

第2章 目的・目標の設定

1. 小浜市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）について

小浜市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）の目的は、予防可能である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症等の重症疾患について、前段階である高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等を発症と悪化を予防することで、被保険者の健康寿命の延伸・健康格差（疾病・障がい・死亡）を縮小することにあります。特に、小浜市は虚血性心疾患による死亡率が高いことから、第2期では、虚血性心疾患の死亡率減少に向けて取り組んでいきます。

第2期は平成31年度から平成35年度の5年間です。計画期間の中間年度である平成33年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

2. 計画のポイント

- 1) 健診も医療も受けていない人の割合を減らします。
- 2) 健診を継続して受ける人の割合を増やします。
- 3) 虚血性心疾患等の生活習慣病発症予防レベルにある人のうち発症に至る人を減らします。
(生活習慣病発症予備群に該当する要指導者の中で、翌年の健診結果が悪くならない人を増やします。)
- 4) 虚血性心疾患等の生活習慣病重症化予防レベルにある人のうち、重症疾患発症に至る人を減らします。
(生活習慣病重症化予防に該当する要医療者の中で、受療行動に繋がる人の割合を増やします。)
- 5) 被保険者全体への健康づくりの働きかけを行い、自ら健康を保持増進する意識を醸成します。

※5) に関しては、第2次小浜市健康増進計画「健やかおばま21」で実施、評価していきます。

3. 各年度の目標とアウトカム指標

- 1) 健診も医療も受けていない人を減らすための取り組み
健診に関心がある人を増やし、受診しやすい体制を構築することで一度も健診を受けたことのない人が受診に繋がるような取り組みを実施します。また、特定健診で確認できる循環器・代謝系の生活習慣病だけでなく、早期発見が可能ながん検診についても受診を勧めます（P17の図表20）。

【図表 2 0】

< >内は、アウトカム指標と目標値

上位目標	2022年度 中間目標	2021年度の 中間目標	2020年度の 中間目標	2019年度の 中間目標
健診も医療も受ける人が増える	健診とがん検診を一緒に受ける人が対象の項目を理解して受ける人が増える	健診とがん検診を一緒に受ける人が増える	課税状況等のセグメント別に受診勧奨した人が健診を受ける	健診も医療も受けていなかった人が、健診に興味を持つ
<新規受診率> < 健診も医療も受けていない人が12%に半減する>	<新規受診率> < 健診も医療も受けていない人が14%に半減する>	<新規受診率> < 健診も医療も受けていない人が16%に半減する>	<新規受診率> < 健診も医療も受けていない人が18%に半減する>	<新規受診率> < 健診も医療も受けていない人が20%に半減する>
<健診と胃がん検診をセットで受ける人の割合が8%増加する>	<健診と胃がん検診をセットで受ける人の割合が対象が変化しても減少しない>	<健診と胃がん検診をセットで受ける人の割合が5%増加する>		

2) 継続受診を増やす取り組み (図表 2 1)

健診を一度受診した人が、経年受診するようになるための取り組みを行います。早期発見のためには、年1回の受診が勧められる大腸がん検診を合わせて促すことで、毎年受診の意識醸成を図ります。

【図表 2 1】

< >内は、アウトカム指標と目標値

上位目標	2022年度の 中間目標	2021年度の 中間目標	2020年度の 中間目標	2019年度の 中間目標
全ての健診受診者が継続受診の必要性について理解できる	健診と大腸がん検診を一緒に受ける人が対象の項目を理解して受ける人が増える	健診と大腸がん検診を一緒に受ける人が増える	個別健診、データ提供者も、継続受診の必要性について理解できる	集団健診を受診した人が、継続受診の必要性について理解できる
<継続受診率90%>	<継続受診率86%>	<継続受診率84%>	<継続受診率80%>	<継続受診率80%>
<健診と大腸がん検診をセットで受ける人の割合70%>	<健診と大腸がん検診をセットで受ける人の割合65%>	<健診と大腸がん検診をセットで受ける人の割合60%>		

3) 虚血性心疾患等の生活習慣病発症予防レベルにある人を発症に至らしめないための取り組み
健診を受けることで生活習慣の改善へと繋がるような体制づくりを構築します。全身へ影響する喫煙については、県の取り組みと合わせ段階的に禁煙をすすめていきます (P18 図表 2 2)。

【図表 2 2】

< >内は、アウトカム指標と目標値

上位目標	2022年度の 中間目標	2021年度の 中間目標	2020年度の 中間目標	2019年度の 中間目標
健診受診者が健診を受けることで、結果が悪化しない人が増える	集団健診受診者が保健指導を受けることで、生活習慣改善に繋がる	集団健診受診者が保健指導を受けることで、生活習慣改善に繋がる	集団健診受診者が保健指導を受けることで、喫煙者が禁煙行動へ繋がる	集団健診受診者が健診を受けることで、喫煙についての危険性を理解することが出来る
<保健指導実施率>	<保健指導実施率>	<保健指導実施率>	<結果お返し会での喫煙者に対する保健指導数>	<結果お返し会での喫煙者に対する保健指導数>
<前年保健指導者のデータ改善率>	<前年保健指導者のデータ改善率>			
<喫煙者の割合が5%以下に減少する>	<喫煙者の割合が6%に減少する>	<喫煙者の割合が8%に減少する>	<喫煙者の割合が10%に減少する>	

4) 虚血性心疾患等の生活習慣病を重症化予防レベルにある人に重症疾患を発症させないための取り組み
(図表 2 3)

医療機関受診が必要なものは、医療に繋ぐ必要があります。健診後、確実に医療機関を受診し、必要な医療が開始されたか確認を行います。

【図表 2 3】

< >内は、アウトカム指標と目標値

上位目標	2022年度の 中間目標	2021年度の 中間目標	2020年度の 中間目標	2019年度の 中間目標
健診の結果、医療機関受診が必要な人が受診する	個別健診、職場健診の結果、医療機関受診が必要な人も受診する	集団健診の結果、医療機関受診が必要な人が受診し、医師の指示を受ける	集団健診の結果、医療機関受診が必要な人が受診する	集団健診の結果、医療機関受診が必要な人が受診の必要性を理解する
<要医療者の受診率80%>	<要医療者の受診率70%>	<要医療者の受診率60%>	<要医療者の受診率50%>	<要医療者の受診率40%>

4. 各年度の介入策とアウトプット指標

1) 健診も医療も受けていない人の割合を減らす取り組み（図表24）

【図表24】

【 】内は、アウトプット指標

2023年度の介入策	2022年度の介入策	2021年度の介入策	2020年度の介入策	2019年度の介入策
A-① 継続	A-① 継続	A-① 継続	A-① 継続	A-① 「小浜いきいき健診日程表の作成・全戸配布」
【配布数】	【配布数】	【配布数】	【配布数】	【配布数】
A-② 継続	A-② 継続	A-② 継続	A-② 継続	A-② 「広報おばま」やホームページ等による健診の周知
【周知回数】	【周知回数】	【周知回数】	【周知回数】	【周知回数】
A-③ 継続	A-③ 継続	A-③ 継続	A-③ 継続	A-③ 市が実施する各教室や乳幼児健診等にて、案内チラシの配布や声かけ
【実施したか】	【実施したか】	【実施したか】	【実施したか】	【実施したか】
A-④ 拡充：リーフレットの内容をさらに充実する	A-④ 拡充：リーフレットの内容をさらに充実する	A-④ セグメント別の受診勧奨を行う	A-④ セグメント別の受診勧奨を行う	
【受診勧奨数】 【受診者数】	【受診勧奨数】 【受診者数】	【受診勧奨数】 【受診者数】	【受診勧奨数】 【受診者数】	
A-⑤ 拡充：リーフレットの内容をさらに充実する	A-⑤ 継続	A-⑤ 胃がん検診対象者に対する受診勧奨を行う		
【受診勧奨数】 【受診者数】	【受診勧奨数】 【受診者数】	【受診勧奨数】 【受診者数】		

2) 継続受診を増やす取り組み(図表25)

【図表25】

【 】内は、アウトプット指標

2023年度の 介入策	2022年度の 介入策	2021年度の 介入策	2020年度の 介入策	2019年度の 介入策
A-① 継続 【健診当日に継続受診を促した人数】	A-① 継続 【健診当日に継続受診を促した人数】	A-① 継続 【健診当日に継続受診を促した人数】	A-① 継続 【健診当日に継続受診を促した人数】	A-① 健診当日で次年度に受けるべき健診内容を説明する 【健診当日に継続受診を促した人数】
A-② 継続・増加するか の検討 【実施回数】 【受診者数】	A-② 継続・増加するか の検討 【実施回数】 【受診者数】	A-② 継続・増加するか の検討 【実施回数】 【受診者数】	A-② 継続・増加するか の検討 【実施回数】 【受診者数】	A-② 特定・基本健診の時間 予約制日の充実 【実施回数】 【受診者数】
A-③ 継続 【実施回数】 【受診者数】	A-③ 継続 【実施回数】 【受診者数】	A-③ 継続 【実施回数】 【受診者数】	A-③ 継続 【実施回数】 【受診者数】	A-③ 特定・基本健診の 時間予約制日以外での待ち時間 軽減のための案内チラシの同封 【実施回数】 【受診者数】
A-④ 継続 【継続受診率】	A-④ 継続 【継続受診率】	A-④ 継続 【継続受診率】	A-④ 継続 【継続受診率】	A-④ 5年連続受診者 に対する翌年度 健診の無料化 【継続受診率】
A-⑤ セット健診を意識した 受診勧奨を行う 【大腸がん検診との セット受診率】	A-⑤ 拡充:リーフレットを 充実させ、継続 【大腸がん検診との セット受診率】	A-⑤ セット健診を意識した 受診勧奨を行う 【大腸がん検診との セット受診率】		

3) 虚血性心疾患等の生活習慣病を発症予防レベルにある人を発症に至らしめないための取り組み
(図表26)

【図表26】

【 】内は、アウトプット指標

2023年度の 介入策	2022年度の 介入策	2021年度の 介入策	2020年度の 介入策	2019年度の 介入策
<p>A-① 継続</p> <p>【指導数】</p>	<p>A-① 継続</p> <p>【指導数】</p>	<p>A-① 継続</p> <p>【指導数】</p>	<p>A-① 継続</p> <p>【指導数】</p>	<p>A-① 集団健診当日に、喫煙者本人（問診にて確認）と家族に喫煙者がいる人に対して、喫煙指導のリーフレットを配布し指導す 【指導数】</p>
<p>A-② 継続</p> <p>【指導者数】 【指導率】</p>	<p>A-② 継続</p> <p>【指導者数】 【指導率】</p>	<p>A-② 継続</p> <p>【指導者数】 【指導率】</p>	<p>A-② 健診お返し会にて、喫煙者に禁煙指導マニュアルに沿って禁煙指導を行う 【指導者数】 【指導率】</p>	
<p>A-③ 継続</p> <p>【指導者数】 【指導率】</p>	<p>A-③ 継続</p> <p>【指導者数】 【指導率】</p>	<p>A-③ 健診結果が要指導値に該当する人のうち、前年度よりも数値が上昇している人に保健指導を行う 【指導者数】 【指導率】</p>		

4) 虚血性心疾患等の生活習慣病を重症化予防レベルにある人に重症疾患を発症させないための取り組み
(図表27)

【図表27】

【 】内は、アウトプット指標

2023年度の介入策	2022年度の介入策	2021年度の介入策	2020年度の介入策	2019年度の介入策
<p>A-① 拡充:リーフレットを充実させ、継続</p> <p>【発送数】</p> <p>A-② 継続</p> <p>【面接者数】 【実施率】</p> <p>A-③ 継続</p> <p>【発送数】</p> <p>A-④ 前年度、個別健診、職場健診で受診勧奨通知発送者のうち、医療機関未受診者で、今年度の健診の結果「要医療」と判定された人に面接による結果返しを行い、受診勧奨を行う</p> <p>【面接者数】 【実施率】</p>	<p>A-① 拡充:リーフレットを充実させ、継続</p> <p>【発送数】</p> <p>A-② 継続</p> <p>【面接者数】 【実施率】</p> <p>A-③ 個別受診、職場健診の結果、「要医療」と判定された人(治療中は除く)に、受診勧奨通知を発送する</p> <p>【発送数】</p>	<p>A-① 拡充:リーフレットを充実させ、継続</p> <p>【発送数】</p> <p>A-② 継続</p> <p>【面接者数】 【実施率】</p>	<p>A-① 拡充:リーフレットを充実させ、継続</p> <p>【発送数】</p> <p>A-② 前年度、受診勧奨通知発送者のうち、医療機関未受診者で、今年度集団健診の結果「要医療」と判定された人に面接による結果返しを行い、受診勧奨を行う</p> <p>【面接者数】 【実施率】</p>	<p>A-① 集団健診の結果、「要医療」と判定された人(治療中は除く)に、受診勧奨通知を発送する</p> <p>【発送数】</p>

5. 医療との連携

虚血性心疾患等の生活習慣病の重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には、受診勧奨を行います。医療の情報については、かかりつけ医やKDB等を活用しデータを収集していきます。

6. 介護保険部局および高齢者福祉部局との連携

高齢者等に対して、受診勧奨や保健指導を実施していく場合には、必要に応じて地域包括支援センター等と連携していきます。

7. 全体事業の評価

評価は、①ストラクチャー（構造）②プロセス（過程）③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（結果）の4つの観点から、KDBシステムの情報を活用し、毎年行うものとします。データについては、経年変化、国、県、同規模保険者との比較を行い、評価します。