

令和5年度厚生労働省保険局国民健康保険課委託事業

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

令和6年3月

<目次>

1. 調査概要	P. 1
2. 都道府県の役割	P. 4
3. 都道府県のヒアリングサマリ	P. 5
4. 都道府県の取組事例	P. 12
5. 市町村のヒアリングサマリ	P. 26
6. 市町村の取組事例	P. 30

＜本資料内で用いる略称＞

正式名称	略称
国民健康保険	国保
国民健康保険団体連合会	国保連
国保データベース（KDB）システム	KDBシステム
KDBシステムから提供されるデータ	KDBデータ
メタボリックシンドローム	メタボ
東京大学が開発した「データヘルス計画標準化ツール®」	標準化ツール®

1.調査概要

背景と目的

- 国民健康保険法等に基づき、国保の保険者には、データヘルス計画を策定し、レセプト等のデータ分析に基づいてPDCAサイクルに沿った保健事業を展開することが求められており、国においても保険者が実施する加入者の予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組が円滑に進むよう支援していくこととしている。
- 保険者における予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組をさらに推進するためには、先進・優良事例を他の保険者へ横展開していくことで、各保険者の取組の底上げを図っていくことが重要であり、国では、従前より保険者の取組事例を調査し、調査結果と併せて収集した先進・優良事例を全国の国保の保険者に情報提供している。
- 本事業は、以下2点を目的として実施した。
 - ①都道府県によるデータヘルス計画の標準化の取組を推進するため、標準化の取組の背景・目的、考え方、実施内容、課題などについて、ヒアリング調査を行い、他の都道府県に情報提供すること
 - ②予防・健康づくりやデータヘルスの取組を推進するために、データヘルス計画に基づく保健事業の優良事例について、ヒアリング調査を行い、他の市町村に情報提供すること

調査方法

- 有識者からの意見聴取を踏まえて、ヒアリング調査を実施した。
 - ①都道府県に対する調査では、有識者から、「データヘルス計画の標準化の取組」や「国保連と協働・連携したレセプトデータ等の分析」の取組を行っている都道府県の推薦を受け、5都県へヒアリングを実施した。
 - ②市町村に対する調査では、有識者から、効果的・効率的な保健事業に取り組んでいると考えられる市町村国保の推薦を受け、8市町へヒアリングを実施した。

1.調査概要：ヒアリング先及び事例集の掲載内容（都道府県）

No	都道府県 (県内市町村数)	掲載	事例集の掲載内容
1	東京都 (62区市町村)	P.12	個々の実態に寄り添った継続的かつ多面的支援で区市町村の標準化を推進
2	山梨県 (27市町村)	P.14	管内全市町村の第2期計画の分析と個別ヒアリングを通じた共通様式・指標の認識共有
3	静岡県 (35市町村)	P.16	計画策定ガイドラインの提示と国保連合会と連携した市町支援の実施
4	大分県 (18市町村)	P.20	県主導によるデータ分析・健康課題抽出・指標設定とデータセット提供による市町村支援
5	鳥取県 (19市町村)	P.23	データ分析センターを中心とした県・国保連・大学の3者連携

1.調査概要：ヒアリング先及び事例集の掲載内容（市町村）

No	市町村	掲載	事例集の掲載内容
1	山形県山形市	P.30	「SUKSK(スクスク)生活」をキーワードとしたポピュレーションアプローチの取組
2	茨城県那珂市	P.31	生活習慣病重症化予防につながる重複・多剤服薬訪問事業
3	群馬県 明和町・千代田町	P.32	館林市邑楽郡1市5町の連携による糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組
4	千葉県松戸市	P.33	地域関係者とのネットワーク会議を核とした糖尿病重症化予防の取組
5	岐阜県下呂市	P.34	官民連携による健康課題の解決に向けた「減塩対策」の取組
6	兵庫県たつの市	P.35	KDBデータの分析に基づく国保の保健事業と連携した一体的実施を効果的に推進
7	福岡県古賀市	P.36	特定健診実施率に向けて地域拠点の活用を推進
8	佐賀県多久市	P.37	糖尿病連携手帳を活用した保健指導による糖尿病性腎症重症化予防事業

2.都道府県の役割 ～市町村の持続可能な事業運営に向けて～

- 国保の保険者は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）等に基づき、データヘルス計画を策定し、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ことが求められている。
- H30年4月から財政運営の主体として共同保険者となった都道府県については、**市町村国保の保険者機能の強化に関与**することが重要であると示されている。
- 国は、「国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」（R5年5月18日改正）において、「データヘルス計画を都道府県レベルで標準化する」ことの利点を示している。また、都道府県（国保部局）の役割として「**データヘルス計画の標準化を推進する**」旨を記載している。
- このような背景のもと、都道府県では、**各市町村の安定的な財政運営や効率的な事業運営を実施できるよう**、標準化の取組の推進等を通じて、積極的に市町村国保を支援することが求められている。

3.都道府県のヒアリングサマリ： データヘルス計画標準化を始めた背景・目指すこと

自治体名	課題	目的	取組のポイント
東京都	第2期計画では、目標や評価指標の設定がない区市町村が見られたほか、規模やマンパワーによって策定そのものが困難な町村があった(特に島しょ)。	区市町村においては担当者の負担軽減や理解促進、内容の過不足を確認し、より良い計画策定につなげられること、都においては、区市町村への支援や助言に関する知見を蓄積できることをメリットと考え標準化を推進。	<ul style="list-style-type: none"> ・区市町村の規模やマンパワーに応じた計画策定のための個別支援を展開 ・標準化ツール®の具体的な活用方法について都独自の「計画策定の手引き」を作成 ・標準化に関する研修、各区市町村へのヒアリング結果や課題等に関するフィードバック研修を毎年度実施
山梨県	管内市町村の取組が断片的にしか把握できていなかった。また、第2期計画では各市町村の健康課題の分析の度合い(レベル)に濃淡があった。	保健事業の底上げを最終的な効果と捉え標準化を推進。それに向けR5年度には共通の様式と指標の設定を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・県では共通様式・指標を示すことに加え、管内市町村の第2期計画の分析や個別ヒアリング、全体説明会等を実施 ・管内全市町村で計画全体／特定健診・保健指導／糖尿病に関する共通指標を活用
静岡県	R2年度から、データヘルス計画の標準化に向け標準化ツール®を活用し共通評価指標を設定していたが、国の第3期策定の手引きを踏まえ、R5年度に指標の見直しの必要性を認識。	県の健康課題や関係計画と整合性を図りながら、共通評価指標の再設定を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・俯瞰的な比較分析を目的に、計画策定ガイドライン・戦略シートを提示し、市町に目標値の設定・公表を促進。 ・国保連合会と共同の個別支援・グループ支援により、市町に対してよりきめ細やかな支援を実施。
大分県	管内市町村の効果的な保健事業を把握するための適切な評価指標設定が難しいと感じていた。	管内市町村が必要な情報を漏れなく記載できるようにすること、状況把握・分析・横比較可能にすることを目指して標準化を推進。	<ul style="list-style-type: none"> ・管内全市町村へのヒアリング並びに県内データ分析を踏まえた健康課題の抽出・共通指標の設定とデータセット提供 ・国保連⇄県の人材交流を含めた連携・役割分担を図り、市町村の伴走支援を実施

3.都道府県のヒアリングサマリ：市町村との標準化に関する認識のすり合わせについて

(東京都)

R2年度より東京大学・国保連と標準化ツール®を活用した区市町村支援を継続的に実施。R2～R4年度にかけ管内全区市町村へのヒアリングを実施。東京大学・国保連と連携し、第2期計画策定を都が支援した町村（主に島しょ）には個別支援。

(山梨県)

各市町村の第2期計画に記載の内容を共通様式へ転記。転記したことによりみえてくる、記載内容が曖昧な部分や不足している部分について修正案を作成。特に健康課題抽出については記載例も含めてフィードバック。全ての市町村に個別ヒアリングを通して共通様式・指標に係る認識共有。

(静岡県)

国の手引きを基に、県として、第3期計画策定のガイドラインを作成し、全市町を対象に県主催で説明会を開催。詳細は、国保連に委託した個別支援とグループ支援の中で、国保連から説明。

(大分県)

市町村には、計画様式を揃えるという点だけでなく、必要な情報を漏れなく記載するためのツールであること、横比較できる共通の様式であることを市町村国保主幹課長会議や担当者保健事業作業部会で伝え、丁寧な認識共有を実施。

3.都道府県のヒアリングサマリ：様式設定について

(東京都)

区市町村に標準化ツール®を活用した計画の整理、提出を依頼。区市町村が策定する様式は標準化ツール®に限定せず任意としたが、全区市町村の評価指標や目標値等を俯瞰的に比較可能。また、標準化ツール®の具体的な活用方法について、都独自の「計画策定の手引き」を作成。

(山梨県)

共通様式は管内全市町村で利用。従前から国保連が研修で使用していた資料、標準化ツール®及び国の手引きを集約し、県で新規に策定。

(静岡県)

共通様式は標準化ツール®を活用。計画内の具体的な取組推進には、地域資源の活用が重要であるとの有識者の助言を受け、戦略シートを作成し、市町に提供。

(大分県)

共通様式は管内全市町村で利用し県で俯瞰可能(公表する計画として活用するかどうかは各市町村に判断を委ねている)。特定健診等実施計画とデータヘルス計画両方の計画策定に活用できるよう、標準化ツール®及び国手引きに示された様式例をベースに特定健診・特定保健指導に関する項目を追加し、県で新規に共通様式を策定。

3.都道府県のヒアリングサマリ：指標設定について

(東京都)

17の共通指標を設定したが、管内区市町村での使用は任意。東京大学・国保連合会と連携し、指標案はR3～4年度に検討。個別ヒアリングで区市町村へ提示し、意見を聴取。R5初頭に共通指標を設定。

(山梨県)

12の共通指標を設定し、管内全市町村にて使用。評価指標等検討会議を設け、支援・評価委員会、国保連（保健師）、及び庁内で健康増進計画を所管する担当課や保健所と相談しながら指標を策定。

(静岡県)

8つの県共通指標と10の参考指標を設定したが、管内市町での使用は全ての指標で任意。外部有識者の助言をもとに、県全体としての計画の進捗状況を確認するために、市町が設定していない指標も、モニター指標として位置付けて確認。

(大分県)

34の共通指標を設定し、管内市町村では8指標を共通項目として使用。毎年の市町村ヒアリングとR4年度に県で実施したデータ分析を通して健康課題を抽出。国保連合会の評価委員会からの助言を踏まえ指標を作成。

また、34の共通指標の他に、計画全体に関する2つの指標を設定。

3.都道府県のヒアリングサマリ：指標値の集計結果の共有について

(東京都)

共通指標として設定した17の指標について、KDBデータを活用して課題把握ができるよう、集計要件を整理し、集計・分析・見える化を実施。

(山梨県)

共通指標として設定した12の指標について、現状値を県より管内市町村へ提供。

(静岡県)

共通指標として設定した18の指標について、県がデータを作成し、市町に提供。有識者の助言を基に、任意の共通評価指標については、目標値を設定しないモニター指標として位置付けて、確認。

(大分県)

34指標については、経年比較（H30の県を100としその値をベースに各市町村の経年変化を比で表示）及び横比較（各年の県を100として、各市町村の比を表示）が可能なよう、H30～R4年分の5歳刻みのデータセットを県で作成・市町村に提供。

3.都道府県のヒアリングサマリ： R6年度以降の市町村支援の予定について

(東京都)

第3期計画期間中に、主要な事業（「特定健診」「特定保健指導」「生活習慣病重症化予防」等）について調査・分析を行う予定。収集した情報から効果的な事例についてヒアリングを実施するとともに要因分析を行い、全区市町村にフィードバックすることを想定。

(山梨県)

共通評価指標に関する毎年の値は、県が収集し市町村に提供する予定。KDBから簡便に算出できない指標もあるため、国保連合会と連携しながら提供することを検討中。共通評価指標以外に有用なデータがあれば、追加提供も検討。

保健事業の好事例となりうる市町村に、取組内容や工夫点についてヒアリングを実施予定。

(静岡県)

共通評価指標を県がデータを作成し、市町に提供。全市町が目標として設定していない項目でも互いに比較可能とする。

好事例を共有し、市町に課題を聞き取り調査し、分析・解決策を検討する。

(大分県)

全市町村で取り組む効果的な保健事業の把握を行い、第3期データヘルス計画の中間評価時に市町村へモデル事業として展開していくことを想定。共通指標のデータセット提供以外に、市町村独自評価指標に関しては、今後支援方法を検討予定。

3.都道府県のヒアリングサマリ：国保連と協働・連携したレセプトデータ等の分析の取組

(鳥取県)

■取組経緯

H30年度から、県と国保連が連携し、KDBシステムを活用した分析結果を市町村に提供。R元年度に、県、国保連、鳥取大学の3者で、健康寿命延伸や医療費適正化を目指した連携協定を締結。

県での課題（例：分析を行うマンパワー不足）と国保連の課題（例：県全体の分析に係る要望を集約できなかった）があり、互いの課題解決に向けて取組を推進。

■データ分析センターの取組

R2年度に国保連内に「健康・医療データ分析センター」を設置。

県が市町村ニーズの把握、国保連が分析結果の作成、大学が分析への助言を担う形で、データ分析を実施。

同センターを中心に、県、国保連、アカデミアが、継続的に連携することで、データ分析のノウハウを蓄積。

東京都

人口（令和5年）	14,099,993人	国保被保険者数（令和5年9月末）	2,583,557人	国保事業主管課	国民健康保険課
区市町村数	62	データヘルス計画に主に関与している国保担当の職員数(事務職)	3人	データヘルス計画に主に関与している国保担当の職員数(専門職)	1人

個々の実態に寄り添った継続的かつ多面的支援で区市町村の標準化を推進

本取組のポイント

- ・区市町村の規模やマンパワーに応じた計画策定のための個別支援を展開
- ・標準化ツールの具体的な活用方法について都独自の「計画策定の手引き」を作成
- ・標準化に関する研修、各区市町村へのヒアリング結果や課題等に関するフィードバック研修を毎年度実施

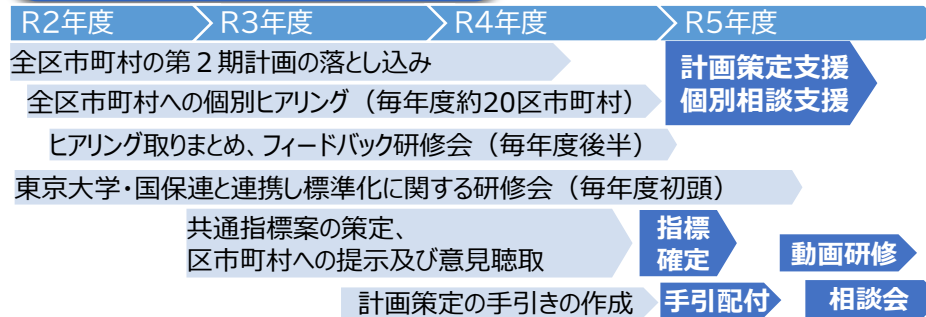
取組経緯

- R2年度より東京大学・国保連と標準化ツール®を活用した区市町村支援を継続的に実施。

課題

- 規模やマンパワーにより策定が困難な町村（特に島しょ）がある点。
- 第2期では、区市町村で目標や評価指標の設定がない計画等が見られた点。
- 区市町村担当者の異動や外部委託により、担当者に標準化の考えや計画策定のノウハウが引き継がれにくい点。

標準化に向けた検討過程



データヘルス計画共通様式策定のポイント ※指標は次項

- 都・東京大学・国保連が連携し、全区市町村の第2期計画時点の各種データ等を標準化ツール®に転載。この結果を基に、**全区市町村にヒアリングを実施**し、不足部分やばらつきを確認。課題認識のすり合わせ、標準化に向けた疑問解消、及び第3期で盛り込む内容を共有。
- 担当者の異動を考慮し、**毎年度初頭に標準化に関する講演（東京大学）**、KDBデータ活用に関する講演（国保連）を実施。毎年度後半にヒアリング結果を基にフィードバック研修を実施。
- 区市町村に**標準化ツールを活用した計画の整理、提出を依頼**。区市町村が策定する様式は標準化ツール®に限定せず、任意としたが、全区市町村の評価指標や目標値等を俯瞰的に比較可能。
- 標準化ツール®の具体的な活用方法について、**都独自の「計画策定の手引き」を作成**。活用に関する動画研修と相談会を実施し、疑問解消につなげた。計画策定を委託している区市町村には委託先へのツールの提供方法を提示し、活用を促進。

区市町村の計画策定支援

- 区市町村の**規模やマンパワーに応じた支援を実施**。
- 全区市町村にはKDBデータを活用した共通評価指標を提供。
- 第2期計画策定を都が支援した町村（主に島しょ）に個別支援**。担当者と電話連絡を取りながら関係性を構築。健康・医療情報等の分析結果や課題を都が代行して標準化ツール®に記載の上、進捗管理等を実施。

今後の区市町村支援の予定

- 全区市町村の主要保健事業の実施方法や工夫点を整理分析し、共有することで、全体のレベルアップを推進。

他都道府県への展開ポイント

- 規模やマンパワー等に応じた個別支援や人事異動対策としての講演等を展開。
- 担当者と関係性を構築し、第2期計画策定を支援した町村の計画の一部を都が代行して記載。¹²

東京都における共通評価指標

- * I : 全ての都道府県で設定することが望ましい指標
- II : 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標
- 独自 : 都道府県が独自に設定した指標

○計画全体（総合アウトカム）

#	分類*	指標
1	独自	平均自立期間（要支援・要介護）
2	独自	週3回以上就寝前夕食 （就寝前2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある者の割合）
3	独自	週3回以上朝食を抜く（朝食を抜くことが週3回以上ある者の割合）
4	II	1日1時間以上運動なし（1日1時間以上身体活動を実施しない者の割合）
5	独自	睡眠不足（睡眠で休養が十分とれていない者の割合）
6	独自	1日飲酒量 （飲酒日の1日あたり飲酒量が_男性2合以上 女性1合以上の者の割合）
7	独自	喫煙率（たばこを習慣的に吸っている者の割合）
8	II	咀嚼_かみにくい・ほとんどかめない（かみにくいことがある、ほとんどかめない者の割合）
9	独自	内臓脂肪症候群該当者割合
10	独自	高血圧症の有病率
11	独自	脳血管疾患の有病率
12	独自	虚血性心疾患の有病率
13	独自	糖尿病の有病率

○個別事業（アウトカム）

#	分類*	指標
14	独自	生活習慣の改善意欲がある人の割合
15	I	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少

○個別事業（アウトプット）

#	分類*	指標
16	I	健診受診率
17	I	特定保健指導の終了者の割合

※「1 平均自立期間（要支援・要介護）」を除き、すべての指標は性・年齢階層別で把握

【共通評価指標設定の考え方】

○計画全体（総合アウトカム）

- ・各保健事業の総合的な成果を確認する指標として設定
- ・生活習慣は短・中期的な視点での効果を、有病率は複数の保健事業による長期的な視点での効果の評価することを目的に指標として設定

○個別事業（アウトカム・アウトプット）

- ・個別の保健事業の成果・実施量を測るための指標として設定
- ・各保健事業の進捗状況の把握や見直しにつなげることを目的に、事業の効果や進捗状況が直接表れやすい指標を設定

【指標作成のポイント】

- ・ 東京大学・国保連合会と連携し、保健事業全体の評価ができること、数値を継続的かつ簡便に把握できること（KDBや都国保連外付けシステムから直接取得可能）、作業工程が複雑でないこと等を重視して案を作成
- ・ 指標案はR3～4年度に検討。個別ヒアリングで提示して各区市町村からの意見を聴取
- ・ 各指標の性・年齢階層別の実績値及び都平均との割合の差を赤と青で可視化し、毎年度区市町村に提供
- ・ 東京大学、国保連合会、並びに庁内で保健部局と相談しながら指標を策定
- ・ 東京都健康推進プラン21（健康増進法に基づく計画）や医療費適正化計画の目標値との整合性を図り、参考として共通指標に内容を記載
- ・ 区市町村規模の差が大きい場合、目標値は設定せずに、指標別の設定の考え方等を提示
- ・ 区市町村では、共通評価指標に加え区市町村の実情に応じた独自の評価指標を設定可

山梨県

人口（令和5年）	795,544人	国保被保険者数（令和5年）	171,659人	国保事業主管課	福祉保健部 国保援護課
市町村数	27	データヘルス計画に主に関与している国保担当の職員数(事務職)	2人	データヘルス計画に主に関与している国保担当の職員数(専門職)	1人

管内全市町村の第2期計画の分析と個別ヒアリングを通じた共通様式・指標の認識共有

本取組のポイント

- ・県では共通様式・指標を示すことに加え、管内市町村の第2期計画の分析や個別ヒアリング、全体説明会等を実施
- ・管内全市町村で計画全体／特定健診・保健指導／糖尿病に関する共通指標を活用

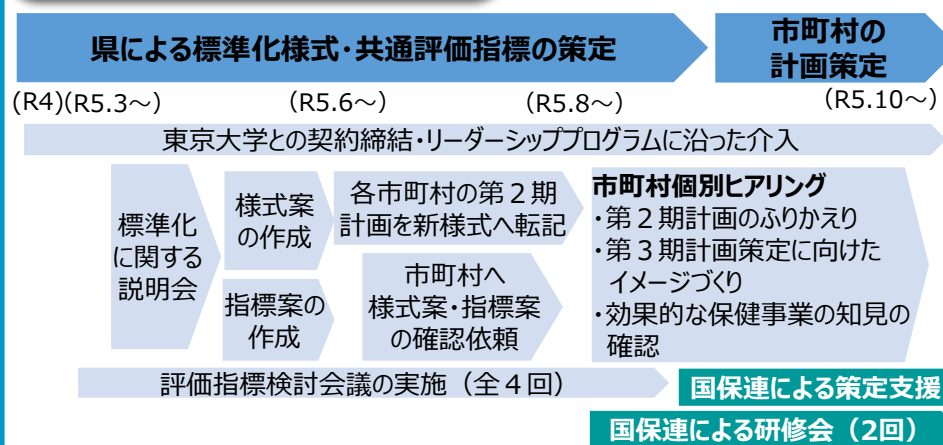
取組経緯

- 支援側（県、支援・評価委員会、国保連）での**標準化に関する認識合わせ**はR3年度から開始。
- R3年度から**他県の情報収集**を実施。R4年度に東京大学との契約を締結。
- 市町村への標準化の認識共有はR4年度末から開始。
- 保健事業の底上げを最終的な効果と捉え標準化を推進。

課題

- 管内市町村の取組が断片的にしか把握できていなかった点。
- 2期計画では各市町村の健康課題分析度合いに濃淡があった点。

標準化に向けた検討過程



データヘルス計画共通様式策定のポイント ※指標は次項

- 外部有識者（支援・評価委員会、国保連、東京大学等）からのアドバイスを取り入れつつ、共通様式は従前から国保連が研修で使用していた資料、東京大学作成の標準化ツール®及び国の手引きを集約し、県で新規に策定。
- 県が策定した様式のうち、「Ⅱ健康医療情報等の分析と課題」については、「数的データと質的データの両面から健康課題を捉えることが重要」という考えの下、従前から国保連において健康課題抽出に係る研修で使用している様式を改版して使用。
- 市町村の作成時に参考となるよう、記載例を提示。
- 全ての市町村に個別ヒアリングを通して共通様式・指標に係る認識共有。

市町村の計画策定支援

- 各市町村の第2期計画に記載の内容を共通様式へ転記。
- 転記したことによりみえてくる、記載内容が曖昧な部分や不足している部分について**修正案を作成**。特に健康課題抽出については**記載例も含めてフィードバック**。
- 県からの説明と併行して、国保連から市町村に向け策定支援。

今後の市町村支援の予定

- 共通指標の年次の値は国保連と連携しながら県から市町村へ毎年データ提供予定。他に有用なデータがあれば追加提供を検討。

他都道府県への展開ポイント

- 市町村の健康課題を把握するための県策定様式の導入、共通様式による第2期の状況把握、第3期の多様な記載例提示。
- 市町村支援側の認識合わせを早期から開始し、支援側の共有認識による効果的な支援の実施。

山梨県における共通評価指標

- * I : すべての都道府県で設定することが望ましい指標
- II : 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標
- 独自 : 都道府県が独自に設定した指標

○計画全体（総合アウトカム）

#	分類*	指標
1	II	運動習慣のある者の割合
2	II	血圧が保健指導判定値以上の者の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定
3	独自	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定
4	II	HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者の割合（高血糖者の割合） ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定
5	独自	糖尿病性腎症病期分類 悪化率 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認

○事業分類1：特定健康診査・特定保健指導 #2,3,4も該当

#	分類*	指標
6	I	特定健康診査受診率 ※40歳代、50歳代の男女別指標も設定
7	I	特定保健指導実施率 ※動機付け支援、積極的支援の別にも指標を設定
8	I	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

○事業分類2：糖尿病対策（糖尿病の発症・重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、等） #4,5も該当

#	分類*	指標
9	I	HbA1c8.0%（NGSP値）以上の者の割合（血糖コントロール不良者の割合） ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定
10	独自	HbA1c 悪化率 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定 ※単年変化、中長期的変化を確認
11	II	HbA1c6.5%（NGSP値）以上の者のうち、糖尿病治療なしの者の割合 ※性・年齢階層別（10歳刻み）指標も設定
12	独自	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合

【共通評価指標設定の考え方】

- ① 計画全体（総合アウトカム）
各保健事業の総合的な成果を確認する指標として設定
- ② 特定健康診査・特定保健指導
法定事業であり、全市町村が実施している事業であることから設定
- ③ 糖尿病対策
山梨県は糖尿病性腎症を起因とした新規透析導入者割合が全国的に見て高い状況にあることを地域の重点課題と捉え、関連事業（糖尿病の発症・重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、等）を総合した成果指標を設定

【指標作成のポイント】

- 評価指標等検討会議を設け、支援・評価委員会、国保連（保健師）、並びに庁内で健康増進計画を所管する担当課や保健所と相談しながら指標を策定。
- 県として糖尿病対策を重視していることから、国の「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」のうち、糖尿病に関連するものを採用。
- 独自指標についても糖尿病に関連するものを主に設定。市町村では、共通評価指標に加え市町村の実情に応じた独自の評価指標を設定可。
- R6.1に共通評価指標の現状値を県より管内市町村へ提供。

その他、参考値として県単位で長期的視点によりモニタリングを行う指標：①健康寿命 ②平均自立期間 ③医療費 ④糖尿病に起因する新規透析導入患者割合

静岡県

人口（令和5年）	3,553,518人	国保被保険者数（令和5年）	694,192人	国保事業主管課	国民健康保険課
市町村数	35	データヘルス計画に主に関連している国保担当の職員数(事務職)	2人（兼務）	データヘルス計画に主に関連している国保担当の職員数(専門職)	1人

計画策定ガイドラインの提示と国保連合会と連携した市町支援の実施

本取組のポイント

- ・俯瞰的な比較分析を目的に、計画策定ガイドライン・戦略シートを提示し、市町に目標値の設定・公表を促進。
- ・国保連合会と共同の個別支援・グループ支援により、市町に対してよりきめ細やかな支援を実施。

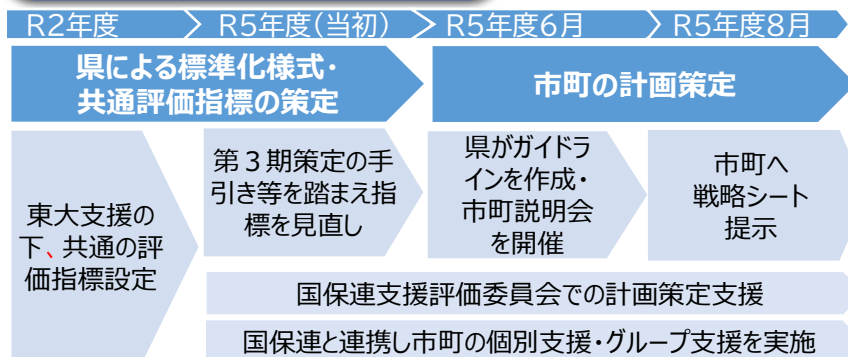
取組経緯

- R2年度までに共通評価指標を設定した。
- 国の第3期策定の手引き等を踏まえ、R5年度に**指標の見直しの必要性を認識した。**

課題

- 既に県として共通評価指標は設定していたが、**県全体の健康課題と個々の市町では優先順位に違い**があった。共通評価指標の活用について調整する必要があった。
- 標準化を推進する一方で各市町の健康課題に応じた効果的な保健事業の推進が必要だった。

標準化に向けた過程



ガイドラインを基にした計画策定支援 ※指標は次項

- 第2期計画時に設定していた共通評価指標を見直し、国の手引きや県の健康課題、関係計画との整合性を図り、再設定。
- 指標だけではなく、**計画様式は標準化ツール®を提示**し、県下での標準化を目指した。
- 県が設定した共通評価指標については、市町の優先する健康課題に紐付かない場合は、**目標値を設定しないモニター指標**としても良いこととし、全市町に利用を促した。
- ガイドラインについては、全市町を対象に県主催で説明会を行った。
- 計画内の具体的な取組推進は、**地域資源の活用が重要**であると浜松医大の助言を受け、**戦略シートを作成し、市町に提供**した。

国保連と連携した市町支援

- 国保連の支援・評価委員会による支援に加え、市町の担当者が自らデータを見て課題を抽出し、PDCAを回すよう、国保連に市町支援を業務委託した。
- 個別支援**では、**共通評価指標に基づく健康課題の分析や整理**を丁寧に行い、**グループ支援**では、**課題共有・事例協議**をした。（35市町中19市町が参加）
- 各市町の健康課題に応じた支援を**個別支援・グループ支援**にて実施した。

今後の市町支援の予定

- 共通評価指標を県がデータを作成し、市町に提供。全市町が目標として設定していない項目でも互いに比較可能とする。
- 好事例を共有し、市町に課題を聞き取り調査し、分析・解決策を検討する。

他都道府県への展開ポイント

- 有識者の助言を基にしたモニター指標の設定と戦略シートの提供。
- 国保連と連携した個別及びグループ支援等によるきめ細やかな支援体制の構築。

静岡県における共通評価指標

* I : すべての都道府県で設定することが望ましい指標
 II : 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標
 独自 : 都道府県が独自に設定した指標

○計画全体

#	分類*	国/県	指標	分母	分子
1	I	国①	特定健康診査受診率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数
2	I	国②	特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数
3	I	国③	特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数
4	I	国④	HbA1c8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の者の数	HbA1c8.0%以上の者の数
5	独自	県①	平均自立期間	—	—
6	独自	県②	内臓脂肪症候群の該当率の割合	特定健康診査受診者数	特定健康診査受診者における内臓脂肪症候群該当者数(人)
7	独自	県③	高血圧症有病者の割合 (高血圧I度以上、または服薬者)	今年度の特定健康診査受診者数(人)	高血圧症の該当者数(人)※I度高血圧(収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧が90mmHg以上の者)、または服薬者
8	独自	県④	高血圧予備群の割合(服薬者除く)	今年度の特定健康診査受診者数(人)	高血圧予備群の該当者数(人)※①収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満、かつ拡張期血圧が90mmHg未満である者②収縮期血圧が140mmHg未満かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満である者。ただし服薬者を除く

【共通評価指標設定の考え方】

- 健康増進計画と整合性を図る内容としている。
- 国手引きに示された全ての都道府県で設定することが望ましいとされた指標と県の取り組むべき課題を踏まえた「静岡県共通評価指標」を設定した。
- 主に、県が取組を強化している高血圧対策に関する指標に加え、重症化予防が重要となる糖尿病に関する指標、生活習慣病の発症予防・重症化予防のため、メタボリックシンドローム、特定健康診査、特定保健指導に関する指標を設定した。
- 静岡県共通評価指標のほか、市町の健康課題や高齢者の特性等、地域の実情に応じて設定する指標を参考指標として提示し、必要に応じ、市町に活用してもらうよう提示した。

静岡県における共通評価指標

○参考指標

#	分類*	区分	指標	分母	分子
1	Ⅱ	国①	特定健康診査受診者のうち、 高血糖者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c6.5%以上の者の数
2	Ⅱ	国②	特定健康診査受診者のうち、 運動習慣のある者の割合	特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数
3	Ⅱ	国③	特定健康診査受診者かつ 前期高齢者のうち、BMIが 20kg/m ² 以下の者の割合	前期高齢者の特定健康診査受診者のうち、当該データがある者の数	BMIが20kg/m ² 以下の者の数
4	Ⅱ	国④	50歳以上74歳以下における 咀嚼良好者の割合	50歳以上74歳以下の特定健康診査受診者のうち、当該回答がある者の数	標準的な質問票13で「①何でもかんで食べることができる」と回答した者の数
5,6	独自	県①	入院重症度 標準化比・1人当たり医療費	被保険者数 (年齢調整)	疾病別医療費 (年齢調整)
7,8	独自	県②	外来受診状況 標準化比・1人当たり医療費	被保険者数 (年齢調整)	疾病別医療費 (年齢調整)
9	独自	県③	LDL-Cの割合	特定健康診査受診者のうち、LDL-Cの検査結果がある者の数	LDL-C160mg/dlの者の数
10	独自	県④	多剤投薬者の数・率	被保険者	多剤 15剤以上の者の数

静岡県におけるガイドラインの概要と戦略シート

【第3期市町国保データヘルス計画策定ガイドラインの概要】

項目	内容										
目的	市町が策定する第3期データヘルス計画について、国の示す「国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定の手引き（R5年5月18日改定）」（以下国手引きという）を補完し、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、県における標準化の取組を推進し、県全体の保健事業のレベルアップを目的として策定し市町に提示する。										
内容	<ul style="list-style-type: none"> ◆取組方針 <ol style="list-style-type: none"> （1）静岡県の取り組むべき課題（現状） （2）取組の方向性 （3）関係する計画等 ◆共通評価指標 <ol style="list-style-type: none"> （1）共通評価指標の必要性 （2）静岡県共通評価指標 （3）参考指標 ◆計画推進体制（策定支援等） <ul style="list-style-type: none"> ・静岡県 ・健康福祉センター ・静岡県国民健康保険団体連合会 ・保健事業支援・評価委員会 ※関連事業一覧										
計画様式	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本情報シート</td> <td>当該市町の概況</td> </tr> <tr> <td>健康医療情報等の分析と課題シート</td> <td>レセプト・健診データの分析結果と健康課題</td> </tr> <tr> <td>計画全体シート</td> <td>地域の健康課題を解決するという計画の目的・目標（評価指標）、課題解決策としての保健事業メニューが結びつく構造</td> </tr> <tr> <td>個別事業シート</td> <td>保健事業ごとに成果・実施量上げる方法・体制を明文化する構造</td> </tr> </tbody> </table>	項目	内容	基本情報シート	当該市町の概況	健康医療情報等の分析と課題シート	レセプト・健診データの分析結果と健康課題	計画全体シート	地域の健康課題を解決するという計画の目的・目標（評価指標）、課題解決策としての保健事業メニューが結びつく構造	個別事業シート	保健事業ごとに成果・実施量上げる方法・体制を明文化する構造
項目	内容										
基本情報シート	当該市町の概況										
健康医療情報等の分析と課題シート	レセプト・健診データの分析結果と健康課題										
計画全体シート	地域の健康課題を解決するという計画の目的・目標（評価指標）、課題解決策としての保健事業メニューが結びつく構造										
個別事業シート	保健事業ごとに成果・実施量上げる方法・体制を明文化する構造										

【戦略シート】

データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略

○我がまちの強みを生かした効果的な保健事業の実施のため、把握した地域資源を生かした取組を実施します。

<健康課題>

A	
B	
C	
D	
E	

計画全体シートから転記

<目標を達成するための戦略>

主な戦略	対応する健康課題	対応する事業番号
○地区組織との連携 <small>（町内会、保健委員、食生活改善推進員等、特に活用や連携を強化すべき地区組織との連携）</small>		
○職域との連携 <small>（協会けんぽ、商工会議所、事業所等）</small>		
○情報通信技術（ICT）の活用 <small>（活用に前向きな住民性か、自治体や住民の活用をサポートしてくれる地域資源はあるか）</small>		
○保健医療機関との連携		
○その他創意工夫した取組等		

地域資源や地域民間業者との連携等を基に、保険者独自の取組を計画に盛り込めるよう、戦略シートを作成

※健康課題は複数の健康課題を包含して記載して良い。
 ※事業番号には、主な戦略を活用する事業番号を記載する。
 ※主な戦略には、把握した地域資源等から、地区組織との連携、職域との連携、情報通信技術（ICT）の活用、委託の活用、保健医療関係者との連携等、効果的な保健事業の実施のために、特に活用や連携を強化すべき資源の特定と、その地域資源を生かしてどのように取り組むかを記載する。
 ※主な戦略の項目は、保険者の状況に応じて適宜修正・削除・追加して良い。

大分県

人口（令和5年）	1,096,235人	国保被保険者数（令和5年）	215,787人	国保事業主管課	国保医療課
市町村数	18	データヘルス計画に主に関連している国保担当の職員数(事務職)	1人	データヘルス計画に主に関連している国保担当の職員数(専門職)	3人

県主導によるデータ分析・健康課題抽出・指標設定とデータセット提供による市町村支援

本取組のポイント

- 管内全市町村へのヒアリング並びに県内データ分析を踏まえた健康課題の抽出・共通指標の設定とデータセット提供
- 国保連⇔県の人材交流を含めた連携・役割分担を図り、市町村の伴走支援を実施

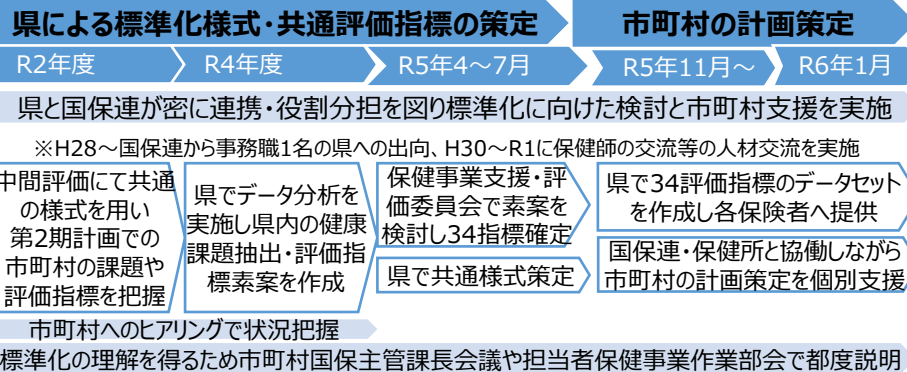
取組経緯

- 標準化に向け、第2期計画の中間評価時点から、共通の様式を用いて市町村の課題や評価指標を収集・整理。
- R4年度より**県主導でデータ分析**を行い共通指標素案を作成。
- 標準化の目的や意義などを市町村に都度丁寧に説明**し理解を得る。

課題

- 効果的な保健事業把握のための適切な評価指標設定が難しい点。
- 県は標準化推進に必要なレセプトや健診データ等の特性を熟知できていない点。
- 市町村・県担当者の**異動により標準化の認識共有が難しい点**。

標準化に向けた検討過程



データヘルス計画共通様式策定のポイント ※指標は次項

- 共通様式は、特定健診等実施計画とデータヘルス計画両方の計画策定に活用できるよう、東京大学の標準化ツール®並びに国の手引きに示された様式例をベースに特定健診・特定保健指導に関する項目を追加し、県で新規に共通様式を策定。**把握すべき情報の統一**を図った。
- 国の手引きにおける「Ⅲ計画全体」「Ⅳ個別の保健事業」を重視。Ⅲは設計書であること、**評価指標と個別保健事業の連関を意識**してもらうよう市町村に伝えるとともに、Ⅳは「**現在までの実施方法**」の項目で**横比較が可能**となるよう、より枠の細かい標準化ツール®の様式を採用。
- 市町村には、計画様式を強制的に揃えるのではなく、**必要な情報を漏れなく記載**するとともに、**健康課題を解決するための計画となっているかを分かりやすく整理**するための共通の様式であること等を市町村国保主管課長会議や担当者保健事業作業部会で伝え、丁寧に認識共有。

市町村の計画策定支援

- 県で作成した**34指標のデータセット (H30～R4分)**を市町村へ提供、計画策定の助言を実施。
- 県は大きな方向性の提示、国保連はデータの活用と市町村支援という形で役割分担。
- 計画策定の考え方**（優先課題とする理由はなにか、なぜその目標値なのか）を重視し、市町村担当者への国保連研修内容を工夫。

今後の市町村支援の予定

- 全市町村で取り組む効果的な保健事業の把握とモデル事業展開。
- 市町村独自評価指標に関しては、今後支援方法を検討予定。

他都道府県への展開ポイント

- 市町村の状況の把握・分析が可能な共通様式・指標を作成しデータセットを提供。
- 国保連等との密な連携・役割分担を実施した上での市町村支援。

大分県における共通評価指標

○計画全体（総合アウトカム）

#	分類*	区分	指標
1	独自①	総合アウトカム	平均自立期間
2	独自①	総合アウトカム	大分県「お達者年齢」

○発症予防・重症化予防

#	分類*	区分	指標
1	独自②	全体アウトカム	糖尿病有病率（5月診療分）
2	独自②	全体アウトカム	脂質異常症有病率（5月診療分）
3	独自②	全体アウトカム	高血圧症有病率（5月診療分）
4	独自②	全体アウトカム	人工透析有病率（5月診療分）
5	独自②	全体アウトカム	新規人工透析患者数
6	独自①	全体アウトカム	メタボリックシンドローム（内蔵脂肪症候群）該当者及び予備群の減少率
7	独自②	全体アウトカム	メタボリックシンドローム（内蔵脂肪症候群）該当者の割合
8	独自②	全体アウトカム	メタボリックシンドローム（内蔵脂肪症候群）予備群の割合
9	独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、HbA1c 5.6～5.9の者（保健指導判定値を超える者）の割合
10	独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、HbA1c 6.0～6.4の者（保健指導判定値を超える者）の割合
11	Ⅱ 独自①	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、HbA1c 6.5以上の者（受診勧奨判定値を超える者）の割合
12	Ⅰ	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、HbA1c 8.0以上の者の割合
13	Ⅱ	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧130以上の者（保健指導判定値を超える者）の割合
14	独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、収縮期血圧160以上の者の割合
15	独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、LDLコレステロール140以上の者（受診勧奨判定値を超える者）の割合
16	独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、LDLコレステロール160以上の者の割合

* Ⅰ：すべての都道府県で設定することが望ましい指標

Ⅱ：地域の実情に応じて都道府県が設定する指標

独自①：都道府県が独自に設定した指標のうち、
全市町村共通の指標（独自①及びⅠの計8指標が共通項目）

独自②：都道府県が独自に設定した指標

【共通評価指標設定の考え方】

①計画全体（総合アウトカム）

・県全体で用いている健康寿命に関する補助指標を踏まえて設定。

②発症予防・重症化予防

・健康日本21（第三次）指標、医療費適正化計画等、各種計画指標（案）を踏まえて設定。

③生活習慣

・健康日本21（第三次）指標等を踏まえて設定。

④特定健康診査・特定保健指導

・法定報告項目であり、かつ国手引きでの「すべての都道府県で設定が望ましい指標」であることから必要なデータとして設定。

【指標作成のポイント】

- ・ 毎年の市町村ヒアリングとR4年度に県で実施したデータ分析を通して健康課題を抽出。[国保連合会の支援・評価委員会にて素案を提示し、助言を踏まえ、計画全体に関する2指標に加え、34の共通指標を作成。](#)
- ・ [評価指標は、市町村が簡便に把握可能、かつ県も閲覧できる項目とし、算出方法は、現行システム（KDB+大分県独自の外付けシステム）で抽出できる方法を優先に設定。](#)
- ・ 34指標については、[経年比較（H30の県を100としその値をベースに各市町村の経年変化を比で表示）並びに横比較（各年の県を100として、各市町村の比を表示）](#)が可能なよう、[H30～R4年分の5歳刻みのデータセット](#)を県で作成・市町村に提供。
- ・ 市町村では、共通評価指標に加え市町村の実情に応じた[独自の評価指標を設定可。](#)

大分県における共通評価指標

* I：すべての都道府県で設定することが望ましい指標

II：地域の実情に応じて都道府県が設定する指標

独自①：都道府県が独自に設定した指標のうち、全市町村共通の指標（独自①及びIの計8指標が共通項目）

独自②：都道府県が独自に設定した指標

○発症予防・重症化予防

#	分類*	区分	指標
17	独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、eGFR45未満の者（受診勧奨判定値を超える者）の割合
18	II・独自②	全体アウトカム	特定健康診査受診者のうち、BMI20以下の者の割合（65～74歳）
19	独自②	全体アウトカム	【咀嚼】何でもかんで食べることができる人の割合
20	独自②	個別事業アウトカム	受診勧奨判定区分該当者のうち医療機関受診者の割合（血糖・血圧・脂質）
21	独自②	個別事業アウトカム	特定健康診査受診者でHbA1C6.5%以上の者のうち、糖尿病の治療を受けている者の割合

○生活習慣

#	分類*	区分	指標
22	独自②	全体アウトカム	【栄養・食事】週3回以上就寝前2時間以内に夕食をとる人の割合
23	独自②	全体アウトカム	【栄養・食事】週3回以上朝昼夕の3食以外に間食や甘いものをとる人の割合
24	独自②	全体アウトカム	【栄養・食事】人と比べて食べる速度が速い人の割合
25	独自②	全体アウトカム	【運動】日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する人の割合
26	II・独自②	全体アウトカム	【運動】1回30分以上、週2日以上、1年以上運動を実施している人の割合
27	独自②	全体アウトカム	【喫煙】たばこを習慣的に吸っている人の割合

○特定健康診査

#	分類*	区分	指標
28	I・独自①	全体アウトカム	特定健康診査実施率
29	独自②	全体アウトカム	健診未受診かつ医療受診者のうち生活習慣病有の割合

○特定保健指導

#	分類*	区分	指標
30	I・独自①	個別事業アウトカム	特定保健指導実施率（終了者の割合）
31	独自②	個別事業アウトカム	特定保健指導【積極的支援・40～64のみ】実施率（終了者の割合）
32	独自②	個別事業アウトカム	特定保健指導【動機付け支援】実施率（終了者の割合）
33	I	個別事業アウトカム	特定保健指導対象者の減少率
34	独自②	個別事業アウトカム	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

鳥取県

人口（令和5年）	545,378人	国保被保険者数（令和5年）	105,900人	国保事業主管課	医療・保険課
市町村数	19	データヘルス計画に主に関与している国保担当の職員数(事務職)	0人 (専任なし)	データヘルス計画に主に関与している国保担当の職員数(専門職)	1人

データ分析センターを中心とした県・国保連・大学の3者連携

本取組のポイント

- ・県が市町村ニーズの把握、国保連が分析結果の作成、大学が分析への助言を担い、データ分析を推進
- ・国保連内にデータ分析センターを設置し、市町村ごとの医療費や疾病等を分析したデータ集を作成、公表

取組経緯

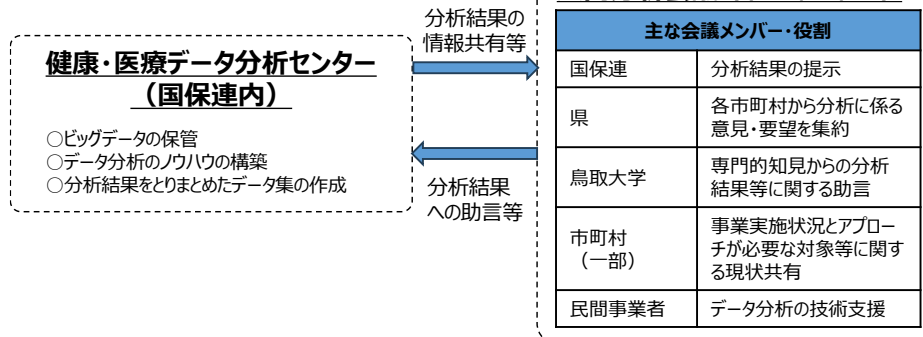
- H30年度以前から、県と国保連それぞれが、鳥取大学から助言を受け、データ分析を開始。
- H30年度から、県と国保連が連携し、KDBシステムを活用した分析結果を市町村へ提供。
- R元年度に、**県、国保連、鳥取大学の3者**で、健康寿命延伸や医療費適正化を目指した**連携協定を締結**。

課題

- | | |
|-----|------------------------------------|
| 県 | ○分析を行うマンパワーやノウハウが不足していた点。 |
| 国保連 | ○県全体の、分析に係る要望や第三者からの助言等を集約できなかった点。 |

「健康・医療データ分析センター」の取組

- R2年度に**国保連内に「健康・医療データ分析センター」を設置**。
- 専門的な知見を踏まえた分析を行い、効率的・効果的な事業展開を支援するため、**県、国保連、大学等が参画する「健康・医療データ等共同分析会議」を設置**。



健康・医療データ分析センターのポイント

- 県が、各市町村から要望・困難点を集約**し、国保連へ相談。
- 国保連は、要望を踏まえ、**大学の助言を受けながらデータ分析**を実施。
- KDBシステム等を活用して、市町村ごとの医療費や疾病等を分析したデータ集を作成、**県のHPでデータ集の一部を公表**。市町村ごとに、分析結果の考察となる「まとめ」を記載。
- 市町村へ提供するデータ集には、地区単位の詳細な分析結果も掲載。
- データ分析の重要性が県内市町村に広がり、**市町村におけるKDBシステム活用頻度が増加**。詳細な分析ニーズも増加し、市町村からの計画策定支援を含む分析依頼件数が増加。

分析結果の市町村での活用

- ①**保健事業の企画・実施支援**
- データヘルス計画の策定・事業評価に活用。
- ②**住民の健康教育支援**
- 地区単位の分析結果を、公民館等での健康教育の資料として活用。

今後の予定

- 策定した計画や実施した保健事業の評価が必要となるため、**効果分析に注力**。

他都道府県への展開ポイント

- アカデミア等との**協力体制の構築**。
- 「データ分析センター」がデータ活用の支援、県やアカデミアとの連携・相談、他市町村の情報共有など、**保険者にとってデータ分析に関する課題をワンストップで支援する機関**として運用。
- 同センターを中心に、県、国保連、アカデミアが、**継続的に連携**することで、**ノウハウを蓄積**。

鳥取県の国保 ～KDBデータ（医療・健康・介護）から見る鳥取県及び市町村別の姿

平成30年度から県の取組として、国保データベース（KDB）システム等を活用して市町村ごとの医療費や疾病等の分析を加え、その結果を本書のとおり「鳥取県の国保」としてまとめています。

URL : <https://www.pref.tottori.lg.jp/283603.htm>

<KDBデータ集（市町村版例）>

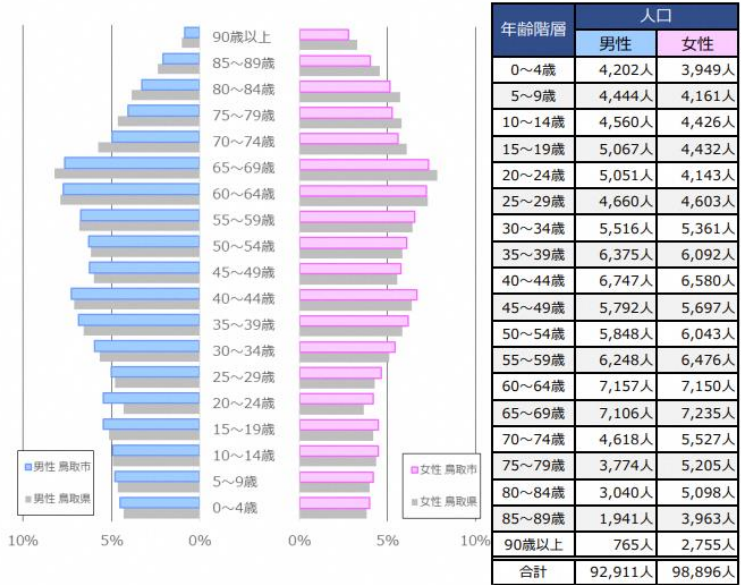
【別冊】各市町村の状況 - 鳥取市

1. 概要

人口総数	191,807人	
高齢化率	26.6%	
	国保	後期
被保険者数	35,972人	27,531人
人口に占める被保険者数の割合	18.8%	14.4%
平均年齢	56.4歳	83.2歳

出典：KDB帳票No. 3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和3年度累計）

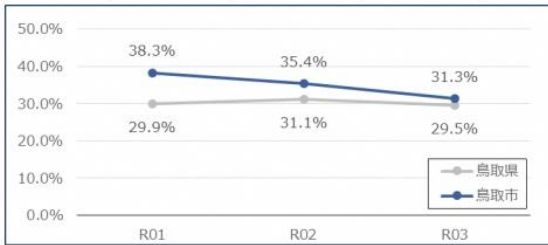
■ 人口ピラミッド（平成27年度）



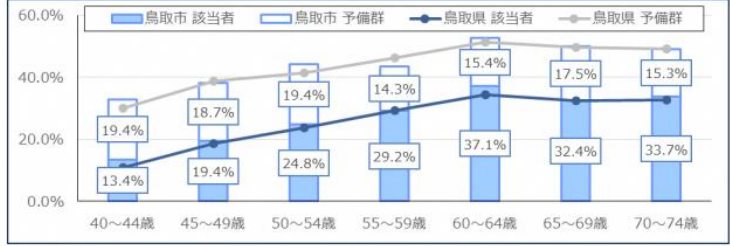
出典：KDB帳票No. 5 人口及び被保険者の状況（令和3年度累計）

国保 特定保健指導実施率

年度	対象者数	実施率		(参考) 県実施率	(参考) 国実施率
		受診者数	実施率		
R01	932人	357人	38.3%	29.9%	29.3%
R02	933人	330人	35.4%	31.1%	26.9%
R03	904人	283人	31.3%	29.5%	-



国保 【男性】年齢階級別メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（令和3年度）



国保 【女性】年齢階級別メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合（令和3年度）



出典：特定健診データ管理システム法定報告資料（各年度）
国実施率は、厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」を参照

鳥取県の国保 ～KDBデータ（医療・健康・介護）から見る鳥取県及び市町村別の姿

<KDBデータ集（市町村版例）>

【別冊】各市町村の状況 - 鳥取市

後期 後期高齢者医療健康診査実施率（令和3年度）

年度	対象者数	受診者数		(参考) 県実施率
		受診者数	実施率	
R01	26,890人	5,925人	22.0%	21.8%
R02	26,602人	5,717人	21.5%	20.8%
R03	26,956人	5,532人	20.5%	20.3%



出典:KDB帳票No.4 市区町村別データ（各年度累計）

後期 後期高齢者の質問票回答状況（令和3年度）

後期高齢者の質問票	男性		女性		
	鳥取市	標準化比	鳥取市	標準化比	
健康状態	よい	22.7%	*83.9	18.3%	*83.1
	まあよい	18.0%	97.9	18.2%	*110.9
	ふつう	50.3%	*111.2	51.3%	101.2
	あまりよくない	8.0%	98.5	10.8%	*112.1
	よくない	1.0%	84.5	1.3%	113.2
心の健康状態	満足	50.5%	99.9	45.4%	99.7
	やや満足	40.4%	98.7	42.6%	95.3
	やや不満	7.7%	103.4	10.6%	*124.9
不満	1.4%	126.9	1.4%	113.0	
食習慣	1日3食きちんと食べる	94.9%	100.3	95.6%	100.8
口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくい	24.9%	94.5	28.9%	*93.4
	お茶や汁物等でむせる	16.9%	*86.2	21.5%	97.3
体重変化	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少	11.5%	99.2	12.1%	103.1
運動転倒	以前に比べて歩く速度が遅い	58.1%	101.4	65.5%	*104.3
	この1年間に転んだ	17.4%	107.8	21.3%	105.1
	ウォーキング等の運動を週に1回以上	58.0%	*88.1	50.8%	*87.5
認知機能	同じことを聞くなどの物忘れあり	17.8%	*111.0	20.6%	*111.1
	今日の日付がわからない時あり	26.6%	*110.3	29.2%	106.0
喫煙	吸っている	7.8%	92.2	1.0%	*54.2
	吸っていない	49.4%	*90.7	97.0%	102.2
	やめた	42.8%	*115.4	2.0%	*62.1
社会参加	週に1回以上は外出	91.2%	101.6	86.1%	98.6
	家族や友人と付き合いがある	93.8%	101.9	94.1%	99.4
ソーシャルサポート	身近に相談できる人がいる	94.4%	100.5	96.5%	100.8

※全国と比較をした時の年齢調整後の標準化比（間接法）を表示している。
※「*」は、全国に比べて有意な差(p<0.05)があることを意味する。

出典:KDB帳票No.6 質問票調査の状況（令和3年度）

■ 要介護度別1件当たり介護給付費（令和3年度）



出典:KDB帳票No.1 地域の全体像の把握 各年度(令和3年度)

5. まとめ（注:以下のページ番号は、県のHPと同じ。）

医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・国保における外来の一人当たり医療費が増加している。(市P3) ・国保において、男女ともに内分泌の外来医療費は県平均よりも低いが、後期では県平均よりも高い。(県P21-22、市P3-4) ・歯科の受診率が国保では県内で最も高く、後期でも県内2番目に高い(県P29-30)
健康診査の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・国保における健診未受診者・医療無受診者割合が県内で最も高い。(県P49-50) ・国保における、特に男性の血糖の受診勧奨率が県平均より高い。(市P12) ・肥満者の割合が国保において、県内で3番目に低い。(県P57)
介護の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定率は、県平均より高い。(県P64) ・新規要介護認定者における、脊椎・椎間板・脊髄障害の有病率が県内で3番目に低く、脳卒中の有病率は県内で2番目に低い。(県P68、70)
健康スコアリングから見える課題、助言等	<ul style="list-style-type: none"> ・後期の血糖リスクは国平均よりも良いが、国保は国平均よりも血糖リスクが高い。(県P73、75) ・国保の運動習慣リスク、後期の運動転倒リスクの両方とも国平均より高いため、運動事業を推進することが重要であると考えられる。(県P77、80) ・肝機能リスクにおいて、国保、後期ともに県平均より高いため、食事習慣を中心とした対策事業の推進が必要であると考えられる。(県P74、76)

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
1	山形県 山形市	P.30	<p>人口（令和5年）：239,326人／国保被保険者数：42,531人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：43.5% / 29.7%</p> <p>タイトル：「SUKSK（スクスク）生活」をキーワードとしたポピュレーションアプローチの取組 健康課題：データ分析により、市民の健康寿命を損なう主な原因が「認知症」「運動器疾患」「脳血管疾患」の3つであることが判明。発症リスク低減には、比較的若いうちから生活習慣病の予防を意識した行動をとることが重要であるが、特に健康に関心が薄い現役世代への効果的な取組が不足。</p> <p>取組内容：市全体で取り組む健康ポイント事業SUKSKを展開。健診受診など健康づくり実践の取組にポイントを付与。市内企業に健康ポイント事業への登録を促すことで、現役世代層の参加者を増やすと共に、企業の健康経営を支援。</p>
2	茨城県 那珂市	P.31	<p>人口（令和5年）：53,683人／国保被保険者数：11,183人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：38.9% / 61.4%</p> <p>タイトル：生活習慣病重症化予防につながる重複・多剤服薬訪問事業 健康課題：市国保の1人当たり医療費が年々増加傾向にあり、県内市町村平均を上回る状況。また、重複・多剤服薬の対象者に対し、適切な訪問指導を行うためには、薬剤の専門知識が不足。</p> <p>取組内容：KDBシステムで基準に基づき対象者を抽出、除外基準対象者を除き、レセプトや健診情報から個票を作成。地区薬剤師会から選任された薬剤師より助言を受け、市職員が訪問指導（1～2回）を実施。市の専門職が訪問指導を実施することで、重複・多剤服薬の背景を捉えた個別支援を展開。</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
3	群馬県 明和町 千代田町	P.32	<p>人口（令和5年）：10,822人／国保被保険者数：2,283人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：52.7% / 19.8 %</p> <p>タイトル：館林市邑楽郡1市5町の連携による糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組</p> <p>健康課題：館林市邑楽郡全体で糖尿病性腎臓病の患者、人工透析が多い。各市町で別々に重症化予防事業を実施していた。</p> <p>取組内容：1市5町の関係職員が出席する「館林市邑楽郡保健事業検討会議」を毎年度開催し、共同で「糖尿病性腎臓病重症化予防事業実施要領」や「保険者抽出による受診勧奨・保健指導の事業実施手順」を作成することで、統一的な事業推進を図った。</p>
4	千葉県 松戸市	P.33	<p>人口（令和5年）：497,964人／国保被保険者数：93,652人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：34.8% / 21.7%</p> <p>タイトル：地域関係者とのネットワーク会議を核とした糖尿病重症化予防の取組</p> <p>健康課題：第1期データヘルス計画策定時点では、非肥満の高血糖の者が多かったが、肥満でない者は特定保健指導にも該当しないため、糖尿病対策が不十分。</p> <p>取組内容：医師会と行政専門職等によるネットワーク会議を設置し、「松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」や対策ツールを作成し、全市的体制を構築。保健衛生部局でも発症予防の保健指導を実施。分析データに加え、保健活動による質的データを組み合わせ、効果的な事業立案を促進。</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
5	岐阜県 下呂市	P.34	<p>人口（令和6年3月末）：29,803人／国保被保険者数：5,888人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：51.1% / 86.9%</p> <p>タイトル：官民連携による健康課題の解決に向けた「減塩対策」の取組 健康課題：飛騨地方特有の食文化から、日頃の食生活で塩分摂取量が多く、健診時の尿中塩分測定においても、高い傾向。高血圧対策に向けた減塩の取組は、行政だけではアプローチできる対象者等に限界があり、市全域での食環境整備が必要。 取組内容：医師会、薬剤師会や商工会等の地域関係機関と市の関係課からなる減塩推進委員会を組織し、官民連携による推進体制を構築。全ライフコースへの尿中塩分測定や高血圧リスク者への全員に対する家庭訪問に加え、減塩推進協力店の認定や市民への減塩啓発など市独自の取組を踏まえた効果的な事業を推進。</p>
6	兵庫県 たつの市	P.35	<p>人口（令和5年）：73,649人／国保被保険者数：14,863人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：35.5% / 43.9%</p> <p>タイトル：KDBデータの分析に基づく国保の保健事業と連携した一体的実施を効果的に推進 健康課題：健診の結果、後期高齢者は糖尿病の要医療判定者の割合が多いが、国保の糖尿病性腎症重症化予防プログラムが75歳未満までのため、継続的な支援が厳しい現状があった。要介護の原因となる骨折患者は後期高齢者の6人に1人であり、1保険者当たりの医療費点数が市内で最高値。 取組内容：医師会、歯科医師会、薬剤師会等外部機関と協力体制を構築し、国保の保健事業と連携した糖尿病性腎症重症化予防訪問、骨折予防訪問等の一体的実施を推進。</p>

5.市町村のヒアリングサマリ

No	市町村	掲載	市町村情報・掲載内容
7	福岡県 古賀市	P.36	<p>人口（令和5年）：59,241人／国保被保険者数：10,587人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：33.1% / 69.1%</p> <p>タイトル：特定健診実施率に向けて地域拠点の活用を推進 健康課題：地域の健康課題を自分ごととして捉え、主体的な活動を推進していくことが重要であり、そのための体制整備が必要であった。 取組内容：市民力を活かした特定健診等の受診率向上の取組として、地域との健康課題共有・市民サポーターの養成、地域での出前講座やヘルス・ステーションの場で、健診の必要性等を啓発。ICTを活用した分析・課題の共有。</p>
8	佐賀県 多久市	P.37	<p>人口（令和5年）：17,971人／国保被保険者数：3,776人 特定健診実施率／特定保健指導終了率（令和4年度）：60.2% / 70.0%</p> <p>タイトル：糖尿病連携手帳を活用した保健指導による糖尿病性腎症重症化予防事業 健康課題：多久市では治療中であってもHbA1cの値が高い対象者が全国と比べ、多い傾向にあった。治療中の対象者によっては、薬物治療だけでは改善せず、特に生活習慣・食生活の改善が課題であった。医師と連携した保健指導を行うこと、さらに栄養面の指導体制を整えることが求められていた。 取組内容：糖尿病連携手帳を活用し、主治医訪問を行い、地区担当保健師・管理栄養士が治療中患者も対象者としてアプローチ</p>

山形県山形市

人口（令和5年）	239,326人	国保被保険者数	42,531人	国保事業主管課	国民健康保険課
専任職員数 （事務職）	4名 （国保担当）	専任職員数 （専門職）	1名 （健康増進課）	特定健診実施率・特定保健指導 終了率（令和4年度）	43.5% / 29.7%

「SUKSK(スクスク)生活」をキーワードとしたポピュレーションアプローチの取組

本取組のポイント

- ・目指す都市像として「健康医療先進都市」をビジョンに掲げ、健康寿命の延伸に向けた取組を市全域で推進
- ・健康ポイント事業で市内企業の事業所登録の推奨を行い、健康意識が薄い現役世代層にも効果的にアプローチ

取組経緯

経緯

- 県内でも医療資源が豊富であること等を生かし、「健康医療先進都市」を市の長期ビジョンに掲げまちづくりを推進。
- H31年4月、市保健所の開設に合わせ、医師をはじめ専門職によるシンクタンクを設置。

課題

- データ分析により、市民の健康寿命を損なう主な原因が「認知症」「運動器疾患」「脳血管疾患」の3つであることが判明。
- 特に健康に関心が薄い現役世代への効果的な取組が不足。

対策の方向性

- 市民の健康に対する意識を高めることを目的に、食事（S）、運動（U）、休養（K）、社会（S）、禁煙・受動喫煙防止（K）の頭文字を使い「SUKSK生活」を提唱し市全体の取組を実施。
- R元年よりスマホアプリを活用し、市全体で取り組む健康ポイント事業SUKSKを展開。健診受診など健康づくり実践の取組にポイントを付与。

取組内容

実施内容

- 健康ポイント事業を活用したSUKSK事業の推進
SUKSK生活を無理なく楽しみながら実践できるように、R元年9月に18歳以上の市民等を対象に健康ポイント事業を開始。スマホアプリ等を活用し、歩数計測やQRコード読取、セルフチェック、健診受診、アンケート機能等でポイントを獲得できる仕組みを構築。
- 様々な健康づくりの取組を後押しする仕組みづくり
歩数だけでなく、健診受診、日常の健康行動、街なかイベント、清掃活動、スポーツ観戦等幅広い取組にポイント付与を活用。
- 現役世代層の登録促進
市内企業に健康ポイント事業への登録を促すことで、現役世代層の参加者を増やすと共に、企業の健康経営を支援。

関係者の役割・体制

- 健康増進課（保健所）
健康増進課にSUKSK推進係を設置。ポイントの対象とする事業は全庁的に公募し、保健や介護だけでなく、街づくりや環境、防災、子育て等様々な部署が関与。
- 国民健康保険課
国保保健事業を健康増進課と連携し実施。特定健診受診率向上や被保険者の生活習慣病予防にポイント事業を積極的に活用。
- 外部関係者
山形大学と連携協定を締結しているほか、山形市健康医療先進都市推進協議会を設置し、医師会や住民団体、関係機関など様々なステークホルダーと連携。
※健康医療先進都市の確立に向けた政策展開は全市的に実施

結果

取組の成果

- 登録者数
R5年12月時点で約13,000人が登録。
- 健康意識の向上
参加者の約9割が行動変容があったと回答。
- 現役世代の参加
登録者のうち、60歳未満が66%。

他市町村への展開

展開のポイント

- 「健康寿命の延伸」という課題を自治体全体で共有し、ビジョンや各種政策がつながることで、庁内・庁外が連携し全市的推進体制を構築。
- 市内企業を巻き込み、現役世代層の健康づくりを支援。
- 健診受診でのポイント付与活用による健診受診率の向上。

人口（令和5年）	53,683人	国保被保険者数	11,183人	国保事業主管課	保険課
専任職員数（事務職）	1名	専任職員数（専門職）	1名（健康推進課）	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和4年度）	38.9% / 61.4%

生活習慣病重症化予防につながる重複・多剤服薬訪問事業

本取組のポイント

- ・重複・多剤服薬の課題に対し、薬の専門家である地区薬剤師会との連携で、訪問指導時の確認事項を明確化
- ・地域を把握している市の専門職による訪問指導で、重複・多剤服薬の背景を捉えた個別支援を展開

取組経緯

経緯

- R4年度より、重複・多剤服薬の取組の担当が、保険課から健康推進課に変更。
- H30年より、常陸大宮薬剤師会（以下、地区薬剤師会）とは、「おくすり整理パック」の配布等で連携、相談できる関係を構築。

課題

- 市国保の1人当たり医療費は年々増加傾向。県内市町村平均を上回る状況。
- 重複・多剤服薬の対象者に対し、適切な訪問指導を行うためには、薬剤の専門知識が不足。

対策の方向性

- 適正受診や健康管理に関する対象者の意識を高め、医療費の適正化を図るため、KDBやレセプト、健診情報等を事前に把握し、**個票を作成**。
- 訪問指導前に個票について**地区薬剤師会から助言**を受け、**対象者に合った保健指導を実施**。

取組内容

実施内容

- 対象者の抽出と個票作成**
KDBシステムで基準に基づき対象者を抽出、除外基準対象者を除き、**レセプトや健診情報から個票を作成**。
 - ・重複処方者：2月診療分のうち1月に2医療機関以上から同一薬効の薬剤を2種類以上投与されている者。
 - ・多剤処方者：2月診療分のうち1月に6種類以上の薬剤を90日以上にわたり投与されている者。
- 地区薬剤師会のアドバイスと訪問指導**
作成した個票を基に、服薬内容に関する所見や訪問指導時に確認すべき点について**地区薬剤師会から選任された薬剤師より助言**を受け、**市職員が訪問指導（1～2回）を実施**。
- 事業評価と地区薬剤師会との共有**
訪問終了後、2～3か月後に**レセプトの確認、効果評価を実施**。年度末に地区薬剤師会と内容を共有。次年度の事業に向けた課題等を協議。

関係者の役割・体制

- 市の実施体制**
健康推進課の保健師が対象者の抽出や個票作成、地区薬剤師会への相談を実施。訪問指導時には保険課の事務職と健康推進課の保健師（対象者に応じて地区担当の保健師）が対応。
- 地区薬剤師会**
本事業に関する委託契約を地区薬剤師会と締結。地区薬剤師会より選任された**担当薬剤師を中心に協力**。
- その他の関係者**
事業実施や評価に当たってのKDBシステムの操作については、都度、国保連に相談、国保連から助言。

結果

取組の成果

- 訪問実施状況**
R5年度は重複・多剤服薬の対象者11名全員に訪問を実施。
- 改善率**
多剤処方者の9割が薬剤数が減少。医療・調剤レセプトは7,290点減少。

他市町村への展開

展開のポイント

- 他事業で構築してきた良好な関係を基に、地区薬剤師会と連携**。
- 担当薬剤師の助言**により、訪問指導時の説明事項や確認点を明確化。
- 地域を把握している市の専門職が訪問指導を実施することで、重複・多剤服薬の背景（生活習慣など）を把握し、健康を阻害する要因に個別支援を展開**。

群馬県明和町、千代田町

※右記は明和町の情報

人口（令和5年）	10,822人	国保被保険者数	2,283人	国保事業主管課	住民保険課
専任職員数（事務職）	0名	専任職員数（専門職）	1名	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和4年度）	52.7%/19.8%

館林市邑楽郡 1市5町の連携による糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組

本取組のポイント

- ・1市5町と館林市邑楽郡医師会との密な連携による、広域的な糖尿病性腎臓病重症化予防推進体制の構築
- ・事業の統一化を図るため実施要領・実施手順を作成し、1市5町で毎年見直しを図りながら効果的な事業を推進

取組経緯

経緯

- H30年度以前は一部の県内市町村がそれぞれ独自の基準で事業を実施。H31年3月に県が「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を策定し、基準が統一。
- 上記に併せて、館林市が館林市邑楽郡医師会へ事業方針を相談した際、**1市5町で基準を揃えて実施するよう助言**。

課題

- 館林市邑楽郡全体が人工透析が多い地域。
- 各市町で別々に事業を実施（もしくは未実施）。医師会との連携も各市町で実施。

対策の方向性

- 1市5町で統一した事業推進ができるように、**各市町の事業担当者で会議を開催**し、意思統一などを図りながら共同実施の体制構築を検討。

取組内容

明和町：R5年度の幹事（輪番制）
千代田町：R5年度の副幹事（同）

実施内容

- 館林市邑楽郡保健事業検討会議の開催**
1市5町の国保主管課、健康増進主管課の職員が出席する検討会議を毎年度開催し、事業方針の決定や事例の共有を実施。**事務局は毎年度の1市5町の輪番制**。
- 事業実施要領・事業実施手順の作成**
保健事業の対象者や方法、行政と医師会の役割等をまとめた「**糖尿病性腎臓病重症化予防事業実施要領**」と事業の中で使用する具体的な様式やフローチャート等をまとめた「**保険者抽出による受診勧奨・保健指導の事業実施手順**」を作成し、毎年1市5町で微修正しながら運用。
- 明和町の受診勧奨・保健指導の取組**
未受診者・治療中断者への通知と訪問による受診勧奨と、通院中患者への訪問・来所での面談による保健指導を実施。
- 千代田町の受診勧奨・保健指導の取組**
未受診者・治療中断者への訪問による受診勧奨と、通院中患者への来所での面談による保健指導を実施。

関係者の役割・体制

- 館林市邑楽郡医師会との連携**
毎年度初めに、1市5町の連名で事業方針に関する医師会との打合せを実施。事業実施要領・事業実施手順を用いて説明。
- 明和町の庁内連携**
事業対象者抽出、受診勧奨、保健指導の実施、事業効果検証を住民保険課が担当し、保健指導については保健衛生部局の保健師や管理栄養士に協力依頼。KDBの情報、課題等は保健衛生部局、介護保険部局へも共有し課題認識を共有。

結果

取組の成果

- 1市5町の連携により、
- 1市5町間の**日常的なコミュニケーション**の円滑化。
- 医師会への依頼や調整をまとまった形で実施**。
- 各自治体の受診勧奨や保健指導の方法等の情報共有をすることで**互いに効果的なノウハウ**を習得。

他市町村への展開ポイント

ポイント

- 事務局（幹事・副幹事）を輪番制で回しながら検討会議を毎年行うことで、**各自治体の担当者が異動になった際も、後任の者が情報を得やすく、継続的な推進体制を構築**。
- 市町が基準を揃えて事業を実施することで、**医師会との連携・調整が円滑化**。1市5町の連名で医師会と連携を取ることで、事業方針の説明や事業の見直し等の事業実施を効率化。

千葉県松戸市

人口（令和5年）	497,964人	国保被保険者数	93,652人	国保事業主管課	国保年金課
専任職員数（事務職）	3名	専任職員数（専門職）	3名	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和4年度）	34.8% / 21.7%

地域関係者とのネットワーク会議を核とした糖尿病重症化予防の取組

本取組のポイント

- ・地域関係者ネットワーク会議を設置し、関係機関との協議を重ねながら、糖尿病重症化予防の全市的体制を構築
- ・国保の対象者だけでなく、市全体の健康課題として捉え、同じプログラム等に基づき糖尿病予防及び重症化予防の取組を推進

取組経緯

経緯

- 市の糖尿病患者数は国や県より低いにもかかわらず、透析や糖尿病性腎症の新規患者数が増加傾向。
- 地区医師会と課題を共有し、H30年度に、医師会有志と国保課専門職による「**松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議**」を設置。

課題

- 第1期データヘルス計画時点では、非肥満の高血糖の者が多かったが、肥満でない者は特定保健指導にも該当しないため、糖尿病対策が不十分。予防の取組は対象者への通知のみ実施。

対策の方向性

- 第2期データヘルス計画でネットワーク会議の設置を明記。
- 国保だけでなく、市健康増進計画において、**糖尿病対策を共通課題**として取り上げ、**全市的な体制を構築**。

取組内容

実施内容

- 地域関係者によるネットワーク会議の設置**
透析導入患者の増加抑制を目的に、医師会と行政専門職等によるネットワーク会議を設置（市医師会が準備を推進、国保年金課が事務局を担当）。
- 重症化予防プログラムの作成**
ネットワーク会議で「**松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム**」を作成し、H31年4月から運用。R5年度の新プログラム策定時には、国保の特定健診受診者だけでなく、市全体の健康課題として捉え、医療機関受診時に基準を超えた者を紹介できるように改訂。
- CKD対策ツールの作成と活用**
患者本人と医療関係者が共通認識を持ってCKD対策に取り組めるように、「**CKDシール**」を作成し、市薬剤師会を中心に運用。
- 保健指導の実施**
プログラムに沿って、6か月の期間を設定し、面談や電話で支援。保健衛生部局でも**糖尿病の発症予防のための保健指導を実施**。

関係者の役割・体制

- 国保年金課内の役割分担**
事務職はシステム改修や予算確保等、専門職はネットワーク会議の外部調整や重症化予防の保健指導を中心に実施。
- 庁内や外部関係者との連携**
保健・福祉部門所属の専門職（保健師・歯科衛生士等）がネットワーク会議に参加。医師会（糖尿病及び腎臓専門医等代表）、歯科医師会、薬剤師会等がネットワーク会議に参加。**それぞれが主体的に重症化予防を実施**。

課題

- 重症化予防プログラム運用体制の拡充**
新プログラムにて対象者の抽出フローが複雑化したため、協力医療機関が減少。**今後、フローを分かりやすく工夫することを予定**。

結果

取組の成果

- 透析患者数の減少**
H28年度394人 → R4年度352人に減少、新規患者も減少傾向
- 糖尿病未治療者の減少**
H28年度41% → R4年度33.9%に減少

他市町村への展開

展開のポイント

- 医師会等と市の課題や実態を共有**し、庁内関係各課も含め、チーム一丸となって推進。
- 患者と医療関係者が**共通認識を持って支援**できるようにプログラム・対策ツールを作成。
- 国保課だけでなく保健衛生部局でも発症予防の保健指導を実施。
- 分析データに加え、保健活動による質的データを組み合わせ、効果的な事業立案を促進**。

岐阜県下呂市

人口（令和6年3月末）	29,803人	国保被保険者数	5,888人	国保事業主管課	市民サービス課
専任職員数 （事務職）	1名	専任職員数 （専門職）	0名	特定健診実施率・特定保健指導 終了率（令和4年度）	51.1%/86.9%

官民連携による健康課題の解決に向けた「減塩対策」の取組

本取組のポイント

- ・市の特徴的健康課題の解決に向け「減塩対策」を目的とした官民連携による全市的取組体制を構築
- ・尿中塩分測定や高血圧リスク者への全員に対する家庭訪問に加え、食環境の整備など市独自の取組を踏まえた効果的な事業を推進

取組経緯

経緯

○高血圧及び脳血管疾患で受診している割合が、H23～H28年度の間、県内でワースト5位以内の状況。
○H29年に、医師会・医療機関へ市の健康課題を報告した際、**減塩の取組に賛同を得た。**

課題

○飛騨地方特有の食文化から、日頃の食生活で塩分摂取量が多く、健診時の尿中塩分測定においても、高い傾向。
○高血圧対策に向けた減塩の取組は、行政だけではアプローチできる対象者等に限界があり、市全域での食環境整備が必要。

対策の方向性

○高血圧者への保健指導の強化や、**全ライフコースへの減塩アプローチ**を実施。
○医師会、薬剤師会や商工会等の地域関係機関と市の関係課からなる減塩推進委員会を組織し、**官民連携による推進体制を構築。**

取組内容

実施内容

- 健診時の尿中塩分測定**
H24年度より、3歳児から国保特定健診対象年齢の者までの全ライフコースへの健診時に、**尿中塩分測定を導入。**
- 高血圧者への家庭訪問**
Ⅱ度以上高血圧者へは、全員に対して家庭訪問を実施。
- 減塩推進協力店の認定・スマートミール®申請支援**
減塩商品を販売する小売店、減塩食を提供する飲食店を**減塩推進協力店として認定。**飲食店のスマートミール®申請に向けた、**市の管理栄養士によるメニュー監修等支援。**
- 市民への減塩啓発、意識付け**
毎月14～20日を**減塩週間とし取組強化。**市内小学1年生の全家庭への塩分計配付、郷土料理の**減塩レシピ作成と周知**、学校栄養教諭等による児童生徒への適塩教育、健康ポイント事業と連携した**減塩商品購入促進**を実施。

関係者の役割・体制

- 庁内連携**
健康医療課の保健師が国保の兼務辞令を受け、データ分析等を実施。市民サービス課が尿中塩分検査等の健診関係の事務を担当。
- 減塩推進委員会での連携**
医師会・薬剤師会・食品衛生協会・商工会・調理師会等の**民間団体や市の関係課で連携し、市全体で取組を支援。**
- 市内の食料品店との連携**
健診の受診勧奨とともに、**来店者へのチラシ配布や減塩食品の紹介等、減塩に関する普及・啓発**を実施。

結果

取組の成果

- 高血圧受療率・脳血管疾患受療率の低下**
減塩啓発の取組を通して、**高血圧受療率・脳血管疾患受療率が低下。**
高血圧：ワースト3位（H25）→14位（R3）
脳血管疾患：ワースト1位（H25）→21位（R3）

他市町村への展開ポイント

ポイント

- 塩分摂取量が多いことが健康課題であることを踏まえ、幼児からの**尿中塩分測定の導入**、小学1年生がいる全家庭への**塩分計の配付、スマートミール®の申請支援等。**
- 減塩推進委員会を設置**することで、情報共有をしながら、市の健康課題の解決に向け、**官民一体の取組を実現。**

兵庫県たつの市

人口（令和5年）	73,649人	国保被保険者数	14,863人	国保事業主管課	国保医療年金課
専任職員数（事務職）	1名	専任職員数（専門職）	1名	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和4年度）	35.5%/43.9%

KDBデータの分析に基づく国保の保健事業と連携した一体的実施を効果的に推進

本取組のポイント

- ・KDBを活用した市の健康課題分析をふまえ、後期高齢者への予防効果が高い疾患対策（保健事業）を企画
- ・庁内連携会議を実施し、医師会・地域のコメディカルとともに訪問支援体制を構築

取組経緯

経緯

- 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業相談会で健康課題の根拠となる原因を把握できる分析をするよう助言を得る。
- 一体的実施担当の専任職員（保健師）がKDBデータ等を活用し、健康課題の原因把握を目的に、課題の再分析実施。

課題

- 健診の結果、後期高齢者は糖尿病の要医療判定者の割合が多いが、国保の糖尿病性腎症重症化予防プログラムが75歳未満までのため、継続的な支援が厳しい現状があった。
- 要介護の原因となる**骨折患者は後期高齢者の6人に1人**であり、1保険者当たりの**医療費点数が市内で最高値**。

対策の方向性

- 市の健康課題のうち、後期高齢者にも予防的効果があると考えられる、糖尿病重症化予防、骨折予防等を柱に、保健事業と介護予防の一体的実施の取組（全4種）を推進。

取組内容

実施内容

- 糖尿病性腎症重症化予防訪問**
治療中者、治療中断者、未治療者を糖尿病性腎症重症化予防プログラムの基準に基づき抽出し（業務委託）、**かかりつけ医と本人の意向踏まえて対象者を選定**。保健師、管理栄養士が自宅に訪問し、生活状況の確認と保健指導を実施。
- 骨折予防訪問**
後期高齢者質問票により、**歩行速度低下と転倒歴のいずれにも該当し、要介護認定を受けていない方**で、健康状態を踏まえ対象者を選定し、理学療法士、保健師、管理栄養士、歯科衛生士が訪問し、健康状態や生活状況を確認し、転倒骨折リスクをアセスメントし、保健指導を実施。

関係者の役割・体制

- 庁内連携会議**
関係4課（地域包括支援課・国保医療年金課・健康課・老年福祉課）で年に3,4回実施し、**関係各課が重点課題としている健康課題を共有**するとともに、**データ分析内容との整合性を確認**。またケースを用いた**介入方法の検討**なども実施。
- 国保連合会**
支援・評価委員会において、対象者の抽出基準、除外条件の設定等に関する相談に対して助言。
- 後期高齢者医療広域連合**
本取組に関する指導・助言や、一体的実施の進め方、計画策定に関する目標値の考え方に関する研修を実施。
- 外部機関との連携**
医師会、薬剤師会、歯科衛生士会、栄養士会による事業への助言・支援。

結果

取組の成果

- 糖尿病性腎症重症化予防訪問** **地域包括課が国保事業と連携し、医師会、事業担当医師、薬剤師と協力体制**を構築した支援ができた。訪問指導件数（実人数）:10/14人(71.4%)
- 骨折予防訪問** 訪問指導件数(実人数):48/76人、
- 支援開始後の転倒有無：転倒なし21人/28人（75%）

他市町村への展開ポイント

ポイント

- KDBデータを活用した健康課題の原因となる要因分析**
健康課題の原因となる要因を細かく分析することで、**後期高齢者に予防的効果が高い事業を優先的に企画・実施**。
- 庁内連携会議**
1つの課で行うには限界があり、国保担当部局に専門職の配置がなく、日常からコミュニケーションを図り、他部署と連携・協力することで、円滑な事業運営を実現。

福岡県古賀市

人口（令和5年）	59,241人	国保被保険者数	10,587人	国保事業主管課	健康介護課
専任職員数（事務職）	0名	専任職員数（専門職）	2名	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和4年度）	33.1%/69.1%

特定健診実施率に向けて地域拠点の活用を推進

本取組のポイント

- ・市民との積極的な地域課題の共有や市民サポーターの育成による健康づくりの推進に向けた市民力の向上
- ・地域での出前講座やヘルス・ステーションの場等を活用して、特定健診を周知

取組経緯

経緯

○H26年度より、市民主体の健康づくりの拠点として、自治会単位でヘルス・ステーション設置支援を始めた。ヘルス・ステーションの活動については、市から一部補助金を交付している。

課題

○市が抱える健康課題の解決に向けて、住民一人一人が居住する地域の健康課題を自分ごととして捉え、主体的な活動を推進していくことが重要であり、そのため体制整備が必要であった。

対策の方向性

○ICTを活用した各地域ごとの健康課題の可視化を図る。
○健康づくり推進員や他分野の市民サポーターの市民力を活かし、特定健診等の受診を促していく。
○庁内関係各課の連携を図り本市の健康課題を共有するとともに、特定健診等の周知・啓発を行う。

取組内容

実施内容

○市民力を活かした特定健診等の受診率向上の取組

①地域との健康課題共有・市民サポーターの養成

市全体の現状や健康課題を含め、地域ごとの健康課題認識のきっかけづくりとしてKDBを活用し、自治会単位の特定健診実施率等の現状を共有するとともに、市民サポーター等を養成し、健康づくりに向けた意識醸成を図る。

②特定健診周知・啓発の取組

健康づくり推進員等の市民サポーターや庁内関係各課と連携し、特定健診の受診勧奨チラシを配布する等の啓発を実施するとともに、地域での出前講座やヘルス・ステーションの場で、健診の必要性等を啓発する。

○ICTの活用などによる取組

身体測定器アプリによる個人の健康状態の可視化や、県の健康ポイントアプリの活用によるインセンティブ付与等で、健康増進活動を促進している。

○KDBデータを活用した健康課題の共有

主に健康介護課が国保保健事業を担当し、庁内の保健師・管理栄養士の連絡会でKDBデータを活用した分析・課題の共有を行っている。

結果

取組成果・今後の展望

○特定健診実施率の向上

健康づくり推進員等の市民サポーターや自治会、庁内関係各課による健診受診の声掛けなどを行った。その結果、実施率の向上が図られた。

○将来的なGISの活用

将来的には、地域ごとで、GISの活用等により健康課題の把握・共有が期待される。

【公開型GIS整備による官民連携まちづくり推進事業】市の部署ごとで管理していた台帳情報等を一つのシステムに統合し、必要な情報をWeb上で地図情報と紐付けて公開するための取り組み。公開する情報は、基本情報に加えて、医療・福祉施設や学校、子育て施設等、生活に必要な幅広い情報とする予定であり、内部的には特定健診実施率等も予定している。

佐賀県多久市

人口（令和5年）	17,971人	国保被保険者数	3,776人	国保事業主管課	健康増進課
専任職員数（事務職）	1人	専任職員数（専門職）	保健師8人、管理栄養士1人	特定健診実施率・特定保健指導終了率（令和4年度）	60.2% / 70 %

糖尿病連携手帳を活用した保健指導による糖尿病性腎症重症化予防事業

本取組のポイント

多久小城糖尿病対策連絡会議にて糖尿病連携手帳を活用方針を共有し保健指導に活用

基準該当者に最低でも、年1回対面での保健指導を実施、1回あたり30分1テーマとし、さらなる指導が必要な場合は複数回実施

取組経緯

○多久小城糖尿病対策連絡会議（連絡会）が医師やコメディカル間で連携する目的で発足した。**市保健師が県・大学の協力を得て市医師会に協力依頼**をし、現在は医師・歯科医師・コメディカルが参加する。国が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、市として取組の必要性を認識するようになった。

○多久市では**治療中であっても**HbA1cの値が高い対象者が全国と比べ、**多い傾向**にあった。

○治療中の対象者によっては、薬物治療だけでは改善せず、特に生活習慣・食生活の改善が課題であった。医師と連携した保健指導を行うこと、さらに栄養面の指導体制を整えることが求められていた。

○新規透析導入者の65歳以上の年齢構成割合がH25年以前が半分に対し、R4年は3/4を占め、年齢・保険制度が移行した場合の支援が必要となった。

経緯

課題

取組内容

対象者：

HbA1c 7.0 %以上の者(治療中)、6.5%以上の者(未治療)

①糖尿病連携手帳を活用

○治療中対象者に指導を始める際、**主治医訪問**を行い、地区担当保健師・管理栄養士が連携手帳の記載を医師に協力を依頼する。

○過去からの取組のため、医師会も含めて医療機関は協力的。

○医師が対象者に話した内容を、**連携手帳（連絡ノート）**に記録し、市保健師等が対象者と記載内容を振り返り、指導を実施する。

○**連絡会にて、連携手帳を活用した事例について医療機関の医師・歯科医師・コメディカルで共有**し、連携手帳を使用した有効的な連携のあり方を検討した。医療機関で栄養指導が必要になれば、依頼に基づき、市管理栄養士が担当する。

○**対象者・医師・市の3者が連携手帳で情報共有**し、同じ方向で治療に臨むことができる。医師が対象者に話した内容を記載することで、対象者が負担なく**医師から伝えられた内容を他支援者に共有**できる。市保健師等が対象者の生活状況を客観的に捉えた内容を記載することで、**医師が対象者の日々の生活状況を把握しやすくなる**。

②1回30分1テーマで回数を重ねる

○健診結果説明時もしくは特定健診等情報提供事業としてデータ提出時に対面で初回保健指導を実施する。

○**対象者の理解が進むよう1テーマに限定し、30分以内に終わらない場合は次回保健指導の予約をし、回数を重ねる**。

③地域包括支援課との連携した支援

○対象者が国保から後期高齢者医療制度に移行しても、健康増進課から地域包括支援課と連携し、切れ目のない支援をしている。

保健指導のポイント

結果

○連絡会での取組や連携手帳の有効性等により、**多久市内の全医療機関と連携**が取れた。

○未治療者(HbA1c 7.0%以上の糖尿病患者)の減少。

21.8%(H29)→16.4%(R4)

○R4 特定健診継続受診者279人(※糖尿病基準非該当者31人を除く)のうち、糖尿病性腎症病期の改善者41人、悪化せずに維持した者198人。
※血糖正常化した者(未治療者)、治療中断者

他市町村への展開ポイント

糖尿病連携手帳を活用

対象者・医師・市で指導内容を共有し、同じ方向の指導ができた。医師は対象者の普段の生活状況を把握しやすくなる。**保健指導は1回1テーマ30分健診結果説明時に初回指導指導の機会を重ね、対象者の生活習慣の改善行動を促進、指導内容の定着を図る。**

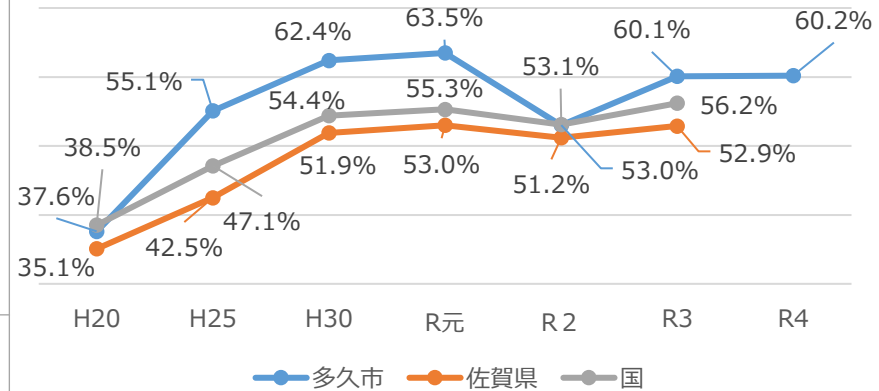
<参考> 多久市特定健診等情報提供事業・多久市糖尿病性腎症重症化予防関連資料

特定健康診査等情報提供事業

- H25年度より開始
- 取組当初は、「病院に行ってるから、健診は受けなくてもいい」という声が多かった。また特定健診の自己負担額1000円があるため、医療機関受診で検査をしている上に、さらに健診受診でお金がかかるので嫌がる人が多かった。
- 被保険者のインセンティブとして、特定健診の受診結果のデータを提供することにより、1000円の特定健診の受診費用を払わなくてよい。
- 本人が検査結果を健康増進課窓口にて提出する時に、身長・体重・腹囲・血圧測定、尿検査を窓口で補充測定し、特定健診に代わるものとした。
- 検査結果データ提供による受診者は約340人。特定健診受診者を分母としたうちの2割を占める。特定健診受診率が37.6%(H20)→60.2%(R4)

出典：多久市提供資料より事務局作成

特定健診受診率



経緯

成果

多久市糖尿病性腎症重症化予防関連資料

R6年3月21日

連絡票(多久市→一次医療機関) №11

多久市 機関名 多久市役所 健康増進課
担当保健師 ●●●●●
TEL 0952-75-3355 fax 0952-74-3398

一次医療機関(かかりつけ医)
医療機関名 多久市立病院
医師名 ●●先生

紹介者名
フリガナ
氏名 ●●●●●
生年月日 昭和●●年●●月●●日(●●歳)
性別 男
住 所 多久市●●町大字●●●××番地××
電話番号 ●●-●●●●●●

日頃より市の保健行政におきまして、ご協力いただきありがとうございます。現在、貴院に通院中の方で、2月中旬より貴院で教育入院をされ、退院後一度奥さんと電話で話しました。変化として、朝食は食べていない。1週間はあめ玉1個はいいとしている。体重も1キロ程減り、歩行スピードも前よりは早いと感じています。

今後とも引き続き保健指導を行っていく上で、治療方針や生活上のご指示等、連絡票にてご返信いただくと助かります。ご多忙中恐縮ではございますが、よろしくお願い申し上げます。

今後ともご指導・ご加療のほどよろしくお願いたします。

R 年 月 日 (様式2)

連絡票(一次医療機関→多久市) № 116

一次医療機関(かかりつけ医)
医療機関名
医師名
TEL fax

紹介者名
フリガナ
氏名 ●●●●●
生年月日 昭和●●年●●月●●日(●●歳)
性別 男
住 所 多久市●●町大字●●●××番地××
電話番号 ●●-●●●●●●

傷病名

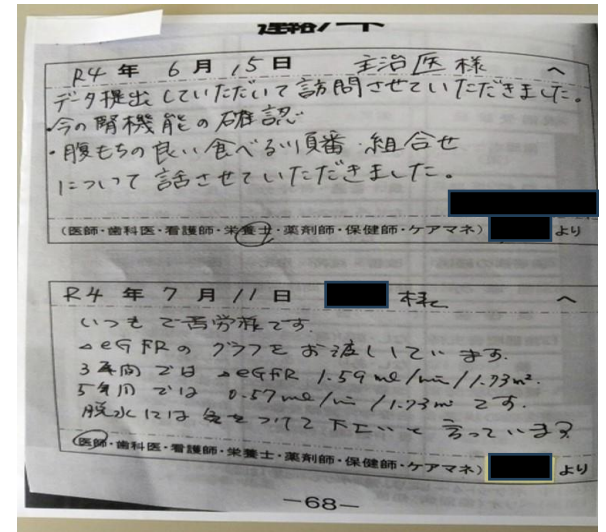
検査結果 (検査日 R . . .) ※検査された結果をご記入ください。
HbA1c (%)
血糖値 () 空腹・食後 時間
尿検査 (糖 蛋白 潜血)
アルブミン尿 () 心電図所見 なし あり()

治療
●食事療法 標準体重にて計算 現在の基礎代謝量に基づいて計算
エネルギー量 kcal kcal
脱水化物 g g
たんぱく質 g g
脂質 g g
その他 {
●運動療法 ※勧められたものがあればご記入ください。例:ウォーキング30分 ()
●薬物療法
薬剤名 () 朝 昼 夕
薬剤名 () 朝 昼 夕
薬剤名 () 朝 昼 夕

今後、栄養指導の介入(栄養士) 使用する 使用しない
今後、保健指導の介入(市保健師) 使用する 使用しない
今後、糖尿病コーディネーター看護士の介入 使用する 使用しない
今後HbA1cなどの検査結果や処方などの診療情報の提供可能 可能 不可能

多久市健康増進課 担当保健師 ●●●●● ☎ 0952-75-3355 FAX 0952-74-3398
※右上に連し番号が記入されている場合は、FAXで返信が可能です。

写真：多久市糖尿病連携手帳



出典：多久市提供資料