、間を取り持って情報交換するなど、積極的な取組が行われている。 ・ 精神疾患や特定健診未受診者に関連して、引きこもりの生活習慣病罹患者の存在も意識されると良い。 ・ 糖尿病管理台帳による保健活動について、その成果がまとめられると良い。

上記助言を受けて、美郷町は具体的な保健事業の展開（①糖尿病管理台帳を基にした医療機関とのより一層の連携体制の構築、②50歳～60歳代の男性の医療費が高いことから、美郷町産業保健会との連携による生活習慣病予防と生活習慣病の管理状況を良好に保持していくための対策。事業所健診時における個別指導の場を活かした適正体重、バランス食、生活習慣病等に関する情報提供、③精神保健対策として、医療機関や地域の関係機関、民生児童委員等との連携をとりながら未受診者に対する早期介入、治療中断防止及び重症化防止の取り組み）に着手することとし、今後、データヘルス計画を策定する際の足がかりとした。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

支援を受けて、美郷町は多くのデータを保健事業の展開に十分には活かしきれていないことを改めて認識した。しかし、今回保健事業支援・評価委員会による助言を受け、データの分析・評価ができるようになり、ライフステージに沿った一次予防、二次予防、三次予防の段階別のターゲットを鮮明にすることができた。また、段階を分けて考えることで、今後の保健事業に対し優先順位をつけることができるようになった。

今後、国保のみならず職域等も含めたすべての町民に対して疾患別の対策を行い、保健事業を行政だけで進めるのではなく、地域住民を巻き込む体制作りを行っていきたいと考えている。

庁内ワーキングでの検討に対して事務局を通じた データヘルス計画策定支援

～事務局の関わりと日頃の庁内連携が実を結び、
健康課題の明確化と保健事業の実施に至った事例～

<広島県保健事業支援・評価委員会⇒庄原市（しょうばらし）>

【保険者概要】

人口：38,612人、高齢化率：39.2% ※平成26年4月1日（平成26年3月31日）現在

国保被保険者数：9,184人 ※平成25年度末現在

特定健診実施率：39.5%、特定保健指導実施率：25.3% ※平成25年度

被保険者1人当たり医療費：339,744円 ※平成25年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師2人（衛生部門）

*上記が主な担当者ではあるが、庁内の保健師・栄養士による高血圧・糖尿病対策ワーキンググループの会議の中でデータヘルス計画（保健事業）の検討を行った。

支援を申請した経緯

広島県庄原市では、一人当たりの医療費が県平均よりも高く、年々増加傾向にあり、それに伴い国保の基金保有残高率も年々低下し、対策を講じなければならない状況になっていた。そのため平成26年度中は、①医療費に見合った保険税率の設定、②健康課題に沿った保健事業の内容を検討すること、が喫緊の課題となっていた。そこで庄原市は、データヘルス計画を策定し、具体的な保健事業の展開を目指すこととした。

支援の経過

事務局による事前ヒアリングの実施（平成26年11月18日）

庄原市では、合併により保健師等専門職が支所等に分散配置されている状況において、組織内での横断的な連携を図ることを目的として、保健事業についてのワーキンググループを立ち上げていた。

事務局による事前ヒアリングは、その中の、保健師・栄養士による高血圧・糖尿病対策ワーキンググループの会議を活用して実施した。

このワーキンググループでは、事務局が様式を作成・提供したワークシート（健康リスクの進展に沿った効果的な支援策の検討）やKDBデータを使った活用事例等による、データ分析に基づいた健康課題の分析や既存の保健事業の振り返り等について協議されており、協議内容及び体制等を事務局で詳細に確認・把握するため、庄原市を訪問し事前ヒアリングを実施した。

図表 26 事務局提供のワークシート

健康リスクの進展に沿った効果的支援策の検討 (庄原市)		健康課題解決のための目標	健康課題に対応する既存事業	既存事業の評価指標
<p>目的 (目標達成できているべき)</p> <p>健康寿命の延伸</p>	<p>健康・医療費等からの健康課題</p> <p>【0歳～19歳以上の高齢者】0歳～19歳未満の特定受診者数に該当する人が増加し、健康寿命を延伸させること。(40歳代は男女とも増加)</p> <p>-男性50歳～54歳で48.2%の人が受診(県の1.4倍、目標値の1.2倍)、女性の40～44歳の受診者は34.8%で県の2.4倍と高い。</p> <p>-男性のどの年代も病後の人が病後の夕食を取っている。</p> <p>-70歳時体重から10kg以上増加した方は男性は38%で、特に50～54歳は53.5%と、県の1.2倍。女性は24.4%。</p> <p>-1回30分以上の運動習慣なしの割合は男性67.1%、女性72.8%と高い。</p> <p>-毎日の飲酒している人は、男性は57.6%で、特に30～34歳では67.8%と高い、女性は40～49歳で70%を超え、県の1.2倍である。</p> <p>-特定受診率は38.7%で、県より高いが健康意識が高い他とは言いえない。</p> <p>-被保険者千人当たりの外来レセプト件数では循環器系疾患が県の1.4倍と高く、40代から増えている。</p> <p>-被保険者千人当たりの入院レセプト件数では、糖尿病が他の1.6倍と高く、中でも15～44歳、50～59歳では県の2倍を超えている。</p> <p>-被保険者千人当たりの入院レセプト件数では、心臓病は県の2.4倍と高く、中でも50歳代では県の6倍を超えている。</p> <p>-入院にかかる総医療費に占める大分県別の割合では、精神が21.2%と一番高く、続いて新生児16.9%、循環器15.8%となっている。</p> <p>-外来にかかる総医療費に占める小分県別の割合では、糖尿病が18.0%と一番高く、続いて循環器16.4%、新生児12.4%となっている。</p> <p>-入院・外来にかかる総医療費に占める小分県別の割合では、糖尿病が7.1%と一番高く、続いて統合失調症6.9%、高血圧症5.0%となっている。</p>	<p>180%以上の高齢者で健康課題なしの人を受診者の4割に減らす(10%増)</p> <p>-病後夕食を1割に減らす。</p> <p>-体重増加を男性30%に減らす。</p> <p>-1回30分以上の運動習慣なしの割合を5割に減らす。</p> <p>-毎日の飲酒を男性50%に減らす。</p> <p>-特定受診率を45%に上げる。</p>	<p>少子子育ての認識徹底(3か月ペース、30人)</p> <p>参加者の2割に達成実施。</p> <p>【庄原市】</p> <p>【健康】</p> <p>【生活習慣】</p> <p>【運動】</p> <p>【食生活】</p> <p>【禁煙】</p> <p>【介護】</p> <p>【地域】</p> <p>【健康】</p> <p>【生活習慣】</p> <p>【運動】</p> <p>【食生活】</p> <p>【禁煙】</p> <p>【介護】</p> <p>【地域】</p>	<p>-参加者が1年単位で運動習慣として継続している人0%</p> <p>-特定受診率 104/37.5% 105/38.7%</p>
<p>被保険者のQOLの向上</p>	<p>初期の検査結果</p> <p>-特定受診率は15%で、県より高いが、さらに高める必要がある。</p> <p>-BMI25以上は40～50歳代が77%と高率で、特に男性は15%の年代も3割近くが該当。</p> <p>-糖尿病の該当者は男性50%で女性の18.2%と大きく異なる割合。</p> <p>-血糖100以上の割合は年代と共に高く、特に男性は50歳代からは5割を超え、女性も60歳代から3割を超え、同様の傾向が見られる。</p> <p>-収縮高血圧130以上は男性で60歳代を超えると5割以上に見られる。</p> <p>-HbA1cは男女とも20歳代ととも高く、60歳を超えると6割を占める高い割合となる。</p> <p>-AL131以上の男性は40～50歳代で30%を超えている。</p> <p>-LDLコレステロール170以上はどの年代も半数みられる。</p>	<p>-特定受診率を30%に上げる。</p> <p>-特定受診率対象者を増やさない。</p>	<p>-特定受診率対象者への電話勧奨</p> <p>-特定受診率対象者のフォロー事業実施(2020年7月～10月)</p>	
<p>医療費の適正化</p>	<p>リスク対応は医療費削減の要</p> <p>ハイリスク状態(リスクの重なり)</p> <p>-生活習慣病全体のレセプト件数のうち、糖尿病は38.9%あり、30歳代で限らず1.6%見られる。</p> <p>-未治療者率(特定受診者で受診勧奨票付でありながら医療機関へ受診していない方の割合)が5.7%で他の95%と、他の1.1倍と高い。</p> <p>-特定受診者で、非肥満高血圧は男性12.3%、女性9.2%で、他の1.1倍と高い。</p> <p>-特定受診者のなかで、高血圧症治療中(治療中は36.8%、治療中ではない方は75.6%、糖尿病治療中(治療中は8.7%である)。</p> <p>-治療中(治療中)でありながら有症状者となった人数は、増加傾向にあり、25年度は過去最高の690人(特定受診者の22.3%)であった。コントロール不良と思われるため、かかりつけ医師との連携により治療中の方の生活習慣等の指導が必要。</p>	<p>-未治療者率を1%に減らす。</p> <p>-治療中(治療中)でありながら有症状者となった人数を減らす。</p>		
	<p>重症化する糖尿病(高血糖コントロールプログラム)</p> <p>超ハイリスク状態(高血糖コントロールプログラム)</p> <p>-糖尿病合併症でインスリン療法は125人、糖尿病性腎症は157人。</p> <p>-糖尿病及び腎症患者のうち、生活習慣病起因で受診勧奨対象となる患者は半数あり、治療のステージ別では、腎不全率が2.8%、慢性腎症率が7.7%、早期腎症率が26.6%、合併症なしが62.6%。</p> <p>-1件当たりの入院および入院外医療費が高いのは、いずれも腎不全である。</p>	<p>-腎不全率(透析治療を含む)にならないために、早期～慢性腎症の力を医療費や生活習慣コントロール良好の状態を促す。(強化されない。)</p>	<p>-糖尿病性腎症重症化予防プログラム(2019年7月～9月の期間、24名)</p>	<p>-人工透析移行者なし</p>
	<p>高齢者管理専門医の活用</p> <p>人工透析(重症な疾患)</p> <p>脳血管疾患(重症な疾患)</p> <p>冠動脈性疾患(重症な疾患)</p>			

第1回保健事業支援・評価委員会(平成26年12月18日)を踏まえての保険者への情報提供

広島県における保健事業支援・評価委員会は、保険者から提出された各種資料及び事前ヒアリングにより事務局が把握した保険者の情報に基づき協議を行った。また、協議内容については、事務局が委員会後に再度訪問すること等により、保険者にフィードバックすることとした。

第1回保健事業支援・評価委員会において、庄原市に関しては、健康課題やそれに対応する事業等についての協議が行われ、健康課題の抽出方法や事業の方向性等について具体的な助言等が示され、その内容は次表のとおり事務局から庄原市にフィードバックした。

図表 27 庄原市に対しての支援・評価委員会の助言(抜粋)

- ・独自のキャラクターを使ったユニークな取り組みがなされている。
- ・総医療費で糖尿病が1位であり、しっかり課題に挙げられていることは良い。
- ・治療中であるもののコントロールできていない人に対してどのようにアプローチしていくのか、また、医師会との連携が重要となる。
- ・医療費において精神疾患が高いことから、ポピュレーションアプローチによる心のケア等も必要と思われる。ただし、事業の選択として発症予防の可能な疾病を優先的に取り組むことも大切になる。

- ・生活習慣病対策としてのポピュレーションアプローチについては、しっかりとした事業展開を図られているが、ハイリスク層や重症化予防対策の強化が必要と思われる。
- ・庄原市の壮年層は健診受診率が低く、糖尿病罹患者が多い。重症化予防も大切だが、受診率向上対策も必要である。壮年層からの受診率向上への具体的な対策や、運動をしている人が少ないなどの課題への対策が必要である。健康増進計画では、健康づくりに携わっている住民組織とのつながりを重視されておられ、ここを活用したポピュレーションアプローチを打ち出したデータヘルス計画が作られればよいと思う。
- ・糖尿病罹患者については新規患者の増減を検証する考え方も必要である。
- ・総医療費、1人当たりの医療費、疾病ごとの医療費、糖尿病等の新規患者の増減等、過去分も含め経年比較できるデータを活用することが必要である。

第2回保健事業支援・評価委員会（平成27年2月26日）を踏まえての保険者への情報提供

第2回保健事業支援・評価委員会では、第1回での助言等を踏まえ作成されたデータヘルス計画案について協議した。計画案は、委員会に先駆け事務局から各委員に提示しており、委員会当日は、事務局がこれまでの経緯や補足情報等を説明し、その後意見交換が行われた。

この協議結果については、次表のとおり事務局から庄原市にフィードバックした。

図表 28 庄原市に対する支援・評価委員会の助言（抜粋）

<データヘルス計画全般について>

- ・庄原市の計画は、ユニークな取り組み等もあり、コンパクトにわかりやすくまとめている。
- ・ポピュレーションアプローチを工夫されていると感心した。難しい部分を工夫して事業を拡大されている。
- ・庄原市においては、保健師が計画策定に向け定期的に集まり、母子保健・健康増進・地域包括の保健師と意見をしながら計画を作られていることは良いことと思う。

<データヘルス計画の評価方法について>

- ・データヘルス計画に記載されている評価方法は、コンパクトに示されていて良い。
- ・評価項目等がグラフで示されるとわかりやすい。
- ・計画期間を明記する必要がある。

<今後に向けて>

今後、各事業を実施し、評価指標に基づき目標の達成状況を評価する中で、必要に応じてデータの追加や目標、評価指標、事業内容の見直しを行っていただきたい。

上記助言等を踏まえ、庄原市は最終的にデータヘルス計画を確定させた。

支援を受けた保険者の気づきと今後の展望

庄原市はデータヘルス計画策定のための一連の作業によって、健康課題が明確となり、必要な保健事業について検討を行うことができた。この際、保健事業支援・評価委員会から庄原市に対して助言があり、庄原市は国保部門と衛生部門の担当者が互いに情報共有することの大切さを認識し、前向きに事業を検討することができた。

今後の課題としては、①策定したデータヘルス計画を被保険者に対して周知すること、②国保部門と衛生部門が連携しながら、常に目標を念頭においた保健事業を展開すること、③特定健診等実施計画や健康増進計画等他の計画と一体化し、医師会や自治会等との連携をより具体化すること、が挙げられる。

後期高齢者医療広域連合への計画策定支援

～効果的な保健事業の展開にあたり市町との
連携のあり方についての気づきを与えた事例～

<長崎県保健事業支援・評価委員会⇒長崎県後期高齢者医療広域連合>

【広域連合概要】

被保険者数：206,494人

健診実施率：13.7% ※75歳以上の健診受診率

被保険者1人当たり医療費：1,071,070円

データヘルス計画担当職員数：事務職1人、保健師1人

支援を申請した経緯

長崎県後期高齢者医療広域連合では、独自に医療費分析等を行った結果、前期高齢者の医療費が全国1位であり、後期高齢者に多い疾患の高血圧症や介護認定の原因疾患となる虚血性心疾患、脳梗塞、骨折等への対策が必要であるということが分かっているにもかかわらず、どのような事業を展開すればよいのか迷いがあった。また、事業の評価にあたっては、検査値や医療費の結果には表れない部分の評価も必要と考えているが、評価の具体的な方法が分からないため、保健事業支援・評価委員会の支援を受けることとした。

支援の経過

■ 事務局による事前ヒアリング（平成26年11月10日）

保健事業支援・評価委員会の開催に先立ち、平成26年11月に、後期高齢者医療広域連合の担当者（事務職員4人・嘱託保健師1人）と国保連合会事務局（事務職員3人・保健師2人）が面談し、後期高齢者医療広域連合の現状の聞き取りを行った。広域連合としては、既存事業をそのままデータヘルス計画に取り込みたい、計画策定は平成27年1月末には策定したいので、平成26年12月中には案を策定したいという意向を示していた。

これら事前ヒアリングで聞き取った内容については、事務局が第1回の保健事業支援・評価委員会で報告した。

■ 第2回保健事業支援・評価委員会での報告・助言（平成26年12月8日）

長崎県の保健事業支援・評価委員会に支援申請をした保険者は、後期高齢者医療広域連合以外に国保ヘルスアップ事業申請保険者が2保険者、国保ヘルスアップ事業以外での申請保険者が10保険者あったため、1保険者あたりの状況説明等にとれる時間が限られていた。第2回保健事業支援・評価委員会では、国保連合会事務局が、事前ヒアリングで困っている事項・助言を得たい事項を報告した。その報告に対して保健事業支援・評価委員会委員が回答し、結果を国保連合会事務局が後期高齢者医療連合に伝える形となった。ただし、

後期高齢者医療広域連合は、既にデータヘルス計画策定の作業に取り掛かっていたので、助言の内容を実際の事業実施に生かしてもらうこととした。

図表 29 広域連合からの質問と保健事業支援・評価委員会の助言

広域連合からの質問事項	支援・評価委員会からの助言
<ul style="list-style-type: none"> ・前期高齢者の一人当たり医療費が全国1位と高止まりであり、このまま推移すると後期高齢者の一人当たり医療費も全国1位になることが懸念される。より若い時期の対策を他の保険者と連携することが必要で、それぞれのデータヘルス計画においても対策が必要であると考え。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各保険者に計画や分析内容等の資料を公表し、意見を聞くことが大切である。一緒にやりませんかという姿勢、連携が必要であり、その連携をどういう形でやっていくかということを計画に盛り込んでいかかが。 ・各保険者のデータヘルス計画が出てきた際に、内容が一致しているかを確認してはどうか。
<ul style="list-style-type: none"> ・疾病分類統計では、高血圧が大半を占めている。高血圧対策を高齢者に対し、どのように、またどの程度行ったらよいのか。 ・介護認定を受けているものの原因疾患は虚血性心疾患、脳梗塞、骨折等が多いが、この対策を行う際には、いくつ(年齢)からどのような対策を行うと良いのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「75歳以上の基準値は決められていないため、保健指導のあり方に関しては配慮が必要」という厚労省の見解がある。 ・高血圧対策・循環器対策については、74歳以下での対策が必要であり、基準値を超える者への対策は事業を委託する先となる構成市町と検討する必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・評価について、受診率や改善率を想定しているが、改善が目に見えてはかられないものの評価はどのようにすればよいか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・どのくらい努力しているかの達成度でみる評価方法のままではよいのではないかと。

第3回保健事業支援・評価委員会での直接の意見交換（平成27年2月17日）

第3回の保健事業支援・評価委員会では、策定したデータヘルス計画をもって、保険者等と支援・評価委員会委員が直接意見交換をできる時間を設けた。そのため、国保連合会は保険者に事前に概要シートを提出するよう求め、記載内容を事前に確認した上で、委員会の資料とした。

委員会の場では、後期高齢者医療広域連合からの説明に20分間、委員からの助言に10分間の時間を設け、今後の事業の方向性について意見交換を行った。

支援により明らかとなった課題と今後に向けての示唆

支援により明らかとなった課題

▶ 広域連合と市町の関係

広域連合と市町間での連絡調整において、市町側の窓口は後期高齢者担当課のため、データヘルス計画や保健事業の委託説明について、実際に事業に関わる保健事業の担当者と意見交換がほとんどできていなかった。保健事業支援・評価委員会は、広域連合が全県下の75歳以上の高齢者に対して直接支援を行うことも重要であるが、広域連合が持つ情報を構成市町の保健事業担当課へフィードバックし、それぞれの市町がそれらを活かした予防事業が展開されることも重要であることから、広域連合と市町と顔の見える関係を築き、連携を強化することを助言した。市町との連携を計画に盛り込むと良いという助言を受けた広域連合は、計画の中にその事項も盛り込み、現在は広域連合から各市町の国保所管課に対し直接働きかけを行うことで、意見交換ができるようになってきている。

▶75歳からの効果的な予防的保健事業

保健事業支援・評価委員会からも「(75歳以上の) 基準値を超える者への対策は委託先の市町と検討した方がよい」と助言されたことに対しても、今後の構成市町との連携の中で、実際にどのような事業を行うことが効果的かについても検討課題としている。

▶構成市町における保健事業の実施体制や健康課題の把握に苦慮

広域連合の体制は、市町とのやり取りは事務職が担っており、構成市町における保健事業の実施体制や健康課題の把握に苦慮しているため、委託した事業の構成市町における実施状況にもバラつきがある。これらの課題の一つの解決策として保健師（嘱託勤務）の活用が考えられる。

保健事業支援・評価委員会が感じた今後に向けての示唆

- ▶ 広域連合は構成市町の広域連合の担当部署とともに保健事業の担当部署との連携を強化し、保健事業の実施体制や健康課題を把握する
- ▶ 連携のあり方を計画に盛り込み、それができているかを評価する評価指標を設定する
- ▶ 構成市町の保健事業の特徴をつかむために、広域連合の部署の職員が市町の保健師が集まる場に参加できるよう依頼する
- ▶ 広域連合と構成市町との国保データの分析結果の情報共有するネットワークを構築する
- ▶ 広域連合のデータヘルス計画と県下の市町のデータヘルス計画との整合性を図る

支援を受けた広域連合の気づきと今後の展望

保健事業支援・評価委員会の助言を受けて、後期高齢者の保健事業を効率的に進めていくにあたっては構成市町と連携をしていくことが必要であるということを確認した。これまでは市町の事業担当部署との関わりが薄く、広域連合の事業をより効果的に実施するための新たな考えを聞く機会を設けることができなかった。今後は広域連合から全県のデータをもとにそれぞれの市町へウィークポイントを示しながら、市町に自ら気づいてもらうと同時に市町の考えを聞く場を設け、互いに連携しながら保健事業を展開していきたい。

**支援・評価委員会の支援により気づきがあり、
効果的な変化が見られた保険者等の事例
(平成 27 年度)**

長期スパンで取り組む重症化予防事業の具体的な企画立案支援

～データヘルス計画の策定を踏まえて、
具体的な個別保健事業の実施に向け準備を進めた事例～
<北海道保健事業支援・評価委員会⇒苫小牧市（とまこまいし）>

【保険者概要】

人口：173,640人、高齢化率：24.96%、国保被保険者数：39,887人 ※平成27年3月31日現在

特定健診実施率：33.4%、特定保健指導実施率：11.3% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：364,944円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職2人（国保部門）、保健師2人（衛生部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

苫小牧市は、データヘルス計画策定にあたり、一定の健康課題は抽出したが、適切であるのか、さらに課題に応じた計画の立案の中で、目標値の設定や評価等についての不安があり、第三者の支援の必要性を感じ、平成26年度に支援を申請した。

平成27年度も継続して支援を申請し、平成26年度の助言内容を踏まえて保健事業を実践し、その結果から見えてきた課題について、平成27年度の支援・評価委員会で検討を行った。

支援の経過

保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年8月7日）（書面）

平成26年度に保健事業支援・評価委員会がデータヘルス計画策定に係る支援を実施した保険者を対象に、策定したデータヘルス計画の評価・助言を書面により実施した。苫小牧市の第1期データヘルス計画の評価できる点及び今後力を入れて欲しい点については、下記のとおり書面により助言があった。

【評価できる点】

●計画の理念や考え方

イラストが豊富で、知っておいて欲しい内容についてコラムを取り入れる、図表やその説明もわかりやすくするなど、被保険者に読んでもらうための工夫が随所に見られ、大変評価できる。

●現状分析

国保データベース（KDB）システムを用いて、レセプト、介護、健診データと複数の視点から現状分析と健康課題の抽出が行われており、評価できる。

●個別保健事業計画立案

既存の計画との整合性や位置づけも考慮されており、具体的な保健事業内容が記載されていること、これまでの保健事業の強化に加えて新規の事業も追加されており非常によい。

●データヘルス計画の評価について

3年間での評価ということで、段階を追った目標が設定されていることや、短期・長期の目標という考え方が取り込まれていることは評価できる。

【今後力を入れて欲しい点】

●現状分析について

肥満や高脂血症、メタボの該当率などが健康課題であるのはよいが、その原因につながる被保険者の生活スタイルといった「質的情報」が少ない印象である。「こんな生活習慣をしている人が多いので、上記有所見者が多いと考えられます。こんな生活習慣をしている人の数が少なくなることを目標としたポピュレーションアプローチを行っていきます。」といった内容も盛り込まれると、被保険者としてもどんなことに注意すればよいのかが分かりやすくなるので、さらに良い計画になると考える。

●地域資源の利活用について

地域の健康ボランティアのような人材育成についての記載もあるとよい。また、将来的には重症化予防対策も行っていかなければいけないことを考えると、今後、医療連携体制の強化を進めていくことについての記載もあるとよいと思う。

●データヘルス計画の評価について

全ての評価指標について記載するのはページ数の問題もあって難しいと考えるが、出前講座などのポピュレーションアプローチで、「健康づくりに取り組む人の割合」がどのくらい増えるかについて短期間で評価するのは難しい可能性もある。健康教室の累積受講率（3年間で一度は健康教室を受講した人）を指標とすることや、手間はかかるが、事後アンケートを実施して、知識として身についたか、自己の好ましくない生活習慣を列挙できるか、何か日常生活の中で行動を変化させたか、誰かに知識を伝えたかなどについて確認し、その人数の変化をみる等、より短期でも達成できる評価指標を複数用意しておくことを勧める。

事務局による事前ヒアリング（平成28年3月16日）

北海道の保健事業支援・評価委員会では、支援を行うにあたり、保険者の進捗状況や助言を求めるところを把握するため、事務局が事前ヒアリングを実施している。なお、北海道は支援保険者の数も多く、地理的にも広範囲にわたっていることから、電話によるヒアリングとした。

苫小牧市は、平成29年度までの第1期データヘルス計画では基礎疾患の発症予防・悪化予防に取り組み、3年間の取り組みから見えた特徴的な健康課題に対して、第2期の計画において重症化予防に取り組みたいと考えており、当初から長期スパンを見据え第2期データヘルス計画を本番と位置付けて、第1期データヘルス計画の実践に取り組んでいるとのことであった。

そのため、第2期を見据えて、庁内関係部署が連携し、住民組織へのアプローチや住民支援を通して、生活習慣改善対策に向けての協力体制づくりや、住民への健康意識啓発を主に保健事業を展開していくことを考えており、平成28年度からは医療連携へ具体的に動き出そうとも考えていることが明らかになった。

そうした中具体的な重症化予防の取組内容を検討するにあたり、①重症化予防の進め方についての基本的な考え方、②高血圧・糖尿病等の基礎疾患の悪化予防に対する考え方、③保険者が直営で取り組む重症化対策、④超ハイリスク者への支援の委託を含めた考え方について、⑤医療機関等の協力体制の在り方、⑥対象者の健康レベルに応じた重症化予防フローチャートの作成、実施に向けた基本的な押さえておくべき点、⑦重症化予防のフローチャートを医師会や薬剤師会と共有する際の留意点などについて助言を求めていることが明らかとなった。

保健事業支援・評価委員会による支援（平成28年3月22日）

保健事業支援・評価委員会では、保険者の特性や活動体制に応じた支援となるよう、保険者個々への個別支援（対面）を1保険者2時間程度実施した。

事前に提出された個別保健事業計画のワークシート等に基づき、苫小牧市の現状や課題を確認し合いながら、第1期データヘルス計画に基づく個別保健事業の評価や第2期データヘルス計画で取り組む重症化予防対策の考え方や進め方等について、委員より助言を行った。

図表1 苫小牧市の現状や課題と支援・評価委員会からの助言（抜粋）

	苫小牧市の現状や課題等	支援・評価委員会からの助言
ポピュレーションアプローチの評価	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第1に、ポピュレーションアプローチとして出前講座による健康意識の向上を図り、次に対象を絞り意識向上を図るため、対象者別のリーフレットを活用した講座を考えている。 ○ 出前講座参加者の反応は良いが、アンケート等は取っておらず、話している時の受講者の反応からとらえている。 ○ 評価については、アウトプットは実施数等、アウトカムは健康支援課の健康増進計画改定時のアンケートを活用しようと考えているが、健康講座等のリーフレットのチェックリストとの連動にまでは至っていないため、平成29年度にアンケート内容を作成する時に検討したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 出前講座を今後本格的に取り組んでいくためには、評価をどうするか、講座を聞いた市民の変化を見るデータが必要である。 リーフレットにある内容を実行する人が増える、リーフレットを見た人が増えるなど、見た人、取り組んだ人のデータを取ることを考えた方が良い。 ○ 住民の変化を評価することが次の対策や評価につながる。評価を意識した項目を取る。パンフレットを見て健診に来たのか、講座を受け受診に繋がったのか、その割合も評価になる。 ○ 講座を受けた人の出欠管理ができるのであれば、講座前後の健診の有無の実態把握をして行くことも講座の評価になる。 ○ 講座受講により健康行動が変化した人のデータや、講座の継続受講者と新規受講者の数を押さえることにより、講座の広がりが見え評価となる。 ○ 講座やリーフレットを活用した支援により、健診受診行動や健康行動が取れる等の意識の変化をデータで見せていくことが重要である。
重症化予防対策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成30年度の第2期計画が本番であり、重症化予防に向けた取り組みを進めていくため、今後は市民の意識の醸成を図り、関係機関との連携を平成28年度から進めていく予定。 ○ 重症化予防対策を進める上で、医師会には計画段階からかかわっていただき、医療と市の双方のメリットが図れるよう体制を整備していきたい。 ○ 支援対象者の基準をどうするか、対象は妥当であるか、どのような進め方をし、どんな取り組みをしたらよいのか等をアクションプログラムで作っていきたいが、先駆的に取り組んでいる事例のノウハウを取得し実施するのが良いのか、アクションプログラムを具体的に作っていきたいが、支援対象者の基準をどうするか、対象は妥当であるか、どのような進め方をし、どんな取り組みをしたらよいのかについて、迷いが生じている。 ○ 糖尿病対策は医療・介護データから見た国保・衛生の共通課題である。 ○ 高血圧対策も実施したいが、最初は疾病を絞って実施し、事業が上手く回るの見極め、高血圧対策に広げていきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重症化予防対策は、先行事例が市に合っているのかといった視点で考え、独自に考えるのがベストである。 ○ 重症化予防対策には医療連携が欠かせないため、そこを踏まえて内容を決定していくプロセスは非常に良い。医療連携を進め重症化予防に取り組むことが基本である。 ○ 未治療者を医療につなげるのが第1歩であるが、対象が広がらないことが予測されるため、次に治療中者に広げていく。 ○ アクションプログラムを作ったことにより、患者を介してかかりつけ医師の協力を得ていくのも良い。医師からの発信もあり、利用者からの発信もある。 ○ 重症化予防の必要性は病院や医師だけに知ってもらえばよいのではなく、健診を受けてなくてもプログラムに参加していただくことも良い。重症化予防のアクションプログラムをとおして治療中者へのアプローチになるとよい。 ○ 超ハイリスクの方だけに着目しがちだが、全てのステージを網羅し、対象者がいる程度絞られる糖尿病に絞って医療連携をうまく回し、次の段階で高血圧対策に手を手掛けるのは良い手法である。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

- 当初は国保部門のみで支援を受けていたが、衛生部門との連携の重要性が委員会において強調され、平成 27 年度からは国保・衛生から各 2 名が保健事業支援・評価委員会に参加となった。
- 個別保健事業を実施するうえで、全てに市が関わらなくても、住民とコラボすることで、活動以上の成果が期待できるので、市内の既存の町内会や青年団体、高齢者や若い世代の集いの場を活用し、ある程度知識のある人が健康づくりを拡げてくれる「健康ボランティア」の育成が大事であるとの助言を受け、地域資源を活用した保健事業の実施が進み、データヘルス計画を多角的に推進する力量や連携のスキルが高まった。
- 長期スパンを見据え段階的に進めていく姿勢を委員会の場で評価されることにより、自信を持ち次に進むことができた。
- 市の第 1 期データヘルス計画の中核になるポピュレーションアプローチの質的評価及び量的評価の考え方等が明確になり、地域資源を活用し、様々な活動を駆使して展開するポピュレーションアプローチの具体的な進め方や評価の方法について明らかになった。
- 第 2 期計画で取り組む重症化予防の基本的な考え方と進め方についての理解が深まったため、今後は重症化予防対策に欠かせない医療連携を進め、具体的な内容を決定していきたい。
- 国保・衛生部門が一体となって重症化予防に取り組むために、その目的・目標を共有し、市としての方向性を一致させた上で関係機関と協議を進めていきたい。

ワーキング委員の促しによる自立的な計画策定に向けた支援

～ワーキング委員による助言に基づき、国保・健康づくり部門の
一層の連携促進が図られ事業展開につながった事例～

<青森県保健事業支援・評価委員会⇒おいらせ町（おいらせちょう）>

【保険者概要】

人口：25,007人、高齢化率：23.6%、国保被保険者数：7,000人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：40.2%、特定保健指導実施率：55.3% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：291,187円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師1人（健康づくり部門） ※平成27年度

*策定には、健康づくり部門の保健師及び事務職の協力も得た。

支援を申請した経緯

青森県おいらせ町は、これまでもレセプトや統計資料等を活用し、保健事業を実施してきた。今後は、さらに国保データベース（KDB）システムを活用した被保険者の健康保持増進に努めるため、健康課題に即した保健事業を進めていくことが求められている。このことから健康・医療情報を活用した効果的かつ効率的な保健事業の推進を図るため、支援を申請した。

支援の経過

平成27年度実施体制（平成26年度からの変更点）

- ・青森県保健事業支援・評価委員会は委員会の機能を強化するため、地域の状況を把握されている保健所長5名と在宅保健師1名を新たに委員として増員した。また、支援希望保険者が1保険者から13保険者に増えたこともあり、対面支援は保健所管内毎に各2回、圏域保険者に集合してもらうヒアリング形式で行うこととした。

ワーキング委員による第1回ヒアリング（平成27年11月9日）

- ・対面支援は、医師2名（保健所長1名含む）と保健師1名のワーキング委員3名を1チームに編成し、保健所長を座長とし「保険者に成り代わってやってあげるのではなく、保険者が自身でやれるように支援する」という支援方針を進めた。
- ・ワーキング委員の質問により保険者に気付きを促すヒアリング形式で、おいらせ町が独自で作成した「データヘルス計画（案）」を用いて40分ほど意見交換を行った。
- ・第1回の対面支援の場には、ワーキング委員2名とおいらせ町の国保担当課から2名、同課健康づくり担当係から3名と、その他2町、事務局が出席した。
- ・この支援によっておいらせ町は、作成した計画案について、「データヘルス計画作成の手引き」に沿った構成になっておらず、特に「過去の取組の考察」が十分でないということに気が付き、計画全体の大幅な修正が必要であると認識した。

図表 1 データヘルス計画（案）に対するワーキング委員からの助言

- (1) データヘルス計画の作成にあたって
 - ・ 「データヘルス計画作成の手引き」に沿って作成する。
 - ・ 「市町村健康増進計画（通称：21 計画）」や「特定健診等実施計画」と整合性をとる。
 - ・ 国保部門と健康づくり部門が協働して取り組む。
 - ・ 自分たちの町の健康レベルを上げるためには何が必要かという視点を持つ。
- (2) データヘルス計画に盛り込む保健事業について
 - ・ 「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書」P14 図表 2-4 を参考に、対象者にあった事業を考える。
 - ・ これまで実施してきた事業の評価から、事業の実施方法の変更や新たな取り組みなどを検討する。
 - ・ 40 代、50 代の働き盛りの方々へのアプローチには、町健康づくり推進協議会を活用し、農協、漁協、商工会などの組織（の長）への働きかけなど検討する。
 - ・ 特定健診受診率向上には、医師（医療機関）との連携を図る。
 - ・ 保健所を上手く活用する。
- (3) 保健事業の評価について
 - ・ 「国保ヘルスアップ事業評価事業報告書」P145 のチェックリストを活用する。
- (4) その他
 - ・ 複数年計画とする。
 - ・ これまでの取り組みに対する考察・評価が必要である。（受診率向上対策や運動教室の実施、ハイリスク対策コントロール不良者との面接なども行っているとのことなので、これらを盛り込めばいいのではないか。）

ワーキング委員による第2回ヒアリング（平成28年1月12日）

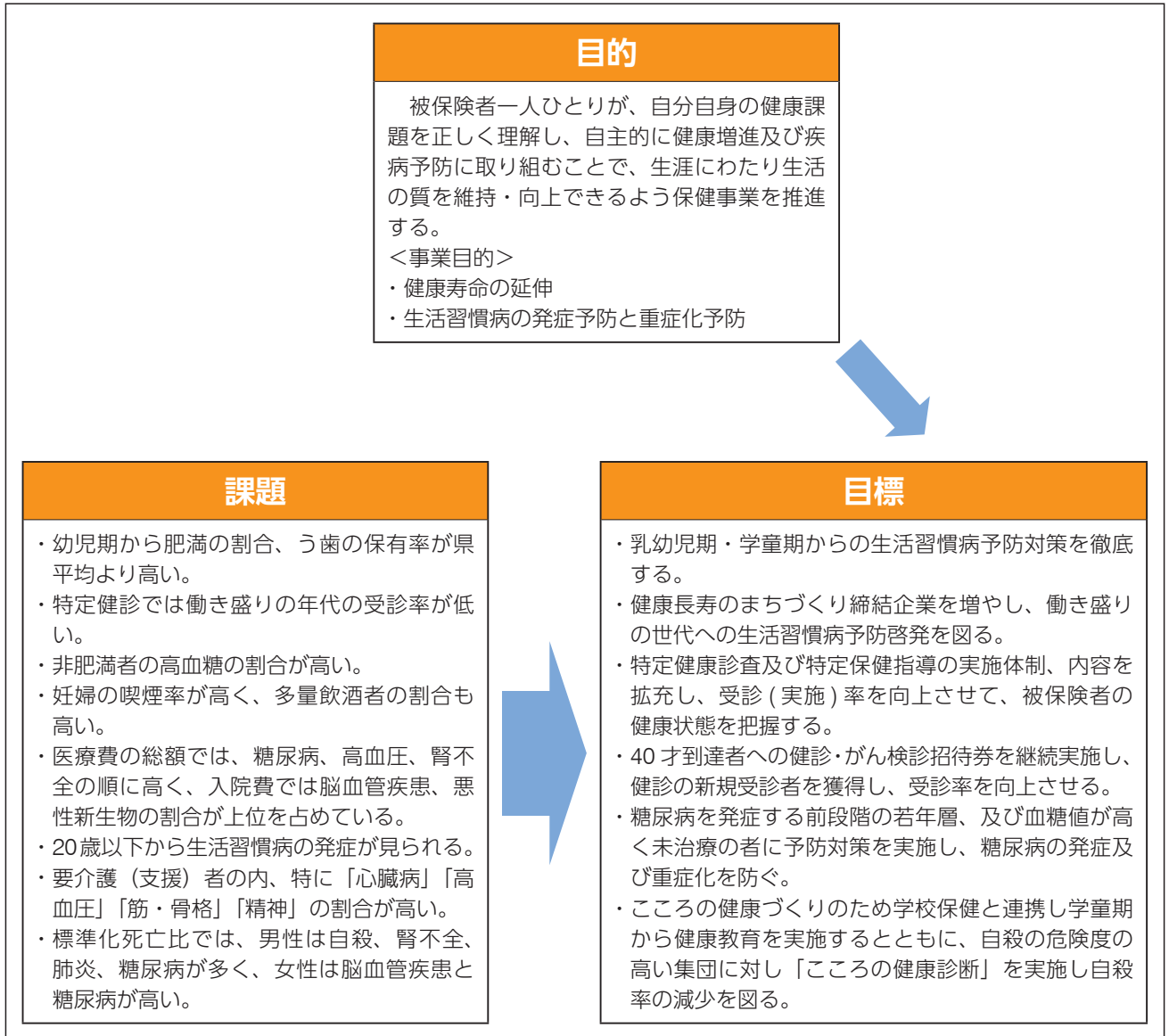
第1回ヒアリングを踏まえ、おいらせ町が修正したデータヘルス計画（案）が提出された。第2回の対面支援では、ワーキング委員3名とおいらせ町の国保担当課から2名・同課健康づくり担当係4名と、その他2町、事務局が出席し、40分ほど意見交換した。

図表 2 データヘルス計画（案）に対するワーキング委員からの助言

- 第4章「健康課題と目的・目標」
 - ・ 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン P45 を参考に、「目的・目標の設定」を追加する（図表 3）。
- 第4章（2）「保健事業の目標・評価指標」
 - ・ アウトプットとアウトカムの設定について考える。（例えば、健診受診率アップ自体が目標であれば、健診受診率がアウトカムとなり、健診受診率アップ後の成果を期待する事業の場合は、健診受診率はアウトプットになる。）
 - ・ 特定健診とがん検診の目標は一緒にせず分けて設定する。
 - ・ 「新規人工透析患者を出さない」は血糖・血圧・脂質のリスクがある方などに対象を絞った方がよい。
 - ・ がん検診受診率を年代別に捉え、40代、50代の受診率アップを図る。
- 第5章～第7章
 - ・ データヘルス計画作成の手引き P6 を参考に、庁内連携体制と庁外（関係機関）との連携体制について明記する（図表 4）。
- その他
 - ・ がんや各種疾病のリスクであるタバコ対策についても考える。

上記助言を受けて、おいらせ町は再度国保部門・健康づくり部門の両方で協議し、データヘルス計画（案）を修正、最終版として完成させた。

図表 3 目的・目標設定のためのワークシート（青森県おいらせ町）



事例
平成27年度
青森県 おいらせ町（おいらせちょう）

図表 4 データヘルス計画作成の手引き P6

<p>(5) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価方法の設定 ここでは、いつ、どのような評価を行うかを記載する。 通常、評価は事業実施後に行うものであるが、そのための評価指標や評価情報は計画策定の段階で設定しておく必要がある。保健事業実施計画（データヘルス計画）の評価は可能な限り数値で行うことが望ましく、アウトカム（成果）による評価が求められる。</p> <p>目標値の設定については、国が示す「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」に掲げられている目標値を参考として設定することもできる。また、多くの市町村においては、健康増進計画を策定していることから、それらとの整合性に留意する必要がある。</p>
<p>(6) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の見直し ここでは、保健事業実施計画（データヘルス計画）の最終年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行うことを記載する。</p> <p>評価の時期は、保険者の状況に応じて設定することができるものとし、毎年度、評価を行うことも可能であるし、例えば、最終年度など特定の年に当初策定した計画に関する評価を行うことも可能であるため、保健事業実施計画（データヘルス計画）には、評価の時期を明記する。</p> <p>保健事業実施計画（データヘルス計画）をより実行性の高いものとするため、最終年度における目的、目標の達成状況を踏まえ、実施計画の記載内容を見直す必要がある。</p> <p>実施計画の見直しに当たっては、その作業スケジュールや、見直しのための検討の場を設ける場合にはメンバー構成等についても記載が必要である。</p>
<p>(7) 計画の公表・周知 ここでは、策定した計画をどのように公表するのか（広報誌やホームページへの掲載等）、その他、計画の周知方法を記載する。</p>
<p>(8) 事業運営上の留意事項 ここでは、市町村の関係部署との連携について記載する。</p> <p>市町村においては、国保部門に保健師等の専門職が配置されていない場合もあるため、保健事業の推進に当たっては、一般衛生部門との連携が重要になる。保健師等が配置されている場合においても、地域全体の健康課題を底上げするためのポピュレーションアプローチの実施等は一般衛生部門との連携により事業を実施することも考えられる。</p> <p>また、生活習慣病の合併症は、要介護状態の原因疾患になることも多いため、65歳以上の前期高齢者に関する事業は、介護部門との連携が必要になる。</p> <p>このため、関係部署で実施している事業を活用すること、あるいは、関係部署において実際の保健事業を実施すること等を記載する。</p>

支援を受けての保険者の気づきと今後の展望

おいらせ町は、第1回ヒアリングにて提出したデータヘルス計画（案）を手引きに沿った構成とするなど、計画全体の大幅な修正を行い、第2回ヒアリングまでには、ワーキング委員の助言を真摯に受け止めて計画に反映させた。その結果、おいらせ町の状況がイメージできるようなストーリー性のある、住民に理解が得られる計画となった。

国保部門と健康づくり部門は課が同じということもあってこれまでも連携は取れていたが、データヘルス計画の策定を機に、両部門が目標達成に向けてこれまで以上に連携を深め、常に活動を評価しつつ進めるといった視点を持ちながら事業展開している。

非肥満型高血糖者保健指導事業に関する事業計画策定支援

～支援・評価委員会／事務局の助言により不安を解消し、
実践につながる事業計画の修正を行った事例～

<群馬県保健事業支援・評価委員会⇒高崎市（たかさきし）>

【保険者概要】

人口：370,720人、高齢化率：26.5%、国保被保険者数：93,723人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：36.5%、特定保健指導実施率：13.6% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：274,125円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職4人(国保部門 衛生部門)、保健師2人(衛生部門)

※平成27年度

支援を申請した経緯

高崎市は、平成26年度に支援・評価委員会によるデータヘルス計画策定のための支援を受けた。その中で健診結果において糖尿病有所見の割合が県より高いこと、糖尿病患者数が増加していること、透析者の54%が糖尿病であることが明確になり、今まで以上に糖尿病対策の必要性を認識した。

さらに、高崎市は非肥満高血糖の割合が国、県、同規模と比べ高いことが特徴として明らかになったことから、対象者を非肥満高血糖者とする糖尿病対策のための保健事業を実施することにした。

非肥満者という特定保健指導対象者以外の新たな取組になるため、平成27年度は個別保健事業の計画策定支援を申請した。

支援の経過

支援・評価委員会では2回のヒアリング及び書面による助言を行った。ヒアリングに出席した委員の構成は糖尿病専門医、県保健師、他市保健師であり、高崎市は国保部門と衛生部門の担当者が出席した。

委員会とは別途、事務局である国保連合会が市の担当保健師に対し2回の訪問と数回の電話支援を実施した。

事務局による事前準備 (平成27年8月)

データヘルス計画の現状分析結果、課題及び目的・目標と個別保健事業の実施計画の内容を記入するための用紙を高崎市より提出していただき、委員に渡した。

図表1 事前準備で使用したワークシート

保険者名(高崎市)		記載欄(資料の別添も可)	
保険者の概況	総人口	374,905人(H27.3.31現在 住民基本台帳 外国人含む)	
	面積	459.16km ²	
	国保被保険者数	40~64歳	32,960人(H27.3.31現在)
		65~74歳	38,260人(H27.3.31現在)
地域の概要	高崎市は東京から約100kmに位置し、太平洋側と北陸・新潟などの日本海側を結ぶ広域交通拠点都市として、発展してきた。市制の施行は明治33年で、平成18年1月から平成21年6月にかけて、近隣の6町村と3度の合併を経て、人口は37万人を超え、県内最大の市となった。就業人口は減少傾向にあり、第1次産業・第2次産業から第3次産業へのシフトが進んでいるもの古くから商業都市として栄えてきたという歴史があるほか、現在は、合併により平野部から山間部まで地域が拡大したことで、地域の特性を生かした多様な農産物が生産されるなど、各分野に渡る産業・経済基盤を有しているという特徴がある。		
人口構成、人口動態等	平成21年6月に旧吉井町と合併しており、その直後の平成22年の国勢調査の人口は、371,302人で、平成26年9月末の人口は374,416人であることから、総人口は微増しているものの、人口構成では、0から14歳が13.6%、15~64歳が61.6%、65歳以上が24.8%で、高齢化が進行しており、人口減少に転じるのは時間の問題と思われる。 ・特定健診受診率の伸びが鈍化しており、県、国の平均を下回っている。(特に、40~54歳までの受診率が低い。) ・特定健診の結果、HbA1cが1.1以上1.2未満の有所見者の割合		

1 回目の保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年8月21日）

1 回目の支援は、支援・評価委員会の場でのヒアリングとし、データヘルス計画と個別保健事業の整合性を確認し、課題について協議した。

図表 2 高崎市が感じる課題と支援・評価委員会からの助言

高崎市が感じる課題等	支援・評価委員会からの助言
① 対象者選定条件について。BMI 考慮するか、他の血液検査項目含めるか。	① 肥満はメタボ定義を参考として、高血糖、高血圧、高中性脂肪、低 HDL 血症のいずれかをあわせもつ者を対象としてはどうか。 (委員より糖尿病の理解を深める、糖尿病の一次、二次、三次予防を特集した専門雑誌の資料情報提供あり)。
② 目標や評価指標について、BMI24 から 22 に近づけるといった目標指標でよいのか。教室の評価指標何を使えばよいか。	② 評価指標は 3 ヶ月後の生活改善目標達成状況といった行動変容を指標にしてはどうか。ジュースの本数が減ったとか、教室参加前後の食事の写真を皆でみるなど。
③ プログラム内容は対象者のモチベーション上げるためにどうしたらよいか。非肥満者の特徴として「気をつけて頑張っている。これ以上何をしたら・・・」という方がいた。	③ 教室だけでなく個別支援についても検討し、内容も 1 日目栄養指導、2 日目運動指導というように様々なプログラムで、ニーズに対応していく。今までと違う自由な発想で考えてみてはどうか。非肥満の場合「カルピスは薄めて頻回に飲む」「果物を欠かさずビタミンミネラル摂っている」など生活と意識を個別にじっくり聞く必要があるのではないか。
	④ 今までの経験上、事業への参加は対象者の 1 割ということであれば、参加しない人へも教育的要素のある通知内容を考えてはどうか。

事務局による電話支援（平成27年8月下旬～9月）

支援・評価委員会での 1 回目の支援の後、市の担当者には、不安が残っていたため、事務局が電話をし、その不安点を聞き取り、解決策を一緒に考えるようにした。

具体的には事業を担当するスタッフが今までは、保健指導において健康課題がはっきりした人に係わってきたため、非肥満の方への指導に当たり、「やせた人が来たときにどのような指導をしたらよいかイメージできない」という不安を抱えていた。そこで、事務局としては市の内部で勉強会の機会を作る提案をした。

また、支援・評価委員会委員に状況報告したところ「糖尿病看護認定看護師に相談してみたらどうか」と提案があったため、その旨を高崎市に伝えた。

糖尿病看護認定看護師訪問への同行（平成27年10月6日）

高崎市がアポイントを取り、市の事務職、保健師と事務局保健師で医療機関の糖尿病看護認定看護師に対面で助言を受けるために訪問した。高崎市から個別保健事業の計画の内容について伝え、病院で行っている指導内容、媒体などについて情報を得た。また、「数値でわかることや、参加者が体験できることがモチベーションに繋がる。とにかくじっくり話を聞くことが重要」というアドバイスも受けた。さらに、① 随時血糖測定を行うと良いこと、② 6 ヶ月プログラムが良いこと（6 ヶ月継続で習慣化する。3 ヶ月では成果が見えにくい）、③ 「やせているのになぜ血糖が高いのか」という疑問にこたえる教材、④ セルフモニタリングを行わせると良いこと、などについて助言いただき、内部検討することとした。

1回目の事務局による訪問支援（平成27年10月20日）

糖尿病看護認定看護師の助言を受けて修正した事業計画の不安点を確認した。1日目は血糖測定、高血糖状態の理解に関する保健師の講話、血糖値を下げやすい食生活に関する管理栄養士の講話、目標設定の内容だった。①参加者が目標を立てられるか、②保健師の講話の内容を「非肥満の病態」にしてはどうかという点について、一緒に考えた。

随時血糖測定を使い、1時間・2時間測定値のプロットグラフを作成することで体の理解を促進し、案内通知にも載せて集客をはかる内容を検討した。

2回目の保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年11月6日）

2回目の支援では、1回目のヒアリング助言及び委員提供の資料より抽出対象を確認した。

また、今までの支援をとおして整理された国保・後期高齢者ガイドライン（以下、ガイドライン）の様式4、教室プログラム、使用媒体、講話スライド、案内通知の検討をした。

支援・評価委員会からは以下の助言があった。

①プログラムについて

- ・微調整しながら進める。想定外のこともフレキシブルに対応する。
- ・案内は「なぜ自分のところに通知が届いたのかがわかる内容にする。HbA1cの経年変化などを入れて、自分のこととして理解してもらえる工夫が必要。
- ・教室参加後の事後フォローについて検討することが必要。

②評価について

- ・教室参加者の個人評価は、参加者が初回に設定した目標への自己評価、集団評価は参加の前後比較とプログラムへの満足度等率直な意見を把握する。
- ・事業評価はスタッフの自己評価や参加者アンケートにより量的評価の他に質的評価を行い次年度へ繋げる。

2回目の事務局による訪問支援（平成28年1月29日）

ガイドラインの改正に伴い評価の4つの要因について考え方を共有するために事務局が訪問した。事業評価は、教室参加者と対象者全員のどちらを対象とするのか目的と合わせて整理して聞き、参加しない人への情報提供の成果はどうするか、案内に過去3年間の血糖の変化を入れた評価はどうするかなど一つ一つ評価指標を一緒に考えた。

保健事業支援・評価委員会及び事務局による文書支援（平成28年2月）

ヒアリングでは時間が限られているため、2回目の事務局による訪問支援を踏まえて提出された資料内容について委員が文書にて助言した。

情報提供のパンフレットは、空腹時血糖が正常でも食後の血糖の変化に特徴があり、食後の高血糖を抑えることを中心としていたので、委員からは、その意味がより伝わる内容に工夫するよう助言があった。

事務局は特に保健師の講話内容について、食事と血糖の関連や1日の血糖変化など体の仕組みを参加者が理解して随時血糖測定の意味を考えることができるかという視点で確認した。

これら全ての内容を受けて、高崎市は内部検討を重ね、非肥満型高血糖者保健指導事業に関する計画を修正し、平成28年度から実施することとした。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

初めての事業のためどのような対象にどのように展開していくか不安があったが、支援・評価委員会という後ろ盾があり、新たな試みの具体的な方法等についての理解が深まった。

また、支援をとおして以下のような多くの気付きが得られた。

- ・対象者選定について、今までは HbA1c のみで見えていたが、追加のリスクや 20 歳からの体重増加などを含めて絞り込むべきという専門医の助言により、将来の重症化予防を考えた視点で選定することができた。
- ・案内通知は、集客だけでなく参加しない 9 割の方にも生活について気付いてもらえるような内容に変更することができた。また、HbA1c の経年の数値を入れたことの効果については、参加者アンケートで確認する計画とした。
- ・教室プログラムは既存のものにとらわれることなく、参加者が自分の血糖の動きを把握できるツールや食べ物の選択ができるよう考えるなど、媒体を工夫して事業目的に沿った内容を意識して考えることができた。
- ・事業に係わるスタッフの勉強会が必要と感じた。スタッフから「肥満の高血糖であれば、課題も明確で改善に向けての提案もしやすいが、今までの経験から非肥満でわずかに高値の方は、“改善の行動をしているのに、数値がよくなるらない”というイメージがあり、生活習慣をよく聞いても一緒に悩んでしまう。」という言葉が聞かれた。そのため、糖尿病専門クリニックで多くの事例に接している方を交えて事例検討などを行い、スタッフの知識技術の底上げをはかっていきたい。
- ・評価については、今までじっくり考える機会がなかなかとれず、何人来た、満足度はこうだったとアウトプット中心の振り返りだった。今回支援を受ける中で、「それは事業評価につながるのか？」と問いかけられ考える機会があり、評価指標が整理できた。毎回教室終了後の反省会の意見についてもストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの 4 つに整理することで具体的・実践的に来年度に繋げることができると感じた。

この支援を受けた計画について、PDCA を意識してまわし、今後の事業の計画・実践につなげていきたい。

※認定看護師とは、日本看護協会による資格認定制度のひとつであり、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践の出来る認定看護師を社会に送り出すことにより、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図ることを目的としている。2016 年 1 月現在、特定されている認定看護分野は 21 分野あり、以下の過程を経て認定される。

- ・ 日本国の看護師免許を有し、免許取得後、実務研修が通算 5 年以上あること（うち 3 年以上は認定看護分野の実務研修）
- ・ 認定看護師教育機関（課程）修了（6 か月・615 時間以上）
- ・ 認定審査
- ・ 認定後、5 年ごとに更新

※糖尿病看護の分野では、血糖パターンマネジメント、フットケア等の疾病管理および療養生活支援等が求められる。

（日本看護協会ホームページより引用）

国保組合のデータヘルス計画策定を支援

～担当事務職と連合会事務局による入念な事前準備により計画策定につながった事例～
 <埼玉県保健事業支援・評価委員会⇒埼玉県薬剤師国保組合>

【保険者概要】

国保被保険者数：2,811人 高齢化率：15.3% ※平成28年4月1日現在

特定健診実施率：37.5%、特定保健指導実施率：0.0% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：188,549円 ※平成27年度末

データヘルス計画担当職員数：事務職1人 ※平成27年度末

支援を申請した経緯

国民健康保険法第82条第4項に基づく「保健事業の実施等に関する指針」により、データヘルス計画の策定が保険者の取組として求められている。

こうしたことから、埼玉県薬剤師国保組合では、これまでも毎年度実施していた特定健診・特定保健指導等の実施状況の把握に加え、新たな展開としてデータから見える健康課題を明確化していくことからはじめてみようと思い、支援を申請した。

支援の経過

埼玉県薬剤師国保組合から、担当事務職1人が主体で計画策定を行うため、支援・評価委員会開催前に準備期間を設け、国保連合会事務局と調整しながら計画案を策定したいとの要望があった。そのため、事務局による事前支援を行うこととした。

事務局による事前支援（訪問支援4回実施、メールによる支援3回実施）

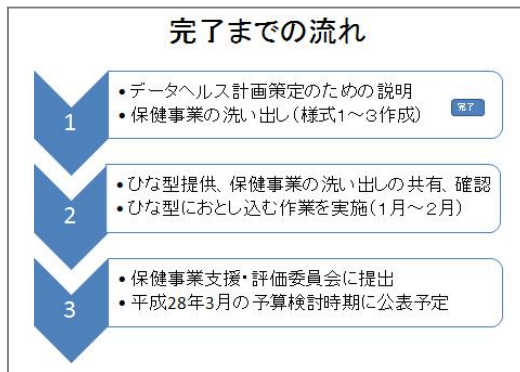
【現状分析・課題の共有】

- 事務局では、現状分析及び課題の共有のため、事前ヒアリングを2回にわたり実施した。これまで埼玉県薬剤師国保組合が実施してきた保健事業の内容や申請書の内容に基づき、ワークシートを活用して、どのような課題を抱えているかなどの情報を共有した。

【KDBシステム活用支援・現状分析】

- 事前ヒアリングに加え、国保データベース（KDB）システム活用及び現状分析の支援のため、事務局は訪問支援を実施した。その他、メールによる支援も行った。具体的には、計画策定に向けたスケジュール、保健事業の課題を共有しながら、本会が作成した国保組合向けのデータヘルス計画のひな型に保険者の状況を落とし込む作業を支援した。また、データヘルス計画に記載するデータについて、KDBシステムの帳票の抽出方法、現状分析の内容等をとともに確認した。

図表 1 事前ヒアリングで使用した事前ワークシート



図表 2 現状分析で使用したデータ及びワークシート

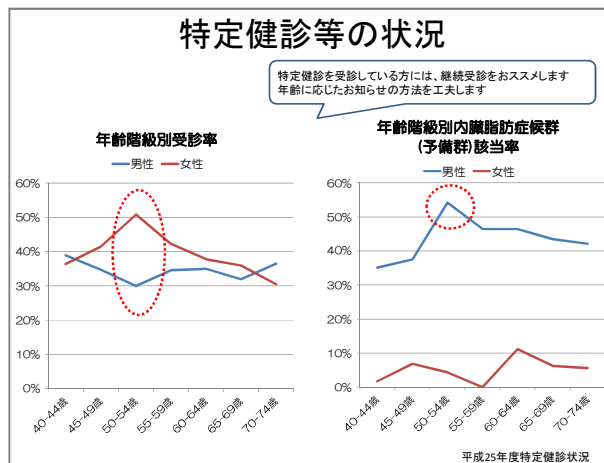
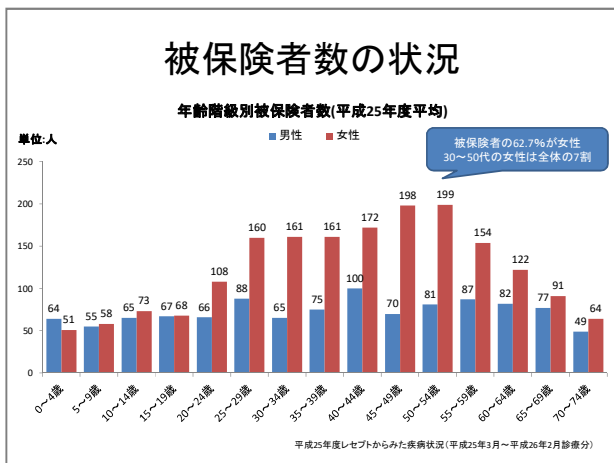
【データから見える被保険者の状況】

<被保険者の状況から>

- 被保険者の62.7%が女性である。
- 30～50代の女性は7割を占める。
- 市町村国保に比較すると若い世代の被保険者が多い。

<特定健診等の状況から>

- 初年度である40歳の受診が低迷している。
- 年齢に応じた、継続受診勧奨の必要性がある。
- 年齢階級別内蔵脂肪症候群(予備群)の該当者は男女差が大きく、年齢階級にも差がある。



薬剤師国保の既存の取組み

	特定健診・特定保健指導	疾病予防事業	健康増進事業	女性のための事業	その他の事業
目的・目標	メタボリックシンドロームに着目した健診内容で該当者・予備群を早期発見し、保健指導を行うことで生活習慣の改善に向けての支援を医師療養の枠での適正化を図る。	被保険者の健康管理・疾病の早期発見の為に、受診者の費用軽減と多様な受診機会の確保を図り、疾病の重症化を軽減する。	適度な運動及び、気分のリフレッシュ等で、健全な心身を保ち疾病にふかめにくくすると共に精神的疾患の減少を目指す。	被保険者の占める女性の割合が高いため、女性の健康保持を図る。	組合員への様々な情報発信を基に健康及び組合事業への関心を促す。
対象(状態像・人数)	当該年度の4月1日時点で被保険者であり年度中に40～75歳に到達する者1,575人(平成25年度4月1日時点)	基本、全被保険者 項目によって対象が異なる場合がある	基本、全被保険者 項目によって対象が異なる場合がある	被保険者の62.7%が女性。特に30～50代の女性は全体の7割	基本、全組合員
実施方法	【特定健診】 受診方法A) 埼玉県医師会を通じた集合契約に基づき対象者に「受診券」を交付し、契約医療機関で特定健診を実施する。 受診方法B) 好きな医療機関で特定健診基本項目を含む健診を受診し、その健診結果を組合へ提出した者に対して、健診費用に対する補助金を交付する。 【特定保健指導】 埼玉県医師会を通じた集合契約に基づき対象者に「利用券」を交付し、契約医療機関で実施する。	疾病予防に対する次の事に関して補助金を交付する。 ● 近きた健診(検診) の受診費用を補助 ●特定健診受診者に 面112 の受診費用を補助 ● 7/7 予防接種の様種代を補助 ● 11 検診を郵送検査にて実施	健康増進に対する次の事に関して補助金を交付する。 ●スポーツする施設を利用した際に利用料を補助 ●契約保養施設、あるいは日本全国好きな施設に宿泊した際に宿泊費を補助	●子宮けいがん・骨粗鬆症を郵送検査にて実施 ●40歳未満の被保険者の健診(検診)補助は、自分で検査項目を選択して受診できるようにする。(例:乳がん検診等可) ●出産した被保険者に祝い金を支給	●1年間無受診の世帯を表彰する。 ●医療費通知を年6回送付 ●組合広報誌を年3回発行 ●埼玉県薬剤師会雑誌「国保だより」を毎月掲載 ●その他実情に応じ適切と認められる事業を随時実施
事業評価		平成25年度に保健事業のリーフレットを作成して配布したら大幅に利用者が増えた。	平成24年度までは契約保養施設のみだったので利用者が少なかつたが、好きな宿泊施設へ枠を広げたら利用者が急激に増えた。		
課題	①特定健診の新規受診者が少ない。新たな層への働きかけが必要である。 ②特定保健指導の利用率が低い。若い等で利用する人が増えない。初回面談から終了までの期間が長いことも低率の要因となっている。 ③入院医療費で女性特有のがん等が多いことから、早期発見のための事前の健診が重要である。健診を受けられるような補助事業を充実していく必要がある。				

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン(様式2) 既存の関連事業の整理のためのワークシート 平成26年度作成

事前支援を行う中で、保険者の課題として以下が明らかとなった。

【保険者の課題】

- ① 特定健診の新規受診者が少ない。
- ② 特定保健指導の利用率が低い。忙しい等で利用する人が増えない。
- ③ 入院医療費で女性特有のがん等が多いことから、早期発見のための事前の健診が重要である。
- ④ 脂質異常の服薬状況が埼玉県、同規模、国と比較し高い。
(薬剤師国保組合：10.2%、埼玉県：4.8%、同規模保険者：3.7%、国：5.0%)
- ⑤ 外来の医療費は、生活習慣病に起因する疾病が約23%を占めている。

【保健事業支援・評価委員による助言（平成28年1月26日）】

埼玉県薬剤師国保組合は、事務局の支援を受けて策定したデータヘルス計画案を支援・評価委員会に提出し、委員から以下のような助言を得た。

【保健事業支援・評価委員による主な助言】

- ① 生活習慣病に起因する疾病を減らすための具体的な方法について、保健事業の実施内容として掲載するとよい。
- ② 具体的な数値目標があると評価しやすいので、数値目標値を検討する。
- ③ 実施評価の表に実績値を入れて、目標値を入れてもよい。
- ④ 今回、取り組む項目を重点項目として書き出すとよい。
 - ・ 新たに40歳に到達する者の受診率をどのようにあげるか（具体策）
 - ・ 情報提供の工夫の詳細
- ⑤ 目的、目標を明確にし、PDCAの展開が分かる表にするとよい。

これらの助言を受けて、埼玉県薬剤師国保組合は、KDBシステム等を活用したデータ分析を盛り込む等の計画案の修正を行い、公表へとつなげた。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

- ・ 支援を受け、事業の対象者へのアプローチ方法（一律に行うのではなく、重点的に関わる年齢、疾患等を絞る）や評価指標の考え方等が明確になり、それをデータヘルス計画に反映させることができた。
- ・ 限られた人的資源・財源の中で効果的に保健事業を推進することを考えたとき、既存事業を掘り下げて、具体的な数値目標を立て、実施していくことが必要であるということに気がついた。
- ・ 現在は実際に事業を実施している段階にあり、まず、データヘルス計画や医療費の状況を広く会員に知ってもらうために、薬剤師会の会報誌に「データヘルス計画に関するデータ等」をシリーズ掲載した。
- ・ また、新たに健診受診対象となる「40歳」の被保険者に受診してもらえよう取組を進めており、受診勧奨通知をした対象者から反応があった。通知の仕方を工夫することにより、申込みにつながることを実感している。
- ・ 今後、計画に基づいた事業展開にあたっては、実施した事業の振り返りと評価について意識していきたい。

グループワーキングで得た他の保険者の情報を活用

～委員会及びグループワーキングの場を活用した
複数保険者に対する細やかな支援の実施により計画策定につなげた事例～

< 神奈川県保健事業支援・評価委員会⇒厚木市（あつぎし） >

【保険者概要】

人口：225,126人、高齢化率：23.2%、国保被保険者数：61,374人 ※平成28年4月1日現在

特定健診実施率：32.1%、特定保健指導実施率：16.5% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：287,639円 ※平成27年度（KDBより）

データヘルス計画担当職員数：事務職2人（国保部門）、保健師1人（衛生部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

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改正等、データヘルス計画の作成・実施が推進される中、厚木市では特定健康診査及び特定保健指導の実施率の減少等の課題があった。これらの対策としてもデータヘルス計画を策定し、計画に基づいた特定健康診査の実施率向上等による生活習慣病等の予防・早期発見や糖尿病性腎症重症化予防等を実施することで被保険者の健康寿命の延伸及び医療費の適正化に繋げることを目指した。

そこで、国保ヘルスアップ事業に申請し、実効性のある計画及び効果的な保健事業の実施に繋げるため、保健事業支援・評価委員会から計画策定や事業内容について助言を求めることとした。

支援の経過

■ 事務局及び県保健福祉事務所による事前のグループヒアリング（平成27年9月2日）

国保連合会事務局では、平成27年度に国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の支援希望保険者が増加したため、効果的な事業実施の手段として、県保健福祉事務所にも事業に協力してもらい、保健福祉事務所管轄でのグループ支援を実施することとした。そのため、委員会事前ヒアリングについても保健福祉事務所職員の参加のもと2保険者同時に行い、これまでに実施している保健事業の振り返りをワークシートにまとめ、課題の共有を図った。

近隣地域でのグループで事業の振り返りを行ったことにより、ヒアリング時点でも取組や課題に対し保険者同士で相互にアドバイスなどが行われた。

図表1 これまでに実施している保健事業の振り返りのためのワークシート

事業名	開始年度	事業の目的及び概要	実施体制	対象				振り返り			
				対象者	性別	年齢	範囲	実施状況 ※アウトプット等	成功・推進要因	課題及び阻害要因	
健康 診査	特定健診 受診率向上 対策	H20 年度	【目的】 特定健診受診率向上 【概要】 モデル地区未受診者 に受診勧奨ハガキを送付	直営	健診対象者 で未受診者	男女	40～74	対象者 全員	H26 発送数 12,140 人 受診者数 2,044 人 受診率 16.8%	各年度に応じて、受診勧 奨対象者を変更させるな ど、その年度に応じた対 応をとることができた。	全体の受診率は増加せ ず、減少している。
健康 診査	特定健診 受診率向上 対策	H20 年度	【目的】 特定健診受診率向上 【概要】 メディア等を活用し、 健診の受診を促す。	直営	市民	男女	全員	全員	広報紙、ホームページ、 ケーブルテレビ等による啓発 H26 年度から駅前広場にて 街頭キャンペーン		全体の受診率は増加せ ず、減少している。
健康 診査	特定健診 受診率向上 対策	H25 年度	【目的】 特定健診受診率向上 【概要】 受診勧奨モデル地区 を選定し、「まちの保健室(健 康相談事業)」会場で啓発事 業等を実施する。(月1回)	直営	モデル地区 健診対象者	男女	40～74	対象者 全員	モデル地区選定 (10 地区中) H25 2 地区 ・荻野 ▲1.1% ・玉川 ▲1.1% H26 4 地区 ・荻野 0.6% ・玉川 2.3% ・依知 0.5% ・相川 2.6% H27 6 地区 (H25、H26 実施地区)	衛生部門等、関係各課と 連携を図ることにより、 行事等の際に啓発するな ど連携を図ることができ た。	モデル地区を選定し、啓 発事業等を衛生部門等と 連携し実施しているが、受 診率は増加していない。 まちの保健室参加者は高 齢者が多く、また、参加 者は固定傾向にある。

保健事業支援・評価委員会（平成27年9月24日）とグループワーキング（11月11日）による事業課題に対する支援の実施

1 回目の保健事業支援・評価委員会ではワークシートの内容を確認し、委員からは次のような助言がされ、特定健診・特定保健指導の課題についてはグループワーキングで掘り下げることとなった。

【委員からの助言内容】

- ・ 公民館単位での健診受診率向上の取組を、受診率が低い地区を対象に行っても、ノウハウがないのに難しく、頑張っても効果が出にくい場合、協力を得られそうなところで受診率向上に繋がる仕組みをつくってから、それ以外の地区（低い地区）で実施してみると良い。
- ・ 受診率向上の仕組みについては、国保担当者だけが直接行うものではなく、地域の自治会等の住民組織をうまく使うことが重要。
- ・ 若い層の受診率向上については、医療機関から検査データを貰い特定健診を受けたとみなす、みなし健診の仕組みを採用するのも良い。

グループワーキングでは、3 保険者が特定健診・特定保健指導の法定業務に関する事業の課題について委員と課題対策に向けて意見交換を行った。委員からは「医療機関等に協力説明する場合は、どれくらいの働きかけが必要なのかを示した方が良い。受診率を5%上げたいから、今より1 医療機関で30 人多く受けていただければ達成できるなど、具体的に説明をする方が医療機関の関わりが分かりやすくなる。」など事業を行う上での基本的なことや、「人間ドックの補助等については、受診してほしい年代に対し、補助額を手厚くするなどの工夫が必要。」など、他市町村へのアドバイスも含め多くの助言がされ、参加保険者全体で共有した。

保健事業支援・評価委員会（平成27年12月10日）と個別支援（平成29年1月19日）による計画策定に対する支援の実施

2 回目の保健事業支援・評価委員会では、各保険者から計画の素案が提出され、それぞれについて委員会から改善が必要なことについて意見が上げられたが、委員会場で全てを見ることはできないため、追加支援が必要な保険者に対し、担当委員を決めて個別支援を行うことになった。

2時間を限度に2回実施した個別支援では厚木市が作成した計画の素案に対し、改善が必要と見受けられる点について、委員より改善案の説明を含めた細かな支援が実施された。事務局は、委員会及び個別支援の場での意見を基に、委員会による意見書を作成し、保険者へ提供した。

図表 2 委員会による意見報告書の内容

- 計画に使われている図（グラフ等）が複合表示されているものが多く見受けられますが、分かりづらいものについては、その図が示している特徴が分かりやすいように整理してください。
 受診率の推移のグラフでは県内平均受診率と厚木市の受診率の推移を折線グラフで、更に厚木市の健診対象者と健診受診者を棒グラフで一つの図表にまとめていたが、グラフから読み取れる特徴は「受診率は県内平均と比べ高いものの、県内平均は増加傾向にある中、厚木市は減少傾向にある。」ということであり、対象者と受診者は経年の比較では変化が見えないので、グラフから削除する。
- 全ての図表に対し、図表から読み取った分析の考察を文章にして計画に記載してください。その上で図表の示す内容を再度確認し、課題や対策に結び付かないものについては省略し、逆に対策を行う上で根拠が少ないものについては、図表を追加するなどして一般の被保険者にとって分かりやすい構成で計画をまとめてください。
 例：生活習慣病発症・重症化予防の対策において事業を実施する上で、対象者の把握や現状を説明する図表が無い場合、対策を進めるための根拠が乏しくなるので、健診結果におけるリスク有所見者の状況や重症度別の治療状況を分析した図表を追加する。
- 特定保健指導利用率の減少については、重大な課題の一つであると見受けられます。利用率の減少等に対して、国保部門と衛生部門とでこれまでの経過や取組についての考察等の議論が充分に出来ていない印象も感じますので、両部門で連携して事業が進められるための議論の場や仕組み作りを計画の中にも記載して、事業に取り組んでください。

支援を受けての保険者の気づきと今後の展望

（保険者の意見）

厚木市では従来特定健康診査受診率及び特定保健指導利用率の向上のために、受診勧奨通知以外に地区の行事に事業担当職員が参加するなどして受診勧奨を行ってきたが、地区行事への参加は高齢者がほとんどで健診対象者が少ないなど、保健事業支援・評価委員会から、あまり効率的ではないとの指摘を受け、実施方法を見直す機会となった。改善を図るため、受診勧奨者の抽出に関して未受診者を医療分析の結果から調査し、生活習慣病患者においては、通常の診察で特定健康診査と同等の診療（検査）を行っていることが分かり、受診率が上がらない一因となっていることが判明した。今年度については、アプローチする対象者を絞るなど一部改善して行うことで受診勧奨をより効率よく実施したい。

また、保健事業支援・評価委員会および委員参加のグループワーキングにおいて、近隣市町村の状況把握や課題等について意見交換する事が出来たため、被保険者にインセンティブを提供する取組の事例やデータヘルス計画策定時の目標値の設定方法を参考にすることが出来た。

（今後の展望）

厚木市では平成28年度より糖尿病性腎症重症化予防事業を委託で実施しているが、担当課に非常勤保健師を1名配置し、実際の保健指導のノウハウ等を学びながら進めてきた。現在は1医療機関のみでの実施だが、平成30年度からは市全体への展開を目指しており、平成28年度の保健事業支援・評価委員会では対象者の選定方法等について助言を受けている。特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上等の取組についても、計画で設定した評価指標の達成状況を踏まえ、今後も事業内容の改善等について保健事業支援・評価委員会による助言をもとに、効果的な保健事業の実施に繋がられるよう継続した支援を受けたいと考えている。

委員会での進捗報告により計画内容を着実に推進

～地域全体を俯瞰し、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの両輪で保健事業を体系化し実践に取り組んでいる事例～

<福井県保健事業支援・評価委員会⇒敦賀市（つるがし）>

【保険者概要】

人口：66,143人、高齢化率：26.7% ※平成27年10月現在

国保被保険者数：15,193人 ※国保データベースシステム（KDB）平成27年度累計

特定健診実施率：26.3%、特定保健指導実施率：22.5% ※平成27年度法定報告

被保険者1人当たり医療費：363,530円 ※平成26年度

データヘルス計画担当職員数：保健師4人（保健衛生部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

敦賀市では、平成26年度に健康増進計画を見直した際、市民の健康寿命を延伸するためには、個別指導を中心とするハイリスクアプローチだけでは不十分で、ポピュレーションアプローチとの併用が重要であると感じていた。これらの視点を盛り込んだデータヘルス計画を策定したいと考えていたところ、専門家のアドバイスをもらえる「保健事業支援・評価委員会」のを知り、平成26年度に支援を申請した。

平成26年度の計画策定支援に続き、平成27年度はそれを踏まえた国保ヘルスアップ事業の実施について支援を申請した。

支援の経過

委員会の開催前に、保険者が保健事業を展開していく上で何に困っているのか、委員からどんな助言を得たいのかを明確にするため、事務局による敦賀市への聞き取りを行った。その内容を委員に報告し、委員会の持ち方を企画した。

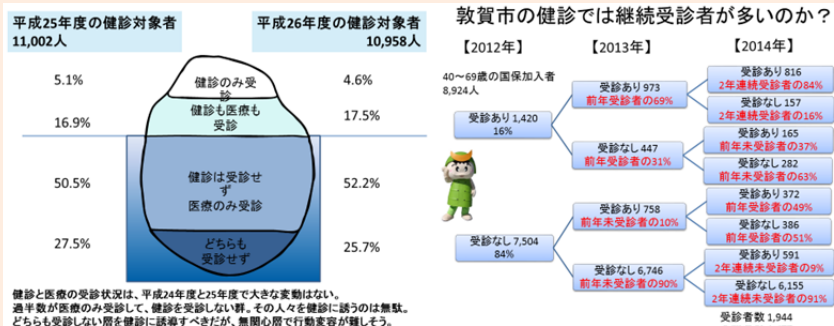
事前ヒアリング（平成26年12月～平成27年3月 計26回）

委員会という限られた時間内で、敦賀市が求める助言を十分に行うには限界があると予想されたため、事務局が事前に聞き取りを行い、委員会までに解決すべき課題と委員会で協議する課題に分類した。そして、事前に解決すべき課題については、事前ヒアリングで解決できるよう委員長に協力を求めた。

事前ヒアリングは主に委員長と事務局が担当し、委員長は「計画策定の基本的な考え方」「目標・評価指標設定」等について助言し、事務局は助言内容が反映されているかチェックし、反映されていなければ、さらに委員長の助言を得られるよう取り計らった。課題が解決されるまで、事前ヒアリングを重ねたことで敦賀市の学びが深まったと同時に、委員会で協議すべき論点が絞り込まれる確かな助言を受けることができた。さらに、委員会を傍聴した他の保険者も、委員会の目的を明確に捉えることができた。

事前ヒアリングの概要は以下のとおりである。

図表 1 事前ヒアリングの概要

日時	方法	ヒアリング内容
H26年12月 計1回	面接	第1回ヒアリング (参加者：市担当者、保健所長、大学講師、県国保担当課、連合会) ○地域全体を俯瞰するために必要な医療・健診等データを連合会が提供し、協議を通じて健康課題を明確にした。
H27年 1～3月 計2回	面接	第2、3回ヒアリング (参加者：市担当者、保健所長、大学講師、県国保担当課、連合会) ○計画の目標・アウトカム指標について協議した。
4月 計3回	電話、メール (委員長、 連合会保健師)	○敦賀市の全体像が把握できる福井県オリジナル「標準データ集」を作成提供し、健康課題について読み取り支援を行う。 ※標準データ集（抜粋）  ○データヘルス計画における目標・アウトカム指標の再確認 ・健康課題と目標は、表裏一体の関係とする ・上位目標には、被保険者が3年後に「なっていてほしい状態」を文章で記述する ・「なっていてほしい状態」を定量的なアウトカム指標とその数値で表す。 ・上位目標が達成できるような2年目、1年目の中間目標を設定する
5月 計4回	電話、メール (委員長、 連合会保健師)	○データヘルス計画 確認 各目標に届く介入策がモレなく用意されていて、2年目の介入策の準備を1年目で終える計画とする
5月13日		【第1回保健事業支援・評価委員会】
6月9日 計1回	訪問 (連合会保健師)	○1年目の中間目標に届く介入策の実施状況について意見交換
6月24日		【第2回保健事業支援・評価委員会】
11～12月 計4回	電話、メール (委員長、 連合会保健師)	○1年目の中間目標の到達度を確認する
12月15日		【第3回保健事業支援・評価委員会】
12～3月 計11回	電話、メール (委員長、 連合会保健師)	○福井県オリジナル「PDCAサイクルシート」を活用し、事業を展開して中間目標を達成できたか、次年度には何を修正すべきか確認する。
H28年 3月15日		【第4回保健事業支援・評価委員会】

保健事業支援・評価委員会による支援<第1回支援・評価委員会（平成27年5月13日）>

敦賀市が、平成26年度に策定したデータヘルス計画の概要を報告し、各委員から以下のような助言を得た。

【委員からの助言】

- ・現状に対する考察が足りない印象を受けた。仮説を立てて検証する方法で考察をさらに深めるとよい。
- ・特定健診、保健指導の目的は生活習慣病の予防・改善であり、いくら受診者を増やしても、長年にわたって生活習慣が改善され、維持されなければ意味がない。改善効果が期待できる健診後の仕組みを確立することが第一である。加えて、有所見者に限らず、すべての受診者に生活習慣改善を勧め、生活習慣改善にチャレンジするようにテーマを与えることが望ましい。

- ・特定健診受診率を向上させるには、ただ受診するよう促すのではなく、年替わりのオプション検査を追加するなどして「受診しないと損だ」と思わせる仕掛けを作り、経年受診へ誘導することも有効である。
- ・重症化予防としては、健診結果で要医療となった方を確実に医療につなげることが重要である。医師間では紹介状を届け、返書を送り返す仕組みがあるが、特定健診では確立していないため、地元医師会との連携を図る必要がある。

保健事業支援・評価委員会による支援<第2回支援・評価委員会（平成27年6月24日）>

敦賀市がデータヘルス計画1年目の介入策の実施状況を報告し、委員から助言を得た。

目標の一つに掲げている『「医療なし・健診なし」群の被保険者が健診を受けるようになる』を実現するため、複数の介入策（①地域でFace to Face 勧奨、②対象者の特徴に応じた勧奨を検討する、③申し込みを簡便にする、④健診受け忘れを予防する）を実施していた。それらのうち、健診未受診者をセグメント化し、各層にあった受診勧奨を行う取組について委員の助言を求めた。

【委員からの助言】

- ・『平成29年度までに「医療なし・健診なし」群の割合を23%に減らす』を評価指標に挙げているが、健診を一度も受診したことがない者への勧奨と、不定期受診者への勧奨等を併せて実施するのであれば、各々のセグメントごとに目標値を挙げるとよい。

上記助言に対し、敦賀市は、下記のようにセグメントごとに目標値を設定し直した。

	対象者数	目標値	
		受診者数	受診率
1. 不定期受診者① ・前年度受診歴あり ・前年度受診歴なし&医療あり	1,461	730	50.0%
2. 不定期受診者② ・前年度受診歴なし&医療なし ・健診未経験者&医療なし	2,664	200	7.5%
3. 健診未経験者&医療あり	2,860	143	5.0%
4. 過去3年間の新規国保加入者	2,828	283	10.0%

保健事業支援・評価委員会による支援<第3回支援・評価委員会（平成27年12月15日）>

敦賀市は計画1年目の評価指標としてどのようなものを設定したかを提示し、各委員より具体的な助言を得た。

【委員からの助言】

- ・「計画の各年度の目標とアウトカム指標」の中にアウトプット指標が紛れ込んでいる。アウトカム・アウトプット指標を再整理する必要がある。

委員会終了後、委員長から敦賀市に個別指導をしていただき、下記のように評価指標を整理した。

図表1 「計画の各年度の目標とアウトカム指標」の整理（抜粋）

○修正前

	上位目標 【最終アウトカム指標と目標値】	2年目の中間目標 【中間アウトカム指標と目標値】	1年目の中間目標 【中間アウトカム指標と目標値】
1	「体に良い生活習慣についての情報」が無関心層にも届くようになる 【健康情報発信に協力してくれる地区・企業・団体数が前年度より増える】	体に良い生活習慣についての情報を、よく見聞きするようになったと感じる人が増える 【健康情報の発信に協力してくれる地区・企業・団体数 6か所】	体に良い生活習慣についての情報をわかりやすく発信する
2	2-1 40.50歳代の受診率が上がる 【40歳代の受診率 13%】 H26年度 8.5% → 4.5% アップ 【50歳代の受診率 20%】 H26年度 13.3% → 6.7% アップ	2-1 「今から健診年齢！」を実感できる人が増える 【40歳代の受診率 4% アップ】 【50歳代の受診率 4% アップ】	2-1 「今から健診年齢！」を実感できる人が増える 【40歳代の受診率 4% アップ】 【50歳代の受診率 4% アップ】
	2-2 毎年健診を受けることが習慣になる人が増える 【継続受診者の割合前年度以上】	2-2 来年も健診を受けようと思う受診者が増える 【継続受診者の割合 60%】	2-2 健診に対する良い印象を持つ受診者が増える 【新規受診者のうち受けて良かったと感じた方 60%】
3	高血圧Ⅲ度の人が減る 【受診者の血圧のコントロール率が上がる】	未治療・治療中断者が減る 【集団健診時Ⅲ度高血圧者全数フォロー】 【尿蛋白陽性者の全数フォロー】	未治療・治療中断者が減る 【集団健診時Ⅲ度高血圧者全数フォロー】 【尿蛋白陽性者の全数フォロー】



○修正後

	上位目標 【最終アウトカムと目標値】	H28年度末の中間目標 【中間アウトカム指標と目標値】	H27年度末の中間目標 【中間アウトカム指標と目標値】
A-1	生活習慣改善策を実践中の被保険者が増える 【実践しようと思ったと回答する来所被保険者 80%以上】 【実践中の来所被保険者 60% ↑】	生活習慣改善策を実践しようと思う被保険者が増える 【実践しようと思ったと回答する来所被保険者 70%以上】 【実践中の来所被保険者 50%】	全被保険者向けに生活習慣改善策を検討・準備する 【生活習慣改善策が準備できたか】
A-2	受診者が健診後に生活習慣改善に取り組む 【29年度問診票で「改善に取り組んで半年未満、半年以上」と答える継続受診者 55%以上】	受診者が健診後に生活習慣改善に取り組む 【28年度問診票で「改善に取り組んで半年未満、半年以上」と答える継続受診者 40%以上】	受診者が健診後に生活習慣改善に取り組もうと思う 【健診後結果相談会や教室アンケートで「生活習慣改善しようと思う」と答える参加者 90%以上】
A-3	健診で見つかった要医療者が医療につながる 【29年度健診のⅢ度高血圧、HbA1c7.0以上、肝炎保因者が医療受診する 80%以上】 【28年度健診のⅢ度高血圧、HbA1c7.0以上、肝炎保因者が医療継続中 70%以上】 【29年度健診の尿蛋白陽性者が再検査を受ける 80%以上】 【28年度健診の尿蛋白陽性者が医療受診中 70%以上】	健診で見つかった要医療者が医療につながる 【28年度健診のⅢ度高血圧、HbA1c7.0以上、肝炎保因者が医療受診する 80%以上】 【27年度健診のⅢ度高血圧、HbA1c7.0以上者が医療継続中 60%以上】 【28年度健診の尿蛋白陽性者が再検査を受ける 80%以上】 【27年度健診の尿蛋白陽性者が医療受診中 60%以上】	健診で見つかった要医療者が医療につながる 【27年度健診のⅢ度高血圧、HbA1c7.0以上者が年度内に医療受診する 70%以上】 【27年度健診の尿蛋白陽性者が再検査を受ける 80%以上】
B-1	「医療なし群」の健診受診者が増える 【医療なし健診受診者 1,750人（対前年比 100人増）】 【健診も医療もかかっていない人の割合 21%】	「医療なし群」の健診受診者が増える 【医療なしの健診受診者 1,650人（対前年比 150人増）】	「医療なし群」の健診受診者が増える 【医療なしの健診受診者 1,500人（対前年比 200人増）】
B-2	継続して健診を受ける人が増える 【28年度新規受診者の継続受診率 60%以上】	継続して健診を受ける人が増える 【27年度新規受診者の継続受診率 55%以上】	健診に対する良い印象を持つ受診者が増える 【新規受診者が健診に好印象を持つ 80%以上】

保健事業支援・評価委員会による支援<第4回支援・評価委員会（平成28年3月15日）>

整理し直した評価指標を用いて、目標への到達状況を市が報告し、それを受けて2年目に向けた改善点について助言がされた。

【委員からの助言】

- ・ 計画は市内でいかに連携していくか、地域組織活動を活用できるかが重要なポイントになる。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

保健事業支援・評価委員会及び委員長等からの個別支援は、敦賀市にとって保健事業を俯瞰的にみるきっかけとなった。

支援を受けて、「特定健診等事業実施計画」は健診を入り口とした計画であるため、被保険者のごく一部にしか介入できないことに気付くことができた。そこで、被保険者全体を見て健康づくりをしていくポピュレーションアプローチの視点を盛り込みながら、委員会の助言のもとデータヘルス計画を策定していった。

前年度に「健康増進計画」の見直しを行い、市民一人一人の健康づくりを推進する必要性を強く感じていたことや本計画の戦略的な保健事業の枠組みに市の上層部も大いに理解を示し、折しも、敦賀市総合計画策定の時期と重なったことから、健康づくりが本市の総合計画の柱の一つに位置づけられた。そのことが、市として健康づくりに積極的に取組むきっかけとなった。さらに本計画の上位目標の一つである生活習慣病の重症化予防については、委員の助言を受けながら実際の事業実施をしていく中で、医師会との連携のもと健診後のフォロー体制整備が進み、さらに健診受診率の4%向上にもつながった。

今後も、保健事業支援・評価委員会や、国保連合会で開催される「データヘルス計画モニタリング研修会」等の支援を受けながら、各年度の評価が次年度の事業展開にしっかり繋がるよう保健事業をPDCAサイクルに沿って実施していく。

丁寧な既存事業の振り返りによる個別保健事業計画立案を支援

～保険者がこれまでの活動の“足元”を見つめるきっかけとなった事例～
＜岐阜県保健事業支援・評価委員会⇒関市（せきし）＞

【保険者概要】

人口：91,057人、高齢化率：26.4%、国保被保険者数：24,603人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：33.5%、特定保健指導実施率：17.4% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：352,041円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：保健師1人（国保部門）、保健師2人栄養士1人（衛生部門）

※平成27年度

支援を申請した経緯

関市では、これまで市独自で特定健診の結果や国保連のシステム（国保データベース（KDB）システム、岐阜県独自システム健康情報データバンクシステム）を活用して市の現状分析を行い、保健事業を展開してきた。データヘルス計画を策定するにあたり、現状分析や保健事業の方向性が妥当なのかどうか、また今後の保健事業の展開・評価の仕方等について、第三者の意見を聞いて検討できるチャンスだと思い、国保ヘルスアップ事業の申請はしないものの、専門家の助言が受けられるということで、保健事業支援・評価委員会へ支援を申請した。

支援の経過

事務局による事前ヒアリング

国保連合会事務局では、関市の職員と連合会職員の相互理解を深めるとともに、市の保健事業について関係者から直接状況を聞くことにより、委員からの具体的な助言を得ることをねらいとして、支援・評価委員会開催前に入念な事前ヒアリングを行った。

図表 1 事前ヒアリングの概要

日時／ 所要時間	場所もしくは手段 (メール/電話等)	ヒアリングの 中心となる項目	内容
7月16日 (2時間)	関市武芸川保健 センター	現状分析	情報提供された資料と追加 (SMR、生活習慣病の医療費、医療費増加の要因など) を使って、市の現状分析を行い、健康課題までを話し合った。
8月26日 (2時間)	関市保健センター	現状分析 事業評価 課題設定 事業選択	保健事業の振り返り：糖尿病予防対策事業の現状の洗い出しと健康課題を解決するための具体的方法を話し合う。事業のフロー図の作成、事業評価について話し合った。
9月30日 (2.5時間)	国保連合会	目標設定 事業評価 課題設定 事業選択	評価委員 (山本 Dr、田中先生) より、計画に盛り込むべき課題と事業について直接助言をもらった。保健事業の妥当性について、現状把握の段階での再度確認が必要と感じた。
11月4日 (2.5時間)	中部学院大学	事業選択 事業評価 その他	9月30日の内容に対して田中委員から助言を得た。現状分析及び対象事業と評価方法の具体的助言を直接やり取りしながら進め、これから進めようと考えているデータヘルス計画の目的・目標の設定を確認した。
11月10日 (1.5時間)	関市保健センター	目標設定 事業評価 課題設定 事業選択	データヘルス計画の対象事業の絞り込みと効果について、今までのデータと保健事業の振り返りを行って保健事業でねらえる効果について話し合った。
12月7日 (1.5時間)	国保連合会	目標設定 課題設定 事業選択 事業評価	重点保健事業の位置づけとデータヘルス計画の目的・目標についてと保健事業の効果と今後目指す方向性について確認をした。

事前ヒアリングにおける関市の気付きは以下のようなものであった。

- 1) システムを使ったデータを多く用いて、国保と衛生の職員が現状分析や課題の抽出に多くの時間を費やして検討を行った。事務局による支援を通じて今までもデータを見てきたが、データのつながりや関連性について考えることができた。
- 2) 保健事業の振り返りでは、平成26年度に実施した保健事業の結果と平成27年度に実施している保健事業の目的・目標について、資料 (市の保健事業実施報告書) を使って振り返った。振り返りの結果明らかになったのは、平成27年度の事業の目的に対する評価や事業のねらいが前年度の結果を踏まえたものになっていなかったということであった。具体的には、参加者や対象者の減少は気にしていたが、関わった人たちが事業を実施した後にどうなっているのかの追跡を意識して行っていなかったことに気が付いた。事業の効果を継続的に見ていき、事業で関わった人たちの変化を見逃さないようにしたいと考えた。
- 3) 事業の目的・目標の設定においては、単年の事業見直しとは違い、中・長期的な計画の中でどのようなことを実現していこうと考えているのかをまとめる必要があったため、国保と衛生の関係者全員で何回か話し合いをもった。今後の事業の目的や方向性について皆の意見を出しあって、深めることができた。

保健事業支援・評価委員会による支援

関市は事業評価を行うためには計画的に事業を実施するだけでなく、どのような効果があるのかを事前に考える必要があると認識していたが、委員会の場において、経年的な評価方法と評価指標など助言を得ることができた。

また、以前からデータ分析は行ってきたが、委員会からは、データの見方をより広げていく方法についての助言も得られた。加えて、現状分析の手法が正しいかなど、担当者の漠然とした不安にも対応していただけたので、市は事業の目標設定に生かすことができた。

図表 2 保健事業支援・評価委員会による支援

	日時／ 所要時間	支援内容	具体的な支援内容
支援の状況	12月22日 (30分間)	目標設定 事業評価 課題設定	支援・評価委員会ワーキンググループによる支援 保険者とのヒアリング
	平成28年 1月14日 (2時間)	その他	ワーキンググループによる助言を元に追加・修正 された計画の提示

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

連合会からの特定健診結果やレセプト情報などを使った豊富な統計資料の提供により、関市の現状を多角的に分析でき、健康課題が明確になった。また今後の保健事業の在り方だけでなく、方向性についても検討することができた。そして保健指導に関わる全ての職員が、市の健康課題をふまえた個別保健事業を実施することが必要であると確認できた。

今回支援を受け、様々な検討をした結果、関市の重点的に取り組む健康課題を「糖尿病対策」とした。平成21年度から糖尿病予防対策事業として75g糖負荷試験（OGTT）を実施しながら保健指導の強化を行っていたが、連合会から年齢調整後のデータや、標準化や重症化疾患の分析を行えるデータの提供を受けたことにより課題が明確になり、今後も糖尿病対策事業の継続が必要であること及び特定健診の受診を促進させる必要性を再認識できた。

市は既に多くの保健事業を実施してきている。事業の実施根拠は市や保健所保有のデータで分析し、評価は事業実施回数や参加者・対象者の数、割合などで実施していたが、今後は保健事業に参加した人たちにどのような影響を与えているのかという視点も大切にして、住民の声もデータとして残し事業評価の中に入れていきたい。従来行ってきている保健事業についてどこまですべきかという観点と、どこまで出来るのかという観点から見直すことが出来た。

市にとってデータヘルス計画策定は国保・衛生担当者がともに、意見を出し合いながら、自分たちの活動の“足元”を見つめる良い機会となった。

ワークシートの活用により保険者の課題を明確にした支援

～委員会・補助委員の助言等により課題が明確化でき、必要な保健事業に気付けた事例～
＜滋賀県保健事業支援・評価委員会⇒野洲市（やすし）＞

【保険者概要】

人口：50,768人、高齢化率：23.8%、国保被保険者数：10,470人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：53.3%、特定保健指導実施率：29.9% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：360,616円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職2人（国保部門）、保健師2人（衛生部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

野洲市は、「野洲市ほほえみやす21健康プラン」および「野洲市国民健康保険特定健康診査・特定保健指導実施計画」に基づいて保健事業を実施している。更なる被保険者の健康増進を図るため、「野洲市国民健康保険保健事業実施計画」（以下、「データヘルス計画」）については、市の国保部門の事務職と衛生部門の保健師とで作成することとなり、国保ヘルスアップ事業の申請はしないものの、専門家の助言が受けられるということで、保健事業支援・評価委員会（以下、「委員会」）へ支援の申請をした。

支援の経過

委員会では、保険者との対面による支援を実施している。また、傍聴も可能で、提出資料は委員会参加保険者と希望する保険者に提供している。

委員会において、データヘルス計画の策定支援を希望する保険者は、提出資料として「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」で示された様式1～3の作成と提出を必須としている。また、平成27年度より円滑な委員会の進行のために、補助委員（公衆衛生部門の大学院生）と事務局、保険者による事前打合せを行っている。

市での事前準備（平成27年8月から5回）

野洲市では、先に委員会に参加していた他の保険者の提出資料や国保データベース（KDB）システムのデータ等を参考に、1回目（10/18）の委員会に提出する様式1～3を作成するため、国保部門から3名と衛生部門から5名の職員が、課題の抽出等を協議しながら計画素案の作成にとりかかった。

1回目の補助委員及び事務局による事前打合せ（平成27年10月14日）

事前打合せには、市の国保部門の事務職1名と衛生部門の保健師1名が出席し、提出資料である様式1～3の内容について、補助委員と事務局とで1時間程度内容の確認を行い、以下の点について、助言を受けた。

- ・様式1の医療費のデータにおいて、人工透析の対策をたてるためには、原因疾患を把握する必要がある。
- ・様式2において、既存の保健事業は、具体的な事業内容の記載が必要である。

1 回目の保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年10月28日）

市は、事前打合せを受けて人工透析患者の高血圧・糖尿病・脂質異常症の有所見率を透析患者の起因疾病のデータに修正した提出資料と助言を受けたい内容をまとめたものを併せて委員会に提出した。1 回目の委員会へは、国保部門の事務職 1 名と衛生部門の保健師 1 名が出席し、市からの質問に対して以下のような助言を受けた。

図表 1 1 回目の保健事業支援・評価委員会での助言内容

市からの質問内容	委員の助言
(データの読み方について) 健診受診者の 1 人当たりの医療費が高いのは、健診受診後適切に医療にかかっていると考えてよいか。	健診受診率が高く、健診未受診理由の調査にて上位の理由にあがる医療機関受療中の人々が健診受診者に含まれているため、医療費が県や国と比較して高いと思われる。健診受診後医療機関に繋がると医療費は上がり、1 人当たり医療費が上がる 1 つの要因と考えられる。しかし、1 人当たりの医療費が高いのは、健診受診後適切に医療にかかっているとまでは言いきれない。
(保健指導事業について) 特定保健指導の利用率を上げる方法について。	アウトソーシングの利用や、個別指導をされているのであれば集団指導を取り入れる方法もあるが、特定保健指導の利用率が上がらない原因を分析することが重要である。その対策を考えないと、利用率の向上には繋がらない。
(計画策定について) 「歯科分野」について計画の中に盛り込む方がよいか。	歯科について数値で示すことのできる指標項目がないと評価できず、計画に取り入れられないのではないかと。歯科分野について「野洲市ほほえみやす 21 健康プラン」で取り組まれているのであれば、高血圧や糖尿病、脂質異常症の方が重要な危険因子であり、その対策がより必要ではないか。

質問項目に対する助言以外に、以下の助言を受けた。

- ・ いろいろな方面から分析できているので、
死亡が多い疾患は何か → 危険因子は多いのか（健診有所見率） → 医療費はどうか
という順に課題を整理してはどうか。
- ・ 健診有所見率は、県内の順位をみて評価されてはどうか。

2 回目の補助委員及び事務局による事前打合せ（平成27年12月24日）

市の国保部門の事務職 1 名と衛生部門の保健師 1 名が出席し、「データヘルス計画」と「個別保健事業実施計画」の素案について、補助委員と事務局とで 1 時間程度内容の確認を行い、以下の点について助言を受けた。

- ・ 健康課題と個別保健事業計画とで連動性が必要である。
- ・ アウトカムの目標値に具体的な数値が必要である。

2回目の保健事業支援・評価委員会による支援（平成28年1月14日）

市は1回目の委員会の場での対面支援と同様に、事前打合せを踏まえ、健康課題と整合性のとれた保健事業計画にされ、アウトカムに目標値を可能なかぎり入れて修正した資料、委員会で助言を受けたい内容をまとめたものも併せて提出した。出席者についても1回目と同様に、国保部門の事務職1名と衛生部門の保健師1名が出席し助言を受けた。

図表2 2回目の保健事業支援・評価委員会での助言内容

市からの質問内容	委員の助言
特定健診受診率、特定保健指導利用率やメタボ該当者予備群の減少率を特定健診・特定保健指導第2期実施計画と同様にしているが、目標値が過大となっていないか。	市の他の計画との整合性もあるため、目標値は特定健診・特定保健指導第2期実施計画と同じでよいのではないかと。また、目標値が過大と思われる場合は、実現可能な目標値をもう1つ設定されてはどうか。健診受診率は高いため、目標達成可能ではないかと。
目標値のアウトカムの設定が妥当か。	アウトカムは保健事業の目的に合致した設定が必要であるが、個別保健事業の課題に対する目標と事業に対する目標があるため、どちらか1つにした方がわかりやすいのではないかと。また、目標値は現状値から妥当な値を設定してはどうか。

質問項目への助言以外に、以下の助言を受けた。

- ・「健康課題と対策の方向性」は具体的な内容を示されているため、これを反映した目標値をたてると、より具体的な保健事業の実施計画ができるのではないかと。
- ・重点項目を決めて、個別保健事業を策定されてはどうか。

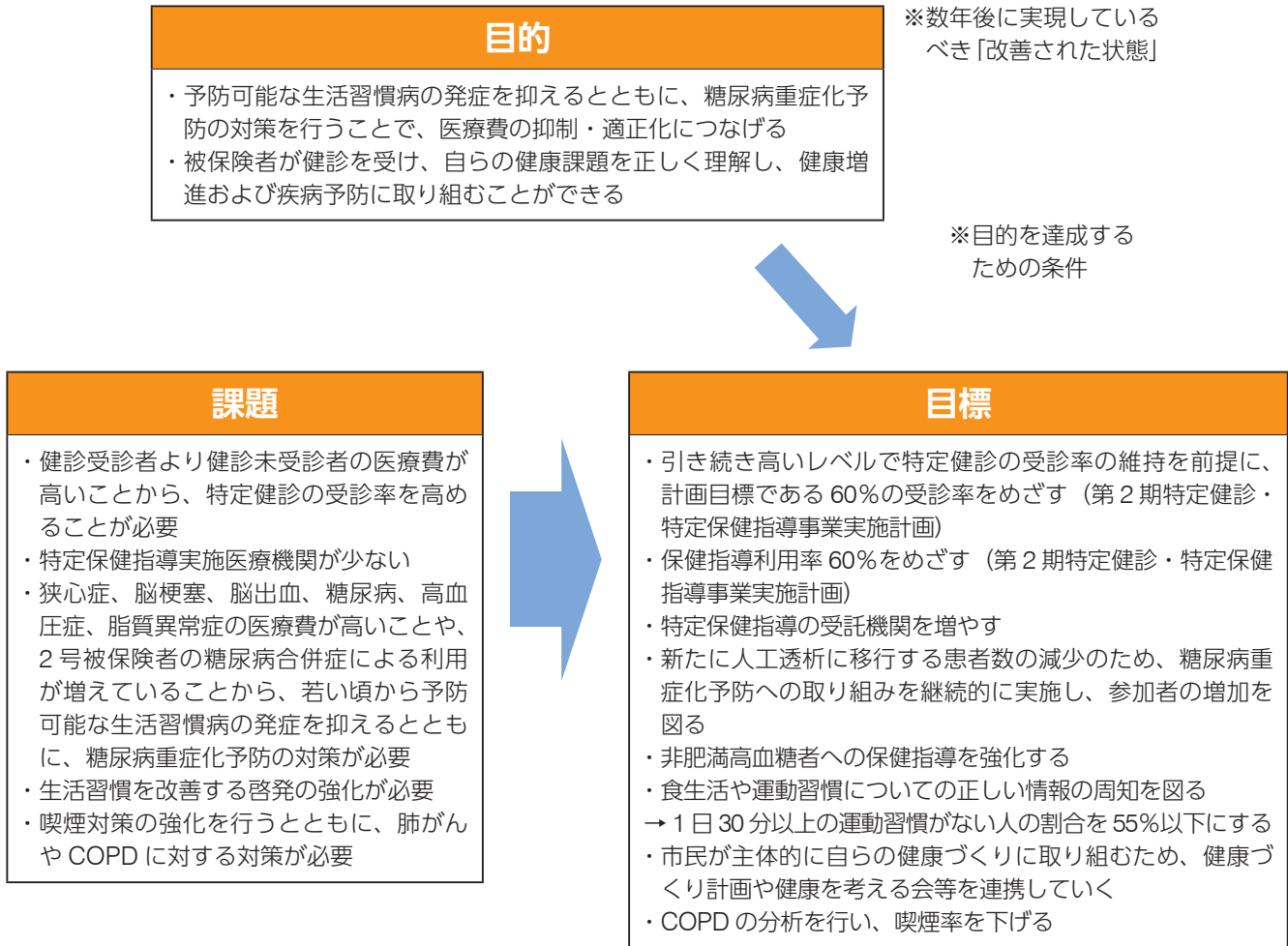
これらの助言をふまえ、市は素案の保健事業の実施計画などを修正し、計画の策定へとつなげた。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

（保険者の気付き）

野洲市は、様式1～3を作成することで、細かなデータ分析を実施した。データ分析に関しては、委員会から助言を受けることで、（死亡にいたる疾患）→（健診有所見率）→（医療費）という手順に基づき健康課題を抽出し、より具体的な対策の方向性をたてることができた。また、事務局より提供された「平成26年度委員会の助言内容」を参考に、課題抽出に必要なデータの選択や県や国との経年比較を行い、データ分析を深めることができた。データヘルス計画素案を作成する際は、委員会の傍聴で得た保健事業計画のアウトプット・アウトカムの目標値設定の考え方や他の保険者のデータヘルス計画の健康課題から重点施策設定の流れなど参考に作成した。また、補助委員及び事務局との事前打合せを通して、委員会への質問項目等が明確になり、委員会当日に臨むことができた。

図表 3 野洲市のワークシート（目的・目標設定のためのワークシート）



（今後の展望）

今後は、毎年度、事業の実施状況および目標の達成状況について調査・分析を行い、事業の成果を評価し改善を図る、というPDCAサイクルにより個別保健事業を展開していきたい。

また、平成29年度は平成30年度以降の第2期データヘルス計画に向けて計画を見直す時期であるため、第1期データヘルス計画をストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの視点で評価し、それに基づいた第2期データヘルス計画の策定をすすめ、PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画を展開していきたい。

「P」や「D」で終わらないPDCAサイクルの実現に向けた支援

～委員による対面支援によりデータヘルス計画の目標値を
実現可能性の高いものに変更できた事例～

<京都府保健事業支援・評価委員会⇒綾部市（あやべし）>

【保険者概要】

人口：33,445人、高齢化率：35.1%、国保被保険者数：7,557人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：32.4%、特定保健指導実施率：16.5% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：362,245円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師1人（衛生部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

綾部市はデータヘルス計画の策定に向け、京都府からの提供データ、レセプトや健診結果等を活用した現状分析を予定していたが、データの関連性を読み取ることが難しいと感じていた。

また、特定健診受診率が低いこと、他保険者と比較して糖尿病の患者が多く医療費が高い傾向であるが、その要因の分析を行うことが難しいとも感じていた。

以上のことに対し支援・評価委員会から助言を受けたいと考え、支援を申請した。

支援の経過

事務局の訪問による事前ヒアリング（平成27年11月30日）

京都府保健事業支援・評価委員会では支援を申請した全ての市町村の状況を把握するため、事務局が訪問による事前ヒアリングを実施した。ヒアリングは全市町村において国保担当者と衛生部署の保健師に同席していただくようにした。

綾部市はデータ分析、データヘルス計画の立案と事業実施の一部を業者に委託する予定であったため、ヒアリングでは委託業者が作成した計画案に基づき、事務局による支援を実施した。

ヒアリングでは以下の事項が明らかになった。

- ・ 委託内容については、保健師も業者との協議に参加し計画案や分析内容を具体的に依頼していることは良い点であった。
- ・ 平成26年度に京都府が健康寿命延伸のための取り組みとして各市町村の健康課題分析が行われていたことと、業者委託での分析結果から健康課題は「高血圧症」と「糖尿病」の増加ということが明らかになっていた。
- ・ 健康寿命については、KDBシステムのデータと京都府が市町村に提供しているデータの違いがあったため、データの活用について、支援・評価委員からの助言希望があった。
- ・ 住民性として疾病予防の意識が低く、特定健診受診率も低く、受診率の向上が課題である。
- ・ 業者が設定している目標は達成が難しいように思われる。
- ・ 計画全体については、業者のひな形となっている。

また、事務局として以下のアドバイスも実施した。

- ・ 特定健診受診率・特定保健指導実施率等について、最新の法定報告結果データを記載すべきである。
- ・ 目標値の設定について、PDCA サイクルを回せるようにするためには保険者で達成できる数値に設定することが必要である。
- ・ 計画に記載する内容の順番を変更した方がわかりやすくなり、計画の内容には実施してきた保健事業も整理して記載すべきである。

1 回目の委員による対面支援<第3回保健事業支援・評価委員会（平成27年12月22日）>

京都府保健事業支援・評価委員会では平成26年度の支援方法（全保険者に文書で支援）を見直し、平成27年度は、出席可能な保険者に委員会へ出席していただき、委員が対面で支援することとした。

綾部市は事務局による事前ヒアリングをもとにデータヘルス計画案を修正したうえで、保健事業支援・評価委員会に出席した。

対面支援は保険者が助言を得たい内容について1時間行われた。

図表1 綾部市データヘルス計画案に対する保健事業支援・評価委員会の助言

綾部市が感じる課題等	支援・評価委員会からの助言
・ 特定健診受診率向上のために検査項目を増やすなどの工夫をしているが、受診率が低迷している。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 綾部市役所内で受診率が低いという共通認識を持っていただき、他部署の事業とのタイアップも考えてみて良い。 ・ 受診率の高い保険者では30歳代の健診を実施しているところもあり、今後は若い年代からのアプローチも考えられると良い。 ・ 60歳代の受診率が減少しており、新たに国保加入者となる人への取組が必要ではないか。 ・ 地域の既存のつながりを活用した受診勧奨を検討しても良いのではないか。
・ 疾病予防に対する住民の意識が低い。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民に分析結果を身近に感じてもらうことも重要である。シンポジウムなどでポピュレーションアプローチを行い、地域は個別で回るなど綾部市の状況を住民に働きかけることが必要ではないか。
・ データの見せ方について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 業者作成のグラフが見にくいいため、再作成を依頼した方が良い。
・ 事業目標の設定について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 達成可能な目標値を設定すること。 ・ 健康課題からの保健事業目標では、虚血性心疾患を減らすとなっているが、アウトカム目標の設定が特定健診及び特定保健指導受診率にとどまっているため、受診率向上の結果により、その先に達成できる目標を設定すると良い。

2 回目の委員による対面支援<第5回保健事業支援・評価委員会（平成28年3月15日）>

綾部市に対する2回目の支援も対面にて行い、主に保険者の助言希望であった、目標達成につながる効果的な保健事業の実施方法について1時間の支援を実施した。

1回目の保健事業支援・評価委員会での助言を受けて、平成29年度までの2年間で達成可能な目標値に修正されていた。具体的には、これまでの実績値から特定健診未受診者対策、特定保健指導実施により重症化予防対象となる人の割合や要治療者対策について目標値が修正された。

また、特定健診受診率向上のための受診勧奨事業については対象者を40～44歳に絞った内容になり、事業の実施方法がより明確になっていた。

2回目の支援では、効果的な事業の実施方法、関係機関との連携や無関心層への働きかけ等についての助言が行われた。

<効果的な事業の実施方法>

- ・何回も保健指導を受けている人は知識もあり、なかなか習慣が改善しないため、特定保健指導で効果を出すための方法としては、1対1で指導すると難しいが、グループで実施し同じ立場の人同士で話し合いをさせると専門職から言われる場合とは違う効果がある、住民が自分の経験を人に話すことは、自分自身のためにもなる。

<関係機関との連携>

- ・教室開催を広報紙やHPによる周知とは別に、医療従事者を通じて情報提供するという市の方向は間違っていないが、医療機関と介護施設等が併設している関係者に絞った方が効果的である。

<無関心層への働きかけ>

- ・地域の既存のグループに働きかけてはどうか。地域の核となるような人の集まりを活用する方法もある。
- ・参加された住民から、こういう風にしていかないといけないという声が出てくれば良い。
- ・個別指導が必要な人もいるので、一度、事業の組み立ての検討をされてはどうか。

また、庁内連携の状況については、以下の理由により、国保と衛生の連携がうまくいっていると委員から評価された。

- ・衛生部署の保健師は市役所から離れた場所にある保健福祉センターにいますが、国保担当者が国保部署に設置しているKDBシステムより情報提供を行っていること
- ・保健事業については保健師と協議しながら企画を進めていること
- ・助言を受けたデータヘルス計画案について保健師と共有していること

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

支援を受けて綾部市はアウトプットとアウトカムの違いが明らかになり、データ分析による健康課題に対応した目標値を設定をすることができるようになった。また、目標値は平成29年度に達成可能な値に設定され、「P」や「D」だけで終わらないようPDCAサイクルを回すことを意識されるものとなった。

綾部市は特定健診開始前の基本健診を実施していた頃から受診率が低く、疾病予防の意識が低い傾向にある。そのため健診を受診しないままに、生活習慣病が重症化する傾向がある。しかし委員の助言にもあるように、地域には既存の住民組織があるという地域特性を踏まえ、個別保健事業の内容については、住民の意識変容への取組みについて以下のことが意識されるようになった。

- ・住民に問題を把握してもらうこと、うまく分析結果を身近に感じてもらうことが大事である。シンポジウムなどで全体にアプローチを行い、地域は個別に回るなど「(この状況を) どうしますか？」という視点で働きかけることが大事である。
- ・受診率のランキング化という見える化も効果的である。
- ・地域別で受診率が低い地域にターゲットを絞るなど、今のマンパワーでできることを行っていくことが大切である。
- ・綾部市役所の中でも、受診率が低いという共通認識を持つことも重要である。

健康への意識を高める、生活習慣病の早期から取り組むことが長期的には重症化予防につながることで2回の支援を通じて助言され、対象者と事業内容を具体化した計画となった。

綾部市は国保ヘルスアップ事業を展開していくにあたり、引き続き保健事業支援・評価委員会の支援を受ける予定である。今後は策定したデータヘルス計画に基づき個別保健事業の実施及び事業評価をしていきたい。

グループ単位での効率的な保険者支援

～グループ支援を補完するための事務局による頻回なバックアップによって健康課題が明確となり、適切な評価指標及び目標を設定することができた事例～

＜和歌山県保健事業支援・評価委員会⇒和歌山市（わかやまし）＞

【保険者概要】

人口：375,708人、高齢化率：28.2%、国保被保険者数：98,025人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：33.3%、特定保健指導実施率：42.1% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：366,743円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：保健師5人（国保部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

和歌山市は、これまでも、レセプト情報や特定健診受診結果など保有するデータを活用しながら、保健事業を実施し、評価を行ってきた。さらなる被保険者の健康の保持増進に努めるため、課題を明確にすることで、効率的かつ効果的に保健事業を展開できるよう、データヘルス計画を策定することとした。策定に当たっては、ヘルスアップを申請せず、市で策定することとしたが、健康課題の抽出や優先順位の考え方などについて、保健事業支援・評価委員会に助言を求めることにした。

支援の経過

和歌山県支援・評価委員会は、支援申請保険者が増えたことにより、平成27年度からグループ支援を実施した。支援に当たり、事務局は委員長と相談しながら、支援保険者に対し個別に対面や電話によるヒアリング・助言を行うこととした。また、各支援保険者の業者委託の有無と進捗状況を把握するために、事前にスケジュール調査も実施した。

事務局による事前ヒアリング（平成27年12月11日）

事前にスケジュール調査で把握していたとおり、和歌山市は既に計画策定に着手し、データの収集と表やグラフの作成、データの読み取り等を行っていた。KDB帳票から、健診データにおけるHbA1c有所見率が全国・県に比べ10%近く上回っているということを確認していたが、課題の抽出はまだ十分ではなかった。また、特定健診開始以来上昇していた受診率が、平成26年度に初めて低下していたこともあり、保健事業の優先順位や目標の設定、事業の評価と見直しについて、委員会の助言を求めていることが明らかとなった。

委員会に向けて事務局による電話による支援（平成27年12月16日）

委員会では、グループ支援における個別の対面協議を1保険者30分と設定し、ヘルスサポート事業ガイドラインワークシート（様式1～3）に基づいて行うこととした。そのため、協議がスムーズに進むよう、事前ヒアリング時に和歌山市が提出したワークシートの記載内容について、具体的な数字を記載して現状を明確にし、課題の裏付けとなるデータを用いて要点をまとめるよう電話にて助言した。

図表 1 和歌山市の現状分析による課題抽出のためのワークシート

	現状	課題
健診データ	<p>特定健診開始以降、増加傾向であった受診率（H20:10.9%,H21:11.3%,H22:29.3%,H23:33.4%,H24:34.6%,H25:35.7%）、H26年度（33.3%）は、県市町村国保（30.7%）を上回るものの、初めて下がってしまう。男性（30.4%）、女性（35.6%）と、男性の方が受診率は低く、40歳代（男：14.5%・女16.2%）50歳代（男：18.4%・女25.2%）60歳代（男：33.7%・女39.9%）70歳代（男：41.2%・女42.5%）と、年齢が低いほど受診率は低い。</p> <p>メタボ該当者（男：30.5%、女：9.9%）及び予備群者（男：17.6%、女：5.6%）の割合は男性が高く年齢とともに増加傾向ではある。40歳代は男女とも予備群のほうが多く、50歳以降は該当者のほうが上回っている。収縮期血圧（53.8%）、LDLコレステロール（57.1%）、HbA1c（62.8%）と、半数以上の多くの方がリスクを抱えている状況であり、中でもHbA1cにおいては全国53%、和歌山県52.6%に比べ10%近く高い状況が見られる。特定保健指導実施率（終了率）は44.3%（H26年度）で県市町村国保（28.5%）を上回り、目標値である45%に近づくことが出来ている。</p>	<p>①医療費の総額及び1人当たりの医療費は年々増加しており、糖尿病などの生活習慣病が占める割合が多い。今後も高齢化が進み、将来の医療費も増加すると考えられるため、生活習慣病の予防に努める必要がある。</p> <p>②特定健康診査受診率が低迷しており、生活習慣病の予防のために有効に利用されていないため、受診率向上に努める必要がある。</p>
医療費データ	<p>総医療費は、平成23年度355億円となっており、平成24、25年度には減少していたが、平成26年度には356億円を超え、前年より2億7千万円増加している。被保険者数が年々減少しており、1人当たり医療費は平成21年度271,428円であったが、平成26年度291,733円まで増加しており、5年間で約20,000円増加している。</p> <p>1人あたり医療費は、県、全国と比較しても高くなっている。平成26年度の診療費（入院、外来、歯科）を年齢別でみると、60歳を境に急激に増加している。診療費に占める生活習慣病の割合は、38.3%となっており、その内訳は、悪性新生物12.0%、高血圧性疾患7.1%、腎不全5.2%、糖尿病4.9%となっている。医療費が高額になる人工透析の新規申請者数は、平成26年度80人となっており、男性が女性の2倍となっている。申請時の年齢階層別に見ると、60～69歳が38.8%と最も多く、次いで70～74歳が26.3%となっている。</p>	
介護データ	<p>介護給付費は、年々増加している。介護保険認定率は22.1%と県と比較して高い率となっている。2号被保険者の認定理由は、脳血管疾患47.0%、難病19.2%、末期がん13.4%の順となっており、末期がんが増加傾向にある。</p>	
その他定量的データ	<p>高齢化率は、27.8%（H26年度）、県（30.5%）に比べるとやや低いが、年々上昇し続けている。人口構成割合では、県に比べ0～39歳の人口割合が多く（市39.0%、県35.9%）、65歳以上の人口割合が少ない（市27.8%、県30.4%）状況である。</p> <p>死亡数は概ね増加傾向で推移し、死亡率も上昇傾向にあり、和歌山県に比べると低く、全国よりも高い値で推移していた。平成26年度の選択死因別割合は悪性新生物29.0%、心疾患17.5%、肺炎11.2%の順に多く、全国に比べて高くなっている。続いて死亡割合の多い脳血管疾患は、全国・県の割合に比べて低くなっている。</p>	
質的情報	<p>教室などに参加する方の年齢は60歳代以降が多い。男性参加者の場合、家族などに勧められることも多い。また、食事に関しては妻に任せていて、出てくるものを食べている人が多い。教室参加者の傾向として、時間に余裕があり、教室等への参加が好きな人が多い。</p>	

事例
平成27年度
和歌山県
和歌山市（わかやまし）

委員による対面支援<第2回保健事業支援・評価委員会（平成28年1月7日）>

委員会のグループ支援における対面協議は、ヘルスアップ申請や業者委託の有無などにより支援保険者を3グループ（第2～4回）に分け実施した。和歌山市は第2回委員会にて、同条件（ヘルスアップ申請無・業者委託無）の3保険者同席のうえ支援を受けた。各保険者からワークシートに基づき、現状分析、課題抽出、目標設定を説明後、意見交換、助言が行われた。

計画案作成に向けて事務局の支援（平成28年1月～2月）

1月の委員会翌日、保険者退席後の協議内容を和歌山市に報告し、その後2月末まで計画案策定に向けた相談や助言を随時電話とメールで行った。

計画案作成に向けて事務局の支援（平成28年3月2日・7日）

助言を受けて作成した計画案を委員会へ提出するに当たり、和歌山市が現状分析の読み取りの記載や計画案の構成などについて事務局の助言を求めたため、事務局レベルで支援可能な部分について対応した。所在地に近いこともあり、和歌山市が事務局へ2回来会した。

図表 2 保健事業支援・評価委員会からの助言と和歌山市の気づき・効果的な変化

支援・評価委員会からの助言（抜粋）

<既存事業の評価>

様式1の健診データ、医療費データは結果評価にも当たり、様式2のこれまでの保健事業が良かったのか、様式1の健康課題をみて、不足あるいは変えるところはないか検討する。

<データの読み取り>

40歳代では予備群者が多いが、50歳代になるとメタボ該当者になってしまうことから、この10年間に積極的にアプローチする必要がある。また、人工透析は60歳代が多く、糖尿病を発症して20年くらいで人工透析になるとしたら、40歳代へのアプローチが重要になるというように、健診データと医療費データを結び付けて課題を読み取る。

<課題の明確化>

目標には「糖尿病などの生活習慣病を発症する前段階のハイリスク者、治療域の未治療者に予防策を講じ、…」と具体的に記載されている。課題にも何が問題で何を強化すべきか、もう少し具体的内容を追加する。

<目標の設定>

様式3の目標は、様式2を踏まえ、これまで実施してきた保健事業の何を变えるか、どこに重点を置いて実施していくか強弱をつける。課題1つに対して保健事業をみて、さらにこうした方がよいという目標を立てたうえで原案を作成し、それを組み替えていくとより良い目標になる。

◆支援を受けて課題を再検討◆

- ・医療費と健診データのつながりを意識する。
- ・被保険者全体をとらえるマクロ的視点から性・年齢別、対象者別と掘り下げた視点でデータを読み取る。
- ・健康課題に対する既存事業の対応状況とこれまでの事業の成果から課題を整理する。



課題が明確に

- ・平成24年度から重点を置いてきた糖尿病対策は、医療費データと健診データをつなげて現状を再確認し、これまで実施してきた糖尿病重症化予防教室の効果（参加者と未参加者のHbA1c改善状況を比較）を評価し、今後も事業を継続する必要性を裏付けたうえで課題を設定した。
- ・人工透析の新規申請者の年齢から10～20年遡って、40～50歳代の健診データとつなげて現状をみることで、より若い年代から健診を受診し、重症化を予防する必要性を裏付け、若年層の未受診者対策を行う根拠とした。



ターゲットを絞った目標設定に

40～50歳代の健診受診率が低いことから、若い世代に対する受診率向上を目標に設定し、特定健診の未受診者対策では40歳の特定健診受診率をアウトカム指標に加えた。

第5回保健事業支援・評価委員会（平成28年3月18日）

第2～4回委員会の助言を踏まえ、作成した計画案を7保険者が提出した。複数保険者の計画案を1回の委員会で確認することとなったため、計画案の内容から計画案確認表の作成を支援保険者へ依頼した。委員会では、この確認表と計画案に基づき、現状分析から課題の抽出、目標設定、個別保健事業、評価指標までのつながりが一貫しているかなどを確認した。

和歌山市計画案に対し、委員からは、保健事業毎にアウトプット指標・アウトカム指標をあげているが、計画としての目標も記載するよう助言があった。また、事業実施量がアウトカム指標の目標値を達成することに見合っているかなど意見が出された。

図表 3 和歌山市が提出したデータヘルス計画案チェック表

データヘルス計画案チェック表

保険者名 和歌山市

目的	被保険者 1人ひとりが、自分自身の健康課題を正しく理解し、自主的に健康増進及び生活習慣等の発症や重症化の予防に取り組むことで、生涯にわたり生活の質を維持・向上できる。				
	現状分析	健康課題	保健事業	成果目標	
				短期目標	中長期目標 (29年度)
<p>①医療費について</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療費については、平成23年以降横ばいで推移していたが、平成26年には前年度より約3億1千万円増加している。平成25年度 345億7200万円 平成26年度 348億8300万円 1人当たり医療費も、年々増加し、年齢別で見ると40歳以降で高くなっている。医療費のうち、「高血圧性疾患」「腎不全」「糖尿病」などの生活習慣病(悪性新生物を除く)は、28.0%を占める。 人工透析の新規導入者の年齢構成は60～64歳が最も多く、男性の方が多くなっている。 <p>②特定健診について</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診の受診率は、平成20年度10.9%と非常に低かったが、健診の無料化、検査内容の充実、様々な広報活動を行い、受診率は年々向上し、平成25年度には35.7%となっていた。しかし、平成26年度には33.3%と前年度と比べて減少している。 女性よりも男性の健診受診率が低くなっている。平成26年度 男性：30.4% 女性35.6% 年齢別受診状況では、40～50歳代の受診率が低い。平成26年度 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代 男性 14.5% 18.4% 33.7% 39.9% 女性 16.2% 25.2% 41.2% 42.5% 未受診者に対するアンケート調査では、「定期的に病院にかかっている(通院)」と答えた者が48.9%であった。40歳代では、「時間がとれない」、50歳代以降では「通院」の割合が多い。 平成26年度の特定健診の結果、メタボ該当者は18.4%、予備群は10.5%となっている。男女別で見ると、圧倒的に男性が多く見られるが、男女とも40歳代はメタボ予備群の方が多く、50歳以降は該当者が上回っている。 有所見率は、収縮期血圧53.8%、LDLコレステロール57.1%、HbA1c62.8%と半数以上の方がリスクを抱えている状況である。特に、HbA1cにおいては、全国(53.0%)・県(52.6%)と比べて10%以上高くなっている。 <p>③特定保健指導・その他の保健指導について</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成26年度の特定保健指導の実施率は44.3%となっており、国の目標値に近づいている。 	<p>受診率は平成26年度低下している。とりわけ男女とも40～50歳代の健診受診率が低いため、若い世代の受診率をより一層進め、受診しやすい環境づくりに努めるとともに、全体の受診率向上を図ることが必要である。</p> <p>特定健診の受診結果では、40歳代はメタボ予備群が多く、50歳以降はメタボ該当者の方が上回っている。人工透析の新規導入者の年齢も60～64歳が最も多く、糖尿病などの生活習慣病が重症化し透析へ至っていることが考えられる。したがって、より若い年代から重症化予防の対策を講じていく必要がある。</p>	<p>健診未受診者への受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> 前年度未受診者世帯・当該年度40歳到達者に対しては、受診勧奨ハガキを送付し、電話での受診勧奨を行う 電話での受診勧奨は、受診率の低い40～50歳代の若い年齢層及び当該年度新たに対象となった40歳の人を優先的に勧奨 働き盛り世代が受けやすい環境をつくるため、日曜日の集団健診を更に充実 様々な媒体を通じて特定健診の受診啓発を強化 <p>特定保健指導の利用勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導利用発行者に対して電話による利用勧奨の継続実施 案内通知や指導内容の工夫 <p>ハイリスク者への保健指導</p> <ul style="list-style-type: none"> 健診結果により、特定保健指導の対象外で血圧、脂質、血糖の項目が、受診勧奨域の者に対して、受診勧奨及び保健指導を継続実施 <p>糖尿病予防教室</p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者を増やすために、対象者全員へ電話勧奨を継続実施 電話勧奨の結果、未参加者に対しては、医療機関への受診勧奨や保健指導を継続実施 	<p>○電話勧奨実施者件数の増加 平成28年度 2,000件 *平成26年度実績 1,864件</p> <p>○新規受診者(40歳)への電話勧奨実施率(注1) 平成28年度 50% *平成26年度実績 43.4%</p> <p>○電話勧奨した者のうち特定健診受診者の割合(注2) 平成28年度 40% *平成26年度実績 30.4%</p> <p>○特定保健指導利用発行者に対する電話勧奨実施率(注1) 平成28年度 65% *平成26年度実績 59.9%</p> <p>○電話による受診勧奨実施率(注1) 平成28年度 60% *平成26年度実績 54.6%</p> <p>○糖尿病予防教室参加者割合 平成28年度 20% *平成26年度実績 16.9%</p>	<p>特定健診の受診率向上 平成29年度 38% *平成26年度実績 33.3% (22,561人)</p> <p>40歳の特定健診受診率の向上 平成29年度 20% *平成26年度実績 15.5%</p> <p>特定保健指導終了率 平成28年度 50% *平成26年度実績 44.3% (969人)</p> <p>糖尿病予防教室参加者のうち、翌年の健診でHbA1cが改善した者の割合 平成28年度 75% *平成26年 70.4%</p>	

(注1) 電話勧奨実施率は、本人又は家族、伝言の着信人数/対象者で算出

不在や不通は実施数に含まない

(注2) 特定健診受診者の割合は、受診者数/電話勧奨実施数(不在・不通含まない)で算出

計画策定に向けて事務局の支援(平成28年3月)

事務局は委員会の助言と意見を和歌山市に報告し、和歌山市は委員会の助言を受けて、計画書案に目標を追加した。また、人工透析の年齢階層別新規申請者割合の読み取りとこれに伴う課題などについても変更した。その間事務局は随時、進捗確認と助言を行った。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

保健事業支援・評価委員会の支援を受けて和歌山市は、医療費と健診結果を系統立ててみていくことで、市が優先的に取り組むべき健康課題が明確となり、必要な保健事業について検討することができた。評価方法に関してもアドバイスを受けることで、適切な評価指標及び目標を設定することができ、計画に生かすことができたと思われる。

今後は策定したデータヘルス計画をもとに、PDCAを意識しながら実際の保健事業を展開していく予定であるが、事業評価や計画の見直し等、引き続き保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら実施していきたいと考えている。

個別保健事業計画・事業評価シートで事業内容の整理を促した支援

～保健事業の優先順位付けを行った後、
評価指標の設定、事業実施、評価という PDCA サイクルが再構築出来た事例～

<島根県保健事業支援・評価委員会⇒邑南町（おおなんちょう）>

【保険者概要】

人口：11,112 人、高齢化率：42.2%、国保被保険者数：2,947 人 ※平成 27 年 4 月 1 日現在

特定健診実施率：57.4%、特定保健指導実施率：67.3% ※平成 27 年度

被保険者 1 人当たり医療費：394,736 円 ※平成 27 年度

データヘルス計画担当職員数：事務職 1 人（国保部門）、保健師 3 人（衛生部門） ※平成 27 年度

支援を申請した経緯

邑南町では、従来からデータ分析に基づく保健事業を推進していたが、健康課題をより明確にし、実態に即した事業を実施するため、平成 26 年度に国保ヘルスアップ事業を申請。同時に、ヘルスサポート事業に申請し、支援・評価委員会による支援を受けながら、データヘルス計画を策定した。

計画策定の際には、関係スタッフ全員で協議を行っていき、どの事業を優先的に実施するか、効果的な事業はどの事業であるのかということについて共有できた。また、邑南町は、保健師・栄養士・歯科衛生士等専門職のスタッフを 1 支所に集約しており、協議や検討が必要時タイムリーに行えているのが特徴のひとつである。

平成 27 年度は、引き続き効果的かつ効率的な事業実施及び評価を行うため、支援を申請した。

支援の経過

事務局による事前ヒアリング（平成 27 年 5 月上旬）

国保ヘルスアップ事業の申請の意向及び支援・評価委員会から助言を得たい事項について、事務局が電話で確認を行った。

<助言を得たい事項>

- (1) 事業評価の方法と、評価を踏まえた次年度事業への生かし方
- (2) 効果的な事業とするための体制づくりのポイント

第 1 回保健事業支援・評価委員会（平成 27 年 5 月 25 日）及び事務局による第 2 回委員会に向けた支援

第 1 回委員会は、委員及び事務局のみで今後の支援内容等について協議を行い、邑南町へ支援決定の通知を送付した。

それを受け、7 月上旬、邑南町から第 2 回委員会の準備として、評価支援を受けたい個別保健事業計画及び助言を受けたい事項について提出があった。

事務局は、その内容等について邑南町に確認を行い、第 2 回委員会開催前に事前に確認いただくため、委員に送付した。

1回目の委員会による支援 <第2回保健事業支援・評価委員会（平成27年7月30日）>

第2回委員会も委員及び事務局のみで協議を行った。

個別保健事業計画等について、邑南町が助言を受けたい事項（平成27年度実施事業における評価指標の設定や、28年度実施予定の事業に係る実施体制の整備方法等について）に沿って、図表1のとおり協議した。

図表1 第2回委員会における協議の内容

邑南町が助言を受けたい事項	委員会からの助言
1 既存事業の目標と評価指標の設定、評価の方法 データヘルス計画において目標値・評価指標を設定しているが、妥当な数値であるか検証したい。	以下の項目をクリアできる指標であること。 * 随時、指標の入手が可能である * 目標としているものが反映されている * 他との比較が可能である * 実現可能性がある
2 新規に取り組みを始める事業に対する助言 (1) 糖尿病性腎症対策 ①対象者の選定 平成27年度から、e-GFRと尿中アルブミン値をもとに、ハイリスク者の状況を分析する予定であるが、どのレベルの方を対象とすると良いか（対象者選定の基準）。 ②施策の体系化 ③評価方法・評価指標	① 罹患予防か、重症化予防か等、町で取り組むべき対策の方向性を明確にしたうえで、数値を検討してはいかかがか。 ② 行政と医療（糖尿病専門医）の役割を分担し、関係者間で確認ができることよいため。 ③ 評価指標に関する情報（腎臓専門医への紹介基準等）を提供。また、島根県が示している指標も参考としてはいかかがか。
(2) 重複リスク者対策 ①対象者の選定 高血圧・高血糖・脂質異常をリスクとするが、全てのリスクをもつ者を対象とすべきか。また、2つの重複リスクとする場合は、どの組み合わせが効果的なのか。なお、1人当たり医療費をみると、全てのリスクをもつ者よりも、高血圧＋高血糖の重複リスクの方が医療費が高い。 ②施策の体系化 平成27年度は対象者を選定し、対策を体系化するところまでを計画しているが、施策化に向けてのアドバイスをいただきたい。 ③評価方法・評価指標	① 他と比較して医療費が高い「高血圧と高血糖の重複リスク者」でよいのではないかと。 ② 衛生部門のみで行うのではなく、国保を巻き込んで施策化をすすめていただきたい。 ③ 評価指標にかかる情報提供（参考文献「動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療のエッセンス」等から抜粋資料を紹介）

後日、図表1に係る報告及び委員から情報提供のあった参考文献の紹介、抜粋資料について、事務局から邑南町へ電子メール及び電話にて提供した。

邑南町では、個別保健事業計画及び評価指標を再度確認したうえで、平成27年度事業の実施及び平成28年度以降の事業計画作成に反映させた。

事務局による事前支援（平成28年2月～3月上旬）

事務局では、ヘルスサポート事業運営委員会において新たに作成された評価支援に係る様式4（個別保健事業計画）及び様式5（事業評価シート（事業実施後））と、事務局で作成した「データヘルスの推進に向けた手引き【事業評価版】」を邑南町へ2月に提供した。

図表 2 「データヘルスの推進に向けた手引き【事業評価版】」（抜粋）

【事業評価版】

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ます。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、事業の効果を立証するため、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います。

保険者等が実施した保健事業について自ら評価を行う際、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つの観点で行います。

ストラクチャー評価（構造）

保健事業を実施するための仕組みや体制を評価

評価指標は、職員の体制、予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用等

アウトプット評価（事業実施量）

目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価

評価指標は、健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率等

プロセス評価（過程）

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

評価指標は、情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等

アウトカム評価（結果）

事業の目的や目標の達成度、また成果の数値目標を評価

評価指標は、肥満度や血液結果等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化等

厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」をもとに作成

注意！！

事業評価は、そのこと自体が目的ではないため、過度な労力をかけるべきではありません。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（基本的に毎年実施される特定健診の結果等）等を用いましょう。

2 事業評価の進め方

(1) 評価を視野に入れた個別保健事業計画【様式4 個別保健事業計画】

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、ここでは【様式4】に沿って作成します。

作成日 年 月 日

様式4 個別保健事業計画

保険者名：		事業名：			
現況	課題	事業目的	対象者	実施期間	実施場所・方法

評価計画	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
	目的・目標の達成・評価計画			
評価体制・方法				
実施期間				

確認！！

① 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？

② アウトプット、アウトカムは、評価指標の調査や把握方法を明確にしている？

③ 評価時期を明確にしている？

④ 評価の体制と役割分担を明確にしている？

⑤ 評価方法について、その手順や手段まできめて明確にしている？

※ 「ヘルスサポート事業ガイドライン」から抜粋し、委員会で確認した事項等をコメントとして追記（図中の吹き出し「注意！！」等）

その後、委員会の準備として、邑南町が年度当初に提出した個別保健事業計画について、評価計画等がより明確となるように様式4及び様式5の作成・提供を依頼した。邑南町から提供を受けた様式を第4回委員会開催前に、委員に送付した。

2回目の委員会による支援 <第4回保健事業支援・評価委員会（平成28年3月11日）>

第4回委員会では、事業評価について、邑南町及び管轄保健所である泉央保健所を交えて意見交換を実施した。より広域的な状況を把握している保健所の参加により、事業評価にかかる分析及び今後の事業の推進について検討が深まった。

★邑南町が評価を行った個別保健事業

- ・ 特定健診受診者を増やす取り組み ・ 特定保健指導 ・ 糖尿病対策
- ・ ハイリスク者対策（糖尿病性腎症・CKD） ・ 医療と連携した生活習慣病予防

委員からは、事業の目標を見据えていること、また、実現が可能と思われるなど一般的に適切な評価指標の設定、丁寧な事業実施及び評価ができているとのことであった。

また、今後、取り組みを進める中で、より効果的な事業実施及び評価に繋がると考えられる内容について、図表3のとおり委員から確認、提案があった。

86

図表 3 第 4 回委員会における意見交換の内容

委員から確認事項、提案	邑南町、県央保健所の反応
1 糖尿病対策 教室参加者の満足度は、指標の一つとなるので、把握してはいかがか。	邑南町:参加者が自ら立てた目標の達成状況等を毎回確認しているが、満足度は把握していない。今後、取り組みたい。
2 特定健診受診者を増やす取り組み (1) 継続未受診者の対策 特徴を分析して対象を絞ってはいかがか。	邑南町:今後、取り組みたい。
(2) 医師との連携 住民の受診行動を踏まえた上で、町だけで取り組むのではなく保健所管内全体で連携してはいかがか。	保健所:現在、糖尿病対策に限ってではあるが、圏域内の医師で検討会を実施している。今後、保健所が調整役を担うことができると考えている。
(3) 島根大学との連携 大学と連携したことによる受診率の変化や、受診のきっかけとなった理由を把握し、性別や年齢階級別に分析を行い、効果が期待できるところに働きかけてはいかがか。	邑南町:島根大学とは、平成22年度から10年間の計画で、健診に係る連携を図ることとしており、町の健康状態に応じて検査項目を追加し、課題の分析を共同で実施している。受診者は年々増加しているが、その理由が大学との連携によるものかどうか（可能性はある）は把握していないので、今後把握したい。
(4) 地域との連携 口コミによる受診者増の効果は絶大。町と、地域のキーパーソンとで役割分担してはいかがか。	邑南町:各集落保健衛生委員、商工会や町内事業所等に、受診勧奨の際に協力いただいた。健康増進計画の中でも部会を作り、住民代表の方の協力を要請している。
3 医療と連携した生活習慣病予防 (1) 医師との連携 より連携を深めるために、町主催で2次医療圏域内医療機関や保健所スタッフ等を対象にして開催している「糖尿病予防・管理研修会」を医師の要望に沿った形としてはいかがか。また、保健所に圏域内の医師との調整役を担っていただいてはいかがか。	邑南町:糖尿病性腎症とCKDについては、必要な方をかかりつけ医から専門医に紹介できる体制づくりに継続して取り組む。 保健所:研修会が医師の理解を得られる場となっている。糖尿病については郡や市の医師会に担当医師がいるので、各医師に依頼していけたらと考える。
(2) 歯科医師との連携 連携状況はいかがか。	邑南町:健診時、指導（診療）が必要な対象者には、歯科衛生士や保健師が歯科受診を勧めている。また、生活習慣病と歯科との関係を周知するため、健康教室の中で、必ず歯科衛生士からの説明を実施している。取り組みについては、随時歯科医師に相談している。

事例
平成27年度
島根県 邑南町（おおなんちょう）

この他、委員から次のとおり助言があった。「邑南町での保健事業は幅広く取り組まれているが、町保健師の負担が多い印象を受ける。より効果的・効率的に事業を実施するためには、費用対効果を分析し、効率の良い保健事業に、もう少し絞り込んでも良いのではないかと。保健所や病院、商工会等の関係機関や地域を巻き込んで積極的に連携を図り、分担できることは分担し、活動が地域に根付いていくことを視野に入れて展開されると、なお良いのではないかと。」

これらの助言を受けて、邑南町はさらに評価指標や実施体制について見直しを行った。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

邑南町が平成27年度に個別保健事業計画を作成した当初、評価指標の設定に苦慮したが、委員である島根県（健康推進課、医療対策課及び研究機関）、島根大学の他、保健所等から俯瞰的な立場で直接アドバイスを受けたことにより、例えば、糖尿病対策については、検査値の変化や個別フォローの実施率に加え、教室参加率（30%）・教室参加者の満足度（50%）・教室参加者のうち6か月後に生活改善が継続できている人の割合（50%）等、参加者からの評価等を加えたより広い視点で指標を設定することができた。

更に、個別保健事業計画・事業評価シート（様式4及び5）を作成することで、計画したことをどのように実施、評価していくのかという整理ができた。具体的には、事業実施の際には、アウトプット評価だけでなくアウトカム評価の指標も意識しながら取り組み、ストラクチャー評価やプロセス評価についても体系的に整理することができ、これまでよりも効果的にPDCAサイクルを回す体制ができた。

邑南町では、保健事業について町単独で検討するよりも、ヘルスサポート事業を活用することで、多角的、専門的な視点で保健事業の方向性が見い出せた。特に、保健師に負担がかかり過ぎではないかとの指摘を受けたことを踏まえ、図表4及び5のとおり平成28年度事業の実施体制は、関係者・機関等との連携、役割分担を意識した体制に整えることができた。

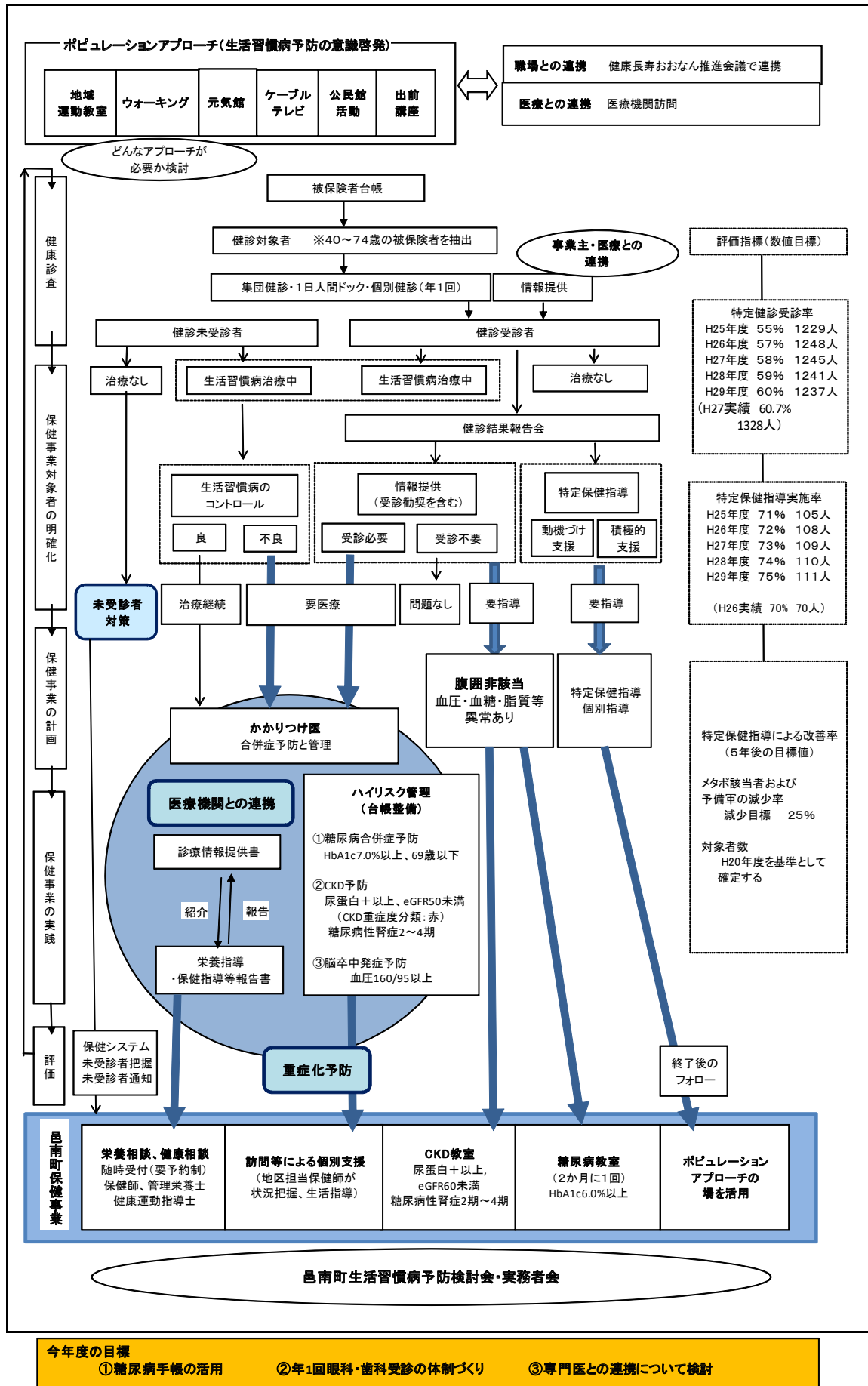
今後、生活習慣病予防対策やハイリスク者対策等について、今回整備した体制に沿って事業の推進を図っていきたいが、医療との連携等、邑南町だけでは解決しにくい課題がある。引き続き、保健所や保健事業支援・評価委員会の助言を受けながら改善できるよう取り組んでいきたい。

図表4 平成28年度個別保健事業計画一例（様式4）
ハイリスク者対策（糖尿病性腎症・CKD）

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
町の医療費を分析してみると、年間総医療費の内訳で、慢性腎不全が1位である。 (入院医療費5位、外来医療費3位) 糖尿病について、早期から関わることで発症を予防する。また、管理をきちんと行うことで悪化予防を図る。糖尿病性腎症やCKDハイリスク者を把握し、指導により生活改善を図ること、医療と連携して関わることで、悪化・重症化を防止し、対象者のQOLの向上、医療費削減を目指す。	(早期予防) 健診結果報告会 ⇒特定健診受診者 (発症・悪化予防) 糖尿病予防教室 ⇒HbA1c 6.0以上 (合併症・重症化予防) 個別フォロー ①糖尿病ハイリスク ⇒HbA1c 7.0以上かつ69歳以下の方 ②糖尿病性腎症 ・CKDハイリスク ⇒糖尿病性腎症病期分類2期～4期の方 ⇒尿蛋白+以上かつまたはeGFR60未満	7月～9月 年間 奇数月 10・12・2月 年間	特定健診結果報告会 ・予備群の方に生活指導を行い、予防教室等の保健事業へ参加勧奨。 ・要医療者の状況把握・生活指導実施。 ・治療中断者への受診勧奨。 糖尿病予防教室 ・糖尿病発症予防と悪化防止のため、食・運動を中心に生活改善の啓発と取組継続の支援を行う。 CKD教室 ・自己管理や治療のために必要な情報提供(減塩・血圧管理等)を行う。 個別フォロー ・糖尿病性腎症・CKDハイリスク者を抽出し台帳作成、かかりつけ医と連携しながら、個別にフォローを行う。 ・指導にあたっては、栄養士・保健師を中心に勉強会を開催する。	・健診約1か月後に報告会を行い、健診結果の説明と、それをもとに生活改善のための指導を行う。個別に取り組み目標を立て、健康手帳に貼ることで、目標を意識して生活する。 ・必要な方に対しては受診勧奨を行う。 ・医師・管理栄養士・健康運動指導士・歯科衛生士が、それぞれの立場から生活改善について啓発。具体的な方法も指導。2か月に1回開催し、生活改善の継続を支援する。 ・専門医による講演会、食(減塩)・血圧管理の必要性・運動等具体的な改善指導を行う。 ・チャレンジ事業等を活用し、自分の血圧に目を向けるとともに、血圧測定を習慣化する。 ・ハイリスク者は、島根大学の協力を得て担当者が抽出、ハイリスク者名簿を作成。 ・個別フォローは地区担当・成人担当が実施。 ・必要に応じて、かかりつけ医と連携しながら、フォローしていく。必要な方は、専門医(腎臓内科)へつなぐ。

評価計画				
	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
(評価項目・評価指標)	・対象者抽出・全体の進行管理は事業担当者が行う。 ・受診勧奨や個別フォローは、地区担当保健師が行う。 ・予算は、町民課国保特別会計に計上。 ・治療中の方、管理不十分者については、主治医と連携を図りながらフォローする。	・ハイリスク対象者が、かかりつけ医に受診し、定期的に検査を実施、必要に応じて腎臓専門医につなぐ体制づくりをする。 ・かかりつけ医からの診療情報提供書に基づいて、減塩指導等が的確にできるよう、スタッフの資質の向上を図る。 (詳細は邑南町生活習慣病予防対策フロー図参照)	・個別フォローの実施率100% ・糖尿病教室への参加率20% ・CKD教室への参加率30% ・各教室参加者の満足度50% ・各教室で6か月後に生活改善目標が継続できている人の割合50%	・糖尿病性腎症による透析移行者0人 ・透析者のうち糖尿病性腎症の割合25%以下 ・血糖コントロール不良者HbA1c7.4以上の割合 男性2.7%、女性0.7% 以下HbA1c8.4以上の割合 男性0.5%以下、女性0%
・評価体制	年度末 ・保健課事業連絡会で検討・評価	年度末 ・保健課事業連絡会で検討・評価	データヘルス計画終了時に評価(H27～29までの3計画) なお、毎年度末には状況を把握し、進捗状況を確認する。	データヘルス計画終了時に評価(H27～29までの3計画) なお、毎年度末には状況を把握し、進捗状況を確認する。
・実施時期	毎年 年度末	毎年 年度末	目標 H29年度	目標 H29年度

図表 5 平成 28 年度邑南町生活習慣病予防対策 フロー図



事例
平成27年度
島根県 邑南町（おおなんちょう）

委員会での協議内容を事務局が電話及び書面でフィードバックする支援

～委員による助言を自ら整理し、市の現状に照らして具体的な事業計画につなげた事例～
 <広島県保健事業支援・評価委員会⇒三原市（みはらし）>

【保険者概要】

人口：98,290人、高齢化率：31.6%、国保被保険者数：23,091人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：25.8%、特定保健指導実施率：24.2% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：372,864円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職3人（国保部門）、保健師3人（衛生部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

三原市は、月平均で被保険者の46%が医療機関を受診している状況であり、一人当たり医療費も県や国と比較して高額となっていた。

医療費総額の多い疾病・患者数の多い疾病・患者一人当たりの医療費が高い疾病等の分析から、三原市においても複数の健康課題があることを認識していたが、データヘルス計画を策定するに当たりどの健康課題を優先し保健事業に取り組むべきか、助言を得るために支援を受けたいと考えていた。

また、限られた人員で効率的に保健事業を実施するための方法についても助言を得たいと考えていた。

そこで、保健事業支援・評価委員会は、市の事業について第三者の有識者の見解を聞く貴重な機会であるため、支援を申請することとした。

支援の経過

平成27年度は計5回の保健事業支援・評価委員会を開催し、そのうち10月に開催したグループ会議では、保険者も出席し委員と直接意見交換を行った。他の4回については、委員と事務局で協議を行い、その内容を、後日、事務局から保険者にフィードバックする形態をとり、その際には、委員の助言の背景を踏まえてまとめる等の工夫を行った。

また、事務局は、保険者からの問い合わせ等に対し、電話・メールにより随時対応するとともに、委員会開催前に事前ヒアリングを実施しており、三原市へは3回訪問した。

事務局による事前ヒアリング（平成27年6月10日）

事務局は7月開催の第1回保健事業支援・評価委員会に向けて三原市に対し事前ヒアリングを実施し、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドラインに沿ったデータヘルス計画の策定について、今後の流れを確認した。

<主な内容>

- ・事務局が様式を作成・提供したデータヘルス計画策定支援ワークシートへの記載内容を確認し、データから見える健康課題や既存事業の振り返り、KDBデータの活用方法等について、意見交換を行った。
- ・三原市のデータヘルス計画策定に向けた体制についても確認し、国保部門と衛生部門の連携が取れていることが分かった。

・三原市は、特定健診受診率の低迷が大きな課題であると認識しているが、原因を把握できていないため、その方法についても委員会から助言を得たいとのことであった。

図表1 事務局が様式を作成・提供したデータヘルス計画策定支援ワークシート

データヘルス計画策定支援ワークシート(三原市)		【連合会様式】						
		健康・医療情報等からの健康課題	健康課題解決のための目標	健康課題の対応する既存事業	既存事業の評価指標	備考		
目的 (計画終了時点での あるべき姿)	健康寿命の延伸	(H25年度KDBシステムより) ・20歳のときの体重から10kg以上増加した人が25.5%いる。 ・夕食後に朝食をとることが週3回以上ある人が12.4%で同規模地域より多い。 ・1日30分以上の運動習慣なしの人が55.8%(女性のみ59.3%)で、県・同規模地域と比較して少ないが半数が運動不足。 ・週正休養ではない人が28.2%いる(県25以上22.0%、18.5未満6.2%) ・県・同規模地域と比較して飲酒量は多量が多いが、男性のうち毎日飲酒している人は県・同規模地域と比較して55.4%と多い。 ・40～50代に特に食習慣・運動習慣の乱れが目立つ。 ・入院及び外来診療費の合計で最も高いのは糖尿病であり、精神疾患に続いて高血圧症(最小分類)である。 ・医療機関が充実し、医療を受けやすい状況にあり、予防の重要性が認識されにくい。入院率が県より20%高い状況。(病院千人当たり三原0.5、県0.4、同規模0.3)	・週2回以上1日30分の運動習慣なしの人を減らす。男性50%、女性55% ・男性の毎日飲酒者を減らす。男性50%	・出前講座 ・ウォーキングイベント ・人材育成(運動リーダー)・食生活改善推進員・健康づくり推進員及び活動支援 ・てくてくチャレンジ(H27～)	・参加者数(40～50代) ・参加者数(30～60代) ・育成人数及び活動回数 ・参加者数及び8,000歩/日以上の人数	(H28年度に向けた課題) ・40～50歳のポピュレーションアプローチができていない。 ・40～50歳の生活習慣の是正のため、生活習慣の背景を探る。 ・適正飲酒の率が低い。 ・過労状態に陥る率が低い。 ・特定塩分量測定(尿検査)を健診項目に追加。		
		被検者のGOの向上	発病予防特定保健指導	初期の検査結果	(H25年度特定健診結果から ポジティブ分析より) ・特定健診受診率 60%(H29年度) ・特定保健指導利用率 60%(H29年度) ・特定保健指導利用率が低い(平成26年度暫定値7.1%)(H27.4未) ・健診異常検出数496人 ・非肥満高血圧の人が県と比較し、20%多く存在する(10.6%)	・特定健診受診率 ・特定保健指導利用率 ・特定保健指導利用率(電話・訪問・通知)	・特定健診受診率 ・特定保健指導利用率 ・特定保健指導利用率	(H28年度に向けた課題) ・非肥満に対する血圧対策(原因を探る)
			リスクに応じた生活習慣改善プログラムの提供	ハイリスク状態(リスクの重なり)	(KDBシステム健診ツリー図) ・糖尿病なしの内訳は非肥満の方が肥満者より受診勧奨が多く、特に血圧が多い。 ・肥満者:①血圧+血圧+脂質56人 ②血圧+血圧103人 ③血圧のみ33人 ・非肥満者:①血圧+血圧+脂質44人 ②血圧+血圧180人 ③血圧のみ111人 ・血圧+血圧(3.5%)、血圧+脂質(1.1%)リスクが県より20%多い。	・肥満・非肥満で受診勧奨の者のうち80%をフォローし、そのうち50%は治療につなげる。	・糖尿病重症化予防教室(H27～) ・電話・訪問等による受診勧奨及び指導(H27～) ・対象者 ①血圧160/100以上 ②血圧値126以上、HbA1c6.5以上 ③LDLコレステロール180以上	・セルフケア能力(知識・実践) ・対象者の受診割合 ・対象者の保健指導割合
		慢性疾患の重症化予防の保健指導プログラムの提供	糖尿病重症化予防の保健指導プログラム(重症のコントロール不良)	(KDBシステム糖尿病レポート分析) ・インスリン237人(8.2%)、腎症460人(12.2%)、網膜症144人(3.8%) ・神経障害143人(3.8%)と合併症治療者が存在し、脳血管疾患505人(13.4%) ・虚血性疾患781人(21.0%)と重症疾患との合併も存在する。50歳代から患者数が増加している。 ・高血圧2378人(63.2%)と合併している者が多い。 ・生活習慣病治療者のうち6割がコントロール不良者である。				(H28年度に向けた課題) ・特定健診に腎機能評価項目を追加
			人工透析(重症な疾患)	(H25年度レポートから) ・透析患者 59人 ・腎症病期分類 IV16人、III612人、II168人、I709人 ・患者千人当たり糖尿病合併症(腎症)患者が県より20%多い。 (糖尿病合併症患者が55.9%存在し県(49.9%)より割合が高い、H26.5月診療)				
疾病管理専門職の確保や生活習慣のコントロール支援	脳血管疾患(重症な疾患)	(H25年度レポートから)延べ人数 脳梗塞 2,351人、くも膜下出血83人、脳内出血311人、脳動脈硬化169人、その他脳血管疾患1,045人 ・糖尿病合併症患者が50.2%存在し、県(41.5%)より割合が高い。 H26.5月診療						
	運動継続性疾患(重症な疾患)	(H25年度レポートから) 虚血性心疾患3,196人、その他の疾患4,077人 ・虚血性心疾患の糖尿病合併症患者が53.8%存在し、県(51.9%)より割合が高い。 H26.5月診療						

※ ワークシート提出後、既存事業については、別途、詳細な計画の提出を依頼します。

第1回保健事業支援・評価委員会による支援(平成27年7月8日)

第1回委員会では、三原市から提出されたデータヘルス計画策定支援ワークシート・特定健康診査等実施計画(第2期)・健康・食育みはらプラン(健康増進計画・食育推進計画)等や事前ヒアリングの結果に基づき、事務局からの説明の後、協議を行った。

また、協議内容については、委員会終了後に事務局が電話及び書面により三原市へフィードバックした後、第2回委員会の開催前に実施する事前ヒアリングにおいて対応状況等を確認することとした。

図表2 三原市に対しての保健事業支援・評価委員会の助言(抜粋)

- ・連合会独自にKDBデータから分析した資料では、若い40～50代の心筋梗塞が多い。心筋梗塞は多数の因子が関係してくる。多量飲酒を継続することで、高尿酸血症や脂肪肝になり、次第に腎機能の低下を招き人工透析や心筋梗塞につながる。
アルコールの適量飲酒を、ぜひ重点項目につなげてほしい。
- ・三原市の特定保健指導は、広島県地域保健医療推進機構に委託しているが、初年度の平成20年度は受診者も多く行動変容も見られた。しかし、65歳以上になるとリスクを持つ人が多く、次年度以降も同じ人が対象になることから、次第に実施率低下を招いていると思われる。
新しい工夫が必要ではないか。
- ・ハイリスク者へのアプローチについて、医師会との連携にどのように取り組んできたか振り返り、共に考えてもらえるよう、データヘルス計画策定支援ワークシートやKDBデータから分析した資料を医師会で報告することを試みてはどうか。

保健事業支援・評価委員会グループ会議による支援（平成27年10月5日）

委員と保険者が相互理解を深めるための直接協議を行う機会として委員会グループ会議を開催し、三原市からは、国保部門事務職1名・衛生部門保健師1名が参加した。

ここでは、第1回委員会後、三原市が実施した特定健診質問票項目と検査数値のクロス集計の結果等を追加記載した各種資料を基に意見交換・助言を行った。

図表3 三原市と保健事業支援・評価委員会の意見交換及び助言（抜粋）

○適正飲酒に対する取組について

<助言>

- ・ スーパーや酒造組合等に働きかけてはどうか。たばこと同様に、市民へ情報提供することは大切である。
- ・ ポピュレーションアプローチになるが、アルコール換算量の目安となる絵など、市民にわかりやすいもので啓発できたら良いのではないかと。

飲酒は循環器疾患予防を考えると、1合ぐらいが適量であることや、運動習慣の重要性等について、イベント等で中小企業等へも含めて啓発していいと思う。

○高血糖の者に対する取り組みについて

<助言>

- ・ 非肥満高血糖の人などへの、筋肉量測定などがあっても良いのではないかと。
- ・ 血糖値が高い層に、質問票での「20歳時より10kg以上太った」の回答が多いことなどを、市民へ周知することが必要ではないかと思う。

○質疑応答

三原市： 40～50歳代へのアプローチが必要であるが、国保加入者の生活実態は質問票でしかわからない。データヘルス計画に掲げるためにはどう考えていくか。

委員： 健康増進計画のアンケートを活用し、クロス集計等をしてデータ分析してはどうか。

事務局による事前ヒアリング（平成27年11月13日）

事務局は、12月開催の第2回委員会に向けて、三原市に対し事前ヒアリングを実施し、データヘルス計画の素案について記載内容を確認するとともに、分析データの見える化の必要性や記載内容の整理等について、意見交換を行った。

また、三原市では「適正塩分量推進事業」及び「糖尿病性腎症重症化予防事業での血清クレアチニン検査」を導入する予定であり、これらに係る検査値等の評価指標をどのように設定したら良いかについて、委員会からの助言を得たいとのことであった。

第2回保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年12月2日）

第2回委員会においては、三原市から提出されたデータヘルス計画の素案や事前ヒアリングの結果に基づき、事務局からの説明の後、協議を行った。

協議内容については、委員会終了後に事務局が電話及び書面により三原市へフィードバックした後、第3回委員会の開催前に実施する事前ヒアリングにおいて対応状況等を確認することとした。

図表4 三原市に対しての保健事業支援・評価委員会の助言（抜粋）

○計画素案全体について

- ・ 業者委託であるが、かなり主体的に計画策定をされている。
- ・ 計画における保健事業はハイリスクアプローチのみだが、ポピュレーションアプローチも実施されているので、計画に記載されると良いと思う。
- ・ 三原市は、地域に根差した活動も行っており、地区ごとのデータも持っている。
地区ごとの活動が計画には記載されていないが、三原市らしさを入れる方が良いのではないか。

○糖尿病性腎症重症化予防事業での血清クレアチニン検査について

- ・ 血清クレアチニンについて、1回の断片的な数値での評価は難しい。若い人と高齢者では正常値も異なってくるであろう。経年的な変化や年齢に応じた正常値があり、基準値のみから評価することは適切ではない場合があるので、診断医の判断を仰ぎながら見ていくことが良い。
- ・ 対象を広げすぎると難しくなるので、そこを地元の先生方と詰めて話をされると良い。

○適正塩分量推進事業について

- ・ 尿中塩分量や血清クレアチニン検査をなぜ実施するのか、知識として知っていることが大切である。
また、その評価があれば、それが地域へ浸透していくのではないか。自然に地域へ浸透することは、相乗効果となる。

事務局による事前ヒアリング（平成28年1月14日）

事務局は、2月開催の第3回委員会に向けて三原市に対し事前ヒアリングを実施した。

三原市がデータヘルス計画策定支援ワークシートを有効に活用してデータヘルス計画素案を策定していること、これまでの委員会からの助言に対し、既存事業の実施状況の分析を再度実施する等積極的に対応されていることを確認した。

第3回保健事業支援・評価委員会による支援（平成28年2月5日）

第3回委員会では、第2回委員会後、三原市が委員の助言を踏まえて既存保健事業の整理と新規保健事業の検討を行い、各個別保健事業の開始時期を再検討・追記したデータヘルス計画の素案や、事前ヒアリングの結果に基づき、事務局からの説明の後、協議を行った。

協議内容については、委員会終了後に事務局が電話及び書面により三原市へフィードバックした後、第4回委員会の開催前に再提出される資料で対応状況等を確認することとした。

図表5 三原市に対しての保健事業支援・評価委員会の助言（抜粋）

- ・ 量が多いが、すっきりしたわかりやすい計画になっている。
業者委託であり、前回の計画案は厚かったが、かなり内容を精査されている。
- ・ 実施事業について、「これまでの事業実施の状況」では記載されているが、「実施する保健事業の概要」には記載されていない事業があり、全体としてのコメントの記載はあるものの、選択方法及びそれをどう今後の事業につなげるかがわかりにくいため、継続する事業であれば記載が必要ではないか。
- ・ 「実施する保健事業の概要」の目標設定について、これからも検討されると思うが、かなり高い目標値のものがあり、現実的な目標値にする必要があるのではないか。
- ・ P37、38に「現状把握から判明したこと」を整理しているが、P39以降につながる考え方を説明した方が、よくわかるのではないだろうか。

三原市は上記助言を受けて、国保部門・衛生部門の両方で再度協議し、現状に係る記載を、よりわかりやすくするため、数値を盛り込む等データヘルス計画素案の修正を行い、最終版として完成させた。

第4回保健事業支援・評価委員会による支援（平成28年3月8日）

三原市が最終版として完成させたデータヘルス計画について、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドラインの「保健事業の手順に沿った評価基準」に沿って、評価を行った。

評価結果は、事務局が三原市に書面で通知した。

図表 6 三原市に対してのデータヘルス計画の評価結果

平成 27 年度広島県国民健康保険団体連合会 保健事業支援 ・ 評価委員会におけるデータヘルス計画の評価結果	
三原市	
【評価】	この計画書は、「保健事業の実施計画（データヘルス計画）作成の手引き」に基づき、概ね良好に作成されています。また、健康課題をわかりやすく抽出されているので、今後、他団体との連携等により効率的・効果的な事業展開に繋がると思われます。今後は、事業を推進される中で成果について評価しながら、効果的な事業の推進や必要に応じた見直しを行ってください。
	評価項目に係る委員意見
	<u>（評価項目：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）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多面的な分析ができている。 ・ 多面的な現状分析をしている。 ・ 詳しく分析されている。（反面、焦点がしぼりにくい。） ・ データをグラフ等で効果的に使い、精力的に分析されている。
	<u>（評価項目：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）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行事業の評価がない。 ・ 十分評価しているとは言い難い。
	<u>（評価項目：健康課題を明確にしている）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康課題を明確にしている。 ・ 分析に基づいた課題抽出がされている。
	<u>（評価項目：地域資源を把握している）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 把握し、事業に活かしている。
	<u>（評価項目：事業目的を明確にしている）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業ごとの目的が明確である。 ・ 課題と対応した事業目的を設定している。
	<u>（評価項目：事業目的に応じた各種保健事業を企画している）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目的を明確に示し、事業を企画している。
	<u>（評価項目：事業目的に応じた対象者の選定基準を設定している）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 選定基準が具体的である。 ・ 目的に沿って選定基準が設定されている。 ・ 目的に応じた対象者の選定基準を設定している。
	<u>（評価項目：個別事業及び全体としての成果目標を設定している）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成果目標を設定し達成基準が明確である。
	<u>（評価項目：関係者と調整しスケジュールを立てている）</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時系列的に整理するとよいのではないが ・ 生活習慣病予防について医師会との連絡調整・連携についてご検討ください。 ・ 生活習慣病予防対策等、今後は医師会との協働で進めていかれることを期待する。
※	評価項目：「保健事業の手順に沿った評価基準の評価項目」（「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン」）から抜粋
[その他の意見]	<ul style="list-style-type: none"> ・ グラフに縦軸、横軸がないものがあり、わかりにくい。 ・ 入院医療費、外来医療費の円グラフが、左横の表に沿った順番ではなく、降順の方がわかりやすい。 また、省略された数値があるため、表示されている数値の和が 100%にならないことに、違和感を感じる。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

委員会からの専門的な「助言」を受け、三原市では、表やグラフを使用した適切な見える化の方法等計画に取り入れることができるものについては計画に反映し、適正飲酒に対する取り組み等現状では実施が困難なものについては今後の検討課題とすることとした。

特に新規事業として取り入れる血清クレアチニン検査の基準値の取り扱いや、適正飲酒への取り組みについての助言は、今後、事業を展開していく上で有意義であった。

また、事務局から書面でフィードバックされる委員会での協議内容は、外部及び課内での協議等の参考資料に活用するとともに、適宜専門的な助言を振り返ることができる資料として、有用であった。

平成29年度に実施する個別保健事業計画の策定についても委員会から支援を受けており、助言を参考にしながら具体的な対象者の選別や評価基準について検討を重ねていく。

(三原市)

委員及び事務局が保険者を訪問して実施した支援

～複数部署の共同による事業実施の必要性に気づきを与えた事例～
 <香川県保健事業支援・評価委員会⇒高松市（たかまつし）>

【保険者概要】

人口：427,565人、高齢化率：25.6%、国保被保険者数：97,044人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：42.7%、特定保健指導実施率：32.3% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：412,407円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職3人（国保部門）、保健師2人（一般衛生・介護部門）

※平成27年度

支援を申請した経緯

高松市では、増大する国民健康保険と介護保険に係る保険給付費の適正化に対し、関係課が連携を強化し、効果的・効率的に取り組むことを目的に、各課選任職員による高松市保険給付費適正化プロジェクトチームを立ち上げ、平成25年度～27年度を期間に第1期国民健康保険及び介護保険の保険給付費適正化計画を策定した。第2期計画をデータヘルス計画として位置付け、策定するにあたり、国保ヘルスアップ事業の助成を受けるとし、データ分析、評価指標の設定等の再考のために、香川県保健事業支援・評価委員会に支援を申請した。

支援の経過

香川県保健事業支援・評価委員会事務局では、申請の有無に関わらず県内保険者の全てのデータヘルス計画の策定状況、個別事業の進捗状況等を把握するために直接現地に出向き、現状や問題及び課題点を情報収集し、個別支援の必要な保険者の把握と共通課題等に対する対応について委員の助言をいただくことをねらいとし、保険者訪問を実施した。

事務局による事前ヒアリング（平成27年5月）

高松市は、委員会での支援に先立ち、事務局が事前訪問し、高松市データヘルス計画素案を基に、担当保健師が助言を得たい事業を抜粋し、被保険者に対する周知活動を、データヘルス計画とその個別保健事業にどのように反映させていけばよいのか、また、その際の目標として、健康意識の醸成はどのように測っていけばよいのか、ポピュレーションアプローチの考え方について、同市が策定の健康増進計画との関連を考慮した助言を得たいとのヒアリング結果を受け、同健康増進計画策定に携わられた大学教授である該当委員同行による現地訪問を実施した。

委員による現地支援 <11月25日（委員同行現地支援）>

該当委員1名が事務局とともに高松市を訪問し、高松市データヘルス計画素案をもとに、保健師1名、事務担当者1名、事務担当者（課長補佐）1名と直接協議を行い、以下の助言がなされた。

①アウトプット・アウトカムの方の考え方について

・住民の健康意識の醸成については、特定健診・特定保健指導や健診結果等による耐糖能有所見者への受診勧奨、糖尿病治療中断者再受診勧奨、CKD 予防対策等の重症化予防対策などへの参加にどれだけつながったかを評価できないか等について、具体的な助言を行った。

②事業目的を明らかにし、効率的かつ効果的な事業推進に向けての考え方について

・主に糖尿病治療中断者再受診勧奨等の事業の目的等を整理し、対象者を再考したり、他の計画・事業や、関連する他の事業等と一体的に事業推進を行うことはできないか等の業務改善の視点をもつことについても助言がなされた。

③PDCA サイクルを市全体として捉えることについて

・プロジェクトチームの特性を活かし、データ分析の結果を各部門に的確に情報提供し、それぞれの役割が認識できるような体制（定例化、会務の進め方の工夫等）を定着させる等の助言がなされた。

委員の現地支援により、高松市はデータヘルス計画を1部署の計画とするのではなく、他部署の計画、指標とすり合わせを行い、計画の策定を行った。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

複数部署による連携の必要性は認識していたものの、支援・評価委員会の支援を受けて、データ分析の結果を関係各課がそれぞれの目で視ること、課題を明らかにし、対応部署への情報提供とその役割について定例的に話し合うことの必要性を再認識した。（例：健康増進計画等他部署における計画との整合性のある計画とする）

また、個別保健事業の評価指標について、他事業への参加者の増加等についても、別々に考えるのではなく、計画全体を俯瞰した他事業への波及効果と捉える視点等、具体的な指標設定の考え方を整理することができ、関連する他計画及び他事業との関係性を再考する機会となった。特にポピュレーションアプローチの考え方について委員より具体例を示し助言を受けられたこと、また、事務職と専門職の連携や他部署への情報発信の必要性等、第三者の視点で指摘いただいたことに効果があった。

医学的見地に基づいた助言により重症化予防事業の計画策定を支援

～委員の意見を参考に事業対象者の抽出基準を設定した事例～
<愛媛県保健事業支援・評価委員会⇒東温市（とうおんし）>

【保険者概要】

人口：34,037人、高齢化率：27.63%、国保被保険者数：7,946人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：36.2%、特定保健指導実施率：58.8% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：382,995円 ※平成26年度

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師2人（国保部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

東温市は、データヘルス計画策定等のために、健診・医療費データを活用して健康課題の分析を行った結果、要介護認定を受けた第2号被保険者に脳血管疾患が多いことがわかり、基礎疾患である高血圧の改善の必要性が課題として、既存事業である健診結果説明会（以下「診察相談」という。）の見直しを行うこととした。同事業は、相談日当日に、重症化予防対象者、情報提供者などが混在しており、個人の問題性（リスク）に応じたアプローチが不十分であった。

このことから、重症化予防を目的とした保健事業を実施するためには、対象者の選定基準の見直しと、保健指導体制の整備が必要であると考え、支援・評価委員会の支援を申請した。

支援の経過

事務局による事前ヒアリング（平成27年2月19日）

委員会における支援にあたり、相談事項等の詳細な状況把握、評価を求める内容の整理等を行うため、事務局が東温市に事前ヒアリングを実施した。

普段、地域の保健活動の現場に直接携わることのない委員にも保険者の実態を伝えられるよう、委員会に提出する資料（市町毎の健診受診率や重症化予防対象者数等）の準備や整理を東温市と行った。

第1回 保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年3月11日）

東温市出席のもと、重症化予防のための事業概要、事業にかかる現状と課題を市自らが説明し、健診受診者の医療機関への紹介基準や保健指導対象者の選定について、委員との間で協議を行った。また、重症化予防対象者の明確化や優先順位の考え方、継続支援のためのツールとして台帳整備の必要性などについて協議を行った。

図表 1 東温市が感じる課題・現状と支援・評価委員会の助言（抜粋）

東温市の現状と課題	支援・評価委員会からの助言
(診察相談事業について) ・相談日当日には、重症化予防対象者、情報提供者などが混在し、個人の問題性（リスク）に応じたアプローチが出来ていない。 ・重症化予防のための事業運営および対象者の選定基準の見直しの必要がある。	・マルチプルリスクファクター（複数のリスク因子）を有する対象者等、保健指導が必要な者については、東温市スタッフ間において基準値等を確認し、課題共有することが必要。 ・受診勧奨対象者に対し、予防の視点を共有できるよう、地元の医師会との連携体制をつくる必要がある。
(保健指導対象者について) ・脳、心、腎の血管を守るため、複数のリスクを持った対象者にどのように優先順位をつけるか。 ・血圧Ⅱ度以上の者については、「紹介状」を発行し、医療機関受診につなげている。 ・健診項目毎に医療機関紹介基準を設けているため、他リスクとの関連については考慮されていない状況。	・高血圧治療ガイドラインによる重症化予防対象者のうち、血圧Ⅰ度でリスク3層の対象者については、機械的な紹介状発行よりも「重点保健指導対象」として保健指導を中心に受診の必要性を伝えていく方が効果的である。 ・「重点保健指導対象」については、事前に対象者を把握しておき、スタッフ間で共通認識できる仕組みを相談日に組み込んでいく必要がある。

第2回 保健事業支援・評価委員会による支援（平成27年7月14日）

1回目の委員会を受け、引き続き東温市担当者へ出席いただき、取り組みの進捗状況について、市から報告を行った。また、東温市の課題の1つでもある脳血管疾患の解決に向けて、実態把握のための分析方法や健診データの変化における評価の考え方、予防のための2次検査項目について協議を行った。

図表 2 第2回支援・評価委員会の意見（抜粋）

<p>①重症化予防（脳血管疾患）のための実態把握について</p> <p>東温市全体として、脳梗塞はラクナが多いのかアテロームが多いのかを判断して、高血圧対策を軸にするのか、糖尿病対策を軸にするのか、という方向性を見定めるためには実態把握は必要だが、正確に把握するには研究領域になり現実的に困難と考えられる。レセプトからの判別についても、今の段階では難しく、エビデンスもそう強くないので、脳出血か梗塞か、心原性か、という区分で十分だと考える。</p> <p>また、重症化した症例を分析すると同時に、住民の食生活を含め、健診データの年次推移等、地域全体としての健康課題を見る視点も重要である。</p>
<p>②脳心血管リスク層別化の優先順位について</p> <p>重症化予防に対する評価指標としては、本来の目的である「脳血管疾患の発症そのものを抑える」ことに向かっているか、という視点で評価していくことが重要である。</p> <p>「脳心血管リスク層別化」にはCKD重症度分類のオッズ比に代わる日本のエビデンスはなく、リスク層が動くか血圧重症度分類が動くか、細かい部分の評価ではなく大きな捉え方で評価した方が良い。</p> <p>中長期目標の達成のための評価として、健診結果データの改善という限局的な評価だけでなく、どのくらい治療につながったか、また治療継続できているか、コントロール状況はどうか、発症そのものが減っているのか、という評価指標が挙げられる。</p> <p>そのためには、保健指導のスキルアップを図り、健診の継続受診者の獲得や、医療機関未受診者を受診につなげられるような力量形成、住民に対する教材の工夫も重要になる。医療機関受診の有無や継続受診の確認はKDBシステムのレセプト閲覧で確認できるため、一つの評価として見ていくと同時に、個人の経過を追うことも必要である。</p>

東温市は、第1回、第2回の委員による助言を受け、保健指導対象者を明確にし、診察相談事業の事前に把握する運用への見直しを行った。また、使用媒体（教材）の作成や市による技術向上のための研修会を通し、保健指導スタッフの間の保健指導の力量形成、標準化に努めた。また、重症化予防対象者の台帳整備等を行い、継続支援していくための環境整備や、市医師会へ市の健康課題や保健指導・受診勧奨の対象者の考え方について説明し、協力要請を行った。

第3回 保健事業支援・評価委員会による支援（平成28年1月20日）

第3回委員会では、事業の進捗報告のほか、事業評価の準備として、評価指標について委員からの具体的な助言を受けた。血圧値については、家庭血圧値と健診会場での血圧値に差があることも多く、家庭での血圧測定を勧めるための方策や、保健指導対象者の生活習慣の改善度における評価について協議を行った。

図表3 第3回支援・評価委員会の意見（抜粋）

①重点保健指導における血圧値の評価方法について

今回の重症化予防の対象は、1度以上の高血圧で他の危険因子を併せ持っている対象者となるため、最終評価としての指標は、血圧のみではなく、喫煙や糖尿病といった他の因子も併せて評価する方が良い。

また、家庭血圧値は、自己申告であることや血圧計の精度により正確な数値とならない可能性があることから、評価指標としては適さない。しかしながら、家庭血圧値は対象者本人の血圧管理のためには重要な指標であるため、血圧値の推移等を保健指導に活用したり、血圧管理に関する行動変容は評価につなげることができる。評価時期については、一定の同条件で個別・集団共に経年変化についても評価できることから、次年度健診受診時の血圧値を用いる。

②生活習慣の改善度をどう評価していくか

まずは、現在利用できる情報の中で、何が評価に活用できるか、という整理が必要。食事に関する味付けに関する事項等、本人の主観が回答に大きく影響する項目もあるため、調味料の使用量や生活習慣の改善に努めている内容など、客観的に評価できるような質問項目になっているか、精査する必要がある。

また、運動不足や野菜摂取量など、東温市の特徴を踏まえた質問内容となっているか、保健指導にも活用できるよう次年度に向けて検討してはどうか。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

東温市は、支援・評価委員会の支援を受け、脳・心・腎の血管を守る（生活習慣病重症化予防）ため、保健指導対象者について学会ガイドラインを参考に、科学的根拠に基づいた対象者選定となるよう見直しを行った。既存事業である「診察相談」についても、健診結果が基準値以上の者に機械的に受診勧奨を行うのではなく、疾病メカニズムの視点で保健指導を行うことで、値が上がる原因や意味について本人の気付きにつながるよう、スタッフ間で共通認識をもって取り組むきっかけとなった。

事業評価の方法については、血圧値等の変化をどのように評価していくか協議し、客観的な指標を用いることなどを確認することができた。

また、第1回の助言を受け、東温市医師会と紹介状を使った現在の取り組みについて協議を行った結果、平成28年度から紹介状の様式を変更し、主治医の指示に基づき栄養指導・保健指導を行った結果を主治医に返すことになった。これを医療連携への足がかりとなるよう努めていきたい。

委員の保険者訪問と保険者が委員会へ出席する2つの形態を組合せた支援

～既存事業の丁寧な振り返りと委員会の助言をもとに事業の見直しを行い、
事業の廃止を決断した事例～

<福岡県保健事業支援・評価委員会⇒桂川町（けいせんまち）>

【保険者概要】

人口：13,901人、高齢化率：29.2%、国保被保険者数：3,738人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：48.5%、特定保健指導実施率：45.8% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：380,787円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職1人、保健師3人、管理栄養士1人 ※平成27年度

支援を申請した経緯

桂川町はこれまで保健事業として、健康増進や医療費適正化の取り組みを行ってきたが、小規模な自治体であるため、マンパワーや財政面で課題を感じていた。そのため国保ヘルスアップ事業を活用し、効果的・効率的な保健事業を展開するために支援を申請した。

また、保健事業支援・評価委員会（以下、「委員会」という）という外部からの多面的な支援、評価が得られることで、保健事業の評価や改善に役立てることができると考えた。

支援の経過

■ 事務局による事前ヒアリング及び資料提供（平成27年9月4日）

桂川町のデータヘルス計画策定の進捗状況及び現在把握している健康課題、実施している保健事業等を把握するため、事務局が桂川町に出向き、事前ヒアリングを実施した。

桂川町はデータ分析及び計画策定を業者委託しており、9月上旬時点では業者からの分析結果の報告もされていなかったため、事務局がKDBシステムデータ等の資料提供を行い、医療情報や特定健診の結果から考えられる課題について協議した。また小規模な保険者であることから、入院や高額レセプトの影響を受けやすいため、医療費情報については複数年の傾向を考慮して分析することを事務局より伝えた。加えて、厚生労働省より出されたデータヘルス計画策定の手引きの中に、同規模保険者や県・国との比較により健康課題が明確にできる等と記されていることを桂川町とともに確認し、KDBシステムデータを活用すると良いこと等を伝えた。更に日頃の保健活動で把握しているデータ等も踏まえて、そこから読み取った内容も計画に入れ込むこと等を助言した。

また次回、10月に予定している委員によるヒアリングまでに、事務局が事前に準備した指定の様式に以下を整理するよう依頼した。

- ①現状分析による課題抽出及び目標設定
- ②平成27年度個別保健事業計画

保健事業支援・評価委員会による支援 ①委員による保険者訪問（平成27年10月30日）

保健事業支援・評価委員会を円滑に運営するため、委員会提出資料の打ち合わせも含め、初回の支援は委員が保険者を訪問して支援を行っている。

桂川町に対しては、事務局による事前ヒアリングの約2カ月後に委員2名及び事務局が桂川町に出向き、対面にてヒアリングを行った。業者からの分析結果はまだ部分的だったが、桂川町で把握しているデータも併せて検討した結果、以下の課題が挙げられた。

- ①40代・50代の若い世代の健診受診率が低い
- ②メタボリックシンドローム該当者の割合が多い
- ③生活習慣病に移行しやすい生活習慣の者が多い
- ④危険因子の重なりを有する者が多い
- ⑤入院の割合及び入院日数が長い

これらの課題を解決するために、現在桂川町で実施している保健事業の内容を聞き取り、それらについて、委員から下記の通り、助言が行われた。

図表 1 桂川町で実施している事業の概要と支援・評価委員の助言内容

事業名	事業の概要	助言内容
特定健診受診勧奨事業	対象者：健診対象者のうち、今年度未受診者 実施方法：個別訪問・電話勧奨・受診勧奨通知	桂川町は個別健診が9割を占める中で、治療者の少ない若い世代を受診につなげることは難しい。そのため受診勧奨の時期や勧奨資材の内容を工夫し、がん検診と同時実施するなど集団健診を受診しやすくすることが重要である。
ダイエット教室	対象者：基準は特に設けておらず、全ての日程参加できる希望者 実施回数：13回/年 1クール：5回(後期は8回に増やして実施) 内容：①食事記録の提出と保健指導の実施 ②健康運動指導士による運動の実技 ③調理実習の実施	メタボの減少を目標とするならば、対象者の選定についてもそれを考慮した基準を設ける必要がある(事業目的と対象者が合致していない)。目的に沿った事業を計画しなければ、期待する成果も得られないため、対象者の見直し及び個々の状況に応じた保健指導のあり方を検討する必要がある。
健幸サポート事業	対象者：血圧・血糖・脂質・CKDにおいて保健指導判定値を超える者 実施回数：年6回(採血・説明会含む) 内容：①集団にて疾病のメカニズム等説明 ②食事療法について ③採血結果に個別面接	教室による集団指導は、意識の高い方の参加が多くて、本当に必要な方の参加がない、また個別性に応じた保健指導ができないなどのデメリットもあり、なかなか成果につながらないという反省もある。健診・医療情報を活用し、ターゲットを絞った保健事業の展開に切り替える必要があるのではないか。
元気人(腎)の会	対象者：町民で腎機能低下者及び家族 実施回数：年6回(2カ月に1回開催) 内容：①腎臓の機能や栄養計算等の説明や実施 ②特殊食品を用いた調理実習	透析予防の観点からCKD対策を充実していることが良いことだと思うが、その手前の高血糖で未治療のまま放置されている人への受療勧奨や生活改善の支援も重要であると考える。
腎機能低下者への訪問事業	対象者：国保加入者で腎臓専門医初回レベルの者及び腎臓内科受診中の者 実施時期：通年 実施方法：①訪問、②面談	課題の中にもリスクの重なり合いのことが記載されているが、未治療者等の現状を掴んでおく必要がある。

このほか、特定健診の9割が個別受診であることから、なかなか健診後の保健指導につなげることが困難な状況も明らかになった。町が行っている保健事業について地域の医師に理解いただく努力をする一方で、効果的な保健事業の方法、対象者の選定などを再考する必要性が助言された。

またデータヘルス計画については、担当者でこれまでの取り組みや成果も踏まえて十分協議し、策定するよう助言された。

保健事業支援・評価委員会による支援 ②委員会へ保険者が出席<1回目> (平成27年11月18日)

委員会にて桂川町より、データヘルス計画（案）及び事務局が事前に準備した様式に沿って健康課題と目標設定、平成27年度の個別保健事業計画の3点について報告があった。この時点でもデータヘルス計画については、数ページの骨子（案）のみであったため、平成27年度に実施している個別保健事業を中心に委員からの質疑、助言が行われた。

助言を通して、桂川町の保健事業は集団の健康教室が主であり教室の企画・運営に保健師の時間が割かれていること、その結果、本当に保健指導が必要な個人へのアプローチが不足していることが明らかとなった。また事業の対象者、評価方法についても曖昧な部分があり、平成27年度の評価、反省を踏まえた次年度計画を作成する必要性について助言された。

保健事業支援・評価委員会による支援 ③委員会へ保険者が出席<2回目> (平成28年2月25日)

2回目の委員会での支援は、データ分析結果とこれまでの助言等を受けて反映させた平成27年度事業評価、平成28年度事業計画について、桂川町から報告があった。

アウトプット、アウトカム、ストラクチャー、プロセス評価の4つの観点から資料をまとめることで、そこから導き出した課題とその解決に向けた次年度計画の見直し、拡充へとつなげることができた。委員からは、事業計画の見直しにより、当初は課題や混乱も出てくるのが想定されるが、実践の中で把握できた課題やデータによる客観的な評価を総合的に考察することで、より良い事業にしていっていただきたいと助言があった。また、医療機関との連携については、連携に前向きに取り組んでくれる医師を見つけて、そこから地道に連携を始めると良いとの助言もあった。

図表2 桂川町の28年度個別保健事業計画の変更点及び拡充点

事業名		28年度計画の変更点及び拡充点
特定健診受診勧奨事業		<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨資材の送付時期を集団健診実施前に設定し、集団健診の受診者を増やす。また受診勧奨通知の時期を早めることで、定数に達した場合も次回の集団健診に回せるように工夫する。 ・ 本年度も実施した対象者のパターンに応じて作成した勧奨資材をより効果的なものへ変更を加えて通知する。
重症化 予防事業	腎機能低下者への 訪問事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化予防として以下の対象者に訪問による個別の保健指導を実施 <ol style="list-style-type: none"> ①Ⅱ度以上の高血圧者（治療中も含む） ②腎内科専門医紹介レベル（治療中も含む） ③前年度該当者で未治療かつ今年度健診未受診者 （①または②の該当者で、平成28年度未治療者） ・ 町内の医療機関を訪問し、重症化予防の説明及び協力依頼を行う。
	高血圧者Ⅱ度以上 の訪問事業	
元気人（腎）の会		<ol style="list-style-type: none"> ①対象者は透析リスクの非常に高い方で、費用対効果の面からも重要である ②実際に低蛋白食の調理の工夫を体験し、学ぶことで継続性を支援できている ③個別に検査結果等を見て指導を行っている 以上のことから28年度も継続して実施する。 一部、教室の構成を見直し、医療機関との連携を通して、患者を病院と行政の双方でサポートする体制を整える。
健幸サポート事業		廃止
ダイエット教室		参加対象者の基準の設定（BMI25以上、腹囲：男性85cm以上 / 女性90cm以上）

桂川町は、小規模保険者の特性を活かし、町内医療機関を訪問した。行政が行っている重症化予防の取り組みについて協力を依頼するなど丁寧な対応を行うことで、医師から意見を聞くこともできた。健診受診の大部分を個別受診が占めている中で、その後の保健指導へつなぐ難しさはあるが、医師に行政の取り組みを知っていただくことで、今後、個々の事例を通した連携等も相談しながら進めていくことができると考える。

データヘルス計画については、委託にて実施した分析の結果も含め、担当で十分に協議し、これまでの取り組みや事例を通して明らかになった課題等を盛り込むことができた。

委員会としては、保険者が委員会に出席して行う支援方法だけでなく、委員が保険者を訪問する事前ヒアリングを実施したことで、委員が桂川町の保健事業に対する思い等を率直に聞くことができ、それを踏まえた改善点を協議することができた。

また、桂川町にとっても、複数回に渡り委員会に出席することで、前回の助言内容等を振り返り、次回へ活かすことができたのではないかと考える。事業の構成を見直すことは簡単ではなかったと思うが、助言によって気付いたことを実践することで、その重要性、有用性を実感できたのではないかと考える。

支援を受けての保険者の気づきと今後の展望

桂川町はこれまで、現状を分析し、課題を明らかにしてもそれをうまく事業実施に反映させることができていなかった。しかし、委員会で助言を受け、実施したことをアウトプット・アウトカム・ストラクチャー・プロセス評価の4つの観点から分析することで、その事業の課題や効果が見えやすくなり、次にどこにアプローチをしたらいいか、何をしたらいいかということが考えやすくなった。また、集団の健康教室である健幸サポート事業を廃止することには、最初はためらいもあったが、課題と現状を整理することで「今、何が必要なのか」ということが明確となり、根拠をもって事業を廃止する決断ができた。

今回、データヘルス計画を策定する中で、40代・50代の若い世代の健診受診率が低く、この世代に虚血性心疾患発症者がいることや危険因子の重なりを有する人が多いことなどが明らかとなり、若い頃からの生活習慣病予防の重要性を感じている。現在、桂川町健康増進・食育推進計画を策定しているところであり、保育所（園）・幼稚園・学校・医療機関・地域住民、関係機関が一体となり幼少期からの規則正しい生活習慣の確立を目指していきたい。

個別保健事業計画の立案を通し、PDCA サイクルを意識させた支援

～特定健診受診率最下位の地区を対象とした実態調査及びその結果から立案した未受診者
対策事業の計画に対し委員から助言を受けた事例～

<大分県保健事業支援・評価委員会⇒杵築市（きつきし）>

【保険者概要】

人口：30,887人、高齢化率：33.9%、国保被保険者数：8,315人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：50.9%、特定保健指導実施率：57.1% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：421,429円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師2人（国保部門） ※平成27年度

支援を申請した経緯

杵築市の特定健診受診率は平成20年度に45.4%でスタートし、平成26年度には50.0%と順調に上昇していたが、平成27年度は、50.9%と横ばい状態で伸び率が鈍化している。このように目標（平成29年度60%）に到達しない状況がある中、特定健診受診率の向上を図ることを目的とし、市全体の底上げを図るために特定健診受診率が最も低い地域に介入することにした。その際の介入方法、収集するデータの内容、分析方法などについて大分県保健事業支援・評価委員会から助言を受けたいと考え、支援を申請した。

支援の経過

1回目の委員会による支援 <第1回保健事業支援・評価委員会（平成28年2月19日）>

1回目の委員会による支援では、杵築市が平成28年度の事業計画とその背景を発表し、それに対して委員より助言があった。

〈杵築市の計画〉

- ・市内15校区中、高齢化率11位、国保加入率1位、国保税収納率最下位、特定健診受診率最下位という地区に対し、特定健診受診率が低い要因について実態調査・分析をし、特定健診受診率向上のための新たな施策を検討する。

〈支援・評価委員会からの助言〉

- ・未受診者の未受診理由を調査しているか。受診しない人の理由を明らかにすることが今後の対策になる。
- ・実態調査・分析の後、施策を検討するというプロセスがすばらしい。
- ・未受診者には、健康意識が低い方、医療機関に通院中で受診しなくていいと思っている方がいるので、本当にアプローチすべき人を見極めてから事業を開始するとよい。
- ・どう評価するのかがわかりにくい。もっと丁寧に作戦を立てるとよい。
- ・自治会長や漁協の方など地区の方にアイデアを出してもらうのも一つ。そこにヒントがあると思う。
- ・過去のデータと比較できる調査をするとよい。
- ・来てほしい対象に、どうしたら来てもらえるのかという方策を考えられるとよい。

これらの助言を受けて、杵築市では関係者間での実態調査の内容検討を行うとともに、自治会長や健康づくり推進員等ソーシャルキャピタルを活用するため、特定健診受診率が低いこの地域の現状と28年度の取り組みについて説明を行い、杵築市の取り組みへの理解と協力を依頼した。

事務局による事前ヒアリング①（平成28年5月13日）

1回目の事前ヒアリングでは、市担当保健師2名が国保連合会に出向き、特定健診受診率が低い地区における現状把握のための実態調査事業の目的や概況を伝え、その事業計画等について協議した。杵築市では、特定健診等の受診意向調査票（世帯ごとに、誰が、どこで、何の健診をいつごろ、どのように受診するか）の調査票＝以下、調査票）を作成し、40歳以上の国保加入者に郵送している。特定健診の受診率が低い地域は、調査票の回収率も低い状況である。そのため、調査票未提出の家庭に対して訪問し、調査票の回収を行い、併せて未提出の理由や生活実態等の調査を実施した。また、家庭訪問の際に特定健診の受診勧奨を積極的に行った。実態調査の項目として漁師町ということを踏まえ、本人達の意識がみえてくるのではないかとということで生活リズムや食生活まで聞き取ることにした。また、調査と平行して漁協の影響力や地域のつながりなど地域の現状も把握することとした。

市ではこの協議を踏まえ、調査項目を職業、現病歴、健診意向調査票提出の有無、提出しない理由、健診受診歴、健診を受診しない理由、運動・食事・喫煙状況・生活リズム等と設定し、7～9月、保健師や管理栄養士、看護師で実態調査を実施した。

事務局による事前ヒアリング②（平成28年10月20日）

2回目の事前ヒアリングでは、連合会保健師が市に出向き、市が実施した実態調査の集計結果をもとにデータの読み取りを一緒に行った。また、同じような取り組みを行った事例などを紹介した。

2回目の委員会による支援 <第1回保健事業支援・評価委員会（平成28年11月11日）>

杵築市は、平成27年度に引き続き、平成28年度も委員会による支援を受けており、2回目の委員による支援では、平成27年度に支援を受けて28年度実施した調査の結果等について報告し、再度委員より助言を得た。

〈杵築市の報告〉

○実態調査の結果を報告

- ・ この地区の特定健診未受診者の聞きとりにより、漁師という自然を相手にした職業の人が多い地域では、生活を守るためにも健康な身体が資本であるということ、健康を守るために健診が必要であるということ等の地道な啓発活動や健康に関する情報を得る機会を増やすことが必要であると考えた。そのためには、集団への介入より、地区内に保健師等が出向いた健康相談や、訪問活動が有効ではないかと考える。
- ・ 重症化してからの医療受診になっていると思われ、それ以前の軽症段階での医療受診を理解してもらう必要がある。
- ・ 職業柄、経済的不安定さがあり、健康への取り組みの優先度が低いことも考えられる。

○今後の取り組み（計画）

- ・ この調査による介入で区長や健康づくり推進員にはたびたび地域の状況を教えてもらい、地区民への特定健診受診勧奨の声かけの協力を求めた。今後も、継続して声かけを行ってもらうこととする。また、地区の住民の多くが所属している漁協に出向き、特定健診の必要性を説明し、まずは健診意向調査票の回収の協力（調査票の回収箱を漁協に設置させていただく）依頼を行う予定である。会合の時など、折に触れ健診受診の呼びかけもお願いする予定である。
- ・ その他、特定健診受託医療機関に受診勧奨の依頼及び医師会会合での実態調査結果の報告・受診勧奨の依頼を行う。集団としての介入を好まないため、地区内の交流拠点となっている商店や飲食店でミニ健康相談会の実施も計画している。

〈支援・評価委員会からの助言〉

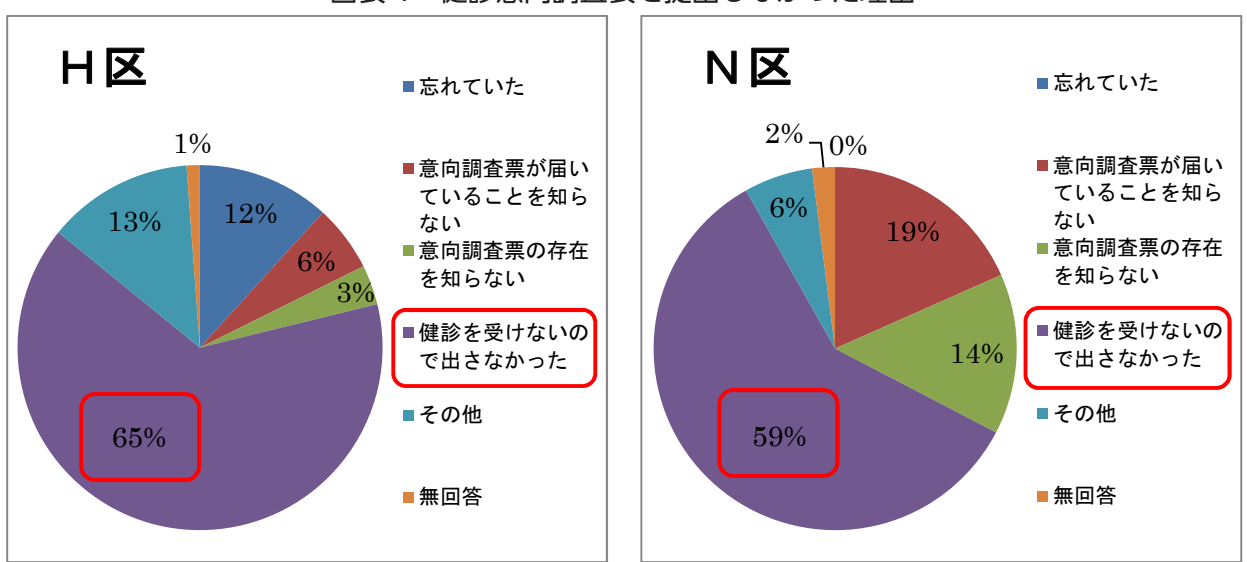
- ・ 特定健診受診率が高い地域の実態も調査し、比較検討するとよい。
- ・ 実態調査に意味があり、その結果を「見える化」する必要がある。
- ・ 地域の方と顔見知りになると保健事業に参加してくれるようになる。
- ・ 被保険者に対して、今後の活動の有効性（変化）をみせていく。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

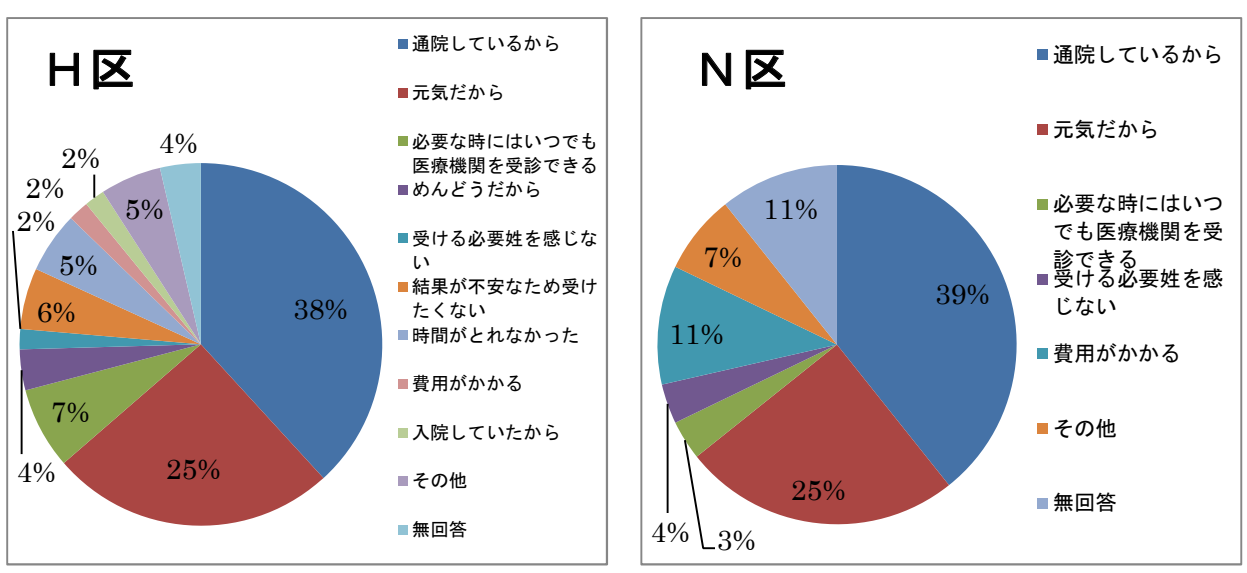
杵築市は支援を受けることで、実態調査を行う際のポイントや評価指標などがわかり、調査の実施・結果の分析、今後の実施計画立案を行うことができた。今回の実態調査の実施プロセス（計画⇒実態調査⇒分析・評価⇒次年度計画）こそがまさにPDCAサイクルに沿った事業展開であることにも気付かされた。今後、委員会で助言のあった特定健診受診率が高い地域の実態も調査し比較検討すること、特定健診受診率などの変化を地区民にも返していくことなど、常にPDCAサイクルを意識して事業展開を行っていきたいと思う。また、今回の実態調査の結果をもとに、市民病院・医師会等に対しても協力依頼を行い、通院している人への特定健診受診勧奨についても仕組みづくりを考えていきたい。

支援・評価委員会に対しても事業の進捗を随時報告し、引き続き支援を受けながら実践していきたい。

図表 1 健診意向調査表を提出しなかった理由



図表 2 「健診を受けないので出さなかった」人の健診を受けない理由



被保険者にも分かりやすい内容を意識した計画策定支援

～委員による詳細な文書での助言をもとに被保険者目線での計画に修正した事例～
＜宮崎県保健事業支援・評価委員会⇒椎葉村（しいばそん）＞

【保険者概要】

人口：2,997人、高齢化率：40.81%、国保被保険者数：1,018人 ※平成27年3月末現在

特定健診実施率：77.6%、特定保健指導実施率：70.0% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：331,252円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：事務職1人（国保部門）、保健師2人、栄養士1人（衛生部門）

※平成27年度

支援を申請した経緯

椎葉村では、平成26年度に国保担当の事務職が、連合会から示されたひな型を参考にデータヘルス計画の素案を作成した。

作成した計画のデータ分析・健康課題の抽出などが十分にできているのかについて助言を受け、保健師等とともに根拠ある保健事業を展開するため、宮崎県保健事業支援・評価委員会に支援を申請した。

支援の経過

事務局による事前ヒアリング（平成27年3月13日）

宮崎県保健事業支援・評価委員会では、支援対象保険者のデータヘルス計画（案）の提出を求め、その内容について助言することとしていた。

椎葉村は支援・評価委員会の開催直前までデータヘルス計画について協議を重ね、委員会開催5日前にデータヘルス計画（案）を連合会事務局に提出した。

事務局では、提出されたデータヘルス計画（案）について、連合会事務局が作成した宮崎県版の「データヘルス計画策定に係る評価報告書 確認項目」を用い、データヘルス計画の支援・評価視点のポイントを確認した。

保健事業支援・評価委員会による支援 ＜第4回保健事業支援・評価委員会（平成27年3月18日）＞

平成26年度第4回保健事業支援・評価委員会では、提出された椎葉村のデータヘルス計画（案）について、事務局が報告した。その際に、事務局が事前に準備した委員に確認していただきたい評価のポイントを説明し、委員間の共有を図った。

委員会開催から2週間後、各委員から具体的な改善箇所や修正方法等を記した宮崎県版の「データヘルス計画 評価報告書」が事務局へ届いた。

1回目の事務局による支援 ＜文書にて支援（平成27年4月13日）＞

事務局は、委員の意見を集約した宮崎県版の「データヘルス計画 評価報告書」を作成し、郵送にて椎葉村へ報告した。

図表 1 「保健事業実施計画（データヘルス計画）確認・評価報告」

【保健事業実施計画（データヘルス計画）確認・評価報告】	
確認・評価 項目	評価
1 手引きに沿った項目が記載され、無理のない事業計画が立てられているか	○
2 現状分析の結果から健康課題が明確になっているか	○
3 健康課題に応じた目的目標が設定されているか	○
4 目的・目標に応じた事業が組まれているか	●
5 目的・目標に応じた評価となっているか	●
6 公表の方法や周知方法について、住民に分かるように記載されているか	○
7 記載内容や表現に誤りはないか	○
別添「データヘルス計画・評価報告書（特記事項）」のとおり 特記事項	

【評価の段階】 ◎：最も望ましい状態 ○：概ね望ましい状態 ●：課題が残っている状態

《委員からの意見（「データヘルス計画・評価報告書（特記事項）」抜粋）》

- ・ 健康問題は把握しているが、その陰に潜んでいる問題について十分把握しているとするには問題あり。
- ・ 目的、目標がはっきりしていないので、中長期、短期目標に繋がっていない。
- ・ 問題についてその原因を十分把握していないため、対策が具体性に欠けている。
- ・ 特性、国保の状況、介護の状況、医療の状況がわかりづらい。

2回目の事務局による支援（平成27年4月16日）

2回目の連合会事務局による支援は、事務局が椎葉村に出向いて実施した。

椎葉村担当者4名、連合会保健師2名が出席した。椎葉村は、平成26年度まで国保の事務職が医療保険者として計画策定を担当していたが、平成27年度からは分析結果を踏まえ、椎葉村の医療費適正化事業として、国保部署だけでなく、衛生部署の保健師や栄養士も加わり計画の共有化を図って取り組むこととした。

事務局は、椎葉村へ提供した「保健事業実施計画（データヘルス計画）に関する評価について（報告）」と「データヘルス計画・評価報告書（特記事項）」をもとに、今回のデータヘルス計画（案）に対する委員からの評価を報告し、具体的な修正箇所等を助言した。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

椎葉村は、データヘルス計画の素案について支援・評価委員会の助言を受け、健康課題の原因を十分に分析していなかったこと、それにより対策の具体性が欠けていたことが分かり、修正する部分が明らかになった。加えて、外部機関や一般住民にも分かりやすく表現する必要性を感じた。

また、健康課題について再度分析したところ、肝機能の検査値が悪い者や尿酸値が高い者、がん患者が年々増加していることが分かった。

そのため、検討した計画の内容を明確にし住民に分かりやすくしようと考え、折れ線グラフや円グラフを入れ込んだパワーポイントで作成することとした（図表3「データヘルス計画」（抜粋））。その結果、データヘルス計画は、支援・評価委員会に提出した計画（案）の2分の1の量に減らすことができた。

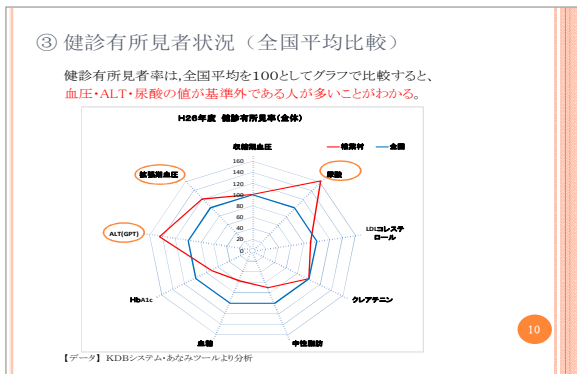
今後、地域の健診結果説明会で、最新のデータに入れ替えて内容を説明する等、策定した計画を活用していく予定である。

図表2 「データヘルス計画」(抜粋)

**椎葉村国民健康保険
保健事業実施計画
(データヘルス計画)**

椎葉村福祉保健課 平成27年度策定

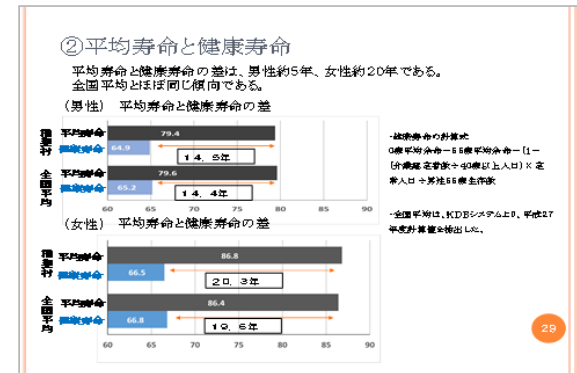
- 椎葉村国民健康保険
保健事業実施計画(データヘルス計画)
1. 活用にあたって
 2. 椎葉村の概況
 3. 健康・医療情報の分析
 4. 椎葉村の課題と対策
 5. 本計画の全体像
 6. 計画の改訂
 7. 事業運営上の留意事項
 8. データヘルス計画の公表・周知
 9. 個人情報の取り扱い



(4) 死亡統計

生活習慣病では、県・同規模町村・国と比較して、特に高い数値はないが、がんによる死亡が全体の4割以上を占めている。
H26年度は、特異的に自殺による死亡が極めて多かった。

死因	椎葉村	宮崎県	同規模町村	国
がん	41.2	44.7	44.1	48.3
心臓病	29.4	28.2	28.8	26.6
脳疾患	17.6	18.2	18.4	16.3
糖尿病	0.0	1.7	1.9	1.9
腎不全	0.0	3.5	3.7	3.4
自殺	11.8	3.6	3.1	3.5



4 椎葉村の課題と対策

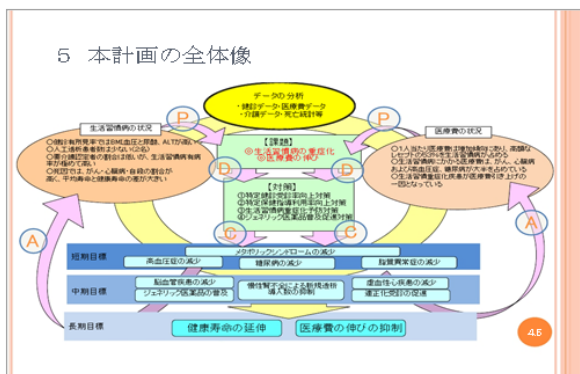
【課題1】生活習慣病の重症化
被保険者のQOL低下の裏付けとなる高額医療や介護認定、死因には生活習慣病が重症化した疾患が関与している。中でも椎葉村は新生物(がん)や虚血性心疾患によるレセプトが増加しており、死亡率でも死因のトップを占めている。

【課題2】一人あたり医療費の伸び
被保険者数の減少により、総医療費の伸びはなくなっているものの、一人あたり医療費は増加し続けている。
入院件数の多さや、高額なレセプトが医療費を引き上げる一因になっていると考えられる。医療費の伸びを抑制するには生活習慣病の重症化予防対策が不可欠である。
その他、ジェネリック医薬品の利用促進や医療機関の適正受診を促進する取り組みも重要である。

【短期目標】
①高血圧 ②脂質異常症 ③糖尿病・肝機能障害等の減少
ジェネリック医薬品の普及、適正受診の促進

【中期目標】
脳血管疾患、虚血性心疾患、がんの減少
慢性腎不全への移行を阻止(新規の透析導入を防ぐ)

【長期目標】
健康寿命の延伸(健康寿命を平均寿命に近づける)
医療費の抑制



国保・衛生・介護部門の保健師に共通認識の醸成を促した支援

～事務局による研修・委員による対面での助言により
事業の具体的な方法等を明確にできた事例～
＜鹿児島県保健事業支援・評価委員会⇒鹿屋市（かのやし）＞

【保険者概要】

人口：104,239人、高齢化率：26.8%、国保被保険者数：27,967人 ※平成27年4月1日現在

特定健診実施率：35.1%、特定保健指導実施率：33.9% ※平成27年度

被保険者1人当たり医療費：352,858円 ※平成27年度

データヘルス計画担当職員数：保健師2人（国保部門） ※平成27年度

※データヘルス計画の策定にあたって、衛生部門の保健師3人とも話し合いを実施した。

支援を申請した経緯

鹿屋市では、健康保険課、健康増進課及び高齢福祉課の3つの課で保健事業を実施しているが、データヘルス計画の立案に当たり、既存事業の分析・評価で他課との連携が重要になることや、根拠のある保健事業を実施するための分析・評価及び計画立案における視点について専門的な助言を行える者が不足している等の課題があった。そのため、分析から実施・評価まで専門的な助言を受けて計画の立案を行う必要があると考え、鹿児島県保健事業支援・評価委員会に支援を申請した。

支援の経過

事務局による事前ヒアリング（平成27年6月24日）

連合会事務局は、支援を申請した保険者に対し、文書にて希望する支援の内容について調査を行っていた。それに対して市は、現状分析、健康課題の抽出、保健事業等の計画立案、保健事業の評価についての支援を希望するとの回答をした。

1回目の事務局による支援（平成28年2月12日）

1回目の事務局による支援は、1日かけて行い、午前は鹿屋市との個別対面支援を実施し、午後は支援を受ける他の9保険者ととも各種保健事業支援システムの活用及びデータヘルス計画に関するブロック別研修会を実施した。鹿屋市からは国保部門の保健師2名、衛生部門の保健師3名が出席した。

午前の対面支援では、鹿屋市のデータヘルス計画策定の進捗状況の確認と内容に対する助言を行った。進捗状況としては、データヘルス計画の総論案までの作成であったため、主に今後作成する個別保健事業計画について、①抽出した健康課題をもとに、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチに分けてさらに詳細な分析を行い、保健事業の実施計画につなげること、②関係課と話し合い、実行性のある計画を立案すること、という助言を行った。

午後のブロック別研修会では、KDBシステム等の活用方法を説明した。また、目標と目指すべき方向性を明確にするため、特定健診・特定保健指導実施状況、医療のかかり方、医療費の状況、特定健診結果有所見の状況等についての分析、課題抽出の方法について説明した。また、近隣の他保険者とグループワークによる情報交換を実施した。

研修会終了後、市は助言を受けた内容について国保部門、衛生部門の保健師間で再度協議し、課題を抽出、目標など共有することができた。

図表 1 鹿屋市の国保部門及び衛生部門での協議内容

項目	内容
研修会で抽出された課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率及び特定保健指導実施率が県平均より低く、経年的に見るとメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は改善していない。 ・ 未治療の生活習慣病重症化予防対象者や治療中のコントロール不良者がいる。 ・ 全国と比較して総医療費に占める入院医療費の割合が高く、外来医療費の割合は低いことから基礎疾患が未治療又はコントロール不良のまま重症化し、脳血管疾患、虚血性心疾患、腎不全等の医療費が高額になる疾患に移行していると考えられる。 ・ 人工透析患者の4割が糖尿病性腎症の有病者であり、糖尿病のコントロール不良により人工透析導入となっている。
目指すべき方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診未受診者対策を行い、特定健診受診率向上及び特定保健指導実施率向上につなげる。 ・ 未治療の重症化予防対象者及び治療中のコントロール不良者に対して、医療機関と連携した保健指導を実施していく必要がある。 ・ 糖尿病の発症予防及び重症化予防とCKD対策を行い、新規人工透析患者を減少させる。 ・ 減塩指導を行うことで高血圧を改善し、死亡率及び要介護認定者の有病割合の高い脳血管疾患対策を行う（鹿屋市のSMRは脳出血が高くなっており、要因として高血圧が考えられるため）。
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病有病者の増加を抑制する。 ・ 高血圧有病者の割合を減少する。
長期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慢性腎臓病対策を行い、新規透析患者数を減少する。 ・ 若年層において、脳血管疾患による死亡及び要介護認定の割合を減少する。

保健事業支援・評価委員会による支援（平成28年3月14日）

委員会による支援は、2時間の委員会の場に鹿屋市から国保部門の保健師2名が出席し、実施した。

はじめに、鹿屋市より現状、課題、目標及びどのような事業を計画しているかを要約しながら、策定したデータヘルス計画案について説明した。それに対し、委員からは以下のような意見が挙げられた。

図表 2 鹿屋市データヘルス計画案に対する支援・評価委員会の意見

項目	意見内容
保健事業全般について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化予防では、まず特定健診を受けてもらい、対象者を把握することが重要である。効果的に行うためには、本当に重症化予防が必要な人にターゲットを絞って実施していく必要がある。 ・ 特定健診未受診者対策では、男性及び若年を最優先の対象者としているが、理由が明確になっているか。また、実施方法やその他の年代層にはどのような対策をしていくかを具体的にしていく必要がある。 ・ 生活習慣では、「週3回以上就寝前に夕食をとる」割合と「毎日飲酒」の割合が高くなっているが、対策について考えているか。 ・ マンパワーの問題もあると思うが、「誰が（実施者）」「何のために（目的）」実施するのかを明確にし、実行しやすい保健事業から実施していくとよい。 ・ ポピュレーションアプローチについては、衛生部門や介護部門も関係してくるため、目標を共有し、どの部門が何を実施するのか役割を明確にしていくとよい。 ・ 地域の健康課題（人工透析）を解決するためには被用者保険の加入者への対策も必要である。 ・ 鹿屋市には糖尿病専門医が少ないため、市が一般のかかりつけ医に向けて数回学習会を実施し、かかりつけ医の資質向上を図っている。重症化予防にはかかりつけ医の資質向上も重要であり、有効な取組である。 ・ 保健事業を実施する際は、地域のサポーター（健康づくり推進員・食生活改善推進員）を活用すること。健康づくり条例を策定予定とのことなので、職域・学校・地域などで条例の内容を活かした事業を展開して欲しい。

項目	意見内容
評価指標について	・総論の中長期目標の設定が、「平成29年度脳血管疾患患者数及び新規人工透析患者数の伸び率を平成27年度より減少させること」となっているが、中長期目標の数値を具体的に決めることで、達成すべき短期目標も明確になるため、具体的な数値目標を立てるとよい。
評価の視点について	・糖尿病対策の現状評価について、「特定健診結果におけるHbA1c 有所見者の割合が減少しているのは、実施している保健事業の効果が一因である」と分析しているが、その他に糖尿病の新薬が治療法として浸透したこともあり、全国的にHbA1cの数値は改善している。評価をする際には、実施している保健事業だけでなく、医療の動向についても把握しておくこと、より分析を深めることができる。
個別の保健事業計画について	・総論で、特定健診受診率向上が課題として挙がっているが、個別の保健事業計画が示されていない。受診率が上がらないと、重症化予防も効果的にできない。既に事業を実施しているのであれば、個別の保健事業計画でより詳細な分析を行い、事業の見直しと具体的な方法についての記載をしたほうがよい。

上記助言を受けて、鹿屋市は再度国保部門及び衛生部門の両方で協議し、データヘルス計画案の修正、追加を行い、国保運営協議会で医師など委員の意見を聞き、最終版を完成させた。

2回目の事務局による支援（平成28年3月16日）

事務局は、平成27年度国保・保健・福祉・介護担当者研修会を開催し、その中で「データヘルス計画を活用した保健事業の実施について～計画・事業の評価の視点～」について国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾先生の講演を盛り込んだ。

講話の主な内容は、限られた財源、資源の中でより効果的な保健事業を誰が実施するのかを整理すること、入院、外来、リスク因子、重症化を分けて分析すること、特定健診や医療機関など全くの未受診者へ介入する意味は大きい等であった。

研修会を受け、鹿屋市では、国保・保健・介護の担当保健師の間でデータヘルス計画策定に向けた共通理解ができ、また、評価の視点についても学ぶことができた。

支援を受けての保険者の気付きと今後の展望

支援を受けて鹿屋市では、保健事業の目標設定や評価の指標について、より具体的なものへと見直しを行うことができた。

<保健事業の対象者や実施方法について>

保健事業の対象者や実施方法を定める際には、理由を明確にし、地域の健康課題を意識して取組んでいく必要があると気付いた。保健事業実施の際には、衛生部門及び介護部門との共通理解のもとに連携した取組を実施していきたい。

<データヘルス計画の修正について>

支援を受けてデータヘルス計画案には、個別保健事業計画に特定健診未受診者対策を追加した。具体的には健康づくり推進員による受診勧奨や、若い世代からの健診の定着のため40歳節目年齢を重点的にがん検診を含めた意向調査を実施し、それを基に特定健診の受診勧奨を行うことを追記した。

さらに計画にはCKDの重症化予防、心脳血管疾患の発症を抑制するため、重点的な目標をHbA1c7.0%以上の者の減少、Ⅱ度高血圧以上の者の減少とし、特に64歳以下の若年での減少を重点とした。

支援で得た情報を参考にして、CKD予防ネットワーク事業や糖尿病地域連携事業では、かかりつけ医と連携したい。

また、衛生部門においては、平成 28 年度から「30 代健康きっぷ事業」を新設し、生活習慣病予防を目的とした 30 代健診の充実、健康増進センターを活用した運動習慣の定着、栄養に関する正しい知識の普及に努めていく予定である。

<評価の視点について>

評価の視点では、医療の動向等の社会情勢も地域の健康課題と関係しているということに気付くことができた。保健事業の評価の際には、実施した事業以外にも評価に影響を与える要因がないか考慮していきたい。個別保健事業の実施の際は PDCA サイクルを意識して実施し、平成 28 年度に支援を受ける際は、よりステップアップした事業になるようにしたい。

**PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画を
策定している保険者等の事例**

PDCA サイクルに沿ったデータヘルス計画を策定している保険者等の一覧 (平成 27 年度)

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{**1} (人)	高齢化率 ^{**1} (%)	被保険者数 ^{**1} (人)	特定健診実施率 ^{**2} (%)	特定保健 指導実施率 ^{**2} (%)	被保険者 1 人当たり 医療費 ^{**2} (円)
特徴								
1	青森県	大鰐町 (おおわにまち)	10,219	39.1	3,148	35.7	37.8	384,632
健康づくり担当部署と連携・協議し、健診受診者の固定化などに気づき、特定健診未受診者に応じた対策を図る								
2	秋田県	美郷町 (みさとちょう)	20,505	34.7	5,227	60.7	47.7	344,493
協会けんぽの健診データを活用し町全体の健康状態を把握、住民の健康意識の醸成を図り、セルフケア推進のためにインセンティブ制度を創設								
3	福島県	会津美里町 (あいづみさとまち)	21,346	34.4	5,837	51.1	30.0	352,361
より多くの保健指導対象者へ介入するため、特定健診時にプレ指導を実施								
4	栃木県	栃木市 (とちぎし)	163,170	29.2	45,133	26.6	42.6	328,875
生活習慣病の重症化予防を図る新規事業を含めた保健事業が、より効果的に実施されるために効果検証・見直しを図る								
5	群馬県	前橋市 (まえばしし)	338,784	24.1	88,384	42.6	21.6	343,035
保健指導室を中心に、より具体的に保健事業を推進								
6	埼玉県	朝霞市 (あさかし)	136,321	18.8	30,749	43.0	21.0	298,439
腎不全対策を中心に置いた計画づくりと事業展開								
7	埼玉県	さいたま市 (さいたまし)	1,273,497	22.2	283,362	36.5	27.4	321,430
既存事業の評価を新たな事業に生かし、医療機関との連携により、医療費適正化に向けてより効果が高い事業を優先的に実施								
8	東京都	品川区 (しながわく)	380,293	21.1	88,767	40.1	12.0	332,552
行政・医師会・地域協働で策定した“結果を出す”データヘルス計画								
9	東京都	練馬区 (ねりまく)	720,915	21.6	173,818	43.8	21.4	300,734
計画策定はスタートでもゴールでもない。取組の継続や充実をベースに職員の連携協力で、“非”委託により策定したデータヘルス計画								
10	富山県	砺波市 (となみし)	49,272	27.9	9,542	60.7	56.6	290,772
ターゲットを絞った効果的な保健事業を実施し、評価から改善につなげる								

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{**1} (人)	高齢化率 ^{**1} (%)	被保険者数 ^{**1} (人)	特定健診実施率 ^{**2} (%)	特定保健指導実施率 ^{**2} (%)	被保険者1人当たり 医療費 ^{**2} (円)
11	石川県	能美市 (のみし)	49,748	24.5	10,524	52.8	70.2	311,090
12	福井県	高浜町 (たかはまちょう)	10,692	30.1	2,668	41.1	72.5	340,152
13	岐阜県	多治見市 (たじみし)	112,891	27.7	28,151	42.7	59.0	355,358
14	岐阜県	後期高齢者 医療広域連合	2,023,969 ^{**3}	28.5 ^{**4}	282,094	21.0	20市 ^{**5}	829,505
15	静岡県	掛川市 (かけがわし)	117,520	25.1	27,698	38.1	39.1	310,496
16	愛知県	大口町 (おおぐちちょう)	23,470	22.0	5,054	48.1	21.7	357,408
17	滋賀県	草津市 (くさつし)	130,485	20.9	25,858	36.7	15.3	362,769
18	京都府	亀岡市 (かめおかし)	90,694	26.6	22,483	35.1	11.4	368,695
19	奈良県	御所市 (ごせし)	27,362	36.7	8,252	38.9	48.2	360,894
20	和歌山県	紀の川市 (きのかわし)	65,423	25.9	19,334	34.4	9.7	354,196

特徴

データ分析から課題を明確化し、保健事業に取り組む。その過程で医師会との連携推進を図り、事業課題を検討

ロジックツリーで分析整理し、PDCAサイクルに沿って進行管理するデータヘルス計画

特定健診有見者への重症化予防の取り組み

県・市町村・国保連と連携した計画の推進

効果的な保健事業の実施に向け、全体像を把握し、ターゲットを絞った事業を実施

ストラクチャー・プロセスを明確にし、各分野との連携のもと計画を策定

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの組み合わせによる効果的な保健事業の実施計画

既存事業の分析を中心に、効果的な事業実施のために他関係機関との連携を図った計画策定

国保・衛生・介護の各部門の事業との連携を強化し、事業の推進を図る

合併後初めて、地区別・年代別にデータを分析することにより課題が明確になり、庁内外の関係機関との連携推進を図る

No.	都道府県名	保険者等名	人口 ^{**1} (人)	高齢化率 ^{**1} (%)	被保険者数 ^{**1} (人)	特定健診実施率 ^{**2} (%)	特定保健 指導実施率 ^{**2} (%)	被保険者1人当たり 医療費 ^{**2} (円)
特徴								
21	鳥取県	鳥取市 (とっとりし)	191,152	26.8	41,692	32.85	42.32	366,650
庁内組織の体制を強化し、横断的な分析と評価の実施								
22	島根県	松江市 (まつえし)	204,247	28.1	39,944	45.6	36.9	412,304
一人当たりの医療費対策を検討し、評価指標を明確化								
23	広島県	竹原市 (たけはらし)	26,999	37.59	7,100	32.8	20.6	443,209
生活習慣病対策を効果的に実施するため、衛生部門と連携し、健康づくりの視点を導入								
24	福岡県	北九州市 (きたきゅうしゅうし)	954,691	25.4	236,946	35.6	28.7	399,708
脳血管疾患対策を最優先課題とした生活習慣病に着目した計画策定								
25	熊本県	熊本市 (くまもとし)	732,780	24.4	177,588	27.4	14.1	305,944
生活習慣病重症化予防対策事業を中心に庁内連携を図りながら事業を推進								
26	大分県	別府市 (べっぶし)	120,341	28.6	31,582	44.3	17.0	388,182
データヘルス計画の策定を通じて、関係各課との連携が図られ『健康寿命延伸会議』作業部会を設置								
27	大分県	佐伯市 (さいきし)	74,594	36.2	21,380	39.0	85.8	384,582
質的情報をデータで裏づけ、課題やターゲットを明確化した計画								
28	鹿児島県	鹿児島市 (かごしまし)	603,273	24.8	134,310	31.3	36.0	417,581
生活習慣病関連の医療費を適正化するため、重症化予防事業に関する評価指標を設定								

青森県大鰐町（おおわにまち）

健康づくり担当部署と連携・協議し、健診受診者の固定化などに
気づき、特定健診未受診者に応じた対策を図る

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	10,219	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	39.1	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	3,148	人
特定健診実施率 ※平成27年度	35.7	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	37.8	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	384,632	円

津軽地方の南端に位置する本町は、豊かな自然と緑に恵まれ、800年の歴史を誇る大鰐温泉や、多くのオリンピック・国体選手を輩出した大鰐温泉スキー場を有し、古くから観光の街として繁栄してきた。基幹産業である第1次産業は、22.2%と年々減少しているものの、国や県と比較すると高く、主に、農業、りんご農家が多い。
町立大鰐病院は、慢性期だけでなく、救急告知病院として急性期を扱っており、地域のニーズに対応している。

《背景・ねらい》

本町においては、特定健診受診率及び特定保健指導実施率が他の保険者と比較して低く、循環器病（特に心疾患、脳血管疾患）の医療費が県内でも高くなっている。また、平均寿命は全国ワーストクラスに位置し、特に男性の早世死亡が多い。

「平均寿命を1歳延ばそう」をスローガンに保健事業を展開しているが、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上だけではなく、早世死亡の要因となる生活習慣病の発症予防及び重症化予防を推進していかなければならない。

データヘルス計画は、本町で既に策定されている総合計画、健康増進計画等と整合性を図りながら、さらなる被保険者の健康保持増進を図るための保健事業を具体化する非常に重要な計画である。

《計画策定の体制》

計画策定にあたっては、業者委託をせず、国保担当部署の事務職1名が主担当となり、健康づくり担当部署の保健師1名とともに計画の素案を作成した。

国保担当部署が主にデータ抽出と図表の作成を、健康づくり担当部署が現状分析を行い、優先課題の抽出とそれに応じた指標の設定及び事業計画については、健康増進計画と整合性を図りながら、国保担当部署と健康づくり担当部署が協議して策定した。

さらに、国保運営協議会にデータヘルス計画の内容等について説明し、意見等を伺った。

《特徴・気付き》

現状分析においては、グラフを多く用いて、国や県、男女別、年代別に比較することで、本町の課題が目に見えるように努めた。

データヘルス計画策定は、国保担当部署と健康づくり担当部署で健康問題について協議するよい機会となり、なぜ男性に、特に40歳代から50歳代に重点的に支援が必要か、共通理解をすることができた。また、被保険者の現状分析結果は、健康増進計画の分析結果とほぼ同じ結果であり、改めて健康増進計画とデータヘルス計画は協働を進めていかなければならないと感じた。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

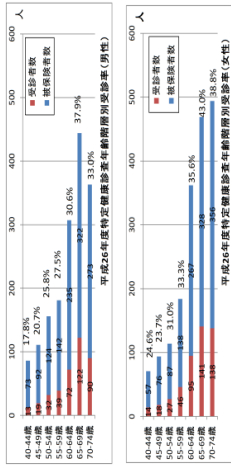
- 男性の平均寿命が短く、標準化死亡率が高い。
- 特定健診の結果、血圧及び血糖の有所見割合が高い。
- 喫煙率や多量飲酒、早食い等の生活習慣がよくない人が多い。
- 生活習慣の改善意欲がない人の割合が多い。
- 特定健診の初回受診者が低く、受診者が固定化している。特に、40歳代から50歳代の男性の受診率が低い。
- がんの部位別死亡割合で肝臓がんが多く、肝炎ウイルス検査の陽性率も高い。

課題を踏まえ設定した目標

- 特定健診の新規男性受診者を獲得し、平成26年度実績より、40歳代から50歳代の受診率を10%向上させる。
- 受診勧奨判定値以上にも関わらず、医療機関未受診の者を減少させる。

目標達成のために選択した事業

- 特定健診未受診者対策
未受診者の状況に応じた受診勧奨を行う。
- 高血圧、糖尿病対策
対象者の状況に応じて、医療機関の受診勧奨及び保健指導を行う。



Do

目標達成のための事業実施

- 未受診者対策にあたっては、委託事業者の経験等も参考にしながら事業内容について協議し、事業実施中であっても事業内容を改善し、丸投げにしない形で受診勧奨を実施した。
- 高血圧、糖尿病対策については、支援・評価委員会の支援を得ながら個別保健事業計画を策定し、既に実施している事業の充実を図るとともに、地域の実情に応じた対策を実施することとした。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 年代別、男女別の受診率、男性の初回受診率の評価を行う。
- 国保担当部署と健康づくり担当部署で評価を行った後、毎年度、国保運営協議会において、事業計画が適切かどうかについて検証を行い、必要に応じて見直しを行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- 未受診者に葉書・電話で受診勧奨を行い、100名を超える受診申し込みがあったが、未受診の理由としては「治療中」が多かった。
- 医療機関との連携を強化し、受診率向上を図る。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画を確実に実施し、評価をすることが重要である。第2期では、改めて現状分析を行い、第1期計画に改善を加えるとともに、地域や医療機関との連携についても検討していきたい。

秋田県美郷町（みさとちょう）

協会けんぽの健診データを活用し町全体の健康状態を把握、住民の健康意識の醸成を図り、セルフケア推進のためにインセンティブ制度を創設

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	20,505	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	34.7	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	5,227	人
特定健診実施率 ※平成27年度	60.7	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	47.7	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	344,493	円

本町は、秋田県南部に位置し、少子高齢化・過疎化の進んだ地域で、気候は寒暖の差が大きく、冬期は平野部でも積雪が1メートルを超える豪雪地帯である。公共交通機関はあまり発達しておらず、自家用車が主な交通手段になっている。

近隣市へ働きに出ている人が多く、国保被保険者は定年退職後に被用者保険から移ってくる人が多い。また、農業が盛んな地域でもあり、農業従事者が被保険者数の一定割合を占めている。

医療機関としては、町内に総合病院がないため、診療所を利用してはいる被保険者が多いが、入院を必要とする治療については近隣市の医療機関を頼らざるを得ない状況にある。

《背景・ねらい》

本町では、特定健診受診率・特定保健指導実施率は、県内の他の保険者に比べ高い水準にあるが、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が高く、生活習慣の状況を見ても喫煙、毎日飲酒をする人が多い状況にある。そのため、生活習慣病等による医療費の増加が危惧されており、医療費の伸びをできるだけ抑えるためにも、特定健診・特定保健指導の実施にとどまらず、被保険者の健康意識を高めることが重要であると考えている。

このような背景から、データヘルス計画を策定し、本町のセルフケア推進方針等と整合性を図りながらより効果的な保健事業を目指すものである。

《計画策定の体制》

国保担当部署の事務職1人が主担当となり、衛生担当部署との協働により計画策定作業を進めた。

健康・医療情報分析などの専門的な業務については外部事業者へ委託したが、計画策定段階の現状分析については、国保連合会の協力を仰ぎながら、国保担当部署と衛生担当部署の職員で課題の抽出を行い、それに応じた目標の設定及び具体的な事業内容の決定を行った。

なお、データヘルス計画を策定するにあたっては、当町と連携している協会けんぽから提供された被用者保険の加入者の健診データも参考にし、より多くの方の状況を踏まえた内容としている。

《特徴・気付き》

現状分析においては、医療費や健診結果の量的データだけでなく、実際に保健事業に携わる職員の意見など、今までに蓄積された質的データも反映させることにより、量的データと質的データを組み合わせた内容としており、それにより今までの質的データを量的データが裏付けられた形となった。

本町が策定したセルフケア推進方針や特定健康診査等実施計画とリンクさせ、具体的な目標や事業内容を明記することにより、人事異動等により担当者が交代してもスムーズに対応できる内容とした。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 被保険者の高齢化とともに、生活習慣病関連医療費が増加する可能性がある。
- 被保険者の健康意識を高め、自分自身で健康管理を行えるよう啓発活動を行う必要がある。
- 特定健診受診率は県内の市町村に比べ高いが、特定保健指導実施率は低水準である。
- 今までに蓄積した経験則的なデータと、健診・医療のデータを活用し、効果的な保健指導を行う必要がある。

課題を踏まえ設定した目標

- 自分自身で健康管理を行う「セルフケア」の推進
- 特定健診受診率 60%以上
- 特定保健指導実施率 45%以上
- 重症化予防対象者の割合 33%以下
- 医療費の適正化 など

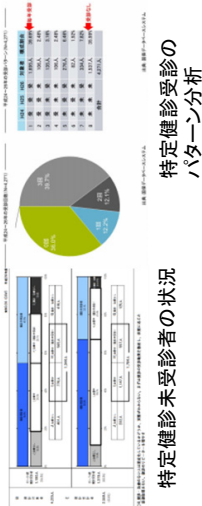
目標達成のために選択した事業

- かかりつけの医療機関による特定健診の実施
- 特定健診未受診者への受診勧奨
- 栄養指導や健康教室などの開催
- 保健センターへセルフケアコーナーの設置
- 重複・頻回受診者に対する訪問指導
- 糖尿病の重症化予防

Do

目標達成のための事業実施

- 特定健診の受診機会を増やすため、かかりつけの医療機関等で実施できるようにし、特定健診未受診者に対し、通知や電話による受診勧奨を行った。
- 栄養指導や健康教室を開催し、被保険者の健康意識を高めた。
- 金融機関と提携し、町で「セルフケア推進者」と認定した方に対し、預金やローンで金利の優遇が受けられる制度を創設した。
- 無料で簡単な健康診査が行える「セルフチェックコーナー」を設置した。
- 協会けんぽと提携し、被用者保険加入者の健診データを活用することで、町民全体の健康状態の把握に努めている。



Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 国保データベース(KDB)システムを利用し、健診・医療情報について経年比較を行い、評価する。
- 国保担当部署、衛生担当部署と合同で自己評価を行った上で、支援・評価委員会による評価を受ける。
- 特定健診、特定保健指導、重症化予防、重複・頻回受診者訪問指導などの事業について、数値目標をそれぞれ設定し、達成度の評価を行う。

Action

事業を 実施して の改善点

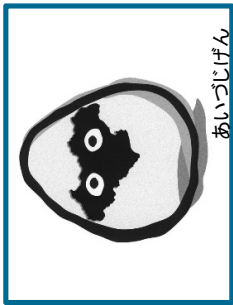
- 健診・医療機関を受診していない人については、健康状態がわからないため、特定健診受診を促す必要がある。
- 男性のメタボリックシンドローム該当者が増加傾向にあり、この方々を対象とした健康啓発活動が必要である。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画は、現状分析と保健事業の推進について重点が置かれたものになっていた。一方で、当該保健事業にどのくらいの効果が見込まれるかなどについては、データの蓄積が十分でなく踏み込んだ内容を示すことができなかった。第2期計画では、保健事業が将来の医療費に与える影響などを分析し、被保険者の健康づくりの意識付けとインセンティブ事業の実施により、健康長寿・医療費の適正化を図っていきたい。

福島県会津美里町（あいづみさとまち）

- より多くの保健指導対象者へ介入するため、特定健診時に押し指導を実施



《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	21,346	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	34.4	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	5,837	人
特定健診実施率 ※平成27年度	51.1	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	30.0	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	352,361	円

会津高田町・会津本郷町・新鶴村の旧3町村が合併して平成17年10月1日に誕生。町面積の広さから考えると、商店や医療機関は少なく、田畑、山林が多い。また、一定の市街地はあるが、多くの集落が点在しており、公共交通機関も十分に発達しているわけではないため、目的地的までの移動手段は自家用車になりがちであり、高齢者においてはデマンド交通機関を利用する方もいる。

国保加入者は、主に60歳代が多く加入者の約4割を占めており、町全体としても高齢化が進行している。町内には総合病院がないこともあり、町外の医療機関受診率が高くなっている。

《背景・ねらい》

特定健診受診率は毎年上昇傾向にあるが、それと同時に医療費も上がり続けている。1人当たりの医療費で見ると、国・県・同規模保険者よりも高い状況である。

その中でも医療費全体の約半分を占めているのが生活習慣病であるため、今後は、特定健診受診率の向上、特定保健指導実施率の向上は無論であるが、ただ受診率・実施率の向上を図るだけでなく、健診結果から生活習慣病の発症リスクが高い方、重症化予防対象者を明確化し早期介入することが重要である。また、健診受診をきっかけとして、自己健康管理の意識の啓発を図る必要がある。そのためには、事業内容及び事業展開を明確にした上で、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効果的な保健事業・保健指導を実施していかなければならない。データヘルス計画は、国保の疾病状況等を分析し、医療費適正化等を図るための具体策を明らかにし、職員が共通の認識、目的・目標を持ちながら保健事業を実施していくうえでのマニュアルとも言える重要な計画である。

《計画策定の体制》

総論の策定においては、国保担当部門の事務職員が、資料やデータを収集し医療費の状況や被保険者の健診結果分析を進める。その分析内容について、衛生担当部門の保健師と協議を重ね、当町の健康実態を把握し、そこから導き出される課題を明確化しそれに応じた目標設定を行った。

明確化された課題に対する具体的な保健事業の各論については、課題に対する改善・対策として保健師が効果的な事業の検討・選定を行い、事務職員は事業を実施する上での対象者選定のプロセス等を固め、事業内容を協議し各論として策定した。

なお、計画案策定経過においては、計画担当課内（衛生・国保・介護）で意見等をいただき、また策定した計画案に対して保健事業支援・評価委員会による指導助言を受けている。また、国保運営協議会においても、内容を審議いただき、いただいた意見等を踏まえ計画を策定した。

《特徴・気付き》

疾病等の分析結果において、健診未受診者の状況では、健診・治療がない方の多くが40歳～64歳の年代であった。この健康無関心層に対するアプローチとして、未受診者勧奨にも力を入れ、5年間未受診者への訪問による受診勧奨を実施し、個々の実態把握に努めることが必要である。

また、生活習慣病においては高血圧の治療者数が多く、要介護認定者の有病状況を見ても脳卒中や虚血性心疾患等の血管疾患の割合が8割以上であるため、健診結果から重症化予防対象者を選定し血管変化を確認するため、二次健診（頸動脈超音波検査及び微量アルブミン尿検査）等を実施し健康管理する必要がある。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 特定健診の受診率は受診勧奨等により50%程度まで向上しているが、その反面特定保健指導率は伸び悩んでいる。生活習慣病に関連する医療費が増加しているため、発症・重症化リスクが高い方への早期介入が必要である。
- メタボ該当者・予備群が多く、特に血圧の有所見者割合が高い。血圧の有所見者は脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を発症する可能性がある。
- 治療をしていない重症化予防対象者の半数以上が特定保健指導対象者と重複している。

課題を踏まえ設定した目標

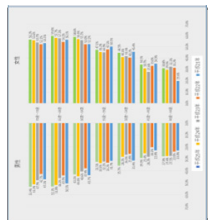
- 中長期的な目標として、虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症の罹患割合増加を抑制し、医療費の伸びを抑える。
- 短期的な目標として、血管変化する共通リスクである高血圧・脂質異常症・糖尿病、メタボ等の割合を減らしていく。

目標達成のために選択した事業

- 健診受診率向上のため、新規対象者と未受診者への通知・電話・訪問等による受診勧奨。また、保健指導率向上のため、健診時にプレ指導。
- 脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の発症予防のため、結果に応じた二次健診・栄養相談・医療機関への受診勧奨。



特定健診高齢層別・男女別受診率推移



特定保健指導実施率

Do

目標達成のための事業実施

- 健診期間前に、新たに特定健診対象者となる方への通知、5年間未受診者を対象とした訪問による受診勧奨を実施した。また、健診期間中には電話勧奨を実施した。保健指導においては、より多くの対象者に介入できるように、健診時にプレ指導を実施した。
- 健診結果をもとに、あなみツールを用いて特定保健指導・重症化予防対象者を抽出し、栄養指導・相談を実施していく。また、重症化予防対象者には二次健診を実施し、結果に応じて医療につなげ、その後の受診状況等の疾病管理等継続した支援を行う。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 中長期的目標値、短期的な目標値に対する実績値を算出し、健診結果・疾病等の傾向を確認する。
- 衛生担当部門、国保担当部門で目標達成に向けた各種事業の実施内容の検証、効果の検証を行い、次年度に向けた事業の見直し等の協議を行う。評価方法・内容については、保健事業支援・評価委員会にて指導・助言を受ける。さらに、国保運営協議会にて内容報告のうえ、必要に応じて事業計画の見直し、改善を行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- 健診無関心層、定期的な医療機関受診者等への対応方法の検討が必要。
- 二次健診後の保健指導において、特に糖尿病性腎症予防で栄養指導など専門的対応が必要なため、医療機関連携を検討する。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画では、毎年の医療費増加の現状から高額となっている疾患を割り出し、発症リスクが高い方への保健事業実施が主となっていた。第2期データヘルス計画では、第1期から継続した実施が必要である事業、見直しが必要な事業を洗い出し、現状分析を行い、これまでの事業実施内容・結果・改善を踏まえた計画の策定をする。

栃木県栃木市（とちぎし）

- 生活習慣病の重症化予防を図る新規事業を含めた保健事業が、より効果的に実施されるために効果検証・見直しを図る

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	163,170	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	29.2	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	45,133	人
特定健診実施率 ※平成27年度	26.6	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	42.6	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	328,875	円

栃木市は、栃木市・大平町・藤岡町・都賀町・西方町・岩舟町の1市5町が平成26年（2014年）4月5日に最終合併し誕生した。栃木県の南部に位置し、東京から電車で約1時間の距離にあり、豊かな自然環境を活かした観光振興や、農産物などを活用した地域ブランドの活性化による街づくりの推進を行っている。また、栃木市では地域医療を将来に亘って確保するため、全国的にも珍しい経営母体の異なる3病院の統合再編等の支援を積極的にを行い、平成28年4月に新病院・新施設がオープンした。施設ごとに予防、急性期、回復期、保健福祉の各機能を分担し、地域完結型の医療・介護福祉事業が提供されることになった。

《背景・ねらい》

国民健康保険の医療費は、被保険者の高齢化や医療技術の高度化等により年々増加傾向にある。また、本市においては、がん・心疾患・脳血管疾患の三大死因の死亡率が高く、生活習慣病が占める医療費の割合も高い状況である。そこで、被保険者の健康維持増進を図り、また、医療費を抑制し、安定的な財政運営を図るため、「栃木市国民健康保険データヘルス計画」を策定し、効果的かつ効率的な保健事業を実施する必要がある。

データヘルス計画は、本市で既に策定されている「特定健康診査等の実施に関する計画」及び「栃木市健康増進計画」と整合性を図りながら、生活習慣病の発病予防及び重症化予防に重点を置き、被保険者一人ひとりの健康づくりの支援と、医療費の適正化を目指す。

《計画策定の体制》

国保担当部署（事務職）が主担当となり、外部事業者へ委託をして計画策定作業を進めた。計画策定の過程では、関係部署との連携を図るため、データヘルス計画策定のための庁内担当者会議を開催した。衛生担当部署の保健師や介護保険担当部署の職員に出席してもらい、各種データ資料や、事業内容、計画書の構成等について意見をもらい、その都度修正をしながら作成した。

また、計画策定過程の要所では、市国民健康保険運営協議会に報告をして意見を伺うとともに、栃木県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会の支援を受けながら策定した。

《特徴・気付き》

計画の実施結果が成果があるものかを確認するために、医療費削減効果額の推計を掲載した。また、計画の評価を行う上で、その効果額を参考とすることとした。医療費を分析することや、関係部署で実施している事業との関連性を整理することで、生活習慣病の発病予防及び重症化予防の重要性を改めて感じることができた。また、衛生担当部署が実施する保健事業との連携を記載し、事業の具体的な見直しについては関係部署と連携を図ることを明記することで、連携体制を明確にすることができた。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 特定健康診査の受診率は目標値より低い状況であるため、受診しやすい環境の整備や意識喚起が必要である。
- 保健指導の受診率は高いが、繰返し該当になる者や生活改善意識の低い者に対してのアプローチの仕方の検討が必要である。
- ジェネリック医薬品の普及啓発を推進し、普及率向上を図る必要がある。(平均45.2%)
- 訪問指導を実施しても重複・頻回受診を繰り返す人が多いことから、対策が必要である。

課題を踏まえ設定した目標

- 10年後の医療費の抑制
- 被保険者の生活習慣病予防
- 被保険者の糖尿病重症化予防
- 重複・頻回受診者、重複服薬者の減少
- 健診異常値を放置している対象者が医療機関を受診する
- 生活習慣病治療中断者の減少
- ジェネリック医薬品普及率向上

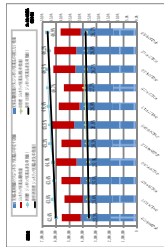
目標達成のために選択した事業

- 特定保健指導事業
- 糖尿病性腎症重症化予防事業
- 受診行動適正化指導事業(重複受診、頻回受診、重複服薬)
- 健診異常値放置者受診勧奨事業
- 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業
- ジェネリック医薬品差額通知事業

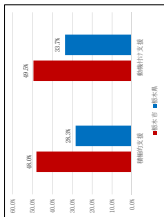
Do

目標達成のための事業実施

- 今年度実施している受診行動適正化指導事業にあたっては、
- 国保担当者及び保健師等は、健診結果やレセプトデータから対象者を抽出した。
 - 対象者に保健指導の案内文書を送付した。
 - 電話で対象者に詳細を説明し、対象者の同意のうえ訪問日を決めている。
 - 指導対象者一人に対し、保健師等による1回の訪問指導を行っている。
 - 訪問後1～2か月後に1回の電話指導を行っている。期間は1回につき4ヶ月間。



特定保健指導の実施率



ジェネリック医薬品普及率

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 各年度末に内部評価を行うとともに、栃木県国保連合会保健事業支援・評価委員会に報告し、外部評価を受けるものとする。
- 必要に応じて次年度の個別保健事業の見直しを行う。見直しは、栃木県国保連合協議会に報告し意見を伺い、栃木県国保連合会保健事業支援・評価委員会の支援を受ける。
- 事業の具体的な見直しにあたっては、見直し検討時の体制において実施し、関連部署と連携を図るものとする。

Action

事業を 実施して の改善点

- 訪問指導対象者の選定方法を検討・見直した。
- 通知後、連絡のない方へ電話をした。訪問を拒否された場合は、電話による指導を行った。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画では新規に実施する事業が半数あり、実施方法の検討から始める必要があったが、事業の評価・見直しをすることで、第2期では効果的な実施方法について検討していきたい。

群馬県前橋市（まえばし）

■ 保健指導室を中心に、より具体的に保健事業を推進

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	338,784	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	24.1	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	88,384	人
特定健診実施率 ※平成27年度	42.6	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	21.6	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	343,035	円

本市は、群馬県の県庁所在地として政治・経済・文化の中心として発展してきた。雄大な赤城山の南麓に位置し、利根川や広瀬川が流れる緑豊かで自然に恵まれた都市である。また、全国有数の農業都市であり、なかでも豚肉の産出額は全国でもトップクラスにランクされ、市内では様々な豚肉料理を堪能できる。さらに、高度救命医療センターや重粒子線治療施設などの医療機関が整備されるなど「健康医療都市まえばし」を理念としてまちづくりを進めている。

《背景・ねらい》

特定健診の受診率については、平成27年度で42.6%と平成20年度以降、年々上昇傾向にあり、中核市の中では上位に位置している。また、特定保健指導の実施率は平成27年度で21.6%と中核市の中では平均的な数値となっている。本市国保では市民の医療費の適正化と健康寿命の延伸を喫緊課題として掲げており、この中で特定健診の受診率向上及び特定保健指導実施率の向上を目指して取り組みを進めている。

データヘルス計画の策定に当たっては、「前橋市健康増進計画 健康まえばし21（第2次計画）」及び「第2次前橋市食育推進計画 元氣まえばし 食育プラン」との整合性を図るとともに、「前橋市国民健康保険 特定健康診査等実施計画第2期」は、特定健診や特定保健指導等の保健事業の具体的な実施方法を定めたものであるため、当該計画と一体的となるよう策定上配慮した。

《計画策定の体制》

本市では、特定健診の受診率向上や特定保健指導の実施率向上を図るため、平成24年度から国保部門に保健師や管理栄養士、事務職員を配置した保健指導室を設置し、健診の受診勧奨や保健指導などの業務を推進してきた。

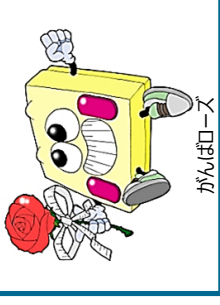
計画の策定は、保健指導室が担当し、一部の健康課題データの作成を除いては、国保データベース(KDB)システムなどを活用しながら直営により策定業務を進め、平成27年7月に群馬県内で最初に計画の公表を行っている。

計画策定の過程では、前橋市医師会や本市国民健康保険運営協議会などの関係機関への報告を行い、意見を伺っている。

《特徴・気付き》

健診、医療に関するデータについては、国保データベース(KDB)システムを活用するとともに、二次加工ツールを活用した。

健康課題の対策として、特定健診の未受診者対策及び特定保健指導の未利用者対策の強化を図るほか、糖尿病や高血圧などについては、全国よりもリスクの高い人が多いとの傾向が分かったことから、これら抽出した課題の解決のため、重症化予防を重点事業として位置付けた。また、市広報紙でデータヘルス計画の特集記事を組み、医療費の現状や課題、さらには今後の取り組みなど図表を活用し分かり易く掲載し、広く周知を図った。



がんばろーす

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

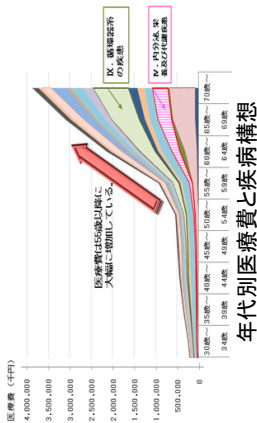
- 特定健診について、男女とも若年層の健診の受診率が低い傾向にあり、受診率の向上には若年層の受診勧奨を強化する必要がある。
- 55歳から医療費が大幅に増加している。また、メタボ該当者及び予備群では血糖、血圧のリスクを持つ割合が高い傾向にある。さらに、非肥満でも血糖検査の数値が高い人の割合が高い傾向にある。

課題を踏まえ設定した目標

- 40～50歳代の未受診者に受診勧奨通知を送付し、平成29年度に未受診者の4.5%が健診を受診する。
- 血糖検査の数値が高い人に対し、教室の実施や医療機関への受診勧奨により、数値の改善を図る。

目標達成のために選択した事業

- 40～50歳代に対し、被保険者の特性に応じた健診の受診勧奨を実施する。
- 血糖検査の数値が高い人を対象にした糖尿病教室の実施や医療機関への受診勧奨を実施する。



Do

目標達成のための事業実施

- 若年層などに対し、土日祝日実施の国保総合健診（特定健診＋がん検診）の案内を送付した。
- 糖尿病教室については、健康運動指導士の協力による運動指導を実施したほか、活動量計を活用した生活改善の支援を行った。
- 血糖数値によりグループ分けを行い、それぞれに応じた医療機関への受診勧奨通知を作成、送付した。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- データヘルス計画では、未受診者対策や糖尿病重症化予防などの個別事業について、受診勧奨後の受診状況や血糖検査の数値の改善状況などのアウトプット、アウトカム指標を設定しており、庁内での評価を行ったうえで、前橋医師会や本市国民健康保険運営協議会に評価結果を報告し、意見を受けることとする。

Action 事業を 実施して の改善点

- 未受診者対策については、広報などポピュレーションアプローチも含めた年間計画を作成することで、受診率の向上を図る。
- 血糖検査の数値が高い人について、通知の送付のほか、訪問指導を行うこととした。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期計画の策定前には、各種取り組みにおける目標または指標を設定していなかったため、計画の中でこれまでの取り組みにおける分析、評価や課題抽出が十分ではなかった。第2期データヘルス計画では第1期計画で設定した取り組み内容や目標または指標または指標の分析、評価を行うこと、さらには、市民にとって、より身近で分かり易い計画となるよう見直しを図りたい。

埼玉県朝霞市（あさかし）

■ 腎不全対策を中心に置いた計画づくりと事業展開

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	136,321	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	18.8	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	30,749	人
特定健診実施率 ※平成27年度	43.0	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	21.0	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	298,439	円

朝霞市は、県庁所在地のさいたま市から約9 k m、都心から約20 k mと近く、市の南部が東京都練馬区と接する県の南西部に位置しています。交通のアクセスが良く利便性に優れると同時に、豊かな自然と景観があり、都会的な生活と穏やかな日常を両立できるまちです。人口は市制施行以来、増加を続けています。市民の平均年齢が若く、生産年齢人口の割合及び出生率は高く、高齢化の傾向はゆるやかという特徴がみられます。



©朝霞ちゃん



《背景・ねらい》

特定健康診査結果やレポートの電子化、国保データベース(KDB)システムの整備等により、健康や医療に関するデータの分析が比較的容易にできるようになったことや市町村国保に対してもデータヘルス計画の策定・事業実施・評価等が求められるようになったことを踏まえ、本市においてもP D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するために策定することとしました。

データヘルス計画は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、県の「健康埼玉21」、市の「第5次朝霞市総合計画」「あさか健康プラン21（第2次）」「第2期朝霞市特定健康診査等実施計画」との整合性を図るものとなりました。

《計画策定の体制》

計画の策定は、保険年金課保健事業係が中心となって素案を作成し、健康づくり部内の部次長、課長、課長補佐級の委員で構成された部内会議にて検討を行った後、埼玉県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会及び朝霞市国民健康保険運営協議会委員から意見をいただき修正を加えました。また、市民に向けてはパブリックコメントを実施し、意見聴取の機会を作りました。その後、計画案として庁内の会議で審議していただき決定に至りました。

保健事業支援・評価委員会からは、専門的な立場からの助言をいただき、内容に反映できたことが数多くありました。例えば、特定健康診査の質問票から分析した生活習慣の状況及び健診結果の分析内容について、年齢調整を行い、男女別年齢階級別に集計したほうが良いとの助言により実際にツールを使って分析したところ、全国、県全体、同規模保険者との比較ができ、本市の特徴が浮き彫りとなりました。これにより、目標設定がより的確なものとなりました。

《特徴・気付き》

本市の健康課題としては、腎不全による受診率・医療費が高いという特徴がありました。この対策として、平成26年度から埼玉県による生活習慣病（糖尿病性腎症）重症化予防対策事業に参加し、取り組んでいます。また、医療費分析の結果、循環器系の疾患による医療費が高額となっていることから、県の共同事業以外の独自実施として、血圧、血中脂質、尿蛋白等のデータに異常があり、すぐにも医療受診が必要な者に対する受診勧奨通知を実施することを計画に盛り込みました。これを根拠に平成28年度から実施しています。

計画を策定していく中で、国保部門での保健事業計画という枠に納まることなく、衛生部門等の計画や保健事業との整合性を図ること、役割分担を整理しておくなどが重要であり、それにより、市全体の健康づくりを推進することに繋がることができました。第2期計画ではその点を意識して策定に臨みたいと考えています。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

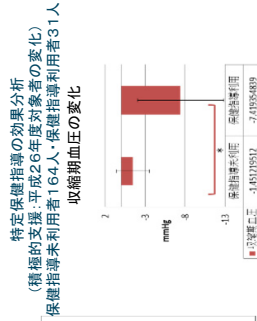
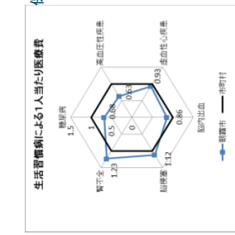
- 循環器系疾患による医療費が高額である。
- 腎不全による受診率・医療費が高い。
- 特定健康診査（人間ドック）未受診者の健康状態が未把握である。
- 特定保健指導の対象となっても受けない人が多い。
- ジェネリック医薬品の利用率が県内市町村平均よりも低い。
- 生活習慣のうち食習慣、飲酒、喫煙に課題のある者が多い。

課題を踏まえ設定した目標

- 特定健康診査の結果、循環器系の項目で受診勧奨値の者が医療受診に繋がる。
- 新規人工透析導入者を年10人以下にする。
- 特定健康診査受診率が前年度よりも4%向上する
- 特定保健指導実施率が前年度よりも10%向上する 等

目標達成のために選択した事業

- 対象疾患の医療費の高さにより優先的に取り組む。
- 循環器系疾患ハイリスク者に受診勧奨を行う。
 - 生活習慣病(糖尿病性腎症)重症化予防対策事業の実施
 - 特定健康診査受診率向上対策の実施
 - 特定保健指導運営の工夫 等



Do

目標達成のための事業実施

- 生活習慣病(糖尿病性腎症)の重症化予防のための受診勧奨及び保健指導
- 特定健康診査受診勧奨ハガキ内容の工夫：年2回（検査でわかる疾患、受診者・未受診者の医療費状況等を掲載）
- 小中学校保護者に向けた受診勧奨チラシの配布（マナー・ジ付き、4コマ漫画）
- 特定健診等受診率向上キャンペーン（朝霞地区4市合同実施）
- 健康づくりガイドブックによる生活習慣改善の普及啓発（食習慣・飲酒・喫煙）

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 特定健康診査受診勧奨実施者のうち実際の受診者数、実施率への寄与率、受診者の推移等の評価
- 特定保健指導実施者のデータ改善状況、実施率の評価
- 生活習慣病(糖尿病性腎症)重症化予防対象者の人工透析導入状況
- 個別の保健事業については、担当部署で評価を行った後、支援・評価委員会への助言を受け、毎年度、国保運営協議会において、事業計画の検証を行い、必要に応じて見直しを行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- 平成28年度事業は実施途中段階であるため現時点での改善点を記載
- 循環器系の医療受診勧奨通知では通知後1カ月時点で実際に受診につながった者は49人中4人であった。→継続実施予定（評価は引き続き6カ月後まで実施予定）
 - 特定保健指導実施者は検査データが改善されている。→継続実施予定

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画策定を踏まえ、第2期計画では特定健康診査対象者に対し、アンケート調査（特定健康診査連続受診者、不定期受診者、未受診者を区別して調査）を実施し、計画に反映させたいと考えている。また、第1期計画では盛り込めなかった他の部門との連携について検討を行い、計画に位置づけていきたい。

埼玉県さいたま市（さいたまし）

- 既存事業の評価を新たな事業に生かし、医療機関との連携により、医療費適正化に向けてより効果が高い事業を優先的に実施

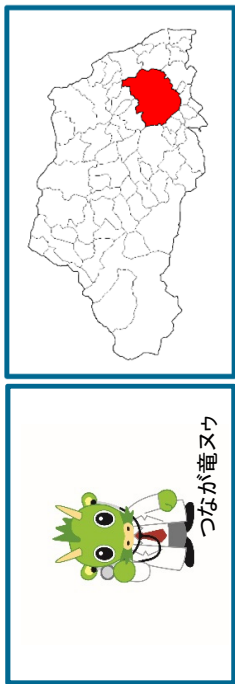
《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	1,273,497	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	22.2	%
国保保険者数 ※平成28年4月1日現在	283,362	人
特定健診実施率 ※平成27年度	36.5	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	27.4	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	321,430	円

・北関東・東北地方及び上信越地方から首都圏への玄関口に位置し、新幹線5路線が集まる交通結節点という立地特性に加え、東北自動車道などの高速自動車道の利便性にも優れ、120万人を超える人口規模、また、様々な都市機能の集積があります。

・また、首都圏有数の自然資源として中央部には見沼田圃、西部には荒川、東部には元荒川などがあり、様々な生物が生息する緑地や水辺も残されています。

・東京に近接した生活都市としても発展してきた本市には、盆栽や人形づくり、サッカーなどをはじめとする多様な歴史的・文化的資源があります。



《背景・ねらい》

1. 健康・医療情報の分析を通して、市の健康課題や特徴の洗い出しを行い、既存の事業の評価と今後の事業実施に向けての方向性を導くために検討を行った。
2. 策定済みの特定健康診査等実施計画（第2期）が、総合振興計画や保健福祉総合計画と整合性を保っており、同様にデータヘルス計画も整合性を保てるように検討した。

《計画策定の体制》

1. 国民健康保険課管理係（現保健事業係）を中心に作成。庁内関係部署については、既存の特定健康診査の検討会議を活用し、適時報告・検討を行った。庁外関係者への説明については、国保運営協議会でも報告しており、本協議会の委員に、庁外関係者が含まれている。また、本市の健診のインセンティブ事業における協賛企業にも配布及び説明を実施し、受診率向上への更なる協力を要望した。
2. 支援・評価委員会の支援を受けて、特定健康診査に関する分析や対策を取り入れた。
3. 分析から計画策定まで委託で実施したが、月2回以上の打合せを行い、市の現状について意見を交わしながら策定を行った。

《特徴・気付き》

1. データヘルス計画の特徴については、既存の事業と新たな対策案の洗い出しを行った上で、医療費の適正化に向けてより効果が高いと思われるものを優先内容とした。
2. 行政区毎の医療費分析も行ったが、区での実際の対策には結びつきにくい内容となってしまうため、保健事業を保健部門でも展開するためには、さらに他部署との調整を図ることが必要と感じた。
3. データヘルス計画は、ホームページ等で市民に公表するため、よりわかりやすいものとするためにパワーポイント形式で作成した。

データヘルス計画の内容

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 生活習慣病が重篤化した疾病は、高額な医療費がかかる。高額な医療費がかかる人工透析の予備群である対象者が多数存在する。
- HbA1cの値は全国及び埼玉県平均と比較し、大幅に上回っている。
- 生活習慣病の発症予防には特定健診の受診が効果的であるが、受診率は平成26年度:35.1%に留まっている。
- ジェネリック医薬品の使用割合は、平成26年度:48.1%に留まり、国が目標とする平成29年度:70%にはまだ乖離がある。

課題を踏まえ設定した目標

- 1.生活習慣病の重症化予防に努める。
①-1.生活習慣病重症化予防対策事業の保健指導対象者を増やす。
(H29年度目標値:対象医療機関数:60医療機関、指導実施者数150人)
- ①-2.特定健康診査の受診率向上に努める。
(H29年度目標値:60%)
- 2.医療費の適正化に努める。
ジェネリック医薬品差額通知事業の拡大に努める。(H29年度目標値:45,000通)

目標達成のために選択した事業

- 生活習慣病重症化予防対策事業
- 特定健診受診率向上対策事業
- 特定保健指導実施率向上対策事業
- ジェネリック医薬品差額通知事業

Do

目標達成のための事業実施

- 生活習慣病重症化予防対策事業における医療機関数の拡大を図るために、医師会との調整を行う。(H27年度 20医療機関→H28年度 40医療機関に拡大、それに伴い、各医療機関に説明を実施、実績の報告等連絡を密に行った。)
- 若年層の受診率向上に向け、電話、文書勧奨の効果的な対象者の選定および早期受診キャンペーンの内容を工夫する。(キャンペーン対象者 平成27年度:早期受診者および特定保健指導終了者→平成28年度:早期受診者および初めての受診者)
- ジェネリック医薬品差額通知数の拡大。(平成27年度30,000通→平成28年度45,000通)

現状分析から抽出した課題（前五頁を参照）



Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 保健指導実施者数、指導実施者の検査値の改善率、勧奨対象者受診率などにて、各保健事業の評価を行う。
- 担当部署での評価を行い、関係部署での報告を実施し、支援評価委員会の助言を受け、毎年度、事業計画が適切かどうかについて検証を行い(主に生活習慣病重症化予防対策事業や特定健康診査受診率向上対策)、必要に応じて見直しを行う。

Action

事業を 実施しての 改善点

- 生活習慣病重症化予防対策事業における対象医療機関を計画の40機関に増やしたが、指導実施者数は計画の100人に及ばず、初回面接実施者数は63人であった。
以上の事により、医療機関との連携の強化に努めていく。

第2期データヘルス計画に向けて

本市の分析は、細かい部分まで実施できたが、県や国との比較が出せない数値も多く、本市の位置づけが明確にできない部分があった。第2期については、県や国とも比較しやすい分析をしていく必要がある。また、地域包括ケアシステムの構築を視野に入れた取り組みを実施するためには、将来の介護予防にも生かせるような分析を取り入れることにより、高齢化に対応した内容になるよう検討したい。

東京都品川区（しながわく）

■ 行政・医師会・地域協働で策定した“結果を出す”データヘルス計画

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

	380,293	人
人口 ※平成28年4月1日現在		
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	21.1	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	88,767	人
特定健診実施率 ※平成27年度	40.1	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	12.0	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	332,552	円

品川区は、14路線述べ440もの駅があり、国際都市東京の表玄関としての立地の良さを誇る。区内には3つの大きな総合病院があるほか、特定健診は約200か所の医療機関で実施している。また、商店街の数は107にのぼり、区内でも有数の商業地域とされている。ほとんどの地域が、徒歩圏内で買い物ができ、区民の暮らしに利便性と潤いをもたらしている。

《背景・ねらい》

本区において特定健診の受診率はH22年度は35.8%で、東京23区中20位と低位であった。そこで、H24年度より行政・民間・地域の協働による「受診啓発プロジェクト」を実施し、H27年度は40%まで向上した。また、特定保健指導の実施率はH24-H25年度は12%と低下傾向にあったため、H26年度より「保健指導実施率UPプロジェクト」を実施し、17.4%まで向上した。一方で、一人当たり医療費は増加傾向にあり23区で4番目に高く、医療費の内訳をみると生活習慣病関連疾患の割合が24.5%と最も多かった。また、生活習慣病の有病率も年1%増加しており23区で4番目に高い状況であった。そこで、生活習慣病を予防し、医療費の適正化を図るためにも、特定健診・特定保健指導以外に成果の出る保健事業介入が必要と考え、データヘルス計画を策定した。

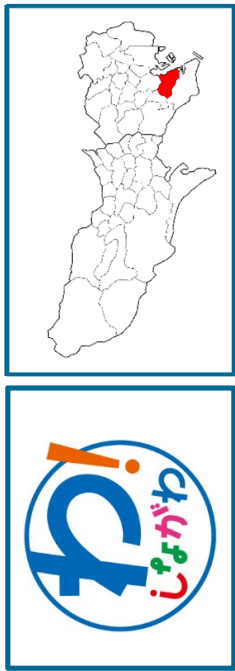
なおデータヘルス計画は、本区で既に策定されている健康増進計画および第二期特定健診等実施計画整合性を図りながら計画した。

《計画策定の体制》

国保医療年金課の保健師1人が主担当となり、医療情報の分析と計画策定支援を外部事業者へ委託し策定作業を進めた。加えて、保健事業の成果を出すためには、医師会等の関係機関と積極的な連携が必須であると考え、データヘルス計画策定委員会を組織し、関係機関と協働で計画を策定した。策定委員会は、国保医療年金課および委託事業者を事務局に、国保医療年金課長を委員長、健康課長を副委員長とし、医師会、地域栄養士会、保健指導委託事業者、研究機関、学識経験者をメンバーとし、4回開催した。委員会では、既存の保健事業の棚卸と健康課題の抽出▶保健事業の優先順位決定▶保健事業戦略の構築と評価指標の検討▶素案の確認と評価指標の再検討と議論を重ねた。策定過程から関係機関を巻き込むことで、現場感覚を取り入れた区の実態に即した計画ができた。また、関係機関と連携の強化が図れ、保健事業へのモチベーションがアップする効果があった。

《特徴・気付き》

本計画では、計画書そのものより計画プロセスが重要と考え、策定段階から関係機関を巻き込み、お互いが「この計画でやっていこう」という納得が得られるよう、議論を重ねた。議論にあたり、わかりやすい資料の作成を心掛け、既存事業の成果を見える化し、課題や目的を共有した上で、身の丈に合った実効性の高い計画策定を目指した。また、保健事業の成果を上げるには評価が重要であると考え、計画策定と翌年度の評価の両方を合わせた委託契約とし、併せて、保健事業の評価が担当レベルで行えるように、保健事業支援システムを導入することとした。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 健診受診率の低迷：健診受診率は近年横ばいであり、若年層の継続受診率が低い現状がある。
- リスク保持者の増加：健診受診者の36%がリスクを保有。肥満者はやや増加傾向。保健指導の実施率は低迷、かつ、保健指導以外の介入ができていない状況である。
- 重症患者の増加：生活習慣病の有病率が増加傾向、未治療者およびコントロール不良者も多くいるが、「糖尿病重症化予防事業」のみ実施しており、糖尿病以外の重症化対策ができていない。

課題を踏まえ設定した目標

- 健診受診率45%（5%増）。
- 保健指導実施率25%（8%増）。保健指導実施者の5%体重減少者30%。全体のメタボ該当率2.7%減。
- 糖尿病・心疾患患者の歯科未受診者20%減。生活習慣病の未治療者20%減。生活習慣病のコントロール不良者20%減

目標達成のために選択した事業

- 個別受診勧奨事業、健診結果説明会事業、未受診理由調査
- 保健指導案内の工夫、減量支援事業、喫煙対策事業
- 生活習慣病患者歯科受診勧奨事業、生活習慣病医療受診勧奨事業、生活習慣病生活改善指導事業



Do

目標達成のための事業実施

- 事業実施基準は策定委員会で決定し、事業はほぼ委託にて実施。委託事業者と月次および年間実施スケジュールを作成し進捗管理した。
- 生活習慣病重症化予防事業については医師会にて医療機関向けに事業説明を実施、歯科医師会にも事業説明し、実施に際しリーフレット作成の助言等の協力を得た。
- データヘルス計画および生活習慣病重症化予防事業の周知の場として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健事業委託事業者向けの講演会を開催した。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 各事業の進捗状況（アウトプット評価）については、毎月、保健事業支援システムにて、担当レベルで実施する。
- 事業全体のアウトカム評価は、外部業者に委託し、検査値の改善状況、医療費への効果等を統計的に分析・検証する。上半期で評価設計書を作成し28年度中に評価報告書を作成予定。
- データヘルス計画策定委員会をデータヘルス計画評価委員会へ改変し、保健事業の評価を関係機関と協働で行っていく体制とする。

Action 事業を 実施して の改善点

- 未受診者勧奨を受診パターン別に行ったところ、3年連続未受診者が減少したため、継続して実施する。
- 生活習慣病重症化予防生活改善指導の実施件数が少ないため、実施基準を改定し、対象者を広げる。

《第2期データヘルス計画に向けて》

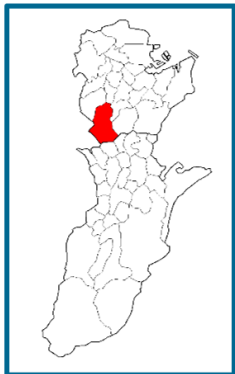
第1期で新規実施した保健事業についてアウトカム評価を徹底し、対象者選定の妥当性や保健事業の実施内容の精査を行いたい。第2期では、事業の成果を関係機関や委託事業者と共有しながら事業の利用拡大と質の向上を図ってきたい。また、協会けんぽ東京支部と協定を結び、本区の協会けんぽ加入者の統計分析データを共有できることとなった。データ比較を行ないながら国保の特徴によりあった保健事業の計画と区全体の健康課題解決を視野に入れた事業展開を検討していきたい。

東京都練馬区（ねりま）

- 計画策定はスタートでもゴールでもない。取組の継続や充実にベースに職員の連携協力で、“非”委託により策定したデータヘルス計画

《基本情報》データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	720,915	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	21.6	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	173,818	人
特定健診実施率 ※平成27年度	43.8	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	21.4	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	300,734	円



区は、「みどりの風吹くまちビジョン」を掲げ、区政の改革を推進している。人口は、これまで、ほぼ一貫して増加し、全国でも有数の大都市となった。みどり豊かな環境と都心に近い利便性が両立する良好な住宅都市である。

一般・療養病床数は、23区で最も少なく、平均の3分の1以下となっており、地域医療の充実に取り組んでいる。国保は、ここ数年被保険者数が減少。同規模の保険者と比べ、前期高齢者の割合が比較的低いことが特徴である。

《背景・ねらい》

- 本区の国保では、「こくほ健康力No.1 プロジェクト（23～25年度の3か年）」を策定、26年度からは、新たに「練馬区国民健康保険医療費の適正化に関する基本的な方針」を策定し、糖尿病ハイリスク者への受診勧奨を始めとする各種保健事業に取り組んできた。
- 26年3月の「保健事業実施指針」の改正を受け、最新のデータに基づき現状分析を改めて行い、新たな計画として位置づけることで、一層効果的かつ効率的な保健事業に取り組むことを目的として、「データヘルス計画」を策定することとした。
- 本計画は、第二期特定健康診査等実施計画との整合を図り、練馬区健康づくり総合計画の重点事業（働く世代（成人）の健康づくり）と連携し、健康日本21（第2次）の趣旨も踏まえ、“医療費の抑制”と“QOLの維持・向上”の2点をねらいとした。

《計画策定の体制》

- 国保主管課と健康部門（専門職）は別組織だが、特定健診・特定保健指導事業でも連携・協力態勢があり、良好な関係を構築している。
- 全庁的に生活習慣病対策を検討する会議（庁内連携会議：国保、健康部門、地域医療部門および地域担当の保健師等）を立ち上げ、健康推進課と共同して事務局となり、積極的に活用した。成人保健事業を担当する現場の専門職の会議にも出席し、意見、助言をいただいた。
- 国保運営協議会、健康部門が主催する会議体など、様々なチャネルを通じて関係団体（医師会等）に情報提供した。都国保連の支援・評価委員会も活用。
- データヘルス計画の策定は、外部委託を行わず、KDBシステム等の既存のツールを活用し、自前で策定した。そのため、国保年金課の担当職員は、好事例で著名な広島県呉市を視察し、セミナー・講演会・研修等に積極的に参加する等、知識やスキルの向上・ノウハウの蓄積を図った。

《特徴・気付き》

- 概ね把握していた健康課題に応じて、KDB等既存のツールを活用し、現状分析をした（分析がメインではなく、結果から遡るようなイメージ）。
- 支援・評価委員会では、特に、①重点課題を全部やるのは難しい。欲張らず具体的な1歩を進めていく。②地域連携などの新しい取組は、連携すること自体を目標とし、次期計画で具体的な形にレベルアップ。③データ分析は、あまり細かいものではなく、大つかみな形でのよい。の3点の助言が非常に有意義だった。
- 業務委託による計画とは異なり、身の丈に合った内容になっている。計画の策定を通じて専門職や国保連とのネットワークもでき、副次的な効果も大きいと考えている。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

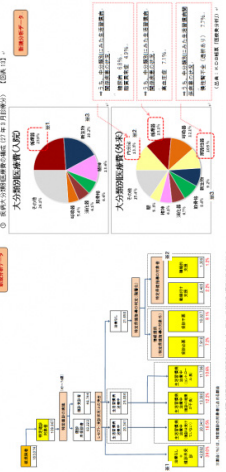
- 今後も増加が見込まれる「生活習慣病関係医療費（特に合併症を含む糖尿病関係）」を抑制すること
⇒ 糖尿病対策の推進
- 保健事業に必要な健康に関する情報（特定健診の結果や医療受診データ等）を把握すること
⇒ 特定健診・特定保健指導の実施率向上
- 自主・自立的に、生活習慣の改善や健康増進に取り組む人を支援するための仕組みや環境づくりをすること
⇒ 健康意識の改革・改善

課題を踏まえ設定した目標

- 医療費の抑制
29年度の「1人当たり医療費」について、対平成25年度比の伸び率を2ポイント抑制（10%増→8%増とする）
- 健康寿命の延伸
29年度の「65歳健康寿命」について、男性は81.2歳(+0.3)、女性は82.7歳(+0.4)に延伸

目標達成のために選択した事業

- 受診開始や治療継続のための支援【継続実施】
 - 健康部・関係団体等と連携した受診勧奨の実施【新規】
 - 健康づくりを支援するインセンティブの導入【検討】
- ※一部の事業を抜粋して記載
上記を含め、9つの個別保健事業を設定(優先順位は付与しない)



Do

目標達成のための事業実施

- 検討項目は、「何をいつまでに」に着目し、スケジュール作成（安易な先送りにしない）
- 地域との連携等の新規事業は、まず健康部門との連携を進め、事業を具体化
- 継続実施する事業は、充実・レベルアップをするため、次年度以降のPDCAサイクルも考慮し、常に業務の標準化・効率化・省力化を進める（マニュアル整備、委託推進など）
- 国保主管課は、「計画全体の進捗管理」と「個別保健事業の推進」の1人2役

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- ストラクチャー評価・プロセス評価指標は、計画に記載はない。
- 9つの個別保健事業ごとに、アウトプット目標、アウトカム目標を設定。
- 庁内の会議等で、専門職とともに評価結果を共有するだけでなく、評価指標が適切だったかとも検証する。
- 東京都国保連の支援・評価委員会による助言を受ける。
- 事業の実績および評価結果は、年度ごとに報告書にまとめ、区民にも公表する。

Action

事業を 実施して の改善点

- 「成果の見える化」は、業務を担当する職員のみモチベーション向上になり、PDCAサイクルの推進力につながらないという視点も重要。
- 単年で結果を出すことにはこだわらないが、見直しの結果は必ず予算や定数への反映を目指す

《第2期データヘルス計画に向けて》

- 第3期の特定健康診査等実施計画との整合、保険者努力支援制度の動向。
- 個別保健事業のうち、「検討事業」は「実施事業」に、「実施事業」は目標の引き上げを目指す（1期⇒2期は、データヘルスという大きなPDCAサイクルの“A”）
- 1期の計画策定では取り上げていない疾病（特に「がん」）の課題分析と対策の検討
- 区の重要な施策としての位置づけ

富山県砺波市（となみし）

ターゲットを絞った効果的な保健事業を実施し、評価から改善につなげる

《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	49,272	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	27.9	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	9,542	人
特定健診実施率 ※平成27年度	60.7	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	56.6	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	290,772	円

産業構成から見ると、本市は第2次産業の割合が約35%と同規模市町村平均等と比べて高いことから、国保加入者の割合は約19%と低くなっている。医療機関は、砺波医療圏の中核病院である市立砺波総合病院のほか、民間診療所が多く存在することから、病院数、医師数などの医療環境は充実している。

《背景・ねらい》

本市における特定健診受診率は、開始以降50%台と県内において高い位置であったが目標値の達成には至っておらず、特に40・50代の受診率が低い状態であった。また、特定保健指導の実施率も20%台で推移していた。

メタボリックシンドローム該当者の割合は、国・県と比較して高い状況にあり、経年で比較しても減少傾向が見られない状況であった。また、一人あたり医療費においても県内では低く全国平均並であるが、毎年増加傾向であった。

そこで、特定健診・保健指導実施率の向上を図り、メタボリックシンドロームの減少及び生活習慣病の発症と重症化予防の保健事業を重点的に実施することにより、被保険者の健康の保持増進を推進し、医療費の適正化を目指すものとして計画を策定した。

なお、この計画は本市で策定している特定健診等実施計画及び砺波市健康プラン21との整合性を図るものである。

《計画策定の体制》

担当部署の事務職1人が主担当となり、衛生担当部署の管理栄養士1人及び保健師1人を中心とした専門職と一緒に計画策定作業を進めた。計画策定の過程で行った現状分析の結果については、支援・評価委員会ワーキングに諮り、課題を抽出し、それに応じた目標の設定並びに実施する保健事業の検討・選択を行った。

《特徴・気付き》

計画策定においては、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及び厚労省健康局が示した「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」図1の考え方を基本に本市のデータを踏まえ、短期目標・中長期目標を設定した。また医療費適正化の観点から、高額・長期入院になる疾患で予防できるものについて分析した。

現状分析については、支援・評価委員会の助言を受けて経年的数値から客観的に捉え、余分な解釈を含めないようにした。事業実施の成果がわかりやすいよう健診データの次年度推移で改善率等をグラフ・図で示し、見せ方の工夫をした。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

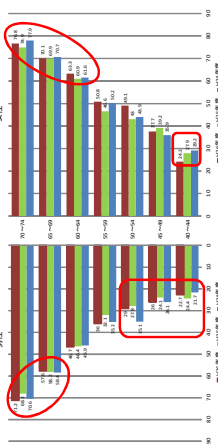
- 特定健診は、前年度未受診者を対象に勧奨を実施した結果、受診率は約59%までになったが、55歳未満の男性及び45歳未満の女性の受診率は30%にも達していない。
- 保健指導実施率は、29.4%と目標値60%に達していない。
- 医療費が高額になる脳血管疾患、虚血性心疾患においては基礎疾患として、高血圧や糖尿病・脂質異常症を併せ持つ者が多い。

課題を踏まえ設定した目標

- 60歳未満の健診受診率向上
- 保健指導実施率の向上
- 「脂質異常症」「糖尿病」「高血圧」の有所見率の減少
- 糖尿病腎症による新規透析患者数の減少

目標達成のために選択した事業

- 60歳未満に重点を置いた健診受診勧奨
- 保健指導の利用勧奨の実施
- 糖尿病発症予防としての糖尿病予防教室の見直し。未治療者及び治療中断者に対する個別指導の強化



Do

目標達成のための事業実施

- 特定健診受診勧奨は、はかきによる受診勧奨を行ったうえで、電話による受診勧奨を実施。また受診勧奨の結果、受診されないと回答した者にはその理由の聞き取りを行った。
- 保健指導対象者に、連合会保健事業を活用し在宅保健師によるタイムリーな電話勧奨を行った。また、対象者の生活状況を踏まえ、地区相談会の開催や訪問を強化した。
- 糖尿病予防教室は、HbA1c値の年代別個別順位を記載した案内はかきを送付した。糖尿病専門医、保健師及び管理栄養士による講義のほか、症例検討会を実施した。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 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、事業担当課と支援・評価委員会ワーキングで自己評価を行なったうえで、支援・評価委員会による評価を受ける。
- 特定健診受診勧奨事業は、新規受診者数、保健指導利用勧奨事業は、実施率の経年比較で評価する。
- 糖尿病の発症予防については、新規有所見率、糖尿病重症化予防については、健診受診者全員のHbA1cのパーセンタイル値を複数年で比較し、毎年度事業内容の評価を行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- 特定健診の実施期間を延長した。
- 医療機関と連携し、保健指導の対象になる者に対して、かかりつけ医からも勧奨をすることとした。

《第2期データヘルス計画に向けて》

特定健診実施率は、平成26年度で60.4%と6割を超え、保健指導実施率も42.2%と上昇している。第1期は生活習慣病のなかでも糖尿病を対象にする事業が中心となっていた。今後も引き続き、特定健診受診率・保健指導実施率の向上を図り、生活習慣病の早期発見と予防に取り組みとともに、第2期では改めて現状分析を行い、他の疾患についての対応を検討していきたい。また、疾病を予防する観点から、若い世代のうちから健康に対する意識高揚を図るため、生活習慣を見直す機会及び運動習慣を身に付けるきっかけを提供する方法を検討していきたい。

石川県能美市（のみし）

- データ分析から課題を明確化し、保健事業に取り組み、その過程で医師会との連携推進を図り、事業課題を検討

《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定

《わがまちの特徴》

	49,748	人
人口 ※平成28年4月1日現在		
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	24.5	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	10,524	人
特定健診実施率 ※平成27年度	52.8	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	70.2	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	311,090	円

金沢市・小松市への通勤圏に含まれる本市は、ベッドタウン地として転入が多く社会増加で推移している。大企業や特殊機能を持った中小企業が多く立地しており、県内有数の産業集積エリアである。第2次産業従事者の割合が40.5%と同規模市、県の平均と比して高い。医療機関は、市内に三つの総合病院（内、市立病院1か所）があり、糖尿病専門医、腎専門医、循環器専門医がいる。大血管疾患における最先端の治療は、市外の医療機関を利用せざるを得ない。

《背景・ねらい》

本市においては、特定健診の受診率は、人口同規模市の他保険者と比べると高いものの、医療費全体に占める入院（重症化）の件数の割合は、3.4%と同規模市平均と同じ値でありながら、入院費用額の割合は、45.5%であり、同規模市平均43.7%と比して高いことが、第1期データヘルス計画で明らかになった。総医療費は、平成23年度から平成26年度までは、横ばいで推移し医療費を抑制していたが、平成27年度は、乳幼児医療費の現物給付開始や高額薬剤、また、月200万円以上の件数増加に伴い、増加となった。後期高齢者医療費の一人当たり医療費は、平成26年度・27年度、前年度と比較し減少している。

医療費の伸びの抑制に向けて、データヘルス計画（総論）、第2期特定健康調査実施計画に基づき、毎年度、P D C A サイクルを回しながら、健診項目や保健指導事業の対象者の見直しを行い、糖尿病予防対策を柱に取り組みできた。平成26年度から、特に、糖尿病およびC K D重症化予防対策に重点的に取り組んでいる。

《計画策定の体制》

計画策定にあたっては、衛生担当部署（主は、国保担当課と兼務辞令職員4人）が主担当部署となり、国保担当課事務職員1人、管轄保健所職員2人と一緒にチームで作業を進めた（平成24年度から、毎年度、医療費分析チームで現状分析、課題抽出等を行っている。外部委託なし。）。データヘルス計画の策定に入る際には、衛生と国保担当の二つの課合同で学習会（健康福祉部長参加）を開催し、『今、なぜデータヘルス計画を立てなければいけないのか』について共有を図った。また、計画策定後に、同じく二つの課合同で学習会を開催し、本市の特徴および課題、計画を共有した。

計画策定過程の要所では、適宜、国保運営協議会や医師会に報告し、方向性についてご意見を伺った上で進めた。計画策定後、市民への説明の場として、健康づくり推進協議会（副市長参加）や町会長連合役員会、公民館長会等で報告した。支援・評価委員会が開催する研修会をおして計画策定への指導・助言を受けた。

《特徴・気付き》

現状分析においては、医療費、健診受診状況やデータ、死亡統計、介護保険の認定・有病・給付状況、人口構成、産業構成等を把握している。データヘルス計画では、K D Bを有効活用し、人口同規模市平均（区分4）、県、国と比較し、課題を明らかにした。特定健診未受診かつ生活習慣病の治療を受けていない、実態がわからない人が17%いることが明らかになった。予防可能な生活習慣病についての課題から、中長期的な目標及び短期的な目標を設定した。その目標について、具体的な市保健事業実施計画として、平成27年度は、『脳血管疾患』の各論を作成した。平成28年度は、『虚血性心疾患』・『慢性腎臓病』の各論を作成中である。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 特定健診未受診かつ生活習慣病未治療の場合、生活習慣病の重症化の実態がわからないうえ、特定健診未受診者対策のターゲットを絞り進める必要がある。
- 健診での脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、28.8%(1,157人)である。内、未治療者で特定保健指導の対象外となる者は、10.4%(204人)である。
- 医療費・死亡率が高く介護の原因疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患の重症化予防が最優先課題である。

課題を踏まえ設定した目標

- 医療費の抑制(H29年度とH25年度の比較)。①脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の疾患の入院医療費の伸び率を5%減少。②総医療費における入院医療費費用額の構成割合を2%減少
- HbA1c6.5% (治療中7%)以上者割合を対前年比2%減少

目標達成のために選択した事業

- 保健指導対象者の明確化 (優先順位)
- 詳細健診の対象者の拡大及び心電図有所見者への個別保健指導の実施
- 特定健診で、喫煙者への個別保健指導の実施
- 糖尿病性腎症者への個別保健指導の実施

優先すべき課題の明確化(各ガイドラインに基づく)

科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	対象者数		
	受診者数 (4,013人)	治療なし (再掲) (1,957人)	三疾患* 治療中 (2,056人)
重症化予防対象者 (実人数)	1,157	353	804
(割合)	28.8%	18.0%	39.1%

*三疾患:高血圧症、糖尿病、脂質異常症

Do

目標達成のための事業実施

- 具体的な市保健事業実施計画として各論『脳血管疾患』、『虚血性心疾患』、『慢性腎臓病』を作成
- 特定健診未受診者のターゲットを絞る。⇒40～59歳の男性への受診勧奨
- 詳細健診の対象者について、市独自の追加対象を設ける。心電図所見で要受診・要精検・治療継続者に個別保健指導を実施
- 糖尿病性腎症者へ地区担当が訪問→希望者に栄養士による個別栄養指導実施

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- アウトプット、アウトカムについて、支援評価委員会開催の研修において助言を受ける。毎年度、国保運営協議会で、事業計画・健診データ・医療データについて報告し、評価を受ける。必要に応じて見直しをする。
- 医師会との連携推進のために、事業計画・健診データ・個別保健指導等について、ストラクチャーとして、毎年度、特定健診部会(1～2回)、糖尿病・慢性腎不全予防保健医療連携会議(2回)で評価検討する。医師会主催の糖尿病診療連携会議(毎月開催)で課題を検討する。

Action

事業を 実施して の改善点

- 糖尿病患者(HbA1c6.5%以上、治療中含む)に1次健診でアルブミン尿定量検査を実施し、糖尿病性腎症保健指導対象者を明確化した。
- 未受診者対策として、退職者へ訪問した。(健診について説明)

《第2期データヘルス計画に向けて》

市保健事業実施計画(脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の各論)に基づき評価及び検証する。特に、糖尿病性腎症の重症化予防について、優先的に課題を明確化する。COPD(慢性閉塞性肺疾患)とタバコ対策については、具体的に実践可能な計画となるよう体制について検討していく。

福井県高浜町（たかはまちょう）

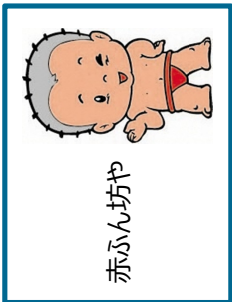
- ロジックツリーで分析整理し、PDCAサイクルに沿って
進行管理するデータヘルス計画

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

	10,692	人
人口 ※平成28年4月1日現在		
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	30.1	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	2,668	人
特定健診実施率 ※平成27年度	41.1	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	72.5	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	340,152	円

高浜町は福井県の最西端に位置し、京都府舞鶴市に隣接している。原子力発電所があり、発電所関係の仕事に従事する者が多い。また、若狭湾に面して7つの良質な海水浴場もあることから、漁業、観光業も盛んである。町内には1病院、3診療所があるが、大きな総合病院はなく、入院を要する治療については小浜市や京都府舞鶴市の医療機関を利用する町民が多い。高齢化率は30%で、少子高齢化と人口減少が進んでいる。国保加入者は、60歳以上の割合が高い。



赤ふん坊や



《背景・ねらい》

本町の特定健診受診率は、H24年以降横ばいである。脂質や血圧等の有所見者割合が他保険者よりも常に高く、これは母集団全体の特徴を反映したもので、健康課題として捉えるべきものと考えていた。しかし、KDBならびに福井県国保連合会の作成した標準データ集で他保険者と比べると、健診受診者に占める「服薬者」（治療によりデータが正常化している者）の割合が低いことが要因の一つであることが分かった。被保険者1人当たりの医療費が県内でも低いのも同じ理由で、生活習慣病による入院外受診率は低く、入院受診率は高く、「自覚症状が出るまで受診しない」ことを反映しているのと考えられた。そこで、健診も医療も受けていない人を減らす、健診を受けられる健康な人を増やすの2つを目標として事業を展開し、国保加入者の健康寿命の延伸を図ることとした。健康増進計画では、「住んでいるだけで健康になれるまち高浜」をめざし、健康づくりを実践しやすい環境づくり、ソーシャルキャピタルの醸成を進めている。

《計画策定の体制》

外部事業者への委託は行わず、国保担当部署の事務職1人、衛生担当部署の保健師2人が主担当となり、国保連合会の開催する研修、支援・評価委員会の個別支援を受けながら策定した。上述の標準データ集に基づいて衛生担当部署全員で現状分析を行い、健康増進計画とも整合性を果たせるように心がけた。

町内での策定委員会等は設けていないが、町の国保運営協議会にかけて委員からの助言を受けた。

《特徴・気付き》

計画策定に先立って、独自に課題分析のロジックツリーと課題解決のロジックツリーを作成し、それらに基づいて具体策を体系化したので、上位目標・中間目標に関してぶれることはなかった。基準に当てはまる者に限定して保健指導を行うのでは、国保加入者全体の健康寿命の延伸にはつなげることがわかり、治療中を除く健診受診者全員を対象に、行動変容ステージ（本人のやる気）に応じた保健指導を提供して、集団レベルで生活習慣の改善を図ることとした。また、国保ヘルスアップ事業を活用し、保健指導に糖尿病発症リスク予測を取り入れること、オプトアウト式の健診申込票を作成することなど、新たな介入策も盛り込んだ。すべての対策にアウトプット・アウトカム指標を設け、PDCAサイクルで進行管理できる計画とした。保健指導の効果を個人・集団レベルで評価できるように、特定健診の21の問診項目に町独自の10項目を追加し、データを追跡する仕組みを作った。計画は、パワーポイントによるスライド様式とし、一目でわかる表現とした。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りから抽出した課題

課題： 現行の特定健診・特定保健指導では、被保険者の健康寿命は延伸できない。

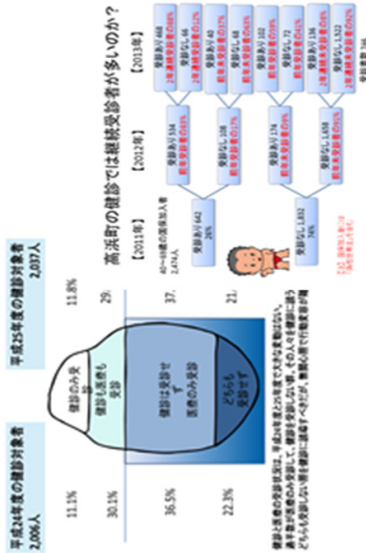
- 特定健診も医療も受けていない人が多い
- 健診を受けても、生活習慣病で医療を受診しないため、翌年度の健診データが改善しない人が多い
- 健診を受けても、保健指導を受けない人が多い
- 保健指導を受けても、生活習慣改善が長続きしない

課題を裏返して設定した目標

0. 健康づくりを被保険者全体に働かせる(健康増進計画に記載)
1. 健診も医療も受けていない人を減らす
2. 健診だけを受ける健康な人を増やす。

目標を達成するための事業計画

- 1-1. 未受診者対策
- 1-2. 継続受診を増やす取り組み
- 1-3. 要医療者への受診勧奨強化
- 2-1. 健診結果説明で生活習慣改善につなげる
- 2-2. 生活習慣改善講座で長期的な効果を図る
- 2-3. 職場健診受診者への保健指導



Do

計画にもとづいて実施した事業

- 1-1. 健診未受診者をセグメント化し、勧奨方法、および受診しやすい健診体制を整備した
- 1-2. 健康管理ファイル等を活用して、次年度につなげる体制を構築した
- 1-3. 健診後に医療機関を受診し、治療が開始されたかを確認する仕組みを構築した
- 2-1. 全ての健診受診者に、行動変容ステージに応じた支援・情報提供を実施した
- 2-2. 受診者のやる気と健康状態に応じた講座を開催し、長期にわたって維持できる支援実施
- 2-3. 職場で健診を受けた人のデータを取得し、保健指導を実施した
- 2-4. 個人レベル、集団レベルで、短期・長期的に生活習慣が改善されたかを評価するため、H28より特定健診の問診項目に町独自の10項目を付加した

Check 事業評価

- 1-1. オプトアウト式申込票は、セット受診する率を高める効果があった
 - 2-2. 講座に参加するのは健康への関心が高い者ばかりに偏る
- ※町内および支援・評価委員会が、あらかじめ事業ごとに定めておいたアウトプット指標・アウトカム指標を用いて評価した

Action 事業評価にもとづく改善点

- 1-1. オプトアウト式申込票への全面切り替え
- 2-2. 糖尿病発症リスクの高い人を抽出して、個別支援を行うやり方に変更
- 2-4. 健診後の介入が生活習慣を変化させたかを評価する

《第2期データヘルス計画に向けて》

計画の最終年度となる平成29年度に最終アウトカム指標の達成状況を評価し、特定健診等実施計画、健康増進計画の進捗も見極めながら計画を見直す。

岐阜県多治見市（たじみし）

■ 特定健診有所見者への重症化予防の取り組み

《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	112,891	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	27.7	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	28151	人
特定健診実施率 ※平成27年度	42.7	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	59.0	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	355,358	円

本市は古くから陶磁器やタイルなど美濃焼の産地として発展し、名古屋市の中心部まで鉄道で約30分のため名古屋市への通勤圏に含まれる。平成27年度国保被保険者の年齢構成をみると65～74歳の割合が46.5%と非常に高く、被保険者の平均年齢も本市は54.0歳で、国・県に比べ高い状況となっている。平成13年度に策定した「たじみ健康ハッピープラン」では「食生活」「運動」「喫煙対策」の3分野を優先課題として関係団体や地域と連携して推進している。平成15年度には「たじみ健康都市」を宣言し、平成17年7月にWHO健康都市連合に加盟し、国際基準の健康づくり運動にも積極的に取り組んでいる。

《背景・ねらい》

本市は男女とも標準化死亡比で急性心筋梗塞が男性136、女性136.7と高く、全医療費における生活習慣病の医療費の割合は、県平均と比べてやや高い状態である。死亡・医療費から見ると生活習慣病、特に心筋梗塞への対策が必要であると考えた。

特定健診受診率は42.7%であるが、十分な予防活動を行うために健診受診率の向上をめざすとともに、健診受診者の有所見者への対応を行っている。有所見ではLDL、TG、クレアチニン、尿酸の値の高い人の割合が高く、治療に結びついていない人も多くいたため、平成27年度ではハイリスク者支援事業を起し健診後の未受診者及び未治療者に対する対応をした。特に脂質異常症薬の服用については健診医療機関からの記入内容によって、男女とも所見が高値の者であっても服用している割合が低い状態にあるため、医師会と協力し高値者の医療機関受診をすすめる個別の保健事業を計画し、実施している。

《計画策定の体制》

本市のデータヘルス計画策定は、国保連合会に情報提供と策定の相談をしながら進めていき、個別の保健事業計画については支援評価委員会と国保連合会の支援を受けて策定した。

データヘルス計画の策定と運営管理は保険年金課が行い、個別の計画の策定、実施・結果の集計については保健センターが行っている。今後、個別の保健事業計画の実施・評価は、支援評価委員会や国保連合会、医師会との多治見市健康指標評価・保健事業検討会に協力を得ながら進めていくことになっている。

《特徴・気付き》

1. 特に私たちが取り組みたい効果的な受診勧奨方法を検討し評価する為に、いま行っているハイリスク者支援のうち一つに絞って評価することになった。その一つは、LDLコレステロール高値者で健診医療機関より「未受診または治療中断」と返信のあった者である。
2. KDBシステムによる分析結果等により健康課題を科学的根拠を基に示すことができた。
3. 関係者との協議を重ねたことにより、健診医療機関や保健師等々の役割が整理され、円滑に事業が実施されるようになった。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 多治見市は標準化死亡率で、女性が100.5と全国より高い。男女とも急性心筋梗塞が男性136、女性136.7と高い。
- 平成27年度ハイリスク者支援事業において、健診後の未受診者及び未治療者が多い。特にLDLが多い。
- 平成25年度特定健診の有所見者でLDLの値と服薬状況を見ると、男女とも値が高値の者が服薬していない割合が高い。

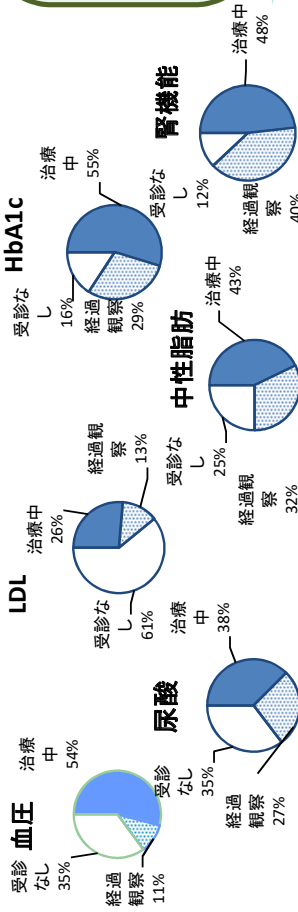
課題を踏まえ設定した目標

- 平成27年度から医師会と協力して、特定健診の有所見者の高値の者に受診勧奨を行い、治療に結び付け、重症化疾患（虚血性心疾患）の減少を目指す。

目標達成のために選択した事業

- 重症化予防事業
医師会と協議してハイリスクと考えられる検査値を決め、保健師や管理栄養士が対象者に関わり、保健指導及び医療機関受診勧奨する。

H27年度ハイリスク対象者 健診医療機関からの回答(項目別 重複あり)



Do 目標達成のための事業実施

- ハイリスク支援マニュアルの作成
- 事業スケジュールの作成、進捗状況の確認
- 対象者の抽出、健診医療機関へ名簿提出、記入後回収し、ハイリスク支援該当者の決定
- 地区担当保健師による支援（訪問・電話・面接等）

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 電話・訪問の実施数（率）、未受診理由が聞けた数・内容、医療機関への保健指導連絡票の発行数、ハイリスク該当者決定より半年後までに生活習慣病のレセプトがある（継続率）
- 担当部署で評価を行った後、医師会との多治見市健康指標評価・保健事業検討会、支援評価委員会の助言を受ける。毎年度、医師会との多治見市健康指標評価・保健事業検討会において、事業計画が適切かどうかの検証を行い、必要に応じて見直しを行う。

Action 事業を 実施して の改善点

- 次年度に向けての課題
- 保健センターから医療機関への保健指導連絡票の発行数を増やし、更に連携強化を目指したい。
 - ハイリスク者との関わりは、一度に効果を狙いすぎず、気長に関わり気持ちに寄り添う。
 - 検討会や勉強会を行い、関わりや計画の進行についても検討する。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画に基づいた効果的な事業を実施するため、支援評価委員会や国保連合会、医師会等の支援を受け、本事業を個別保健事業と位置付け実施している。今後も関係職員及び関係機関で共有、検討し、PDCAサイクルを意識した保健事業を積み重ねていきたい。

岐阜県後期高齢者医療広域連合

■ 県・市町村・国保連と連携した計画の推進



《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	2,023,969 (岐阜県)	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	28.5 (岐阜県)	%
後期被保険者数 ※平成28年4月1日現在	282,094	人
すこやか健診実施率 ※平成27年度	21.0	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	20市(実施市町村数)	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	829,505	円

岐阜県は、国土のほぼ中央に位置し、全国で7番目の面積を有しています。大半が森林で可住地が点在する構造となっています。北部飛騨地方は山間地で、南部美濃地方は比較的平地が多くなっています。移動手段は、自動車に依存する割合が多くなっています。

人口が減少する一方で、後期高齢者は平成42年頃まで増加が見込まれ、高齢者単独と高齢夫婦のみ世帯の割合が増加しています。医療資源は十分とはいえず、地域による偏在も見られます。医療費の状況は、生活習慣病が占める割合が高くなっており、年々増加傾向にあります。すこやか健診受診率は、21%(H27)と全国平均を下回っています。

《背景・ねらい》

後期高齢者医療における被保険者数は年々増加しており、それに伴い医療費も増加している。疾病構造をはじめとする医療費の増加の背景を分析し、岐阜県の特長性にあわせた保健事業を明確にして、事業展開したい。策定に際しては岐阜県医療費適正化計画、国民健康保険の保健事業実施計画、第2次国民健康づくり運動の整合性を配慮し、県・市町村・国保連とともに計画を実施していくことを目指している。

《計画策定の体制》

後期高齢者医療広域連合と支援・評価委員会、国保連合会の支援により策定をした。また策定に際し、後期高齢者医療広域連合の運営に関わる代表の市町村及び岐阜県からも意見も入れて計画内容の充実を図った。健診結果の分析が独自では行えず、支援・評価委員会の助言を受け、すこやか健康診査の結果や介護状況等多角的に分析を行った。

《特徴・気付き》

健康寿命の延伸のためには、計画の策定時から生活習慣病の予防は欠かせない状況にあると感じている。特に後期高齢者の健康づくりは、後期高齢者になってからの取り組みだけでなく、国保や社会保険加入時からの活動が不可欠であると感じている。後期高齢者にもすこやか健診受診をすすめて、後期高齢者の健康づくりを展開していきたいながら、疾患の重症化予防のために治療及び治療継続につなげていく取り組みを今後とも続けていきたい。

また計画を実施していく中で若年層とは違う高齢期特有の対策が必要であり、衛生、介護部門など後期高齢者の保健事業は関係機関との連携が必要となってくるために計画では市町村の関係部署との連携会議を計画に盛り込み、今年度から実施している。

また、計画はパワーポイントで作成した。①図や表でわかりやすく②普段から現状や問題点を認識しやすく③関係者で情報を共有する④PDCAサイクルを回していく上で、生じる問題を気づきやすく、効果的に計画を推進すること、を念頭に見える化に努めた。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 特定健診とすこやか健診の受診率格差がある。70～74歳の受診率が42.7%だが、すこやか健診の受診率が18.8%（H25）である。また死因において心疾患、脳血管疾患が上位を占め、入院医療費で脳梗塞、外来医療費で高血圧、糖尿病が占める割合が高く、医療費も年々増加していることから生活習慣病の重症化対策が必要である。
- 死因、入院医療費において高齢者の肺炎の割合が高い。
- 岐阜県全域に保険者を抱える広域保健事業の推進のために市町村との連携、衛生や介護との連携が必要である。

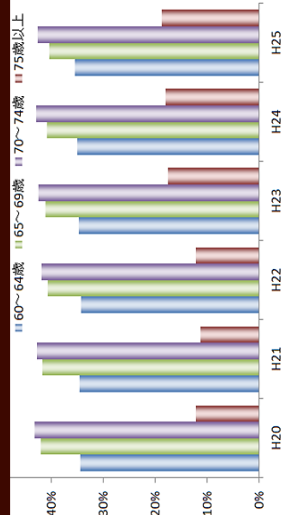
課題を踏まえ設定した目標

- 生活習慣病の重症化予防と心身機能の低下を防止する。
- 被保険者の主体的な健康増進活動を支援する。

目標達成のために選択した事業

- すこやか健診受診率の向上。
- さわやか口腔健診の開始。
- 連携会議の開催。
- 重複・頻回受診者訪問の増加。

「特定健診」「さすこやか健診」受診率 <平成20～25年数>



Do

目標達成のための事業実施

- 受診率向上のために市町村から、受診率の高い所、低い所の状況を数年間にわたり聞き取り調査を行った。市町村で工夫している点等を参考に受診勧奨のための予算措置等の枠組の検討。保険者協議会での受診勧奨事業に参加するなど活動範囲の枠を広げる。
- 保健事業推進にむけた国保・衛生・介護の関係者合同の連携会議、研修の実施。
- 重複・頻回訪問事業の新規実施市町村の拡充。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 第2期データヘルス計画に向け、単年度ごとで事業評価を行い、国保連からの助言を受け、更に計画の修正のための検討を行った。
- 評価に際し、アウトカム評価だけでなく広域連合という組織上、事業実施に市町村との連携は欠かせないため、ストラクチャーやプロセスに重点をおき、実施可能性を探りながら改善策を模索する。
- 第1期評価は市町村、県の意見等も受ける。

Action

事業を 実施して の改善点

- 受診率向上のための市町村支援を行っていく。
- 市町村に向けデータを活用した情報提供を行っていく。
- 重複頻回受診者訪問の実施の変更に向け、薬剤師会との事業展開を検討した。

《第2期データヘルス計画に向けて》

高齢期の健康づくりには生活習慣病の重症化予防と高齢期特有の健康課題に取り組むことであり、改めて現状分析を行い保健事業の立案を行う。

静岡県掛川市（かけがわし）

- 効果的な保健事業の実施に向け、全体像を把握し、ターゲットを絞った事業を実施

《基本情報》データヘルス計画：平成27年度策定

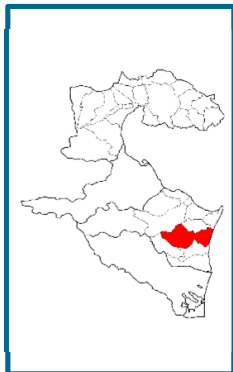
《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	117,520	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	25.1	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	27,698	人
特定健診実施率 ※平成27年度	38.1	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	39.1	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	310,496	円

掛川市はほぼ日本の真ん中に位置し、南は太平洋に面し、市の中央を東西に東海道、東名高速、国道1号が横断する交通の要所となる。静岡県においては、中西部にあたる東遠地区の中心的な存在で、農業出荷額、工業生産額ともに県下上位である。人口は平成21年以降年々減少していたが、現在はほぼ横ばいの状況にあり、世帯数は43,059世帯と年々増加している。出生数は平成25年度以降、毎年1,000人前後で推移しているが減少傾向にある。死因1位は悪性新生物であるが、標準化死亡比は県内で最も低く、死因2位心疾患、3位脳血管疾患となっている。



茶のみや
きんじろう



《背景・ねらい》

これまでレセプトや統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたが、依然として増加する医療費を抑制するため、今後は、さらに効果的な保健事業の実施が求められている。そこで、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を実施するため、掛川市国民健康保険保健事業計画（データヘルス計画）を策定した。

本計画は、被保険者の健康の保持増進に必要な事業を効果的かつ効率的に実施するため、特定健診実施計画との整合性を勘案するとともに、健康かけがわ21計画（掛川市健康増進計画）、第2次かけがわ食育推進計画との連携を図り、関係機関等との連携を図りながら推進する。

《計画策定の体制》

国保主管部署である国保年金課と特定健診関係等予防事業について業務委託を受けている保健予防課（保健担当部署）が連携し、計画策定作業を進めた。策定作業は委託をせず独自で策定することとし、各担当ごとに現状の把握と課題の抽出をおこなうとともに、医療費の状況を分析し、計画策定作業を進め、それに基づき計画の実施内容と目標を定めた。

策定については、国保運営協議会にて報告した後、県支援・評価委員会に諮り、将来目標の設定方法などのご意見を伺った。

《特徴・気付き》

県平均より低いが、経年でみると増加傾向の疾患について、明らかになり、特定保健指導対象者以外の保健指導の必要性がわかった。透析患者については、国保加入後すぐに透析開始になるケースも多く、新規の透析患者の情報を、国保担当部署と保健部署で共有するようになった。各種計画に対し、中長期的目標年度・目標値を定めることにより、PDCAサイクルに基づき達成状況の評価等がし易くなった。データヘルス計画はHPの公開、住民への周知、評価委員会へのプレゼン資料等に活用できるよう、A4横版を基本としてパワーポイントを用い、文字を少なく、図・表を活用し、作成している。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 特定健康診査の受診率が低い。
- 糖尿病・腎不全患者の医療費が上位を占めている。
- 医療費のうち調剤費の占める割合が高い。

課題を踏まえ設定した目標

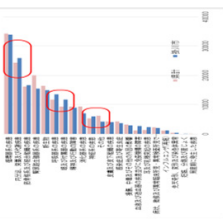
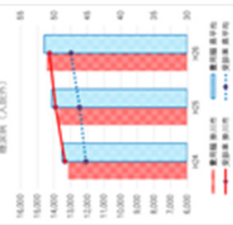
- 特定健康診査率の向上
- 糖尿病の発症・重症化の予防
- 後発（ジエネリック）医薬品の普及促進

目標達成のために選択した事業

- 未受診者受診勧奨
- 健診事後家庭訪問事業
- 要医療者受診勧奨
- 腎機能低下予防事業
- 重複受診者への訪問指導
- ジエネリック医薬品の普及促進

Do

目標達成のための事業実施



- 生活習慣病重症化・高リスク者を抽出し、家庭訪問を実施した。
- 腎機能低下予防説明会は、結果説明会として実施し、未来所者には家庭訪問を実施した。指導媒体の工夫や、ケース検討会を実施した。
- 経年の未受診者は、電話による受診勧奨を委託に行なった。
- ジエネリック医薬品差額通知、希望カードの配布

Check

進捗状況を
確認するための
評価計画

- 国保運営協議会、健康づくり推進協議会で報告し、評価をつける。
- 特定健康診査結果の要観察者割合で経年比較する。
- 評価指標（受診勧奨後の受診数、電話勧奨後の受診数、健診結果の経年変化等）に基づいた評価を実施する。
- ジエネリック医薬品差額通知による効果額等の評価を実施する。

Action
事業を
実施して
の改善点

- 電話勧奨にて把握できなかった受診状況により、対象にあわせて受診勧奨を行った。
- 訪問不在者には、電話による聞き取りや、郵送での案内などで対応した。
- より高い効果を求めジエネリック希望カードから保険証ケースへ変更。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第2期データヘルス計画は、健康増進計画策定年度と重なる。健康増進計画策定に向けた、健康に関する調査を今年度実施しているため、明らかになった健康行動や意識、健診受診状況と、改めて行う医療費分析や健診結果をあわせて、策定したい。健診結果・医療費分析結果と健康行動の関係や、より具体的な保健事業計画に活かしたい。

愛知県大町町（おおぐちちょう）

- ストラクチャー・プロセスを明確にし、各分野との連携のもと計画を策定



《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	23,470	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	22.0	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	5,054	人
特定健診実施率 ※平成27年度	48.1	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	21.7	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	357,408	円

愛知県の西北部、名古屋市から直線距離20km圏内に位置しており、東名・名神高速道路へのアクセスが良く、金属、繊維、工作機械や自動車関係の企業を中心に200社を超える企業が立地する産業のまちで財政力と町民所得が高い。土地はほぼ平坦で総面積13.61km²のコンパクトな町で市街地には、郊外型のスーパーマーケットが町内にバランスよく進出し、周辺には水田地帯が広がり、稲作を中心とした農業経営が行われており、農工商のパランスの取れた町である。住民同士のつながりが色濃く残っている地域もあり、小学校区を単位として住民主体の地域づくりや地域自治組織活動も盛んである。人口規模に対して医療機関は充実し、福祉のサービスマスも充実している。

《背景・ねらい》

これまでも、レポートや統計資料等を活用して「特定健診等実施計画」策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたが、さらに効果を高めるために、リスク別にターゲットを絞った重症化予防事業や、全体に向けたポピュレーションアプローチまでを、網羅的に進めることが必要である。

本計画は、本町総合計画・健康増進計画・特定健診等実施計画・介護保険事業計画の評価指標を用い、整合性を図り立案している。特に、健康増進計画・特定健診等実施計画との関連については、法的根拠・対象・ねらい等の違いを記し位置付けを明確化している。

《計画策定の体制》

戸籍保険課の事務職1名・保健師1名をはじめ、健康生きがい課の保健師・管理栄養士等(5～7名)と16回の協議を行い原案を作成した。策定過程においては、二つの課を統括する健康福祉部長の出席や助言を得るとともに、介護分野の担当者からも資料提供等の協力を得ながら進めた。さらに、支援・評価委員会による支援や国保運営協議会における審議を経て策定した。

《特徴・気付き》

支援評価委員会で、①検査データの良くない未治療者へのアプローチを優先すること②医師会との連携の必要性③健診受診率の向上対策として分析に基づき年代を絞って勧奨すること④アウトプット・アウトカム具体的に設定についての助言が得られ、事業の優先順位付けをし、具体的な指標を設定できた。

データヘルス計画策定以前より、健康づくりとして全世代を対象に2万人体力測定事業を展開し、運動の普及に努め、ポールウォーキングや高齢者を対象とした百歳体操など地域に根づいた事業を住民主体で展開している。データヘルス計画策定により、さらに分野を超えての連携やデータに基づく事業の再整理・焦点化を進めることができた。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- (1) 特定健診受診率は県平均より高いレベルにあるが、横ばいか下降傾向にある。詳細をみると、初回受診者割合が県・国・同規模保険者より低率であること、40～64歳の受診率が低いといった課題がある。
- (2) 全体の医療費のうち糖尿病及び高血圧の占める割合が高く、健診結果からもHbA1c及び血圧の有所見者割合や、治療者のコントロール状況において課題がある。

課題を踏まえ設定した目標

- (1) について
- 40～64歳の受診率向上
 - 初回受診者割合の向上
- (2) について
- 受診勧奨判定値以上の未治療者の翌年度HbA1c改善、血圧値改善と医療受診行動の変化
 - HbA1c軽リスク者の翌年度健診の維持・改善

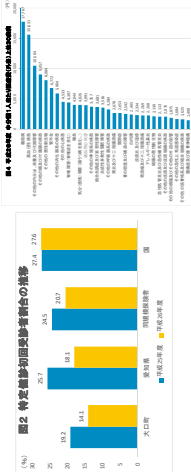
目標達成のために選択した事業

- (1) について
- ①40歳加入者への勧奨案内
 - ②未受診者勧奨通知
 - ③受診しやすい環境整備
- (2) について
- ①重症化予防事業(訪問・相談)
 - ②重症化予防改善講座(糖尿病予防)

Do

目標達成のための事業実施

- (1) について
- ①現状・課題、重点事業について医師会及び指定医療機関11か所に情報提供し体制整備(5～6月) ②40歳加入者のみに人間ドック勧奨通知発送(3月末)、③健診期間途中で40～64歳未受診者へ勧奨通知発送。(9月・12月)、④昨年度アンケートに基づき日曜健診実施。
- (2) について
- ①5～10月の健診受診者から対象者を抽出し、11月～3月に電話や訪問等による受診勧奨や生活改善のための保健指導を実施。②生活習慣の定着を目的に前年度の講座受講者に11月に案内通知を発送し、11～12月に講座実施。
 - 上記実施前に、受診勧奨マニュアル・使用媒体・プログラム作成。



Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- (1) について、勧奨通知を発送した人のうちの受診者数・受診率、40～64歳受診率、初回受診者割合、全体の健診実施率を把握し、事業評価を行う。
- (2) について、カバー率(対象者のうち介入できた人数・割合)よりアウトプット評価、参加率・実施者の意識行動変化によりアウトカム短期評価。媒体・勧奨方法・プログラム等のプロセス評価、実施体制評価を行う。
- (1)(2) について、戸籍保険課・健康生きがい課が評価を行い、第三者の意見を参考に協議し、国保運営協議会において、事業計画の適正について検証を行い、必要に応じて見直しを行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- (1) 前年未受診理由調査から、他で受けた健診情報が確実に提供されるよう提供様式や提供方法を変更した。
- (2) 重症化予防事業では、主治医連絡票の作成・使用による連携体制づくりを行うとともに、訪問等指導方法の統一化、困難事例の共有。講座は各回事後カンファレンスを持ち、参加者の状況や個別性を重視し、個別アプローチを強化。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期計画で生活習慣病予防事業の実施体制を明確化したことにより、関係課の連携による事業展開が実現できた。第2期計画も、引き続き関係課間でデータを共有し、協働で事業計画や実施評価を展開させるとともに、第3期特定健診実施計画や健康増進計画と連動した計画を目指す。

滋賀県草津市（くさつし）

- ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの組み合わせによる効果的な保健事業の実施計画

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》



人口 ※平成28年4月1日現在	130,485	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	20.9	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	25,858	人
特定健診実施率 ※平成27年度	36.7	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	15.3	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	362,769	円

京阪神への通勤圏として転入者による人口増加が多く、比較的若いまちである。しかし、団塊の世代が多く、65歳以上の人口増の伸びが大きく、今後、国保対象者の増加が見込まれる。会社勤めの人が多いが農業などの産業も盛んである。
また、県内でも医療環境が充実している地域である。

《背景・ねらい》

- ・特定健診の結果やレセプト等のデータを分析することで、被保険者の優先的に取り組む必要がある健康課題を明らかにし、これまでの特定健診や特定保健指導および各種の保健事業に加え、より効果的な保健事業に取り組むことで、死亡率の減少や患者数の減少などの成果につながることを目的とした。
- ・計画の位置付けとしては、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））」に示された基本方針を踏まえ、ともに、「健康くさつ21（第2次）」「第2期草津市特定健診等実施計画」および「草津市糖尿病対策ガイドライン第2期」との整合性を図った。

《計画策定の体制について》

- ・保険年金課の事務職員2名に加え、専門的な見地からデータ分析を行うことができ、地域住民と接する機会が多い、健康増進課の保健師2名・管理栄養士1名を加え、10数回にわたる関係課の協議や調整を通じて意見交換を行った。また、医療および健診データを分析するためにKDBシステム等を有効活用し、保健事業の将来的な施策展開を見据えた内容とした。なお、計画策定にあたっては、業者等への委託は行わず、市職員による直営でデータ収集・分析した。また、本市の健康課題に対する施策展開について、市長等と協議を行い、本市民健康保険運営協議会の委員の意見を反映し、計画案の策定を行った。
- ・滋賀県国民健康保険団体連合会が開催する国民健康保険保健事業支援・評価委員会から計画に対する意見を受けて、計画案の修正を行った。

《特徴・気付き》

- ・特定健診の受診結果の傾向として、HbA1cが高い人や非肥満高血糖者が多くことから、①若い世代の特定健診受診者（40歳代）に対する糖尿病等の生活習慣病の予防対策、②慢性腎臓病（CKD）の重症度のリスクの高い人や健診の継続受診者でHbA1c、LDLおよび血圧が悪化している人を悪化させない取り組みを、計画において重点施策として位置付けた。
- ・具体的な内容としては、特定健診の受診率および特定保健指導の実施率の向上に向けて、電話による未受診者への受診勧奨や訪問による保健指導の利用勧奨など積極的にアプローチを行うことや、重症化予防の観点から、ハイリスクに分類される人に対する早期の医療機関への受診勧奨や、若年層の生活習慣病予防対策として、特定保健指導判定値（5.6～6.4%）の40歳代への生活習慣病相談の実施などの新たな取り組みを推進した。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

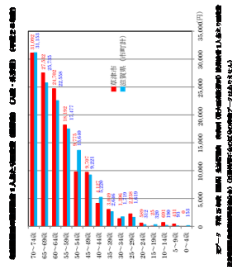
- 「慢性腎不全（透析あり）」「糖尿病」の医療費とその割合は、40歳代から急激に高くなること
- 特定健診の受診率および特定保健指導の実施者の割合が低まっていること
- 特定健診結果に基づき有所見者数および割合で最も高い項目は、HbA1cであり、特に非肥満高血糖者の割合が高いこと
- 慢性腎臓病（CKD）の重症度において、「治療なし」の人のうち死亡および末期腎不全などのリスクの高い人や健診の継続受診者でHbA1c、LDLおよび血圧が悪化している人がいること

課題を踏まえ設定した目標

- 特定健診受診者の生活習慣改善
- 特定健診の受診率および特定保健指導の実施者の割合を60%とする。
- 保健指導実施者のHbA1cの悪化予防による生活習慣病有病者・予備群の減少

目標達成のために選択した事業

- 糖尿病の情報提供用リーフレットの配布
- 特定健診の受診および特定保健指導の利用勧奨の強化
- HbA1c保健指導判定値の人への早期対応や医療機関への受診に向けた取り組み



Do

目標達成のための事業実施

- 糖尿病の予防啓発に向けて、糖尿病の解説を盛り込んだ情報提供用リーフレットを作成し、医療機関において特定健診受診者への配布を徹底する。
- 特定健診の受診率向上に向けて、受診対象者に対する通知と未受診者に対する電話による勧奨を行う。
- 特定保健指導の実施率向上に向けて、動機付け支援については、事業所委託により、専門職による利用勧奨の電話を3回以上実施する。また、積極的支援については、訪問による利用勧奨および支援を行う。
- HbA1c保健指導判定値の人への早期対応として、生活習慣病相談の案内と糖尿病予防啓発のリーフレット送付や生活習慣病相談を実施する。
- ハリスクワ者のうち医療機関未受診者に対して、手紙、電話、訪問のいずれかの方法による医療機関への受診勧奨を行う。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 保険年金課と健康増進課で、事業の進捗管理と評価を行ったうえで、滋賀県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会の意見および事業の評価を受けて、事業計画が適切かどうかについて検証を行い、必要に応じて見直しを行う。

Action

- 平成28年度の上半期での事業の進捗管理および評価を行った結果、現時点では、計画の見直しを行う予定はない。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画に基づき平成28年度に実施した事業の進捗状況や評価結果を踏まえて、既存事業の拡充による展開や、糖尿病合併症等の重症化予防対策、被用者保険のデータとの連携など、新たな取り組みの必要性や可能性について検討を行う。

京都府亀岡市（かめおかし）

- 既存事業の分析を中心に、効果的な事業実施のために
他関係機関との連携を図った計画策定

《基本情報》データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

	90,694	人
人口 ※平成28年4月1日現在		
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	26.6	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	22,483	人
特定健診実施率 ※平成27年度	35.1	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	11.4	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	368,695	円

本市は四方を山々に囲まれた盆地の自然豊かなまちで、京都市に隣接し、京阪神からの利便性もよくベッドタウンとして発展してきました。近年は人口減少傾向にあり、高齢化が進む農村部と宅地開発が進む都市部との差が大きくなっている。国保被保険者に占める高齢者の割合が高くなっており、医療費の伸びが大きい。医療機関としては、総合病院が少なく診療所が多いため、手術、入院が必要となる治療については、近隣の京都市などの医療機関を利用している場合が多い。

《背景・ねらい》

本市において、医療費全体に占める生活習慣病の割合が高く、特に高血圧症、糖尿病の伸びが著しい。また60歳前後の心筋梗塞などの循環器系疾患の増加と死亡数が増加している。特定健診の受診率は、全国平均より低く、40歳～50歳の若い年代の若い年代の受診率が特に低くなっており、受診率の向上はもちろん、特定保健指導実施率の向上を図ることによって、重症化予防対策につなげていく必要がある。

データヘルス計画は、特定健診の結果やレポートデータを活用する中で、本市の健康増進計画と整合性を図り、保健事業計画を一体的に推進することで、加入者の健康レベルの改善と医療費の削減という2つの課題の解決を同時に目指しているものである。

《計画策定の体制》

国保担当部署の看護師が主担当となり、計画策定を行った。計画策定の過程での現状分析については、健康増進計画との整合性を図るために、衛生部門の保健師と連携した。また、実施可能かつ円滑に推進できるような計画とするため、保健センターや市内医療機関が行っている健康教室や健康イベント、糖尿病教室などの事業に協力を求めた。計画策定にあたっては、国保連合会保健事業支援・評価委員会に、健康課題と保健事業計画に一貫性を持たせる、かめおか健康プラン21との整合性を図る、アウトプット・アウトカムでの数値目標を記載することで実践的な計画になるなどの助言を受けた。

《特徴・気付き》

現状分析においては、健康課題が多い中、計画を実施するための体制が整っていないため、既存の事業を生かすような計画立案に努めた。

国保連合会保健事業支援・評価委員会の助言を受けて、優先すべき健康課題の目標を実行可能なものにする事、その他の既存事業についても評価できるように計画に盛り込んだ。

計画を策定するにあたって、今まで国保担当部署だけで保健事業を実施してきたが、他部署や医療機関と連携するきっかけとなり、幅広い保健事業を考えることができました。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

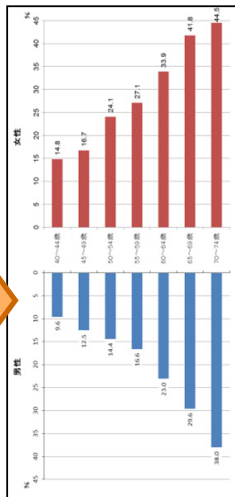
- 特定健診受診率は、京都府平均とほぼ同じだが、40歳～50歳代の受診率が低く、特に男性が低い。
- 特定健診結果で受診勧奨値を超える人の割合が高い。
- 高血圧、糖尿病の医療費の占める割合が高い。
- 60歳前後の循環器系疾患の増加と死亡数の増加。

課題を踏まえ設定した目標

- 特定健診受診率40%以上。
(平成25年度31.4%)
- 異常値の改善、コントロールが見られる者が増加する。
(40%以上)
- 受診勧奨値以上の者が医療機関を受診する。
(90%以上)

目標達成のために選択した事業

- 特定健診未受診者受診勧奨個別性のある内容を検討。
- 健診異常値放置者受診勧奨受診勧奨案内通知を行い、通知後受診がない場合は訪問指導を実施。
- 糖尿病教室案内
市内病院の糖尿病教室へ案内。



平成25年度 特定健診受診率

Do

目標達成のための事業実施

- 特定健診未受診者受診勧奨は、毎年、ターゲットに合わせた内容に見直す。
- 特定健診異常値放置者受診勧奨は、健診結果に合わせたパンフレットを同封し、訪問指導時は受診勧奨だけでなく、食事指導や運動指導も行う。
- 糖尿病教室案内は、通知だけでなく医療機関と連携し、参加者の把握や医療スタッフによる健康相談を実施してもらえよう協力を得た。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 評価計画については、国保担当部署にて自己評価を行った上で、国保連合会保健事業支援・評価委員会による評価をうけることとする。
- 保健事業についてのアウトプット、アウトカム指標については、毎年度、KDBやレセプト、特定健診結果などのデータで評価を行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- 対象者への通知は、専門用語などを使用せず、よりわかりやすい情報提供を行う必要がある。
- 病院主催の糖尿病教室は、内容が治療者向けの場が多いので、特定健診受診者向けの開催を検討する。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画では、既存の事業の見直しにとまっている面があるが、医療機関との連携が図れてきた糖尿病重症化予防を特に推進していきたい。また、メタボリックシンドローム予備群該当者が非常に高いにも関わらず、特定保健指導の実施率が府内ワースト3位（平成26年度）であるため、特定保健指導の内容及び利用勧奨方法についての見直しを衛生部門と検討していきたい。

奈良県御所市（ごせし）

- 国保・衛生・介護の各部門の事業との連携を強化し、事業の推進を図る

《基本情報》データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	27,362	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	36.7	%
国保保険者数 ※平成28年4月1日現在	8,252	人
特定健診実施率 ※平成27年度	38.9	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	48.2	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	360,894	円

御所市は大和平野西南部に位置し、豊かな自然と悠久の歴史に彩られた文化遺産を今に伝える歴史ロマンが漂う、緑豊かな田園都市です。大阪府境には金剛山・葛城山が岬峰を連ね、それらは四季折々の変化を見せ、特に葛城山頂一帯に広がるツツジは圧巻で、「ひと目百万本」とも言われ、多くの人が山頂をめがけてお越しくださいます。県庁所在地の奈良市や大阪市内までは、鉄道・自動車ともに1時間以内で到達する便利な立地ではありますが、近年の少子高齢化の進行は著しく、また国保加入率が非常に高い自治体であります。

《背景・ねらい》

本市の人口は減少の一途をたどり、少子化の影響もあり、平成27年度の人口減少率（前年度比）は1.9%に達している。同時に、国保被保険者数も減少するなか加入者に占める高齢者の割合は年々増加し、1人あたり医療費も増加傾向が続いている。

特定健診実施率は、奈良県平均よりは高く推移しているが、生活習慣病関連医療費は奈良県平均よりも高く、生活習慣病での受診率も40歳代、50歳代から増加しており、比較的若い世代に対する生活習慣病対策が重要となっていた。

そこで、特定健診・特定保健指導のさらなる推進とともに、生活習慣病発症予防および重症化予防の必要性があり、医療費データ・健診データ等の分析に基づく効果的な保健事業を実施し、もって医療費適正化に資するため、「御所市データヘルス計画（第1期）」（以下「データヘルス計画」という。）を策定するに至った。

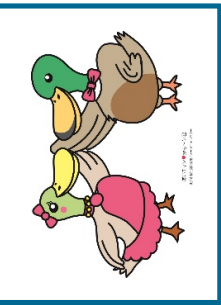
《計画策定の体制》

「データヘルス計画」は、本市の最上位計画である「御所市総合計画」を根幹とし、「特定健診等実施計画」と連携して、他の計画とも調和を保ちながら策定することを基本とした。策定は、国保部門（保険課）の保健師、事務職で担当し、併せて外部事業者への業務委託を行った。策定過程では、「健康増進計画」や「介護保険事業計画」との整合性、連携を図る必要があることから、衛生部門（健康推進課）と介護部門（高齢対策課）を交えた庁内調整会議を開催し、県保健所や国保連、支援・評価委員会にも参画を仰ぎながら助言を得た。

会議では、分析結果の検討から本市の特徴を抽出し、取り組むべき課題、それに対応する各部門（各課）既存事業の確認と新規事業の検討、目標設定等について検討を重ねた。

《特徴・気付き》

生活習慣病の発症予防・重症化予防には、自覚症状がない高リスク者をいかに洗い出すかが重要であり、特定健診実施率向上を目指して、未受診者への電話及び訪問による受診勧奨の取組強化に重点を置いた。また、特定保健指導対象外の生活習慣病罹患者が多くことから、集団特定健診実施時、受診者全員に保健指導（健康相談）を行うこととした。さらに、特定保健指導実施率の向上にも力を入れ、要指導者に対しては、指導終了後にも継続して取り組める保健指導を目指した。併せて、生活習慣病に密接な関連のある喫煙や飲酒、減塩、歯周疾患に対する各対策についても、衛生・介護の各部門の事業との連携強化を図ることとした。なお、支援・評価委員会からは、計画策定にかかる国保・衛生・介護の各部門の庁内連携体制について、評価を受けた。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 「高血圧」「糖尿病」「脂質異常症」「脳梗塞」「がん」「筋骨格系」などの生活習慣病の受診率が県と比べて高く、40歳代・50歳代から増加している
- CKD、虚血性心疾患、脳血管疾患があわせ持つ疾患として「高血圧症」が最も多い
- 新規の人口透析導入者は、55歳から65歳の年度途中での国保加入者（退職者等）が多い
- 歯科受診率・医療費が高い
- 「肺がん」「胃がん」の標準化死亡率が高く、女性では「全がん」で国・県より高い

課題を踏まえ設定した目標

- 医療費適正化対策による医療費の伸びの抑制
- 生活習慣病の発症予防と重症化予防
- がん予防と早期発見・治療
- 介護認定者につながる生活習慣病等の発症・重症化予防

目標達成のために選択した事業

- 医療費適正化対策（後発医薬品促進通知、糖尿病等起因歯科健康診査の定員増ほか）
- 特定健診未受診者に受診勧奨を行う。夜間電話勧奨及び休日の訪問による受診勧奨（特に40歳代の受診勧奨に力を入れる）
- 生活習慣病予防対策
高血圧症に重点を置いた予防教室（減塩食試食など）。レポート情報を活用した電話及び訪問による健康相談及び保健指導（40歳代）。集団特定健診実施時に受診者全員を対象に保健指導の実施。55歳から65歳までの退職等年度途中国保加入者へ特定健診受診勧奨案内と受診券の送付を実施。

Do

目標達成のための事業実施

- 各事業内容・スケジュール、事業実施・進捗状況の調整と確認（委託事業・直営事業）のため、調整会議およびカンファレンスの実施
- テータヘルス計画推進連携会議の開催し、衛生部門・介護部門との連携による事業の推進
- 「健康づくり推進員」（自治会から選出の市民）（衛生部門担当）対象の研修会を実施し、啓発と事業への協力依頼

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 対策事業について、各担当部門が自己評価を行ったあと、庁内会議での確認を行い、その後、支援・評価委員会における助言を受け、庁内会議で再度情報共有を図る。それを踏まえ、「データヘルス計画」の評価と内容見直しを行うこととしている。

Action

事業を 実施して の改善点

- 55歳から65歳の退職等年度途中国保加入者へ次年度はレポート情報を活用した専門職による電話及び訪問健康相談及び保健指導を行う。
- 糖尿病等起因歯科健康診査が、定員超過となったため、歯科医師会と調整し、定員拡大に努める。
- 集団特定健診受診者を対象に、前年度までの健診履歴を基に、生活習慣病境界域以上の人に対して医療受診勧奨及び生活習慣改善指導を次年度も継続して実施する。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画では、医療費適正化に向けて特定健診実施率向上対策及び受診者の生活習慣病発症予防、重症化予防を中心とすすめている。第2期では、第1期の更なる推進と低減している特定保健指導実施率の向上対策を重点的に行い、生活習慣病発症予防に努めていきたい。また、国保加入者が健康づくりを推進するために、ヘルスケアポイント制度等インセンティブ事業導入に向けて、検討していきたい。

特定健康診査受診率 (単位：%)

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	40～74歳
男性	16.9	16.3	20.4	26.0	26.0	26.0	42.5	31.6%
女性	12.9	16.0	23.9	29.4	32.5	41.5	41.7	26.6%
全体	14.5	17.9	19.7	24.5	33.4	40.4	42.5	33.7%
奈良県	13.9	14.2	17.2	21.8	29.8	34.6	36.9	29.4%

※※-1 番高い値 ※-2 番目に高い値

動機付け支援率 (単位：%)

	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	40～74歳
男性	20.0	0.0	27.3	26.0	30.0	30.0	50.9	51.1
女性	50.0	50.0	39.3	50.0	39.3	50.0	54.2	18.8
全体	29.6	30.8	30.8	40.0	50.0	50.0	51.9	42.9
積極的支援率	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	
男性	15.4	16.7	26.0	33.3	62.3	0.0	60.0	
女性	-	0.0	50.0	0.0	60.0	0.0	70.5	
全体	15.4	15.4	39.0	29.6	60.0	0.0	70.5	

※※-1 番高い値 ※-2 番目に高い値 ※※-1 は対象外 ※-2 は対象外 ※-3 は対象外 ※-4 は対象外 ※-5 は対象外 ※-6 は対象外 ※-7 は対象外 ※-8 は対象外 ※-9 は対象外 ※-10 は対象外 ※-11 は対象外 ※-12 は対象外 ※-13 は対象外 ※-14 は対象外 ※-15 は対象外 ※-16 は対象外 ※-17 は対象外 ※-18 は対象外 ※-19 は対象外 ※-20 は対象外 ※-21 は対象外 ※-22 は対象外 ※-23 は対象外 ※-24 は対象外 ※-25 は対象外 ※-26 は対象外 ※-27 は対象外 ※-28 は対象外 ※-29 は対象外 ※-30 は対象外 ※-31 は対象外 ※-32 は対象外 ※-33 は対象外 ※-34 は対象外 ※-35 は対象外 ※-36 は対象外 ※-37 は対象外 ※-38 は対象外 ※-39 は対象外 ※-40 は対象外 ※-41 は対象外 ※-42 は対象外 ※-43 は対象外 ※-44 は対象外 ※-45 は対象外 ※-46 は対象外 ※-47 は対象外 ※-48 は対象外 ※-49 は対象外 ※-50 は対象外 ※-51 は対象外 ※-52 は対象外 ※-53 は対象外 ※-54 は対象外 ※-55 は対象外 ※-56 は対象外 ※-57 は対象外 ※-58 は対象外 ※-59 は対象外 ※-60 は対象外 ※-61 は対象外 ※-62 は対象外 ※-63 は対象外 ※-64 は対象外 ※-65 は対象外 ※-66 は対象外 ※-67 は対象外 ※-68 は対象外 ※-69 は対象外 ※-70 は対象外 ※-71 は対象外 ※-72 は対象外 ※-73 は対象外 ※-74 は対象外 ※-75 は対象外 ※-76 は対象外 ※-77 は対象外 ※-78 は対象外 ※-79 は対象外 ※-80 は対象外 ※-81 は対象外 ※-82 は対象外 ※-83 は対象外 ※-84 は対象外 ※-85 は対象外 ※-86 は対象外 ※-87 は対象外 ※-88 は対象外 ※-89 は対象外 ※-90 は対象外 ※-91 は対象外 ※-92 は対象外 ※-93 は対象外 ※-94 は対象外 ※-95 は対象外 ※-96 は対象外 ※-97 は対象外 ※-98 は対象外 ※-99 は対象外 ※-100 は対象外

資料：奈良県国民健康保険団体連合会
基礎報告（平成25年度）

和歌山県紀の川市（きのかわし）

- 合併後初めて、地区別・年代別にデータを分析することにより課題が明確になり、庁内外の関係機関との連携推進を図る

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	65,423	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	25.9	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	19,334	人
特定健診実施率 ※平成27年度	34.4	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	9.7	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	354,196	円

紀の川市は、平成17年11月、県北部を流れる紀の川流域の5町が合併し誕生した。主要産業である農業では、特に柿、キウイ、八朔、みかん、イチゴといった果物の栽培が盛んで、フルーツ王国であると自負している。公共交通機関は、鉄道2路線、市内を循環するコミュニティバスが運行されているが、運行本数も多くなく、日常生活では自家用車を利用する人が大半である。医療機関は、公立の総合病院が1箇所、市内各所から公共交通機関や自家用車を利用して通院できる環境が整っている。また、市南部山間地域にある鞆洲地区には国保直営診療所が設置されており、さらに南部である細野地区では、前述の診療所医師により週1回集会所を利用した出張診療を実施、また、診療に向くことのできない人のための往診も行っている。

《背景・ねらい》

平成17年の合併後10年が経過したが、市民のライフスタイルや自身の健康への関心度については、旧町により違いが見受けられる。一方、これまで、特定健診や各種検診に関する結果について、旧町ごとのデータを詳細に分析したことがなかったため、健康状態や医療費適正化に向けた具体的な課題が不透明であった。現状把握と生活習慣病関連の医療費適正化を推進するための具体策を示し、より効果的、効率的な保健事業を推進していくことが必要であることから、本計画の策定に至った。

《計画策定の体制》

国保年金課の事務職1人が主担当となり、国保年金課事務職1人、健康推進課保健師2人及び管理栄養士（国保年金課併任）1人で策定作業グループを結成し、外部委託事業者から提出される各種分析資料を基に、計画策定作業を進めた。計画策定の過程で行った現状分析の結果については、国保年金課並びに健康推進課の管理職（部長、次長級ほか）及び担当者が参加する庁内ワーキングに諮り、市の現状の確認、最重要課題の抽出を行い、今後の保健事業の方向性を検討した上で、具体的に取り組む事業の選定や数値目標の設定を行った。

また、計画策定前には、地元医師会に対し、計画書策定の趣旨を説明、計画策定中には、今後実施していく保健事業の方向性について意見を伺った。

《特徴・気付き》

地区（旧町）別、年代別の分析に重点を置き、グラフを多用した、視覚的にわかりやすい計画書作りを心がけた。分析の中で明らかになった複数の課題から、実現可能な優先事業を絞り込み、計画書に掲載した。地区別や年代別に特化して分析を実施したことで、保健事業の詳細な実施方法が明確化された。（受診勧奨対象者の特定等ターゲットの明確化）

庁内の複数部署のさまざまな立場の者で検討することの大切さを改めて感じた。



紀の川がぶる娘



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

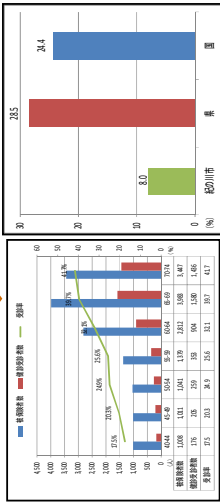
- 平成26年度健診未受診者9,868人中、生活習慣病の治療歴がない者が4,566人と半数以上の健康状態を把握できていないのが現状である。なお、40歳代、50歳代の若年者及び旧5町内で真志川地区の受診率が低い。
- 特定保健指導実施率が県平均よりかなり低く、未利用者の利用動機方法の見直しが必要である。
- 特に男女とも50歳代以上からHbA1cが5.6以上の者が増加傾向。生活習慣病関連で医療機関に受療していない糖尿病ハイリスク者に対し、受療動機が必要である。

課題を踏まえ設定した目標

- 特定健診受診率
平成28年度37%
平成29年度40%
- 特定保健指導実施率
平成28年度20%
平成29年度30%
- 人工透析を増加させないため受療動機対象者の受診率を平成29年度に30%

目標達成のために選択した事業

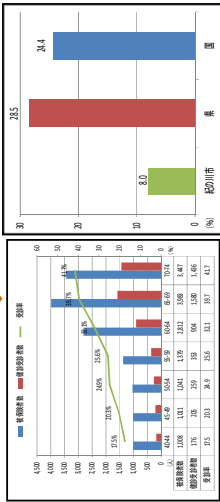
- 40歳代、50歳代の受診率向上、特定健診未受診者かつ生活習慣病未治療者への受診動機
- 特定保健指導の周知徹底、特定保健指導未利用者への利用動機強化、実施体制見直し
- 重症化予防のため受療動機対象者の抽出及び対象者個人へのダイレクトメール等による受療動機実施



Do

目標達成のための事業実施

- ポスターを作成し、市内の特定健診協力医療機関及び関係団体等に配布。
- 特定健診未受診かつ未治療で健康状態が把握できていない人、若年者及び受診率の低い地区の人にターゲットを絞り受診動機。
- 経験の豊富な業者が委託し、保健指導案内の通知及び電話による利用動機の実施。
- また、比較的若年者が多い地区において休日、夜間にも教室に講演会を実施し、生活習慣病重症化予防事業について、HbA1c 6.5以上の人を対象に講演会を実施し、また、医療機関未受診者を抽出し、受療動機の案内通知や電話動機を実施した。



Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 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国保年金課と健康推進課で自己評価を行い、国保連合会の支援・評価委員会の助言を受ける。
- 個別保健事業については、それぞれ、アウトプット、アウトカム指標を定め、毎年度計画に掲げた目標達成状況の評価を国保年金課と健康推進課で共同で行い、必要に応じて見直しを行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- 受療動機対象者の優先順位のつけ方を変更する。
- アンケート等を実施し、被保険者の意向を反映させた動機内容を工夫する。
- 特定保健指導未利用者動機について、地域性に応じた動機を行うため、委託ではなく、直営で動機を行う工夫をする。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期計画では、高額医療になる病名等の分析ができたため、第2期計画においては、高額医療が発生する可能性のある病気になること及び重症化を防ぐことができ、医療費適正化がより一層推進される事業を検討する必要があります。その実現のために、医療機関との協力連携をさらに深める体制づくりに取り組む必要があると考える。第2期計画策定では、個別保健事業の評価を同時に実施するため、庁内ワーキングの機会を第1期計画以上に増やす必要がある。

鳥取県鳥取市（とっとりし）

■ 庁内組織の体制を強化し、横断的な分析と評価の実施

《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	191,152	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	26.8	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	41,692	人
特定健診実施率 ※平成27年度	32.85	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	42.32	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	366,650	円

▼ 本市は、平成17年に特例市へと移行し、県都として山陰東部圏域の政治・経済・文化の中心として発展し、現在は、平成30年の中核市移行に向け保健所設置や権限移譲等の準備を進めている。

▼ 全国で唯一スターバックスコーヒーが進出していない県（「スナバ」がある県）であったが、平成27年にこの鳥取市に本店を果たすとともに、コーヒー消費量が全国で2位にランクインした。さらには、カレールウ消費量が全国第1位と、コーヒー・カレールウ消費量としても躍進している。（軽自動車普及率が全国第2位の県の県都でもある。）これが保健事業展開のヒントになるかも!?

《背景・ねらい》

近年の医療の高度化や急速な高齢化等によって、総医療費・1人当たり医療費とも右肩上がりであり、国保運営の基本方針3本柱として本市が定める「①保険料収納率の確保・向上対策、②医療費の適正化対策、③保健事業の充実」のより一層の取り組みが求められている。その中で、予防医療・給付審査体制の強化とともに特定健診・特定保健指導等の保健事業の一層の推進を図るため、国保を所管する保険年金課内に「医療費適正化推進室」と「健診推進室」が設置され、当該部署等が中心となってデータヘルス計画の策定に臨んだ。医療費分析においては、やはり高血圧や糖尿病等の生活習慣病の患者数や医療費が目立ち、重症化予防のみならず「一次予防の強化」等の課題が明らかとなった。

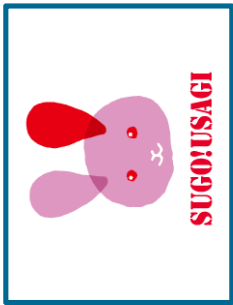
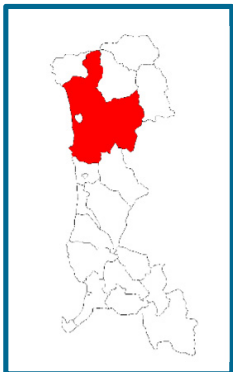
被保険者の生涯にわたる健康づくりの促進を図るとともに国保財政等の安定化を図るため、第2期国保特定健診等実施計画や1次予防重視をテーマの1つに掲げる健康づくり計画、さらには第9・第10次鳥取市総合計画との連動性を意識した効果的かつ効率的な保健事業等を積極的に展開する。

《計画策定の体制》

(1) レポートデータをもとに医療費のポテンシャル分析を外部委託により実施した。(2) 生活習慣病の一次予防及び重症化予防を目的として保健、医療、福祉等の庁内各部門担当職員で構成された「生活習慣病対策プロジェクトチーム」において、医療費分析の結果をもとに、課題抽出、目的・目標設定、事業提案等を行い、計画の基礎を組み立てた。(3) 事業の質を向上させるため、必要に応じて医師会や市立病院等の医療関係機関の助言を仰ぐとともに事業連携を行うなど、関係強化に努めた。(4) 支援・評価委員会より計画策定の支援を受けるとともに、国保運営協議会に対して計画策定の進捗等の説明を行った。(5) 医療費適正化推進室で取りまとめを行い、計画策定後は、ダイジェスト版を作成して公式サイト等で公開するとともに市議会、支援・評価委員会、国保運営協議会への説明を行った。

《特徴・気付き》

- ▼ 大分類、中分類、細小分類と掘り下げて医療費分析を行い、医療費・患者数・1人あたり医療費を押し上げていく疾患ランクやその要因を探った。
- ▼ 庁内組織の横断的な分析により明らかとなる課題等もあった。
- ▼ 地区別に集計を行うことにより、地域における健康課題の抽出を行った。（糖尿病性腎症重症化予防対象者の多い地域等が明らかとなった。）



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

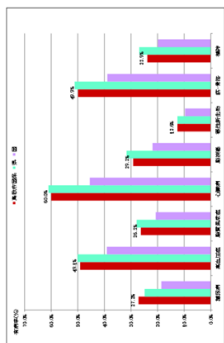
- 特定健診、がん検診の受診率がどちらも3割と、依然として低率である。
- 健診受診者のうち、血糖・血圧・脂質・腎機能検査数値が8リスクで未治療の人が多い。
- 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者数が多く、重症化予防のみならず一次予防の強化が必要である。(要支援・要介護者の増加率の低減を図るためには若い世代からの動脈硬化等を防ぐための対策が必要である。)
- 後発医薬品の利用促進は、医療費抑制に効果的である。

課題を踏まえ設定した目標

- 特定健診、がん検診受診率50～60%台をめざす。
- 「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」を重点3疾病と位置付け、セルフコントロールできる患者を増やす。
- 生活習慣病の医療費支出額を現状以下に抑制する。
- 後発医薬品切替率を60%台まで上昇させる。

目標達成のために選択した事業

- 糖尿病性腎症重症化予防・高血圧症対策・脂質異常症重症化予防に取り組む(段階的に)。
- 生活習慣病予防(COPDを含む)及び後発医薬品利用促進の啓発活動を強化する。
- その他、健診未受診者や治療中断者への受診勧奨や訪問指導の事業等にも積極的に取り組む。



要介護認定者の疾病別有病状況

Do

目標達成のための事業実施

- 平成26年度より糖尿病性腎症重症化予防事業(外部委託)を開始し、翌年には当該事業終了者を対象としたフォローアップ事業(直営)もセット事業として展開した。
- 血糖値、HbA1c、肺年齢の無料測定会を通じて、健診の必要性や高値の者への保健指導・受診勧奨を行った(協力:鳥取市立病院、県臨床検査技師会)。また、市報での「シリーズ/将来の医療を考えよう」等の広報や地域等に出向いての出前講座の提供により、生活習慣病予防や後発医薬品利用促進(協力:具薬剤師会)に関する啓発を行った。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 庁内組織(生活習慣病対策プロジェクトチーム)を第1の調整機関として、関係部署が連携して全体及び個別保健事業の評価及び計画の見直しを行い、その過程で支援・評価委員会へ助言・支援を求め、また、必要に応じて、国保運営協議会へも報告し、評価を受けることとしている。(医療費適正化推進室が招集・提案・各種照会・編集作業等を行う。)

Action

事業を 実施して の改善点

- 糖尿病性腎症重症化予防事業は、年々、参加者の確保が難しくなるため、案内や勧奨時期等について改善を図る。
- 街頭啓発は、過去の事業実績を参考に対象者のグルーピング化を行った上で、啓発場所等の選定を行い、効率的・効果的な啓発に繋げる。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期対策の評価をベースにし、第3期国保特定健診等実施計画及び地域包括ケアとの運動性や保険者努力支援制度の導入を意識し、さらには、近年、超高額医薬品が相次いで開発され、本市でも「バルビデ」や「ハーボニー」などの使用により、肝炎治療における薬剤費が対前年比約8倍となっているが、一時的な医療費の増加と治癒による医療費の減少効果にも注視しながら、幅広く2期対策に取り組んでいきたい。

島根県松江市（まっえし）

■ 一人当たりの医療費対策を検討し、評価指標を明確化

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	204,247	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	28.1	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	39,944	人
特定健診実施率 ※平成27年度	45.6	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	36.9	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	412,304	円

本市は、宍道湖・中海・堀川などの多様な水域に恵まれ、水の都松江として山陰のほぼ中央に位置している。県庁所在地であり、観光都市としても発展しており、物的・人的交流が多くなっている。国民健康保険被保険者は、65歳から74歳の人口に占める加入者の割合が高く、市の産業構造は、就業者の約73%が第3次産業に従事している。病院、診療所ともに施設・病床数は充実し、医療体制が整っている。平成22年に「健康都市まつえ宣言」を行い、市民、事業所、地域、行政が連携を図りながら健康づくりに取り組んでいる。

《背景・ねらい》

本市の特定健診受診率は年々上昇しており、県全体より高いものの国の目標値より低い状況である。国民健康保険被保険者の割合は年々減少傾向だが、高齢化に伴い国保被保険者に占める高齢者の割合は上昇することが予想されている。国保総医療費約150億円は近年横ばいで推移しているが、一人あたりの医療費は増加しており、生活習慣病に関わる医療費が総医療費の21.2%を占めていることから、保健事業によって医療費の適正化を図ることができると考える。

データヘルス計画と他の関連する計画（特定健康診査等実施計画、健康増進計画）との位置づけを明確にし、共通の考え方として健康寿命の延伸及び健康格差縮小に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図りつつ、医療費適正化に取り組んでいく計画とする。

《計画策定の体制》

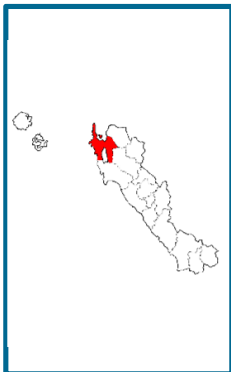
保健衛生担当部署の保健師1名と事務職1名が主な担当者として、国保担当部署と連携を取りながら計画策定に取り組んだ。策定に当たっては、庁内ワーキンググループを設置し、保健衛生、国保担当部署以外にアドバイザーとして専門的知識を有する者、保健事業支援・評価委員や国保連合会の方々に参加いただいた。医療費分析等において外部委託事業者に委託を行うことで、健診結果及び医療費の集計・分析の結果から国保被保険者の健康問題の特徴を分析し、庁内ワーキンググループにて、疾病ごとの医療費や患者数、治療・受療歴などから優先的な課題を抽出し、データヘルス計画の策定に至った。また、庁内関係課職員に対して、データヘルス計画研修会を開催し、アドバイザーの講演やデータヘルス計画策定の進捗状況、医療費分析状況等について共通認識を図る機会を持った。

《特徴・気付き》

6年間分の健診結果と3年間分の医療費の集計・分析の結果から明らかになった健康課題を解決するため、取り組む保健事業の方針を定めた。また、それぞれの方針に応じた目標値を設定し、保健事業による医療費効果算出している。データヘルス計画書を作成する上で、分かりやすい構成と見やすさを工夫した。



松江市特定健診キャラクター
メタボットくん

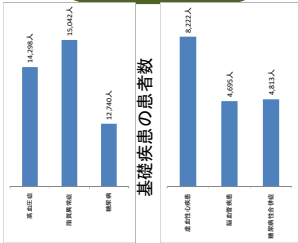
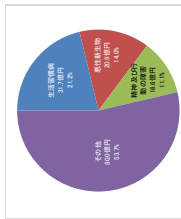


データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 国総医療費に占める生活習慣病医療費は最も高く、全体の21.2%を占めている。生活習慣病医療費のうち高血圧症が最も高く、次いで脳血管疾患となっている。患者数は脂質異常症が最も人数が多く、次いで高血圧症、糖尿病、虚血性心疾患となっている。
- 特定健診受診率は、男性が低く、40歳代・50歳代の若い世代が低くなっている。
- 特定保健指導対象者や特定健診結果要治療者では、高血圧と脂質異常の2因子を保有する人が多い。



重症化の患者数

課題を踏まえ設定した目標

- 健康寿命の延伸。
- 重症化疾患の新規患者数を削減。目標値は、平成29年度404人削減。
- 重症化疾患の医療費を抑制。目標値は、10年後5億600万円抑制。

目標達成のために選択した事業

- 対象者の特性に応じた効果的な受診勧奨を実施。
- 高血圧と脂質異常の2因子を保有する人に受診勧奨を実施する。
- 特定保健指導の新規対象者を優先的に利用勧奨。
- 腎症重症化予防で専門医への受診勧奨や保健指導実施。

Do

目標達成のための事業実施

- 休日健診や健診実施期間終了後に追加健診の機会を設けて受診勧奨を行った。前年度の健診受診有無や年齢に応じた受診勧奨通知を行った。地区担当保健師による未受診者訪問や医療機関訪問を実施。
- 特定保健指導の新規対象者を重点に地区担当保健師による特定保健指導の利用勧奨や指導を実施。
- 糖尿病性腎症保健指導事業の体制を構築し、対象者に利用勧奨や指導を実施。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 保健事業支援・評価委員会による評価を受けるとともに、市医師会、保健所長で構成される健診等検討会議にて実施状況等を報告し助言を受ける。特定健診、保健事業等について評価・分析するための専門部会を設置する。
- それぞれの保健事業において、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム評価を衛生部門担当部署にて評価を行い、国担当部署と共有する。

Action

事業を 実施して の改善点

- 受診勧奨通知の効果的な方法を検討し、見直しを行った。対象者の年齢構成や健診履歴等から勧奨内容を変更した。
- 腎症重症化予防の保健指導利用者が少ないため、勧奨方法を検討する必要がある。

《第2期データヘルス計画に向けて》

平成27年度に第1期データヘルス計画を策定したが、実際に計画に基づいて保健事業を展開するのは主に次年度からとなっていた。第2期データヘルス計画に向けて、第1期計画の実施評価や現状分析を踏まえて、保健事業の改善や新規に取り組む必要がある事業の実施を検討したい。

広島県竹原市（たけはらし）

- 生活習慣病対策を効果的に実施するため、衛生部門と連携し、健康づくりの視点を導入

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	26,999	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	37.59	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	7,100	人
特定健診実施率 ※平成27年度	32.8	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	20.6	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	443,209	円

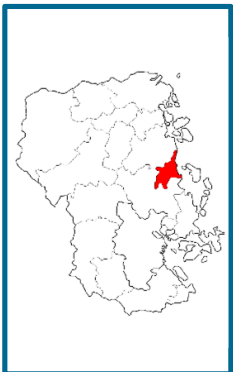
瀬戸内海沿岸部の中央に位置し、美しい海と緑豊かな自然に恵まれている。

人口は、減少傾向にあり少子高齢化が進んでいる。

就業状況を見ると第3次産業と第2次産業が中心である。

市内の国保被保険者千人あたりの医療機関数は、県・国と比べて高く比較的医療が受けやすい状況にある。

福祉バス等の運行はあるが、通院や買い物物の交通手段は、自家用車を利用する人が多い。



《背景・ねらい》

本市の1人あたりの医療費は、入院、外来とともに県、国と比べて高い。外来では糖尿病や高血圧などの生活習慣病が上位を占めており、脳血管疾患や虚血性心疾患などの循環器疾患の医療費を増大させる要因と考えられ、被保険者のQOL（生活の質）の維持向上及び医療費の適正化のためには、生活習慣病対策が大きな課題となっている。

保健衛生担当部署との連携を密にしてデータヘルス計画の策定作業を行い、「健康たけはらし21計画」と整合性のある計画にすることで、生活習慣病対策を効果的に実施できると考え取り組んだ。

《計画策定の体制》

国保担当部署の保健師1人が主担当となり、国保担当部署の事務職と保健衛生担当部署の保健師と一緒に計画策定作業を行った。

保健事業支援・評価委員会の支援を受け、国保担当部署、保健衛生担当部署それぞれがデータヘルス計画策定支援ワークシートを使用し、リスク状況に応じて健康課題を抽出し、既存の事業と今後実施が必要な対策とに分けて整理を行い、それを基に協議して計画を策定した。

ワークシートでの課題抽出時や計画の素案段階で、ヒアリングやグループ会議を通して保健事業支援・評価委員会から助言があり、計画の方向性を確認でき、とても参考になった。

《特徴・気付き》

保健事業支援・評価委員会の助言や保健衛生担当部署と連携を図ることにより、ポピュレーションアプローチの重要性を再認識することができ、事業の優先順位を整理した。このことにより、国保被保険者のみを対象とした事業に特化した内容から、市の保健衛生担当部署等の健康づくり事業を含めた内容に見直すことができた。

保健衛生担当部署と連携を図ることで、事業の共有ができてきた。評価時には、上位計画である健康たけはらし21計画（平成20年3月策定）で実施するアンケート調査を活用するなど一体的に推進する体制づくりに努めている。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

- 生活習慣病の医療費に占める割合が高く、生活習慣の改善が必要であり若年層への取組が必要である。
- 特定健診結果で生活習慣病の有所見者割合が高く重症化させない取組が必要である。
- 特定健診結果で未治療率が高く、適切な医療行動につなぐ取組が必要である。
- 生活習慣病を要因とした人工透析の導入が多く、重症化を防ぐ取組が必要である。
- 特定健診受診率に地域差等があり、ターゲットを絞った取組が必要である。

課題を踏まえ設定した目標

- 食生活習慣を改善する。
- 生活習慣を改善する。
- 特定健診の受診率を上げる。
- 特定保健指導の実施率を上げる。
- 特定健診の有所見の割合を下げる。
- 有所見者の未治療率を下げる。
- 糖尿病性腎症により、透析に移行させない。

目標達成のために選択した事業

- 健康教育・健康相談
- 出前講座
- 啓発活動(食育・運動・イベント)
- 食生活推進員による地域活動
- 特定健診・特定保健指導
- 生活習慣病講座
- がん検診・人間ドック
- 特定健診後要治療者への受診勧奨
- 糖尿病等重症化予防事業

Do

目標達成のための事業実施

- 生活習慣病の発症予防は、若年層への取り組みが重要であるが、国保の被保険者のみでなく、保健衛生部署と連携してポピュレーションアプローチにより事業を実施している。
- 庁内の連携を図りながら事業実施するため、年度当初及び次年度計画時期など機会を捉えて、関係部署（保健衛生担当部署・国保担当部署）とで打ち合わせ会議を実施している。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 担当部署を計画に明記することにより、主体性をもって実施及び評価を行う。
- 保健衛生担当部署と事業の改善点等の意見交換を行いながら、事業実施していく。
- 平成29年度に進捗状況等の事業評価を行うこととしている。計画策定時に評価シートを作成しており、策定時と同じ指標で評価できるようにした。

Action

事業を 実施して の改善点

- 母子保健事業を活用して生活習慣病の啓発活動を行う。
- 保健衛生担当部署が使用しているがん検診精密検査依頼書を、精密検査受診率が低い国保の要精密者へ使用して、受診状況を確認し、要精密検査者の受診勧奨を行う。

《第2期データヘルス計画に向けて》

今回の計画では、評価までの期間が短いこともあり、現状維持から改善方向にすることを目標としたが、第2期計画では、保健衛生担当部署と協議しながら具体的な目標数値を設定して取り組んでいきたい。
また、生活習慣病など疾病そのものの対策は最重要課題であるが、医療費の適正化のための事業（後発医薬品差額通知等）も整理したデータヘルス計画としたい。

福岡県北九州市（きたきゅうしゅうし）

■ 脳血管疾患対策を最優先課題とした生活習慣病に着目した計画策定

《基本情報》データヘルス計画：平成27年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	954,691	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	25.4	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	236,946	人
特定健診実施率 ※平成27年度	35.6	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	28.7	%
被保険者1人当たりの医療費 ※平成27年度	399,708	円

本市は昭和28年に5市対等合併し、7つの行政区から成り立っている。重化学工業都市として発展し、物流拠点としても好立地の都市である。したがって、公共交通機関が発達しており、市内の大規模商業施設などに近隣の市町村から来訪者も多い。また、病院数、診療所数、医師数が多く、医療資源が豊富である。全国平均よりも早く高齢化が進んでおり、政令指定都市の中でも高齢化率が一番高い。国保1人当たりの医療費は政令指定都市の中で2番目に高いが、1人当たりの保険料は1番低くなっている。

《背景・ねらい》

本市はこれまで、レセプトや統計資料等を活用し「第二期特定健診等実施計画」を策定し、保健事業を実施してきた。今後はさらなる被保険者の健康保持増進に努めるため、被保険者のリスクに応じてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防までも網羅的に保健事業を進めていくことが求められている。そこで、データヘルス計画を策定することで、PDCAサイクルに沿った生活習慣病対策や、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組について、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業の実施を目指す。

また、データヘルス計画はすでに策定されている「北九州市健康づくり推進プラン」「第二期特定健診等実施計画」の面計画と整合性を持ちながら策定している。

《計画策定の体制》

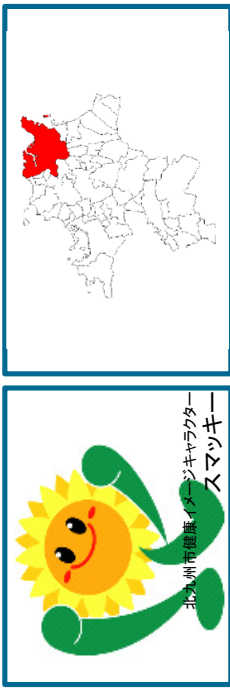
本庁の保健福祉局国保健診係の保健師・栄養士が主担当となり、国民健康保険担当課や健康教育企画部門と協議し、計画策定業務を進めた。

計画策定の過程で行った現状分析の結果や保健事業の内容については、支援・評価委員会及び国保連合会、外部アドバイザー等の助言を受けながら内容を検討した。

また、重点課題や具体的な保健事業について、保健事業の実施主体となる区役所保健福祉課や市医師会に報告し健康課題の共有を図るとともに、実施可能な保健事業について意見を募り計画を作成した。

《特徴・気付き》

優先課題は何かということでも本市のデータを振り返った。そこで介護保険認定率が政令市平均と比べて高いこと、また、2号被保険者の認定率も高いこと、その背景には脳卒中があることがみえてきた。また、医療状況からは、医療費が政令市2位であり、他の政令市と比べて医療費に占める入院費の割合が高いこと、長期入院につながる疾患で予防可能なものを見ると、脳血管疾患が多くを占めていた。特定健診の状況からは、血圧の有所見者割合が高いこともわかっていく。以上から、データヘルス計画では脳血管疾患を予防するための対策を最優先課題と捉え、計画を策定した。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

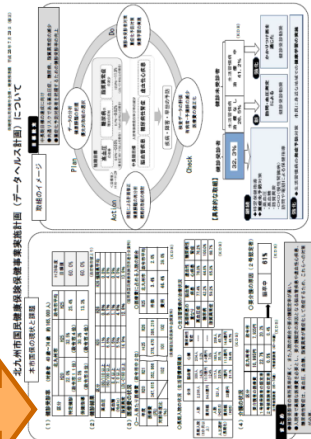
- 特定健診の受診者は4割弱である。生活習慣病・重症化予防の対象者を把握するために受診率向上が必要である。
- メタボリックシンドロームの該当者・予備群ともに多く、特定保健指導実施率の向上が必要である。
- 健診受診者の有所見率が高く、入院の割合や要介護認定率が高い。要介護認定の原因となる脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症予防・重症化予防のために、早期に生活習慣改善できるよう保健指導を行う重症化予防対策が必要である。

課題を踏まえ設定した目標

- 中長期目標：入院等医療費の伸び率の減少。(脳血管疾患、糖尿病性腎症、虚血性心疾患)
- 短期目標：特定健診受診率の向上。特定保健指導の実施率の向上。高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の減少。年間新規透析導入患者数の減少。

目標達成のために選択した事業

- 特定健診未受診者対策
- 特定保健指導実施率の向上
- 特定保健指導非対象者への保健指導(心房細動有所見者へのCKD予防連携システムを活用した腎機能低下予防対策)
- 健康教育等で住民や専門職への心房細動について普及・啓発



Do

目標達成のための事業実施

- 健診受診勧奨：専門職やコールセンターからの電話勧奨、ハガキ送付、かかりつけ医からの勧奨、ボランティア団体への協力依頼、広報などの他に、H27年度より専門職による個別訪問による勧奨（訪問時に血圧測定実施）
- 特定保健指導：委託先である市医師会等関係機関へデータを提供し課題を共有したり、保健指導実施者向けの研修を企画し保健指導力向上を図っている。
- 重症化予防：特定保健指導の対象でなくとも心電図、血圧、血糖、脂質、腎機能の検査結果により優先順位をつけて訪問指導及び電話指導を実施している。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 上記事業について、プロセス、ストラクチャー、アウトプット（受診勧奨できた者の人数、受診未承諾の理由、健診受診につなげた人数、保健指導者数）、アウトカム（健診受診した者の健診結果、保健指導実施者の次年度健診結果等）について毎年度、計画策定している担当部署で自己評価し保健事業の主担当である区役所や市医師会などに報告し、課題や見直しについて情報共有する。また、国保運営協議会にて保健事業等の報告をしている。

Action

事業を 実施して の改善点

- 特定健診未受診かつ医療機関未受診者への専門職の訪問による特定健診受診勧奨を強化した。
- 特定保健指導実施医療機関の追加登録及び特定保健指導未利用者対策の検討。
- 心原性脳塞栓症予防対策。(心房細動への取り組み)

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画は、本市の医療費適正化や生活習慣病の予防及び重症化予防に取り組み計画とし、上記の目標に向けて特に介護、医療双方に影響がある脳血管疾患の減少を優先課題とした。第2期においても、引き続き生活習慣病の予防及び重症化予防に取り組み、脳血管疾患への対策に加え国・県が策定する糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じた糖尿病性腎症重症化予防対策を実施していく予定である。

熊本県熊本市（くもとし）

- 生活習慣病重症化予防対策事業を中心に庁内連携を図りながら事業を推進



《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定 《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	732,780	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	24.4	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	177,588	人
特定健診実施率 ※平成27年度	27.4%	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	14.1%	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	305,944	円

歴史や自然に恵まれ、古くから九州の中核をなす拠点都市として発展しており、豊かな自然環境と都市の利便性が調和した、大変暮らしやすい都市である。まちの中心部にそびえる勇壮な熊本城、清らかな地下水と豊かな緑、良質な農水産物など歴史文化と自然の恵みにあふれたまちである。医療機関や高等教育機関、商業施設が高度に集積するなど都市機能が充実した都市でもある。地域では、住民によるコミュニティ活動や校区単位の健康づくり活動、災害時のボランティア活動が行われるなど高い地域力が発揮されている。

《背景・ねらい》

保健事業実施指針に基づき、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、被保険者の健康増進、生活習慣病の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。特に、本市は人工透析患者数が多いことから改善のための対策が必要であった。

計画期間は、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第4条の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」から、具体的には、平成26年度中に保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、医療費適正化計画の第2期（高齢者の医療の確保に関する法律第8条第一項の規定に基づき定める計画）の最終年度である平成29年度までとする。

《計画策定の体制》

国保年金課保健事業班の保健師が主担当となり、班員6名（事務職4名、保健師2名）で分担しながら計画策定作業を行った。課題分析に必要なデータ抽出やデータ加工については、国保連合会の助言を受けながら行った。

計画策定にあたり、局長、市長説明を行った。
国保運営協議会で報告。市ホームページで公表。区役所の地区担当保健師所属課への説明を行った。

《特徴・気付き》

1. 予防可能である生活習慣病重症化予防対策に重点をおいた。
2. 計画を策定したことで、重要課題のひとつである人工透析対策として健診結果にeGFRを表記するなど、CKD対策の推進を図っている。
3. 見た目のわかりやすさ、説明のしやすさから、パワーポイントを用以て作成した。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

【現状】生活習慣病にかかる医療費は全体の35%を占め中でもがん、腎不全、高血圧症、糖尿病が大半を占めている。(図1)
 健診有所見率では、全国と比べ、生活習慣病重症化疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全等)に関連がある血糖とクレアチニンが高い。
 【課題】生活習慣病の重症化 医療費の伸び
 本市は人工透析患者率が高く(図2)、生活習慣病の予防・早期発見・重症化予防が重要である。

課題を踏まえ設定した目標

- 【短期目標】
- 高血圧、糖尿病、尿蛋白陽性者等の減少
- 【中期目標】
- 脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(人工透析)の減少
 - 健康寿命の延伸、健康格差の縮小

目標達成のために選択した事業

- 生活習慣病重症化予防対策事業
 特定健診の結果、高血圧、糖尿病、CKDの未治療者へ国保年金課が受診勧奨。その後も治療が確認できない者へ、区役所保健子ども課による家庭訪問を実施。

図1 健康寿命の現状(平成25年度熊本県国勢調査)

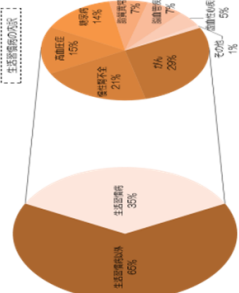
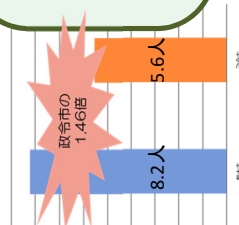


図2 要介護千人当たり30万円以上セブテ人工透析患者数



Do

目標達成のための事業実施

- 対象者基準の明確化。
- 国保ヘルスアップ事業の活用。
- 事業担当の国保年金課と、地域担当の保健子ども課の連携による受診勧奨、訪問指導。
- 進捗管理表の整理。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 国保年金課で対象者のレセプトを確認し受診状況を把握、2年後の健診結果確認で検査データ改善状況を把握するなど、経年でみていく。
- 上記データを5区役所、関係課に報告し意見交換。
- 支援・評価委員会で助言を受ける。
- CKD病診連携プロジェクト会議で報告、専門医から助言を受ける。
- 計画の最終年度であるH29年度に中期目標の指標をもとに評価。

Action

事業を 実施して の改善点

- 事業対象者の抽出基準を、健康づくり推進課や庁内医師とともに検討し見直した。
- CKD重症度分類に応じて、担当する部署を分けて分担することにした。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第3期特定健診実施計画とあわせて評価、改善、策定を行う。これまでの事業の効果検証とともに、熊本地震の影響による動向を注視し、より効果率的、効果的に目標達成に近づくための方策を検討する。

大分県別府市（べっふうし）

- データヘルス計画の策定を通じて、関係各課との連携が図られ『健康寿命延伸会議』作業部会を設置

《基本情報》 データヘルス計画：平成27年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	120,341	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	28.6	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	31,582	人
特定健診実施率 ※平成27年度	44.3	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	17.0	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	388,182	円

日本一の湧出量と源泉数を誇る「国際観光温泉文化都市」であり、基幹産業は豊富な温泉資源をいかした観光産業である。市内には5つの大学及び大学施設が立地し、さらに外国人留学生の人口密度は全国トップクラスであることから、多文化共生の「大学のまち」でもある。また人口千人当たり医師数は全国平均を上回り、医療機関も多数存在し、研究機能を有した施設、高度医療を提供する施設も点在する。



《背景・ねらい》

これまで関係各課において各種保健事業が行われてきたが、各課の効果的な連携が図れていない現状があり、今回の計画策定を通して当市の保健事業の目指す方向性の共通認識及び保健事業における連携を図るきっかけになることを期待した。データヘルス計画は、本市において初めてとなるデータに基づいた分析及び課題抽出であるとともに、市内各課が同じ目標を目指して進んでいく根拠計画であり、今後市の保健事業において重点的に取り組むべき方向性と捉え、非常に重要な計画に位置づけられた。

《計画策定の体制》

県保健所、国保連合会、市内衛生担当部署・介護担当部署、事務局である国保担当部署で委員を構成し、策定委員会を計5回開催した。さらに策定委員会の協議を補完し実施事業等の詳細を協議するため、市内担当課長及び担当者会議を計4回開催した。主たる担当者は、国保担当部署の事務職、保健師、管理栄養士でデータの分析、委員会資料準備、計画書作成に至るまで作業を行った。

《特徴・気付き》

現状分析において性別年齢別疾患別に年間の医療費の状況を分析し、全体医療費の内、生活習慣病等予防可能な疾患においてどの疾患が高額な医療費を要しているのか、又はどの年代から医療費が上がり始めているのか分析を行い、対策を講じるべきターゲットを絞った。また本計画策定を期にこれまで分析出来ていなかった介護の要因疾患について、関係各課が連携し分析を行う事が出来た。今回の計画策定を通して、課題であった関係各課との連携が進んだ様に感じる。また、保健師等の専門職のみならず、事務職と一緒に計画を策定することで、策定における事務面の推進が図れ、各課との調整もスムーズに行えた。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

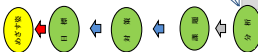
- 高血圧における標準化死亡比は全国に比べ女性が高くなっており、服薬治療者も県及び全国平均を上回り、外来医療費も上位に位置している。また60歳代になると医療受診者が増加する。
- 糖尿病における標準化死亡比は壮年期男性が全国に比べ特になくなっており、服薬治療者も県及び全国平均を上回り、外来医療費も上位に位置している。
- 脳血管疾患は主要死因、入院医療費の上位に位置しており、既往歴を持つ者も県及び全国平均を上回る。また介護認定原因疾患の上位を占めている。
- 慢性腎臓病は医療費の多くを占め、既往歴を持つ者も県及び全国平均を上回る。
- 特定健診受診率は平成24年度以降低下しており、特定保健指導は県平均を下回る。
- 運動習慣がなく朝食を抜く者が県及び全国平均を上回る。

課題を踏まえ設定した目標

- 重症化予防
(特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上)
- 壮年期の死亡率減少
- 要介護状態の回避
- 医療費の適正化

目標達成のために選択した事業

- ①減塩の普及啓発
- ②運動習慣の定着
- ③疾病理解の向上
- ④保健指導の充実
- ⑤特定健診の受診率向上



Do

目標達成のための事業実施

- ①各種健康イベント等での減塩の啓発と減塩料理の普及、cookpad等を活用した情報発信
- ②ウォーキングコースの設置と広報、介護予防体操の普及
- ③市民向け講座等で生活習慣病に関する学習機会の提供、市内医療機関等で実施している健康講座等情報の集約・一元化・広報
- ④国保担当課職員の増員による保健指導体制の充実、関係課連絡会の開催
- ⑤被保険者のニーズに合わせた受診環境の整備、未受診者の詳細分析

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 本計画の事業実施、進捗管理及び事業評価を行い、予算や人員の確保にあたって市内横断的な連携を進めるため、データヘルス計画策定委員会解散後、関係各課による「健康寿命延伸会議」(所管：衛生担当部署)に作業部会を設置する。

Action

事業を 実施して の改善点

- ①CKD市民公開講座で減塩屋台を開催、4種類の減塩食品を売出し好評を博した。
 - ②ウォーキングコースの看板設置について報道に取り上げられ、市民への周知がさらに図られた。
 - ④成人に対する保健指導の拡充に向け協議が進んでいる。
 - ⑤夜間集団健診により、これまでを上回る受診者を確保できた。
- 今後は平成28年度末に全体事業評価を行い、改善点については平成29年度に向けて調整を行う。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期計画では、市全体の分析のみに終っているが、第2期においてはKDB等システムを活用し、市内を地区毎に分析して行きたいと考える。

大分県佐伯市（さいまし）

■ 質的情報をデータで裏づけ、課題やターゲットを明確化した計画

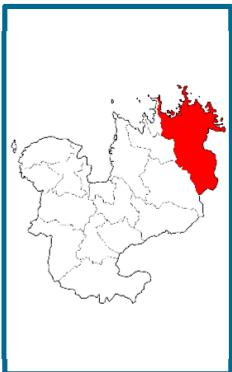
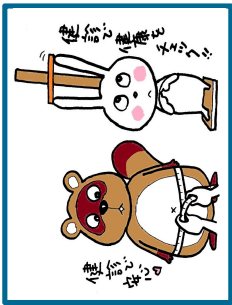
《基本情報》 データヘルス計画：平成26年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	74,594	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	36.2	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	21,380	人
特定健診実施率 ※平成27年度	39.0	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	85.8	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	384,582	円

佐伯市は九州一広い面積をもち、大分県南東部に位置する。海・山・里が揃う自然豊かな地域であり、特に豊後水道に面した豊かな漁場からの新鮮で多様な海産物は有名。人口減少・高齢化が進み、国保加入率は年々減少、被保険者の平均年齢も54.2歳と同規模平均と比べて2歳高い。そのため一人当たり医療費の伸びが近年大きくなっている。

特定健診受診率は、県内18市町村中15位と低迷し、未受診者対策は課題の1つである。特定保健指導を担当する係には、正職保健師4人、臨時保健師・管理栄養士4人の計8人を確保、充実したマンパワーで高率を維持できている。直営での保健指導がほとんどで、対象者の振り分けから実施の進捗管理まで共有できる台帳で管理。効率的に取り組んでいる。



《背景・ねらい》

第2次健康日本21や第2次生涯健康県おおい21に示された基本方針や目標値を踏まえ、既存計画の「第2期佐伯市健康づくり計画」や「第2期佐伯市特定健診等実施計画」に含まれる取組や評価指標も用い、それぞれ計画との整合性を図った。推進体制においても、すべての計画を一体化して事業を実施しているところである。

KDBシステムの導入により、以前より現状の把握や健康課題の抽出、それに対応した事業の評価も容易に把握することが可能となった。よりPDCAを意識した事業展開を心がけている。

《計画策定の体制》

26年度に、データヘルス計画策定の必要性を感じ、国保ヘルスアップ事業（3年間補助）の申請を希望したのは国保担当課の事務職からであった。

医療費グループピング技術をもつ業者に、医療費分析等の一部をアウトソーシングし、並行して国保担当課の事務職と健康増進担当課の保健師でKDBシステムを活用して課題を共有しながら策定作業を進めた。計画の策定や医療費分析をすべてアウトソーシングせずに、自分たちの目と手をつけ加えたことで、保健師の「思い」をデータで裏づけることができた。また国保担当課の事務職との協働は、医療費適正化に向けた今後必要な対策やその考えを共有でき、今もその関係はうまく続いている。

国保ヘルスアップ事業を申請したため、大分県国保連合会に位置づけられた支援評価委員会のアドバイザーを3年間継続的にいただいている。27年度は前年度に策定した計画を実践に移した年であった。計画の進捗確認や見直しのため、両課の関係者で構成する「データヘルス計画実践プロジェクト会議」を年2回開催している。

《特徴・気付き》

24年度に市の保健師全体で「部署横断的ミーティング」を重ねながら佐伯市の健康課題を見直した。循環器疾患が多く、まずは高血圧対策が必要ということが整理でき、その取組を進めている段階であった。今回策定したデータヘルス計画では、その裏づけを深めることができ、また現状の取組だけでは成果を出すには不十分で、次に取り組むべき課題やターゲットにすべき保健指導対象者を明確にすることが出来た。

データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

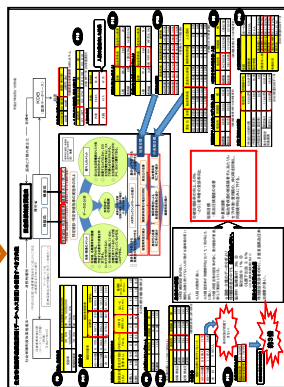
- 本市の特徴 入院医療費や介護認定の原因疾患として、脳血管疾患や虚血性心疾患・不整脈を含む伝導障害等の循環器疾患に課題があることがわかり、まず高血圧対策に重点的に取り組む。
- 特定健診の受診率が低い。
- 一人当たり医療費の「入院」が高い。重症化した結果。
- 特定健診受診者の中に、Ⅱ度Ⅲ度高血圧に該当する未治療者が多い。

課題を踏まえ設定した目標

- 短期目標 高血圧検査値の改善
- ①Ⅱ度Ⅲ度高血圧者の医療機関受診率100%②薬物治療中断者ゼロ③Ⅰ度～Ⅱ度高血圧に該当する割合の減少
- 中長期目標 脳血管疾患の被保険者千人当たりレセプト件数・費用額の伸び率を同規模並に

目標達成のために選択した事業

- 特定健診の結果、Ⅱ度Ⅲ度高血圧（160/100mmHg）以上の者への保健指導 ※治療中を除く
 - 心電図所見「心房細動」の者への保健指導 ※治療中を除く
- 確実に医療機関受診につなぎ、重症化を予防する。



Do

目標達成のための事業実施

- 特定健診結果から、保健指導対象①Ⅱ度Ⅲ度高血圧②心房細動に該当した者を抽出し、対象者台帳を作成する。
- 健診から3か月以内の早期に最優先で保健指導を実施。
- レセプトによる医療機関受診の確認と、服薬開始者の継続受診状況を3か月に1度確認。医療機関未受診のままの者や服薬中断が確認された者に再度保健指導を実施。
- 対象者台帳は保健師が共有して閲覧可能。訪問日・保健指導内容・受診状況を管理。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 事業担当者は3か月に1度レセプトを確認。保健指導のアウトカム指標となる医療機関の受診行動の有無・服薬の開始状況を把握する。また、医療機関を未受診のままの者が循環器疾患等を発症していないかも確認する。
- 保健指導の実施率、医療機関受診率、中断者の有無については、年に3回程度、途中経過を評価し、課内会議にて報告。改善点などを確認したり、困難事例の事例検討を行う。

Action

事業を 実施して の改善点

- Ⅱ度Ⅲ度高血圧者の医療機関受診率は70.8%。自覚症状のない高血圧者をいかに行動変容につなげるか、保健指導のスキルアップが必要。
- 28年度～眼底検査実施基準を拡大し、客観的データを活用する。

《第2期データヘルス計画に向けて》

Ⅱ度Ⅲ度高血圧・心房細動を対象とした取組は今後も最優先で継続するが、医療費の伸びの抑制や脳血管疾患レセプト件数・費用額に効果が出るまでには時間がかかると思われる。28年度は保健指導優先対象者をCKD重症度分類に基づいて抽出し追加、重症化予防のための保健指導事業を拡大した。第2期に向けて、確実な保健指導を続けながらその対象者や方法が適当なのか、医療費の適正化・伸び率の抑制のための取組が十分なのか、検証していきたい。

鹿児島県鹿児島市（かごしまし）

- 生活習慣病関連の医療費を適正化するため、重症化予防事業に関する評価指標を設定

《基本情報》データヘルス計画：平成26年度策定

《わがまちの特徴》

人口 ※平成28年4月1日現在	603,273	人
高齢化率 ※平成28年4月1日現在	24.8	%
国保被保険者数 ※平成28年4月1日現在	134,310	人
特定健診実施率 ※平成27年度	31.3	%
特定保健指導実施率 ※平成27年度	36.0	%
被保険者1人当たり医療費 ※平成27年度	417,581	円

鹿児島県の県庁所在地で人口約160万人である本市は、政治・経済・文化・交通の中心地となっている。そのため、国保被保険者は主に、定年退職後に被用者保険から移って加入した方々である。また、年間25,000人前後の加入・喪失の異動があるのも特徴的である。医療機関についても、本市に特に集中して開設されており、病院数、診療所数、病床数、医師数は、同規模平均、県と比較して高い。

《背景・ねらい》

本市においては、特定健診の受診率は県内で最下位であり、健診結果から、空腹時血糖・HbA1c、血圧、クレアチニンにおいて、県、全国と比較すると該当者の割合が高い。1人あたりの医療費は、年々増加しており、H26年度は、県平均・同規模平均と比較しても高くなっており、基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の受診率が低く、重症化した脳・心・腎の受診率が高いという実態である。増え続けてきた医療費の伸びをできるだけ抑えるためにも、特定健診・保健指導の実施にとどまらず、他の生活習慣病対策のための具体的な事業を推進することが必要である。

データヘルス計画は、本市で既に策定されている健康増進計画と整合性を図りながら、生活習慣病関連の医療費を適正化するための具体策を明らかにする非常に重要な計画である。

《計画策定の体制》

国保担当部署の保健師が主担当となり、健康・医療情報を分析し、計画策定作業を進めた。計画策定の過程で行った現状分析の結果については、衛生担当部署の保健師や国保内でのヒアリングを行い、最重要課題を抽出し、それに応じた目標の設定並びに対応する事業の選択を行った。また、支援・評価委員会の助言を受け、修正を行い、計画策定に反映させた。

《特徴・気付き》

現状分析においては、医療費や健診結果をもとにその生活習慣や課題を明らかにし、本市の立ち位置が明確になるよう努めた。現状分析の結果を計画の中に表記する上では、被保険者に分かりやすくするようにグラフを多用した。計画の実施結果が成果があるものかを確認するために、設定した目標達成状況についてはKDBシステムの情報を活用し、毎年計画の評価を行うこととした。



データヘルス計画の内容とPDCAサイクル

Plan

既存事業の振り返りや現状分析から抽出した課題

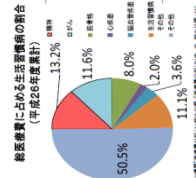
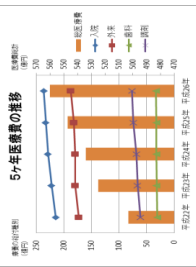
- 特定健診の結果から、空腹時血糖、HbA1c、血圧、クレアチニンにおいて、県・全国と比較すると受診勧奨域に該当する者の割合が高い。
- 特定健診の受診率が県内最下位である。
- 介護有病状況において、糖尿病が県・同規模と比較し高い。
- 基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）の受診率が低く、重症化した脳・心・腎の受診率が高い。
- 1号要介護認定者割合が、県内で8位 22.9%であり、県・同規模と比べて高い。
- 1人あたりの医療費は、年々増加しており、H26年度は、県平均・同規模平均と比較しても高い。

課題を踏まえ設定した目標

- 脳血管疾患発症の減少
(新規患者数を同規模平均並みに減少)
- 虚血性心疾患発症の減少
(新規患者数を同規模平均並みに減少)
- 新規人工透析患者の減少
(新規患者数を同規模平均並みに減少)
- 医療費の伸びの抑制
(入院1人あたりの医療費の伸び率を同規模平均並みにする)

目標達成のために選択した事業

- データヘルス計画推進活動
- 疾病の重症化を予防し、人工透析の新規患者の減少を図る。
- 特定健診未受診者対策
- 特定健診フォローアップ



Do

目標達成のための事業実施

- 保健センターの実施する健康教育、地区組織活動の中で、健診・医療・介護のデータから分析した現状を地域住民に伝え、健診を受診し、自ら健康に対する自己管理を行うことの必要性を伝えた。
- 県、協会けんぽと共催で、「CKD予防セミナー」を開催した。
- 特定健診の未受診者に対して受診勧奨通知を行うとともに、医療機関への情報提供依頼の強化を図った。
- 訪問や文書等で、健診結果からの受診の必要性、生活習慣改善の必要性を理解するための保健指導を行う。

Check

進捗状況を 確認するための 評価計画

- 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課内でヒアリングを行った上で、支援・評価委員会による評価を受ける。
- 個別保健事業については、それぞれ、アウトプット・アウトカム指標を定め、毎年度、法定報告時に合わせて、国民健康保険課で実施し、見直しを図る。
- 複数回の保健指導の中で、保健指導実施者（地区担当保健師）と国保保健師と連携して受療や初回面接時に設定した目標が達成できているかなどの評価を行ないながら実施する。

Action

事業を 実施して の改善点

- 特定保健指導については、対象者が予約し出向くだけでなく、対象者のもとに直接出向くなどし、会える機会を設けることで利用率の向上につなげる。
- 特定健診未受診者の特性や生活状況を踏まえ、受診機会のさらなる確保と受診を促す取組を組み強化していく。

《第2期データヘルス計画に向けて》

第1期データヘルス計画は生活習慣病の医療費適正化に関する事業が中心となっていた。精神疾患等の疾患も多く含まれはいるものの、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少も図れていないことから、生活習慣病の重症化予防を最優先課題として、引き続き実施していくことを検討したい。

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業報告書
< 別冊 > 事例集

平成29年7月 発行

公益社団法人 国民健康保険中央会

〒100-0014

東京都千代田区永田町1丁目11番35号 全国町村会館

TEL 03-3581-6821

FAX 03-3581-0002

本書（PDF）は、国民健康保険中央会ホームページよりダウンロード可能
ダウンロードはこちらから

国民健康保険中央会トップページ→保健事業情報→保健事業関連資料→発表資料

<https://www.kokuho.or.jp/hoken/public/hokenannouncement.html>

