

国民健康保険
第2期データヘルス計画 中間評価



令和3年3月
新宮町国民健康保険

目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項	1
1 中間評価の趣旨	1
2 計画の目的・位置付け	1
3 計画期間	1
4 関係者が果たすべき役割と連携	1
(1)実施主体関係部局の役割	1
(2)外部有識者等の役割	1
(3)被保険者の役割	2
(4)(3)に対する保険者の役割	2
第2章 第2期データヘルス計画の概要	3
1 短期目標と中長期目標	3
2 個別保健事業	3
(1)特定健診未受診者対策	3
(2)特定保健指導事業	3
(3)特定外(ハイリスク)保健指導事業	4
(4)CKD対策の実施	4
(5)糖尿病性腎症重症化予防	5
第3章 中間評価の方法	6
第4章 全体評価	7
1 被保険者について	7
2 全体の評価・見直し	7
(1)指標の評価のまとめ	7
(2)主な見直しと今後の方向性	7
第5章 個別保健事業の中間評価と見直し	9
1 特定健診受診向上対策	9
2 特定保健指導	11
3 特定外(ハイリスク)保健指導事業	13
4 CKD対策の実施	15
5 糖尿病性腎症重症化予防	16
第6章 今後の予定と最終評価について	20

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

1 中間評価の趣旨

新宮町国民健康保険では、平成30年4月に「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」(平成30年度～令和5年度)を策定し、加入者の医療費適正化の取組と健康寿命の延伸を進めてきた。

令和2年度は「データヘルス計画の中間年度」となることから、計画取組の進捗状況について、健診・保健指導データやレセプトデータ等に基づく中間評価を実施した。

さらに、この中間評価をもとに、計画の後半期(令和3年度～5年度)における事業内容とアウトプット目標(実施量の目標)を方向付けしたものが、本冊子「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)中間評価報告書」となる。

新型コロナウイルス感染症の影響による不透明な状況や国によるマイナポータル整備などの制度改正の動向を踏まえながら、引き続き、特定健診や特定保健指導事業等の積極的な推進を図っていく。

2 計画の目的・位置付け

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、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実施計画である。

蓄積されたデータベースを活用し、加入者に分かりやすく情報を整理し、健康課題やこれまで行ってきた保健事業等の評価を含め、それを基礎として保健事業計画を策定する。この計画に基づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療適正化と健康寿命の延伸(疾病・障害・早世の予防)を目指すものとする。

3 計画期間

計画期間については、他の計画との整合性を考慮し、平成30年度から令和5年度までの6年間とする。

4 関係者が果たすべき役割と連携

(1)実施主体関係部局の役割

国民健康保険主管課(住民課)が主体となり、関係部局と協議、連携した上でデータヘルス計画を策定し、実施に当たる。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者の業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整える。

(2)外部有識者等の役割

粕屋地域における地域職域連携会議、CKD 対策連携システムなど、地域の医師会等との協議の機会を活用し、連携を強化し、データヘルス計画の目的を共有するとともに、支援体制を構築することに努める。

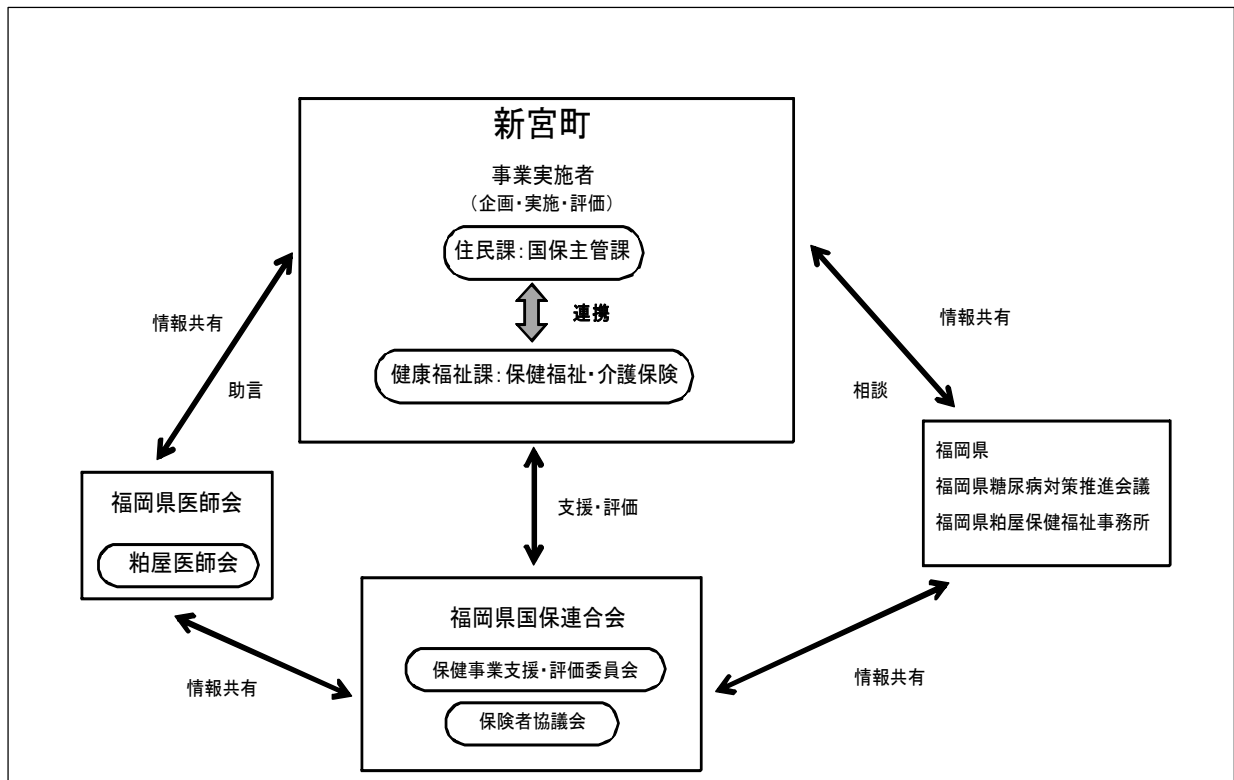
(3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。

(4) (3)に対する保険者の役割

保険者として、新宮町国民健康保険運営協議会等の場を通じて、被保険者の意見を聞き、計画・取組へ反映していくよう努めていくことが大切である。また、被保険者の健康の保持増進を図るために、特定健診等の実施体制の充実に積極的に努めていく。

図表1 新宮町の実施体制図



第2章 第2期データヘルス計画の概要

1 短期目標と中長期目標

特定健診の受診率、特定保健指導の実施率向上をはじめとして、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するリスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症を中心に減らしていくことを短期目標とし、虚血性心疾患を中心に3つの疾患(虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症)の患者数を減らすこと、入院医療費の伸び率を減らすことを中長期目標に掲げ取り組んでいる。

2 個別保健事業

中長期目標を達成するために計画した個別保健事業は主に以下の5事業となっている。

(1) 特定健診未受診者対策

① 集団健診の予約のない節目年齢該当者や不定期受診者へ受診勧奨を行う。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	集団健診の予約のない節目年齢(40・45・50・60歳)該当者、不定期受診者
実施方法	受診勧奨資材の送付
実施時期	年間3回(集団健診開始時、集団健診申込み締切前、個別健診終了前)
評価方法	受診勧奨後の健診受診状況

② ポピュレーションアプローチによる受診勧奨を行う。

短期目標	健診受診率の向上
対象者	町民
実施方法	広報紙、ホームページへの掲載、チラシの配布、ポスター掲示など
実施時期	5月～2月
評価方法	健診受診状況 新規受診者数

(2) 特定保健指導事業

特定健診後の特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援)の実施により、特定保健指導の実施率向上を図る。

短期目標	特定保健指導実施率の向上
対象者	40歳以上75歳未満の新宮町国民健康保険被保険者(特定健診の受診者で該当者のみ)
実施方法	健診機関に委託
実施時期	9月～3月
評価方法	保健指導実施率

(3) 特定外(ハイリスク)保健指導事業

ハイリスク保健指導対象者選定基準により保健指導対象者を選定抽出し、保健指導を実施する。

短期目標	ア 検査データの改善 イ 医療機関受診率の向上				
対象者	検査項目 \ 対象	20歳代	30歳代	40～74歳	重症化予防
	血圧 (mmHg)	I 度	I 度	II 度	III 度 II 度+ LDL140以上
	中性脂肪 (mg/dl)	300以上	300以上	300以上	
	LDL-コレステロール (mg/dl)	140以上	160以上	160以上	180以上
	空腹時血糖 (mg/dl)	126以上	126以上	126以上	
	HbA1c (%)	6以上	6以上	6.5以上	7以上 治療中8以上
	AST (U/L)	51以上	51以上	51以上	
	ALT (U/L)	51以上	51以上	51以上	
	γ-GT (U/L)	101以上	101以上	101以上	
	尿酸 (mg/dl)	9以上	9以上	9以上	
心電図			有所見者 (軸偏位除く)	要精検者	
実施方法	訪問、面談、電話、手紙等				
実施時期	8月頃～3月頃(継続フォロー者に関しては通年)				
評価方法	ア 保健指導実施率 イ 各種検査値の変化(改善) ウ 医療機関受診率				

(4) CKD対策の実施

粕屋地区CKD対策連携システムに基づいて、行政及び粕屋保健所、粕屋医師会、腎臓専門医の連携のもと、受診勧奨及び保健指導を行うことで、CKDの早期発見、重症化予防を行う。

短期目標	ア 検査データの改善 イ 医療機関受診率の向上				
対象者	特定健診受診者のうち、eGFR60未満(70歳以上はeGFR50未満)又は検尿異常(尿蛋白1+以上又は尿潜血2+以上)に該当する者				
実施方法	訪問、面談、電話、手紙等				
実施時期	8月頃～3月頃(継続フォロー者に関しては通年)				
評価方法	ア 各種検査値の変化(改善) イ 医療機関受診率				

(5)糖尿病性腎症重症化予防

福岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、粕屋地区CKD対策連携システム該当者のうち、糖代謝基準に該当する者を抽出し、医療機関との連携のもと重症化予防のための保健指導及び受療勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指す。

短期目標	ア 検査データの改善 イ 医療機関受診率の向上
対象者	特定健診を受診した者の中で、糖尿病治療中(特定健診問診結果から)又は、HbA1c6.5%以上(又は空腹時血糖値 126mg/dl以上)で尿蛋白(+)以上又はeGFR60未満の者(70歳以上はeGFR50未満)。
実施方法	訪問、面談、電話、手紙等
実施時期	8月頃～3月頃(継続フォロー者に関しては通年)
評価方法	ア 各種検査値の変化(改善) イ 医療機関受診率

第3章 中間評価の方法

評価については、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの指標に基づき行った。国保データベース(KDB)システムに毎月収載される健診・医療・介護のデータより、受診率・受療率、医療の動向等を確認した。それを踏まえ、国保連合会に設置されている保健事業支援・評価委員会の指導・助言のもと、国民健康保険主管課である住民課と、関係部局である健康福祉課とで協議を行いながら、個々の事業を見直し、改善度を評価した。

※評価における4つの指標

<p>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)</p>	<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
<p>プロセス (保健事業の実施過程)</p>	<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。
<p>アウトプット (保健事業の実施量)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・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
<p>アウトカム (成果)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

第4章 全体評価

1 被保険者について

本町の国民健康保険被保険者数は4,962人(令和元年度)となっており、被保険者数は年々減少している。年齢別の構成割合では65歳から74歳までの前期高齢者が42.2%と多くなっているが、被保険者平均年齢が50.9歳、国民健康保険加入率は16.4%で、同規模、福岡県や国と比べて比較的低い。また同規模、福岡県や国と比べると高齢化率が低く出生率が高いが、将来推定人口は2020年以降減少する見込みであり、今後は少子高齢化が進んでいくと予想されるため、今後も被保険者の健康の保持・増進は重要である。

2 全体の評価・見直し

(1) 指標の評価のまとめ

入院医療費、高血圧者(Ⅱ度高血圧以上)の割合及び虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症(人工透析)の新規患者数については横ばいであり、中間評価の時点での評価は困難であるため、引き続き保健事業に取り組んで経年的な変化をモニタリングしていく必要がある。

血糖コントロール不良者や脂質異常者の割合でも、ベースラインより改善したものの、引き続き経年的なモニタリングと適切な保健事業を実施していく必要がある。

また、特定健診受診率については、平成29年度から公民館健診を廃止したこともあり30.7%まで落ち込んだが、徐々に回復してきている状況である。40～64歳、65～74歳の二つに分けて受診率(令和元年度)をみると、7.1%も差があり、若い世代の受診率が低いという課題がある。また、特定健診受診者と未受診者の1人あたりの生活習慣病治療費の差額は37,697円となっており、受診者に比べ未受診者のほうが多く医療費がかかっているため、医療費削減のためにも今後努力が必要な項目であるといえる。

特定保健指導実施率については、平成30年度から集団健診の受診当日に初回面談を行うことで、令和元年度時点で59.8%となり、目標であった60%にあと一步のところまで向上させることができた。今後は60%到達を目指すとともに、特定保健指導対象者個人の目標達成率にも注目してみたい。

(2) 主な見直しと今後の方向性

特定健診受診率について、令和5年度までに60%到達が目標であったが、令和元年度時点で目標値までは26.2%以上も乖離している。より現実的な目標とするため、最終目標を50%に設定し直した。

今後は介護予防事業と一体的に実施することが求められるため、対象者の選定や取組の内容などの情報共有、各部署の連携を強化して保健事業に取り組んでいく。

データヘルス計画全体の目標							評価
目標		実績値					
指標	目標値	ベースライン	H29年度	H30年度	R1年度		
入院医療費の伸び率		減少	10,226	11,110	12,560	11,080	C
新規発症の減少	虚血性心疾患新規患者数の減少	減少	92	76	90	82	A
	脳血管疾患新規患者数の減少	減少	94	88	67	84	A
	糖尿病性腎症(人工透析)新規患者数の減少	減少	0	3	1	3	C
特定健診受診率の向上		60.0%	34.5 (28年度)	31.7	30.7	33.8 (暫定)	C
特定保健指導実施率の向上		60.0%	34.3 (28年度)	41.5	59.5	59.8 (暫定)	A
高血圧者の割合の減少 (Ⅱ度高血圧以上)		5.0%	7	7.8	8.7	7.4	C
血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c6.5以上)		6.5%	9.6	8.1	7.2	7.1	A
脂質異常症の割合減少 (LDLコレステロール 160 以上)		14.0%	15.5	13	15.2	13.9	A

※個別評価 ベースラインに対して A改善している B変わらない C悪化している D評価困難

第5章 個別保健事業の中間評価と見直し

1 特定健診受診向上対策

事業内容(現状)

背景	本町は、令和5年度における特定健診受診率の目標を60%としている。平成30年度の受診率は30.7%であり、令和元年度は33.8%で、目標値との乖離は26.2%となっている。健診受診率を高める必要がある。
目的	新宮町国民健康保険被保険者の健康の保持増進を図り、個々の被保険者や地域の特性を踏まえた保健事業を効率的かつ効果的に実施することを目的とする。
具体的内容	<p>※対象者、方法、実施者等</p> <p>対象者：国民健康保険加入の40～74歳 対象者3,200人前後(受診券発行有り)</p> <p>実施方法：個別健診・集団健診</p> <p>実施期間：7月～12月(6月中旬に受診券送付)</p> <p>実施内容：特定健診基本項目の他詳細健診項目(国の基準で実施。当該年度・前年度の健診結果に基づき、医師査定により実施)</p> <p>・貧血検査(赤血球数・ヘマトクリット値・ヘモグロビン値)・心電図検査(安静時12誘導)・眼底検査(両眼)・血清クレアチニン検査</p> <p>自己負担金：500円 ※当年度末時点で節目年齢(40、45、50、55、60、65、70)の人は無料</p> <p>受診勧奨：個別周知 受診券同封案内、未受診者に対する受診勧奨ハガキの送付(年2回)</p> <p>ポピュレーション：ポスター(実施医療機関、調剤薬局、町や駅掲示板、町内公共施設)、チラシ(広報折込、国保窓口等)、広報、ホームページ</p> <p>データ活用の有無：商工会からのデータの活用有り、人間ドックデータは活用無し</p>
事業担当者	保健師・事務職
評価指標	特定健診受診率
目標値	令和2年度：45% 令和3年度：50% 令和4年度：55% 令和5年度：60%

評価と見直し・改善案

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
特定健康診査	(アウトカム) 特定健診受診率	60%	34.5% (28年度)	29年度… 31.7% 30年度… 30.7% 元年度… 33.8%	C	C	<ul style="list-style-type: none"> ・公民館健診を廃止した29年度から受診率は下がったが、業者や担当課の協議により毎年内容が改善されていったこと、健診日程の増設、ウェブ予約の開始等により少しずつ受診率が回復してきた。インセンティブとしてスポーツジムの体験料を助成したが、対象を絞りすぎてうまくいかなかった。 ・節目年齢を対象とした受診勧奨はあまり効果が見られなかったが、ターゲットを過去受診経験のある人に絞って勧奨を行うと反応がよかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後も健診の内容ややり方、受診勧奨の方法等協議を重ねながら毎年改善を続けていく。インセンティブも対象者を広げ、効果的なものを模索する。 ・ショートメールを使った受診勧奨や、勧奨業務自体の業者委託を検討することで受診率向上を目指したい。
	(アウトプット) 受診勧奨実施率	100%	100%	29年度… 100% 30年度… 100% 元年度… 100%	A			

今後の事業計画

背景	令和元年度の受診率は暫定で33.8%であり、平成29年度に公民館健診を廃止してから下がっていた受診率が回復しつつある。目標値の60%とはかなり開きがある。
目的	新宮町国民健康保険被保険者の健康の保持増進を図り、個々の被保険者や地域の特性を踏まえた保健事業を効率的かつ効果的に実施することを目的とする。
具体的内容	<p>※新たな取り組み</p> <p>【受診勧奨】</p> <p>ショートメールを使った受診勧奨、未受診者情報収集の同意勧奨を工夫する、受診勧奨通知に過去の受診結果を載せる</p>

評価指標 目標値	特定健診受診率 令和2年度:35% 令和3年度:40% 令和4年度:45% 令和5年度:50%
年度計画	【令和3年度】 ① 6月:受診券の発送、各関係部署へのチラシやポスターの配布 ② 8月:ショートメールでの受診勧奨 ③ 9月:受診勧奨はがきの送付 ④ 11月:受診勧奨はがきの送付

2 特定保健指導

事業内容(現状)

背景	本町は、令和5年度における特定保健指導実施率の目標を60%としている。平成30年度の実施率は59.5%であり、令和元年度は59.8%で、目標値との乖離は0.5%となっている。
目的	新宮町国民健康保険被保険者の健康の保持増進を図り、個々の被保険者や地域の特性を踏まえた保健事業を効率的かつ効果的に実施することを目的とする。
具体的内容	<p>※対象者、方法、実施者等</p> <p>対象者:40歳以上75歳未満の新宮町国民健康保険被保険者（特定健康診査の受診者で該当者のみ）</p> <p>実施方法:健診機関に委託</p> <p>実施場所:シーオーレ新宮、相島さずな館</p> <p>実施期間:9月～3月</p> <p>利用案内及び勧奨:健診時に特定保健指導の初回面接分割実施、当日できなかった人には後日勧奨通知を送付(1人2回)</p> <p>実施内容:</p> <p>○動機付け支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診結果票を元に面接を実施、行動計画を作成、3～6か月後に評価を行う。 ・初回面接の形態 個別面接1回(20分以上)またはグループ面接(8名以下)1回(80分以上) ・特定健康診査受診当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる人は、把握できる情報をもとに初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、後日、全ての項目の結果から、医師が総合的な判断を行い、当該行動計画を完成する方法を可能とする。 <p>○積極的支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面接の形態 個別面接1回(20分以上)またはグループ面接(8名以下)1回(80分以上) ・3か月以上の継続的な支援(実施ポイント数 180ポイント以上) ・特定健康診査受診当日に、腹囲・体重、血圧、喫煙歴等の状況から特定保健指導の対象と見込まれる人は、把握できる情報をもとに初回面接を行い、行動計画を暫定的に作成し、後日、全ての項目の結果から、医師が総合的な判断を行い、当該行動計画を完成する方法を可能とする。

	○終了時評価の形態 ・3～6か月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、Fax、手紙等)で実施。 自己負担金:無料
事業担当者	保健指導スタッフ(担当保健師1人、ほか保健師あるいは管理栄養士1人)
評価指標 目標値	特定保健指導実施率 令和2年度:45% 令和3年度:50% 令和4年度:55% 令和5年度:60%

評価と見直し・改善案

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
特定健康診査	(アウトカム) 特定保健指導実施率	60%	34.3% (28年度)	29年度… 41.5% 30年度… 59.5% 元年度… 59.8%	A	A	平成30年から健診当日に初回面談を行うようにした。	後日面談となった対象者に保健指導を受けてもらえるよう工夫していく。
	(アウトプット) 指導勧奨実施率	100%	100%	29年度… 100% 30年度… 100% 元年度… 100%	A			

今後の事業計画

背景	令和元年度の暫定で実施率は59.8%であり、目標達成目前である。しかし、令和2年度は新型コロナウイルスの影響により、集団健診受診者が個別健診に流れると予想される。初回面談ができず実施率が下がる恐れがあるため、再び目標値へ持っていくことを目標とする。
目的	新宮町国民健康保険被保険者の健康の保持増進を図り、個々の被保険者や地域の特性を踏まえた保健事業を効率的かつ効果的に実施することを目的とする。
具体的内容	※新たな取り組み
評価指標 目標値	特定保健指導実施率 令和2年度:54% 令和3年度:56% 令和4年度:58% 令和5年度:60%
年度計画	① 9月～3月:保健指導実施 ② 9月～3月:勧奨通知随時送付

3 特定外(ハイリスク)保健指導事業

事業内容(現状)

背景	特定保健指導非該当であっても生活習慣病の予備群や生活習慣病に罹患している者が特定健診受診者の約48%を占めており、生活習慣病重症化予防のために保健事業を展開していく必要がある。
目的	生活習慣病の重症化予防
具体的内容	対象者:町基準の特定外保健指導該当者 実施方法:訪問、面接、電話等による保健指導 実施時期:健診受診2か月後程度 実施内容:個人の状況に応じた保健指導の実施 実施者:保健師、管理栄養士
事業担当者	保健師
評価指標 目標値	保健指導実施率

評価と見直し・改善案

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベース ライン	経年変化	指 標 判 定	事 業 判 定	要 因 (うまくいった・うまくい かなかった要因)	見直しと改 善の案
特定外(ハイリスク)保健指導	保健指導 実施率	90%	73.6%	29年度 85.0% 30年度 93.8% 元年度 96.3%	A	A	対象者を明確化(階 層化)し保健指導を 実施。	改善率による 保健指導の 評価視点の 取入れ
	虚血性心 疾患新規 患者数	90人	92人	29年度 76人 30年度 90人 元年度 66人	A			
	脳血管疾 患新規患 者数	90人	94人	29年度 88人 30年度 67人 元年度 69人	A			

今後の事業計画

背 景	特定保健指導非該当であっても生活習慣病の予備群や生活習慣病に罹患している者が特定健診受診者の約 48%を占めており、生活習慣病重症化予防のために保健事業を展開していく必要がある。
目 的	生活習慣病の重症化予防
具体的内容	対 象 者:町基準の特定外保健指導該当者 実施方法:訪問、面接、電話等による保健指導 実施時期:健診受診 2 か月後程度 実施内容:個人の状況に応じた保健指導の実施 実 施 者:保健師、管理栄養士
評価指標 目標値	保健指導実施率(目標値:92% ベースライン:91.7% H29~R1 平均値) 改善率(検査データ) 新規発症患者(虚血性心疾患、脳血管疾患)の減少 虚血性心疾患:目標値 77人 ベースライン:77.3人 H29~R1 平均値 虚血性心疾患:目標値 75人 ベースライン:74.6人 H29~R1 平均値
年度計画	① 特定健診受診者から該当者抽出 ② 保健指導の実施 ③ 評価

4 CKD 対策の実施

事業内容(現状)

背景	成人の8人に1人が慢性腎臓病(CKD)と言われているが、CKDの初期は自覚症状に乏しく、進行すると心血管系疾患や腎不全を引き起こし社会的にも影響を及ぼす疾患である。
目的	CKDの早期発見、重症化予防
具体的内容	対象者: 特定健診受診者の内、eGFR60未満(70歳以上は50未満)または、尿たんぱく1+以上または尿潜血2+以上の者 実施方法: 粕屋地区 CKD 対策連携システムに則る 実施時期: 8月～3月 実施内容: 該当者に対する受診勧奨。(初回該当者には訪問) 実施者: 保健師、管理栄養士
事業担当者	保健師
評価指標 目標値	医療機関受診率(一次・二次) 保健指導実施率

評価と見直し・改善案

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
CKD対策	一次医療機関受診率	60%	54.7%	29年度 64.8% 30年度 62.3% 元年度 63%	A	A	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者に再受診勧奨を実施。 ・保健指導は年度によって実施率が異なる。(電話により保健指導の日程調整を行うが、勧奨の時点で断るケースもある) 	CKD 対策連携システムは、本町を含む郡内での取り組みであるので、システムの改修に関しては各市町による協議が必要となる。
	二次医療機関受診率	100%	90.9%	29年度 100% 30年度 77.8% 元年度 100%	A			

				29年度 69%				
	保健指導 実施率	95%	70%	30年度 65.2%	A			
				元年度 96%				

今後の事業計画

背景	成人の8人に1人が慢性腎臓病(CKD)と言われているが、CKDの初期は自覚症状に乏しく、進行すると心血管系疾患や腎不全を引き起こし社会的にも影響を及ぼす疾患である。
目的	CKDの早期発見、重症化予防
具体的内容	対象者:特定健診受診者の内 eGFR60未満(70歳以上は50未満)または、尿たんぱく1+以上または尿潜血2+以上の者 実施方法:粕屋地区CKD対策連携システムに則る 実施時期:健診受診後1~1か月半後に受診勧奨。8月~3月。 実施内容:一次、二次医療機関受診対象者に対する受診勧奨、CKDの説明。医療機関受診後医療機関から保健指導依頼のあった者に対し保健指導の実施。 実施者:保健師、管理栄養士
評価指標 目標値	一次医療機関受診率(目標値63% ベースラインR1年度) 二次医療機関受診率(目標値100% ベースラインR1年度) 保健指導実施率(目標値78% ベースラインH29年度~R1年度の平均値)
年度計画	① 健診受診者から対象者の抽出、医療機関受診勧奨 ② 医療機関から保健指導依頼のあった人に対し保健指導の実施 ③ 医療機関未受診者に対し再受診勧奨 ④ 二次医療機関未受診者に対しレセプトまたは電話等により受診状況の確認

5 糖尿病性腎症重症化予防

事業内容(現状)

背景	糖尿病性腎症重症化予防は、保険者努力支援制度の指標の1つであり、医療費適正化の点でも重要である。郡内の市町、医師会、保健所と実施しているCKD対策連携システムを稼働しながら、糖尿病性腎症の観点からも重症化予防に努める必要がある。
目的	糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指す

具体的内容	※対象者、方法、実施者等 対象者: 特定健診受診者(国保)の内、尿蛋白(+)または eGFR60 未満で糖尿病治療中または HbA1c6.5 以上の者 実施方法: 訪問による医療機関受診勧奨 実施時期: 特定健診受診 1 か月半程度 実施内容: 医療機関受診勧奨後、医療機関から保健指導依頼のあった者に対し保健指導の実施、未受診者に対して、受診勧奨の再実施、レセプトによる受診の確認 実施者: 保健師、管理栄養士
事業担当者	保健師
評価指標 目標値	医療機関受診率 保健指導実施率 HbA1c6.5 以上の割合 糖尿病性腎症(人工透析)新規患者数の減少

評価と見直し・改善案

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
糖尿病性腎症重症化予防	医療機関受診率 受診者数	なし	なし	29年度… 100% (9人) 30年度… 100% (8人) 元年度… 100% (16人)	評価不可	B	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての対象者において医療機関につながっていた。 ・すでに医療機関において保健指導がある場合、行政の保健指導を拒否する人がいる。 ・具体的な目標値、ベースラインを決めていなかったため、指標判定ができない。 	具体的な目標値の設定 対象者の見直し
	保健指導実施率 実施者数	なし	なし	29年度… 77.8% (7人) 30年度… 100%	評価不可			

			(8人) 元年度… 100%			
			(16人)			
HbA1c6.5 以上の割合 該当者数	6.5%	H29 9.6% 116人	29年度… 8.1% (90人) 30年度… 7.2%(83人) 元年度… 7.1%(78人)	A		
糖尿病性 腎症(人工 透析)新規 患者数の 減少	減少	H29 0人	29年度… 3人 30年度… 1人 元年度… 3人	C		

今後の事業計画

背景	糖尿病性腎症重症化予防は、保険者努力支援制度の指標の1つであり、医療費適正化の点でも重要である。郡内の市町、医師会、保健所と実施しているCKD対策連携システムを稼働しながら、糖尿病性腎症の観点からも重症化予防に努める必要性がある。
目的	糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指す
具体的内容	<p>※対象者、方法、実施者等</p> <p>対象者：特定健診受診者(国保)の内、尿蛋白(+)以上またはeGFR60未満で糖尿病治療中またはHbA1c6.5以上の者</p> <p>実施方法：訪問による医療機関受診勧奨</p> <p>実施時期：特定健診受診1か月半程度</p> <p>実施内容：医療機関受診勧奨後、医療機関から保健指導依頼のあった者に対し保健指導の実施、未受診者に対して、受診勧奨の再実施、レセプトによる受診の確認</p> <p>実施者：保健師、管理栄養士</p>

<p>評価指標 目標値</p>	<p>医療機関受診率(目標値:100% ベースライン:R1 年度) 保健指導実施率(目標値:95% ベースライン:R1 年度) 特定健診受診者の内、HbA1c6.5%以上の割合(目標値:6.5% ベースライン:R1 年度) 糖尿病性腎症(人工透析)新規患者数の減少(目標値:減少 ベースライン:R1 年度)</p>
<p>年度計画</p>	<p>① 9月～2月 健診受診者から該当者抽出、医療機関受診勧奨、保健指導 ② 11月 前年度該当者のうち、特定健診未受診者へ特定健診受診勧奨 ③ 3月 該当者の内、レセプトで受診確認をし医療機関未受診者へ再受診勧奨</p>

第6章 今後の予定と最終評価について

中間評価後の第2期データヘルス計画(平成30年度から令和5年度)は、計画の最終年度となる令和5年度に最終評価を行う。各個別保健事業については、前期同様、1年毎にみなおしを行い、適宜関係者との連携を図りながら取組の検討を行い、データヘルス計画の進捗状況等を評価していく。

後期では、新型コロナウイルスの影響も懸念されるが、特定健診受診率の向上をメインに努力し、特定保健指導やその他の保健指導は個々の被保険者への効果的な事業を実施していく。