

## 宇城市データヘルス計画における中間評価について

R3.3

### 1 目標値

具体的な数値については、別紙1、2を参照。

#### (1) 中長期的な目標

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者千人当たりの新規患者数	それぞれ3%減少
新規透析患者数	25%減少
レセプトに占める入院費用の割合	5%減少

#### (2) 短期的な目標

健診結果における有所見者率（平成28年度と比較して）

高血圧（Ⅱ度以上）	25%減少
糖尿病（HbA1c6.5%以上）	減少もしくは現状維持
メタボリックシンドローム予備軍及び該当者	25%減少
脂質異常症（LDL180以上）	25%減少

### 2 達成状況

中長期目標及び短期目標の疾病の医療費割合は下がってきたものの、別紙1に示す通り、中長期目標、短期目標ともに達成できたものはなかった。ただ、新規透析患者数は、全体数は増加であるものの内訳をみると、国保加入者はH28年度9名、R1年度8名と実際は減少しており、社会保険加入者の新規透析が増加の要因であることが分かった。

さらに短期目標での有所見者の内訳をみると、新規受診者に多く、平成28年からの受診率上昇が、有所見者率も上昇させたと思われる。

### 3 目標値について

今後も短期目標、中長期目標ともに1と同様とする。特定健診・特定保健指導実施率については、目標を修正する。

保険者努力支援制度に以下の項目が加わったため、目標値に追加する。

- ・ 健診受診者のHbA1c8%以上の未治療者の割合の減少
- ・ 5つのがん検診の平均受診率の増加
- ・ 歯科検診（歯周病健診含む）の受診率の増加

### 4 最終評価にむけて

短期目標、中長期目標の達成のために、今後も生活習慣病発症予防、重症化予防、特定健診の受診率の向上を柱に、個別の保健事業を展開していく。その中で、各関係機関との課題、情報の共有を図ること、各事業での対象者については実施体制も含め検討し、最終評価にむけて、取り組んでいく。

第2期データヘルス計画目標管理シート

★評価項目となっているもの

別紙1

	評価項目	評価指標	H28	R1	H28と比較して	評価	最終目標 R5	
			現状値	実績				
特定健診等実施計画	特定健診・特定保健指導の実施	特定健診受診率	35.4	41.5	+6.1%	△	44	
		特定保健指導実施率	45.5	70.1	+24.6%	○	76	
データヘルス計画	中長期目標	★新規 糖尿病性腎症患者数 (患者千人当たり)	2.13	2.18	+2.3%	×	2.06	
		★新規 脳血管疾患患者数 (患者千人当たり)	2.24	2.79	+25%	×	2.17	
		★新規 虚血性心疾患患者数 (患者千人当たり)	3.7	3.76	+1.6%	×	3.58	
		★新規 人工透析患者数	20	27	+35%	×	19	
		参考)新規 人工透析患者数(国保)	9	8				
		参考)医療費に占める割合(慢性腎不全:透析有)	6.85	5.35				
		参考)医療費に占める割合(脳血管疾患)	2.77	2.5				
		参考)医療費に占める割合(虚血性心疾患)	1.66	1.29				
	入院の伸び	★レセプトに占める入院費用の割合	42.5	45.9	+3.4%	×	37.5	
	短期目標	基礎疾患の重症化予防	★健診有所見者率 高血圧 (Ⅱ度:160/100以上)	8.1	8.9	+0.8%	×	6.7
			★糖尿病 (HbA1c6.5以上:治療中7以上)	6.1	7.7	+1.7%	×	6.1
			糖尿病未治療者 (HbA1c6.5以上のうち未治療者の割合)	42	40			
			☆HbA1c8.0%以上の未治療者の割合	43.6	27			減少
			糖尿病治療中者 (HbA1c7.0以上のうち治療中の割合)	65.9	74.5	+8.6%		
			★脂質異常症 (LDL180以上)	3.1	3.1	0.0%	△	2.32
★メタボリックシンドローム予備群			9.6	10.1	+0.5%	×	7.6	
★メタボリックシンドローム該当者			16.6	19.9	+3.3%	×	15	
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	15.88	17				
		肺がん検診	17.81	31.6				
		大腸がん検診	13.35	24.6				
		子宮頸がん検診	17.04	25.4				
		乳がん検診	23.4	32.1				
		☆5つのがん検診の平均受診率	17.5	26.1			増加	
	☆歯科検診(歯周病健診含む)の受診率	7.4	7.7			増加		
個人へのインセンティブ		実施開始						

※短期目標…集計ツールR2.7作成分

※○…達成、△…現状維持または減少しているが目標まで達していない

×…未達成

※☆…新規目標

第2期データヘルス計画 中間評価シート

別紙2

事業名 or	目標	ストラクチャー	プロセス	アウトプット		アウトカム		考察と課題	最終評価へ向けて																	
				評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果																			
全体的事項	虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析の新規患者数の減少 ・メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少 ・特定健診受診率の向上	○専門職配置・人数 ・健康づくり推進課 保健師 14人 管理栄養士5人 ・子ども福祉課保健師1人 ・高齢介護課保健師1人 ・国保年金係 保健師1人 管理栄養士1人 ・包括支援センター 保健師1人 ・市民病院 管理栄養士1人	○保健事業会議 関係課と健診、保健指導等のスケジュール確認。各種保健事業の内容協議、健診結果等の分析結果の共有 ○重症化予防事業 ○生活習慣病の発症予防 ○特定健診受診率の向上 ※個別の保健事業については下記参照	月1回/年12回実施 ※個別の保健事業については下記参照	年10回実施 スケジュール確認の他、市の現状、データ分析結果について共有した。 ※個別の保健事業については下記参照	・糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の千人当たりの新規患者数をそれぞれ3%減少させる。 ・新規透析患者数も3%減少させる。 ・レセプトに占める入院費用の割合を5%減らす。	(H28—R1比較) 虚血性心疾患新規患者数(患者千人当たり) 3.7→3.76(1.6%増) 脳血管疾患新規患者数 2.24→2.79(25%増) 糖尿病性腎症新規患者数 2.13→2.18(2.3%増) 新規人工透析導入者数 20人→27人(35%増) 入院費用の割合 42.5%→45.9%(3.4%増)	・短期目標である高血圧、糖尿病などの伸びもあり、長期目標の数値は達成できていなかった。 ・各保健事業の内容を検討し、改善につなげる。	・今後も関係課との課題の共有を図り、それぞれの果たす役割を確認する。																	
1	重症化予防事業	◆人数 健康づくり推進課 保健師 14人 管理栄養士 4人  ◆体制 地区担当制で実施	○市独自支援 集団健診後、対象者を抽出し、個別面談を実施。 抽出基準(R1年度) 高血圧 Ⅲ度高血圧(180/110以上) Ⅱ度高血圧のうち170以上または100以上 糖尿病 HbA1c7.0%以上 腎機能低下 39歳以下eGFR60未満 40～69歳eGFR50未満 70歳以上eGFR40未満 尿たんぱく2+以上 尿たんぱくと尿潜血1+以上 (H28年度のみ)LDLコレステロール180以上	保健指導件数(延件数)	保健指導件数 R1 :実人数458人 H28:延716回(実人数395人)	<短期目標> 高血圧、糖尿病、脂質異常症の有所見者の減少	<短期目標> (H28—R1比較) 高血圧(Ⅱ度以上) 8.1%→8.9% 糖尿病(HbA1c6.5以上) 6.1%→7.7% 脂質異常症(LDL180以上) 3.1%→3.1% ※R1…R27分	<考察> 高血圧の割合は、0.8%増。熊本県下14市で1位を継続し、そのうえ2位との差が2.1%。糖尿病の割合も年々増加している。(14市中9位)健診受診者が増加したことで、新規の有所見者も増えてきていることが考えられる。 独自支援対象者の99.0%の方に支援を実施。支援前後の改善率は、37.0%となっている。(H30年度とのR1年度の健診での比較)  <課題> 支援率は高いが、改善率は支援率に比べると低い。特に新規の有所見者には、丁寧に関わり、改善と健診や治療の継続受診につなげる必要がある。また、新規保健師の採用に伴い保健指導等の力量形成が必要である。	効果的な保健指導ができるように研修会に参加するとともに勉強会等を行い力量形成をし改善率を上げる。  糖尿病手帳、血圧手帳等を使い医療機関との連携を図る。																	
				介入率 (保健指導実人員/対象者)	介入率 R1 :92.5%(458人/495人) H28 :97.3%(395人/406人)																					
				○宇城市独自支援以外健診結果説明会にて個別対応。欠席者には訪問等で面談実施。精密未受診者へは、通知・訪問等実施。 抽出基準(R1年度) LDL180以上 高血圧160～170/100以上 HbA1c6.5～6.9% 39歳以下の積極的支援 精密未受診	保健指導件数(延件数)					保健指導件数延107回(実人数64人)																
○糖尿病性腎症重症化予防 健診後、対象者への保健指導実施。受診の確認、医療機関と連携した保健指導の実施。糖尿病管理台帳の活用。 対象者 HbA1c6.5%、HbA1c7以上のコントロール不良者、治療中断者	実施率 糖尿病連携手帳発行数	介入率 H28:65.3%(164人/251人) R1 :99.1%(215人/217人) 糖尿病連携手帳発行数 H28実績なし R1…22件																								
2	生活習慣病の発症予防	メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少	<積極的 直営・委託> 健康づくり推進課 保健師14人 管理栄養士1人 国保年金係 保健師1人 管理栄養士1人 委託機関 熊本健康支援研究所 ハブリックビジネスジャパン <動機付け 委託> (集団健診)熊本県総合保健センター(人間ドック)各健診機関	特定健診後、対象者を抽出し、個別面談実施。(積極的:市 動機づけ:委託機関) 積極的支援は、支援コース選択。 ①市保健師・管理栄養士 ②二次健診 ③トレーニングジム ④温水プール ⑤運動教室 情報提供対象者(独自支援除く)に対しては、個別に健診結果の説明を実施。	対象者数	積極的支援 R1… 177人 H28…155人 動機づけ支援 R1 … 385人 H28… 331人 動機づけ支援相当 R1…4人 積極的支援 R1…96人 H28…35人 動機づけ支援 R1…294人 H28… 186人 動機づけ支援相当R1…4人 R1…70.1% 積極的支援56.5% 動機づけ支援76.4% H28…45.5% 積極的支援22.6% 動機づけ支援56.2%	メタボリックシンドローム該当者および予備軍の減少	該当者 R1 …19.9% H28…16.6% 予備軍 R1 …10.1% H28… 9.6% 該当者の減少率+3.3% 予備軍の減少率+0.5% 改善率 H28…14.8% —H28年度保健指導対象者でH29年度対象者とならなかった人 R1…(R3年度法定報告で評価)  *法定報告値	<考察> メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍が増加しており、特に該当者の伸びが大きい。特定保健指導の終了率は、大幅に伸びており、70.1%と目標の60%を達成した。特定保健指導の終了率の伸びは、H29年度より国保年金係に専門職が配置になり、重点的に取り組んだ結果によるものと考えられる。  <課題> メタボリックシンドローム該当者及び予備軍は増加しており、今後改善していかなければ、短期目標としている高血圧、糖尿病、脂質異常症の増加につながる。また、受診者の増加により、支援対象者も増える可能性があるため、必要があれば人員の確保等を行う。	・個別健診や人間ドックでの動機づけ支援、積極的支援対象者を抽出し、支援につなげる。 ・保健指導の力量形成を今後も継続し、改善率を上げる。																
					保健指導終了者数	保健指導終了率																				
3	特定健診受診率の向上	特定健診受診率の向上	国保年金係 事務職1人 保健師1人 管理栄養士1人 健康づくり推進課 事務職1人 保健師14人 管理栄養士1人  関係機関 下益城郡医師会 宇土郡医師会	○特定健診受診機会 毎年1月に全世帯に次年度の健診希望調査実施 ・集団健診 期間 4～5月、予備(9月、10月) 場所 5か所(旧町ごと) ・個別健診 期間 8～3月 場所 市内契約医療機関29か所 ・人間ドック 期間 5～3月 場所 県内6健診機関 ・診療情報提供事業 期間 8～3月 場所 市内契約医療機関28か所 ○受診啓発 広報誌・防災無線・ちらし・健康づくり推進員による広報活動・保健師栄養士による未受診者訪問  ○未受診者への受診勧奨葉書送付(外部委託)	・集団健診実施回数・受診者人数	(28年度特定健診結果) R1… 62回 3920人 H28…51回 3930人	特定健診受診率	<table border="1"> <tr><th>年度</th><th>受診率</th></tr> <tr><td>H25</td><td>36%</td></tr> <tr><td>H26</td><td>35.6%</td></tr> <tr><td>H27</td><td>37.1%</td></tr> <tr><td>H28</td><td>35.4%</td></tr> <tr><td>H29</td><td>38.1%</td></tr> <tr><td>H30</td><td>40.0%</td></tr> <tr><td>R1</td><td>41.5%</td></tr> </table>	年度	受診率	H25	36%	H26	35.6%	H27	37.1%	H28	35.4%	H29	38.1%	H30	40.0%	R1	41.5%	<考察> 特定健診受診者の90%が集団健診。診療情報提供事業については、実施する医療機関数も実施件数も増えている。 個別健診については、H30年度より、未受診者への受診勧奨の葉書を送付。送付後、受診券の問い合わせも増加し、受診者の伸びにつながっていると思われる。  <課題> 今後、集団健診の受診控えが続く場合は、個別健診や情報提供事業をさらに推進していく必要がある。対象者への受診勧奨の他、医療機関との連携し受診率の向上を目指す。新規受診者を継続受診者にしていく。	・医療機関との連携(個別健診・情報提供事業の推進)医療機関への個別説明、事務の軽減見直し等を実施することで、個別健診の受診率上昇を目指す。
					年度	受診率																				
H25	36%																									
H26	35.6%																									
H27	37.1%																									
H28	35.4%																									
H29	38.1%																									
H30	40.0%																									
R1	41.5%																									
・個別健診実施医療機関数・受診者数	R1… 27医療機関 537人 H28…28医療機関 258人	・情報提供事業実施医療機関数・受診者数	R1 …12医療機関 44人 H28… 6医療機関 16人	・人間ドック受診者数	R1… 6健診機関 256人 H28…6健診機関 229人 (H29人間ドック申込み時H28年度健診結果提出19人)	広報活動回数	R1… 広報誌 6回 H28…広報誌 5回 防災無線 健診申込み時 地区健康教室29回 974人 チラシ配布 初会、健康づくり推進員活動時																			