

第2期大野城市保健事業実施計画(データヘルス計画)・第3期大野城市特定健康診査等実施計画
中間見直し【概要】

1. 保健事業実施計画(データヘルス計画)基本的事項

	〈第1編〉 第2期データヘルス計画	〈第2編〉 第3期特定健康診査等実施計画
根拠法等	国民健康保険法第82条	高齢者の医療の確保に関する法律第19条
目的	健康寿命の延伸 ・ 国保医療費の適正化	
内容	生活習慣病の発症予防・重症化予防について、レセプトや健診情報等のデータを活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施するための事業計画を定めるもの。	国の定める特定健康診査等基本指針に基づき、特定健康診査及び特定保健指導について、大野城市国民健康保険の基本方針や目標、実施内容について定めるもの。
対象	国民健康保険の被保険者すべて	40歳以上74歳以下の被保険者
計画期間	平成30年度～令和5年度(6年間)	

2. 成果目標の達成状況(中間評価)

策定時に掲げた成果目標について、達成状況の評価を行った。

【評価について】

- ：目標値を達成している
- △：目標値には達していないが、改善傾向にある
- ×：目標値を達成しておらず、悪化傾向または変わらない

【成果目標の達成状況】

成果目標		実績				
指標	目標値 (R1年度)	H30年度	R1年度	評価	R2年度 (見込み)	
①	特定健診受診率の向上	32%	30.4%	35.5%	○	33.0%
②	特定保健指導の実施率の向上	34%	32.2%	30.8%	×	34.2%
③	高血圧の者の割合減少 Ⅲ度以上(収縮期血圧180mmHgまたは拡張期血圧110mmHg以上)の割合	0.65%	0.8%	0.8%	×	0.7%
④	血糖コントロール不良者の割合の抑制 HbA1c7.0%以上の割合	3.0%	4.2%	4.0%	△	4.0%

- ①特定健診受診率…未受診者への積極的な勧奨を行ったことにより、目標を達成することができた。
- ②特定保健指導の実施率…新規受診者数が増加したことに伴い、保健指導対象者も増加したが、保健指導実施体制が十分ではなく、対応できなかったため、目標を達成することができなかった。
- ③高血圧の者の割合及び④血糖コントロール不良者の割合…新規受診者は継続受診者よりも健診の各項目の数値が不良である傾向があり、新規受診者の増加に伴い、高血圧や血糖コントロール不良に該当する者が増えたことにより、その割合の目標を達成することができなかった。

3. 成果目標の見直し(中間見直し)

成果目標の中間評価の結果、以下のとおり目標値の修正を行った。(※修正箇所は下線部分)

成果目標		R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	
①	特定健診受診率の向上	策定時	34%	36%	38%	60%
		中間見直し後	34%	<u>35%^{※1}</u>	<u>37%^{※1}</u>	<u>39%^{※1}</u>
②	特定保健指導の実施率の向上	策定時	36%	38%	40%	60%
		中間見直し後	36%	<u>36%^{※1}</u>	<u>38%^{※1}</u>	<u>40%^{※1}</u>
③	高血圧の者の割合減少 Ⅲ度以上(収縮期血圧180mmHgまたは拡張期血圧110mmHg以上)の割合	策定時	0.6%	0.55%	0.5%	0.45%
		中間見直し後	0.6%	<u>0.65%^{※2}</u>	<u>0.6%^{※2}</u>	<u>0.55%^{※2}</u>
④	血糖コントロール不良者の割合の抑制 HbA1c7.0%以上の割合	策定時	2.8%	2.6%	2.4%	2.2%
		中間見直し後	2.8%	<u>3.6%^{※2}</u>	<u>3.4%^{※2}</u>	<u>3.2%^{※2}</u>

【目標値見直し理由等】

(※1) ①特定健診受診率の向上、②特定保健指導の実施率の向上

計画策定時の令和5年度の目標値は、国が一律に定めた目標値である「60%」であり、福岡県国民健康保険団体連合会からも60%とするよう助言があったが、実情に合わせた目標値に下方修正した。

特定健診受診率は、未受診者への勧奨効果もあり年々上昇しているが、実績値を踏まえると、各年度の目標値達成が困難であり、また、特定保健指導の実施率についても、新規受診者の増加したことに伴い、保健指導対象者数も増加したが、保健指導実施数が追い付いていない状況で実施率が低下してきており、同様に実績値を踏まえると各年度の目標値の達成が困難となった。

(※2) ③高血圧の者の割合減少、④血糖コントロール不良者の割合の抑制

相対的に継続受診者よりも、新規受診者の方が健診の各項目の数値が不良である割合が多く、未受診者への受診勧奨を行っている状況下では、各年度の目標値の達成が困難であるため、実情に合わせた目標値に下方修正した。

4. 今後の対策

成果目標	対策
① 特定健診受診率の向上	勧奨回数を2回から3回に増やし、受診勧奨対象者を未受診者全員へ拡大したことで、受診率が大幅に上がったため、今後も継続的に実施していく。また、特定健診未受診者のうち約半数は治療中(医療機関通院中)であるため、医療情報収集事業(かかりつけ医による検査結果の市への提供)の案内等により、かかりつけ医との連携を行い、受診率向上を目指す。
② 特定保健指導の実施率の向上	集団健診受診当日に保健指導を実施することで、初回面接実施者数を増やし、効率よく保健指導を実施する。また、保健指導の案内通知を工夫し、労力がかかる訪問での指導でなく、健診結果説明会での指導への参加を促す。
③ 高血圧の者の割合減少 Ⅲ度以上(収縮期血圧180mmHgまたは拡張期血圧110mmHg以上)の割合	外部委託していた保健指導を市職員の指導に変更し、レセプトなどの確認を随時行いながら、通年で継続的に保健指導を行うことで受療促進・保健指導につなげる。
④ 血糖コントロール不良者の割合の抑制 HbA1c7.0%以上の割合	高血圧対策と同様、外部委託していた保健指導を市職員の指導に変更するとともに、筑紫地区5市と筑紫保健福祉環境事務所、筑紫医師会との連携による「筑紫地区糖尿病性腎症医療連携事業」により、コントロール不良者の専門医へ紹介体制と、医療機関からの市への保健指導依頼体制を整える。

5. 個別保健事業の中間評価・見直し

○月に1回、保健師・管理栄養士による専門職会議を定期的実施し、それぞれの事業の進捗状況の確認や課題整理を行い、事業に反映した。

○保健指導については、特定保健指導、重症化予防ともに、特定健診受診者の増加に伴い、保健指導対象者も増加しており、効果的かつ効率よく指導が行えるよう、保健指導体制の見直し・整備が課題である。

		特定健診未受診者対策	特定保健指導	糖尿病性腎症 重症化予防	高血圧重症化予防	健康ポイント制度 (R1年度開始)	健康教育(運動指導)	地域包括ケアとの連携・ 高齢者の保険事業と介護予 防の一体的推進 (R3年度開始)
評価	ストラクチャー (保健事業実施の ための体制・シス テムの整備など)	・市職員に加え、外部委託 業者による電話での受診 勧奨の実施。	・保健指導時の共通の媒体 を作成し指導時に利用 することで指導内容の 均一化を図った。	・筑紫地区5市と県、筑紫 医師会との連携による 「筑紫地区糖尿病性腎症 医療連携事業」の実施と 連携会議の実施。	・市職員に加え、外部委託 業者による訪問の実施。	・「大野城市市民公益活動 促進プラットフォーム事 業」(公益活動参加者への ポイント付与制度)との 連携に向けた、システム の構築や体制整備。	・健康運動指導士と保健師 による運動指導の実施	令和 3年 度か ら開 始
	プロセス (保健事業の実施 過程)	・受診勧奨対象者を拡大し、 未受診者全員へ勧奨を年4 回実施。	・土日を含む健診結果説明 会を市内5会場で全32 回実施。その他、訪問、 電話、手紙による保健指 導を実施。	・戸別訪問(直営・委託)、 個別面談、電話、手紙等 による受療勧奨及び保健 指導の実施。	・戸別訪問(直営・委託)、 個別面談、電話、手紙等 による受療勧奨及び保健指 導の実施。	・シニアクラブ、食生活改 善推進会など関係団体 への事業周知 ・集団健診受診者の問診票 に事業のチラシと参加申 請書を同封	・運動負荷検査等による運 動プログラムを年6回作 成。 ・事業や医療機関に健康増 進教室の案内チラシの 配布やポスター掲示に よる事業周知	
	アウトプット (保健事業の実施 量)	・未受診勧奨者数 11,164人	・特定保健指導実施率 30.8%	・対象者への介入率:54.6% (指導数72人/対象者132人)	・対象者への介入率:63.8% (指導数134人/対象者210人)	・ポイント付与者数 (実人数):351人	・健康増進教室(運動指導) 参加者数:延べ8,279人	
	アウトカム (成果)	・特定健診受診率 35.5%	・特定保健指導対象者の減 少率 23.0%	・HbA1c7.0%以上の者の割 合:4.0%	・Ⅲ度以上の高血圧の者の 割合:0.8%	※令和元年度からの実施 のため、最終年度時に評 価	参加者の健診結果の改善 (H28年度との平均値の 比較) ・中性脂肪:-2.6 ・HDL コレステロール +2.78)	
課題		・治療中未受診者が多いた め、かかりつけ医と連携し た受診勧奨が必要。 ・新規受診者の増加に伴い 継続受診率対策が必要。	・特定健診受診者の増加に 伴い、特定保健指導対象 者が大幅に増えたが、保 健指導体制が十分でなく 対応できなかった。	・保健指導体制が十分でな く、未受療者を優先した 受療勧奨の介入に留まり、 継続指導の介入数が少な い。	・保健指導体制が十分でな く、未受療者を優先した 受療勧奨の介入に留まり、 継続指導の介入数が少な い。	・事業の周知が不十分であ り、参加者数を伸ばせな かった。 ・ポイント付与対象活動 「参加型」と「努力型」に 限られる。	・運動指導利用者のうち、 健診結果の改善が必要な 保健指導対象者の利用が 10人と少ない。	
今後の方針		・治療中の者に対する医療 情報収集事業(かかりつけ 医による検査結果記入)の 案内による受診勧奨。 ・継続受診者へのインセン ティブの検討。	・集団健診受診当日中の面 談を実施する。 ・保健指導を実施するた めに、紹介状発行対象者 に対し、健診結果を直接 手渡しで返却する方法の 検討。	・外部委託していた保健指 導を市職員の指導に変更 するとともに、「筑紫地 区糖尿病性腎症医療連 携事業」により、コン ロール不良者の専門医 へ紹介体制と医療機関 からの市への保健指導 依頼体制を整える。	・外部委託していた保健指 導を市職員の指導に変更 し、レセプトなどの確認 を随時行いながら、通 年で継続的に保健指導 を行うことで受療促進・ 保健指導につなげる。	・各種事業において、参 加者へ健康ポイント制 度の案内を行う。 ・「成果型」のポイント 付与対象事業など対象 活動の追加検討。	・健診の結果から生活改 善が必要と判定された 人を対象とした、生活 習慣病予防や介護予 防のための運動指導 を新規で実施。 (54回/年程度)	