

**斑鳩町国民健康保険第1期データヘルス計画
中間評価**

1. はじめに

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、保険者が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価を行うための基盤の整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において、「すべての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「計画」の作成・公表、事業実施、評価等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。」こととされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

これまで、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することで、「特定健康診査等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところですが、今後は、さらなる被保険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、被保険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、ポ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などが求められています。

厚生労働省では、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・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保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定してうえで、保健事業の実施・評価等を行うものとししました。

本町においても、保健事業実施指針に基づき、関係課や外部機関等と連携を図りながら、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施および評価を行うこととししました。

計画期間は、関係する計画との整合性を図るため、平成30年度から令和5年度（平成35年度）までとしています。

2. データヘルス計画の概要

本計画では、保有している医療や健康のデータを活用しながら、被保険者の健康課題を分析し、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、ポ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ることで、被保険者の健康増進を推進し、医療費適正化を図ることを目的としており、被保険者の健康寿命を延伸することを目標とします。

本町において、健康寿命を延伸するための課題・対策は以下の通りです。

・生活習慣病の予防対策

男女とも40代になると生活習慣病対象者が増加し、50代には複数の生活習慣病因子を持つ人が増えるため急増する傾向にある。男女とも、生活習慣病の中では、高血圧や脂質異常が大きな要因となっている。

・特定健康診査の受診率向上

特定健診の受診率は年度を追うごとに上がってきているが、横ばいとなっている。男女とも、60歳代以上の受診率が高く、働き盛りの40・50歳代は低い状況にあります。

・生活習慣病の重症化予防

糖尿病等の生活習慣病の重症化を予防するために、メタボリックシンドロームに着目し、該当者や予備軍者をいかに減少させるかが課題です。

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1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3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。本市においても、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まれ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ませんでした。今回の中間評価に伴い、「2. 計画の概要」に示す通り、被保険者の健康寿命の延伸を目標に設定しました。ベースライン時点からの男女別健康寿命の推移を「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。

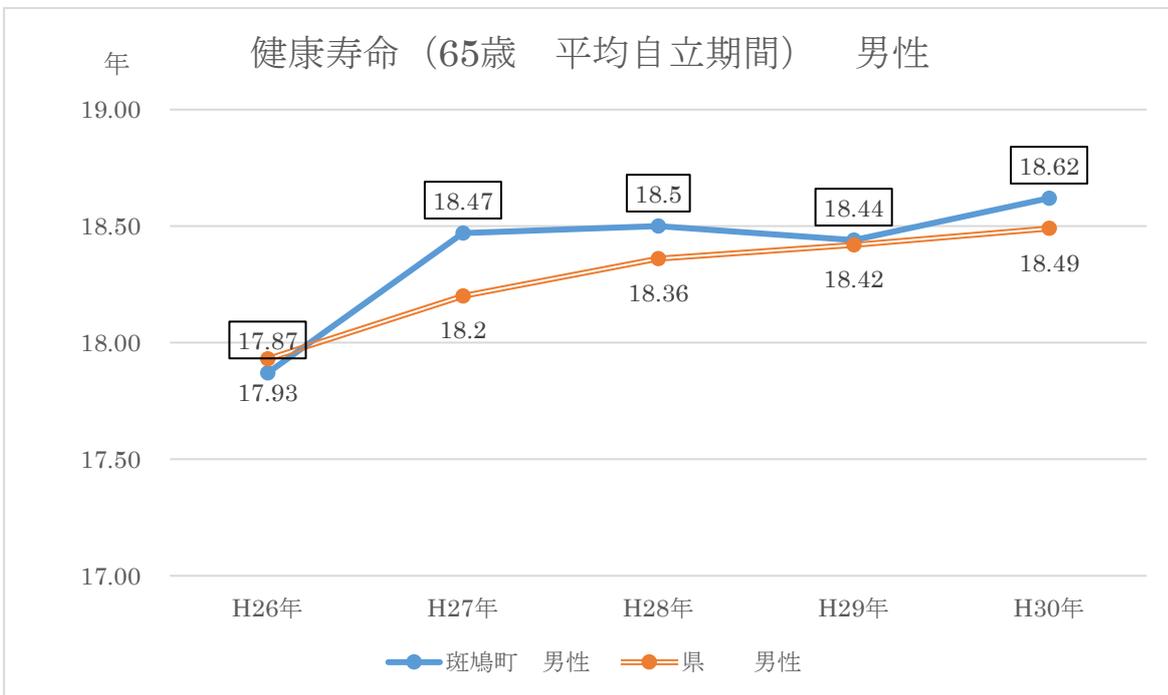
5. 全体評価

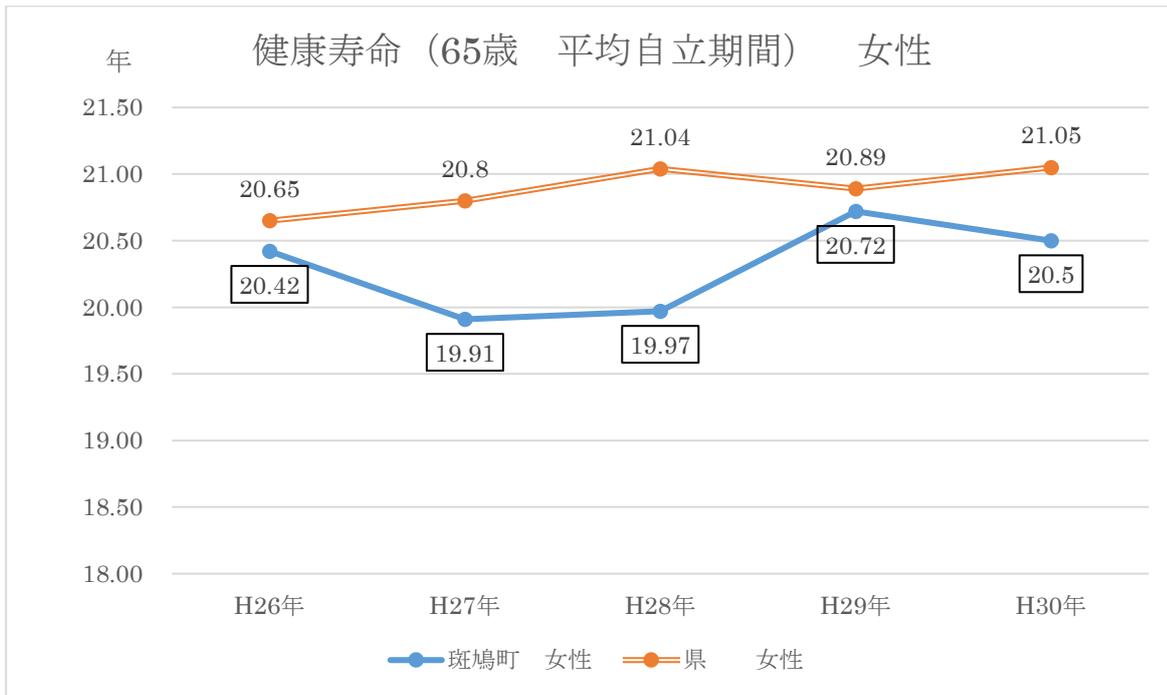
○健康寿命

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	18.50	18.44	18.62	※	※	A
健康寿命（65歳時平均自立期間）・女性	延伸	19.97	20.72	20.50	※	※	B

出典：奈良県資料「市町村別65歳時の健康寿命（平均自立期間）」より

※健康寿命は、中間評価から全体の指標として追加する。なお、R1・R2の実績値は未発表のため記載なし。





全体の指標として、健康寿命は、男性の健康寿命は県平均より長く、平成26年から30年の4年間で0.75年延伸しています。女性は県平均より短く、平成30年では0.55年短い。平成29年には計平均に近づきましたが、平成30年には再び差が開いています。

6. 個別事業評価

上記目標を達成するための保健事業									
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	受診率	増加	34.9%	35.0%	36.5%	35.2%	33.5%	A *	
	対前年度継続受診率	維持	-	-	-	-	-	D	
	新規受診者数	増加	-	-	-	-	-	D	
	健診結果説明会への参加者数(*)	増加	-	93人	88人	89人	45人 ※感染予防のため募集人数縮小	C	
2 特定保健指導	新規参加者数	増加	-	-	-	-	-	D	
	保健指導対象者数	減少	179人	177人	176人	162人	152人	A	
3 生活習慣病予防	啓発参加者数	増加	1,043人	797人	422人	662人	710人	B	
	講演会・出前講座参加者数(*)	増加	505人	439人	549人	603人	46人	D	
	レッドカード対象者数	減少	-	-	55人	66人	49人	A	

* R2は新型コロナウイルス感染症の影響により募集人数等を縮小したため評価に入れない。

事業名 特定健康診査の受診率の向上

<p>目 的</p>	<p>特定健康診査の受診率を向上させることで、メタボリックシンドロームを早期発見し、生活習慣病の予防を図る。</p>
<p>事業の概要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者対策（前年度の結果を踏まえた事業の分析、検討等） ・継続受診対策（受診勧奨通知の実施、国保手続き時に窓口での勧奨） ・受診体制の充実（集団健診・結果説明会の継続、人間ドック受診への助成） ・健診機会の周知（若い世代への個別通知） <p>継続受診や受診体制、健診機会の周知のために広報啓発や医療機関への協力依頼を実施する。</p>
<p>評価結果</p>	<p>成功要因 未達要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診率 受診勧奨通知の送付や実施・継続受診を促す結果説明会を実施することで受診率の向上が見受けられたが、令和元年度より新型コロナウイルス感染症の影響で受診率は減少傾向にある。 ・ 対前年度継続受診者数・新規受診者数 特定健康診査対象者数の増減により、継続受診者数や新規受診者数は変動することから、事業の評価が困難である。 ・ 健診結果説明会参加者数 結果説明会は、健康づくりに関する講演会と同時開催のため、国保被保険者以外の参加も含まれる。そのため、説明会の参加者数では事業の評価が困難である。
<p>今後の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業は一部を除き、継続して実施。評価指標を変更、追記する。 ・ 受診率の目標値を明確にしていなかったため、斑鳩町国民健康保険特定健康診査等実施計画の指標と整合性をもち、目標値を60%とし、向上を図る。 ・ 受診率向上に向け、休日健診実施の継続や過去の受診歴などを踏まえて階層化を行い、階層に応じた内容の勧奨を国保事務支援センターと協働して実施する。 ・ 「新規受診者数」「継続受診者数」は評価が困難であり、「新規受診者数」「継続受診者数」が増加することで、「受診者数」も増加することから、今後は「健診受診率」として評価していく。 ・ 評価指標の「健診結果説明会参加者数」は、事業の評価が困難であり、今後は勧奨ハガキの送付等を行い、「受診勧奨率」として評価していく。 ・ その他の指標も追加する

事業名 特定保健指導の実施率の向上

目的	特定保健指導の実施率を向上させることで、生活習慣病該当者及び予備群の減少を図る。
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 健康機器を利用し、効果的な保健指導を実施する。 医療機関への協力依頼を行い、保健指導の利用促進を図る。 保健指導未利用者への個別通知を実施する。
評価結果	<p>成功要因 未達要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健指導対象者数 保健指導対象者数は、健診受診者数の増減により影響されると考えられるため評価が困難である。 新規参加者数 特定保健指導対象者数の増減により、新規参加者数は変動することから事業の評価が困難である。
	<p>今後の方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業は継続して実施。評価指標を変更、追記する。 保健指導実施率は、実績は増加傾向にあるが目標値を明確にしていなかったため、斑鳩町国民健康保険特定健康診査等実施計画の指標と整合性をもち、目標値を60%とし、向上を図る。 今後は体制強化に加えて、内容の充実も図っていく。 「保健指導対象者数」は、評価が困難であるため、今後は「保健指導対象者率」及び「内臓脂肪症候群該当者割合」として評価していく。 「新規参加者数」は、評価が困難であるため、今後は「保健指導利用勧奨率」として評価していく。 その他の指標も追加する

事業名 生活習慣病の予防対策

目的	生活習慣病の早期発見および重症化予防
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動・運動や食生活での取組と合わせ、パネル展示やポスター掲示にて生活習慣病予防のための知識の普及啓発を行う。 多職種で連携を図り、講演会の開催や地域での教室の実施などの健康教育を実施する。 生活習慣病の発症リスクのある人に、医療機関と連携し、重症化予防を行う。
評価	<p>成功要因 未達要因</p> <ul style="list-style-type: none"> 啓発参加者数、講演会・出前講座参加者数 生活習慣病予防による啓発として、新型コロナ感染拡大以前はイベントを実施していたが、感染予防を考慮し人数制限や広報での案内や展示として実施している。 生活習慣病の重症化リスク者（レッドカード対象者）

評価結果		対象者は減少傾向にあるが、特定健診受診者の中から対象者を抽出しているため、健診受診者数の減少が影響することから、「レッドカード対象者数」は評価指標としては適していない。
	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・事業は一部を継続して実施。評価指標を変更、追記する。 ・啓発参加者数、講演会・出前講座の参加者数については、対象を全町民として実施しているため今後は健康増進計画の中で評価していくこととする。 ・生活習慣病の重症化リスク者（レッドカード対象者）については、今後は「対象者割合」や「医療機関受診率」などを評価指標として評価していく。

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ないものがあり、計画後半に重点的に取り組むべき事業を整理しなおしました。また本計画の目標達成に向け、新たに取り組む事業についても追加しました。

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	特定健康診査の受診率を向上させることで、メタボリックシンドロームを早期発見し、生活習慣病の予防を図る。			
事業の概要	○40歳以上の国民健康保険被保険者を対象とした特定健康診査の実施 ○受診勧奨事業 <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者対策（国保事務支援センターと協力して対象者を階層化し、圧着はがきによる勧奨や再勧奨通知を実施） ・継続受診対策（受診勧奨通知の実施、健診結果説明会の実施） ・受診体制の充実（集団健診の実施、休日健診の実施、人間ドック受診への助成） ・健診機会の周知（広報等での啓発、医療機関との連携・情報共有） 			
目標・指標・目	区分	目標	評価指標	目標値
	アウトカム	受診率の向上を図る	健診受診率	60%
アウトプット	・事業対象者へ全数受診勧奨する	・未受診者へ受診勧奨を実施する	・受診勧奨率	100%
			・未受診者への受診勧奨率	100%

標 値	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勧奨の時期・内容を適切にする ・ 未受診者の勧奨後の受診率の向上を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通知時期や内容を検討する機会を設ける ・ 未受診者の勧奨後の受診率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通知時期や内容を検討する ・ 25%
	ストラクチャー	関係機関と連携し、医師より勧奨を行うことで、受診率の向上を図る	町内委託医療機関への受診勧奨依頼率（年度当初に実施）	100%

事業名 特定保健指導および利用勧奨事業

目 的	特定保健指導の実施率を向上させることで、生活習慣病該当者及び予備群の減少を図る。			
事業の概要	<p>○特定健康診査の結果から特定保健指導対象者を特定し、面談や電話により生活習慣や検査値が改善されるよう保健師や管理栄養士などの専門職による支援を実施。</p> <p>○特定保健指導利用勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導対象者の結果送付時に健診結果を踏まえたメッセージを同封 ・ 特定保健指導未利用者に対し、電話等を用いて個別勧奨 ・ 国保事務支援センターと協同して未利用者勧奨ハガキを送付 ・ 保健指導内容の充実（健康機器測定の実施、専門職で情報を共有、保健指導資材の検討） ・ 町内委託医療機関と連携・情報共有 			
目 標 ・ 指 標 ・ 目 標 値	区分	目 標	評価指標	目標値
	アウトカム	生活習慣病該当者、予備群割合の減少させる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導対象者割合（法定報告値より） ・ 動機づけ支援対象者+積極的支援対象者/健診実施者 ・ 内臓脂肪症候群該当者割合 ・ 内臓脂肪症候群予備群割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10%以下 ・ 17%以下 ・ 11%以下
	アウトプット	特定保健指導実施率の向上を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導実施率 ・ 特定保健指導利用勧奨率（対象者全員） ・ 未利用者への再勧奨率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 60% ・ 100% ・ 100%
	プロセス	未利用者の勧奨後の利用率の向上を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未利用者の勧奨後の利用率 	増加
	ストラクチャー	関係機関と連携し、医師より勧奨を行うことで、利用率の向上を図る	町内委託医療機関への利用勧奨依頼率（年度当初に実施）	100%

事業名 生活習慣病予防および重症化予防

目的	生活習慣病の早期発見および重症化予防を図る。			
事業の概要	<p>○生活習慣病に着目し、生活習慣病予防に関する啓発等を実施。</p> <p>○生活習慣病のリスクがある者や、生活習慣病重症化のリスクがある者に対し、医療機関への受診勧奨や生活習慣に関する知識を提供。</p> <p>・レッドカード（糖尿病等治療勧奨推進）事業</p> <p>特定健診結果で以下の条件にあてはまる対象者へ、通知を送付し、早期に受診勧奨を行う。</p> <p><対象者></p> <p>①高血圧：収縮期 180mmHg 以上又は拡張期 110mmHg 以上、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>②高血糖：HbA1c 8.0%以上（NGSP）、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>③高コレステロール：LDL コレステロール 200mg/dl 以上、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>④高中性脂肪：中性脂肪 500mg/dl 以上、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p> <p>⑤慢性腎臓病：eGFR45ml/min/1.73 m²未満、かつレセプトで治療歴がないと確認された者</p>			
目標・指標・目標値	区分	目標	評価指標	目標値
	アウトカム	レッドカード事業対象者全員に医療機関の受診を促す	レッドカード対象者の医療機関受診率	55%
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員にレッドカードを送付し受診勧奨する ・レッドカード送付後の医療機関未受診者の受診率の向上を図る ・特定健診対象者に生活習慣病に関する知識の普及 	<ul style="list-style-type: none"> ・レッドカード送付率 ・レッドカード再勧奨率 ・受診券送付時の啓発チラシの同封率 	<ul style="list-style-type: none"> ・100% ・100% ・100%
	プロセス	レッドカード対象者の受診状況を把握する	レッドカード対象者の受診状況を把握する	
	ストラクチャー	関係機関と連携・情報共有する。	<ul style="list-style-type: none"> ・町内委託医療機関への事業説明率（年度当初に実施） ・国保連合会との打合せ会議 	<ul style="list-style-type: none"> ・100% ・1回/年

事業名 糖尿病性腎症重症化予防

<p>目 的</p>	<p>被保険者の糖尿病性腎症の重症化を予防し、腎不全、人工透析への移行を阻止するとともに、心筋梗塞、脳梗塞の発症を予防する。</p>											
<p>事業の概要</p>	<p>○糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者、受診中断者について適切な受診勧奨及び保健指導の実施。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方に対して主治医の判断により、保健指導対象者を選定し、保健指導を実施。</p> <p>●受診勧奨 対象者抽出基準 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="470 683 1428 918"> <thead> <tr> <th data-bbox="470 683 965 728">抽出基準Ⅰ（未受診者）</th> <th data-bbox="965 683 1428 728">抽出基準Ⅱ（中断者）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="470 728 965 918">過去 3 年間における直近の健診で、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</td> <td data-bbox="965 728 1428 918">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</td> </tr> </tbody> </table> <p>●保健指導 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき保健指導を実施。</p> <p>対象者抽出基準 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 1243 1428 1729"> <thead> <tr> <th data-bbox="470 1243 941 1288">優先Ⅰ</th> <th data-bbox="941 1243 1428 1288">優先Ⅱ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="470 1288 941 1729"> ①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ②eGFR30～44 ml/分/1.73m² ①②両方に該当する者 </td> <td data-bbox="941 1288 1428 1729"> ①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ②eGFR45～59ml/分/1.73m² 又は、 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>				抽出基準Ⅰ（未受診者）	抽出基準Ⅱ（中断者）	過去 3 年間における直近の健診で、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	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	優先Ⅰ	優先Ⅱ	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ②eGFR30～44 ml/分/1.73m ² ①②両方に該当する者	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ②eGFR45～59ml/分/1.73m ² 又は、 eGFR60ml/分/1.73m ² 以上かつ尿蛋白(2+)以上 ①②両方に該当する者
抽出基準Ⅰ（未受診者）	抽出基準Ⅱ（中断者）											
過去 3 年間における直近の健診で、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	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											
優先Ⅰ	優先Ⅱ											
①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ②eGFR30～44 ml/分/1.73m ² ①②両方に該当する者	①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ②eGFR45～59ml/分/1.73m ² 又は、 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</p>	<p>区分 アウトカム</p>	<p>目 標 重症化リスクの高い（保健指導対象者優先Ⅰに該当）者の減少</p>	<p>評価指標 ①空腹時血糖 126mg/dl 又は HbA1c 6.5%以上 ② eGFR30 ～ 44 ml/分/1.73m² ① ②両方に該当する者</p>	<p>目標値 減少</p>								

目標値	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> 対象者への医療機関の受診を促す 対象者へ保健指導を実施する 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨、再勧奨通知率 受診勧奨後の医療機関受診率 保健指導実施率（実施数/優先Ⅰ・優先Ⅱ） 	<ul style="list-style-type: none"> 100% 33% 5%
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の受診状況を把握する 保健指導の時期や方法の適切な実施 	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の受診状況を把握する 保健指導方法、内容について担当課内で検討実施 	<ul style="list-style-type: none"> 年度末まで 年1回
	ストラクチャー	関係機関と連携、情報共有することで受診率の向上を図る	町内委託医療機関への事業説明率（年度当初に実施）	100%

事業名 ジェネリック医薬品使用促進

目的	患者負担の軽減及び医療保険財政の改善			
事業の概要	国保事務支援センターと共同で、ジェネリック医薬品の普及・啓発事業やジェネリック医薬品差額通知の送付事業を実施			
目標・指標・目標値	区分	目標	評価指標	目標値
	アウトカム	使用率の向上を図る	後発医薬品使用率	80%
	アウトプット	通知回数を最低年4回実施する	後発医薬品差額通知回数	・4回
		保険証更新時に全世帯に配布する	後発医薬品希望シール配布率	・100%
プロセス	実施方法の適切さ	通知方法、時期の検討		
ストラクチャー	最低年1回は連携する	国保事務支援センターとの連携回数	1回	

8. 今後の予定と最終評価について

第1期データヘルス計画の目標及び指標の評価達成状況については、関係課や外部機関等と連携を図りながら最終年度令和5年に評価を行うこととします。評価結果は、令和6年度からの第2期データヘルス計画に反映させることとしています。