

# **第2期 壇町データヘルス計画 (中間評価)**

**令和4年3月  
壇町**

## 塙町データヘルス計画（中間評価）目次

1. 計画策定について	
(1) 計画策定の背景	1
(2) 計画の期間	2
(3) 評価について	3
(4) 評価方法の考え方	3
(5) 評価方法および区分	3
2. 各保健事業計画の実績・評価・見直しについて	
(1) 特定健康診査未受診者対策	4
(2) 特定保健指導未利用者対策	5
(3) 特定保健指導	6
(4) 慢性腎臓病（CKD）・糖尿病性腎症重症化予防対策	7
(5) ポピュレーションアプローチ	9
その他事業	
(1) ジェネリック医薬品普及啓発	10
(2) 重複、頻回受診対策	11
3. 運営上の留意事項	12
4. 今後について	12

# データヘルス計画について

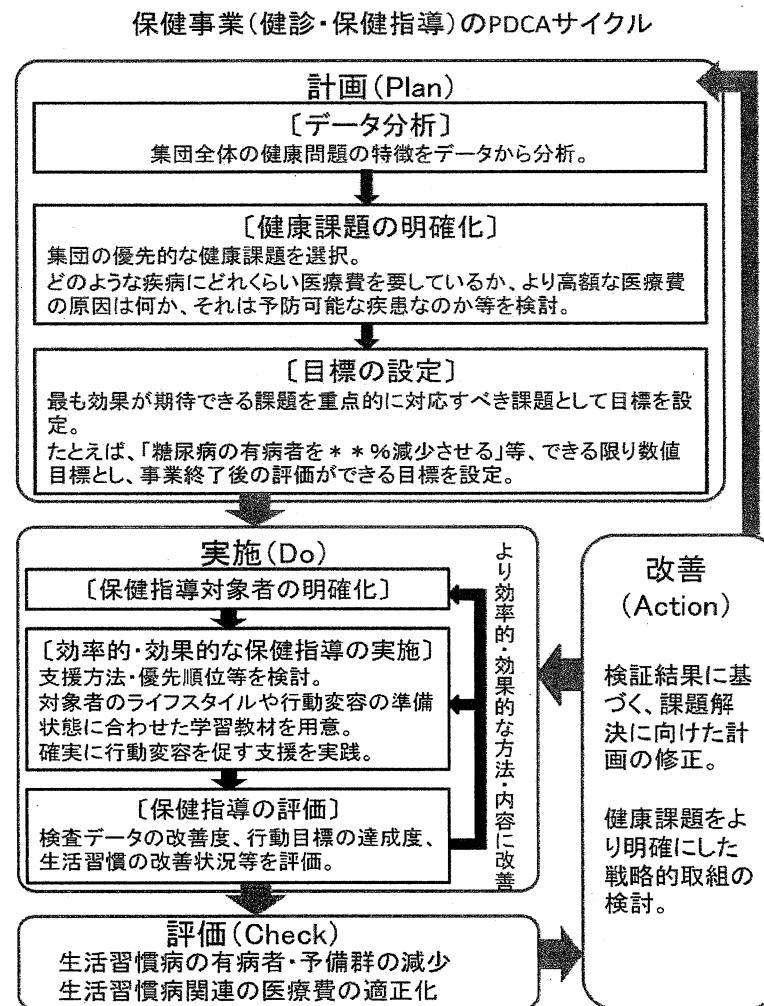
## 1 計画策定について

### (1) 計画策定の背景

高齢化の進展に伴い、働き盛り世代から健康づくりの重要性が高まるなか、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）において国民の健康寿命の延伸を重要な柱として掲げ、健康寿命の延伸に関する問題点のひとつとして、「保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分講じていない」ことが指摘され、この問題を解決するため、「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“データヘルス計画”の作成・公表、事業実績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。」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た。

こうした背景を踏まえ、PDCAサイクル（図1）に沿った効果的かつ効率的な健康新事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとしている。

図 1



## (2) 計画の期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るために、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを踏まえ、平成31年度から令和5年度までの5年間の計画。(※特定健康診査等実施計画(第3期))

### (3) 評価について

今回の中期評価では、平成31年度に策定した第2期データヘルス計画の重点課題について、中間年である令和3年度に過去2年間の実績を把握し評価を行い、目標値の修正をするものです。

### (4) 評価方法の考え方

評価の区分として、「ストラクチャー」、「プロセス」、「アウトプット」、「アウトカム」の4つの指標により評価します。

区分	概要	指標の例
ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制)	保健事業を実施するための仕組みや実施体制のこと。	事業を実施するために十分な人員や予算が確保できたか、事業を実施するための関係者との連携ができたか、など。
プロセス (保険事業の実施過程)	保健事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）のこと。	保健事業を実施するまでの準備状況、実際の保健事業の進め方・内容、保健事業の事後フォローの実施方法が適切であったか、など。
アウトプット (保健事業の実施状況・実施量)	事業実施量に関すること。	勧奨ハガキ配布数、回数や参加者数、など。
アウトカム (成果)	事業実施による成果のこと。	特定健診の受診率や特定保健指導の利用率が何ポイント向上したか、など。

### (5) 評価方法および区分

評価については、保健事業実施計画の目標値と実績値を見比べて評価する。

- A：目標達成率が10割以上（達成）
- B：目標達成率が概ね8割以上10割未満（概ね達成）
- C：目標達成率が概ね5割以上8割未満
- D：目標達成率が概ね5割未満
- －：直近値が未公表等で評価困難

## 2 各保健事業計画の実績・評価・見直しについて

### (1) 特定健康診査未受診者対策

目的	・特定健診の受診歴のない対象者に対して、受診勧奨を実施することで生活習慣病の早期発見及び重症化予防を図る。
目標	・特定健診受診率 60%
対象	・40～64歳の未受診者（前年度を含め3年連続未受診者）
事業内容	①健診に関する情報を広報に記載 ②保健推進員等が健診の必要性について周知 ③未受診者に電話などによる受診勧奨 ④医療機関と連携した取り組み ⑤インセンティブ（誘因）による受診勧奨
事業方法	①町の生活習慣病の現状及び特定健診に係る情報を広報に掲載する。 ②保健推進員による受診勧奨チラシの配布と声掛け。 ③未受診者に対し、受診勧奨及び未受診理由を調査する。 ④医療機関からの受診の声掛けと健診データの提供を受ける。 ⑤健診受診により健康ポイントを付与する。
実施体制	・国保担当者、保健師、管理栄養士、保健推進員など
実施期間	・平成31～令和5年度
中間目標値	令和2年度（57.0%）
実績値	令和元年度（50.9%） 令和2年度（51.8%）
評価	D
要因	新型コロナウイルス感染症による受診控えが影響している。
方向性	40代、50代の受診率が低いため、受診勧奨の内容を検討する。

#### ・受診率について

60代の受診者数に関しては過去3年間若干ではあるが増加傾向にあるが、40代・50代の受診者については年々減少傾向にあります。特定健診未受診者（被保険者）の健康意識に働きかけによる受診率の向上を目指します。受診率向上につなげることで疾患の早期発見、治療に結びつけることにより重症化を予防し医療費の適正化に努めます。

(2) 特定保健指導未利用者対策

目的	・特定保健指導の未利用者に必要性を説明し利用を促すことで、町民の生活習慣病の重症化予防を図る。
目標	・特定保健指導率 32%
対象 事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導未利用者</li> </ul> <p>①総合健診会場における初回面接の実施</p> <p>②会場で初回面接ができなかった者への電話勧奨</p> <p>③保健師・栄養士の訪問による保健指導の実施</p> <p>④インセンティブ（誘因）による利用勧奨</p>
事業方法	<p>①総合健診当日に評価可能なデータをもとに初回面接を実施する。そして健診結果が出た後に再度連絡を取り行動計画を作成する。</p> <p>②電話での利用勧奨と利用予約の受付。</p> <p>③保健指導判定値以上の対象者で、会場で初回面談を実施できなかったものに保健師・栄養士が訪問して保健指導を実施する。</p> <p>④保健指導の利用により健康ポイントを付与する。</p>
実施体制	・国保担当者、保健師、管理栄養士など
実施期間	・平成 31～令和 5 年度
中間目標値	令和 2 年度 (29.0%)
実績値	令和元年度 (33.5%) 令和 2 年度 (52.8%)
評価	A
要因	情報共有がスムーズになるよう記録様式を統一、地区住民への受診勧奨をお願いしている保健推進員への事業説明を実施し、協力しやすい環境を整えた。
方向性	保健指導対象者へ結果返却と同時に面談を実施し、健診結果説明会へ来場しなかった者へは個別訪問を実施するなどした指導率の向上を図る。

・指導率について

特定保健指導の実施率は年度により上下はあるが概ね上昇傾向にあります。指導率の上昇は、利用者のなかで次年度繰り越しの者や内服中の者を除外した結果、対象者の母数が減ったことなども要因の一つとして考えられますが、今後も結果返却と同時に面談を実施し、保健指導の利用動機を高めるため健康ポイントの付与などを検討した指導率の向上に努めます。

(3) 特定保健指導

目的	・特定保健指導対象者が自分の身体の状況を理解し生活習慣を見直すことができ、医療機関につなげることで、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を図る。
目標	・特定保健指導（動機づけ、積極的支援）対象者の保健指導実施率 40% ・特定保健指導実施者の翌年度の検査データの改善 ・特定保健指導実施者で受診勧奨判定値の対象の医療受診の状況
対象	・特定保健指導（動機づけ支援、積極的支援）対象者
事業内容	・保健指導を実施
事業方法	・健診会場における初回面接の実施 ・対象者の状況に合わせて「積極的な保健指導プログラム【改訂版】」により、保健指導を実施する。保健指導終了後は、対象者の健康状況等を把握するため翌年度の健診状況や、受診勧奨をした対象者には、医療機関受診の有無を確認する。
実施体制	・国保担当者、保健師、管理栄養士など
実施期間	・平成 31～令和 5 年度
中間目標値	令和 2 年度 (29.0%)
実績値	令和元年度 (33.5%) 令和 2 年度 (52.8%)
評価	A
要因	健診時の問診を委託し、健診当日に初回面接ができるように事業を見直した。
方向性	事業継続のため、人員の確保が課題となる。

・面接指導について

特定保健指導対象者への経年的評価を実施し、重症化しないような個々への継続的支援が必要である。また、保健指導の対象者とならない方や、動機付け支援者へのポピュレーションアプローチの強化をしていく。

(4) 慢性腎臓病（CKD）・糖尿病性腎症重症化予防対策

目的	<p>①慢性腎臓病はほとんどが無症状で、症状が出現したときは腎機能が低下している場合が多く、放置すると重症化や死に至る危険性がある。重症化のリスクが高い者に対し医療機関と連携を図り、保健指導を実施し生活習慣の改善を図ることで重症化を予防する。</p> <p>②糖尿病性腎症については、糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者及び治療中断者、治療中であってもコントロール不良なものに対し受診勧奨、保健指導を実施することで糖尿病性腎症、人工透析患者の発症及び重症化予防を図る。</p>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から連絡があった者に対して6か月以内に全員に家庭訪問を行う。</li> <li>・未受診者及び治療中断者を減らす。</li> </ul>
対象	<p>1 受診勧奨基準</p> <p>①福島県県南地区糖尿病性腎症重症化予防プログラムにより実施する。</p> <p>(1) 医療機関未受診者</p> <p>①特定健診受診者で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5以上で糖尿病未治療者</p> <p>②上記該当者で尿蛋白（±）以上又は推算糸球体濾過量が60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者</p> <p>(2) 糖尿病治療中断者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去に糖尿病治療歴があるが6か月経過後のレセプト情報において糖尿病受診歴が確認できない者</li> </ul> <p>※②においては国民健康保険加入者に限る</p> <p>2 保健指導対象者の基準</p> <p>(1) 糖尿性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者（特定健診等の結果から抽出する場合には、糖尿病により治療中であり、以下のいずれかに該当する者）</p> <p>①尿蛋白±以上の者</p> <p>②血清クレアチニン検査を行っている場合、60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 糖尿性腎症は発症していないが、以下のリスクの要因を有する者</p> <p>①Ⅱ度高血圧以上</p> <p>②喫煙者</p> <p>(3) その他保険者が必要と認めた者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脂質異常（LDLコレステロール120mg/dl以上）尿酸（7.0mg/dl以上）等を認めるもの。</li> <li>・BMI25以上又は、腹囲が一定基準（男性85cm、女性90cm）以上の者</li> <li>・糖尿病の家族歴がある者</li> </ul>

	・生活習慣病の改善が困難な者
事業内容	・予防改善指導と医療機関に受診勧奨 ・医療機関と連携した保健指導の実施と切れ目のない支援
事業方法	①特定健診結果により対象者を抽出し、かかりつけ医又は、糖尿病専門医へ受診勧奨基準に該当する者への受診勧奨を行う。 ②医療機関と連携した腎症改善を中心においた保健指導及び栄養指導の実施 ③医療機関と連携した治療中断者に対しての受診勧奨及び保健指導の実施
実施体制	・国保担当者、保健師、管理栄養士
実施期間	・平成 31～令和 5 年度
中間目標値	令和 2 年度 (－%)
実績値	令和元年度 (31.3%) 令和 2 年度 (33.3%)
評価	D
要因	特定健診結果、KDB、マルチマーカーより抽出した対象者について、来所面接、家庭訪問による指導徹底不足。
方向性	今後も引き続き動向を注視し、医療機関等の協力を得ながら面談、訪問指導を徹底する。

・糖尿病性腎症重症化予防事業について

福島県県南地区糖尿病性腎症重症化予防プログラムにある保健指導対象者の指標に沿って事業を実施し、医師会等医療機関と情報共有し連携して未受診者及び治療中断者を減らすよう引き続き保健指導に注力していきます。

(5) ポピュレーションアプローチ

目的	・生活習慣病の知識と健康意識の高揚を図る。
目標	・特定健診受診率 60% ・各事業の実施状況、参加率 ・参加者の健康状況又は意識の変化
対象	・町民
事業内容	①特定健診、生活習慣病に関する啓発事業 ②子どもの生活習慣病予防 ③保健推進員等への情報提供を実施 ④健康ポイント制度 ⑤健康教室の開催
事業方法	①特定健診や生活習慣に関する情報を広報に掲載する。 ②母子手帳交付時、子育てサロン、食育教室、家庭訪問において保健事業や栄養指導を行う ③保健推進員等に町の医療費の現状や健診関係を説明し、地区住民への声掛け ④住民の運動習慣や教室への参加、健診の受診等によるポイント付与 ⑤栄養や運動に関する地区健康教室の開催
実施体制	・国保担当者、保健師、栄養士 など
実施期間	・平成 31～令和 5 年度
中間目標値	令和 2 年度 (57.0%)
実績値	・特定健診受診率：令和元年度 (50.9%) 令和 2 年度 (51.8%) ・チラシ配布：1,580 人 (令和 2 年度) ・食育教室の実施：3 施設 211 人 (令和 2 年度) ・保健推進員対象研修会：1 回 28 名 (令和 2 年度) ・インセンティブ付与：予算増 (令和 2 年度) ・地区健康教室：31 回 78 名 (令和 2 年度)
評価	D
要因	町の現状や課題を周知するための健診受診の重要性の周知を図る目的として、KDB システムの有効活用ができなかった。
方向性	規則正しい生活リズムをつけることを目的とした地区健康相談会において、町の現状や課題を説明し、健診受診の重要性を共有していく。

・生活習慣病の知識と健康意識の高揚

生活習慣病と食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、規則正しい生活リズムをつけることを目的として地区健康相談会、健診結果説明会や各種団体の会合等において、町の現状や課題を説明して健診受診の重要性を共有し、40代50代の検診

未受診者層へ特定健診、生活習慣病予防に関する働きかけの実施が必要。また、高血圧重症化予防と肥満の改善を目的とし、町商工会へのチラシ配布など、インセンティブ付与についてアピールを図ります。

#### その他の事業

##### (1) ジェネリック医薬品普及啓発

目的	・ジェネリック医薬品の普及率向上により、医療費の伸びの抑制を図る。
目標	・ジェネリック医薬品の普及率 80%
対象	・国保被保険者
事業内容	・差額に関する通知 ・ジェネリック医薬品普及への広報
事業方法	・被保険者に対し、診療報酬情報に基づき、ジェネリック医薬品を使用した場合の自己負担分の差額に関する通知を行う。 ・ジェネリック医薬品普及に関する内容を広報誌に掲載。
実施体制	・国保担当者
実施期間	・平成 31～令和 5 年度
中間目標値	令和 2 年度 (80.0%)
実績値	令和元年度 (84.1%) 令和 2 年度 (84.5%) 各年度 3 月診療分
評価	A
要因	利用促進のための差額通知、利用シールの配布による効果。
方向性	今後も継続した利用促進をしていく。

##### ・ジェネリック医薬品の普及率

国保加入時や更新時にジェネリック医薬品利用シールを配布したり、差額通知（ジェネリック医薬品差額通知書）の発送を行っており対象者への周知が図られています。今後もジェネリック医薬品の利用向上に向け、啓発を行っていきます。

(2) 重複、頻回受診対策

目的	・同一疾患で複数の医療機関を重複している国保加入者や一月に多数回受診している国保加入者において医療費の状況をお知らせすることにより、適正受診を促し、医療費の伸びを抑制する。
目標	・対象者を把握して通知する。 ・医療費適正化につながる受診指導を実施する。 ・対象者の受診行動の変化を目指す。
対象	・国保被保険者で重複、頻回受診対象者
事業内容	・医療費通知 ・受診指導
事業方法	・受診した医療機関や医療費の総額を通知することで受診状況を確認してもらう。 ・地域のかかりつけ医、薬剤師等の連携のもと、重複、頻回受診への訪問による残薬確認、指導を行う。
実施体制	・国保担当者、保健師
実施期間	・平成 31～令和 5 年度
中間目標値	令和 2 年度（一人）
実績値	令和元年度（0 人） 令和 2 年度（5 人） 各年度 3 月診療分
評価	—
要因	人員不足による訪問指導の困難。
方向性	引き続き重複・頻回受診者を調査し、保健師と調整しながら指導の徹底する。

・指導実施について

レセプトを活用した対象者の抽出を行い保健師による対象者への訪問等による受診や薬の管理など状況確認と指導を実施し、対象者の受診改善につなげられるよう事業の実施に努めます。

### **3 運営上の留意事項**

塙町では、国保部門に専任保健師がおらず健康づくり部門の保健師・管理栄養士と連携して保健事業を実施しています。今後も引き続きデータヘルス計画の実践と事業評価を通して連携を強化し、関係機関・部署と情報共有し問題解決に取り組んでまいります。

### **4 今後について**

新型コロナウイルス感染症により私たちを取り巻く社会・環境はこれまでと大きく変化しております。新しい生活習慣は、日常となり、医療機関への受診控えから始まり、特定健診の受診方法が大きく変更されたため受診率・受診者数の伸びはありませんでした。

このような時世の中にあって、国民健康保険の被保険者の健康保持に取り組むべく「塙町国民健康保険事業実施計画」並びに「第2期塙町データヘルス計画」における事業を実施していく、予防に重点を置いた保健事業を展開し、より一層健康寿命の延伸に取り組んでいきます。