

平成30年3月

## 第2期保健事業計画（データヘルス計画）



# データヘルス計画の背景

## データヘルス計画に関わる政策動向

平成25年	日本再興戦略2013 健康・医療戦略 (平成25年6月14日)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 『国民の健康寿命の延伸』を重要な柱とする。</li><li>▶ 「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」として、健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める</li></ul> ⇒全保険者がデータヘルス計画を作成することに
平成26年	健康保険法に基づく保険事業の実施等に関する指針の改正(告示)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 「データヘルス計画」の作成、実施及び評価を追記</li></ul> ※国保法に基づく実施指針も同様の改正 ⇒通知により平成27～29年度を第1期計画とした
平成28年	経済財政運営と改革の基本方針2016 (平成28年6月2日)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ データヘルスの強化等が示される</li></ul> 被保険者の個々の状態像に応じた適切な対策の実施による、効果的なデータヘルスの実現 各保険者の取組状況や効果を測定する 効果的なデータヘルス事業の横展開
平成29年	厚労省にデータヘルス改革推進本部の設置 (平成29年1月)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 健康・医療・介護のビッグデータの連結により、保険者が保険者機能を強化し、実行的なデータヘルスの推進を図ることで、国民が効果的なサポートを受けられる環境を整備していく</li></ul>
平成29年	経済財政運営と改革の基本方針2017 未来投資戦略2017 (平成29年6月9日)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ データヘルス計画等を活用し、企業の質の高い健康経営を促進する</li><li>▶ 自治体や企業・保険者における重症化予防等の先進的な取組の全国展開を図る</li><li>▶ 保険者のデータヘルスを強化し、企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進する</li></ul>

### 協会けんぽ

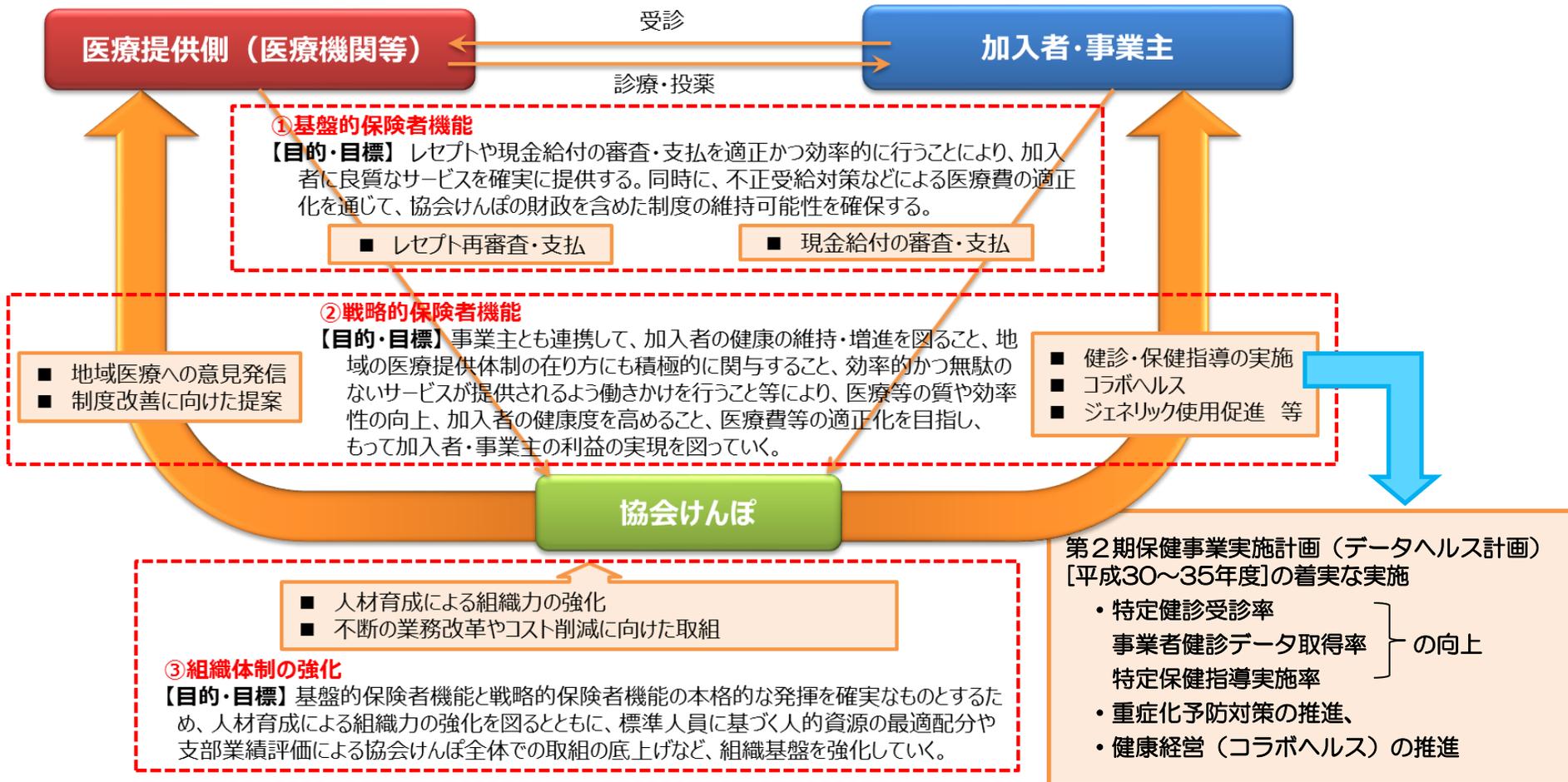
保険者機能アクションプラン（第4期）において、「平成30年度から始まる第2期保健事業計画（データヘルス計画）を着実に実施」としている

# 第2期保健事業計画（データヘルス計）の位置付け

保険者機能強化アクションプラン（第4期） 平成30年度～平成32年度

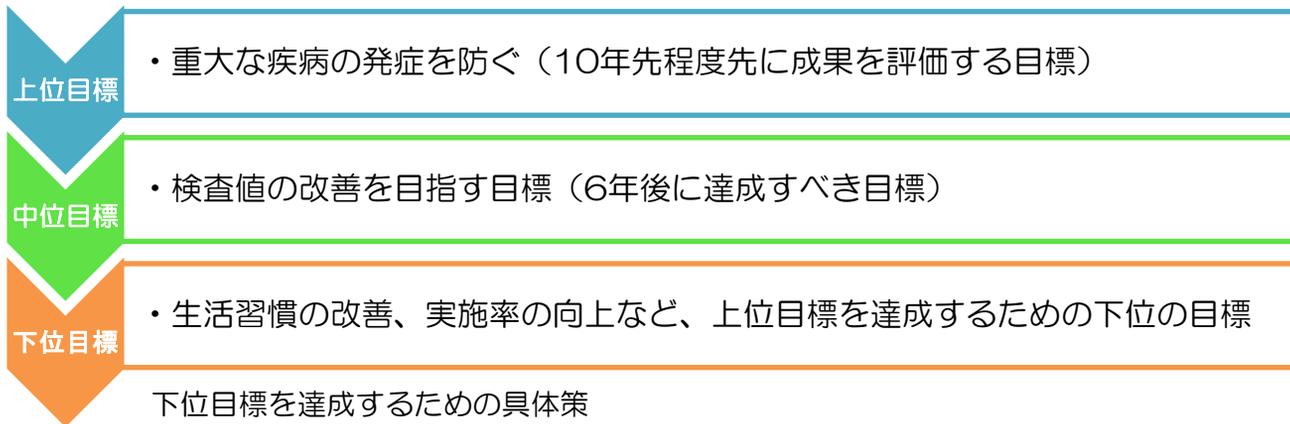
## 基本的考え方

- 協会けんぽの役割等について、①基盤的保険者機能、②戦略的保険者機能、③組織体制の強化の3つに分類した上で、それぞれ目的・目標を定める。
- その上で、分野ごとに具体的取組を定めるとともに、定量的KPIを設定して進捗状況を評価する。



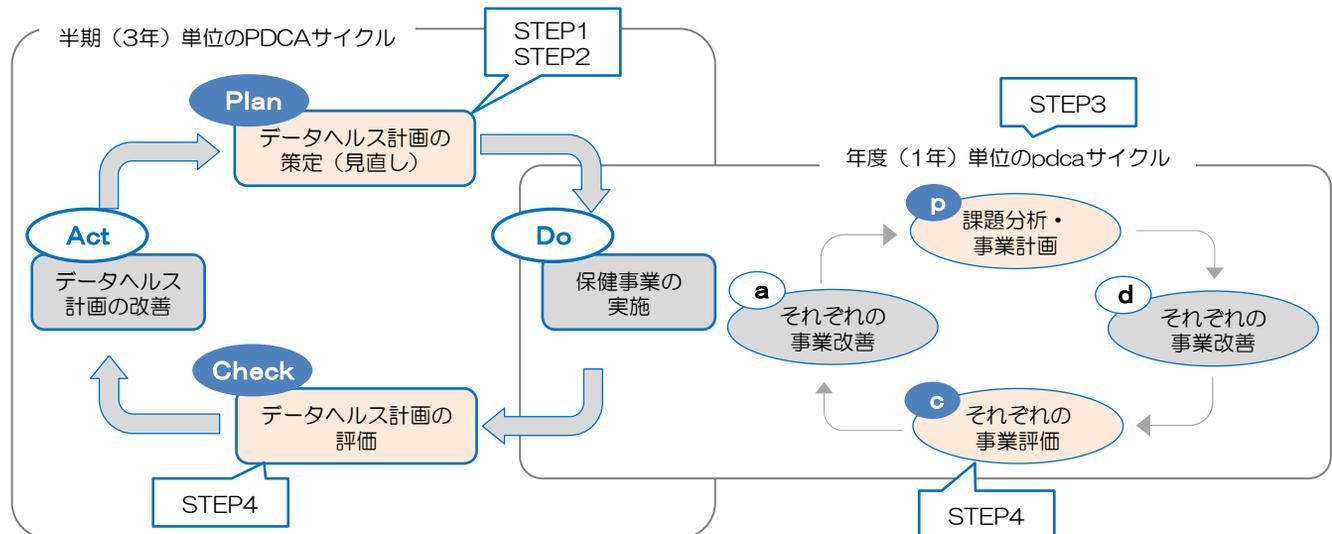
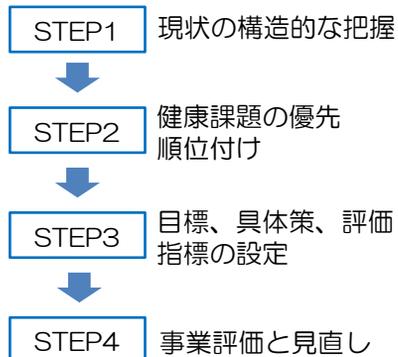
# 第2期保健事業計画（データヘルス計）のポイント

## 目標の設定



- 事業主との協働による健康づくり（コラボヘルス）を進めること
- ポピュレーションアプローチを実施すること
- 市町村や中小企業団体、業種団体との連携を進めること

## PDCAサイクル



# 第1期データヘルス計画の振り返り

<p>着目した支部の健康課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療費は、1人当たり入院外医療費が全国平均より高く、他支部に比べ伸びも大きい。</li> <li>○ 糖尿病、高血圧症、高脂血症の1人当たり入院外医療費はいずれも全国平均を上回っている。             <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病は30歳代で1人当たり入院外医療費、受診率ともに高く推移。</li> <li>・高血圧症は30,40歳代で1人当たり入院外医療費、受診率ともに高く推移。</li> <li>・高脂血症は各年代の1人当たり入院外医療費の伸びおよび、30歳代の受診率の伸びが大きい。</li> </ul> </li> <li>○ 健診結果では男性において、腹囲、血圧の平均値、高血圧、重症高血圧の割合が高い。血圧リスク保有率は45-49歳で高く、50-54歳の伸びが大きい。</li> <li>○ 山梨県は塩分摂取量、喫煙者の割合（男性）が高く、歩数が少ない。</li> </ul>
--------------------	--

<p>上位目標（成果目標） 目標達成時期 ：平成29年度末</p>	<p>30歳代・40歳代の男性で、服薬していない被保険者の平均血圧を下げる 収縮期血圧の低下量 1. 5mmHg (H24 35-39歳：121.1mmHg 40-49歳：124.2mmHg)</p>
---	--

下位目標 (手段目標)	評価指標	下位目標の実現のための具体策		
		平成27年度	平成28年度	平成29年度
1	<p>血圧の要治療者が医療機関を受診し、治療を受ける</p> <p>・要治療者の受診率</p>	<p>・医師会と連携し受診機関リストを作成する</p> <p>・上記リストを活用し、一次勧奨後も受診していない対象者に文書、電話による受診勧奨を行う。</p> <p>・事業主に対して協力依頼を行う。</p>	<p>・前年度の評価を行う。</p> <p>・一次勧奨後も受診していない対象者に文書、電話による受診勧奨を行う。</p> <p>・事業主に対して協力依頼を行う。</p>	<p>・前年度の評価を行う。</p> <p>・一次勧奨後も受診していない対象者に文書、電話による受診勧奨を行う。</p> <p>・事業主に対して協力依頼を行う。</p>
2	<p>血圧の要経過観察者が高血圧の改善・予防に努める</p> <p>・勧奨を実施した対象者の健診時の問診における運動に関する回答状況</p>	<p>・血圧で要経過観察者となった対象者へ運動勧奨を行う（ウォーキングマップ同封）。</p>	<p>・前年度の評価を行う。</p> <p>・評価結果をもとに実施内容の検討を行い、運動勧奨を継続する。</p>	<p>・前年度の評価を行う。</p> <p>・評価結果をもとに実施内容の検討を行い、運動勧奨を継続する。</p>
3	<p>高血圧対策への取組に参加する事業所が増える</p> <p>・特定健診、特定保健指導実施数</p> <p>・説明会の回数</p> <p>・トップセールス訪問事業所数</p> <p>・モデル事業所数</p> <p>・介入事業所の健診結果や特定保健指導の実施状況</p> <p>・広報実施書回数</p>	<p>・経済団体と連携し、会員事業所に業態別リスク保有率等の状況や健康管理の必要性について、説明の機会をいただき、意識向上を図る。</p> <p>・特定健診、特定保健指導を含めた事業所の健康づくりへの推進のために、事業所健康カルテを活用した事業所へのトップセールスを行う。</p> <p>・壮年期の運動量アップをテーマとしてモデル事業所を選定（2事業所）し、課題の明確化と解決に向けた取組み内容を事業主、担当者とともに検討し、協会けんぽにできることを提案する。</p> <p>・上記の活動についてホームページ、広報誌、各団体の機関紙等で広く広報する。</p>	<p>・前年度の評価を行い、結果をもとに実施内容を検討する。</p> <p>・特定健診、特定保健指導を含めた事業所の健康づくりへの推進のために、事業所健康カルテを活用した事業所へのトップセールスを行う。</p> <p>・壮年期の運動量アップをテーマとしてモデル事業所を選定（前年度プラス2事業所）し、課題の明確化と解決に向けた取組み内容を事業主、担当者とともに検討し、協会けんぽにできることを提案する。</p> <p>・上記の活動についてホームページ、広報誌、各団体の機関紙等で広く広報する。</p>	<p>・特定健診、特定保健指導を含めた事業所の健康づくりへの推進のために、事業所健康カルテを活用した事業所へのトップセールスを行う。</p> <p>・2年間のモデル事業実施結果をもとに壮年期の運動量アップをテーマとした事業所で取組む生活改善プログラムを作成し、全県展開する（公募）。</p> <p>・上記の活動についてホームページ、広報誌、各団体の機関紙等で広く広報する。</p>
4	<p>加入者や県民の健康づくりに向けた意識の醸成が高まる</p> <p>・健康づくり事業参加人数</p> <p>・イベントへの参加回数</p> <p>・アンケートの意識調査結果</p> <p>・広報実施回数</p>	<p>・社会保険委員会と連携した健康づくり事業や保険者協議会で出展するイベントでの健康ブースで、健康づくりへの啓発を行う。</p> <p>・健康保険委員に協力をいただき、事業所へのアンケートを実施し、健康意識向上への課題を出す。</p> <p>・健康保険委員委嘱勧奨の際、関心のある事業等をアンケート調査し、ニーズを把握する。</p> <p>・市町村、保育園、幼稚園と連携した親子参加型のイベントの企画・立案。</p> <p>・県や市町村と連携した健康づくりに向けた広報を実施する。</p>	<p>・前年度事業の評価を行う。</p> <p>・前年度実施したアンケートをもとに、社会保険委員会と連携した健康づくり事業や保険者協議会で出展するイベントでの健康ブースで、健康づくりへの啓発を行う。</p> <p>・前年度実施したアンケート調査をもとに健康保険委員のメリットとなる事業を企画立案する。</p> <p>・市町村、保育園、幼稚園と連携した親子参加型のイベントをモデル事業として地域限定で実施し、検証を行う。</p> <p>・県や市町村と連携した健康づくりに向けた広報を実施する。</p>	<p>・前年度実施した事業の評価を行った上で、ニーズに合った社会保険委員会と連携した健康づくり事業や保険者協議会で出展するイベントでの健康ブースで健康づくりへの啓発を行う。</p> <p>・健康保険委員を委嘱している事業所を対象とした健康づくりイベントを実施する。</p> <p>・平成28年度の結果に基づき、市町村、保育園、幼稚園と連携した親子参加型のイベントを実施する。</p> <p>・県や市町村と連携した健康づくりに向けた広報を実施する。</p>

# 第1期データヘルス計画の振り返り

## 下位目標

血圧の要治療者が医療機関を受診し、治療を受ける

具体策	活動内容	プロセス				ストラクチャー				アウトプット				アウトカム									
		評価計画	評価結果			評価計画	評価結果			評価計画		評価結果		評価計画									
		評価項目	27	28	29	時期・内容・対象者の声・進捗管理等	評価項目	27	28	29	予算・人員体制等	評価項目	評価指標	27	28	29	評価項目	評価指標	目標値	評価手段	27	28	29
医師会と連携し受診機関リストを作成する	山梨県医師会に会員への周知を依頼				医師会と調整の結果、取りやめ																		
要治療者への受診勧奨を行う	電話勧奨 文書勧奨	勧奨の時期は適切か	○	○	○	一次勧奨から、1ヶ月経過後も回答のない者について実施した	実施体制は適切か	○	○	○	保健師が対応(人員が不足する時期もあったが分担して対応)	すべての対象者に勧奨を実施できたか	対象者数 実施件数	○	○	○	医療機関の受診	要治療者の受診率	前年度を上回る	レセプト	△	○	○

成功要因	勧奨対象者の受診率が前年を上回った。(29年) 進捗を管理し、すべての対象者にアプローチできた。
阻害要因	電話の理由を明確に伝えられないため、本人へ電話を取り次いでもらえないことがしばしばあった。 勧奨に使用する元データについて、本部からの提供が遅れ、勧奨が遅れた月があった。
今後の対策	受診勧奨は、重症化予防対策の柱と位置付けており、今後も継続して実施する。

## 下位目標

血圧の要経過観察者が高血圧の改善・予防に努める

具体策	活動内容	プロセス				ストラクチャー				アウトプット				アウトカム									
		評価計画	評価結果			評価計画	評価結果			評価計画		評価結果		評価計画									
		評価項目	27	28	29	時期・内容・対象者の声・進捗管理等	評価項目	27	28	29	予算・人員体制等	評価項目	評価指標	27	28	29	評価項目	評価指標	目標値	評価手段	27	28	29
要経過観察者への運動勧奨を行う	文書勧奨 勧奨者への意識調査(アンケート)	勧奨の時期は適切か	○	○	○	健診結果判明後、ただちに実施しているが、反応は少ない	実施体制は適切か	○	○	○	抽出に手作業が含まれるため、スキルのある特定の者の対応となった	すべての対象者に案内を送付できたか	対象者数 案内送付数	×	○	○	健診結果の改善	運動勧奨文書の送付件数 送付対象者のうち、運動習慣や血圧への意識があると回答した人数	対象者への全件送付	アンケート 健診結果	×	○	○

成功要因	運動勧奨を実施した者とそうでない者の血圧値の変化を比べると、実施者の方が値が低くなった者の割合が大きかった。文書勧奨による意識付けの効果があつたと思料する。 進捗を管理し、すべての対象者にアプローチできた。
阻害要因	27年は文書作成に必要なデータ(氏名、住所)を本部へ依頼したが、提供が遅れて実施できなかった。
今後の対策	アンケートの回収率が低く、反応を十分に確認できなかったが、実施者の血圧値に良化が見られたことで、文書勧奨に一定の効果があつたと思料する。 今後もこの層への文書勧奨は有効と判断する。

# 第1期データヘルス計画の振り返り

## 下位目標

### 高血圧対策への取組に参加する事業所が増える

具体策	活動内容	プロセス				ストラクチャー				アウトプット				アウトカム										
		評価計画		評価結果		評価計画		評価結果		評価計画		評価結果		評価計画		評価結果								
		評価項目	27	28	29	時期・内容・対象者の声・進捗管理等	評価項目	27	28	29	予算・人員体制等	評価項目	評価指標	27	28	29	評価項目	評価指標	目標値	評価手段	27	28	29	
特定健診受診率、特定保健指導実施率が向上する	全事業所への案内実施への働きかけ	案内の時期は適切か	○	○	○		実施体制は適切か	○	△	△	保健師の人員が不足した時期があった	すべての対象事業所に案内できたか	(対象)事業所数 案内数	○	○	○	健康への意識の向上	特定健診受診率 特定保健指導実施率 高血圧対策の実施状況	前年度を上回る	健診・保健指導実績	○	○	○	
健康宣言事業所が高血圧対策を実施する	運動習慣等に着眼した高血圧対策の実施	対象の選定は適切か	○	○	○	健診結果をもとにリスクを判断し選定	実施体制は適切か	○	○	○	担当者(保健師)を定め、準備していた	リスクのある事業所が対策を実施したか		△	△	△					△	△	△	△
「健康宣言」をする事業所が増加する	広報で関心ある事業所へのアプローチ	対象の選定は適切か	○	○	○	関心のある事業所、または高血圧リスクのある事業所を選定	実施体制は適切か	△	○	○	28年以降は、役割分担を決め、着実に実施した	提案予定の事業所にアプローチできたか	提案予定数 提案数	○	○	○					△	○	○	○
事業所への周知広報を行う	広報誌への掲載研修会等での周知	ターゲット、実施回数は適切か	○	○	○	健康保険委員会を中心に広報を実施	実施体制は適切か	○	○	○	広報担当にて実施	定期的に実施できたか	広報実施月・回数	○	○	○					○	○	○	○

成功要因	事業所個々の健康状態を明らかにすることで、事業所のニーズを喚起し、健康宣言事業所の増加につながった。
阻害要因	保健師のマンパワーが不足した時期があった。 高血圧リスクがあると判断される事業所へ高血圧対策の働きかけを行ったが、合意に至らなかった。
今後の対策	保健師のマンパワーを考慮し、再度、事業所との関わりを見直す。

## 下位目標

### 加入者や県民の健康づくりに向けた意識の醸成が高まる

具体策	活動内容	プロセス				ストラクチャー				アウトプット				アウトカム									
		評価計画		評価結果		評価計画		評価結果		評価計画		評価結果		評価計画		評価結果							
		評価項目	27	28	29	時期・内容・対象者の声・進捗管理等	評価項目	27	28	29	予算・人員体制等	評価項目	評価指標	27	28	29	評価項目	評価指標	目標値	評価手段	27	28	29
イベントでのチラシ配布等を通じて健康づくりへの啓発を行う	社会保険委員会、保険者協議会、自治体等が主催するイベントでチラシ等の配布	配布物の選定は適切か	○	○	○	血圧の啓発チラシを選定	実施体制は適切か	○	○	○	イベント参加者を割り振り、支部全体に対応	すべてのイベントで配布できたか	イベント予定数 配布イベント数	○	○	○	健康への意識の向上	各イベントの参加人数	前年度を上回る	アンケート	○	○	○
自治体と連携し、親子参加歩数計測イベントを実施する	参加自治体の増加に向けた呼びかけ	対象の選定は適切か	○	○	○	「健康に関する覚書」を締結した市町を選定	実施体制は適切か	○	○	○	自治体担当者の協力が得られ、円滑に実施	覚書を締結する自治体が参加する	5市町での実施	○	○	○					親子参加歩数計測の参加自治体数	○	○

成功要因	各種イベントへの参加・チラシ配布は、支部の全職員の協働体制で行えた。 親子参加歩数計測は、継続した提案活動により、29年は覚書を締結するすべての自治体で実施となった。
阻害要因	
今後の対策	イベントへの参加は、引き続き、全職員を挙げての体制で実施していく。 覚書を締結した自治体と関係が深まり、今後も健康意識の高まりに向けて事業連携していく。

## 第2期保健事業計画（データヘルス計画）

### 山梨支部の現状と課題

#### 背景

- 被保険者14.5万人のうち、20歳代30歳代が34.5%（全国37.0%）と少なく、50歳代、60歳代が36.7%（全国34.5%）と多い。
- 業態別被保険者数では、「医療業・保健衛生」「社会保険・社会福祉・介護事業」の2業種が18.3%と多い。
- 規模別被保険者数では、被保険者20人未満の事業所で約9割を占めている。
- 被保険者の健診（生活習慣病予防健診+事業者健診）実施率72.4%（上位）、被扶養者の健診（特定健診）実施率36.1%（上位）
- 被保険者の特定保健指導、初回面談実施率27.0%（中位）、6ヶ月後評価実施率15.1%（中位）
- 被扶養者の特定保健指導、初回面談実施率13.70%（上位）、6ヶ月後評価実施率9.7%（上位）

●健診受診率は高いが、特定保健指導の利用が不十分。

#### 不適切な生活習慣

##### 生活習慣病予防健診問診票（Zスコア・全国=0）

- 喫煙率：男44.3%（0.58）  
女18.1%（0.53）
- 20歳 10kg増：男44.0%（-0.51）  
女24.9%（-0.79）
- 運動習慣なし：男65.8%（-5.14）  
女69.4%（-7.02）
- 身体活動なし：男57.5%（-2.27）  
女57.3%（-2.17）
- 歩行速度ふつう、遅い：男55.7%（0.59）  
女60.2%（0.63）
- 1年間体重変化あり：男25.5%（-0.33）  
女20.5%（-1.17）
- 就寝前夕食あり：男37.5%（-0.77）  
女21.9%（-0.81）
- 夕食後の間食あり：男14.7%（-0.20）  
女21.3%（-0.09）
- 朝食欠食：男26.2%（0.33）  
女16.7%（-0.15）
- 睡眠不足：男38.1%（-0.04）  
女43.8%（-0.18）
- 保健指導希望なし：男66.0%（0.90）  
女70.2%（2.39）

●女性の保健指導希望なしの割合が大きい。

#### 生活習慣病予備群

##### 生活習慣病予防健診有所見者（Zスコア・全国=0）

- 腹囲 $\geq 85/90$ ：男48.0%（0.32）  
女18.1%（-0.87）
- BMI $\geq 25$ ：男32.4%（-0.60）  
女18.3%（-0.91）
- 血糖 $\geq 100$ ：男37.6%（-0.81）  
女18.9%（-0.91）
- HbA1c $\geq 5.6$ ：男64.7%（2.19）  
女60.6%（2.17）
- HDL $< 40$ ：男8.9%（1.08）  
女1.3%（0.99）
- LDL $\geq 140$ ：男30.5%（-0.45）  
女28.4%（-0.71）
- SBP $\geq 130$ ：男40.8%（0.88）  
女24.6%（-0.26）
- DBP $\geq 85$ ：男33.7%（1.31）  
女15.6%（0.42）
- 高血圧（ $\geq 140/90$ または服薬）：  
男40.8%（1.61）  
女24.3%（0.85）
- 重症高血圧（ $\geq 180/110$ ）：  
男1.7%（1.06）  
女0.7%（-0.35）

- 男女ともHbA1c高値が非常に多い。
- 男性は収縮期血圧130以上、拡張期血圧85以上の割合が多め。
- 男女とも高血圧（収縮期血圧140以上、拡張期血圧90以上、服薬）の割合が多め。
- 男性は重症高血圧（収縮期血圧180以上、拡張期血圧110以上）の割合が多め。

# 第2期保健事業計画（データヘルス計画）

## 山梨支部の現状と課題

### 生活習慣病

1人当たり入院外医療費（調剤含む）（全国=1.00）

- ・全傷病：107,003円（1.04 全国7位）
- ・糖尿病：6,725円（1.12 全国10位）
- ・高血圧症：9,760円（1.05 全国19位）
- ・高脂血症等：4,296円（0.99 全国25位）

入院外医療費（調剤含む）総額

- ・糖尿病：16.4億円
- H23年度からの平均伸び率5.7%

生活習慣病予防検診問診票（Zスコア・全国=0）

- ・血糖（服薬）：男6.4%（0.27）  
女2.4%（-0.46）
- ・血圧（服薬）：男20.4%（0.55）  
女12.9%（0.29）
- ・脂質（服薬）：男9.8%（0.49）  
女9.5%（0.36）

●全傷病での1人当たり入院外医療費は、全国で7番目に高い。（本データは平成27年度であり、C型肝炎治療薬の影響あり）

●糖尿病の1人当たり入院外医療費が高め。特に40歳代での前年度からの伸びが大きい。年間の医療費（全年齢）においても伸びている。

### 重症化

1人当たり入院医療費（全国=1.00）

- ・全傷病：46,331円（0.97 全国33位）

1件当たり入院医療費（全国=1.00）

- ・悪性新生物：667,816円（0.96 全国45位）
- ・脳血管疾患：740,701円（0.95 全国36位）
- ・心疾患：715,094円（0.94 全国31位）

腎不全、入院外医療費：年間9.1億円  
●H23年度からの平均伸び率3.3%

新規特定疾病受領証（透析のみ）交付者のうち、66.7%が糖尿病あり

山梨県新規透析患者数

（人口10万人対）：274（全国18位）

※平成27年度わが国の慢性透析療法の現状（日本透析医学会）

山梨県糖尿病性腎症による新規透析

患者数（人口10万人対）：17.6（全国2位）

※平成27年度わが国の慢性透析療法の現状（日本透析医学会）

●腎不全の入院外医療費の伸び率が大きい。

### 要介護状態 死亡

平均寿命（国比較）

- ・男80.85（+0.08）
- ・女87.22（+0.21）

※厚労省、平成27年度都道府県別生命表

健康寿命（国比較）

- ・男72.52（+1.35）
- ・女75.78（+1.57）

男女とも全国1位

※健康日本21（第二次）、平成25年「日常生活に制限のない期間の平均」

死因別標準化死亡比

- ・悪性新生物  
男94.8 女92.5
- ・心疾患  
男93.5 女92.3
- ・脳血管疾患  
男98.5 女99.6
- ・腎不全  
男96.9 女80.2

※人口動態調査、標準化死亡比（平成20-24年）

●標準化死亡比では脳血管疾患が男女とも高め。また男性は腎不全が高めである。

## 第2期保健事業計画（データヘルス計画）

### 健康課題のまとめと第2期保健事業計画（データヘルス計画）

#### 山梨支部加入者の傾向

- 1人当たり入院外医療費が全国平均より高く、伸びも大きい。
- 糖尿病、高血圧症の1人当たり入院外医療費が全国平均を上回っている。
  - ・糖尿病は30歳代で1人当たり入院外医療費、受診率ともに全国平均より高く推移している。40歳代では、1人当たり入院外医療費、受診率とも伸びが大きい。
  - ・高血圧症は40歳代で1人当たり入院外医療費、受診率ともに高く推移。
- 腎不全の1人当たり医療費が伸びており、特に30歳代、50歳代の伸びが大きい。
- 特定疾病受領証を発行した者のうち、糖尿病が確認できた割合は約7割。
- 空腹時血糖は全国と比べて良好な一方、HbA1cは男女とも高値の割合が大きい。
- 男性は収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上の割合が大きい。また、重症高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）も大きい。
- 問診の結果では、運動習慣のある者の割合が大きい一方、特定保健指導の利用を希望する割合が小さい。

#### 山梨県の傾向

- 標準化死亡比では、男性で腎不全が全国と比べて高め。
- 糖尿病性腎症による新規透析患者数が多い。
- 食塩摂取量が多く、喫煙者の割合（男性）が大きい。また男性は歩数が少ない。

以上から、山梨支部の第2期保健事業計画（データヘルス計画）では、糖尿病による人工透析者の新規発生を抑えることを上位目標とし、重症化予防に取り組むとともに、事業所とのコラボヘルス・自治体との連携を進め、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上を図る。  
合わせて、加入者へのポピュレーションアプローチを実施する。

## 第2期保健事業計画（データヘルス計画）

### 山梨支部 第2期保健事業計画（データヘルス計画）目標

#### 上位目標

糖尿病による人工透析者の新規発生割合を10%減少させる

#### 中位目標

空腹時血糖が126mg/dl以上の者を5.1%以下とする

#### 下位目標

- 1 特定健診 受診率を70.5%にする
- 2 特定保健指導 実施率を35%にする
- 3 重症化予防 血糖値やHbA1Cの値が二次勧奨の域の人が医療機関を受診する割合を対象者の15%にする  
血糖値やHbA1Cの値が一次勧奨域で、e-GFRが60未満の人が医療機関を受診する割合を平成28年度比20%増にする  
一次勧奨者のうち、週2回以上運動する人の割合を平成28年度比5%増にする
- 4 コラボヘルス 「目指そう！健康事業所」に参加する事業所が100件以上となる
- 5 加入者の健康増進事業 加入事業所に糖尿病予防のチラシを送付し、加入者の糖尿病についての理解を深める





# 第2期保健事業計画（データヘルス計画）

## 下位目標達成のための具体策

### 下位目標

### 3 重症化予防

血糖値やHbA1Cの値が二次勧奨の域の人が医療機関を受診する割合を対象者の15%にする

概要	具体策	年度計画						アウトプット評価			アウトカム評価		
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	評価指標・目標値	中間評価 (32年度)	最終評価 (35年度)	評価指標・目標値	中間評価 (32年度)	最終評価 (35年度)
血糖値HbA1Cの値が要治療域と判定されているにもかかわらず、受診されていない方を対象に受診勧奨を実施。	対象者に応じた内容の受診勧奨文書を保健師が手書きで作成、送付	対象者に文書勧奨を実施(300人)	対象者に文書勧奨を実施(300人)	対象者に文書勧奨を実施(300人)	対象者に文書勧奨を実施(300人)	対象者に文書勧奨を実施(300人)	対象者に文書勧奨を実施(300人)	評価指標: ①勧奨数 300人 ②二次勧奨後の受診率 12%	評価指標: ①勧奨数 300人 ②二次勧奨後の受診率 13%	評価指標: ①勧奨数 300人 ②二次勧奨後の受診率 15%	評価指標: 空腹時血糖値 160mg/d以上の人の割合	評価指標: 空腹時血糖値 160mg/d以上の人の割合	評価指標: 空腹時血糖値 160mg/d以上の人の割合
	二次勧奨域: 血糖160mg/d以上 HbA1C 8.4%以上	一次勧奨の回答が「受診予定」となっている方への電話勧奨	対象者に電話勧奨を実施(30人)	対象者に電話勧奨を実施(30人)	対象者に電話勧奨を実施(30人)	対象者に電話勧奨を実施(30人)	対象者に電話勧奨を実施(30人)	対象者に電話勧奨を実施(30人)	評価指標: 勧奨数 30人	評価指標: ①勧奨数 30人 ②二次勧奨後の受診率 30%	評価指標: ①勧奨数 30人 ②二次勧奨後の受診率 35%	1.6%以下	1.6%以下

### 下位目標

3 重症化予防 血糖値やHbA1Cの値が一次勧奨域で、e-GFRが60未満の人が医療機関を受診する割合を平成28年度比20%増にする

概要	具体策	年度計画						アウトプット評価			アウトカム評価		
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	評価指標・目標値	中間評価 (32年度)	最終評価 (35年度)	評価指標・目標値	中間評価 (32年度)	最終評価 (35年度)
一次勧奨域の人に受診勧奨や意識調査を行う(年間対象者1,000人、うち腎機能低下100人)	血糖値やHbA1Cの値が一次勧奨域でe-GFR60未満の対象者への受診勧奨	対象者に文書勧奨を実施(100人)	対象者に文書勧奨を実施(100人)	対象者に文書勧奨を実施(100人)	対象者に文書勧奨を実施(100人)	対象者に文書勧奨を実施(100人)	対象者に文書勧奨を実施(100人)	評価指標: ①勧奨数 100件 ②受診数 30人	評価指標: ①勧奨数 100件 ②受診数 40人	評価指標: ①勧奨数 100件 ②受診数 50人	評価指標: 支部の勧奨実施者のうち、次年度の健診で空腹時血糖値125mg/d以下の人数	評価指標: 支部の勧奨実施者のうち、次年度の健診で空腹時血糖値125mg/d以下の人数	評価指標: 支部の勧奨実施者のうち、次年度の健診で空腹時血糖値125mg/d以下の人数
	一次勧奨域: 血糖126-159mg/d以下 HbA1C 6.5-8.3%以下	血糖値やHbA1Cの値が一次勧奨域の人に受診の確認及び意識調査(900人)							評価指標: 意識調査実施件数 900件			30人以上	30人以上

### 下位目標

3 重症化予防一次勧奨者のうち、週2回以上運動する人の割合を平成28年度比5%増にする

概要	具体策	年度計画						アウトプット評価			アウトカム評価		
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	評価指標・目標値	中間評価 (32年度)	最終評価 (35年度)	評価指標・目標値	中間評価 (32年度)	最終評価 (35年度)
運動勧奨を行うことで、健診受診者の運動習慣保持者を増やし、糖尿病の予防につなげる	35-59歳の被保険者で空腹時血糖[110mg/d以上125mg/d以下 治療なし]者への運動勧奨	運動勧奨の実施 2,000人	運動勧奨の実施 2,000人	運動勧奨の実施 2,000人	運動勧奨の実施 2,000人	運動勧奨の実施 2,000人	運動勧奨の実施 2,000人	評価指標: 勧奨案内発送数	評価指標: 勧奨案内発送数	評価指標: 勧奨案内発送数	評価指標: 空腹時血糖値 125mg/d以下を維持する人	評価指標: 空腹時血糖値 125mg/d以下を維持する人	評価指標: 空腹時血糖値 125mg/d以下を維持する人
	運動勧奨実施者にアンケートを送付し、運動に関する意識調査を行う	アンケートの実施	アンケートの実施	アンケートの実施	アンケートの実施	アンケートの実施	アンケートの実施	対象者すべて	対象者すべて	対象者すべて	95%以上	95%以上	95%以上

# 第2期保健事業計画（データヘルス計画）

## 下位目標達成のための具体策

### 下位目標

### 4 コラボヘルス

「目指そう！健康事業所」に参加する事業所が100件以上となる

概要	具体策	年度計画						アウトプット評価			アウトカム評価		
		30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	評価指標・目標値	中間評価（32年度）	最終評価（35年度）	評価指標・目標値	中間評価（32年度）	最終評価（35年度）
新規事業所の獲得	健康保険委員設置事業所を中心に、勸奨チラシの送付等によるエントリー勸奨を行う	勸奨チラシの送付による勸奨を行う（健康保険委員等）	勸奨チラシの送付による勸奨を行う（健康保険委員等）	勸奨チラシの送付による勸奨を行う（健康保険委員等）	勸奨チラシの送付による勸奨を行う（健康保険委員等）	勸奨チラシの送付による勸奨を行う（健康保険委員等）		評価指標：新規エントリー事業所15件（累計40件）	評価指標：新規エントリー事業所15件（累計70件）	評価指標：新規エントリー事業所15件（累計100件）	評価指標：エントリー事業所の①健診受診率90%以上	評価指標：エントリー事業所の①健診受診率95%以上	評価指標：エントリー事業所の①健診受診率100%
	健診結果で血糖リスクが高い事業所に対して、訪問し、エントリー勸奨を行う	健診結果に基づき、訪問・勸奨を行う	健診結果に基づき、訪問・勸奨を行う	健診結果に基づき、訪問・勸奨を行う	健診結果に基づき、訪問・勸奨を行う	健診結果に基づき、訪問・勸奨を行う							
既エントリー事業所に対し、必要に応じて健康づくりの支援を行う	エントリー初年度の事業所に対し、糖尿病予防チラシを人数分配布。希望がある事業所には、半年間定期的に連絡をとり、健康づくりの支援を行う	チラシ配付：15事業所 定期支援：10事業所	チラシ配付：15事業所 定期支援：10事業所	チラシ配付：15事業所 定期支援：10事業所	チラシ配付：15事業所 定期支援：10事業所	チラシ配付：15事業所 定期支援：10事業所		評価指標：支援事業所数10件	評価指標：支援事業所数10件	評価指標：支援事業所数10件	②特定保健指導利用率50%以上	②特定保健指導利用率75%以上	②特定保健指導利用率100%
	エントリー後半年経過した事業所に対して、1年ごとに進捗確認を行い、必要に応じて支援を行う	担当者を決め、1年に1度状況確認及び支援を行う40事業所	担当者を決め、1年に1度状況確認及び支援を行う55事業所	担当者を決め、1年に1度状況確認及び支援を行う70事業所	担当者を決め、1年に1度状況確認及び支援を行う85事業所	担当者を決め、1年に1度状況確認及び支援を行う100事業所	状況確認及び支援を行う100事業所	評価指標：支援事業所数40件	評価指標：支援事業所数40件	評価指標：支援事業所数50件			
	エントリー事業所における健診受診率、特定保健指導実施率100%に向けた支援を行う	年に1度、前年度の受診率、利用率を提供する40事業所	年に1度、前年度の受診率、利用率を提供する55事業所	年に1度、前年度の受診率、利用率を提供する70事業所	年に1度、前年度の受診率、利用率を提供する85事業所	年に1度、前年度の受診率、利用率を提供する100事業所	年に1度、前年度の受診率、利用率を提供する100事業所	評価指標：支援事業所数40件	評価指標：支援事業所数70件	評価指標：支援事業所数100件			

