

第2期
坂町国民健康保険データヘルス計画

令和2年度～令和5年度

坂町国民健康保険

目次

I 基本的事項

- 背景と目的
- 計画の位置づけ
- 計画期間
- 実施体制・関係者連携
- 現状の整理

II 健康医療情報等の分析と課題

- 平均寿命等
- 医療費の分析
- 介護費の分析
- 特定健康診査・特定保健指導の分析
- その他
- 健康課題の抽出

III 計画全体

- 健康課題／目的・目標／評価指標／現状値／目標値

IV 事業

- 特定健康診査
- 特定保健指導
- 糖尿病性腎症重症化予防事業
- その他事業

V その他

- データヘルス計画の評価・見直し
- データヘルス計画の公表・周知
- 個人情報の取扱い
- 地域包括ケアに係る取組
- その他留意事項

第2期データヘルス計画

坂町

参照データ

背景と目的		<p>高齢化率28%（2018年）の超高齢社会を迎えたわが国の目標は、長寿を目指すことから健康寿命を延ばすことになってきており、画一的な働きかけでは人々の「生活の質」を高めることは難しい。政府では、「日本再興戦略（2013年）」において、国民の健康寿命の延伸のための予防・健康管理の推進に資する新たな仕組みづくりとして、保険者による「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとした。また、政府の「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、市町村による「データヘルス計画」が健康なまちづくりに資する仕組みとして位置づけられた。こうした背景を踏まえ、厚生労働省では「保健事業の実施等に関する指針」の一部を改正する等により、保険者等は健康・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「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した。</p> <p>坂町国民健康保険では、被保険者の健康増進を目的に「データヘルス計画」を策定し、実施する。具体的には、健康・医療情報を活用して地域の健康課題を抽出し、庁内の関連部署や地域の関係機関などと共創して健康課題の解決に努めることとする。</p>	
計画の位置づけ		<p>坂町国民健康保険「データヘルス計画」は、第5次坂町長期総合計画（令和2年度～令和11年度）を上位計画とし、第2次（後期）健康さか21（平成30年度～令和5年度）など関連する計画と整合性を図り、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診・レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用する。</p>	
計画期間		令和2年度～令和5年度	
実施体制・関係者連携	地域の関係機関との共創	<p>本計画の策定および運用においては、地域の関係機関として、安芸地区医師会・安芸地区歯科医師会・安芸地区薬剤師会その他地域の関係団体との連携により進める。</p>	
	庁内組織との共創	<p>本計画の策定および運用においては、保険健康課が主体となって進める。</p>	
現状の整理	被保険者等の特性	<p>年齢別被保険者構成割合 39歳以下が17.4%、40-64歳が28.6%、65-74歳が54.0%であり、県平均よりも39歳以下の割合が低く、65-74歳の割合が高い。 (令和2年度)</p>	地域の全体像の把握－被保険者構成
	被保険者数の推移	<p>令和2年度の被保険者数は2,420人であり、平成28年度の2,868人から年々減少傾向にある。 (令和2年度)</p>	地域の全体像の把握－被保険者構成
	前期計画等に係る考察	<p>前期計画では、特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率向上を目標に設定して事業に取り組み、特定健診の受診率は一定数伸びたが、どちらとも目標値は未達成である。糖尿病性腎症重症化予防事業は希望者が少なく実施率が伸び悩んでいる。各種健康増進事業は被保険者を含め住民全体を対象として実施しており、健康増進に資するものとなっている。</p>	

第2期データヘルス計画

坂町

		参照データ					
平均寿命等	<p>○平均寿命は、男性81.1歳、女性87.3歳。男女とも県平均と同水準。(令和2年度)</p> <p>○平均自立期間は、男性80.1歳、女性84.2歳。男女とも県平均と同水準。(令和2年度)</p>	地域の全体像の把握 - 平均寿命/平均自立期間					
医療費の分析	医療費のボリューム(経年比較)	<p>○一人あたり医療費(医科)は年々増加傾向にあり、32,213円で国の平均(27,349円)よりも高い水準。</p> <p>○一人あたり医療費(歯科)も医科と同様、年々増加傾向にあり、3,134円で国の平均(2,037円)よりも高い水準。</p> <p>○一人あたり医療費(医科)は32,213円で、同規模の平均(29,123円)よりも高い水準。</p> <p>○一人あたり医療費(歯科)も医科と同様、3,134円で国の平均(1,907円)よりも高い水準。(令和元年度)</p>	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 ⑧⑨⑩⑪⑫				
	疾病分類別の医療費(都道府県内比較)	<p>○疾病分類別医療費の割合は、がん(32.1%)、精神(20.2%)、筋・骨格(18.2%)の順に多い。県と比較すると精神の割合がやや高い。</p> <p>○1件あたりの入院医療費は新生物(734,607円)、心疾患(703,495円)、糖尿病(656,606円)の順に高い。県内順位も糖尿病(3位)、新生物(5位)、心疾患(6位)が高い。</p> <p>○1件あたり入院外医療費は腎不全(80,499円)新生物(58,489円)が高い。県内順位は歯肉炎・歯周病(1位)脂質異常症(4位)が高い。(令和元年度)</p> <p>○生活習慣病の入院・外来医療費点数は、同規模と比較すると精神が高い。</p>	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 ⑩⑪ (2)生活習慣病分析(生活習慣病別医療費分析)ア、イ				
介護費の分析	<p>○介護認定率は18.7%で、県平均(20.4%)よりも低い。</p> <p>○1件あたり介護給付費は76,866円で、県平均(60,506円)よりも高い(令和元年度)</p> <p>○同規模比較では、介護認定率は同規模平均(19.6%)よりも低いが、1件あたり介護給付費は同規模平均(73,634円)よりも高い。</p>	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 ⑫					
特定健康診査・特定保健指導の分析	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	<p>○特定健診の実施割合は32.5%、県平均(30.5%)より高いが国平均(36.8%)より低い。性別にみると男性(26.0%)のほうが女性(32.5%)より低い。年齢別にみると、男女とも若年層の実施割合が低く、特に男性の若年層(50歳未満)では15%に満たない。</p> <p>○特定健診-県との比較(性・年齢別)→性別比較において、70歳以上になると男女差が縮まるが、坂町においては男女差がどの年齢別でも10pt前後、男性の受診率が低い(令和元年度)</p> <p>○特定保健指導の実施割合は4.4%で県平均(14.3%)より低い。性別にみると男性(1.9%)のほうが女性(7.9%)より低い。(令和元年度)</p> <p>○特定保健指導-県との比較(性・年齢別)→年齢別にみると40歳代での利用率が男女ともに0であり、50歳代以降で利用している(令和元年度)</p>	健康スコアリング(健診)				
	特定健診結果の状況	<p>○生活習慣病リスク保有者の割合をみると、脂質(40.1%)血糖(44.1%)は県平均よりやや少ないが、肥満(40.2%)血圧(65.7%)肝機能(26.1%)は県平均よりやや多い。(令和元年度)</p>	健康スコアリング(健診)				
	質問票調査の状況	<p>○適正な生活習慣を有する者の割合はほぼ県平均だが、運動習慣リスクなし(42.9%)と飲酒習慣リスクなし(90.5%)が県平均よりやや少ない。(令和元年度)</p>	健康スコアリング(健診)				
その他	<p>○がん検診の受診率が県平均より低い傾向にある。(胃がん検診(5.8%)肺がん検診(4.8%)大腸がん検診(6.3%)乳がん検診(18.8%)子宮頸がん検診(15.6%)(令和元年度)</p> <p>○自殺者の内訳では、国、県に比べ、男性の割合が高く(81.8%)、男性のうち40歳代の男性の割合が高くなっている。(54.5%)(平成26年~平成30年平均)</p>	地域保健・健康増進事業報告、地域自殺実態プロフィール2019(坂町自殺対策推進計画)					
健康課題の抽出			健康課題の分類				
			医療費	健康状況	生活習慣	地域環境	その他
	A	生活習慣病高リスク者が多い		●			
	B	生活習慣の乱れ			●		
	C	一人あたり医療費(医科・歯科)が高い	●				
	D	生活習慣病対象者のうち糖尿病が占める割合が大きい(外来治療費点数が高い)		●			
E							

第2期データヘルス計画

坂町

健康課題	優先する健康課題	健康課題の分類					対応する保健事業番号
		医療費	健康状況	生活習慣	地域環境	その他	
A 生活習慣病高リスク者が多い			●				1,2
B 生活習慣の乱れ				●			1,2,6
C 一人あたり医療費（医科・歯科）が高い		●					4,5
D 生活習慣病対象者のうち糖尿病が占める割合が大きい（外来治療費点数が高い）			●				1,2,3

目的 (健康課題の解決)	目標 (課題解決の目安)	評価指標 (解決度を測る指標)	現状値	目標値					
				2018 (H30)	2019 (R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)
日頃から自分の健康状態を把握し、生活習慣病を予防する。	○特定健診受診率を向上させ、早期発見につなげる。	○特定健診受診率	32.5%	30%	30%	40%	45%	48%	50%
	○定期的に血圧、体重測定をする人を増やす。	○定期的に血圧、体重測定をしている人の割合（特定健診（集団健診）受診者）	令和3年度中に設定	-	-	-	80%	80%	80%
	○特定保健指導実施率を向上させ、生活習慣の改善につなげる。	○特定保健指導実施率	4.4%	5%	10%	15%	20%	25%	30%
生活習慣を改善し、住民（被保険者）のQOLの向上を図る	○1回30分以上運動習慣なしの人を受診者の45%以下とする。	○特定健康診査受診者のうち1回30分以上の運動習慣なしの割合	58.5%	59%	59%	55%	53%	50%	45%
	○喫煙者を9%以下とする。	○特定健康診査受診者のうち喫煙者の割合	11.0%	11%	11%	11%	10.5%	10%	9.0%
医療費の適正化	○後発医薬品の使用を促進し、医療費の適正化を図る。	○後発医薬品使用割合（数量シェア）	68.89%	-	-	80%	80%	80%	80%
	○歯周疾患健診の受診率を向上させ、健康的な口腔環境を保持できる人を増やす。	○歯周疾患受診率（町民）	9.0%	9%	9%	9%	12%	15%	18%
糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせ、医療費の適正化を図る	○人工透析への移行を防止する又は遅らせる。	○国保被保険者のうち新規の透析移行者数	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

番号	事業分類	事業名	新規	重点	事業シート
1	特定健康診査	特定健康診査			事業(1)
2	特定保健指導	特定保健指導			事業(2)
3	糖尿病性腎症重症化予防事業	糖尿病性腎症重症化予防事業			事業(3)
4	後発医薬品差額通知事業	後発医薬品差額通知事業			事業(4)
5	歯周疾患健診	歯周疾患健診	新規		事業(5)
6	健康づくり事業	水中ウォーキング教室、禁煙相談			事業(6)
7					
8					
9					
10					
11					
12					

データヘルス計画（事業） 坂町

1 特定健康診査

事業の目的・目標	日頃から自分の健康状態を把握し、生活習慣病を予防するため、特定健康診査の受診率を向上させる。
-----------------	--

目標を達成する

	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
				成果を測る評価指標 アウトカム指標	運動習慣リスクなしの割合	健康スコアリング(健診)(KDBシステム)	目標値	44.0%	45.0%	46.0%
			実績値	42.9%						
	血圧リスクありの割合	健康スコアリング(健診)(KDBシステム)	目標値	65%	64%	63%	62%			
			実績値	65.7%						

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 ○特定健康診査受診者 ○特定健康診査受診者のうち健診結果で血圧・脂質において基準値以上であるが、健診結果通知後医療機関未受診者である健診結果異常値放置者。ただし、町保健師がすでに指導している者を対象者から除外する。	対象	
---	-----------	--

	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
				実施量(率)を測る アウトプット指標	特定健診受診率	特定健診の受診率が前年度より向上しているか	目標値	40.0%	45.0%	48.0%
			実績値	32.0%						
			目標値							
			実績値							

実施率を上げる

事業を実施するための方法やプログラム内容 ○健康診査結果項目の数値異常のある時の疾患リスク、検査値の意味、改善方法を記載した資料や既存の健康づくり事業のチラシを健診結果送付時に郵送する。 ・100万歩歩いて元気になろう・筋力アップ教室・みんなでウォーキング ・塩分、減塩料理教室 ・ようよう坂町ウォーキング 他 ○健診結果説明会を開催し、個別に相談・アドバイスを行う。 ○健診結果異常値放置者に対して翌年度に医療機関受診勧奨通知を発送するとともに、通知後も医療機関未受診の者には電話による再勧奨を行う。	○郵送し、参加を促す健康づくり事業のチラシ ・100万歩歩いて元気になろう・筋力アップ教室・みんなでウォーキング ・塩分、減塩料理教室 ・ようよう坂町ウォーキング ○健診結果説明会の開催 ・健診結果送付月、2回/年 ○健診結果異常値放置者への医療機関受診勧奨通知1回、電話1回/年	方法 (プロセス)	参加を促す方法、周知方法 ○特定健康診査受診対象者の自己負担金無料化の継続実施 ○年2回集団健診を実施。休日（土曜日）にも集団健診実施日を設け幅広い層の受診機会拡充を図る。 集団健診5日間のうち1日土曜日に実施し、全て午前中健診とする。 ○集団健診ではがん検診も同時受診可能であることを周知し受診を促す。 ○がん検診受診券送付時、特定健診の受診を促す記事も掲載する。 ○A Iを使用して特定健診未受診者を抽出し、圧着ハガキによる受診勧奨通知を発送する。 ・6月:未受診者（過去の未経験者及び不定期受診者） ・9月:過去の連続受診者・未経験者・不定期受診者のうち、勧奨時点の未受診者 ○特定健診デビュー年齢の方を受診につなげるため、他事業とのタイアップで40歳になる方への電話・訪問で受診勧奨を行う。 ○特定健康診査を含む住民健診勧奨のチラシ作成・配布により受診を促す。 ○治療中の方の情報提供事業の制度周知を図る。	○集団健診年2回延べ5日間のうち1日土曜日に実施し、全て午前中健診とする。 ○特定健診未受診者への受診勧奨通知発送 ・6月:未受診者（過去の未経験者及び不定期受診者） ・9月:過去の連続受診者・未経験者・不定期受診者のうち、勧奨時点の未受診者 ・対象者について、令和元年度に未経験者に対し重点的に受診勧奨を実施した結果、受診につながったので、令和2年度までの健診受診未経験者のみから不定期的に受診者を追加し、拡充する。令和3年度以降は、不定期受診者に対しても重点的に勧奨を実施し、リピーターへ変化させ受診率向上につなげる。 ○自殺対策事業とのタイアップにより、40歳になる方への電話・訪問による受診勧奨を行う。 ○住民健診勧奨のチラシ作成 1. 「特定健診を受けましょう」という言葉だけの勧奨は、ピンとこない方も多い。どうして受ける必要があるのか、毎年受診することで自分の体のどういった状態を知ることができるのかを知らせることで、新たな受診・連続受診を定着させるきっかけづくりとする。 2. 新規国保加入者に対し、社会保険から変わったときの健診受診についてチラシを配布し、受診勧奨をする。→人間ドックから集団健診への移行に抵抗のある方が多い。 （無料で受診できることや、集団健診・個別健診・がん検診の同時受診など選択肢を盛り込んだものを作成する） ○治療中の方の情報提供事業について、特定健診に関する問い合わせ時、当該事業に係る制度説明を丁寧に行うなどにより周知を図る。
--	--	---------------------	---	---

事業を実施するために必要な共創体制 ○特定健診（集団健診）実施機関と連携し、健診結果送付時に付加価値の高い情報提供を実施 ○ようよう坂町ウォーキングなど、健康づくりに繋がる事業を産官学が連携し、持ち回りで実施 ○減塩料理教室を地域の食生活改善推進員と連携し実施 ○健康管理指導士と連携し、筋力アップ教室などを実施 ○県と連携し、業者委託により、血圧・脂質に係る健診結果異常値放置者に対して、翌年度に医療機関受診勧奨通知を発送するとともに、通知後も医療機関未受診の者には電話による再勧奨を行う。	○産官学（商工会、文化学園大学、坂町教育委員会生涯学習課）との連携：「ようよう坂町ウォーキング」 ○食生活改善推進員との連携:減塩料理教室 ○健康管理指導士との連携:筋力アップ教室、100万歩歩いて元気になろう会	体制 (ストラクチャ)	参加を促すために必要な共創体制 ○国保連に「未受診者勧奨事業」を委託し、A Iを使用した特定健診未受診者への受診勧奨通知を引き続き実施 ○1月の集団健診前に、商工会へ特定健康診査を含む住民健診勧奨チラシ配布の協力を依頼する。 ○広島市医師会及び安芸地区医師会に委託し、治療のために通院している被保険者について、医療機関から検査データを提供していただくことで特定健診を受診したものとみなすための「治療中の方の情報提供事業」を引き続き実施	○国保連に「未受診者勧奨事業」を委託し、A Iを使用した特定健診未受診者への受診勧奨通知を実施 ○1月の集団健診前に、商工会へ特定健康診査を含む住民健診勧奨チラシ配布の協力を依頼する。 ○広島市医師会及び安芸地区医師会に委託し、治療のために通院している被保険者について、医療機関から検査データを提供していただくことで特定健診を受診したものとみなす「治療中の方の情報提供事業」を実施
--	--	-----------------------	---	--

2 特定保健指導

事業の目的・目標	生活習慣を予防するため、特定保健指導の実施率を向上させ、生活習慣の改善を図る。
-----------------	---

目標を達成する

評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
			目標値		—	80%	80%		
成果を測る評価指標 アウトカム指標	定期的に血圧、体重測定をしている。 (特定健診(集団健診)受診者)		実績値	—	令和3年度中に設定				
			目標値						
			実績値						

成果を上げる

実際に事業を提供する対象	○特定保健指導利用者全員
---------------------	--------------

評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
			目標値		15.0%	20.0%	25.0%		
実施量(率)を測る アウトプット指標	特定保健指導 実施率		実績値						
			目標値						
			実績値						

実施率を上げる

参加を促す対象	○特定保健指導の対象者全員 ○町保健師による利用勧奨を、積極的支援の方および、比較的若い年代に対して行う。	○町保健師による利用勧奨 ・40歳代～60歳代に対して行う。 ・対象者数によっては、40歳代、50歳代を対象を絞り実施する。
----------------	--	--

事業を実施するための方法やプログラム内容	○集団健診受診者に係る特定保健指導について、集団健診時の初回面接①は、集団健診前に、町保健師間で初回面接①の内容について町作成のマニュアルで確認し、実施する。初回面接②からは、委託業者が初回面接①以降、3か月以内に実施する。 ○集団健診での初回面接や委託業者による特定保健指導の際、運動教室（100万歩歩いて元気になろう会、筋力アップ教室）、みんなでウォーキング会を紹介し、特定保健指導利用者に合った運動レベルの教室につなげる。 ○集団健診での初回面接や委託業者による特定保健指導の際、特定保健指導利用者に合った食生活改善に向けた健康料理教室を紹介し、参加を促す。 ○定期的な血圧・体重測定を勧め、習慣づけを図る。（健康管理用紙等の配布、体重計及び血圧計の購入勧奨。公共施設の血圧計の利用勧奨。） ○委託業者による特定保健指導では、積極的支援は個別面談を中心に行い、特定保健指導利用者が取り組みやすい生活習慣の改善を目標にする。	特定保健指導利用者に参加を促す運動教室等 ○100万歩歩いて元気になろう会：集団。音楽に合わせて運動する。少しハード 4月～3月、19回/年 ○筋力アップ教室：集団。椅子に座って行う。5月～3月、3会場 合計30回/年 ○みんなでウォーキング：個人。日々の歩数を記録し、1か月分を提出し、目標歩数達成に応じ、景品を渡す。5月～2月、10か月間 ○健康料理教室：減塩料理教室等 4月～3月、3会場 合計27回/年	参加を促す方法、周知方法 【集団健診受診者に係る特定保健指導】 ○町が、集団健診時に対象者に利用勧奨して初回面接①（分割）を行い、委託業者が実施する初回面接②へつなげる。 ○委託業者が初回面接②の利用勧奨通知発送後、町保健師が電話・訪問により当該面接の利用を勧奨する。 【個別健診受診者に係る特定保健指導】 ○特定健康診査の実施に係る周知時、特定健康診査受診対象者に対し、特定健康診査の個別受診及び特定保健指導の利用ができる医療機関について周知する。 ○個別健診後の特定保健指導は、業者による特定保健指導実施月の前月に、特定健診等データ管理システムにより対象者を決定する。決定後、対象者へ利用勧奨を通知し、町保健師が電話・訪問により当該面接の利用を勧奨する。	○委託業者は、初回面接①以降、3か月以内に初回面接②を実施するが、初回面接②の日程については、初回面接②の利用勧奨通知発送後から当該面接日までの間に、町保健師が電話・訪問により利用勧奨できる日数を確保して決定する。
-----------------------------	--	---	--	---

事業を実施するために必要な共創体制	○一部を特定保健指導実施事業者等への委託により実施する。 ○健康増進法に基づき市町村による健康増進事業を実施している課内保険健康係と連携し、運動教室（100万歩歩いて元気になろう会、筋力アップ教室）、みんなでウォーキング会、健康料理教室を実施する。	○集団健診受診者に係る特定保健指導利用者に対する特定保健指導は、初回面接②からの特定保健指導を事業者に委託する。 ○個別健診受診者に係る特定保健指導利用者に対する特定保健指導は、医療機関又は特定保健指導実施事業者に委託する。 ○課内保険健康係との連携事業：100万歩歩いて元気になろう会、筋力アップ教室、みんなでウォーキング会、減塩料理教室	参加を促すために必要な共創体制	○一部を特定保健指導実施事業者等への委託により実施する。 ○個別健診受診者が特定保健指導を受けやすい環境を確保するため、集合契約Bの特定保健指導実施医療機関と委託契約を締結する。	○集団健診受診者に係る特定保健指導対象者に対する初回面接②からの特定保健指導利用勧奨通知発送を事業者に委託する。 ○個別健診受診者に係る特定保健指導対象者に対する特定保健指導利用勧奨通知発送を事業者に委託する。
--------------------------	---	--	------------------------	--	--

データヘルス計画（事業） 坂町

3 糖尿病性腎症重症化予防事業

事業の目的・目標	医療費の適正化を図るため、糖尿病管理の徹底により合併症である腎不全、人工透析への移行を防止する又は遅らせる。
-----------------	--

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
	保健指導完了者のうち新規の透析移行者数（人）	当該年度の指導対象者のプログラム完了者のうち病期が進行した者がいないか	目標値		0人	0人	0人	0人		
		実績値	0人							
健診結果で血糖値が基準値以上の者の、医療機関受診率（%）	未受診の被保険者への受診勧奨を実施した者のうち、医療機関受診した者の割合	目標値		10.0%	15.0%	20.0%	25.0%			
		実績値	9.3%							

成果を上げる

実際に事業を提供する対象	<ul style="list-style-type: none"> ○プログラム参加勧奨通知を発送した対象者のうち、参加を希望された者 ○過年度に当該事業で候補者となった被保険者のうち、町保健師が注意すべき者とみなした者 ○医療機関受診勧奨通知を行った健診結果異常値放置者のうち医療機関未受診者
---------------------	---

事業を実施するための方法やプログラム内容	<p>○「広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会編）に則り、看護師等による面談や電話での保健指導を実施する。</p> <p>○令和2年度までは、過年度に当該事業で候補者となった被保険者に特段の働きかけをしていないが、今後は過去当該事業で候補者となった者のうち、注意すべき者を抽出して町保健師によるフォローアップを実施する。</p> <p>○健診結果異常値放置者への電話による医療機関受診勧奨 1回/年</p>
-----------------------------	--

事業を実施するために必要な共創体制	<p>○広島県、広島県医師会、広島県国民健康保険団体連合会と連携し実施する。</p> <p>○「広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいて広島県国保連が実施する糖尿病性腎症重症化予防事業に参加する。</p> <p>○プログラム参加者のかかりつけ医に、効果検証等のため、保健指導開始後の検査結果提出等の協力依頼を行う。</p> <p>○県と連携し、業者委託により、血糖値に係る健診結果異常値放置者で翌年度に医療機関受診勧奨通知を行った後も医療機関未受診の者に対し、電話による再勧奨を行う。</p>
--------------------------	---

実施率を上げる

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
	糖尿病性腎症重症化予防事業の実施率（%）	参加勧奨対象者のうち、プログラム利用（参加）者の割合	目標値		10.0%	10.0%	10.0%	10.0%		
		実績値	2.0%							
健診結果で血糖値が基準値以上の者の、医療機関未受診者への受診勧奨の実施率	事業対象者のうち、通知した者の割合	目標値		100%	100%	100%	100%			
		実績値	100%							



対象

方法
(プロセス)

体制
(ストラクチャ)

参加を促す対象	<ul style="list-style-type: none"> ○委託業者において健診結果やレポート情報等を分析し、病期のステージを判定して、抽出された保健指導候補者から、町においてすでに保健師が相談を受けている者や前年度事業参加者等を除外して選定した者 ○健診結果で血糖値が基準値以上であるが、健診結果通知後医療機関未受診者である健診結果異常値放置者。ただし、町保健師がすでに指導している者を対象者から除外する。 	○毎年参加希望者が少なく実施率が低いので、実施率向上のため、連携を図ることが比較的容易である町内医療機関をかかりつけ医としている被保険者を選定する。 ○健診結果異常値放置者については、町保健師がすでに指導している者を対象者から除外する。
----------------	--	---

参加を促す方法、周知方法	<ul style="list-style-type: none"> ○選定した糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者（保健指導候補者のうち町が選定した者）全員に対しプログラム参加勧奨通知をする。 ○健診結果異常値放置者に対して、健診結果について、レーダーチャート、血管年齢や発症リスク等を記載した、医療機関への受診を促す通知をする。 	○令和2年度までは、選定した糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者に対し、受託業者からプログラム参加勧奨通知を発送後、町から働きかけを行っていないが、今後募集期限間近で参加希望者が伸び悩んでいる場合は、当該対象者のうち重症度や日頃保健指導などで注意すべき者に対し、町から訪問・電話等により参加を勧奨する。 ○健診結果異常値放置者への医療機関受診勧奨通知 1回/年
---------------------	---	--

参加を促すために必要な共創体制	<ul style="list-style-type: none"> ○広島県、広島県医師会、広島県国民健康保険団体連合会と連携し実施する。 ○「広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいて広島県国保連が実施する糖尿病性腎症重症化予防事業に参加する。 ○候補者へのアプローチ不足を解消するために、参加勧奨通知発送前には、関係市郡地区医師会と連携し、地域の医療機関に事業実施の協力依頼を行う。 ○県と連携し、業者委託により、血糖値に係る健診結果異常値放置者に対して、翌年度に医療機関受診勧奨通知を発送する。 	○広島県、広島県医師会等が連携して「広島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定 ○プログラム参加勧奨通知発送前後に、安芸地区医師会坂支部に対し、事業実施の説明をしているが、注意すべき対象者については、かかりつけ医等からの働きかけを依頼することを検討する。あわせて、当該事業の効果をかかりつけ医等に対し説明し、協力を求める。
------------------------	---	--

データヘルス計画（事業） 坂町

4 後発医薬品差額通知事業

事業の目的・目標	後発医薬品のの使用を促進し、医療費の適正化を図る。
-----------------	---------------------------

目標を達成する

	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
				目標値		80%	80%	80%		
成果を測る評価指標 アウトカム指標	後発医薬品の使用割合（数量シェア）	3月診療月の保険者別の後発医薬品の使用割合（厚生労働省公表）公表までは削減効果報告書から暫定値とする	実績値	76.90%						
			目標値							
			実績値							

成果を上げる

実際に事業を提供する対象 後発医薬品差額通知を通知した被保険者	対象
---	-----------

事業を実施するための方法やプログラム内容 ○広島県国民健康保険団体連合会への委託により実施。令和2年度までは毎月であるが、令和3年度からは2月に一度、行動変容を促す内容の通知書を発送する。 通知の内容は、後発医薬品とはどのような薬なのか、切り替え方法はどのようなものか、などを、Q&A方式でイラストつきで説明し、目が留まりやすいようにする。また、具体的な削減金額を示し、医療費適正化に向けた意識の向上を図る。	方法（プロセス） ○「後発医薬品とは、先発医薬品と同成分であり、先発医薬品と比較して価格が安価であるため切り替えることで被保険者の負担が軽減されること、切替に当たっては病院や薬局で相談する」旨を記載した文書とする。また、被保険者の負担軽減、医療費適正化のために、より安価な後発医薬品を利用することで、費用がどれだけ削減できるかを分かりやすく記載した文書とする。
---	--

事業を実施するために必要な共創体制 ○広島県国民健康保険団体連合会への委託により実施する。 ○地域の医師会や薬剤師会等に協力を依頼し、連携して実施する。	体制（ストラクチャ） ○委託によって通知し、毎月削減効果額など効果検証報告書を受領し、性別ごなど効果額を確認する。 ○医療機関や薬局に、被保険者から通知を持参して相談があった場合の後発医薬品切替等の対応について協力を依頼する。
---	--

	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
				目標値		100.0%	100.0%	100.0%		
実施量(率)を測る アウトプット指標	実施率（%）	事業対象者のうち、通知した者の割合	実績値	100.0%						
			目標値							
			実績値							

実施率を上げる

参加を促す対象 ○後発医薬品に切替可能な先発医薬品を使用している被保険者。 具体的には「100円以上の削減効果が得られると見込まれる者、後発品率が100%未満の者、初回の通知から5か月目に未だ後発医薬品に切り替えが進んでいない者、削減効果の大きい者」から抽出する。	対象 ○委託先にて削減効果額などから対象者を抽出するが、薬との相性が合わない等の理由で通知を望まれない被保険者は対象外とする。
---	---

参加を促す方法、周知方法 ○広島県国民健康保険団体連合会への委託により実施。令和2年度までは毎月通知であるが、令和3年度からは広島県内統一の回数とするため、2月に一度、行動変容を促す内容の通知書を発送する。 なお、一度送付した者へは4箇月は送付しない。	方法（プロセス） ○令和2年度までは毎月通知であるが、令和3年度から県内統一で2月に1度の通知とする。
---	---

参加を促すために必要な共創体制 ○広島県国民健康保険団体連合会への委託により実施する。 ○地域の医師会や薬剤師会等に協力を依頼し、連携して実施する。	体制（ストラクチャ） ○地域の医師会や薬剤師会等に通知内容の調整等、協力を依頼する。
---	--

5 歯周疾患健診

事業の目的・目標 歯周疾患健診の受診率を向上させ、健康的な口腔環境を保持できる人を増やす。

目標を達成する

評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
成果を測る評価指標 アウトカム指標	歯周疾患健診受診者に占める「要精検者」の割合	40、50歳（令和3年度より60歳、70歳追加）	目標値	37%	35%	33%	30%		
			実績値	37.0%					
		目標値							
		実績値							

成果を上げる

実際に事業を提供する対象
○歯周疾患健診受診者のうち、要精密検査の者
令和3年度から、60歳、70歳を追加する。

対象

参加を促す対象
○歯周疾患健診の対象者（40歳、50歳の町民）
令和3年度から、60歳、70歳を追加する。

○令和3年度から、対象者を拡大し、60歳、70歳の町民を追加する。

事業を実施するための方法やプログラム内容
○歯周疾患健診受診者のうち、要精密検査の方全員へ個別通知により歯科医療機関への受診勧奨を行う。

○歯科医療機関への個別通知時期は、随時

方法
(プロセス)

参加を促す方法、周知方法
○対象者に案内通知、歯科健診受診票、関係団体と共同作成した歯周疾患予防関連パンフレット、請求書を入れた封筒を個別郵送し、封筒ごと持参し、受健してもらうよう受診勧奨を行う。（歯科医院の事務の円滑化を図る）
○集団健診受診者への通知、特定健診受診券送付時に歯周疾患予防関連パンフレットを同封する。
○6月（歯と口の健康週間）11月（いい歯の日）を中心に、広報誌へ歯科保健に関する記事を掲載し、定期的な歯科健診や歯周疾患予防を呼びかける。
○医療機関にポスターを掲示するとともに、かかりつけ医からも年1回の歯科健診を勧める。
○必要な予算を確保して歯周疾患健診受診者の経済的負担を軽減する。令和3年度から、自己負担額を1,200円から500円とする。
○健診を受けやすい環境を提供するため、広島市歯科医療福祉対策協議会に委託する。

○歯周疾患健診の受診勧奨通知時期 6月

○歯周疾患予防関連パンフレット同封時期 6月
・集団健診受診者への通知 5～6月（集団健診実施の2週間前）
・特定健診受診券送付 5月

○広報誌による定期的な周知 6月、11月を中心に実施

○医療機関へのポスターを掲示 6月～11月

○令和3年度から、歯周疾患健診受診者の自己負担額を1,200円から500円とする。

事業を実施するために必要な共創体制
◎町内歯科医院と事業実施に向けた連携の場をもつ。
◎歯科保健について、町内医師会（内科等）と連携する。（歯周疾患健診などの啓発等）

○町内歯科医院との連携の場 1回/年
○町内医師会（内科等）と連携して、歯周疾患健診への受診勧奨を依頼する。

体制
(ストラクチャ)

参加を促すために必要な共創体制
○できるだけ町民が健康な歯・口腔を保持できるよう、国保事業と健康増進事業の庁内連携を図り、歯周疾患健診をより一層の充実させていく。
○歯周疾患健診の拡充と併せて歯科健診の拡充を図るため、町内医療機関とも連携して、歯科保健に関する啓発・受診勧奨に力を入れていく。
○海田地域保健対策協議会において、歯科保健事業について協議し、対象者へ配布するパンフレットを作成する。

○歯周疾患健診について、対象者の拡大と自己負担額の軽減を図る。
○75歳の歯科健診（実施主体：広島後期高齢者医療広域連合）について、対象者を拡大し、令和3年度から、80歳、85歳対象の歯科健診を実施（実施主体：保険健康課）する。
○海田地域保健対策協議会において、歯周疾患予防関連パンフレットを作成する。

実施率を上げる

評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
実施量(率)を測る アウトプット指標	歯周疾患健診受診率	40、50歳の町民対象（令和3年度より60歳、70歳追加）	目標値	9%	12%	15%	18%		
			実績値	9%					
		目標値							
		実績値							

データヘルス計画（事業） 坂町

6 健康づくり事業

(1) 水中ウォーキング教室

事業の目的・目標 発生する疾病を予防し、生活習慣を改善し、住民（被保険者）のQOLの向上を図る。

目標を達成する

成果を測る評価指標 アウトカム指標	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
				目標値	実績値	目標値	実績値	目標値		
○1回30分以上運動習慣なしの人を受診者の45%まで下げる。	翌年度の健診時の問診票により判断		目標値	/	55%	53%	50%	45%		
			実績値	58.5%						
体脂肪率の減少した人の割合	初回と最終回で体脂肪を測定する（3密回避のため未実施のときは、アンケート結果から生活習慣改善割合を指標とする）		目標値	/	-	65%	70%	75%		
			実績値	61%						

成果を上げる

実際に事業を提供する対象
教室に参加した者のうち、国保被保険者

対象

参加を促す対象
○膝痛や腰痛のある方、肥満傾向の方、日頃運動不足の方
○特定健診やがん検診を含む町実施の集団健診や特定健診の問診の中から運動不足と思われる方も対象

事業を実施するための方法やプログラム内容
○初心者コースと上級者コースに分かれ、それぞれ膝痛・腰痛予防を目的に、ゆったりとした水中ウォーキングや水中でしっかり運動して脂肪を燃やす運動を行う。
○事業の実施期間中は、対象者に対し、体を動かすことで爽快感を得て、これは水中以外でも体感できるものと自覚してもらい、生活習慣の中に運動を根付かせる意識の向上を図る。
○教室は夏場だけであるため、運動が教室の間だけにならないように、別の時期には他の保健事業の運動教室を案内して通年で運動できるようにつなげる。
○水中ウォーキングの実施期間は、7月～8月
○他の保健事業の運動教室の実施期間
筋力アップ教室、100万歩歩いて元気になる会、ようよう坂町ウォーキング：通年
○新型コロナウイルス感染症感染防止対策として、プール教室が実施不可である場合は、令和2年度実施の屋内運動教室など、別の健康づくり事業として実施する。

**方法
(プロセス)**

参加を促す方法、周知方法
○町広報、ホームページ、特定健診会場等で募集する。また、特定健診やがん検診を含む町実施の集団健診や特定健診の問診票から運動不足が疑われる方にも参加を促すため、集団健診会場で実施する保健指導の中で、保健師から声かけをする。保健指導の中で、保健師と被保険者との対話から、血圧上昇や体重の増加を指摘する中で、「運動してみたい」という意思を引き出し、本事業を案内する。
○水中ウォーキングの参加勧奨期間は、7月～8月
○他の保健事業の運動教室の参加勧奨期間は、通年実施

事業を実施するために必要な共創体制
健康運動指導士と町保健師が事業内容を検討し実施する。

**体制
(ストラクチャ)**

参加を促すために必要な共創体制
○健康運動指導士と町保健師が事業内容を検討し実施する。

実施率を上げる

実施量(率)を測る アウトプット指標	評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
				目標値	実績値	目標値	実績値	目標値		
教室への参加人数	参加者全体のうち、国保被保険者の人数		目標値	/	20人	25人	25人	25人		
			実績値	25人						
			目標値	/						
			実績値							

データヘルス計画(事業) 坂町

6 健康づくり事業

(2) 禁煙相談

事業の目的・目標 喫煙から発生する疾病を予防し、生活習慣を改善し、住民(被保険者)のQOLの向上を図る。

目標を達成する

評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
			目標値	11.0%	10.5%	10.0%	9.0%		
成果を測る評価指標 アウトカム指標	喫煙者を9%以下とする。 相談会を利用した国保被保険者のうち、喫煙者の割合。事業完了後に確認する。	実績値	11.00%						
		目標値							
		実績値	-						

成果を上げる

実際に事業を提供する対象
参加を呼び掛けた者のうち、相談会を利用した国保被保険者

評価指標	備考		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度		
			目標値	2人	3人	5人	5人		
実施量(率)を測る アウトプット指標	参加人数 禁煙相談参加者のうち国保被保険者数	実績値	3人						
		目標値							
		実績値							

実施率を上げる

対象
参加を促す対象
○全ての被保険者を対象
特に、集団健診受診者のうち喫煙者やその家族。または、他の保健事業や保健指導を利用した喫煙者

事業を実施するための方法やプログラム内容
○禁煙アドバイザー(薬剤師)による個別指導を実施する。集団健診後、年2回開催。
○喫煙状態に応じて、たばこの害を説明し、禁煙を補助するガムやニコチンパッチの活用、禁煙外来の紹介等を行う。
○個別指導は、集団健診の2か月後に、年2回開催

方法(プロセス)
参加を促す方法、周知方法
○医療機関や町内施設に案内チラシを配置するほか、禁煙相談会の案内を個別に通知する。または、他事業の中で対象者に声をかける。
○医療機関や町内施設への案内チラシの配置 8月~9月、12月~1月
○禁煙相談会の案内の個別通知 2回/年 8月~9月、12月~1月

事業を実施するために必要な共創体制
○禁煙アドバイザー(薬剤師)と保健師が日程調整を行い、相談会を実施する。

体制(ストラクチャ)
参加を促すために必要な共創体制
禁煙アドバイザー(薬剤師)と保健師が日程調整を行い、相談会を実施する。

第2期データヘルス計画

坂町

データヘルス計画の評価・見直し	データヘルス計画の実効性を高めるため、毎年の進捗状況や評価結果を活用して、見直しを行う。
データヘルス計画の公表・周知	本計画については、ホームページや広報誌を通じて周知するとともに、必要に応じて庁内および地域の関係機関にも周知を図る。
個人情報の取扱い	保険者等における個人情報の取扱いは、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドライン等を遵守する。
地域包括ケアに係る取組	<p>保険健康課は、国民健康保険、母子保健、健康づくり、介護保険、後期高齢者事業を担当しており、地域包括ケアシステムについても課内で連携を図りやすい背景がある。</p> <p>平成27年度からは、地域包括支援センターとともに、住民参加型研修会を開催し、地域において支え合えるコミュニティづくりを目指している。</p> <p>また、「地域共生社会」の実現に向け保健所、医療・福祉・介護関係者と、海田地域保健対策協議会や自立支援協議会、多職種連携会議等で、協議を重ねている。</p> <p>具体的な取組としては、いきいき百歳体操や集いの場づくり、移動販売、自立支援型地域ケア会議の開催などにより、包括的な支援体制を目指している。</p>
その他留意事項	

坂町第2期データヘルス計画

発行年月：令和3年3月

発行：坂町民生部保険健康課

〒731-4393

広島県安芸郡坂町平成ヶ浜一丁目1番1号

TEL 082-820-1504

FAX 082-820-1521