太田市国民健康保険
第二期データヘルス計画
中間評価

令和３年３月

太田市役所国民健康保険課

もくじ

第１章　中間評価・見直しにあたって 1
１．計画策定・中間評価の背景と目的 1
２．計画の位置づけ 2
３．関係者が果たすべき役割 3
第２章　太田市の現状 4
１．太田市及び太田市国民健康保険の現状 4
２．医療費の状況 6
３．介護の状況 10
４．生活習慣の状況 12
５．特定健康診査・特定保健指導の状況 13
第３章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価・見直し 16
１．健康課題 16
２．保健事業実施計画の評価・見直しの整理表 18
３．保健事業実施計画の目的・目標の見直し 19
４．保健事業実施計画（個別の保健事業）と評価指標の見直し 20
５．目標達成のための事業体系 23

第１章　中間評価・見直しにあたって

１．計画策定・中間評価の背景と目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、国保データベース（ＫＤＢ）システム（以下「ＫＤＢ」という。）等の整備により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされています。

これまでも、保険者等においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健康診査等実施計画（以下「特定健診等実施計画」という。）」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところです。

今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められています。

本市において、平成３０年３月に「太田市国民健康保険・第二期データヘルス計画」が 6 か年計画で策定され、疾病の発症予防や重症化予防、医療費適正化に向け推進してまいりました。

今般、前半の３か年が経過し、これまでの進捗状況から中間評価を実施し、今後 3 年間の保健事業の見直しを行います。

２．計画の位置づけ

「第二期保健事業実施計画（データヘルス計画）」は、第２次太田市総合計画を踏まえ「太田市健康づくり計画（健康おおた２１（第二次））」、「太田市高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画（「はつらつプラン２１）」との調和を図ります。

また、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部が改正され、令和２年度より太田市高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（以下、一体的実施）が開始され、高齢者のフレイル※対策を実施しています。

フレイルは疾病と加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としており、国民健康保険加入時の疾病予防や重症化予防が重要となります。よって、今般の中間評価において一体的実施を見据えた計画とし、国民健康保険から後期高齢者医療制度への円滑な接続を目指します。

※「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド 2018 年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると、「『加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態』を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。

３．関係者が果たすべき役割

（１）実施主体・関係部局の役割

本計画は、国民健康保険課が主体となり、策定をします。また、市民の健康増進には健康医療部が関わっていることから、部内の連携をして中間評価と見直しを進めます。

（２）外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となります。太田市医師会、太田市新田歯科医師会、太田市薬剤師会、国民健康保険団体連合会、群馬県等との連携を図っていきます。

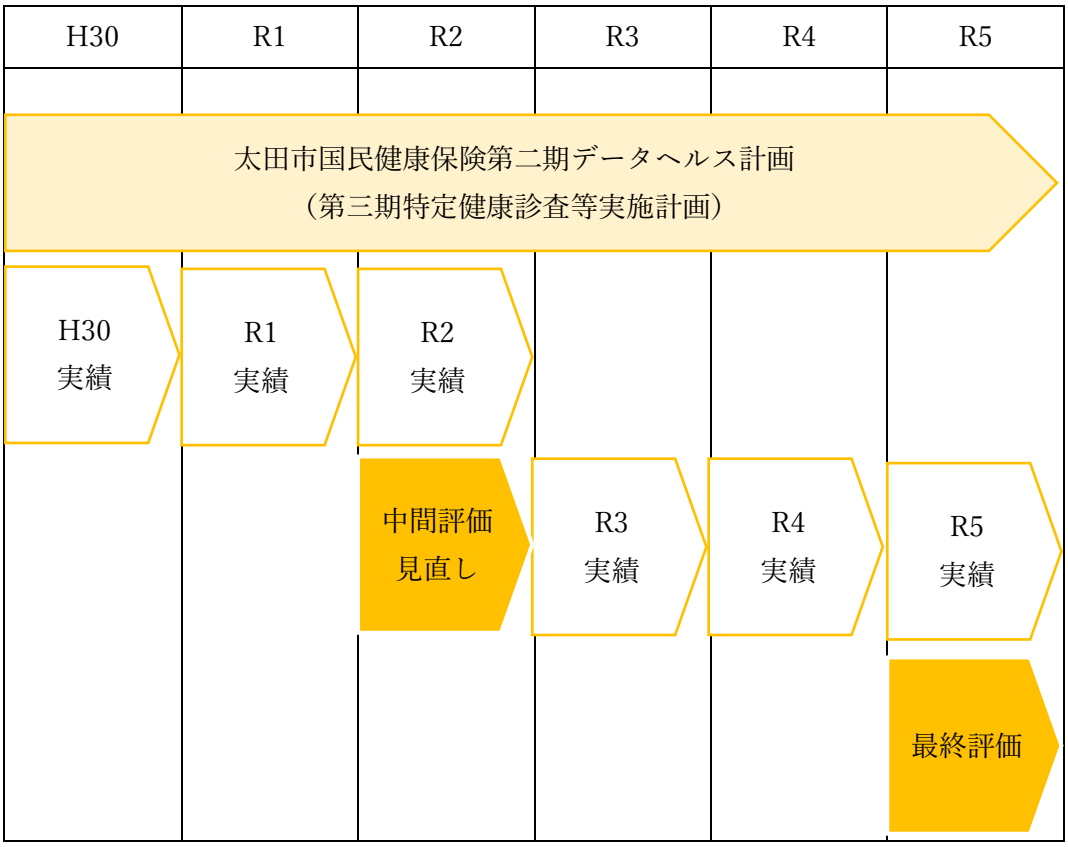
（３）被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目標であり、被保険者自身が状況を理解して主体的・積極的に取り組むことが重要です。

４．計画の期間

太田市国民健康保険第二期データヘルス計画及び第三期特定健康診査等実施計画は令和５年までの６か年です。今回の中間評価及び見直しは実績が出ている、平成３０年から令和元年度までのものを使用します。

中間評価後の後半３か年が終了する令和５年度に最終評価を実施し、次期計画策定をする予定です。

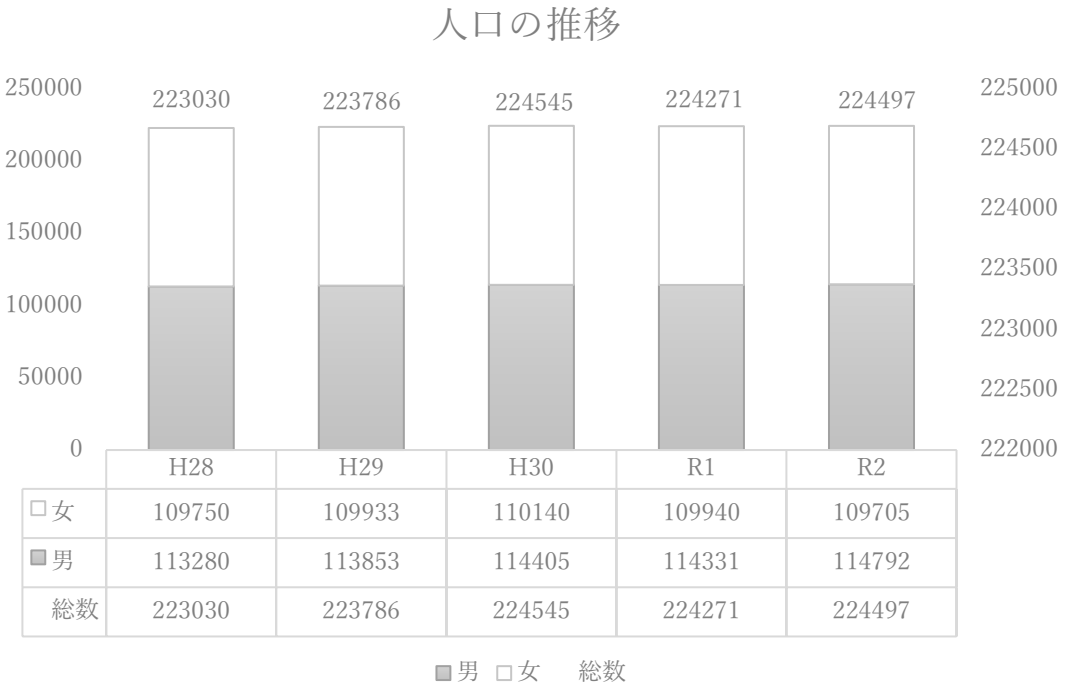


第２章　太田市の現状

１．　太田市及び太田市国民健康保険の現状

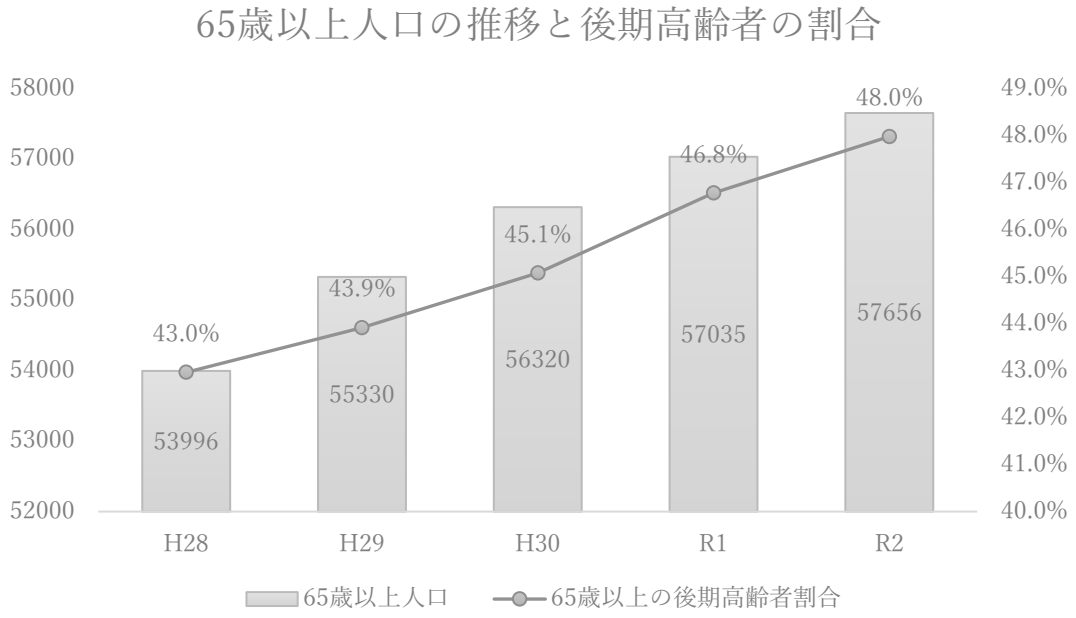
①人口動態・被保険者の状況

過去５年の人口は微増で推移していますが、高齢者の割合が増え、特に後期高齢者の割合が増えています。



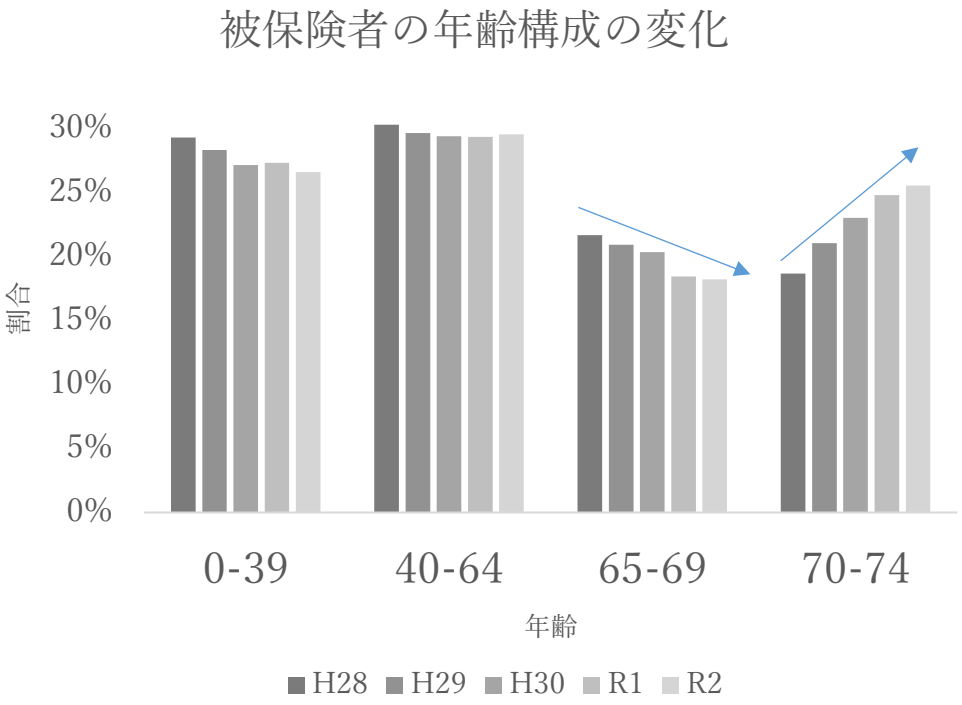
	H28	H29	H30	R1	R2
女	109750	109933	110140	109940	109705
男	113280	113853	114405	114331	114792
総数	223030	223786	224545	224271	224497

（太田市住民基本台帳より）



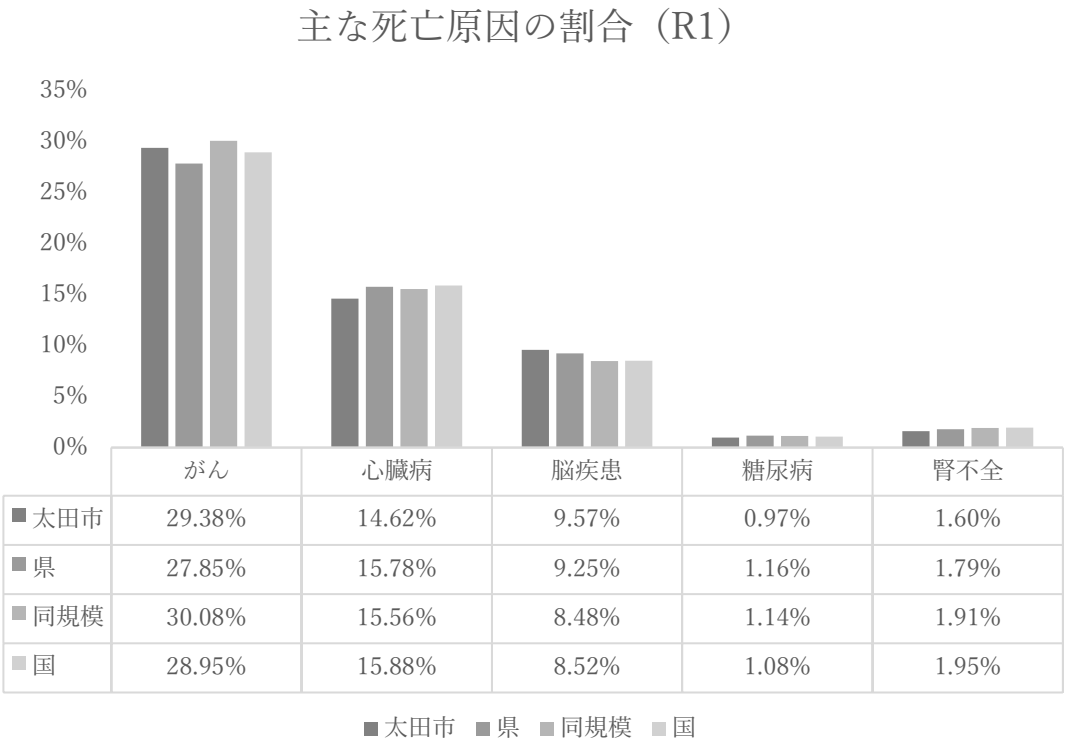
（太田市住民基本台帳より）

国保被保険者は過去５年で 70 歳以上の割合が増えています。



（KDB より改変）

②主な死亡原因割合



	がん	心臓病	脳疾患	糖尿病	腎不全
太田市	29.38%	14.62%	9.57%	0.97%	1.60%
県	27.85%	15.78%	9.25%	1.16%	1.79%
同規模	30.08%	15.56%	8.48%	1.14%	1.91%
国	28.95%	15.88%	8.52%	1.08%	1.95%

（KDB より）

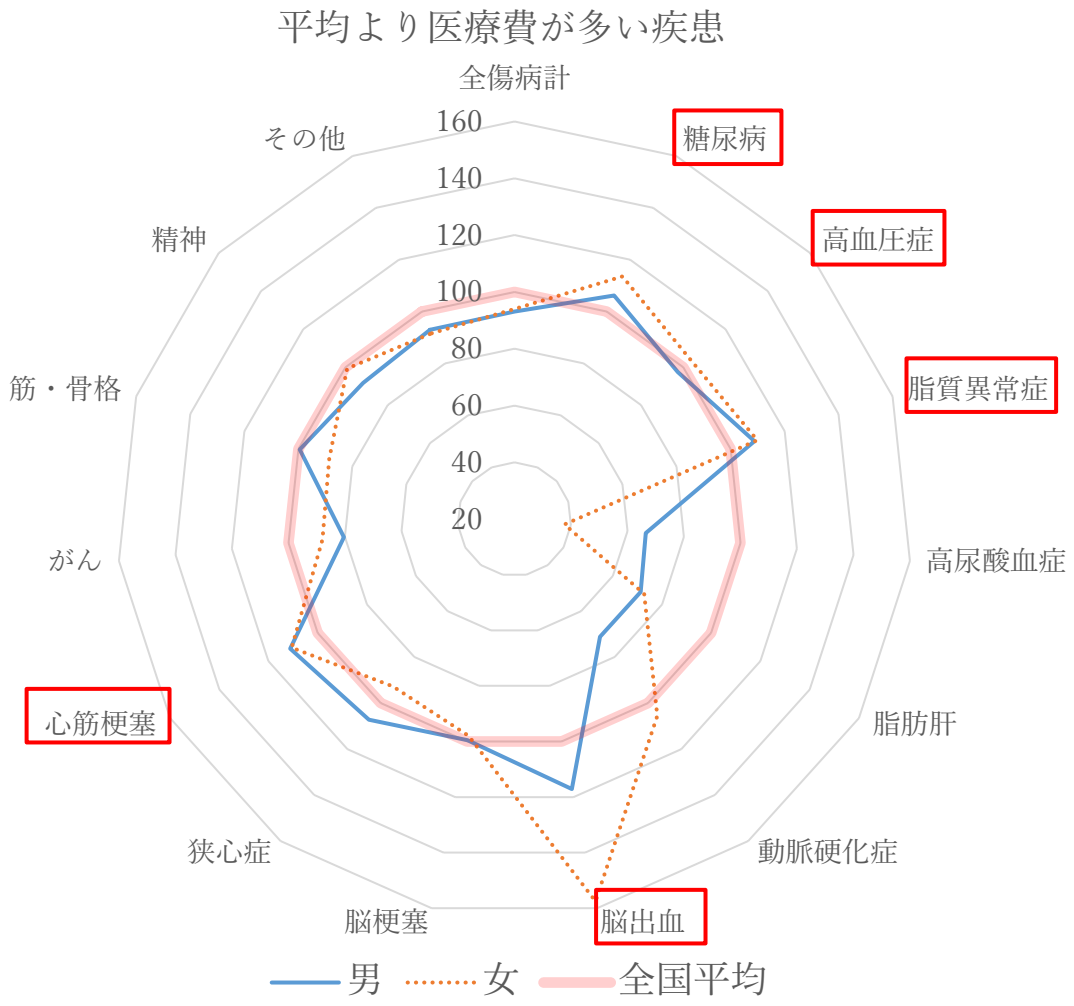
2． 医療費の状況

医療費は一般的に高齢化に伴い増加します。従って、自治体の高齢化の状況により医療費が変動するため、比較する際は、高齢化の影響を取り除き一定の人口モデルに合わせ（標準化といいます）比較する必要があります。

以下の図は高齢化や被保険者数による影響を取り除き、標準化した医療費を比較したものです。全体としては標準より医療費はかかっていませんが、太田市で多い疾患もあり、男女ともに標準より多いのは糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脳出血、心筋梗塞です。

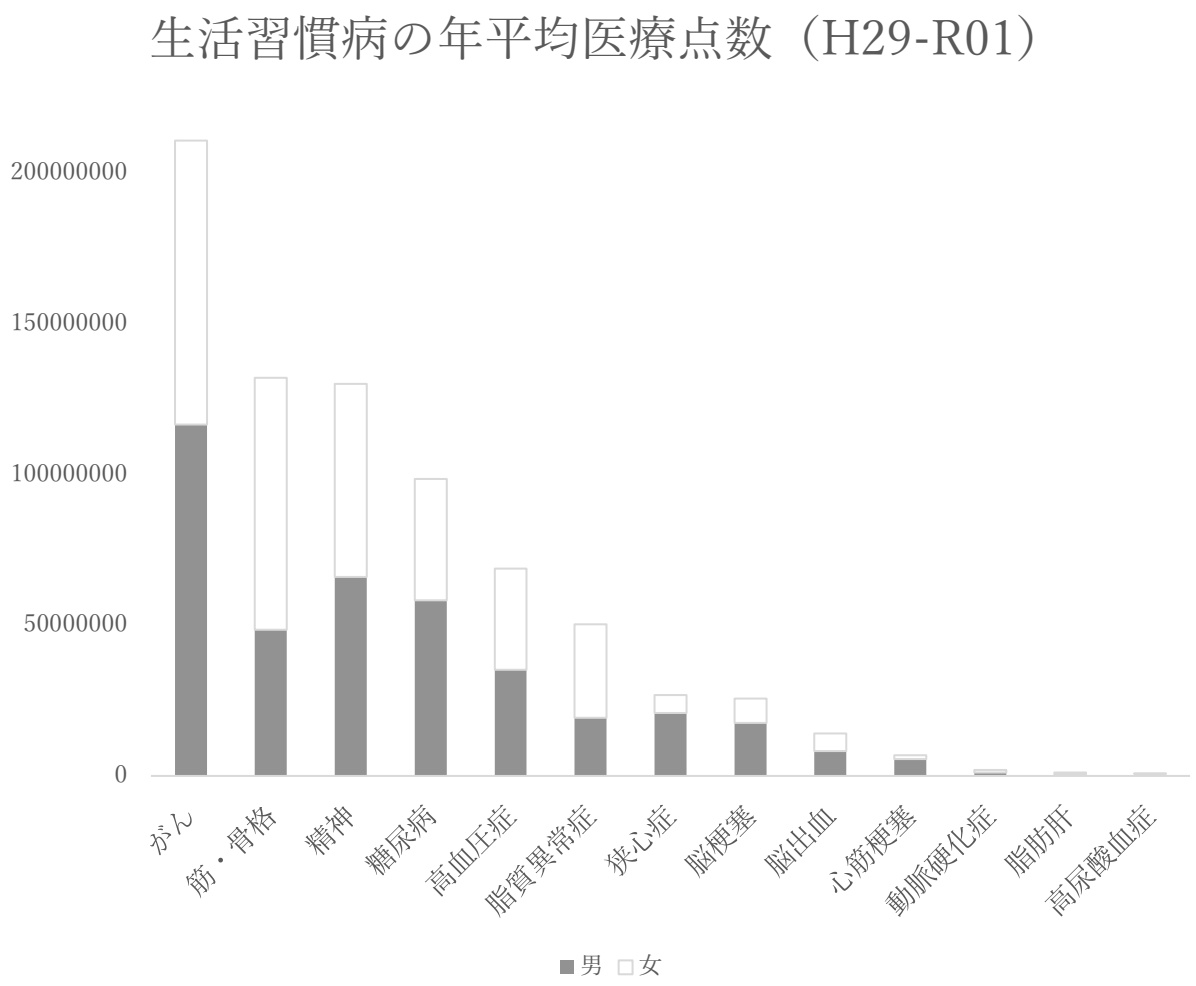
図「平均より医療費が多い疾患」で標準より医療費が標準よりも多い疾患もありましたが、男女の平均医療点数（1 点＝10 円）をみると、がん、精神、糖尿病、筋骨格が全体の医療費に影響を及ぼしていることがわかります。

※その他は糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋骨格、精神を除いたものです。



（KDB 帳票より医療費の疾病別内訳見える化ツール・KDB 国保版（生活習慣病）（Ver. 1.6）を使用）

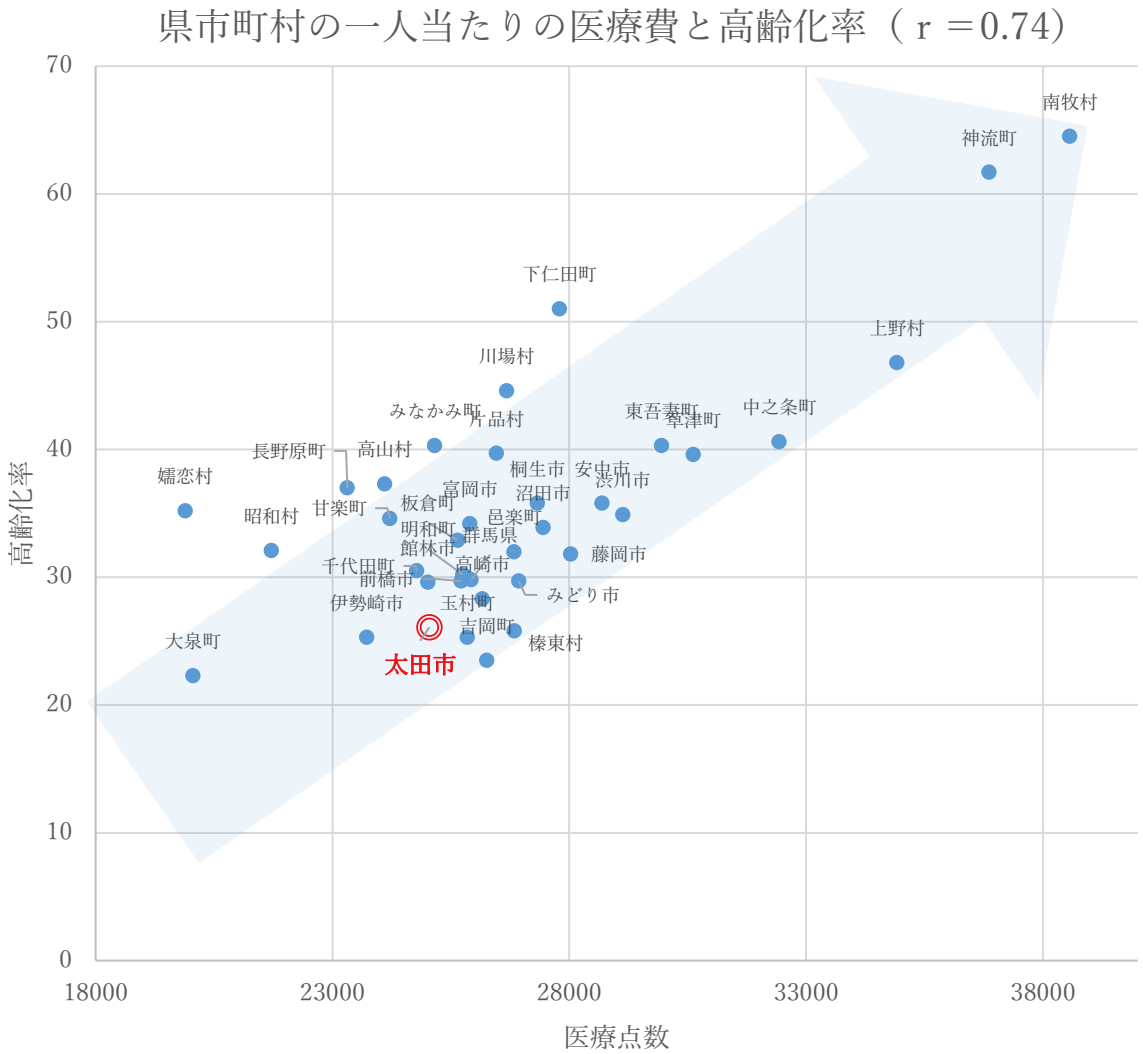
男女合わせた生活習慣病の年平均医療点数は、がん、筋・骨格、精神、糖尿病、高血圧症の順となっています。標準化して比べた際にはがんは全国と比較して医療費が少ない状況にありますが、太田市国保の全体の医療費で最も高くなっています。



（KDB 帳票より医療費の疾病別内訳見える化ツール・KDB 国保版（生活習慣病）（Ver. 1.6）を使用）

下図は県内の市町村の一人当たりの医療費と市町村の高齢化率（65 歳以上人口の割合）の散布図です。各市町村の被保険者の年齢構成の違いや横断的な（ある一時点での）相関のため一概に言えませんが、高齢化と医療費は強い相関関係があり、背景に高齢化が医療費に及ぼす影響が高いことが示唆されます。

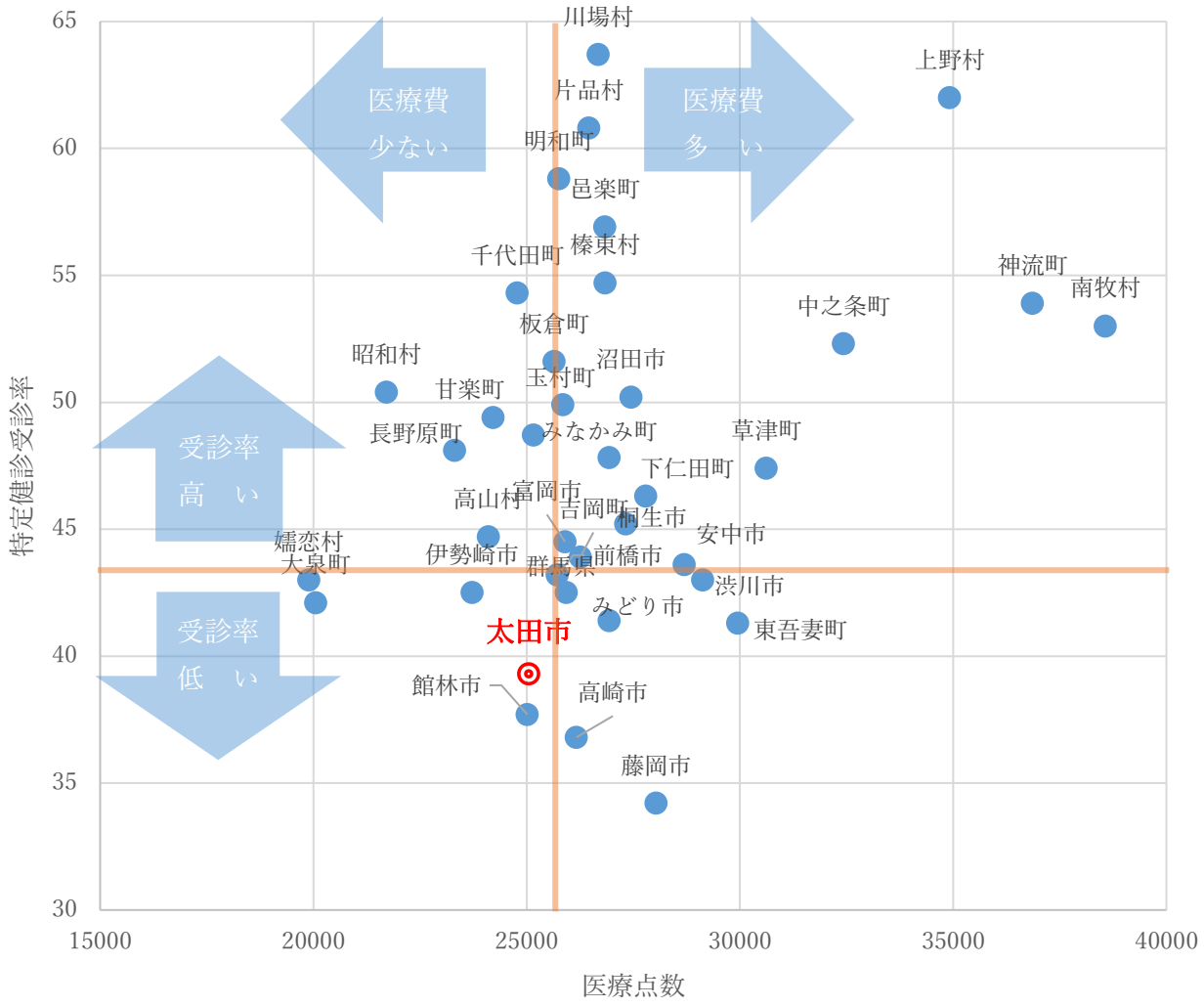
このことより、太田市の高齢化率は県内でも低いため一人当たりの医療費の影響が少ないと考えられます。



KDB 及び群馬県年齢別人口統計調査結果から作成

下図は県内市町村の特定健診受診率と一人当たりの医療費の関係を示した図です。太田市は特定健診の受診率は県平均より低くなっていますが、一人当たりの医療費は多くかかっていない状況です。

市町村別特定健診受診率と一人当たりの医療費の関係（ｒ＝0.3）



KDB から作成

3． 介護の状況

健康寿命（平均自立期間）は要介護２以上の人数から算出しています。

そのため、要介護者の人数による影響が大きく、介護の状況について総合的に判断しやすい指標となっています。延伸するためには介護要因となる疾患を減らし要介護２以上になる人の数を減らしてくことにより可能です。

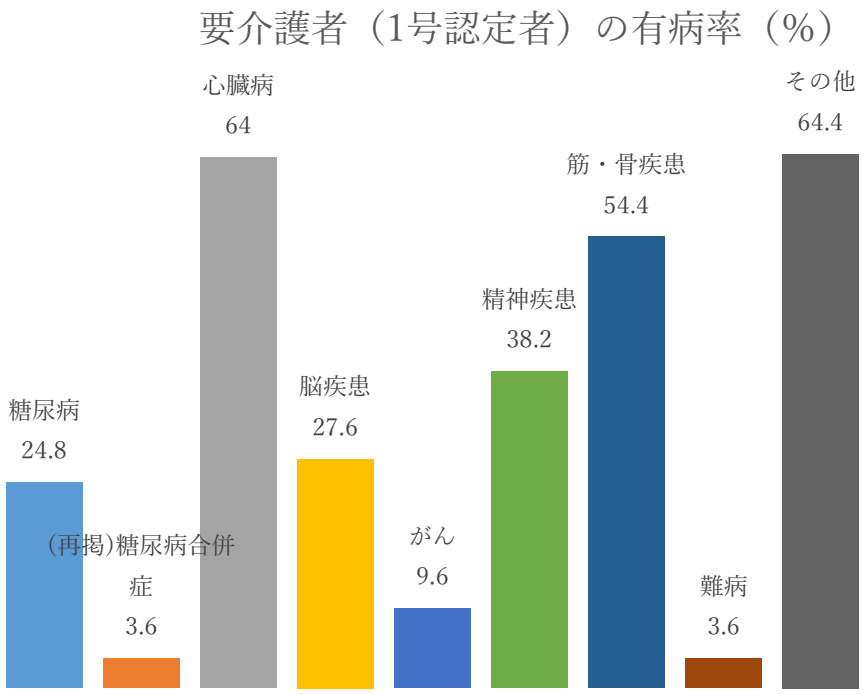
太田市の健康寿命は以下のとおりです。国・県と比較し短い傾向にあります。

健康寿命

	太田市	県	国
健康寿命（平均自立期間※）	男：79.0 歳 女：83.1 歳	男：79.2 歳 女：83.8 歳	男：79.6 歳 女：84.0 歳

（KDB：地域の全体像の把握の平均自立期間（要介護２以上）より）

下のグラフは要介護者の有病率を示したものです。心臓病が多く、続いて筋・骨疾患、精神疾患の順になっています。これは要介護者が現在患っている疾患であり、必ずしも要介護になった原因ではありません。

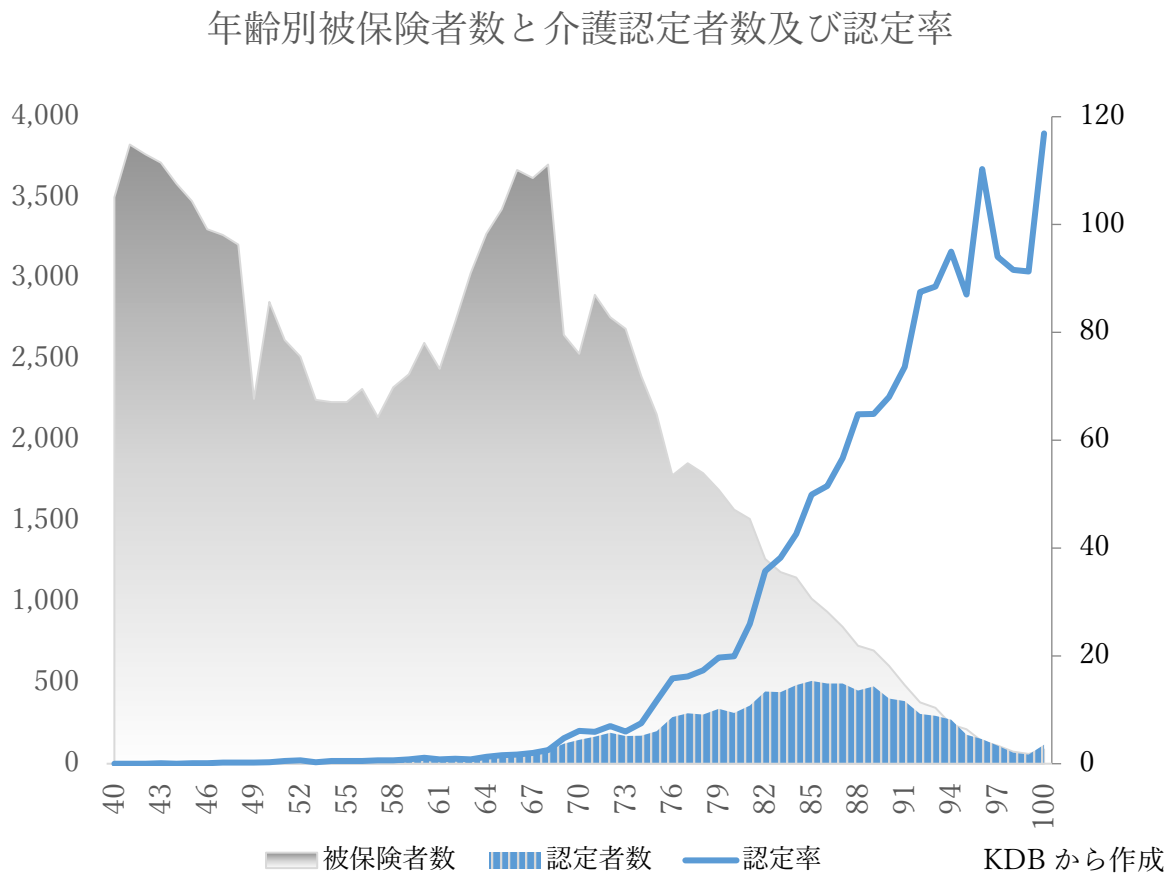


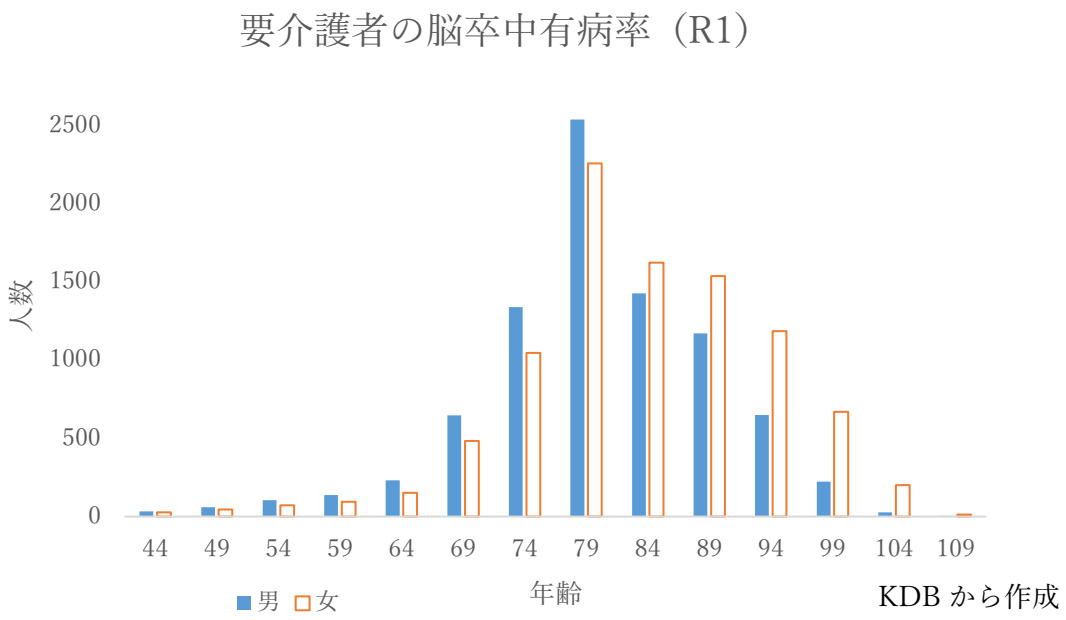
KDB から作成

下グラフは年齢別の被保険者数と要介護認定者数、要介護認定率を示したものです。認定者数は80 歳代まで増加し、その後減少しています。割合を見てみると年齢を重ねるにつれて認定率は上がります。

このことに関連して介護の一番の要因である脳卒中有病率をみてみると、80 歳を前にピークを迎えています。

人口が多い団塊の世代が 80 歳代を迎えた時に同じ割合で要介護になった場合、介護給付費が増大することが予想されます。





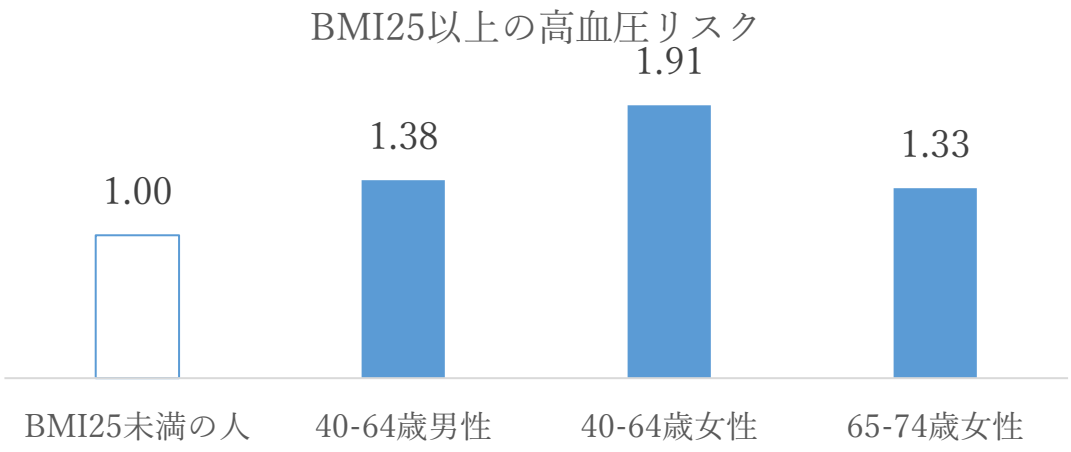
4． 生活習慣の状況

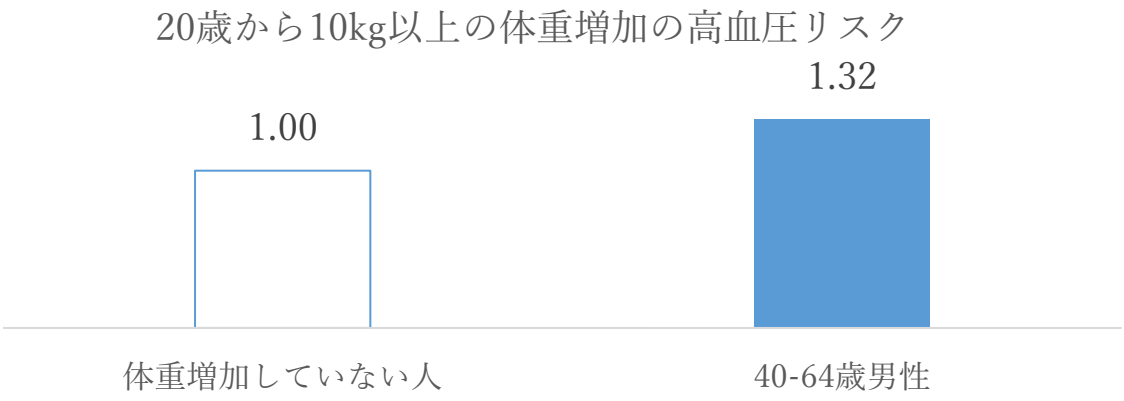
特定健診の質問項目等から中間評価では事業の見直しにあたり、より具体的な対策のため、質問項目等と検査値で関係性があるものについて記載します。

平均自立期間（健康寿命）を延伸するために、要介護原因で一番多く、予防が可能な脳卒中を防ぐことが必要です。脳卒中を防ぐためには血圧のコントロールが重要であり、分析した結果、Ⅱ度高血圧以上（収縮期 160mmHg　拡張期 100mmHg 以上）と統計的に関係の高い項目が以下の様になりました。言い換えれば、統計上関係が高いとは言えない項目は記載していません。

グラフ上の数字は何倍リスクがあるか（相対危険）を示したものです。例えば、40 歳-64 歳の女性で BMI（体重 kg÷身長m÷身長m）が 25 以上の人はそうでない人に比べて 1.91 倍高血圧のリスクがあるということがいえます。

ただし、横断調査（ある一時点）のデータなので断定できませんが、40-64 歳の世代において肥満の改善により、高血圧の改善ができる可能性が示唆されます。



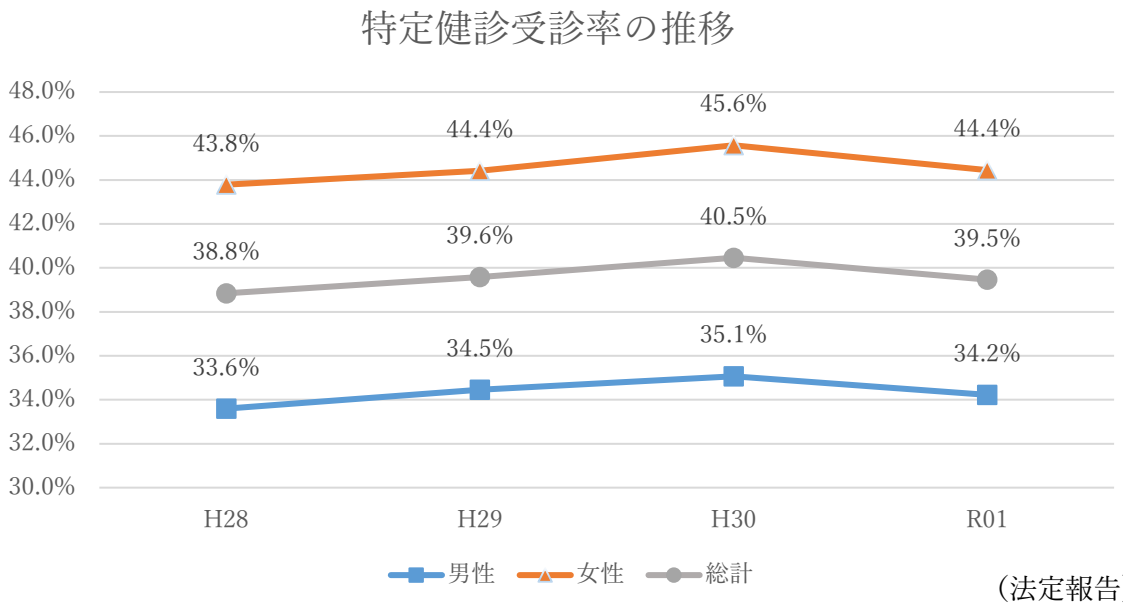


KDB から質問項目等とⅡ度以上の高血圧値をクロス集計し、有意水準（p=0.05）でχ2 乗検定を実施した結果、有意差があった項目について掲載。

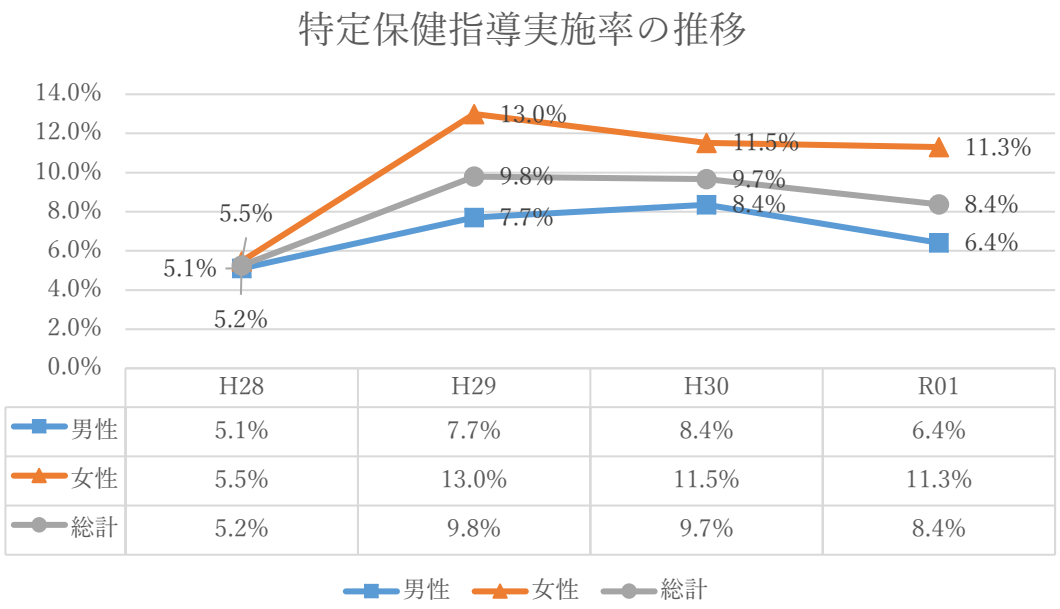
５． 特定健康診査・特定保健指導の状況

特定健診受診率と特定保健指導実施率の推移

特定健診の受診率は概ね横ばいで推移しています。特定保健指導の実施率は減少傾向です。国は特定健診受診率及び特定保健指導実施率の目標値を 60%としています。本市において、目標とはかけ離れていることがわかります。



（法定報告）



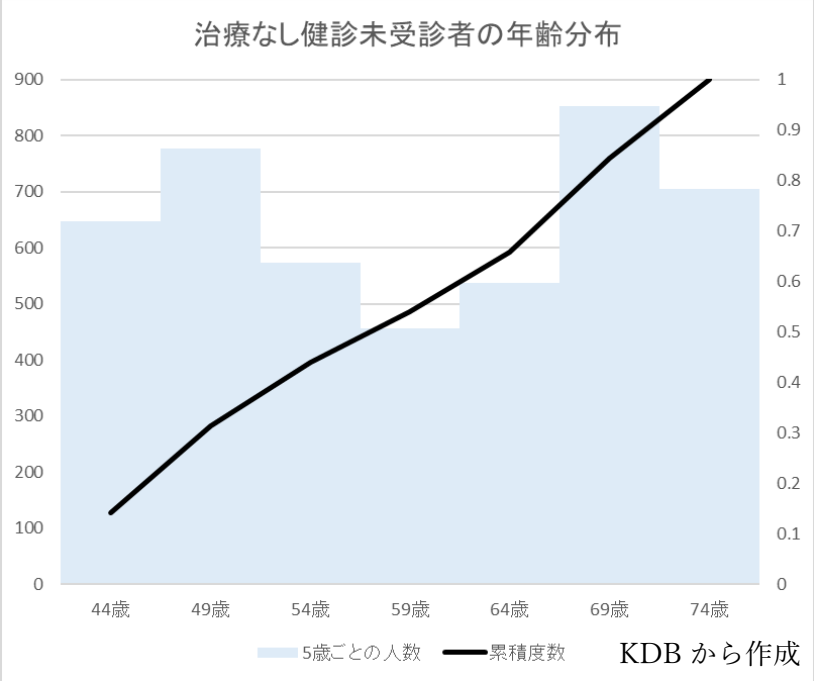
	H28	H29	H30	R01
男性	5.1%	7.7%	8.4%	6.4%
女性	5.5%	13.0%	11.5%	11.3%
総計	5.2%	9.8%	9.7%	8.4%

（法定報告）

右の図は、令和元年度の特定健診受診者の内訳と受診率 60%を達成した場合の内訳を示したものです。現状、被保険者の内、生活習慣病治療中の割合が 70%弱であり、特定健診受診者の内、約 80%が生活習慣病治療中の者となっています。被保険者の高齢化により生活習慣病治療等のため服薬者が増え特定保健指導（生活習慣病治療者は対象から除外されます）の対象者が減り、特定保健指導の被保険者全体への影響（対象者数）は、最大で 1.6%となっています。この 1.6%の対象者の内、8%の実施率となっていますので、現在の特定保健指導の被保険者全体への影響力は 0.13%です。また、メタボリックシンドロームと予備軍の内訳を見てみるとほとんどが生活習慣病の治療中の人で占めています。これらのことから、本来のメタボリックシンドロームの減少に特定保健指導が寄与していない状況です。

メタボリックシンドローム該当者の内訳

	全数	生活習慣病治療者	割合
メタボ	2826	2576	91.2%
メタボ予備軍	1411	1152	81.6%



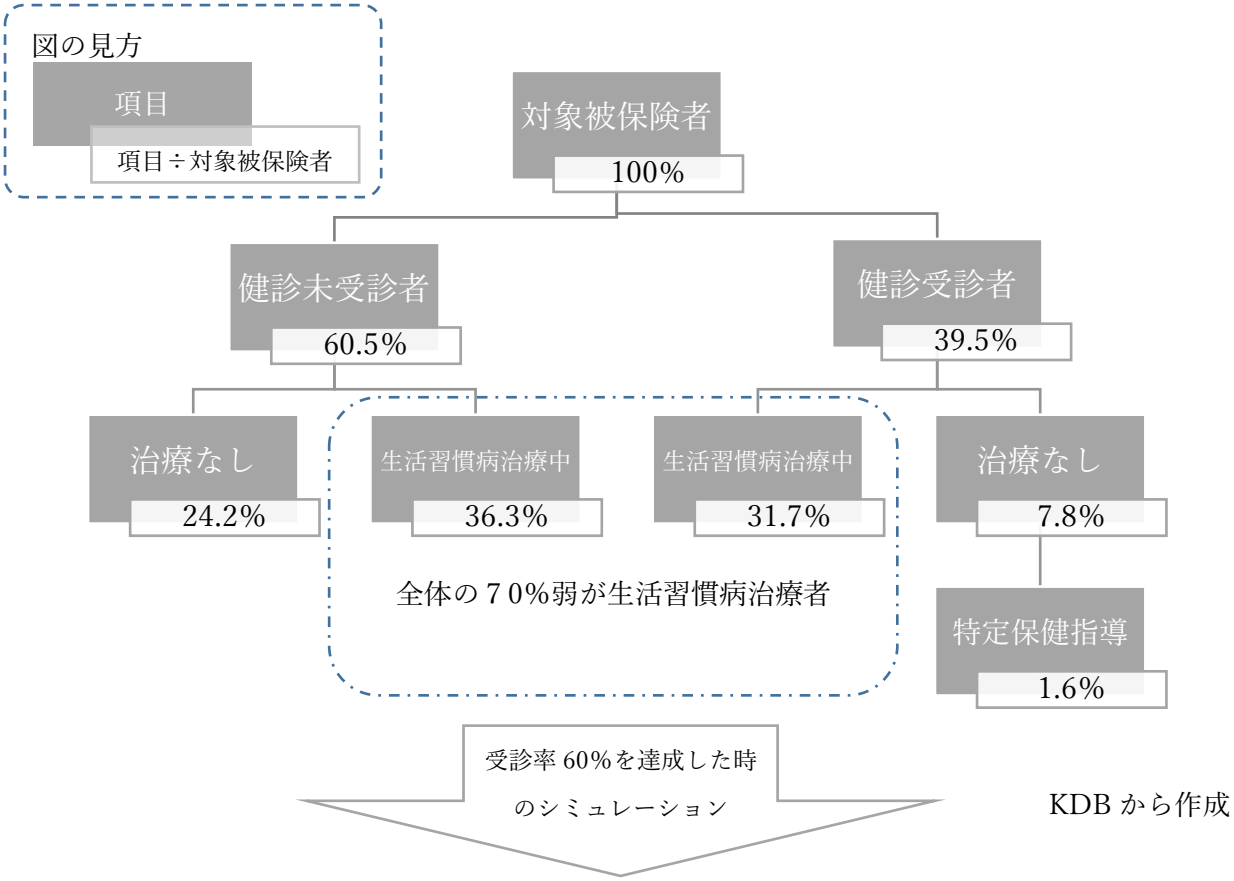
KDB から作成

では、特定健診の受診率を上げたら特定保健指導の対象者が増えることも考えられます。上グラフは「健診未受診者で治療なしの人」の年齢構成を示したものです。約 70%は 65 歳未満で若い年齢構成であることがわかります。

仮に、「健診未受診者で治療なしの人」の特定健診受診率を上げた時にシミュレーションしてみましたが、残念ながら全体への影響力は 5%にも届かないことが想定されました。

これらのことを踏まえると、高齢化による生活習慣病治療者の増加により、特定保健指導の対象者が減少しているため特定健診の受診率を上げて、特定保健指導の対象者数を増やすことで特定健診特定保健指導の目的である影響は大きくないと言えます。

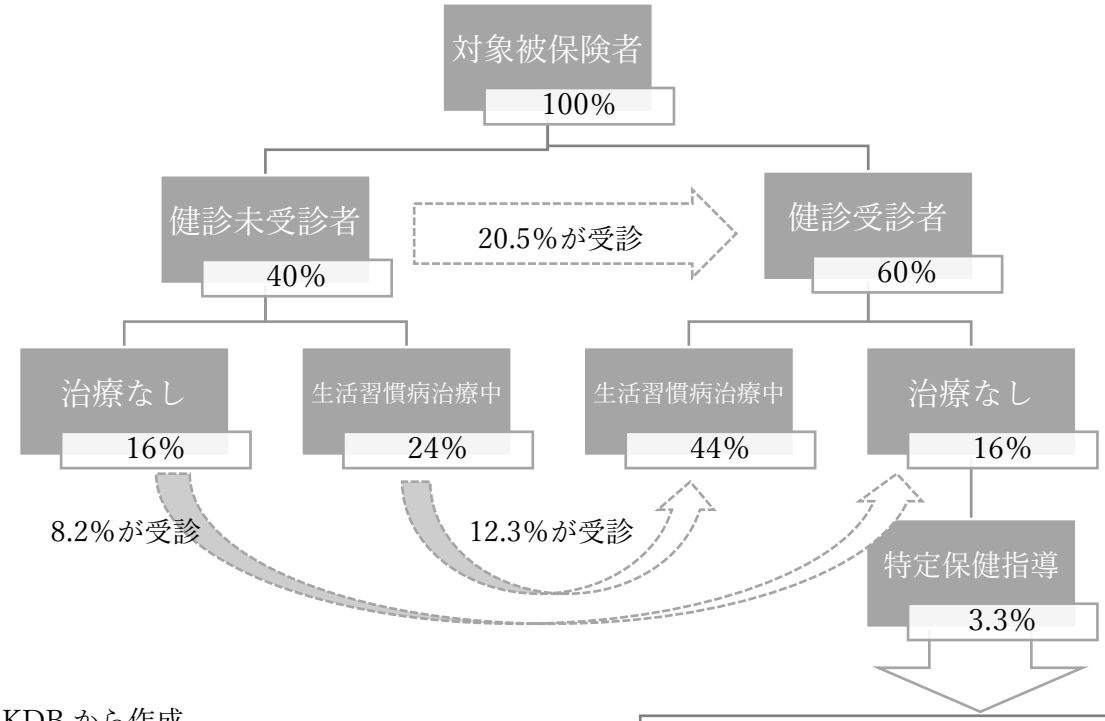
健診受診者の内訳（R1）



KDB から作成

現在（R1 年度）の未受診者が達成目標である 60%まで特定健診を受診した場合

※　特定健診未受診者の「治療なし」と「生活習慣病治療中」の割合は 4：6 のため、移行する 20.5%の割合を前述割合で案分し健診受診者へ移行した場合を想定
特定保健指導の対象者は令和元年度の該当割合から数値を算出



KDB から作成

特定保健指導実施率 60%を達成した場合、
全体への影響：1.98%（3.3%×60%）

第３章　保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価・見直し

１．健康課題

（１）健康課題を策定時と今回の分析を以下の様に整理します。

		健　康　課　題
基本情報	策定時	39 歳未満の人口が減少する一方で 65 歳以上の人口が増加している。
	現状	65 歳以上の人口が増加し、75 歳以上の割合も増加しており高齢化の進展がみられる。
医療費	策定時	医療費が年々増加している。 がん、精神疾患、筋・骨格が上位三項目に位置し、生活習慣病が次ぐ順位になっている。
	現状	循環器疾患に関連した医療費が多い。他市町村と比較すると高齢化は進展していないため、一人当たり医療費の影響は少ない。 健診の受診率向上だけでは医療費の削減は難しい。高齢化による医療費増加の影響が大きい。
介護	策定時	要介護者に糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有病率が高い。
	現状	団塊の世代が後期高齢者に近づき、今後の介護給付が増えることが予想される。 介護の原因となった疾患の内、一番多い脳卒中の有病者は 80 歳前が一番多い。
生活習慣	策定時	高血圧症や脂質異常症の服薬者が多く、50 歳代を境に服薬者の比率が上昇している。 体重が 20 歳時と比べて 10 キログラム以上増加したとする人が多い。 生活習慣病のリスクを高める飲酒習慣者がいる。
	現状	40 歳から 64 歳の II 度高血圧値と男女の BMI の増加、男性の 20 歳からの体重増加に関連がみられた。65 歳以降に有意な関連はあまり見られなかった。
健診・保健指導	策定時	メタボリックシンドロームの比率・非肥満高血糖者の比率が高く、検査値の有所見率では「血圧・脂質」、「血糖・血圧・脂質」の率が高い。40 歳代の時点ですでにメタボリックシンドロームが多い。
	現状	被保険者の７０%弱が生活習慣病治療中の者であり、治療なしの健診未受診者は 65 歳未満のものが多かった。 特定健診受診者の約 80%が生活習慣病治療中の者であり、受診率の向上のためには、生活習慣病治療者の多くが特定健診を受診しなくてはならない。 高齢化の進展により、生活習慣病治療者が増えたことや、特定保健指導の該当者が減少し、特定保健指導の被保険者全体への効果は少なくなってきている。

（２）健康課題への対策の方向性

健康課題に着目した対策を行って行くにあたって、重点的に力を入れる事業の方向性は次のとおりです。

重点対策

【短期】

医療機関受診勧奨
被保険者の高齢化により、生活習慣改善のみで検査値を良くすることは困難です。従って、医療管理下において生活習慣改善や投薬治療をし、検査値をコントロールしていくことが重要です。疾病の早期発見・治療のため、特定健診の検査値に異常がみられる人に医療機関受診勧奨を重点的に実施します。

生活習慣病重症化予防（高血圧）
健康寿命の延伸のためには脳卒中の発症抑制が重要です。従って、脳卒中の原因である高血圧の改善や治療の勧奨の働きかけを特に重視して行います。

肥満対策（40-64 歳）
40-64 歳は BMI や体重増加など肥満と高血圧が関係した結果から、肥満の対策の必要があります。この世代に向けたインセンティブや ICT を活用した、肥満対策に取り組みます。

【長期】

特定健診受診勧奨事業
現在、特定健診受診率は当初の目標より 20%の差があります。現実的に令和 5 年までに達成することは困難です。長期目標とし、着実に 1%ずつ受診率を向上させるための取組を行います。

糖尿病性腎臓病重症化予防
糖尿病性腎臓病は、糖尿病発症から 10 年から 15 年で発症するといわれています。従って、長期目標とし継続して事業に取り組みます。

2．保健事業実施計画の評価・見直しの整理表

当初指標に基づき、以下のとおり整理します。

a：改善している　a*：改善しているが、目標値未達
b：変わらない　　c ：悪化している　d ：評価困難

○アウトプット（活動指標）

No.	事業名	対策	アウトプット（活動指標）	※活動指標の実数・内容を記入 平成30年度	令和元年度	評価
1	特定健診	特定健診未受診者に対する受診勧奨	勧奨通知の発送数（件）	6,271	2,175	c
2	特定健診	特定健診受診勧奨広報事業	受診勧奨広報の実施回数（回）	3	3	b
3	人間ドック検診費助成事業		助成件数（件）	1,645	1,595	d
4	特定保健指導	特定保健指導対象者に対する実施勧奨	実施勧奨通知の発送数（件）	1,173	828	c
5	重症化予防への取り組み	生活習慣病予防への情報提供	情報提供の実施回数・有病者等への情報提供数（件）	311	314	a
6	重症化予防への取り組み	医療機関への受診勧奨	受診勧奨の実施数（件）	274	201	c
7	重症化予防への取り組み	糖尿病性腎症重症化予防事業	予防事業への参加率（%）	133	未実施	c
8	各種けんしん事業	各種けんしん受診の普及	普及啓発活動の実施数（件）	2	2	b

○アウトカム（成果指標）

No.	事業名	対策	アウトカム（成果指標）	評価方法	アウトカム（成果指標） 平成30年度	令和元年度	目標値（令和5年度）	評価
1	特定健診	特定健診未受診者に対する受診勧奨	特定健診受診率	法定報告資料（TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表）により評価	40.5%	39.5%	60%	c
1	特定健診	特定健診受診勧奨広報事業	特定健診受診率	法定報告資料（TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表）により評価	40.5%	39.5%	60%	c
1	人間ドック検診費助成事業		特定健診受診率	法定報告資料（TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表）により評価	40.5%	39.5%	60%	c
2	特定保健指導	特定保健指導対象者に対する実施勧奨	特定保健指導実施率	法定報告資料（TKCA012_特定健診・特定保健指導実施結果総括表）により評価	8.6%	8.4%	60%	c
3	重症化予防への取り組み	生活習慣病予防への情報提供	内臓脂肪症候群該当者割合	KDB帳票（地域の全体像の把握）により評価	21.9%	21.9%	18%	b
4	重症化予防への取り組み	生活習慣病予防への情報提供	血糖・脂質・血圧検査値の有所見者割合	KDB帳票（地域の全体像の把握）により評価	9.7%	8.4%	5%	a*
5	重症化予防への取り組み	医療機関への受診勧奨	医療機関受診率	受診勧奨実施数／医療機関受診者数	26.7%	34.80%	50%	a*
6	重症化予防への取り組み	糖尿病性腎症重症化予防事業	検査値が改善した人の割合	事業実績報告により評価	0.5%	未実施	令和元年度は未実施	d

３．保健事業実施計画の目的・目標の見直し

今般の本計画の中間評価において、開始から 2 年ということでデータの大きな変化は見られてはいませんが、着実に被保険者の高齢化は進んでいるといえます。

今回の分析では、第二期からさらに分析を加え、今後三年間の保健事業の焦点を絞るかたちをとりました。これを踏まえ、中間評価では特定の疾病に焦点を当てた健康課題とし保健事業を見直し以下の様に目的を変更します。

【第２期データヘルス計画の目的の変更】

脳卒中の発症を抑制し、健康寿命（平均自立期間）の延伸を目指します。

目的の理由として、国保被保険者の医療費をみても循環器疾患を中心とした疾患が多いことがわかっています。これらのことや特定健診の傾向をみても、循環器疾患に焦点をあてることが適当であると考えました。

また、要介護の一番の原因である脳卒中の有病は 80 歳前にピークを迎えています。

このことから脳卒中を防ぐためには 80 歳前の国保加入時の取組が重要であると考えられます。また、令和２年度より開始した「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」においても、脳卒中を健康課題としており、足並みを揃え、健康課題を「脳卒中」とし、保健事業の国民健康保険から後期高齢者医療制度へ円滑な接続を目指します。

脳卒中の評価指標を平均自立期間とし令和５年に評価します。

【評価指標】

評価指標	現状値（R1）	目標値
健康寿命（平均自立期間※）	男：79.0 歳 女：83.1 歳	男：80 歳 女：84 歳

※KDB 地域の全体像の把握（平均自立期間・要介護２以上）を基準とする

４．保健事業実施計画（個別の保健事業）と評価指標の見直し

目的の変更に伴い、保健事業を以下のとおり評価・見直しします。本計画は令和５年度までであるため、効果測定が短期間でできない項目についてはどれくらい結果（アウトカム）を出すための取組が実施できたか（アウトプット）の評価までにとどめます。また、実施体制（ストラクチャー）が構築されていないものについては、構築することを目標とします。

特定健康診査

第２期の当初目標は国の掲げる 60%でしたが、現実的にＲ５年度までに達成することは困難です。また、新型コロナウイルス感染症の受診控えもあり、これらのことを考慮し実現可能な目標値としました。これは第二次太田市総合計画の後期行動計画にも同数値としています。

対策として、ソーシャルマーケティングを活用した方法により、受診勧奨通知発送者の 3%が受診した場合に実現可能な数値となっています。

また、35 歳の若年者に対し健診の習慣づけを目的とし受診勧奨を行います。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
特定健診受診率（アウトカム）	39.5%	43%
受診勧奨数（アウトプット）	2,175 通	21,000 通
早期介入保健指導（アウトプット）	-	400 通

特定保健指導

第 2 期の当初目標は国の掲げる 60%でしたが、R5 年度までに達成することは困難です。また、特定保健指導による被保険者メタボリックシンドローム該当者数の減少は限定的であると考えます。しかし、改善したい人に対する機会の確保や QOL（生活の質）の観点から、被保険者の改善の機会として周知を図ります。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
特定保健指導実施率（アウトプット）	8.4%	12%
特定保健指導受診勧奨数（アウトプット）	828 通	900 通

医療機関受診勧奨

生活習慣病と血圧値、血糖値、血中脂質値等は関連があり、この検査値の安定が疾病の予防につながると考えられます。健診受診後、治療が必要な人には積極的に受診を促し、早期の安定を目指します。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
医療機関受診率（アウトカム）	34.8%	50%
受診勧奨数（アウトプット）	201 通	1000 通

糖尿病性腎臓病重症化予防

令和２年度より、医師会と連携し重症化予防の取組を始めました。今後、対象者を拡大していき、糖尿病性腎臓病の予防に努めます。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
検査値等の変化（アウトカム）	-	参加者 HbA1c の改善
保健指導実施数（アウトプット）	-	年間 10 人

生活習慣病重症化予防（高血圧）

脳卒中という健康課題解決のため、脳卒中の原因の一つである高血圧の管理が重要になります。特に未治療者においては早期に医療管理下でコントロールしていくことが求められます。

医療機関受診勧奨の中でも、特に高血圧の対象者を重点的に行います。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
Ⅱ度高血圧以上未治療者人数（アウトカム）	227 人	120 人
受診勧奨数（アウトプット）	-	200 通

がん検診

健康おおた２１（第二次）では中間評価を行っていないため、R５年度で評価を行います。

指標	
健康おおた２１（第二次）	同計画で評価

健康づくり・インセンティブ

健康無関心層のため、インセンティブを利用した取り組みを実施します。ICT 等を利用し、多くの市民が参加できるような仕組みを構築します。特に、生活習慣の状況から 40-64 歳の肥満と高血圧が関連しており、インセンティブを活用し、活動量を増やせる仕組みを目指します。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
実施体制の構築（ストラクチャー）	-	インセンティブ付与できる
参加者数（アウトプット）	-	毎年 10%増加

重複・多剤投与

重複・多剤投与は医療費の増加だけでなく、被保険者の健康にも影響を及ぼします。重複・多剤で健康に影響がある被保険者に働きかけを行います。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
重複・多剤投与者訪問数（アウトプット）	16 件	15 件
重複・多剤投与者への通知数（アウトプット）	61 件	60 件

後発医薬品使用促進

後発医薬品使用率は国の目標とする 80%にあとわずかの状況です。安定して 80%を超えられるように、目標を 82%とし周知に努めます。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
後発医薬品使用率（アウトカム）	79.8%	82%

医療費通知

各被保険者が自らの医療費について確認する機会を設け、適正受診につながるように周知を図ります。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
医療費通知発送数（アウトプット）	50,000 通	50,000 通

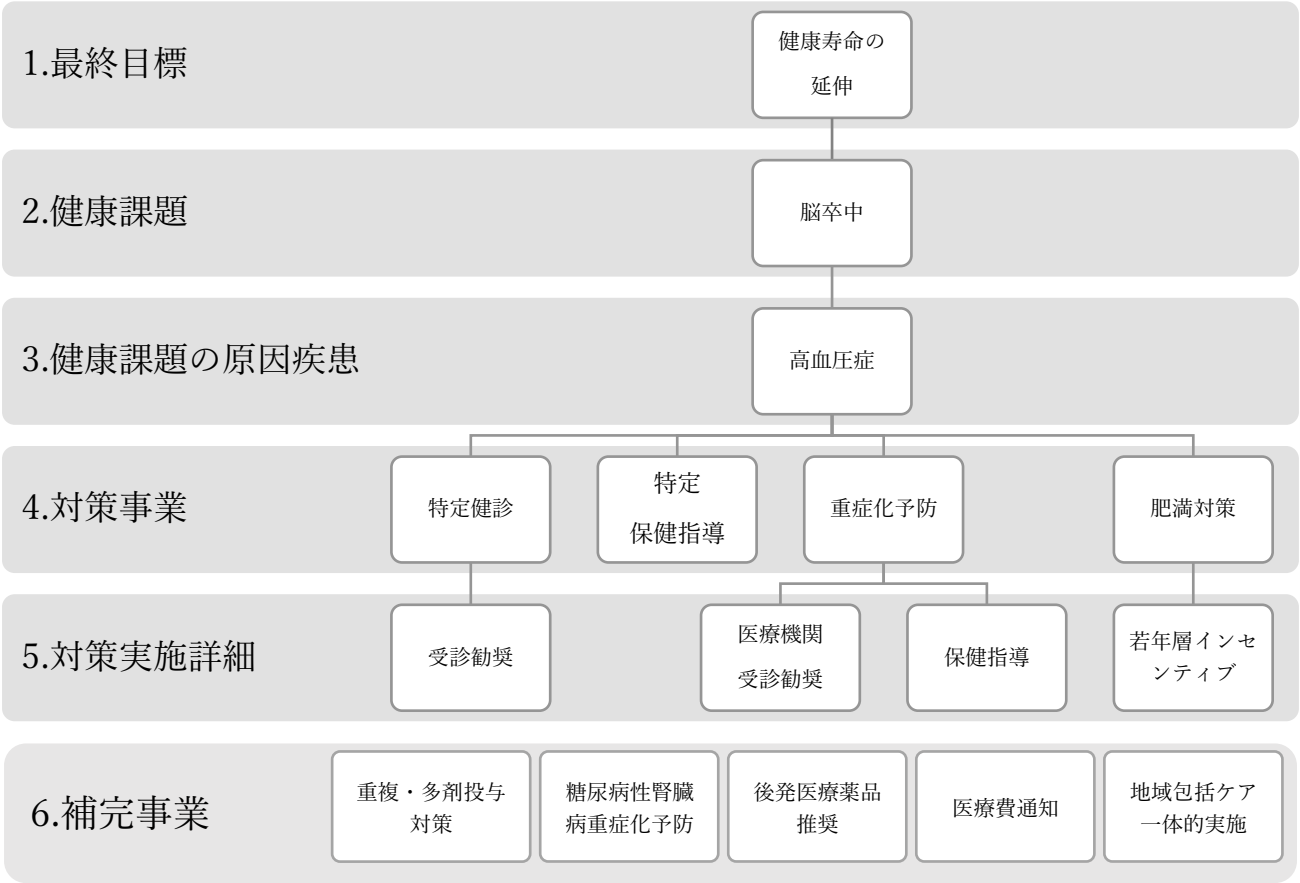
地域包括ケア推進・一体的実施

令和２年度より「高齢者の保健事業を介護予防の一体的実施」が開始されました。これに伴い、保健事業の国保から後期高齢者医療制度への円滑な接続が重要となっています。衛生部門、介護部門と連携をし、高齢者の健康に寄与します。

指標	現状値（R1）	目標値（R5）
連携体制の構築（ストラクチャー）	-	連携体制の構築

5．目標達成のための事業体系

本計画における事業体系を示したものです。最終目標の達成のためにどのような事業をしていくかを表したものになります。1～5 までは直接、課題解決のために実施する事業です。6 補完事業は間接的に課題解決に働く事業として位置付けています。



【評価指標一覧】

分類	評価指標	現状値（R1）	目標値（R5）
健康寿命	健康寿命（平均自立期間※）	男：79.0 歳 女：83.1 歳	男：80 歳 女：84 歳
特定健診	特定健診受診率	39.5%	43%
	受診勧奨数	2,175 通	21,000 通
	早期介入保健指導	-	400 通
特定保健指導	特定保健指導実施率	8.4%	12%
	特定保健指導受診勧奨数	828 通	900 通
重症化予防	医療機関受診率	34.8%	50%
	受診勧奨数	201 通	1000 通
	検査値等の変化	-	参加者 HbA1c の改善
	保健指導実施数	-	年間 10 人
	Ⅱ度高血圧以上未治療者人数	227 人	120 人
	受診勧奨数	-	200 通
がん	健康おおた２１（第二次）	-	同計画で評価（R4）
肥満対策	インセンティブ事業実施体制の構築	-	インセンティブ付与できる
	インセンティブ事業参加者数	-	毎年 10%増加
薬剤	重複・多剤投与者訪問数	16 件	15 件
	重複・多剤投与者への通知数	61 件	60 件
	後発医薬品使用率	79.8%	82%
医療費	医療費通知発送数	50,000 通	50,000 通
地域包括ケア 一体的実施	連携体制の構築	-	連携体制の構築

太田市国民健康保険課
第二期太田市データヘルス計画　中間評価
特定健康診査等実施計画（第三期）

策　定　平成 30 年 3 月　中間評価　令和 3 年 3 月
企画編集　太田市健康医療部　国民健康保険課
〒373-8718　群馬県太田市浜町 2 番 35 号
電話(0276)-47-1825　FAX(0276)-47-1876