

鳥取県国民健康保険 保健事業実施計画（県データヘルス計画）（仮称）要旨案

第1章 基本的事項

1 計画策定の背景

鳥取県では、第2期鳥取県国民健康保険運営方針に基づき、市町村とともに保健事業を推進するため、鳥取県国民健康保険保健事業実施計画（以下「県データヘルス計画」という。）を定めることとしました。

本計画は、市町村の意見を反映し、市町村国保の保健事業実施計画（以下「市町村データヘルス計画」という。）にも沿った計画とし、市町村と連携して一体的に保健事業を確実に推進できるように位置づけています。

2 計画の目的

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、鳥取県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が一体となって保健事業に取り組むための計画です。

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を行うなど、市町村における事業等を含め鳥取県における国保保健事業の方針を明確にしています。

また、本計画の策定及び推進に当たっては、「県国民健康保険運営方針」、「県医療費適正化計画」、「県保健医療計画」、「県健康づくり文化創造プラン」、「鳥取県がん対策推進計画」、「鳥取県高齢者の元気と福祉のプラン（県介護保険事業支援計画）」などの関連計画との整合性が図られたものとするとしています。

3 計画の期間

本計画の計画期間は、市町村データヘルス計画及び他の関連計画との整合性を図るため、6年間とします（現行の市町村データヘルス計画が平成30年度から令和5年度までとされているため、第1期については便宜的に、令和3年度から令和5年度までの3年間とします）。

4 計画の評価等

本計画においては、データヘルス推進や県が取り組む保健事業に係る目標を、評価指標の構造に沿った形で設定するとともに、当該目標の達成状況や事業の実施状況については毎年度進捗確認を行います。また、市町村データヘルス計画についても、その進捗状況を県全体として把握・分析することで、県・市町村における各種保健事業のPDCAサイクル¹が実効性ある形で機能することを目指します。

計画の最終年度（第1期は令和5年度）においては、目標の達成状況や市町村データヘルス計画の進捗状況等を踏まえ、本計画全体を見直し、必要な改定を行います。

¹ PDCAサイクル：健康・医療情報、各種保険医療関係統計資料、その他健診結果等を活用して、保健事業を継続的に改善・推進するため、P(計画)→D(実現)→C(評価)→A(改善)を繰り返し、見直しながら保健事業を進める方法。

第2章 鳥取県の現状

県内の医療、健康、介護等に関するデータを体系的に整理（詳細データは省略）。

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

<現状と課題の整理及びそれらに関連する取組の方向性>

第2章で挙げた、保健事業に係る鳥取県内の現状及び県民の健康等に係る課題、並びにそれらに関連する取組の方向性については、以下のとおり整理することができます。

現状と課題	主な取組の方向性
○鳥取県総被保険者数の分析から、現在70～74歳ならびに65～69歳の構成員が多いことから、今後の医療費の大幅な増加が予測されます。	
○全国と同様「悪性新生物」が死亡の第1位となっています。	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの罹患には、喫煙や飲酒、運動など生活習慣の様々な状況が原因になり得ると言われています。誰でもがんに罹患する可能性があるため、<u>早期発見・早期治療</u>が必要です。
○被保険者1人当たり年間医療費は年々増加傾向にあり、その中でも「入院」による医療費が多い状況となっています。圏域別にみると、西部圏域で県平均を上回っています。	<ul style="list-style-type: none"> ・年齢別、地域別でみた場合、それぞれ医療費について突出している地域があることから、<u>年代や疾病などに応じた対応</u>が必要です。
○疾病大分類別1人当たり年間医療費（入院・外来）をみると、「新生物」「精神及び行動の障害の他」「循環器系の疾患」「内分泌、栄養及び代謝疾患」が上位を占めています。 ○また男女年代別にみると、男女とも加齢とともに「新生物」「循環器」の順で増加傾向にあります。女性の場合は、「筋骨格」も多くなっています。	<ul style="list-style-type: none"> ・加齢とともに「新生物」「循環器」の医療費の増加が認められるため、<u>若年層からのがん予防の意識啓発</u>に取り組むとともに、<u>特に医療費の上位の地域において、がん対策について強化</u>する必要があります。 ・<u>がん検診受診率、喫煙率、肥満率、飲酒率</u>などを分析し、その結果に応じて生活習慣の見直しを図る必要があります。
○疾病大分類別において上位を占める生活習慣病に焦点を当て1人当たりの年間医療費をみると、入院では「がん」「脳血管疾患」「心疾患」、外来では「がん」「糖尿病」「高血圧症」が上位を占めます。	
○疾病中分類別1人当たりの年間医療費（入院・外来）では、男女ともに「高血圧症」が1位となっています。次に「骨折」となりますが、性別年代別でみると65歳以上の女性のみが上位となっています。 ○疾病中分類別1人当たりの年間医療費（入院）では、男女でみると「悪性新生物」「統合失調症」、男性では「心疾患」、女性は「骨折」が上位を占めています。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費2位の「骨折」は、65歳以上の女性のみ上位に位置しています。特に高齢での骨折はその後のQOLに大きく影響することから、<u>軽視出来ない課題</u>と考えます。 ・高血圧症は、患者数で1位となっています。疾病大分類別で高額医療費2

<p>○疾病中分類別1人当たりの年間医療費（外来）でみると、男女とも「腎不全」「糖尿病」「高血圧性疾患」が上位を占めています。</p>	<p>位となっていた循環器疾患の予防としても<u>高血圧症への取組みは重要</u>となります。</p>
<p>○特定健診受診率及び特定保健指導実施率について、国の目標は、令和5年度で特定健康診査及び特定保健指導の実施率を60%としており、県内の状況をみると達成が困難な状況にありますが、着実に向上しています。</p> <p>○圏域別にみると、東部圏域では3年連続受診者が多い傾向にあります。中部圏域では、新規受診者は多いですが3年連続受診者は少なく、また、未受診及び医療機関受診者が多い傾向にあります。西部圏域は、3年連続受診者と同様に3年連続未受診者も多い状況です。</p>	
<p>○特定健康診査服薬者の割合は年々増加傾向にあり、男女ともに「高血圧」「脂質」での服薬者が多くなっています。</p> <p>○メタボリックシンドローム該当者及び予備群割合においても年々増加傾向にあり、特に男性の割合が高くなっています。</p> <p>○特定健診受診の有無と費用対効果を見ていくと、各市町が全国平均受診率となった場合に50%を超える医療費削減効果がみられるという分析結果となりました。</p>	
<p>○1日の歩行数の平均は、男性の方が多い状況にありますが、男女ともに全国平均を下回っています。</p>	
<p>○食塩摂取量は年々減少傾向にあり、全国平均よりも低い状況となっています。</p> <p>○男女別にみると、男性の方が摂取量は多い傾向にあり、年代別では、男女ともに60歳代、80歳代が多い傾向にあります。</p>	<p>・<u>身体活動・運動</u>は生活習慣病の発症予防だけでなく、高齢者の認知機能や運動機能などの社会生活機能の維持とも関係することが明らかになってきています。</p> <p>・<u>減塩に取り組む</u>ことで、特に血圧が高い人は血圧が安定し、循環器疾患のリスクが低下するだけでなく、胃がんのリスクも下げることが示されています。</p> <p>・喫煙は、がんや循環器疾患、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、歯周疾患といった生活習慣病の予防可能な危険因子となっています。禁煙により健康改善効果があることも明らかになっていることから生活習慣病等の予防が重要です。</p> <p>(<u>飲酒</u>も、生活習慣病を始め、様々な身体疾患やうつ病等の健康障害のリスク</p>
<p>○喫煙率は、年々減少傾向にはあるものの、男性の喫煙率は依然として全国よりも高い状況となっています。</p>	
<p>○飲酒（多量に飲酒する者）については、全国と比較すると低い状況ではありますが、平成22年度と比べると増加しています。</p>	
<p>○鳥取県の歯科受診率は全国と比べると低い状況にありますが、県内で見えていくと東部圏域における受診率が全国及び県全体よりも高い傾向にあります。</p>	
<p>○むし歯有病者を経年的にみると、50歳未満のむし歯有病者数に大きな変化はみられませんが、60歳以降で増加傾向にあります。また、歯周病有病者の割合について、すべての年代において増加傾向にあります。70歳代までは</p>	

<p>有病者の割合が年代を追うごとに増加しており、80歳代以上は平成17年から平成28年で増加する割合が顕著となっています。</p> <p>○国保被保険者において、歯周病を罹患している患者の方が歯周病を罹患していない患者と比べて、生活習慣病3疾患（高血圧症・糖尿病・脂質異常症）の罹患率が高い傾向がみられています。</p>	<p>要因となります。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯周病は、糖尿病や循環器疾患などの関連性について指摘されています。<u>定期的な歯科検診で継続的な口腔ケアを行うことは、歯・口腔の健康だけでなく生活習慣病の予防においても重要な役割を果たします。</u>
<p>○全国の精神疾患を有する総患者数においては、外来患者数が年々増加傾向にあります。鳥取県では、男女ともに若年から中高年（19～54歳）で一番多くみられ、1人当たり年間医療費（入院）において、「新生物」の次に多い状況となっています。</p> <p>○県民健康栄養調査において、ストレスを感じた者の割合が平成22年度と比べ男女ともに増えている状況にあります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の質に係る重要な要素であり、うつ病等精神疾患や自死につながる可能性もあるため、<u>地域や職場におけるメンタルヘルスへの取り組みが必要</u>です。
<p>○鳥取県の介護認定率は、全国平均よりも高い状況です。</p> <p>○令和元年度の要介護度別全体で介護が必要となった主な原因をみると、「認知症」「脳血管疾患（脳卒中）」「高齢による衰弱」の順で多くなっています。</p> <p>○介護度でみていくと、要支援者においては「関節疾患」が多く、要介護度が上がっていくと「認知症」「脳血管疾患（脳卒中）」の順で多くなってきます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の虚弱（フレイル）対策として、若年層からの生活習慣病などの重症化予防に加え、特に高齢者への低栄養防止、運動機能の維持、認知症対策など、加齢に伴う心身機能の低下を防ぐことが重要となります。
<p>○要支援・介護者のロコモティブシンドロームの原因疾患で最も多いのは、「筋骨格系疾患」となっています。</p>	

<取組方針>

上述の「現状と課題の整理及びそれらに関連する取組の方向性」も踏まえ、本県の国民健康保険保健事業として特に取り組むべき内容について、以下のとおり方針を定めます。

(1) 生活習慣病の予防

① 3大生活習慣病（高血圧症・脂質異常症・糖尿病）の発症予防

- ・各市町村の医療等データの特徴をいかした啓発
- ・若年層からの生活習慣病予防に向けた健康づくり（自己管理等）の啓発
- ・高齢者のフレイル対策を含めた介護予防との一体的な実施

(2) 早期発見・早期介入

① 特定健診等による早期の異常発見、早期の生活習慣の改善

- ・健診未受診者の減少
- ・働き盛り世代の受診者の増加
- ・特定保健指導の実施率の増加、中断率の減少
- ・生活習慣病予備群への早期介入

(3) 適切な医療機関への受診及び治療継続による重症化予防

① 受診勧奨判定値以上の方等を適切に医療へ繋ぐことで重症化を予防

- ・かかりつけ医やかかりつけ薬局等と連携した支援体制
- ・病状や病期に応じて専門機関へ繋がる体制づくり

② 治療中断者への対応

2 データヘルス推進に係る目標等

データヘルスとは、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業を実施していくものであり、本計画において、データヘルス推進に係る目標について、以下のとおり設定します。

- ① KDBデータに加え、健診情報や医療・介護情報など様々なデータを多角的に突合・分析するとともに、分かりやすい形で分析結果をまとめ、市町村におけるポピュレーション/ハイリスクアプローチの実践に当たり、当該データ分析を効果的に活用できるよう、県のデータ分析事業を強化します。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	県と市町村及び国保連合会との定期的・継続的な意見交換や協議	<ul style="list-style-type: none"> ・県・市町村の連携会議を年数回実施する。 ・県と国保連で原則毎月の意見交換・協議を実施する。
プロセス	国保連合会が設置するデータ分析センターでの分析方法・内容の拡充	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度において、これまでのデータ分析に加え、保険者別や地区別の分析、データ提供を実施する。 ・令和5年度以降も、市町村のニーズ等を踏まえ、必要な分析方法・内容の拡充を実施する。
アウトプット	県データ分析事業を拡充・強化	<ul style="list-style-type: none"> ・上記データ分析センターにおける分析方法・内容の拡充を踏まえ、令和4年度の県データ分析事業でまとめる分析結果に、圏域ごと市町村ごとの基礎的データ分析を追加する。 ・令和5年度以降も、市町村のニーズ等を踏まえ、必要な拡充・強化を実施する。
アウトカム	県全体として、実践的かつ効率的・効果的なデータ分析の体制を確立	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度の市町村データヘルス計画策定に間に合うように、上記の拡充・強化の状況等を踏まえ、県内全体のデータ分析事業の方向性を定め、その後、その方向性に基づく県・市町村におけるデータ分析事業の体系的な整理を実施する。

- ② 市町村データヘルス計画について、そこに定められている各種取組等の進捗状況の把握を行うとともに、成果目標に到達していない取組の課題及び解決方法等を議論することで、実効性のあるPDCAサイクルの実現を図ります。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	市町村における中間評価の実施、県における各市町村の状況把握・整理	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村において、データヘルス計画に基づき適切な進捗確認・評価を実施する。 ・県・市町村の連携会議を年数回実施する。
プロセス	中間評価を実施した結果の集約、及び進捗状況の芳しくない取組等の洗い出し	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村における中間評価の実施後速やかに、県内の結果を集約する。 ・進捗状況や課題等を分かりやすく整理し、市町村と共有する。
アウトプット	進捗状況の芳しくない取組等の課題の解決方法を探り、改善を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・県・市町村の連携会議を年数回実施する中で、課題の解決方法を議論する。
アウトカム	県・市町村において、実効性のあるPDCAサイクルを実現	<ul style="list-style-type: none"> ・上記目標を継続的に達成する中で、効果的なPDCAサイクルを実践する。

3 各保健事業に係る目標等

先に記述した取組方針をもとに、生活習慣病の発症予防及び重症化予防について重点的に取り組むこととし、県が主体的に実施する各保健事業に係る目標については、以下のとおり設定します。

① 特定健診受診率向上支援事業

特定健診等未受診者に対して、効率的かつ効果的に受診勧奨を行うことで受診率の向上を図り、被保険者の健康増進と医療費の適正化に繋げていきます。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	特定健診受診率向上に向けて、現状を踏まえた未受診者対策の体制を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> ・委託実施する場合、事業提案方式等を経て適切な業者を選定する。 ・市町村との協議を年数回実施する。
プロセス	データ分析を用いた普及啓発及び個別受診勧奨を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に対し、効果的なタイミングで受診勧奨を実施する。
アウトプット	年度末、受診勧奨数及び事業内容等により評価を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・19市町村が受診勧奨の事業に取り組む。
アウトカム	生活習慣病に係る医療費の減少にて評価を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年度に特定健診受診率60%に到達し²、生活習慣病に係る医療費を減少につなげていく³。

② 特定健診・特定保健指導従事者研修会

県全体の保健指導レベルの向上を図るため、市町村、医療保険者等の特定健康診査・特定保健指導に携わる従事者の人材育成研修会を実施します。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	保険者協議会において、各保険者の課題や意見を踏まえた実施内容等計画を立てる。	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者協議会との協議を年2回以上実施する。
プロセス	支援・評価委員会において目標設定及び計画、評価の助言をいただきながら事業を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・支援・評価委員会への協議を年2回実施する。 ・研修会を年2回開催する。

² 県内の特定健診受診率：令和2年度 32.4%【KDB データ（国保データベースシステムにおけるデータをいう。以下同じ。）】

³ 生活習慣病（高血圧症・脂質異常症・糖尿病）に係る1人当たり年間医療費（入院・外来）：82,117円（「KDB 出力帳票」平成29年度～令和元年度の3年平均）

アウトプット	研修終了後、研修の参加者数及びアンケート結果にて集計、評価を行う。	・県内19市町村全ての特定健康診査・特定保健指導に携わる従事者が参加する ⁴ 。
アウトカム	研修終了後、アンケート結果にて集計、評価を行う。	アンケート結果にて、「理解が深まった」旨の回答した者の割合90%以上 ⁵ 。

③ 慢性腎臓病(CKD)対策研修会

県の健康寿命の延伸と医療費の増加抑制を図るための研修会を実施し、慢性腎臓病対策を総合的・効果的に推進できる人材を育成し、被保険者の人工透析への移行を未然に防止します。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	関係機関及び他課との連携を図りながら、県内の現状や前回のアンケート意見を踏まえ、実施内容等計画を立てる。	・関係機関との協議を年2回以上実施する。
プロセス	支援・評価委員会において目標設定及び計画、評価の助言をいただきながら事業を実施する。	・支援・評価委員会への協議を年2回実施する。 ・研修会を年1回開催する。
アウトプット	研修終了後、研修の参加者数及びアンケート結果にて集計、評価を行う。	・県内19市町村全ての慢性腎臓病(CKD)対策に関わる従事者が参加する ⁶ 。
アウトカム	研修終了後、アンケート結果にて集計、評価を行う。	・アンケート結果にて、「理解が深まった」旨の回答した者の割合90%以上 ⁷ 。

④ 糖尿病性腎症重症化予防の保健指導に係る専門派遣事業

糖尿病療養指導等のスキルを有する専門職(栄養士)を派遣し、市町村が行う保健指導等の実施を支援します。また、保健指導による糖尿病療養支援を行うことで、腎不全や人工透析への移行を防止し、被保険者の健康寿命の延伸や医療費適正化を図ります。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	市町村が行う保健指導等へ	・委託実施する場合、市町村の意向や

⁴ 10 市町村が参加 (令和2年度事業実績)

⁵ 令和2年度事業実績: 「よく理解ができた」と回答した者: 30%、 「おおむね理解できた」と回答した者: 70%

⁶ 15 市町村が参加 (令和2年度事業実績)

⁷ 令和2年度事業実績: 「参考になった」と回答した者: 90%

	の実施支援として、専門家を派遣する体制を構築する。	要望等を踏まえ、適切な機関を選定する。 ・市町村へ意向調査を実施する。
プロセス	市町村及び専門機関と実施内容等について協議を行う。	・市町村との協議を年数回実施する。
アウトプット	年度末、保健指導実施人数及び指導内容等により評価を行う。	・19市町村が糖尿病性腎症重症化予防の事業に取り組む ⁸ 。
アウトカム	年度末、糖尿病の予備群及び有病者の割合で評価を行う。	・令和5年度までに糖尿病の割合が予備群で5%以下、有病者で6%以下とする ⁹ 。

⑤ 重複・多剤対策事業

国保被保険者の重複・多剤服用者の状況分析を行い、より広く医薬品適正使用の啓発を行うことで、被保険者の健康保持増進及び医療費の適正化を図ります。

項目	評価基準及び評価方法	成果目標
ストラクチャー	重複・多剤服用者に対して県薬剤師会と連携した支援が行えるよう体制の構築を行う。	・県薬剤師会と年数回協議を実施する。
プロセス	県薬剤師会と取組内容等について協議を行う。	・県薬剤師会と年数回協議を実施する(再掲)。
アウトプット	年度末、重複・多剤服用者への通知勧奨による改善率等状況を確認する。	・19市町村が重複・多剤服用者への取組を行う ¹⁰ 。
アウトカム	重複・多剤服用者のデータを確認し、集計及び評価を行う。	・昨年度と比較して、重複・多剤服用者が減少する ¹¹ 。

4 その他事業に係る目標

将来にわたり医療費の増加が見込まれる中、被保険者の負担軽減および保険財政の健全化を図るためには、発症予防や重症化予防の取り組みに加え、医療の適正な受診の促進、医薬品の適正使用の推進、ジェネリック医薬品の使用促進等に取り組んでい

⁸ 18市町村が実施(令和2年度事業実績)

⁹ 平成30年度糖尿病(40~74歳)の割合:予備群9.1%、有病者9.2%(特定健診データ)

¹⁰ 18市町村が実施(令和2年度事業実績)

¹¹ 重複・多剤服用者(KDBデータより、複数医療機関から重複して処方されている薬剤がある者(重複)、又は、6種類以上の薬剤が15日以上処方されている者(多剤)):178,501人(令和2年度延べ数)

くことも重要です。よって、医療費適正化計画の目標についても取り組んでいきます。

(参考) その他の健康課題

がん検診受診率、喫煙する者の割合、運動習慣など既に各種計画で定められている目標と同様に記載します。(詳細は省略)

第4章 その他

1 計画の公表および周知

本計画については、県内の保健事業をより一層実効足らしめるためにも、被保険者や保健医療関係者等が容易にアクセスでき、内容をしっかりと理解いただけるものとするのが重要であり、保健事業実施指針¹²においても公表するものとされています。

そのため、具体的な方策として、県のホームページや広報誌を通じた周知だけでなく、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。また、これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫を図ります。

2 計画の推進体制

本計画を推進していくためには、県、市町村、国保連合会など、国民健康保険、生活習慣病予防、健康づくり等に関わっているそれぞれの機関・関係者が、計画の趣旨や達成すべき目標を共有し、各々の立場から役割を果たすことが重要です。そのため、県・市町村との連携会議をはじめ、様々な会議の場等を活用することで、本計画や市町村データヘルス計画で定めた取組方針や目標の進捗状況等を把握・共有し、進捗状況が芳しくないものについては、その課題分析や解決方法に係る議論を重ね、PDCAサイクルを適切に回していくこととしています。

3 関係機関等との連携

本計画に基づく保健事業が円滑かつ実効的に推進できるよう、事業運営に当たっては、行政機関のみならず、県内の医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、その他関係団体との連携を図ります。

¹² 保健事業実施指針「策定した実施計画については、分かりやすい形でホームページ等を通じて公表すること。」(保健事業実施指針より抜粋)