
太子町国民健康保険
データヘルス計画(Ⅱ期)
中間評価

令和4年8月

兵庫県太子町

はじめに

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保健事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標のあり方について、データ分析等をもとに整理、評価を行う。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う。

評価のなかで、「指標判定」「事業判定」については、A～Dの4区分にて判定する。

【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:判定不能

1. 保健事業の分析

1) 未受診者対策

(1) 特定健康診査について

背景	生活習慣病に起因する医療費の抑制及び健康寿命の延伸		
目的	生活習慣病の早期発見		
具体的内容	対象者	40歳～74歳の太子町国民健康保険被保険者	
	実施方法	① 集団健診 (JA 兵庫厚生連に委託)	【周知方法】6月号広報(5/25 配付)、HP、6月上旬の受診券発送時、回覧 【実施時期】9・10月にあすかホール・保健福祉会館にて14日間実施 【申込方法】広報折込の申込用紙を郵送、電話 【自己負担】無料 【追加無料項目】血清クレアチニン値、eGFR、尿潜血
		② 個別健診 (たつの市・揖保郡医師会、 姫路市医師会に委託)	【周知方法】HP、6月上旬の受診券発送時、回覧 【実施時期】通年実施 【申込方法】受診希望者は実施医療機関に直接申込 【自己負担】無料 【追加無料項目】血清クレアチニン値、eGFR、尿酸
		③ 人間ドック費用助成事業	【周知方法】HP、6月上旬の受診券発送時

		<p>【実施時期】通年実施</p> <p>【申請方法】特定健診項目を含む人間ドックを受診後、町へ申請</p> <p>【助成額】1/2(上限 18,000 円)</p>
	④結果提出	<p>【周知方法】6月上旬の受診券発送時</p> <p>【実施時期】通年実施</p> <p>【申請方法】職場健診等で特定健診項目を含む健康診断を受診後、町へ申請</p> <p>【インセンティブ】ゴミ袋セット</p>
評価指標、目標値	【アウトカム指標】	令和5年度特定健診受診率 60%

(2)未受診者対策について

【事業内容】

背景	特定健診及びがん検診の受診率が低い	
目的	受診率の向上	
具体的内容	実施方法	<p>①電話勧奨</p> <p>【詳細目的】受診率の向上及び未受診理由の把握 受診率が低く、職場健診が無くなる 60 歳代の受診率向上</p> <p>【対象者】①40～74 歳の国民健康保険被保険者のうち、<u>集団健診過去受診歴があり、当年度未申込及び個別健診未受診者(「集団健診個別通知対象者」を除く)</u></p> <p>②前年度に 60 歳代で社会保険から退職により国民健康保険に加入し、<u>町の健診の受診歴がなく、集団健診未申込の者</u></p> <p>【勧奨方法】集団健診申込締切り後、保健師による電話受診勧奨及び未受診理由の把握、 集団健診希望者の申込受付を行う</p> <p>【実施時期】8～9 月</p>
		<p>②集団健診個別通知</p> <p>【実施目的】きっかけがあれば受診する意欲がある国民健康保険加入者へ<u>確実な受診勧奨を行うこと</u>で受診率を向上させる</p>

		<p>【対象者】過去5年間に連続して集団健診受診歴がある40～74歳の国民健康保険加入者のうち、集団健診未申込及び個別健診等未受診者 ※令和元年度より過去5年間から3年間に変更</p> <p>【実施方法】集団健診申込締切り後、対象者に受診可能な項目すべてをセットした健診受診票を送付する。</p> <p>【送付時期】8月下旬</p>
評価指標、目標値	【アウトプット指標】	60歳代前半の退職による加入者の個別受診勧奨率100%(H29年度新規事業)

【評価と見直し・改善策】

事業名	評価指標 (アウトカム・ アウトプット)	目標値 (R5年 度)	ベース ライン	経年変化	指標 判定	事業 判定	要因	見直しと改善案
特定 健診	特定健康診 査受診率 法定報告値	60%	H28年度 30.6%	H29年度 30.7% H30年度 30.7% R元年度 31.4%	B	B	<p>【うまくいっている要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己負担額無料 ・通年実施、医療機関の拡充により受けられる機会が多い <p>【うまくいかない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・無料が定着しており、お徳感が少ない ・まだら受診者が多い ・受診方法が多く、選べない ・申込方法が分かりにくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・まだら受診者の継続受診を目指す 受診回数が基準以上に達している者に対し、インセンティブを付与することで、まだら受診者に対し継続受診に対するモチベーションを向上させる ・新規受診者の獲得 集団健診を初めて受ける者に対しインセンティブを付与することで、新規受診者の獲得を図る

							<ul style="list-style-type: none"> ・受診券を世帯分同一封筒で送付するため、宛名として表示されている人しか健診案内を確認していない可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診案内チラシを分かりやすくすることで受診方法を選びやすくする ・未受診者勧奨通知について送付物の改善を検討
未受診者対策	受診勧奨率 (60歳代退職等による加入者)	100%	—	H30年度 48.0% R元年度 77.8%	B	B	<p>【うまくいった要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・R元年度よりアルバイト保健師の雇用により、電話受診勧奨率は上昇した ・個別通知は受診票をがん検診もセットし送付することでセット受診につながった(受診した人のうちセット受診率 H30年 92.0%、R元年 91.5%) <p>【うまくいかない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去受診歴のある人に電話勧奨をしていたため、丁寧に説明が必要な未受診者への対応ができていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診券を世帯宛にしているため、個人個人が案内文を見ていない可能性がある。また広報も見落とす可能性があるため、対象者個人が案内を確認できるようにする ・過去に集団健診の受診歴がある人には個別に集団健診の案内を送付する(健診機関に委託するため、2期の期間は過去受診歴がある者に限る) ・過去受診歴がある人は郵送による受診勧奨でも効果は高いので郵送へ変更し、電話勧奨の対象者に未受診者を加える

2) 未利用者対策

【事業内容】

背景	生活習慣病に起因する医療費の抑制及び健康寿命の延伸	
目的	生活習慣病の重症化予防	
具体的内容	対象者	40～74歳の太子町国民健康保険被保険者のうち、特定健康診査の結果、「積極的支援」「動機づけ支援」と判定された者
	実施方法	<p>特定保健指導</p> <p>【利用勧奨時期】</p> <p>①個別健診：国保連合会経由で結果を把握した時点</p> <p>②集団健診：腹囲・BMI・血圧で対象となった者は健診当日に初回面接を対面で勧奨 それ以外の者は集団健診結果送付と同時期</p> <p>③人間ドック及び結果提出：担当者に結果が届いた時点</p> <p>【利用勧奨方法】</p> <p>集団健診における当日初回対象者は健診会場で対面の利用勧奨 それ以外は通知を送付し、本人より電話予約。電話が無い者は保健師、管理栄養士より電話勧奨</p> <p>【実施方法】</p> <p>集団健診当日、初回面接を実施（嘱託保健師、管理栄養士を集団健診時2名/日雇用し実施）連続して対象となった人も継続的に面接ができるよう、指導ツールを適宜修正・変更する 訪問・来所による面談、通信（レター）、電話による指導</p> <p>【実施者】</p> <p>町の直営（町民課保健師、アルバイト保健師、管理栄養士）</p>
評価指標、目標値	【アウトカム指標】	特定保健指導利用率 60%
	【アウトプット指標】	① 対象者全員への個別通知 ② 未申込者への電話勧奨率 100%

【評価と見直し・改善策】

事業名	評価指標 (アウトカム・ アウトプット)	目標値 (R5年 度)	ベース ライン	経年変化	指標 判定	事業 判定	要因	見直しと改善案
特定保 健指導	特定保健指 導利用率 法定報告値	60%	H28年度 28.2%	H29年度 22.0% H30年度 48.4% R元年度 51.4%	B	B	<p>【うまくいった要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H30年度から集団健診当日に初回面接を実施したため、利用率が上昇した <p>【うまくいかない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診後の対象者は、健診日から日数が経っており、利用につながりにくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・継続して集団健診当日に初回面接を実施できる体制を維持する ・集団健診後の対象者には、結果送付と同時期のタイムリーな保健指導案内の送付をする ・人間ドック及び結果提出の対象者には、窓口での申請時に、階層化を行い利用勧奨する
	対象者全員 への個別通 知	100%	H28年度 100%	H29年度 100% H30年度 100% R1年度 100%	A		<p>【うまくいった要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H30年度から集団健診当日に初回面接を実施したことにより利用者が増え、個別通知対象者、未申込者が減少した ・R元年からはアルバイト管理栄養士を雇用し電話する時間を確保することができた <p>【うまくいかない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通知文が例年同内容である 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が保健指導を利用したくなる通知内容への見直しを検討する ・保健指導で使用する教材を適宜見直し、過去利用者でも利用してもらえるような内容を検討する
	未申込者へ の電話勧奨 率	100%	H28年度 55.3%	H29年度 39.6% H30年度 54.5% R1年度 65.6%	B			

3) 糖尿病対策

【事業内容】

背景	糖尿病医療費の増加		
目的	糖尿病及び糖尿病に起因する透析導入者に係る医療費の抑制		
具体的内容	実施方法	糖尿病重症化対策	<p>〔未治療者受診勧奨〕</p> <p>【対象者】</p> <p>集団健診受診者のうち、下記①に該当し、かつ、②または③に該当する糖尿病未治療者</p> <p>①空腹時血糖 126 mg/dl または、随時血糖 200 mg/dl または、HbA1c6.5%以上</p> <p>②尿蛋白(+)以上</p> <p>③eGFR45ml/分/1.73 m²未満</p> <p>【実施方法】</p> <p>①集団健診結果に精密検査依頼書を同封し送付(9~11月)後、電話にて受診勧奨を実施</p> <p>②集団健診精密検査受診結果報告、レセプトデータ・電話等にて受診確認を行い、未受診者には再度受診勧奨を実施(翌年4月)</p> <p>〔治療中断者受診勧奨〕</p> <p>【対象者】</p> <p>レセプトデータから過去に糖尿病薬物治療歴があり、最終の受診から6か月を経過しても受診した記録がない者</p> <p>【実施方法】</p> <p>①年1回12月対象者を抽出し、受診勧奨通知の発送後電話による受診勧奨を実施</p> <p>②レセプトデータ・電話等にて受診確認を行い、未受診者には再度受診勧奨を実施(年1回3月頃)</p>

			<p>〔重症化予防対策(保健指導及び保健指導実施後の継続支援)〕</p> <p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導 <p>前年度の特定健診の結果、下記①に該当し、かつ、②または③のいずれかに該当する糖尿病治療者 10 人(対象者が少ない場合は①のみ該当者でも可とする)</p> <p>①空腹時血糖 126 mg/dl または、随時血糖 200 mg/dl または、HbA1c6.5%以上</p> <p>②尿蛋白(+)以上</p> <p>③eGFR60ml/分/1.73 m²未満</p> ・継続支援 <p>昨年度の糖尿病性腎症重症化予防の保健指導を受けた者</p> <p>【実施方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導(委託) 6 月～実施 <p>①前年度特定健診の結果から対象者を抽出し、たつの市揖保郡医師会と姫路市医療機関に絞り、主治医に実施について確認する。</p> <p>②対象者に通知文を送付する。(委託)</p> <p>③参加勧奨と同時に保健指導を実施する。(参加が決定した者は、主治医から指示箋をもらう)</p> <p>④委託事業者より主治医への結果報告書の提出と実施結果報告を受ける。</p> ・継続支援(委託) <p>受診の確認及び自己管理維持のための保健指導を行う。(年 1 回)</p>
評価指標、目標値	【アウトカム指標】	指導を実施した人の新規透析導入率 0%	
	【アウトプット指標】	健診の結果がHbA1c6.5 以上の人への指導率 20%(H27 年度指導率 11%) 健診の結果が HbA1c6.5 以上の未治療者への指導または受診勧奨率 100%	

【評価と見直し・改善策】

事業名	評価指標 (アウトカム・ アウトプット)	目標値 (R5年 度)	ベース ライン	経年変化	指標 判定	事業 判定	要因	見直しと改善案
糖尿病 性腎症 重症化 予防	利用者の新 規透析導入 率	0%	—	R元年度 0%	A	B	【うまくいった要因】 ・R1よりたつの市揖保郡医師 会の協力のもと、糖尿病性腎 症重症化予防事業(受診勧奨・ 保健指導)実施の体制づくりが できた ・対象者の主治医である医療 機関には直接事業説明を行っ ている ・保健指導の参加者は一定程 度の成果が現れており、重症 化予防につながっている 【うまくいかない要因】 ・すでに医療機関で治療中で あることを理由に保健指導の 必要性が伝わらない場合があ る ・対象者の主治医である医療 機関を町内に限定すると対象 者が少なくなる	・保健指導の案内は、委託事業所 と調整し、対象者が参加したくなる ものにする ・保健指導対象者の条件の検討 (近隣の市へ医療機関を拡大、基 準を下げる) ・6か月間の保健指導終了後、フ ォローを行う ・受診勧奨後、受診につながらな かった人へのフォローを翌年も行 う
	指導率(HbA 1c6.5以上の 人)	20%	H28年度 14.0%	H29年度 7.9% H30年度 12.3% R元年度 12.2%	B			
	未治療者へ の指導また は受診勧奨 率(HbA1c 6.5以上の 人)	100%	—	R元年度 100%	A			

4) C型肝炎対策

【事業内容】

背景	C型肝炎に起因する医療費の抑制		
目的	C型肝炎の早期発見、受診率向上		
具体的内容	対象者	40歳以上の町民で過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがない人	
	実施方法	肝炎ウイルス検診 個別及び集団健診を実施し、全員自己負担額を無料とする 40・45・50・55・60・65・70歳の人への個別受診勧奨(通知) 特定健診受診券送付時に受診勧奨通知の同封 要精密検査者全員へ受診勧奨(訪問・電話)及び県補助金の説明	
評価指標、目標値	【アウトカム指標】	受診勧奨者(節目年齢)受診率 20%(H28年度 11.1%)	
	【アウトプット指標】	40～70歳の5歳刻み年齢の人への受診勧奨率 100%	

【評価と見直し・改善策】

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値 (R5年度)	ベース ライン	経年変化	指標 判定	事業 判定	要因	見直しと改善案
肝炎ウイルス検診	受診勧奨者(節目年齢)受診率	20%	H28年度 11.1%	H29年度 11.9% H30年度 12.4% R1年度 13.7%	B	B	【うまくいった要因】 ・集団健診において、節目年齢のうち未申込者に対し、問診で受検を勧めた ・問診で受診歴がないことが分かりやすいよう印字を変えた 【うまくいかない要因】	40歳以上受診人数 ・H28 435人 ・H29 397人 ・H30 463人 ・R1 581人 ・個別健診における肝炎ウイルス検診受診者はほぼ節目年齢受診者であることから、節目年齢以外の人に健診当日受診勧奨が可能である集団健診の受診者が増加するよう、

						<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の多くが働き世代かつ社会保険本人も含まれるため職場健診で受診している可能性がある ・H28 年度に集団健診で委託先が誤って既受診者に肝炎検査を勧奨していたため、翌年度に印字を変更。変更初年度(H29 年度)は印字が分かりにくく、問診での勧奨が減少し、受診者数が減少した 	<p>問診での受診勧奨及びインセンティブの導入等で集団健診における新規受診者の獲得に努める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肝炎ウイルス検査に興味を持ってもらえるよう肝炎のポピュレーションアプローチを行う 	
	40～70 歳の 5 歳刻み年齢の人への受診勧奨率	100%		H29 年度 100% H30 年度 100%	A	A	<p>【うまくいった要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康増進事業の補助事業を活用し、予算確保を行っている <p>【うまくいかない要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に無し 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の継続を行う

5)医療費適正化対策

【事業内容】

背景		医療費の抑制	
目的		多受診・頻回受診・重複内服者数の減少	
具体的内容	実施方法	医療費適正化勸奨事業	<p>【対象者】</p> <p>①頻回受診:3か月連続して、1か月に同一医療機関での外来通院が10日以上ある者</p> <p>②重複受診(服薬):3か月連続して、1か月に同一疾病(同一薬効の薬剤の投与を受けている)での受診医療機関が2箇所以上ある者</p> <p>ただし、以下は除外する</p> <p>①頻回受診:整形外科で受診している者(月25日以上受診している場合は除外しない)</p> <p>精神科を受診している者</p> <p>透析が必要な者</p> <p>定期的な受診が必要な者等保健師が状況を判断し、指導不要と判断した者</p> <p>②重複服薬:塗布用消炎鎮痛剤等</p> <p>【実施方法】</p> <p>月1回KDBより指導が必要な者を選定し、訪問指導の実施</p> <p>(指導の内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適正な受診について(パンフレット配布) ・服薬管理やお薬手帳について(薬手帳カバー配布、必要な人には残薬調整希望カード配布) ・食事、生活指導 <p>指導実施の3ヵ月後、KDBシステムにて受診状況(受診医療機関数、薬剤投与数等)を確認</p> <p>改善がない場合、再度電話にて本人に状況確認をし、必要に応じて再指導する</p>
		評価指標、目標値	<p>【アウトカム指標】 対象者への勸奨率 100%</p> <p>【アウトプット指標】 多受診・頻回受診・重複服薬の対象者数 20%減</p>

【評価と見直し・改善策】

事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値 (R5 年度)	ベース ライン	経年変化	指標 判定	事業 判定	要因	見直しと改善案
医療費 適正化 勧奨事 業 (頻回受 診・重複 服薬保 健指導)	対象者への 勧奨率	100%	—	H30 年度 100% R 元年度 100%	A	A	【うまくいった要因】 ・訪問指導を基本とするが、訪問が困難な場合は電話による指導を実施 【うまくいかない要因】 ・指導後は一時的に改善がみられても、重複服薬を繰り返す人がいる	・対象者が少ないので、条件を検討する ・受診につながらなかった人へのフォローを翌年も行う
	頻回受診・重複服薬の対象者数	20%減	—	H30 年度 5 人 R 元年度 2 人	A	B		