

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：詳細版)

令和6年3月

目次

(都道府県の実施事例)

【東京都】	.....	- 2 -
【山梨県】	.....	- 10 -
【静岡県】	.....	- 18 -
【大分県】	.....	- 25 -
【鳥取県】	.....	- 32 -

(市町村国保の実施事例)

【山形県山形市】	.....	- 38 -
【茨城県那珂市】	.....	- 44 -
【群馬県明和町・千代田町】	.....	- 53 -
【千葉県松戸市】	.....	- 60 -
【岐阜県下呂市】	.....	- 71 -
【兵庫県たつの市】	.....	- 77 -
【福岡県古賀市】	.....	- 83 -
【佐賀県多久市】	.....	- 88 -

本資料内で用いる略称

正式名称	略称
国民健康保険	国保
後期高齢者医療広域連合	広域連合
健康保険組合	健保組合
全国健康保険協会	協会けんぽ
国民健康保険団体連合会	国保連合会
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 [®]

(都道府県の取組事例)

都道府県 (県内市町村数)	掲載	事例集の掲載内容
東京都 (62 区市町村)	P. 2	・ 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
山梨県 (27 市町村)	P. 10	・ 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
静岡県 (35 市町村)	P. 18	・ 策定方針を示した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
大分県 (18 市町村)	P. 25	・ 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
鳥取県 (19 市町村)	P. 32	・ データ分析センターを中心とした県・国保連合会・大学の3者連携

【東京都】

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

自治体概要（令和 5 年時点）

区市町村数：62／

人口：14,099,993 人

国保被保険者数（令和 5 年 9 月末時点）：

2,583,557 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（令和 5 年度時点）

事務職：3 人

専門職：1 人（保健師）

1. 取組経緯と課題

① 取組経緯

東京都では、データヘルス計画支援事業として、令和 2 年度から東京大学未来ビジョン研究センター（以下「東京大学」という。）にデータヘルス計画標準化ツール[®]（東京大学が開発。以下「標準化ツール[®]」という。）への各種データ転載を委託し、令和 2 年度から全区市町村の第 2 期計画の策定状況を把握した。同年度から令和 4 年度まで、東京大学及び東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）と連携、第 3 期計画策定に向けて全区市町村へ個別ヒアリングを実施した。

第 3 期計画がより良いものとなるよう、全区市町村が標準化することを前提に東京大学・国保連合会・区市町村との連携で取組を推進してきた。

標準化することのメリットとして、共通の様式によって、区市町村においては、担当者の負担軽減や関係者の理解促進、計画策定の過程で内容の過不足を確認でき、より良い計画の策定につなげられること、都においては、情報を効果的・効率的に収集し、分析することにより、区市町村への支援や助言に資する知見を集積できること等がある。また、共通指標によって、同じ指標で経年的にモニタリングすることで、区市町村においては、都内の他保険者と比較して自区市町村の客観的な状況を把握できること、都においては都内被保険者の健康状態や健康課題の状況を俯瞰的、客観的に把握できること等がある。これらをもって、区市町村自身による PDCA サイクルを基にした効果的・効率的な保健事業の実施を目指した。

② 課題

第 2 期計画は、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）。また、策定していても目標や評価指標が設定されていないものや、計画の目的である健康寿命の延伸やそれを実現するための保健事業の改善等とのつながりが見えづらい内容が見られた。そのため、評価指標の検討においては、次の点を重視した。

- i. 個別の保健事業だけでなくデータヘルス計画全体の評価ができること
- ii. 値を継続的かつ簡便に把握できるよう国保データベース（KDB）システム（以下「KDB システム」という。）や sucoyaca（KDB データを基にした国保連合会独自の外付け統計システム）から直接取得できること

iii. 数値を把握するに当たっての作業工程が複雑でないこと

また、標準化に向けた研修や意見交換を実施しても、担当者の異動により、標準化の考えや計画策定のノウハウが十分に引き継がれないという状況もあった。

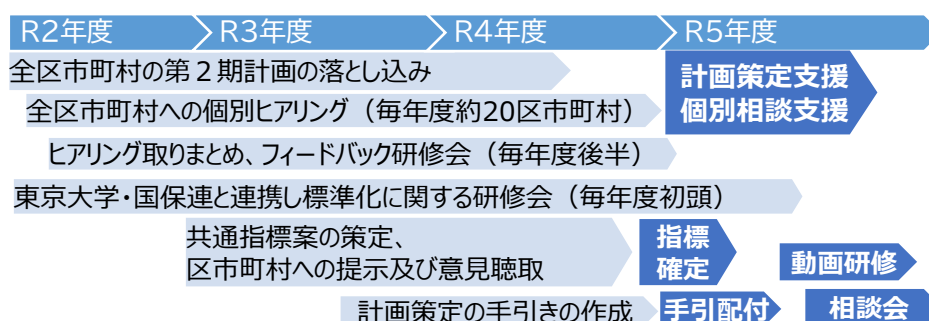
その他、計画策定を外部委託する区市町村が多く、委託事業者の理解不足によって、標準化の様式や共通評価指標が活用されないという懸念があった。

2. データヘルス計画標準化に向けた検討過程

① 検討過程の概要

検討過程は図表1のとおりである。

<図表1 標準化に向けた検討過程>



まず、東京大学・国保連合会と連携し、計画の構造化や標準化の意義、KDB データの活用方法について研修会を開催した。東京大学は計画の構造化や標準化の意義に関する講演、国保連合会は KDB データの活用方法に関する講演を担当した。令和2年度から5年度まで毎年度初頭に研修会を実施し、区市町村の担当者が異動となっていることや外部へ委託していることを考慮して内容を組み立てた。

<図表2 研修会の概要>

実施年月	内容・講師	参加区市町村	
令和2年	7月	<ul style="list-style-type: none"> 「データヘルス計画支援事業について」(東京都) 「『データヘルス計画』の実務、新たな国保努力支援制度を踏まえて」(東京大学) 	25 か所
	11月	<ul style="list-style-type: none"> 「データヘルス計画中間評価について(情報提供)」(国保連合会) 「データヘルス計画の構造化から見えてきたPDCAサイクルを回すコツ」(東京大学) 「事例紹介・意見交換」(東京大学・参加区市町村) 	23 か所
令和3年	7月	<ul style="list-style-type: none"> 「データヘルス計画支援事業概要」(東京都) 「データヘルス計画の標準化とパターン化の意義」(東京大学) 「保健事業のPDCAサイクルの回し方(令和3年度個別支援内容)」(東京大学) 	51 か所

	2月	<ul style="list-style-type: none"> 「令和3年度データヘルス計画支援事業について」(東京都) 「データヘルス計画の効果的・効率的な運営と見直しに向けて」(東京大学) 「KDBシステムの帳票でみる共通評価指標、他(情報提供)」(国保連合会) 	36か所
令和4年	7月	<ul style="list-style-type: none"> 「データヘルス計画支援事業概要」(東京都) 「データヘルス計画の標準化の意義」(東京大学) 「保健事業のPDCAサイクルの回し方」(東京大学) 	40か所
	2～3月	<ul style="list-style-type: none"> 「データヘルス計画支援事業と今後の方向性について」(東京都) 「東京都データヘルス計画支援事業の総括」(東京大学) 「第3期データヘルス計画策定に向けたKDBシステムの活用について」(国保連合会) 	49か所
令和5年	5月	<ul style="list-style-type: none"> 「データヘルス計画支援事業概要」(東京都) 「データヘルス計画の標準化の意義、第3期データヘルス計画標準化ツール[®]の構造について」(東京大学) 「都におけるデータヘルス計画の標準化について」(東京都) 「第3期データヘルス計画策定に向けたKDBシステムの活用について」(国保連合会) 	62か所

また、全区市町村の第2期計画を標準化ツール[®]に転載した。このデータを基に、令和2～4年度に各年度約20区市町村ずつヒアリングを実施し、3か年をかけて全区市町村の状況を把握した。

ヒアリングの中で、標準化ツール[®]で見える化した計画を提示し、不足部分やばらつきを確認することで課題認識をすり合わせることができた。区市町村から「標準化することで各区市町村の独自性がなくなるのではないか」「KDBシステムの活用方法が分からない」といった標準化への懸念が寄せられたため、目標の設定等、計画に最低限網羅すべき内容について確認し、その解消につなげることができた。

なお、ヒアリングの結果を取りまとめて、毎年度後半に実施する全区市町村向けの研修会でフィードバックし、これからヒアリングを予定している区市町村にも動きを認識してもらった。

② 様式の設定

様式の検討では、東京大学が作成した標準化ツール[®]を活用した。

ヒアリングの際に様式について説明するとともに、具体的な活用方法については「東京都区市町村国民健康保険データヘルス計画策定の手引き」(以下「都手引き」という。)を作成し、令和5年6月に配付した。都手引きには、各項目の考え方や記入の際の注意事項などの解説、第2期計画で不足している部分をどのように埋めるかなどについての具体例、目的や目標など計画に最低限入れるべき項目等について記載した。

また、都手引きの配付に合わせて、様式（標準化ツール[®]）の構造や使い方を解説する研修会を1か月程度の期間を設けて動画配信した。令和5年9月には標準化ツール[®]の活用方法や計画策定時の指標や目標の設定方法、個別事業の内容等に応じる相談会を実施した。

計画策定を外部委託している区市町村に対しては、委託事業者への標準化ツール[®]の提供方法を提示するとともに、都手引きを事業者に共有できるよう調整した。

③ 共通評価指標の設定

共通評価指標は令和3～4年度に、東京大学・国保連合会と検討した。

令和3～4年度に実施した区市町村への個別ヒアリング、及び全区市町村向けの研修会で指標案を提示し、意見を伺った。また、健康増進法に基づく「東京都健康推進プラン21」の評価指標との整合性を図るため、担当部局と調整を行った。

区市町村の意見等を踏まえて検討を重ね、令和4年度末に指標案の変更点や考え方を区市町村に再度提示した。そして、令和5年5月に改訂された国手引きの内容を踏まえ、東京都の共通評価指標を確定し、研修及び都手引きを通じて説明した。

【共通評価指標の内容】

共通評価指標の考え方は、図表3のとおりである。

当初、個別事業のアウトプットとして設定していた糖尿病重症化予防に関する項目については、都によるデータ作成等の支援が困難なこと、区市町村によってデータの取り扱いにばらつきがみられたことなどを考慮して、採用を見送った。

<図表3 共通評価指標設定の考え方>

計画全体 (総合アウトカム)	<ul style="list-style-type: none"> 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を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)	<ul style="list-style-type: none"> 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

確定した共通評価指標は、図表4のとおりである。都は区部、市部、町村部（島しょ含む。）で人口規模、被保険者の年齢層等にばらつきがあるため、目標値を設定していないが、区市町村には指標別の目標設定の考え方等を示すとともに、「東京都健康推進プラン21」の指標や東京都医療費適正化計画の目標値を参考として提示した。

<図表 4 共通評価指標一覧>

#	分類 (※)	指標	A:東京都健康推進プラン 21 (第二次) の 指標・参考指標 B:第三期東京都医療費適正化計画の目標
総合アウトカム			
1	独自	平均自立期間 (要支援・要介護)	65 歳健康寿命 (東京保健所長方式) (A)
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)	野菜の摂取量 350g/日以上の人 の割合 食塩の摂取量 8g/日以下の人 の割合 果物の摂取量 100g/未満の人 の割合、 脂肪エネルギー比率が適正 範囲(20%以上 30%未 満)内の人 の割合 朝食の欠食の割合 (朝食を 「週 2~3 回」「週 4~5 回」「ほとんど」食べない 人の割合の合計) (A)
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)	朝食の欠食の割合 (朝食を 「週 2~3 回」「週 4~5 回」「ほとんど」食べない 人の割合の合計) (A)
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)	歩数 8000 歩/日以上の人 の割合 (A)
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)	睡眠時間が十分、あるい はほぼ足りている人の 割合 (A)
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)	生活習慣病のリスクを高 める量を飲酒している 人の割合 (純アルコール 男性 40g/日以上、女性 20g/日以上) (A)
7	独自	喫煙率 (たばこを習慣的に吸って いる者の割合)	20 歳以上の者の喫煙率 (A)
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	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少 率 (特定保健指導対象者 の減少率) 平成 20 年 度比 25%以上 (B)
10	独自	高血圧症の有病率	
11	独自	脳血管疾患の有病率	人口 10 万人当たり脳血管 疾患年齢調整死亡率 (A)
12	独自	虚血性心疾患の有病率	人口 10 万人当たり虚血性 心疾患年齢調整死亡率 (A)
13	独自	糖尿病の有病率	糖尿病有病者、予備群の 割合 (A)
個別事業 (アウトカム)			
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 率	メタボリックシンドローム 該当者及び予備群の減少 率 (特定保健指導対象者 の減少率) 平成 20 年 度比 25%以上 (B)
個別事業 (アウトプット)			
16	Ⅰ	健診受診率	特定健康診査の実施率 (A) 特定健康診査の実施率 70%以上 (B)
17	Ⅰ	特定保健指導の終了者の 割合	特定保健指導の実施率 (A) 特定保健指導の実施率 45%以上 (B)

※「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

※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

区市町村に対して、共通評価指標の使用は任意としており、独自の評価指標を設定することへの制限も設けていない。区市町村に標準化ツール®を活用した計画の整理、提出を依頼しているため、全区市町村の評価指標や目標値等は比較できる。令和 6 年 2 月現在、第 3 期計画で設定され

た区市町村の評価指標について、計画全体の指標では設定状況、定義・目標値の設定状況、種類、共通評価指標の活用状況を、個別事業の指標では指標の内容を分類しどのような指標が設定されているかを集計しているところ。

3. 区市町村の計画策定支援

① 都による全区市町村への支援

令和2～4年度において、第2期計画を策定した経験がある区市町村については、第2期計画時点の各種データ等を標準化ツール[®]に転載し、この結果を基に、全区市町村にヒアリングを実施した。ヒアリングの中で相談に応じるとともに、研修会を実施した。

また、令和5年度においては、6月に都手引きの提供と研修会を実施するとともに、9月に標準化ツール[®]の活用方法や計画策定の質問に対応するための相談会を実施した。さらに、3月に全区市町村に共通評価指標（KDBデータの数値を活用したもの）を提供した。

なお、区市町村ごとに各指標の性別（男性・女性・合計）及び年齢別（40～74歳の5歳刻み）の実績値、都平均との割合の差を可視化した比較データを都にて作成し、毎年各区市町村に提供することとしている。

② 小規模町村への個別の計画策定支援

令和2年度においては、それまでに第2期計画を策定できていなかった7町村（主に島しょ）に対し個別に策定支援を行った。この7町村は職員数が少ないため、1人の職員が多岐にわたる事務を担当しており、KDBシステムを操作する時間を確保することが困難な状況だった。また、保健師等の専門職が不足しており、専門的な視点での分析が難しい面があった。

こうした背景から、令和5年度においても、東京大学・国保連合会と連携して、7町村を対象に個別策定支援を行った。区市が個別支援を希望する場合も想定されるが、支援側の体制にも限りがあるため、規模やマンパワー、第2期計画の策定状況を考慮して、7町村を集中的に支援することとした。都による個別支援では、担当者とこまめに電話連絡を取りながら関係性を構築し、10～11月に最低1回2時間程度のヒアリングを実施した。ヒアリング実施前にはKDBデータの抽出やデータの読み取りによる「健康・医療情報等の分析と課題」を記載した標準化ツール[®]の提供を行った。ヒアリング時は健康課題や目標値の設定方法について悩んでいる町村が多く、提供したデータから読み取れる健康課題や事業との紐づけ、経年の実績などから達成可能な数値、または都平均値を目標値とする方法等、実態に寄り添った助言・支援を行った。

③ 国保連合会と連携したKDBデータの活用支援

区市町村がKDBデータを活用して健康課題の抽出や把握、個別保健事業の評価・見直しが実施できるよう、国保連合会からデータの提供を受けるとともに、分析に当たっての集計要件を整理している。都全体及び各区市町村のデータと合わせて、区・市・町村や二次保健医療圏と自治体とをそれぞれ比較・分析して、都より区市町村に配付した。令和6年3月に区市町村向けの説明会を実施した。

<図表5 都より区市町村に提供するデータ項目>

健康課題のまとめ		・医療費と特定健診の主要なものについて、区市町村の分布と各区市町村の位置を把握できる。
医療費分析		・各区市町村の医療費を多く占めている疾病を、疾病細小分類単位で都全体・エリア（特別区・市・町村の3区分）・二次保健医療圏と比較して把握できるもの。 ・性別・年代別に比較し傾向を掴み、予防・対策が可能なかを検討するもの。
特定健診等結果	共通評価指標	・都が設定した共通評価指標により都平均と比較し、良い傾向・悪い傾向にある項目を確認し、各区市町村の特徴を把握できるもの。
	特定健診等結果検査値・生活習慣一覧表	・特定健診の結果等（一部共通評価指標と重複）について、都・エリア・二次保健医療圏と比較し、特に悪い項目に着目し、性別・年代別・地区別に特徴を把握できるもの。
重複・多剤服薬者の状況		・都・エリア・二次保健医療圏と比較し、各区市町村の重複・多剤服薬者の状況を把握できるもの。

4. 今後の区市町村支援の予定

区市町村が策定し公表する第3期計画の様式は任意としているが、全区市町村には標準化ツール[®]を活用して計画を整理し、都へ提出することとしている。そのため、全区市町村の評価指標や目標値等を俯瞰的に比較でき、支援につなげられる。

現在、令和6年1月末時点の計画を反映した標準化ツール[®]の提出を受けており、東京大学に集計を委託し、計画の傾向や特徴を整理している。最終的には、令和6年度初頭に、完成版の計画を反映したものを再提出してもらい、内容を把握することで今後の支援に役立てることとしている。

また、令和6年度より6年間をかけて、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。調査にあたっては、事業を評価する共通の様式を作成し、実施量やアウトカムを向上させるための方法や体制の工夫について、データヘルス計画よりも詳細な内容で収集する予定である。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している。

5. 他の都道府県が本事例に取り組むためのポイント

今回の取組のポイントは、全区市町村を対象とした支援と、第2期計画策定時に都が策定支援した7町村に対する支援を分けて実施した点である。相談会や研修会を通して全区市町村に等しく支援するとともに、規模やマンパワーを考慮し、第2期計画策定時に都が策定支援した7町村に対して、個別の計画策定支援を実施した。

つぎに、区市町村担当者にとっての利便性を考慮し、指標案を策定した点である。個別事業だけでなく保健事業全体を評価でき、KDBシステム等から値を直接抽出できることを重視して策定した。

さらに、標準化に関する研修やフィードバック研修を毎年度実施した点である。担当者の異動を考慮し、毎年度初頭に計画の構造化や標準化の意義、KDB データの活用方法に関する研修を開催した。区市町村を対象とするヒアリング結果を踏まえて、毎年度後半にフィードバック研修を実施することで、標準化の考え、計画策定のノウハウ及び課題認識を共有した。

【山梨県】

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

自治体概要（令和5年時点）

市町村数：27／人口：795,544人

国保被保険者数：171,659人

高齢化率：31.3%

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（令和5年度時点）

事務職：2人

専門職：1人（保健師）

1. 取組経緯と課題

① 取組経緯

山梨県では、令和3年度から支援・評価委員会や国保連合会と「標準化」に関する認識合わせを始めた。市町村を支援する側が共通の認識をもって支援できるようにするためである。

令和3年度から他県の取組の情報収集を行い、令和4年度には、東京大学のリーダーシッププログラムに参加し、標準化に取り組んだ。その後、市町村との標準化の具体的な認識共有は令和4年度末から開始した。このように、令和5年度以前から、県では市町村が標準化に取り組みやすい環境の整備を進めてきた。

標準化の最終的な効果は、保健事業の底上げであると捉え、まず、「計画の様式を揃える」とこと、「共通の評価指標を設定する」ことに取り組み、標準化後には、保健事業の取組の横展開や、アウトカムベースでの成果の比較・見える化を実施していくことが重要と考えていた。

標準化のメリットは、成果が見える化し、同じ物差しをもって市町村とディスカッションできること、県として各市町村の具体的な取組状況を収集しやすいこと、があると考えている。

② 課題

これまで県は、管内市町村の取組が断片的にしか把握できていない点を課題として考えてきた。また、第2期データヘルス計画では、各市町村の健康課題の分析の度合い（レベル）に濃淡があることが分かった。例えば、現状のみ（患者が多い、医療費が高い等）が記載してあるだけで、その原因はなにか、なぜ課題なのかまで踏み込めていない記載が見受けられた。

2. データヘルス計画標準化に向けた検討過程

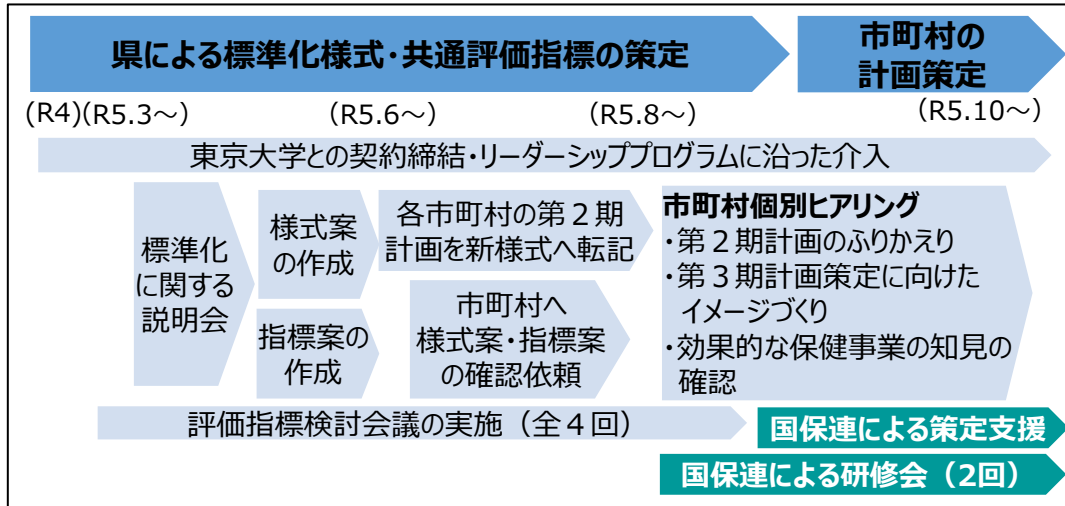
① 検討過程の概要

標準化に向けて、まず「県の国保援護課内での取組の意義の共有」を行った。「標準化」についてのイメージが担当者一人ひとりで異なるため、目指す姿を共通認識できるよう努めた。標準化において目指すことを文書化し、必要時に立ち返ることができるようにしている。

第3期データヘルス計画については県が大きな方向性を示し、国保連合会が個別市町村を支援する形での役割分担を行っている。県は共通様式・指標を示すことに加え、標準化に関する管内全市町村への個別ヒアリングや全体説明会等を実施した。

検討過程のスケジュールは、図表1のとおりである。

<図表1 標準化に向けた検討過程>



※ データヘルス計画標準化の取組を中心に整理

② 様式の設定

【様式の設定過程】

東京大学の標準化ツール[®]、国の様式例、国保連合会の研修資料を参考とし、県で案を作成した。その後、各市町村の地域特性や、保健事業の特徴などがみえやすくなるよう、外部有識者（支援・評価委員会、国保連合会、東京大学等）に、設定項目等について相談し修正を加えて、様式を完成させた。

また、様式の記載例も外部有識者と相談しながら作成した。第2期計画では、健康課題の解釈について深掘りができていない市町村があったことから、県で記載例を作成することにした。

【様式の変更点】

国が示した「データヘルス計画策定のための共通の様式例」と比較すると、大きな違いがあるのは「Ⅱ 健康医療情報等の分析と課題」である。

当該シートは、従前から国保連合会が取り組んでいる健康課題の抽出に係る研修で使用している様式を改変したものである。予防から介護までの一連の流れ（『A 不適切な生活習慣』→『B 生活習慣病予備群』→『C 生活習慣病発症』→『D 重症化・合併症発症』→『E 要介護状態・死亡』）に沿って、数的データや質的データを整理し、それを基に、施策として取り組むべき健康課題を抽出することができる様式（図表3）となっている。支援・評価委員会の委員から「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」との意見も参考に、質的データも整理できる様式とした。

【2期計画の転記】

他県の情報収集を行った際に、各市町村の第2期計画を同じ様式に記載して横並びで比較していた事例があった。県でも同様の方法により横並びで比較する必要があると考え、県において各市町

村の第2期計画を、上記で定めた県共通様式に転記し比較した。共通様式で比較することで、記載内容が曖昧な部分や不足している部分が見えてきたことから、市町村に対して、以下(ア)のとおり、修正すべき点をフィードバックし、(イ)や(ウ)について認識共有を実施した。

【市町村との認識共有】

標準化に関する説明会（オンライン1回：4月）と市町村個別ヒアリング（全27市町村：各1回：令和5年8月～10月）を実施した。また、国保連合会が開催する研修会（8月、11月）の中でも様式の留意点を説明した。

標準化に関する説明会では、県が考える「標準化」の説明や、スケジュールの共有を行った。「標準化」については、市町村間での比較がしやすくなるよう様式や指標は揃えるが、保健事業の実施内容を統一することではないと説明したことにより、市町村の独自性は担保されることが伝わり、県内全市町村が「標準化」を実施することへの理解が得られたと思料する。

共通様式や評価指標については、市町村個別ヒアリングの中で説明し理解を得た。ヒアリングの目的は、「(ア)第2期計画のふりかえり」「(イ)第3期計画策定に向けたイメージづくり」「(ウ)効果的な保健事業の知見の確認」の3点であった。

「(ア)第2期計画のふりかえり」の中では、健康課題と目標・評価指標、保健事業が紐づく設計になっているか、健康課題の抽出における表現、評価指標の設定等が適切な内容になっているかといった点についてふりかえりを行い、記載例も含めてフィードバックを行った。

「(イ)第3期計画策定に向けたイメージづくり」では、様式の記載方法の確認や計画策定における留意点の共有を行い、質問に丁寧に答えることで、各市町村で策定に向けたイメージを持ってもらえるようにした（その後の実際に市町村が様式に記載する部分は、国保連合会の研修の中で支援が行われた）。また、市町村の計画策定スケジュールや体制の確認を行った。

「(ウ)効果的な保健事業の知見の確認」では、第2期計画期間中に実施した保健事業の成果・手応えやその要因・工夫に関して、聞き取りを行った。

③ 指標・目標値の設定

【指標の設定過程】

評価指標の検討に際しては、県国保援護課主催で、支援・評価委員会の会長・副会長と国保連合会の保健師2名による会議体を組成し、全4回（令和5年3月、4月、6月、9月）の議論を行った。健康増進計画の所管課と保健所職員も、検討会議のオブザーバーとして参加してもらい、他計画との整合性を図りながら検討を進めた。また、外部有識者からも意見をいただき、修正を行った。

令和5年7月頃に指標案を全市町村に提示し、意見聴取を行った。その意見を踏まえ、最終検討会議（4回目）にて、指標を決定した。

【指標の内容】

共通評価指標設定の考え方は図表2のとおりであり、それに沿った指標を作成している（図表4）。図表4は本県事例の末尾に掲載している。

<図表2 共通評価指標設定の考え方>

項目	考え方
計画全体	・ 各保健事業の総合的な成果を確認する指標として設定
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
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ことを重点課題と捉え、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

国の指標例の「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」は、全て県の共通指標として設定した。「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」は、県として糖尿病対策を重視していることから、糖尿病に関連するものを採用した。独自指標についても、糖尿病に関連するものを主に設定した。

設定した評価指標は、全市町村が使用している。なお、市町村が独自の指標を追加で設定することは可能である。

【目標値の設定過程】

目標値の設定は非常に苦労した部分である。県域の現状値、国の目標値、県の健康増進計画等の目標値を踏まえ、他計画と整合性を図りながら検討した。他計画等で目標値がないものは、設定の根拠が難しかったが、県でたたき台を作成し、外部有識者からの意見（例：対策の重要度に応じた数値設定、将来推計の考え方、など）を踏まえ、決定した。

3. 市町村の計画策定支援

① 県による支援

上記2. に記載のとおり、県が示した共通様式に第2期計画を転記し、第2期計画の修正案を作成、市町村個別ヒアリングの中で当該修正案を提示し、特に健康課題の記載内容（例：健康課題の設定として、単に「医療費が高額」だけではなく、具体的な目的・目標や個別の保健事業を設定し易くするため、具体的な医療費の状況（性・年齢階層別の特徴や県内・全国等と比較し、高額な疾病の状況、有所見者、生活習慣（質的情報を含む）等の情報を組み合わせ（関連づけ）、特徴のある傾向を記載するなど）を明確にする）や、健康課題と個別の保健事業の紐付け（例：「若年層」をターゲットとした保健事業を記載しているのであれば、その根拠となる「若年層」の健康課題を明確にするなど）について、記載例も含めてフィードバックを行った。

この他、第3期計画策定にあたっての個別支援は、基本的には国保連合会が実施するが、支援の希望はないものの、困っていそうな市町村には、県からアプローチし、希望があれば県が直接支援を行った。具体的には、1つの小規模の町に対し、県が計画策定の進め方をアドバイスしながら、町で計画を策定した。

② 国保連合会による支援

令和5年8月と11月に、国保連合会が全市町村に対し、計画策定に関する研修会を行った。特に様式の「Ⅱ 健康医療情報等の分析と課題」及び「Ⅳ 事業」の評価指標の設定について、演習を行った。県と国保連合会の間で認識共有を行い、研修内容やスケジュールの調整ができたことで、国保連合会が実施する研修会での演習及び研修後の課題作成支援により、計画作成にそのまま活かすことができた。

その後、国保連合会と支援・評価委員会が、手挙げのあった個別市町村に対し、適宜助言を行っている。

4. 今後の市町村支援の予定

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である。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考えている。共通評価指標以外に有用なデータがあれば、今後、追加提供も検討する。

また、保健事業の好事例となりうる市町村については、取組内容や工夫点についてヒアリングを実施することを予定している。その内容については、支援・評価委員会や国保連合会からの意見聴取を行い、それらの状況を取りまとめ、市町村に説明する予定である。これらを通じて、今後の保健事業の底上げにつながられればと考えている。

5. 他の都道府県が本事例に取り組むためのポイント

市町村へ標準化の目的や共通様式・指標について説明する際には、市町村の反応を丁寧に聞き取り、認識共有を図ってきた。全ての市町村に個別にヒアリングを行い、第2期計画の修正案や第3期計画の様式の記載例を提示する等、市町村が標準化に取り組みやすい工夫がなされていた。また、市町村に単に指示するだけでなく、県が実際に第2期計画を県共通様式へ転記するなどの作業を行ったことも、市町村の理解を得られた一因と考えられる。

また、令和3年度から支援・評価委員会や国保連合会との認識合わせを開始する等、市町村を支援する側の認識共有を早期に開始したこともポイントの一つと考えられる。国保連合会や支援・評価委員会がこれまで積み上げてきた市町村支援の土俵が既にあり、認識共有を早期に開始したことで、県の方針を国保連合会が実施する研修会の内容に反映でき、その演習で作成した計画をそのまま市町村の計画案に活かすことができる等、効果的な支援につながったと考えられる。

<図表3 共通様式「Ⅱ 健康医療情報等の分析と課題」>

Ⅱ 健康・医療情報等の分析と課題		A 不適切な生活習慣	B 生活習慣病予備群	C 生活習慣病発症	D 重症化・合併症発症	E 要介護状態・死亡	
1 現状	数的データ	(健診検診項目の該当者割合、等) ・健診受診率(R4年度)〇% 年々微増傾向で県平均(〇%)より高い ・特定健診の県との比較(性・年齢別)では、60歳以上の受診率は男女ともに県平均より高いが、男性の60歳未満の受診率が低い ・喫煙率(〇%) 飲酒習慣リスク(〇%)が県平均より高い。喫煙率は特に若年層が高い ・1日30分以上の運動習慣がある者の割合が〇%と県平均(〇%)より低い ・生活習慣改善意欲は男性が全体的に低く、「改善意欲なし」が〇%と県平均〇%より大幅に高い	(健診検査項目の有所見率、等) ・保健指導実施率〇% ・県平均(〇%)より低い ・特定保健指導の県との比較(性・年齢別)では、60歳以上の男性の実施率が県平均より低い ・有所見者の割合を県と比較すると男女ともに血糖(〇%)は県平均(〇%)より高い。また、男性はBIM(〇%)、腹囲(〇%)、血圧(〇%)が県平均より高い。 ・内臓脂肪症候群の該当者割合を年齢調整して県と比較すると〇%であり、県平均(〇%)よりやや高い ・血糖有所見者の割合を性・年齢階級別に県と比較すると、男女共に全年齢階級で有所見者割合が高い ・運動習慣のない人に有所見者が多い傾向にある。 ・健診未受診かつ医療機関での治療のない人(健康状態不明者)が〇%いる	(医療費の状況、等) ・1人あたり医療費(内科)(歯科)共に県平均より高い水準 ・特に男性の60歳代における1人あたり医療費(内科)が県平均(〇円)よりも高い ・外来の受診率は〇%と県平均(〇%)より低い水準 ・受診動向者〇% ・医療機関受診率〇% ・医療費分析 生活習慣病に占める割合 糖尿病〇% ・糖尿病の1件当たり費用額 入院 県内〇位 ・服薬の状況 糖尿病 〇% ・高血圧の有所見者で未治療者が〇%、治療中断者が〇%いる ・糖尿病の治療中断者が〇%いる ・健診未受診者は、受診者に比べて一人当たり医療費が高い	(医療費の状況、健診時診票の既往歴の該当者割合、等) ・疾病分類別医療費の割合は、がん(〇%)、循環器系疾患(〇%)、精神(〇%)の順に多い。 ・1人あたりの入院医療費は悪性新生物(〇円)、心疾患(〇円)、脳血管疾患(〇円)の順に高い。悪性新生物、脳血管疾患が県と比較すると高い ・1人あたり入院外医療費は腎不全(〇円)、悪性新生物(〇円)で高い ・近・腎不全、糖尿病の医療費が上昇傾向 ・高額医療費の疾患は、腎不全、脳血管疾患が多く、全体の〇%を占めている ・人工透析患者数(人口10万対)が県・全国より多く、新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症を原疾患とする者が一番多い	(平均寿命、平均余命、標準化死亡比、介護認定・給付の状況、等) ・平均寿命は、男性〇歳、女性〇歳 男女とも県平均と同水準 ・平均自立期間は、男性〇歳、女性〇歳。男女とも県平均と同水準 ・要介護認定率は〇%と、県平均(〇%)よりも低いが、1件あたり介護給付費は〇円と、県平均(〇円)よりも高い ・被保険者の要介護認定率が〇%と県平均より高く、要介護に至る原因疾患の第1位が脳血管疾患となっている ・脳血管疾患の標準化死亡比が県平均と比較して高い	
	質的データ	・〇〇の職業の人は10時と15時におやつ時間の、甘いお菓子や漬物を食べる習慣がある。 ・市民から「市内には運動できる場所が少ない」という声を聞く。 ・仕事帰りに駅前スーパーで惣菜を買って帰る人が多い。	・ショッピングモールができ、今までの生活環境と変わって身体を動かさなくなった。	・生活習慣病に対する危機感が薄いままで生活を続けてしまう傾向がある。 ・健診は受けるが、それで満足の人が多い。 ・保健指導を受けることを嫌がる人も多い。	・医療機関が多く、複数の医療機関にかかりやすい。 ・病院を受診していれば安心と考えている人が多い。 ・多受診者の中には治療や生活に不安を抱えている人がいる。	・高齢であっても現役で農業を続けている方が多く、農業ができていない間は身体機能も維持できている傾向にある。 ・人の世話になりたくない思いから、多少機能が落ちても介護申請をする人が少ない傾向にある。	
地域特性	①変遷、面積、気候風土 ・面積〇㎢ ・森林が5割を占める。	②産業 ・近年は商業施設、外食産業等の出店等により、かつての農業を中心とした産業から商工業中心へと移行してきている。	③交通機関 ・車での移動が主 ・中央自動車道と中部横断自動車道が接続する交通環境	④医療機関 ・医療機関数が多い。 ・休日・夜間の診療体制の整備など、救急医療の体制整備に取り組んでいる。	⑤住民との協働活動 ・保健福祉推進員、愛育会、食生活改善推進員等との協働活動あり。	⑥その他(健康に関する活動を協働できる社会資源) ・重複・多剤投薬、頻回受診者が被保険者全体の〇%(〇人) ・後発医薬品の使用割合は〇%(令和4年度実績)。県の使用割合より低い	F 医療費適正化 (重複頻回受診、重複・多剤投薬者、後発医薬品の使用状況、等)
2 健康問題	上記の「1 現状」から健康上の問題と考えられることを住民を主題として整理。(年齢別や疾病別、地区別等の分析などを加えるなど、具体的に記載) ・入院外医療費は腎不全が最も高く、近年上昇傾向である。人工透析患者数(人口10万対)が県、全国より多く、新規透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が一番が多い。血糖の有所見者割合が男女共に全年齢階級で県平均より高い。 ・生活習慣病医療費のうち糖尿病が〇%を占め、糖尿病1件当たり費用額は入院では県内〇位である。 ・糖尿病の治療中断者が〇%いる ・脳血管疾患の標準化死亡比が県平均と比較して高く、循環器系疾患の1人あたり医療費も県平均・全国平均と比較して高い。 ・被保険者の要介護認定率が〇%と県平均より高く、要介護に至る原因疾患の第1位が脳血管疾患となっている ・高血圧で要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診が多く、治療中断者も多い。 ・内臓脂肪症候群の該当者割合を年齢調整して県と比較すると県平均よりやや高い ・1日30分以上の運動習慣がある者の割合が県平均より低い。市民からは、運動できる場所が少ないという声が多い。 ・運動習慣のない人に有所見者が多い傾向にある。 ・〇〇の職業の人は10時と15時におやつ時間の、甘いお菓子や漬物を食べる習慣がある。 ・健診受診率が特に40〜50歳代男性の健診受診率が低い。 ・生活習慣改善意欲は男性が全体的に低く、「改善意欲なし」が〇%と県平均〇%より大幅に高い ・介護認定率は県平均より低いが、平均要介護度および1件あたり介護給付費は県平均より高い。 ・重複・多剤投薬、頻回受診者が被保険者全体の〇%あり、治療や生活に不安を抱えていたり、ポリファーマシーなどの健康問題が起きている者がいる可能性がある。	3 健康課題 左記の「2 健康問題」の中から解決可能で、施策として取り組むべき課題を抽出し、優先度をつける。 A 新規透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が一番が多い。生活習慣病医療費のうち糖尿病が〇%を占め、糖尿病で入院1件当たり費用額が県内〇位、また糖尿病治療中断者が〇%あり、早期に適切な医療を受けていないため、重症化が進み、合併症を引き起こしている傾向にあることが考えられる。 B 脳血管疾患の標準化死亡比が県平均と比較して高く、要介護に至る原因疾患の1位でもある。また、循環器系疾患の1人あたり医療費も県・全国と比較して高い。高血圧で要受診レベルにも関わらず医療機関の未受診の者や治療中断者も多いことから、動脈硬化が悪化し脳血管疾患発症へと進行したことが考えられる。 C 健診結果で、血糖の有所見者や内臓脂肪症候群の該当者が多く、生活習慣病発症リスクを有する人が多いが、食生活の問題や運動習慣が低率であること、喫煙率、飲酒率が低率、〇〇の職業従事者は間食の摂取が習慣化しているなどの生活習慣の要因、健診受診で生活改善意欲なしと回答している人が男性では高率であり、健康への意識の要因、また運動できる場所が少ないという生活環境の要因が関連していることが考えられる。 D 特に40〜50歳代男性の健診未受診者が〇%と多く、喫煙率が高率、血糖有所見者が高率であることから食生活や運動などに問題を有すると考えられ、若年層の健康に関する意識や保健行動において、課題が多い。 E 重複・多剤投薬、頻回受診者が被保険者全体の〇%あり、治療や生活に不安を抱えていたり、ポリファーマシーなどの健康問題が起きている者がいる可能性がある。	優先する健康課題 A ✓ B ✓				

<図表4 指標一覧>

項目	#	分類 (※1)	指標	R11 目標値	目標値の設定理由
計画全体	1	Ⅱ	運動習慣のある者の割合	34.7 以上	<ul style="list-style-type: none"> ・国保の現状値が県健康増進計画の目標値（30%以上）を上回っている。 ・県健康増進計画では12年間で現状値から10%増加を目標の基準としていることから、データヘルス計画においても同じ増加率を用い、6年間で5%の増加を目指す。
	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	51.5 以下	<ul style="list-style-type: none"> ・R1年度からR4年度にかけて女性50～59歳を除くすべての性年齢階層で増加傾向にあることから、第3期では全世代で減少へ転じさせることを目標とする。
	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	18.4 以下	<ul style="list-style-type: none"> ・県医療費適正化計画等の現状値と国保の現状値がほぼ同等の数値であることから、目標値も県医療費適正化計画等の値に準じて設定。
	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	9.6 以下	<ul style="list-style-type: none"> ・全国より割合が高いことから、まずは全国の現状値を下回することを目標とする。 ・県健康増進計画においても、現状値より減少に向かうことが目標とされる見込みであることから、整合を図る。
	5	独自	糖尿病性腎症病期分類 悪化率（※3） ※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	5.8 以下 （3年後） 11.6 以下 （6年後）	<ul style="list-style-type: none"> ・3年後：県内市町（人口2万人以上（※2））の現状値の最低値を目標とする。 ・6年後：3年後悪化率（目標値）×2以下を目標とした。
特定健康診 査・特定保 健指導 #2,3,4も該当	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	60 以上	<ul style="list-style-type: none"> ・国の目標値と同値を目標値とする。
	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	60 以上	<ul style="list-style-type: none"> ・国の目標値と同値を目標値とする。
	8	I	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	21.4 以上	<ul style="list-style-type: none"> ・現状値が全国の現状値より低いことから、全国より上回ることを目標とする。

糖尿病対策 #4,5も該当	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	1.0 以下	・県地域保健医療計画等の目標値に準じて設定。
	10	独自	HbA1c 悪化率 (※3) ※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	12.2 以下 (3 年後) 15.0 以下 (6 年後)	・3 年後：県内市町 (人口 2 万人以上(※2)) の現状値の最低値を目標とする。 ・6 年後：CKD は基本的には「悪化」するが、HbA1c は「悪化」も「改善」もありえるため、必ずしも期間と悪化率が比例しないと考えられる。HbA1c は加齢により上昇することを考慮して悪化率 15.0%を目標とする。(糖尿病対策推進会議の専門医からの意見を踏まえ目標値を設定。)
	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 (※3) ※性・年齢階層別 (10 歳刻み) 指標も設定	8.8 以下	・未治療者は重症化リスクが高く、対策を強化すべきと考えることから、現状値の 20%減少を目指すこととする。(糖尿病対策推進会議の専門医からの意見を踏まえ目標値を設定。)
	12	独自	健診未受診者のうち糖尿病治療中断者の割合 (※3)	1.1 以下	・治療中断者は重症化リスクが高く、対策を強化すべきと考えることから、現状値の 20%減少を目指すこととする。(糖尿病対策推進会議の専門医からの意見を踏まえ目標値を設定。)

※1 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

※2 小規模町村は、母数の少なさから数値のブレが大きいため、人口 2 万人以上の市町の値を参考とした

※3 山梨県が独自に作成した「糖尿病性腎症重症化予防支援システム」より算出

【静岡県】

策定方針を示した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

自治体概要（令和5年時点）

市町村数：35／人口：3,553,518人

国保被保険者数：694,192人

高齢化率：30.7%

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（令和5年度時点）

事務職：2人（兼務）

専門職：1人

1. 取組経緯と課題

① 取組経緯

第3期データヘルス計画の策定にあたり、共通評価指標の導入や、好事例を横展開等のために、県も市町の計画の進捗状況について把握していくことが必要であった。データヘルス計画の標準化に向け、東京大学のリーダーシッププログラムに参加し、標準化ツール[®]を活用して検討することとした。

県では、既に令和2年度に設定した共通評価指標を見直し、令和5年度に国が定めた第3期策定の手引き等を元に、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行った。

② 課題

既に県としての共通評価指標は設定していたものの、県全体の健康課題であっても個々の市町では優先順位に違いがあった。そのため、共通評価指標の活用について調整する必要があった。

また、各市町への支援として、国保連合会の保健事業支援・評価委員会や、県が国保連合会に委託した個別支援事業など、様々な支援・助言の機会があり、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を示す必要があった。

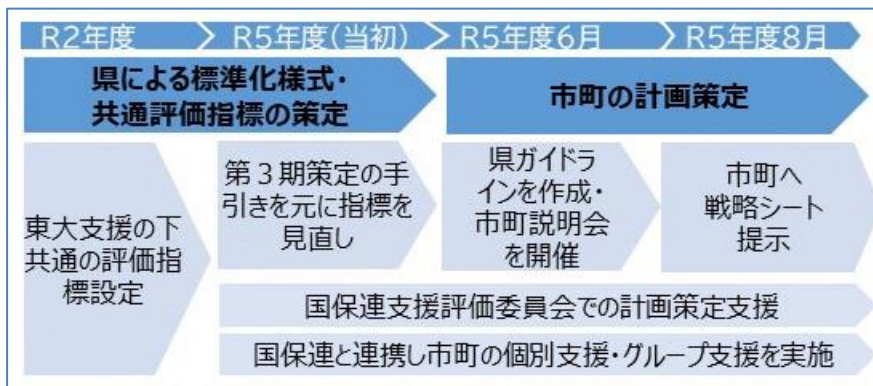
2. データヘルス計画標準化に向けた検討過程

① 検討過程の概要

第2期で策定していた共通評価指標を見直し、県の健康課題や関係計画と整合性を図りながら、共通評価指標を再設定することとした。

また、計画様式の提示について、保健事業の方法や体制の考え方は、様式を揃えることで標準化を目指した。ただし、具体的な事業の実践においては、地域資源等の戦略を活用することが重要であるという、浜松医科大学（尾島教授）の助言を受け、戦略シートを作成した。検討過程は図表1のとおりである。

<図表1 標準化に向けた検討過程>



② 様式の設定

【様式の設定】

様式は、データヘルス計画標準化ツール[®]を共通様式として活用した。その際、標準化に向け、標準化ツール[®]の活用を推進するが、各市町独自の様式を使用することも許容した。

<図表2 「データヘルス計画標準化ツール[®]」の内容>

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・実施量を上げる方法・体制を明文化する構造

【戦略シートの考え方】

計画様式の提示については、保健事業の方法、体制の考え方は、様式を揃えることで標準化を目指す。取り組み方は、地域資源等の戦略を活用することが重要である観点から、戦略シートを作成した。

具体的には、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に、戦略シートを作成する。目標を達成するための戦略の例として、5つの視点があり、地区組織との連携（町内会、保健委員、食生活改善推進員等）、職域との連携（協会けんぽ、商工会議所、事業所等）、情報通信技術（ICT の活用）（活用に向きな住民性か、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）、保健医療機関との連携、その他創意工夫した取組等としている。

<図表3 戦略シートの内容>

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		

※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。

③ 共通評価指標の設定

【指標の設定】

国の指標例の「すべての都道府県で設定することが望ましい指標」は、全て県の共通指標として設定した。「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標」は、第2期計画中に、静岡県共通評価指標を策定済みであったため、国の第3期策定の手引き等を基に指標の見直しを行った。健康増進計画との整合性を図り、静岡県においては脳血管疾患の死亡が全国に比べて高いことから、高血圧の項目を盛り込んだ。

また、参考指標として、採用は任意であるものの、入院重症度、外来受診状況、LDL-Cの割合、多剤投薬者数・率を設定した。

各市町に対しては、すべての都道府県で設定することが望ましい指標の4つに加えて、県で独自に設定した4つの指標の8つを基本的に盛り込むことを求めた。その上で、それ以外に市町独自の指標があれば、尾島教授の助言に基づき、計画全体としては、目標となる指標は10個程度以下が望ましいと伝えた。

そのため、各市町の優先する健康課題に紐付かない指標については、目標値を設定しないモニター指標として位置付けることとした。

<図表4 共通評価指標・参考指標>

#	分類 (※)	静岡県共通評価指標			
1	I	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	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の対象者が実際に受診したかを測るアウトプット指標。 ・受診率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できず、特定健康診査の効果が下がる。
2	I	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	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の対象者が実際に保健指導を受け終了したかを測るアウトプット指標。 ・実施率が低い場合、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができず、特定保健指導の効果が下がる。
3	I	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	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導による効果を評価するアウトカム指標 ・特定保健指導の実施体制や保健指導の技術的な面等が適切だったかを検討する際に活用する。
4	I	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	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール不良者数の状況を測るアウトカム指標 ・糖尿病重症化予防の取組が適切だったかを検討する際に活用する。
5	独自	平均自立期間	—	—	<ul style="list-style-type: none"> ・長期的な健康度を測る。 ・一体的実施を意識した保健事業の見直しに活用する。
6	独自	内臓脂肪症候群の該当率の割合	特定健康診査受診者数	特定健診受診者における内臓脂肪症候群該当者数(人)	<ul style="list-style-type: none"> ・内臓脂肪症候群該当者の状況を測る。 ・受診者の意識啓発につながる健診結果の説明・返し方を検討する際に活用する。
7	独自	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	高血圧有病者の状況を測る。

8	独自	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0mmHg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。ただし服薬者除く。	高血圧予備群の者の状況を測る。
#	分類(※)	参考指標			
1	Ⅱ	【糖尿病】 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	糖尿病が強く疑われる者の数の状況を評価する。
2	Ⅱ	【運動】 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	標準的な質問票10で「①はい」と回答した者の数	運動習慣のある者の数を評価する。
3	Ⅱ	【低栄養】 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	前期高齢者のうち、低栄養傾向の者の数を評価する。
4	Ⅱ	【口腔】 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	咀嚼良好者数を評価する。必要により、50歳～64歳、65歳～74歳などの年齢層別に評価する。
5,6	独自	【重症度】 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)	脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全の標準化比。
7,8	独自	【外来受診状況】 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)	高血圧、糖尿病、脂質異常の標準化比、または、年齢階層別受診率。
9	独自	【脂質異常】 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	脂質異常の嚴重注意者を把握する。
10	独自	【重複・多剤】 多剤投薬者の数・率	被保険者数	多剤15剤以上の者の数	多剤のある者の数を把握する。

※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

3. 市町の計画策定支援

① ガイドラインの策定

県としてのデータヘルス計画の策定方針を示したガイドラインを作成し、6月に県主催の全市町を対象とした説明会（ハイブリッド形式）において説明した。説明会は全体で2時間程度、国保連合会と共同で開催した。

<図表5 県主催 第3期データヘルス計画策定研修会の概要>

実施年月	内容・講師
令和5年6月21日	○講義：「第3期データヘルス計画策定について」 講師：浜松医科大学健康社会医学講座教授尾島俊之氏 ○静岡県版ガイドラインについて（静岡県国民健康保険課） ○データ提供について（静岡県国民健康保険団体連合会）

② 個別支援・グループ支援

令和4年度までは、東京大学のプログラムで保健事業カルテを使って、PDCAサイクルを回していく支援を行っていた。第3期のデータヘルス計画策定に向けて、令和4年12月から市町の担当者が自らデータを見て、課題を抽出し、PDCAサイクルを回していけるようになることをメインの目的に、個別支援を開始することとした。国保連合会の保健事業支援・評価委員会による助言もあるものの、それとは別途、個別の市町に対して手厚い支援を展開するために、県は、国保ヘルスアップ支援事業を財源とし、国保連合会に委託して支援を行うこととした。

県は、令和5年2月末に市町を集めた会議で個別支援事業についての概要を説明し、3月中に各市町に希望調査を行った。県としては、当初小規模が市町への支援として考えていたが、尾島教授の助言を受け、規模が大きい市から島しょ・山間部市町に至るまで幅広く募集したところ、19の市町が支援への希望を申し出た。

1) 個別支援（7月～）オンライン

国保連合会保健師が、対象となった市町を個別にオンライン形式で面談を行った。国保連合会が共通評価指標に関するデータについて、一緒に見ながら、当該市町の課題の整理などを支援した。支援レベルは、市町の希望する内容別に濃淡をつけて実施した。

2) グループ支援（8月下旬）

個別支援の対象となった市町には、計画策定に向けて、グループ支援も実施した。尾島教授による講演の後に、国保連合会保健師がファシリテーションし、グループワークを実施した。グループワークでは、個別の課題を整理し、他の市町と共有したり、サンプル事例についてグループで協議をしたりした。

グループ支援の場合には、当該地域の保健所も可能な限り同席した。

<図表6 データヘルス計画策定支援フォローアップミーティングの概要>

実施年月	内容・講師
令和5年8月28日	<p>○講演：第3期データヘルス計画策定のポイント」 ～市町共通の悩み事を通して～ 講師：浜松医科大学健康社会医学講座教授尾島俊之氏</p> <p>○グループワーク 「標準化ツール計画全体シートを完成させよう」 ～今後6年間で目指す方向性とは～</p> <p>○グループワーク① 『健康課題を整理しよう』／発表・質疑応答</p> <p>○グループワーク② 『戦略シートを考えよう』／発表・質疑応答</p>

3) 個別支援（9月～）訪問

グループ支援の後は、国保連合会保健師が、各市町に訪問し、相談支援を行った。主に、支援内容は、個別の保健事業計画の策定支援とした。

県が各市町の健康課題の分析から、各市町への個別支援の方針について検討し、国保連合会・保健所に情報共有を行った。検討結果により、重点的に支援対象とした市町に対しては、地区担当の保健所保健師が国保連合会保健師と同行訪問し、支援をした。また、適宜オンライン会議を活用した。オンライン会議の場合には、国保連合会・保健所に加え、県庁の国保担当保健師・事務職も支援の希望があった全市町の会議に出席した。

県庁としては、実動支援を行う国保連合会・保健所と連携を図りながら、各市町の現状把握を行い、各市町の全体支援を検討した。

4. 今後の市町支援の予定

共通評価指標に基づく現状分析等を含め、成果の上がった事例の横展開を行う予定である。また、共通評価指標についても、全市町がすべてを採用しているわけではないため、市町の優先する健康課題に紐付かない指標については、目標値を設定しないモニター指標として位置づけ、県の平均値とともに集計し、各市町にも提供する。

また好事例の共有だけでなく、課題を抱えている市町の聞き取り調査を実施し、原因究明や解決施策の検討など支援予定である。

5. 他の都道府県が本事例に取り組むためのポイント

静岡県による取組のポイントは、有識者の助言を基に、モニター指標を設定し、計画策定後もその数値の動向を追い、県全体での状況を把握し続けようとしていることである。

また、計画策定にあたっては、有識者の助言をもとに、共通様式を提示するだけでなく、具体的な計画内容の立案に資するように、戦略シートの提供も行った。

さらに、国保連合会での保健事業支援・評価委員会での計画策定支援に加え、国保連合会への委託により、希望する市町に対して、個別支援・グループ支援を実施した。このように、国保連合会・保健所との連携により、市町への支援体制を構築した。

【大分県】

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

自治体概要（令和5年10月1日時点）

市町村数：18／人口：1,096,235人

国保被保険者数：215,787人

高齢化率：34.2%（令和5年度）

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（令和5年度時点）

事務職：1人

専門職：3人（正規保健師1人、非正規保健師1人、看護師1人）

1. 取組経緯と課題

① 取組経緯

大分県では、標準化に向け第2期計画の中間評価時点から、東京大学の協力の下で共通の様式を用いて市町村の課題や評価指標の収集・整理を進めてきた。

また、国民健康保険法第4条、第106条及び地方自治法第245条の4に基づく技術的助言等（執行状況調査）にあわせた管内全市町村へのヒアリング（18市町村中9市町村／年）にて、各自治体の健康課題や中間評価後の保健事業見直し状況について確認するとともに、令和4年度に県で実施したデータ分析を踏まえて、県共通の健康課題抽出・指標素案を作成した。

市町村に向けては、標準化の取組に対する理解を得られるよう、標準化の目的を都度丁寧に説明し、取組への理解を促してきた。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、計画様式を揃えることで、大分県内の全ての市町村でより効果的な保健事業を実施していくために、横比較できる共通の様式であること等、「なぜ」を何度も説明するとともに、市町村国保主管課長会議や県の保健事業作業部会（担当者レベル）での共有を行い、丁寧な認識共有を図った。

② 課題

効果的な保健事業を県として把握するため、客観的に評価できる適切な評価指標の設定が検討課題として考えられてきた。また、県では国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）の活用の際して、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といった課題を感じている。

加えて、市町村担当者に加えて、県担当者の異動があり標準化に向けた認識共有の工夫が必要と考えている。

2. データヘルス計画標準化に向けた検討過程

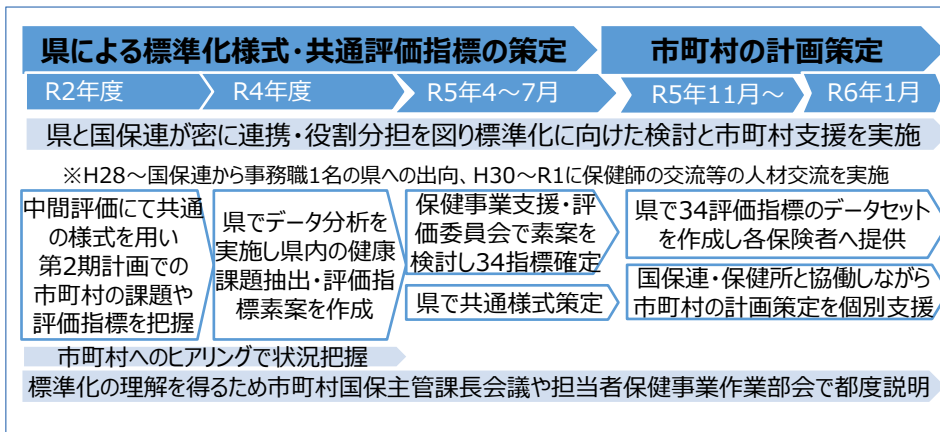
① 検討過程の概要

前提として、市町村との標準化に向けた土台作りは、保険税統一に向けた議論の中でも培われていた。毎年の市町村ヒアリングと令和4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し、令和4年度末に県から保健事業支援・評価委員会へ標準化の取組説明を含め、評価指標の素案を提示した。

令和5年7月に委員からの指摘を踏まえた評価指標修正案を提示し了解を得た後、令和5年11月に34指標分のデータセットを県が作成し、市町村へ配布している。計画様式についてはデータヘルス計画標準化ツール[®]（以下「標準化ツール[®]」という。）と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（令和5年5月18日改正。以下「国手引き」という。）を用いて県で共通様式を策定している。様式・指標の策定後は、研修会等を通じた市町村支援を大分県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）中心に実施している。

検討過程のスケジュールは図表1のとおりである。

<図表1 標準化に向けた検討過程>



② 様式の設定

共通様式は、特定健診等の実施計画とデータヘルス計画の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[®]並びに国手引きに示された様式例をベースに別紙として「特定健康診査等実施計画 兼 IV事業【特定健康診査】」、「特定健康診査等実施計画 兼 IV事業【特定保健指導】」の項目を追加し、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が関連していること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」の項目で市町村の横比較が可能となるよう、より記載区分の細かい標準化ツール[®]の様式を採用している。横比較可能とすることで、各市町村の特徴的な実施方法や効果をあげている方策を把握することにつながると考えている。各市町村が当たり前前に実施し、特徴的、効果的と気づいていない方法（暗黙知）を把握できるよう、記載内容のカテゴリー（区分）を示し、実施方法を把握できるようにした様式を活用している。

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管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し様式統一に向けた合意形成を図った。

なお、大分県では、国手引きの「Ⅲ 計画全体」「Ⅳ 個別の保健事業」に当たる様式の作成及び提出を全市町村に求めているが、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。

また、第3期の様式策定にあたり、市町村担当者の異動や前期計画からの変更という背景もあるため、県から市町村向けのロジックモデルに関する整理・説明を実施した。具体的にはアウトカム指標とアウトプット指標の違い（健康状況を測るものと実施状況を測るもの）の違いについて説明を実施した他、保健事業支援・評価委員会によるロジックモデルの研修会（後述）でも重点的に説明してもらい、計画策定にあたっての考え方の浸透を工夫した。

③ 共通評価指標の設定

共通評価指標の設定においては、市町村が簡便に KDB システム等で把握できる数値とし、かつ県庁・保健所も閲覧できる数値を設定することで、市町村支援ができる体制を整えている。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能である。

なお、国手引きの指標は概ね採用しているが、項目によっては、国保中央会の示す定義や設定と若干異なるものがある。

【共通評価指標の内容】

共通評価指標の考え方は、図表2のとおりである。

<図表2 共通評価指標設定の考え方>

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。
発症予防・重症化予防 (アウトカム)	・健康日本21(第三次)指標、医療費適正化計画等、各種計画指標を踏まえて設定。
生活習慣 (アウトプット)	・健康日本21(第三次)指標を踏まえて設定。
特定健康診査・特定保健指導 (アウトプット)	・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。 ・独自項目として、特定健診未受診の理由として医療機関で治療中であることが多い状況を踏まえ、生活習慣病治療中の患者の健診受診状況を評価する項目を設定。

確定した共通評価指標は、図表3のとおりである。毎年の市町村ヒアリングと令和4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し、保健事業支援・評価委員会へ令和4年度末に素案を提示。委員からの「地域間比較するために標準化した方が良いのでは」「指標の設定にあたりロジックモデルを意識した上位目標⇒下位目標の設定が必要」といった助言を踏まえ、令和5年7月に最終的な34の共通指標を作成した。

評価指標は、市町村が簡便に把握可能、かつ県庁・保健所も閲覧できる項目とし、算出方法は、現行システム（KDB システム+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している。

34 指標については、経年比較（平成 30 年度の県の値を 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（各年の県の値を 100 として、各年の全市町村の値を標準化比で表示）が可能なよう、平成 30 年～令和 4 年分の 5 歳刻みのデータセットを県で作成・市町村に提供している。

<図表 3 共通評価指標一覧>

#	分類 (※)	区分	指標
計画全体(総合アウトカム)			
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」 ※大分県独自に算出の健康寿命年齢(日常生活動作が自立している期間の平均) ※介護保険の要支援1・2、要介護1までの人を健康と定義 ※使用するデータが異なるため、厚生労働省の「日常生活動作が自立している期間の平均」とは算出結果が異なる
発症予防・重症化予防			
1	独自②	全体アウトカム	脂質異常症有病率(5 月診療分)
2	独自②	全体アウトカム	糖尿病有病率(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、HbA1c5.6～5.9 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、HbA1c6.0～6.4 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、HbA1c6.5 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、HbA1c8.0 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
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	全体アウトカム	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	全体アウトカム	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			
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・特定保健指導			
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
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

(※) Ⅰ：国手引きにおける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②：都道府県が独自に設定した指標

3. 市町村の計画策定支援

① 国保連合会との連携・役割分担

県庁と国保連合会は、地理的に隣接しているメリットも活かして取組方針について協議の場を随時・頻繁に確保している他、専門職（保健師）の人事交流（平成 30 年～令和元年）や国保連合会から県庁への事務職 1 名の研修派遣（平成 28 年～）を実施している。データ分析に関して気軽に相談できる関係も活かし、県は標準化にかかる全体方針を示す役割を担い、KDB システムなどデータ分析に関する市町村支援は国保連合会が中心となって動いている。

また、KDB システム端末を県庁及び各保健所（企画調整部門）に導入し、国保連合会による研修等を通じて県庁・保健所での活用を模索中である。国保連合会は KDB システムなどデータ分析に関する知識が豊富であるという強みがあり、県と保健所・保健部は、管内の市町村の保健事業を情報共有し俯瞰できるという強みがある。役割分担の中で互いの役割を活かした支援ができるように、互いの強みを理解し連携を図っている。

② 保健所との連携

個別市町村支援では県庁と国保連合会に加え、保健所とも連携を図っている。各保健所・保健部の国保保健事業担当課及び企画調整担当課へ標準化の取組方針を説明し、管轄市町村の状況に応じた支援（計画策定に係る助言、事業評価等）を依頼している。市町村の相談窓口は県庁・保健所・保健部・国保連合会いずれのもあり得るが、目標値の設定の考え方や優先課題の設定対応など細かい点、市町村それぞれの悩みについて共有している（市町村それぞれの悩みは全体の悩みの可能性があるため）。

また、例えば県庁に相談が来た際、地域の状況を踏まえての支援が必要と判断すれば保健所と共有し、保健所に支援を依頼することになる。逆に保健所より、市町村からの質問の情報共有・相談があり、県庁からのアドバイスを踏まえて保健所が回答している例もある。

支援する県側の悩みとしては、保健師の年齢構成等のバラツキがあり、県保健所には 5 年目未満の経験の浅い保健師も多く、市町村への技術的・専門的な支援経験が十分ではないことが挙げられる。市町村とともに育ち合う場、人材育成が必要と考えているが（例えば、データの読み解き、課題把握などの地域診断）、大分県では以前から各保健所・保健部ごとに各市町村と定期的な検討の場もあり、お互いに高めあえる場になっている。今後は国保（加入者は人口の 25%以下）の取組から、地域職域の取組など広い視野を持った事業展開を考える必要があると考えている。

③ その他支援

市町村職員は異動もあるため、前述のロジックモデルの説明等含め担当者への考え方の浸透を工夫している。具体的には東京大学によるデータヘルス推進研修会や国保連合会による研修会を活用している。また、市町村への支援では、優先課題とする理由はなにか、なぜその目標値なのか、市町村と考えていく過程を重視している。

4. 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を行い、第 3 期データヘルス計画の中間評価までに市町村へモデル事業の実施等を通じて展開していくことを想定している。また、評価の支援方法について、共通指標のデータセット以外に市町村の独自指標の設定状況を把握し、全体的な支援がどこまで必要か等について、今後検討する予定。

5. 他の都道府県が本事例に取り組むためのポイント

今回の取組のポイントは2点ある。1点目は市町村の計画・取組状況の把握・分析が可能な共通様式・共通指標を作成していることにある。特に指標作成にあたっては、県によるデータ分析・健康課題の抽出に加え、市町村へ全34指標分の経年比較・横比較が可能なデータセット提供を行い、市町村の計画策定支援を実施している。標準化の素地を整えつつ、次のステップとして効果的な保健事業の検討に着手する予定である。

2点目は、国保連合会や保健所と連携・役割分担しながらの市町村支援である。県は標準化にかかる全体方針を示す役割を担い、KDBデータを用いての個別市町村支援は国保連合会が中心となって取り組んでいる。また、保健所とも標準化の考え方を共有したうえで、県庁関係課・保健所・国保連合会間での情報共有を行いながら、市町村からの相談対応・計画策定の伴奏支援を行っている。

【鳥取県】

データ分析センターを中心とした 県・国保連合会・大学の3者連携

自治体概要（令和5年時点）

市町村数：19／人口：545,378人

国保被保険者数：105,900人

高齢化率：32.5%

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（令和5年度時点）

事務職：0人

専門職：1人

1. 国保連合会と協働・連携したレセプトデータ等の分析の取組経緯と課題

① 取組経緯

鳥取県では、平成30年度以前から、県と国保連合会それぞれが「データ分析」に着目し、鳥取大学などの有識者からの助言を受けながら、データ分析の取組を進めていた。

平成30年度から、県と国保連合会が連携し、市町村の効率的かつ効果的な保健事業の推進につながるため、国保連合会が保有する「KDBシステム」を活用し健診・医療・介護情報の分析を行い、市町村や関係機関への情報提供を実施してきた。

また、令和元年5月に、県、国保連合会、鳥取大学の3者で連携協定を締結し、県民の健康寿命延伸・医療費適正化を目指し、「医療・健診・介護等ビッグデータの調査・研究」、「最新の研究に基づく予防・健康プログラムの開発」、「健康づくりに係る人材育成」に取り組むこととなった。

さらに、国保連合会の業務規定に、データ分析や医療費適正化に向けた取組が位置づけられたことから、業務遂行体制の強化を図るため、令和2年7月、国保連合会内に「健康・医療データ分析センター」を設置し、ビッグデータの保管とデータ分析のノウハウ構築を行うとともに、より専門的な知見を踏まえたデータ分析を行うようになった。

② 課題

県、国保連合会が連携した取組を行う背景として、それぞれが抱えている課題解決を図る意図があった。主な課題としては、県では、分析のためのマンパワーやノウハウが不足していた点が挙げられる。国保連合会では、個別市町村の支援をしてきた一方で、県全体として捉えた場合の分析に係るニーズを集約できていなかった点が挙げられる。また、県と国保連合会がそれぞれで有識者から助言を受けていたことから、有識者からのデータ分析に係る助言等を集約できていなかった。そこで、互いの課題解決に向けて、連携しながら取組を推進することになった。

2. 「健康・医療データ分析センター」の取組

① 健康・医療データ分析センターの体制・役割

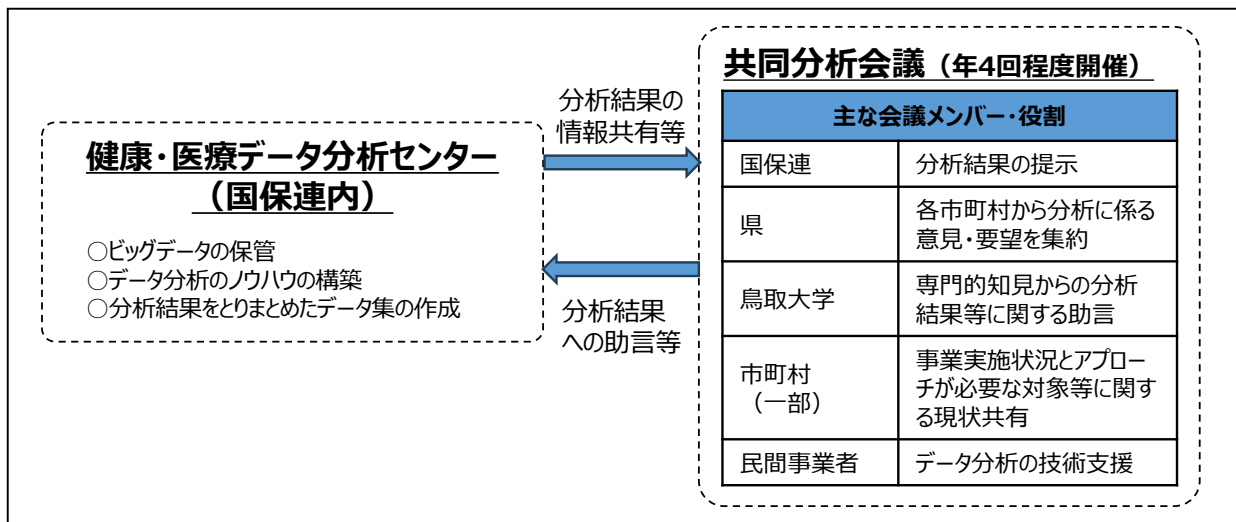
「健康・医療データ分析センター」は、国保連合会内に設置されており、国保連合会が運営している。ビッグデータの保管とデータ分析のノウハウ構築を行い、後述する「データ集」の作成などデータ分析を実行する役割を担っている。

「健康・医療データ分析センター」と名の付く組織を設置することで、国保連合会としては、内部に対し、データ分析の取組に重点をおいていくという意思を示している。加えて、市町村等に対しても、データ分析を推進する姿勢を明示することができたと考えている。

また、専門的知見を踏まえた分析を行い、市町村での効果的・効率的な事業展開を支援するため、県、国保連合会、大学等が参画する「健康・医療データ等共同分析会議」が設置され、データ分析結果への助言等が行われている。

データ分析センター及び共同分析会議の体制・役割は、図表1のとおりである。

<図表1 健康・医療データ分析センターの体制・役割>



② 健康・医療データ分析センターの業務内容

分析を行う項目については、県が各市町村から課題や要望、困難点の集約を行い、定期的に国保連合会と打合せを行いながら決定している。国保連合会では、各市町村からの要望を踏まえ、大学の助言を受けながら、データ分析センターにおいて分析を行っている。

分析結果の主なものとしては「データ集」がある。これは、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作成したもので、県のHPで公表されている。主な掲載内容は図表2のとおりである。「5.まとめ」の箇所には、市町村ごとに、県平均や国平均と比較した分析結果の考察が記載されている。

また、市町村へ提供されるデータ集には、県ホームページで公表されているものに加えて、地区単位の詳細な分析結果が掲載されている。

<図表2 県ホームページに公表されているデータ集（市町村版）の掲載内容>

1. 概要
人口総数
高齢化率
被保険者数（国保、後期）
人口に占める被保険者数の割合（国保、後期）
平均年齢（国保、後期）
2. 医療費の状況
被保険者1人当たり年間医療費（国保、後期）
疾病大分類別被保険者1人当たり年間医療費（3年平均）（国保、後期）
疾病中分類別被保険者1人当たり医療費（男女別上位10位）（3年平均）（国保、後期）
被保険者1人当たり高額レセプト疾病中分類別医療費（男女、入院・外来別上位10位）（3年平均）（国保、後期）
3. 健康診査の状況
特定健康診査実施率（男女別）
特定保健指導実施率（男女別）
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（男女別）
特定健診の質問票回答状況（男女別）
特定健診異常値受診勧奨者および未治療者の割合（男女別）
後期高齢者医療健康診査実施率
後期高齢者の質問票回答状況（男女別）
健診有所見者および未治療者の割合（男女別）
4. 介護の状況
要介護認定率（年次推移）
要支援・要介護認定者の有病状況
要介護度別1件当たり介護給付費
5. まとめ

③ 健康・医療データ分析センターの活用状況

健康・医療データ分析センターの設置・運用により、データ分析の重要性が市町村に広がり、市町村におけるKDBシステムの活用頻度が増加した。さらに、対象者リストの充実（拡大）等データ分析による支援を積み重ねることによって、詳細な分析等の市町村ニーズが高まり、市町村からデータ分析センターへのデータヘルス計画策定支援を含むデータ活用に関する支援依頼・受託件数の増加および減塩住民アンケートの分析や後期高齢者質問票分析など個別課題の分析の実施につながった。

<図表3 健康・医療データ分析センターの活用状況（抜粋）>

評価項目	令和2年度	令和5年度現在
①KDBシステムの活用頻度	地域の全体把握画面 (1,706回)	地域の全体把握画面 (4,822回)

②市町村からの分析業務受託件数 (データヘルス計画策定支援含む)	—	令和3年度：7件(6市町村) 令和4年度：10件(8市町村) 令和5年度：19件(14市町村)
③糖尿病性腎症等介入対象者人数	1,674人	2,327人 レセ情報追加による対象者拡大
④ポピュレーションアプローチ(健康教育等) に活用するデータ集計支援件数	—	令和4年度：11件 令和5年度：20件

3. 分析結果の市町村での活用

① 保健事業の企画・実施支援

市町村では、データ分析センターが作成したデータ集をデータヘルス計画の策定や事業評価に活用している。

令和5年度におけるデータヘルス計画の策定においては、上記のとおり、データ分析センターがデータ分析業務を市町村から受託し、計画策定支援を行っている。また、受託していない市町村についても、国保連合会の市町村支援の範囲で、KDBシステムの活用方法などのサポートを行っている。

② 住民の健康教育支援

地区単位(小学校区や合併前の旧市町村単位等)で分析を行っているものについては、公民館等で市町村が実施する健康教育の資料等としても活用されている。

4. 今後の予定

これまでの取組で、データ分析センターでは、特にデータヘルス計画の策定支援におけるデータ分析について実績を積むことができたと考えている。今後は、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、効果分析に力を入れていくことを考えている。

5. 他の都道府県が本事例に取り組むためのポイント

今回の取組のポイントの1点目は、国保連合会内に「健康・医療データ分析センター」を設置し、アカデミア等との密な協力体制を構築した上で、データ分析を実施している点である。

2点目は、「健康・医療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している点である。

3点目は、同センターの体制構築により、データ分析業務の継続運営を可能にしている点である。同センターを中心に、県、国保連合会、アカデミアが継続的に連携することで、ノウハウが蓄積されている。

(参考) 県版データヘルス計画

鳥取県では、令和4年3月に県版データヘルス計画を策定した。

URL : <https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/1282880/detaherusupuranhontai.pdf>

策定期間は令和4年3月であるが、市町村のデータヘルス計画期間との整合性を図るため、令和4年度から令和5年度までの2年間を便宜的に第1期とする計画を策定した。

本計画は、保健事業実施指針に基づき策定する国保の保険者としてのデータヘルス計画であり、県と市町村国保、国保連合会とが一体となって保健事業に取り組むための計画として策定された。

県内の保健・医療・介護等のデータ分析により、現状と課題を整理し、県全体の保健事業の目標および評価指標の設定、県内における事業等、鳥取県における国保保健事業の方針が明確に打ち出されたものとなっている。

<図表4 県版データヘルス計画の掲載内容>

第1章 基本的事項
1 計画策定の背景
2 計画の目的
3 計画の期間
4 計画の評価等
第2章 鳥取県の現状
1 鳥取県の全体像と特性
2 医療の状況
3 保健事業の取組状況
第3章 保健事業における取組方針及び目標等
1 県の健康課題を踏まえた保健事業等の取組方針
2 データヘルス推進に係る目標等
3 各保健事業に係る目標等
4 その他事業に係る目標等
第4章 その他
1 計画の公表および周知
2 計画の推進体制
3 関係機関等との連携

(市町村国保の取組事例)

市町村	掲載	掲載内容
山形県山形市	P. 38	・市全体で健康医療先進都市の確立に向けて取り組み、「SUKSK（スクスク）生活」で市民の行動変容（健康づくり）を後押し
茨城県那珂市	P. 44	・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
群馬県 明和町・千代田町	P. 53	・館林市邑楽郡1市5町における糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組
千葉県松戸市	P. 60	・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
岐阜県下呂市	P. 71	・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
兵庫県たつの市	P. 77	・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
福岡県古賀市	P. 83	・市民力・地域拠点の活用により特定健診実施率向上に資する取組を効果的に推進
佐賀県多久市	P. 88	・糖尿病連携手帳を活用した糖尿病性腎症重症化予防事業

【山形県山形市】

市全体で健康医療先進都市の確立に向けて取り組み、 「SUKSK (スクスク) 生活」で市民の行動変容(健康づくり)を後押し

自治体概要 (令和 5 年 3 月末時点)

人口：239,326 人

国保被保険者数：42,531 人

高齢化率：30.6%

国保の保健事業を担当する専任職員数 (令和 5 年度時点)

事務職：4 名 (国保担当係員)

専門職：1 名 (健康推進課保健師)

特定健診/特定保健指導実施率 (令和 4 年度時点)：43.5%/29.7%

1. ビジョンを活かしたまちづくりとSUKSK生活の提唱

① ビジョンを活かしたまちづくり

山形市は、東北地方の中核市の中でも医療資源が豊富である強みを活かし、市の長期ビジョンに「健康医療先進都市」の実現を掲げたまちづくりを行っている。

平成31年4月、中核市への移行に伴い市保健所を設置。医師、薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職によるシンクタンクチームを配置して市民の健康状態を調査・研究し、医学的根拠に基づいた健康医療政策を展開している。また、平成4年11月には市中心市街地のグランドデザインを改訂しテーマを「歩くほど幸せになるまち」とすることや、歩行者空間、融雪歩道及び公共交通の整備等を進めるなど、民間事業者を含め市全体で健康寿命の延伸に取り組んでいる。

② SUKSK生活の提唱

山形市では健康寿命を「日常生活動作が自立している期間 (要介護2未満)」と定義し、データ分析の結果、山形市民の健康寿命を損なう主要因が「認知症」、「運動器疾患」、「脳血管疾患」であると分析した。これらの発症リスクの低減には、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ことから、食事 (S)、運動 (U)、休養 (K)、社会 (S)、禁煙・受動喫煙防止 (K) に留意する「SUKSK (スクスク) 生活」を独自に提唱し、市の健康施策の基本軸に据えて各事業に取り組んでいる。

<図表1 山形市民の健康寿命を損なう疾病の予防>



出典：山形市提供資料

2. 健康ポイント事業を活用した SUKSK 生活の推進

① 事業実施の背景

健康寿命の延伸に向けて SUKSK 生活を楽しみながら実践できる取組を検討する中で、最も身近な健康行動である「歩く」ことに着目した。特に市中心市街地には、商業施設や医療機関、歴史的観光資源が集積しており、街なか観光や回遊できるような空間整備が進められていた。また、市が育成支援してきた健康づくりボランティア団体が市のウォーキングマップを作成しており、郊外地においても、山形の自然や歴史を感じながら歩くことができる環境が整っていた。

② 健康ポイント事業 SUKSK の創設

市の長期ビジョンである「健康医療先進都市」の確立に向けた具体的な主要事業として、健康ポイント事業の実施を検討。先駆的に実施している全国の自治体（数か所）を視察後、視察事例を参考に、SUKSK 生活に楽しく取り組むため、令和元年9月に「山形市健康ポイント事業 SUKSK」を開始した。

③ 手法の選択

コアターゲットである現役世代が取り組みやすい形であること、既存の汎用性アプリに創意工夫を加え様々な取り組みが実施できることから、スマートフォンアプリ（以下「アプリ」という。）をポイント獲得での主な方法に据えた。スマートフォン操作に馴染まない方には専用の歩数計を用いし、市内の機器設置場所でポイント登録できる仕組みを構築するとともに、介護予防手帳にシールを貼る形での参加も可能とし、介護予防事業でも活用できるような仕組みとした。

<図表2 健康ポイント事業のチラシ（令和5年度）>

出典：山形市提供資料

3. 健康ポイント事業SUKSKの概要

① 様々な健康づくりの取組を後押しする仕組みづくり

令和5年度時点で、ポイントを獲得できる取組は以下のとおりである。アプリでは、歩数計測の他、健康関連イベントや市内の施設等に設置する二次元コード（QR）の読み取り、健康行動のセルフチェック機能、アンケート機能等を活用して、多様な取組でポイントを獲得できる仕組みを構築した。

特に、QRによるポイント獲得機能を活用することで、市内の各部署や民間企業、住民が主催する様々な事業を対象事業に拡充することが可能となった（令和元年度29事業→令和5年度64事業）。

ポイント獲得の対象となる活動や取組、イベント等は総数で200以上にのぼる。

<図表3 健康ポイント付与の内容>

メニュー	対応	内容
ウォーキング	アプリ・歩数計	歩数に応じて0～100P/回
健(検)診受診	アプリ・シール	500～1000P/回
セルフチェック	アプリ	体操、減塩に取り組む、野菜を食べる、自転車に乗る、禁煙等 10項目 1項目5P/日、最大10項目50P/日
SUKSKメニュー	アプリ(QR) 一部シール	食塩控えめ、野菜たっぷり、バランスメニュー等を食べる 500P/回
イベント参加 (社会参加)	アプリ(QR)	市主催(令和4年度 65事業) 民間主催(令和4年度 約10事業) 200又は500P/回
施設利用等	アプリ(QR)	民間スポーツジム、グランドゴルフ、私有施設・・・100P/回 低山ハイキング・・・200P/回、野草園・・・500P/回
アンケート回答	アプリ	500P/回

出典：山形市提供資料より事務局作成

② 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している。具体的な対象者は以下のとおり。

- 山形市に住所を有する18歳以上
- 本事業へ参加登録をした市内事業所に在勤している18歳以上

対象者は原則市民だが、市内の事業所に勤務する現役世代の市民も多く、事業所全体で取り組んでもらうことが、生活習慣病の予防及び健康寿命延伸につながることから、事業所登録を要件として、市外に住所を有する18歳以上も参加できる仕組みとしている。ポイント事業に参加するのは個人だが、歩数ランキングを所属別に見ることも可能なので、事業所の健康づくりに一役買っている。なお、令和5年12月末時点で登録者が13,000人を超えており、うち事業所の所属が約3,000人である。

③ インセンティブ（ポイントの還元）

各個人が貯めたポイントは半年ごとに集計して市が抽選を行い（申込不要）、当選者には県内の特産品や地域で使える商品券等を送付している（年2回、令和5年度は計3,500人に記念品を送付）。

4. 推進体制

健康医療先進都市は市の長期ビジョンであることから、ハード・ソフトにわたる全庁的な取組となっている。また、市民や関係団体とともに市全体でビジョンの実現に取り組むため、「山形市健康医療先進都市推進協議会」を平成31年4月に設置。市長をトップに据え、大学研究機関や市医師会や協会けんぽ等の関係団体、市民団体等で構成し、課題の共有や成果向上に向けた取組を検討している（事務局は健康増進課）。健康担当部署や関係者との連携内容は図表4のとおり。

<図表4 庁内および関係機関との連携>

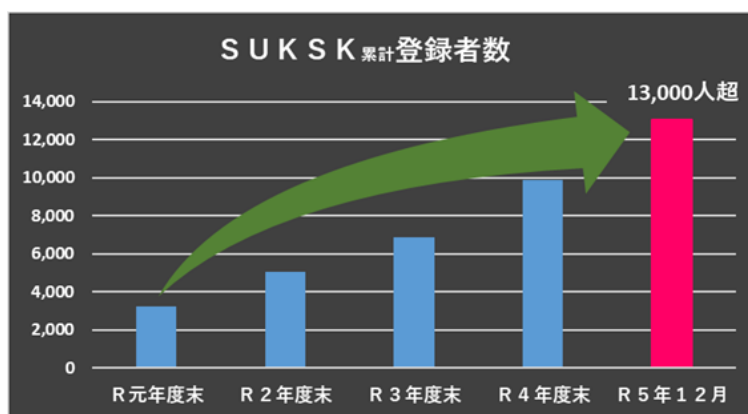
庁内・関係機関	連携内容
健康増進課 (保健所)	令和5年度よりSUKSK推進係を新設。健康医療先進都市推進に係る地域内の医療機関との連携や健康ポイント事業、国保保健事業を含む保健事業等の実施は健康増進課が担っている。ポイント事業は全庁的に公募し、保健や介護だけでなく、まちづくりや環境、防災、子育て等様々な部署が関与。
国民健康保険課	国保保健事業を健康増進課と連携し実施。特定健診受診率向上や被保険者の生活習慣病予防にポイント事業を積極的に活用。
外部関係者	山形大学と連携協定を締結しているほか、前述の山形健康医療先進都市協議会を通じ、医師会等様々なステークホルダーと連携。

5. 取組の成果

① 事業参加者

令和5年12月末時点で、健康ポイント事業参加者は13,000人を超え、令和4年度までの累計登録者数の年平均成長率は45%となっている。また、企業等のSUKSK事業所登録についても、令和元年度は23だったが、令和6年3月には80以上の企業等が事業所登録を行っている。

<図表5 健康ポイント事業登録者推移(令和元年度～令和5年12月末)>

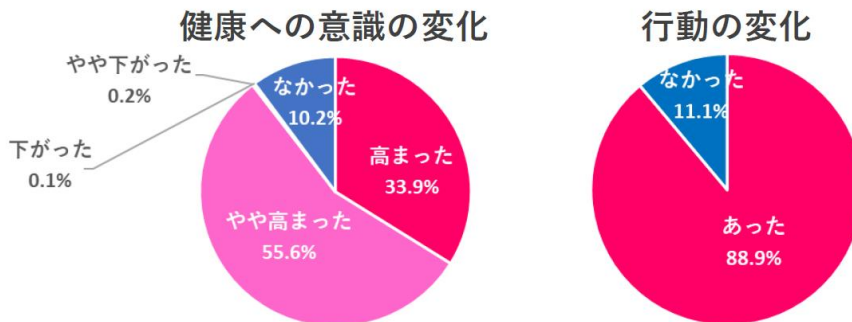


出典：山形市提供資料より抜粋

② 健康意識

令和5年8月に実施したアプリ利用者アンケート（回答者2,906人、回答率約30%）では、「SUKSKに登録して健康への意識に変化はあったか」という設問に対し、89.8%が「あった」と回答した。また、88.9%がSUKSKに登録して行動の変化があったと回答した。

<図表6 健康意識及び行動の変化>

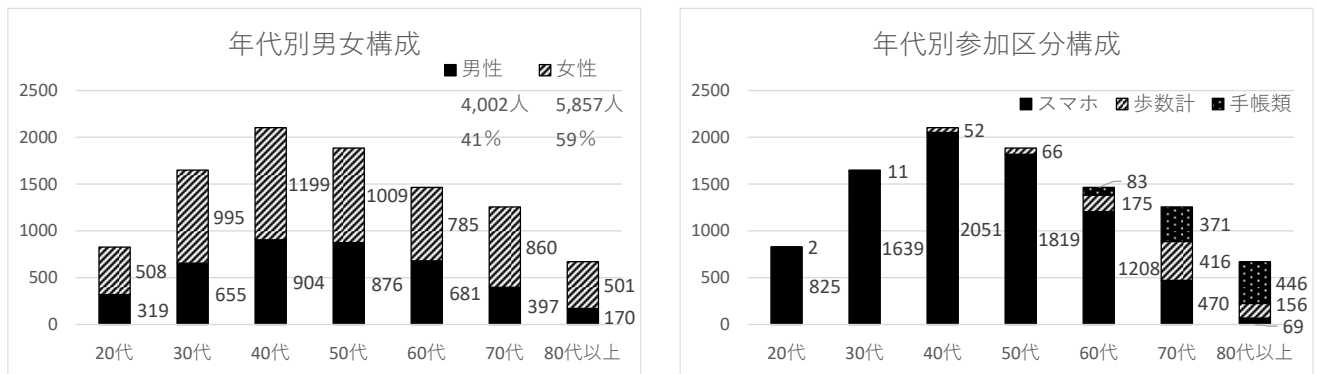


出典:山形市提供資料より抜粋

③ 現役世代の参加状況

参加者の男女比は概ね4:6で、年代別では40代、50代、30代、60代の順に多くなっている。現役世代、特に60歳未満参加者が66%を占める（令和4年度実績）。

<図表7 年代・性別、年代・参加方法別構成>



出典:山形市提供資料より事務局作成

④ 健康寿命

山形市民の健康寿命については、SUKSKプロジェクトを開始する前年の平成30年度と比較し、男女ともに次のとおり延伸を示している。

- 健康寿命(男性)平成30年度80.64歳→令和2年度81.36歳
- 健康寿命(女性)平成30年度84.24歳→令和2年度84.36歳

なお、国保加入者の参加率、特定健診受診率向上や国保保健事業への直接的な効果評価は順次実施する予定である。

6. 今後の展開

SUKSKの認知度が高まり、制度を知らない市民は減る一方で、「知っているけれど取り組まない」層が増えていくことになる。市内企業等への事業所登録の働きかけを行い、引き続き、健康行動の促進や医療費適正化等につなげていく。

また、健康ポイント事業をより深化させていくため、新たにマイナポータルとの連携を行い、取得したPHR（パーソナルヘルスレコード）等の各種データに基づきAIが健康アドバイスを行う機能をアプリに実装し、市民一人一人の健康状態に合わせた個別最適な健康づくり活動を提案するなど、健康づくりのDX化を推進する予定である。

さらに、歩くためにはまずは足の健康が大切であることから、専門家らと連携し、足の健康にも取り組む。また、長年コホート研究に取り組んでいる山形大学医学部や健康分野に様々な知見を有する企業等と連携し、健康寿命の延伸に向けた研究や健康プログラムの開発を行っていく。

7. 他市町村への展開

① 全市的推進体制の構築

「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・庁外が縦・横・斜めに連携し、効果的な事業推進体制の構築につながっている。

また、政策を展開する上で「SUKSK」というわかりやすい名称で事業がデザインされ、多様な取組が内包されていることも、住民への浸透につながったと捉えている。例えばSDGsのように「身近な取組が、何かいいことにつながっている」と思わせるブランディングは、幅広い世代に、さらには無関心層にも届くものとする。

② 現役世代層の登録促進

市内企業を巻き込み、現役世代層の健康づくりを支援している。具体的には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、企業の健康経営の支援にもつながっている。

③ 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

事業のマンネリ化は住民の気持ちを離れさせてしまう。様々な仕掛けで飽きさせないことと合わせて、身近な取組の中に健診受診や生活習慣病の重症化予防、医療費適正化に係る取組があることで、住民にとっては「なにかいいこと」の一つとして受け入れられ、結果として健康づくり施策への参画が進んでいる。

【茨城県那珂市】

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

自治体概要（令和 5 年 3 月末時点）

人口：53,683 人

国保被保険者数：11,183 人

高齢化率：32.7%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 5 年度時点）

事務職：1 名

専門職：1 名（健康推進課保健師）

特定健診/特定保健指導実施率（令和 4 年度時点）：38.9%/61.4%

1. 市の抱える健康課題

① 市国保の課題

那珂市の 1 人当たりの医療費は年々増加しており、平成 29 年度が 344,229 円、令和 3 年が 358,530 円（約 4%増）となっている。また、県内市町村平均（1 人当たり 341,577 円）を上回っている。

② 重複・多剤服薬訪問事業の課題

市の特定保健指導や重症化予防事業は、健康推進課の保健師や管理栄養士が実施しているが、重複・多剤服薬対象者への対応は保険課の保健師が担当していた。令和 4 年度から健康推進課の保健師（地区担当を含む）が対応することとなったが、薬剤への知識が不足しており、適正な保健指導を実施できるか不安を抱いていた。担当する保健師は、対象者が使用している薬剤の効果・効能を調べる等訪問への準備に時間がかかることや、対象者へ正確な情報を伝えることの難しさを課題と捉え、専門的な知見を有する薬剤師による支援の必要性を感じていた。

2. 薬剤師会との関わり

① 地区薬剤師会とのこれまでの取組

以前より常陸大宮薬剤師会（以下「地区薬剤師会」という。）に、市主催の講演会の講師やイベントでの相談ブースの設置等で連携を図っていた。また、平成 30 年 10 月に地区薬剤師会と那珂市の間で協定を締結し、市が作成する「おくすり整理バック」の配布や相談支援について協力薬局を中心に、市民の残薬の課題に取り組んできた。さらに、令和 2 年度には保険課が茨城県のモデル事業「かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業」に参加し、地域の薬局と共に特定健診の受診勧奨を実施した。

普段から、このような事業等での連携があるため、重複・多剤の課題についても相談しやすい関係が育まれていた。

② 重複・多剤服薬訪問指導への関わり

重複・多剤服薬訪問指導の課題を地区薬剤師会に相談したところ、薬剤の副作用や注意すべき点などについて助言を受けることができた。そこで、本事業の実施に当たっては、地区薬剤師会と委託契約を締結し、事前に薬剤師の助言を得てから訪問を行えるように体制を見直した。地区薬剤師会より担当薬剤師1名が選任され、市が作成した重複・多剤服薬訪問指導の個票に対する助言を委託し、個々の事例について直接相談できる体制になった。

3. 重複・多剤服薬訪問指導の流れ

重複・多剤服薬訪問指導は、毎年7～8月頃に実施している。事業の流れは以下のとおりである。

① 対象者の抽出

対象者はKDBシステムの「重複多剤処方状況」から抽出している。抽出条件は図表1のとおり。

<図表1 重複・多剤服薬訪問対象者の抽出条件>

重複処方者	令和5年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。ただし、除外基準該当者(※)を除く。
多剤処方者	令和5年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。ただし、除外基準該当者(※)を除く。

※除外基準対象者

把握方法	内容
レセプト	・特定の疾病等(精神疾患、がん、人工透析、訪問看護等) ・手帳(身体・療育・精神)を所持 ・1～3か月目にかけて通院回数等が明らかに減少
保険課への確認	・第三者求償中の者 ・滞納のある者 ・令和元～4年度に本事業の訪問指導を受けた者
地区薬剤師会への確認	・適正処方と考えられる等、本事業の対象として妥当でない者

出典：那珂市提供資料より事務局作成

② 受療状況の確認(個票の作成)と薬剤師の助言

抽出した対象者のレセプト(2～3月診療分)から、医療機関名、入院外来別、日数、医科点数、調剤点数、診断名、処方薬剤名、調剤数量、薬効、成分、適応等を1件ずつ手作業で確認し、個票を作成する。個票は地区薬剤師会の担当薬剤師から、対象者ごとに助言を得ている。

<助言の例>

- (処方薬局が複数にわたっているため)薬局の一元化を勧める。
- 脂質の薬が何種類か処方されているため、食生活の確認を勧める。
- 効用が同じ薬が処方されているため、減薬を提案する。

- 副作用によるふらつきがないか確認する。
- (高齢単居で)心臓の発作が起きた時の対処方法の確認や助言を行う。
- 薬の減量が難しく、コントロール不良が予測されるため、再発予防のために生活習慣の確認を勧める。

健康推進課の保健師と保険課の事務職で訪問指導を実施するため、両課で担当薬剤師より助言を得ている。




③ 訪問指導の実施

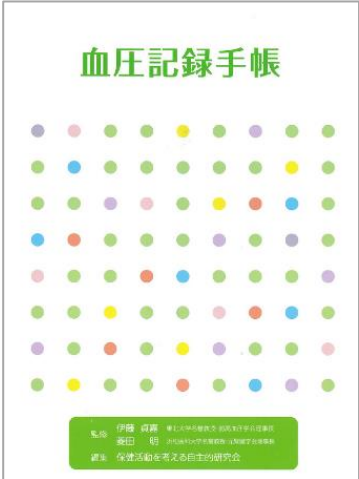
訪問指導は、基本的に前述の保健師と事務職の2名が実施している。保健師は訪問指導担当者だけでなく、対象者に応じて地区担当も実施している。

また、訪問指導では、事務職が訪問の目的について説明し、保健師が生活習慣や受療状況、処方薬、症状や副作用の有無を確認の上、資料等(図表2)を用いて必要な保健指導を行う。特に処方薬については、薬剤の内容と合わせて主治医やかかりつけ薬剤師から受けた説明を確認し、具体的な減薬については、対象者本人が医療機関や薬局に相談するよう促している。

<図表2 訪問指導の際に使用する資料一覧>

タイトル	内容・活用方法	見本
国保といっしょ!	被保険者向けの冊子「薬と上手に付き合いましょう」のページを活用する。	

<p>おくすり整理バッグ</p>	<p>残薬の問題がある場合に渡す。</p> <p>URL： https://www.city.naka.lg.jp/page/page009281.html</p>	 <p>出典：『広報なか』No. 241（2023年3月13日発行）より抜粋</p> <p>URL： https://www.city.naka.lg.jp/data/doc/1679451289_doc_594_0.pdf</p>
<p>高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用</p>	<p>日本医療研究開発機構研究班編集のパンフレット(ホームページからダウンロード) 対象者の状況に応じて活用する。</p> <p>URL： https://www.jpn-geriatrics.or.jp/info/topics/pdf/20161117_01_01.pdf</p>	
<p>ジェネリック医薬品希望シール</p>	<p>県が作成し、保険課が希望者に配布しているシールで、必要に応じて渡す。</p>	 <p>那珂市国民健康保険</p>

<p>血圧手帳</p>	<p>高血圧の方の連携手帳、日々の血圧の記録を自ら記入する。血圧の管理のポイント等について記載されている。 この他、対象者の疾病に応じて、役立つ媒体を選択している。</p>	
-------------	---	--

出典：那珂市提供資料より事務局作成

訪問内容の均一化を図りながら、聞き漏れなどが無いよう、記録様式を作成している（図表 3、図表 4）。

なお、訪問に当たっては事前にアポイントメントを取れないことが多く、直接訪問を実施している。訪問は1回で終了する場合もあるが、必要に応じて継続訪問を実施し、対象者及びその家族が安心して療養生活を送ることができるよう支援を行う。特に重複・多剤の対象者は生活習慣病が重症化している人が多く、重複・多剤服薬訪問をきっかけに、生活習慣病重症化予防につなげている。

<図表3 訪問記録様式（多剤処方用）>

訪問記録票（多剤処方用）					
訪問		訪問者	健康推進課 保健師	<家族構成>	
日時			保険・年金G		
氏名		<性別>	<生年月日(年齢)>	<職業>	
住所			<電話番号>	<国保取得日>	
				<被保険者番号>	
受療状況	レセプト情報 R4.12月～ R5.2月	医療機関名 (番号に○.3月受診)	病名(入院・手術・治療等)	処方薬剤 薬剤数 重複薬剤名	
		<多剤となった理由>		0	
		重複: 1知っていた 2知らなかった		1-1	
訪問時点		医療機関名	病名	処方薬剤名	
本人申告					
処方薬	訪問時点	1. <処方薬>			
		Q1	1 無し 2 処方通り 3 自己調整(どの薬 理由)	1-2	
			4 薬が余る (理由)		
		Q2	①相談している	1-3	
			②相談していない⇒対処法()		
		2. <お薬手帳>			
		Q1	1 有り 2 無し	2-1	
		Q2	①1冊にまとめている ②その他()	2-2	
		Q3	①提示する ②提示しない()	2-3	
		Q4	a.医療機関窓口 b.診察時 c.薬局	2-4	
		3. <ジェネリック医薬品>			
		Q1	1 知っている 2 知らない	3-1	
		Q2	①利用中 ②利用しない()	3-2	
		4. <サプリメント>			
		Q1	1 利用中(何を) 2 利用無し	4-1	
		Q2	①主治医に話した ②話さない	4-2	
		5. <市販薬>			
Q1	1 薬名() 2 ほとんど利用無し	5-1			
Q2	①どんな時() ②頻度()				
6. <血圧測定>					
Q1	1 血圧計有り 2 血圧計無	6-1			
Q2	①腕帯 ②手首タイプ ③指先タイプ	6-2			
Q3	1 測る 2 計らない	6-3			
Q4	①朝 ②昼 ③夕 ④寝る前 ⑤その他()	6-4			
Q5	1 記録する 2 記録しない	6-5			
Q6	①手帳 ②その他()	6-6			
Q7	血圧手帳の配布 1 有り 2 無し	6-7			
特定健診	<受診状況> H30 R1 R3 R4 R5		<指導状況>		
	<訪問時指導内容>				
助言支援				評価(R5.10月末)	

<図表4 訪問記録様式(重複処方用)>

訪問記録票(重複処方用)					
訪問日時	訪問者	健康推進課 保健師	保険・年金G	<家族構成>	
氏名	<性別>	<生年月日(年齢)>	<職業>	<対応者>	
住所		<電話番号>	<国保取得日>	<被保険者番号>	
レセプト情報	医療機関名 (番号に○:3月受診)	病名(入院・手術・治療等)		処方薬剤 薬剤数 重複薬剤名	
	4				
	5				
受療状況	R4.12月~ R5.2月	<重複となった理由>		0	
	重複:1知っていた 2知らなかった			1-1	
訪問時点	医療機関名	病名	主治医の指示		
本人申告					
処方薬	1. <処方薬>				
	Q1	1 無し 2 処方通り 3 自己調整(どの薬	理由	1-2	
		4 薬が余る (理由)			
	Q2	①相談している(主治医・薬局)⇒対処法(主治医も薬局にも相談できる)		1-3	
		②相談していない⇒対処法()			
	2. <お薬手帳>				
	Q1	1 有り	2 無し	2-1	
	Q2	①1冊にまとめている ②その他()		2-2	
	Q3	①提示する ②提示しない()		2-3	
	Q4	a.医療機関窓口 b.診察時 c.薬局		2-4	
	3. <ジェネリック医薬品>				
	Q1	1 知っている	2 知らない	3-1	
	Q2	①利用中 ②利用しない()		3-2	
	4. <サプリメント>				
	Q1	1 利用中(何を)	2 利用無し	4-1	
	Q2	①主治医に話した ②話さない		4-2	
	5. <市販薬>				
	Q1	1 薬名()	2 ほとんど利用無し	5-1	
	Q2	①どんな時() ②頻度()			
	6. <血圧測定>				
Q1	1 血圧計有り	2 血圧計無	6-1		
Q2	①腕帯 ②手首タイプ ③指先タイプ		6-2		
Q3	1 測る	2 計らない	6-3		
Q4	①朝 ②昼 ③夕 ④寝る前 ⑤その他()		6-4		
Q5	1 記録する 2 記録しない		6-5		
Q6	①手帳 ②その他(紙をクリアファイルに入れている)		6-6		
Q7	血圧手帳の配布 1 有り	2 無し	6-7		
特定健診	<受診状況> H30 R1 R2 R3 R4		<指導状況>		
	<訪問時指導内容>				
助言支援				評価(R5.10月末)	

出典：那珂市提供資料

④ 実施評価と薬剤師との情報共有

12月に、対象者抽出時のデータ（昨年度2月診療分）と訪問後のデータ（10月診療分）を比較し、評価を行う。評価の対象項目は、重複服薬の減少、服薬数の減少、医科・調剤点数の減少等で、必要時は本人や地区薬剤師会に服薬状況及び副作用の改善状況を確認している。また、実施結果や評価について取りまとめて、1月に地区薬剤師会とも共有している。

4. 取組の成果

① 対象者と訪問実績

令和5年度の対象者と実績は図表5のとおり。令和5年度は対象者11名全員に訪問指導を実施できた。訪問しても不在の場合は手紙を置いたり、時間を変えて再訪問したりして、対象者に直接お会いするようにしている。

また、直接訪問に対して「何をしに来たのか。」という反応や目的を説明しても「(薬局等に)相談しているから大丈夫。」といった返答が多い。重複・多剤だけを切り口にしても受け入れていただけないため、健診のことや生活のことなど、対象者に合わせて切り口を変えて話を伺うように心がけている。

<図表5 重複・多剤服薬該当者訪問実績>

	重複服薬対象者			多剤服薬対象者		
	抽出対象者数	訪問指導対象者数	訪問実施数	抽出対象者数	訪問指導対象者数	訪問実施数
令和5年度	49人	1人	1人	90人	10人	10人

出典：那珂市提供資料より事務局作成

② 薬剤処方率の減少率

令和5年度の多剤処方対象者10人のうち9人の薬剤が減少し、対象者の医科・調剤レセプトが7,290点減少につながった。

重複処方者の1人は、服薬状況の変化は見られなかったが、薬の重複について直接、主治医やかかりつけ薬剤師に相談し、体の状態に合わせた適切な処方であることが確認できた。

このような結果が得られたのは、地区薬剤師会の担当薬剤師からかかりつけ薬局を持つことの大切さや処方薬の注意点等の助言を事前に受けた上で訪問したことで、適切な指導ができたためである。

5. 事業の課題

① 個票作成の効率化

対象者の個票（医療機関、診断名、薬剤等を確認し、まとめたもの）は、訪問や担当薬剤師への相談に役立つが、作成に時間を要していることから、作成方法について検討する必要がある。

② 対象者へのアプローチ

抽出した対象者は、すでに薬局等で適切な相談や指導が行われていることがあり、訪問の目的を理解していただくことが難しい場合がある。地域全体を理解している市の保健師等が対応することで、対象者の背景を踏まえ重複・多剤だけではない支援につながるため、工夫しながら継続する必要がある。

6. 他の市町村への展開

① 地区薬剤師会との連携

重複・多剤服薬訪問事業を進めるに当たり、市の保健師や事務職は薬の副作用や適切な処方に関する知識が不足しているため、調べるための時間を要したり、適切な理解ができていなかったりする課題を抱いていた。

地区薬剤師会とは「おくすり整理バック」の配付による残薬への取組や、茨城県のモデル事業における地域の薬局と連携した特定健診の受診勧奨等を通して、相談しやすい関係を構築してきた。本事業においても地区薬剤師会へ協力を仰ぐことで、担当薬剤師から助言を受けた上で保健指導を実施できるため、対象者の理解も得られるようになった。

また、事業に共に取り組み、課題を共有することで、生活習慣病予防全体への協力にもつながっている。

② 市の保健師等の関わり

本事業は外部委託しておらず、市の保健師が実施するため、訪問できる件数に限界がある。一方で、対象者によっては、訪問指導担当の保健師だけでなく、地区担当の保健師も一緒に訪問をしている。地域全体を把握している市の保健師が対応するからこそ、単に重複・多剤の対象者として捉えるのではなく、なぜそれが起こっているのか、対象者の生活習慣や居住環境等の背景を含めてアセスメントし、保健指導することで、健康を阻害している要因を理解し、対象者に寄り添った支援につながり、しっかりと向き合うことができている。

【群馬県明和町・千代田町】

館林市邑楽郡 1 市 5 町における 糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組

自治体概要（令和 5 年 1 月末時点）

人口：10,822 人

国保被保険者数：2,283 人

高齢化率：32.3%

※上記は明和町の情報

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 5 年度時点）

事務職：0 名 専門職：1 名（保健師）

特定健診/特定保健指導実施率（令和 4 年度時点）：52.7%/19.8%

1. 取組みの経緯・連携体制の構築

① 取組の経緯

元々、明和町は糖尿病性腎臓病重症化予防事業（以下、「重症化予防事業」という。）を実施していなかったが、他の一部の県内市町村はそれぞれ独自に基準を定め、事業を実施していた。平成 31 年 3 月に群馬県が「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」を策定したことで、重症化予防事業の基準が県内で統一され、県のプログラムを参考に事業を検討していく機運が高まった。

館林市が、同年 7 月に館林市邑楽郡医師会を訪問し、重症化予防事業について相談したところ、近隣の 1 市 5 町（館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町）と足並みをそろえて事業を実施することを勧められた。その理由としては、館林市邑楽郡全体で糖尿病性腎臓病の患者が多いこと、医師会の所管範囲と一致するため医師会と連携しやすいこと、隣市町で受診する患者が多いため、基準が揃っていた方が医療機関側も混乱しないこと等が挙げられた。

② 連携体制の構築

医師会の助言をふまえ、1 市 5 町で統一した事業を推進していくために、平成 31 年 8 月に明和町を含めた 1 市 5 町の重症化予防事業担当者で会議を実施し、意思統一を図りながら共同実施の体制構築を検討することとなった。令和元年度より、受診勧奨を全市町で実施することとし、保健指導は実施可能な自治体から段階的に実施していくことが決定された。

それまで明和町は健診において医師会との連携を取っていたが、健診以外での保健事業における医師会との連携はなかったため、良い機会となった。

2. 1 市 5 町の連携体制による事業推進の実際

① 事業実施要項・事業実施手順の作成

事業において医師会との連携を図るにあたり、平成 31 年 11 月に、県のプログラムを抜粋した「糖尿病性腎臓病重症化予防事業実施要領【館林市邑楽郡医師会管内 1 市 5 町版】」を定めた。受診勧奨、保健指導の対象者や具体的な保健指導の方法の他、行政と医師会が担う業務や役割をまとめて記載している。なお、対象者抽出基準は統一しているが、受診勧奨・保健指導については、対象者数の違いや市町の特徴があるため、各自治体に裁量が与えられている。しかし、保健指導を実施し

た際は、かかりつけ医への報告を初回指導後、指導終了後等に行う。

また、あわせて、事業の中で使用するより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」を作成した。

以後は、毎年度、事業実施要領・事業実施手順を1市5町内で見直し、1市5町が連名で5月頃に医師会を訪問し、両資料を使用した事業の説明と協力依頼を行っている。

<図表1 事業実施要領・事業実施手順の記載項目>

要領・手順	記載内容
糖尿病性腎臓病重症化 予防事業実施要領	1. 趣旨 2. 経緯 3. 基本方針 4. 保健事業検討会 5. 関係機関の役割 6. 事業実施（対象者抽出基準含む） 7. 県プログラム変更点 8. 標準的な「指示書」作成料金 等
保険者抽出による受診勧奨・ 保健指導の事業実施手順	(1) 受診勧奨・保健指導の方法について (2) フロー図 受診勧奨の手順 (3) フロー図 保健指導の手順

<図表2 事業実施要領が定める関係機関の役割分担>

関係機関	役割
館林市邑楽郡医師会	・ かかりつけ医と専門医との連携強化 ・ 各医療機関への事業内容の周知
かかりつけ医	・ 受診した方の診療 ・ 市町が実施する保健指導に対する指示、助言 ・ 市町とやりとりする必要書類の作成 ・ 対象者の抽出（医療機関による抽出）
市町	・ 対象者の抽出（保険者による抽出） ・ 対象者の医療機関への受診勧奨 ・ 対象者への保健指導 ・ かかりつけ医とやりとりする必要書類の作成

② 保健事業検討会議の開催

1市5町の連携を取るために、毎年1回程度、各市町の国保主管課と健康増進主管課が出席する「館林市邑楽郡保健事業検討会議」を開催している。毎年の幹事と副幹事は1市5町の中での輪番制としており、毎年度の事業方針の検討や事例発表を行っている。

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有益な情報が得られること、医師会への依頼や調整をまとめた形でできること、各市町の庁内での役割分担が明確になること、庁内異動後の初任者も情報を得やすく事業の継続性が高まること等のメリットが感じられ

ており、事業全体の効率化につながっている。

3. 明和町の糖尿病性腎臓病重症化予防事業の取組

腎不全や人工透析といった重篤な疾患の発生を抑制することを目的に、糖尿病や糖尿病性腎臓病を有病しながら医療機関受診につながっていないと思われる方に対して受診勧奨によって適切な医療機関の受診を促進するとともに、必要な方への保健指導を実施する。

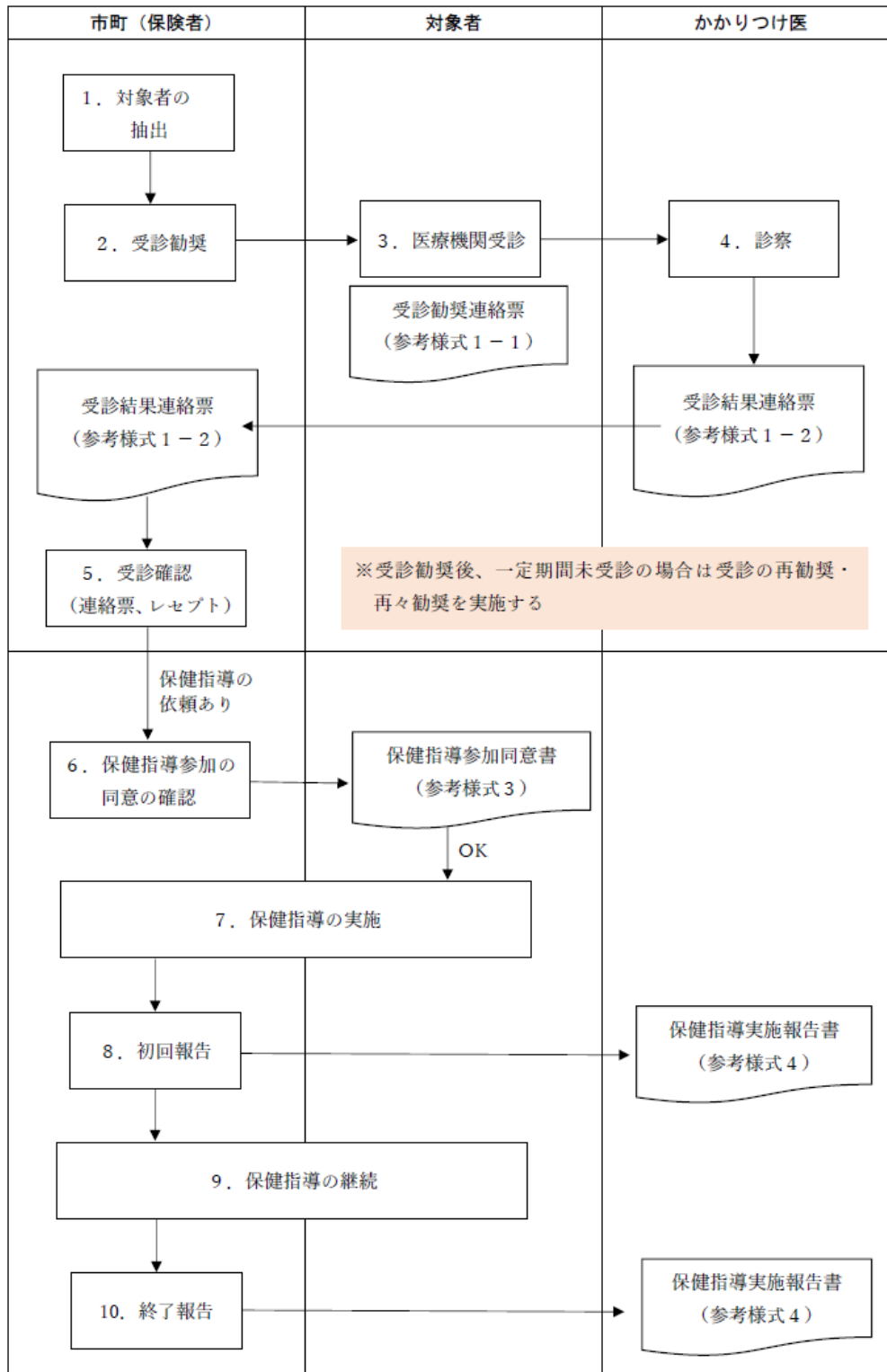
① 受診勧奨

住民保険課が主担当となって、糖尿病性腎臓病重症化予防事業実施要領を踏まえて、KDB データで対象者を抽出し、対象者へ郵送で受診勧奨を行う。

<図表3 対象者の抽出基準・方法>

項目	内容
※基本基準	①空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c 6.5%以上 ②尿蛋白（+）以上または eGFR 60ml/分/1.73 m ² 未満 ※群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに準ずる。
受診勧奨対象	上記①、②の全てに該当し、直近1年間に糖尿病または糖尿病性腎臓病の受診歴がない者
治療中断	前年度の健診歴がなく、以前に糖尿病または糖尿病性腎臓病のレセプトがあるが直近1年間にレセプトがない者
保健指導対象	上記①、②の全てに該当する者

<図表4 受診勧奨手順>



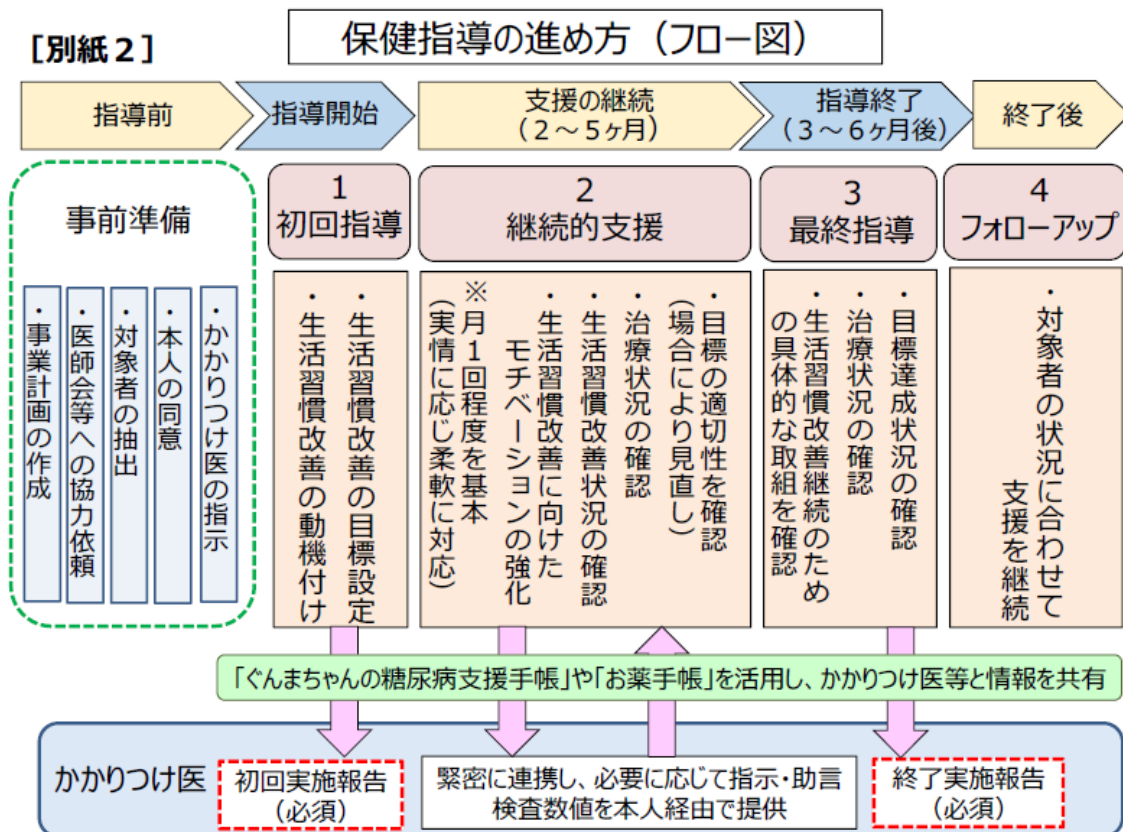
出典：「保険者抽出による受診勧奨・保健指導の事業実施手順」

アウトプット評価として、抽出基準該当者のうち受診勧奨を実施した者の割合を確認し、アウトカム評価として、介入した年の年度末時点における、受診勧奨を実施した者のうち医療機関を受診した者の割合を確認している。明和町では、令和5年度に、未受診者6名、治療中断者1名を抽出し、全員に通知での受診勧奨を行った結果、4名が受診につながった。千代田町では、令和4年度に、未受診者1名を抽出し（治療中断者は0名）、訪問での受診勧奨を行った結果、受診につながった。

② 保健指導

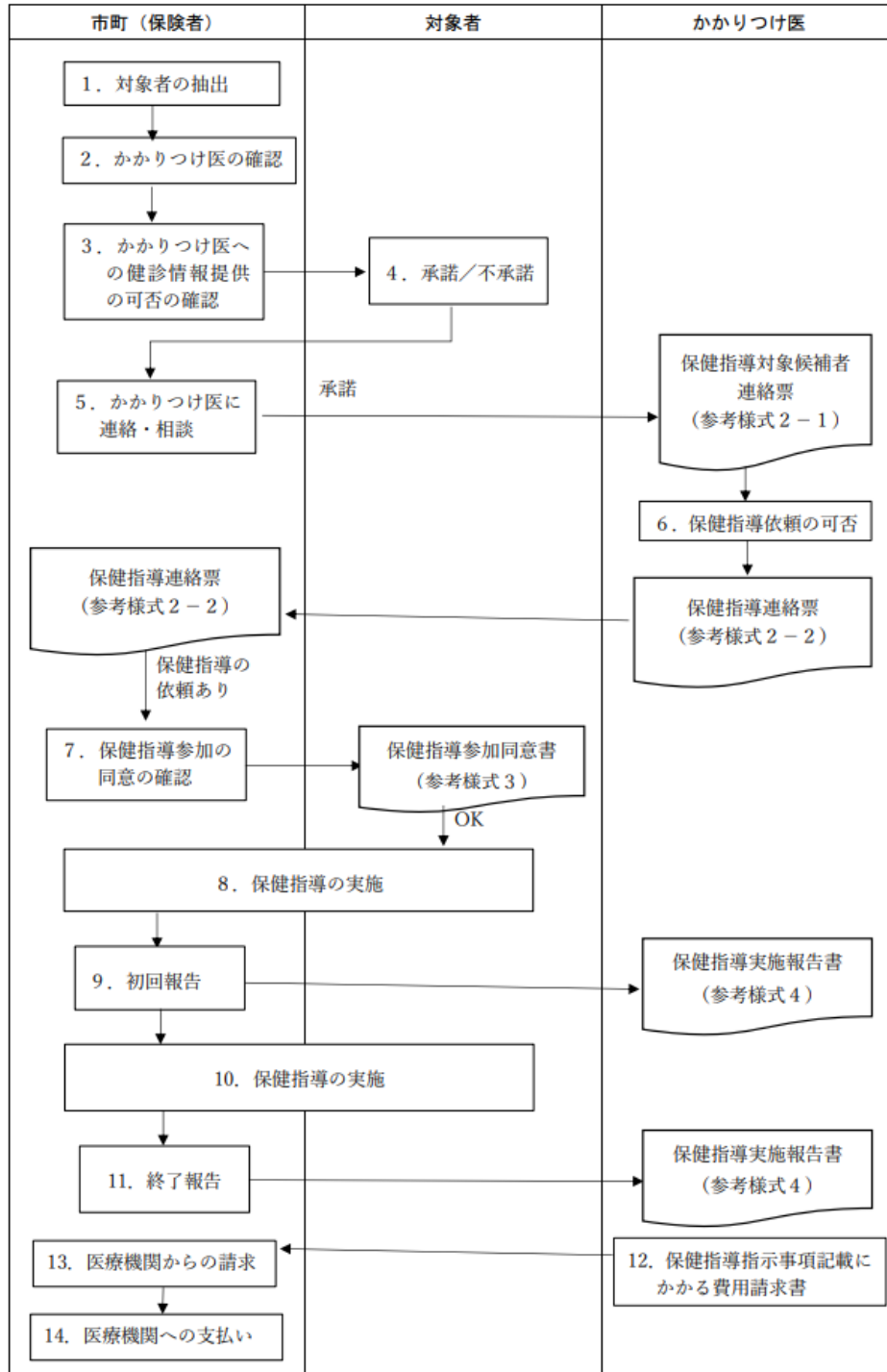
対象者への保健指導・経過記録は、住民保険課と健康こども課（保健センター）で協働実施している。保健指導は電話・訪問・来所による面談の方法で実施する。

<図表5 保健指導の進め方>



出典：「保険者抽出による受診勧奨・保健指導の事業実施手順」

＜図表 6 保健指導(保険者による抽出)の手順＞



出典：「保険者抽出による受診勧奨・保健指導の事業実施手順」

アウトプット評価として、抽出基準該当者のうち保健指導を実施した者の割合を確認し、アウトカム評価として、指導終了時または翌年度健診時のHbA1c改善率を確認している。明和町では、令和5年度に、抽出基準該当者10名を抽出し、その内2名から参加希望があったため、来所による保健指導を行った。しかし、2名とも他の疾患が見つかり、保健指導を中断した。千代田町では、令和4年度に、抽出基準該当者22名を抽出し、その内2名から参加希望があったため、来所による保健指導を行った。その結果、1名は途中で離脱したものの、もう1名は保健指導を完了した。保健指導完了者は、体重が減少した一方でHbA1cが増加したため、引き続き、医療機関受診や血糖コントロールを行う必要性について確認した。

③ 関係者の役割・体制

保健事業の推進にあたっては関係機関と以下のような連携を取っている。

<図表 7 保健事業における関係機関との連携>

連携団体・機関	連携体制・内容
庁内	<ul style="list-style-type: none">● 保健指導において、保健衛生部局の保健師や管理栄養士の協力を得ている。● KDB の情報を保健衛生部局や介護保険部局に共有し、健康課題を共有している。
館林市邑楽郡医師会	<ul style="list-style-type: none">● 毎年度 5 月頃に事業方針について打合せを実施している。● 令和 6 年度は、希望する市町について個別に、医師会の理事（医師）が講演を開催することとなっている。
群馬県	<ul style="list-style-type: none">● 県主催の CKD の研修や他の健康増進事業の研修等に参加している。
国保連合会	<ul style="list-style-type: none">● KDB の操作に関する研修等に参加している。 (一体的実施事業の中では保健事業支援・評価委員会も活用)

4. 他市町村への展開ポイント

① 1市5町が集まる検討会議の運営

国保主管課だけでなく、健康増進主管課も出席し、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、日頃から市町間のコミュニケーションを円滑に取りやすくなり、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、継続的な事業を推進できる要因の1つとなっている。

② 広域での医師会との連携体制の構築

市町が足並みをそろえて事業を実施することで、医師会との連携・調整が円滑になっている。また、各市町が単独で医師会と連携を取るのではなく、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も実施しやすくなっている。

【千葉県松戸市】

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

自治体概要（令和 5 年度時点）

人口：497,964 人

国保被保険者数：93,652 人

高齢化率：25.9%

国保の保健事業を担当する専任職員数

事務職：3 名

専門職：3 名（保健師 2、栄養士 1）

特定健診/特定保健指導実施率（令和 4 年度時点）：34.8%/21.7%

1. 取組経緯と糖尿病重症化予防対策の方向性

① 取組経緯・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い状況であったが、肥満でない者は特定保健指導の対象とならないため、糖尿病対策が不十分であった。また、HbA1c 6.5%（医療受診勧奨値）以上の者に対して文書で一律に受診勧奨を実施していたが、糖尿病に対応できる医療機関につながらない者も多かった。さらに、HbA1c 6.5%程度の者は受診しても、治療開始とならないことが多く、数値が悪化した時点での再度受診を指示されるに留まっていた。

第 2 期データヘルス計画策定時のデータ分析では、市の糖尿病患者数（患者千人対）は国や県、同規模自治体より少ないにも関わらず、新規糖尿病性腎症患者数が増加傾向にあった。この背景には、糖尿病の初期段階で適切な治療や指導につながらず、糖尿病が重症化してから受診する者が多いことが推測された。

② 糖尿病重症化予防対策の方向性

第 2 期データヘルス計画策定時に、糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防対策に取り組むための具体策の一つとして「松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議（以下、「ネットワーク会議」という。）」を設置した。

また、令和 5 年度からは松戸市健康増進計画（健康松戸 21Ⅲ）において、糖尿病対策を市の共通課題として取り上げた。さらに、保健衛生部局（健康推進課）でも糖尿病の発症予防のための保健指導を実施することとし、全市的な取組となるような体制構築を進めた。

2. 地域関係者による松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議の設置

① 地域関係者との連携の必要性

特定健診の結果やレセプト情報等を分析したところ、次のような課題が明らかとなった。

- ・ 糖尿病治療中でも血糖コントロール不良者が多かった。
- ・ 糖尿病治療中断の疑いのある者でも歯周病の治療は継続していることが多かった。
- ・ 血糖値高値の者をフォローしてみると、「健診は初めて受けたが、数十年前から歯がほとんど

どない（歯周病の影響と思われる）」など、本人が気づかずに糖尿病が進行していると思われるケースが見られた。

- ・ 糖尿病治療中で健診と受療を 10 年以上欠かさず継続してきたが、ある日突然人工透析と言われ、戸惑っているという相談が寄せられた。

このように、特定健診の結果やレセプト情報等の分析から得られる「量的データ」だけでなく、特定健診における対象者へのフォロー等で得られた「質的データ」を得ることにより、保健医療関係機関（者）による個々の対応がとられ、効果的な糖尿病対策になっていないという課題を把握できた。

また、医療機関などとの連携に基づく特定健診・保健指導の推進、かかりつけ医の糖尿病対応力の強化、かかりつけ医から専門医への紹介といった対象者に関わる関係者の役割分担や連携の仕組みづくり等が求められた。

② 医師会との連携

このような市の状況を踏まえ、特定健診における血糖・HbA1c の異常高値者へのフォローや相談で関わった具体的な事例を医師会の特定健診担当理事に提示したところ、喫緊の対策が必要であることを共有できた。また、医療機関では治療中断者に対してアプローチできないこと、診療の中で療養指導の時間が十分にとれない等、診療現場における課題も共有できた。また、市から市基幹病院の糖尿病診療医にも協力を呼びかけ、医師と市保健師の間で市糖尿病対策への機運を高めた。さらに、第2期データヘルス計画においても、糖尿病対策の充実に向けた医療機関の役割分担や連携、対応力を推進することの必要性に触れた。

③ 松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議の設置

こうした対話を重ね、平成 29 年 8 月に開催された松戸市国民健康保険運営協議会において、市における透析導入患者を増加させないため、医師会会長から提言を受け、ネットワーク会議の準備会を立ち上げることとなった。国保年金課が準備会の事務局を務め、医師会が主体となって推進し、糖尿病重症化予防に向けた情報整理や体制整備（図表 1）を行った。

<図表 1 準備会の実施内容>

松戸市における糖尿病重症化予防の柱	
・かかりつけ医と専門医による連携の仕組みづくり	
・糖尿病性腎症を含む CKD 対策ツールの作成	
No	準備会の実施内容
1	腎臓病、糖尿病専門医療機関、糖尿病に対応できる医療機関のリスト作成
2	市内病院で実施している糖尿病教室(参加無料)のリスト作成
3	市内医療機関へのアンケート調査

出典：松戸市提供資料より事務局作成

準備会で実施した市内医療機関アンケート（図表 1 の No3）の結果で、糖尿病性腎症早期発見のために有効な尿中アルブミン検査を実施している医療機関が少ないことが明らかとなった。また、CKD 対策には eGFR 値の判定が不可欠であることから、特定健診の検査結果に eGFR が表示できるよ

う、急遽、システム改修を行った。

準備会での取組や体制整備を経て、平成 30 年 6 月にネットワーク会議を設置した。ネットワーク会議は、医師会、歯科医師会、薬剤師会及び市で構成され、令和 5 年度は、「松戸市糖尿病・CKD 対策推進ネットワーク会議」に名称を変更し、市内の基幹病院や市の保健・福祉部門も参画し、重症化予防プログラムの作成や事業構築、取組の成果の確認、課題抽出等に取り組んでいる。

3. 重症化予防プログラムの作成と関連事業

① 松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラムの作成

ネットワーク会議の設置後、「松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム」（以下、「プログラム」という。）の作成に取り掛かった。プログラムでは、基準値を定め、特定健診の結果やレセプト情報等から対象者の抽出及び専門医への受診勧奨を行い、糖尿病性腎症発症前の者にターゲットを当てた保健指導を実施することとした。

また、準備会で得られた情報から、糖尿病に対応する医療機関には尿中アルブミン検査の積極的な実施を促した。

さらに、かかりつけ医が自院で対象者の診療を継続したい場合や、対象者がかかりつけ医の変更を希望しない等の場合に、専門医ではない医師が基本的な糖尿病診療を理解するためのツール「糖尿病診療ミニマム」（東京都医師会作成のものを、松戸市が許可を得て編集したもの）を、糖尿病診療を専門とする医療センターの医師の協力を得て作成し、プログラムに組み込んだ。

ネットワーク会議での協議を重ね、平成 31 年 3 月に完成、同年 4 月から運用を開始した。

<図表 2 糖尿病性腎症重症化予防プログラムのチラシ>

松戸市国民健康保険加入の皆様へ

血糖値 HbA1c が高いと言われたら・・・

放置しないで 定期健診とセルフケア!

松戸市では、糖尿病の重症化を予防するために、『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』に取り組んでいます。特定健康診査の結果から、適切な受診・検査・保健指導が受けられるよう、関係機関が連携・サポートします。まずは、あなたも特定健康診査を受けて検査値を確認しましょう。

かかりつけ医 薬剤師 管理栄養士 看護師 歯科衛生士 保健師 腎臓専門医 糖尿病専門医 眼科医 歯科医

特定健康診査を毎年受けて 検査値をチェックしましょう!

特定健康診査や心臓とつながります。検査値 5.7%以下

HbA1c 血糖値の状態がわかります。過去1〜2か月の血糖値の平均を示しています。空腹時血糖と合わせて、血糖コントロール状態の目安となる検査です。

eGFR 腎臓の働きがわかります。腎臓を調べ・評価する能力がどれくらい「腎臓」にあるかを示しています。この値が高いほど腎臓の働きが落ちている可能性があります。

検査値 60以上

松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議

お問い合わせ 事務局 松戸市役所 国民健康保険課 健診班
TEL 047-366-1121

出典：松戸市公開資料

<図表3 糖尿病診療ミニマム>

糖尿病診療ミニマム

本資料は、糖尿病を専門としない実地医家が、糖尿病診療時に、診察の流れをひと目で確認できるように作成したものです。詳細は「糖尿病治療のエッセンス」「糖尿病治療ガイド」等をご参照ください。

初診時	[目標体重早見表] *65~74歳では柔軟に対応			
	身長 (cm)	~65歳 (kg)	65~74歳 (kg)	75歳~ (kg)
1 既往歴・家族歴・20歳時の体重及び過去最大体重を確認	145	46	46~53	53
2 眼科紹介(糖尿病網膜症チェック)、歯科受診勧奨(歯周病チェック)	150	50	50~56	56
3 アキレス腱反射(糖尿病神経障害チェック)	155	53	53~60	60
4 尿定性検査(糖、タンパク、潜血、ケトン体)	160	56	56~64	64
5 目標体重(kg)の目安 : 身長(m) ² ×BMI(65歳未満22、75歳以上25)	165	60	60~68	68
6 身体活動レベル(kcal/kg)の目安 : 普通労作30(軽労作25、重労作35)	170	64	64~72	72
7 食事の指示カロリー(kcal/日) : 目標体重×身体活動レベル	175	67	67~77	77
❖ 『糖尿病速携手帳』(日本糖尿病協会)を利用する	180	71	71~81	81

再診時	
毎月行うことを推奨	
1 体重測定	BMI 25未満目標 (高齢者では、やせ過ぎにも注意)
2 HbA1c	7.0%未満目標 : 但し、高齢者のSU薬・インスリンの使用者においては8.5%未満を目標
3 血糖値	食後2時間 160 mg/dℓ未満目標 空腹時 130 mg/dℓ未満目標 直前の食事開始時刻から何分後の採血か確認
4 血圧測定	130/80 mm Hg 目標 (高齢者:140/90 mm Hg) 降圧薬はARBが第一選択
5 尿定性検査	・糖 ・タンパク(腎症チェック) ・潜血 ・ケトン体
6 通院継続を促す	前回以降の努力を褒める
7 禁煙指導	禁煙治療を勧奨
初診から3か月後までに行うことを推奨 (その後は年1回行うことを推奨)	
◆尿中アルブミン検査	糖尿病早期腎症(微量アルブミン尿 : 30~299 mg/gCr)の早期発見のため
3ヶ月毎に行うことを推奨	
◆血液検査	・Cr(eGFR) ・BUN ・尿酸 ・TG ・LDL-C ・HDL-C ・AST ・ALT ・γ-GT
年1回行うことを推奨	
1 眼科受診	誕生月に眼底検査をするなど、忘れないよう定期的に
2 足のチェック	足(爪)白癬チェック、足背動脈触知
3 尿中アルブミン検査	糖尿病早期腎症(微量アルブミン尿 : 30~299 mg/gCr)の早期発見のため
4 歯科受診	歯周病チェック
5 健診・がん検診受診	

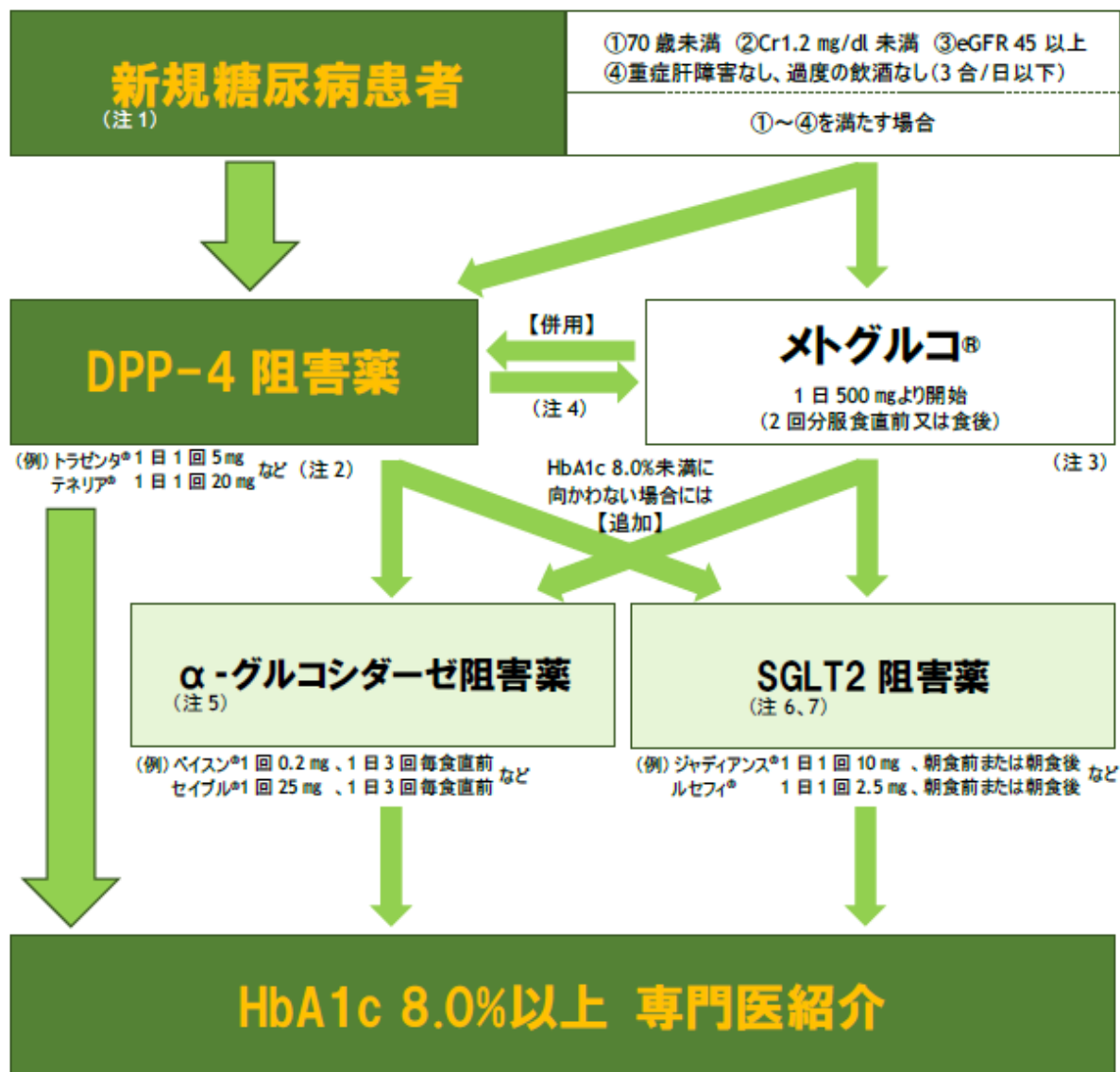
患者さんにお伝えすること	
1	症状がなくても定期的に通院すること
2	朝、昼、夕食を規則正しく「ゆっくり、よく噛み、腹八分目」、間食控えめ、夜食なし ❖ 食べる順番は先ず野菜から(イモ類は「ご飯」の仲間)、炭水化物は最後に、くだもの食べ過ぎ要注意 ❖ 食物繊維(葉野菜、海藻、こんにゃく、キノコ)はたっぷり食べる、おかずとご飯類をバランス良く(糖質制限は要相談) ❖ 塩分摂り過ぎ要注意(1日の食塩 : 男性8g・女性7gまで、参考 : ラーメン1杯の食塩約5g) ❖ アルコール飲み過ぎ要注意、原則は禁酒、飲むなら少量(薬物療法中は要相談) 飲酒1日の目安 : ビール大瓶1本、日本酒1合、ワイングラス2杯、ウイスキーダブル1杯、焼酎水割り1杯まで
3	とにかく歩く(プラス10分、10cm歩幅を広く)、座る時間が長い人は30分に1度立ち上がる、ラジオ体操
※ 高齢者は フレイル、サルコペニア に注意 フレイル: 健康な状態と要介護状態の中間の状態(身体的、精神・心理的、社会的側面を含む)介入により再び健康な状態に戻る状態 サルコペニア: 加齢等に伴って生じる骨格筋量と骨格筋力の低下	

東京都医師会生活習慣病対策委員会 作成(2019.3改訂)

非専門医が安心して使える

糖尿病経口薬の使用パス

本資料は、安全に糖尿病薬物療法が開始でき、適切な時期に専門医に紹介できるように作成したものです。詳細は、「糖尿病治療のエッセンス」「糖尿病治療ガイド」等をご参照ください。



- 注1：食事・運動療法を薬物療法に併せて行う。HbA1c 8.5%以上、ケトン体陽性の患者はインスリン療法の導入が必要であり、早期に専門医へ紹介。
- 注2：DPP-4阻害薬は、トラゼンタ®、テネリア®など腎機能による用量調節の必要がない薬剤を推奨。
- 注3：メトグルコ®は、1日500mg(2回分服)より開始し、必要に応じて1か月ごとに1日1,000mg(2回分服)、1日1,500mg(3回分服)と増量。
- 注4：①～④を満たす場合は、DPP-4阻害薬にメトグルコ®を併用することも可。
- 注5：α-グルコシダーゼ阻害薬は、毎食直前、腹部膨満感の副作用の少ない、ベイスン®、セイブル®から開始。
- 注6：BMI25以上ならば、SGLT2阻害薬などを使用することも可。
- 注7：ジャディアンス®、カナグル®は、心血管イベントや糖尿病腎症の予防効果が報告されている。ルセフィ®は、肝機能障害、腎機能障害による慎重投与の制限がない。

東京都医師会生活習慣病対策委員会 作成(2019.3改訂)

出典：松戸市提供資料

② 松戸市糖尿病・CKD 重症化予防プログラムへの更新

第2期データヘルス計画策定後、市内の保健師の中で、国保年金課のみでの重症化予防の取組では糖尿病発症予防が困難であること、糖尿病対策は全庁的に取り組むべき課題であることを協議し、令和5年度から市の健康増進計画の中でも糖尿病対策を取り上げることになった。

従来のプログラムでの対象者は国保特定健診の検査値から抽出した者に限定されるため、診療の場においても検査値が基準を超える者をプログラムの対象となるよう令和5年8月に新たに「松戸市糖尿病・CKD 重症化予防プログラム」（以下、「新プログラム」という。）を策定した。

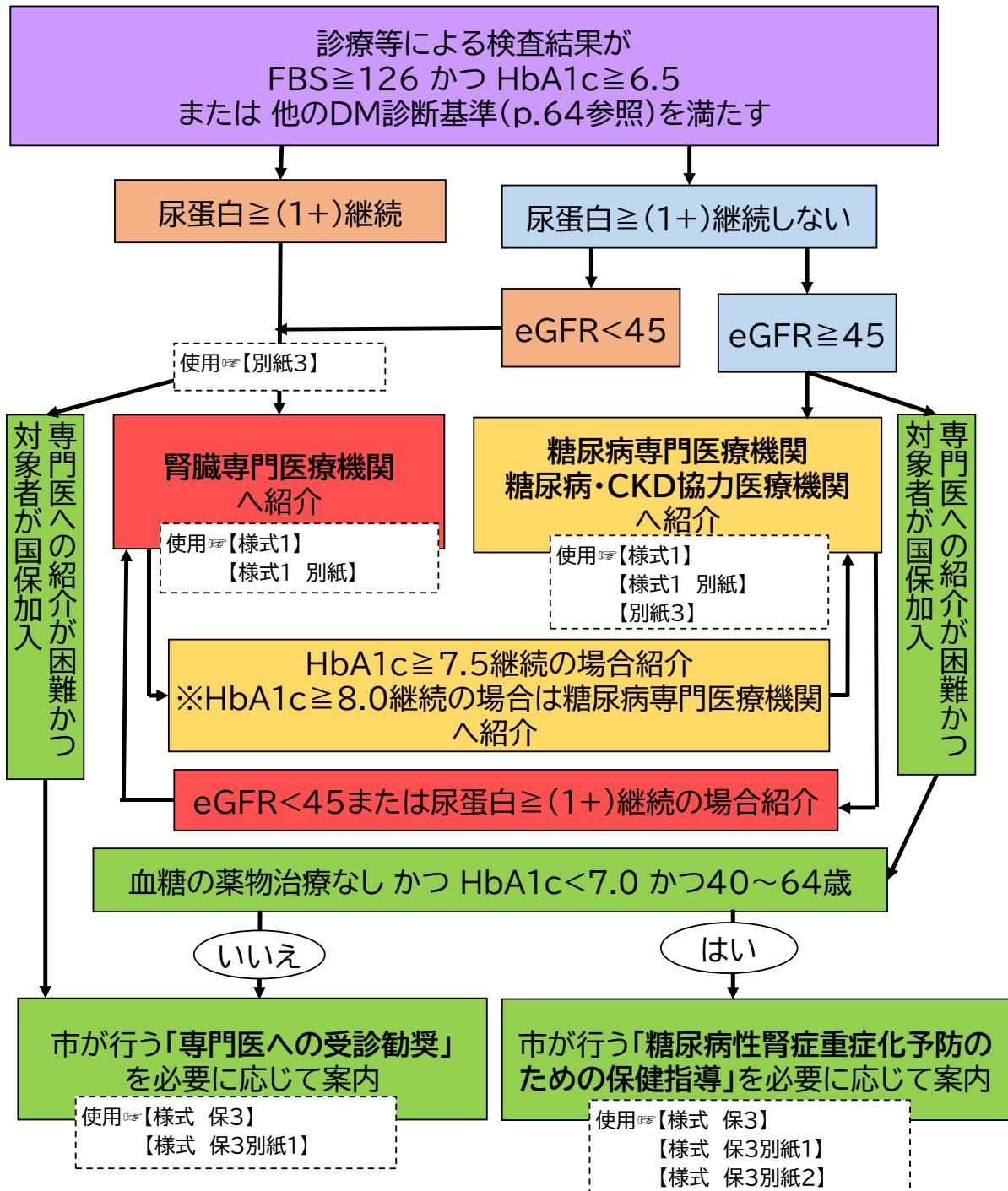
③ 保健指導における庁内連携

国保年金課では専門医への受診勧奨、40歳から64歳を対象とした糖尿病性腎症重症化予防の保健指導を実施している。また、保健衛生部局の専門職も新プログラムに沿って糖尿病発症予防のための保健指導を実施することとし、全市民に対応できる体制を構築した。

<図表4 糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防フロー>

【糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防】

〈カラー分類〉
■ 腎臓専門医療機関へ
■ 糖尿病専門・糖尿病CKD協力医療機関へ
■ 松戸市が行う受診勧奨や保健指導



【CKD重症化予防】と【糖尿病発症予防】のフローは裏面を参照

【CKD重症化予防】

診療等による検査結果が
FBS<126 または
HbA1c<6.5

eGFR<45
または
eGFR<60かつ
尿蛋白≧(±)
または
尿蛋白≧(1+)

腎臓専門医療機関
へ紹介

使用☞【様式1】
【様式1 別紙】

※eGFRでの抽出が不可の場合は県が定める尿蛋白によるCKD抽出基準を使用

【糖尿病発症予防】

1年以内の診療等による検査結果が
HbA1c6.0~6.4かつ
血糖・血圧・脂質の服薬なし

後期高齢者以外
かつ
特定保健指導対象外

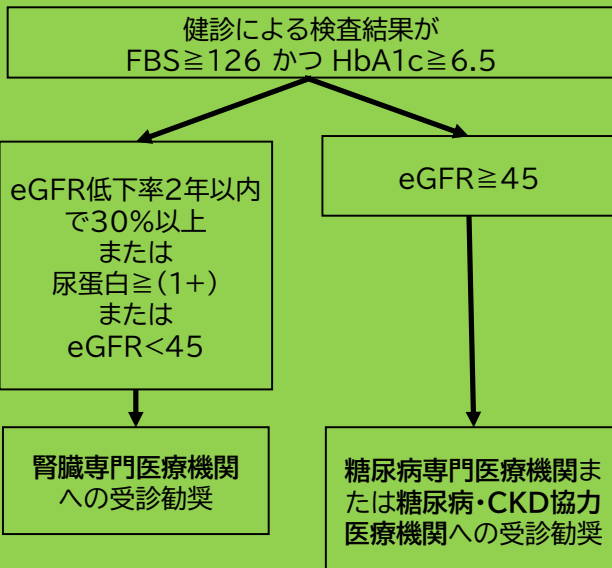
市が行う「糖尿病発症予防
のための保健指導」を案内

使用☞【様式 保1】
【様式 保1別紙】

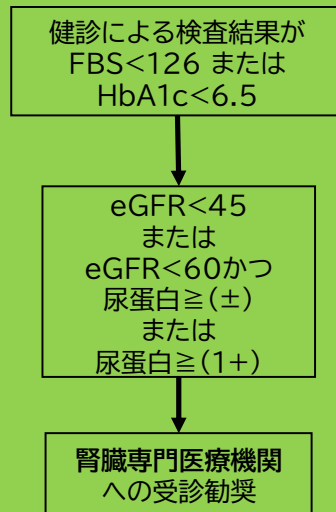
市が行う受診勧奨対象者は、特定健診の検査値から抽出します。治療中の人の中にも、市からのアプローチが必要な人もいるため、診療の中でも健診の受診勧奨をお願いします。

【参考：市が行う受診勧奨フロー】

〈糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防〉



〈CKD重症化予防〉



④ 特定健診や保健指導に関する研修会の開催

医療関係者との連携を図るために、国保年金課にて定期的に医療関係者向けの研修会を実施している。令和5年度の新プログラム策定に当たっては、同年9月にオンライン形式での研修会を実施した。

また、新プログラムの周知に当たっては、毎年1～2月に特定健診や保健指導に関する研修会を開催している。令和6年2月に実施した研修会では、医療機関への受診勧奨とその後の受診、医療機関からの返送票の返送、重症化予防のための保健指導など取組状況の報告を行い、新プログラムのポイントについて説明した。

⑤ CKD 対策ツールの作成と活用

ネットワーク会議において薬剤師会と連携し、糖尿病性腎症を含むCKD対策に取り組むためのツールとなる「CKDシール」を作成し、令和元年5月から運用を開始した。CKDシールをお薬手帳に貼ることで、複数の主治医や薬剤師、患者自身が腎機能の状態を認識し、服薬による負担を減らすことでCKDの悪化や予防を目指すものである。

市薬剤師会と連携し、市内約160か所の保険薬局にて合計1,401枚のシールを配布した（令和4年1月末時点）。保険薬局は患者が持参するデータでeGFRを確認（一部の病院では処方箋にeGFRを記載）し、基準値を超える場合は、お薬手帳にCKDシールを貼る運用となっている。お薬手帳を介して医療機関（歯科を含む）が共通認識を持ち、腎臓に負担をかけないよう服薬調整を行っている。

保険薬局からも「新しい薬が処方された際に助かる」「痛み止めを購入する際に、CKDシールで服薬を回避できた」等の声が寄せられている。また、主治医と保険薬局の連携が進む中、保険薬局から主治医への疑義照会なども増えており、医療費適正化の一助になっている。

<図表3 CKDシール>



$30 \leq eGFR < 50 \text{ mL/分/1.73 m}^2$



$eGFR < 30 \text{ mL/分/1.73 m}^2$

出典:松戸市公開資料

⑥ 保健指導の実施

重症化予防については、プログラム及び新プログラムに沿って、6か月の期間を設定し、面談や電話で支援を行っている。支援の濃淡は対象者の状況に合わせて設定している。また、保健衛生部局でも糖尿病の発症予防のための保健指導の実施体制を整備している。

4. 取組の成果

ネットワーク会議の準備会設立以前の平成 28 年度と比較して、人工透析患者数、人工透析新規登録患者数はともに減少しており、データヘルス計画の目標値を達成した。また、糖尿病未治療患者の割合は、目標値には達していないが、減少傾向にある。糖尿病やCKDの発症予防及び重症化予防に当たって、様々な主体と事業が相互に連携し、展開されたことの効果と考えられる。

<図表4 データヘルス計画評価指標の推移>

(評価指標)：人工透析患者数

	平成28年度 ベースライン	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	394人	(**人)	(**人)	(**人)	366人	363人	360人
達成状況		353人	367人	369人	352人	352人	**

(評価指標)：人工透析新規患者数

	平成28年度 ベースライン	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	86人	(**人)	(**人)	(**人)	82人	81人	80人
達成状況		96人	101人	83人	80人	73人	**

(評価指標)：HbA1c7.0%以上であり空腹時血糖126mg/dl 以上の人のうち未治療者の割合

	平成28年度 ベースライン	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
目標値	41.0%	(**%)	(**%)	(**%)	35.0%	33.8%	33.0%
達成状況		36.9%	38.1%	36.2%	34.7%	33.9%	**

※第2期データヘルス計画中間評価・見直し計画において指標・評価の見直しを行ったため平成30年度から令和2年度目標値は(**)としています。

出典：松戸市国民健康保険第3期データヘルス計画

5. 残された課題と今後の取組

① 重症化予防プログラム運用体制の拡充

令和5年度から運用を開始した新プログラムでは、専門医とかかりつけ医の役割、基準値を含む紹介のスキームを詳細に設定したことで、市内医療機関の協力の温度差が生じており、事業開始当初と比較して、参加医療機関が少ない状況となっている。フローが複雑であるという意見もあるため、より分かりやすく工夫するとともに、理解と協力が得られるよう、医療機関に対して積極的に働きかけていく。

② 若年者へのフォローの強化

特定健診対象者と医療機関からの紹介による者を中心に、重症化予防の保健指導を実施してきたが、若年からの予防も重要であるため、市で実施している若年者への健診（35～39歳の国保加入者への健診）の受診者へのフォローや受診勧奨等を強化する予定である。

6. 他市町村への展開のポイント

① 医師会等との対話と共感

業務の中で感じている課題や市の実態を、内部だけに留めるのではなく、医師会等の関係者に率直に共有し、共感できたことで、「市民を透析にさせない」という同じ目標に向かうことができた。また、プログラムの作成や実施、その他の事業の企画や運営についても、関係者とともに歩むことで、チーム一丸での事業推進につながっている。

② わかりやすい対策ツール「CKDシール」を活用した連携支援

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、市薬剤師会と連携し、市内約160か所の保険薬局にCKDシールを配布し、対象者のお薬手帳に添付する取組を実施している。CKDシールを介して医療機関（歯科を含む）が共通認識を持ち、腎臓に負担をかけないよう服薬調整を行っている。

③ 対象者を拡充するための庁内連携

国保年金課だけでなく、保健衛生部局の専門職も新プログラムに沿って糖尿病発症予防のための保健指導を実施することとし、全市民に対応できる体制を構築した。

④ 「量的データ」と「質的データ」の統合

データヘルス計画により得られる健診やレセプト分析に基づく「量的データ」に、保健師や栄養士が住民との関わりの中で得られる生の声や姿、日ごろの業務で捉えた問題点、診療の場で医師が感じた課題といった「質的データ」を統合させることで、効果的な事業推進につなげた。また、ネットワーク会議の立ち上げにおいても、保健師や栄養士、医師ら保健医療関係者が保健指導や診療の場で対象者と接する中で得られた「質的データ」が危機感を抱くきっかけとなり、協議の場の設置や効果的な事業を組み立てる原動力となった。

【岐阜県下呂市】

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

自治体概要（令和 6 年 3 月末時点）

人口：29,803 人

国保被保険者数：5,888 人

高齢化率：40.7%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 5 年度時点）

事務職：1 名 専門職：0 名

特定健診/特定保健指導実施率（令和 4 年度時点）：51.1%/86.9%

1. 官民連携による減塩対策の取組経緯と市の健康課題

① 取組経緯と市の健康課題認識

下呂市では、国保加入者における高血圧及び脳血管疾患で受診している者の割合が、平成 23 年度から平成 28 年度まで、岐阜県 42 市町村中、ワースト 5 位以内に入る状況であった。また、市の特徴として、飛騨地域の食文化等を背景に、市民の食塩摂取量が多い傾向にあり、3 歳児健診において尿中塩分測定を行った際に、3 歳児の基準値を超える割合が、83.4%（平成 25 年度）という状況であった。

このような状況を踏まえて、高血圧の取組を進める上では、行政だけではアプローチできる対象者等が限定的であり、国保加入者だけではなく、食環境の基盤が形成される幼少期等の段階からの介入が必要な点や、地域の食環境による影響も大きいことから、全ライフコースを対象とした取組が必要だと感じていた。

<図表 1 下呂市の健康課題・推移>

健康課題		県内ワースト順位の推移（年度単位）						
		平成 23	平成 24	平成 25	平成 26	平成 27	平成 28	平成 29
高血圧	国保加入の高血圧者	4 位	3 位	3 位	4 位	5 位	5 位	11 位
脳血管疾患	国保加入の脳血管疾患患者	2 位	2 位	1 位	1 位	1 位	2 位	4 位
健康課題		基準値以上の者の割合						
塩分摂取	3 歳児の塩分摂取量	平成 25 年度 83.4% (基準値→男児:4.0g 未満、女児:4.5g 未満)						

出典：下呂市公開資料より事務局作成

URL：<https://www.city.gero.lg.jp/uploaded/attachment/4884.pdf>

② 取組の方向性

国保被保険者における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の取組を行うこととした。

また、下呂市では毎年度医師会・医療機関に事業計画や成果を報告する機会があり、平成 29 年に市の健康課題を報告したところ、課題解決に向けた減塩の取組に賛同を得ることができた。医師会側から検討委員会設置の提案があり、医師会や薬剤師会等の地域の民間団体と市の関係課からなる減塩推進委員会を組織し、官民の連携を図ることとした。

<図表 2 減塩推進委員会構成団体（発足当時）>

分類	団体名
民間団体	医師会、ロータリークラブ、薬剤師会、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）岐阜支部、JA(生活改善指導員)、食品衛生協会、益田栄養士会、調理師会、商工会、食生活改善推進員
下呂市	市民課(国保係)、健康医療課、児童福祉課、保健所、小中学校(栄養教諭)

出典：下呂市公開資料より事務局作成

URL：<https://www.city.gero.lg.jp/uploaded/attachment/4884.pdf>

2. 官民連携による減塩対策の取組詳細

① 事業概要

本事業は、高血圧受療率、脳血管疾患受療率の減少を目的に、減塩食品の販売や減塩レシピ開発、塩分測定等の減塩啓発活動をポピュレーションアプローチと位置付けて展開し、市全体での食環境整備を目指すものである。また、減塩は幼少期からの習慣化が重要であると考え、家庭での減塩啓発等を通じて、市民全体の継続的な健康増進につなげる取組とした。さらに、健診の検査項目に市独自の項目として、尿中塩分の項目を取り入れ、塩分摂取状況を把握している。

② 官民連携による減塩対策の事業内容

市全体での減塩啓発活動の取組を推進するために、医師会・薬剤師会・食品衛生協会・商工会・調理師会等地域の民間団体や市の関係課が連携し、官民一体の「減塩推進委員会」を設置した。また、減塩推進委員会は年 3～4 回開催し、年度初頭に本年度の計画に関する検討、年度中間に途中経過の報告と小中学生を対象とした減塩推進に関するポスターコンクールの審査、年度末に本年度の振り返りを行っている。さらに、減塩推進委員会は事務局として参画団体の活動を支援し、参画団体は各々の立場から各対象者に向けたアプローチを実施している。

<図表 3 官民連携による減塩対策の取組内容>

事業	事業内容
健診時の尿中塩分測定	<p>3歳児から国保特定健診までの各年代の健診に、平成24年度より尿中塩分測定を導入。3歳児、5歳児、小学6年生、中学3年生、高校生を対象とした健診、若者健診（19～39歳）、国保特定健診にて実施。</p> <p>≪3歳児≫（健康医療課で実施）</p> <p>3歳児健診にて、早朝尿を用いた簡易的な検査キットで測定。</p> <p>≪5歳児≫（健康医療課で実施）</p> <p>早朝尿を用いた簡易的な検査キットで測定。</p> <p>≪小学校6年生以上≫（外部業者に検査を委託）</p> <p>尿中塩分測定検査（尿中ナトリウム・尿中クレアチニンの測定）を実施。</p>
高血圧者への家庭訪問	<p>Ⅱ度以上の高血圧者へは、全員に対する家庭訪問による保健指導を実施。平成29年度特定保健指導の実施率は92.1%で全国1位。</p>
下呂市減塩推進協力店の認定	<p>減塩の環境づくりとして実施。減塩商品を販売する小売店、減塩食を提供する飲食店を協力店として募集・認定。</p>
市内の食料品店への減塩食品に関する情報提供	<p>JSH（日本高血圧学会減塩・栄養委員会）が認証した減塩食品リストを用いて、市内の食料品店に減塩食品に関する情報提供。</p>
スマートミール®（「健康な食事・食環境」認証制度）申請に向けた支援	<p>申請を希望する市内飲食店等に、市の管理栄養士がメニュー監修等を支援。令和5年度時点で市内6店舗9メニューが認証済。</p>
下呂市健康増進推進事業所の認定	<p>健康づくりを積極的に進める事業所を募集・認定。市保健師・管理栄養士が減塩教育を実施。</p>
市民への減塩啓発、意識付け	<p>毎月14～20日を「下呂市減塩週間」とし、減塩の取組を強化。ロータリークラブによる市内小学1年生全家庭への塩分計配布（平成28年、29年の2年間）、食生活改善推進員（現下呂市食育サポーター）による郷土料理の減塩レシピ作成と周知、学校栄養教諭や養護教諭による児童生徒への適塩教育を実施。市で実施する健康ポイント事業の健康づくりメニューの一つとして減塩商品の購入（利用）を定め、令和5年度より、7～10月に月間商品として特定の減塩商品を売り出し、減塩商品の購入促進をしている。</p>

<図表4 官民連携による減塩対策の取組例>

① 小売店での減塩食品販売

下呂市減塩推進協力店マップ (15店舗)
～小売店編～

① フレッシュショップ 萩原
② Aコープ 小坂店
③ Aコープ 馬瀬店
④ Aコープ 下呂店
⑤ マツオカ 萩原店
⑥ 下呂魚介
⑦ 山崎製菓
⑧ Aコープ 下呂
⑨ フレッシュフード まどげん
⑩ マツオカ 金山店
⑪ Aコープ 金山店
⑫ Aコープ 馬瀬店
⑬ スギドラッグ 萩原
⑭ マツオカ 金山店
⑮ Aコープ 金山店
⑯ Aコープ 金山店

② 外食店での減塩メニュー推進

下呂市減塩推進協力店マップ (9店舗)
～外食店編～

① 和フット & コーヒー 萩原
② 神楽屋 馬瀬川
③ しみずの湯 下呂
④ 匠食元膳供米計 ヘルシーバイキング 下呂
⑤ 牛 馬瀬
⑥ いげたや 小坂
⑦ 水風流 下呂
⑧ うな昇 下呂
⑨ 寿司処 津多屋 下呂



出典:下呂市公開資料

URL:<https://www.city.gero.lg.jp/uploaded/attachment/4884.pdf>

③ 庁内及び関係機関との連携状況

国保事業主管課の市民サービス課では、減塩推進委員会において議論・報告された市の健康課題について、尿中塩分検査等の健診関係の事務を担っている。また、市民サービス課には専任の専門職がないため、健康医療課の保健師が国保の兼務辞令を受け、減塩の取組を一緒に行っている。健康医療課の保健師・管理栄養士がデータ分析や保健指導等を実施している。さらに、減塩推進委員会において、民間団体や関係機関と連携しながら事業推進に当たっている。各機関との連携状況などは、下図表のとおり。

<図表 5 関係機関との連携>

関係機関	連携内容
減塩推進委員会	医師会・薬剤師会・食品衛生協会・商工会・調理師会等地域の民間団体や市の関係課で連携し、市全体で食環境整備を促進。
市内の食料品店との連携	市内小中学生作成の減塩ポスターの掲示や減塩商品を使ったレシピの配布、減塩をPRしたのぼり旗の設置等を実施。
各所での出前講座	飲食店の減塩に対する意識向上を図るために、健康増進推進事業所や食品衛生協会などの団体から依頼を受けて市保健師や市管理栄養士が講演を実施。

3. 減塩対策の取組成果

本事業の取組により、主要課題である高血圧受療率や脳血管疾患受療率の改善が見られた。

<図表 6 減塩対策の取組の成果>

事業	事業内容
高血圧受療率・脳血管疾患受療率の低下	高血圧： ワースト 3 位（平成 25 年度）→ワースト 14 位へ（令和 3 年度） 脳血管疾患： ワースト 1 位（平成 25 年度）→ワースト 21 位へ（令和 3 年度）
減塩推進協力店の店舗数	小売店 14 店、飲食店 13 店（令和 5 年 3 月現在）
市内の食料品店でのJSH減塩食品リスト掲載品の取扱製品数	平成30年7月16製品から令和5年9月31製品へ増加。
スマートミール [®] 認証数	市内6店舗9メニュー（令和5年12月現在）

出典：下呂市公開資料、ヒアリングより事務局作成

URL：<https://www.city.gero.lg.jp/uploaded/attachment/4884.pdf>

4. 他市町村への展開ポイント

① 高血圧者への家庭訪問を実施

Ⅱ度以上の高血圧特定保健指導対象者へは、全員に対する家庭訪問指導を原則としていることに加え、特定保健指導対象者への支援も原則訪問指導を前提としており、特定保健指導の実施率が約9割と非常に高く、ポピュレーションアプローチの取組と合わせ、事業成果につながっている。

② 減塩推進委員会による官民一体の取組

減塩推進委員会設置前から医師会と密に連携できており、また、学校、保育園の給食等の各職域での取組もあった。「減塩推進委員会」の設置を通じて、医師会・薬剤師会・食品衛生協会・商工会・調理師会等地域の民間団体や市の関係課が連携・情報共有をしながら、市の健康課題の解決に向けた、官民一体の取組を実現できるようになっている。

【兵庫県たつの市】

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

自治体概要（令和 5 年 1 月末時点）

人口：73,649 人

国保被保険者数：14,863 人

高齢化率：31.6%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和 5 年度時点）

事務職：1 名 専門職：1 名（保健師）

特定健診/特定保健指導実施率（令和 4 年度時点）：35.5%/43.9%

1. 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の取組み経緯と市の健康課題

① 取組みの経緯

高齢者保健事業と介護予防の一体的実施を開始するにあたり、当初は「要介護者の有病率に注目すれば、疾病予防と介護予防を考えることができるのでは」「患者数が多い疾患は重症化予防が必要」といった考えのもと、高血圧症と筋・骨格疾患を健康課題として設定していた。

しかしながら、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業相談会にて、市の健康課題を高血圧症とした根拠が弱いこと、患者数が多くても適切に治療されていれば問題ないこと、筋・骨格疾患についても原因等をもっと掘り下げてデータ分析した方がよいこと等の助言を受けた。そこで、健康課題の根拠となる原因を把握できるように、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とした課題の再分析を実施した。

② 市の健康課題分析

健康課題の設定については、「健康課題」そのものの考え方を整理し、死亡原因や要介護状態の原因となる疾患を減らすためにまず「原因」を追究することを目指した。具体的な手順では死亡や介護につながる疾患で治療を受けている人はどのくらいいるか、死亡や介護につながる疾患で新たに受診した人はどのくらいいるか、医療費が高い疾患はなにかを分析した。

健康課題決定までの過程としては、各課の保健師に相談するとともに、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の相談会を利用し、承認を得た。併せて、地域包括支援課、国保医療年金課、健康課、高年福祉課の関係課 4 課で庁内連携会議を実施し、合意を得ている。最終的には、図表 1 に示すとおり、後期高齢者に予防効果が高い健康課題を抽出し、糖尿病重症化予防や骨折予防等を柱にした、保健事業と介護予防の一体的実施の取組方針を決定した。

<図表1 たつの市の健康課題 >

健康課題	根拠	既存の取組	後期高齢者における優先順位
肝臓がん	・標準化死亡比が高い	肝炎ウイルス検診	低い
脳血管疾患	・死亡原因3位、標準化死亡比が高い ・要介護状態の原因となる ・脳梗塞の入院レセプト件数が市内2位 ・脳出血の入院レセプト件数は県の1.3倍	生活習慣病対策（健診・保健指導など）	※若い世代からの対策が優先
心筋梗塞	・標準化死亡比が高い ・外来レセプト件数が県の1.4倍	生活習慣病対策（健診・保健指導など）	
糖尿病性腎症	・糖尿病の新規患者数は市内2位 ・国保より後期高齢者の方が、健診での要医療判定者割合が高い ・1保険者当たり医療費点数が市内5位かつ1件当たり医療費点数が高い ・透析治療で著しくQOL低下	生活習慣病対策（健診・保健指導など） 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（国保）	高い ※後期高齢者にも予防効果があると考えられる
肺炎	・死亡原因4位 ・標準化死亡比が高い ・入院レセプト件数が市内4位	歯科健診、歯科保健指導、予防接種 介護予防・フレイル予防	
骨折	・入院レセプト件数と1保険者当たり医療費点数が市内1位 ・要介護状態の原因となる ・新規患者数市内1位（筋・骨格）	介護予防・フレイル予防	

出典：たつの市提供資料より事務局作成

③ 健康寿命延伸に関する計画と取組テーマ

図表2のとおり、各計画から関係課が重点課題としている健康課題について連携会議で共有し、データ分析との整合性を確認した。

<図表2 健康寿命延伸に関連する計画と健康課題>

計画	健康課題に対する取組施策	担当課
健康増進計画 食育推進計画	生活習慣病予防対策、糖尿病性腎症予防対策、身体活動・運動対策、栄養・食育対策、歯及び口腔の健康づくり	健康課
高齢者福祉計画及び 介護保険事業計画	自立支援、介護予防・重症化防止の推進、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援の推進、高齢者の居住安定施策の推進、地域ケア会議の推進	高年福祉課 地域包括支援課 健康課
特定健康診査等実施 計画	特定健診・特定保健指導の実施率向上、糖尿病の重症化予防	国保医療年金課 健康課
データヘルス計画	特定健診・特定保健指導の実施率向上、医療費の適正化	国保医療年金課 健康課

出典：たつの市提供資料より事務局作成

2. 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の事業概要

① 事業概要

分析結果に基づき、後期高齢者に予防効果がある取組として、図表 3 に示すとおり、「糖尿病性腎症重症化予防訪問」、「骨折予防訪問」、「健康状態不明者訪問」、「通いの場の積極的関与（フレイル予防講座）」を計画、対象者を選定し事業を実施した。事業実施においては、職員に加え、スポットで在宅保健師、栄養士、理学療法士、歯科衛生士を雇用し実施している。

実際の訪問時に使用している資料の例を図表 4, 5 にて示す。

<図表 3 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の事業概要>

事業	対象者	実施方法	従事者
糖尿病腎症重症化予防訪問	<p>①治療中者：国保糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導実施者 ※国保の対象者基準：腎機能低下が判明し、かかりつけ医が保健指導や栄養指導の必要があると判断した患者</p> <p>②治療中断者：令和 4 年 4 月以降に糖尿病用薬の処方がある者で、直近 6 か月以上糖尿病用薬の処方がない者のうち健診未受診者</p> <p>③未治療者：令和 6 年度市民総合健診受診者のうち、HbA1c7.0 以上の者 ※①～③いずれも令和 7 年 3 月 31 日時点で 75 歳以上の者</p>	<p>自宅に訪問し、生活状況の確認と保健指導を実施する。対象者の反応や理解度、検査値の推移に応じて、介入時期や介入手段（訪問・電話）に従事者で検討し実施する。</p>	<p>保健師 管理栄養士</p>
骨折予防訪問	<p>後期高齢者質問票実施者のうち、歩行速度低下と転倒歴ありのいずれにも該当する者で要介護認定を受けていない者（令和 7 年 3 月 31 日時点で 75 歳以上）</p>	<p>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、保健指導を実施する。</p>	<p>理学療法士 保健師 管理栄養士 歯科衛生士</p>
健康状態不明者訪問	<p>75 歳以上で龍野東圏域（小宅地区）、新宮圏域（西栗栖地区・東栗栖地区）において令和 5 年 4 月以降に 1 年以上医科レセプト、健診受診歴、介護レセプトのいずれも確認できない者</p>	<p>保健師が訪問し、健康状態や生活状況の確認を行うとともに健診受診といきいき百歳体操への参加勧奨を行う。必要な場合は受診やサービスにつなげる。</p>	<p>保健師</p>

<p>通いの場への積極的 関与（フレイル予防 講座）</p>	<p>講座を希望する地域包括支援課に 登録している高齢者団体（いきいき 百歳体操/登録 150 団体、登録者 2300 人程度）。</p>	<p>いきいき百歳体操実施 団体等において、保健 師、管理栄養士、歯科衛 生士のフレイル予防に 関する講座を実施する。</p>	<p>保健師、 理学療法士 管理栄養士 歯科衛生士</p>
--	---	---	---

出典：たつの市提供資料より事務局作成

<図表 4 骨折予防啓発資料>

骨折予防で健康長寿を目指しましょう！

たつの市地域包括支援課

転倒・骨折はなぜ怖い？

「転倒・骨折」は介護が必要になった原因として、「認知症」「脳血管疾患」「高齢による衰弱」に続き、第4位となっています。また、転倒経験者の約 6 割が1年以内に転倒を繰り返すという調査結果もあります。転倒の危険因子は、筋力低下、視力障害、認知障害、内服薬剤の影響などがあります。

フレイルを知っていますか？

加齢にともない、気力や体力など心身の活力が低下した状態を「フレイル（虚弱）」といいます。健康と要介護状態の間のような状態で、放置すると、転倒などのさまざまなトラブルを招くことがあります。早い時期に生活習慣を見直せば、フレイルから健康な状態へ引き返すことができます。

フレイル予防の3つのポイント

運動

○足腰の衰えは「年のせい」だけではありません。何歳になっても活発に体を使うことで機能を向上させることが可能です。

○筋肉を使う運動（いきいき百歳体操、筋トレなど）と有酸素運動（ウォーキングなど）を組み合わせるのが効果的です。



食生活（栄養）



○メタボよりも低栄養に注意！

○定期的に体重測定をしましょう。やせていなくても、体重減少がある方は要注意です。

○1日3食しっかり食べましょう。

○たんぱく質（肉、魚、大豆、乳製品など）を意識してとりましょう。

○いつもの食事に少しプラスしてみよう。（例えば、うどんに冷奴や卵をプラス。朝食に果物やヨーグルトをプラス）

○お惣菜やお弁当も上手に活用しましょう。

○しっかりと飲んで飲み込めるように、お口のケア（歯磨き、お口の体操）も大切です。

健康的な生活（社会参加）



○1日1回は外出しましょう。

○買い物、散歩、散歩、趣味、地域活動なども「社会参加」です。

○友人や地域の人の付き合いを大切にしましょう。

○洗濯、掃除、料理、孫の世話、ペットの世話、家の修繕などの家庭内での仕事や役割を持つようにしましょう。

健康管理も重要です

○かかりつけ医を持ちましょう

高血圧などの持病の重症化がフレイルを進行させます。かかりつけ医で適切な治療を継続し、しっかりと相談して、自分の持病の注意点をきちんと知っておきましょう。

○年1回、健康診断を受けましょう

自分では気がつかない病気を健診で早期発見し、治療や生活改善などによって重症化を予防しましょう。

<図表 5 骨折予防訪問のお知らせ>

骨折予防訪問のお知らせ

たつの市では、入院や要介護状態の原因となる「転倒による骨折」を予防するために、理学療法士や保健師などの専門職による訪問相談を行っています。

◎訪問対象者

75歳以上の方で、市民総合健診やいきいき百歳体操等でご記入いただいた「質問票」において以下の回答をされた方


「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか」の質問に「はい」と回答

「この1年間に転んだことがありますか」の質問に「はい」と回答

◎訪問の内容（例）

- ・身体測定、握力測定、血圧測定
- ・転倒や骨折の危険度チェック
- ・健康相談
- ・転倒や骨折を予防するための運動や食事などのアドバイス

★同封の「骨折予防で健康長寿を目指しましょう！」もぜひご覧ください。



《問合せ・相談先》
 たつの市健康増進地域包括支援課
 担当：保健師 原田
 電話：0791-64-3270

② 庁内および関係機関との連携状況

国保担当部局には専門職がないため、地域包括支援課の専門職と連携して業務に当たっている。また、レセプトからの対象者抽出は外部に委託して実施している。専門機関へはそれぞれの総会に参加しての報告を主としながら、図表 6 のとおり連携を図っている。

<図表 6 庁内および関係機関との連携>

庁内・関係機関	連携内容
庁内連携会議	関連課 4 課（地域包括支援課・国保医療年金課・健康課・高年福祉課）で年に 3,4 回実施し、関係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、除外条件の設定などに関する相談・助言を受ける。
後期高齢者広域連合	計画に関するアドバイス（健康課題を計画に盛り込んだらよいか、目標値の設定など）、研修実施（一体的実施の進め方等）。
たつの市損保郡医師会	事業実施についての説明、事業への助言・支援、事業実施報告と情報共有（年 1 回）、かかりつけ医との連携（随時）。
揖龍歯科医師会	事業実施についての説明、事業への助言・支援、事業実施報告と情報共有（年 1 回）。
龍野薬剤師会	事業実施についての説明、事業実施報告と情報共有（年 1 回）、事業への助言・協力（月 1 回程度）。
兵庫県歯科衛生士会西播磨支部	事業実施についての説明、事業実施報告と情報共有（年 1 回）、事業への助言・協力（随時）。
揖龍栄養士会	事業実施についての説明、事業への助言・支援、事業実施報告と情報共有（年 1 回）。

出典：たつの市提供資料より事務局作成

3. 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施の取組成果

① 糖尿病性腎症重層化予防訪問

令和 4 年度は対象者 15 人を抽出し、11 人に介入（抽出者の 1%程度）した。施設入居者が 2 人、不在者が 2 人であった。

未治療者については衛生部門が訪問により全数把握を行い、受診勧奨した結果、未治療者は 0 人になった。

国保事業と連携して医師会及び事業担当医師への説明を行い、薬剤師に薬剤指導を依頼し、協力体制を構築したことで、主治医からは初回訪問時の指導目標や継続訪問の判断の助言が得られ、薬剤師からは中断者の服薬状況に対する助言を得て、支援をすることができた。

② 骨折予防訪問

令和4年度は対象者76人を抽出し、48人に初回訪問指導を実施した。初回訪問指導ののち、28人に評価訪問実施した。支援開始後の転倒有無について、転倒なし21人/28人(75%)であった。咀嚼力低下なし(指導前)20/28人(71.4%)→(指導後)24人/28人(85.7%)であった。握力維持・改善者は20人/28人(71.4%)、開眼片足立ち又は閉足立位時間の維持・改善者は19人/28人(67.9%)であった。

国保事業と連携し、地域包括支援課で医療専門職(保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士)の臨時職員を配置し、薬剤師に薬剤指導を依頼した。月1回開催のカンファレンスの場においても薬剤師から個々の対象者の服薬状況に対する助言を得て支援した。

③ 健康状態不明者訪問

令和4年度は対象者6人を抽出し、4人に保健指導を実施し2人は訪問したが不在であったため書面で受診勧奨を行った。

令和4年度が事業開始年度であり、地域包括支援課企画・調整担当保健師が国保事業と連携し、保健指導を行った。

④ 通いの場への積極的関与(フレイル予防講座等)

令和4年度は通いの場49箇所で開催講座78回を実施した。延べ参加人数は1,015人(実人数673人)であった。

3か月後アンケートを実施できた者295人の前後比較から評価を行い、以下の結果であった。

- ・ 摂取食品数7品目以上の者の割合：
227人/295人(76.9%)から234人/295人(79.3%)に増加
- ・ 毎食たんぱく質を摂取する者の割合：
245人/295人(83.1%)から255人/295人(86.4%)に増加
- ・ 過去1年間に歯科健診を受診した者の割合：
190人/295人(64.4%)から206人/295人(69.8%)に増加

地域包括支援課で医療専門職(保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士)の臨時職員を配置し、事業担当者で打ち合わせを行い、連携体制を構築した。

4. 他市町村への展開ポイント

① 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・実施ができるようになる。

② 庁内連携会議の実施

地域包括支援課・健康課・高年福祉課と連携した庁内連携会議で、各課の保健事業の報告、今後の課題、整理を行った。1つの課で実施するには限界があり、専門職が国保担当部局に存在しないため、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の実現や効率的な課題解決の向上に役立っている。

【福岡県古賀市】

市民力・地域拠点の活用により 特定健診実施率向上に資する取組を効果的に推進

自治体概要（令和5年1月末時点）

人口：59,241人

国保被保険者数：10,587人

高齢化率：28.2%

国保の保健事業を担当する専任職員数（令和5年度時点）

事務職：0名 専門職：2名

特定健診/特定保健指導実施率（令和4年度時点）：33.1%/69.1%

1. 取組経緯と市の健康課題

① 取組経緯

古賀市では、従来より地域での市民力を活かした健康づくりを推進してきた。平成26年度から、地域活動の拠点として、既存の自治会、公民館等において、市民主体の健康づくりの拠点であるヘルス・ステーションの設置支援を事業化した。なお、ヘルス・ステーションは、市内46自治会のうち14の地域に設置され、運営については、一部の活動費を市から補助金として初年度に10万円、次年度以降は3万円を上限に交付している。

② 健康課題

市の特定保健指導実施率は国の目標値（60.0%）を上回っている一方で、特定健診の実施率は国の目標値（60.0%）より下回っており、市民の健康課題が十分に把握できていない現状があった。市の健康課題を把握するために、住民一人一人が居住する地域の健康課題を理解し、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。

<図表1 古賀市の特定健診・特定保健指導実施率 >

指標	H28年度 実績値	R3年度 実績値
特定健康診査実施率	31.4%	34.9%
特定保健指導実施率	50.7%	69.6%

出典：古賀市法定報告データより事務局作成

③ 取組の方向性

市民力を活かした地域の健康づくりの取組として、市及び地域ごとの健康課題を地域や住民個人と共有するために、KDB等のデータを活用した分析結果の可視化を行った。

また、具体的な取組として、健康づくり推進員等の市民サポーターを養成し、まちづくり出前講座等、各地域の市民が集まる場・機会を活用して、特定健診等の受診も含めた、健康づくりを推進していくこととした。

2. 事業概要

① 事業概要

● 市民力を活かした特定健診等の実施率向上の取組

古賀市においては、従来から市民力を活かした地域での健康づくりを推進していくための仕組みづくりとして、ヘルス・ステーション等地域の健康づくりを支援する健康づくり等関連サポーターの人材育成を行い、特定健診の周知・啓発を実施した。

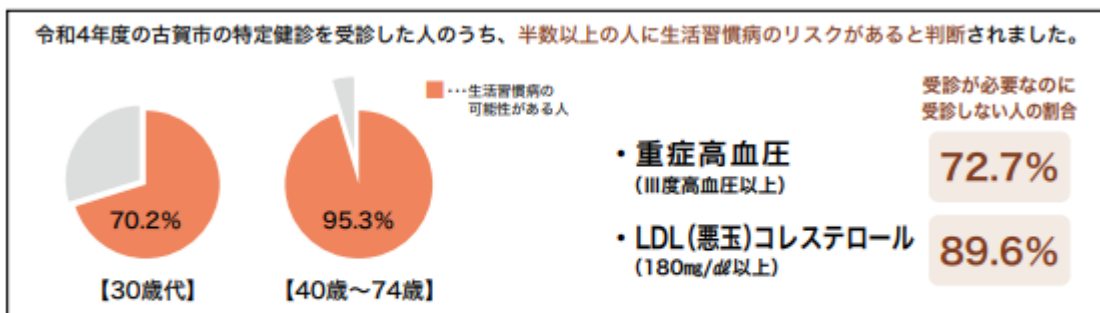
<図表2 市民力活用による特定健診の周知・啓発の取組>

事業項目	取組内容
地域との健康課題共有・市民サポーターの養成	市全体の現状や課題や、地域ごとの課題認識のきっかけづくりとしてKDBシステム等を活用した資料（例：図表3）をヘルス・ステーション、地域活動拠点、市民個人に対して共有する。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。
特定健診周知・啓発の取組	健康づくり推進員を中心に、他分野の市民サポーターも連携し、特定健診の周知・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・ステーションを有効活用して、特定健診の必要性等を啓発する。また、子育て支援課、福祉課との連携により、市民が集まる事業等で特定健診の周知・チラシを配布する。

出典：古賀市提供資料より事務局作成

<図表3 データを活用した資料例>

ご存じですか？古賀市の国民健康保険加入者の実態



ほとんどの人に生活習慣病のリスクが見つっています。
この機会に必ず健診を受診しましょう!!

出典：古賀市けんしんガイドより抜粋

<図表4 古賀市 令和5年度健康づくり関連等サポーター活動一覧>

名称	役割	養成講座、定例会 等
健康づくり推進員	地域の健康教室や出前講座、市主催の行事において、各種健康測定機器の測定等を通して、子どもから高齢者まで幅広い世代の市民の健康づくりの支援を行う。	養成講座を2回/クールで開催 ・研修年間12回程度で実施
食生活改善推進員	市事業協力活動や自主活動により広く市民へ食の大切さを伝えている。 <市事業協力活動> 男性料理教室、子どもクッキング教室、親子料理教室、健康福祉まつりなど <自主活動> 保育園(所)、小・中学校での食育活動(減塩パネルの展示、減塩紙芝居、みそづくり等)、地域における健康的な食事の普及活動、みそ汁の塩分測定、料理教室の開催など	・養成講座全8回 ・研修年間12回程度で実施

出典:古賀市公開資料より事務局作成

● 各自治会の活動報告の周知

各自治会での活動を他自治会にも報告・共有し合い、好事例の横展開につなげている。ヘルス・ステーションで活動する健康づくり推進員が市民にチラシを配布して、特定健診の受診を促した。

● 市内民間企業における健康講座事例の提示

各ヘルス・ステーション、地域活動拠点における健康づくりの取組の参考として、民間企業が提供する健康づくりに関する講座情報について、健康づくり推進員等の市民サポーターにも提供を行った。

● ICT(アプリ)の活用などの取組

身体測定値アプリによる個人の健康状態の可視化、県の健康ポイントアプリ「ふくおか健康ポイントアプリ」を活用したインセンティブ付与等で、特定健診実施率向上に資する取組などを進めた。

<図表5 概要>

項目	取容
身体測定値アプリ	スマートフォンで体成分を管理し、項目毎の傾向や変化を分析し、個人の健康状態の可視化、目標設定に基づいた栄養ガイドの活用など健康づくりの実践を支援する。
ふくおか健康ポイントアプリ	福岡県が県民向けに提供している無料のアプリで、県民一人一人が日々の運動や食生活の改善、健(検)診の受診などに、積極的に、楽しみながら、継続的に取り組めるように支援することを目的としている。アプリでは、歩数に応じたポイント付与や、協力店でのポイント利用、毎月の抽選会やおすすめ運動のご紹介など、楽しく続けられる機能や仕組みがある。

出典:福岡県ホームページより抜粋

② 関係者の役割・連携体制

主に健康介護課が国保保健事業の実施・運営を担当している。健康づくりに関わる庁内連携としては、庁内の保健師・管理栄養士といった専門職による連絡会があり、その中で KDB データ等を活用した分析結果や課題の共有等を実施している。

<図表 6 関係機関の役割・連携体制>

分類	担当課	役割
庁外	国保連合会(保険事業支援・評価委員会)	・ KDB システムの使用方法や KDB データの提供等に関する支援。特定健診実施率向上の取組の助言等を保健事業支援・評価委員から受けている。
	保健福祉事務所	・生活習慣病等に関する対策連携会議の事務局を担当。健康課題の情報を共有。必要に応じて地域の健康課題に対して助言を得る。
	医師会等	・市内医療機関等と健康課題の情報を共有。
	商工会	・健康課題の情報を共有。

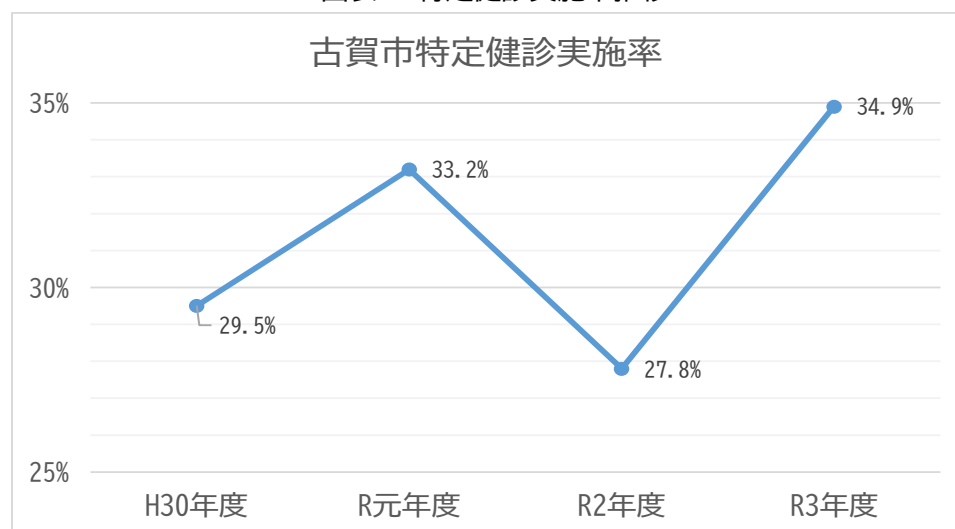
出典:古賀市提供資料より事務局作成

3. 取組成果及び今後の展望

① 市民力を活かした特定健診実施率の向上

ヘルス・ステーション等の地域の健康づくりの拠点を活用し、自治会のみならず、地域における区長会など様々な場で、地域課題を市民と共有し、特定健診受診の声かけ等を細やかに行うことにより、特定健診の実施率の向上に取り組む。

<図表 7 特定健診実施率推移>



出典:古賀市公開資料より事務局作成

② 将来的な GIS の活用等による自治会単位での課題把握

KDB データ等の活用に加え、将来的には自治会単位で GIS の活用等による健康課題を市民と共有し、地域の健康づくりが推進され、この新たな取組により、市民の健康づくりへの意識が醸成され、結果的に特定健診実施率の向上等が期待される。

【公開型 GIS 整備による官民連携まちづくり推進事業】

デジタルトランスフォーメーション（DX）推進のために、2023（令和 5）年度からデジタル田園都市国家構想交付金（デジタル実装タイプ）を活用し、「公開型 GIS 整備による官民連携まちづくり推進事業」（以下、本事業）を行った。本事業によって、これまで部署ごとに管理していた台帳情報などを一つのシステムに統合し、必要な情報を Web 上で公開するための取り組みを実施した。公開する情報は、台帳情報などの基本的な情報に加えて、医療・福祉施設や学校、子育て施設など、生活に必要な幅広い情報とする予定とした。

出典：保健師ジャーナル 2023 年 10 月号

【佐賀県多久市】

糖尿病連携手帳を活用した糖尿病性腎症重症化予防事業

自治体概要（令和 5 年 9 月 30 日時点）

人口：17,971 人

国保被保険者数：3,776 人

高齢化率：37.8%

国保の保健事業を担当する専任職員数

事務職：1 人

専門職：8 人(保健師)、1 人(管理栄養士)

特定健診/特定保健指導実施率（令和 4 年度時点）：60.2%/70%

1. 取組の背景

① 取組経緯と課題

多久市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの方針を受け、さらに佐賀大学から助言を受けて、地域の実情に合わせて、多久市・小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムに作り替えた。国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、HbA1c の値の基準が 6.5% に対し、多久市・小城市糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、既に治療中の対象者に関しては 7.0% 以上に変更した。

多久市・小城市では治療中でも HbA1c の値が高い患者が全国平均と比べ、多い傾向であったため、対象者を未治療、治療中に関わらず、一律で保健指導の基準とした。また治療中の対象者によっては、薬物治療では改善せず、食生活の課題があった。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。市の高齢化率の上昇と同様に、新規透析導入者の 65 歳以上の年齢構成割合について、平成 25 年度以前が半分に対し、令和 4 年度は 3/4 を占め、年齢・保険制度の区分に対応した支援が必要であった。

② 多久小城市糖尿病対策連絡会議

本事業で多久小城市糖尿病対策連絡会議（以降、連絡会）の設置に至った経緯は、専門医が少ない地域であった多久市・小城市で、医師やコメディカル間の連携を目的に、市保健師が市医師会に勉強会を兼ねた会議としての出席を依頼し、佐賀県、佐賀大学の協力を得て連絡会を設置した。

佐賀県糖尿病対策会議、2 次医療圏単位の会議、連絡会の位置づけとして、平成 25 年より、多久市・小城市の共同で年 2 回開催している。糖尿病対策を政策として位置付けるために、国保担当課長(市民課事務職)、健康増進課長(保健師)が参加し、その他に国保事業担当保健師がファシリテーターを担い意見交換を行う。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、地域糖尿病療養指導士が診療終了後にボランティアで参加している。多久市には、病院が 3 か所（うち公立病院 1 か所）、診療所が 7 か所あり、糖尿病専門医が 1 人、腎専門医が 1 人で、いずれも市立病院に 1 日/週勤務であるため、連絡会、糖尿病連携手帳を通じて連携している。

取組内容については以下の図表 1 のとおりである。

<図表1 多久小城糖尿病対策連絡会議の取組>

参加者	医師12人（うち糖尿病専門医1人、腎専門医1人、眼科医1人）、歯科医師3人 薬剤師、看護師、管理栄養士、地域糖尿病療養指導士、佐賀大学教授、行政職員（佐賀中部保健福祉事務所、多久市、小城市）
テーマ	① 市の健康課題の共有、当該年度の保健事業の取り組み ② 事例検討（重症化した困難事例・多職種で連携した事例・連携手帳を使用した連携の在り方）
開催回数	年2回 診療終了後にボランティアで参加している。
取組経緯	平成25年 多久小城糖尿病対策連絡会議の開催開始 平成26年 糖尿病連絡会で作成した連絡票を使用し、市民を巻き込んだ連携を開始 平成28年 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定され、多久市で糖尿病連携手帳を使った連携に重点を置いた。

出典：多久市提供資料より事務局作成

2. 主治医と連携した糖尿病性腎症重症化予防

① 糖尿病性腎症重症化予防の取組

糖尿病性腎症重症化予防の対象者及び事業内容について、以下の図表2のとおりである。保健指導の効果が確認できる目安として、食生活の改善により身体状況に変化し、また季節により食事内容等も変わる概ね3か月を基準としている。

<図表2 糖尿病性腎症重症化予防の取組>

対象者	① 医療機関未受診者 ② 糖尿病治療中断者 ③ 特定健診受診後、糖尿病治療中の患者のうち腎症が重症化するリスクの高い者 健診データ、本人・医師からの情報提供により尿アルブミン、尿たんぱく、腎機能(eGFR)等により腎機能低下が判明した者又は治療中でHbA1c 6.5%以上の者 ただし、次の者については保健指導対象者から除外する ・がん等で終末期にある者 ・認知機能障害のある者 ・その他の疾患を有し、かかりつけ医等が除外することが望ましいと判断した者 【管理栄養士と連携する基準】 腎の重症化区分G3b以上で尿たんぱくを認め、HbA1c 6.5%以上の者 対象者数 21人（令和4年度）
実施者	健康増進課保健師（8人）・管理栄養士（1人）・ 臨時職員保健師（2人）管理栄養士（1人）
実施方法	○集団健診の場合、健診結果説明会（個別相談）で初回保健指導を行う。 ○検査結果データ提供の場合、対象者自ら健康増進課窓口にてデータ持参の際に面談を行う。 ○治療中の場合、必要に応じて主治医訪問を実施する。 ○健康増進課地区担当保健師・管理栄養士による訪問で継続指導する。
内容	○初回は健診結果の説明をする。 ○1回あたり30分以内で、1テーマとして実施する。最後に、次回の面談を予約する。 ○保健指導終了のタイミングは人によって異なる。 ○受診勧奨については、単に受診を勧めるのではなく、血液検査結果、受診勧奨基準を照らし、対象者自らが、自身の身体にどのような影響があるか考えるきっかけとなるよう働きかけ、「自身の血液検査結果は受診勧奨値を超えているが、どうしたらよいか」主治医に確認するように促す。

活用 ツール	<p>【糖尿病連携手帳（糖尿病連絡ノート）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○主治医が記録した内容について糖尿病連携手帳を対象者と一緒に見ながら、振り返る。地区担当保健師・管理栄養士も糖尿病連携手帳を記録する。 <p>【KDB システム】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導の訪問前に KDB システムで医療機関の受診状況・処方薬について確認
評価	<ul style="list-style-type: none"> ○管理栄養士が保健指導した G3b 以上の対象者の血液検査結果・訪問回数 ○年齢調整後の医療費の変化【経年比較】 ○腎症の病期別人数【経年比較】

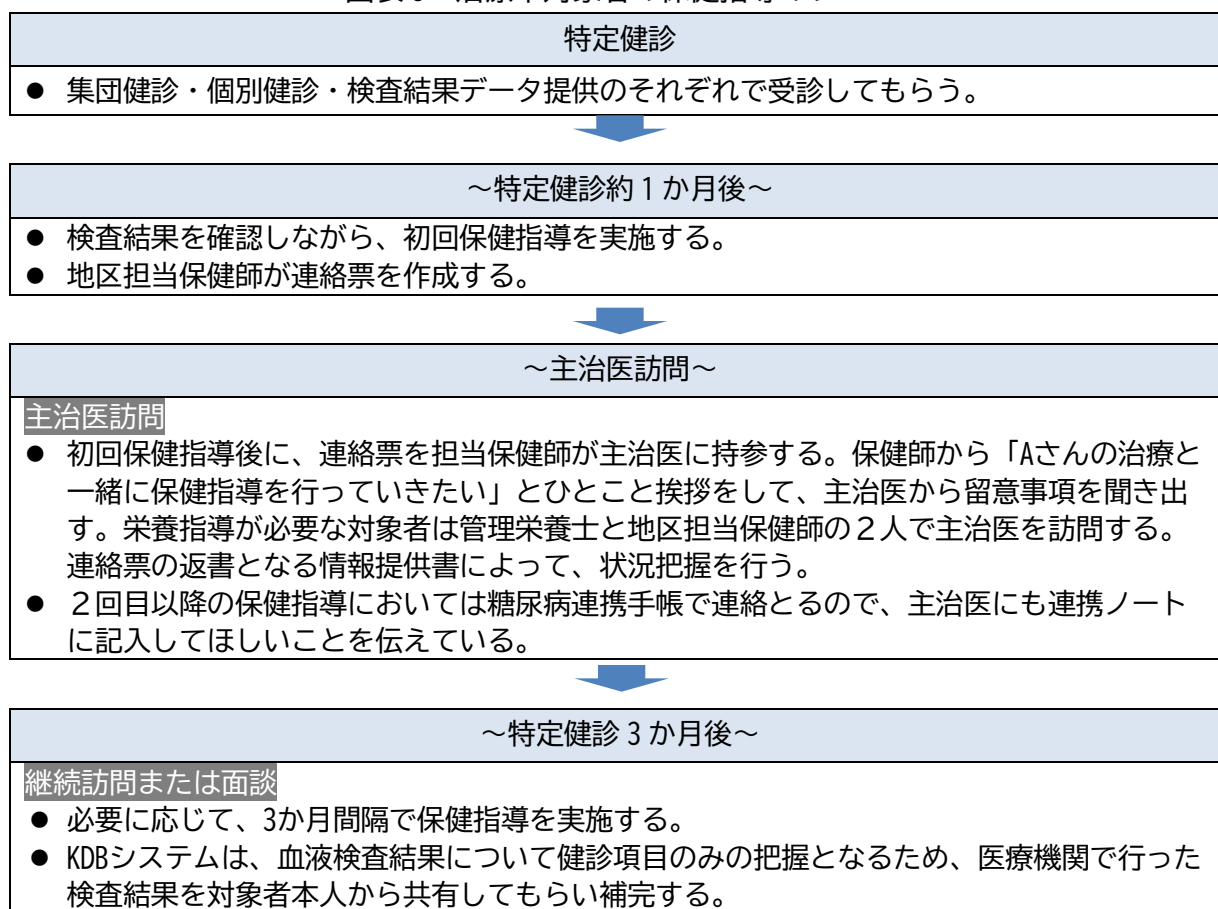
出典：多久市提供資料より事務局作成

② 治療中対象者への取組

保健指導の対象者のうち、治療中の場合は、情報提供書とセットになった連絡票（※図表 4）を作成し、医療機関に渡すことで、主治医と連携を図っている（佐賀県の取組）。市内医療機関受診者には、地区担当保健師が主治医訪問を行い、連絡票を届ける。主治医訪問により、対象者、主治医、保健師、他支援者間で関係性を構築した対象者の支援ができる。市外医療機関受診者については、隣接する小城市であれば、保健師が連絡票を届ける。佐賀大学病院など遠方の医療機関に対しては連絡票を郵送し、電話で保健師が連絡を行う、もしくは、対象者本人に主治医に持参してもらうようにしている。

治療中対象者の保健指導のフローは以下の図表 3 のとおりである。

<図表 3 治療中対象者の保健指導のフロー>



～特定健診6か月後～

評価健診

- 必要に応じて特定健診6か月後に評価健診を受診してもらう。血液検査、体重、腹囲測定等、特定健診と同じ項目（心電図を除く）を測定し、変化を確認する。
- 評価健診該当者：100人程度（特定健診受診者のうちの1割未満である。糖尿病性腎症重症化予防の該当者だけでなく、糖尿病重症者や特定保健指導の該当者等も含まれている。）

出典：多久市提供資料より事務局作成

<図表4 連絡票及び情報提供書>

(様式1)

R 6年 3月21日

連絡票(多久市→一次医療機関) №11

<p>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</p>	<p>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 ●●-●●●●●●</p>
<p>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</p>	

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、貴院に入院中の方で、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暮らして話をしました。
・朝食はさせていない。
・週1回くらいはあめ玉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る。
と聞いています。
今後引き続き保健指導を行っていき、治療方針や生活上のご指示等、連絡票にて返信いただけたらと助かります。
ご多忙な中恐縮ではございますが、よろしく願いたします。
今後ともご指導・ご加療のほどよろしく願いたします。

(様式2)

R 年 月 日

連絡票(一次医療機関→多久市) № 116

<p>一次医療機関(かかりつけ医) 医療機関名 医師名 Tel fax</p>	<p>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 ●●-●●●●●●</p>																														
<p>傷病名</p>																															
<p>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 ()</p>																															
<p>治療</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>食事療法</th> <th>標準体重にて計算</th> <th>現在の基礎代謝量に基づいて計算</th> </tr> <tr> <td>エネルギー量</td> <td>kcal</td> <td>kcal</td> </tr> <tr> <td>炭水化物</td> <td>g</td> <td>g</td> </tr> <tr> <td>たんぱく質</td> <td>g</td> <td>g</td> </tr> <tr> <td>脂質</td> <td>g</td> <td>g</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="2">}</td> </tr> </table> <p>●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 ()</p> <p>●薬物療法</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>薬剤名 ()</td> <td>朝</td> <td>昼</td> <td>夕</td> </tr> <tr> <td>薬剤名 ()</td> <td>朝</td> <td>昼</td> <td>夕</td> </tr> <tr> <td>薬剤名 ()</td> <td>朝</td> <td>昼</td> <td>夕</td> </tr> </table>		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	炭水化物	g	g	たんぱく質	g	g	脂質	g	g	その他	}		薬剤名 ()	朝	昼	夕	薬剤名 ()	朝	昼	夕	薬剤名 ()	朝	昼	夕
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																													
炭水化物	g	g																													
たんぱく質	g	g																													
脂質	g	g																													
その他	}																														
薬剤名 ()	朝	昼	夕																												
薬剤名 ()	朝	昼	夕																												
薬剤名 ()	朝	昼	夕																												
<p>今後、栄養指導の介入(栄養士) <input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない 今後、保健指導の介入(市保健師) <input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない 今後、糖尿病コーディネーター看護師の介入 <input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能</p>																															
<p>多久市健康増進課 担当保健師 ●●●●●● ☎ 0952-75-3355 FAX 0952-74-3398 ※右上に通し番号が記入されている場合は、FAXで返信が可能です。</p>																															

出典：多久市提供資料

③ 事業推進体制

本事業においては、健康増進課が主体となり、計画を策定し、市民課、高齢・障害支援課等の庁内連携を行い、県の3層構造の会議体のもと、連絡会において地域の医療関係者と連携・役割分担を図りながら、保健事業を推進している(図表5)。

また庁内連携として、健康増進課ではない他課の職員が、保健指導に該当する市民が窓口に来た際は、健康増進課の窓口を案内して保健指導につなげるといった細やかな支援を行っている。

<図表 5 関係者の役割>

分類	担当課	役割
庁内	健康増進課	<ul style="list-style-type: none"> ・事業主管課であり、事業企画・運営・管理を実施検討 ・健診結果の説明・調整業務、医師会連携 ・保健師 8 人配置があり、地区担当制で保健指導の業務を行う。管理栄養士 1 人配置があり、地区担当保健師とともに保健指導の業務を行う。
	市民課	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険の申請窓口であり、保健指導対象者を健康増進課窓口で紹介する。
	高齢・障害支援課	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者保険事業の主管課で、事業を連携して実施
庁外	佐賀県・佐賀大学	<ul style="list-style-type: none"> ・3層構造の体制づくり（県会議・二次医療圏単位会議・連絡会）
	国保連	<ul style="list-style-type: none"> ・多久市、県全体のデータ提供 ・国保連合会による研修会 ・運営協議会の実施（市が取組の計画について説明）
	多久市・小城市医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・保健対策協議会の実施（市が取組の計画について説明） ・多久市・小城市糖尿病対策連絡会
	商工会	<ul style="list-style-type: none"> ・健診データの提供 ・集団健診の会場の提供

出典：多久市提供資料より事務局作成

④ 特定健診

多久市では対象者が特定健診を受診する段階が第一の関わりとして、その後、対面で保健指導・受診勧奨につなげている。多久市の特定健診は3つの方式がある。集団健診会場には地区担当保健師が出向き、健診結果の説明について、結果説明会対象者、家庭訪問対象者と振り分け予約している。また新規国保加入者に対して、地区担当保健師が家庭訪問をし、予約の仕方・他のがん検診受診方法を含めて、受診勧奨を行う。

<図表 6 特定健診実施方式>

健診方式	集団健診	個別健診	検査結果データ提供
令和4年度受診者数	860人	500人	340人
実施形態	<p>特定健診実施機関に委託。</p> <p>地区担当保健師が会場に出向き、健診結果説明会を案内する。</p>	<p>県医師会が実施機関の取りまとめを行い、佐賀県医師会と佐賀県内の国民健康保険者の代表である佐賀市が集合契約。</p>	<p>受診者本人が事業担当窓口で医療機関等での血液検査の結果を持参することで特定健診の代替とする。</p> <p>受検できなかった血液検査以外の身長・体重・腹囲・血圧測定、尿検査を健康増進課窓口で実施し補完する。</p>
会場	<p>公民館（5か所）、商工会館</p>	<p>佐賀県内の「特定健診実施医療機関」であれば市外でも受診可能。</p>	—
インセンティブ	<p>健診当日に500円分の「おいでんさいお買物券」（以降、同商品券）を交付。</p>	<p>健診時の領収書または検査結果等を健康増進課窓口へ提出することで、同商品券を交付。</p>	<p>医療機関や職場での検査（健診）結果を健康増進課窓口へ提出することで、同商品券を交付する。</p>

保健指導	対面。健診結果を郵送で通知するのではなく、健診結果説明会で、個別に保健指導を実施とした。健診当日に説明会日時を予約する。	受診勧奨値の対象者は連絡をして、訪問により実施する。	データ提出が窓口に対象者本人が提出することとしているため、提出時に窓口で保健指導を実施する。受診勧奨値の対象者は訪問。
------	--	----------------------------	---

出典：多久市提供資料より事務局作成

保健指導については、特定保健指導該当、糖尿病性腎症重症化予防該当者、その他の疾患の保健指導該当者も一律で、健診結果について説明を行う際に実施している。

受診勧奨値の対象者は個別に訪問し、保健指導を継続する。受診勧奨値は以下のとおり。

血糖：空腹時血糖 126mg/dL 以上または HbA1c 6.5%以上

血圧：Ⅱ度以上高血圧

LDL：180mg/dL 以上

CKDのステージ：G3b 以上

令和4年度受診勧奨対象者数として、個別健診が受診者 500 人のうち 167 人/検査結果データ提供が受診者 340 人のうち 110 人であった。

3. 結果及び展開ポイント

平成 20 年度開始当初の特定健診の受診率は 37.5%であったが、平成 30 年度には国の目標である 60%に達し、令和元年度には 63.5%になった。令和元年が最高値で、その後はコロナウイルス感染症流行により、一旦下がったが、令和 3 年度には再度 60%となった。

糖尿病性腎症重症化予防としては以下 4 つの成果となった。

① 特定健診受診者の糖尿病性腎症重症化予防対象者の改善状況

HbA1c 7.0%以上の糖尿病患者のうち未治療者が 21.8%(平成 29 年度)→16.4%(令和 4 年度)に減少した。

<図表 8 HbA1c 7.0%以上の糖尿病患者の治療状況>

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c測定者数	1995	1924	1773	1517	1693	1603
HbA1c 7.0%以上の対象者のうち未治療の人数	29	20	23	24	32	21
HbA1c 7.0%以上の対象者のうち治療中の人数	104	108	105	105	133	107
HbA1c 7.0%以上の対象者の合計	133	128	128	129	165	128
HbA1c 7.0%以上の対象者のうち未治療者の割合	21.8%	15.6%	18.0%	18.6%	19.4%	16.4%

出典：多久市提供資料より事務局作成

令和3年度特定健診受診者で糖尿病基準該当者391人のうち、令和4年度特定健診未受診者81人を除き、糖尿病基準非該当者(※1)31人を除いた継続受診者279人で、糖尿病性腎症病期の改善者は41人(10.5%)、維持者は198人(50.6%)であった。

<図表9 糖尿病性腎症病期分類別の評価>

R3年度の結果 単位：人		R4年度の結果						
		継続受診者310人(79.3%)				糖尿病非 該当者※1	健診未受診者	
R3年度糖尿病基準該当者 391人		1期	2期	3期	4期				75歳到達者
1期	276	166	21	6	0	23	60	24
2期	65	24	12	11	0	4	14	6
3期	45	11	6	17	2	3	6	2
4期	5	0	0	0	3	1	1	0

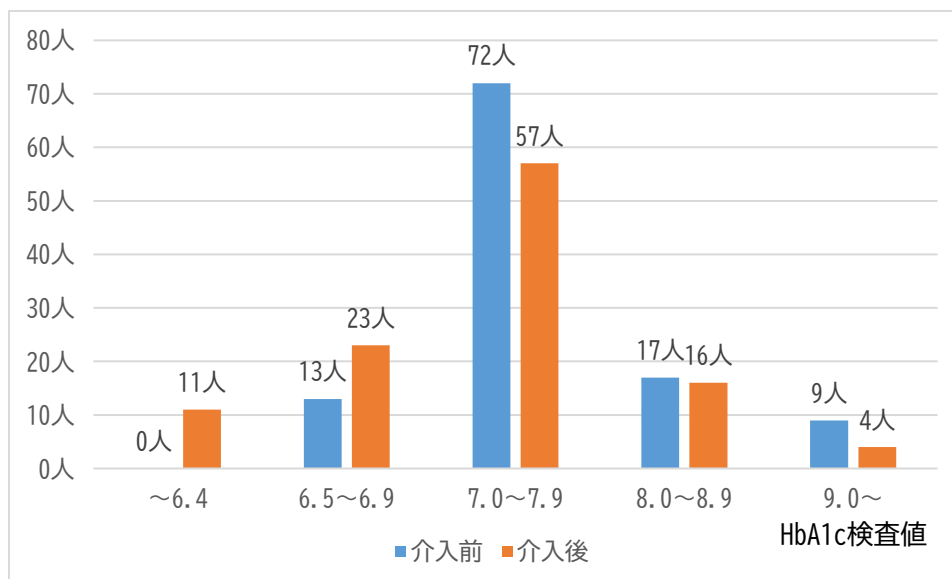
※1 血糖の正常値化(未治療者)した者、治療中断者

出典：多久市提供資料より事務局作成

② 通院者のうちハイリスク者への介入(かかりつけ医と連携した保健指導)

初回介入した126人のうち、介入前のHbA1cが6.5%以上で介入後の検査値確認ができた111人のHbA1c検査値の変化として、43人改善し、57人現状維持であった。

<図表10 保健指導前後のHbA1c検査結果>



出典：多久市提供資料より事務局作成

初回介入した126人のうち、介入前の腎症病期を把握しており、介入後の検査値が確認できた102人の腎症病期の状況は6人改善し、89人現状維持であった。

<図表 11 保健指導前後の腎症病期の結果>

		保健指導介入後の腎症病期			計
		2期以下	3期	4期	
保健指導介入前の腎症病期	2期以下	73	6	0	79
	3期	5	13	1	19
	4期	0	1	3	4
計		78	20	4	102

出典：多久市提供資料より事務局作成

③ 管理栄養士が保健指導した G3b 以上の対象者の血液検査結果・訪問回数

管理栄養士が担当した保健指導対象者の 21 人うち、集中的に保健指導を行った 8 人について、評価を行った。保健指導を重ねることで、指導対象者の 8 人中 5 人が、糖尿病性腎症のステージが G4 から G3b 等に改善した。

<図表 12 保健指導実施前後の血液検査結果及び訪問回数>

	保健指導前			保健指導後			結果	訪問回数
	HbA1c	区分	e-GFR	HbA1c	区分	e-GFR		
1	8.5	G4	20	7.5	G4	20	改善	6
2	5.4	G4	21.2	5.4	G4	21	維持	4
3	7	G4	21.6	7	G3b	36.9	改善	4
4	5.9	G4	23.9	5.9	G4	23.9	維持	2
5	6.1	G4	22	6.1	G4	28.9	改善	3
6	6.6	G3b	36	6.3	G3b	39.2	改善	3
7	7.3	G3b	36.6	7.3	G3b	36.6	維持	2
8	5.8	G3b	42	5.8	G3a	47	改善	5

出典：多久市提供資料

④ 年齢調整後の医療費の経年比較

平成 28 年度は年齢調整後一人当たり医療費が全国で最も佐賀県が高く、多久市は佐賀県の中でも最も高い 469,061 円であった。平成 29 年は 476,598 円、平成 30 年は 474,675 円、令和元年は 473,795 円、令和 2 年度は 460,271 円と減少傾向にある。

以上の結果が多久市での糖尿病性腎症重症化予防の取組の成果である。

多久市では治療中の対象者にも焦点を当て、糖尿病連携手帳を活用することで、対象者・主治医・保健師で三者一体となって、主治医の治療方針を確認しながら対象者の支援ができた。さらに、重症化患者には服薬治療だけでなく、生活に関わる保健・栄養指導の回数を重ねることを試みた。そのために最初のアプローチとなる特定健診は、集団健診、個別健診、検査結果データ提出と 3 つの方式を採用し、特に検査結果データ提供は受診者本人が窓口で提出することで特定健診の代替とする方法とした。これにより窓口で保健指導をする機会を設定することができた。