

第 2 期島田市国民健康保険
データヘルス計画
中間評価 報告書



SHIMADA
GREEN Ci-TEA
JAPAN

令和 3 年 3 月

島田市健康福祉部国保年金課

1. はじめに

データヘルス計画は、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月閣議決定）において、「全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、評価等の取組みを求めるとともに、市町国保が同様取組みを行うことを推進する。」とされたことをうけ、当市においては 27 年度から 28 年度までを第 1 期、平成 29 年度から 35 年度までを第 2 期と期間を定め、「島田市国民健康保険データヘルス計画」（以下、「データヘルス計画」という。）保健事業を実施している。

平成 29 年度からスタートした第 2 期データヘルス計画は、令和 2 年度に中間評価の時期を迎え、各保健事業の進捗状況確認をする必要があることから、平成 28 年度の実績をベースラインとして、各事業の実績、成果を評価し、第 2 期計画の後半に向けて事業の見直し、目標値の修正等を行う。

2. データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的

中間年度に、計画全体の目標や事業の評価と見直しを実施して、事業効果を高めるための改善の検討を行い、最終的な事業や計画の目的・目標の達成に向けた方向性の確認、体制づくりを行うこと。

3. 第 2 期データヘルス計画の実施スケジュール



4. 第 2 期データヘルス計画における健康課題の整理

- ・静岡県下において糖尿病予備群が非常に多い状況が続いている。糖尿病予備群は将来糖尿病を発症し、さらには合併症である糖尿病性腎症を発症するリスクを抱える人の割合が高い。
- ・糖尿病性腎症の重症化は慢性腎不全からの人工透析へ移行していく可能性がある。医療費の現状分析（H27）では、5 万点以上の高額なレセプトの要因となる疾患のなかで「腎不全」の患者数は上位 4 番目、一人当たり医療費では上位 8 番目に位置しており、国保財政を圧迫する要因となっている。

・特定健診の受診率が低く、潜在している重症化リスクを持つ対象者の把握が不十分である。

5. 目標値及び実績

(1) 短期目標

指 標	目標値	ベース ライン	H29 年度	H30 年度	R1 年度																				
特定健診受診率の向上	60%	36.8%	40.0%	39.7%	41.6%																				
保健指導介入者の増加	対象者の 60%	27人	24人	23人	22人																				
保健指導介入者の行動変容の改善 (塩分チェックの点数の変化)	対象者の 80%	84.6%	91.7%	78.3%	78.9%																				
保健指導介入者の検査結果の改善 BMI	対象者の 80%	74.1%	79.2%	69.6%	63.2%																				
血圧(収縮期)		48.1%	79.2%	54.5%	57.9%																				
血圧(拡張期)		44.4%	66.7%	63.6%	52.6%																				
HbA1c		64.0%	88.0%	63.6%	78.9%																				
尿中アルブミン補正值		57.1%	94.4%	58.3%	54.5%																				
フォローアップ対象者の検査結果 の改善・維持 (H27とR1健診結果の平均値比較) ① BMI ② 血圧(収縮期) ③ 血圧(拡張期) ④ HbA1c	検査結 果の改 善	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H27</th> <th>R1</th> <th>有意差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BMI</td> <td>24.6± 3.9</td> <td>24.2± 3.2</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>血圧 (収縮期)</td> <td>135.2 ±13.8</td> <td>131.5 ±11.2</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>血圧 (拡張期)</td> <td>76.9± 10.2</td> <td>72.9± 11.2</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td>6.8± 0.7</td> <td>7.0± 0.8</td> <td>なし</td> </tr> </tbody> </table>					H27	R1	有意差	BMI	24.6± 3.9	24.2± 3.2	なし	血圧 (収縮期)	135.2 ±13.8	131.5 ±11.2	あり	血圧 (拡張期)	76.9± 10.2	72.9± 11.2	あり	HbA1c	6.8± 0.7	7.0± 0.8	なし
		H27	R1	有意差																					
BMI		24.6± 3.9	24.2± 3.2	なし																					
血圧 (収縮期)		135.2 ±13.8	131.5 ±11.2	あり																					
血圧 (拡張期)		76.9± 10.2	72.9± 11.2	あり																					
HbA1c	6.8± 0.7	7.0± 0.8	なし																						

(2) 中長期目標：

- ・糖尿病性腎症の重症化予防に伴う透析移行者の減少
- ・健康寿命の延伸

	目標値	ベースライン (H28)	H29年度	H30年度	R1年度
特定健診受診者のうちHbA1cが6.5%の割合※1	減少	11.0%	8.2%	7.7%	9.4%
(参考) 静岡県		11.7%	8.6%	9.0%	9.6%
特定健診受診者のうち糖尿病予備群の割合※1	減少	57.9%	63.0%	59.5%	60.9%
(参考) 静岡県		48.6%	49.2%	52.0%	52.6%
特定健診受診者のうち糖尿病性腎症の可能性のあるもの (CKD重症度分類2～4期の者)	減少	(-)	1.7%	1.6%	2.2%
人工透析患者数※2	減少	80人	86人	78人	80人
新規人工透析患者数※2	減少	13人	16人	15人	17人
人工透析患者のうち、糖尿病性腎症の患者※2	減少	9人	10人	9人	7人
人工透析にかかる医療費※3	減少	431,887,410	392,620,580	372,912,990	371,908,420

※1 法廷報告より

※2 KDB データシステムより (毎年6月診療レセプトより)

※3 しずおか茶っどシステムより

6. 個別保健事業の実施状況及び評価

事業名	指標	目標値	ベース ライン (H28)	H29 年度	H30 年度	R1 年度	評価	評価コメント	事業の方向性	最終目標値 (R5年度) (変更箇所のみ 記載)
特定健診 特定健診受診者 勧奨事業	【ストラクチャー】 国保運営協議会にて事業報告	継続	1回/年	1回/年	1回/年	1回/年	B	年々受診率は増加しているものの、目標値との解離が大きい。	今後は、令和2年度から取り入れたAIを使った受診勧奨に加えて、地区や性・年齢等の分析を行ったうえで効果的なアプローチを検討し、受診率向上を図る。また、国の示す目標値とは大きく解離するため、第2期最終目標値を60%から50%に修正する。	① 50% ② 20%
	【アウトプット】 ① 健診の受診率 ② 受診勧奨実施者の健診受診率	① 60%	① 36.8% ② (-)	① 40.0% ② 17.3%	① 39.7% ② 17.7%	① 41.6% ② 6.2%				
特定保健指導	【アウトプット】 ① 実施率	88.5%	88.5%	81.1%	82.8%	90.3%	B	保健指導実施率は県内でも高い水準に位置しており、目標は達成できているが、保健指導による改善者は減少傾向にある。	個別のニーズに合った保健指導の実施を継続する。また、令和3年度から保健指導の一部を外部に委託することから、委託業者と連携を取りながら実施率を維持する。あわせて、効果的な保健指導を実施できるよう指導教材や支援方法を検討する。	20%
	【アウトカム】 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少	(-)	20.9%	17.7%	19.3%	16.1%				
糖尿病性腎症重症化予防事業	【ストラクチャー】 糖尿病性腎症重症化予防推進委員会の開催	継続実施	3回/年	3回/年	3回/年	2回/年	B	【ストラクチャー】 計画通り実施できている。 【プロセス】 毎年プログラム参加者のデータを分析して、効果判定を行い、委員会にて報告している。 【アウトプット】 参加者数は減少している。参加者数ではなく、参加率で評価を行う必要がある。 【アウトカム】 プログラム参加者の検査データは目標値(80%)には達していない項目がほとんどであるが、行動変容の改善はほぼ目標を達成している。主観的な自己評価であるが、プログラムによって糖尿病治療に関する意識の変化が見られたといえる。	事業は計画通り進められているため、今後もPDCAサイクルを回しながら委員会での評価を受け、事業を継続実施する。 また、プログラムの参加者に関しては、プログラム参加前後で50%以上の効果が表れている。実施年にもよるが、特にHbA1cの改善がみられることから、糖尿病の重症化を抑える効果が出ていると思われる。 一方で年々プログラムの参加者数が減少しており、個のニーズに合ったプログラムや事業を検討する必要がある。	
	【プロセス】 プログラム参加者の検査結果分析	継続実施	実施	実施	実施	実施				
	【アウトプット】 ① プログラム参加者数 ② セミナー参加者数	① 増加 ② 増加	① 27人 ② 33人	① 24人 ② 30人	① 23人 ② 25人	① 22人 ② 46人				
	【アウトカム】 終了時の検査データが改善した人の割合 ① BMI ② 血圧(収縮期) ③ 血圧(拡張期) ④ HbA1c ⑤ 尿中アルブミン補正值 ⑥ 行動変容(塩分摂取)	80%	① 74.1% ② 48.1% ③ 44.4% ④ 64.0% ⑤ 57.1% ⑥ 84.6%	① 79.2% ② 79.2% ③ 66.7% ④ 88.0% ⑤ 94.4% ⑥ 91.7%	① 69.6% ② 54.5% ③ 63.6% ④ 63.6% ⑤ 58.3% ⑥ 78.3%	⑦ 63.2% ⑧ 57.9% ⑨ 52.6% ⑩ 78.9% ⑪ 54.5% ⑫ 78.9%				

事業名	指標	目標値	ベースライン (H28)	H29 年度	H30 年度	R1 年度	評価	評価コメント	事業の方向性	最終目標値 (R5年度) (変更箇所のみ 記載)
糖尿病性腎症重症化予防フォローアップ事業	【アウトプット】 ① フォロー実施率 ② フォロー対象者の健診受診率	① 90% ② 80%	① 100% ② 80%	① 100% ② 82.7%	① 100% ② 85.5%	① 94% ② 73.3%	B	【アウトプット】 おおむね目標値を達成している。 【アウトカム】 HbA1cを除くいずれの数値の減少がみられる。特に血圧は有意差ありの結果がえられた。 (※Willcoxonの順位和の検定)	プログラム修了者のフォロー事業はおおむね順調に進められている。今後も、半年に一度のフォローTELを行い、治療を中断していないか確認を行うとともに、健診の受診勧奨を行う。また、対象者の経年的な検査結果を毎年健診にて確認しているが、後期高齢者では尿中アルブミン検査をしていないため、糖尿病性腎症の判定ができなかったが、令和3年度より導入し、効果判定を行う計画。	
	【アウトカム】 健診結果の維持・改善(H27とR1健診結果の平均値比較) ① BMI ② 血圧(収縮期) ③ 血圧(拡張期) ④ HbA1c	各数値の改善		H27	R1	有意差				
糖尿病及び糖尿病性腎症の治療中断・異常値放置者受診勧奨事業	【アウトプット】 受診勧奨実施数	(-)	(-)	62人	80人	(-)	C	令和元年度に対象者の抽出基準や費用対効果等、業務の委託を見合わせ、実施方法を検討した。	平成30年度までは委託事業で実施していたが、治療中断者が通知の前年度のレセプトデータからの抽出になるため、通知時点の受診状況と異なりタイムリーな介入ができなかった。令和2年度は健診受診者のうち受診勧奨値の未受診者に対して保健指導を実施した。令和3年度以降は、健診の未受診者で治療中断者の抽出方法について県や国保連等に助言いただきながら事業を実施する。	
	【アウトカム】 受診勧奨後に医療機関に受診した者	(-)	(-)	10人	11人	(-)				
生活習慣病重症化予防事業	【アウトプット】 特定保健指導以外の保健指導実施者数(尿中アルブミン説明会参加者は除く) 【アウトカム】 受診勧奨対象者の医療機関受診率	特定健診受診者の5%	603人 (9.6%)	357人 (5.4%)	517人 (8.2%)	512人 (8.0%)	B	受診勧奨は計画通り実施できているが、勧奨後の医療機関受診状況まで確認していないため、アウトカム指標の評価が困難。	令和2年度より、対象者選定基準、フォローのフローを設けて実施。効果判定が困難であるがアウトカム評価目標値を検討し、事業の実施方法を検討する必要がある。	精密検査の受診率70%(追加)
生活習慣病予防の啓発普及事業	【アウトプット】 ① 健康講演会の開催 ② 地区等健康講座の実施	① 年1回 ② 随時	① 1回 ② 1回	① 1回 ② 1回	① 1回 ② 1回	① 1回 ② 1回	A	計画通り実施できている。	地区や地域の団体等に対する健康講座については、健康づくり課と連携・一体的に実施し、広く市民へ生活習慣病に関する知識の啓発を行う。	

事業名	指標	目標値	ベース ライン (H28)	H29 年度	H30 年度	R1 年度	評価	評価コメント	事業の方向性	最終目標値 (R5年度) (変更箇所のみ 記載)
重複多受診者/多 剤・重複投薬者訪 問指導事業	【アウトプット】 訪問実施数 【アウトカム】 3か月後の受診及び投薬状況 の改善率	H29～30：10人 R1～：15人	7人	6人	3人	17人	B	ほぼ計画どおりに実施できている。	訪問時には重複が解消しているケースや一時的な重複と思われるケースも多いことから、抽出方法の再検討が必要である。訪問対象者の課題を明確化するために、抽出方法の再検討を行い、訪問指導に係る時間を確保し指導数の増加を図ることで、医療費適正化につなげていく。	
後発医薬品差額 通知事業	【アウトプット】 後発医薬品差額通知書の発送	年2回以上	39.46%				B	事業開始当初は後発医薬品差額通知発送後に普及率が大きく上昇していたが、最近伸び悩んでいる。	今後は、費用対効果を考慮しながら事業内容を計画していく必要があると思われる。	
	【アウトカム】 後発医薬品普及率	80%								

7. 第2期データヘルス計画後期における取り組みの方向性

個別保健事業の進捗管理（6参照）より、概ね計画通り事業を実施できている。しかしながら、事業の実施量（アウトプット）だけではなく、効果判定をきちんと行える評価指標の設定が必要である。

中間評価により、大きく目標の修正を行った特定健診の受診率については、国の示す60%を長期的な目標とし、市の取り組みをより具体的な目標に向かって実施するために、中間目標値として修正を行った。

受診勧奨事業については、令和2年度からAI技術を活用した受診勧奨を民間業者に委託しているが、3年度以降は委託業者と連携を取って、年代・性・地区等で対象者をしぼり、訪問や電話による受診勧奨も併せて実施し、受診率の向上を目指す。

本計画の最重要課題である糖尿病性腎症の重症化を予防し、糖尿病の進行による人工透析への移行者を減少させることに関しては、人工透析患者、糖尿病性腎症を原疾患とする透析患者、透析にかかる医療費のいずれも、わずかに減少傾向である（5（2）参照）。重症化予防事業の緩やかに改善傾向が見られることから、今後も、本事業を継続・推進する。

また、プログラムへの参加者の減少がみられることから、個のニーズにあったプログラム内容の充実、さらには、腎症を発症する前の段階の対象者への取り組みを推進する必要がある。この取り組みに関しては、糖尿病性腎症重症化予防推進委員会にて、医学的な知見から有効な実施内容について助言を受け実施する。

その他個別の保健事業についても、それぞれが独立した事業ではなく、他事業を密接かつ重要な関わりがあり、全体の推進に繋がるため、今後も継続して推進し次期データヘルス計画に繋げていく。

また、国保・後期高齢者の枠組みにとらわれない連続した保健事業の実施や、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を行うため、高齢者の保健事業と介護予防との連携を強化していく必要がある。

參考資料

個別保健事業計画	特定健康診査事業
目的	特定健診を受診できる体制を整備する。特定健診を実施することで、生活習慣病予備群を抽出する。
目標	特定健診受診率 60%
対象者 (選定基準等)	島田市国民健康保険被保険者のうち、40歳以上、75歳未満
実施期間	個別健診、集団健診:6月～2月末、人間ドック:4月～3月末
事業内容	個別健診、集団健診、国保総合がん検診、人間ドック助成
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・個別健診:島田市医師会・榛原医師会・島田市民病院健診センターに委託 ・集団健診:榛原医師会、聖隷予防健診センターに委託 ・人間ドック:7医療機関(島田市民病院健診センター、SBS静岡健康増進センター、聖隷予防検診センター、聖隷健康サポートセンターShizuoka、藤枝平成記念病院、総合健診センターヘルスポート、西焼津健診センター)に委託 ・集団・個別健診では、独自追加項目として血清クレアチニン、eGFR、尿酸、貧血(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット数)、HbA1c6.5%/dlで尿中アルブミン検査を実施。 <p>令和元年度から、健診にかかる自己負担額を無料とし、受診率の向上を図った。</p>

2. 計画値と実績値 (※令和元年度までの実績値を入力して下さい)

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
特定健診受診率	55.0	60.0	40.0	44.0	44.0	46.0	48.0	50.0
	36.8	40.0	39.7	41.6	—	—	—	—
評価計画								
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価				
目標値	翌年度事業計画の立案	受診勧奨事業の実施	健診受診者総数	特定健診受診率				
評価体制・方法	島田市国保運営協議会において、事業実施結果と計画を報告	受診勧奨事業による	受診方法毎の受診者数を把握し、前年対比	最終年度(R05)60%				
実施時期	年3回(7、11、2月)	年間(随時)	3月	翌年度法定報告(12月)				
令和2年度までの事業の評価	計画値に対して実績値が低い。特に45～49歳、60～64歳の男性の受診率が低い。							
令和3年度以降の事業の方向性	まばら受診者の継続受診率をあげることで受診率向上を狙う。							

個別保健事業計画	特定健診受診勧奨事業
目的	特定健診受診率を向上するため、受診勧奨を行う。
目標	特定健診受診率の向上、未受診者の減少
対象者 (選定基準等)	特定健診対象者、特定健診未受診者、特に連続未受診者
実施期間	6月～2月末
事業内容	特定健康診査未受診者に、手紙・電話・訪問等で受診勧奨を実施。
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・全対象者に対し、受診票を送付、併せて受診方法等の案内、勧奨チラシを配布 ・過去3年間未受診者に対し、日曜特定健診の案内を送付、受診勧奨 ・金谷地区集団健診対象者については、各地区実施1週間前に実施のお知らせはがきを送付し、受診勧奨 ・9月末時点で当年度未受診者のうち、島田個別受診、且つ過去3年で1度でも受診歴のある人を優先に通知及び電話勧奨を実施。 ・9月末時点で当年度未受診者のうち、島田個別対象の人に勧奨はがきを送付 ・勧奨はがきと架電を組み合わせた勧奨業務委託(H29～R01) ・AIを活用し、受診確率と勧奨タイプを分けた受診勧奨業務委託(R02～)

2. 計画値と実績値（※令和元年度までの実績値を入力して下さい）

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
特定健診受診率	55.0	60.0	40.0	44.0	44.0	46.0	48.0	50.0
	36.8	40.0	39.7	41.6	—	—	—	—
受診勧奨業務委託による受診率	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	17.3	17.7	6.2	15.4	—	—	—
評価計画								
	ストラクチャー評価	プロセス評価		アウトプット評価		アウトカム評価		
目標値	年間受診勧奨計画	未受診者勧奨通知(架電等)		勧奨方法毎の受診率測定		特定健康診査受診率向上		
評価体制・方法	受診形態に応じた受診勧奨方法の決定、事業の委託	年度前半に対象者全員に受診票の送付により勧奨 中盤からは健診結果から未受診者を抽出し、勧奨		各実施事業における効果値測定		上記計画値 最終年度(R05)60%		
実施時期	年度前半	年間(随時)		年間(随時)		翌年度法定報告		
令和2年度までの事業の評価	はがきによる勧奨(主に島田地区個別受診対象者)だけでは、勧奨による効果が薄いことから、電話勧奨を実施した。3年実施し、一定の効果は見られたものの、近年では詐欺電話等の誤認や電話番号未掲載の問題があるため、令和2年度からはAIを活用した勧奨に切り替えて実施。							
令和3年度以降の事業の方向性	受診方法・過去の受診状況に合わせた勧奨を実施する。ナッジのきいたデザインを検討することで勧奨効果を上げる。							

個別保健事業計画	特定保健指導事業
目的	対象者の持つリスクの数に応じて個別の保健指導を行い生活習慣を改善して生活習慣病予防を行う。
目標	生活習慣改善
対象者(選定基準等)	特定健診結果により階層化された特定保健指導対象者
実施期間	4月～3月
事業内容	特定健康診査の結果により、健診結果説明会・健診結果向上セミナー・個別相談による保健指導を実施。
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・個別に初回面談を実施。 ・対象者へは説明会日時をハガキで送付し、日時の変更は随時受付けている。 ・スタッフ: 国保年金課保健師1名、嘱託保健師1名、管理栄養士2名、看護師1名 ・健診結果向上セミナーを実施。(運動、栄養、歯科保健) ・セミナースタッフ: 健康運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士、保健師、看護師

2. 計画値と実績値 (※令和元年度までの実績値を入力して下さい)

指標(単位)	%	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
		計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
		実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
特定保健指導終了率(動機付け)		60	60	88.5	88.5	88.5	88.5	88.5	88.5
	%	88.8	84.2	85.9	92.5	—	—	—	—
特定保健指導終了率(積極的)		58	60	88.5	88.5	88.5	88.5	88.5	88.5
	%	87.5	69.1	70.8	81.9	—	—	—	—
評価計画									
		ストラクチャー評価		プロセス評価		アウトプット評価		アウトカム評価	
目標値		<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防推進委員会3回 ・平成30年度予算: 総事業費5449千円+人件費5149千円=10,598千円 ・医師会・薬剤師会・歯科医師会・市民病院の推進委員会への参加 		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果、島田市国保レセプトの分析 ・プログラム参加者の実施前後の検査結果の分析 ・プログラム参加者の満足度 ・保健指導実施者の外部研修を年1回以上受講。 		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率の向上(60%) ・糖尿病及び糖尿病性腎症未治療者への受診勧奨(受診率を80%) ・保健指導介入者の増加(対象者の60%) 		<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導介入者の検査結果の改善・行動変容(HbA1c、BMI、血圧値、塩分摂取量)(80%が改善) ・糖尿病性腎症の重症化予防に伴う透析移行者の減少(中期目標) 	
評価体制・方法		<ul style="list-style-type: none"> ・推進委員会での検討 		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、レセプト、プログラム実施前後の分析は県立大学で実施し、推進委員会で評価 ・プログラム終了時にアンケート実施 ・特定保健指導研修会、CKD研修会の受講 		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、特定保健指導法定報告 ・受診結果報告連絡票(ハガキの返信)、レセプトの確認 ・糖尿病性腎症2期以上のプログラム参加率 		<ul style="list-style-type: none"> ・プログラム終了後の主治医からの直近検査データの提供 ・プログラム実施前後の塩分チェックシートの記入 ・プログラム参加者の6か月ごとフォロー、次年度以降の特定健診結果の確認 	
実施時期		4月～3月		4月～3月		4月～3月		4月～3月	
令和2年度までの事業の評価		令和元年度は90%を超える高い実施率。計画値を十分達成しており、高い実績を維持している。令和2年度は一部において健診当日の保健指導を行う分割実施を行った。							
令和3年度以降の事業の方向性		令和3年度からは一部健診対象者の保健指導を委託・分割実施する。実施率の維持が課題。							

個別保健事業計画	生活習慣病重症化予防事業
目的	生活習慣病の重症化予防
目標	特定健診結果の改善(前年度比)医療受診開始者の増加
対象者(選定基準等)	特定健康診査の結果、医療機関への受診が必要な人が受診していない場合に、受診勧奨を訪問にて実施し、重症化予防を図る。
実施期間	4月～3月
事業内容	生活習慣病への早期対応、重症化予防 集団健診での特定健康診査の結果、保健指導の必要な者に対して、保健師・栄養士が食生活相談・健康の日健康相談などにより、個別相談を実施。・レセプトにてアプローチ後の医療受診状況の確認 特定保健指導対象者以外で、血圧、脂質、糖代謝、貧血等で基準値から大きく逸脱し今後重症化していくリスクの高い方に、受診勧奨、情報提供、保健指導を行います。
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ: 国保年金課保健師、嘱託保健師、嘱託看護師、嘱託管理栄養士 ・特定保健指導以外の未受診者への受診勧奨、特定健診結果で基準値を逸脱し重症化するリスクのあるものに電話、訪問等で保健指導を行う。 ・受診が必要な場合は、受診結果報告連絡票の返送やレセプトで受診を確認し、未受診の場合は再度電話等で受診勧奨を実施する。

2. 計画値と実績値 (※令和元年度までの実績値を入力して下さい)

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
受診勧奨・保健指導実施者数	-	-	特定健診受診者の5%	特定健診受診者の5%	特定健診受診者の5%	特定健診受診者の5%	特定健診受診者の5%	特定健診受診者の5%
		357(5.4%)	517(%)	512(8.0%)	-	-	-	-
評価計画								
		ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価			
目標値	主に重症化予防担当の嘱託看護師1名・管理栄養士1名と保健師1名で実施。		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果、島田市国保レセプトの分析 ・保健指導実施者の外部研修を年1回以上受講。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者全員に受診勧奨を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨対象者の医療機関受診率 			
評価体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・推進委員会での検討 		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、レセプト、プログラム実施前後の分析は県立大学で実施し、推進委員会で評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への個別指導数 	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプト確認 			
実施時期	4月～3月		4月～3月	4月～3月		4月～3月		
令和2年度までの事業の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨を行うマンパワーの不足により、受診勧奨後の結果確認が困難となっていることから、事業の評価が困難。 							
令和3年度以降の事業の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度より、対象者選定基準、フォローのフローを設けて実施。効果判定が困難であるがアウトカム評価目標値を検討し、事業の実施方法を検討する必要がある。事業を継続し、重症化予防を図る。 							

個別保健事業計画	糖尿病性腎症重症化予防事業
事業目的	糖尿病性腎症2期以上を対象に受診勧奨及び6か月間の保健指導を行い、透析導入を未然に防ぐ
事業実施理由	島田市国保医療費に占める糖尿病及び腎不全の割合が高く、また特定健診結果から糖尿病予備群が県下でも上位に位置しているため
対象者(選定基準等)	特定健診結果HbA1c6.5%以上で尿中アルブミン値を測定し、糖尿病性腎症を階層化して2期、3期をプログラム対象者とする。
実施期間	特定健診は6月～翌2月、人間ドックは4月から翌3月 ※人間ドックは平成29年度から尿中アルブミン測定可能医療機関(島田市民病院、聖隷予防健診センター、聖隷健康サポートセンターShizuoka)のみ実施
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果HbA1c6.5%以上で尿中アルブミン検査を実施、糖尿病性腎症を1～4期に階層化。 ・尿中アルブミン測定者全員に個別に結果を説明し、未治療者への受診勧奨。 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく、6か月間の保健指導を実施し、プログラム終了後も6か月ごとに参加者への電話フォロー実施。 ・プログラム開始前後の検査値及びレセプト分析の実施。 ・糖尿病性腎症重症化予防セミナーを開催。(糖尿病性腎症講義、お薬講座(H30～)、歯科講座(H30～)、栄養講座、24時間蓄尿と食生活アンケートの実施) ・医師、薬剤師等医療従事者を対象とした糖尿病性腎症治療戦略を考える会開催。
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防推進委員会を設置、事業の評価および見直しを行う。 ・囑託員にかかる人件費及び尿中アルブミン検査等の重症化予防に係る予算措置。(H30～総事業費5449千円+人件費5149千円=10,598千円) ・H29～市内腎臓内科医、島田市薬剤師会の薬剤師を糖尿病性腎症重症化予防推進委員に追加。 ・H30～島田市医師会の歯科医師を推進委員に追加 ・H29～市民病院糖尿病認定看護師と栄養指導科との連携体制の構築 ・薬剤師会との連携体制の構築

2. 計画値と実績値 (※令和元年度までの実績値を入力して下さい)

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
尿中アルブミン測定者数	—	450	450	450	450	450	450	450
	435	490	495	628	—	—	—	—
プログラム参加者数	—	30	30	30	30	30	30	30
	27	24	23	22	—	—	—	—
重症化予防推進委員会開催回数	—	2	3	3	3	3	3	3
	2	2	3	1	—	—	—	—

評価計画				
	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価
目標値	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防推進委員会3回 ・平成30年度予算:総事業費5449千円+人件費5149千円=10,598千円 ・医師会・薬剤師会・歯科医師会・市民病院の推進委員会への参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診結果、島田市国保レセプトの分析 ・プログラム参加者の実施前後の検査結果の分析 ・プログラム参加者の満足度 ・保健指導実施者の外部研修を年1回以上受講。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率の向上(60%) ・糖尿病及び糖尿病性腎症未治療者への受診勧奨(受診率を80%) ・保健指導介入者の増加(対象者の60%) 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導介入者の検査結果の改善・行動変容(HbA1c、BMI、血圧値、塩分摂取量)(80%が改善) ・糖尿病性腎症の重症化予防に伴う透析移行者の減少(中期目標)
評価体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・推進委員会での検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、レセプト、プログラム実施前後の分析は県立大学で実施し、推進委員会で評価 ・プログラム終了時にアンケート実施 ・特定保健指導研修会、CKD研修会の受講 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、特定保健指導法定報告 ・受診結果報告連絡票(ハガキの返信)、レセプトの確認 ・糖尿病性腎症2期以上のプログラム参加率 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラム終了後の主治医からの直近検査データの提供 ・プログラム実施前後の塩分チェックシートの記入 ・プログラム参加者の6か月ごとフォロー、次年度以降の特定健診結果の確認
実施時期	4月～3月	4月～3月	4月～3月	4月～3月
令和2年度までの事業の評価	<p>事業は計画通り進められているため、今後もPDCAサイクルを回しながら委員会での評価を受け、事業を継続実施する。また、プログラムの参加者に関しては、プログラム参加前後で50%以上の効果が表れている。実施年にもよるが、特にHbA1cの改善がみられることから、糖尿病の重症化を抑える効果が出ていると思われる。一方で年々プログラムの参加者数が減少しており、個のニーズに合ったプログラムや事業を検討する必要がある。</p>			
令和3年度以降の事業の方向性	<p>効果的な指導教材や実施方法を検討し事業を充実させ、継続的に実施する</p>			

個別保健事業計画	生活習慣病予防普及事業
目的	市民への生活習慣病予防知識の啓発
目標	健康講演会・地区健康講座の実施
対象者	市民
実施期間	通年
事業内容	市民を対象に、医師や専門機関による講話により、生活習慣病を予防するための日常生活の改善の必要性を啓発。
実施体制・方法	年1回健康講演会の実施、保健委員との連携による健康講座の開催

2. 計画値と実績値（※令和元年度までの実績値を入力して下さい）

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
講演会回数	1	1	1	1	0	1	1	1
	1	1	1	1	0	—	—	—
地区健康講座	—	—	—	1	1	1	1	1
	—	1	1	1	0	—	—	—
評価計画								
	ストラクチャー評価		プロセス評価		アウトプット評価		アウトカム評価	
目標値	予算:医療費適正化				講演会1回		講演会参加者の健康意識の向上	
評価体制・方法	保健事業係(健康づくり課と連携)		保健委員との連携		講演会参加者数		講演会后アンケート	
実施時期	講演会:例年下半期 地区講座:通年		通年		・講演会:年1回 ・地区講座:年1回以上			
令和2年度までの事業の評価	平成30年度、令和元年度と多数の集客による啓発を実施。 令和2年度は講演会の計画を屋外イベントとし、啓発を実施。							
令和3年度以降の事業の方向性	地区や地域の団体等に対する健康講座については、健康づくり課と連携・一体的に実施し、広く市民へ生活習慣病に関する知識の啓発を行う。							

個別保健事業計画	重複・多受診者/多剤・重複投薬者訪問指導事業
目的	被保険者の健康の保持増進と医療費の適正化
目標	重複・多受診者/重複・多剤投与者の減少と指導前後の受診状況の改善
対象者 (選定基準等)	レセプトから抽出
実施期間	4月～3月
事業内容	重複・多受診者/重複・多剤投与者に、保健師又は看護師が個別に訪問または電話で、健康の保持増進を図るための個別相談、指導を実施。
実施体制・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の抽出：国保年金係 <ul style="list-style-type: none"> <抽出条件> 多受診：一月に合計15日以上を受診 重複受診：一月に4機関以上(未コード含む)を受診 多剤投与：抽出なし 重複投薬：薬効分類番号が一致 かつ 3機関以上から処方 かつ 合計31単位以上処方 ・訪問、電話相談、指導：保健事業係保健師 ・レセプトにて訪問後の医療受診状況の確認

2. 計画値と実績値（※令和元年度までの実績値を入力して下さい）

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
指導数(人)	40	10	10	15	15	15	15	15
	7	6	3	17	22	—	—	—
評価計画								
	ストラクチャー評価		プロセス評価		アウトプット評価		アウトカム評価	
目標値	抽出：国保年金係 指導：保健事業係		毎月茶っどシステムから抽出		訪問指導、健康相談件数		重複多受診、多剤重複投薬の解消 対象者の健康状態確認	
評価体制・方法							抽出者一覧表での確認	
実施時期	4月～3月		4月～3月		4月～3月		指導後4～5カ月後	
令和2年度までの事業の評価	訪問時には重複が解消しているケースや一時的な重複と思われるケースも多いことから、抽出方法の再検討が必要である。							
令和3年度以降の事業の方向性	訪問対象者の課題を明確化するために、抽出方法の再検討を行い、訪問指導に係る時間を確保し指導数を増加を図ることで、医療費適正化につなげていく。							

個別保健事業計画	後発医薬品差額通知事業
目的	国民健康保険事業特別会計の健全な運営を目指し、医療費の適正化に向けて、保健事業実施の財源確保や保険税率の引き上げの抑制を推進するため。
目標	令和2年2月末までに、後発医薬品の月の普及率(数量ベース)を80%以上とする。
対象者(選定基準等)	国民健康保険被保険者のうち、後発医薬品の使用により自己負担額を100円以上程度軽減できると見込まれる被保険者
実施期間	6月～翌年3月
事業内容	国民健康保険被保険者約20,000人(※計画期間中の被保険者数見込み)のレセプトデータから、後発医薬品に切り替えた場合に自己負担額を100円以上軽減できる被保険者に対し、見込まれる軽減額などを記載した差額通知書を送付する。
実施体制・方法	国保連合会より提供される数量シェア集計表により後発医薬品普及率等を把握する。令和元年度以降については、通知書作成等を株式会社SBS情報システムに業務委託し実施している。

2. 計画値と実績値(※令和元年度までの実績値を入力して下さい)

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
後発医薬品普及率	31年度末までに60%以上	31年度末までに60%以上(※おおむね75%以上)	9月診療分までに77.5%	令和2年度末までに80%	令和2年度末までに80%	80%以上	80%以上	80%以上
	73.10%	75.38%	79.91%	82.90%	84.9%(R2.1時点)	—	—	—
評価計画								
	ストラクチャー評価		プロセス評価		アウトプット評価		アウトカム評価	
目標値	・予算の措置 ・国保連データの活用 ・年間事業計画書の作成		・事業者から事業計画書の提出 ・年2回、通知発送時に進捗状況の確認(8月、12月)		・後発医薬品差額通知書の発送(年2回以上)		・後発医薬品普及率(令和2年度末までに80%)	
評価体制・方法	年間事業計画の確認		担当者と係長のヒアリング		後発医薬品差額通知発送実績報告書の確認		数量シェア集計表を確認	
実施時期	6月～3月		4月～3月		4月～3月		4月～3月	
令和2年度までの事業の評価	国が掲げる後発医薬品普及率の目標値(80%)を継続して達成した。							
令和3年度以降の事業の方向性	引き続き実施費用等を考慮しながら後発医薬品普及に資するよう事業を進めていく。							


個別保健事業計画	治療中断者受診勧奨事業
事業目的	生活習慣病の治療を中断していると思われる対象者を特定し、医療機関への受診勧奨を行い、治療を再開することで生活習慣病の重症化を予防する。
目標	指導後の受診再開
対象者(選定基準等)	生活習慣病(糖尿病、高血圧症、脂質異常症)の治療または検査をしていて、継続的に医療機関への受診が必要であるにもかかわらず、定期受診を中断しているもの。
実施期間	4月～3月
事業内容	生活習慣病の重症化予防や治療の必要性を記載した通知を対象者に送付し、医療機関への受診を促す。平成30年度は対象者のうち糖尿病治療を中断しているものに、通知に加えて電話勧奨を実施する。
実施体制・方法	データの抽出、通知を業者に委託する。 H29年度開始。委託業者データホライゾン H30年度委託業者データホライゾン電話勧奨はオプション。

2. 計画値と実績値 (※令和元年度までの実績値を入力して下さい)

指標(単位)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値	計画値
	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値	実績値
通知・電話による受診勧奨実施数	—	—	—	未定	未定	未定	未定	未定
受診勧奨後に受診した人(割合)	—	治療中断: 62人通知	治療中断80人	—	異常値放置者: 15人 電話	—	—	—
		10人 (16.1%)	11人 (13.7%)	—	事業実施中			
評価計画								
		ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトプット評価	アウトカム評価			
目標値	予算: H30 約70万円 H31 117万円							
評価体制・方法	業者による評価実施		業者によるレセプト分析	通知発送数	通知対象者の受診状況			
実施時期			前年度のレセプトを6～7月に分析	10月通知発送	3月			
令和2年度までの事業の評価	平成30年度までは業者に委託し、実施していたが、治療中断者が通知の前年度のレセプトデータからの抽出になるため、通知時点の受診状況と異なり、対象者からの苦情があった。令和元年度に対象者の抽出基準や費用対効果等、業務の委託を見合わせ、実施方法を検討した。令和2年度は健診受診者のうち受診勧奨値の未受診者に対して保健指導を実施した。							
令和3年度以降の事業の方向性	令和3年度以降は、健診の未受診者で治療中断者の抽出方法について、県や国保連等に助言いただきながら費用対効果を考慮して、事業の継続を検討していく。							

令和3年3月発行

編集・発行 島田市 健康福祉部 国保年金課 保健事業係

 427-0041 静岡県島田市中河町 283 番地の 1

 0547-34-3295  0547-34-3289

島田市
緑茶化
計 画