

第2期紀の川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  
紀の川市

## 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. . . . .	9
5	資料編. . . . .	10
	（1）計画策定時からのデータの推移. . . . .	10
	（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

## 紀の川市国民健康保険第2期データヘルス計画

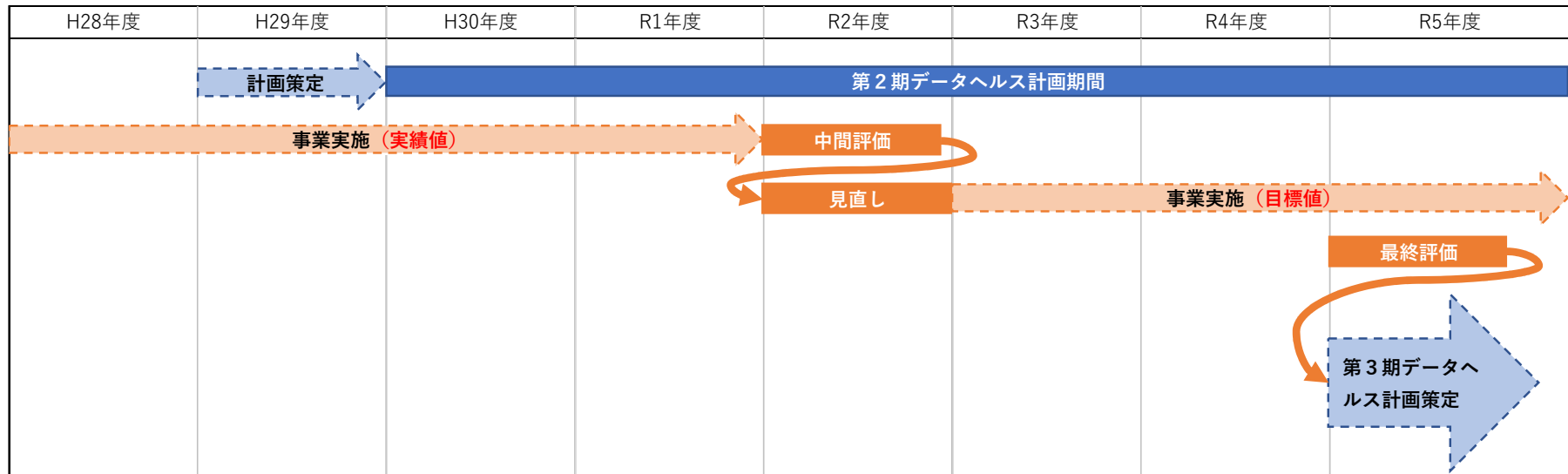
### － 中間評価 －

#### 1 中間評価の目的

平成30年3月に策定した紀の川市国民健康保険第2期データヘルス計画（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2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、計画に記載の評価指標（目標）に基づき実績値を収集し、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

計画に記載の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。なお、新型コロナウイルス等の感染症予防を踏まえるとともに、紀の川市国民健康保険運営協議会・紀の川市健康推進課・岩出保健所・和歌山県国民健康保険団体連合会の保健事業支援・評価委員会・和歌山県国民健康保険課・一般社団法人那賀医師会等と連携を図りながら中間評価・見直しを実施しました。

### 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≫

被保険者が特定健診を受診することで、一人ひとり自らの健康課題に気づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、健康寿命の延伸を図る。

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	
脳血管疾患 被保険者 1,000 人当たり患者数 (人)	減少	35.3	35.5	33.0	31.7	a
虚血性心疾患 被保険者 1,000 人当たり患者数 (人)	減少	39.1	37.6	36.8	38.3	a
糖尿病 被保険者 1,000 人当たり患者数 (人)	減少	111.6	114.4	114.6	117.8	c
糖尿病性腎症 被保険者 1,000 人当たり患者数 (人)	減少	8.6	8.6	9.2	10.0	c
人工透析 被保険者 1,000 人当たり患者数 (人)	減少	2.8	2.7	2.4	1.9	a
メタボ該当者 特定健診受診者のうちの割合 (%)	減少	15.5	16.5	16.6	18.0	c
非肥満高血糖該当者 特定健診受診者のうちの割合 (%)	減少	11.6	11.9	9.9	11.6	b
要介護 (支援) ※有病状況 (がんの割合) (%)	減少	12.9	13.1	12.9	12.9	b
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						

出典 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)

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 各年度累計 特定健診結果有所見率

要介護 (支援) 者有病状況 各年度累計 要介護 (支援): 第 1 号被保険者のうち要介護 (支援) である者

(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	
特定健診未受診者対策	特定健診受診率 (%)	37.8	42	36.1	35.6	39.9	42.8	a
特定保健指導未利用者対策	特定保健指導利用率 (%)	22.3	28	14.3	20.6	18.9	21.0	b
糖尿病性腎症重症化予防事業 (受療勧奨)	受療率 (%)	56.8	70	—	30.0	55.0	63.6	a
糖尿病性腎症重症化予防事業 (保健指導：R1 年度から事業開始)	腎症ステージ改善・維持の割合 (%) ※1	75	—				確認できず	—
	HbA1c 改善・維持の割合 (%) ※2	—	65				62.5	—
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								

※1: R1 年度の評価指標

※2: R2 年度からの評価指標

出典 KDB: 地域の全体像の把握 健診状況 (CSV)

(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)
<p>特定健診未受診者対策</p>	<p>○新規国保加入者への勧奨は若年層への受診の意識づけになった。</p> <p>○国保加入の利点として、特定健診が受けられることを勧奨することで勧奨者の内10%の受診につながった。</p> <p>○個別健診終了前に、はがきを送付することで、受診忘れの防止に繋がった。</p> <p>○集団健診未受診者に追加の集団健診の日程を知らせる勧奨通知を発送したことで、日程が合わずに受診できていなかった者に効果があった。</p>	<p>○医療機関の請求が遅延するため、受診済みの対象者の除外ができて、勧奨通知の問い合わせが増加し、不必要な電話対応業務が増えた。</p> <p>○治療中の為、特定健診は受けない、かかりつけ医が特定健診の協力医療機関でないため受けないという声が多く聞かれた。</p> <p>○対象者数の少ない勧奨は評価のための受診確認が行えるが、対象者数の多い勧奨に対する受診確認が困難なため数値的評価が困難であった。</p> <p>○年度途中から、保健師1人減の為、未受診者への架電が目標数に至らなかった。</p>	<p>○R1年度の特定健診受診率は42.8%で、R5年度の最終目標値を達成できたが、新型コロナウイルス感染拡大により、最終目標値は現状維持の42%とし、事業を拡充する。</p> <p>○若年層の受診の意識づけを行うため、新規国保加入者への勧奨を継続する。</p> <p>○集団健診を申し込んでいても、日程が合わずに受診していない対象者に対して、追加の集団健診の日程を設定し、受診勧奨を継続する。</p> <p>○受診者の増加を図るため、治療中であっても特定健診が受けられることを啓発するよう健診案内を改善する。</p> <p>○スタッフを確保し、架電勧奨を継続する。</p> <p>○未受診者勧奨を実施する上で、受診済の対象者を把握するため個別健診受診後、速やかに請求してもらうよう、医療機関に協力を求めるよう改善する。</p> <p>○個別健診終了前にはがきを送付することで、受診忘れの防止に繋げるよう継続する。</p> <p>○対象者の多い勧奨に対する受診確認が困難だったため、把握可能な評価方法に改善する。</p>	<p>特定健診受診率 42%</p>

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)
<p>特定保健指導未利用者対策</p>	<p>○利用勧奨電話の時間帯を、雇い上げ専門職では9:00～12:00あるいは11:00～14:00、市職員では16:00～17:00に設定し架電したことで、通話できる人が増えた。</p> <p>○保健指導実施日の空き時間を利用し訪問を実施したことで、特定保健指導の利用につながった。</p> <p>○集団健診会場では、腹囲・BMI・血圧のみではあるが、特定保健指導対象者の把握ができるため、集団健診会場にて個別面談を実施できたことが、利用率の増加につながった。</p> <p>○訪問では不在も多かったが、直接訪問・面談することで了解を得られた利用者もあった。</p> <p>○集団健診会場で面談することで全員に勧奨できた。</p>	<p>○不在が多いことから電話の時間を変更したが、夜間等には実施が難しく、架電ができなかった。</p> <p>○個別健診受診者で特定保健指導対象者に対して、利用勧奨の架電をするが、断られることが多く、また電話番号が不明や不通にて利用につながる件数が少なかった。</p> <p>○個別健診の結果の把握が年度内できないため、個別健診受診者での対象者全員に勧奨できなかった。</p> <p>○血液検査で抽出される特定保健指導の対象者が133人(37.8%)であり、集団健診会場では検査結果がすべて把握できないことから、確実に対象者を把握することができなかった。</p>	<p>○特定保健指導利用率はH30年度の21.7%から0.8%上昇しているが、R1年度の目標値には至っていない。そのため、最終目標値を下方修正し、事業を拡充する。</p> <p>○少しでもつながるように勧奨電話の時間帯を、雇い上げ専門職では9:00～12:00あるいは11:00～14:00、市職員では16:00～17:00に設定し架電を継続する。</p> <p>○電話による勧奨及び保健指導実施日の空き時間を利用し、雇い上げ専門職とともに訪問を継続する。</p> <p>○集団健診会場での腹囲・BMIから特定保健指導対象者に対して個別面談を実施することでより保健指導利用に結びつくように面談の実施を継続する。 また、保健指導利用者数/面談実施者中保健指導対象確定者数で評価する。</p> <p>○自身が保健指導対象であることを再認識できるよう勧奨内容・方法を改善する。</p> <p>○特定保健指導の勧奨をよりタイムリーに実施するため、個別健診実施医療機関から結果説明時に保健指導利用勧奨及び速やかに請求を行ってもらうよう協力を依頼し、強化する。</p> <p>○重症度の高い者については優先順位を決め訪問を実施したところ、訪問することで利用に結びついたので今後も継続していく。</p>	<p>特定保健指導利用率 25%</p> <p>※下方修正</p>



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)
糖尿病性腎症重症化予防事業	<p>○対象者抽出を委託することで、受療勧奨や指導に対する時間・人員を確保できた。また、公立那賀病院の協力を得られたことで、より専門職の確保が可能となった。</p> <p>(受療勧奨)</p> <p>○対象者に対して通知するだけでなく、電話による勧奨を行うことにより、効果的に受療につなげることができた。</p> <p>(保健指導)</p> <p>○令和元年度から事業を開始した。主治医に協力を依頼し、保健指導を8人に実施できた。(7人は委託で、1人は市管理栄養士が実施した。)</p> <p>○被指導者8人について、3か月後、6か月後の様子確認や継続指導、感想聴取などを市で直接行ったことで全員の状況を把握することができた。</p>	<p>○前年度の特定健診データを活用し、対象者を抽出したため、タイムリーな受診勧奨や指導勧奨にならなかった。</p> <p>○通知・電話・訪問等による勧奨を行ったが、実際拒否が多く、糖尿病に関する意識が低く、支援につながりにくかった。</p> <p>(保健指導)</p> <p>○保健指導については、委託業者指導での改善が4人中1人のみで、医療機関委託と市では4人全員が改善した。結果に差異が生じた理由は不明であるが、改善率に差異が生じた。</p>	<p>○特定健診の現年度データを活用し、対象者にタイムリーに受療勧奨・保健指導を行えるように改善する。</p> <p>(受療勧奨)</p> <p>○受療率は63.6%で前年度数値を大きく上回っており、R1年度の目標値を達成できた。R5年度の最終目標値は現状維持とする。</p> <p>○対象者に対して受療勧奨通知に加え電話による勧奨を今後も継続して行う。</p> <p>○糖尿病に関する市民の意識を向上させるために、広報等により糖尿病の正しい知識について啓発を強化する。</p> <p>(保健指導)</p> <p>○腎症ステージの改善・維持の割合を評価指標に設定したが、確認できていないため、評価指標をHbA1cの改善・維持の割合に変更し改善する。</p> <p>○市内医療機関に保健指導を委託することで、保健指導のための専門職の確保し強化する。</p> <p>○保健指導対象者に対してスムーズに勧奨するために、集団特定健診会場にて糖尿病治療中の者に対して、事業の説明を行い啓発を強化する。</p> <p>○集団特定健診の結果返却時、主治医宛に保健指導勧奨依頼の手紙を同封し、保健指導への参加を促すよう改善する。</p>	<p>(受療勧奨)</p> <p>糖尿病性腎症受療率 70%</p> <p>(保健指導)</p> <p>HbA1c改善・維持の割合 65%</p>

			<p>○個別特定健診の結果返却時、リーフレットを配布し、医師より保健指導への参加を促してもらうよう依頼し、強化する。</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防事業那賀圏域検討会にて、医師からの意見もあり、委託医療機関にて実施した保健指導終了後も、生活改善が維持できるよう、市の専門職が被指導者に対して、3か月後、6か月後、1年後の様子確認や継続指導を強化する。</p>	
--	--	--	---	--

#### 4 計画全体の今後の方向性

データヘルス計画については、第1期（H24～29年度）、第2期（H30～R5年度）共に、生活習慣病の予防・改善することにより、有病者の減少や健康寿命の延伸を目的としていましたが、現状においても、生活習慣病の有病者の増加が見受けられ、今後も生活習慣病の予防・改善に着目した対策が必要です。

特定健診受診率については、目標である42%を達成しましたが、令和1年1月以降の新型コロナウイルス感染症拡大により、特定健診を含む保健事業の実施について中止・再検討する状況に至ったことから、令和2年度の実績は大きく後退することが予想されます。以前の状況に1年でも早く戻ることができ、尚且つ生活習慣病の予防・改善に取り組めるよう啓発・勧奨事業を実施する必要があります。

また、特定健診受診率・特定保健指導利用率・糖尿病性腎症受療率ともに、目標を達成するために以下の内容を重点的に取り組みます。

○自身の健康に、より関心を持ってもらうために通知内容を改善し、より効果的に勧奨します。また、電話・訪問による勧奨を強化します。

○受療中の特定健診受診勧奨や対象者確定のため速やかな請求の実施、かかりつけ医からの勧奨について、医療機関に対し協力依頼を積極的に行います。

一人ひとり自らの健康課題に気づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組むことができるよう対策・支援を行います。

#### 中間評価後の最終目標値

(R5年度)

・脳血管疾患（被保険者1,000人当たり患者数）	30人
・虚血性心疾患（被保険者1,000人当たり患者数）	38人
・糖尿病（被保険者1,000人当たり患者数）	115人
・糖尿病性腎症（被保険者1,000人当たり患者数）	9人
・人工透析（被保険者1,000人当たり患者数）	1.5人
・メタボ該当者（特定健診受診者のうちの割合）	17人
・非肥満高血糖該当者（特定健診受診者のうちの割合）	11人
・要介護（支援）有病状況（がんの割合）	12.9%

## 5 資料編

### (1) 計画策定時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)	18,535	17,585	16,911	16,310	△ 2,225
年齢構成割合 (%)					
～39歳	24.4	23.2	22.4	21.7	△ 2.7
40～64歳	34.5	34.2	33.5	33.3	△ 1.2
65～74歳	41.2	42.6	44.1	45.0	3.8
一人当たり医療費 (円)					
入院	10,102	10,152	10,467	11,151	1,049
外来	15,669	16,067	15,838	16,394	725

\*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

	H28年度	H29年度	H30年度	R01年度
1位	糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
2位	高血圧症	高血圧症	高血圧症	関節疾患
3位	慢性腎不全 <sup>※2</sup> (透析あり)	慢性腎不全 <sup>※2</sup> (透析あり)	関節疾患	高血圧症
4位	統合失調症	統合失調症	統合失調症	慢性腎不全 <sup>※2</sup> (透析あり)
5位	関節疾患	関節疾患	慢性腎不全 <sup>※2</sup> (透析あり)	統合失調症
6位	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症	脂質異常症
7位	うつ病	肺がん	肺がん	肺がん
8位	骨折	うつ病	骨折	骨折
9位	脳梗塞	骨折	不整脈	不整脈
10位	肺がん	不整脈	うつ病	うつ病

<sup>※1</sup>医療費全体：入院+外来 <sup>※2</sup>慢性腎不全：平成29年度以前は慢性腎不全として集計

\*KDB：医療費分析 (2) 大、中、細小分類

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	35.3	35.5	33.0	31.7	△ 3.6
虚血性心疾患	39.1	37.6	36.8	38.3	△ 0.8
人工透析	2.8	2.7	2.4	1.9	△ 0.9
糖尿病	111.6	114.4	114.6	117.8	6.2
[再掲] 糖尿病性腎症	8.6	8.6	9.2	10.0	1.4
高血圧症	241.4	245.9	245.6	249.6	8.2
脂質異常症	190.9	196.9	196.4	198.0	7.1

・被保険者数： H28年度 18,535 人， H29年度 17,585 人， H30年度 16,911 人， R01年度 16,310 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	0.4	0.4	0.4	0.4	0.0
1号認定率	27.1	25.0	25.0	24.5	△ 2.6
[再掲] 65～74歳	6.3	5.3	5.1	4.8	△ 1.5
75歳以上	46.2	44.9	45.1	44.4	△ 1.8

\* 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	36.1	35.6	39.9	42.8	6.7
40～49歳	20.7	19.1	21.8	24.4	3.7
50～59歳	27.8	26.7	29.6	30.5	2.7
60～69歳	39.9	39.3	44.6	48.7	8.8
70～74歳	41.9	42.0	45.7	47.9	6.0

・特定健診対象者数： H28年度 13,163 人, H29年度 12,740 人, H30年度 12,352 人, R01年度 12,009 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	14.3	20.6	18.9	21.0	6.7
積極的支援	2.2	4.6	5.6	8.0	5.8
動機付け支援	19.3	25.3	22.9	24.8	5.5

・特定保健指導対象者数： H28年度 622 人, H29年度 573 人, H30年度 624 人, R01年度 658 人

・積極的支援対象者数： H28年度 181 人, H29年度 131 人, H30年度 143 人, R01年度 150 人

・動機付け支援対象者数： H28年度 441 人, H29年度 442 人, H30年度 481 人, R01年度 508 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	15.5	16.5	16.6	18.0	2.5
メタボ予備群	11.0	11.9	13.2	12.7	1.7

・特定健診受診者数： H28年度 4,756人, H29年度 4,540人, H30年度 4,923人, R01年度 5,140人

\*KDB：地域の全体像の把握

特定健診受診者のリスク保有<sup>\*</sup>割合（保健指導値以上）

(%)

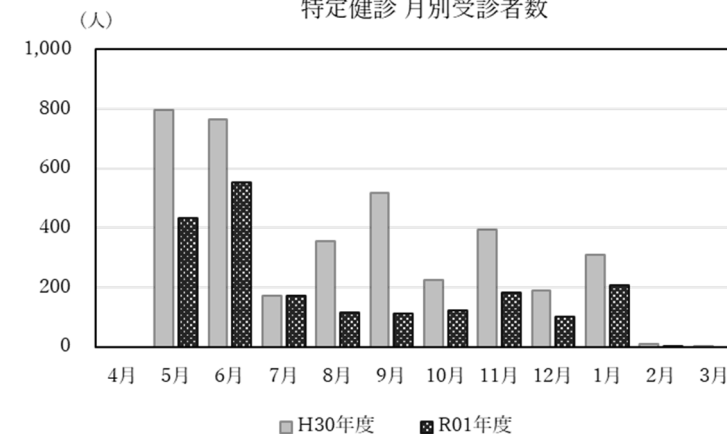
	H28年度 a	H29年度	H30年度	R01年度 b	b-a
受診勧奨判定値	55.1	56.7	55.4	55.6	0.5
保健指導判定値	44.9	43.3	44.6	44.4	△0.5
[再掲] 服薬なしの者					
受診勧奨判定値	31.1	28.9	29.4	28.1	△3.0
保健指導判定値	25.8	24.1	24.0	24.1	△1.7
血糖・血圧・脂質	15.8	17.0	16.0	18.4	2.6
血糖・血圧	18.2	18.1	15.9	17.0	△1.2
血糖・脂質	7.4	6.6	6.2	6.9	△0.5
血圧・脂質	7.0	7.7	8.9	7.6	0.6
血糖のみ	15.1	14.8	11.6	11.9	△3.2
血圧のみ	14.1	13.9	16.6	15.6	1.5
脂質のみ	4.6	4.4	5.6	4.9	0.3

<sup>\*</sup>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 4,756人, H29年度 4,540人, H30年度 4,923人, R01年度 5,140人

\*KDB：健診ツリー図（CSV）

特定健診 月別受診者数



(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)

個別保健事業【評価】中間評価 (平成29年度～令和元年度)

事業名: 特定健診未受診者対策

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
医療費は年々増加しており、1人当たりの医療費も増加しています。悪性新生物を除いた生活習慣病は医療費の4分の1を占めており、糖尿病、腎不全、高血圧症の順で高くなっています。平成28年度の特健健診受診率は35.4%と平成20年度から比較しても30%前半とほぼ横ばい状態で経過しており、第1期計画での目標であった37.0%には至りませんでした。	糖尿病、高血圧症、脂質異常症を予防するために、まずは特定健診を受診することが生活習慣病発症予防と捉え、特に受診率の低い若年層および生活習慣病治療中の特定健診未受診者への受診勧奨を強化するとともに、医療機関との連携により、特定健診受診率を向上させていくことが課題となります。特に健診受診率の低い若年層および貴志川地区の方に自らの健康について関心を持ってもらい、特定健診への受診意識を高めてもらうために、受診勧奨通知の時期および内容の工夫を図ることが必要です。また、生活習慣病治療中の特定健診未受診者に対する受診勧奨についても検討が必要です。	【目的】 被保険者が特定健診を受診することで、一人ひとり自らの健康課題に気づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、健康寿命の延伸を図る。 【目標】 受診率の低い若年層や生活習慣病治療中の特定健診未受診者に対する受診勧奨を強化するとともに、医療機関との連携により特定健診の受診率向上を図ります。 【数値目標】 特定健診受診率 R2年度: 39% R5年度: 42%  *H28年度実績 : 35.4%	●H29年度 1.国民健康保険被保険者 2.平成28年度特定健診未受診者のうち医療機関に受療中で特定健診と同等の検査を受けている国民健康保険被保険者  ●H30年度 1.平成30年度特定健診未申込者のうち 1-①打田住民の1,514人、 1-②桃山・貴志川住民 2,926人 1-③①での未申込者 1,332人(打田地区のみ) 2.特定健診未申込者のうち定期的に市内医療機関に通院している者 1,000人  ●R1年度 1.今年度途中に国保に加入し、特定健診対象者となった者 2.平成30年受診勧奨事業での特定健診申込者で令和元年健診未申込者 3.2の対象者 4.10月末現在で、特定健診の受診が確認できない者	●H29年度 平成29年9月頃～平成30年3月  ●H30年度 1-①6月6日 送付 1-②8月1日 送付 1-③11月7日 送付  2.11月21日送付情報提供期間:11月～3月  ●R1年度 1.令和元年5月～令和元年11月 2.令和元年7月下旬 3.令和元年8月 4.令和元年11月	●H29年度 医療機関に情報提供依頼を行うと共に対象者に封書で勧奨通知を送付する。  ●H30年度 1.文書(ダイレクトメール)による受診勧奨 2.対象者に文書による情報提供勧奨・医療機関に情報提供依頼を行う。  ●R1年度 1.はがきによる特定健診の周知と受診勧奨 2.はがきによる受診勧奨 3.はがき送付後に架電による受診勧奨 4.①架電による受診勧奨 ②はがきによる受診勧奨	●H29年度 【実施体制】 健康推進課成人班にて実施(がん検診含む): 保健師2人・管理栄養士1人・看護師1人・事務3人 国保年金課:事務1人 【方法】(役割分担) ①協力医療機関に健診の必要性を説明するため保健事業班職員にて個別訪問。 ②勧奨通知の抽出・作成は業者委託先(株キヤンスタ)にて実施。郵送は国保年金課にて実施。  ●H30年度【H30年度のみ実施】 【実施体制】 国保年金課保健事業班: 保健師2人・管理栄養士1人・事務1人(保健師1人育児休業あり含む)・株キヤンスタ(委託業者) 【方法】(役割分担) 1-①保健事業班にて健診未申込者を抽出しデータを委託先(株キヤンスタ)に送付。各送付時期に除外データを作成。委託先にて対象者を抽出。文書の印刷封入封緘発送は委託先(株キヤンスタ)が実施。未申込であった者へのリコールを実施。文書の印刷封入封緘発送は委託先(株キヤンスタ)が実施(打田地区のみ)。1-②①と同様に桃山・貴志川地区を実施。 1-③委託先:株キヤンスタにて①での未申込者に再度通知を実施。 2.保健事業班にて対象者に通知。協力医療機関にも情報提供依頼文を送付した。対象者の抽出にはレセプト帳票5ヶ月分を委託先に送付。(みなし健診)報告受領後入力。  ●R1年度【R1年度から変更】 【実施体制】 国保年金課保健事業班: 保健師2人・管理栄養士1人・看護師2人・事務1人(保健師1人年度途中から育児休業・事務1人6か月のみ) 【方法】(役割分担) 1.保健事業班にて、国保異動一覧データより、国保に新規加入し特定健診の対象となった者を抽出。受診方法等記載した受診勧奨はがきを月毎に送付する。 2.令和元年7月下旬時点で資格喪失者を除外した対象者を抽出し、受診勧奨はがきを送付する。 3.2の対象者にははがき送付後、架電により申し込み勧める。 4.①10月末時点で集団の特定健診の受診が確認できない40歳代に対し、電話で健診の受診勧奨を実施。 ②個別健診及び50歳～74歳の集団健診申込者で受診の確認が出来ない者に対して受診勧奨はがきを送付。



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 数値目標	・スタッフ数 4人 ・班内での事業検討打合せ回数：年3回以上	1. 5月～11月の初旬 7ヶ月間 2. 7月下旬 3. 8月 4. 11月中旬～12月初旬	1. 通知件数 約120通/月 2. 通知件数 333通 3. 架電件数 333件 4. 架電件数 900件 通知件数 8000通 ※根拠 特定健診対象者数：13,300人(H30年度平均) 受診率38%の受診者数：5,187人(目標) 集団特定健診申込者数3,039人で、75%が受診見込み～2,280人。個別特定健診受診者見込み～2,400人。合計見込受診者数4,680人(目標まで+500人)。 500人増加のために… ①120件×7か月=840件、反応10%とすると約80人の受診見込み ②333人、反応10%とすると約33人の受診見込み ③架電により反応10%とすると約33人の受診見込み (4,900人の架電で10%反応し90人の受診見込み8000人の中に個別健診受診者も含まれているため、5%の見込みとして400人 上記トータル603人が反応。	架電若しくは通知でアプローチを行なった人のうち、5%の人が健診を受診する。 ※根拠 平成30年実施の未受診者対策事業において、5,802通の勧奨はがきを送付し、健診の申込みが536名であった。申込者のうち76%の人が受診をしている。	【事業目標の達成状況】【達成】 目的の対象者だけでなく勧奨を行ったことで、受診率は上昇したものの、受診率の低い若年層や生活習慣病治療中の特定健診未受診者の受診率上昇につながったのか判明していない。また、医療機関との連携が例年以上のものができなかった。 R1年度の受診率の実績は43.1%(R2.1.15時点) R5年度の最終目標値は、42%であり、R1年度の時点で目標達成。最終目標値は、現状維持の42%とする。 【事業内容毎の評価】 1. 特定健診を周知させるために継続していく。ハガキでの勧奨では、受診票の発行依頼が必要なため、ダイレクトに受診票を発送する等の工夫をし、受診率の向上を図る。(継続) 特に若年層の受診の意識づけを行うため新規国保加入者への勧奨を継続する。 2.3. 受診歴のある対象者に勧奨を行なったが、電話勧奨時、受診済みの方、受診予約している方も多く、毎年受診ではないが受診につながっている状況が伺えた。そのため、受診忘れ防止のためのハガキの発送時期の勧奨で対応可能と考え、勧奨時期を変更し継続する。未受診者対策の勧奨事務を効率化したところで、受診率の低い若年層への対策を講じることが必要である。 電話勧奨時、治療中を事由に健診を断る方が多かった。治療中であっても特定健診が受けられることを啓発する必要がある。また、かかりつけ医が特定健診協力医療機関でないという事由の方には、他医療機関でも受診できることを啓発する。 未受診者勧奨を実施する上で、受診済の対象者の把握をより確実にするために、速やかに請求してもらうことを医療機関に協力を求める。 4. 個別健診の終了前に、はがき勧奨することは、受診忘れの防止に繋がる(継続)。また、架電勧奨をするために、スタッフを充実させる。(継続) 4-①職員が特別休暇取得により1名減少した影響があったため、事業に支障が出ないように職員補充を要求する。																																		
結果 達成状況 数値目標の達成状況	【達成】 ・スタッフ4人 ・班内での事業検討打合せ回数：年3回実施。	【未達成】 1. 【達成】 5～11月の毎月実施 2. 【達成】 7月29日実施 3. 【未達成】10月30日実施 4. ①【未達成】 ②【未達成】12月16日実施	1. 【未達成】新規国保加入者通知件数 5～11月521人、74.4人/月 新規国保521人中、 受診票発行人数57人 <table border="1"> <thead> <tr> <th>年齢</th> <th>内訳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40歳代</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>50歳代</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>60歳代</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>70歳代</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> 2. 【未達成】H30年度集団健診受診者かつR1年度集団健診未申込者通知人数7月331人 3. 【達成】2の対象者の内電話番号が判明している296名に架電 4. ①【未達成】未架電 ②【達成】未受診者全体へのはがきによる特定健診の周知と受診勧奨を8,265人に実施。 受診者人数 692人 5. 計画にはなかったが、9月末現在集団申込者中未受診者708名に追加の集団健診日程の勧奨はがきを通知。	年齢	内訳	40歳代	7	50歳代	14	60歳代	31	70歳代	5	1.2 【達成】 架電若しくは通知でアプローチを行なった人852人(521人+331件)のうち、166人19.5%が健診受診。 3. 【達成】 111人33.5%(111人/331人)が受診。 4. 【達成】 通知発送8,265人中受診者数692人 8.4%が受診。 地区別受診率(%) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H29</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>打田</td> <td>38.0</td> <td>43.5</td> <td>45.0</td> </tr> <tr> <td>粉河</td> <td>36.0</td> <td>37.6</td> <td>43.7</td> </tr> <tr> <td>那賀</td> <td>37.3</td> <td>38.2</td> <td>41.7</td> </tr> <tr> <td>桃山</td> <td>36.3</td> <td>40.9</td> <td>43.9</td> </tr> <tr> <td>貴志川</td> <td>32.9</td> <td>39.2</td> <td>40.7</td> </tr> </tbody> </table> 5. 追加の集団健診に261人が受診。		H29	H30	R1	打田	38.0	43.5	45.0	粉河	36.0	37.6	43.7	那賀	37.3	38.2	41.7	桃山	36.3	40.9	43.9	貴志川	32.9	39.2	40.7	
年齢	内訳																																						
40歳代	7																																						
50歳代	14																																						
60歳代	31																																						
70歳代	5																																						
	H29	H30	R1																																				
打田	38.0	43.5	45.0																																				
粉河	36.0	37.6	43.7																																				
那賀	37.3	38.2	41.7																																				
桃山	36.3	40.9	43.9																																				
貴志川	32.9	39.2	40.7																																				

<p>工夫した点 上手くいった点</p>	<p>1~4. 国保年金課に保健事業班が設置されていることで、班内での事業打合せが効率的に実施できた。 また、他事業（国保事業以外）と兼務ではないことで、保健事業に特化して実施することができた。</p>	<p>4. 勸奨はがきの色を今までに使用したことのない色（黄色）としたことで、健診の問い合わせが増加した。</p>	<p>1. 新規国保加入者への勸奨は若年層への受診勸奨の意識づけになった。 3. H30年の受診歴のある対象者に電話勸奨したことで、受診行動の確認を行い、効率的に受診勸奨を行なうことができた。また、電話勸奨時、受診済、予約しているという声が聞かれた。 4. 個別健診終了前にはがきを送付することで、受診忘れの防止につながった。 5. 集団健診未受診者に追加の集団健診の日程を知らせる勸奨通知を発送したことで、日程が合わずに受診できていなかった者に効果があった。</p>	<p>1. 国保加入の利点として、特定健診が受けられることを勸奨することで勸奨者の内10%の受診につながった。</p>	<p>5. 集団健診未受診者に追加の集団健診の日程を知らせる勸奨通知を発送したことで、日程が合わずに受診できていなかった者に効果があるため、継続とする。</p> <p>・対象者の多い勸奨に対する受診確認が困難だったため、把握可能な評価方法とする。</p> <p>※新型コロナウイルス感染症の拡大前に特定健診実施が終了したことから、大きな影響が出なかったが、次年度については、健診の実施（特に集団健診）自体が感染の機会にならない様、紀の川市検診部会等で検討する必要がある。情勢の把握・医療機関との連携が課題である。</p>
<p>理由 計画通り進まなかった点</p>	<p>4. 個別健診において、請求事務を毎月実施していない医療機関があり、国保連による受診履歴だけでは対象者を把握しきれなかった。</p>	<p>1. はがきでの勸奨は、本人からの申請があってからの受診票発行となり、手間が煩雑である。はがきと受診票の発送が必要であり、2回の役務費が必要である。 2~4. 保健師1人が特別休暇を取得し途中から1人減となった影響を受け、業務が遅れがちになってしまった。そのため、受診者確認に時間がかかり実施時期が遅れた。</p>	<p>4. 医療機関の請求が遅延するため、受診済みの対象者の除外ができずに勸奨通知を発送したため、勸奨通知の問い合わせが増加し、 unnecessaryな電話対応業務が増えた。 治療中の為、特定健診は受けないという返答が多かった。また、かかりつけ医が特定健診を実施していないため、健診を受けないという声も聞かれた。 4-①年度途中から保健師1人減の為、未受診者への目標数の架電実施までは至らなかった。</p>	<p>1~4. 対象者数の少ない勸奨は評価のための受診確認が行えるが、対象者数の多い勸奨に対する受診確認が困難なため数値的評価が困難であった。</p>	

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>特定健診の結果から、メタボリックシンドローム予備軍の割合が高い状況です。</p> <p>平成28年度の保健指導利用率は16.9%と目標値の20%に至りませんでした。特定健診時の受診者全員との面談の実施、対象者への利用勧奨通知や電話勧奨により、平成27年度の利用率11.0%から16.9%に上昇しました。</p>	<p>特定保健指導利用率は増加傾向であるものの、県と比べても低い状況となっており、特定保健指導利用率を向上させ、対象者1人ひとりが生活習慣病の改善に取り組む、生活習慣病発症予防につながるよう支援することが課題となります。</p>	<p>【目的】 平成28年度の保健指導利用率は16.9%と増加傾向になっていますが、目標とする20.0%には至っていない状況です。特に利用率の低い個別健診受診者を重点的に効果的な利用勧奨を行うとともに保健指導利用率の向上を図る必要があります。</p> <p>【目標】 生活習慣病の発症を予防するため、特定保健指導の利用率の向上に努めます。</p> <p>【数値目標】 特定保健指導利用率 R2年度：25.0% R5年度：28%  *H28年度（実績） 16.9%</p>	<p>●H29年度 1. 集団特定健診受診者 2-①特定保健指導対象者 2-②電話不通者・重症度の高い者で未利用者 2-③特定保健指導利用者</p> <p>●H30年度 1. 集団特定健診受診者 2. 特定保健指導対象者 3.2のうち、申し込みのなかった特定保健指導対象者 4.3にて連絡の取れない特定保健指導対象者</p> <p>●H31年度 1. 集団特定健診受診者 2-①集団特定健診受診者中特定保健指導対象者 2-②集団特定健診受診者中特定保健指導未利用者 2-③個別特定健診受診者中特定保健指導対象者 2-④特定保健指導未利用で重症度の高い者</p>	<p>●H29年度 1. H29年5月～11月 2. H29年5月～H30年3月</p> <p>●H30年度 1. H30年5月～H30年11月 2. H30年5月～H31年3月 3. H30年5月～H31年3月 4. H30年5月～H31年3月</p> <p>●H31年度 1. R1年5月～R1年11月 2. R1年5月～R2年3月</p>	<p>●H29年度 1. 集団健診会場における面談 2-①健診終了後の利用勧奨通知、電話勧奨 2-②訪問 2-③特典（簡易血液検査）の実施</p> <p>●H30年度 1. 健診結果説明 特定保健指導案内 2. 文書による利用勧奨 3. 電話による利用勧奨 4. 訪問による勧奨・保健指導</p> <p>●H31年度 1. 集団健診の会場における面談 2-①各地区の健診終了後、対象者に利用勧奨通知を送付し、後日電話でも利用勧奨を実施する。 2-②全地区の健診終了後、未利用者には再度利用勧奨通知を送付する。 2-③個別特定健診受診者で対象となった者を毎月抽出し、利用勧奨通知を送付する。 2-④未利用者で優先順位を決め訪問指導を行う。</p>	<p>●H29年度 【実施体制】 健康推進課： 保健師2人・管理栄養士1人・看護師1人・事務3人 国保年金課：事務1人 雇上げ：保健師2人・管理栄養士1人 【方法】（役割分担） 1. 保健師・管理栄養士・栄養士（雇上げ含む）により、集団健診時に面談を行い、特定保健指導や生活習慣改善の必要性について説明する。 2-①保健事業班にて、対象者抽出、利用勧奨案内通知、電話勧奨の実施。利用勧奨通知作成は業者委託。 2-②電話不通者、重症度の高い者を抽出し、保健師と管理栄養士により、個別訪問を実施する。 2-③特定保健指導利用者には、指導6か月後に簡易血液検査を希望者に実施。生活習慣改善の意欲向上・維持につなげる。</p> <p>●H30年度【H30年度から変更】 【実施体制】 国保年金課保健事業班： 保健師2人、管理栄養士1人、事務1人 雇上げ：保健師2人、管理栄養士1人 【方法】（役割分担） 1. 保健師・管理栄養士・栄養士により、集団健診の会場において、集団特定健診受診者全員に面談を実施し、健診結果（当日把握分）を説明。当日把握できた特定保健指導対象者に対しては初回面談につながるよう指導の必要性を伝え、参加を促す。 2. 保健事業班にて、集団健診受診者に対して健診結果送付の約1週間後に通知文を送付。 個別健診受診者に対して毎月対象者抽出し、通知文を送付。 再勧奨11月末時点で利用のない対象者に対して再度通知文を送付。 3. 保健師・管理栄養士（雇上げ含む）により、電話による利用勧奨を実施。 4. 保健師・管理栄養士（雇上げ含む）在宅可能性の高い12時前後に訪問による勧奨・保健指導を実施。</p> <p>●H31年度【H31年度から変更】 【実施体制】 国保年金課保健事業班： 保健師2人・管理栄養士1人・看護師2人・事務1人（保健師1人年度途中から育児休業・事務1人6か月のみ） 雇上げ：保健師2人・管理栄養士1人・栄養士1人 【方法】（役割分担） 1. 保健師・管理栄養士・栄養士により、集団健診の会場において、集団特定健診受診者全員に面談を実施し、特定保健指導の意味や必要性について説明することで利用促進を図る。 2-①保健事業班にて、各地区の健診終了後、特定保健指導対象者に利用勧奨通知を送付。雇上げ保健師・管理栄養士も含め、後日電話でも利用勧奨を実施。 2-②保健事業班にて、全地区の健診終了後、最終の特定保健指導利用勧奨通知を送付。 2-③保健事業班にて、個別特定健診受診者で特定保健指導対象となった者を毎月抽出し、利用勧奨通知を送付。 2-④保健事業班及び雇上げ保健師・管理栄養士により、重症度の高い者については優先順位を決め訪問指導を実施。</p>

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	人員：市保健師2人、管理栄養士1人、看護師2人、雇保健師2人、雇管理栄養士1人、雇栄養士1人 保健師又は管理栄養士・看護師・栄養士が面談や利用動奨通知、電話動奨、訪問指導を行う。	集団特定健診受診者全員に面談を実施する。特定保健指導対象者には利用動奨通知、電話動奨を行う。また電話が繋がらない者、重症度の観点から必要性のある者については訪問指導を行う。	対象者の架電率 令和元年度 67% (令和2年度 68% 令和5年度 70%)	特定保健指導利用率： 22.5%  1. 健診当日の特定保健指導対象者把握割合率：65% ※定義…面談で把握できた特定保健指導対象者数÷特定保健指導対象者実人数×100  2. 動奨率：100% ※定義…(送付数-不着数)÷送付数×100  3. 動奨率：75% ※定義…本人又は家族に動奨できた数÷実施数×100  4. 訪問における特定保健指導利用率：20% ※定義…訪問における特定保健指導利用者数÷訪問者数	【事業目標の達成状況】 【未達成】 生活習慣病に移行しないための早期対応ができなかった。重症化の予防のため、特定保健指導の対象者に動奨したが、利用者が伸び悩んだ。 特定保健指導利用率は平30年度の21.7%から0.8%上昇しているが令和2年度の目標値には至っていない。そのため、最終目標値を下方修正し25%とし、目標達成に取り組む必要がある。  【事業内容毎の評価】 1. 集団健診会場での面談を実施することで集団健診での利用者数は上昇したが、会場では確実な対象者把握はできないため、目標設定を保健指導利用者数/面談実施者中保健指導対象者数とする。  2. 各地区の集団健診での結果を送付し、対象者に特定保健指導利用動奨通知を送付することで対象者自身が指導対象者であると再認識してもえることができたと思う。さらに、認識ができるような動奨内容・方法に改善する。  ・個別健診については、請求時期により結果を年度内に把握できない場合があり、対象者全員に動奨できなかった。 個別健診の結果説明時に医療機関から対象者に動奨及び、速やかに請求してもらう必要があるため医療機関に協力を求める。  3. 電話による動奨は効果的であったため、少しでもつながりやすい様時間設定を行い継続する。  4. 重症度の高い者については優先順位を決め訪問を実施したところ、訪問することで利用に結びついたため今後も継続していく。
結果 達成状況 数値目標の達成状況	【達成】 人員：市保健師2人、管理栄養士1人、看護師2人、雇保健師2人、雇管理栄養士1人、雇栄養士1人 保健師又は管理栄養士・看護師・栄養士が面談や利用動奨通知、電話動奨、訪問指導を行った。	【達成】 集団特定健診受診者全員に面談を実施。特定保健指導対象者には利用動奨通知、電話動奨を行った。また電話が繋がらない者、重症度の観点から必要性のある者については訪問指導を行った。	【未達成】 令和元年度架電率：100% 【未達成】 対象者への架電率：71% 通話人数÷架電人数×100 295÷415×100=71.1	1. 【未達成】 特定保健指導対象者把握率：62.2% 219÷352×100=62.2%  2. 【未達成】 集団健診での対象者に利用動奨率：100% (352-0)÷352×100=100%  個別健診での対象者に利用動奨率：50.6% 171(12月請求分まで)÷338(元年度対象者数)×100=50.6  3. 【未達成】 動奨率：70.5% 本人または家族に動奨できた人数÷実施人数×100 315÷447×100=70.5  4. 【達成】 訪問による特定保健指導利用率：59.3% 16÷27×100=59.3	2. 各地区の集団健診での結果を送付し、対象者に特定保健指導利用動奨通知を送付することで対象者自身が指導対象者であると再認識してもえることができたと思う。さらに、認識ができるような動奨内容・方法に改善する。  ・個別健診については、請求時期により結果を年度内に把握できない場合があり、対象者全員に動奨できなかった。 個別健診の結果説明時に医療機関から対象者に動奨及び、速やかに請求してもらう必要があるため医療機関に協力を求める。  3. 電話による動奨は効果的であったため、少しでもつながりやすい様時間設定を行い継続する。  4. 重症度の高い者については優先順位を決め訪問を実施したところ、訪問することで利用に結びついたため今後も継続していく。
自己評価 振り返り 工夫した点 上手くいった点 理由 計画通り進まなかった点	3. 利用動奨電話の時間帯を、日によって雇い上げ専門職では9:00~12:00、11:00~14:00、市職員では16:00~17:00に設定し架電したことで、通話できる人が増えた。  4. 保健指導実施日の空き時間を利用し訪問を実施したことで、特定保健指導の利用につながった。	1. 集団健診会場では、腹囲・BMI・血圧のみではあるが、特定保健指導対象者の把握ができた。また、集団健診会場にて個別面談を実施できたことが、利用率の増加につながった。  4. 訪問では不在が多かったが、直接訪問・面談することで了解を得られた利用者もあった。	2. 不在が多いことから電話の時間を変更したが、夜間等には実施が難しく、効果的に架電ができなかった。  個別健診受診者で特定保健指導対象者に対して、利用動奨の架電をするが、断られることが多く、また電話番号が不明や不通にて利用につながる件数が少なかった。	2. 個別健診については、年度内に請求されない場合があり、結果の把握が年度内できないため保健指導対象者を全員把握できないため、対象者全員に動奨できなかった。  1. 血液検査で抽出される特定保健指導の対象者が133人(37.8%)であり、集団健診会場では把握することができない。会場では採血からの対象者が把握できないため対象者確定ができなかった。	

事業名： 糖尿病性腎症重症化予防

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
平成28年度の人工透析患者数は60人となっており、新規申請者は7人で、患者数は年々増加傾向となっています。特定健診の結果では、HbA1c5.6%以上の有所見割合が半数を超えています。	人工透析患者1人当たりの年間医療費が約564万円と高額になるため、重症化予防が課題となります。特に特定健診の結果から、HbA1cの有所見割合が高いことや特定保健指導の対象外である非肥満高血糖該当者の割合が高い状況であり、糖尿病性腎症等の発症および重症化予防への取り組みが課題となります。	<p>【目的】 被保険者が特定健診を受診することで、一人ひとり自らの健康課題に気づき、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、健康寿命の延伸を図る。</p> <p>【目標】 糖尿病性腎症のハイリスク者に対して受療勧奨を行うことで、重症化を予防し、腎不全や人工透析への移行を防ぎます。</p> <p>【数値目標】 受療率 R2年度：60% R5年度：70%</p> <p>*H28年度（実績） 実施無し</p>	<p>●H30年度 40～69歳のH29年度特定健診受診者（H30年6月21日現在で3,111人）のうち、HbA1cが6.5%以上で、かつH29年4月H30年3月診療分のレセプトデータに受療歴がない者</p> <p>●R1年度 1.H30年度特定健診の結果、糖尿病の可能性を否定できない者で、医療機関未受診であると思われる者（40～69歳） 2.レセプト（H30年2月診療分～H31年1月診療分）・特定健康診査結果（H30年度分）の分析結果で、糖尿病性腎症の予防のための保健指導が必要と判断される者（40～69歳 R2年3月31日時点）</p>	<p>●H30年度 H30年8～11月</p> <p>●R1年度 1.R1年7月～R2年3月 2.R1年9月～R2年3月</p>	<p>●H30年度 1.受診勧奨 2.保健指導</p> <p>●R1年度 1-①対象者の抽出 1-②通知文による受診勧奨 1-③電話による受診確認および勧奨 1-④訪問による受診勧奨</p> <p>2-①対象者抽出 2-②那賀病院での栄養指導実施者の選定 2-③DPPヘルスパートナーズでの保健指導実施者の選定 2-④保健指導</p>	<p>○H30年度から開始 ●H30年度 【実施体制】 国保年金課保健事業班： 保健師2人・管理栄養士1人・事務1人（年度途中より保健師1人育児休暇） 【方法】（役割分担） 保健事業班にてKDBシステムにより対象者を抽出し、ダイレクトメールにて通知。 約2週間後に電話勧奨。 未受療、電話不通者には訪問による勧奨の実施。 2.保健事業班保健師・管理栄養士により、保健指導の実施。</p> <p>●R1年度（R1年度から変更） 【実施体制】 国保年金課保健事業班： 保健師2人・管理栄養士1人・看護師2人 委託：糖データホライゾン（DPPヘルスパートナーズ含む）・那賀医師会・公立那賀病院 【方法】（役割分担） 1-①市が委託業者に、データ提供し、対象者を抽出。 1-②保健事業班にて対象者に通知文で受療勧奨するとともに、郵送にてパンフレットを同封し情報提供を実施。 1-③通知文送付2週間後、電話にて受診確認・勧奨。2ヵ月後レセプト等で受診確認を行い、未受診者に再度電話勧奨の実施。 1-④電話勧奨2ヵ月後、レセプト上、未受診の者に個別訪問し、受診勧奨を実施。 2-①市が分析に必要なデータを委託業者に提供し、対象者を抽出。 2-②各登録かかりつけ医から対象者に那賀病院での栄養指導の利用勧奨し、利用者を決定する。 2-③那賀病院での栄養指導利用者以外の対象者に市より利用勧奨通知を送付し、希望者を再度募集し、利用者を決定する。 2-④那賀病院：栄養指導を2回実施。指導開始概ね6ヵ月後、国保年金課スタッフが電話等により健康状態や生活習慣の確認を行う。 DPPヘルスパートナーズ：月2回程度の電話または面談による保健指導（6ヶ月間）の実施。実施後、国保年金課スタッフにて利用者の指導後の状況を電話で確認（半年間）。</p>

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. 人員：市保健師2人、管理栄養士1人、看護師2人、データホライゾン  2. 人員：市保健師2人、管理栄養士1人、看護師2人、那賀病院管理栄養士、DPPヘルスパートナー データホライゾン ・事業検討打ち合わせ回数 ① 4回以上 ② 6回以上	1. ①通知による受診勧奨：7月上旬 ②電話による受診勧奨：7月下旬 ③電話による受診勧奨：9月下旬 ④訪問による受診勧奨：11月中旬 日中(11時～13時頃)を中心に実施  2. ①対象者を抽出：5月 ②那賀病院利用者決定：6月 ③ データホライゾン利用者決定：7月 ④那賀病院の保健指導：9月以降 データホライゾンの保健指導：9月以降 〈評価方法〉 ・保健指導後、市職員が、指導内容を理解できているか電話・訪問等で継続指導していく。 ①保健指導終了後本人の気持ちや感想今後について確認するとともに次年度の特定健診受診の約束。 ②保健指導終了3か月後に様子確認 ③保健指導終了6か月後様子確認するとともに、R2年度の特定健診受診の確認。 ④確認した内容を基に班内で検討会の実施。	1. 架電・訪問 日中(11時～13時頃)を中心に実施。訪問については2人1組にて実施。  2. 〈公立那賀病院〉 対象者 4人 ・管理栄養士より、2度の糖尿病性腎症重症化予防の保健指導を受ける 〈データホライゾン〉 対象者 5人 月2回程度の電話または面談による保健指導(6ヶ月間) 〈評価〉 ・終了時本人への電話若しくは訪問でのアプローチ：9人 ・3か月後のフォローアップ：4人(公立那賀病院分) R2年度 ・6か月後のフォローアップ：9人 ・評価のための検討会：2回	1. 受療勧奨対象者の受療率(受診者数÷受療勧奨実施者数)  2. 対象者の腎症のステージ改善若しくは、維持の割合が75%以上	【事業目標の達成状況】 【達成】 個々の目標については、数値目標を達成できなかったが、受療率63.6%・改善率62.5%という実績は事業目標としては前年度数値を大きく上回っており、達成している。 R5年度の最終目標値は、受療率70%としており、目標達成の見込みである。最終目標値については、現状維持の上、目標達成に向けて取り組む必要がある。  【事業内容毎の評価】 委託によりデータ抽出を行ったが、前年度の特定健診結果データを活用するところになり対象者としてはタイムリーな受療勧奨や指導勧奨になっていないため、改善する。  1. 受療勧奨 通知および電話勧奨を実施したが、完全拒否5人、自身による生活習慣改善希望が3人おり、訪問拒否も多数であった。また訪問しても不在がほとんどであった。受療した63.6%の人は電話勧奨により受療につながっていることから、通知だけでなく電話勧奨が効果的であることがわかった。そのため、継続して実施していく。拒否者については、自身の検査結果を把握はしているものの危機感というところで実感が持てていない。“糖尿病”自体の啓蒙を実施していく必要がある。  2. 保健指導 公立那賀病院・市が行った保健指導は全員HbA1cの数値低下という効果が把握できたが、委託による4人については3人が悪化するという状況であった。言葉や食品という地元感が効果的だったのか検証はできていないが、他の医療機関の協力を得るなどの指導体制を検討し、拡充を図る必要がある。 また、保健指導への参加を促すため主治医と連携し、勧奨を行う。
結果達成状況 数値目標の達成状況	1.【達成】 人員：保健師2人、管理栄養士1人、看護師2人、データホライゾン(委託) 2.【達成】 人員：保健師2人、管理栄養士1人、看護師2人、那賀病院管理栄養士、データホライゾン(委託) ・事業検討打ち合わせ回数 ① 4回 ② 6回	1.【一部未達成】 ①7/1に22人発送 ②7～8月に架電21件 ③10～11月に架電11件 ④11～12月訪問2件 2.【達成】 ①62人(5月) ②3人(6月) ③4人(7月) ④那賀病院3人・データホライゾン4人・市1人計8人9～11月実施 〈評価〉【達成】 ①8人全員に感想を聴取。翌年度健診受診を全員が約束した。 ②8人全員確認 ③8人全員確認、受診済み：3人、未受診：5人未受診者には電話にて受診勧奨を行った。 ④結果をもとにR2年度の実施方法を検討した。	1.【達成】 対象者全員に電話もしくは訪問で勧奨ができた。 100% 2.【未達成】 ・公立那賀病院：3人 ・データホライゾン：4人 ・市：1人 ・評価：8人実施し、3・6か月後のフォローアップを実施。R2年度に評価検討を2回実施。 〈評価〉【未達成】 ・8人実施 ・3か月後のフォローアップ8人実施 ・6か月後のフォローアップ8人実施 ・検討会3回実施	1.【達成】 受療率：63.6% (22人中14人受療) 2.【未達成】 腎症ステージの確認は現在できていないが、HbA1cの改善率：62.5% (8人中5人改善・維持) ・那賀病院：100% (3人中3人) ・データホライゾン：25.0% (4人中1人) ・市：100% (1人中1人)	
自己評価 振り返り	1. 対象者抽出を委託することで、受療勧奨や指導に対する時間・人員を確保できた。また、公立那賀病院の協力を得られたことで、より専門職の確保が可能となった。	1. 対象者に対して通知だけでなく、電話による勧奨を行うことにより、効果的に受療につなげることができた。  2. 3・6か月後の様子確認や継続指導、感想聴取などを市で直接行ったことで効果的に実施できた。	2. 3・6か月後の様子確認や継続指導については市で直接行ったことで8人全員の状態を把握することができた。		

<p>理由 計画通り進まなかった点</p>		<p>2. 前年度の特定健診データを活用し、対象者を抽出したため、タイムリーな受診勧奨や指導勧奨にならなかった。</p>	<p>2. 保健指導実施が主治医に協力依頼をかけても8人にとどまってしまった。</p>	<p>2. 保健指導については、委託業者指導での改善が4人中1人のみで、医療機関委託と市では4人全員が改善した。理由は不明であるが結果に差異が生じた。</p> <p>1・2. 通知・電話・訪問等による勧奨を行ったが、実際拒否が多く、糖尿病に関する意識が低く、支援につながりにくかった。</p>	
---------------------------	--	--	---	--	--