

図表 1 データヘルス計画とその他の法定計画との位置づけ

データヘルス計画とその他の法定計画との位置づけ

※健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
	「健康日本21」計画	特定健康診査等実施計画	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な考え	厚生労働省 保健局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保健給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30年～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30年～32年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:協力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる 特定健康診査は糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている
対象年齢	ライフステージ(乳児期、 若壮年期 、高齢期)に応じて	40～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の 青年期・壮年期世代 、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診、特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施 保険者努力支援制度	健診・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		

図表 14 第 2 期データヘルス計画の全体評価表（令和元年度実績より）

第2期データヘルス計画の全体評価表（令和元年度実績より）※ 個別の中間評価や課題、取り組みについて第2章で評価、見直しを行います。

図表 14

課題・目標	評価				⑤残っている課題
	①ストラクチャー（構造）	②プロセス（やってきた実践の過程）	③アウトプット（事業実施量）	④アウトカム（結果）	
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 令和元年度目標45%（最終年度60%） ○特定保健指導実施率 令和元年度目標52%（最終年度60%） ○メタボ・予備群の改善率を上げる ○健診の重症化予防対象者を減らす（血圧・血糖・脂質・CKD） ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症患者数の伸びを抑えることを目標に減少させる。 ○入院医療費の伸びを全国並みに抑える 	<p>課の体制（令和2年度現在）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○健診G 7人 ●未受診者対策体制 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤職：事務3人 ・健康相談員 会計職員：看護師 4人 ○保健指導G ●保健指導体制(直営) <ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導と重症化予防チームに業務を分けて、地区分担している。 ①特定保健指導チーム 9人 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤職：保健師2人、管理栄養士1人 ・会計年度任用職員：管理栄養士5人、看護師1人 ②重症化予防チーム 6人 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤職：保健師1人 ・会計職員：看護師5人 ※特定保健指導委託機関 14機関 <p>◆未受診者対策と保健指導(特定・重症化)を検討する担当が分かれている。</p> <p>両方の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価を実施しているが、課内での共通認識が十分図れていない。</p> <p>◆業務分担制と地区担当制をとっている。</p> <p>現在、成人の保健指導は主に、国保は特定健診課が担っているが、生保は地域保健課、社保は健康増進課というように、分担している。相互の共通認識・連携が課題。</p> <p>◆重症化予防対策を取り組んでいく上で、専門職の役割は重要であり、安定した人材確保が重要。</p> <p>◆電話番号情報がいないために効率的な保健指導が行えないことあり。引き続き、医師会・市立病院、集団健診等から入手の検討。</p> <p>◆通常業務の時間帯では、アプローチしても会えない人がいるため、夜間・日曜日等の保健指導も実施。</p> <p>◆個々の医療機関との連携をすすめていく上で、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。</p>	<p>① 未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○集団健診等 <ul style="list-style-type: none"> ・広く受診機会を確保するため、各年度において、集団健診を約10回、まちかど健診(庁舎内等)を月に1～2回、夜間の健診を年に1～2回実施しているが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、感染拡大防止の観点から中止を余儀なくされた。 ・公民館等を利用した会場での健診実施については、報奨金を活用し自治会等の自主的な健診の実施の機会の提供を行っているが、受託医療機関や健診受診を希望する一定数の対象者確保が困難であり、実現できていないのが現状であり、一部の自治会においてのみの実施となっている。 ○受診勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への戸別訪問による受診勧奨や電話案内を利用した受診勧奨を行ってきたほか、毎月の誕生日ハガキ送付や年1回の全未受診者へ一斉に送付する「市長からのハガキ」を利用した健診案内の実施を行っており、さらに平成30年度よりAIを活用した受診勧奨はがきの送付(委託事業)等を行っている。 ○トライアングル事業・事業所健診連携 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関の協力及び本人の同意のもと、生活習慣病で通院中の人の検査結果を市に提供する事業(トライアングル事業)を実施。 ・事業所健診結果について医療機関の協力のもとデータの提供を受け、特定健診に置き換える事業を実施している。 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・「糖尿病性腎症重症化予防事業」により、過去5年間の糖尿病管理台帳(DM台帳)を作成し、保健指導と併せて、健診未受診の対象者へ受診勧奨を行っている。 ・ポピュレーションアプローチ対象者を住民だけでなく、地域の関係者や実施医療機関・医師会等の関係機関をも対象として現状説明、課題共有等を行い、事業実施に向けた協力体制を構築。 	<ul style="list-style-type: none"> ○集団健診等 <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診の実施状況 ・まちかど健診の実施状況 ・自治会等による健診実施状況 ○受診勧奨 <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者訪問・電話等実施状況 ・健診勧奨のはがき案内(誕生日、市長から、AI等) ○トライアングル事業・事業所健診連携 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関・事業主への協力依頼実施状況 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・DM台帳対象者への受診勧奨状況 ・医療機関等との連携状況 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 R元年度目標60%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等 ○40～50代の受診者数 等 ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事業実施等ばらばらにならないように、健診Gと指導G担当で話し合いをし、共通認識・効果的な連携、事業のありかたについて、検討していく。 ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○保健指導体制の安定的な確保 ・庁内の保健指導体制の連携・調整 ○安定した予算の確保 (課内及び企画調整課・財政課) <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関等への協力依頼(トライアングル事業等) ○事業者健診との連携 ○未受診者訪問の検討 <ul style="list-style-type: none"> ・戸別訪問対象者や実施内容 ・国保対象者の属性(職業等)詳細な検討を行い、アプローチ方法について、戦略をたてる必要がある。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討。(単年の健診結果での抽出に加え、糖尿病管理台帳、肥満管理台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(検査値の改善状況、受療率等)
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。(特に40～50代) ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(効果的な案内文・方法等) ◆医療機関の協力等による取り組み(トライアングル事業の推進) ◆広報・通知方法等検討 (AIによる通知等) 					
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者抽出、実施方法等の検討。 ◆事業の目標、評価等検討。 ◆電話番号情報等がなく、効率的に保健指導が行えていない。 ◆経済的な理由で受診(受療)につながらない人をどうするか。 ◆丁寧な事例の読み取りと効果的な保健指導教材の作成・活用 		<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防対象者として、対象者が多いため、血圧・HbA1c・LDL・CKD(尿蛋白・GFR)・腹部肥満+TGなど、優先基準を設けて、対象者を選定し、未治療者・治療中コントロール不良者を対象にアプローチしてきた。「糖尿病管理台帳」を作成し、過去5年にさかのぼって受療勧奨や保健指導、健診勧奨を行った。 ・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任されていたり、共通認識十分図れていない現状がある。 ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、糖尿病管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、継続的な保健指導を実施していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながる。 ・重症化予防対策を評価について、現在、健診結果の翌年の改善率や未治療者の受療率などとしている。(医療費適正化につながっているかどうかは、5年以上の長いスパンが必要) ・20～30代健診を実施しており、特定保健指導対象者には相当の支援を実施。重症化予防対象者に対しても保健指導を実施している。また、協会けんぽの被扶養者に対しても市の集団健診を受けた重症化予防対象者に対しても保健指導を実施。今後は、保険者という枠を超えて、市民ということで、どの部署でも、健診結果を持参し、保健指導を希望される方には保健指導を実施していくこと(体制)が望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導実施状況 ○重症化予防事業の実施状況 ○糖尿病性腎症重症化予防事業実施状況 ○糖・CKD栄養相談実施状況 ○他保険者に対する保健指導実施状況 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況 ○経年評価(短期目標、中長期目標) ○新規透析導入者数の推移 <p>※短期目標疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メタボ該当・予備群 ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常 <p>※中長期目標疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患 ・虚血性心疾患 	
<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未受診者対策、特定保健指導・重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。 ◆CKD病診連携では連携体制のさらなる構築と紹介基準の共通認識、症例検討など質を向上させることが必要。また内科以外の診療科へもCKDの概念を広めていく。 		<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率向上策として、通院中の人の特定健診結果を受領するしくみ(トライアングル事業)があり、医療機関の協力で、年間500件ほどのデータ受領があり、受診率向上につながっている。しかし、患者の同意取り付け・追加検査の実施など、医療機関側の負担等の課題があり、協力医療機関の確保に向けて、引き続き制度への理解・周知に努める必要がある。 ・CKD連携推進事業については、目標とするかかりつけ医・専門医の登録は進んでおり、両者の連携も定着化しつつある。かかりつけ医や医療機関向けに、CKD病診連携への理解・意識向上の目的で、ニュースレターを年2回程度発行しているほか、腎臓診療医による症例検討会を開催し、かかりつけ医との連携を進めている。今後は、紹介基準の共通認識、症例検討など質の向上させることが必要。また内科以外の診療科へもCKDの概念を広めていく。また、事業の評価方法(指標)についても検討が必要。 ・未受診者対策含め、重症化予防のためには、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。具体的には、医師会の協力を得ながら、市内医療機関の医師やコメディカルを対象として、地区ごとの意見交換会の開催を今後検討していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ○CKD病診連携推進事業実施状況 ○個々の医療機関との連携状況 	<ul style="list-style-type: none"> ○CKD登録医(かかりつけ医)と腎専門医の連携数 等 ○個々の成功事例 <ul style="list-style-type: none"> ・CKD病診連携事業を通して ・かかりつけ医と保健指導事例の連携を通して 	
					<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地道にかかりつけ医等、個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく ○医師会との連携による医療機関への働きかけの検討

図表 25 健診・医療・介護データの一体的な分析(E表)

