

田原本町国民健康保険
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)
中間評価

令和3年3月

田原本町

目次

1. はじめに.....	1
2. データヘルス計画の概要.....	1
3. データヘルス計画の中間評価・見直しの目的.....	2
4. 中間評価の方法.....	2
5. 全体評価.....	4
6. 個別事業評価.....	6
7. 計画後半の事業（見直し・改善策の検討結果）.....	12
8. 今後の予定と最終評価.....	18
参考資料.....	19

1. はじめに

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の一部改正（平成26年3月31日告示）が行われ、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効率的かつ効果的な保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定し、実施することになりました。

本町国民健康保険は、これまでも特定健康診査・特定保健指導をはじめ、人間ドック・脳ドック助成事業や慢性腎臓病（CKD）予防対策事業を実施してきました。

これらのことを踏まえて、本町国民健康保険がこれまで実施してきた保健事業の取り組みを活かしながら、健康・医療情報を活用して地域や個々の本町国民健康保険被保険者の健康課題を把握したうえで、効率的で効果的な保健事業を積極的に推進していくため、田原本町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定します。

なお、この計画は、田原本町健康づくり計画「第2次健康たわらもと21」や「第2期田原本町国民健康保険特定健康診査等実施計画」等と整合性を図るものとします。

本計画の計画期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間です。

2. データヘルス計画の概要

(1) 課題

- ① 全年齢層における特定健診受診率（特に若年層）、特定保健指導終了率の向上
- ② メタボリックシンドローム予備群及び該当者の減少
- ③ 血圧・血糖の基準値を超えている方の減少
- ④ 糖尿病・高血圧症・慢性腎臓病の早期治療
- ⑤ がんの早期発見・早期治療
- ⑥ 医療費の適正化

(2) 目的

生活習慣病の予防及び早期治療することで重症化を防ぎ、医療費の適正化を目指します。また被保険者の健康意識を高め、生活習慣の改善を促します。

(3) 目標

- ① 健康寿命を延伸させる
- ② 平均要介護期間を短縮させる
- ③ メタボリックシンドローム予備群及び該当者を減少させる
- ④ 生活習慣病に係る医療費の減少を目指す

3. データヘルス計画の中間評価・見直しの目的

平成30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3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、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。

奈良県では、平成30年度に国民健康保険団体連合会に国保事務支援センターを設置し、県内市町村国保業務及び保健事業の共同化、医療費適正化の具体的な取組の推進を図っています。本町においても、積極的に共同事業に参加して効率的・効果的に事業を推進しているところです。

このように、計画策定時点で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、事業推進に当たっては、奈良県及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の推進を図り、被保険者の健康寿命の延伸、QOLの向上を図ります。

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まれるか否かを判定しました(6. 個別事業評価)。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、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、目標と指標を「5. 全体評価」に示すとおり設定しました。ベースライン時点からの指標の推移も「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	H27※ 4	H28	H29	H30	R1	
健康寿命（65歳時平均自立期間） 男性（県内順位）※1	延伸	18.54 (10)	18.28 (18)	18.11 (21)			C
健康寿命（65歳時平均自立期間） 女性（県内順位）※1	延伸	21.25 (9)	21.10 (12)	21.07 (12)			C
平均要介護期間 男性（県内順位）※1	短縮	1.65 (18)	1.58 (16)	1.60 (11)			B
平均要介護期間 女性（県内順位）※1	短縮	3.36 (12)	3.22 (9)	3.41 (12)			B
メタボリックシンドローム該当者の割合 （奈良県）※2	減少		18.6 (16.1)	18.8 (16.8)	17.7 (17.2)	17.8 (17.4)	A
メタボリックシンドローム予備群の割合 （奈良県）※2	減少		11.6 (10.8)	10.9 (10.7)	11.6 (10.9)	11.4 (11.0)	B
1人当たりの医療費・外来 （奈良県）※2	減少		15,160 (14,500)	15,420 (15,450)	15,140 (15,430)	15,210 (16,020)	B
1人当たりの医療費・入院 （奈良県）※2	減少		9,200 (9,560)	9,460 (10,370)	10,730 (10,840)	10,480 (11,170)	C
1保険者当たり総点数 （生活習慣病） 外来（10,000点）（奈良県）※3	減少		7,791 (7,548)	7,514 (7,707)	6,974 (7,269)	6,658 (7,246)	A
1保険者当たり総点数 （生活習慣病） 入院（10,000点）（奈良県）※3	減少		4,689 (5,158)	4,647 (5,255)	4,880 (5,165)	4,484 (5,126)	A

※1 奈良県ホームページ「奈良県民の健康寿命」健康寿命（平均自立期間）の算出値について（<http://www.pref.nara.jp/30482.htm>）

※2 KDB システム「地域の全体像の把握」

※3 KDB システム「疾病別医療費分析（生活習慣病）」の「1 保険者当たり総点数」

○指標の評価のまとめ

当初の第2期データヘルス計画では、明確に目標（指標）の設定がなかったため、新たに評価指標を設定した。健康寿命（特に男性）においては、数値及び県内の順位ともに悪化している。メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合については県の平均が増加傾向にあるのに対し、町は減少傾向にある。1人当たりの医療費（入院）については増加傾向にある。生活習慣病に係る医療費の総点数に関しては、入院外来ともに減少している。

6. 個別事業評価

事業名		目標		実績				評価
		指標	目標値	H28	H29	H30	R1	
1	特定健康診 査事業	受診率※1	-	30.7%	33.4%	32.7%	33.8%	A*
		継続受診率※2	-	79.0%	80.2%	75.9%	79.4%	B
		新規対象者の 受診率※2	-	20.9%	16.4%	20.9%	18.8%	B
		40～54歳の 受診率※3	-	14.3%	15.9%	14.0%	16.2%	A
		集団健診（がん検 診共同）受診者		314	409	507	459	A
2	特定保健指 導事業	利用率※1	-	15.9%	14.8%	13.2%	7.5%	C
3	特定健診結 果説明会	参加率※2	-	-	2.2%	5.5%	4.5%	A
		参加者の 次年度受診率※2	-	-	67.6%	91.0%	-	A
4	特定健康診 査未受診者 対策事業	はがき勧奨 受診率※2	-	26.9%	10.7%	24.3%	24.2%	B
		電話勧奨 受診率※2	-	42.1%	26.5%	29.6%	29.6%	C
5	糖尿病性腎 症重症化予 防保健指導 ※4	事業終了者数	-	3	4	2	0	C
6	糖尿病性腎 症重症化予 防受診勧奨 ※4	受診勧奨者 受診率	-	19%	21%	5%	14%	C
		新規透析患者数 ※5	-	8	4	2	7	C
		年間透析患者数 （レセプト件数） ※6	-	264	267	253	282	C
		透析に係る総医 療費（千円） ※6		134,840	125,620	118,822	127,726	C

7	レッドカード事業※7	受診勧奨者 受診率 (高血圧) (糖尿病)	-	-	-	-	58.9% (50%) (50%)	-
8	高血圧予防 対策事業	特定健診の収縮 期血圧が 130 以 上の者の割合※8	-	53.20	54.50	51.80	51.50	A
		特定健診の拡張 期血圧が 85 以 上の者の割合※8	-	19.00	18.9	17.4	18.9	B
		特定健診の収縮 期血圧の平均値 ※9	-	131.0	131.1	129.8	130.2	D
		特定健診の拡張 期血圧の平均値 ※9	-	75.7	75.8	75.7	76.0	D
9	人間ドック 助成事業	人数 (みなし健 診)	-	199	197	186	193	B
10	がん検診 ※10	受診率 (胃)	-	4.9%	5.4%	4.5 (9.1)	4.4 (9.3)	B
		受診率 (肺)	-	5.5%	6.0%	3.5 (7.2)	3.3 (7.3)	C
		受診率 (大腸)	-	7.0%	7.7%	5.6 (9.3)	5.9 (10)	C
		受診率 (乳)	-	20.1%	17.1%	9.6 (14.2)	9.6 (14.6)	C
		受診率 (子宮)	-	14.4%	12.6%	6.6 (9.8)	6.6 (10)	C
		受診率※11 (要精密検査者)	-	90.3%	91.7%	92.7%	93.7%	A
11	がん検診受 診勧奨事業	受診勧奨者受診 率 (乳) クーポン	-	30.3%	32.0%	22.4%	26.1%	C
		受診勧奨者受診 率 (子宮) クーポ ン	-	24.7%	14.3%	9.2%	7.7%	C

- ※1 KDB システム 地域の全体像の把握
- ※2 KDB システム FKAC161 及びFKAC167 より算出
- ※3 KDB システム 厚生労働省様式 5-6 性・年齢階級別特定保健指導率
- ※4 平成 30 年度まで病診連携事業、令和元年度から国保事務支援センター共同事業
- ※5 特定疾病療養受療証新規届出数（4 月～翌年 3 月）
- ※6 KDB システム 厚生労働省様式 2-2 人工透析患者一覧表
- ※7 令和元年度より開始
- ※8 厚生労働省様式 5-2 健診有所見者状況（男女別・年代別）
- ※9 KDB システム FKAC167
- ※10 平成 30 年度以降の受診率（ ）内は国保被保険者の受診率
- ※11 胃・肺・大腸・子宮・乳がんの精検受診率の平均（保健衛生の現況より）
- ※12 目標値は計画策定当時、設定がなかったため「-」表示

個別事業ごとの評価

事業名 特定健診未受診者対策事業

目的	健康の保持増進のために、特定健診の受診率の向上が必要となっている。 町の受診率は同規模の市町村に比べると低いため効果的な受診勧奨を行うことで受診率の底上げを行う。	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 過去の特定健診受診状況や結果と照合し、効果的なグループ分けによる対象者名簿を作成、受診勧奨対象者の選定を行い、受診勧奨通知の発送や電話による受診勧奨を行う。 特定健診の自己負担金の無償化（平成 30 年度より） 	
評価結果	評価判定	<ul style="list-style-type: none"> 継続受診率（2年連続） 全体の受診率（法定報告） 全体の受診者数（法定報告） 受診勧奨者の受診率（ハガキ、電話）
	成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 健診を受けることの重要性が周知不足だった。 受診勧奨の対象者の条件設定が勧奨効果の高い層に絞れていなかった。
	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 継続受診率および新規対象者の受診率を向上させる工夫がある。 受診勧奨者の対象者の絞り込みの工夫をする。

事業名 慢性腎臓病（CKD）予防対策事業

目的	人工透析に係る医療費は、件数、総額ともに増加傾向であり総医療費に占める割合は糖尿病が最も多い状況である。医療費適正化の観点から重症化を防ぐことで医療費の削減及び新規透析患者数の減少を目指す。	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> 前年度特定健診結果とレセプトデータより対象者を抽出選定する。 対象者へ必要に応じてかかりつけ医や腎臓専門医への受診勧奨と保健指導を行う。 	
評価結果	評価判定	<ul style="list-style-type: none"> 事業対象者の次年度健診結果の数値 次年度の健診結果における HbA1c・eGFR の平均値 新規透析患者数 年間透析患者数と透析に係る総医療費
	成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に事業の目的や重要性が伝わっていない。 事業変更に伴い、評価指標の検討が必要。
	今後の方向性	保健指導や受診勧奨は、計画策定時には町独自で事業を行っていたが、現在は国保事務支援センターの共同事業として実施（糖尿病性腎症重症化予防プログラムやレッドカード事業）となったため評価判定等を見直す必要がある。

事業名 高血圧予防対策事業

目的	人工透析を行っている者のうち 80%以上が高血圧症に罹患しており、総医療費に占める割合も高血圧が 2 番目に多い状況である。医療費適正化の観点からも高血圧の予防及び早期発見・早期治療する必要がある。	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者証の発送時やがん検診（集団）時や広報紙で高血圧予防に関する周知・啓発を行う。 ・ 特定健診受診者に対し、結果説明の機会を設け、高血圧等、本町の現状から生活習慣の改善や適切な受診を促す。 	
評価結果	評価判定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の血圧有所見者の割合（収縮期および拡張期） ・ 特定健診の結果における血圧の平均値（収縮期および拡張期）
	成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ リーフレット等による情報提供に留まり、個人へのアプローチ不足だった。 ・ 事業変更に伴い、評価指標の検討が必要。
	今後の方向性	情報提供のほか、令和元年度から国保事務支援センターの共同事業で生活習慣病の重症未受診者勧奨を実施（レッドカード事業）しているため、評価判定等を見直す必要がある。

事業名 がん検診等の受診勧奨事業

目的	生活習慣病の医療費をみると、がんの入院・外来で高くなっており、がんによる死亡割合も高くなっている。がん検診の受診者の増加を図る必要がある。	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診（特定健診）との共同開催などによる住民の受診しやすい環境を整える。 ・ 特定健診受診券の送付時にがん検診の案内を同封する。 	
評価結果	評価判定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各種がん検診の受診率 ・ 集団健診（がん検診共同開催）の受診者数 ・ 集団健診（がん検診共同開催）時のアンケート結果
	成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診（がん検診共同実施）の定員の増加 ・ 集団健診（がん検診共同開催）の参加条件（がん検診の受診必要数）が緩い。 ・ 集団健診（がん検診共同開催）の参加者選出条件 ・ 実施日程が少ない（希望者全員が参加できていない）
	今後の方向性	令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の感染予防により集団健診（がん検診共同開催）を実施しなかった。今後は別の方法で受診率向上を図る必要がある。指標については第 2 次健康たわらもと 21 と整合性を図る。

事業名 特定健康診査・特定保健指導に関する情報等の発信

目的	本町の特定健康診査の受診率及び特定保健指導の利用率は国及び同規模の市町村と比較して低い水準にある。受診率等の向上のため、対象者には特定健康診査や特定保健指導の重要性の意識づけが必要である。	
事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の結果説明会を実施し、継続受診や特定保健指導の利用を促す。 ・ 広報紙に特定健康診査や生活習慣病予防に関する情報を掲載する。 ・ 特定健康診査の受診を呼びかけるポスターやチラシを作成し、関係機関に設置・配布を依頼する。 	
評価結果	評価判定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診結果説明会の参加者数とアンケート結果 ・ 特定健診結果説明会の参加者の次年度受診率（FKAC161, FKAC167） ・ 特定健康診査・特定保健指導の受診率（法定報告） ・ メタボリックシンドローム予備群及び該当者の割合（KDB）
	成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結果説明会参加者には継続受診の重要性を伝えることができた。 ・ 結果説明会の実施形態が対象者のニーズに即していなかった。 ・ 特定保健指導の重要性に関する周知が充分でない。
	今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ みなし健診（人間ドック助成事業）の周知の強化 ・ 参加者ニーズに基づく特定健診結果説明会の実施形態の変更（集団から個別へ） ・ 特定保健指導の案内等の勧奨方法の工夫

7. 計画後半の事業（見直し・改善策の検討結果）

今回、各事業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、評価指標や目標値が定まっていないものがあり、計画の内容に沿って指標設定等の整理を行いました。また、評価にアウトプットとアウトカムの要素を入れることで評価方法の見直しを図りました。

計画後半に取り組む内容については以下のとおりです。

事業名 特定健診未受診者対策事業

<p>目的</p>	<p>第2期データヘルス計画では、特定健診受診率を毎年度5%上昇させ、令和5年度には60%を目標としている。しかし、実際は伸び悩み、令和元年度の受診率は33.8%であり、継続受診率（2年連続）（80%）、若年層（40～54歳）の受診率（15%程度）及び新規対象者の受診率（20%）が課題となっている。特定健診は被保険者の健康課題を知ることができる貴重な情報源である。課題の分析、医療費削減に役立てるためには、毎年の受診を促し、経年的な健康状態の把握に努める必要がある。</p>	
<p>事業の概要</p>	<p>過去の特健健診受診状況や結果と照合し、効果的なグループ分けによる対象者名簿を作成、受診勧奨対象者の選定を行い、受診勧奨通知の発送や電話による受診勧奨を行う。受診率の低い層にアプローチするため、40歳に到達した新規対象者やその他の若年層を重点的に勧奨を行う。</p>	
<p>目標 (短期)</p>	<p>アウト プット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診対象者全員へハガキ勧奨を行う（見込み：5,000名）。 ・ 新規対象者（国保新規加入、40歳到達）で電話番号の把握がある者に電話勧奨を行う（見込み：450名）。 ・ 昨年受診した者のうち過去3年間で2回以上受診した者で電話番号の把握がある者へ電話勧奨を行う（見込み：250名）。 ・ 若年層（40～54歳）のうち電話番号の把握がある者へ受診勧奨を行う（見込み：750名）
	<p>アウト カム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の受診率 35% ・ 新規対象者の受診率 25%（40歳および新規加入者それぞれ） ・ ハガキ受診勧奨者の受診率 25% ・ 電話受診勧奨者の受診率 35% ・ 継続受診率 85%
<p>指標</p>	<p>アウト プット</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨ハガキ送付数 ・ 電話勧奨件数
	<p>アウト カム</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨者数・受診率（ハガキ30%、電話40%） ・ 特定健診受診率を同規模の市町村の受診率である40%に向上させる。 ・ 継続受診率（2年連続）90% ・ 若年層（40～54歳）の受診率 30% ・ 新規対象者の受診率 30%

事業名 慢性腎臓病（CKD）予防対策事業

目的	第2期データヘルス計画では、総医療費に占める割合のうち糖尿病や慢性腎臓病(人工透析あり)の割合が多く、医療費適正化の観点から糖尿病性腎症重症化予防事業を進める必要がある。	
事業の概要	特定健診受診結果からハイリスク者を抽出し、過去の受診状況をレセプト等から判断し、受診状況により受診勧奨や重症化予防の保健指導を行う（糖尿病性腎症重症化予防保健指導・受診勧奨、レッドカード事業）。啓発講演会で理解を深めてもらい生活改善を促す。	
目標 (短期)	アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導事業参加数(見込み：2名) ・ 啓発講演会を行う(見込み：1回)、および周知を行う(見込み：3回) ・ ハイリスク者のうち医療機関未受診者に受診勧奨を行う(見込み：20名) ・ 初回勧奨後、医療機関未受診者に再勧奨を行う(見込み：10名)
	アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨者(再勧奨も含む)全員が1年以内に医療機関を受診する100% ・ 受診勧奨者のうち医療機関を受診した者及び保健指導参加者の次年度のHbA1c、空腹時血糖、eGFR値の平均値を下げる(eGFR値は長期的に観察) ・ 保健指導参加者全員が途中で脱落しない0% ・ 啓発講演会の参加率70%
指標	アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導参加数 ・ 医療機関受診勧奨者の受診率
	アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規透析者数(特定疾病) ・ 年間の透析患者数(人単位)減少 ・ 特定健診の受診者のうちHbA1c(5.6%)、空腹時血糖(100mg/dl以上)、eGFR値(60ml/min/1.73m²未満)の者の割合減少 ・ 糖尿病に係る年間の医療費(レセプト点数)減少 ・ 100万円以上(10万点以上)の糖尿病に係るレセプト件数減少

事業名 高血圧予防対策事業

目的		第2期データヘルス計画では、メタボリックシンドローム予備群・該当者には血圧及び血糖に関連したリスクが県・同規模の市町村・国に比べて高く、また人工透析を行っている者のうち80%以上が高血圧に罹患していることが示された。医療費適正化の視点からも高血圧の対策が必要である。
事業概要		特定健診受診結果からハイリスク者を抽出し、過去の受診状況をレセプト等から判断し、受診状況により受診勧奨を行う(レッドカード事業)。
目標 (短期)	アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスク者のうち医療機関に通院が確認できない者に受診勧奨を行う(レッドカード事業)(見込み:20名)。 一度目の勧奨で医療機関に受診していない者に対して全員に再勧奨を行う(見込み:10名)。
	アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨者全員が、医療機関に通院する 100% 受診勧奨者のうち勧奨後に受診した者の次年度の特定健診の受診結果の血圧値の平均値 減少
指標	アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 初回勧奨数、再勧奨数(レッドカード事業)
	アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 次年度の特定健診の受診者で収縮期血圧が130mmHg以上の者、拡張期血圧が85mmHg以上の者の割合 減少 医療機関受診者の次年度の特定健診結果における収縮期血圧、拡張期血圧の平均値 減少 高血圧に係る年間の医療費(レセプト点数) 減少

事業名 がん検診等の受診勧奨事業

目標	第2期データヘルス計画では、各種がん検診受診率は、県より低い状況であり、がんによる死亡割合が高いことが示されている。そのため、がん検診の受診率を引き上げることが必要となっている。
事業の概要	受診率向上のためにがん検診の周知を図り、受診しやすい環境を整えるとともに効果的な勧奨を行う必要がある。胃がんの予防・早期発見や検診の受診率の向上、乳がん子宮がん検診の受診率向上を目指し、特に青年期・壮年期の受診率向上を重点的に取り組む必要がある。そのために、対象の年齢(乳がんは41歳、子宮がんは21歳)に無料クーポンの配布を行い、50歳代・60歳代には個別で胃がんの受診勧奨等を行う。
目標 (短期)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳がん検診・子宮がん検診の無料クーポンの発送(見込み：327名)(乳がん：166名、子宮がん：161名) ・ がん検診の精密検査の受診状況を確認し、未受診者には受診勧奨を実施(見込み：70名) ・ 50歳代・60歳代に対する個別受診勧奨(胃がん健診)(見込み：800名) ・ 乳がん・子宮がん検診の個別受診勧奨(幼児健診に来所した保護者への子宮がん検診の周知等)(見込み：600名) ・ 国保加入者への個別受診勧奨 ・ 広報・ホームページでの案内周知 ・ 商工会等職域との連携 ・ 検診時の減塩や喫煙等に関する情報提供等
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要精密検査者の受診率 ・ 無料クーポン発送者の受診率 ・ がん検診の受診率(胃・肺・大腸・子宮・乳)(アンケート・市町村実施) ・ 喫煙率
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん検診の受診率(胃・肺・大腸・子宮・乳)(アンケート・市町村実施) ・ 再勧奨者数・勧奨者受診者数 ・ 無料クーポン発送者の受診率 ・ がんによる死亡率(KDB) ・ がんに係る年間の医療費(レセプト点数)(KDB) ・ 100万円以上(10万点以上)のがんに係るレセプト件数(KDB) ・ がん標準化死亡比(全国、県より高い胃・乳・子宮を重点的に減少させる) ・ 胃がん標準化罹患比(ただし、がん登録の制度の変更によりH28～の市町村ごとのデータは単年度では出ず公表されるかは未定)

事業名 特定健康診査・特定保健指導に関する情報等の発信

目標	第2期データヘルス計画では、特定健診受診率を毎年度5%上昇させ、令和5年度には60%を目標としている。しかし、実際は伸び悩み、令和元年度の受診率は33.8%であり、継続受診率(2年連続)(80%)と停滞しているため情報発信を強化する必要がある。また、特定保健指導の利用者数も伸び悩んでいるため情報発信する機会を設ける必要がある。
事業の概要	特定健診結果説明会を行い、健診を毎年受診する大切さを理解してもらい継続受診率を向上させる。医療機関や公共施設などで特定健診に係る情報を発信することにより受診率の向上を図る。また、人間ドック助成事業の周知を行い、みなし健診の一環としての人間ドック受診者数を向上させる。
目標 (短期)	アウトプット <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診結果説明会を行う(見込み：年間3回) ・ 医療機関や公共施設などに特定健診のポスター掲載をする(見込み：2回) ・ 特定健診の周知を広報等で行う(見込み：4回) ・ 特定保健指導の周知を広報等で行う(見込み：3回) ・ 人間ドック助成事業の周知を広報等で行う(見込み：3回)
	アウトカム <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の受診率 35% ・ 特定保健指導の利用率 20% ・ 特定健診結果説明会の参加率 100% ・ 特定健診結果説明会参加者の次年度の特定健診受診率 増加 ・ 人間ドックの受診者数(みなし健診の数) 増加
指標	アウトプット <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の周知を広報等で行う ・ 特定保健指導の周知を広報等で行う ・ 人間ドック助成事業の周知を広報等で行う ・ 特定健診結果説明会の参加者数 増加
	アウトカム <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診の受診率 40% ・ 特定保健指導の利用率 25% ・ メタボリックシンドローム予備群・該当者の人数 減少 ・ 結果説明会参加者の次年度の特定健診受診率 100% ・ 特定健診受診者の1人当たりレセプト点数 減少

8. 今後の予定と最終評価

(1) 評価と見直し

地域包括ケアの視点を視野に入れながら最終年度に、データヘルス計画第1章V「実施する保健事業」の各項について中間評価に設定した評価指標をもとに評価を行う（保険者努力支援制度の視点も入れる）。なお、評価は庁内関係課による田原本町国民健康保険保健事業実施計画評価検討会を開催し、専門的、技術的観点から意見等を受けて行います。

(2) 田原本町国民健康保険運営協議会への報告

本計画に係る進捗状況について、田原本町国民健康保険運営協議会に報告します。

(3) 個人情報保護対策

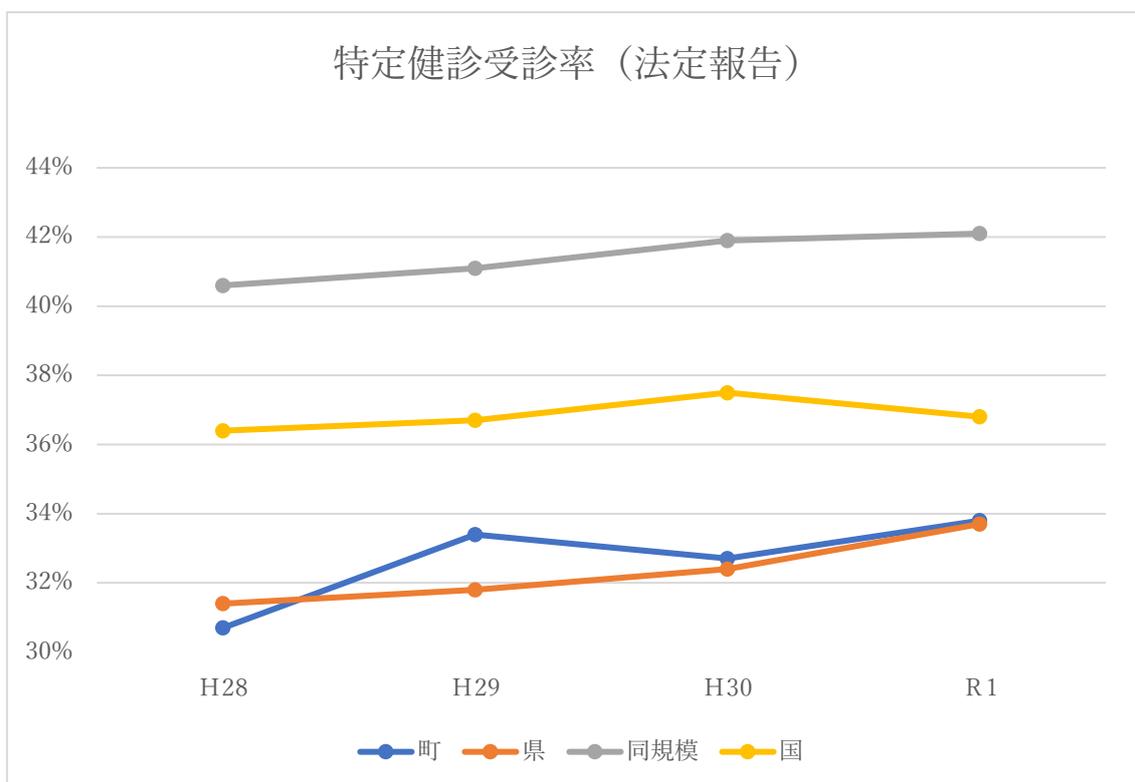
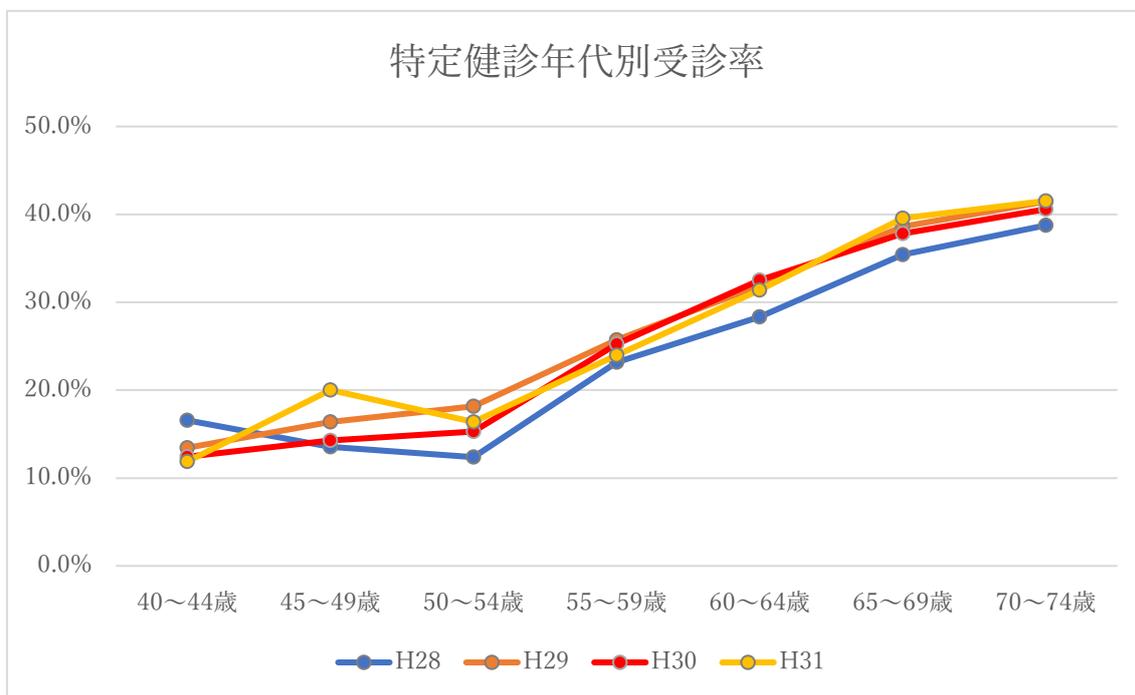
保健事業に関するデータや記録は重要な個人情報です。田原本町個人情報保護条例、高齢者の医療の確保に関する法律、個人情報の保護に関する法律これらに基づくガイドライン等を踏まえ、厳格な運用・管理を行います。

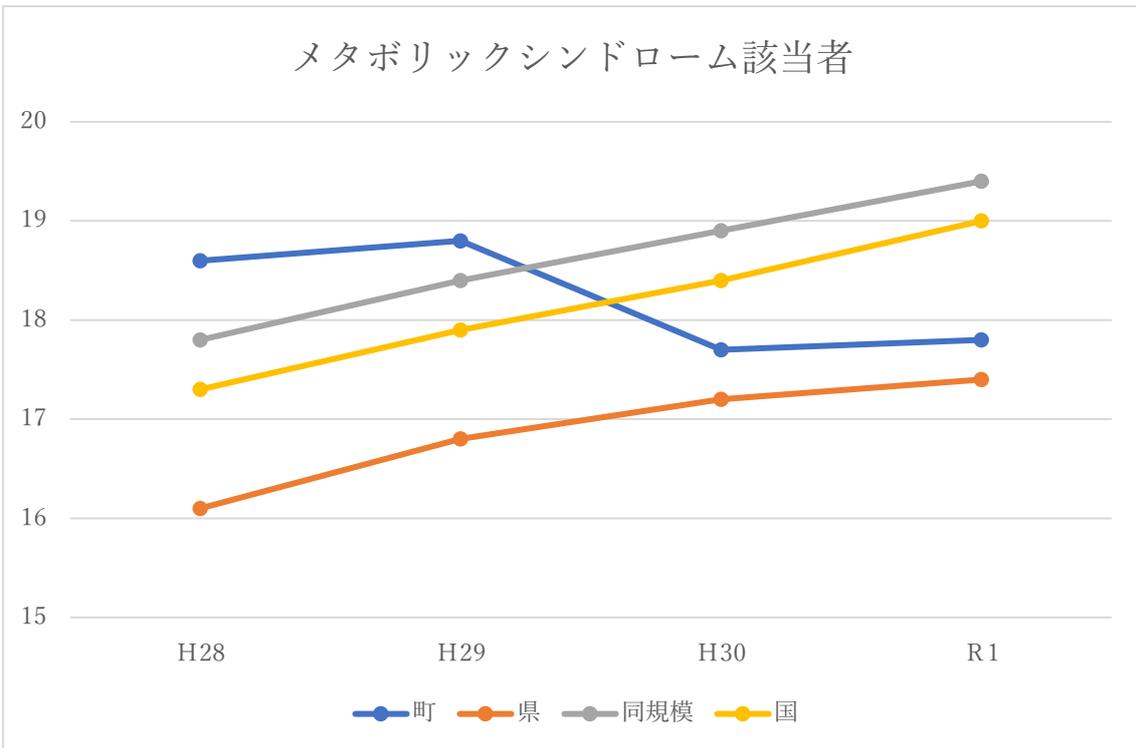
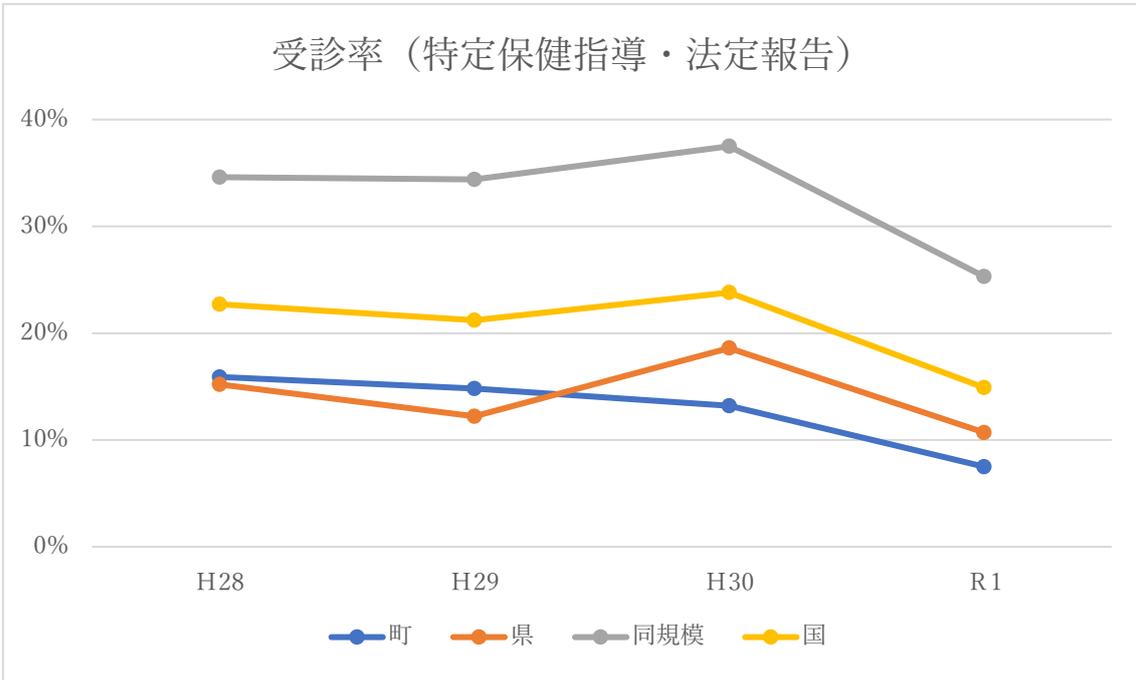
また、事業を委託する場合、委託先に対しては、個人情報の厳重な管理や目的外利用の禁止等について契約書に定めるとともに、その徹底を求めています。

(4) 国や関係機関等への報告

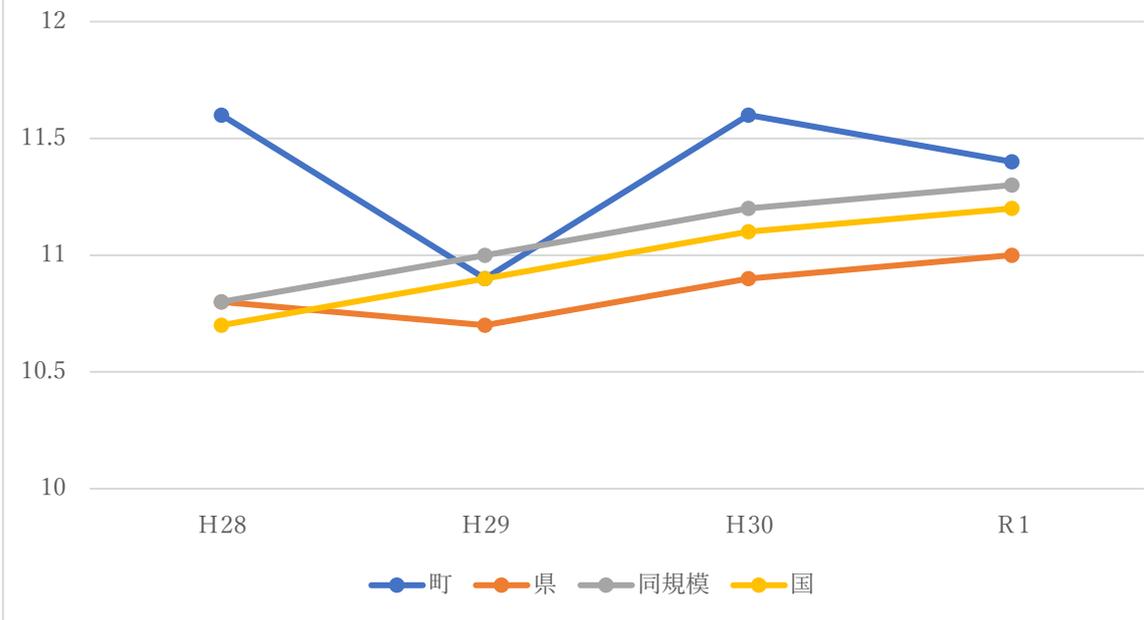
国や関係機関への報告に当たってはデータを統計的に処理し、個人が特定できないよう個人情報を匿名化したうえで提供を行います。

参考資料

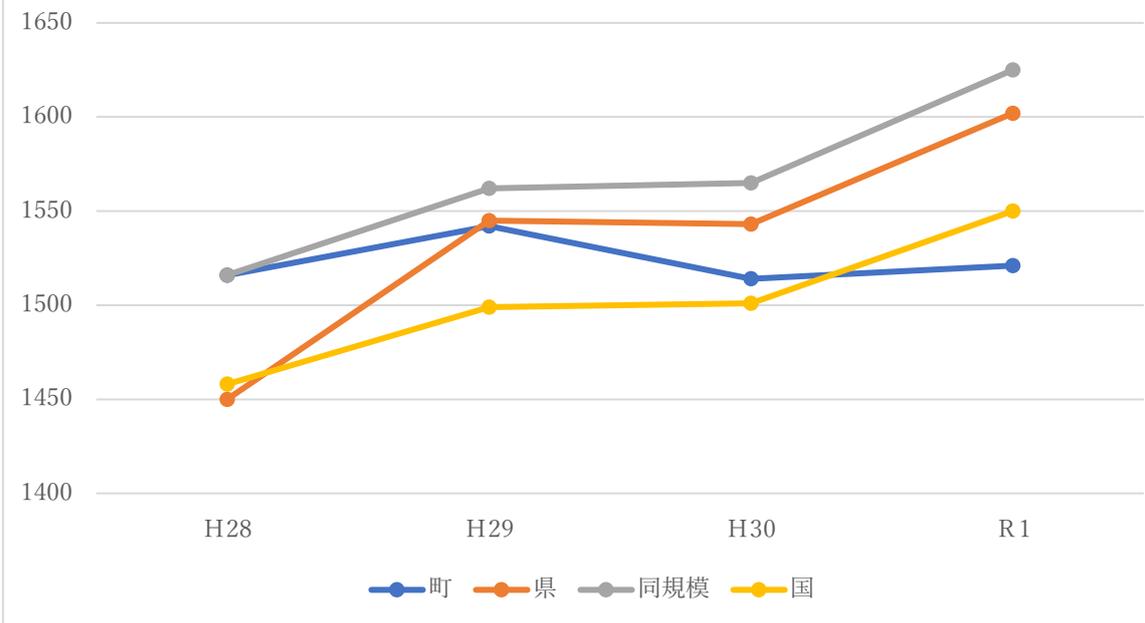


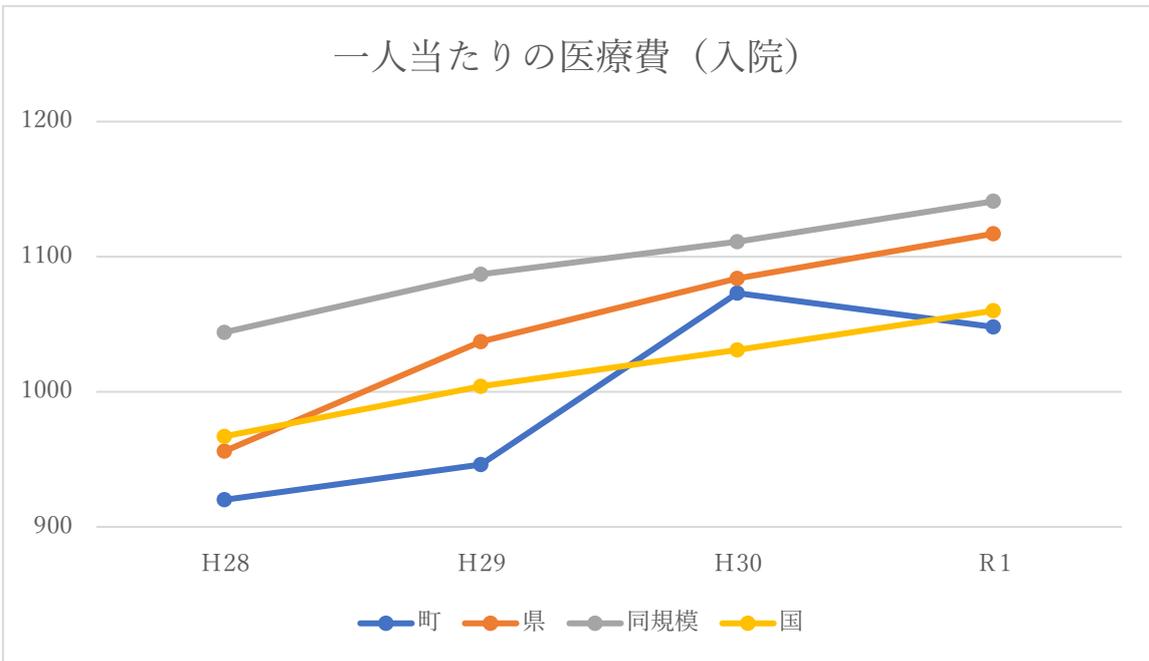


メタボリックシンドローム予備群



一人当たりの医療費（外来）





田原本町国民健康保険
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）
中間評価

発行年月：令和3年3月
発行：奈良県 田原本町
〒636-0392 奈良県磯城郡田原本町890-1
TEL：0744-32-2901 FAX：0744-32-2977
編集：田原本町 住民保険課
