

第二期

桜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

桜川市 国保年金課

目 次

はじめに

- 1 特定健康診査未受診者対策
(特定健診受診率向上)
- 2 特定保健指導事業
- 3 生活習慣病重症化予防事業
- 4 糖尿病性腎症重症化予防事業
- 5 ジェネリック医薬品差額通知事業
- 6 受診行動適正化指導事業(重複受診、頻回受診、重複服薬)
- 7 COPD 啓発事業

はじめに

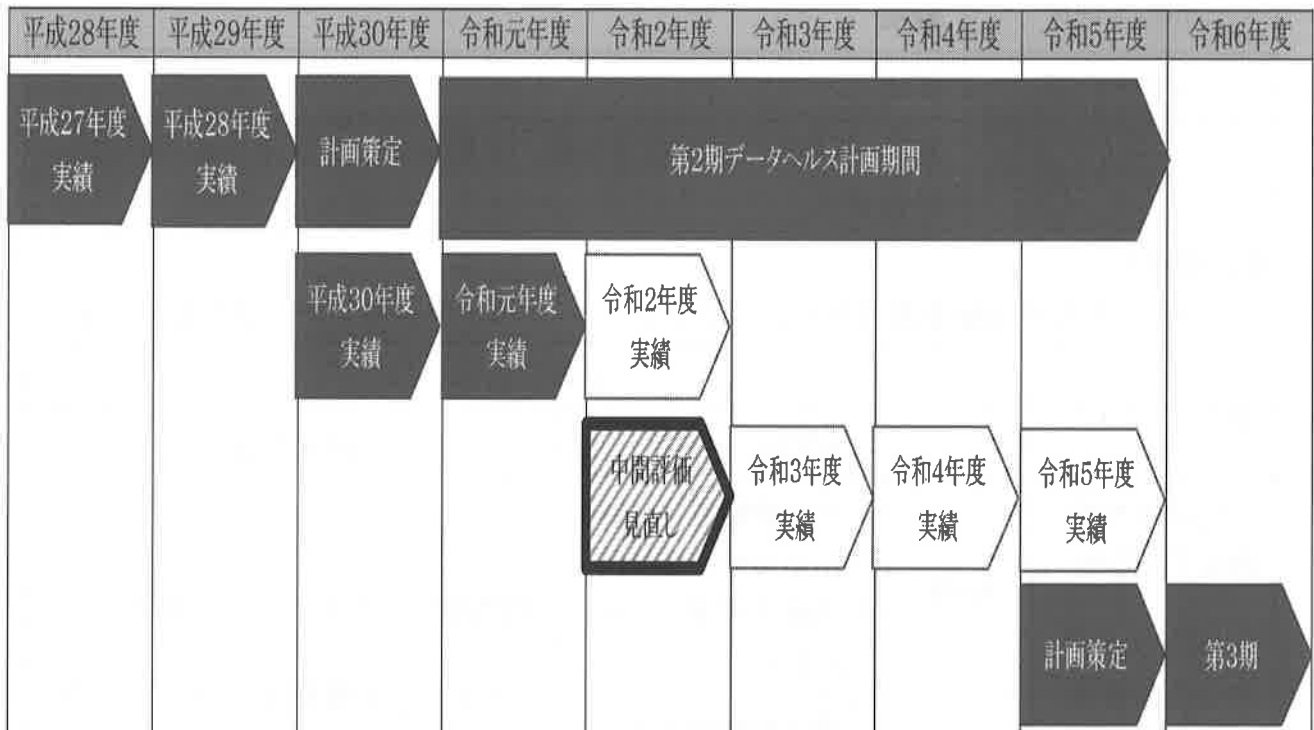
令和2年度は、第2期データヘルス計画の中間評価・見直しの年度となっています。データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的は、立案した計画が軌道に乗っているかを確認し、計画が滞っている場合は、事業効果を高めるための改善策等を検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことにあります。

中間評価・見直しにあたり、データヘルス計画全体としての評価を行うため、データヘルス計画を構成する個別保健事業計画に基づいて実施された事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析等をもとに整理、評価を行います。評価の結果、目標達成が困難と見込まれる事業については、課題や目標達成を阻害する要因を分析し、改善方法を検討の上、必要に応じて実施内容等の見直しを行います。

評価のなかで、「指標判定」「事業判定」については、A～Dの4つの区分により判定します。

- ※判定区分 A：達成できている B：達成できていない・改善が必要
C：事業継続が困難 D：評価不能

第2期データヘルス計画の中間評価・見直しのスケジュール



1 特定健康診査未受診者対策

【目的】被保険者の生活習慣病予防

【概要】特定健診を受診していない人に、生活習慣病の予防の観点から受診するように勧奨通知の発送や、電話勧奨を行い、受診率の向上を図ります。また、定期的に通院している未受診者に対しては、かかりつけ医から診療情報を提供してもらえるよう通知します。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	健診未受診者を選定し、年齢や性別などの特性に応じた受診勧奨を実施します。 未受診者のうち生活習慣病で通院中の対象者には、かかりつけ医において特定健診と同じ項目を検査している場合、診療情報を提供いただけるよう通知を行います。
令和元年度	継続
令和 2 年度	評価指標に基づいて中間評価を行い、事業内容の見直しを行います。
令和 3 年度	継続
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	継続 上半期に仮評価を実施。年度末に計画期間全体の評価を行います。

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
未受診者への通知率 100% かかりつけ医からの情報提供依頼対象者への通知数 100%	短期	・ 特定健診受診 45% ・ かかりつけ医からの情報提供数 10 件 (H28 実績 2 件)
	中長期	・ 特定健診受診 60% ・ かかりつけ医からの情報提供数 30 件
		実績報告値により確認します。 国保連からの提供データにより確認します。

【評価と見直し・改善案】

評価指標 (アウトプット・アウトカム)		目標値	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
未受診者への通知率		100%	H30→100% R1→100%	A	B	<p>【うまくいっている要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成 30 年度は、年末に未受診者健診を 2 日間行い対象者に通知を発送した。令和元年度は、通知内容について 4 パターン作成し、対象者の特性にあわせて送りわけを行うことで勧奨効果を高めた。 <p>【うまくいっていない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診率を目標値に近づけるためには、40 代から 50 代の受診率を高めていかなければいけない。 個別検診の受診者増加を推進しなければならない。 かかりつけ医からの情報提供については、通知のみになっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎年度同じ内容の通知文書を送付すると、対象者が通知内容に慣れてしまい、受診勧奨が形骸化してしまいうため、適宜文書内容の見直しを行い、勧奨効果を維持する。 かかりつけ医からの情報提供については、毎年通知をしているが、通知のみではなく直接病院に事業の説明を行う。
かかりつけ医からの情報提供依頼対象者への通知数		100%	H30→100% R1→100%	A			
特定健診受診率	短期	45%	H30→38.3% R1→36.7%	B			
	中長期	60%					
かかりつけ医からの情報提供数	短期	10 件	H30→23 件 R1→4 件	B			
	中長期	30 件					

2 特定保健指導事業

【目的】被保険者の生活習慣病予防

【概要】 特定健診の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、専門職による支援を面接や電話、e-mail 等で行います。保険者が特定健診実施後、順次、特定保健指導対象者を特定し実施します。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	健診結果から、動機付け支援及び積極的支援に階層化された者に対して、健診結果を理解し、生活習慣改善のための行動目標を設定し、継続的に実践できるように支援します。 人間ドック受診者へは受診医療機関等で特定保健指導が受けられる体制を整えます。
令和元年度	継続
令和 2 年度	評価指標に基づいて中間評価を行い、事業内容の見直しを行います。
令和 3 年度	継続
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	継続 上半期に仮評価を実施。年度末に計画期間全体の評価を行います。

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
面接実施人数	短期 ・ 特定健診保健指導率 49% ・ 人間ドック受診医療機関での保健指導利用者数 30 人	実績報告値により確認します。 メタボ予備軍、該当者数については KDB システムにて確認します。
面接実施者の状況	中長期 ・ 特定健診保健指導率 60% ・ 人間ドック受診医療機関での保健指導利用者数 50 人 ・ 動機付け支援、積極的支援対象者数の減少メタボ予備軍 8%メタボ該当者 15%	
リーフレット配布数		

【評価と見直し・改善案】

評価指標 (アウトプット・アウトカム)		目標 値	経年変化	指 標 判 定	事 業 判 定	要 因 (うまくいった・うまくい かなかった要因)	見直しと改 善の案
面接実施人数 面接実施者の状況 リーフレット配布数		—	H30 : 226 人 R1 : 212 人		A	<p>【うまくいっている要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診にてBMIと腹囲の該当者において、初回分割面接を実施した。結果、面接実施率や保健指導率が増加した。 ・ 人間ドック受診医療機関において積極的に保健指導を受けるように声掛けをしている。 <p>【うまくいっていない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 教室等の集団指導や個別面接に来所できる人を特定保健指導対象としているため、対象者が限られてしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診保健指導対象者のライフスタイルや行動変容意欲に合わせた事業方法の検討。 ・ メタボ予備軍・該当率に成果が表れる事業方法の検討。
特定健診 保健指導 率	短期	45%	H30→56% R1→60%	A			
	中長期	60%					
人間ドッ ク受診医 療機関で の保健指 導利用者 数	短期	10 件	H30→23 件 R1→26 件	A			
	中長期	30 件					
動機付け 支援、積 極的支援 対象者数 の減少メ タボ予備 軍・メタ ボ該当者	中長期	メタボ 予備軍 8%					
		メタボ 該当者 15%					

3 生活習慣病重症化予防事業

【目的】 健診異常値を放置している被保険者の医療機関受診

【概要】 特定健診受診後、血圧・血糖の結果に異常があるにも関わらず未治療の被保険者に対し、健康教室を継続して行い生活習慣の改善を支援し重症化予防につなげます。併せて、個人通知や家庭訪問による受診勧奨を行い医療機関の受診につなげます。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	特定健診後の未治療者及び治療中断者・高血圧及び糖尿病有所見者全員に文書による受診勧奨を行い、受診が確認できないものには訪問、電話により指導を行います。
令和元年度	継続
令和 2 年度	評価指標に基づいて中間評価を行い、事業内容の見直しを行います。
令和 3 年度	継続
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	継続 上半期に仮評価を実施。年度末に計画期間全体の評価を行います。

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム		
	目標値	評価方法	
対象者への通知率 100% 対象者のうち訪問・電話により指導できた人数（割合）	短期	訪問、電話により指導した人が医療機関に受診した割合 80%	レセプトまたは本人に直接確認します。
	中長期	受診勧奨者医療機関受診率 55%	受診勧奨者医療機関受診率は KDB システムにて確認します。

【評価と見直し・改善案】

評価指標 (アウトプット・アウトカム)	目標値	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
対象者への通知率	100%	H30→100% R1→100%	A	B	<p>【うまくいっている要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康健診データとレセプトデータを組み合わせて分析を行い、対象者への通知が行えた。 <p>【うまくいっていない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> マンパワーの不足により、訪問、電話により指導が出来ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 健康推進課と連携し、受診が確認できない方への訪問、電話により指導を行っていく。
対象者のうち訪問・電話により指導できた人数(割合)	—	H30→0人 R1→0人	B			
訪問、電話により指導した人が医療機関を受診した割合	短期 80%	H30→0人 R1→0人	B			
受診勧奨者医療機関受診率	中長期 55%					

4 生活習慣病重症化予防事業

【目的】 健診異常値を放置している被保険者の医療機関受診

【概要】 特定健診受診後、血圧・血糖の結果に異常があるにも関わらず未治療の被保険者に対し、健康教室を継続して行い生活習慣の改善を支援し重症化予防につなげます。併せて、個人通知や家庭訪問による受診勧奨を行い医療機関の受診につなげます。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	生活習慣病起因の糖尿病患者に対し、業者委託により適切な保健指導を実施します。
令和元年度	継続（前年度実施者を除く）健診・レセプトデータにより検査値の推移、定期的な通院を確認します。
令和 2 年度	評価指標に基づいて中間評価を行い、事業内容の見直しを行います。
令和 3 年度	継続
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	上半期に前年度実績にて仮評価を実施します。年度末に計画期間全体の評価を行います。

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム		
	目標値	評価方法	
対象者の指導 実施率 10%	短期	<ul style="list-style-type: none"> 指導完了者の生活習慣改善率 70% 指導完了者の検査値改善率 70% 	指導後の結果から生活習慣や検査値の改善状況を確認します。
	中長期	<ul style="list-style-type: none"> 指導実施者の人工透析移行 0% 人工透析患者総数の増加なし 	レセプトにより指導後の状況確認 KDB システムにて人工透析患者数の推移を確認します。

【評価と見直し・改善案】

評価指標 (アウトプット・アウトカム)		目標値	経年変化	指標判定	事業判定	要因 (うまくいった・うまくいかなかった要因)	見直しと改善の案
対象者の指導実施率		10%	H30→7名 R1→6名	B	B	<p>【うまくいっている要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業実施者は、保健指導を適切に受けていたため新規人工透析患者にならなかった。 <p>【うまくいっていない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業対象者が固定化されており、新規対象者が年々少なくなっている。 ・個人情報の観点から医療機関から直接事業を説明できない。本事業は医師からのほたらきかけが重要である。 ・保健指導は、家庭訪問を含む6か月の期間で行うため、参加の敷居が高い。特に自宅に訪問して面談することに対する抵抗感が強い。また既に医療機関で治療中であるため、保健指導の必要性が伝わっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・通知内容の見直し、保健指導の必要性や、参加者の声などを記載し、対象者がプログラムの参加したくなるような文書にする。
指導完了者の生活習慣改善率	短期	70%	H30→72% R1→68%	A			
指導完了者の検査値改善率	短期	70%	H30→53% R1→55%	A			
指導実施者の人工透析移行	中長期	0%					
人工透析患者総数-の増加なし	中長期	—					

5 ジェネリック医薬品差額通知事業

【目的】ジェネリック医薬品の普及率向上

【概要】レセプトから、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ます。対象者に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します。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	レセプトからジェネリック医薬品へ切替えた場合の薬剤軽減額が 300 円以上になる者を特定し、年 2 回通知を送付します。実施後、差額通知の効果の検証を行います。
令和元年度	実施方法、対象者特定方法や検証方法、実施後の効果測定の結果確認後、継続を検討します。
令和 2 年度	継続 中間評価
令和 3 年度	実施方法、対象者特定方法や検証方法、実施後の効果測定の結果確認後、継続を検討します。
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	継続、実績評価（普及率は H34 年度実績にて行います）

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム	
	目標値	評価方法
対象者への通知率 100%	短期	ジェネリック医薬品の普及率 65%
	中長期	ジェネリック医薬品の普及率 70%
		入院（DPC を含む）、入院外、調剤のレセプトにより確認します。

6 受診行動適正化指導事業(重複受診、頻回受診、重複服薬)

【目的】 重複・頻回受診者数、重複服薬者数の減少

【概要】 レセプトから、医療機関への過度な受診が確認できる対象者、また重複して服薬している対象者を特定し、指導します。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	レセプトにより重複・頻回受診者・重複服薬者を抽出し、重複・頻回分については保健師が訪問などで指導を行います。重複服薬についてはお薬手帳を送付し、活用を促します。 指導後に医療機関への受診行動が適正化されているか確認します。
令和元年度	継続
令和 2 年度	評価指標に基づいて中間評価を行い、事業内容の見直しを行います。
令和 3 年度	継続
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	継続 上半期に仮評価を実施します。年度末に計画期間全体の評価を行います。

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム		
	目標値	評価方法	
・訪問指導または電話対応などで指導できた人数。 ・指導対象者の指導実施率	短期	・保健指導後の受診状況の改善率 50% ・服薬状況の改善率 50%	レセプトにより確認します。
	中長期	・重複・頻回受診者数、重複服薬目者数減少率 20%	平成 29 年度対象者数を基準とし対象者数の変化をレセプトデータにより確認します。

7 COPD 啓発事業

【目的】 COPD 認知度向上

【概要】 特定健診実施時の禁煙指導とチラシの配布を行い啓発します。

【実施計画】

平成 30 年度～令和 5 年度に下記内容を実施することとします。

実施年度	計画内容
平成 30 年度	健診会場にて禁煙指導。健診会場や市民祭でチラシ配布。
令和元年度	継続
令和 2 年度	市民祭でアンケートを実施し、評価指標に基づいて中間評価を行い、事業内容の見直しを行います。
令和 3 年度	継続
令和 4 年度	継続
令和 5 年度	継続 年度末に計画期間全体の評価を行います。

【評価指標】

令和 5 年度末達成を目標とし、アウトプット・アウトカムを下記の通り設定します。

アウトプット	アウトカム		評価方法
	短期	目標値	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診会場や市民祭でのリーフレット配布数 ・ 禁煙指導者数 	短期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙率 14% ・ COPD 認知率 15% 	喫煙率 (KDB システム) 市民祭でアンケートを実施し、COPD 認知率を調査します。
	中長期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙率 12% ・ COPD 認知率 20% 	

【評価と見直し・改善案】

評価指標 (アウトプット・アウトカム)		目標値	経年変化	指標 判定	事業 判定	要因 (うまくいった・うまく いかなかった要因)	見直しと改善の 案
健診会場や市民祭での リーフレット配布数		—	H30:221人 R1:375人		A	<p>【うまくいっている要因】 ・健診会場にて保健指導やリーフレット配布を実施し、リアルタイムに自身の喫煙について振り返る機会となっている。</p> <p>【うまくいっていない要因】 ・リーフレットの配布のみとなっており、関心度の低い人にはなかなか伝わりにくい。</p>	<p>禁煙指導の一環として、リーフレット配布しており、実績値をわけて算出することが困難である。よって、「健診会場や市民祭でのリーフレット配布」と「禁煙指導者数」を統合し、「健診会場でのリーフレット配布数 ①禁煙について ②COPDについて」とする。</p> <p>喫煙についてリーフレット配布のみとなっているため、特定保健指導対象者でリスクの高い人から、事業方法を検討。</p>
禁煙指導者数		—	R1:24人				
喫煙率	短期	14%	H30 : 男 24.1% 女 6.4%	A			
	中長期	12%					
COPD 認知率	短期	15%	H30:15.0%	A			
	中長期	20%					