

データ 困りの 範囲	活用 データ	データヘルス計画・全体評価				個別保健事業評価																		
		評価指標	計画策定時 データ (平成28年度)	中間評価年度 (令和1年度)		事業名	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	目標値	ベースライン (達前上でない 目標値)	経年変化	指標 判定	事業判定	うまくいった・うまくいかなかった理由		見直しと改善の案									
市町村 全体の 状態	KDB「地域 の全体像の 把握」	人口構成	人口総数(人) ～39歳(%) 40～64歳(%) 65～74歳(%) 75歳～(%)	27,630 41.8 33.9 12.3 12.0	27,517 38.6 33.1 15.1 13.3	特定健康 診査受診 奨励事業	特定健診受診率 (実績値・法定報告値・速報値)	年2%の 向上	26.7%(H27) H28 26.6% H29 25.7% H30 25.6% R1 26.6%	×	×	ベースラ インより 下がって しまっ ているた め。	対象者	△	過去3年間の受診勧奨者の受診率を見ると、H31年度が最も高いが、全体の受診率の目標値に届いていないため。電話勧奨者とハガキ送付者の対象者が一緒のため、違う対象者にして、幅広く勧奨した方が効果があるかもしれない。	【今後の事業計画】 継続 追加・修正・(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】 勧奨事業を業者に委託して実施する。勧奨対象者をグループにわけて、グループごとに内容を変えてハガキを送付する。電話勧奨事業においては、集団健診の予約を受付可能にする。								
		平均余命	男性 80.2 女性 87.4	81.4 87.4	時期								×	受診期間が12月末までで、勧奨時期が11月下旬～12月上旬のぎりぎりになってしまったため、もう少し前に勧奨できるとよかった。										
		平均自立期間(要介護2以上)	男性 78.6 女性 82.9	79.4 83.5	方法								×	平成27年度から、コールセンターとハガキ送付の2つの方法で実施しているが、受診率は下がっているため。										
		平均余命と平均自立期間の差	男性 1.6 女性 4.5	2.0 3.9	実施回数・量								△	電話勧奨においては、1,100人中、348人(31.6%)は、留守電等つながらない人がある。										
		高齢化率	24.3	28.4	連携体制・予 算・人員								○	必要な経費は予算化できている。										
	出生率(人口千対)	8.3	5.9	事業について 気づいたこと									令和元年度から集団健診を開始したが、コールセンターの結果から、「保健センターの集団健診なら行ってみる」という意見があった。集団健診の実施に合わせ、勧奨をできると効果があるかもしれない。											
	KDB「健康・医療・介護 課題」	死亡率(人口千対)	9.4	10.0	特定保 健指導								特定保健指導利用率 (実績値・法定報告値・速報値)							対象者		【今後の事業計画】 継続 追加・修正・(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】		
		死亡数(人口千対)	9.4	10.0									特定保健指導終了率 (実績値・法定報告値・速報値)								時期			
		被保険者構成	被保険者数(人) ～39歳(%) 40～64歳(%) 65～74歳(%)	6,332 21.1 29.3 49.7									5,581 18.7 27.6 53.7	メタボ該当者の割合 (実績値・法定報告値・速報値)									方法	
		被保険者加入率(%)	22.9	20.3									メタボ予備群の割合 (実績値・法定報告値・速報値)										実施回数・量	
被保険者平均年齢(歳)		54.8	56.4	BMI、腹囲有所見者割合の 変化										連携体制・予 算・人員										
国保の 状態	岐阜県 (市町村国保) 状況に おける 「経年」	総医療費(円)	2,213,283,270	2,085,944,150	糖尿病 等重症 化予防	医療機関受診率							対象者		【今後の事業計画】 継続 追加・修正・(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】									
		1人当たり医療費(円)	352,209	363,342		血液検査等のデータの変化								時期										
		総医療費に占める生活習慣病費用割合	64.3	63.2		新規人工透析患者数								方法										
		被保険者に占める生活習慣病患者割合	52.3	52.8		人工透析患者数								実施回数・量										
		特定健診受診率(法定報告値)	26.6	25.6		医療費に占める人工透析医 療費の割合								連携体制・予 算・人員										
	岐阜県 (市町村国保) 状況に おける 「経年」	メタボリックシンドローム該当者の割合 (法定報告値)	16.9	17.8		健診受診率								対象者		○	【今後の事業計画】 継続 追加・修正・(事業拡大・縮小) 中止 【どうするか案】 生活習慣病のリスクが高いことに気づき、生活習慣の改善が必要であるということが伝わるような啓発資料を教室案内に同封し、教室への参加を勧奨する。							
		メタボリックシンドローム予備群の割合 (法定報告値)	8.7	10.0		保健指導利用率								時期		○								
		特定保健指導利用率 (法定報告値)	23.5	29.4		イベントや健康教室の参加 率	増加	30%増	H30 83人 R1 122人	○	○	○	ベースラ インを達 成でき ているた め。	方法		○		対象者を拡大して勧奨したことにより、参加者が増えた。						
		特定保健指導終了率(実施率) (法定報告値)	22.3	24.5		利用者や住民全体の生活 習慣の変化	80%の維持		セミナー参加者のH30とR1の特定健診結果を比較、(13人の平均において)すべての項目で改善がみられた。					実施回数・量		○		目標を設定し仲間に発表する場を設けたことで、自分を取り組むことが明確になり、保健行動の継続につながった。グループワークを行うことで対象者同士が仲間意識をもち励まし合い、保健行動の継続につながった。						
		被保険者数が減少し、加入率が低下している 加入者の構成では、64歳以下が減少し、65～74歳が増加したため、加入者の平均年齢が1.6歳上昇。加入者の高齢化が進んでいる。				健康意識の低い人は、自主的にセミナーに参加することは少ないと予想できる。そういった人は自身の健康問題に気づいていない場合があり、生活習慣病を発症・悪化するリスクが高いと考える。健康意識の低い人にも参加してもらえるよう勧奨方法を検討する必要がある。	事業について 気づいたこと													事業について 気づいたこと				
総医療費は減少しているが、1人当たり医療費は増加している 高齢化に伴い、医療機関を受診する機会が増加していることやメタボ該当者・予備群割合も増加している。																								
被保険者数が減少し、加入率が低下している 加入者の構成では、64歳以下が減少し、65～74歳が増加したため、加入者の平均年齢が1.6歳上昇。加入者の高齢化が進んでいる。																								

データヘルス計画の中間評価年における総合評価: 計画の継続と修正、今後目指したいこと、方向性、この計画で行う仮説など

糖尿病性腎症重症化要望事業については、平成30年度から実施しており、保険者努力支援制度の対象事業となっていることもあり、今後はデータヘルス計画(後半)の新規保健事業として展開していく。
 特定健康診査受診勧奨事業については、業者委託にて実施しようとしていたが、コロナ禍のため、実施できなかった。令和3年度に実施し、精査し、より受診率が上がる方法を模索していく。

継続・中止

継続・中止

継続・中止

継続・中止

個別保健事業評価					
事業名	背景	目的	評価指標 (アウトカム・アウトプット)	令和5年までの目標値	事業概要(具体的な実施内容)
糖尿病性腎症重症化予防	人工透析の新規患者は年々減少傾向にあるように見えるが、国民健康保険数の減少に伴うため、被保険者数に対する比率は増加している。	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者および治療中断者について、関係機関からの適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して保険者が医療機関と連携して保健指導等を行い人工透析への移行を防止することによって、住民の健康増進と医療費の適正化を図る。	【アウトプット】 ・受診勧奨した人数 ・保健指導を実施した人数 ・プログラムに参加した人数とその割合(参加数/受診勧奨者数) 【アウトカム】 ・参加した人のHbA1Cの改善者の人数と割合 ・人工透析(新規含む)患者数 ※KDB医療費分析(1)最小分類 様式2-2人工透析患者一覧参照 ・医療費全体に対する透析関連の医療費(中分類=腎不全)の割合、入院、外来。 ※KDB医療費分析(2)大中細小分類 CSV	・27人 (R1.6:25人) ・12% (R1累計:入院2.3%、外来10.3%)	対象者 【受診勧奨】 特定健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)の者で、特定健診受診月から過去1年のレセプトで以下のいずれかに該当する者。 ①レセプトにて医科受診がない ②糖尿病の病名がない ③HbA1cの検査または薬物治療がない 【保健指導】 ・糖尿病性腎症の病期が第2～4期相当と思われる者(尿蛋白(±)以上、eGFR45ml/分/1.73m ² 未満) ・糖尿病性腎症は発症していないが、そのリスク要因がある者(高血圧、肥満、脂質異常症、高尿酸血症) 糖尿病治療中の上記に該当する者で、保険者による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者
					時期 特定健診受診して3ヵ月後に通知を出す。
					方法 【受診勧奨】 特定健診受診者から上記対象の受診勧奨者を抽出し、文書の送付により受診勧奨を実施。その後、レセプトの確認や医師からの連絡票で受診の有無を確認し、未受診者には、さらに電話等で再勧奨する。 【保健指導】 特定健診受診者から上記対象を抽出し、対象者リストをかかりつけ医に送付する。かかりつけ医が保健指導の依頼のあった者について、保健指導を実施する。
					実施回数・量 特定健診実施機関:6月～12月頃 健診受診月の2ヵ月後に、対象者の抽出を行う。計7回対象抽出を行う。
					その他 (連携体制・予算・人員など) ・不破郡医師会と実施体制について連携調整を行う。 ・保健指導の内容については、糖尿病連携手帳を介してかかりつけ医と情報共有する。 ・従事者は、担当保健師1名と管理栄養士1名とするが、保健指導の件数が多い場合は、他の保健師にも協力を依頼する。 ・指導パンフレット、紙、インク等の需用費を計上する。

新規