

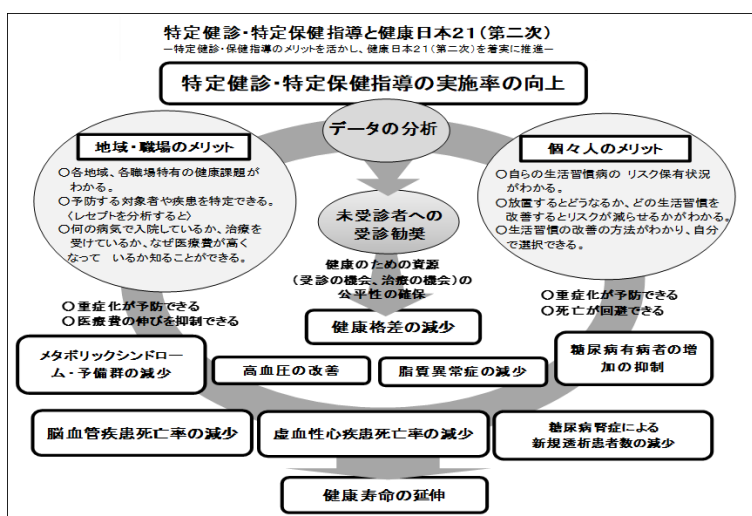
第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要

1. はじめに

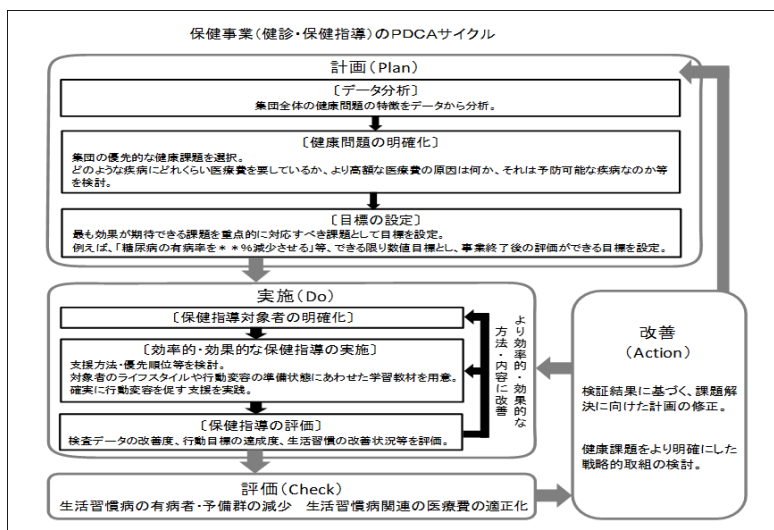
厚生労働省は、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

嘉手納町においては、国指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康の保持増進、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を目的に、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業等を実施してきた。（図表1、図表2）

【図表1】



【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

2. 計画期間

データヘルス計画期間は、保健事業実施指針第4-5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、「データヘルス計画策定の手引き」（平成29年9月）において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、沖縄県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から令和5年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から令和5年度の6年間とした。

データヘルス計画	特定健診等実施計画
第二期（平成30年～令和5年）	第三期（平成30年～令和5年）
第一期（平成28年～平成29年）	第二期（平成25年～平成29年）
	第一期（平成20年～平成24年）

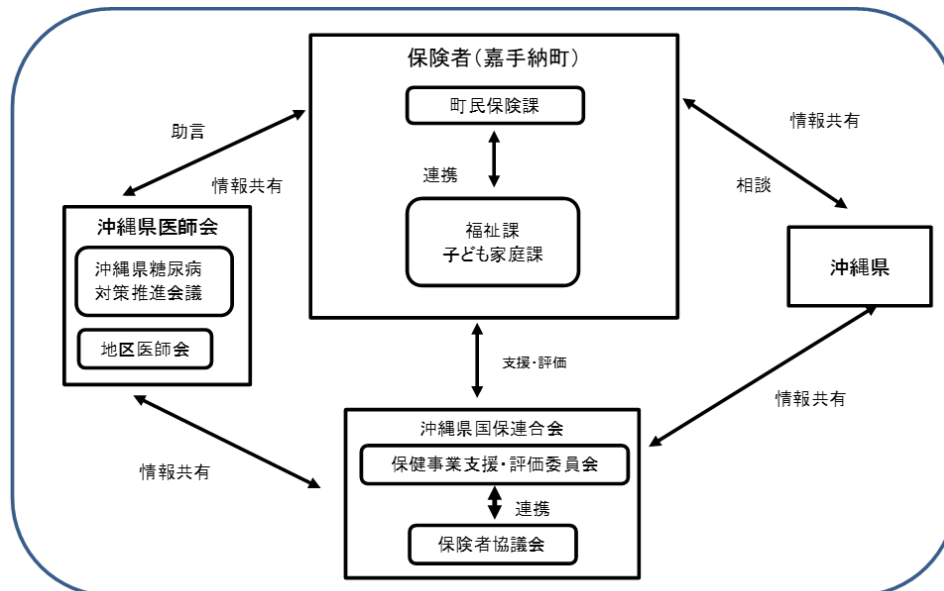
3. 実施体制・関係者連携

嘉手納町においては、町民保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い課が関わっているため、福祉課、子ども家庭課と連携し、情報共有を図りながら、町一体となってデータヘルス計画実施している。

さらに、データヘルス計画の実効性を高めるために、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者（沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等）との連携・協力を実施している。（図表3）

実施体制図

【図表3】



第2章 中間評価の趣旨

データヘルス計画は、毎年度の進捗状況を確認するとともに、データヘルス計画の最終年度において総合的に評価する。データヘルス計画の最終年度において次期計画の策定を円滑に行うため、上半期に中間評価を行う。

1. 中間評価の目的

中間評価の目的は、計画の進捗状況を確認し、保健事業を効果的かつ効率的に展開するために必要な改善点等を検討し、目標達成に向けて方向性を確認していく。さらに法律の改正、保険者努力支援制度、国保連合会保健事業支援・評価委員会の助言を踏まえ、最終的な目標達成に向けた体制を再構築する。

2. 中間評価の方法

保険者は、「データヘルス計画策定の手引き」（平成29年9月）を踏まえ、中間評価を行う。また、保険者努力支援制度においても4つの指標で評価が求められている。（図表4）

【図表4】

評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保 	図表10
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。 	図表10
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など 	図表10
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (有病者の変化など) 	図表5

第3章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価の結果

1. 中長期、短期目標の進捗状況（図表5、図表6、図表7）

データヘルス計画に掲げる医療費の状況、3大疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の中長期目標の状況、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの患者数の短期目標の状況を把握する。

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表5】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値				現状値の把握方法
				H28	H30	R1	R5	
特定健診等計画	・重症化してから新規で治療している者の割合が高い。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	38.1%	39.1%	42.8%	60%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
	メタボ予備群及び該当者は全国と比較して割合が高い。		特定保健指導実施率60%以上	45.2%	50.7%	38.8%	60%	
	・介護保険の2号認定者が増加している。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患に占める割合2%減少		146人	139人	2%減少	KDBシステム
データヘルス計画	・脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になった人のうち高血圧の割合が高い。		虚血性心疾患に占める割合2%減少		71人	74人	2%減少	
	・慢性腎不全・脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合が高い。		糖尿病性腎症に占める割合2%減少		45人	53人	2%減少	
保険者努力支援制度	・がんによる死亡率が同規模平均と比較して高い。	がんの早期発見・早期治療	40歳以上の大腸がん検診受診率の向上（20%）		11.8%	10.6%	20%	嘉手納町町民保険課
			40歳以上の乳がん検診受診率の向上（20%）		21.7%	20.2%	20%	

(1) 中長期目標の状況（図表 6）

3大疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症）の中長期目標について、令和5年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の患者数をそれぞれ2%減少させることを目標としている。中長期目標の虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の患者数を減らしていくことについて、平成30年度に比べ令和1年度の脳血管疾患は減少し、目標を達成した。しかし、虚血性心疾患、糖尿病性腎症は目標を達成していなかった。

【図表 6】

KDB システムより

疾患	虚血性心疾患	
	患者数	増減
平成30年度	71人	4%増加
令和1年度	74人	
令和5年度目標		-2%(目標数77人)

疾患	脳血管疾患	
	患者数	増減
平成30年度	146人	5%減少
令和1年度	139人	
令和5年度目標		-2%(目標数133人)

疾患	糖尿病性腎症	
	患者数	増減
平成30年度	45人	17.7%増加
令和1年度	53人	
令和5年度目標		-2%(目標数39人)

(2) 短期目標の状況（図表 7）

短期目標について、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの患者数と有所見率を減らしていくことを目標としている。短期目標の高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの患者数と被保険者数における有所見率を減らしていくことについて、平成 30 年度に比べ令和 1 年度の高血圧、脂質異常症、糖尿病の割合は減少した。

メタボリックシンドローム該当者（男女）の割合は増加した。

【図表 7】

KDB システムより

疾患	高血圧		
	患者数	割合(%)	増減
平成30年度	628人	14.4	0.6%減少
令和1年度	590人	13.8	
令和5年度目標			減少

疾患	脂質異常症		
	患者数	割合(%)	増減
平成30年度	481人	11.0	0.5%減少
令和1年度	450人	10.5	
令和5年度目標			減少

疾患	糖尿病		
	患者数	割合(%)	増減
平成30年度	320人	7.3	0.2%減少
令和1年度	305人	7.1	
令和5年度目標			減少

疾患	メタボリックシンドローム該当者(男女)			
	該当者数	対象者数	割合(%)	増減
平成30年度	244人	973人	25.1	1%増加
令和1年度	272人	1,041人	26.1	
令和5年度目標				減少

(3) 医療費の状況

医療費の変化について、平成30年度に比べ令和元年度の全体の総医療費、一人当たり総医療費は増加した。平成30年度に比べ令和1年度の一人当たりの入院額、入院以外の一人当たり医療費は増加した。(図表8)

【図表8】

KDB システムより

項目		全体	入院	入院外
		費用額	費用額	費用額
1 総医療費(万円)	H30年度	11億9611万円	5億4098万円	6億5512万円
	R1年度	12億4053万円	5億3280万円	7億 772万円
2 一人当たり総医療費(円)	H30年度	22,964円	10,390円	12,580円
	R1年度	24,454円	10,503円	13,951円

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合について、嘉手納町は同規模平均、県、国と比較すると中長期目標疾患における虚血性心疾患、慢性腎不全は、高い割合であった。中長期目標の脳血管疾患と、短期目標は、比較すると低い割合だが、中長期、短期目標疾患を合計すると、高い割合だった。(図表9)

【図表9】

R01年度 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【出典】KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症		
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞					
嘉手納町	1,240,531,740	24,454	134位	22位	10.52%	0.34%	1.86%	2.15%	4.01%	2.39%	1.42%	281,443,140	22.69%
同規模平均	158,588,671,700	29,237	--	--	4.46%	0.33%	2.08%	1.63%	5.97%	3.93%	2.50%	33,148,892,930	20.90%
県	121,512,231,230	24,835	--	--	6.44%	0.31%	2.34%	1.72%	3.94%	2.58%	1.62%	23,029,796,870	18.95%
国	9,079,520,298,800	27,475	--	--	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%	5.44%	3.52%	2.59%	1,839,091,912,830	20.26%

2. ストラクチャー、プロセス評価（図表 10）

【図表 10】

データヘルス計画令和1年度実績を踏まえ今後の取り組みと課題（全体評価表）

事業名	特定健診未受診者対策	特定保健指導事業	要医療対象者支援	重症化予防	糖尿病性腎症重症化予防プログラム
事業目的	特定健診受診率の向上	特定保健指導実施率向上	医療が必要とされた受診者への受診勧奨	治療中だがコントロールが不良の者、リスクの高い者の生活習慣病重症化予防	新規人工透析導入等の重症化予防
対象	40～74歳の国保被保険者のうち、特定健診未受診者	①特定健診受診者のうち、特定保健指導対象者	特定保健指導の対象外で、血圧・糖・中性脂肪の薬剤内服治療を受けておらず、収縮期血圧160以上・拡張期血圧100以上、中性脂肪300以上・LDLコレステロール180以上・eGFRが40～70歳未満は50未満、70歳以上なら40未満・尿蛋白2+以上のいずれかに該当する者	特定保健指導の対象外で、血糖の薬剤内服治療を受けておらず、血圧・中性脂肪のいずれかの薬剤内服治療を受けており、収縮期血圧160以上・拡張期血圧100以上、中性脂肪300以上・LDLコレステロール180以上・eGFRが40～70歳未満は50未満、70歳以上なら40未満・尿蛋白2+以上のいずれかに該当する者	プログラム①：健診結果にて、特定保健指導の対象外で、血圧・糖・中性脂肪の薬剤内服治療を受けておらず、空腹時血糖126以上・随時血糖200以上・HbA1c6.5以上のいずれかに該当する者 プログラム②③④：健診結果にて、特定保健指導の対象外で、糖の薬剤内服治療を受けており、尿たんぱく土以上・eGFRが40～70歳未満は60未満、70歳以上なら50未満・収縮期血圧140以上・拡張期血圧90以上、中性脂肪300以上・LDLコレステロール180以上・尿酸7.1以上、HbA1cが8.4以上のいずれかに該当する者 糖尿病型：プログラム①②③④を含む、健診結果にて、糖の薬剤内服治療を受けている・HbA1c6.5以上・空腹時血糖126以上のいずれかに該当する者
事業概要	・対象者へ受診勧奨ハガキを送付 ・のぼり、懸垂幕等による周知 ・訪問や電話等による受診勧奨	国の定める基準に基づき特定保健指導実施	・健診結果を個別で説明し、医療機関への受診勧奨する。 ・医療機関への受診勧奨後、6か月を経過しても返書がない者、またはレセプトがない者に対して、受診確認または再度受診勧奨を行う	・健診結果を個別で説明し、治療状況や生活状況を確認しながら、医療機関への受診勧奨する ・検査値に応じた保健指導をする	・医療機関未受診者・糖尿病治療中断者へ、健診結果を個別で説明し受診勧奨する ・医療機関への受診勧奨後、3ヶ月後・6か月後に受診確認、受診時の状況や連携手帳を確認し、保健指導をする ・糖尿病性腎症またはそのリスク要因のある者へ、健診結果を個別で説明し受診勧奨する ・3ヶ月後・6か月後に受診確認、受診時の状況や糖尿病連携手帳を確認し検査値に応じた保健指導をする
ストラクチャー（構造）	・保健師1名 ・幕等の設置時1～4名 ・健康を守る会14名	・管理栄養士2名 ・保健師1名	・看護師1名 ・保健師1名	・看護師1名 ・保健師1名	・看護師1名 ・保健師1名
プロセス（過程）	・各行政区健診前に訪問 ・各行政区健診前に幕等設置 ・各行政区健診後にハガキを作成・送付	・対象者の把握 ・二次健診、血液検査、肥満解決教材の活用	・対象者の把握 ・健診結果確認 ・レセプト確認 ・教材の活用 ・台帳の活用	・対象者の把握 ・健診結果確認 ・レセプト確認 ・教材の活用 ・台帳の活用	・対象者の把握 ・健診結果確認 ・レセプト確認 ・教材の活用 ・台帳の活用
アウトプット指標（事業実施量）	・1行政区あたり2～3人で4時間かけて訪問勧奨 ・健診1週間前から終わるまで1～4人で幕等を設置 ・特定健診未受診者約2,000名にハガキ発送	特定保健指導終了率 積極的：32.8% (22名) 動機付：42.9% (42名)	令和1年度 対象者：79人 実施数：73人	令和1年度 対象者：47人 実施数：42人	令和1年度 対象者：50人 実施数：40人
アウトカム指標	令和1年度の特定健診受診率：42.8% (前年度比 +3.7)	令和1年度の特定保健指導率：38.8% (前年度比 -11.9)	令和1年度の受診勧奨率：92.4%	令和1年度の保健指導率：89.4%	令和1年度の保健指導率：80.0%
今後の課題・計画	コロナ禍の影響等を考慮し、集団健診の受診方法、予約制の導入、時間指定での案内をするともに、引き続き自治会や健康を守る会など地域と連携し働き盛りの方々に対する健診の受診勧奨を行い、勧奨ハガキ等の広報活動による受診率の向上に努めていく	・特定保健指導担当者による特定保健指導、対応可能な病院のアウトソーシングを活用するなど、対象者のニーズに合わせ場所や時間の調整、指導内容を見直し、生活習慣への改善に向けた取り組みを支援する ・継続面談を結果説明会場等で行うことを検討し、実施率向上を目指す	個別健診受診者は電話番号が把握できないため、ハガキで保健指導の案内をするが連絡がつかないものも多く、保健指導率があがりにくい。ハガキでの保健指導の案内だけでなく、手紙等での指導を継続する	個別健診受診者は電話番号が把握できないため、ハガキで保健指導の案内をするが連絡がつかないものも多く、保健指導率があがりにくい。ハガキでの保健指導の案内だけでなく、手紙等での指導を継続する	保健指導開始から6ヶ月経過していないケースも多く、その間に次年度の健診を受診してしまうことも多いため、6か月後の指導率を評価するのが難しい。指導の時期を逃さないよう、糖尿病性腎症重症化予防の台帳を管理し、計画的に進めて行く

3. 個別事業の中間評価と課題

(1) 要医療対象者支援

個別健診受診者は電話番号が把握できないため、ハガキで保健指導の案内をするが連絡がつかないものが多く、保健指導率があがりにくい。ハガキでの保健指導の案内だけでなく、手紙等での指導を継続する。

(2) 重症化予防

個別健診受診者は電話番号が把握できないため、ハガキで保健指導の案内をするが連絡がつかないものが多く、保健指導率があがりにくい。ハガキでの保健指導の案内だけでなく、手紙等での指導を継続する。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

保健指導開始から6ヶ月経過していないケースも多く、その間に次年度の健診を受診してしまうことも多いため、6ヵ月後の指導率を評価するのが難しい。指導の時期を逃さないよう、糖尿病性腎症重症化予防の台帳を管理し、計画的に進めて行く。

第4章 特定健康診査等実施計画の中間評価と課題

1. 目標値に対する進捗状況

特定健診受診率は、増加しているが、目標の60%に達していない。

特定保健指導実施率は、減少傾向であり、目標の60%に及ばない。(データヘルス計画の目標管理一覧表(図表5)参照)

2. 特定健診未受診者対策

コロナ禍の影響等を考慮し、集団健診の受診方法、予約制の導入、時間指定での案内をするとともに、引き続き自治会や健康を守る会など地域と連携し働き盛りの方々に対する健診の受診勧奨を行い、勧奨ハガキ等の広報活動による受診率の向上に努めていく。

3. 特定保健指導事業

特定保健指導担当者による特定保健指導、対応可能な病院のアウトソーシングを活用するなど、対象者のニーズに合わせ場所や時間の調整、指導内容を見直し、生活習慣への改善に向けた取組みを支援する

継続面談を結果説明会場等で行うことを検討し、実施率向上を目指す。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値及び事業の見直し

保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価及び特定健康診査等実施計画の中間評価の課題を踏まえ、目標を設定した。（図表 11）

1. 中長期目標の評価

- (1) 虚血性心疾患の患者数 2%減少
- (2) 脳血管疾患の患者数 2%減少
- (3) 糖尿病性腎症の患者数 2%減少

2. 短期目標の評価

- (1) 特定健診受診率 60%以上
- (2) 特定保健指導実施率 60%以上

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表 11】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値	最終評価値	現状値の把握方法
				H28	H30	R1	R5	
特定健診等計画	・重症化してから新規で治療している者の割合が高い。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	38.1%	39.1%	42.8%	60%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
	・メタボ予備群及び該当者は全国と比較して割合が高い。		特定保健指導実施率60%以上	45.2%	50.7%	38.8%	60%	
データヘルス計画	・介護保険の2号認定者が増加している。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患に占める割合2%減少		146人	139人	2%減少	KDBシステム
	・脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になった人のうち高血圧の割合が高い。		虚血性心疾患に占める割合2%減少		71人	74人	2%減少	
	・慢性腎不全・脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合が高い。		糖尿病性腎症に占める割合2%減少		45人	53人	2%減少	