天理市国民健康保険第２期データヘルス計画
中間評価

１．はじめに

近年、特定健康診査および後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）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、市町村国保等の保険者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。

平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。

また、平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととされています。

さらに、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、医療費適正化を推進するため、公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度からインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されました。

これらの背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）の一部改正がされたこと等により、保険者等は保健事業計画（以下、「データヘルス計画」という。）を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

２．データヘルス計画の概要

データヘルス計画とは、保険者等が特定健診等の結果・レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、効果的かつ効率的な保険事業の実施を図るため、PDCA サイクル（Plan（計画)、Do（実行)、Check(評価)、Act(改善)）に沿って運用することにより、被保険者の健康の保持増進および医療費適正化を図ることを目的としています。

天理市第 2 期データヘルス計画では、生活習慣病リスクがある者を特定健診受診にて発見し、早期の治療開始や生活習慣の改善を促す保健指導に繋げる対策を実施し、被保険者の健康寿命を延伸することを目標としています。

目標達成のための重点課題・対策は以下のとおりです。

課題１：健康寿命の延伸・医療費削減のため、生活習慣病予防が必要

医療費における生活習慣病が占める割合が 25.7%と高く、本態性高血圧・慢性腎臓病・2 型糖尿病の順で高額になっています。

高血圧・脂質異常症・糖尿病の基礎疾患が重症化して生じる虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性合併症関連疾患の新規患者の割合は脳血管疾患が 36.9%と 1 番高くなっており、医療費が高額であることのみならず、発症後のＱＯＬが著しく低下し健康寿命が短縮される可能性が高いため、脳血管疾患発症者を抑制する対策が求められます。

課題２：重症化疾患予防のため、特定健診受診の推進が必要

天理市の特定健診受診率は徐々に増加し平成 30 年度には 30.8%と最高になりましたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により令和 2 年度の受診率は 28.1%と減少しました。今後、コロナ禍においても健診受診できる環境を整え、それを周知することで再び受診率向上を目指していくことが課題となります。

高血圧を始めとした生活習慣病は無症状で始まり進行していくため、まずは特定健診を受診することにより健康状態を把握している者が増加することが重要となります。特定健診受診が、生活習慣病予備群の者に保険者が保健指導や健康教育を実施する、要治療域の者に積極的な受診勧奨を実施するなど、重症化疾患予防に繋がる保健事業の基盤となります。

課題３：重症化予防のため、特定保健指導の利用・終了が必要

特定保健指導対象者の保有するリスク因子は高血圧・脂質異常症で約半分を占めています。これらのリスクを放置すると重症化疾患を引き起こすため、服薬が必要になる前から特定保健指導により疾病の進行・発症を抑制することが必要です。初回面接で生活習慣改善の必要性を伝えるとともに、継続して生活習慣改善に取り組めるよう最終面接まで適切にサポートすることが大切です。

３．データヘルス計画の中間評価・見直しの目的

平成 31 年 3 月に第 2 期データヘルス計画を策定し、被保険者の健康の保持増進を図るべく、様々な事業を推進してきました。計画策定から 2 年が経過したことから、進捗を評価し、事業効果を高めるための改善点、社会情勢等の変化に伴い、計画の変更が必要になった事業については見直しを行うこととしました。今後、後半の期間で、最終的な事業や計画の目的・目標達成に向けた体制を再構築します。

4. 中間評価の方法

【個別事業の評価】

1．それぞれの評価指標について策定から現時点までの実績をベースライン値と比較し、最終目標の達成が見込めるか否かを判定しました。ただし、Ａ判定であっても、現状のままでは最終評価までに目標達成が見込めない場合は「Ａ*」と表示しました。

評価判定	ベースライン値との比較
A	改善している
B	横ばい
C	悪化している
D	評価困難

2．指標が改善しているもの、悪化しているもの、それぞれについて成功要因と未達要因の検証を実施しました。

3．２．の検証結果をふまえ、指標の見直しや目標達成のための事業内容の見直しを行い、今後の方向性を整理し、計画の後半に向けた事業（7.計画後半の事業について（見直し・改善策の検討結果））に、見直しの結果を反映させました。

【データヘルス計画全体の評価】

計画策定時、データヘルス計画全体の目標、指標が明確に設定されていなかったため、今回の中間評価に伴い、目標（健康寿命の延伸）と指標（健康寿命）を「2.データヘルス計画の概要」に示す通り設定しました。ベースライン時点からの指標の推移を「5.全体評価」に示しています。

評価判定の基準は、個別事業の評価と同様です。

５．全体評価

目　　標		実　績　値				評価
指　　標	目標値	H29（ﾍﾞｰｽﾗｲﾝ）	H30	R1	R２	
被保険者１人あたり医療費	維持	22,413 円	21,872 円	21,874 円	23,093 円	A
健康寿命（65 歳平均自立期間）・男性	延伸	18.04 年	18.21 年	18.24 年	未発表	B
健康寿命（65 歳平均自立期間）・女性	延伸	20.46 年	20.55 年	20.40 年	未発表	B
健康寿命（要介護２以上）・男性	延伸	78.4 歳	79.1 歳	79.5 歳	79.9 歳	A
健康寿命（要介護２以上）・女性	延伸	82.9 歳	83.5 歳	83.3 歳	83.5 歳	B

【出典】KDB：被保険者１人あたり医療費、健康寿命（要介護２以上）
奈良県：健康寿命（65 歳平均自立期間）

被保険者１人あたり医療費は H30・R1 には減少しましたが R2 には微増しており、全体的には横ばい状態であるため、目標である維持が達成できたと考え評価を A としました。

健康寿命について、65 歳平均自立期間と要介護２以上になる年齢の２つの指標で評価しました。健康寿命（要介護２以上）・男性のみ健康寿命が１歳以上延伸しているため評価を A とし、その他の微増している健康寿命は横ばいとみなし評価を B としました。

6．個別事業評価

	上記目標を達成するための保健事業							
事業名		目　　標		実績値				評価
		指　標	目標値	H29	H30	R1	R2	
1	特定健康診査受診対策事業	特定健康診査受診率	35.0%	28.2%	30.8%	30.6%	28.1%	C
		特定健診受診プレゼントの実施	実施	実施	実施	実施	実施	B
		広報誌による普及啓発	実施	実施（6回）	実施（6回）	実施（6回）	実施（6回）	B
		ポスターによる普及啓発	実施	実施（42箇所）	実施（42箇所）	実施（42箇所）	実施（42箇所）	B
		ホームページによる普及啓発	実施	実施	実施	実施	実施	B
		健診結果説明会の実施回数	2回	2回	2回	2回	2回	B
		特定健診基本項目に加えて追加項目を実施する	実施	実施	実施	実施	実施	B
		国保人間ドック受診による特定健診の実施	400人	367人	393人	408人	327人	C
		集団方式による特定健診・がん検診の同時実施（名称：集団ミニドック）の実施数	12回以上	10回	15回	15回	10回	C
		特定健診以外に受診した検査・健診・人間ドック結果提出によるみなし健診数	200件以上	250件	288件	150件	83件	C
2	特定保健指導対策事業	特定保健指導終了率	30.0%	18.4%	46.2%	43.7%	37.1%	A
		特定保健指導対象者減少率	18.5%	15.1%	18.5%	21.3%	14.9%	C
		電話による利用勧奨	実施	実施	実施	実施	実施	B
		通知による利用勧奨	実施	実施	実施	実施	実施	B
		利用対象者の希望や背景に応じた環境・日程での保健指導の実施	実施	実施	実施	実施	実施	B
		広報誌による普及啓発	実施	実施	実施	実施	実施	B
		ホームページによる普及啓発	実施	未実施	未実施	未実施	未実施	D
3	要治療者の翌年度治療率向上対策事業	要治療者の翌年度治療率	72.0%	66.4%	65.2%	66.6%	算出不能	B
		健診結果が受診勧奨判定値だが特定保健指導対象にならない者に対して電話で生活習慣病予防の情報提供を実施	実施	未実施	未実施	未実施	未実施	D
		健診結果が至急判定値の者に対して電話勧奨を実施	実施	未実施	未実施	未実施	未実施	D

		健診結果が受診勧奨判定値の者に対して、健診結果通知に記載し生活習慣病予防の情報提供を行う	実施	実施	実施	実施	実施	D
4	糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）	受診勧奨通知（レッドカード）を送付し、受診がレセプトで確認できない者に対して電話等で再度受診勧奨を実施	実施	―	実施	実施	実施	B
5	糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業	奈良県・奈良県国保連合会が実施する糖尿病性腎症重症化プログラム事業に参加し、対象者に保健指導を実施	実施	実施	実施	実施	実施	B
6	がん検診および精検受診率の向上事業	がん検診制度とがんの知識の啓発・周知	実施	がん検診担当課（健康推進課）で実施				B
		特定健診と同時にがん検診を受診できる体制の整備を進める	進める	同時受診の体制整備を進め、H29 12 回、H30・R1 15 回と年間実施回数が増加していたが、R2 は新型コロナウイルス感染拡大により健診実施期間が少なくなり 10 回となった。				B

事業名　特定健診受診対策事業

目　　的	・受診意欲を高めることで、特定健診受診率の向上を目指します。 ・特定健診認知度の向上、特定健診等による生活習慣病予防意義の周知度の向上を目指します。 ・健診受診の習慣化、健診＝重症化予防意識の向上を目指します。 ・特定健診の魅力の向上を目指します。 ・特定健診を受診しない層へのアプローチによる受診率向上を目指します。
事業の概要	魅力があり受けやすい特定健診事業を運営・提供し、それを案内通知や受診勧奨によって対象者に適切に伝えることで受診行動に導く １．魅力的な健診の提供 ・健診項目の追加 ・人間ドックとしての健診受診機会の提供 ・がん検診との同時実施による全身の健康状況を把握しやすい健診 ２．健診の付加価値（インセンティブ）の提供 ・健診結果説明会の実施 ・健診受診プレゼントの実施 ３．健診機会の確保 ・集団健診回数の確保 ・土日の健診機会の提供

		４．効果的な受診勧奨の実施 ・身近な媒体を活用した広報・啓発・周知 ・通知や電話による効果的な受診勧奨の実施 ・特定健診未受診者の傾向を分析し、効果的な受診勧奨を行う
評価	評価判定	10 指標のうち、6 指標がＢ判定（横ばい）、4 指標が C 判定（未達成）だった
	成功要因 未達要因	新型コロナウイルス感染拡大状況により集団健診実施回数が減少したことが受診者の減少に直接的に繋がった。 当市は特定健診を実施していない大病院に通院する者が多く、通院者の特定健診未受診が課題の１つとなっているが、がん検診や眼底検査を同時に受診できる集団健診（名称：集団ミニドック）や国保人間ドックが通院中の者でも受診する価値があるものとして位置づいてきているため、まずは十分な実施回数・実施定員を確保することが必要と考えられる。そのため、がん検診担当課との連携も大切になる。
	今後の方向性	集団健診・国保人間ドックなどの事業量を拡大させていき、受診者が確実に受診できる環境を整える。 受診機会を適切に対象者に伝える受診勧奨を行う。受診券発行歴と受診歴の関係・国保加入のタイミングなどを考慮して対象者の傾向を分け、それぞれに適した受診勧奨を行っていく。 当該年度の受診率を達成するにはどれだけの健診受診者数が必要で、その数を動かすにはどれだけの人数に受診勧奨を行うのかを検討する。 また、指標の整理を行い、受診勧奨に関する指標等を設定し計画を推進していく。

事業名　特定保健指導対策事業

目　　的	・利用勧奨を行うことで、特定保健指導利用率の向上を目指します。 ・プライバシーに配慮した空間の確保、ICT の活用、感染予防を行い利用しやすい特定保健指導の体制づくりを行うことで、特定保健指導利用率の向上を目指します。 ・特定保健指導認知度の向上、特定保健指導等による生活習慣病予防意義の周知度の向上を目指します。
事業の概要	特定保健指導利用により、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病のリスクを知り、自らの健康状態と生活状況の繋がりを理解し、生活習慣病改善行動を取れる者が増えるよう支援する。 対象者となった者に、専門職が健診当日の面談や電話で個別にその人の保健指導の必要性を伝えながら初回面接に導いている。

評価	評価判定	7 指標のうち、1 指標が A 判定（改善）、5 指標が B 判定（横ばい）、1 指標が C 判定（未達成）だった
	成功要因 未達要因	個別電話利用勧奨が効果的とわかっていても他の業務負担が増えると後回しになりがちであったが、令和元年 7 月より特定保健指導専任専門職を配置したことによって安定して利用勧奨・特定保健指導実施・継続フォローのサイクルが回せるようになり、特定保健指導終了率が向上した。
	今後の方向性	特定保健指導専任者を配置し、利用勧奨から保健指導まで一体的に行える体制を維持継続していく。 また、平日日中は勤務等で保健指導に来庁不可能な者をそのままにしておくことは将来の重症化リスク層を放置することになるため、少しでも多くの者が保健指導を利用できる環境を整えることが求められる。ICT を活用した遠隔面談をアウトソーシングする等で利便性の向上を図り、保健指導利用可能な者が増える環境を整えていく。 データヘルス計画において、アウトカム評価指標を設定し管理していく。

事業名　要治療者の翌年度治療率向上対策事業

目　　的		リスク因子保有者への情報提供強化を行うことで、リスク因子保有者の重症化予防を行います。
事業の概要		要治療判定者に通知や電話で情報提供・受診勧奨を行い、要治療項目が治療に繋がったかを翌年度のレセプトで確認する。
評価	評価判定	4 指標のうち、1 指標が B（横ばい）判定、3 指標が D 判定（評価困難）だった。
	成功要因 未達要因	健診結果要治療域の者に健診結果と同封する形で受診勧奨通知を送付していたが、電話による情報提供や受診勧奨は実施・管理をしておらず、評価不能だった。
	今後の方向性	計画策定時に、本事業や指標を設定したが、実際の事業に結びついていなかったため、本事業は後期計画では削除し、今後はレッドカード事業で、指標を整理したうえで推進していく。

事業名　糖尿病等治療勧奨推進事業（レッドカード事業）

目　　的		特定健診結果より「糖尿病等重症未治療者」に対し適切な治療へ繋げ重症化を防ぎます。
事業の概要		国保事務支援センターと共同実施。 健診結果・レセプトにより高血圧・高血糖・高ＬＤＬコレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病で対象となった者に受診勧奨カードおよび受診勧奨通知書を送付する。その後も受診開始が確認できない者に対し再勧奨を実施し、再度受診勧奨を実施する。
評価	評価判定	本事業が開始された平成 30 年度より事業に参加、実施しており達成
	成功要因 未達要因	国保事務支援センターと連携し、対象者の確認・決定や未受診者への再勧奨電話を実施した。
	今後の方向性	共同保健事業の名称に合わせ、事業名を「生活習慣病受診勧奨事業（レッドカード事業）に変更する。その上で今後も国保事務支援センターと共同実施を継続する。評価指標を新たに設定する。

事業名　糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業

目　　的		糖尿病の重症化を防ぐとともに、人工透析者を抑制し、高額な医療費の発生を防ぎます。
事業の概要		国保事務支援センターと共同実施。 健診結果・レセプトから軽度の糖尿病性腎症であり進行予防が必要とされた者に主治医・本人のプログラム参加意思確認を行い、参加意思を示した者に対し糖尿病性腎症予防のために 6 ヶ月間の保健指導を行う。 また、糖尿病未治療の者に対し受診勧奨を行う。
評価	評価判定	対象者候補とされた者のうち、主治医・本人が本プログラムの参加に承諾した者に対し保健指導を実施した。
	成功要因 未達要因	国保事務支援センターと連携し、糖尿病性腎症重症化予防保健指導人材育成研修を受けることで従事者の知識を深め、支援を受け、保健指導を実施した。
	今後の方向性	今後も事務支援センターと連携し事業を継続する。 プログラムに沿い保健指導を実施する評価指標は達成したため、今後は実施率や検査項目の改善率も設定する。

事業名　がん検診および精検受診率の向上事業

<table>
<tr><td colspan="2">目　　的</td><td>がんの早期発見治療を推進するため、がん検診および精検受診率の向上を目指します。</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業の概要</td><td>がん検診実施数を十分確保し、また、土日実施など受診しやすい受診機会を提供することでまずがん検診を受診する人の人数を増やせるように環境を整えるとともにそれを確実に広く周知する</td></tr>
<tr><td rowspan="3">評価</td><td>評価判定</td><td>がん検診主管課である健康推進課と連携して実施し達成している。</td></tr>
<tr><td>成功要因
未達要因</td><td>健康推進課と協議・連携して目標達成することができた。</td></tr>
<tr><td>今後の方向性</td><td>がん検診の周知・啓発は健康推進課が実施しており、がん検診の推進については健康増進計画にも目標・指標が設定されているためそちらでの管理とする。また、同時受診体制の推進については、特定健診受診対策の集団ミニドック実施数の指標と統合することとする。
本事業はデータヘルス計画の事業からは削除する。</td></tr>
</table>

７．計画後半の事業について（見直し・改善策の検討結果）

今回、各事業の指標の進捗評価を行うとともに、各事業の見直しを行いました。その結果、事業の中には評価指標の設定が不十分なものや、実施内容が計画に沿ってないものがあり、計画後半に取り組むべき事業を整理しなおしました。

計画の後半に取り組むべき事業は以下のとおりです。

事業名　特定健康診査受診率向上対策事業　※名称変更

<table>
<tr><td colspan="2">目　　的</td><td colspan="3">脳血管疾患や虚血性心疾患などの重症化疾患を引き起こす生活習慣病やその原因となるメタボリックシンドロームを早期発見することに特化した特定健診を受診する者が増加すること</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業の概要</td><td colspan="3">１．受けやすい健診の提供
がん検診との同時実施、集団健診回数の確保、土日の健診機会の提供
２．健診の付加価値の提供
健診結果説明会の実施
３．未受診者への受診勧奨
対象者の傾向に応じた効果的な受診勧奨を実施</td></tr>
<tr><td rowspan="5">目標・指標</td><td>区分</td><td>目　　標</td><td>評価指標</td><td>目標値</td></tr>
<tr><td>アウトカム</td><td>・特定健診受診者の増加</td><td>・特定健診受診率
①年度末時点
②法定報告値</td><td>
30%
32%</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>・集団健診の実施による受診機会の提供
・未受診者に対する受診勧奨の実施</td><td>・集団健診 年間実施回数
・受診勧奨実施率</td><td>16 回
85%</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>・集団健診での受診者数の増加
・集団健診受診者割合の向上
・受診勧奨者の受診率の向上</td><td>・集団健診の受診者数
・全受診者のうち集団健診受診者の割合
・受診勧奨者の受診率</td><td>920 人
28%
25%</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー</td><td>・がん検診との同時実施について、健康推進課と連携する
・国保連合会と事業打合せを行う</td><td>・健康推進課との協議回数
・国保連合会との打合せ回数</td><td>2 回/年
2 回/年</td></tr>
</table>

事業名　特定保健指導利用率向上対策事業　※名称変更

<table>
<tr><td colspan="2">目　　的</td><td colspan="3">内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病のリスクを知り、自らの健康状態と生活状況の繋がりを理解し、生活習慣病改善行動を取れるよう支援する特定保健指導を利用する者が増加すること。</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業の概要</td><td colspan="3">対象者となった者に、特定健診結果送付時に案内通知を同封することに加えて、電話で個別にその人の保健指導の必要性を伝えながら利用勧奨を行い初回面接に導く。また、集団ミニドック時に特定保健指導対象者と見込まれる者に専門職が健診当日初回面接を行い利用開始できるようにする。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">目
標
・
指
標</td><td>区分</td><td>目　　標</td><td>評価指標</td><td>目標値</td></tr>
<tr><td>アウトカム</td><td>内臓脂肪症候群該当者を減少させる</td><td>・内臓脂肪症候群該当割合
・内臓脂肪症候群予備群割合</td><td>17.5%未満
(R2:18.1%)
10.0%未満
(R2:10.7%)</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>・特定保健指導未利用者へ再勧奨を実施する
・保健指導実施率の向上</td><td>・再勧奨実施率
・特定保健指導実施率
（初回面接実施数/対象者数）
※年度末時点で算出
・特定保健指導終了率
（最終評価実施数/対象者数）
※法定報告値</td><td>50%以上
30%
(R2:26.0%)
40%以上
(R2:37.5%)</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>・特定保健指導未利用者へ再勧奨を実施する
・未利用者の利用率の向上</td><td>・再勧奨実施回数
・再勧奨者の利用率</td><td>2 回/年
15%</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー</td><td>・特定保健指導・利用勧奨専従者の確保
・ICT を活用した特定保健指導を実施する</td><td>・特定保健指導専従者の配置
・ICT を活用した特定保健指導を業者委託にて実施する</td><td>1 人
委託実施する</td></tr>
</table>

事業名　生活習慣病受診勧奨事業（レッドカード事業）　※名称変更

<table>
<tr><td colspan="2">目　　的</td><td colspan="3">特定保健指導の対象にならないが特定健診結果が要治療域（重症）かつ未治療者に対し、従来の情報提供に加えてメッセージ性の強い受診勧奨通知を送付することで適正受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防する</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業の概要</td><td colspan="3">国保事務支援センターと共同実施。
健診結果・レセプトにより高血圧・高血糖・高ＬＤＬコレステロール・高中性脂肪・慢性腎臓病で対象となった者に受診勧奨カードおよび受診勧奨通知書を送付する。その後も受診開始が確認できない者に対し再勧奨を実施し、再度受診勧奨を実施する。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">目標・指標</td><td>区分</td><td>目　　標</td><td>評価指標</td><td>目標値</td></tr>
<tr><td>アウトカム</td><td>・重症未受診者が医療に繋がる</td><td>・医療機関受診率</td><td>50%
(R2:4.1%)</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>・重症未受診者全員に受診勧奨を行う
・1回目の受診勧奨では受診しなかった者に再勧奨を行う</td><td>・受診勧奨実施率
・再勧奨実施率</td><td>100%
100%</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>・再勧奨を適切な時期に行う</td><td>再勧奨者の医療機関受診率</td><td>20%</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー</td><td>・国保連合会との事業打合せを行う</td><td>国保事務支援センターとの打合せ回数</td><td>1回/年</td></tr>
</table>

事業名　糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業

<table>
<tr><td>目　　的</td><td>特定健康診査結果・レセプトにより糖尿病と判定され、現状を放置すると血管障害が進行し糖尿病性腎症に至る可能性がある者に介入することで人工透析が必要となる者を予防すること</td></tr>
<tr><td>事業の概要</td><td>国保事務支援センターと共同実施。

【保健指導】
健診結果・レセプトから軽度の糖尿病性腎症であり進行予防が必要とされた者に主治医・本人のプログラム参加意思確認を行い、参加意思を示した者に対し糖尿病性腎症予防のために6ヶ月間の保健指導を行う。

対象者抽出基準
以下の優先Ⅰに該当する被保険者を対象とする。なお、優先Ⅰにて該当者がいない場合など、実情に応じて、優先Ⅱに対象者抽出基準を拡大して対応するものとする。
<table>
<tr><th>優 先 Ⅰ</th><th>優 先 Ⅱ</th></tr>
<tr><td>①血糖値 200mg/dl 又は HbA1c 7.0%以上
②eGFR30～44 ml/分/1.73m^2
①②両方に該当する者</td><td>①血糖値 200mg/dl 又は HbA1c 7.0%以上
②eGFR45～59ml/分/1.73m^2 又は、eGFR60ml/分/1.73m^2 以上かつ尿蛋白(+)以上
①②両方に該当する者</td></tr>
</table>
【受診勧奨】
糖尿病未治療・中断者に対し受診勧奨を行う。

対象者抽出基準
以下のⅠ．Ⅱ．に該当する被保険者を対象とする。
<table>
<tr><th>抽出基準Ⅰ（未受診者）</th><th>抽出基準Ⅱ（中断者）</th></tr>
<tr><td>過去 3 年間における直近の健診で、HbA1c6.5%以上が確認されているが、前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</td><td>過去 3 年以内に糖尿病の服薬歴が確認されたが前年度内に糖尿病の受診歴や服薬歴等がない者</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

	区分	目　　標	評価指標	目標値
目標・指標・目標値	アウトカム	糖尿病性腎症の進行を防ぎ、人工透析に至る者を減らす	①特定健診受診者のうち、HbA1c が 8.0%以上の未治療者の割合 ②特定健診受診者のうち、eGFR が 45ml/分/1.73 ㎡未満の者の割合※	減少 維持
	アウトプット	糖尿病性腎症の重症化を予防するため、保健指導と未受診者、治療中断者には受診勧奨及び再勧奨を行う	【保健指導】 ・1 年目保健指導実施数 ・保健指導実施率 【受診勧奨】 ・受診勧奨実施率 ・再勧奨実施率	増加 20% 100% 100%
	プロセス	・保健指導の効果検証の実施 ・受診勧奨実施者の医療機関受診率 ・受診勧奨再勧奨実施者の医療機関受診率	・保健指導の前後における BMI・血圧・血糖値・HbA1c・中性脂肪値の変化 ・受診勧奨実施者の医療機関受診率 ・受診勧奨再勧奨実施者の医療機関受診率	数値や判定区分が悪化しない 50% 増加 (R2 37.8%)
	ストラクチャー	実施体制についての見直し機会を設ける	・国保事務支援センターとの打合せ回数 ・医師会との連携回数	1 回/年 1 回/年

※KDB 「厚生労働省様式 様式 3-7 人工透析のレセプト分析」 6 月分より抽出

事業名　ジェネリック医薬品利用促進事業　※新規事業

<table>
<tr><td colspan="2">目　　的</td><td colspan="3">ジェネリック医薬品の普及率向上</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業の概要</td><td colspan="3">国保事務支援センターと共同実施。
ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬剤費の差額を通知により知らせる。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">目標・指標</td><td>区分</td><td>目　　標</td><td>評価指標</td><td>目標値</td></tr>
<tr><td>アウトカム</td><td>ジェネリック医薬品使用率が向上する</td><td>・ジェネリック医薬品 使用率
・ジェネリック医薬品 切替率</td><td>80%
増加</td></tr>
<tr><td>アウトプット</td><td>差額通知により普及啓発を行う</td><td>差額通知送付回数</td><td>4 回/年</td></tr>
<tr><td>プロセス</td><td>差額通知による切り替え状況の把握</td><td>数量ベース利用率の前後のポイント差　※</td><td>2 回</td></tr>
<tr><td>ストラクチャー</td><td>ジェネリック医薬品使用状況を確認実施できる体制の確保</td><td>担当者を配置する</td><td>1 人</td></tr>
</table>

※国保総合システム　後発医薬品差額通知書作成業務　保険者別削減効果実績より把握

8. 今後の予定と最終評価について

第 2 期データヘルス計画の目的および指標に対する達成状況の評価は第 2 期最終年度である令和 5 年度に実施します。

評価は、KDB（国保データベース）システムや特定健康診査法定報告関連帳票を用いて行います。また、奈良県では、平成 30 年度に国民健康保険連合会に国保事務支援センターが設置され、県内市町村国保業務および保健事業の共同化、医療費適正化の具体的な取組を推進を図っており、本市においても積極的に共同事業に参加し、効率的・効果的な事業を推進しているところです。

このように、計画作成時には設置されていなかった機能が稼働し、国保事業推進に係る体制は大きく変化しています。今後、事業の推進に当たっては、奈良県および国保連合会との連携を強化するとともに、庁内関係課と連携した保健事業を実施し、被保険者の健康寿命の延伸・QOL の向上を図っていきます。

天理市国民健康保険

第２期データヘルス計画　中間評価

□発行　　令和４年７月

□発行者　　天理市　保険医療課

〒632-8555　奈良県天理市川原城町 605

TEL　（0743）63-1001