

第1期串本町国民健康保険データヘルス計画

中間評価

令和3年3月

串本町

目次

1	中間評価の目的	1
2	評価方法	1
3	評価結果	2
	(1) 計画全体の目標と実績値の推移	2
	(2) 個別保健事業の目標への到達状況	3
	(3) 個別保健事業の評価と今後の方向性	4
4	計画全体の今後の方向性	6
5	資料編	7
	(1) 計画策定時からのデータの推移	8
	(2) 個別保健事業【評価】シート 中間評価（平成29年度～令和元年度）	10

串本町 第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）

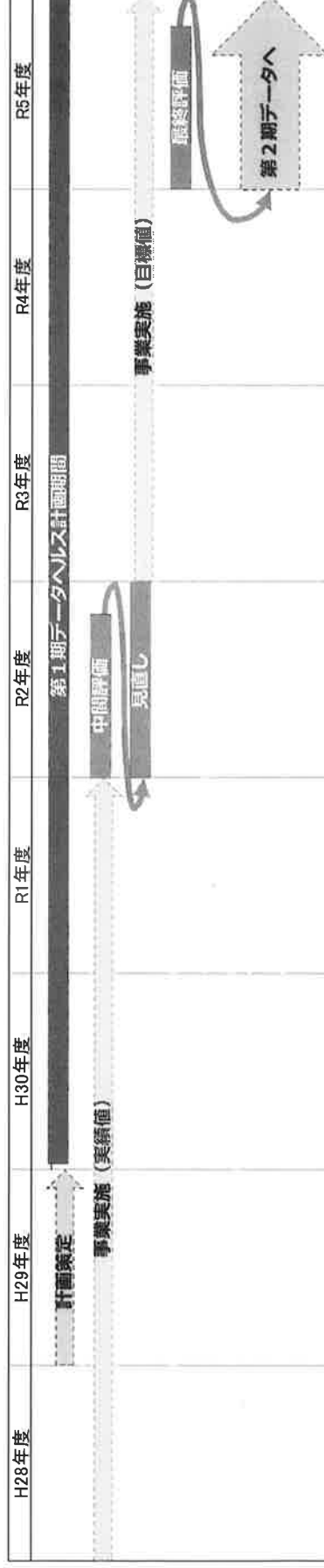
— 中間評価 —

1 中間評価の目的

平成30年8月に策定した第1期串本町データヘルス計画（平成30年度から令和5年度）に基づき、被保険者の健康保持増進に取り組むため、保健事業を実施してきました。計画の中間時点において、事業の進捗状況を確認するとともに目標の達成状況を評価し、計画期間の後半に向け、事業の方向性と体制や実施方法を検討することを目的に中間評価を実施しました。

なお、計画の最終年度において、計画全体の目的・目標の達成状況を評価し、次期計画策定に向けて保健事業の評価と見直しを実施します。

《第1期データヘルス計画の評価・見直しのスケジュール》



2 評価方法

(1) 計画全体の目標と実績値の推移

計画全体の目的・目標を確認したうえで、評価指標（目標）に基づき実績値を収集し、計画策定時の現状値（平成28年度）からこれまでの実

績値の推移をみて、以下の4段階で評価しました。

- a：改善している b：変わらない c：悪化している
d：評価できない ※長期目標のため実績値を毎年度収集できず最終年度のみで評価する場合など

(2) 個別保健事業の目標への到達状況

計画に記載の評価指標に基づき実績値を収集し、目標※への到達状況を確認しました。計画策定時の現状値（平成28年度）からこれまでの実績値の推移をみて、最終目標に到達できそうかどうか判断し、以下の4段階で評価しました。

※計画では令和2年度を中間評価の目標値として設定していますが、令和2年度中に中間評価を実施するため令和元年度の目標値で評価しました。なお、個別保健事業は毎年度目標値を設定し実施しています。

- a：目標に到達している
b：目標に到達していないが、最終目標は達成できそう
c：目標に到達しておらず、最終目標も達成できそうにない（平成28年度と比べ改善している）
d：平成28年度と比べ悪化している

(3) 個別保健事業の評価と今後の方向性

事業毎に実施状況を整理し、課題と改善点を明らかにしたうえで、計画期間の後半に向け事業の継続、拡充、縮小のいずれかの方向性と、実施体制や方法の工夫や変更を検討しました。これらを踏まえ、最終目標値についても現状維持、上方修正、下方修正、下方修正のいずれかを検討しました。

(4) 計画全体の今後の方向性

個別保健事業の評価結果と合わせ、計画全体の目標達成のために強化すべき取り組み等を検討しました。なお、新型コロナウイルス感染症の動向や法令・制度改正等を踏まえるとともに、和歌山県、国保連合会、保健事業支援・評価委員会、庁内関係部署（住民課、福祉課）及び医師会等と連携を図りながら中間評価・見直しを実施しました。

3 評価結果

(1) 計画全体の目標と実績値の推移

《データヘルス計画の目的》

国保加入者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、加入者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ホピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことが求められている。

こうした背景をふまえ、串本町においても、保健事業の実施等に関する指針に則り、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する。

計画全体の目標		実績値					評価
評価指標	目標	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度		
高血圧症 被保険者1,000人当たり患者人数(人) ※1	減少	244.0	249.2	249.8	256.6	c	
脂質異常症 被保険者1,000人当たり患者人数(人) ※1	減少	187.6	189.1	182.2	186.1	a	
糖尿病 被保険者1,000人当たり患者人数(人) ※1	減少	110.1	114.1	113.0	114.6	c	
メタボ該当者 特定健診受診者のうちの割合(%) ※2	減少	14.0	14.3	16.1	15.8	c	
メタボ予備軍 特定健診受診者のうちの割合(%) ※2	減少	11.9	10.8	11.7	11.4	a	
メタボ該当者・予備軍 特定健診受診者のうちの割合(%) ※2	減少	25.9	25.1	27.8	27.2	c	
評価(4段階) a:改善している, b:変わらない, c:悪化している, d:評価できない							

※1 : KDB「様式3-1生活習慣病全体のレセプト分析」(各年度3月分)、 ※2 : 法定報告

(2) 個別保健事業の目標への到達状況

事業名	評価指標	目標値	実績値	評価

		(中間評価) R1年度	(最終評価) R5年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	
特定健診未受診者勧奨事業	特定健診受診率 (%) ※1	34	40	31.0	28.0	33.5	31.9	b
特定保健指導利用勧奨事業	特定保健指導実施率 (%) ※1	26	30	24.0	52.4	44.8	57.1	a
CKD 医療機関受診勧奨事業	勧奨後の受診率 (%) ※1	50	50	※2	60.5	58.0	55.8	a
	年間の新規透析開始人数 (人)	4	3	4	3	4	2	a
<p>評価 (4段階) a: 目標に到達している, b: 目標に到達していないが、最終目標は達成できそう c: 目標に到達しておらず、最終目標も達成できそうにない (平成28年度と比べ改善している), d: 平成28年度と比べ悪化している</p>								

※1 : 法定報告

※2 新規事業のため、28年度実績なし

(3) 個別保健事業の評価と今後の方向性

事業名	上手くいった点、工夫した点	計画通り進まなかった点、理由	今後の方向性	見直し後の最終目標値 (R5年度)
特定健診未受診者勧奨事業	<p>無関心層へ積極的にアプローチしたことから、新規受診者数は増加した。</p> <p>集団受診予定であった方が、当日来られなかった場合にも、直後の電話連絡により、受診へとつながられた。</p> <p>受診勧奨委託業者との連携により、通知発送直後の電話連絡等</p>	<p>無関心層の連絡先の把握が困難であった。</p> <p>受診勧奨を集団健診実施時に発送することができなく、勧奨効果が最大限に発揮できなかつた。</p> <p>これまでの勧奨通知に住民側が慣れてきていることもあり、反応が少なくなっている。</p> <p>年代別の比率では、40代・50</p>	<p>計画当初より受診率は向上しているが、目標値は達成できていない。最終目標は現状維持とするが、既存事業の実施だけでは達成は難しい。</p> <p>受診勧奨委託業者と勧奨スケジュールや勧奨物についても綿密に協議し、実施していく。また、無関心層への対策として、勧奨内容についても工夫を凝らした勧奨内容としていくことで、既存事業</p>	<p>特定健診受診率 40%</p>

	により受診意欲を高めることができた。	代の健診受診率の低さが顕著に表れている。	の強化に努める。 既存事業は今後も実施し、さらに、特定健診の周知のための広報活動（講演会）等を新規事業として実施していく。	
特定保健指導利用勧奨事業	集団健診の結果説明会で初回面接を実施するにあたり、事前に書類を送付し、記入してきたり、事前にならうことで、保健指導の流れがよくなり、非常に高水準で推移している。個別健診後の保健指導については、保健指導の希望の有無に関わらず、インセンティブを与えて対象者全員に勧奨したところ、少数ではあるが保健指導利用者が増えた。可能な限り利用者の都合に合わせて日程調整を行った。	利用者数の増加により、各種時間調整業務等で職員への負担が増した。個別健診受診者に対する保健指導の勧奨について、実施率が低調であり、さらなる向上が見込まれるような取組が必要である。	当初の計画目標値は達成したため、上方修正する。 今後も高い実施率を維持していくためにも、これまでの取り組みを継続しつつ、更に実施率を向上させていくため、個別健診受診者へのインセンティブ付与や参加しやすい保健指導会場の選定等を実施していく。	特定保健指導実施率 60%
糖尿病性腎症重症化予防	集団健診受診者に対しては、対象者に「精検票」を出すことで、医療機関受診の有無について町が把握しやすかった。	1回の勧奨では、医療機関を受診しない人がおり、勧奨通知のみでは受診率を上げることが難しかった。	勧奨後受診率、新規透析開始人数ともに当初の最終目標値を達成している。これまででの取り組みにより新規透析患者数が減少していることから、最終目標値「新規透析開始人数3人」を継続していく。 勧奨後受診率を高めるため、レセプト確認回数を増やすことで、勧奨対象の状況を随時把握し、電話や郵便などによる再勧奨を行う。 当該事業実施者や、健診受診者からは新規透析開始者が出ていない。しかし、それ以外の被保険者から出ているため、治療中断者等に対しても受診勧奨を実施していく。	新規透析開始人数 3人 ※事業の見直し・事業名の変更に伴い、評価指標の整理を行った。

※事業名を『CKD 医療機関受診勧奨事業』から変更（医療機関受診勧奨以外にも、保健指導等、糖尿病性腎症重症化予防事業として取り組んでいる事業もあるため）。

4 計画全体の今後の方向性

データヘルス計画策定時の健康課題の推移をみると、高血圧症・糖尿病の患者数、メタボ該当者が増加しています。また、特定健診受診率は向上しておりますが、目標値には達しておりません。糖尿病腎症重症化予防事業では、当該事業参加者等からは出しておらず目標を達成しておりますが、健診未受診者から出ている状況です。これまでの事業を継続することはもちろんのこと、課題を解決すべく事業実施に取り組んで参ります。

- ・未受診者勧奨事業において、受診率の向上を目指し、既存事業においても綿密なスケジュール調整や勧奨資材の工夫を行うとともに、40・50歳代への受診勧奨の強化や無関心層に対する新規事業を実施していきまます。
- ・特定保健指導においては、実施率が高水準であることから、取り組みは維持しつつ、目標値を上方修正し更なる向上を図ります。
- ・糖尿病性腎症重症化予防事業においては、事業名の変更し、引き続き、医療機関受診勧奨、保健指導等に積極的に取り組みます。また、健診を受診していない治療中断者等に対する受診勧奨等も新たに実施してまいります。

中間評価後の最終目標値 (R5年度)
(被保険者1,000人当たり患者人数)
高血圧 240人
脂質異常症 182人
糖尿病 105人
(特定健診受診者のうちの割合)
メタボ該当者 13%
メタボ予備軍 10.7%

5 資料編

(1) 計画策定時点からのデータの推移 別紙 8P

(2) 個別保健事業【評価】シート 中間評価（平成 29 年度～令和元年度） 別紙 10P～

資料1_計画策定時点からのデータの推移 保険者名：串本町

被保険者の年齢構成割合、一人当たり医療費

	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
被保険者数(人)	5,987	5,670	5,389	5,078	△ 909
年齢構成割合(%)					
～39歳	19.2	18.4	18.2	16.5	△ 2.7
40～64歳	34.8	33.7	32.9	32.4	△ 2.4
65～74歳	46.0	47.9	48.9	51.0	5.0
一人当たり医療費(円)					
入院	11,440	12,178	12,623	13,766	2,326
外来	14,631	15,457	15,703	17,017	2,386

*KDB:地域の全体像の把握、市区町村別データ

疾病別医療費 細小分類 上位10疾病 / 医療費全体^{※1}に占める割合

(%)

	H28年度		H29年度		H30年度		R01年度	
1位	統合失調症	9.0	統合失調症	7.9	慢性腎不全 ^{※2} (透析あり)	6.8	慢性腎不全 ^{※2} (透析あり)	6.2
2位	慢性腎不全 ^{※2} (透析あり)	8.7	慢性腎不全 ^{※2} (透析あり)	7.6	統合失調症	5.6	統合失調症	5.8
3位	高血圧症	5.6	糖尿病	5.5	関節疾患	5.2	関節疾患	5.2
4位	糖尿病	5.5	高血圧症	5.0	糖尿病	4.8	糖尿病	4.5
5位	関節疾患	4.2	関節疾患	3.7	高血圧症	4.5	高血圧症	4.0
6位	脂質異常症	2.4	肺がん	2.6	肺がん	3.2	肺がん	3.1
7位	骨折	2.2	脂質異常症	2.2	大腸がん	2.8	大腸がん	2.8
8位	肺がん	1.9	骨折	2.2	脂質異常症	2.0	貧血	2.5
9位	脳梗塞	1.8	脳梗塞	2.1	不整脈	1.6	脳梗塞	1.9
10位	大腸がん	1.5	うつ病	1.8	前立腺がん	1.5	脂質異常症	1.6

※1:医療費全体:入院+外来 ※2:慢性腎不全:平成29年度以前は慢性腎不全として集計

*KDB:医療費分析(2)大、中、細小分類

被保険者千人当たり患者数

(人)

	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
脳血管疾患	31.7	35.3	34.0	36.8	5.1
虚血性心疾患	53.3	53.6	46.4	45.9	△ 7.4
人工透析	5.3	4.9	5.6	5.7	0.4
糖尿病	110.1	114.1	113.0	114.6	4.5
[再掲]糖尿病性腎症	6.0	10.4	14.5	16.3	10.3
高血圧症	244.0	249.2	249.8	256.6	12.6
脂質異常症	187.6	189.1	182.2	186.1	△ 1.5

・被保険者数: H28年度 5,987人, H29年度 5,670人, H30年度 5,389人, R01年度 5,078人

*KDB:様式3-1 生活習慣病全体のレセプト分析 各年度3月分(5月振票)

介護認定率

(%)

	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
2号認定率	0.4	0.4	0.6	0.6	0.2
1号認定率	24.1	23.4	24.1	24.9	0.8
[再掲]65～74歳	4.9	4.3	4.4	4.7	△ 0.2
75歳以上	39.0	40.7	42.0	43.3	4.3

*KDB:要介護(支援)者認定状況

特定健診受診率

	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
全体	30.9	27.8	33.3	31.8	0.9
40～49歳	21.1	15.9	23.0	22.2	1.1
50～59歳	21.2	17.8	24.2	23.5	2.3
60～69歳	33.7	31.0	36.6	33.6	△ 0.1
70～74歳	34.8	31.8	36.1	35.4	0.6

*特定健診対象者数： H28年度 4,530 人、 H29年度 4,364 人、 H30年度 4,147 人、 R01年度 4,000 人

*KDB:地域の全体像の把握 健診の状況(CSV)

特定保健指導実施率

	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
全体	23.6	52.6	44.8	57.1	33.5
積極的支援	19.6	25.0	25.5	26.3	6.7
動機付け支援	24.8	62.2	51.0	65.9	41.1

*特定保健指導対象者数： H28年度 191 人、 H29年度 171 人、 H30年度 194 人、 R01年度 170 人

*積極的支援対象者数： H28年度 46 人、 H29年度 44 人、 H30年度 47 人、 R01年度 38 人

*動機付け支援対象者数： H28年度 145 人、 H29年度 127 人、 H30年度 147 人、 R01年度 132 人

*KDB:地域の全体像の把握 健診の状況(CSV)

メタボ該当者・予備群の割合

	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
メタボ該当者	14.0	14.3	16.1	15.8	1.8
メタボ予備群	11.9	10.8	11.7	11.4	△ 0.5

*特定健診受診者数： H28年度 1,399 人、 H29年度 1,215 人、 H30年度 1,383 人、 R01年度 1,271 人

*KDB:地域の全体像の把握

特定健診受診者のリスク保有^{*}割合(保健指導値以上)

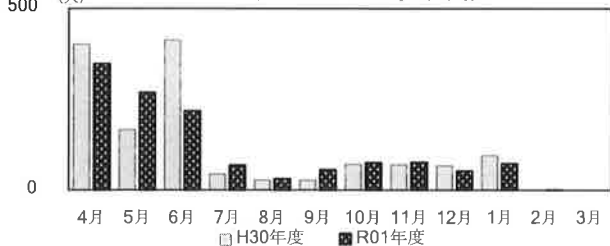
	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
受診勧奨判定値	70.1	71.2	71.1	67.1	△ 3.0
保健指導判定値	29.9	28.8	28.9	32.9	3.0
[再掲]服薬なしの者					
受診勧奨判定値	41.0	42.1	41.0	37.9	△ 3.1
保健指導判定値	19.0	18.4	18.9	20.7	1.7
血糖・血圧・脂質	16.9	18.4	14.7	15.6	△ 1.3
血糖・血圧	15.8	18.6	15.1	14.3	△ 1.5
血糖・脂質	4.1	3.9	3.0	3.3	△ 0.8
血圧・脂質	9.8	9.0	12.5	13.6	3.8
血糖のみ	9.6	11.7	6.3	7.1	△ 2.5
血圧のみ	21.1	17.9	24.7	21.7	0.6
脂質のみ	5.1	4.2	4.7	4.6	△ 0.5

*リスク保有：血糖、血圧、脂質のいずれか1つ、あるいは2つ以上保有

*特定健診受診者数： H28年度 1,399 人、 H29年度 1,215 人、 H30年度 1,383 人、 R01年度 1,271 人

*KDB:健診ツリー図(CSV)

500 (人) 特定健診 月別受診者数



*KDB:保健指導対象者一覧(CSV)

個別保健事業【評価】
中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 串本町

事業名： 特定健診未受診者勧奨事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋			事業企画			
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>特定健診の受診率は毎年数ポイントずつ伸びているが、平成28年度速報値では国・県平均よりやや低い率に留まっている。</p> <p>特定保健指導の実施率は、平成27年度で国平均より上位となっているが、平成28年度速報値では国・県平均より低くなっている。</p> <p>また、受診者のメタボ該当・予備群も全体の4分の1と多くなっている。</p> <p>つまり串本町は、特定健診受診率が低い上に、LDLコレステロール、血圧、尿酸の有所見率も高く、メタボ該当者・予備群が増加傾向にあるが特定保健指導実施率も低い、という状況にあり、生活習慣改善への取り組みが早急に必要である。</p>	<p>生活習慣病の有病者数が約2,500人と国保加入者の4割以上を上り、その中で最も多いのは高血圧である。高血圧に係る医療費も全体の5.6%と同規模保険者よりも大きい数値となっている。メタボ該当者においても血圧リスク保有者が最も多い。</p> <p>脂質異常症も医療費に占める割合が同規模保険者より高く、健診でのリスク保有率も高い状況にある。</p> <p>健診結果におけるHbA1cの有所見者も比較的多く、糖尿病の総医療費は高い状態にある。</p> <p>一方、特定健診の受診率は31.0%と県平均未満であり、加入者が自身の健康状態を正確に把握し、生活習慣病を予防するために健診受診率を向上させる取り組みが必要である。</p>	<p>【目的】 特定健診の受診率が低い、慢性腎不全や内分泌疾患の医療費が高い傾向にあり、生活習慣病の重症化が見逃されている恐れがある。特定健診の受診率を向上させることで、医療費の適正化を目指す。</p> <p>【目標】 特定健診未受診者への受診勧奨を強化し、医療機関との連携強化を図ることで、受診率を平成32年度で35%、平成35年度で40%まで増加させる。</p> <p>【数値目標】 H29年度： H30年度：30.0% R1年度：34.0%</p> <p>*H28年度（実績） 31.0%</p>	<p>1. 集団健診に申し込みをしたが未受診だった方：100人</p> <p>2. 未受診のうち、受診する可能性が高い方（過去に受診歴あり）：200人 未受診のうち、受診経験のあまりない方（3年連続未受診）：2,000人 ※令和元年度から変更</p> <p>3. 実施期間が残り2カ月になった時点で未受診の方： 3,000人 ①個別健診開始前及び②実施期間が残り3カ月になった時点で未受診の方 ①2,500人 ②2,000人 ※令和元年度から変更</p>	<p>1. 4月～7月</p> <p>2. 12月</p> <p>9～10月</p> <p>3. 11月</p> <p>①5月末 ②9月末</p>	<p>1. 申し込んだものの受診せずにキャンセルした方に電話をかけ、受診勧奨する</p> <p>2. 過去に受診歴があるなど、受診の可能性が高い未受診者に対し、電話で勧奨を行う。国保事業により行う。</p> <p>過去に受診歴がないような未受診者に対し、電話で勧奨を行う。国保事業により行う。</p> <p>3. 資料郵送による勧奨は未受診者全員に行い、推定される未受診の理由に応じて複数種類の通知を作成する。</p>	<p>1. 【実施体制】 保健センター 【方法】（役割分担） 集団健診を実施した翌日に電話をかける。</p> <p>2. 【実施体制】 保健センター・在宅保健師の会（国保連） 【方法】（役割分担） 対象者に電話をかける。</p> <p>3. 【実施体制】 住民課国保係 【方法】（役割分担） 未受診理由を分析し、理由毎に内容を変えた勧奨資料を送付する。</p>

* 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点	ストラクチャー評価 （しくみ、実施体制づくり）	プロセス評価 （準備、手順、支援内容）	アウトプット評価 （実施人数、実施率）	アウトカム評価 （保健事業の成果目標）	総合評価 （事業目標の達成状況 考察・課題と改善点）
	<p>目標</p> <p>数値目標</p>	<p>1. 保健師・管理栄養士3人 2. 在宅保健師2人 3. 予算400万円の確保</p>	<p>1. 架電率：100%（91人） 2. 電話番号捕捉件数：1,000件 3. 資料郵送数：のべ4,500通</p>	<p>1. 通話後の再交付率：80% 2. 通話後の受診券交付率：7% 3. 受診券交付率：4%</p>	<p>特定健診受診率 R1年度：34% 対象者の勧奨後受診人数 330人内訳 1. 80人 2. 70人 3. 180人</p>
<p>結果・達成状況</p> <p>数値目標の内訳 達成状況</p>	<p>1. ～3. 確保することができた。（達成）</p>	<p>1. 100%（91人）（達成） 2. 1,277件（達成） 3. ①2,353通 ②2,053通 計4,406通（達成） ※目標値は4,500としているがおおよその数値であるため、実際の対象者に送付はできた。</p>	<p>1. 61.5%（未達成） 2. 11.5%（達成） 3. 3.6%（未達成）</p>	<p>特定健診受診率 R1年度：31.9%（未達成） 受診承諾者数 1. 56人（未達成） 2. 133人（達成） 3. 162人（未達成）</p>	

自己評価(振り返り)	工夫した点 上手くいった点	1. 2. 人員の不足については、在宅保健師への協力依頼等により確保することができた。 3. 予算については、国の特別交付金があるため、確保しやすかった。	1. 健診申込時に連絡先を把握しているためスムーズに実施できた。	1. 当日中に連絡することで、受診意欲のあるうちにアプローチすることができた。 2. 3. 勧奨通知委託業者との連携により、通知発送直後の電話勧奨が実施できたことで、受診意欲を高めることができた。	2. 健診無関心層にも積極的にアプローチすることで、新規受診者を増やすことができた。	業を企画する上で1.~3.の既存事業も継続するにあたり、マンパワー不足となってしまうためにも、委託業者を活用し、委託できる事業を企画していきたいと考える。
	理由 計画通り進まなかった点	2. 当初の予定人数では、既存業務での人員配置となっていたため、電話勧奨まで業務をこなすことが困難であった。	2. 無関心層への連絡先の把握に苦労した。 3. 年度当初に健診日程が集中している中で、大型連休や元号改正があり、集団健診受診への勧奨が間に合わなかった。		3. 住民が勧奨通知に慣れてしまい、反応が少なくなっている。	

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 串本町

事業名： 特定保健指導利用動奨事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋			事業企画			
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>健診の受診率は毎年数ポイントずつ伸びているが、平成28年度速報値では国・県平均よりやや低い率に留まっている。</p> <p>特定保健指導の実施率は、平成27年度で国平均より上位となっているが、平成28年度速報値では国・県平均より低くなっている。</p> <p>また、受診者のメタボ該当・予備群も全体の4分の1と多くなっている。</p> <p>つまり串本町は、特定健診受診率が低いうえに、LDLコレステロール、血圧、尿酸の有所見率も高く、メタボ該当者・予備群が増加傾向にあるが特定保健指導実施率も低い、という状況にあり、生活習慣改善への取り組みが早急に必要である</p>	<p>メタボ該当者・予備群は健診受診者の約26%を占め、血圧、LDLコレステロール、尿酸の有所見者が多い傾向にあるが、特定保健指導の実施率も24.0%と県平均の29.8%より低くなっている。国保加入者の生活習慣改善のために実施率向上に取り組む必要がある。</p>	<p>【目的】 生活習慣病にかかる医療費が高い傾向にあり、加入者の生活習慣の改善、自己管理への認識改善を目指す。</p> <p>【目標】 特定保健指導対象者への利用動奨を強化し、実施率を平成32年度で27%、平成35年度で30%まで増加させる</p> <p>【数値目標】 H29年度： H30年度：25% R1年度：26% *H28年度（実績） 24.0%</p>	<p>1. 集団健診受診者で保健指導 対象者：150人 2. 個別健診受診者で保健指導 対象者：50人</p>	<p>1. 通年 2. 通年</p>	<p>1. 面談で行っている結果説明会にて実施・動奨を行う。説明会欠席の方には電話・はがきで複数回動奨する。</p> <p>2. 結果説明会が無いため、文書による通知（H30年度から開始）で動奨を行う。また、保健指導修了者には町内商店街で使える商品券進呈事業を実施する。</p>	<p>1. 実施主体：保健センター対象者に面談、欠席者には電話・はがきで動奨を行う。</p> <p>2. 実施主体：保健センター対象者に通知で動奨を行う。</p>

※ 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点	ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 (事業目標の達成状況 考察・課題と改善点)
目標 数値目標	人員・郵送料の予算の確保	対象者への動奨実施率100% 1. 説明会 100% 電話等 100% 2. 通知 100%	動奨者の保健指導利用者数 1. 45人 2. 10人	特定保健指導実施率 令和1年度：41%	【事業目標の達成状況】 効果的であった昨年度までの取り組みを継続することで、一定以上の実施率を確保することができており、令和元年度の目標は達成している。また、データヘルス計画上の保健指導目標値30%は既に超えているため、目標値の上修正が必要となる。 最終の目標値は、令和元年度実績を維持しつつ、更に高い実施率としたい。
結果・達成状況 数値目標の達成状況	確保できた。(達成)	1. 92人(100%)(達成) 2. 81人(100%)(達成)	1. 74人(達成) (実施率80.4%) 2. 23人(達成) (実施率28.4%)	57.1%(達成)	【事業内容毎の評価】 1については、結果説明会を実施する関係で高い傾向にある。引き続き実施方法を継続する。 2については、指導率が徐々に上がってきているが、実施率が低い傾向にある。 個別健診後の保健指導の動奨についても、利用率増加につながるための効果的なインセンティブの検討や保健指導会場の選定などを工夫する必要がある。
自己評価(振り返り) 工夫した点 上手くいった点	職員で対応しきれない部分については、在宅の栄養士に協力を依頼した。	1. 面談機会を有効利用することができた。 2. これまで当初結果通知時に希望者のみに動奨を行っていたが、希望の有無に関わらず動奨を行った。 電話による問い合わせでも、動奨を行うなど、可能な限り指導動奨できるよう努めた。	1. 結果説明会の流れで栄養指導も受けてもらえるように、事前に書類を案内した。 2. 面接日はできるだけ対象者の都合に合わせて。	1. 一連の流れで動けるようになってきているため、実施がスムーズに行えている。	総評として、今後も継続して実施し、特に個別健診受診者に

理由 計画通り進まなかった点			1. 2. 利用者数の増加と時間調整により、対応できる職員にかかる負担が増加している。	個別健診受診者に関しては、実施率が低調であり、向上が見込まれるような取組が必要となる。	対する勧奨を強化していくことで、さらなる実施率の向上に努める。
-------------------	--	--	---	---	---------------------------------

個別保健事業【評価】

中間評価（平成29年度～令和元年度）

保険者名： 申本町

事業名： CKD 医療機関受診勧奨事業

事業と健康課題の関係 ※データヘルス計画から抜粋			事業企画			
現状	課題	事業目的・目標	対象者	実施期間	事業内容	実施体制・方法
<p>生活習慣病の医療費では慢性腎不全の比率が最も高くなっている。透析患者数も、国保加入者が減少傾向にあるにもかかわらず、横ばいのままである。</p> <p>医療費全体では、平成28年度は平成27年度より医療費総額、1人あたり医療費ともに減少したが、平成28年度よりは増加しており、長期的には増加傾向にある。また、慢性腎不全・糖尿病の外来総医療費は逆に平成27年度よりも増加している。</p> <p>生活習慣病有病者が最も多いのは高血圧で、医療費も生活習慣病では2番目に高くなっている。</p> <p>以上の点から、医療費では非常に大きくさらに増加傾向にある慢性腎不全について、これ以上患者を増やさない対策が急務と考える。</p>	<p>慢性腎不全の医療費が高く、患者数も多い状況にあり、生活習慣病の中でも特に腎不全重症化予防に取り組む必要がある。健診結果で腎機能低下の恐れがある方を確実に医療機関受診へとつなげる仕組みが必要である。</p>	<p>【目的】 申本町国保の人工透析にかかる医療費は、国・県・同規模保険者と比較しても大幅に高くなっており、これを抑制することが喫緊の課題である。慢性腎不全に関する健診結果数値の悪い方に対し、放置による重症化予防を行うことで透析開始に至らないようにする。</p> <p>【目標】 ①腎機能低下の恐れのある方への医療機関受診勧奨を強化（勧奨後の受診率 50% を目標とする）し、放置による症状悪化を防止することで、平成35年度中の新規透析開始人数を3人まで減少させる。</p> <p>【数値目標】 H29年度： H30年度：4人（50%） R1年度：4人（50%） ※①内の数値は、勧奨後の医療機関受診率 * H28年度（実績） 4人 ※勧奨後の受診率については、新規事業のため28年度は実績なし</p>	<p>・特定健診の検査結果で次の基準のいずれかを満たす方：40人</p> <p>eGFR：50ml / 分/1.73㎡未満</p> <p>尿蛋白：+以上</p> <p>HbA1c：6.5%以上（治療の有無問わず）</p>	<p>通年</p>	<p>対象者に医療機関受診勧奨を行い、必要に応じてかかりつけ医から専門医へ紹介してもらう。</p>	<p>・保健センター 特定健診受診結果で基準を満たす方に対し、結果説明会時に医療機関受診勧奨。 医師会・専門医から保健指導の依頼があれば、保健指導を実施する。</p> <p>・かかりつけ医（町内医師会） 通院中患者でより専門的な治療が必要と判断した場合、専門医に紹介（判断基準の講習会実施済み）。 保健指導が必要と判断した場合は保健センターに連絡。</p> <p>・専門医 保健センター・かかりつけ医から紹介があれば治療を実施。</p>

* 上記、H30～R1年度に追加・変更した事業を赤字で記入

評価の観点	ストラクチャー評価 (しくみ、実施体制づくり)	プロセス評価 (準備、手順、支援内容)	アウトプット評価 (実施人数、実施率)	アウトカム評価 (保健事業の成果目標)	総合評価 (事業目標の達成状況 考察・課題と改善点)
目標 数値目標	<p>①人員・郵送料の予算確保</p> <p>②糖尿病性腎症重症化予防圏域別検討会に参加</p>	<p>対象者への受診勧奨実施率 100%</p> <p>※勧奨人数÷対象者数=実施率</p>	<p>勧奨後の医療機関受診率 50%</p> <p>※医療機関受診人数÷勧奨人数=医療機関受診率</p>	<p>年間の新規透析開始人数：4人（年間）</p>	<p>【事業目標の達成状況】 新規透析開始人数が2人と令和元年度は目標達成できた。最終年度の目標は現状達成できる見込みであるが、新規開始者は健診を受けていなかったことから、未受診者勧奨の取り組みを強化していく必要があり、最終年度目標値については現状維持としておく。</p>
結果・達成状況 数値目標の達成状況	<p>①確保できた（達成）</p> <p>②参加した（達成）</p>	<p>勧奨人数：77人 対象者：77人 実施率 100%（達成）</p>	<p>医療機関受診人数 43人 勧奨人数 77人 受診率：55.8%（達成）</p>	<p>2名（達成）</p>	<p>【事業内容毎の評価】 勧奨後の受診率が低いため、レセプト確認回数を増やすことで、勧奨対象の状況を随時把握し、電話や郵便などによる再勧奨が必要。</p>
自己評価（振り返り） 工夫した点 上手くいった点		<p>集団健診の受診者には、基準に該当する方に対して精検票を出しており、医療機関を受診した場合、その結果が申本町に返却されるようになっているため、受診の有無の把握がしやすい。</p>		<p>当事業対象者や、健診受診者から新規開始者が出ていない。</p>	<p>また、特定健診の結果のみならず、レセプトの請求情報も活用して対象者を抽出し、治療中断者等に受診勧奨を実施していくことで、さらに新規透析開始人数の減少に努めていく。</p>

理由 計画通り進まなかった点			1回の通知勧奨では、医療機関を受診しない人もいる。		
-------------------	--	--	---------------------------	--	--