

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

— 概要版 —

令和3年3月

中能登町

1. 本計画の目的

データヘルス計画は、健診・医療情報を活用してPDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業実施を図るための実施計画であり、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指すものです。

[計画期間] 平成30年度～令和5年度(6年間)

→[中間評価] 令和2年度

2. 中間評価の結果

(1) 目標の進捗状況

進捗状況については、下記のとおりです。

令和元年度時点での目標達成項目は、**○印**の6項目となっています。

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、課題

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

※4つの指標とは

ストラクチャー(保健事業の実施体制)、プロセス(実施過程)、アウトプット(実施量)、アウトカム(成果)

取り組んでいる保健事業

- 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
 - (イ)虚血性心疾患重症化予防
 - (ウ)脳血管疾患重症化予防

【重点的に取り組んだこと】

- 特定健診未受診者対策として、国保新規加入者、過去の健診受診歴や年代に絞った受診勧奨(電話、ハガキ等)
- 重症化予防対策として、従来から実施していた未治療者への受診勧奨に加え、平成29年度より、治療中(糖尿病、高血圧、脂質異常症)でコントロール不良者への保健指導を開始。
- 糖尿病重症化予防対策として、対象者を経年管理するための糖尿病管理台帳を作成。
- H29年度より、心房細動、ST 所見含む「要検査、要受診」判定該当者への未治療者への受診勧奨を開始。

【解決できていない課題】

- 特定健診受診率の伸び悩み。年齢が低いほど、受診率が低い状況。
- メタボリックシンドローム該当者、糖尿病有病者の割合がさらに増加。
- 脳血管疾患等の入院医療費が高い。

【新たな課題】

- 未治療者への受診勧奨は、これまでの継続した取り組みにより、医療機関へつながり始めました。今後は、新規該当者、中断者、つながっていない該当者へのアプローチが必要。
- 治療中でコントロール不良者への保健指導率が低下。本人の同意がとれず、医療機関と連携までいかない状況。
- 家庭血圧測定の普及が充分ではない。
- 若い世代の肥満、虚血性心疾患該当者が増加傾向。
- 後期高齢者保険へ切替わったあとの継続支援が出来ていない。

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) 管理目標項目の見直し

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 HbA1c8.0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取り組んでいきます。

(2) 保健事業の今後の取組み

ア 特定健診未受診者対策

- 重点受診勧奨者を設定(受診率が低い年代、糖尿病管理台帳での未受診者等)し、実施時期や方法等を検討し、受診勧奨します。

イ 重症化予防対策

(糖尿病性腎症重症化予防、虚血性心疾患重症化予防、脳血管疾患重症化予防)

- 医療機関との連携を強化し、ハイリスク者への保健指導に取り組みます。
- 糖尿病重症化予防対策として、HbA1c8.0以上者への受診勧奨及び保健指導を必須とするなど、優先順位をつけて取り組みます。
- 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予定(糖尿病管理台帳掲載者など)
- 若い世代(40~64歳)の肥満、虚血性心疾患対策として、壮年層の保健指導を重点的に取り組みます。
- 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つの指標に基づいた評価・分析
PDCA サイクル

医療費、検査データ、糖尿病等生活習慣病有病者等の変化などにより

健康寿命の延伸、医療費適正化