

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）

最終評価報告書

令和6年3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 最終評価の目的・・・1
- 3 最終評価の実施方法・・・1
- 4 評価の考え方・・・1
- 5 最終評価の結果・・・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 最終評価の目的

計画策定時に設定した目標について、計画の最終年度に当たる令和5年度に、計画全体の目標や事業について、評価を実施し第3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）の策定に反映させること。

3 最終評価の実施方法

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、基準値は計画策定時の平成28年度の実績値を使用します。

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 最終評価の結果

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 (R4 実績)	評 価
特定健康診査受診率の向上	・受診率 60%【アウトプット】	37.8%	39.0%	B
生活習慣病の発症予防	・収縮期血圧 130mmHg 以上【アウトカム】 男性：47.0% 女性：39.0%	47.8% 49.3%	57.0% 62.1%	C
	・HbA1c5.6%以上【アウトカム】 男性：56.0% 女性：55.0%	58.5% 60.6%	64.9% 68.9%	C
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【アウトプット】 高血圧：100% 糖尿病：100%	100% 100%	100% 100%	A
	・対象者への指導実施率【アウトプット】 高血圧：50% 糖尿病：50%	12% 9%	80.7% 66.6%	D※2
	・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)【アウトカム】	(H29) 131mmHg	135.1mmHg	C
	・特定健診結果 HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者の減少 (50%)【アウトカム】	56%	16.1%	A

(※2) 8 ページ表中、備考欄参照

保健指導の実施方法が計画当初から変更になっているため、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（ストラクチャー）...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。

(2) 実施過程（プロセス）...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、市民課（旧：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

	本計画期間					
	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
評価指標	特定健康診査の受診率【アウトプット】 基準値 37.8% (H28)					
目 標 値	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
実 績 値	40.1%	40.4%	31.1%	33.5%	39.0%	—
対 象 者	40～74 歳の国保加入者					
評価時期	令和元年 11 月	令和 2 年 11 月	令和 3 年 11 月	令和 4 年 11 月	令和 5 年 11 月	令和 6 年 11 月
評価方法	法定報告による					
評価結果	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）

○令和 2 年度～

予約専用コールセンター及びインターネット予約システム導入

○令和 4 年度～

受診率向上事業実施

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から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、個別健診の実施等、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、令和 4 年度から受診率向上事業を開始し、健診の周知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}ことから、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。

また、新型コロナウイルスの影響により令和 2 年度から受診率が 9 ポイント以上低下したことが考えられます。

（事業の方向性）

休日健診や男性のみ・女性のための健診日等、多様な健診の機会は一定のニーズがあるため、今後も健診を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、未受診者への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】

今後も、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、12 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

(2) 生活習慣病の発症予防

		本計画期間					
		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
評価指標		収縮期血圧 130mmHg 以上【アウトカム】 基準値 男性 47.8% 女性 49.3% (H28)					
目標値	男性	最終目標値※547.0%					
	女性	最終目標値 39.0%					
実績値	男性	57.1%	56.3%	63.0%	59.6%	57.0%	—
	女性	55.2%	57.3%	65.7%	60.4%	62.1%	—
評価結果		C					
評価指標		HbA1c5.6%以上【アウトカム】 基準値 男性 58.5% 女性 60.6% (H28)					
目標値	男性	最終目標値 56.0%					
	女性	最終目標値 55.0%					
実績値	男性	64.3%	56.4%	64.2%	70.2%	64.9%	—
	女性	65.7%	58.0%	67.1%	71.4%	68.9%	—
評価結果		C					
評価時期		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	令和 6 年度
対象者		40～74 歳の国保加入者のうちの特定健診受診者					
評価方法		特定健診受診結果を確認					

(※5) 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者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運動教室、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。新

型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のために令和 2 年度～令和 4 年度までは中断していましたが、令和 5 年度から再開しています。

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、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向上し、保健指導実施率は国・県の平均よりも上回っています。市の保健師、管理栄養士及び看護師で分担して特定保健指導を行っています。

(未達成要因)

特定保健指導を拒否する割合も年々高くなってきています。以前に特定保健指導を実施したが、再度また対象者になってしまった場合に、特定保健指導の必要性やモチベーションを維持する関わりが必要であると考えられます。また、被保険者への健康意識の啓発も併せて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高い実施率を維持しているため、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

		本計画期間					
		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
評価指標		①対象者に対する受診勧奨通知実施率【アウトプット】 基準値 男性 100% 女性 100% (H28)					
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%	100.0%	100.0%
	糖尿病	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
評価結果		A					
評価指標		②対象者への指導実施率【アウトプット】 基準値 男性 12% 女性 9% (H28)					
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	30.3%	14.6%	11.2%	16.6%	80.7%	—
	糖尿病	12.9%	8.0%	0%	85.7%	66.6%	—
評価結果		D					
評価指標		③特定健診受診者の収縮期血圧平均値 4mmHg 低下【アウトカム】 基準値 131mmHg (H29)					
目標値		最終目標値 127 mmHg					
実績値		133.5 mmHg	133.4 mmHg	136.4 mmHg	135.1 mmHg	135.1 mmHg	—
評価結果		C					
評価指標		④特定健診結果 HbA1c7.0%以上の糖尿病未治療者の減少【アウトカム】 基準値 56% (H28)					
目標値		最終目標値 50.0%					
実績値		20.0%	22.0%	12.5%	17.1%	16.1%	—
評価結果		A					
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		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	令和 6 年度
評価方法		特定健診受診結果による					
備 考		②について：高血圧、糖尿病ともに計画当初から保健指導の実施方法が変更になっているため、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ました。医療機関への受診勧奨通知の送付とともに、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を行いました。

令和 4 年度からは、健診会場でⅡ度高血圧以上の者には受診勧奨通知を配布し、保健師・看護師から直接指導を行いました。また、令和 5 年度からは北茨城市と共同で多賀医師会と連携した重症化予防事業を開始し、対象者が受診すると診療内容について結果返送用紙が届く仕組みづくりができました。（健康づくり課）

健診未受診者の糖尿病治療中断者に対して受診勧奨通知を送付しました。（市民課）

（成功要因）

令和 4 年度までは、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。令和 5 年度からは、多賀医師会と連携した重症化予防事業を開始したことにより、受診勧奨通知を持って対象者が多賀医師会の病院を受診すると、結果返送通知が市に送られてくる仕組みができました。また、重症化のリスクが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不足や、指導を拒否する対象者への関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、特定保健指導の他に、重症化のリスクの高い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には訪問・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、多賀医師会との連携した重症化予防事業の取り組みが開始されたことにより受診状況の把握がしやすくなり、受診の無い対象者へのアプローチがかけやすくなりました。

【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通知実施率は目標を達成しています。収縮期血圧平均値については、評価結果は未達成であるものの、指導実施率は令和 4 年度からは達成しているため、次期計画においてもアウトカム評価を継続して注視し、目標達成に努めます。

7 目標値の見直し

今回の最終評価をもとに第4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)の目標値設定を行います。また、本計画の目標値と実績値が大きく乖離するものが見られたため、次期計画の目標値は現実的で達成可能なものに設定します。

8 今後について

最終評価では、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。

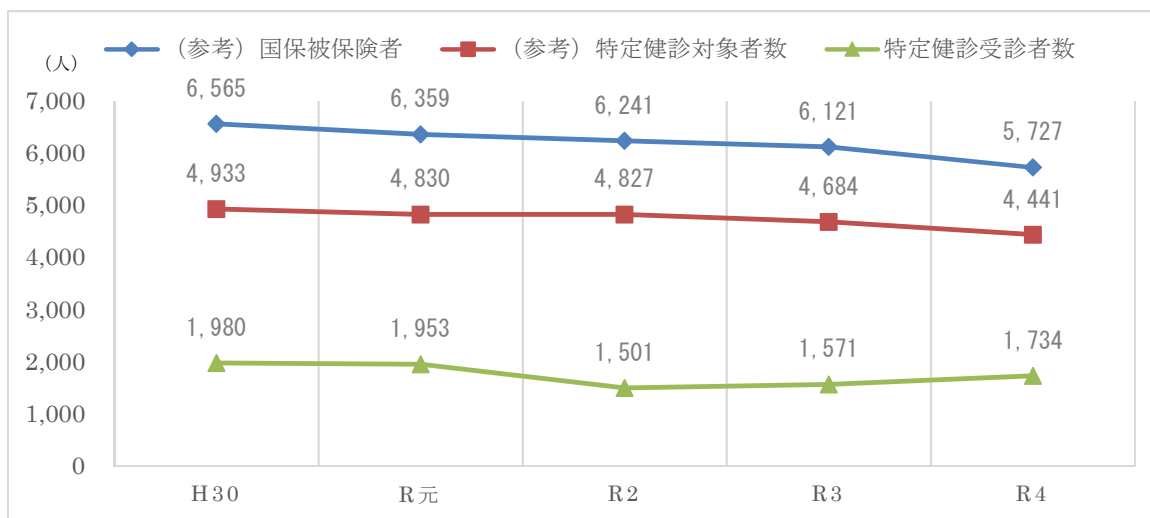
3つの事業をアウトプット3項目、アウトカム4項目の計7項目に分けて評価したところ、アウトプット評価では1項目で「評価困難」、アウトカム評価では3項目で「改善が見られない」となりました。「評価困難」となった理由として、実施方法が計画策定当初から変更になり、実績値の変動が大きかったことが挙げられます。「改善が見られなかった」理由として、アウトカム評価指標と事業との関連が弱かったことが考えられます。このことを踏まえ、次期の計画では、事業内容について、より具体的に記載し、事業と関連が強いアウトカム指標の設定に努めます。

また、事業についても、次期の計画策定時、あらためて健康課題を分析し、解決すべき課題と事業の対応づけを行い、評価指標についても、事業毎にアウトプット指標、アウトカム指標を設定する等の見直しを図ります。

本計画で対象としているのは、74歳以下の国民健康保険被保険者ですが、令和5年度から開始している後期高齢者を対象とした高齢者の保健事業と介護予防事業等の一体的実施事業との接続を踏まえ、次期計画では後期高齢者の医療費や要介護認定等の状況分析を行います。高齢者の重篤な疾患予防につなげられるよう、今後も国民健康保険被保険者への生活習慣病の重症化予防の取り組みに努めてまいります。

9 参考資料

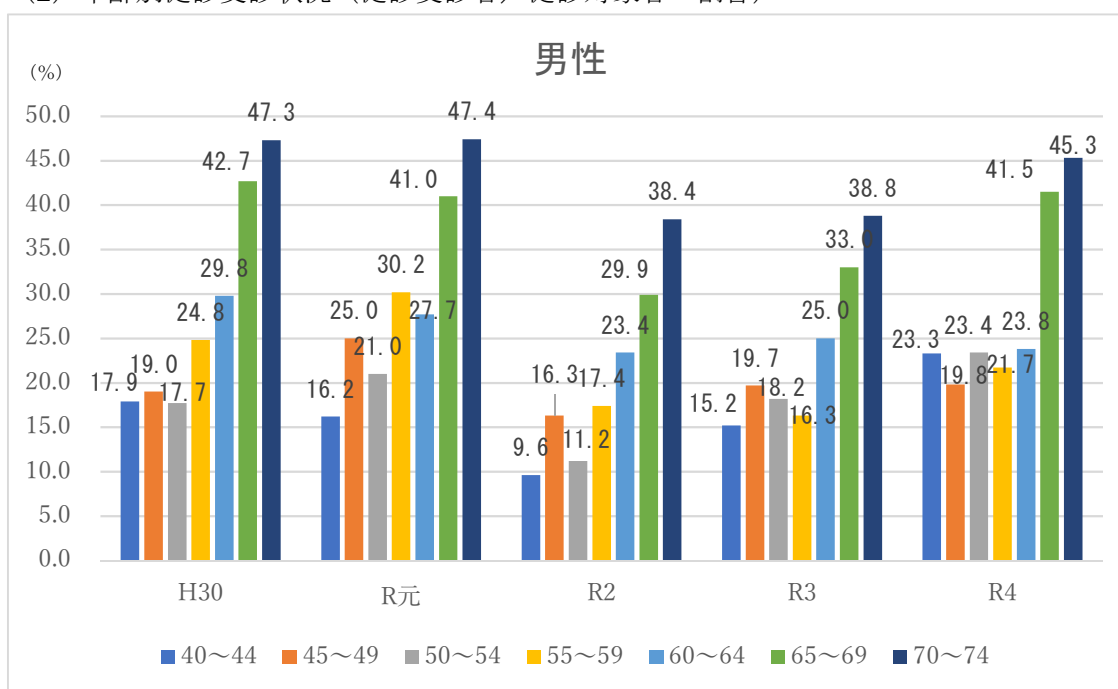
(1) 特定健診受診者の推移

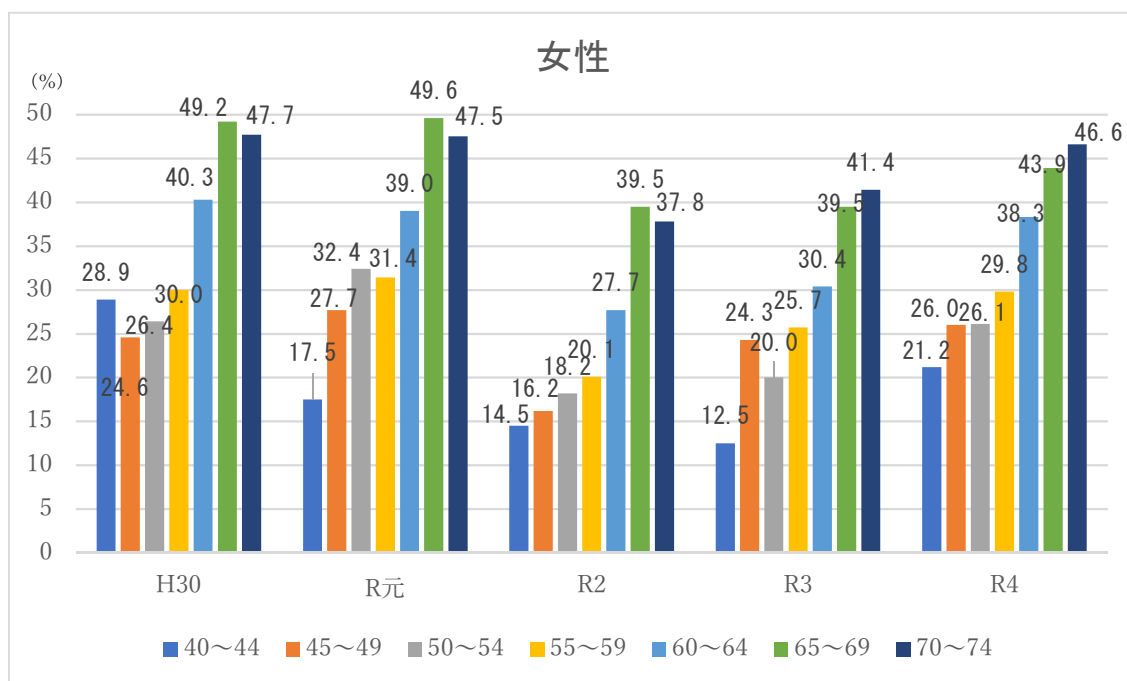


作成：「(参考) 国保被保険者数」は、事業年報 A 表（被保険者数 総数 年度末現在）、

「(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市民課で作成

(2) 年齢別健診受診状況（健診受診者／健診対象者 割合）





作成：法定報告に基づき市民課で作成