

本庄市国民健康保険第2期データヘルス計画 中間評価報告書

本庄市

令和6年3月

目次

1	中間評価の目的・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	中間評価の実施方法・体制・・・・・・・・	1
3	データヘルス計画の概要・・・・・・・・	2
4	主な評価指標の推移・・・・・・・・	3
5	個別保健事業の評価と見直し・・・・・・・・	5
6	全体の計画の評価と見直し・・・・・・・・	15
7	計画後半の実施体制・進捗管理と最終評価・・・・・・・・	16

1 中間評価の目的

平成25年6月、政府は「日本再興戦略」を閣議決定し、保険者はレセプト等のデータ分析に基づく健康の保持増進のための保健事業の計画を策定し、評価を実施すべきという方針を示しました。

あわせて、平成26年3月には、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（平成16年厚生労働省告示第307号）において、市町村国保及び国民健康保険組合は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされています。

これに基づき、本市においては、平成29年度から令和2年度を実施期間とした「本庄市国民健康保険データヘルス計画」に引き続き、健康寿命の延伸と医療費の適正化を目的に、令和3年度から令和7年度までの「本庄市国民健康保険第2期データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施してきました。

令和5年度は、本計画期間中の中間年に当たることから計画の進捗状況について、目標達成状況や取組成果の評価を行い、最終的な目的・目標の達成に向けて、より効果的に保健事業を推進できるよう、事業実施体制や事業内容の見直しを行うことを目的として中間評価を実施するものです。

2 中間評価の実施方法・体制

本計画の期間は、令和3年度から令和7年度までの5年間です。PDCAサイクルに沿った個別保健事業については、事業の評価は必ず行うことが前提となっています。

中間評価においては、Check（評価）、Action（改善）を中心に事業の実績等を振り返り、目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析をもとに整理、見直しを行います。

事業の評価は、健診や保健指導等の保健事業を実施した結果をもとに、個別保健事業の効果を測るため、ストラクチャー評価（構造）、プロセス評価（過程）、アウトプット評価（事業実施量）、アウトカム評価（結果）の4つの観点で実施します。

中間評価は、保険課が所掌し、作成及び実施体制は庁内関係各課及び関係機関と連携します。また、必要に応じて埼玉県及び埼玉県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会の支援を受けるものとします。中間評価の実施状況は、本庄市国民健康保険運営協議会に報告を行います。

3 データヘルス計画の概要

第1期及び第2期計画では、以下の事業を優先順位（1）から（8）までに位置づけ、実施しています。

（1）特定健診受診率の向上

目的：特定健診の受診を促し、疾病の発症予防及び早期発見を図る。特に、生活習慣病の発症及び重症化の予防に着目した、効果的かつ効率的な特定健診の取組を強化する。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
本庄市児玉郡医師会に委託	○	○	○	○
集団健診と個別健診を実施	○	○	○	○
健診の周知を図り、受診を促す（受診勧奨については、業務委託も実施）	○	○	○	○
健診結果のデータの保管及び管理は、埼玉県国民健康保険団体連合会に委託	○	○	○	○

（2）特定保健指導実施率の向上

目的：特定保健指導の利用を促し、生活習慣病の改善を図ることで、疾病の発症及び重症化を防ぐ。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診から一定期間経過後、案内通知を送付	○	○	○	○
案内通知送付から更に一定期間経過後、未利用者に対し、案内の再送付や電話で再勧奨を実施	○	○	○	○

（3）糖尿病性腎症重症化予防（埼玉県・埼玉県国民健康保険団体連合会との共同事業）

目的：糖尿病関連の検査項目や治療状況から選定した対象者に対して、専門職が指導を実施し、糖尿病性腎症の進行及び人工透析への移行を防ぐ。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者に専門職が指導を実施	○	○	○	○

（4）健診異常値者への医療機関受診勧奨（埼玉県・埼玉県国民健康保険団体連合会との共同事業）

目的：特定健診の検査項目に異常値があるにも関わらず、医療機関への受診が確認できない対象者に受診を促すことで、「高血圧症」や「糖尿病」の発症及び重症化を防ぐ。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者にはがきや電話で受診勧奨を行う	○	○	○	○

（5）治療中断者への医療機関受診勧奨（埼玉県・埼玉県国民健康保険団体連合会との共同事業）

目的：「高血圧症」又は「糖尿病」での受診中断者に継続受診を促し、重症化を防ぐ。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者にはがきや電話で受診勧奨を行う	○	○	○	○

(6) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の利用促進事業

目的：後発医薬品の利用を促し、後発医薬品数量シェアを増やす。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者に「後発医薬品に関するお知らせ」を年2回通知する	○	○	○	○

(7) 多受診者指導

目的：重複受診者、重複服薬者及び頻回受診者に指導を行うことで、医療費適正化を図る。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
対象者への適正受診勧奨通知や専門職による指導を実施する	○ (H29は、保健指導を実施)	○ (通知のみ実施)	○ (通知のみ実施)	○ (通知のみ実施)

(8) がん検診受診率の向上

目的：各がん検診の受診を促すことで、早期発見及び指導につなげる。

実施内容	第1期	令和3年度	令和4年度	令和5年度
4月上旬に対象者に案内通知(受診券)を送付する	○	○	○	○
広報紙にがん検診受診勧奨記事を掲載	○	○	○	○

4 主な評価指標の推移(データヘルス計画全体の評価)

第2期計画の目的及びこれを達成するための中長期・短期目標として設定した各指標の評価を行います。中長期目標は「虚血性心疾患」及び「脳血管疾患」の患者割合の減少、並びに「新規人工透析導入患者数」の減少を設定しました。これらの疾患等のリスク要因となる「高血圧症」、「糖尿病」、「脂質異常症」及び「メタボリックシンドローム」を減らすことを短期目標としています。

個別保健事業を行う背景となる事業全体の状況を主な評価指標から把握することで、最終年度の評価に向けた事業の見直しが可能となります。

評価指標からみた現状(まとめ)

健康度を示す項目			①ベースライン (R1)	②中間評価 (R4)	中間評価 ③(①と②の比較)	④最終年度目標 (R7)
生命表	平均余命(歳)	男性	79.8	80.0	延伸	延伸
		女性	84.8	86.6	延伸	延伸
	平均自立期間(歳) (要支援・要介護)	男性	77.4	77.6	延伸	延伸
		女性	79.9	81.3	延伸	延伸
	平均自立期間(歳) (要介護2)	男性	78.5	78.8	延伸	延伸
		女性	82.2	83.7	延伸	延伸

健康度を示す項目			①ベース ライン (R1)	②中間 評価 (R4)	中間評価 ③ (①と②の比較)	④最終年度目標 (R7)
医療	虚血性心疾患	患者割合 (%)	4.1	3.8	目標達成	(4.0) 維持
		患者数 (人)	823	654	目標達成	(679) 維持
	脳血管疾患	患者割合 (%)	3.6	3.6	維持	3.5
		患者数 (人)	709	615	減少	594
	新規人工透析導入患者数 (人)		14	18	増加	11
	高血圧症 (収縮期血圧 140 以上の特定健診有所見率) (%)		31.5	34.6	上昇	低下
	高血圧症 (拡張期血圧 90 以上の特定健診有所見率) (%)		14.9	16.4	上昇	低下
	糖尿病 (HbA1c6.5 以上の特定健診有所見率) (%)		10.1	10.7	上昇	低下
	脂質異常症 (中性脂肪 300mg/dL 以上の特定健診有所見率) (%)		3.4	3.6	上昇	低下
	脂質異常症 (HDL コレステロール 40mg/dL 未満の特定健診有所見率) (%)		4.2	4.0	低下	低下
	脂質異常症 (LDL コレステロール 140mg/dL 以上の特定健診有所見率) (%)		33.0	28.3	低下	低下
	メタボリックシンドローム (%)		20.1	24.6	上昇	低下

【出典】

- 生命表：KDB システム「地域の全体像の把握」（令和元年度・令和 4 年度累計）
- 医 療：KDB システム「様式 3－5 虚血性心疾患のレセプト分析」（令和元年度・令和 4 年度累計）
- 「様式 3－6 脳血管疾患のレセプト分析」（令和元年度・令和 4 年度累計）
- 本庄市国民健康保険特定疾病認定申請（令和元年度・令和 4 年度累計申請実績）
- 埼玉県国民健康保険における医療費及び特定健診等の経年推移（市町村版）
- 内臓脂肪症候群・予備群の状況及び減少率（令和元年度・令和 4 年度法定報告）

5 個別保健事業の評価と見直し

(1) 個別保健事業の目標値と実績値

個別保健事業のアウトプット指標及びアウトカム指標の目標値・実績値については以下のとおり（上段は目標値、下段は実績値）です。

個別保健事業	指標	ベースライン (R1)	R2	R3	R4	最終年度 (R7)
特定健診受診率の向上	全ての対象者に受診券を送（％）	100	100	100	100	100
		100	100	100	100	100
	受診勧奨対象者への勧奨実施率（％）	100	100	100	100	100
		40.0	100	100	100	100
	広報実施回数（回）	10	10	12	12	12
		12	10	10	10	—
	イベントでの啓発（回）	4	4	3	3	3
		3	4	4	4	—
	人間ドックでの助成（人）	800	800	実績値	実績値	実績値
		608	460	599	593	—
	受診率（％）	60.0	60.0	35.3	36.8	40.3
		33.8	28.2	33.6	34.3	—
	対象者（人）	—	—	12,277	11,894	10,815
		12,672	12,765	12,535	12,003	—
	受診者（人）	—	—	4,334	4,377	4,467
		4,280	3,598	4,214	4,120	—
特定保健指導実施率の向上	実施率（％）	60.0	60.0	30.0	31.0	34.0
		29.4	30.1	16.0	29.8	—
	対象者（人） （）内は終了者数	—（—）	—（—）	590（177）	574（178）	526（179）
		606（178）	512（154）	599（96）	605（180）	—（—）
	積極的支援終了者の割合（％）	—	—	1.0	2.0	5.0
		0.6	1.5	1.8	13.3	—
	a 積極的支援対象者（人） （）内は終了者数	—（—）	—（—）	155（1）	152（3）	143（7）
		158（1）	133（2）	168（3）	173（23）	—（—）
	動機付け支援終了者の割合（％）	—	—	40.0	40.5	42.0
		39.5	40.1	21.6	36.3	—

個別保健事業	指標	ベースライン (R1)	R2	R3	R4	最終年度 (R7)
	b 動機付け支援対象者(人)	— (—)	— (—)	436 (174)	424 (172)	388 (163)
	() 内は終了者数	448 (177)	379 (152)	431 (93)	432 (157)	— (—)
	特定保健指導対象者の減少	—	—	14.0	13.8	13.2
	(%)	14.2	14.2	14.2	14.7	—
	a + b 特定保健指導対象者	—	—	607	604	590
	(人)	606	512	599	605	—
	特定健診受診者(人)	「特定健診受診率の向上」における受診者と同数値				
糖尿病性腎症重症化予防	指導実施者数(人)	30 (—)	30 (—)	実績値 (実績値)	実績値 (実績値)	実績値 (実績値)
	() 内は終了者数	7 (7)	10 (9)	18 (18)	4 (4)	— (—)
	HbA1c が改善した指導終了者(%)	50	50	15.0	20.0	30.0
		0.0	0.0	22.0	0.0	—
	保健指導後人工透析移行者数(人)	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	—
健診異常値者への医療機関受診勧奨※ ①糖尿病性腎症重症化予防 ②高血圧症受診勧奨	受診勧奨実施率(%)	—	—	100	100	100
		100	①100 ②100	①100 ②100	①100 ②100	① — ② —
	受診勧奨後の医療機関受診率(%)	20	20	24.0	26.0	32.0
		21.9	①22.2 ②20.6	①29.3 ②20.9	①33.3 ②11.3	① — ② —
治療中断者への医療機関受診勧奨 ①糖尿病性腎症重症化予防 ②高血圧症受診勧奨	受診勧奨実施率(%)	—	—	100	100	100
		100	①100 ②100	①100 ②100	①100 ②100	① — ② —
	受診勧奨後の医療機関受診率(%)	50	50	20.0	21.0	24.0
		18.0	① 0.0 ②20.6	①16.7 ②20.9	① 0.0 ②11.25	① — ② —
後発医薬品の利用促進	全ての対象者に年2回勧奨通知を発送	—	100	100	100	100
		100	100	100	100	—

個別保健事業	指標	ベースライン (R1)		R2	R3	R4	最終年度 (R7)
	後発医薬品数量シェア率 (%)	80.0		80.0	77.0	78.0	80.0
		76.1		80.0	81.2	82.1	－
多受診者指導 ※多剤投与者への指導は、R3 から実施	全ての対象者に指導実施 (人)	－		－	実績値	実績値	実績値
		－		該当者なし	5 (通知のみ)	5 (通知のみ)	－
	重複受診者改善率（％） （）内は指導対象者数(人)	－		－	適正な受診勧奨をすることにより、R7 までに指導対象 3%減		
		－	該当者なし	実施なし	0.0（1）	－（－）	
	重複服薬者改善率（％） （）内は指導対象者数(人)	－		－	適正な受診勧奨をすることにより、R7 までに指導対象 3%減		
		該当なし	該当者なし	0.0（1）	0.0（2）	－（－）	
	頻回受診者改善率（％） （）内は指導対象者数(人)	－		－	適正な受診勧奨をすることにより、R7 までに指導対象 3%減		
		－	該当者なし	実施なし	0.0（0）	－（－）	
	多剤投与者改善率（％） （）内は指導対象者数(人)	－		－	－	－	－
		－	－	0.0（4）	25.0（3）	－（－）	
がん検診受診率の向上	全ての対象者に案内通知 （受診券）を 発送（％）	100		100	100	100	100
		100		100	100	100	100
	広報紙に受診 勧奨記事を掲 載（％）	2		2	2	2	2
		2		2	2	2	－
	各がん検診受 診率（％）	①	40.0	40.0	18.0	19.0	22.0
			17.1	9.2	10.4	11.4	－
	①胃がん	②	40.0	40.0	20.0	21.0	24.0
			18.7	15.0	9.1	8.4	－
	③大腸がん	③	40.0	40.0	21.0	22.0	24.0
			18.8	17.0	10.3	9.6	－
	⑤子宮頸がん	④	50.0	50.0	17.0	18.0	21.0
			16.4	12.6	12.0	13.6	－
	⑥前立腺がん	⑤	50.0	50.0	18.0	19.0	21.0
			17.1	25.8	14.1	14.9	－

個別保健事業	指標	ベースライン (R1)	R2	R3	R4	最終年度 (R7)
		⑥ 40.0	40.0	30.0	31.0	33.0
		28.2	21.1	10.6	11.1	—

※第1、2期計画で未設定又は令和7年度の実績値が入る箇所は「—」を掲載。

※健診異常値者及び治療中断者への医療機関受診勧奨については、①糖尿病性腎症重症化予防、②高血圧症受診勧奨の各事業で実施しているため、受診率は事業ごとの数値を掲載。

※多受診者指導の令和4年度指導実施人数（5人）と各内訳の合計人数（6人）が不一致となるのは、同一人が2つの状況（重複受診及び多剤投与）に該当しているため。

（2）達成・未達成の要因

○優先順位1 特定健診受診率の向上

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
令和3年度以降 ストラクチャー・プロセスを実施したことにより、庁内及び医療機関等の関係機関との連携体制を図ることができ、健診を受けやすくするための環境整備ができた。 受診勧奨については、埼玉県が実施する都道府県国保ヘルスアップ事業を活用し、対象者をセグメントした通知勧奨を実施したことで、受診率が延び続けている。	令和3年度以降 受診率は漸増しているが、目標値を2%ほど下回っている。令和2年度からの新型コロナウイルス感染症拡大による受診控えが影響を残していると考えられる。特に、40代から50代は受診率が低く、ほぼ横ばいの状態である。健診無関心層の掘り起こしが課題である。	これまでの事業を継続する。 特に、若い世代や新たに特定健診の対象となる者の受診率を上げるための取組を重点的に実施する。SNS等を活用し、対象者に効果的にアプローチできる方法を検討する。 健診の実施期間を拡大するとともに、予約方法や同時受診できるがん検診等を充実させることで、より手軽で利便性の高い健診を受けることができる環境整備を推進していく。

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 保険課、健康推進課、本庄市児玉郡医師会、埼玉県国民健康保険団体連合会
プロセス	・ 本庄市児玉郡医師会に委託 ・ 集団健診と個別健診を実施 ・ 健診の周知を図り、受診を促す（受診勧奨については、業務委託も実施） ・ 健診結果のデータの保管及び管理は、埼玉県国民健康保険団体連合会に委託 ・ 健診予約システムの整備の推進 ・ 受診者へ特典を付与するための仕組みを構築

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
①全ての対象者に受診券を発送 ②受診勧奨対象者への勧奨実施 ③広報実施 ④イベントでの啓発 ⑤人間ドックの助成 ⑥健診予約の受付等 ⑦受診者へ特典を付与する事業を実施	① 令和6年度から、4月に集団健診・個別健診の案内及び受診券を全対象者へ送付予定。集団健診全日程でがん検診等を同時実施。集団健診の一部日程で、婦人科系がん検診を同時実施。 個別健診は、実施期間を拡大し、6月から受診可能となる。 ② 保険者努力支援制度等を利用し、未受診者の特性に合わせた受診勧奨を実施。一定の期間で未受診者を抽出し、複数回受診勧奨する。11月～1月を強化月間とし、電話による勧奨も行う。 ③ 市ホームページ（通年）、広報（4月、10月）及びラジオ等で広報を実施。SNSやSMS等も活用する。職員による窓口での勧奨の実施。 ④ イベント開催時に受診勧奨PRを実施。 ⑤ 人間ドックの助成金申請率の向上を図るとともに、受検結果を収受し、特定健診等データ管理システムに保存する。 ⑥ 予約受付コールセンターの応答待ち時間の改善。予約サイトからのインターネット予約受付の実施。 ⑦ 健康づくりチャレンジポイント事業（はにぼんチャレンジ）と連携し、受診者にポイントを付与。また、保険者努力支援制度を活用し、受診の動機付けとなるような事業を実施する。

④指標及び最終目標値

指標	・受診率（％）法定報告	最終目標値	・40.3% (R5：38.3%、R6：39.8%)
----	-------------	-------	-------------------------------

○優先順位2 特定保健指導実施率の向上

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
令和3年度以降 ストラクチャー・プロセスを実施したことにより、特定保健指導を円滑に進めることができた。 よりリスクの高い積極的支援終了者の割合は、年々延びている。 未利用者の勧奨事業は、埼玉県が実施する都道府県国保ヘルスアップ事業等を活用し、実績ある事業者のノウハウを活かした勧奨を実施した。 対象者の実施希望日に合わせ、実施日を調整する等、個別対応を	保健指導の実施率及び動機付け支援終了者の割合は、令和4年度に目標値近くまで改善した。 保健指導対象者の割合は、ほぼ横ばいで、令和4年度に微増した。被保険者の高齢化が進むとともに、令和2年度からの新型コロナウイルス感染症拡大による生活様式の変容などの影響が考えられる。	これまでの事業を継続する。 集団健診受診者が個別健診受診者よりも多いため、集団健診受診者の保健指導利用率向上のため分割面接の実施を検討していく。 内容の異なる保健指導教室を企画するとともに、特典の付与を活用することで、新たな利用者の発掘に繋げる。 保健指導できる人員を確保するため、在宅保健師の派遣等の利用を進める。 より多くの対象者に保健指導

し、利用しやすい環境整備を図った。		を受けてもらえるような環境整備を推進する。
-------------------	--	-----------------------

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 健康推進課、埼玉県国民健康保険団体連合会
プロセス	・ 特定健診受診から一定期間経過後、案内通知を送付 ・ 案内通知送付から更に一定期間経過後、未利用者に対し、案内の再送付や電話での再勧奨を実施 ・ 保健指導できる人員確保のための派遣依頼等 ・ 利用者へ特典を付与するための仕組みを構築

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
①積極的支援 ②動機付け支援 ③対象者への利用勧奨 ④特定保健指導対象者を減らす働きかけ ⑤利用者へ特典を付与する事業を実施	① 初回面接後、3 か月以上の継続支援（11～3 月） ② 面接による支援 1 回、3 か月後以降に実績評価（11～3 月） ③ 対象者に保健指導の勧奨通知を送付（健診受診後 3～4 週間） その約 1 か月後に未利用者を抽出し、再勧奨通知を送付。利用の状況に応じ、複数回勧奨を実施する。 ④ 初回の面接時に本人が設定した目標に対し、半年後に達成状況の確認や効果測定を実施。通知の送付や電話による聴取を行う。 ⑤ 健康づくりチャレンジポイント事業（はにぼんチャレンジ）と連携し、利用者にポイントを付与。また、保険者努力支援制度を活用し、指導利用の動機付けとなるような事業を実施する。

④指標及び最終目標値

指標	①実施率（％） ②特定保健指導対象者の減少（％）	最終目標値	①34.0％ (R5 : 32.0％、R6 : 33.0％) ②13.2％ (R5 : 13.6％、R6 : 13.4％)
----	-----------------------------	-------	--

○優先順位 3 糖尿病性腎症重症化予防

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
令和 3 年度以降 埼玉県・埼玉県国民健康保険団体連合会との共同事業に参加し、より効率的・効果的に実施することができた。医師会への説明及びかかりつけ医への協力依頼ができ、関係者と連携し、円滑に実施することができた。 保健指導及び継続支援を実施したことにより、対象者の人工透析へ	HbA1c が改善した指導終了者の割合は、年度によりばらつきがある。これは、保健指導・継続支援参加者についてプログラム及び支援への参加前後の検査値が取得できない場合があり、効果測定に繋がらない者がいることが要因である。	かかりつけ医による対象者への保健指導プログラムへの参加勧奨が、保健指導参加率向上への効果が高いため、医療機関への協力依頼において、事業意義の周知の方法を工夫し、保健指導の参加率向上に努める。

の移行 0 人という目標を達成し、維持している。		重症化リスクの高い者に対する保健指導が、人工透析への移行防止になることから、事業を継続する。
--------------------------	--	--

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 保険課、健康推進課、本庄市児玉郡医師会、埼玉県 埼玉県国民健康保険団体連合会
プロセス	・ 対象者に専門職が指導を実施

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
①保健指導の実施 ②継続支援の実施	① 保健指導 糖尿病の重症化リスクの高い者のうち、保健指導プログラムへの参加について本人及びかかりつけ医の同意があった者を対象として実施。 ・ 医師会を通じ、事業説明及び協力依頼を実施（5 月） ・ 医療機関へ事業説明及び協力依頼を実施（5 月、協力依頼は 7 月にも実施） ・ 保健指導通知書の発送（5 月） ・ かかりつけ医の指示をもとに専門職が保健指導を実施（7～12 月） ② 継続支援 過去に保健指導を終了した者に対し、継続的な病状の確認及び自己管理維持のために支援を実施。 ・ 医師会を通じ、事業説明及び協力依頼を実施（5 月） ・ 医療機関へ事業説明及び協力依頼を実施（5 月） ・ 継続支援通知書の発送（6 月） ・ 継続支援の実施（7～2 月）

④指標及び最終目標値

指標	①検査値改善率（％）※ ※（HbA1c）が改善した指導終了者の割合 ②保健指導後、人工透析移行者数（人）	最終目標値	①30.0% （R5：20.0%、R6：25.0%） ②0 人 （R3、R4 は目標達成。0 人を維持することを目指す。）
----	--	-------	--

○優先順位 4 健診異常値者への医療機関受診勧奨

○優先順位 5 治療中断者への医療機関受診勧奨

健診異常値者及び治療中断者への医療機関受診勧奨は、現在一体的に実施している。

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
次の 2 事業を実施 【糖尿病性腎症重症化予防】－④ 令和 3 年度以降 埼玉県・埼玉県国民健康保険団	④治療中断者の医療機関受診率が目標に達しなかった。勧奨後も未受診の理由の多くは、自覚症状がなく、糖尿病の疑いがある数値であることを認識していないというものだっ	④令和 5 年度から、医療専門職による電話での受診勧奨を実施し、未受診者について現状を確認するとともに必要

体連合会との共同事業に参加し、より効率的・効果的に実施することができた。 健診異常値者の受診勧奨後の医療機関受診率は目標を達成し、継続して向上している。 【高血圧症受診勧奨】－⑥ 令和3年度は、年度末に対象者へ勧奨通知を送付。令和4年度は、健診受診後、期間を置かずに勧奨するため、11月、1月と年に2回通知を送付した。第三者機関の助言を活用し、年度ごとに勧奨方法を見直すなど、対象者の行動変容に繋がる工夫をしてきた。	た。無関心層へのアプローチに課題が残る。 ⑥は、アウトカム指標を医療機関受診率としているが、各年度で評価方法が異なる。特に令和4年度は、保険者努力支援制度の事業実績報告に合わせ、当該年度の2月診療分までのレセプトで受診率を算出した。効果を測る期間が短いことは、受診率が低い要因との一つと考えられる。	な指導を行っている。重症化リスクの高い者に対する受診勧奨が、人工透析への移行防止になることから、引き続き事業を継続していく。 ⑥数値に応じ、リスクの高い者への受診勧奨方法をさらに改善していく。また、より適切に事業効果を検証できる方法を検討していく。
--	---	--

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 保険課、健康推進課、埼玉県、埼玉県国民健康保険団体連合会
プロセス	・ 対象者にはがきや電話で受診勧奨を行う

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
○健診異常値者（血圧が収縮期 140mmHg 以上かつ拡張期 90mmHg 以上若しくは、HbA1c が 6.5% 以上の者）への受診勧奨を行う。 ○治療中断者（「高血圧症」又は「糖尿病」の治療を受けていたが、医療機関への受診が確認できない者）への受診勧奨を行う。	【糖尿病性腎症重症化予防】 ・ 受診勧奨通知の発送（6月） ・ 受診勧奨後、糖尿病及びその合併症に関する受診について、受診記録が確認できない者に対し、2回目の勧奨を実施。（11月～通知及び医療専門職による電話勧奨） 【高血圧症受診勧奨】 ・ 効果的な勧奨方法や高血圧症の予防に有効な教材の選定について、健康推進課と協議する。 ・ KDB システムを利用し、対象者を抽出する。 ・ 特定健診受診後 6 か月以内に勧奨通知を送付する。（11月及び1月） ・ 保険者努力支援制度の基準を考慮し、事業を実施する。 ・ 保険者努力支援制度の事業実績とは別に、勧奨後 1 年間の受診歴をレセプトから確認し、データヘルス計画のアウトカム指標を評価する。

④指標及び最終目標値

指標	①健診異常値者への医療機関受診勧奨 受診勧奨後の医療機関受診率（%）	最終目標値	①32.0% (R5：28.0%、R6：30.0%)
	②治療中断者への医療機関受診勧奨 受診勧奨後の医療機関受診率（%）		②24.0% (R5：22.0%、R6：23.0%)

○優先順位 6 後発医薬品の利用促進

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
令和 3 年度以降 国保連合会から提供される対象者名簿をもとに、年に 2 回、差額通知を発送した。また、被保険者に対し、窓口及び保険証の更新時の通知で後発医薬品の周知を実施した。	目標を達成している。	年々シェア率が上昇していることから、実施内容を変更せずに事業を継続する。

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 保険課、健康推進課、埼玉県国民健康保険団体連合会
プロセス	・ 対象者に後発医薬品に関するお知らせを年 2 回発送する

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
後発医薬品の切り換え通知発送及び 勧奨リーフレット 送付	・ 差額通知の作成・発送 ・ 現在処方されている生活習慣病（高血圧症、脂質異常症及び糖尿病）に関する薬剤を後発医薬品に変更することで、事項負担額について 500 円以上削減が見込まれる国保被保険者を対象とする。 ・ 意思表示シールの作成及び貼付の推進

④指標及び最終目標値

指標	後発医薬品数量シェア（％）	最終目標値	80％以上 (R3、R4 と最終目標値達成。継続してシェア率上昇を目指す。)
----	---------------	-------	---

○優先順位 7 多受診者指導

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
令和 3 年度以降 過度な治療や服薬の可能性のある対象者へ、適正な受診及び服薬（お薬手帳を 1 冊にまとめることやポリファーマシーに関する情報を含む。）を促す通知を、年に 1 回発送した。また、対象者の行動変容の有無を確認するため、アンケート及び返信用封筒を同封し、回答者へはインセンティブを提供した。	実績が少なく、評価が困難。 適正な受診及び服薬に関する指導経験のある専門職がいないため、保健指導が未実施である。	今後も継続事業として実施する。

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 保険課、健康推進課、埼玉県、埼玉県薬剤師会、埼玉県国民健康保険団体連合会
プロセス	・ 委託契約及び対象者への通知送付等一連の事務を行う。 ・ 最も効果が得られる抽出条件を各年度で検討し、決定する。 ・ 保健指導の実施体制を整備する。

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
対象者への適正受診等勧奨通知の発送や周知啓発を行うとともに、専門職による保健指導を実施する。	・ 国保連合会から提供される対象者名簿から、最も効果が得られる抽出条件で対象者を選定する。現在は、多剤投与者も事業対象としている。 ・ 対象者の行動変容に繋がる勧奨通知を作成し、適切な時期に送付する。 ・ 対象者の受診・服薬状況の変化をみるほか、回収したアンケートから効果を検証する。 ・ アンケート回答者に対し、インセンティブを提供 ・ 専門職による指導を実施する。 ・ 市のホームページに、医療費適正化の一環として周知啓発の記事を掲載する。

④指標及び最終目標値

指標	重復受診者の改善率（％） 頻回受診者の改善率（％） 重復服薬者の改善率（％） 多剤投与者の改善率（％）※新規設定	最終目標値	適正な勧奨をすることにより、R7までに指導対象者 3%減
----	---	-------	------------------------------

○優先順位 8 がん検診受診率の向上

①達成、未達成要因及び事業の方向性

達成要因	未達成要因	事業の方向性
ストラクチャー・プロセスを実施したことにより、事業を円滑に進めることができた。	各種がん検診の受診率は、目標値に達していない。無関心層への PR が十分にできていない。	令和 6 年度から、胃がん検診として胃内視鏡検査を実施する。 今後も継続事業として実施し、より多くの対象者に受診してもらうための工夫を検討していく。 利便性の高いがん検診の受診が可能となるような環境整備を推進していく。

②①の見直しの結果、実施する内容

内容	
ストラクチャー	・ 健康推進課

プロセス	・ 4月上旬に対象者に案内通知（受診券）を送付する。 ・ 広報紙にがん検診受診勧奨記事を掲載する。 ・ 特定健診と同時受診可能とする。 ・ 利用者へ特典を付与するための仕組みを構築
------	---

③具体的な事業実施内容

事業実施内容	
全ての対象者に案内通知（受診券）を送付し、広報等に受診勧奨記事を掲載する。利用者へ特典を付与する事業を実施する。	・ 対象者に案内通知（受診券）を送付 ・ 市ホームページや広報に周知の記事を掲載 ・ 特定健診の集団健診全日程でがん検診等を同時実施し、集団健診の一部日程で婦人科系がん検診を同時実施する。 ・ 健康づくりチャレンジポイント事業（はにぼんチャレンジ）と連携し、利用者にポイントを付与。

④指標及び最終目標値

指標	各がん検診受診率（％）	最終目標値	
	①胃がん		①22.0％ (R5 : 20.0％、R6 : 21.0％)
	②肺がん		②24.0％ (R5 : 22.0％、R6 : 23.0％)
	③大腸がん		③24.0％ (R5 : 22.0％、R6 : 23.0％)
	④乳がん		④21.0％ (R5 : 19.0％、R6 : 20.0％)
	⑤子宮頸がん		⑤21.0％ (R5 : 19.0％、R6 : 20.0％)
	⑥前立腺がん		⑥33.0％ (R5 : 31.0％、R6 : 32.0％)

6 全体の計画の評価と見直し

①計画全体の評価

項目	評価
主な評価指標からみた評価	・ 新規人工透析導入患者数が増加している。 ・ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症（中性脂肪 300 mg／dL 未満の特定健診有所見率）の割合が上昇している。 ・ メタボリックシンドロームの者の割合が上昇している。
個別保健事業からみた評価	・ 庁内及び医師会等関係機関との連携が確保でき、計画が推進しやすい体制が整った。 ・ 特定健診・特定保健指導の受診率・実施率は上昇しているが、目標値に到達していない。 ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業の保健指導について、対象人数における参加者が少ない。

	・多受診者指導について、保健指導が実施できていない。 ・アウトカム評価が十分にできていない事業がある。
--	--

②主な見直し内容

主な見直しと今後の方向性	・医師会等関係機関、庁内関係課との連携体制をさらに推進する。 ・メタボリックシンドローム対策、糖尿病性腎症重症化予防事業をさらに推進していく。 ・各個別保健事業のアウトカム指標を見直し、最終年度に評価できるよう準備を進める。
--------------	--

7 計画後半の実施体制・進捗管理と最終評価

評価は、KDB システム等を活用し、可能な限り数値を用いて行います。

データヘルス計画の進捗管理については、保険課が行います。

個別保健事業については、保険課及び健康推進課を中心に、各関係機関や庁内の関係部署と連携し、事業実施後の「アウトプット指標」及び「アウトカム指標」に基づき目標の達成度の評価と達成状況により次年度の実施計画の見直しを行います。

令和7年度には、計画に掲げた目的・目標の達成状況の最終評価を行います。

本庄市国民健康保険第2期データヘルス計画中間評価報告書

令和6年3月

本庄市 保険課

〒367-8501

埼玉県本庄市本庄3丁目5番3号

電 話 0495-25-1116（直通）

FAX 0495-25-1190

ホームページ <https://www.city.honjo.lg.jp/>