

大淀町国民健康保険第2期データヘルス計画
中間評価

1. はじめに

データヘルス計画とは、特定健康診査やレセプトデータ等の健康・医療情報のデータ分析に基づき、効果的かつ効率的な保健事業を実施するための保健事業計画です。

平成25年（2013）年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「すべての健康保険組合に対してデータヘルス計画の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。これを受けて、平成26年（2014）4月には、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、市町村国保もデータヘルス計画を策定したうえで、保健事業の実施及び評価を行うものとされました。

2. データヘルス計画の概要

本町においても、平成31年3月に第2期大淀町国民健康保険保健事業実施計画（国保データヘルス計画）を策定し、保健事業を実施してきました。

本計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用しているところです。

また、関係する計画との整合性を図るため、国指針の第4の5において、「特定健診等実施計画や健康増進計画との整合性も踏まえ、複数年とすること」を踏まえ、大淀町国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画、大淀町健康増進計画（第2次）、第3期奈良県医療費適性化計画と同じ平成30年度から平成35年度（令和5年度）までとしています。

3. データヘルス計画の中間評価・見直しの目的

平成31年3月に第2期データヘルス計画を策定し、被保険者の健康の保持増進を図るべく、様々な事業を推進してきました。計画策定から2年が経過したことから、進捗を評価し、事業効果を高めるための改善点、社会情勢等の変化に伴い、計画の変更が必要になった事業については見直しを行うこととしました。今後、後半の期間で、最終的な事業や計画の目的・目標達成に向けた体制を再構築します。

奈良県では、平成30年度に国民健康保険団体連合会に国保事務支援センターを設置し、県内市町村国保業務及び保健事業の共同化、医療費適正化の具体的な取組の推進を図っています。本町においても、積極的に共同事業に参加し効率的・効果的に事業を推進しているところです。

このように、計画策定時点では設置されていなかった機能が稼働し、国保事業推進に係る体制は大きく変化しています。今後、事業の推進に当たっては、奈良県及び国保連合会との連携を強化するとともに、庁内関係課との連携した保健事業の推進を図り、被保険者の健康寿命の延伸、QOLの向上を図ります。

4. 中間評価の方法

【個別事業の評価】

1. それぞれの評価指標について策定から現時点までの実績をベースライン値と比較し、最終目標の達成が見込めるか否かを判定しました。ただし、A判定であっても、現状のままでは最終評価までに目標達成が見込めない場合は「A*」と表示しました。

評価判定	ベースライン値との比較
A	改善している
B	横ばい
C	悪化している
D	評価困難

2. 指標が改善しているもの、悪化しているもの、それぞれについて成功要因と未達要因の検証を実施しました。
3. 2. の検証結果をふまえ、指標の見直しや目標達成のための事業内容の見直しを行い、今後の方向性を整理し、計画の後半に向けた事業（7.計画後半の事業）に、見直しの結果を反映させました。

【データヘルス計画全体の評価】

計画策定時、データヘルス計画全体の目標、指標が明確に設定されていなかったため、今回の中間評価に伴い、目標（健康寿命の延伸）と指標（健康寿命・メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の割合）を設定しました。ベースライン時点からの指標の推移を「5.全体評価」に示しています。

評価判定の基準は、個別事業の評価と同様です。

5. 全体評価

目 標 指 標	目 標 値	実 績 値					評 価
		H28	H29	H30	R1	R2	
健康寿命（65歳時平均自立期間）・男性	延伸	17.03	17.34	17.98	—※	—※	A
健康寿命（65歳時平均自立期間）・女性	延伸	20.49	20.66	20.51	—※	—※	B
メタボリックシンドロームの該当者の割合	減少	—※	16.9	16.7	17.5	18.6	C
メタボリックシンドローム予備群の割合	減少	—※	12.2	11.5	11.7	10.6	A

※H28、R1、R2の一部実績値は未発表等により記載なし

健康寿命・メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合は、中間評価から全体の指標として追加することとします。メタボリックシンドローム該当者の割合は増加傾向で推移し、メタボリックシンドローム予備軍の割合は若干の減少傾向が見受けられます。今後も減少するよう努めていきます。また、健康寿命は、若干延伸しており、引き続き注視していきます。

6. 個別事業評価

事業名	目 標		実績値					評価	
	指 標	目標値	H28	H29	H30	R1	R2		
1	特定健康診査	実施率	60%	17.4%	20.9%	20.4%	24.4%	213.0%	A*
2	特定保健指導	利用率	30%	0%	1.4%	11.9%	0%	0%	B
		特定保健指導対象者数	50人	74人	69人	69人	72人	66人	C
3	特定健康診査受診勧奨事業	実施率	60%	17.4%	20.9%	20.4%	24.4%	21.3%	A*
4	糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）	治療勧奨対象者の医療機関受診割合	20%			58.3%	46.7%	54.5%	A
		治療勧奨対象者の健診結果数値を前年度と比較し、数値の維持または向上となった実施者の割合	20%				—	—	D
5	糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）	受診勧奨対象者の医療機関受診割合	20%			対象者無し	0%	50%	A
		前年度の受診勧奨対象者で当年度の健診結果数値が維持または向上となった人数割合	20%					—	D
6	糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）	プログラム対象者の保健指導利用率	30%			0%	0%	事業中止（※）	B
		前年度のプログラム利用者で当年度の健診結果数値が維持または向上となった人数割合					—	—	D

※…新型コロナウイルスの感染拡大のため

事業名 特定健康診査

目的		「大淀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防及び被保険者の QOL（健康寿命の延伸及び生活の質）の維持・向上を図り、医療費適正化を目的とする。
事業の概要		平成 20 年 4 月から医療保険者に義務付けられたメタボリックシンドロームに着目した健康診査を実施する。 個別健診と集団健診の両方で実施する。
評価結果	成功要因 未達要因	<p>目標指標の達成は難しい状態ではあるが、わずかずつでも受診率は向上している。</p> <p>受診率の伸びはわずかではあるが、勧奨ハガキが届く時期に特定健康診査に関する問い合わせが増えることや、その時期に受診者数が増加することから、ハガキによる勧奨は効果があると考えられる。また、令和元年度以降、医療機関からも勧奨を促していただくなど、協力が得られるようになっている。</p> <p>令和 2 年度の受診率低下は新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、集団健診を 3 回中 3 回すべて中止したことが理由と考えられる。</p>
	今後の方向性	勧奨のタイミングや回数等を検討し、事業は継続して実施。

事業名 特定保健指導

目的		「大淀町国民健康保険特定健康診査実施計画」に基づき、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すためのサポートを実施し、生活習慣病予備軍の健康状態を改善するため。
事業の概要		保健師、管理栄養士らの指導のもとに保健指導計画を作成し、生活習慣改善に取り組めるように、動機付けや定期的かつ継続的な働きかけを実施。
評価結果	成功要因 未達要因	平成 30 年度より開始した利用勧奨事業により、利用率の向上の効果があつたが、令和元年度、2 年度はコロナのため積極的な勧奨や実施ができなかった。
	今後の方向性	未利用者に対する勧奨を工夫するとともに、コロナの感染予防対策の上、実施継続していく。

事業名 特定健康診査受診勧奨事業

目的	「大淀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防及び被保険者の QOL（健康寿命の延伸及び生活の質）の維持・向上を図り、医療費適正化を目的とする。
事業の概要	特定健康診査の未受診者に対し、その特性別にデザインされた受診勧奨ハガキを郵送する。
評価結果	<p>成功要因 未達要因</p> <p>目標指標の達成は難しい状態ではあるが、わずかずつでも受診率は向上している。受診率の伸びはわずかではあるが、勧奨ハガキが届く時期に特定健康診査に関する問い合わせが増えることや、その時期に受診者数が増加することから効果があると考えられる。また、令和元年度以降、医療機関からも受診勧奨していただけるなど、協力を得られるようになっている。</p> <p>令和2年度の受診率低下は新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、集団健診を中止したことが理由と考えられる。</p>
	<p>今後の方向性</p> <p>勧奨のタイミングや回数等を検討し、事業は継続して実施。取組が重なるため、「特定健康診査」に一元化して実施する。</p>

事業名 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）

目的	特定保健指導対象外（情報提供のみ）となる糖尿病等の重症未治療者が医療機関に受診しない場合、疾病等が重症化することが考えられる。対象者に対して早期に治療勧奨を実施し、適切な治療へ繋げ、重症化させないため。
事業の概要	対象者に対して、①高血圧、②高血糖、③高コレステロール、④高中性脂肪、⑤慢性腎臓病の各項目に応じた治療勧奨文書及び治療状況連絡書を送付。返送された治療状況連絡書から対象者への治療状況の把握。
評価結果	<p>成功要因 未達要因</p> <p>対象者の大半は治療勧奨文書が届いてすぐ、または、健診受診後の早い段階で医療機関を受診している傾向にあるので、健康意識の高まりが見られる。（受診者の約80%の人が2ヶ月以内に受診）</p>
	<p>今後の方向性</p> <p>事業を継続して実施。</p> <p>指標としている「治療勧奨対象者の健診結果数値を前年度と比較し、数値の維持または向上となった実施者の割合」については、指標設定が不明確であり、経年的な評価ができないため削除する。評価指標について再検討する。</p>

事業名 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）

目的	糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防する。	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に対して、糖尿病受診勧奨通知を送付 ・受診勧奨文章送付後にレセプトデータを確認し、再勧奨または次年度の特定健診の案内を実施 	
評価結果	成功要因 未達要因	町が医療機関へ本事業説明を行ったことで、主治医の理解も得られ、治療に結びつけることができた。今後も受診していない人に対し積極的な勧奨を行うとともに、医療機関と連携しながら事業を継続する。
	今後の方向性	継続実施 評価指標を改めて設定し、引き続き目標達成に努める。

事業名 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）

目的	糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高いものに対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防する。	
事業の概要	糖尿病性腎症等で重症化するリスクの高いとされる対象者に対して、主治医と連携し、適切な保健指導を実施して生活習慣の改善に繋げる。	
評価結果	成功要因 未達要因	事業の対象となる方が少なく、さらにその中から事業参加を希望する方がいなかったこと、及び新型コロナウイルスの感染拡大の影響により事業を実施できなかった。
	今後の方向性	対象者への積極的な事業案内方法を検討するとともに、コロナ感染予防対策を行い、事業継続していく。

7. 計画後半の事業について（見直し・改善策の検討結果）

今回、各事業の指標の進捗評価を行うとともに、各事業の見直しを行いました。その結果、事業の中には評価指標の設定が不十分であったり、実施内容が計画に沿っていないものがあり、計画後半に取り組むべき事業を整理しなおしました。

計画の後半に取り組むべき事業は以下のとおりです。

事業名 特定健康診査および受診勧奨事業

目的	「大淀町国民健康保険特定健康診査等実施計画」に基づき、メタボリックシンドロームに着目した検査項目の健康診査を実施し、生活習慣病の早期発見と予防及び被保険者の QOL（健康寿命の延伸及び生活の質）の維持・向上を図り、医療費適正化を目的とする。			
事業の概要	平成 20 年 4 月から医療保険者に義務付けられたメタボリックシンドロームに着目した健康診査を個別健診と集団健診で実施する。また、未受診者に対して特性別にデザインされた受診勧奨ハガキを郵送する。			
目標・指標・目標値	区分	目標	評価指標	目標値
	アウトカム (成果)	特定健康診査実施率向上	特定健康診査実施率	30% (町総合計画の指標)
	アウトプット (保健事業の実施量)	特定健康診査未受診者に対し、受診勧奨はがきを送付する。	受診勧奨実施率	100%
		集団健診にて受診できる機会を増やす	集団健診実施回数	4 回/年
	プロセス (保健事業の実施過程)	・未受診者への通知を適切な時期に実施する。	勧奨通知送付時期	集団健診の 2 カ月前
・通知対象者の特性に応じた勧奨ハガキを送付する		受診勧奨者の受診率	30%	
ストラクチャー (保健事業の実施体制を整えているか)	事業委託業者、国保連合会との連携を密にする	・事業委託業者、国連合会との連携回数	打ち合わせ等 2 回/年	
		・医師会、医療機関との連携回数	1 回/年	

事業名 特定保健指導

目的	「大淀町国民健康保険特定健康診査実施計画」に基づき、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すためのサポートを実施し、生活習慣病予備軍の健康状態の改善を目指す。			
事業の概要	保健師、管理栄養士らの指導のもとに保健指導計画を作成し、生活習慣改善に取り組めるように、動機付けや定期的かつ継続的な働きかけを実施。			
目標・指標・目標値	区分	目 標	評価指標	目標値
	アウトカム	特定保健指導利用率の向上、特定保健指導該当者数の減少	特定保健指導実施率 保健指導該当者	30% 50 人以下
	アウトプット	特定健康診査未受診者に対し、受診勧奨はがきを送付する。	利用勧奨実施率	100%
	プロセス	・未利用者への通知を適切な時期に実施する。	・未受診者への通知を適切な時期に実施する	11 月、2 月
	ストラクチャー	・事業委託業者、国保連合会との連携を密にする	・利用勧奨した者の利用率 ・事業委託業者、国連合会との連携 ・医師会、医療機関との連携	30% 打ち合わせ等 2 回/年

事業名 糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）

目的	糖尿病等の重症化を予防するため、対象者に対して早期に治療勧奨を実施し、適切な治療へ繋げる。			
事業の概要	対象者に対して、治療勧奨文書を送付する。			
目標・指標・目標値	区分	目 標	評価指標	目標値
	アウトカム	レッドカード該当者率の減少	該当者割合	3%
	アウトプット	レッドカード該当者に対して、受診勧奨通知を送付。	受診勧奨実施率	100%
	プロセス		受診勧奨者の受診率	80%
	ストラクチャー	医療機関および国保連合会との連携を密にする。	・国保連合会と連携（打ち合わせ回数等） ・医療機関との連絡	2 回

事業名 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（受診勧奨）

<p>目 的</p>	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨を行うことにより治療に結びつけ、糖尿病の重症化予防、心筋梗塞、脳梗塞等の発症を予防する。</p>							
<p>事業の概要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 該当者に対し、受診勧奨通知を送付 ・ 受診勧奨文章送付後に、レセプトデータを確認し、再勧奨または次年度の特定健診案内を実施。 <p>抽出基準 以下のⅠ．Ⅱ．に該当する被保険者を対象とする。</p> <table border="1" data-bbox="470 622 1428 853"> <thead> <tr> <th data-bbox="470 622 965 674">抽出基準Ⅰ（未受診者）</th> <th data-bbox="965 622 1428 674">抽出基準Ⅱ（中断者）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="470 674 965 853"> <p>過去 3 年間に於ける直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、前年に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</p> </td> <td data-bbox="965 674 1428 853"> <p>過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</p> </td> </tr> </tbody> </table>				抽出基準Ⅰ（未受診者）	抽出基準Ⅱ（中断者）	<p>過去 3 年間に於ける直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、前年に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</p>	<p>過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</p>
抽出基準Ⅰ（未受診者）	抽出基準Ⅱ（中断者）							
<p>過去 3 年間に於ける直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているものの、前年に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</p>	<p>過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</p>							
<p>目 標 ・ 指 標 ・ 目 標 値</p>	<p>区分</p>	<p>目 標</p>	<p>評価指標</p>	<p>目標値</p>				
<p>アウトカム</p>		<p>糖尿病未受診者、治療中断者の減少</p>	<p>該当者割合</p>	<p>0%</p>				
<p>アウトプット</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者に対し、受診勧奨通知を送付 ・ 受診勧奨通知を送付しても未受信者に対し、電話または郵送による再勧奨を実施 	<p>受診勧奨実施率</p>	<p>100%</p>				
<p>プロセス</p>			<p>受診勧奨者の受診率</p>	<p>50%</p>				
<p>ストラクチャー</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関、国保連合会との連携を密にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関、国保連合会との連携状況 	<p>2回/年</p>				

事業名 糖尿病性腎症重症化予防プログラム（保健指導）

<p>目 的</p>	<p>糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高いものに対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防する。</p>											
<p>事業の概要</p>	<p>糖尿病性腎症等で重症化するリスクの高いとされる対象者に対して、主治医と連携し、適切な保健指導を実施して生活習慣の改善に繋げる。</p> <p>対象</p> <p>対象者抽出基準</p> <p>以下の優先Ⅰに該当する被保険者を対象とする。なお、優先Ⅰにて該当者がいない場合など、実情に応じて、優先Ⅱに対象者抽出基準を拡大して対応するものとする。</p> <table border="1" data-bbox="470 761 1428 1198"> <thead> <tr> <th data-bbox="470 761 933 817">優先Ⅰ</th> <th data-bbox="933 761 1428 817">優先Ⅱ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="470 817 933 929">①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上</td> <td data-bbox="933 817 1428 929">①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 929 933 1019">②eGFR30~44 ml/分/1.73m²</td> <td data-bbox="933 929 1428 1019">②eGFR45~59ml/分/1.73m² 又は、</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 1019 933 1198">①②両方に該当する者</td> <td data-bbox="933 1019 1428 1198">eGFR60ml/分/1.73m² 以上かつ尿蛋白(2+)以上 ①②両方に該当する者</td> </tr> </tbody> </table>				優先Ⅰ	優先Ⅱ	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上	②eGFR30~44 ml/分/1.73m ²	②eGFR45~59ml/分/1.73m ² 又は、	①②両方に該当する者	eGFR60ml/分/1.73m ² 以上かつ尿蛋白(2+)以上 ①②両方に該当する者
優先Ⅰ	優先Ⅱ											
①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上											
②eGFR30~44 ml/分/1.73m ²	②eGFR45~59ml/分/1.73m ² 又は、											
①②両方に該当する者	eGFR60ml/分/1.73m ² 以上かつ尿蛋白(2+)以上 ①②両方に該当する者											
<p>目標・指標・目標値</p>	<p>区分</p>	<p>目 標</p>	<p>評価指標</p>	<p>目標値</p>								
	<p>アウトカム</p>	<p>糖尿病性腎症重症化リスクが高い者の減少</p>	<p>保健指導対象優先Ⅰに該当する人数</p>	<p>減少</p>								
	<p>アウトプット</p>	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への参加勧奨を実施。 対象者に6か月間の保健指導を実施 	<p>参加勧奨実施率</p> <p>保健指導実施率</p>	<p>100%</p> <p>30%</p>								
	<p>プロセス</p>	<ul style="list-style-type: none"> 参加勧奨対象者選定の明確化 	<p>選定基準の妥当性</p>									
	<p>ストラクチャー</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関及び国保連合会と連絡を密にする 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関及び国保連合会との連携 <p>かかりつけ医への報告書提供</p>	<p>4回/年</p> <p>1ケースに3回</p>								

事業名 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

目的	後発医薬品の使用促進を図り、医療費の軽減に繋げ、医療費適正化に資することを目的とする。			
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品との差額がある場合に医療費差額通知を年4回（6月末、7月末、10月末、1月末）送付する。 ・後発医薬品使用促進のための啓発チラシ及びジェネリック希望シールを被保険者（世帯単位）に送付する。 ・広報紙及び町ホームページへ使用促進を啓発する記事を掲載 ・大淀あらかしテレビの文字放送へ記事を掲載 ・受付カウンターへのチラシの設置 			
目標・指標・目標値	区分	目標	評価指標	目標値
	アウトカム	使用割合の増加	使用割合	80%
	アウトプット	啓発方法を拡大する。	<ul style="list-style-type: none"> ・啓発チラシ、ジェネリック希望シールの送付率（通知数／対象世帯数） ・広報紙、ホームページへ掲載 ・大淀あらかしテレビ文字放送への掲載 	100% 1回／年 1回／年
	プロセス		<ul style="list-style-type: none"> ・通知物の内容の精査 	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関、国保連合会との連携を密にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会との連携（会議、打ち合わせの回数等） 	2回/年

8. 今後の予定と最終評価について

中間見直し後のデータヘルス計画は、毎年目標達成に向け努力するとともに、計画の最終年度である令和5年度に目標の達成状況及び事業の実施状況などに関する検証を行い、最終評価を行います。評価結果は、令和6年度からの第3期データヘルス計画に反映させることとしています。