

第二期帯広市国民健康保険保健事業実施計画（第二期データヘルス計画）

第三期帯広市特定健康診査等実施計画の中間評価・見直しについて

1. 第二期データヘルス計画に係る中間評価

第二期データヘルス計画では、第一期データヘルス計画の評価からみえた10の課題があげられ、その中でも特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上、糖尿病予防重症化予防を重点的に取り組んできました。

令和5年度までに糖尿病性腎症による年間新規透析患者数を0人とすべく、短期目標を①特定健診受診率継続受診率80%、②HbA1c8.0%以上の人の減少、③生活習慣の改善として個別保健事業を実施してきましたが、いずれも大きな改善がみられませんでした。

この3年間は、重点取組の中でも特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上の取り組みが中心となっていましたが、結果は計画に掲げている目標数値とは乖離が大きい状態が続いています。糖尿病予防重症化予防の取り組みに関しても実施を進めていますが、目標の達成には至っていません。

そのような中で新規透析患者数を0人にすることを目標に掲げていますが、現状では後半3年間で達成することは困難であるため、新規透析患者数0人は最終的な目標とし、後半3年間で達成できる目標を再設定し事業を展開していきます。

短期目標についても再度課題を洗い出し、目標の再設定を行うことで効果的な事業を実施します。また、明確な評価指標を設定し、PDCAサイクルを回しながら目標達成を目指します。

2. 健康課題の整理

特定健診結果、医療費、標準化死亡比等に加え、現場での印象も含め帯広市の課題や特徴を整理しました。第二期データヘルス計画で整理したとおり、引き続き生活習慣の改善が糖尿病重症化を予防し、医療費の抑制につながることから重点的に取り組む必要がある健康課題を次のように整理します。

- ① 若い世代の医療費が全国より高い
- ② 運動習慣がない人、間食を摂る人の割合が多い
- ③ 特定健診におけるHbA1c有所見率が全道、全国より高い
糖尿病・腎不全の死因の割合が高い

3. 保健事業の目的・目標

課題解決のために目指す姿を目的とし、その目的を達成するために目標を設定し、取り組みを進めていきます。

目的：糖尿病を中心とした生活習慣病の発症及び重症化を予防し、糖尿病性腎症の発症、心疾患、脳血管疾患の発症を減らす

目標：

- 40-64 歳の入院の一人当たり医療費を全国並みにする
- 糖尿病のレセプトがある人のうち、糖尿病性腎症の割合を抑制する
- 患者千人当たりの新規糖尿病性腎症の割合をあげない

目標を達成するために、達成しやすい短期目標を定め、重点的に事業を実施していきます。

短期目標：

- ☆ 40-64 歳の特定健診受診率向上 (R1 24.8%→R5 27.7%)
- ☆ 特定健診の継続受診率向上 (R1 71.1%→R5 80%)
- ☆ 保健指導終了者の食生活、運動習慣の改善率 50%以上
- ☆ 保健指導終了者の次年度特定健診のメタボ該当者割合の減少

- ☆ 運動しない人の割合を全国並みに抑制
- ☆ 間食をとる人の割合を全国並みに抑制

- ☆ 糖尿病治療中断者を減らす
- ☆ HbA1c8.0%以上の割合を減らす

4. 保健事業計画

健康課題 1-1	若い世代の医療費が全国より高い	
保健事業	特定健診受診率、特定保健指導実施率向上事業	
目標	若年層の特定健診受診率の向上と全年代の特定健診継続受診率の向上	
評価指標	ストラクチャー	健診機関との連携体制の構築 国保課・健康推進課による保健事業実施状況の共有 医療機関との連携強化
	プロセス	月次の受診状況確認 個別事業における受診勧奨の対象者、実施時期 年次での年齢別地区別受診率・個別事業実施状況の確認 と考察の共有
	アウトプット	・未受診者勧奨（委託業務含む）実施件数 ・家庭訪問実施件数（年間 500 件）
	アウトカム	・40-64 歳の特定健診受診率 27.7% →令和元年度 24.8%より向上 ・継続受診者の割合 80% →令和元年度 71.1%より向上 ・定期通院者のデータ受領による受診率向上

事業内容 (個別事業)	<ul style="list-style-type: none"> ○未受診者対策事業 <ul style="list-style-type: none"> ・未受診者への勧奨 ・通院者のデータ受領事業（充実） ・若い世代へ受診勧奨（新規） ・ドック受診時の特定健診相当分の助成による受診勧奨 ・前年度初ドック受診者への受診勧奨 ○新規対象者への家庭訪問事業 ○年度途中加入者への受診勧奨
実施体制	事業の委託も含め国保課において実施

健康課題 1-2	若い世代の医療費が全国より高い	
保健事業	特定健診受診率、特定保健指導実施率向上事業	
目標	特定保健指導の実施率を向上し、指導後も生活習慣の改善が継続できる	
評価指標	ストラクチャー	委託機関との連携体制の構築、直営実施体制の整備 国保課・健康推進課による保健事業実施状況の共有
	プロセス	特定健診結果とともに特定保健指導の案内を実施 月次及び年次での特定保健指導実施状況の確認と考察の共有 従事者間での実施方法の振り返りと共有
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導実施率の向上（令和5年度60%） ・重点対象者への保健指導介入の割合70%
	アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導終了者の食生活。運動習慣の改善率50%以上 ・特定保健指導終了者のメタボリックシンドローム判定の改善、保健指導階層化レベルの改善 ・特定保健指導対象者のメタボ該当者及び予備群減少率を平成20年度対比25%以上 →令和元年度（平成20年度対比）-4.5%
実施内容 (個別事業)	<ul style="list-style-type: none"> ○特定保健指導の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・家庭訪問、個別面接、健診結果説明会による保健指導 ・運動支援事業 ○委託機関との連携と情報共有 ○保健指導の質の向上に向けた取り組み 	
実施体制	健康推進課が実施し、実施の目的や目標、事業評価を共有	

健康課題 2	運動習慣がない人、間食を摂る人の割合が多い	
保健事業	生活習慣病予防に関する普及啓発等	
目標	生活習慣改善の必要性を知り、自ら生活習慣改善に取り組む人が増える	
評価指標	ストラクチャー	実施担当課の連携体制の構築 他の関係機関を含めた普及啓発に係る場の検討と確保
	プロセス	個別事業の目標設定、アセスメント及び実績評価の実施、健診案内・健診結果に係る情報提供資材の作成・配布、普及啓発手段の検討の実施
	アウトプット	生活習慣改善の取組を実施する割合 被保険者への情報提供実施率 100% 年 1 回
	アウトカム	間食を毎日・時々摂る人の割合と運動習慣のない人の割合を全国平均レベルまで減少
実施内容	○Web を活用した健康教育 ○被保険者への普及啓発事業（掲示物の作成、チラシの配布等）	
実施体制	国保課と健康推進課で連携のうえ実施	

健康課題 3	特定健診における HbA1c 有所見率が高く、糖尿病・腎不全の死因の割合が高い	
保健事業	糖尿病予防・糖尿病重症化予防事業	
目標	糖尿病治療中断者を減らし、特定健診の HbA1c8.0%以上の割合を減らす	
評価指標	ストラクチャー	実施体制、事業内容の構築、事業実施に係る体制整備、予算の確保、医療機関との連携構築
	プロセス	目標設定、個別保健事業計画の作成、事業の実施状況、事業の実施方法
	アウトプット	・対象者への介入率 90% ・保健指導実施率 25% ・普及啓発事業 年 1 回以上
	アウトカム	・特定健診 HbA1c コントロール不良者の減少 →HbA1c8.0%以上の人の減少 ・未治療者の割合の減少
実施内容	○糖尿病予防の普及啓発 ・講座、パンフレット配布、パネル展示等 ○糖尿病重症化予防（糖尿病性腎症重症化予防プログラム） ・保健指導（家庭訪問、個別面接）	
実施体制	ポピュレーションアプローチに関する事業は国保課と健康推進課、ハイリスクアプローチ（個別の保健指導や健康教育）は健康推進課が実施	