

令和2年度 美濃加茂市データヘルス計画 中間評価シート

(令和3年3月現在)

データの範囲	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 (令和元年度)		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 (建前上でない 目標値)	経年変化	指標判定	事業判定	うまいった・うまくなかった理由				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～(%)	50,082 46.7 32.3 10.3 10.7	54,824 45.4 32.0 11.4 11.1	特定健康診査受診勧奨事業	特定健診受診率 (法定報告値)	60%	H28 30.8% H29 31.9% H30 32.9% R1 31.5%	△	各事業は実施しているが、目標値の60%には程遠いため。	対象者	△	3年連続未受診で電話勧奨が実施できなかった対象者にはがき勧奨が実施できていないため、受診勧奨の対象者に確実に勧奨できるようにする必要がある。	【今後の事業計画】 継続	【どうするか案】 受診勧奨通知の内容を対象者ごとに分け、より効果のある勧奨通知とする。前年の受診率を地区ごとや年齢、受診月などで分析し、地域別などで勧奨できる手法が無いかを検討する。健康ポイントの関連付けなど、受診率向上に繋がる手法を検討する。特定健診以外の健診の受診者から健診結果を情報提供してもらう仕組みの検討をする必要がある。	
		平均余命	男性 女性	80.8 86.7	81.2 87.4		年3回 全自治会 100%	毎年2回 全自治会 99%	○	時期		○	電話勧奨事業は9月から10月中旬で実施し、受診率の向上につながった。はがき勧奨と情報提供事業については11月上旬に郵送することで受診を忘れていた方が受診したことで受診率の向上につながった。				
		平均自立期間(要介護2以上)	男性 女性	80.1 84.1	80.5 84.6		100%	H28 59.3% H29 53.6% H30 69.9% R1 20.5%	○	方法		△	はがき勧奨は対象者全員に同じ内容のものを通知しており、対象者に合わせた勧奨通知を作成し、通知する必要がある。				
		平均余命と平均自立期間の差	男性 女性	0.7 2.6	0.7 2.8			H28 59.3% H29 53.6% H30 69.9% R1 20.5%	○	実施回数・量		△	電話勧奨事業の対象者の中で、電話番号の不明者が多いことや、すでに通院しており、特定健診の必要性を感じていない方も多いため、情報提供事業について、理解してもらう必要がある。				
		高齢化率		21.1	22.5			H28 100% H30 100% R1 100%	○	連携体制・予算・人員		△	受診率60%の目標を達成するためにより、衛生担当課と具体的な方法等を検討する必要がある。				
	出生率(人口千対)		9.9	8.8				事業について気づいたこと		未受診者に受診勧奨通知を送る中で、一部の未受診者は通知の対象外となっていた。							
	死亡率(人口千対)		8.4	8.2													
	国保の状態	KDB「地域の全体像の把握」	被保険者構成	被保険者数(人) ～39歳(%) 40～64歳(%) 65～74歳(%)	12,263 28.8 31.7 39.5	11,024 26.5 31.2 42.3	特定保健指導	特定保健指導対象者の減少率(平成20年度比)	25%	H28 1.3% H29 -13.8% H30 -3.1% R1 -8.4%	△	利用率は年々上昇傾向であるが、目標値の60%には程遠い。保健師の保健指導方法に課題がある。	対象者	○	年度ごとに対象者全員の利用状況を確認し、重点対象者を設定し、「40歳以上HbA1c5.6%以上」の方へ訪問を行ったことで利用率が上昇した。	【今後の事業計画】 継続	【どうするか案】 個別訪問にすることで対象者にの元へ直接出向き、家庭の状況を把握しながら指導ができたのがよかった点であるが、終了率が課題である。対象者によって評価時期等係内で検討しながら進めていきたい。
			被保険者加入率(%)		24.5	20.1			H28 13.6% H29 26.3% H30 30.7% R1 35.4%	△	時期		△	健診結果説明後2か月程度で手紙を送り対象であることを周知したうえでその後、訪問を行った。その後6か月後に評価を行う。利用率に対して、終了率が低いため、評価時期については今後検討が必要。			
			被保険者平均年齢(歳)		50.3	51.5			H28 1.3% H29 -13.8% H30 -3.1% R1 -8.4%	△	方法		○	集団教育では参加者が少なく、個別訪問型に変更したことで利用率・終了率が上昇した。若い世代や継続した支援ができるように民間のスポーツクラブと連携したプログラム等今後検討していきたい。			
総医療費(円)				3,625,196,880	3,497,952,840			H28 1.3% H29 -13.8% H30 -3.1% R1 -8.4%	△	実施回数・量	△		訪問で会えない方に対しては3回訪問するようにしたが、会えない方もみえるため、課題である。係内で評価を行い毎年対象や勧奨方法を検討している。今後終了率について検討が必要。				
1人当たり医療費(円)				296,612	314,231			H28 1.3% H29 -13.8% H30 -3.1% R1 -8.4%	△	連携体制・予算・人員	○		保健師が動機付け支援、管理栄養士が積極的支援を中心に指導を行った。地区担当に分けて行ったことで、それぞれの地域を保健師が把握し、訪問することができた。				
総医療費に占める生活習慣病費用割合			55.1	56.0		H28 1.3% H29 -13.8% H30 -3.1% R1 -8.4%	○	事業について気づいたこと		電話をしても、断られること多く、直接出向くことで利用率に繋がっている。若い世代の利用率が低い。若い方への指導方法を検討していく必要がある。							
被保険者に占める生活習慣病患者割合			43.7	46.2													
特定健診受診率(法定報告値)			30.8	32.9													
メタボリックシンドローム該当者の割合(法定報告値)			13.0	16.2													
メタボリックシンドローム予備群の割合(法定報告値)			11.0	11.3													
特定保健指導利用率(法定報告値)		15.4	43.1														
特定保健指導終了率(実施率)(法定報告値)		13.6	30.7														
美濃加茂市 国保の平成28年度から令和元年度の変化					特定健診における要受診者への受診状況確認及び受診勧奨事業	糖尿病受診勧奨者の受診状況把握率	70%	H30 78.3% R1 78.9%	○	○	対象者	○	岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを元に対象者を抽出し実施している。ハイリスク保健指導：R1年度は尿蛋白(2+)で抽出したが、R2年度は(1+)で対象者を拡大して行い、保健指導人数が増加した。	【今後の事業計画】 継続・追加	【どうするか案】 医療機関と連携を取りながら適正な医療へつなげる仕組みづくりが必要である。電話がけ等状況確認をすると、本人の医療不信等思いが強く受診につながらない方もいる。係内等で今後も検討しながら進めていく。新規医療機関受診者・治療中断者の通院再開割合の目標について、既に達成できているため継続し、目標に「ハイリスク保健指導者の内、保健指導実施者の人工透析移行者0を目指す」を追加する		
糖尿病未治療者の新規医療機関受診	35%	H30 36.2% R1 43.1%	時期	△		ハイリスク保健指導：前年度の通院中の対象者を6月ごろに抽出し、医療機関・本人の同意を得る。治療中断者：年度1月に対象者を抽出。抽出から勧奨まで担当者のみで行うため、時期によって健診後すぐに行える月とそうでない月がある。											
治療中断者の通院再開者の割合	35%	H30 55.2% R1 43.5%	方法	△		治療中断者：手紙で返信がなかった場合、直接訪問にて勧奨することで状況が把握でき、治療につなげることができた。未受診者：健診時に医師から治療不要といわれる方もいるため、医療機関との連携を強化する必要がある。また、受診しない意思が強い人への指導スキルが不十分であり課題である。											
新規医療機関受診者の割合	35%	H30 75.0% R1 73.1%	実施回数・量	○		未受診者：手紙を送付し、電話3回以上かける。治療中断者へは訪問を実施。訪問することで直接話ができてよりその方の状況を知ることができている。											
		H30 43.9% R1 44.9%	連携体制・予算・人員	○		ハイリスク保健指導：糖尿病専門医と連携し助言を得て、進めることができた。治療中断者：受診状況確認については、保健師・栄養士による2人体制で直接訪問をし、勧奨をすることができている。2人体制で訪問することで、安全面を強化でき、保健指導を補うことができ、治療の重要性を伝えることができた。											
美濃加茂市 国保の平成28年度から令和元年度の変化					特定健診における要受診者への受診状況確認及び受診勧奨事業	新規医療機関受診者の割合	35%	H30 75.0% R1 73.1%	○	○	対象者	○	特定健診受診者における「血圧」「脂質」「血糖」「尿蛋白」「推定糸球体ろ過量＝eGFR」の検査項目において、「総合判定」が「要受診勧奨」と判定されたものに勧奨。医療受診の必要性がより高い方へ勧奨できている。	【今後の事業計画】 継続	【どうするか案】 医療機関と連携を取りながら適正な医療へつなげる仕組みづくりが必要である。電話がけ等状況確認をすると、本人の医療不信等思いが強く受診につながらない方もいる。対象となる方は医療継続が必要な方であるため、長期的にかかわってきたい。		
		H30 43.9% R1 44.9%	時期	○		対象の抽出：健診データ受取後(結果説明後2か月程度)早期に勧奨ができています。											
			方法	○		手紙で勧奨した後、未回答の方に電話で勧奨を行っているが、受診状況把握率は目標値に達することができている。											
			実施回数・量	○		手紙を送付し、確認できない場合電話を3回かける。3回かけることで、対象者と連絡がとれ、状況把握することができている。											
			連携体制・予算・人員	△		健診時に医師から治療不要といわれる方もいるため、医療機関との連携を強化する必要がある。また、受診しない意思が強い人への指導スキルが不十分であり課題である。											
			事業について気づいたこと		電話勧奨すると、医療受診に対する個人の思いがある方があり、受診に繋がりにくい方がいる。対応方法について、検討していきたい。												

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

当市のデータヘルス計画において、特定健診受診率の向上を目指し、事業を実施してきたが、大幅な増加にはつながっていない状況である。国保被保険者の高齢化も進む中で、特定健診の必要性や医療費の増加、生活習慣病の予防などを重点的に事業に取り組んでいく必要がある。特定健診の受診勧奨については未受診者に対して確実に通知を送るようにし、受診率につながるよう勧奨する。特定保健指導では、優先順位を判断しながら重点対象者を設定し、今後も継続して行っていく必要がある。糖尿病重症化予防・受診勧奨事業では、医療機関との連携をとりながら保健指導スキルを向上させていく必要がある。