

原村国民健康保険保健事業実施計画(第3期データヘルス計画) 報告 概要版

※ 評価判定区分 A:改善している B:変わらない C:悪化している D:評価困難

	事業概要	すがた	目標	実績	評価	課題等	見直しと今後の改善策
特定健診	<p>①対象者への個別通知発送。 →4月に対象者全員に個別通知を実施しました。</p> <p>② 集団健診・個別健診の案内チラシ配布。 →被保険者証送付時に案内通知を送付しました。健診を申し込んだものの受診しなかった者へ個別通知による受診勧奨を実施しました。まばら受診者へ個別通知による受診勧奨を実施しました。</p> <p>③集団健診・個別健診の実施。 →年1回集団健診を保健センターで実施し、6～2月に委託医療機関で個別健診を実施しました。年に3回程度、原村診療所で小集団健診を企画し、健診機会を増やしました。人間ドック助成事業の健診データ作成を諏訪地域の基幹病院に委託し、利便性をはかるとともに、健診データ登録件数の増加につとめました。</p> <p>④集団健診結果報告会の実施。 →集団健診後健診結果報告会を開催し、個別に保健師、管理栄養士から結果を説明し併せて次年度の健診受診について勧奨しました。</p> <p>⑤要医療者への受診勧奨。 →健診の結果要精密検査になった者に対し、健診結果報告時に受診勧奨を実施しました。3か月経過後未受診の者には個別通知にて再度受診勧奨を実施しました。</p>	<p>特定健診受診率</p> <p>R1 R2 R3 R4 R5 R6</p> <p>KDBより</p> <p>年代別受診率 (R5年度)</p> <p>男 女</p> <p>■40代 □50代 ■60代 □70代</p> <p>KDBより</p>	受診率 60%	受診率 45.8%	A	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の約6割は特定健診を受けていません。 年齢が下がる毎に受診率が低下し、40～50代の受診率は30.1%です。この年代への受診勧奨は計画策定時よりの課題となっていますが、受診勧奨方法が確立できていません。 経年未受診者(一度も健診を受診していない者)に対する受診勧奨方法が確率できていません。 	<ul style="list-style-type: none"> 通知文書の見直しをはかり、一律の案内から年代や健診受診歴にあわせた受診率の向上につながる内容となるよう検討します。 医療受診中の者も健診対象であることを周知していきます。 受診率向上への確実な対策は確立されていないことから、特性にあった健診方法の提案など、電話での受診勧奨も含め地道に受診率を積み上げていくよう、随時改善し継続実施していきます。
特定保健指導	<p>①健診結果とともに該当であることを知らせる。 →健診受診後、該当される者に対し、電話又は通知にて該当となったことお知らせし、特定保健指導日程の調整をおこないました。</p> <p>②個別保健指導の実施。 →該当者の都合にあわせた日程で初回面接を実施しました。3～6か月間 生活改善の取り組みへの支援を実施しました。実施者は村管理栄養士・保健師、富士見高原病院保健師・諏訪中央病院保健師(当該医療機関受診者のみ)です。人間ドック助成制度利用での該当者には、人間ドック受診医療機関で特定保健指導を実施しました(委託先:諏訪赤十字病院、諏訪中央病院、富士見高原病院。委託先以外は村管理栄養士実施。)</p> <p>③健康教室等の紹介。 →該当者のライフスタイルにあわせ、スタイルアップ教室やタグフィットネス事業等を紹介しました。</p>	<p>特定保健指導終了率</p> <p>R1 R2 R3 R4 R5 R6</p> <p>KDBより</p> <p>(%)メタボ該当者・予備群該当者割合</p> <p>R1年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度</p> <p>—メタボ該当者 —メタボ予備群</p> <p>KDBより</p>	終了率 45%	終了率 65.4%	A	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果の報告(健診結果表手渡し)にあわせて実施することで、実施率の向上につながっています。 メタボリックシンドローム該当者は18.8%、予備群該当者は10.8%で、大きな変化はありません。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導実施率の目標値は達成することが出来ました。目標を70%と修正しましたが、R3年度よりまた減少傾向にあります。保健指導の必要性等を伝える、対象の生活にあった保健指導の方法の確立など保健指導終了率が70%に戻るよう随時実施方法を見直ししていきます。
早期介入保健指導	<p>①健診結果とともに該当であることを知らせる。 →集団健診受診者では、健診結果報告会参加時に個別に説明し、該当であることをお知らせしました。個別健診受診者では結果報告書送付時に病態に関するパンフレットを同時に送付し、情報提供しました。</p> <p>②個別保健指導の実施。 →集団健診受診者では、健診結果報告会参加時に保健師による結果説明と管理栄養士による栄養指導を実施しました。</p>	<p>健診結果説明会参加率</p> <p>R1年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度 R6年度</p> <p>成果説明より</p> <p>健診受診者に占める受診勧奨者の割合</p> <p>高血圧 脂質異常 糖尿病</p> <p>■R1 □R2 ■R3 ■R4 □R5</p> <p>特定健診データ管理システムよ</p>	結果報告会参加率 80%	結果報告会参加率 92.5%	A	<ul style="list-style-type: none"> 集団健診受診者の健診結果説明会出席率は増減があります。 村実施の健診受診者にする個別健診受診者の比率は増加傾向です。しかしながら個別健診受診者への個別保健指導に至っていません。 	<ul style="list-style-type: none"> 結果報告会については参加しやすい日程の工夫など、改善につとめ継続実施します。 個別健診受診者への個別保健指導方法については実施者の人員確保も含め、検討します。 有効な保健指導が行われているかを評価するため、健診受診者の高血圧・脂質異常・糖尿病受診勧奨判定値の者数についても評価します。
糖尿病性腎症重症化予防教室	<p>① 管理栄養士や運動指導士による栄養指導と運動指導。 → 特定健診を受診した者には健診結果説明時に個別面談又は電話にて受診状況を確認し、継続受診の重要性を説明しました。特定健診未受診者の者へは文書の送付・電話等により特定健診の受診勧奨および医療機関への受診勧奨をし、その後受診の有無を確認しました。また、運動教室へお誘いしました。</p> <p>② 村内医療機関と連携した保健指導 特定健診受診者又は医療機関受診者で保健指導が必要な方には村内の医療機関と連携した医師の指示のもと保健指導を行い、糖尿病性腎症の重症化を予防しています。</p>	<p>新規透析導入者数</p> <p>R1年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度</p> <p>■糖尿病性腎症原因 □以外</p> <p>医療給付係より</p> <p>糖尿病治療中断者数・未治療者数</p> <p>R1 R2 R3 R4 R5</p> <p>■未治療者 □中断者</p> <p>KDBより</p>	糖尿病性腎症による透析新規導入者の減少 R5年度 0人	糖尿病性腎症による透析新規導入者の減少 R5年度 0人	B	<ul style="list-style-type: none"> 他疾患を併せ持っている者が多く、主治医の優先する治療方針等にそった、個々にあった保健指導が求められます。そのため主治医との連携や保健指導実施者の指導スキルが課題です。 特定健診受診率が低く、健診からのアプローチが困難です。 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医との連携を推進しながら継続実施していきます。 個々にあった保健指導のための、教室形式から個別面談方式への転換をはかります。 保健指導実施者の研修参加を積極的に推進していきます。

目的

健康長寿の延伸

最終目標 受診率60%

男性 (歳)

R1年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度

■平均余命 □平均自立期間

女性

最終目標 実施率70%

女性 (歳)

R1年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度

■平均余命 □平均自立期間

KDBより

R5年度の平均余命－平均自立期間は男性1.3歳、女性2.8歳です。

医療費の適正化

1人当たりの医療費推移 (外来)

最終目標 結果報告会参加率80% 受診勧奨判定値該当者数の減少

(円)

R1年度 R2年度 R3年度 R4年度 R5年度

KDBより

1人当たりの医療費はR2年度で減少したものの、R3年より増加し、横ばいに推移しています。

最終目標 新規透析導入者の減少 未治療者の減少 治療中断者の減少

- 健康教室事業
- がん検診事業
- 健康相談
- ずくだせカフェ
- 健康情報提供

