

御浜町国民健康保険
第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）
中間評価

作成者	御浜町
担当課	住民課
作成日	2021.03.20

目次

御浜町国民健康保険	1
第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）	1
中間評価	1
目次	2
第1章 基本的事項	3
1 背景	3
2 計画の期間	4
3 実施体制と関係者の連携	4
4 中間評価の趣旨	4
第2章 中間評価と見直し	5
1 重点的取組課題における中間評価と見直し	5

第 1 章 基本的事項

1 背景

我が国では、国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる医療体制が確立され、世界最高水準の平均寿命と保健医療水準を達成しています。

しかしながら、医療技術の進歩や急速な少子高齢化の進展など社会環境の大きな変化や、生活スタイルの変化、健康格差の拡大などにより、疾病構造が変化し生活習慣等の慢性疾患が増加していることから、平成 18 年 6 月に「医療制度改革関連法」が成立し、平成 20 年 4 月には、この改革の大きな柱の一つである「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、医療保険者に対して、40 歳以上 75 歳未満の被保険者を対象とする特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導の実施が義務付けられました。

また、近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（KDB）システム（以下「KDB」という。）等の整備により、市町村国保（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

御浜町国民健康保険（以下「御浜町国保」という。）においても、国の「特定健康診査および特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（法第 18 条）に基づき、平成 20 年 3 月に、特定健診及び特定保健指導の実施方法に関する基本的な事項、特定健診及び特定保健指導の実施並びにその成果に係る目標に関する基本的事項について定めた「御浜町国民健康保険特定健康診査等実施計画」を策定し、事業を実施してきました。

一方、政府が発表した「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月閣議決定）では、国民の健康寿命延伸を重要課題とし、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等データ分析、それに基づく加入者の健康保持増進ための事業計画として“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組みを行うことを推進する」ことを掲げました。

こうした背景を踏まえ、平成 26 年 3 月に国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針が一部改定され、保険者は健康・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、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業の実施及び評価を行うこととされました。

以上から御浜町では平成 30（2018 年度）年度から令和 5（2023 年度）年度までを共通の計画期間として、「第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」と「第 3 期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定し、特定健康診査結果やレセプトデータ等の分析をし、健康課題を明らかにした上で、効果的かつ効率的な保健事業の実施に向け、効率的で効果的な保健事業の実施につなげてきました。

2 計画の期間

計画期間は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の第 19 条第 1 項において、「特定健診等実施計画」の第 3 期計画期間が 6 年一期に見直されたことを踏まえ、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」もその整合性を図り、平成 30（2018）年度から平成 35（2023）年度までの 6 か年としております。

平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
					第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画） 及び第 3 期特定健診等実施計画					
第 2 期特定健診等実施計画										

↑
進捗確認
及び
評価・検証

3 実施体制と関係者の連携

本計画の遂行に当たっては、国民健康保険担当課である住民課が主体となり、データヘルス計画の策定、実施に努め、住民の健康の保持増進に関わっています。特に健康福祉課の保健師・栄養士と連携し、町一体となって保健事業を推進しております。

また、計画の実効性を高めるために外部有識者や被保険者が議論に参画できる協議の場としての国民健康保険事業の運営に関する協議会等で連携を図り、さらには平成 30 年度から三重県が市町村国保の運営主体となり共同保険者となったことから、データの提供などを通じて連携しております。

4 中間評価の趣旨

計画期間の中間年度にあたる令和 2 年度において、特に重点的取組課題についての目標値の達成状況の確認状況の確認や進捗管理等評価を行うと共に、見直し等を行います。

第2章 中間評価と見直し

1 重点的取組課題における中間評価と見直し

(1) 特定健康診査等

1 特定健康診査

これまでの事業計画

目 的	生活習慣病発症予防のための保健指導を必要とする人を抽出			
対象者	40～74歳の国民健康保険被保険者			
事業内容	地区の公民館等で受診する「集団健康診査」又は県内受託医療機関で受診する「個別健康診査」を実施			
分 類	仕組みや体制 (ストラクチャー)	過 程 (プロセス)	結 果 (アウトプット)	成 果 (アウトカム)
指 標	実施体制の構築	受診勧奨の実施	特定健診受診者数	特定健診受診率の 向上

評価(成果)

	28年度	29年度	30年度	元年度	目標値 (5年度)
特定健診受診率	24.7%	26.4%	35.6%	45.2%	60.0%

評価(各分類毎の問題点)

ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムのいずれも問題はなく、順調に推移している。ただし、プロセス、アウトプットについてはより評価しやすい形に見直しが必要。

課題等

若年層及び男性の受診率が低い状況です。

通院該当者等、健診の必要性を感じていない層が一定数おります。

受診率は順調に推移しておりますが、現時点では5年度目標値には届いておりません。

改善点など目標実現に向けた事業の方向性

受診率はほぼ計画どおり伸びているため現在の事業を継続しつつ、さらにナッジ理論を活用した受診勧奨等、有効な手法を取り入れていき、目標を実現していく必要がある。

プロセス、アウトプットについて下記のとおり見直しを行った。

分 類	仕組みや体制 (ストラクチャー)	過 程 (プロセス)	結 果 (アウトプット)	成 果 (アウトカム)
指 標	実施体制の構築	関係者の協議	受診勧奨の実施	特定健診受診率の 向上

(2) メタボリックシンドローム該当者及び予備群減少対策

1 特定保健指導【健康福祉課連携】

これまでの事業計画

目 的	メタボリックシンドロームの改善及び生活習慣病予防			
対象者	特定健康診査の結果、「動機付け支援」の対象に該当した人			
事業内容	個別又は集団で保健指導を実施			
分 類	仕組みや体制 (ストラクチャー)	過 程 (プロセス)	結 果 (アウトプット)	成 果 (アウトカム)
指 標	実施体制の構築	受診勧奨の実施	特定保健指導利用 者数	特定保健指導対象 者の減少

評価（成果）

	28 年度	29 年度	30 年度	元年度	目標値 (5 年度)
特定保健指導利用 終了率	5.8%	9.0%	3.3%	22.0%	60.0%

評価（各分類毎の問題点）

計画当初保健指導対象者の減少をアウトカムに設定していたが、評価においては、特定健診受診者数の影響が強く、受診者数が右肩あがりの状況では、正確な成果の把握にはつながらないため、今回は終了率で評価している。

課題等

積極的支援対象者の利用率が動機づけ対象者の利用率より低い状況にある。

若年層の利用率が低い状況にある。

改善点など目標実現に向けた事業の方向性

若年層の利用率を増やすために夜間の集団保健指導の導入などを図り問題の解決を図る必要がある。

プロセス、アウトプット、アウトカムについて下記のとおり見直しを行った。

分 類	仕組みや体制 (ストラクチャー)	過 程 (プロセス)	結 果 (アウトプット)	成 果 (アウトカム)
指 標	実施体制の構築	関係者の協議	受診勧奨の実施	特定保健指導利用 終了率

(3) 糖尿病重症化対策

1 糖尿病重症化対策【健康福祉課連携】

これまでの事業計画

目 的	一次検診に糖負荷検査を行い境界型から糖尿病型への移行を防ぐことで、糖尿病重症化予防に極早期から取り組む			
対象者	糖負荷検査健診を受診し境界型の判定であった人			
事業内容	境界型の人に個別相談、集団・個別健康教室を行う。 糖尿病型の人には受診勧奨を行い、受診の有無の確認を行う。			
分 類	仕組みや体制 (ストラクチャー)	過 程 (プロセス)	結 果 (アウトプット)	成 果 (アウトカム)
指 標	健診委託期間・職員 体制の確保	受診勧奨の実施	糖尿病型移行率の 低下	糖尿病型の減少

評価（成果）

	28 年度	29 年度	30 年度	元年度	目標値 (5 年度)
糖尿病型の減少 (悪化率)	5.9%	3.6%	3.0%	4.8%	3.0%

評価（各分類毎の問題点）

ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムのいずれも問題はなく推移している。
ただし、境界型の対象者が一度境界型になってしまうと母数からも減ってしまうため、評価指標としてふさわしくないと考えられ、今後見直しが必要と考える。

課題等

境界型対象者の継続的な受診は充分だが、まだ未受診者等が多く介入が必要な方にリーチできていない可能性がある。

改善点など目標実現に向けた事業の方向性

腎症重症化予防事業等と連携し、更に未受診者等にリーチしていく必要がある。

プロセス、アウトプット、アウトカムについて下記のとおり見直しを行った。

分 類	仕組みや体制 (ストラクチャー)	過 程 (プロセス)	結 果 (アウトプット)	成 果 (アウトカム)
指 標	健診委託期間・職員 体制の確保	事業関係者間の協議 回数	各種勧奨の実施	個別相談の実施率 (人数ベース)

2 中間評価と見直しにおける参考値

データヘルス計画全体の目標									
目標		目標値	実績値				評価	達成につなが る取組・要素	未達につなが る背景・要因
指標			ベース ライン	H29 年度	H30 年度	R1 年度			
健康寿命 (KDB、地域全体の把握、平均自立期間要介護2以上)		延伸	男 76.2 女 82.8	男 76.5 女 82.9	男 77.2 女 83.1	男 78.1 女 82.9	a	特定健診、保健指導、重症化予防など効果的な保健事業の実施率向上	既存事業の更なる拡充実施に加え、75歳を超える最終目標値なので介護部門、地域包括との連携も検

上記目標を達成するための個別保健事業									
事業名	目標		実績値				評価	成功要因	未達要因
	指標	目標値	ベース ライン	H29 年度	H30 年度	R1 年度			
特定健康 診査	受診率の向上	60% (達成 年度: 令和5 年度)	24.7%	26.4%	35.6%	45.2%	a※	-	勸奨、取組不足。従来の効果の上がらない方法からの転換が進んでいない部分がある。
特定保健 指導	特定保健指導者利用者の増加	60% (達成 年度: 令和5 年度)	5.8%	9.0%	3.3%	22.0%	a※	-	RI分析では積極的支援が特に弱く0/33となっており、(動機づけが24/76)
糖尿病重症化対策	糖尿病型の減少	3% (達成 年度: 令和5 年度)	5.9%	3.6%	3.0%	4.8%	b	糖負荷検査を毎年実施することにより対象者の増加を食い止めた	-
糖尿病重症化 予防	空腹時血糖値126mg/dl以上、又はHbA1c 6.5%以上で尿蛋白1+以上の者(肥満、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者に該当する者)	7名 (達成 年度: 令和5 年度)	7名	-	-	令和2年度 事業開始	-	-	-

御浜町国民健康保険第 1 期保健事業実施計画(データヘルス計画)
中間評価

令和 3 年 3 月
御浜町住民課保険年金係

〒5 1 9 - 5 2 9 2
御浜町大字阿田和 6 1 2 0 番地 1
T E L 0 5 9 7 9 - 3 - 0 5 1 2