

令和4年12月13日	
第2回 高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引きに係るワーキンググループ	参考資料2

令和4年11月18日	
第2回 データヘルス計画（国保・後期）の在り方に関する検討会	資料5の2

都道府県における標準化及び評価指標等に関する取組事例

令和3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)
令和4年3月
【一部改変】

1. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（1）

データヘルス計画の標準化の取組（1 / 4）

<標準化に取り組んだ理由・目的>

- データヘルス計画を標準化することで、各市町村の現状を俯瞰的に見える化できるようになり、従前よりも効果的な保健事業の知見の抽出や横展開を行うことが容易になると考えた。（山形県）
- データヘルス計画を標準化することで、各区市町村の特徴や課題を把握しやすくなり、区市町村への必要な支援につなげることができるとともに、区市町村同士の比較で、優良事例を把握できるようになると考えた。（東京都, P.5参照）
- 県として市町村の支援を検討するにあたり、市町村の現状と課題を把握する必要があり、データヘルス計画の標準化に取り組もうと考えた。（新潟県, P.9参照）
- 市町村の現状を把握し、保健所が支援する内容を明らかにすることを目的に標準化の取組を開始した。（長野県, P.10参照）
- 保健事業の実施効率を高めるためには、現在実施している取組の問題点や効果を把握し、正しくPDCAサイクルを回してもらうための仕組みが必要であると考えた。（静岡県, P.19参照）
- 各市町が他の市町との実績比較をできるようにすること、各市町の現状を可視化して県として支援すべきポイントを明らかにすることを目的に、県版データヘルス計画を策定し、各市町共通の評価指標を設定した。（滋賀県, P. 23参照）
- 各市町村が自らの立ち位置を把握して、効率的に中間評価を行えるよう、標準化の取組を進めることとした。（大分県, P.25参照）

1. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（2）

データヘルス計画の標準化の取組（2/4）

<標準化により得られた成果>

都道府県が、市町村の現状を俯瞰することができ、支援すべきポイントを把握することができる。

- **各区市町村のデータヘルス計画を同じ様式に整理したことで、各区市町村の計画を俯瞰することができた。**これにより**各区市町村の特徴を把握し、都として評価・支援すべきポイントを明確化しやすくなった。**個別支援の際も、注目すべきポイントについて、**都と区市町村とが共通の認識を持って意見交換できるようになった。**（東京都, P.5参照）
- **各市町村の現状と課題を可視化することができた。**これにより**市町村と認識を揃えて議論を行うことができています。**（新潟県, P.9参照）
- **各市町村の保健事業の実施状況や成果を可視化することができたため、支援すべきポイントが明確になった。**県内市町村を比較することができたことで、**市町村ごとの違いを考察するきっかけになっている。**（長野県, P.10参照）
- **共通の目標値を設定したことで、各市町の進捗等の差が明らかになった。**経年推移の状況が確認できるため、県として評価を行いやすいと感じている。（滋賀県, P.23参照）
- データヘルス計画の記載事項が統一されていることで、**各市町村の進捗状況が見えるようになった。**（大分県, P.25参照）

市町村が、データヘルス計画や保健事業のあり方を考察するきっかけとなる。

- 区市町村の担当者からは、「**自区市町村の計画の記載事項の過不足や今後の見直しポイントが把握しやすくなった**」、「**データヘルス計画を整理することで自身が担当している業務の位置づけを意識できるようになった**」といった声をいただいている。（東京都, P.5参照）
- 標準化の取組を行っている市町からは、「**評価指標の立て方が勉強になった**」、「**事業の実施方法を見直すきっかけとなった**」、「**目標設定の考え方を見直すきっかけとなった**」といった声をいただいている。（静岡県, P.19参照）

1. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（3）

データヘルス計画の標準化の取組（3/4）

＜共通の評価指標の設定＞

共通の評価指標を設定するにあたっては、市町村の理解を得ながら取組を進めることが重要である。

- 共通の評価指標を設定することで、各市町村横並びでの比較が可能になるが、現在、静岡県、滋賀県が共通の評価指標を設定している。また、東京都が試行的に共通の評価指標を設定し、検討を行っている。
- 静岡県については、**共通の評価指標を設定して各市町に提示しているものの、使用の有無は各市町に委ねている。**（P.20-21参照）
- 滋賀県については、**評価指標だけでなく、目標値まで共通化して市町に提示している。**市町によって進捗や事業の実施体制が異なることから、市町からは、目標値まで共通化することには反対する意見もあった。一方で、**共通の目標値を設定することで県と市町が両輪で取組を進めることができる**という意見もあったため、県としても後者のメリットのほうが大きいと感じ、**目標値まで共通化した。**市町の保健事業担当者との会議の際に、**共通の評価指標と目標値の設定が、保健事業を行うにあたり必要な取組であることを繰り返し訴え、合意を得ることができた。**（P.23-24参照）
- 東京都については、保健事業全体の共通の評価指標と個別の保健事業に係る**共通の評価指標を試行的に設定している。****次期データヘルス計画の策定時に各区市町村に参考にしてもらうことを想定しており、現時点では、項目・活用方法を含め、検討を行っている段階である。**（P.7-8参照）

共通の評価指標を設定する前段階として、市町村が事業を評価する上で参考となる指標を市町村に提供することで、自市町村の立ち位置を把握してもらい、評価を支援する取組も有効である。

- 長野県については、**各市町村がデータヘルス計画全体を評価する上で参考となる100以上の指標を一覧化したものを平成30年度に作成し、令和元年度から市町村に提供している。**また、**糖尿病性腎症重症化予防事業についての成果や実施量を評価するための参考データを**国保連合会と協働して作成し、令和2年度から**市町村に提供している。**（P.10-18参照）

課題意識を共有できる部分から共通の評価指標の設定に着手することが重要である。

- **全ての区市町村が実施している取組**であるため、特定健診と特定保健指導については、共通の評価指標を設定しようと考えている。（東京都）
- **全ての市町村が取り組む事業、かつKDBから取得できる評価指標**であれば共通の評価指標を設定することが可能と考えている。（大分県, P.25参照）

1. 都道府県へのヒアリング結果サマリ（4）

データヘルス計画の標準化の取組（4/4）

<標準化の実施体制>

都道府県や市町村の人員等のリソースを踏まえ、適切な実施体制・実施方法を採用することが重要である。

- **外部有識者の意見を取り入れることで気づきを得ることができた。** 県内で当たり前だと思っていることが、県外ではそうでないこともある。外部の目から見たときに、他県等とも比較して何が良いのか悪いのかを教えていただけるのは有難い。（山形県）
- **標準化の取組で市町村の負担軽減を目指しているため、データヘルス計画の「標準化ツール」への転記を市町村にお願いするのは負担をかけることになると感じ、県自ら対応することとした。**（新潟県, P.9参照）
- **データ分析や標準化自体が目的とならないよう、コンソーシアム形式で事業を外部委託している。** 保健事業に係る全体の取組の中の一つという位置づけで標準化の支援を行ってもらっている。（新潟県, P.9参照）
- 県が個別に支援を行うことは難しい。**市町村支援を主に保健所が担っていることから、保健所に標準化支援も担ってほしいと考えている。**（長野県, P.10参照）
- **全市町村一斉に標準化の取組を進めるのは難しく、モデル市において効果的な保健事業の抽出に取り組んでいる。**（大分県, P.25参照）

<その他の意見>

標準化すること自体が目的ではなく、標準化する目的を明確にする必要がある。

- データヘルス計画の**標準化をなぜ行わなければならないのかというその意義を、まずは県がしっかりと理解する必要がある。** その上で、**市町村に対してその意義を伝えることが必要**である。（山形県）

2. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

東京都

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健局国民健康保険課
事務職 3名、専門職 1名（保健師 1名）

標準化の取組で次期データヘルス計画の策定に向けた環境を整備

取組の ポイント

- 東京大学・国保連合会と協働して、**全区市町村へのヒアリングを行い、保健事業の課題把握に努めている。**
- 「標準化ツール」を活用してヒアリングを行うことで、**課題認識を都と区市町村とで共通のものとする**ことができる。
- ヒアリングの中で個別の保健事業の取組の工夫を把握。ヒアリングで得た情報を観点ごとにまとめ、区市町村に横展開している。各区市町村の工夫等を**パターン化することで、区市町村が自分たちの取組に反映しやすくなる**と考えている。

取組の背景

各区市町村のデータヘルス計画の記載事項に差異があり、次期計画の策定に向けて認識のすり合わせが必要

- 東京大学の提案を受け、試行的に各区市町村のデータヘルス計画を「標準化ツール」に落とし込んだところ、区市町村ごとに記載事項が異なることがわかった。
- 区市町村の取組の効果を上げるためにも、それぞれの計画や取組を比較できる環境を整えることが必要と感じていた。

取組の目的

優良事例を横展開する環境を作り、各区市町村の保健事業の底上げを図ること

- データヘルス計画を標準化することで、各区市町村の特徴や課題を把握しやすくなり、区市町村への必要な支援につなげることができるとともに、区市町村同士の比較で、優良事例を把握できるようになると考えた。

取組内容

「標準化ツール」を活用してヒアリングを行うことで、都と区市町村の共通認識を醸成

- 「データヘルス計画支援事業」として、東京大学と国保連合会と一体となって、区市町村の保健事業全般の支援を行っている。
- 令和2年度から、年間約20の区市町村に対して個別にヒアリングを行い、保健事業を行うにあたっての課題や、取組の工夫を確認している。
 - ヒアリングについては、3年間かけて、全区市町村に行う予定である。
 - 62の区市町村全てのヒアリングが完了するのは令和4年度である。
- **ヒアリングでは、「標準化ツール」を使って整理した様式を基に、課題認識のすり合わせを行っている。**
 - 「標準化ツール」への転記は、東京大学が実施している。

区市町村ごとの計画の差異を均すために共通の評価指標が必要

- 区市町村によっては、保健事業全体の評価指標が設定されていなかったため、個別事業の評価指標だけでなく、保健事業全体の評価指標についても共通指標の設定を検討している。（P.7-8参照）
 - 区市町村のヒアリングが完了次第、共通の評価指標を確定する予定である。

保健事業の工夫をパターン化し、各保険者に参考事例集として展開

- 区市町村ヒアリングの場において、個別事業の成果を挙げるための工夫を確認し、観点別に整理している。
- 東京大学・国保連合会・東京都で保健事業に複数の切り口を設定し、取組ごとに要素を整理している。**観点を抽象化することで、各区市町村が参考にしやすい情報にすることを意識している。**
 - 対象者へのアプローチの工夫、実施量向上の工夫等観点別に整理している。
- 一覧化したものは、年度ごとに区市町村に取組事例集として共有している。

取組の成果

計画を俯瞰し、把握できることで議論の目線を揃えることに寄与

- 各区市町村の特徴を把握し、都として評価・支援すべきポイントを明確化しやすくなった。
- 個別支援の際も、注目すべきポイントについて、都と区市町村とが共通の認識を持って意見交換できるようになった。

区市町村担当者のデータヘルス計画の理解度向上に貢献

- 区市町村の担当者からは、計画の整理により、自身の担当業務の位置づけを意識できるようになった、という声をいただいている。

今後の方針

共通の評価指標の確定と優良事例の横展開

- 全区市町村のヒアリングの後、次期計画の策定に向けて共通の評価指標を確定する予定である。また、各取組事例をパターン化し、全体版として優良事例を共有する予定である。

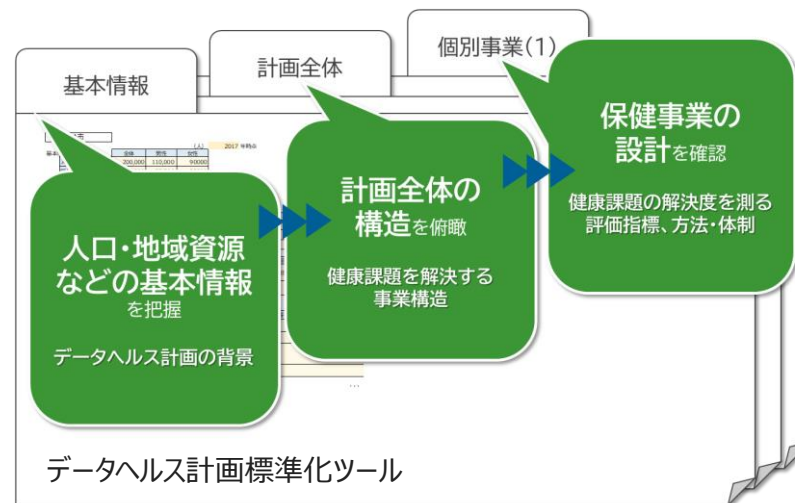
(参考) 東京大学による「データヘルス計画標準化ツール」を用いた支援

東京大学未来ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット (都道府県向けリーダーシップ・プログラム資料)

データヘルス計画の標準化ステップ

地域における健康課題の解決につながり、市町村の業務負担を軽減する目的で、2021年度は7都県が下記のステップでデータヘルス計画の標準化に取り組んでいます。

- **標準化の意義および手順の把握**
 - 都道府県／市町村による理解
- **データヘルス計画の構造の整理**
 - 基本情報／計画全体／個別事業
- **市町村へのヒアリング**
 - 庁内・地域資源／健康課題を解決する設計
- **市町村へのフィードバック**
 - 優れた工夫、改善の余地がある要素
- **市町村による適用および都道府県での共有**



データヘルス計画標準化ツールを活用する目的

都道府県^{注)} 都道府県内の現状および課題の俯瞰

- 市町村の特徴や課題を同じ様式にて客観的に把握する
- 市町村への必要な支援につなげる

市町村 健康課題の解決と業務負担の軽減

- 地域の健康課題を解決する設計の“型”とする
- データヘルス計画策定や引継ぎ、庁内外との連携に活用

注) 都道府県庁に加えて、保健所、国民健康保険団体連合会など市町村を支援する地域資源を含みます。

東京都における保健事業全体の共通指標案（1/2）

- 保健事業全体の共通の評価指標として、以下の項目の設定を検討している。次期データヘルス計画の策定時に、各区市町村に参考にしてもらうことを想定しており、現時点では、項目・活用方法を含め、検討を行っている段階である。

<共通の評価指標（案）>

保健事業全体の評価指標

※小規模町村は年齢階級を40～59歳、60～74歳の2区分で比較

		評価対象	東京都データヘルス支援事業 共通の評価指標		単位	算出方法	カテゴリ区分 (※)	比較対象
1	総合 アウトカム 評価指標	長期的な健康度	平均自立期間（要支援・要介護）		年	（KDBを参照） ※人口13万人以上の自治体では1年分の死亡情報を用い、人口13万人未満の自治体では3年分の死亡情報を利用	男女別	算出上の誤差が生じることから、他地域との比較は控えるべきとされている
2		生活習慣の状況	1.栄養・食生活	週3回以上就寝前夕食	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）	性・年齢階級別 (5歳刻み)	都平均
3			1.栄養・食生活	週3回以上朝食を抜く	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
4			2.身体活動・運動	1日1時間以上運動なし	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
5			3.休養	睡眠不足	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
6			4.飲酒	1日飲酒量_1合以上	%	1日飲酒量 1～2合、2～3合、3合以上の合計人数（人）／回答者数（人）		
7			5.喫煙	喫煙率	%	問診項目該当者数（人）／回答者数（人）		
8			6.歯・口腔の健康	咀嚼_かみにくい・ほとんどかめない	%	咀嚼の問診項目 かみにくい、ほとんどかめないの合計人数（人）／回答者数（人）		
9			疾病リスク	内臓脂肪症候群の該当者割合		%		
10		有病者の状況	高血圧症の有病者割合		%	高血圧症の有病者数（人）／被保険者数（人）	性・年齢階級別 (10歳刻み)	都平均
11			脳血管疾患の有病者割合		%	脳血管疾患の有病者数（人）／被保険者数（人）	性・年齢階級別 (10歳刻み)	都平均
12			虚血性心疾患の有病者割合		%	虚血性心疾患の有病者数（人）／被保険者数（人）	性・年齢階級別 (10歳刻み)	都平均

東京都における個別の保健事業に係る共通指標案（2/2）

- 個別の保健事業に係る共通の評価指標として、以下の項目の設定を検討している。次期データヘルス計画の策定時に、各区市町村に参考にしてもらうことを想定しており、現時点では、項目・活用方法を含め、検討を行っている段階である。

個別事業の評価指標

※小規模町村は年齢階級を40～59歳、60～74歳の2区分で比較

		評価対象	東京都データヘルス支援事業 共通の評価指標	単位	算出方法	カテゴリ区分 (※)	比較対象
13	個別事業 アウトカム 評価指標	特定健診	生活習慣の改善意欲がある人の割合	%	改善意欲あり、改善意欲ありかつ始めている、取り組み済み6ヶ月未満、取り組み済み6ヶ月以上の合計人数（人）／回答者数（人）	性・年齢階級別	都平均
14		特定保健指導	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	%	前年度の特定保健指導利用者かつ当該年度健診で特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人） ／前年度の特定保健指導の利用者数（人）	性・年齢階級別	都平均
15		重症化予防	受診勧奨の必要な者のうち医療機関受診者割合	%	受診勧奨対象者（レセ有）（人）／受診勧奨対象者数（人）	—	都平均
16	個別事業 アウトプット 評価指標	特定健診	健診受診率	%	特定健診受診者数（人） ／特定健診対象者数（人）	性・年齢階級別	都平均
17		特定保健指導	特定保健指導の終了者の割合	%	特定保健指導終了者数（人） ／特定保健指導対象者数（人）	性・年齢階級別	都平均
18		重症化予防	受診勧奨実施割合	%		—	—

2. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

新潟県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健部 国保・福祉指導課
事務職 2名、専門職 1名（保健師 1名）

県による「標準化ツール」へのデータヘルス計画の転記とコンソーシアムの活用で一貫した市町村支援を実現

取組の ポイント

- 各市町村の現状を把握するための取組として、**県自らが各市町村のデータヘルス計画を「標準化ツール」に転記した。**
- データ分析から保健事業への助言等、**広く外部の知見を取り入れることができるよう、単一の外部事業者ではなく、コンソーシアム形式で事業を委託**している。
- 次期データヘルス計画の策定に向けて、**データヘルス計画の策定ガイドの設計に着手**している。

取組の背景

支援すべきポイントを把握する 必要性

- 平成30年度から都道府県も国保の保険者となったことを受け、市町村への支援の有り方を検討していた。
- 支援の有り方を検討するにあたり、各市町村の**個別の保健事業の実施状況や課題を把握しきれておらず、現状把握から取り組む必要**があった。

取組の目的

市町村の現状把握ならびに負担軽減を目的に実施

- 県として市町村の支援を検討するにあたり、市町村の現状と課題を把握する必要があった。そのためデータヘルス計画の標準化に取り組もうと考えた。
- また、市町村の負担軽減やスムーズなデータヘルス計画の策定に貢献したいという意図があった。

取組内容

市町村の現状把握のため、県自ら各市町村のデータヘルス計画を「標準化ツール」に反映

- 「標準化ツール」の意図・思想は、都道府県に対して展開されているものであり、市町村に説明の上、**十分に「標準化ツール」を理解してもらえない限り、適切に活用されない**と考えていた。
- 標準化の取組で市町村の負担軽減を目指しているため、データヘルス計画の「標準化ツール」への転記を市町村にお願いするのは負担をかけることになると感じ、県自ら対応することとした。

「標準化ツール」をコミュニケーションの媒体として活用したことで、県・市町村双方の認識のすり合わせに貢献

- データヘルス計画をツールに反映した後、市町村には健康課題と各事業の目的や実施内容等、各観点のつながりを意識してもらいたいという意図を伝えつつ、ヒアリングを進めた。
- ヒアリングの場では、「標準化ツール」を使って整理した様式を各市町村に提示し、認識のすり合わせ等議論の土台として活用した。

データ分析や標準化自体が目的とならないようコンソーシアム形式で事業を外部委託

- 外部の知見を取り入れると良い、縦割りではなく一貫して事業を支援してもらえた方が良い、等の助言を受け、「**データ分析」「市町村保健事業の整理・検証」「データヘルス計画のひな型の作成」「データヘルス計画策定等支援ツールの要件定義」「市町村職員等への技術的支援の実施」**の5つの観点で仕様を整え、プロポーザル方式で委託事業者を選定した。
 - データ分析から個別支援まで幅広く要件を含めることにより、コンソーシアム形式で事業を外部委託している。

取組の成果

共通認識の醸成に寄与

- 「標準化ツール」の活用で、各市町村の現状と課題を可視化することができた。市町村と認識を揃えて議論を行うことができています。
- ##### コンソーシアム形式での委託が市町村支援の質の向上に寄与
- 事業を縦割りにせず、**一貫して外部の知見を取り入れることができ、市町村支援の質が向上**すると感じている。

今後の方針

次期計画の策定のための標準的ひな型を作成

- **データヘルス計画の標準的な構造が分かるもの**であり、かつ作成の際の手間削減、評価指標を設定する際のガイドとして使用できるものになりたいと考えている。
- ひな型の活用で、**担当者が変わっても引き続き過去のデータヘルス計画と同様のデータ抽出ができるよう**にしたいと考えている。

2. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

長野県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康増進課、健康増進課国民健康保険室
専門職 2名（保健師 2名）、兼務で保健師2名、事務職3名

標準化の取組で保健所による市町村支援を強化

取組の ポイント

- **保健所による市町村支援を強化すべく、「標準化ツール」を活用して各市町村の現状を整理した。**
- **標準化の取組は、市町村が本当に必要とする支援を行うためのもの**であることを各市町村に伝えることで、協力を得ることができている。
- データヘルス計画を「標準化ツール」に落とし込むことで、県・保健所と市町村の議論の場において、認識をすり合わせるためのコミュニケーションツールとして活用することができる。

取組の背景

市町村支援には保健所の協力が不可欠

- 長野県には77の市町村があることから、県が個別に支援を行うことは難しいと感じていた。
- 本状況において、各圏域の保健所による市町村の支援が重要であるが、どのような支援を行うべきか悩んでいる状態であった。

取組の目的

市町村の現状を把握し、保健所が支援する内容を明らかにすること

- 「標準化ツール」を活用し、市町村のデータヘルス計画を整理し、各市町村の特徴を把握しようと考えた。
- 整理結果を保健所が参照し、個別の市町村支援に活用することを想定している。

取組内容

「標準化ツール」を活用し、保健所が市町村の現状を把握

- 長野県と圏域の保健所が一緒に管内の市町村を訪れ、標準化の取組の意図を説明し、保健所がデータヘルス計画を「標準化ツール」に転記した。
 - 令和3年度は、モデル市町村のみの取組である。県内10圏域のうち、5圏域から1市町村ずつモデル市町村を選定し、標準化の取組を行った。
- 標準化の取組は、**保健所が管内市町村の状況を把握し、市町村のニーズに沿った支援を行うために必要な取組**であることを伝えることで、市町村から協力を得ることができた。

データヘルス計画全体を評価するための参考データを提供することで、各市町村が自らの立ち位置を認識（P.11-15参照）

- **各市町村に自らの立ち位置を把握してもらうためのデータ**を提供している。
- データセットは県内77の市町村について、**100以上の指標を網羅的に並べて一覧化したもの**であり、国保連合会と協働して作成している。
- 医療費適正化推進検討会の市町村代表から、県内他市町村や二次医療圏との比較により、自市町村の立ち位置を知り、評価できるように、と要望があったことを受け、令和元年度から取り組んでいる。

個別の保健事業を評価する際の参考データを提供し、市町村の事業評価を支援

- 令和2年度からは糖尿病性腎症重症化予防事業について評価するための参考データを国保連合会と協働して作成し、市町村に提供している。
- 県内で保健事業の実施状況や健康課題が異なることから、まずは全市町村が実施する取組について参考データを提供している。（P.16-18参照）

取組の成果

標準化の取組が各市町村の現状把握に貢献

- **各市町村の保健事業の実施状況や成果を可視化**することができたため、**支援すべきポイントが明確になった。**
- 県内市町村を比較することができたことで、**市町村ごとの違いを考察する**きっかけになっている。

今後の方針

標準化の取組を浸透

- 令和3年度は5市町村が「標準化ツール」に対応した。令和4年度は全市町村の「標準化ツール」への対応を目指す。

共通の評価指標の設定を検討

- 標準化の取組ならびに市町村支援は、保健所が引き続き担うことを想定している。
- 長野県は圏域で健康課題等が異なっている。地域ごとの特性を踏まえ、共通の評価指標の設定を進めるべきか、検討を行う。

長野県におけるデータヘルス計画全体を評価するための参考データ（1/5）

- データヘルス計画全体を評価する際の参考データとして、以下の項目を市町村ごとに集計して提供している。

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）											
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）											
項目			保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評価 支援ツール データ元 (CSV)
			実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口			0		0		0	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
			65歳以上（高齢化率）	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			75歳以上	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			65～74歳	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			40～64歳	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
			39歳以下	#VALUE!		#VALUE!		#VALUE!			
	②	産業構成	第1次産業							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
			第2次産業								
			第3次産業								
	③	平均寿命	男性							厚労省HP 生命表	
			女性								
	④	健康寿命	男性							KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性								
			新 平均自立期間 (要介護2以上)	95%信頼区間		上限					KDB_NO.1 地域全体像の把握
				下限							
95%信頼区間		上限									
		下限									
2	①	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性				厚労省HP 人口動態保健所・ 市区町村別統計		
					女性						
		死 因	がん						厚労省HP 人口動態調査		
			心臓病								
			脳疾患								
			糖尿病								
			腎不全								
	自殺										
	②	早世予防からみ た死亡 (65歳未満)	合計						厚労省HP 人口動態調査		
			男性								
女性											

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（2/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）																		
											（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）							
項目			保険者			県		国		データ元 (CSV)		データヘルス 計画作成・評価 支援ツール データ元 (CSV)						
			実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合									
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）								KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.1 地域全体像の把握						
			新規認定者															
			2号認定者															
	②	介護の 有病状況	糖尿病															
			高血圧症															
			脂質異常症															
			心臓病															
			脳疾患															
			がん															
			筋・骨格															
			精神															
			(再掲) 認知症															
	アルツハイマー病																	
③	介護給付費	1件当たり給付費（全体）																
		居宅サービス																
		施設サービス																
④	医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり 認定なし															
4	①	国保の状況	被保険者数		0		0	0										
			65～74歳		#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!										
			40～64歳		#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!										
			39歳以下		#VALUE!		#VALUE!	#VALUE!										
	加入率																	
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数															
			診療所数															
			病床数															
			医師数															
			外来患者数															
			入院患者数															
	③	医療費の 状況	一人当たり医療費															
			受診率															
外 来			費用の割合															
			件数の割合															
入 院			費用の割合															
			件数の割合															
1件あたり在院日数																		

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（3/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）											
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）											
項目	保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評価 支援ツール データ元 (CSV)		
	実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
	慢性腎不全（透析あり）										
	慢性腎不全（透析なし）										
	糖尿病										
	高血圧症										
	精神										
	筋・骨格										
	脂質異常症										
	脳梗塞										
	脳出血										
	狭心症										
	心筋梗塞										
	動脈硬化症										
	脂肪肝										
高尿酸血症											
4 ⑤ 費用額 (1件あたり) 入院の()内は 在院日数	入院	糖尿病		()				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
		高血圧		()							
		脂質異常症		()							
		脳血管疾患		()							
		心疾患		()							
		腎不全		()							
		精神		()							
		悪性新生物		()							
	外来	糖尿病									
		高血圧									
		脂質異常症									
		脳血管疾患									
		心疾患									
		腎不全									
精神											
悪性新生物											
⑥ 健診有無別 一人当たり 生活習慣病医療 費	健診対象者 一人当たり	健診受診者						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
		健診未受診者									
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者									
		健診未受診者									
⑦ 健診・レセ 突合	受診勧奨者						KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	医療機関受診率										
	医療機関非受診率										

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（4/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）													
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）													
項目			保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評 価支援ツール データ元 (CSV)		
			実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合				
5	①	特定健診の 状況	健診受診者		/						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	②		受診率				/						
	③		特定保健指導終了者（実施率）										
	④		非肥満高血糖										
	⑤		メタボ	該当者									
				男性									
				女性									
	⑥	県内順位	予備群										
			男性										
		女性											
	⑦	#REF!											
	⑧	腹囲	総数		0			0	0				
			男性										
			女性										
		BMI	総数		0			0	0				
			男性										
			女性										
	⑨	血糖のみ											
	⑩	血圧のみ											
⑪	脂質のみ												
⑫	血糖・血圧												
⑬	血糖・脂質												
⑭	血圧・脂質												
⑮	血糖・血圧・脂質												

長野県におけるデータヘルス計画を評価するための参考データ（5/5）

市町村のデータヘルス計画に関する評価指標（H30作成、R01一部追加）										
（色付き部分は、市町村の指標とデータ元が異なる又は新規追加してある項目）										
項目	保険者			県		国		データ元 (CSV)	データヘルス 計画作成・評 価支援ツール データ元 (CSV)	
	実数	割合	県内順位	実数	割合	実数	割合			
6	生活習慣の 状況	服薬	①	高血圧						
			糖尿病							
			脂質異常症							
		既往歴	②	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）						
			心臓病（狭心症・心筋梗塞等）							
			腎不全							
			貧血							
		③	喫煙							
		④	週3回以上朝食を抜く							
		⑤	新	3食以外間食毎日（H30～）						
			週3回以上食後間食（～H29）							
		⑥	週3回以上就寝前夕食						KDB_NO.1 地域全体像の把握	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		⑦	食べる速度が速い							
		⑧	20歳時体重から10kg以上増加							
⑨	1回30分以上運動習慣なし									
⑩	1日1時間以上運動なし									
	歩行速度遅い									
⑪	睡眠不足									
⑫	毎日飲酒									
⑬	時々飲酒									
⑭	日 飲 酒 量	一	1合未満							
		1～2合								
		2～3合								
		3合以上								

長野県における糖尿病性腎症重症化予防事業を評価するための参考データ（1 / 3）

- 糖尿病性腎症重症化予防事業について評価する際の参考データとして、①県全体の状況を分析したデータ と ②市町村ごとに集計した糖尿病に関する健診・レセプトデータを提供している。

※②については、全年齢、40歳以上65歳未満、65歳以上75歳未満の年齢階級別に集計し、提供。

①糖尿病性腎症重症化予防の評価に関するデータ(全体版)										R2.7.22	
項目	長野県									データ元	
	H27年度		H28年度		H29年度		H30年度				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数									KDB厚労省様式 様式3-2
		(再掲)40-74歳									
2	①	特定健診	健診対象者数								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②		健診受診者数								
	③		健診受診率								
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数								特定健康診査・特定保健指導実 施状況概況報告書
	②		実施率								
4	①	健診データ	糖尿病型								特定健診結果
	②		未治療・治療中断(質問票・服薬なし)								
	③		治療中(質問票・服薬あり)								
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)								
	⑤		血圧 130/85以上								
	⑥		肥満 BMI25.0以上								
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)								
	⑧		糖尿病病期分類	尿蛋白(-)	第1期						
	⑨			(±)	第2期						
	⑩			(+)以上	第3期						
	⑪			eGFR(30未満)	第4期						
	⑫			病期分類不明者							

長野県における糖尿病性腎症重症化予防事業を評価するための参考データ（2/3）

①糖尿病性腎症重症化予防の評価に関するデータ(全体版)

R2.7.22

		項目		長野県								データ元	
				H27年度		H28年度		H29年度		H30年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
5	①	レセプト	糖尿病受療率 (被保険千対)									KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	②		(再掲)40-74歳 (被保険千対)										
	③		レセプト件数 (40-74歳) (〇)内は被保険千対	入院外(件数)									KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④			入院(件数)									
	⑤		糖尿病治療中 (被保険者に占める割合)									KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40-74歳(40-74歳の被保険者に占める割合)										
	⑦		健診未受診者(糖尿病治療中の者に占める割合)										
	⑧		インスリン治療 (糖尿病治療中の者に占める割合)										
	⑨		(再掲)40-74歳										
	⑩		糖尿病性腎症 (糖尿病治療中の者に占める割合)										
	⑪		(再掲)40-74歳										
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中の者に占める割合)										
	⑬		(再掲)40-74歳										
	⑭		新規透析患者数									日本透析学会	
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症										
	⑯		後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中の者に占める割合)									KDB厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	医療費	総医療費			a						KDB 健診・医療・介護データからみる 地域の健康課題	
	②		生活習慣病総医療費			b							
	③		(総医療費に占める割合)			b/a							
	④		生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者									
	⑤			健診未受診者									
	⑥		糖尿病医療費			c							
	⑦		(生活習慣病に占める割合)			c/b							
	⑧		糖尿病入院外総医療費										
	⑨		1件当たり										
	⑩		糖尿病入院総医療費										
	⑪		1件当たり										
	⑫		在院日数										
	⑬		慢性腎不全医療費										
	⑭		透析有り										
	⑮		透析なし										
7	①	介護	介護給付費										
	②		(再掲)糖尿病有所見がある介護認定者 糖尿病有病状況										
8	①	死亡	死因別死亡者数(糖尿病)									KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

長野県における糖尿病性腎症重症化予防事業を評価するための参考データ（3/3）

②糖尿病性腎症重症化予防の評価に関するデータ(健診項目等年齢階級版)

市町村計

	項目	保険者									
		H27年度		H28年度		H29年度		H30年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
40歳以上65歳未満	① 糖尿病型										
	②	糖尿病病期分類	eGFR 30以上	尿蛋白(-)	第1期						
	③			(±)	第2期						
	④			(+)以上	第3期						
	⑤		eGFR(30未満)		第4期						
	⑥		病期分類不明者(尿蛋白、クレアチニン未実施者)								
	⑦		HbA1c	6.5%未満							
	⑧	6.5%~7.0%未満									
	⑨	7.0%~8.0%未満									
	⑩	8.0%以上									
	⑪	血压	正常血压、正常高値血压(130/80mmHg未満)								
	⑫		高値血压(130/80mmHg~140/90mmHg未満)								
	⑬		高血压(140/90mmHg以上)								
	⑭	レセプト	糖尿病受診者(被保数千人対)								
	⑮		新規透析患者数								

2. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

静岡県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康福祉部健康局国民健康保険課
事務職 5名、専門職 1名（保健師 1名）

「保健事業カルテ」を活用し、個別の保健事業のPDCAサイクルの考えを定着

取組の ポイント

- 静岡県では、令和2年度までにデータヘルス計画の構造化ならびに共通の評価指標の設定を終えている。そのため、各市町が保健事業を効果的に行い、実際に健康課題を改善してもらうという、次のステップを迎えている。
- **個別の保健事業の実効性を高めるためには、PDCAサイクルを回すことが必要**である。「保健事業カルテ」という形で、全ての市町がPDCAサイクルに沿った保健事業の実施を検討する際のひな型を提供し、保健事業の底上げに努めている。

取組の背景

同一の健康課題に対して、同一の事業を実施している場合においても、市町ごとの進捗の差を認識

- 令和2年度までにデータヘルス計画の構造化ならびに共通の評価指標の設定を終え、地域を横並びで比較することが可能になっていた。
- 同一の健康課題に対し、同じ打ち手を採用している場合でも、市町の間で進捗が異なっていることから、保健事業の実施効果を高める必要があった。

取組の目的

各市町に個別の保健事業のPDCAサイクルを回すという考えを定着させること

- 保健事業の実施効率を高めるためには、現在実施している取組の問題点や効果を把握し、PDCAサイクルを回す必要があった。そのため正しくPDCAサイクルを回してもらうための仕組みが必要であると考えた。

取組内容

全市町に個別の保健事業のPDCAサイクルの考えを定着させるため、市町が実施している保健事業を対象とした「保健事業カルテ」の作成を開始

- 令和3年度においては、次期計画の策定に向けて、個々の保健事業がPDCAサイクルに沿って適切に行われているか確認するため、「保健事業カルテ」を作成している。（P.22参照）
 - 「保健事業カルテ」には、**保健事業の評価指標のほか、事業の目的、事業対象者、実施体制、実施方法を記載**している。毎年度各観点を更新することで、PDCAサイクルを回すことを意識している。
- 県内7市町が「保健事業カルテ」の取組に参加し、特定健診、特定保健指導、各市町が任意に選択した保健事業（ジェネリックや糖尿病性腎症重症化予防等）の3つの事業について、カルテの作成を進めている。
 - 令和3年度においては、将来的に全市町にPDCAサイクルの考えを定着させるべく、全市町が実施している特定健診受診率向上のための取組、特定保健指導実施率向上のための取組をターゲットとしている。

研修会を通じて各市町が自発的に保健事業のPDCAサイクルを回す体制を構築

- 「保健事業カルテ」の取組を開始するにあたっては、東京大学の支援の下、研修会を開き、「保健事業カルテ」の取組を進める7市町に意見交換をもらった。
 - 研修会では「保健事業カルテ」を用いて、市町における個別の保健事業の方法や体制の見直しを行い、保健事業のPDCAサイクルを回す支援を行った。
- 県内全市町を対象に、令和3年度の取組の成果報告会として、「保健事業カルテ」の報告会を開き、「保健事業カルテ」の考え方等、横展開できるように進めてきた。

取組の成果

次期データヘルス計画を策定する基盤固めに貢献

- 市町からは、「**事業の実施方法を見直すきっかけとなった**」、「**目標設定の考え方を見直すきっかけとなった**」、といった声をいただいている。
- 県としては、市町が各事業でPDCAサイクルを回すことで、将来的な医療費削減等につながることを想定している。

今後の方針

保健事業カルテを普及させ、全市町がPDCAサイクルを回す体制を築く

- 令和4年度以降は、より多くの市町にも保健事業カルテを活用してもらいたいと考えている。
- **自発的に活用**してもらえるよう啓発する予定であるが、進捗が悪い市町があることは認識している。そのような場合は、底上げ支援を行う予定である。

静岡県におけるデータヘルス計画の標準化の取組

- 静岡県は、全国に先駆けて平成30年度からデータヘルス計画の標準化に取り組んでいる。

今後の取組

保健事業カルテの浸透

- 令和3年度に実施した7市町以外に保健事業カルテを導入する予定である。
- 基本的には市町に主体的にカルテの作成をお願いする形である。
- 人材や地域の状況の兼ね合いで進捗が滞る場合には、県として支援を行う予定である。

令和3年度の取組

保健事業カルテの作成

- 個別の保健事業のPDCAサイクルを回すことを目的に、保健事業カルテの取組に着手した。
- 7市町が参加し、特定健診や個別の保健事業等についてカルテを作成した。(P.22参照)

令和2年度の取組

共通の評価指標の設定

- 各市町のデータヘルス計画を構造化した結果、データヘルス計画の評価指標の設定状況に差異があることが分かった。
- 県として共通の評価指標の一覧を作成し、各市町が必要に応じて一覧に記載された評価指標を活用している。(P.21参照)

平成30年度 令和元年度の取組

データヘルス計画の構造化

- 東京大学の支援の下、「標準化ツール」を用いて、県内35の市町について、同じ視点で目標やKPIを見つめ直す支援を行った。
- 県内の現状・課題を俯瞰することができた。

静岡県における共通の評価指標

- 共通の評価指標として、以下の項目を設定している。
- **共通指標として各市町に提示しているものの、使用の有無は各市町に委ねている。**

事業分類	目標	評価指標		単位	評価指標を踏まえた工夫・改善の方向性（例）	算出方法	データ	算出に用いるデータの年度	カテゴリ区分 ※1、※2
—	健康寿命の延伸	アウトカム	平均自立期間	年	一体的実施を意識した保健事業の見直し	(KDBを参照)	KDB	2年度前までの実績	—
特定健診	受診者の健康状況の維持	アウトカム	内臓脂肪症候群の該当者の割合	%	受診者の意識啓発につながる健診結果の説明・返し方	特定健診受診者における内臓脂肪症候群該当者数（人）/特定健康診査受診者数（人）	法定報告	今年度実績	性・年齢階級別
	受診者の健康状況の維持	アウトカム	内臓脂肪症候群の該当者の減少率	%	特定健診受診当日の面談実施などの特定保健指導との連携	今年度内臓脂肪症候群該当者・予備群ではなかった者の数（人）/昨年度の内臓脂肪症候群該当者の数（人）	法定報告	昨年度および今年度実績	性・年齢階級別
	受診者の健康状況の維持	アウトカム	高血圧症の該当者の割合	%	地域の健康課題を意識した保健事業の見直し	高血圧症の該当者数（人） /今年度の特定健診受診者数（人） ※高血圧症の該当者数：I度高血圧（収縮期血圧140～159mmHg以上または拡張期血圧90～99mmHg以上）以上の者	KDB	今年度実績	性・年齢階級別
	対象者への実施	アウトプット	健診受診率	%	受診勧奨の方法・体制の工夫	特定健康診査受診者数（人） /特定健康診査対象者数（人）	法定報告	今年度実績	性・年齢階級別
特定保健指導	参加者の健康状況の改善	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	%	プログラムの改善	昨年度の特定保健指導利用者の今年度健診で特定保健指導の対象ではなくなった者の数（人） /昨年度の特定保健指導の利用者数（人）	法定報告	昨年度および今年度実績	性・年齢階級別
	対象者への実施	アウトプット	特定保健指導の終了者の割合	%	特定保健指導の参加勧奨方法、対象者が参加しやすいアプローチ方法への見直し	今年度の特定保健指導終了者数（人） /今年度の特定保健指導対象者数（人）	法定報告	今年度実績	動機付け支援・積極的支援別、性・年齢階級別

※1 年齢階級：40～44歳、45～49歳、50～54歳、55～59歳、60～64歳、65～69歳、70～74歳

※2 平均自立期間以外の指標については、カテゴリ区分別の値と共に、総数の値、年齢調整した値（直接法による）を示す。

「保健事業カルテ」ひな型

- 「保健事業カルテ」として、以下のひな型を用いて保健事業ごとに評価指標・実績・手段・目的などを記載している。

保健事業カルテ	
事業名	
対応する健康課題	保健事業カルテの左側は、既に策定されている「データヘルス計画」から転記してください。追加事項があれば補足して構いません。
対象者	
事業目標	

背景	
----	--

健康課題の分析結果、これまでの事業の経緯や課題など、この事業の背景を記入してください。

どのような意図で方法や体制の工夫を行ったのかを記入します。良かった点や苦労した点なども記載してください。

指標No.	評価指標	目標値					実績値					
		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)
基本												
1		データヘルス計画、昨年度作成の整理表などを										
2												

対応指標No.	対象	方法	体制	ねらい
2021年度の方法・体制	-	-		-
アウトカムを上げる方法・体制の工夫		工夫が、どの評価指標の改善につなげるためか、対応する指標Noを記入します。対応する指標は複数になっても構いません		
			特にアウトカムを上げるために、工夫した点、工夫した理由などを記入します。	

抽出された工夫が、どのような効果を狙った工夫なのか、下記記号を選択します。
 a)対象者の理解促進
 b)対象者の行動変容
 c)プログラムの質の向上
 d)その他

指標No.	評価指標	目標値					実績値					
		2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)
基本												
1		データヘルス計画、昨年度作成の整理表などを										
2												

対応指標No.	対象	方法	体制	ねらい
2021年度の方法・体制	-	-		-
アウトプットを上げる方法・体制の工夫		工夫が、どの評価指標の改善につなげるためか、対応する指標Noを記入します。対応する指標は複数になっても構いません		
			特にアウトプットを上げるために、工夫した点、工夫した理由などを記入します。	

抽出された工夫が、どのような効果を狙った工夫なのか、下記記号を選択します。
 a)業務の効率化による実施量のアップ
 b)参加しやすい環境づくり
 c)対象者の理解促進
 d)対象者へのインセンティブ付与

2. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

滋賀県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：健康医療福祉部医療保険課
事務職 5名、専門職 2名（保健師 2名）

県版データヘルス計画の策定と共通の評価指標・目標値の導入で、市町が自らの立ち位置を把握できる環境を整備

取組の ポイント

- 市町と一体となって保健事業に取り組むべく、県版データヘルス計画を策定した。
- 東京大学の「標準化ツール」は活用しておらず、県版データヘルス計画に基づき、県独自に共通の評価指標・目標値を設定した。
- 各市町が評価を行うにあたって必要なデータは、国保連合会から提供している。
- 各市町は、県版データヘルス計画と国保連合会から提供されたデータを確認することで、自らの立ち位置を把握することができる。

取組の背景

市町からの支援要請を受け、支援の有り方を検討

- 平成30年度から都道府県も国保の保険者となったことを受け、県と市町が一体となって保健事業を推進する必要があった。
- 保健事業を推進するにあたり、市町から県に対して全面的に支援してほしいとの要望があった。

取組の目的

各市町が他の市町との実績比較をできるようにすること、ならびに各市町の現状を可視化して、県として支援すべきポイントを明らかにすること

- 市町と一体となって保健事業を進めるにあたり、ターゲットを絞って取り組むべきポイントを明らかにする必要があったと考えた。

取組内容

県版データヘルス計画を策定し、県が市町と一体となって保健事業を実施

- 県が市町とともに国保の運営を担う保険者に位置づけられたことから、県が責任を持って市町とともに保健事業を推進することを目的として、平成30年に滋賀県データヘルス計画を策定した。
- 県版のデータヘルス計画を策定し、市町と共通の目標項目を設定したことで、県内市町の現状を俯瞰し、必要な対策や支援につなげやすいと感じている。

各市町共通の評価指標と数値目標を設定することで、市町の進捗・支援すべき取組を可視化

- 県として市町を支援するにあたり、共通の評価指標として、以下の4つを設定し、各市町の実績比較を可能とした。（P.31参照）
 - ① 特定健診受診率、② 情報提供実施率、③ 特定保健指導実施率、④ 受診勧奨判定値以上の者の医療機関への受診率
- 共通の評価指標については、目標値まで共通化したことで、より進捗がわかりやすくなった。
 - 市町の現状を考慮し、最低限超えるべき値を目標値として設定している。

必要な取組であることを示しつつ、各市町の負担を減らすことで協力を獲得

- 市町の協力を得るため、共通の評価指標と目標値の設定が、保健事業を行うにあたり必要な取組であることを訴えている。
- 共通の評価指標と目標値により評価を行うため、毎年度、国保連合会が評価指標に関わる統計データを市町に提供している。
 - 国保連合会が必要なデータを提供することで、標準化に伴う市町の作業負担を減らすことができている。

取組の成果

標準化の取組で各市町の現状が可視化

- 共通の目標値を設定したことで、各市町の進捗等の差が明らかになった。
- 経年推移の状況が確認できるため、県として評価を行いやすいと感じている。

県・市町の一体感の醸成に貢献

- 共通の目標値を設定することで、県と市町が両輪で取組を進めることができる、との好意的なコメントがある。
- 市町ごとに状況が異なるため、目標値を共通化することの是非はあるものの、本メリットの方が大きいと考え、市町に協力を求めている。

今後の方針

各市町の底上げにつながったか等、標準化の効果検証を検討

- 次期計画を策定するにあたって、必要な取組であると認識している。
- 効果検証を踏まえ、次期計画の策定時の目標設定を行う。

滋賀県における共通の評価指標と目標値

- 滋賀県では、共通の評価指標・目標値として、以下の項目を設定している。

目標項目	現状値 (H27年度)	目標値 (H35年度)	備考
(1) 特定健診受診率 (の向上)			
特定健診受診率	38.2%	60%以上	特定健診等基本指針による。法定報告値
継続受診割合	71.2%	75%以上	前年度健診受診者のうち今年度の健診受診者割合 (2年連続受診)
新規受診者割合	17.5%	19%以上	過去5年間で当該年度に初めて健診受診した者の割合
3年連続未受診者割合	45.3%	40%以下	過去3年間特定健診対象者で健診未受診者の割合
40歳代の健診受診率	19.1%	19%以上	法定報告値
50歳代の健診受診率	26.4%	28.5%以上	法定報告値
特定健診未受診かつ医療機関受診無し者の割合	36.0%	35%以下	特定健診未受診者のうちKDB帳票6-10のGの割合
(2) 情報提供実施率			
情報提供実施率	100%	100%	健診受診者へ情報提供実施率
(3) 特定保健指導実施率 (の向上)			
特定保健指導実施 (終了) 率	30.8%	60%以上	法定報告値
(4) 受診勧奨判定値以上の者の医療機関への受診率			
受診勧奨判定値以上の者の医療機関受診率	17市町で実施 24.4%	19市町で実施 60%以上	
上記のうち、別に定めるハイリスク者の医療機関受診率	19市町で実施 41.8%	勧奨・再勧奨実施 100% 医療機関受診率 80%以上	健診受診後、医療機関に受診した者の割合 (継続受診が不要な場合を含む)

2. 都道府県の取組事例

データヘルス計画の標準化の取組

大分県

国保事業を担当する
専任職員数

主管課：福祉保健部国保医療課
事務職 0名
専門職 3名（正規保健師 1名、非正規保健師 1名、看護師 1名）

標準化の取組で市町村が抱える保健事業の評価に係る課題を解決

取組の ポイント

- 保健事業を正しく評価する方法がわからない等、市町村が抱える課題解決のため、標準化に取り組んだ。
- 標準化の取組を進めるにあたっては、保健事業作業部会を活用し、標準化の意義を伝えつつ、市町村の課題の一つひとつ回答した。
- 標準化に取り組むことで、市町村を俯瞰することができるようになり、進捗状況がわかりやすくなったと感じている。また、市町村からも好意的な反応をもらっている。

取組の背景

県、市町村、国保連合会の連携体制の中で、市町村の課題を把握

- 大分県では、保健事業作業部会、医療費適正化作業部会、財政運営・広域化等作業部会の3つの部会をそれぞれ年間4回程度開催しており、**作業部会には全市町村の担当者が参加**している。
- **作業部会等を通じて、「保健事業等の適切な評価方法がわからない」等の声があることを把握**していた。

取組の目的

データヘルス計画の中間評価を行う市町村の支援を行うこと

- 各市町村が自らの立ち位置を把握して、効率的に中間評価を行えるよう、東京大学のプログラムに参加し、標準化の取組を進めることとした。

取組内容

保健事業作業部会で、各市町村が抱える保健事業の評価に係る課題を解決する手段として、標準化の取組を紹介

- 各市町村が抱える課題解決のため、「標準化ツール」を活用し、市町村が正しく保健事業の評価を行える環境を整備しようと考えた。
- 作業部会を通じて、標準化の取組が課題解決につながることを示し、データヘルス計画を「標準化ツール」に転記してもらった。
 - 作業部会では、各市町村から標準化に係る課題を共有してもらい、課題に応じて対案を提示する形をとっている。
 - 作業部会以外では、随時メールや電話で市町村からの質問を受けている。
 - **新たな計画を作成することは、市町村担当者に負担が大きいため、中間評価の機会を活用**することとした。
- 取組を行う際には効率的で効果的な保健事業の実施を念頭において進めた。
 - 人員不足を補うための効率化、市町村の負担軽減も見据えて標準化の取組を進めている。

モデル市を選び、効果的な保健事業を抽出し各市町村に情報提供

- 令和3年度においては、モデル市において、効果的な保健事業の抽出に取り組んでいる。
 - 県や国保連合会が市町村を支援していく際にどのような視点が必要になるのかを学ぶ位置づけとして、東京大学とモデル市を指定している。
- 標準化が進んだ結果としての効果的な保健事業の抽出ではなく、別軸として効果的な保健事業を抽出し、横展開するという取組を行っている。
 - アウトカム指標の向上につながる工夫点や事業の対象者とその取組が先進的であるか、等の観点を東京大学とともに確認している。

取組の成果

市町村の俯瞰に貢献

- 記載事項が統一されていることで、各市町村の進捗状況が見えるようになった。

市町村の取組の効率化に貢献

- 市町村担当者からは、「庁内関係者間で課題や取組内容を共有しやすい」「標準化した計画等を活用することで、外部専門家に説明しやすくなった」等のコメントをもらっている。

今後の方針

共通の評価指標の設定を検討

- 全ての市町村が取り組む事業、かつKDBから取得できる指標であれば、共通の評価指標を設定することが可能と考えている。

計画書様式等の統一を検討

- 市町村ごとに計画の記載内容が異なっている。次期データヘルス計画の策定に向けて、どこまで統一するかを含め検討予定である。