

第2期中能登町保健事業実施計画(データヘルス計画)

中間評価

目 次

- 1 第2期データヘルス計画の概要
- 2 中間評価の結果
 - (1) 目標の進捗状況
 - (2) 保健事業の評価
 - ア 特定健診未受診者対策
 - イ 重症化予防対策
 - (ア) 糖尿病性腎症重症化予防対策
 - (イ) 虚血性心疾患重症化予防対策
 - (ウ) 脳血管疾患重症化予防対策
- 3 新たな課題を踏まえた目標の見直しと今後の取組み
 - (1) 今後の目標
 - (2) 今後の保健事業の取組み
 - ア 特定健診未受診者対策の取組み
 - イ 重症化予防対策の取組み
 - (ア) 糖尿病性腎症重症化予防対策の取組み
 - (イ) 虚血性心疾患重症化予防対策の取組み
 - (ウ) 脳血管疾患重症化予防対策の取組み
- 4 第2期データヘルス計画全体の中間評価

1 第2期データヘルス計画の概要

データヘルス計画とは、健診・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画であり、生活習慣病予防及び重症化予防に取組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸を目指すものです。第2期データヘルス計画は平成30年度から令和5年度の6年間の計画で、令和2年度は中間評価を実施することとしています。

2 中間評価の結果

(1)目標の進捗状況

健康課題解決のため設定した目標について、下記のとおり評価を行いました。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	課題を解決するための目標	初期値	実績値			目標値		
		H28	H29	H30	R1 (中間評価値)	R1 (目標値)	R5 (最終評価値)	
特定健診	特定健診受診率60%以上	50.1%	51.7%	51.0%	48.8%	54.3%	60.0%	
	特定保健指導実施率65%以上	62.7%	64.7%	69.1%	73.1%	63.7%	65.0%	
	特定保健指導対象者の減少率25%	20.3%	21.5%	20.0%	16.6%	18.1%	15.2%	
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.14%	2.92%	2.80%	2.46%	2.09%	2.03%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	2.84%	2.38%	1.91%	1.78%	2.77%	2.70%
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	80.0%	81.3%	77.5%	83.3%	75.0%	70.0%
	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	32.0%	32.6%	31.8%	32.8%	28.5%	24.0%	
	健診受診者の高血圧の割合減少10% (160/100以上)	6.3%	5.9%	6.3%	5.2%	6.0%	5.6%	
	健診受診者の脂質異常者の割合減少10% (LDL 180以上)	3.50%	2.20%	2.60%	2.80%	3.35%	3.15%	
	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少5% (HbA1c6.5以上)	11.6%	13.2%	10.3%	14.3%	11.3%	11.0%	
保険者努力支援制度	短期	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	78.7%	72.1%	70.0%	62.5%	75.0%	80.0%
		糖尿病の保健指導を実施した割合95%以上	91.7%	68.3%	46.0%	45.5%	93.2%	95.0%
		がん検診受診率 胃がん検診16.0%以上	15.1%	15.0%	15.0%	14.5%	15.5%	16.0%
		肺がん検診28.0%以上	26.0%	25.4%	24.0%	23.5%	26.8%	28.0%
		大腸がん検診18.0%以上	17.0%	16.3%	15.5%	15.2%	17.4%	18.0%
		子宮頸がん検診26.0%以上	25.6%	25.0%	23.7%	22.6%	25.8%	26.0%
		乳がん検診27.0%以上	26.6%	26.5%	26.0%	25.4%	26.8%	27.0%
後発医薬品の使用割合80%以上	72.2%	76.2%	82.1%	84.6%	78.2%	80.0%		

○印：R1目標達成項目

(2)保健事業の評価

ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの指標に基づき、保健事業の評価を行いました。

ア 特定健診未受診者対策

<p>実施体制 (ストラクチャー)</p>	<p>【体制】保健師、管理栄養士等</p> <p>【連携】医師会、町内薬局、県保健福祉センター、中能登町保健推進協議会、国保連合会等と連携し、受診勧奨や普及啓発を実施しています。</p>																				
<p>取組み内容 (プロセス)</p>	<p>○国保新規加入者、過去の健診受診歴や年代で絞った受診勧奨（電話、ハガキ等）</p> <p>○医療機関と連携し、治療中の者に対する健診受診勧奨（診療データ情報提供事業）</p> <p>○糖尿病未治療者や治療中の者に対する健診受診勧奨（面接、訪問等）</p> <p>○保健推進員による地域での普及啓発</p> <p>○広報等による普及啓発</p>																				
<p>評価 (アウトプット、アウトカム)</p>	<p>○特定健診受診率</p> <table border="1" data-bbox="596 1236 1299 1435"> <tr> <td>H28</td> <td>50.1%</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>51.7%</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>51.0%</td> </tr> <tr> <td>R1</td> <td>48.8% (県内順位 11位/19市町)</td> </tr> </table> <p>○健診受診勧奨実施数</p> <table border="1" data-bbox="580 1525 1299 1637"> <tr> <td></td> <td>H28</td> <td>R1</td> </tr> <tr> <td>訪問、はがき、電話等</td> <td>2,056人</td> <td>3,347人</td> </tr> </table> <p>○診療における検査データの情報提供</p> <table border="1" data-bbox="580 1727 1299 1823"> <tr> <td></td> <td>H28</td> <td>R1</td> </tr> <tr> <td>診療データ情報提供</td> <td>135人</td> <td>62人</td> </tr> </table>	H28	50.1%	H29	51.7%	H30	51.0%	R1	48.8% (県内順位 11位/19市町)		H28	R1	訪問、はがき、電話等	2,056人	3,347人		H28	R1	診療データ情報提供	135人	62人
H28	50.1%																				
H29	51.7%																				
H30	51.0%																				
R1	48.8% (県内順位 11位/19市町)																				
	H28	R1																			
訪問、はがき、電話等	2,056人	3,347人																			
	H28	R1																			
診療データ情報提供	135人	62人																			
<p>課題</p>	<p>○特定健診受診率が伸び悩んでおり、受診勧奨の対象者、勧奨時期等を検討し、実施していくことが課題です。年齢が若い程、受診率が低い状況にあります。</p>																				

イ 重症化予防対策

(ア)糖尿病性腎症重症化予防対策

H29年度より、いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、下記の対象者に対して保健指導を実施しています。

<p>実施体制 (ストラクチャー)</p>	<p>【保健指導体制】保健師、管理栄養士等 【連携】医師会、糖尿病地域連携協議会、県保健福祉センター、国保連合会等と連携し、情報共有、課題検討等を重ねながら実施しています。</p>																																	
<p>取組み内容 (プロセス)</p>	<p>○レセプトデータと健診データにより、糖尿病未治療者及び中断者を抽出し、医療機関への受診勧奨と保健指導を実施しました。 ○治療中で血糖コントロール不良者を抽出し、保健指導を実施しました。必要時には医療機関と連携しました。 ○糖尿病有病者を経年管理できるよう、糖尿病管理台帳を作成しました。</p>																																	
<p>評価 (アウトプット、アウトカム)</p>	<p>○糖尿病有病者の割合 (HbA1c6.5%以上)</p> <table border="1" data-bbox="603 1048 1286 1229"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>11.6%</td> <td>14.3%</td> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>193人</td> <td>205人</td> </tr> </tbody> </table> <p>○糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p> <table border="1" data-bbox="603 1288 1286 1529"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>78.7%</td> <td>62.5%</td> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>75人</td> <td>56人</td> </tr> <tr> <td>治療者数</td> <td>59人</td> <td>35人</td> </tr> </tbody> </table> <p>○糖尿病の保健指導を実施した割合</p> <table border="1" data-bbox="603 1588 1286 1830"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>91.7%</td> <td>45.5%</td> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>72人</td> <td>123人</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施者数</td> <td>66人</td> <td>56人</td> </tr> </tbody> </table>		H28	R1	割合	11.6%	14.3%	対象者数	193人	205人		H28	R1	割合	78.7%	62.5%	対象者数	75人	56人	治療者数	59人	35人		H28	R1	割合	91.7%	45.5%	対象者数	72人	123人	保健指導実施者数	66人	56人
	H28	R1																																
割合	11.6%	14.3%																																
対象者数	193人	205人																																
	H28	R1																																
割合	78.7%	62.5%																																
対象者数	75人	56人																																
治療者数	59人	35人																																
	H28	R1																																
割合	91.7%	45.5%																																
対象者数	72人	123人																																
保健指導実施者数	66人	56人																																
<p>課題</p>	<p>○糖尿病有病者の割合が増加しています。しかしながら、特に治療中でコントロール不良者への保健指導率が上がらない状況です。重症化予防対策として、医療機関との連携を強化し保健指導に取り組む必要があります。</p>																																	

(イ)虚血性心疾患重症化予防対策

虚血性心疾患の重要なリスク因子として、メタボリックシンドロームまたはLDLコレステロールが関連しており、中能登町は、特にメタボリックシンドローム該当者が多い状況です。また、心電図検査においてはST変化が心筋虚血を推測する所見でもあることから、下記のとおり取組みを実施しています。

実施体制 (ストラクチャー)	【保健指導体制】 保健師、管理栄養士等 【連携】 医師会等と連携																																												
取組み内容 (プロセス)	○特定保健指導対象者を中心に、メタボリックシンドローム該当者への保健指導を実施しました。 ○心電図所見でST所見該当者（未治療者）への受診勧奨を実施しました。																																												
評価 (アウトプット、アウトカム)	○特定保健指導の実施状況 <table border="1" data-bbox="587 880 1318 1184"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者数</td> <td>209人</td> <td>186人</td> </tr> <tr> <td>実施者数</td> <td>131人</td> <td>136人</td> </tr> <tr> <td>実施率</td> <td>62.7%</td> <td>73.1%</td> </tr> <tr> <td>(参考) 県平均</td> <td>56.8%</td> <td>55.3%</td> </tr> </tbody> </table> ○心電図でST所見ありの者への受診勧奨実施状況 <table border="1" data-bbox="580 1270 1318 1451"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者数</td> <td>23人</td> <td>7人</td> </tr> <tr> <td>受診勧奨実施者数</td> <td>23人</td> <td>7人</td> </tr> </tbody> </table> ○受診勧奨（ST所見あり）実施後の治療状況 <table border="1" data-bbox="587 1536 1347 1671"> <thead> <tr> <th rowspan="2">R1対象者数</th> <th rowspan="2">7人</th> <th>治療開始</th> <th>4人</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>未治療</th> <th>3人</th> </tr> </tbody> </table> ○メタボリックシンドローム該当者の状況 <table border="1" data-bbox="587 1787 1310 2027"> <thead> <tr> <th></th> <th>H28</th> <th>R1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>割合</td> <td>21.9%</td> <td>23.6%</td> </tr> <tr> <td>該当者数</td> <td>354人</td> <td>332人</td> </tr> <tr> <td>(参考) 県平均</td> <td>19.6%</td> <td>21.7%</td> </tr> </tbody> </table>				H28	R1	対象者数	209人	186人	実施者数	131人	136人	実施率	62.7%	73.1%	(参考) 県平均	56.8%	55.3%		H28	R1	対象者数	23人	7人	受診勧奨実施者数	23人	7人	R1対象者数	7人	治療開始	4人	未治療	3人		H28	R1	割合	21.9%	23.6%	該当者数	354人	332人	(参考) 県平均	19.6%	21.7%
	H28	R1																																											
対象者数	209人	186人																																											
実施者数	131人	136人																																											
実施率	62.7%	73.1%																																											
(参考) 県平均	56.8%	55.3%																																											
	H28	R1																																											
対象者数	23人	7人																																											
受診勧奨実施者数	23人	7人																																											
R1対象者数	7人	治療開始	4人																																										
		未治療	3人																																										
	H28	R1																																											
割合	21.9%	23.6%																																											
該当者数	354人	332人																																											
(参考) 県平均	19.6%	21.7%																																											

	○メタボリックシンドローム予備軍の状況		
		H28	R1
	割合	10.4%	9.2%
	該当者数	168人	130人
	(参考) 県平均	10.2%	10.6%
課題	○メタボリックシンドローム該当者の割合が増加しています。引き続き、食生活等の生活習慣改善に向けた保健指導を継続的に実施していきます。治療につながった場合は、服薬管理と同時に生活習慣改善の重要性を伝えていく必要があります。		

(ウ)脳血管疾患重症化予防対策

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子であり、心電図検査における心房細動所見は脳梗塞のリスクとなっています。

そこで下記のとおり取組みを実施しています。

実施体制 (ストラクチャー)	【保健指導体制】保健師、管理栄養士等 【連携】医師会等と連携																					
取組み内容 (プロセス)	○特定健診結果で、高血圧の未治療者（Ⅱ度高血圧以上）に対しては、医療機関への受診勧奨及び生活習慣の改善に向けた保健指導を実施しました。また、治療中でコントロール不良者にも保健指導を実施し、必要時には医療機関と連携しました。 ○心電図検査で心房細動が発見された場合、未治療者については受診勧奨を実施しました。																					
評価 (アウトプット、アウトカム)	○Ⅱ度高血圧以上の割合 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H28</td> <td>R1</td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>6.3%</td> <td>5.2%</td> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>105人</td> <td>76人</td> </tr> </table> ○Ⅱ度高血圧以上で未治療者への受診勧奨の実施状況 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>H28</td> <td>R1</td> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>46人</td> <td>39人</td> </tr> <tr> <td>受診勧奨実施者数</td> <td>44人</td> <td>35人</td> </tr> <tr> <td>(保健指導実施者数)</td> <td>(一)</td> <td>(26人)</td> </tr> </table>		H28	R1	割合	6.3%	5.2%	対象者数	105人	76人		H28	R1	対象者数	46人	39人	受診勧奨実施者数	44人	35人	(保健指導実施者数)	(一)	(26人)
	H28	R1																				
割合	6.3%	5.2%																				
対象者数	105人	76人																				
	H28	R1																				
対象者数	46人	39人																				
受診勧奨実施者数	44人	35人																				
(保健指導実施者数)	(一)	(26人)																				

	○R1 II 度高血圧以上者への受診勧奨実施後の治療状況			
	R1 対象者数	39 人	治療開始	20 人
			未治療	19 人
	○II 度高血圧以上で治療中だがコントロール不良者への保健指導の実施状況			
			H28	R1
対象者数		実施なし	37 人	
保健指導実施者数 (医療機関と連携)		実施なし	11 人 (1 人)	
○心房細動で未治療者への受診勧奨の実施状況				
		H28	R1	
対象者数		8 人	2 人	
受診勧奨実施者数		8 人	1 人	
○R1 心房細動未治療者への受診勧奨実施後の治療状況				
R1 対象者数	2 人	治療開始	1 人	
		未治療	1 人	
課題	○住民への家庭血圧測定推進をはかり、医療機関と連携しながら生活習慣改善、血圧値改善につなげていくことが必要です。			

3 新たな課題を踏まえた目標の見直しと今後の取組み

(1) 今後の目標の設定

中間評価の結果を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標、中長期目標の達成を目指し、取組みを推進します。なお、保険者努力支援制度の評価目標を参考に、糖尿病重症化予防の目標項目として「健診受診者のHbA1c8%以上の未治療者の割合減少」を追加し、これまでの目標値と並行して評価して行きます。

(2)今後の保健事業の取組み

引き続き、各事業において取組みを推進していきます。

ア 特定健診未受診者対策の取組み

■重点受診勧奨者（受診率が低い年代、健診受診歴の有無、糖尿病管理台帳での未受診者等）を設定し、実施時期や方法等を検討し、受診勧奨をします。

■治療中者に対する受診勧奨については、医療機関と協力、連携しながら実施します。また、国保連合会等の助言を得ながら、効果的な受診勧奨について検討し、受診勧奨します。

■広報等を活用した健診の周知や、関係団体である保健推進協議会と連携し、健康づくり推進と健診受診の大切さを普及啓発します。

イ 重症化予防対策の取組み

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症における共通のリスク因子として、糖尿病や高血圧、メタボリックシンドローム等があり、これらは中能登町の健康課題となっています。

今後も引き続き、保健事業ごとにPDCAを行い、保健指導対象者の優先順位を見直しながら、重症化予防に取り組んでいきます。

(ア) 糖尿病性腎症重症化予防の取組み

■いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、未治療者、治療中断者への受診勧奨、ハイリスク者への保健指導について、医療機関と連携しながら実施します。

■目標項目として「HbA1c 8%以上の未治療者の割合減少」を追加し評価していくことにより、優先順位をつけた糖尿病重症化予防に取り組めます。

■後期高齢者保険に切替わった後の継続支援について検討していきます。（糖尿病管理台帳の活用など）

(イ) 虚血性心疾患重症化予防の取組み

■特定保健指導対象者を中心にメタボリックシンドローム対象者への保健指導を継続的に実施することにより、虚血性心疾患重症化予防の取組みを実施します。

■最近の傾向として、若い世代（40～60歳代）の肥満者、虚血性心疾患患者割合が高い傾向にあるため、壮年層の保健指導を重点的に実施します。

(ウ)脳血管疾患重症化予防の取組み

■今後も引き続き、Ⅱ度高血圧以上者に対して、未治療者には医療機関への受診勧奨、治療中でコントロール不良者には医療機関と連携し、保健指導を実施します。

■心電図検査で心房細動所見が発見された者への受診勧奨についても同様に実施します。

■日常からの家庭血圧測定の推進を徹底することにより、生活習慣改善や血圧値改善につなげます。

4 第2期データヘルス計画全体の中間評価

<p>ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)</p>	<p>●事業の運営状況を定期的に管理できる体制を実施しているか (予算等も含む) →国保連合会保健事業支援・評価委員会の指導、助言等により、事業の運営状況を確認できる体制があります。</p> <p>●保健指導実施のための専門職の配置 →重症化予防を実施する専門職（保健師、管理栄養士）が保健部署に在籍しています。</p> <p>●KDB 活用環境の確保 →保健指導時には、KDB からレセプト確認等、必要な情報を得て訪問できる体制となっています。</p>
<p>プロセス (保健事業の実施過程)</p>	<p>●保健指導等の手順・教材はそろっているか →国保連合会等が主催する研修会や会議の場において、必要な情報を入手し、活用しています。</p> <p>●必要なデータは入手できているか →特定健診結果と併せ、医療データについてはKDBを活用し、レセプト等のデータを入手し、保健指導に活用しています。</p> <p>●スケジュールどおり行われているか →毎年、年間計画を作成し、進捗状況を確認しながら事業を実施しています。</p>
<p>アウトプット (保健事業の実施量)</p>	<p>●特定健診受診率、特定保健指導率 →毎年の実績値により評価を行っています。</p> <p>●計画した保健事業を実施したか →年間計画に沿って実施しています。</p> <p>●保健指導実施数、受診勧奨実施数など →台帳を作成し、毎年の進捗状況を確認しています。</p>
<p>アウトカム (成果)</p>	<p>●設定した目標に達することができたか（医療費の変化、検査データの変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化など） →医療費の変化：虚血性心疾患の総医療費に占める割合については、R1年度目標値を達成しています。 検査データの変化：健診受診者の高血圧及び脂質異常者の割合については、R1年度目標値を達成しています。</p>