

加美町 第2期データヘルス計画 中間評価シート

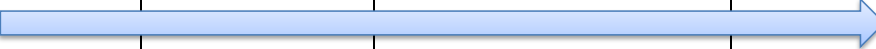
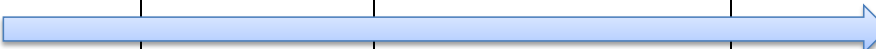
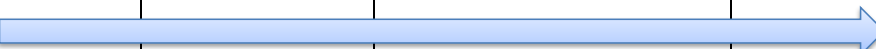
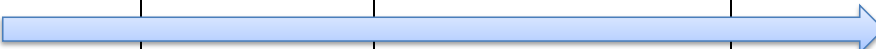
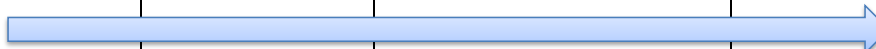
1 はじめに

背景・目的	「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)においては、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市区町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」としている。データヘルス計画には健康・医療情報(健康診査の結果やレセプト等から得られる情報)を活用し、健康状態や健康課題を客観的な指標を用いて示すこととある。また、これら分析結果を踏まえ、直ちに取り組むべき健康課題、中長期的に取り組むべき健康課題を明確にし、目標値の設定を含めた事業内容の企画を行うこととしている。実施計画に基づく事業の実施に当たっては、費用対効果を考慮することや、レセプトを活用し、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できるものを明確にし、優先順位をつけて行うこととある。 また、「日本再興戦略2016」(平成28年6月4日閣議決定)においては、「データヘルス計画を通じた企業や保険者等による健康・予防に向けた取組を強化する。」としている。こうした背景を踏まえて策定した第1期データヘルス計画を見直すとともに、第2期データヘルス計画を策定して、被保険者の健康維持増進を図る。
期間	平成30年度～令和5年度
対象者	国保被保険者

2 第2期データヘルス計画の概要

健康課題	平成28年度の高齢化率(65歳以上)は29.9%であり、県及び同規模比較で1.3倍となっている。被保険者数は6,448人で全人口の25.6%、平均年齢は53.5歳となっている。被保険者数の対前年度比は334人減、平均年齢も0.8歳上昇しており、被保険者の高齢化が一層進行している 医療費総額の対前年度比は、被保険者数の減少もあり5,647千円の減、一ヶ月平均患者数も128人減少しており減少傾向にあるが、一人当たりの医療費は14千円増加している。疾病分類別では、生活習慣病患者が多数存在し医療費も多額である。中分類による疾病別医療費では、新生物(腫瘍)、腎不全、高血圧性疾患、糖尿病が上位を占めており、患者数別でも高血圧性疾患(1位)と糖尿病(4位)が上位に位置している。 40歳から74歳の特定健診受診率は対前年度比2.4%低下の48.2%、特定保健指導実施率は対前年度比0.5%上昇の51.1%である。日本人の生活習慣の変化や高齢者の増加等により、近年は糖尿病などの生活習慣病の有病者・予備軍が増加しており、生活習慣病を原因とする死亡は全体の約1/3と推計されている。特定健診の受診率向上を図り、必要な人に特定保健指導を行うことにより生活習慣病の予防を働きかけるとともに、健診異常値放置者及び生活習慣病治療中断者も存在するため、医療機関への受診勧奨を行うことで適切な医療につなぎ重症化の予防も必要となる。
目標 (アウトカム)	計画策定時における全体目標が明確ではなかった。
データヘルス計画に記載している個別保健事業名	1. 特定健康診査受診勧奨事業 2. 特定保健指導事業 3. 健診異常値放置者受診勧奨事業 4. 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業 5. 糖尿病性腎症重症化予防事業 6. ジェネリック医薬品差額通知事業 7. 服薬情報通知事業

【実際の個別保健事業】

	目標 (アウトカム)	事業概要	第1期	平成30年度	平成31年度	令和2年度
特定健康診査受診 勧奨事業	・対象者の特定健診受 診率20% ・特定健康診査受診率 60%	総合健診で特定健康診査を受 診していない者を対象とし、未 健者健診の受診を促す。	開始			
特定保健指導事業	・指導完了者の生活改 善率30% ・積極的支援及び動機 づけ支援対象者20% 減	特定健康診査の結果から特定 保健指導対象者を選定し、生 活改善や検査値が改善される ように、専門職による支援を面 接や電話、e-mail等で行う。	開始			
健診異常値放置者 受診勧奨事業	・対象者の医療機関受 診率80% ・健診異常放置者20% 減	特定健康診査の受診後、その 結果に異常があるにもかかわらず医療機関受診が確認できな い対象者を特定し、通知書を送 付することで受診勧奨を行う。	開始			
生活習慣病治療中 断者受診勧奨事業	・生活習慣病治療中断 者の減少	かつて生活習慣病で定期受診 をしていたがその後定期受診を 中断した対象者を特定し、通知 書を送付することで受診勧奨を 行う。	未実施 現状を把握できてい なかった。			
糖尿病性腎症重症 化予防事業	・指導完了者の生活改 善率80% ・指導完了者の検査値 改善率60% ・指導対象者のうち新 規人工透析患者割合 0%	特定健康診査の検査値から対 象者を特定し、正しい生活習慣 を身に付けることができるよう に専門職により対象者に面接や 電話指導を行う。	開始			
ジェネリック医薬品 差額通知事業	・通知対象者のジェネリ ック医薬品普及率(数量) を通知開始時平均より 10ポイント向上 ・ジェネリック医薬品普及 率(数量)80%	薬剤費軽減額が一定以上の 対象者を特定し、通知書を送 付することで、ジェネリックの切 り替えを促す。	開始			
服薬情報通知事業	・服薬の適正化	レセプトデータから、長期多剤 服薬者を特定し通知書を送付 する。また、通知後のレセプト データから効果を確認する。	未実施 現状を把握できてい なかった。			

3 個別保健事業評価

(1) 特定健康診査受診勧奨事業

(a) 事業内容(現状)

背景	介護保険の2号被保険者の認定状況を見ると、脳血管疾患の割合が高く、また健診未受診者が多い状況がみられた。そこから、特定健康診査の未受診者は、医療機関の受診歴もなく、生活習慣病が悪化してから医療機関を受診することが多いと推察される。
目的	特定健康診査の未受診者に対し、受診勧奨することで、特定健康診査の受診率を向上させるとともに、生活習慣病の早期発見により、中長期的な医療費の適正化を推進する。
具体的内容	【集団】本対策の特定健康診査実施後、未健者を対象に未健者健診の受診を促す。 4月:特定健診(本対策)の実施。 5月:未健者対策の対象者の選定。 7月:受診勧奨通知および受診票送付。 8月:未健者対策の実施
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	- 対象者への通知率 100% - 対象者の特定健診受診率 20% - 特定健康診査受診率 60%

(b) 評価と見直し・改善案

事業名： 特定健康診査受診勧奨事業	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・ いかなかった要因)	見直しと改善の案
	対象者への通知率	100%	H28 100%	H29 100% (1573人) H30 100% (1434人) R1 100% (1569人)	a	C	本対策受診率(集団対象分) H29 51.2% H30 52.7% R1 53.4%	- 未健者を分類できるとよい。 - 例えば、過去3年間で 1度も健診を受けたことのない人 - まばらに健診を受けている人 - すでに病院受診している人
	未健者対策の対象者の 特定健診受診率	20%		H29 8.4% (132/1573人) H30 7.4% (106/1434人) R1 7.5% (117/1569人)	c		- 本対策の未受診者に対し、受診票は送付しているので通知率は100%である。 - R2は新型コロナのため未検者対策実施せず。個別方式のみ受診勧奨実施。	未健者の中には、人間ドックや職域健診等を受けている方もいるので、結果提出を促すことでみなし健診を増やし、受診率アップに結び付ける。
	特定健診受診率	60%	H28 48.9%	H29 47.1% (2088/4431人) H30 49.7% (2106/4238人) R1 -%	c		H30で全体の受診率がアップしているが、受診勧奨の効果というよりは、みなし健診の増による上昇と思われる。	- 申し込み時、「結果提出」とした方への働きかけを強化する。 - 未健者健診受診票配付時に、みなしの用紙も同封し、選択できるようにする。

※ 事業全体の評価

(1) 目標値との比較	(2) ベースラインとの比較	(3) 総合判定
A:すでに目標を達成 B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E:評価困難	㊤改善している ㊦変わらない ㊣悪化している ㊢評価困難	A:うまくいっている B:まあ、うまくいっている C:あまりうまくいっていない D:まったくうまくいっていない E:わからない
指標ごとの評価が基本。目標値がない場合は困難	指標ごとの評価	事業全体を評価

(c) 今後の事業計画

背景	介護保険の2号被保険者の認定状況を見ると、脳血管疾患の割合が高く、また健診未受診者が多い状況がみられた。そこから、特定健康診査の未受診者は、医療機関の受診歴もなく、生活習慣病が悪化してから医療機関を受診することが多いと推察される。	
目的	特定健康診査の未受診者に対し、受診勧奨することで、特定健康診査の受診率を向上させるとともに、生活習慣病の早期発見により、中長期的な医療費の適正化を推進する。	
具体的内容	【集団】本対策の特定健康診査実施後、未健者を対象に未健者健診の受診を促す。 ・従来の未健者健診の実施、受診勧奨は行う。 ・受診率向上対策として、健診未受診者の分析を行い、効果的な結果提出の促しを行う。(過去3年間の健診受診歴の洗い出しを行い、積極的にアプローチする対象群を決定。未健者健診の前に受診勧奨のハガキを送付する。) ・母数としての除外者の把握を強化する。	
評価指標	特定健診受診率	○除外者の把握(対象者の選定) 長期入所・長期入院者 情報の入手先:保険給付係、高齢者福祉係、障害福祉係 ○健診未受診者の分析 未受診で — 病院あり→結果提出の促し(通知+電話) \ 病院なし ※健診無・レセ無の人が問題!! ○医師会と契約して、結果を買う?→本人の同意をどうとるか? 医師会長に折を見てご意見を伺ってみよう
目標値	R2 — ※新型コロナウイルス感染症の影響で健診日程が変更になり、未健者対策実施できず R3 48% R4 49% R5 50%	
年度計画	R3 未受診者への受診勧奨を継続(未受診者の傾向の分析と除外対象者の把握の強化) R4 未受診者への受診勧奨を継続(R3の分析を基に、受診勧奨の強化ポイントを決定する) R5 経年変化を踏まえて事業の評価を行い、次年度からの計画を立案する	

(2) 特定保健指導事業

(a) 事業内容(現状)

背景	内臓脂肪症候群割合H25年度20.2%からH30年度21.4%、予備群割合H25年度10.6%からH30年度13.2%と増加している。 該当者では、男性では50歳以降に増加し30%を超え、女性では55歳以降に増加傾向にあり10%を超えている。 特定保健指導実施率が、H25年度57.4%からH30年度46.0%と年々低下している。 (積極的支援…利用者割合:H25年度71.5%→H30年度60.4%、終了者割合:H25年度48.3%→H30年度25.0%) (動機付け支援…利用者割合:H25年度79.2%→H30年度66.9%、終了者割合:H25年度62.8%→H30年度54.3%)
目的	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少。
具体的内容	特定健康診査結果から特定保健指導対象者を特定し、生活習慣や検査値が改善されるように「生活習慣改善目標」を設定してもらい、専門職による3か月以上の継続支援を面接や電話、E-mail等で行う。 集団健診受診者は、結果説明会の来所面接で初回面接を行う。積極的支援対象者は一部委託、動機づけ支援対象者は町職員で支援にあたる。 医療機関での個別健診受診者は、特定保健指導利用の案内を通知し、申し込みのあった方に対し町職員が支援にあたり実施する。
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	・対象者への指導実施率 100% ・指導完了者の生活改善率 30% ・特定保健指導対象者 20%減少

(b) 評価と見直し・改善案

	評価指標	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・ いかなかった要因)	見直しと改善の案
	(アウトカム・アウトプット)							
事業名：特定保健指導事業	対象者への指導実施率 (TKCA011,No36.45)	100%	H28:57.6% (42+189/401)	H29:63.6% (54+193/388) H30:65.1% (58+164/341) R1:未発表	b	C	①住民の顔が分かるため、拒否的な方や、支援困難な方を対象から外しがちになることもあってか、利用率の低下がみられた。 ②負担を軽減し継続支援が図られるよう、メール支援なども取り入れたことで、画像を活用した視覚的な支援を実施することができた。 ③新規対象者や例年支援終了している方は、事業所に委託することで、町は支援困難な方に対し積極的に介入することができた。	①除外者の明確化を図る。 全数を目標に、訪問等による初回面接を積極的に実施できるようスタッフの調整を図る。
	対象者への指導終了率(TKCA011,No50)		H28:51.1% (205/401)	H29:50.0% (194/388) H30:46.0% (157/341) R1:55.3%見込 (216/390)	c			②定期的な電話やメール支援など、該当者に合わせた手法を取り入れ、終了率を向上させる。 面接支援可能な場合には、積極的に取り入れる。
	指導完了者の生活改善率(FKAC172)	30%	H28:60.0% (241/401)	H29:52.2% (176/337) H30:30.1% (64/212) H31:65.9% (176/267)	a		④医療機関での個別健診対象者による利用申し込みがなく、介入できなかった。	④個別健診受診者で特定保健指導該当になった方には、個別に連絡し訪問等で保健指導につなげる。
	特定保健指導による特定保健指導対象者の減少(TKCA011,No29)	20%減少	H28:14.3% (36/252)	H29:14.2% (32/226) H30:21.7% (50/230) R1:未発表	a		⑤評価指標の減少率の算定方法が不明瞭	⑤評価指標の意味合い及び算定方法を明確にする
								・初回面接未利用者対策として、健診同一日の初回面接実施を調整する ・終了率向上のためインセンティブ事業活用に向けて検討する(目標設定に合わせて選択できる物など) ・初回該当者への初回面接実施率を伸ばす

※ 事業全体の評価

(1) 目標値との比較	(2) ベースラインとの比較	(3) 総合判定
A:すでに目標を達成 B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E:評価困難	④改善している ⑤変わらない ③悪化している ①評価困難	A:うまくいっている B:まあ、うまくいっている C:あまりうまくいっていない D:まったくうまくいっていない E:わからない
指標ごとの評価が基本。目標値がない場合は困難	指標ごとの評価	事業全体を評価

(c) 今後の事業計画

背景	初回面接実施率が低下している。 動機づけ支援終了者割合が低下している。 初回面接未実施者への新たな対策が必要である。
目的	特定保健指導初回面接(利用者)実施率を向上させ、終了率向上につなげる。 メタボリックシンドローム該当者及び予備群を抑制する。
具体的内容	・特定保健指導の除外者を明確にする (法定報告時の除外者リストを経年で作成する、指導対象外の理由及び対応の明確化、受診勧奨値者への受診勧奨の徹底、みなし受診者の状況把握) ・対象者が選択しやすい支援方法の提示(メール、電話、レター) ・積極的支援該当者で支援が容易な方は一部委託し終了率を上げる ・個別方式で受診した該当者に対して、通知及び電話で初回面接の案内を行う ・評価指標を経年で診ていくためのデータを作成する ・初回面接分割方式をモデル地区で実施し、利用者を増やす(40～50代男性へのアプローチ) ・積極的支援終了率向上のため、インセンティブ事業を導入する ・初回面接増のため、スタッフの役割分担及びスケジュールを調整する ・記録の徹底(支援拒否の理由集計、次年度の方向性等)
評価指標	①対象者への指導実施率 100% → 特定保健指導終了率:見直し55% (積極的支援:25%、動機づけ支援:62%) ②特定保健指導初回面接実施率 → 追加73% (積極的支援:70%、動機づけ支援:75%) うち初回保健指導実施 90% ③指導完了者の生活改善率 30% → 見直し 39% (90/230…あと5人増やす) ④特定保健指導対象者 20%減少 → 据え置き
目標値	②特定保健指導初回面接実施率 73% R3:68%、R4:70%、R5:73%
年度計画	令和2年度:初回面接分割方式の実施モデル地区の検討(初回面接未実施者への対策)…優先年代、性別等含め 個別健診者への初回面接実施のための周知及び実施() 動機づけ支援初回面接実施者に対する終了率向上のための対策強化(電話確認の徹底) みなし受診者の状況把握 令和3年度:終了率向上のためのインセンティブ導入(積極的支援最終面接実施) 初回面接分割方式のモデル地区実施 初回該当者への保健指導実施率向上を目指して実施する スタッフの保健指導スキルアップ研修会の継続開催 令和4年度:強化視点を検討し実施する 令和5年度:第3期計画策定に向けた検討

(3) 健診異常値放置者受診勧奨事業

(a) 事業内容(現状)

背景	加美町の不健康な期間は、男性1.86年(県ワースト5位)、女性4.38年(県ワースト1位)という現状で、介護認定者の有病状況では、1位心臓病57.7%、2位高血圧症49.6%、3位筋・骨格46.1%となっている(KDB地域の全体像の把握2017年度累計より)。大分類による疾病別医療費統計では、1位悪性新生物18.1%、2位循環器系疾患16.4%、3位内分泌・栄養及び代謝疾患9.5%である。その中でも、脳卒中(脳梗塞・脳内出血・くも膜下出血)における医療費が、脳梗塞34,106,451円(359人)、脳内出血5,845,596円(123人)と脳梗塞による医療費割合が高い(加美町ポテンシャル分析p.62 H28年4月～H29年3月診療分)。また、脳血管疾患標準化死亡比EBSMR(H27年度)では、男性143.3(県ワースト1位)、女性119.5(県ワースト17位)となっており、健康寿命の延伸及び、医療費削減の面からも、脳血管疾患発症予防を軸とした高血圧予防対策の重要性が伺える。(データから見た宮城の健康 H29年度版より)
目的	特定健康診査を受診し、「受診勧奨」判定だった方が受診に結びつき、重症化を予防するため適正な健康行動が図られる住民を増やす。
具体的内容	※対象者、方法、実施者等 ・対象者 ①特定健康診査を受診し、血圧・脂質・血糖で「服薬なし」かつ「受診勧奨」判定だった方 ②①のうち、該当する項目及び検査値の方 血圧:140/90mmHg以上、TG450mg/dl以上、LDL180mg/dl以上、HbA1c6.5%以上、AST100IU/l以上、ALT100IU/l以上、γGT150IU/dl以上、クレアチニン男性1.30mg/dl以上、女性1.00mg/dl以上、eGFR45未満 ③②のうち、Ⅱ度・Ⅲ度高血圧の方 ・方法 ①の方:健診結果説明会における個別面接で、生活改善のための保健指導及び受診勧奨を実施する ②の方:受診後の「報告書」を期日までに提出してもらい、受診状況を確認する(未報告の場合は通知による再勧奨) ③の方:未受診の場合、個別に訪問し、家庭血圧測定や受診の必要性について説明し受診につなげ、必要時、継続的な保健指導又は受診確認を行う
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	アウトプット ・対象者への通知率 100% アウトカム ・対象者の医療機関受診率 80% ・異常値放置者 20%減

(b) 評価と見直し・改善案

事業名：健診異常値放置者受診勧奨事業	評価指標	目標値	ベースライン	経年変化	指標判定	事業判定	要因	見直しと改善の案
	(アウトカム・アウトプット)						(うまくいった・いなかった要因)	
	対象者への通知率	100%	H29:100%	H29:100% (対象者:285/285) (受診者:2131) H30:100% (対象者:277/277) (受診者:1916) R1:100% (対象者:299/299) (受診者:1864)	a	A	①前年度に受診した際、かかりつけ医から「異常なし」と判定されたことにより次年度受診に結びつかない場合が見られた。 ②血圧で該当した方中には、健診時に一時的に上昇した方もおり画一的な受診勧奨の見直し図る必要があった。	①令和元年から郡医師会助言のもと、対象項目と検査値について見直しを図り、よりハイリスクな方への勧奨に見直しを図った。 ②令和元年度からは、血圧で該当となった方に対し、家庭血圧測定の習慣化を啓発し、正常値の場合は次年度まで経過観察としたため受診率は向上した。また、再勧奨するも未受診者には、訪問による受診勧奨及び継続的な保健指導を実施した。
	対象者の医療機関受診率	80%	H29:36.1%	H29:36.1% (103/285) H30:49.5% (137/277) R1:64.5% (193/299)	a		③継続的な保健指導をする際のマニュアルを作成し、標準的な保健指導が実践できるよう整えた。	③随時、マニュアルの見直しを行う。
	健診異常放置者割合 (定義:事業対象者だった方が翌年度の健診で受診勧奨対象者となった割合)	H29より20%減少	H29	H29実施分:60.8% (166/273) H30実施分:52.2% (200/383) R1実施分:63.0% (133/211)	b		④KDBを活用し受診状況を確認したことで、未受診者の把握をすることができた。 ⑤評価指標「健診異常値放置者割合」の定義が不明確である。	④未受診者への対策を検討する。 (リストアップから) ⑤健診異常値放置者受診割合:6月受診勧奨し、報告のない場合は11・12月頃にレスポンドで受診確認する(未受診者には電話または訪問による確認)

※ 事業全体の評価

血圧・・・医師の「異常なし」の対応調整必要か

(1) 目標値との比較	(2) ベースラインとの比較	(3) 総合判定
A:すでに目標を達成 B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E:評価困難	④改善している ⑤変わらない ⑥悪化している ⑦評価困難	A:うまくいっている B:まあ、うまくいっている C:あまりうまくいっていない D:まったくうまくいっていない E:わからない
指標ごとの評価が基本。目標値がない場合は困難	指標ごとの評価	事業全体を評価

(c) 今後の事業計画

背景	様々な事業見直しにより受診率は向上したが、再勧奨しても未受診の方や、連絡のつきにくい方へのアプローチを検討する必要がある。 ハイリスクで受診に結びついた方の、継続受診確認やアプローチ方法を検討する必要がある。 ハイリスクだけでなく、ポピュレーションアプローチも並行して実施していく必要がある。
目的	未受診者の中でも、優先順位を決めてアプローチし重症化予防を図る。 高血圧対策として、家庭血圧測定及び記録等を習慣にしている方を増やす。
具体的内容	・毎年、医師会に対し事業実施前後に、手法や対象者について助言を頂き、見直しを図る。 ・勧奨するも未受診の場合は、通知で再勧奨を行う。但し、Ⅱ度・Ⅲ度高血圧該当者には、訪問による受診勧奨及び受診確認等を実施する。 ・従事スタッフが標準的な保健指導を実施できるよう「マニュアル」の見直しを図る。 ・未受診者については、初回該当者について確実に受診につながるよう働きかけ、記録を徹底する。 ・受診後に「経過観察」及び「服薬」になった方は、年度末に継続受診しているかKDBを活用しレセプトで確認する。 ・町の健康課題である高血圧対策として、家庭血圧測定及び記録の必要性について並行してポピュレーションアプローチを行う。
評価指標	①対象者への通知率 100% → 据え置き ②対象者の医療機関受診率 80% → 70% （但し、高血圧判定者は、家庭血圧測定の値が正常値の場合は、受診が必要な対象から除外して受診率を算出する） ③健診異常値放置者割合 20%減少 → 見直し:当年度血圧D判定者数／当年度特定健康診査を受診した前年度Ⅱ度・Ⅲ度高血圧者数
目標値	②80% → 70%（但し、高血圧判定者は、家庭血圧測定の値が正常値の場合は、受診が必要な対象から除外して受診率を算出する） R3:66%、R4:68%、R5:70% ③20%減少 → 見直し:当年度血圧D判定者数／当年度特定健康診査を受診した前年度Ⅱ度・Ⅲ度高血圧者数 R3:現状値確認
年度計画	令和2年度:次年度の年間スケジュールを立て、未受診者に対策を検討する 従事スタッフによるケース検討会の実施 令和3年度:高血圧に該当した方の受診状況を確認する 令和4年度:最終年度に向けて、進捗を確認する 令和5年度:第3期計画策定に向けた検討

(4) 糖尿病性腎症重症化予防事業

(a) 事業内容(現状)

背景	平成28年4月～平成29年3月診療分のレセプトでは、疾病中分類ごとの集計では、医療費順からみると腎不全は2位であり全体の7.2%を占める。患者数は、132名である。
目的	適切な受診勧奨及び保健指導を実施することで、糖尿病による合併症の発症及び重症化を予防する。また、腎不全や人工透析への移行を抑制する。
具体的内容	対象者 特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつ、血圧・脂質・血糖で「服薬なし」の方で、 ①eGFR 30～59.9mg/分/1.73 または、②尿アルブミン 30～300mm/分/1.73m ² の方 実施方法 健診結果説明会において受診勧奨し、医師の判断により保健指導「可」とされた方に対して、指示書に従い6か月程度の保健指導を実施する。途中及び最終に医師へ報告、評価を行う。
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	アウトプット ・対象者への指導実施率 100% ・指導完了者の生活改善率 80% ・指導完了者の検査値改善率 60% アウトカム ・指導終了者のうち新規人工透析患者割合 0%

(b) 評価と見直し・改善案

	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・いかなかった要因)	見直しと改善の案
事業名：糖尿病性腎症重症化予防事業	対象者への指導実施率	100%	H28:81.4% (受診勧奨率)	H29:83.3% (10/12) H30:100% (4/4) R1:100% (2/2)	a	A	①2年間尿アルブミン検査を特定健診受診者全員に実施したが、該当者割合が低かった。 ②町国保特定健診受診者未受診者からの新規透析患者が発生していることから、未受診者でハイリスク者への関わりが必要である。	①医師会助言のもと、令和2年度から尿アルブミン検査を廃止し、該当となった方には、主治医の判断により医療保険で実施することとした。 ②特定健診未受診の治療中断者対策を図るため郡医師会と協議し、受診勧奨システムを構築する。
	指導完了者の生活改善率	80%	H28:未把握	H29:100% (10/10) H30:100% (4/4) R1:100% (2/2)	a		③保健指導従事者対象の研修会を開催したことで、スキルアップを図ることができた。	③今後も、スキルアップ研修会は、計画的に実施していく。
	指導完了者の検査値改善率	60%	H28:未把握	H29:— H30:100% (4/4) R1:100% (2/2)	a		④継続的な保健指導を実施することで、服薬や定期受診に結びつけることができた。	④対象者の台帳管理を整備し、経年で経過確認していく。 ・特定健診受診率向上を図ることで、早期発見・対策につなげる必要がある。 ・血糖値が保健指導判定の段階で、腎症リスクについての啓発を行う。
	指導対象者のうち新規人工透析患者割合 (母数は経年の積み上げ)	0%	H28:0人	H29:0% (0/10) H30:0% (0/14) R1:0% (0/16)	a			・高血圧性腎硬化症由来の透析についても、検証が必要と思われる。

※ 事業全体の評価

(1) 目標値との比較	(2) ベースラインとの比較	(3) 総合判定
A:すでに目標を達成 B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E:評価困難	④改善している ⑤変わらない ③悪化している ②評価困難	A:うまくいっている B:まあ、うまくいっている C:あまりうまくいっていない D:まったくうまくいっていない E:わからない
指標ごとの評価が基本。目標値がない場合は困難	指標ごとの評価	事業全体を評価

(c) 今後の事業計画

背景	新規人工透析患者の健診受診率をみると、住民検診を受診している方はほとんど発生していない。
目的	特定健診未受診者で治療中断者している方を早期に医療機関につなげ、適正な治療を継続している割合を増やし、人工透析に移行する人を減らす。
具体的内容	1) 特定健診受診者 * 対象者 特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上かつ、①eGFR 30～59.9mg/分/1.73 たは、②尿蛋白(+)以上の方 * 実施方法 ①「血圧・脂質・血糖で服薬なし」 健診結果説明会において受診勧奨し、医師の判断により保健指導「可」とされた方に対して、指示書に従い6か月程度の保健指導を実施する。途中及び最終に医師へ報告、評価を行う。 ②「血圧・脂質・血糖で服薬あり」 健診表送付時に、糖尿病性腎症に関する主治医等への確認を促す啓発用チラシを同封する。 2) 特定健診未受診者 * 対象者 国保連合会からの糖尿病治療中断者リストを活用し、①直近の健診結果でHbA1c7, 0%以上 または ②通院時に糖尿病服薬歴あり の者 * 実施方法 ・訪問等による受診及び治療中断理由の確認、受診勧奨または治療確認、保健指導を行う。 ・治療中断理由をまとめ、医師会に提示し、対策について助言を頂く。 ○台帳の作成(事業対象者の経過、透析導入者の原疾患等)
評価指標	アウトプット * 特定健診受診者(継続実施) - 医療機関受診率 75%(H30:58.3%:28人/48人、R1:66.7%:6人/9人) - 対象者への指導実施率 80% - 指導完了者の生活改善率 80% - 指導完了者の検査値改善率 80% * 治療中断者(新規) - 対象者への介入率 80% - 受診が必要な者の受診率 80% アウトカム - 指導終了者のうち新規人工透析患者割合 0% - 糖尿病性疾患医療費の削減率 5%以上 ※適正受診に伴う医療費増加も念頭に置き評価を行う。
目標値	- 医療機関受診率 75%(特定健診受診者) R3:70%、R4:73%、R5:75% - 対象者への介入率 80%(治療中断者)
年度計画	令和2年度:新たに、特定健診未受診で治療中断している者に対し、受診勧奨を実施する。郡医師会長及び事業担当医師に治療中断理由等を報告し、今後の展開について助言を仰ぎ、システムを構築する。(スタッフによるケース検討会の実施) 国保連合会にシステムに関する協力及び台帳整備に関する助言を仰ぎ、台帳を作成する。 特定健診受診者で「服薬あり」の方に対し、啓発用チラシを同封する。 令和3年度:治療中断者対策についての再検討。台帳整備。 継続的な啓発および自己管理能力維持のための検討(「友の会」結成など) 令和4年度:進捗確認 令和5年度:第3期計画策定に向けた検討

(5) ジェネリック医薬品差額通知事業

(a) 事業内容(現状)

背景	ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に、開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べ薬価が安くなっています。このため、ジェネリック医薬品の普及は、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資するものとして、国が目標値を掲げその使用を推奨している。
目的	ジェネリック医薬品の普及率の向上による医療費の抑制。
具体的内容	レセプトデータからジェネリック医薬品の利用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定し、当該者へ通知書を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。 また、新規国保加入者又は国保被保険者証の更新時にジェネリック医薬品希望シールを交付し、国保被保険者への制度啓発を促す。
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	・対象者への通知率100% ・ジェネリック医薬品普及率(数量)80%

(b) 評価と見直し・改善案

事業名：ジェネリック医薬品差額通知事業	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・いかなかった要因)	見直しと改善の案
	アウトプット 対象者への通知率	100%		H30_100% (延)615人 R1_100% (延)454人 R2_100% (延)249人 (2/3回)	a	B	対象被保険者の抽出を国保連合会へ委託しているため、通知率は100%である。	通知書は、今後も他の保険者のレイアウトなども参考にしながら、わかりやすいデザイン等で対象者に提供できるように努めていく。
	・アウトカム ジェネリック 医薬品普及率(数量)	80%	80% (国目標)	H30_74.7% R1_77.7% R2_79.2% (R2.10時点)	b		【うまくいった点】 ・通知発送対象者は年々減少傾向にあり、切替えが進んでいる。 ・通知に加え、保険証更新の際に、保険証と一緒にジェネリック希望シールを同封し切替えを促している。 【うまくいかなかった点】 ・一定数、先発医薬品を希望する人もおり、切替えが進んでいない。	被保険者に対し、ジェネリック医薬品についての更なる理解の促進を図るため、ジェネリック医薬品の品質や使用促進の意義などを、郡医師会・薬剤師会・郡歯科医師会からの協力も得ながら、当該事業を展開していく。

※ 事業全体の評価

(1) 目標値との比較	(2) ベースラインとの比較	(3) 総合判定
A:すでに目標を達成 B:目標は達成できていないが、達成の可能性が高い C:目標の達成は難しいが、ある程度の効果はある D:目標の達成は困難で、効果があるとは言えない E:評価困難	④改善している ⑤変わらない ③悪化している ②評価困難	A:うまくいっている B:まあ、うまくいっている C:あまりうまくいっていない D:まったくうまくいっていない E:わからない
指標ごとの評価が基本。目標値がない場合は困難	指標ごとの評価	事業全体を評価

(c) 今後の事業計画

背景	ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に、開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べ薬価が安くなっている。このため、ジェネリック医薬品の普及は、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資するものとして、国が目標値を掲げ使用を推奨している。
目的	ジェネリック医薬品の普及率の向上
具体的内容	レセプトデータからジェネリック医薬品の使用率が低く、ジェネリック医薬品への切り替えによる薬剤費軽減額が一定以上の対象者を特定し、当該者へ通知書を送付することで、ジェネリック医薬品への切り替えを促す。
評価指標	・対象者への通知率 ・ジェネリック医薬品普及率(数量)
目標値	ジェネリック医薬品普及率(数量)80% R2:80% / R3:81% / R4:82% / R5:83%
年度計画	・R2:広報等による被保険者全体への制度啓発を図る。 ・R3:R2の実績を踏まえ、改善事項を検討する。 ・R4:R3の実績を踏まえ、改善事項を検討する。 ・R5:R4の実績を踏まえ、第3期計画策定に向けた内容を検討する。

4 各個別保健事業の見直し等まとめ

個別保健事業名	評価結果・課題	見直し内容	今後の計画
1 特定健康診査受診 勧奨事業	目標値に達していないが、各保健事業のベースとなるところなので、受診勧奨を強化し、受診率向上につながるようにする。	引き続き、受診勧奨の取り組みを実施する。	継続 (毎年度評価と見直し)
2 特定保健指導事業	・メタボ予備群、該当者が、増加傾向にある。 ・特定保健指導利用率、終了率が減少し、特に積極的支援で伸び悩んでいる。	・初回面接利用者数を増やす。 ・積極的支援の終了率向上を図る。	・R2年度中に個別方式受診者での特定保健指導対象者に対し、個別に電話等で利用を働きかける ・R3年度よりモデル地区で、健診同一日での初回面接分割方式を実施する ・R3年度よりインセンティブ事業を活用し、特定保健指導終了まで結びつける
3 健診異常値者受診 勧奨事業	・受診率は増加傾向にあるものの、血圧で受診勧奨の場合の医療機関受診時に、「異常なし」判定を受けたことで次年度の受診勧奨に結びつきにくい。	・血圧での受診の場合の治療方針や受診者への言葉かけについて、医療機関に確認をとる。	・郡内医師会への治療方針の確認 ・医療機関に対し、町保健事業の趣旨説明を行う。 ・郡医師会に、事業報告及び対象基準値の再確認を行う。
4 糖尿病性腎症重症 化予防事業	・特定健康診査受診者からの事業該当者は少ない。 ・新規透析患者は、特定健康診査未受診者から出現しているため、対象枠を広げる必要がある。	・糖尿病治療中断者に対する働きかけを行い、保健事業の流れ及び、医師会との連携構築を目指す。 ・対象者：直近の特定健診結果がHbA1c7.0%以上または糖尿病服薬歴あり	令和2年度中に対象者リストからハイリスク者を選定し、受診勧奨を実施するとともに、未受診理由をまとめ医師会に提示し次年度の展開展開に対して助言を仰ぐ。
5 ジェネリック医薬品 差額通知事業	被保険者に対し、ジェネリック医薬品についての更なる理解の促進を図る。	政府目標(80%)を達成する。	広報等による制度啓発等と併せ医療機関等との連携を図る。

5 中間評価方法

方法	中間評価では、各項目ごとに評価を行うこととし、現在ある調査結果や統計、事業の進捗状況等を基に現状を把握し、計画策定時の値と比較し目標達成状況を評価しました。また、その評価を基に目標や取り組み方法、あるいは新たな課題や重点施策等について検討し、今後の事業方針や取り組みについて見直しを行いました。
組織	・関係部署との連携 ・評価を行うにあたり外部有識者等からの助言等 ・保険者努力支援制度との整合性

6 全体評価

(a) 現状

計画策定時の計画の方向性・目的など							
指標	(アウトカム)			判断等	指標判定	指標評価のまとめ	総合判定
	目標値	ベースライン	経年変化				
						計画策定時における全体指標が明確ではなかった。	
計画全体でうまくできている点	・データヘルス計画に係る保健事業の実施・評価について、関係部局及び関係機関等による連携体制が構築されている。						
計画全体としてうまくいっていない点	・計画策定時における全体指標が明確ではなかった。 ・データヘルス事業に係る保険者努力支援制度のポイントアップに伸び悩んでいる。(H31:607点_467/1,741位(全国) ・ R2:580点_713/1,741位(全国))						

(b) 今後の方向性

主な見直しと今後の 方向性	・各事業のアウトプットを高める取り組みを行うとともに、それぞれの保健事業のアウトカムについての評価を行う。 ・中間評価に伴い、今後継続的に事業を実施するうえで全体目標の設定が明確ではなかったため、全体の評価指標を設定し経年的変化を見ていく。									
	全体評価指標			ベースライン			⇒	経年変化		
	①健康寿命	H28		男:78.52	女:83.27	H29		男:78.23	女:82.87	
	②一人当たり医療費	H28		359,383円		H29、H30		364,681円(H29) 384,293円(H30)		
	③主要疾病医療費割合	H28	①慢性腎不全	7.70%	R1	①慢性腎不全		8.90%		
	全体の医療費を100%として計算 (上位3位までを掲載)		②高血圧症	6.20%		②糖尿病		5.50%		
			③糖尿病	5.80%		③高血圧症		4.80%		
	・団塊世代(S22～S24生 70～73歳(2020年))が、今後後期高齢者医療制度へ移行することを踏まえ、早期の疾病予防、これに伴う医療費の削減、強いては健康寿命の延伸を向上させ、現役世代の負担軽減に寄与したい。									

7 新規個別保健事業

(6) 1 事業名：生活習慣病治療中断者受診勧奨事業

2 事業内容(現状)

背景	現状が不明である。
目的	現状を把握する。
具体的内容	健康課題となっている「高血圧」に関して、現状を把握する。 KDBシステムを活用し、高血圧治療中断者の現状を確認する。(年代、性差、地区、健診受診状況等)
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	アウトカム 過去5か年分のデータを活用し集計する：完成(R2) 検討会議の開催：1回(R2) アウトプット R3年度的具体策：決定

(7) 1 事業名：重複・頻回受診対策事業

2 事業内容(現状)

背景	重複受診は月平均3人で、年間実38人。重複受診の理由は便秘症が23%、急性気管支炎7%。(H28年度) 頻回受診者は月平均6人で、年間実32人。頻回受診の理由は変形性腰椎症8%、糖尿病4%。(H28年度) 高齢者は複数の疾病に罹患しやすく、多くの医療機関を受診する可能性が高いことから、重複や頻回受診などにつながりやすいことが推測される。 加美町は高齢化率が高く、高齢者の重複・頻回受診は、重複する検査や投薬により体に悪影響を与え、医療費の増加にもつながっている。
目的	適正な医療の受診により健康の維持・増進を図り、また医療費の抑制を図る。
具体的内容	◆対象者 ・重複受診:1か月間に同系の疾病を理由に、3医療機関以上受診している人(透析者やがん、難病など指導対象者として適切ではない人は除く) ・頻回受診:1か月間に12回以上受診している人(透析者やがん、難病など指導対象者として適切ではない人は除く) ・上記に該当する対象者がいない場合、重複受診は3医療機関未満、頻回受診は月12回未満で再度対象者を選定する。 ◆実施方法 5月:対象者の選定(3月レセプトから) 6～12月:訪問指導 途中、受診状況等をレセプトから確認 3月:指導した人の効果(1月レセプトから受診状況を把握) 5月:前年度の年間医療費総額の確認(3月レセプトから)
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	【評価指標】指導実施人数 重複受診改善率 頻回受診改善率 意識変化率(改善に向けて意識が変化したかどうか) 【目標値】指導実施人数:1人以上 重複受診改善率:指導した人の内10% 頻回受診改善率:指導した人の内10% 意識変化率:指導した人の内10%

(8) 1 事業名 :服薬情報通知等事業

2 事業内容(現状)

背景	高齢になると複数の病気を抱える人も増え、処方薬の種類や数量が増える傾向にあり、重複服用等により副作用等の有害事象のリスクも高くなり、さらに高齢化の進展に伴い、その数はさらに増加することが予想され、薬による有害事象の発生リスクが高まると、同時に薬剤費の増加による医療費の増加が見込まれる。そのため、加美町では、適正な服薬の推進による被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を図る。
目的	適正服薬を推進することで、被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化を目指す。
具体的内容	①レセプトデータから服薬状況に課題がありそうな重複・多剤服薬患者を抽出し、薬のリスクなどを伝えるリーフレット等と併せて通知書を送付する。通知後は、レセプトデータからその効果を確認する。 ②過去の治療状況をレセプト等で確認し、ハイリスク対象者について個別保健指導を行う。
評価指標 目標値 (アウトカム・アウトプット)	①アウトプット:対象者への通知数1人以上 アウトカム:対象者の改善状況(数)1人以上 ②アウトプット:ハイリスク対象者への個別保健指導実施者数1人以上 アウトカム:改善者数1人以上

※ 新規事業全体のまとめ

事業名	評価結果・課題	見直し内容	今後の計画
6 生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	現状を把握できていない。	令和2年度中に現状を把握し、令和3年度に対策について検討する。	KDBを活用し、「高血圧」治療中断者の状況を把握する。
7 重複・頻回受診対策事業	令和2年度に重複・頻回受診者を洗い出し、試行的に訪問指導を実施し、令和3年度以降の実施方法を検討した。具体的には対象者の選択方法、実施スケジュール、評価方法などを検討した。	令和3年度の新規事業として実施。	令和3年度より実施予定
8 服薬情報通知等事業	健康の保持増進と医療費の適正化を目指して、重複服薬等がある国民健康保険被保険者に対する適正な服薬を推進する。	新規に実施する。	令和3年度より実施予定

8 今後の予定と最終評価について

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
後半のスケジュール	中間評価	実績を踏まえた個別事業評価	実績を踏まえた個別事業評価	実績を踏まえた個別事業評価 全体評価・計画策定	第3期計画
実施体制	本計画は、国民健康保険事業の担当部署及び保健事業担当部署とが協力し、関係部署や関係団体、医療機関などと連携を図りながら策定し実施していきます。また、外部評価委員会及び加美町国民健康保険運営協議会等からの計画の見直し等に関する助言又は意見等を伺いながら進めていきます。				
見直しの方法	【ストラクチャー】 計画達成に向けた体制が確保され、関係者との連携が図られているか。 【現状】保健福祉課(国保担当部局、保健事業担当部局)及び福祉センター等 【プロセス】 KDB等のデータを活用した現状分析と、分析結果を活用した課題抽出ができているか。 【現状】特定健診の受診結果、レセプトデータ、KDBシステムを活用した現状分析を行い、課題抽出を行っている。 【アウトプット】 データヘルス計画上の保健事業が実施できているか。 【現状】データヘルス計画上で設定した事業のうち未実施事業もある。 【アウトカム】 ①健康寿命(平均自立期間)が延伸できているか。 ②医療費(一人当たり医療費)の適正化が図られているか。 【現状】①健康寿命:計画策定時点より低下している。(H28_男:78.52、女:83.27 → H29_男:78.23、女:82.87) ②医療費 :医療費は年々増加傾向にある。(H28:359,383円、H29:364,681円、H30:384,293円) ・中間評価では全体目標が明確ではないことが分かり、全体目標等を設定することで対象者が明確となり、個別保健事業の見直し等にもつながった。第2期計画の後半では、当該目標等の経年変化の推移を見ながら努力支援制度のポイント獲得に向けた取組みも含め事業を実施していく。				

※ 全個別事業の見直し等まとめ

	既存/新規	事業名	評価結果・課題	見直し内容	今後の計画
1	既存	特定健康診査受診勧奨事業	目標値に達していないが、各保健事業のベースとなるところなので、受診勧奨を強化し、受診率向上につなげるようにする。	引き続き、受診勧奨の取り組みを実施する。	継続 (毎年度評価と見直し)
2	既存	特定保健指導事業	・メタボ予備群、該当者が、増加傾向にある。 ・特定保健指導利用率、終了率が減少し、特に積極的支援で伸び悩んでいる。	・初回面接利用者数を増やす。 ・積極的支援の終了率向上を図る。	・R2年度中に個別方式受診者での特定保健指導対象者に対し、個別に電話等で利用を働きかける。 ・R3年度よりモデル地区で、健診同一日での初回面接分割方式を実施する。 ・R3年度よりインセンティブ事業を活用し、特定保健指導終了まで結びつける。
3	既存	健診異常値者受診勧奨事業	・受診率は増加傾向にあるものの、血圧で受診勧奨の場合の医療機関受診時に、「異常なし」判定を受けたことで次年度の受診勧奨に結びつきにくい	・血圧での受診の場合の治療方針や受診者への言葉かけについて、医療機関に確認をとる。	・郡内医師会への治療方針の確認 ・医療機関に対し、町保健事業の趣旨説明を行う。 ・郡医師会に、事業報告及び対象基準値の再確認を行う。
4	既存	糖尿病性腎症重症化予防事業	・特定健康診査受診者からの事業該当者は少ない。 ・新規透析患者は、特定健康診査未受診者から出現しているため、対象枠を広げる必要がある。	・糖尿病治療中断者に対する働きかけを行い、保健事業の流れ及び、医師会との連携構築を目指す。 ・対象者: 直近の特定健診結果がHbA1c7.0%以上または糖尿病服薬歴あり	令和2年度中に対象者リストからハイリスク者を選定し、受診勧奨を実施するとともに、未受診理由をまとめ医師会に提示し次年度の展開展開に対して助言を仰ぐ。
5	既存	ジェネリック医薬品差額通知事業	被保険者に対し、ジェネリック医薬品についての更なる理解の促進を図る。	政府目標(80%)を達成する。	広報等による制度啓発等と併せ医療機関等との連携を図る。
6	新規	生活習慣病治療中断者受診勧奨事業	現状を把握できていない。	令和2年度中に現状を把握し、令和3年度に対策について検討する。	KDBを活用し、「高血圧」治療中断者の状況を把握する。
7	新規	重複・頻回受診対策事業	令和2年度に重複・頻回受診者を洗い出し、試行的に訪問指導を実施し、令和3年度以降の実施方法を検討した。具体的には対象者の選択方法、実施スケジュール、評価方法などを検討した。	令和3年度の新規事業として実施。	令和3年度より実施予定
8	新規	服薬情報通知等事業	健康の保持増進と医療費の適正化を目指して、重複服薬等がある国民健康保険被保険者に対しての適正な服薬を推進する。	新規に実施する。	令和3年度より実施予定