

第2期高萩市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）

中間評価報告書

令和3年2月

高萩市

目 次

- 1 「第2期国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」について・・・1
- 2 中間評価の目的・・・1
- 3 中間評価の実施方法・・・1
- 4 評価の考え方・・・1
- 5 中間評価の結果・・・3
- 6 事業毎の評価・・・4
 - (1) 特定健康診査の受診率向上・・・4
 - (2) 生活習慣病の発症予防・・・6
 - (3) 高血圧・糖尿病の重症化予防・・・8
- 7 目標値の見直し・・・10
- 8 今後について・・・10
- 9 参考資料・・・11

1 「第2期高萩市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」について

高萩市国民健康保険では、健康・医療情報を活用し、PDCA サイクルに沿った保健事業の実施及び評価を行うとともに、保健事業に関する施策を効果的かつ効率的に推進するため「第2期高萩市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」（以下、本計画という）を平成30年3月に策定しました。

本計画は、平成30年度を初年度とし、「第3期高萩市国民健康保険特定健康診査等実施計画」と一体的に推進していくことから、計画の最終年度を令和5年度としています。

また、本計画は、国民健康保険被保険者の生活習慣病発症と重症化予防に向けた総合的な取組を推進することを目的としており、目標達成に向けて取り組む事業として「特定健康診査の受診率向上」、「生活習慣病の発症予防」、「高血圧・糖尿病の重症化予防」の3事業を掲げています。

2 中間評価の目的

計画策定時に設定した目標について、計画の中間年度に当たる令和2年度に、計画全体の目標や事業について、評価と見直しを実施し計画期間の後半の計画に反映させること。

3 中間評価の実施方法

本計画を構成する個別保健事業計画に関するアウトプット・アウトカムの評価結果及び成功要因・未達成要因を踏まえ、本計画全体のアウトプット・アウトカムの実績値の推移の確認及び成功要因・未達成要因の整理を行います。

また、本計画期間は平成30年度以降ですが、計画策定時に平成28年度の実績値を基準としたため、平成29年度以降の実績値を用いて評価を行います。

4 評価の考え方

各目標値について、ストラクチャー・プロセス・アウトプット・アウトカム^{※1}の4つの視点に基づき、評価を行う。

(1) ストラクチャー指標の評価に当たっては以下の定義に従い、A~Dの4段階に区分します。

A：十分であった。

B：不足していた。

C：全くなかった。

D：評価困難

(2) プロセス指標の評価に当たっては以下の定義に従い、A~Dの4段階に区分します。

- A：十分であった。もしくは、実施目標を達成している。
- B：不足していた。もしくは、実施目標には届かなかったが実施した。
- C：全くなかった。もしくは、実施しなかった。
- D：評価困難

(3) アウトプット指標の評価に当たっては以下の定義に従い、A~Dの4段階に区分します。

- A：実施目標を達成している。
- B：実施目標には届かなかったが実施した。
- C：実施しなかった。
- D：評価困難

(4) アウトカム指標の評価に当たっては以下の定義に従い、A~Dの4段階に区分します。

- A：目標を達成している。
- B：目標には届かなかったが改善が見られる。
- C：改善が見られない。
- D：評価困難

(※1) ストラクチャー....計画立案体制・実施構成・評価体制を指す。

計画の目的・目標を達成するためのしくみや体制のこと。

プロセス.....保健事業の実施過程を指す。

計画策定手順のこと。

アウトプット.....保健事業の実施状況・実施量を指す。

計画に記載した事業の実施状況に関すること。

アウトカム.....成果を指す。

計画を実行することにより目指す目標・目的のこと。

5 中間評価の結果

本計画の目的である生活習慣病発症と重症化予防に向けた取り組みとして掲げる「特定健康診査受診率の向上」、「生活習慣病の発症予防」、「高血圧・糖尿病の重症化予防」の3事業について7項目に分けてアウトプット・アウトカム評価を行いました。

事業	目標値	ベースライン (H28)	現状 (R元実績)	評価
特定健康診査受診率の向上	・受診率 60%	37.8%	40.4%	B
生活習慣病の発症予防	・収縮期血圧 130mmHg 以上 男性：47.0% 女性：39.0%	47.8% 49.3%	56.3% 57.3%	C
	・HbA1c5.6%以上 男性：56.0% 女性：55.0%	58.5% 60.6%	56.4% 58.0%	B
高血圧・糖尿病の重症化予防	・対象者に対する受診勧奨実施率 高血圧：100% 糖尿病：100%	100% 100%	100% 100%	A
	・対象者への指導実施率 高血圧：50% 糖尿病：50%	12% 9%	14.6% 8%	B
	・特定健診受診者の収縮期血圧平均値について、ベースラインからの4mmHg低下(127mmHg)	(H29) 131mmHg	133.4 mmHg	C
	・特定健診結果 HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者の減少(50%)	56%	22% ^{※2}	D

(※2)8 ページ表中、備考欄参照

基準値抽出時の抽出方法と、評価時の抽出方法が異なるため評価困難となっています。

また、本計画全体の事業実施体制、実施過程については、次のとおり評価を行いました。

(1) 事業実施体制...A

事業を推進する上で必要となる予算等について、十分に確保、執行するとともに、関連部署・機関と連携し情報共有を図りながら実施しています。

また、中間評価に当たっても、外部団体である茨城県国民健康保険団体連合会(以下、国保連)の保健事業支援・評価委員会から評価を受ける体制を構築しています。

(2) 実施過程...A

本計画策定に当たっては、国保データベース(KDB)等を活用し、保険医療課が主となって現状分析と課題抽出をした上で、関連部署と連携しながら計画を策定しました。

6 事業毎の評価

(1) 特定健康診査の受診率向上

	参考		本計画期間	
	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
目標値	50.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実績値	37.8%	39.3%	40.1%	40.4%
対象者	40～74歳の国保加入者			
評価時期	平成 29 年 11 月	平成 30 年 11 月	令和元年 11 月	令和 2 年 11 月
評価方法	法定報告による			
評価結果	—	—	B	B

【目標を達成するための個別保健事業】

(取組内容)

特定健康診査受診率を向上させるための取り組みとして、集団健診の受診勧奨を中心に健診に関する意識の普及啓発を図ってきました。

受診勧奨は年 2 回実施しており、当初は、健診対象者全員に対し集団健診が開始する 2 週間前を目安に受診券を送付することで意識づけを図りました。

その後、未受診者に対し追加健診日の 2 週間前を目安に再通知し受診勧奨を行ってきました。

集団健診の実施体制については、次のとおり実施してきました。

○本計画策定以前～

休日健診の実施、女性のみの日、託児所の開設

○平成 29 年度～

山間部健診会場における周辺の送迎車の運行

○平成 30 年度～

男性のみの日、健診費用の無料化、がん検診との同時実施（セット健診）

また、健診の実施方法については、平成 27 年度から、集団健診のほかに国保連と茨城県医師会の集合契約（以下、集合契約）に基づく特定健康診査（医療機関における個別健診）を実施しており、平成 30 年度以降、個別健診受診者が増えています。

そのほか、本計画策定以前より、健診結果等の提供事業^{*3}について、JA 組合員健診、消防団員健診からの健診結果提供の体制を構築していましたが、平成 29 年度から、集合契約に基づく「かかりつけ医からの診療情報等提供事業」に参加し情報提供を受ける体制づくりをしています。

本市では、生活習慣病予防健診費補助事業にも取り組んでおり、補助を受けて健診を

受けた被保険者より、健診結果の提供を受け受診率向上を図っています。

(成功要因)

受診対象者全員に集団健診用受診券を送付することで、健診受診への意識づけにつながり休日健診や男女別の健診日の設定、健診費用の無料化等、健診を受けやすい環境づくりが受診率向上に寄与していると考えられます。

また、個別健診も利用できるようになったことで、健診の機会が増えたことが受診率の向上につながっていると考えられます。

(未達成要因)

40～50代の受診者が少ない^{※4}ことや、連続特定健診受診者のリピーター率が高い^{※5}ものの受診率が目標値に達しないことから、未受診者の掘り起こしが不足していることが考えられます。

(事業の方向性)

休日健診や男性のみ・女性のみ健診日等、多様な健診の機会は一定のニーズがあるため、今後も健診が受けやすい環境づくりを目指していきます。

また、未受診者への受診勧奨は、受診忘れの防止や健康意識の啓発に効果があると考えられるため、未受診者の年代・対象も考慮しながら今後も実施してまいります。

しかしながら、令和2年度以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、健診が定員制になったことに伴い、集団健診受診者枠に制限が設けられるようになったため、今後、未受診者勧奨に関しては勧奨対象者の絞り込みや個別健診の勧奨に切り替える等、検討が必要です。

【個別保健事業の評価結果を踏まえた本計画の今後の方向性】

年々、健診受診率は向上していますが伸び率は鈍化してきています。

今後は、社会情勢等に合わせた受診勧奨を実施し、受診者数増を図るとともに健診結果提供事業等にも注力し受診率向上を目指します。

(※3) 特定健診と同様の健診項目について受診している場合（労働安全衛生法に基づき実施する「事業主健診」等や、治療の一環としての医療機関における検査等）、特定健康診査の結果として実施数に計上することが認められている。

(※4) 11 ページ (2) 年齢別健診受診状況（健診受診者／健診対象者 割合）（「9 参考資料」）参照

(※5) 12 ページ (3) 連続特定健診受診者リピーター率（「9 参考資料」）参照

(2) 生活習慣病の発症予防

		参 考		本計画期間	
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
		収縮期血圧 130mmHg 以上			
目標値	男性	48.0%	46.0%	最終目標値 ^{※6} 47.0%	
	女性	41.0%	37.0%	最終目標値 39.0%	
実績値	男性	47.8%	54.7%	57.1%	56.3%
	女性	49.3%	52.8%	55.2%	57.3%
		HbA1c5.6%以上			
目標値	男性	62.0%	61.0%	最終目標値 56.0%	
	女性	66.0%	64.0%	最終目標値 55.0%	
実績値	男性	58.5%	67.1%	64.3%	56.4%
	女性	60.6%	65.3%	65.7%	58.0%
評価時期		平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
評価方法		特定健診受診結果（収縮期血圧・HbA1c）を確認			
評価結果		—	—	C	B

(※6) 最終目標値とは、本計画最終年度の令和 5 年度までに達成することを目標としている数値です。

【目標を達成するための個別保健事業】

(取組内容)

特定健康診査の結果、必要と判断された対象に特定保健指導を実施するとともに、広く市民を対象に生活習慣病の発症予防を目的とした健康教室・運動教室や、健康相談を実施してきました。

また、歯周病は生活習慣病と密接な関係があるため、歯周病検診を実施してきました。

その他、自主的かつ積極的な健康づくりを促すため、令和元年度から(平成 29 年度、平成 30 年度は試行的に実施)、健康診査やがん検診の受診、健康に関するイベントへの参加、また、自身で取り組む健康づくりに対してインセンティブを付与する「健康マイレージ事業」に取り組んできました。

(成功要因)

特定保健指導については、平成 30 年度から地区担当制を導入し、令和元年度から初回面接の分割実施を行ったことにより、年々、保健指導実施率は向上しています。

令和元年度の特定保健指導実施率は前年度比から 0.9 ポイント上昇し 40.8%となりました。

(未達成要因)

健康教室等では生活習慣病や栄養バランスに関する教育を実施していますが、発症しても気づかず放置されやすいことから、被保険者への健康意識の啓発が必要だと考えられます。

(事業の方向性)

特定保健指導実施率は向上しているため、今後も引き続き現状の取り組みを行います。

【個別保健事業の評価結果を踏まえた本計画の今後の方向性】

今後も健康教育等を継続し、対象者自ら生活習慣を管理できるように引き続き支援していきます。

(3) 高血圧・糖尿病の重症化予防

		参 考		本計画期間	
		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
		①対象者に対する受診勧奨通知実施率			
目標値	高血圧	—	—	最終目標値 100.0%	
	糖尿病	—	—	最終目標値 100.0%	
実績値	高血圧	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	糖尿病	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
②対象者への指導実施率					
目標値	高血圧	—	—	最終目標値 50.0%	
	糖尿病	—	—	最終目標値 50.0%	
実績値	高血圧	12%	19.5%	30.3%	14.6%
	糖尿病	9%	13.9%	12.9%	8%
③特定健診受診者の収縮期血圧平均値 4mmHg 低下					
目標値	—	—	最終目標値 127 mmHg		
実績値	129.3mmHg	131.4mmHg	133.5 mmHg	133.4 mmHg	
④特定健診結果 HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者の減少					
目標値	—	—	最終目標値 50.0%		
実績値	56%	27%	20%	22%	
対象者	高血圧重症化予防対象者：血圧 160/100 mmHg 以上の未治療者 糖尿病重症化予防対象者：HbA1c7.0%以上の未治療者				
評価時期	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	
評価方法	特定健診受診結果による				
評価結果	—	—	B	B	
備 考	④について：ベースラインとした平成 28 年度の数値については、あなみツール糖尿病フローチャートから抽出しましたが、このツールは現在サービス停止のため中間評価に用いることはできませんでした。そのため、平成 29 年度以降の実績値については、KDB から抽出しており評価困難となっています。				

【目標を達成するための個別保健事業】

(取組内容)

高血圧・糖尿病のハイリスク者に対して、早期受診勧奨や生活習慣病に関する保健指導を実施し、生活習慣の改善を図り重症化を予防するために、医療機関への受診勧奨通知を送付するとともに、市の保健師、管理栄養士および看護師が、訪問・電話などにより保健指導を

行い、その後の受診状況について確認しています。

(成功要因)

健診結果の送付時に医療機関への受診勧奨通知を同封することで、勧奨通知実施率は100%を達成しています。

重症化のリスクの高い対象者から訪問指導を実施する等、適切な指導ができました。

(未達成要因)

保健指導を行う専門職のマンパワーの不足や、指導を拒否する対象者へのかかわり方が難しいこと等が挙げられます。

(事業の方向性)

引き続き、特定保健指導のほか、ハイリスク者に対しては対象者全員に医療機関への受診勧奨通知を行うとともに、特にリスクの高い対象者から訪問・電話等により指導を実施し、重症化予防に努めていきます。

また、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むため、令和2年度中に茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じた体制整備を図り、令和3年度からの事業開始を目指します。

【個別保健事業の評価結果を踏まえた本計画の今後の方向性】

高血圧重症化予防対象者への受診勧奨実施率は達成しているものの、指導実施率が伸び悩んでいることが、アウトカム目標の未達成要因であると考えられます。

事業実施体制の見直しを行い、医療機関への受診勧奨方法や生活習慣改善意識の啓発につながる方策の検討が必要です。

7 目標値の見直し

目標を達成していないため、目標値の見直しはありません。

8 今後について

中間評価では、本計画全体の事業実施体制や実施過程の評価及び本計画策定時に定めた評価方法により、目標達成状況の評価を行いました。

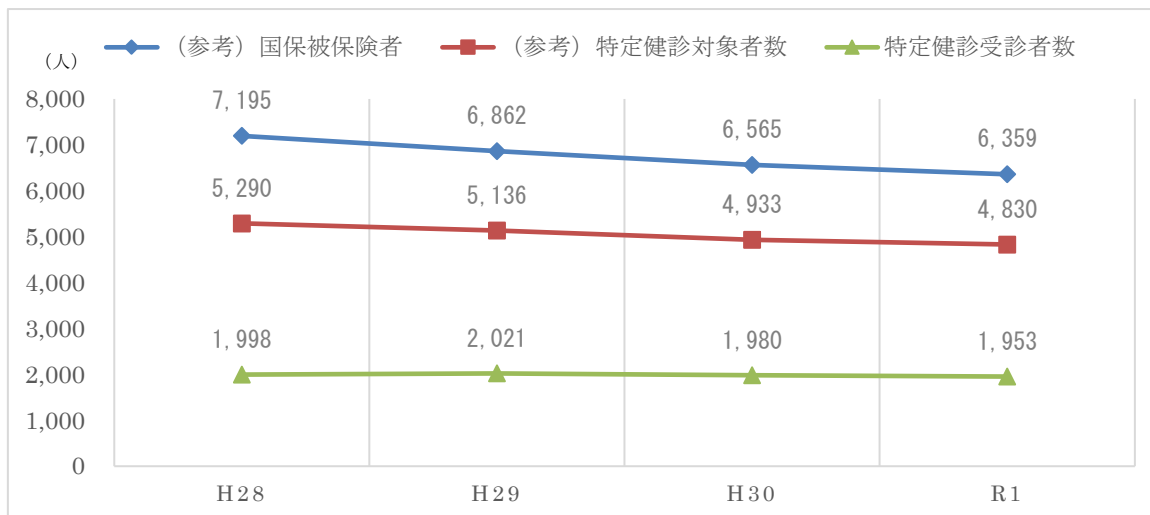
本計画における事業実施体制や事業実施過程については、十分であったにも関わらず、目標達成状況については、7項目中3項目が「目標には届かなかったが改善が見られるに留まる」、2項目が「改善が見られない」となっています。

事業体制や事業量の不足や事業とアウトカムとの関連が弱いこと等が考えられるため、今後、計画後半における目標値達成に向けて、進捗が滞っている項目については、事業効果を高めるための改善策を検討するとともに、各関係機関と連携し進捗状況や課題を共有しながら、本計画目標達成に向け体制構築を推進していきます。

また、本計画は74歳以下の国民健康保険被保険者を対象としていますが、これから高齢期を迎える世代への生活習慣病の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施する等、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援についても努めてまいります。

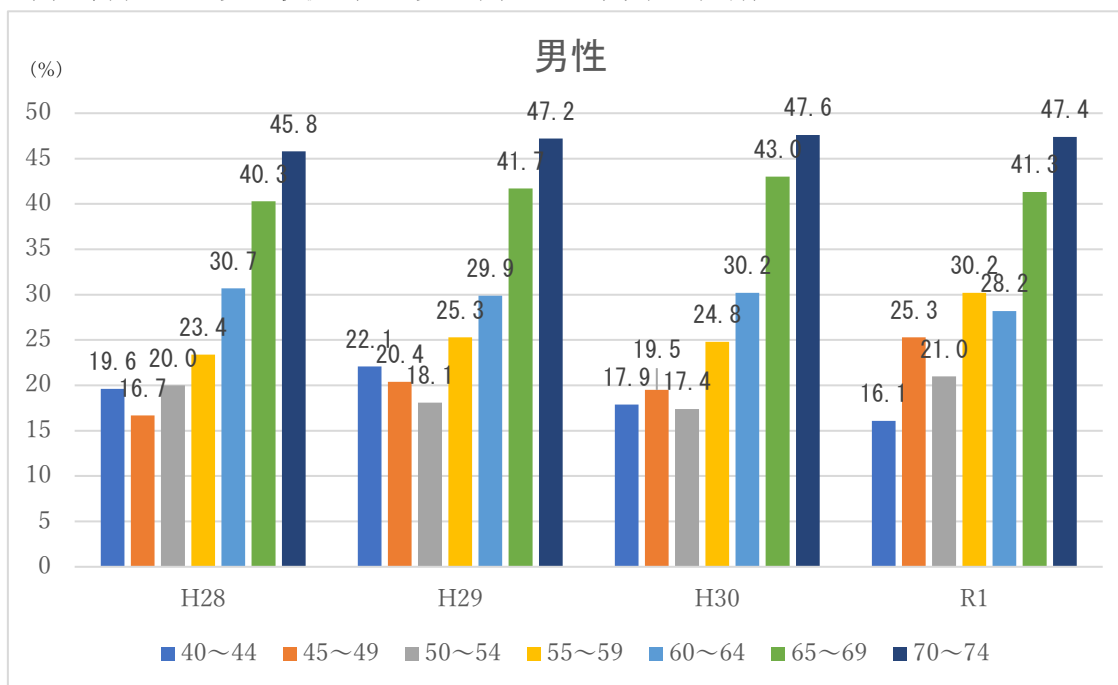
9 参考資料

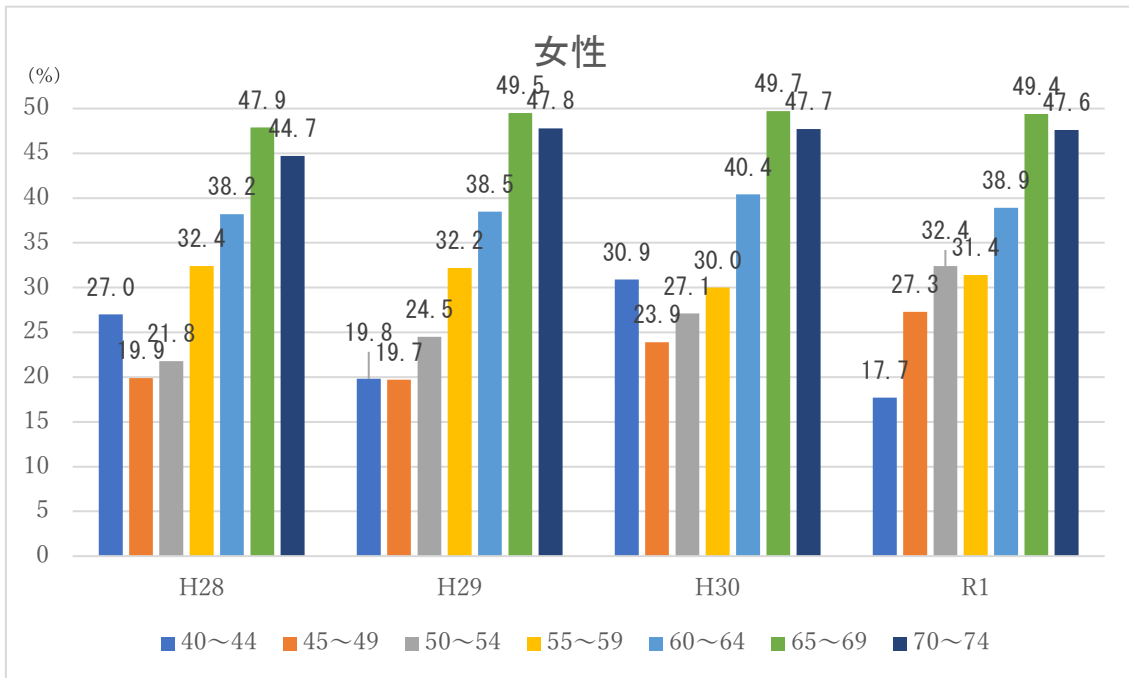
(1) 特定健診受診者の推移



作成：「(参考) 国保被保険者数」は、事業年報 A 表（被保険者数 総数 年度末現在）、「(参考) 特定健診対象者数」と「特定健診受診者数」は法定報告に基づき保険医療課で作成

(2) 年齢別健診受診状況（健診受診者／健診対象者 割合）





作成：KDB から出力される厚生労働省様式 5-4 を基に保険医療課で作成

(3) 連続特定健診受診者リピーター率

	H27 受診者のうち H28 リピーター率	H28 受診者のうち H29 リピーター率	H29 受診者のうち H30 リピーター率
高萩市 () 内は県内順位	80.7% (16)	83.1% (4)	82.6% (9)
市町村国保計	77.8%	77.5%	78.6%

作成：国保連特定健診データに基づき保険医療課で作成