

第1期岩出市国民健康保険データヘルス計画
中間評価

令和3年3月
岩出市

目次

1	中間評価の目的.	1
2	評価方法.	2
3	評価結果.	3
	(1) 計画全体の目標と実績値の推移.	3
	(2) 個別保健事業の目標への到達状況.	4
	(3) 個別保健事業の評価と今後の方向性.	5
4	計画全体の今後の方向性.	7
5	資料編.	9
	(1) 計画策定時からのデータの推移.	9
	(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）.	14

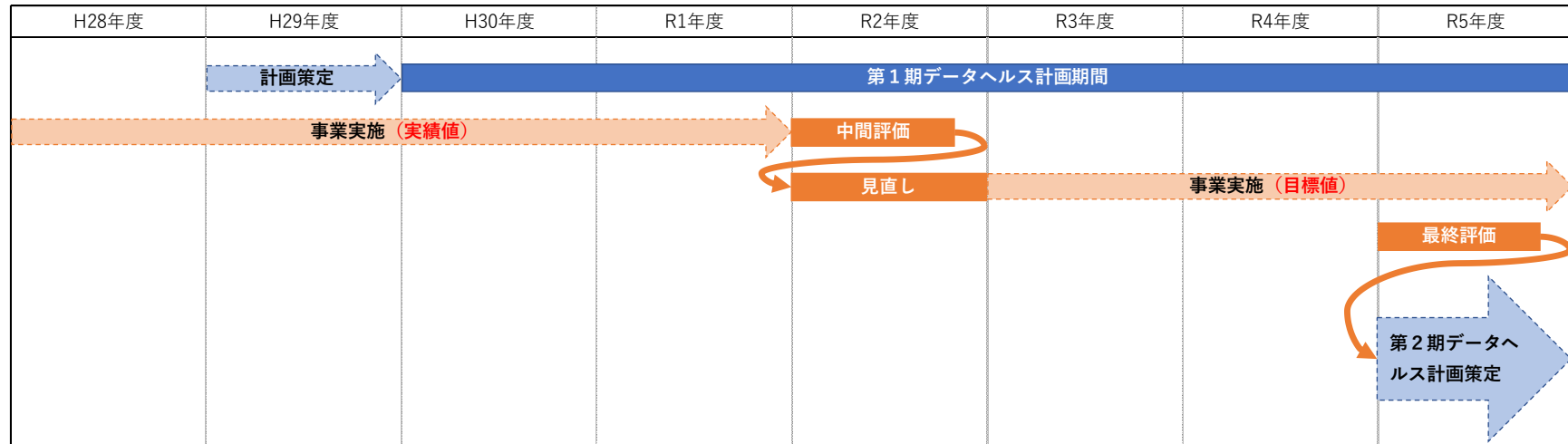
岩出市 第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）
 — 中間評価 —

1 中間評価の目的

平成30年3月に策定した第1期岩出市国民健康保険保健事業実施計画（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、計画に記載の目標に対する評価項目（短期的成果目標に対する評価項目を含む。）における実績値を収集し、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

計画に記載した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 年度の目標値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。その上で、計画の中間評価・見直しについては、保健事業支援評価委員会の助言内容を踏まえるとともに、岩出市国民健康保険運営協議会にも進捗状況を報告し、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》

被保険者が疾病予防の重要性を認識し、自らの健康状態を把握するとともに、生活習慣の改善を図り、健康の保持・増進に取り組む。

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	
メタボ該当者 特定健診受診者のうちの割合 (%)	減少	17.6%	18.9%	19.3%	20.0%	c
メタボ予備群 特定健診受診者のうちの割合 (%)	減少	11.7%	10.0%	10.6%	10.6%	a
脳血管疾患 被保険者 1,000 人当たりの患者数 (人)	減少	28.7 人	30.5 人	31.0 人	32.4 人	c
虚血性心疾患 被保険者 1,000 人当たりの患者数 (人)	減少	34.1 人	34.1 人	35.3 人	37.7 人	c
高血圧症 被保険者 1,000 人当たりの患者数 (人)	減少	199.2 人	204.4 人	203.4 人	210.0 人	c
人工透析 被保険者 1,000 人当たりの患者数 (人)	減少	3.1 人	3.2 人	3.0 人	3.0 人	a
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						

・メタボ該当者・予備群：KDB「地域の全体像の把握」

・被保険者 1,000 人当たりの患者数：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 月帳票)」

(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	
特定健康診査の未受診者対策事業	特定健診受診率 (%)	34%	36%	31.9%	33.5%	32.9%	34.2%	a
特定保健指導の利用勧奨事業	特定保健指導終了率 (%)	17.5%	20%	14.7%	14.9%	30.0%	36.9%	a
糖尿病性腎症等重症化予防事業 (特定健診要精検者に係る医療 機関受療勧奨事業)	要精検者受療率 (%)	60%	70%	24%	51%	52%	68%	a
糖尿病性腎症等重症化予防事業 (糖尿病性腎症重症化予防事業)	透析新規導入者数 (人)	4人	4人	4人	14人	9人	2人	a
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								

・ 健診受診率、保健指導終了率：法定報告値

(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)
特定健康診査の未受診者対策事業	受診勧奨はがきを対象者に送付したことにより、特定健診の受診に繋がった。	未受診者全員に対し、受診勧奨を実施したが、年代別で40・50歳代の受診率が他の年代に比べて低率であった。	特定健診受診率は目標値を達成していないものの、上昇しているため、最終目標値は、「現状維持」とする。 受診勧奨はがきによる受診勧奨方法については、特に若年層から中年層に対する受診率の底上げを図るため、AIを活用した特定健診未受診者勧奨に取り組み、特定健診受診率の向上に結び付けていく。	健診受診率：36%
特定保健指導の利用勧奨事業	対象者宅への訪問による特定保健指導の実施や、集団健診実施時に健診受診者に対して特定保健指導の初回面接を行うことで、特定保健指導の実施に繋がった。	個別健診実施後、病院からの健診情報の提供が遅れる場合があり、年度内に対象者全員への特定保健指導を実施できなかった。	特定保健指導終了率は目標値の31%を上回っており、最終目標値である26%も既に達成している状態である。そのため、最終目標値を38%に「上方修正」する。 市への個別健診受診者の費用請求(健診結果を添えて)を早めてもらえるよう病院に依頼し協力を求めることで、特定保健指導の実施に繋げていく。	保健指導終了率：38%
糖尿病性腎症等重症化予防事業 (特定健診要精検者に係る医療機関受療勧奨事業)	電話での丁寧な受療勧奨を実施したことにより、受療率の向上に繋げることができた。	架電時間帯を変えて電話したが、電話番号が不明や留守などで通話ができない対象者が多かった。	要精検者受療率は、評価目標を達成できたため、現行の最終目標は、「現状維持」とする。 架電を行う時間帯を工夫しながら受療勧奨を行い、対象者の受療に結び付けるようにする。	要精検者受療率：70%

<p>糖尿病性腎症等重症化予防事業 (糖尿病性腎症重症化予防事業)</p>	<p>重症化予防プログラム事業による保健指導の継続実施により、プログラム参加者が糖尿病等の重症化による人工透析の導入には至らなかった。</p> <p>令和元年度からは、プログラム事業修了者が重症化しないようフォローアップ事業を新たに導入した。</p>	<p>事業対象者が固定化されており、プログラム事業への参加対象者が年々少なくなっている。</p>	<p>Ⅱ型糖尿病を有する透析新規導入者数を目標人数以下にとどめることができ、評価目標を達成することができた。現行の最終目標は、「現状維持」とする。</p> <p>重症化予防プログラム事業の実施による保健指導及びプログラム修了者の重症化予防を目的としたフォローアップによる保健指導の継続支援に今後も取り組む。</p>	<p>Ⅱ型糖尿病を有する透析新規導入者数：4人</p>
---	---	--	---	-----------------------------

4 計画全体の今後の方向性

●目標達成につながる取り組み、要因

【特定健康診査の未受診者対策事業】

- ・未受診者対策事業の実施により、特定健診受診率は目標値を達成していないものの、上昇している。
- ・受診勧奨はがきの送付により、特定健診の受診に繋がっている。

【特定保健指導の利用勧奨事業】

- ・対象者宅への訪問による特定保健指導の実施や、集団健診実施時に健診受診者に対して特定保健指導の初回面接を行うなど実施方法を工夫したことで、特定保健指導の実施に繋がっている。

【糖尿病性腎症等重症化予防事業】

- ・プログラム事業による保健指導の継続実施により、プログラム参加者が糖尿病等の重症化による人工透析に至らなかったため、重症化予防に繋がっている。

●目標達成を妨げる背景、要因

【特定健康診査の未受診者対策事業】

- ・未受診者全員に対し、受診勧奨はがきによる受診勧奨を実施したが、年代別で40・50歳代の受診率が低い。

【特定保健指導の利用勧奨事業】

- ・個別健診実施後、病院からの健診情報の提供が遅れる場合があり、年度内に対象者全員への特定保健指導を実施できないケースがあった。

【糖尿病性腎症等重症化予防事業】

- ・事業対象者が固定化されており、プログラム事業への参加対象者が年々少なくなっている。
- ・架電時間帯を変えて受療勧奨を実施したが、電話番号不明や留守などで通話ができない方が多い。



中間評価後の最終目標値 (R5年度)

- ・特定健診受診率（法定報告値） 36%
- ・メタボ該当者（特定健診受診者のうちの割合） 18%
- ・メタボ予備群（特定健診受診者のうちの割合） 10%
- ・脳血管疾患（1,000人当たりの患者数） 30人
- ・虚血性心疾患（1,000人当たりの患者数） 34人
- ・高血圧症（1,000人当たりの患者数） 200人
- ・特定保健指導終了率 38%
- ・新規人工透析導入者数 4人
- ・人工透析（1,000人当たりの患者数） 3人

○今後の方向性

目標として掲げた評価指標の達成を目指して今後も引き続き、特定健康診査の未受診者対策事業、特定保健指導の利用勧奨事業、糖尿病性腎症等重症化予防事業に取り組みます。

特定健康診査の未受診者対策事業は、受診勧奨はがきによる勧奨を今後も行います。40・50歳代の受診率が低い状況を踏まえ、特に若年層から中年層に対する受診率の底上げを図るため、AIを活用した特定健診未受診者勧奨に取り組み、特定健診受診率の向上を図ります。

特定保健指導の利用勧奨事業は、対象者宅への訪問による特定保健指導や、集団健診実施時の特定保健指導の初回面接を今後も行います。また、年度内に対象者全員へ特定保健指導を実施するため、市への個別健診受診者の費用請求（健診結果を添えて）を早めてもらえるよう、病院に協力を依頼します。

糖尿病性腎症等重症化予防事業は、プログラム参加者が人工透析に至らず、重症化予防に繋がっているため、プログラムを今後も行います。受療勧奨では、架電を行う時間帯を工夫しながら、丁寧な受療勧奨を今後も実施します。

今後も引き続き、目標として掲げた評価指標を意識しながら、各種保健事業に取り組み、岩出市国民健康保険被保険者の「健康寿命の延伸」と「中長期的な医療費の適正化」を目指して取組を推進します。

5 資料編

(1) 計画策定時点からのデータの推移

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)	13,359	12,763	12,470	12,094	△ 1,265
年齢構成割合 (%)					
～39歳	29.3	28.3	27.7	26.8	△ 2.5
40～64歳	32.6	32.0	32.1	32.2	△ 0.4
65～74歳	38.1	39.7	40.2	40.9	2.8
一人当たり医療費 (円)					
入院	9,403	10,052	9,986	11,207	1,804
外来	15,424	15,508	15,672	16,340	916

*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	慢性腎不全 ^{※2} (透析あり)	6.1	糖尿病	5.6	糖尿病	5.2	糖尿病	5.5
2位	糖尿病	5.5	慢性腎不全 ^{※2} (透析あり)	5.5	慢性腎臓病 (透析あり)	5.1	慢性腎臓病 (透析あり)	4.5
3位	統合失調症	4.6	高血圧症	4.3	高血圧症	3.8	関節疾患	3.7
4位	高血圧症	4.5	統合失調症	4.0	関節疾患	3.4	高血圧症	3.5
5位	関節疾患	3.4	関節疾患	3.6	統合失調症	3.3	統合失調症	3.4
6位	肺がん	3.3	肺がん	3.0	肺がん	3.0	肺がん	3.3
7位	C型肝炎	2.9	脂質異常症	2.5	うつ病	2.3	大腸がん	2.3
8位	脂質異常症	2.5	うつ病	2.4	脂質異常症	2.2	脂質異常症	2.1
9位	うつ病	2.2	骨折	2.1	骨折	2.1	うつ病	2.0
10位	不整脈	1.7	不整脈	2.0	不整脈	1.8	骨折	1.9

^{※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

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	28.7	30.5	31.0	32.4	3.7
虚血性心疾患	34.1	34.1	35.3	37.7	3.6
人工透析	3.1	3.2	3.0	3.0	△ 0.1
糖尿病	100.7	106.2	110.6	112.8	12.1
[再掲] 糖尿病性腎症	5.5	6.6	9.2	7.9	2.4
高血圧症	199.2	204.4	203.4	210.0	10.8
脂質異常症	159.6	163.8	172.4	179.1	19.5

・被保険者数：H28年度 13,359 人， H29年度 12,763 人， H30年度 12,470 人， R01年度 12,094 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月帳票）

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	0.3	0.3	0.3	0.3	0.0
1号認定率	23.7	18.9	19.1	18.9	△ 4.8
[再掲] 65～74歳	6.0	4.3	4.2	3.9	△ 2.1
75歳以上	47.1	39.9	40.5	40.5	△ 6.6

* 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	31.7	33.1	32.7	33.8	2.1
40～49歳	15.6	16.2	16.7	18.3	2.7
50～59歳	22.3	22.8	22.6	23.3	1.0
60～69歳	35.4	36.5	35.7	37.5	2.1
70～74歳	41.4	43.6	42.2	41.8	0.4

・特定健診対象者数： H28年度 8,676 人， H29年度 8,492 人， H30年度 8,346 人， R01年度 8,221 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	14.4	14.8	31.2	36.9	22.5
積極的支援	10.1	4.8	20.7	8.4	△ 1.7
動機付け支援	15.6	17.3	34.6	47.0	31.4

・特定保健指導対象者数： H28年度 354 人， H29年度 318 人， H30年度 356 人， R01年度 317 人

・積極的支援対象者数： H28年度 79 人， H29年度 63 人， H30年度 87 人， R01年度 83 人

・動機付け支援対象者数： H28年度 275 人， H29年度 255 人， H30年度 269 人， R01年度 234 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	17.6	18.9	19.3	20.0	2.4
メタボ予備群	11.7	10.0	10.6	10.6	△ 1.1

・特定健診受診者数： H28年度 2,750 人, H29年度 2,815 人, H30年度 2,729 人, R01年度 2,776 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）

(%)

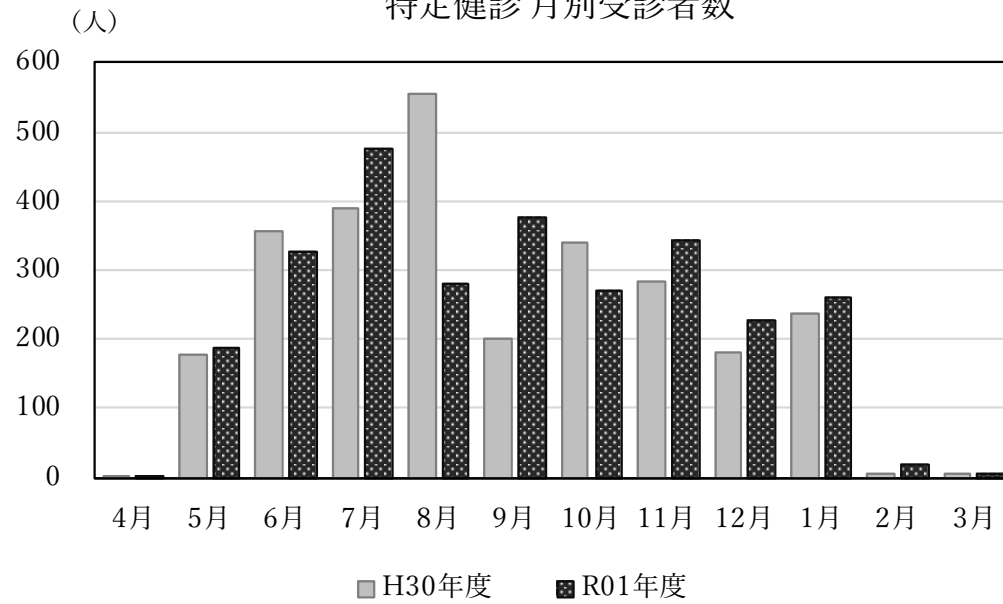
	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
受診勧奨判定値	59.1	60.4	58.7	59.3	0.2
保健指導判定値	40.9	39.6	41.3	40.7	△ 0.2
[再掲] 服薬なしの者					
受診勧奨判定値	30.0	28.8	29.5	29.2	△ 0.8
保健指導判定値	22.4	21.0	21.8	20.9	△ 1.5
血糖・血圧・脂質	16.8	20.7	20.8	22.2	5.4
血糖・血圧	14.7	16.1	15.6	17.4	2.7
血糖・脂質	5.2	6.5	6.7	8.2	3.0
血圧・脂質	13.5	9.6	10.4	8.8	△ 4.7
血糖のみ	7.5	10.3	10.2	10.8	3.3
血圧のみ	18.7	16.6	15.6	14.5	△ 4.2
脂質のみ	5.8	4.8	5.1	4.2	△ 1.6

^{*}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 2,750 人, H29年度 2,815 人, H30年度 2,729 人, R01年度 2,776 人

* KDB：健診ツリー図（CSV）

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： 岩出市

事業名： 特定健康診査の未受診者対策事業

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>・1人当たり医療費は、年々増加している。</p> <p>・細小分類別疾病分析(入院+外来)で医療費を見ると、慢性腎不全(透析あり)の割合が6.1%と最も高く、生活習慣病に関する疾患では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合が高い。</p> <p>・疾病状況を見ると、40歳以降どの年代にも生活習慣病である高血圧性疾患による受診件数が上位に入っている。</p> <p>・特定健診の受診率は32.9%でやや下降したが、県内市町村平均ではほぼ平均値となっている。</p> <p>・40歳代は男女ともに受診率が最も低く、次いで50歳代と若年層になるほど受診率が低率となっている。</p>	<p>慢性腎不全の医療費が最も高く、次いで糖尿病や高血圧症、脂質異常症が高く、1人当たり医療費は年々増加している。健診結果からLDL コレステロールやHbA1c、収縮期血圧の有所見者は40歳代から多い。若い年代からの健康状態の把握、生活習慣病の発症を予防することが重要であるが、特定健診受診率が低いため、特定健診未受診者対策を強化し、受診率を向上させる必要がある。</p>	<p>【目的】 特定健康診査の無料化とがん検診を同時に実施することで、被保険者が受診しやすい環境体制の構築を図る一方、未受診者に対して電話やはがきによる受診勧奨を行うとともに、治療中未受診者に係る検査情報をかかりつけの医療機関から情報提供してもらうことにより、特定健康診査の受診率の向上を図る。</p> <p>【目標】 特定健診未受診者への受診勧奨を強化し、特に40・50歳代の比較的若い世代への受診勧奨方法の工夫、医療機関との連携強化を図ることで、受診率を上昇させる。</p> <p>【数値目標】 H29年度:32% H30年度:35% R1年度:35% *H28年度(実績) 31.9%</p>	<p>①電話による受診勧奨 ・過去3年間に特定健診を一度も受診していない経年未受診者 平成29年度:666人 H30年度中断 令和元年度:800人 ・本年度集団健診申込者で、当日受診のなかった方 平成29年度:199人 平成30年度:186人 令和元年度:89人</p> <p>②はがきによる受診勧奨 過去4年間において、一度受診した後に経年未受診となっている方 平成29年度:2,276人 平成30年度:2,423人 令和元年度:2,786人</p> <p>③医療機関・事業所健診受診者からの情報提供 ※R1年度から追加 ・生活習慣病等の治療のため通院している40歳以上の国民健康保険被保険者であって、本年度特定健康診査を受診していない方 平成29年度:2,149人 平成30年度:2,138人 令和元年度:2,672人 ・国民健康保険被保険者であって、本年度特定健康診査未受診で、事業所健診を受診している方 令和元年度:26人</p>	<p>①7月～9月 ※R1年度から変更 ②9月 ③9月～翌年3月</p> <p>※集団健診: 6月～8月 個別健診 5月～翌年1月</p>	<p>①②③未受診者に対して電話やはがきによる受診勧奨を行うとともに、治療中未受診者に係る検査情報をかかりつけの医療機関や事業所健診受診者から情報提供してもらうことにより、特定健康診査の受診率の向上を図った。</p>	<p>【実施体制】 ・実施主体:岩出市保険年金課 ・関係部署との連携:岩出市子ども健康課、医師会、医療機関</p> <p>【方法】(役割分担) ①保健師が電話による受診勧奨を実施した。(電話が繋がらない場合は、一人につき最低3回架電した。) ②事務職が自前作成(例年作成している勧奨はがきの他に、40・50歳代の比較的若い世代に対する勧奨はがきを別個に作成)した勧奨はがきを送付することによる受診勧奨を実施した。 ③医療機関からの情報提供事業開始前に、医療機関が出席する会議の中で直接、事業説明を行い、本市情報提供事業の取り組みに対する協力を依頼した上で、対象者に案内文書を送付し、かかりつけの医療機関の協力のもと、特定健診未受診者に係る追加検査の受診情報について、医療機関から本市へ情報提供してもらうほか、事業所で受診した健診結果を本市へ提供してもらうことにより、特定健診受診情報の入力作業を実施した。</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	評価指標 数値目標	①・適正な人員配置(保健師+事務職2人) ・十分に遂行できる事業予算額の確保 ②・適正な人員配置(保健師+事務職2人) ・十分に遂行できる事業予算額の確保 ③・適正な人員配置(保健師+事務職2人) ・十分に遂行できる事業予算額の確保	①受診勧奨の方法 架電回数:1人につき3回 ②対象者の把握率 100% ③・医師会との会議での事前説明回数 1回 ・広報紙やウェブサイトへの掲載 1回	①通話人数:889人(100%) ・過去3年間に特定健診を一度も受診していない経年未受診者 800人(100%) ・本年度集団健診申込者で、当日受診のなかった方 89人(100%) ②発送件数:2,786人(100%) ・40・50歳代 1,829人(100%) ・60歳代～ 957人(100%) ③情報提供率:60件(2.3%) 治療中未受診者件数:2,672件 ※参考(平成30年度) ①集団健診申込者で、当日受診のなかった方との通話人数:129人(69.4%) ②発送件数:2,423件(100%) ③情報提供率:28件(1.4%)	①②③特定健診受診率 令和元年度目標値:35% ※参考 平成30年度:32.9%	【事業目標の達成状況】 特定健診未受診者対策事業の実施により、昨年度受診率よりも、1.3%上昇しているものの、令和元年度目標受診率である35%を達成できなかった。 なお、計画の最終目標である受診率36%は、特定健診未受診者対策事業の継続実施により目標達成が見込めることから、現行の最終目標受診率36%は「現状維持」とする。 【事業内容毎の評価】 ①電話による受診勧奨を、過去3年間に特定健診を一度も受診していない経年未受診者及び本年度集団健診申込者で当日受診のなかった方全員に架電を実施した。しかしながら、電話勧奨時間を変えて架電したが、目標の通話人数には届かず目標を達成できなかったため、次年度も架電時間帯を工夫し、電話が繋がらない場合は、一人につき最低3回架電を行い、受診勧奨を継続して実施し、受診率の向上に取り組んでいく。→継続 ②年代別のはがき作成・送付による勧奨により、未受診者から受診方法の問い合わせが多数あったが、年代別で40・50歳代の受診率が他の年代と比較すると低率であったため、受診勧奨の方法の検討が必要である。→拡充 ③医療機関や事業所健診の情報提供によるみなし受診者数を地道に増やしていくことも重要であるが、健診受診率が目標値まで届いていないため、健診未受診者への受診勧奨事業の方法を見直し、健診受診率の向上を図っていく。→縮小
	結果の内訳 数値目標の達成状況 結果・達成状況	①②③適正な人員を配置済(保健師+事務職2人) →達成できた。 ①②③十分に遂行できる事業予算額を確保済 →達成できた。	①・過去3年間に特定健診を一度も受診していない経年未受診者 100%(800人) ・本年度集団健診申込者で、当日受診のなかった方 100%(89人) →達成できた。 ②100%(2,786人) →達成できた。 ③・医師会との会議での事前説明回数 100%(1回) →達成できた。 ・広報紙やウェブサイトへの掲載 100%(1回) →達成できた。	①過去3年間に特定健診を一度も受診していない経年未受診者との通話人数:356人(44.5%) 本年度集団健診申込者で、当日受診のなかった方との通話人数:48人(53.9%) →達成できなかった。 ②発送件数:2,786件(100%)発送 →達成できた。 ③情報提供率:59件(2.3%) で、前年度実績28件(1.4%)を上回ったが、目標を僅かに下回った。 →達成できなかった。	①②③ 特定健診受診率:34.2% →昨年度受診率よりも、1.3%上昇したものの、今年度目標受診率の35%を達成できなかった。 ①電話勧奨による受診者数 15人 ②はがきによる受診勧奨による受診者数 177人 (うち40歳代49人、50歳代67人) ③情報提供によるみなし受診者数 27人	
自己評価(振り返り)	工夫した点 上手くいった点	①②③正職員の保健師1人を配置し、常勤職員2人体制で業務分担し、保健師の視点から保健事業を効率良く実施できた。	①電話による受診勧奨について、電話勧奨時間を午前・午後と繋がらない方には時間を変えながら架電した。 ②KDBシステムを通じて、対象者を正確に捕捉ができた。 ③・医師会の会議で、事前に説明できるよう関係部署と連携が上手く図れた。 ・広報紙及びウェブサイトにて、事業所健診結果の提供呼びかけに関する記事を掲載し、周知することができた。	②対象者の捕捉に遺漏がなく、対象者全員に勧奨はがきを発送することができた。 ③受診勧奨をきっかけに、来院した方に特定健診を受診してもらったという話を聞くため、結果的には受診率向上に結び付いている。	①受診勧奨の架電をしたことにより、健診受診に繋がった ②勧奨はがきを送付したことにより、健診受診に繋がった。 ③対象者に情報提供の案内文書を送付したことで、健診受診に繋がっている。	
	理由 計画通り進まなかった点			①留守や電話番号不明者が多かったため、目標の通話人数である全数を達成できなかった。 ③特定健診受診率が向上する見通しであることから、通院中の未受診者が医療機関で追加検査(H30:28件→R1:27件)を選択せず、特定健診を受診した者が多数存在していると考えられるが、医療機関からの情報提供率は目標を下回った。		

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： 岩出市

事業名： 特定保健指導の利用勧奨事業

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>・1人当たり医療費は、年々増加している。</p> <p>・細小分類別疾病分析(入院+外来)で医療費を見ると、慢性腎不全(透析あり)の割合が6.1%と最も高く、生活習慣病に関する疾患では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合が高い。</p> <p>・疾病状況を見ると、40歳以降どの年代にも生活習慣病である高血圧性疾患による受診件数が上位に入っている。</p> <p>・特定健診の受診率は32.9%でやや下降したが、県内市町村平均ではほぼ平均値となっている。</p> <p>・40歳代は男女ともに受診率が最も低く、次いで50歳代と若年層になるほど受診率が低率となっている。</p>	<p>慢性腎不全の医療費が最も高く、次いで糖尿病や高血圧症、脂質異常症が高く、1人当たり医療費は年々増加している。健診結果からLDL コレステロールやHbA1c、収縮期血圧の有所見者は40歳代から多い。若い年代からの健康状態の把握、生活習慣病の発症を予防することが重要であるが、特定健診受診率が低いため、特定健診未受診者対策を強化し、受診率を向上させる必要がある。</p>	<p>【目的】 特定健康診査の結果から特定保健指導の対象者となった方に対し、案内文書を送付し、また訪問による面接実施や集団健診時に特定保健指導の案内や面接を実施し、特定保健指導利用者の増加に繋げるとともに、特定保健指導未利用者に対しては、文書の送付や電話での利用勧奨を強化し、特定保健指導終了率の向上を図る。</p> <p>【目標】 特定保健指導対象者への利用勧奨を強化し、終了率を5%上昇させる。</p> <p>【数値目標】 H29年度：19.7% H30年度：25.0% R1年度：31.0%</p> <p>* H28年度(実績) 14.7%</p>	<p>①保健指導対象者に対する利用勧奨 特定健康診査受診者のうち、特定保健指導(動機付け支援及び積極的支援)該当者(ただし、原則、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服薬中の者は除く。) 平成29年度：212人 平成30年度：188人 令和元年度：197人</p> <p>②集団健診受診者の対象者に対する保健指導 特定健康診査(集団健診)受診者の中で、特定保健指導に該当する可能性が高いと思われる者 ※H30年度から開始 平成30年度：138人 令和元年度：82人</p> <p>③特定保健指導未利用者に対する訪問保健指導 特定健康診査受診者のうち、特定保健指導該当者で、特定保健指導の未利用者 平成29年度：22人 平成30年度：38人 令和元年度：99人</p> <p>④特定保健指導未利用者の対象者に対する利用勧奨 特定健康診査受診者のうち、特定保健指導該当者で、特定保健指導の未利用者 平成29年度：138人 平成30年度：38人 令和元年度：103人</p>	<p>①8月～翌年3月 ※H30年度から変更 ②6月～8月 ③9月～翌年3月 ④9月～翌年3月</p>	<p>①②③④特定保健指導対象者に対し、文書による利用勧奨や訪問による面接を実施するほか、特定保健指導未利用者に対し、電話勧奨、文書の送付を行うとともに、集団健診受診者に対し、健診受診会場内での特定保健指導の案内・面接を実施し、特定保健指導の利用に繋げた。</p>	<p>【実施体制】 ・実施主体：岩出市保険年金課 ・関係部署との連携：国保連合会</p> <p>【方法】(役割分担) ①特定保健指導該当者に対し、保健師が個別に案内文書を送付し、利用勧奨を実施した。 ②集団健診受診者に対し、保健師・管理栄養士が健診会場内での特定保健指導の案内や面接を実施した。 ③特定保健指導該当者で、特定保健指導の未利用者に対し、保健師が訪問による面接を実施し、特定保健指導の利用に繋げた。 ④特定保健指導未利用者に対し、保健師が文書の送付や電話での利用勧奨を実施した。</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)
数値目標	①・適正な人員配置 (保健師 2 人) ・特定保健指導の利用勧奨を直営で実施するための事業予算の確保 ②・適正な人員配置 (正職員保健師 1 人+臨時職員 2 人(保健師、管理栄養士)) ・特定保健指導を直営で実施するための事業予算の確保 ③・適正な人員配置 (正職員保健師 1 人+臨時職員保健師 1 人) ・訪問面接対象者宅への訪問(保健師 2 人) ・特定保健指導を直営で実施するための事業予算の確保 ④・適正な人員配置 (正職員保健師 1 人+臨時保健師 2 人) ・特定保健指導の利用勧奨を直営で実施するための事業予算の確保	①案内文書を送付する対象者把握率：100% ②集団健診受診者の対象者把握率：100% ③訪問指導を実施する対象者把握率：100% ④特定保健指導未利用者の対象者把握率：100%	①案内文書の送付による利用勧奨率 発送件数：全数(100%) ②集団健診時の保健指導等の実施 保健指導件数：全数(100%) ③訪問面接対象者宅への訪問率 訪問件数：全数(100%) ④案内文書の送付による利用勧奨率 ・発送件数：全数(100%) ・電話勧奨での接触率 通話率：90% ※参考(平成 30 年度) ・案内文書の送付による利用勧奨率 発送件数：188 件(100%) ・訪問面接対象者宅への訪問率 訪問件数：38 件(68.4%) ・電話勧奨での接触率 通話率：27.7%	・特定保健指導終了率 令和元年度目標値：31% ※参考 平成 30 年度：30.0%	【事業目標の達成状況】 目標値の 31%を上回っており、最終目標値である 26.0%も既に達成している状態。そのため、最終目標値を 38.0%に「上方修正」を行う。 【事業内容毎の評価】 ①案内文書の送付による利用勧奨により、保健指導の周知にも繋がっているため、継続する。 ②集団健診時に初回保健指導を実施することで、日中仕事で忙しく、保健指導のために時間が取れない人(40~50 代)を取り込むことができるため、継続する。 ③市役所・総合保健福祉センターに交通手段が無く来られない方や、保健指導に無関心な対象者宅に訪問することで関心を持ってもらうことに繋がると考えられるため、継続する。 ④再通知を行うことで、1 回目の通知の時期では忙しく保健指導を受けられなかった方や、電話勧奨と実施することで未利用者が関心を持ってもらうことに繋がるため、継続する。
結果の内訳 数値目標の達成状況	①・適正な人員配置済 (保健師 2 人(正職員 1 人、臨時職員 1 人)) ・特定保健指導の利用勧奨を直営で実施するための事業予算額を確保 →達成できた。 ②・適正な人員配置済 (正職員保健師 1 人+臨時職員 2 人(保健師、管理栄養士)) ・特定保健指導を直営で実施するための事業予算額を確保 →達成できた。 ③・適正な人員配置済 (正職員保健師 1 人+臨時職員保健師 1 人) ・特定保健指導を直営で実施するための事業予算額を確保 →達成できた。 ④・適正な人員配置済 (正職員保健師 1 人+臨時保健師 2 人+臨時管理栄養士 1 人) ・特定保健指導の利用勧奨を直営で実施するための事業予算額を確保 →達成できた。	①案内文書を送付する対象者把握率：100% →達成できた。 ②集団健診受診者の対象者把握率：100% →達成できた。 ③訪問指導を実施する対象者把握率：100% →達成できた。 ④特定保健指導未利用者の対象者把握率：100% →達成できた。	①案内文書の送付による利用勧奨率 発送件数：197 件(100%) →達成できた。 ②集団健診時の保健指導等の実施 保健指導件数：82 件に対し 77 件(93.9%) →達成できなかった。 ③訪問面接対象者宅への訪問率 訪問件数：訪問対象者 99 件に対し 47 件訪問(47.5%) →達成できなかった。 ④案内文書の送付による利用勧奨率 ・発送件数：103 件(100%) →達成できた。 ・電話勧奨での接触率 通話率：29.9% →達成できなかった。	・特定保健指導終了率 36.9% 昨年度に比べて、初回参加人数が増加している。特に、④の特定保健指導未利用者の対象者に対する利用勧奨事業を 3 月末まで実施したことが終了率の上昇に繋がった。 ①案内送付後の参加者 平成 30 年度：17 名 令和元年度：26 名 ②集団健診後の初回保健指導参加者 平成 30 年度：77 名 令和元年度：61 名 ③訪問保健指導初回参加者 平成 30 年度：26 名 令和元年度：47 名 ④案内文書送付者 平成 30 年度：38 名 令和元年度：103 名	改善点 ①③④に共通して言えることであるが、個別健診受診者の請求が遅れると、保健指導終了率に影響が出るため、できるだけ年内に請求してもらうよう遅れている病院には電話依頼を実施する。

市川保健所(振り返り) 工夫した点 上手くいった点	①②③④正職員の保健師がいるため、事前に連絡なく市役所に来庁された場合も、保健指導の対応ができた。また、臨時保健師が週3回勤務しているため、正職員の保健師が席を外しているときなども保健指導を行うことができた。	①事業を実施する前に、保健指導対象者のレセプトから、特定健診受診時に内服治療を行っていないか、適切な特定保健指導の対象者であることの確認作業を実施した。中には以前から、降圧剤を内服している方もいたため、レセプトを確認することで適切な保健指導対象者を把握することができた。 ②健診業者から健診結果が送付された後、エクセルに集団健診内で保健指導した者をまとめていたため、円滑に作業を進めることができた。 ③④エクセルの表で管理していたため、保健指導の未利用者を簡単に把握することができた。	①対象者が健康に対して、関心を持っている早い段階で、勧奨を実施するため、特定健診システムで特定保健指導対象者の情報が入り次第、毎月案内文書を送付した。	①令和元年度からレセプトを確認することで、保健指導の終了率の精査が実施することができた。 ①②保健指導の対象者の情報が入り次第、迅速な対応を実施することで、初回保健指導率に反映することができた。 ①②③④エクセルの表で管理することで、対象者の把握を抜けなく把握することに繋がり、終了率の上昇に繋がった。	
	理由 計画通り進まなかった点			②対象者が帰りを急いでおり、保健指導を拒否されたため実施できなかった。 ③④対象者の方が個別健診を受診した場合、病院によっては、特定健診の請求が遅れるところもあり、令和元年度中に保健指導の勧奨を実施できないケースがあった。	

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： 岩出市

事業名： 糖尿病性腎症等の重症化予防事業

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>・疾病大分類別医療費は、入院は新生物が最も多く、次いで循環器系の疾患、精神及び行動の障害等が上位を占めている。また、入院外では消化器系の疾患、循環器系の疾患、腎尿路生殖器系の疾患が上位を占めている。</p> <p>・細小分類別疾病分析(入院+外来)で医療費を見ると、慢性腎不全(透析あり)の割合が6.1%と最も高く、生活習慣病に関する疾患では糖尿病、高血圧症、脂質異常症の割合が高い。</p> <p>・II型糖尿病を有する人工透析新規導入者数は減少しているものの、人工透析継続者数は年々増加している。</p>	<p>生活習慣病である悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等による死亡が多く、介護認定理由では脳血管疾患が5割で最も多い状況である。医療費では慢性腎不全や糖尿病、高血圧症等で高額である。</p> <p>LDL コレステロールや HbA1c、血圧値など、健診結果が要医療の者を確実に医療機関へ繋げるとともに、腎機能の低下による人工透析移行の重症化を予防するための保健指導が必要である。</p>	<p>【目的】 糖尿病性腎症の重症化予防が期待できる方(人工透析前段階)に対し、重症化予防・遅延を目的とした日常生活の支援・保健指導を委託事業者と連携しながら実施し、プログラム終了率の増加に繋げるとともに、特定健診の結果から要医療の方を確実に医療機関へ繋げ、本人の疾病重症化の予防を図るほか、保健指導期間終了後も生活習慣の改善に継続して取り組むことが重要であることから、プログラム修了者の重症化予防を目的としたフォローアップによる継続支援を行う。</p> <p>【目標】 健診結果が要医療の者に対し、医療機関への受診勧奨を強化し、対象者の受療率の向上を図るとともに、人工透析の移行を回避させるための糖尿病性腎症重症化予防事業に委託事業により取り組み、プログラム参加者の終了率を増加させ、糖尿病性腎症による透析新規導入者を減少させる。</p> <p>【数値目標】 要精検者受療率 H29年度:50% H30年度:55% R1年度:60% *H28年度(実績) 24% II型糖尿病を有する透析新規導入者数 H29年度:4人 H30年度:4人 R1年度:4人 *H28年度(実績) 4人</p>	<p>①特定健診要精検者に係る医療機関受療勧奨事業 特定健診(集団健診)を受診し、要精検判定となっているにもかかわらず医療機関を受診していない方 平成29年度: 113人 平成30年度: 225人 令和元年度: 241人</p> <p>②糖尿病性腎症重症化予防事業 国民健康保険被保険者のうち、レセプトデータ及び健診データから、CKD重症度分類3a期以上に該当又e-GFRが15~60ml/分/1.73m²未満に該当し、かつ、主治医が必要と認め、支援プログラムへの参加に同意した方 平成29年度: 8人 平成30年度: 10人 令和元年度: 10人</p> <p>③重症化予防フォローアップ事業 ※R1年度から開始 過去に重症化予防指導プログラムを終了し現在、国保に加入している者(対象者19人)令和元年度: フォローアップ定員数15人</p>	<p>①11月~12月 ②9月~翌年3月 ③10月~12月</p>	<p>①特定健診の結果から要医療の方を確実に医療機関へ繋げ、本人の疾病重症化の予防を図った。</p> <p>②糖尿病性腎症の重症化予防が期待できる方(人工透析前段階)に対し、重症化予防・遅延を目的とした日常生活の支援・保健指導を委託事業者と緊密に連携しながら実施し、プログラム終了率の増加に繋げた。</p> <p>③糖尿病の重症化を将来にわたって防ぐために保健指導期間終了後も生活習慣改善に継続して取り組むことが重要と考え、プログラム修了者の重症化予防を目的とした保健指導を実施し、対象者への継続支援(フォローアップ)を行うことにより、重症化予防を図った。</p>	<p>【実施体制】 ・実施主体:岩出市保険年金課 ・関係部署との連携:医師会、医療機関</p> <p>【方法】(役割分担) ①保健師による要精検項目のリスク説明と適切な医療機関への電話による受療勧奨と健康相談による健診受診者のフォローアップについて、架電時間帯を変えたりしながら、電話での丁寧な受療勧奨を実施した。 ②主治医から受け取った生活指導確認書を基に、食事・運動・内服等に関する行動目標を設定し、日常生活にどのように組み込むかを担当保健師と話し合いながら、6か月間全12回(面談2回+電話10回)の保健指導を実施した。 ③重症化予防指導プログラム修了者で現在も国保加入者である対象者に対し、通知文書及び電話で参加勧奨を行い、面談日を決定し、保健指導実施後の継続支援(フォローアップ)を実施した。(面談1回+電話支援1回の合計2回支援)</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	評価指標 数値目標	①・適正な人員配置(保健師+事務職の2人) ・国保保健事業の実施を直営で実施するための事業予算額の確保 ②・適正な人員配置(保健師+事務職の2人) ・国保保健事業の実施を業者委託で実施するための事業予算額の確保 ③・適正な人員配置(保健師+事務職の2人) ・国保保健事業の実施を業者委託で実施するための事業予算額の確保	①受療勧奨の方法 架電回数: 対象者1人につき、3回架電 ②プログラム対象者が通院している市内医療機関の主治医訪問件数 5件 ③参加勧奨の方法 勧奨文書発送回数: 対象者に対し、1回発送 架電回数: 対象者1人につき、3回架電	①電話による受療勧奨 ・実施人数:全数(100%) ・通話人数:実施人数の95%(本人+家族) ②保健指導プログラム終了率 ・参加者数: 定員上限数 定員 7人(定員 100%) ・終了者数:全数(100%) ③フォローアップ終了率 ・参加者数:定員上限数 定員 15人(定員 100%) ・終了者数: 全数(100%)	①要精検者受療率 目標率:60% ※参考 ②③Ⅱ型糖尿病を有する透析新規導入者数 目標値:4人	【事業目標の達成状況】 要精検者受療率は、評価目標を達成できた。プログラム事業の継続実施により、参加者の糖尿病等の重症化を遅らせることができ、評価目標のⅡ型糖尿病を有する透析新規導入者数を目標人数以下にとどめることができ、評価目標を達成することができた。今後も、プログラム修了者への生活習慣改善に継続して取り組むことが重要であるため、対象者へのフォローアップによる継続支援に引き続き、取り組むことにより、計画の最終目標であるⅡ型糖尿病を有する透析新規導入者数4人以下の目標達成が見込めることから、現行の最終目標は「現状維持」とする。 【事業内容毎の評価】 ①架電時間帯を変えるなど工夫しながら架電したが、通話率の目標は達成できなかったが、結果的には受療率は目標を達成できた。今後も、架電時間帯を工夫しながら、また、受療に結び付く丁寧な受療勧奨を実施していく。→継続 ②主治医への訪問件数が目標件数を達成し、主治医の十分な理解・連携が上手く図れた。今後も連携を深めていくため、プログラム開始前に、医療機関への説明のための訪問ができる十分な期間(2週間程度)を確保し、対象者が通院している市内医療機関をできる限り訪問し、本市事業に対する対象者の参加を促してもらえよう協力依頼を行い、プログラム参加者数の増加を図っていく。→継続 ③保健指導期間終了後も生活習慣の改善に継続して取り組むことが重要であることから、プログラム修了者の重症化予防を目的としたフォローアップによる継続支援を今後も実施し、出来る限り対象者全員の参加を促していく。→継続
	結果・達成状況 数値目標の内訳	①②③適正な人員を配置済(保健師+事務職2人) →達成できた。 ①②③事業予算額を確保済 →達成できた。	①100%(241人) →達成できた。 ②100%(5件) →達成できた。 ③100%(19人) →達成できた。	①電話による受療勧奨 実施人数:241人(100%) 通話人数:210人(88%) →達成できなかった。 ②保健指導プログラム終了率 参加者数:8人(定員 114%) 終了者数:8人(100%) →達成できた。 ③フォローアップ終了率 参加者数:10人(52.6%) 終了者数:9人(90%) →達成できなかった。	①要精検者受療率:68% →達成できた。 ②③Ⅱ型糖尿病を有する透析新規導入者数:2人 →達成できた。	
自己評価(振り返り)	工夫した点 上手くいった点	①②③正職員の保健師1人を配置し、保健事業を効率よく実施できた。	①電話による受診勧奨について、電話勧奨時間を午前・午後と繋がらない方には時間を変えて架電した結果、対象者全員に架電ができた。 ②対象者を多く抱える医療機関を中心に訪問し、事業説明を行い、事業に対する理解・協力を求めることができた。 ③対象者全員に対する手紙・電話勧奨を実施することで、事業内容を周知することができた。	②ハイリスク者を対象とした事業であったが、プログラム途中での透析移行がなく、参加者全員がプログラムを終了することができた。	①電話での丁寧な受療勧奨を実施したことにより、受療率の向上に繋げることができた。 ②③プログラム事業の継続実施により、参加者が糖尿病等の重症化による透析に至らなかったため、評価目標のⅡ型糖尿病を有する透析新規導入者数を目標人数以下とすることができた。	
	理由 計画通り進まなかった点			①電話勧奨時間を午前と午後と繋がらない方には架電する時間帯を変えて架電したが、留守・不在などで通話できない対象者が多かった。電話が繋がらなかった方には後日、手紙による受療勧奨を実施した。 ③ハイリスク者を対象とした事業であり、プログラム途中で1名が緊急入院し、参加者全員がプログラムを終了できなかった。		