

久万高原町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第三期特定健康診査等実施計画

中間評価

令和 3 年 3 月作成

久万高原町 国民健康保険

目次

第1章 「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」の概要

1. 計画推進の経過
2. 計画の基本的な考え方
3. 久万高原町の健康課題

第2章 中間評価の方法

1. 計画に掲げる中長期・短期目標の進捗状況、評価結果
2. 中長期・短期目標に対するストラクチャー、プロセス評価
3. 個別保健事業の評価と課題

第3章 中間評価の結果

1. 中長期目標、短期目標(アウトカム、アウトプット)の進捗状況
「データヘルス計画の目標管理一覧」
2. 中長期・短期目標に対するストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」
3. 主な個別事業の評価と課題

第4章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

1. 目標値に対する進捗状況
2. 特定健診・特定保健指導の実施

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 努力支援制度の評価指標における検討
2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について
(健診、医療、介護データの一体的な分析)
3. 個別保健事業計画の見直し

第1章 「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」の概要

1. 計画推進の経過

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において保険者は、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とし、データ分析に基づく「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を行うことが求められたことから、平成27年3月に「久万高原町第1期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定しました。

また、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)に基づき、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、平成30年度に「久万高原町第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を特定健康診査実施計画と一体的に策定し、計画期間を平成30年度から35年度(令和5年度)までの6年間としました。3年目にあたる令和2年度は中間評価を実施します。

2. 計画の基本的な考え方

第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、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ものです。

この計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、久万高原町健康づくり・食育推進計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。厚生労働省による「データヘルス計画作成の手引き」に示されているように、予防対象疾患を「中長期目標」と「短期的目標」として整理し、健康寿命の延伸、健康格差の縮小という大目標を実現するための計画となっています。

3. 久万高原町の健康課題 (図1)

特定健診の受診率は51.9%(県内3位)と比較的高く、県や国平均より高いものの、受診率は伸び悩んでおり、健診も医療機関への受診歴もない40歳から64歳は18.8%(県内15位)、65～74歳は13.0%(9位)と、健康状態が把握できない者がいることから、健康状態を把握する必要があります。また、中長期目標とする脳血管疾患の死亡率が、男性(県内4位)女性(県内1位)ともに高く、虚血性心疾患の死亡率も県内1位となっています。その背景には高血圧(Ⅲ度以上 県内13位)、中性脂肪(300以上 県内3位)、糖尿病(HbA1c8.0以上 県内1位)があり、治療中であっても高値の者も多いため、受診勧奨と合わせて医療連携も必要と考えます。

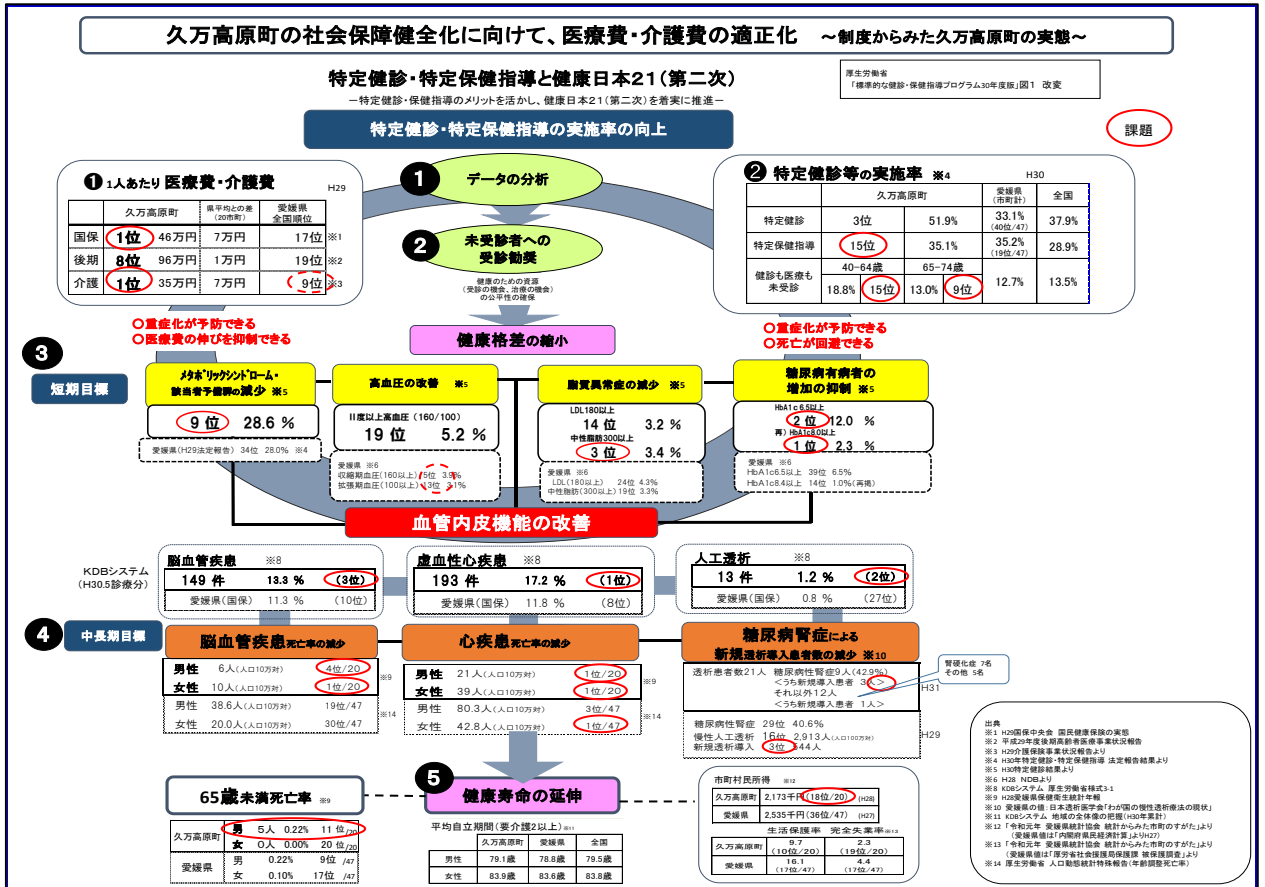
久万高原町は1人あたり医療費が国保医療費、介護給付費ともに最も高く(県内1位)、後期高齢者医療費は国保や介護に比べ県内順位は8位と低いものの、全国平均より高く近年増加している状況です。

社会保障全体としては、失業率は(県内19位)低いものの、一人あたりの市町村民所得

も(県内 18 位)低く、一人あたりの医療費が高い久万高原町では、医療費の自己負担はもとより、保険者負担も大きく財政的に厳しい状況です。

以上のことから、久万高原町は継続して働きざかりの年代の生活習慣病の発症・重症化予防を、町民・行政・医療機関など連携し取り組まなければなりません。

(図1)



第2章 中間評価にあたって

中間評価では目標値の進捗状況を中心に以下の手順で評価を行います。

- (1)データヘルス計画に掲げる中長期目標、短期目標等の進捗状況、評価結果
→「第2期データヘルス計画 目標管理一覧」
- (2)中長期目標、短期目標に対するストラクチャー(構造)、プロセス(実践課程)評価
→「全体評価表」
- (3)評価結果および努力支援支援制度の評価指標を踏まえ、目標項目の修正、目標値の見直しを検討 →「第2期データヘルス計画 目標管理一覧」の見直し
- (4)個別事業のうち主要なもの(未受診者対策、特定保健指導、糖尿病等重症化予防など)の進捗状況の把握、課題の検討、見直しや情勢等を踏まえた新たな事業等の検討
→「個別の保健事業計画」

第3章 中間評価の結果

1. 中長期目標・短期目標(アウトカム、アウトプット)の進捗状況

「第2期データヘルス計画 目標管理一覧」

※ 血糖値改善教室を中止し、個別指導を強化したため、評価ができません。

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値				
			初期値 H28	中間評価 H31	中間目標 H31	R2	R3	R4	最終目標 R5
特定健診等	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、メタボ該当者、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	43.8%	51.1%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
		特定保健指導実施率60%以上	51.8%	70.7%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
		特定保健指導対象者の減少率25%	10.5%	11.0%	23.0%	24.0%	24.0%	24.0%	25.0%
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合1.16%減少	3.73%	2.92%	3.15%			2.57%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.68%減少	2.18%	1.51%	1.84%			1.50%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少2.42%	7.80%	6.36%	6.59%			5.38%	
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	27.9%	31.4%	20.5%	21.6%	22.7%	23.8%	25.0%
		健診受診者の高血圧者の割合減少5%(160/100以上)	5.7%	7.7%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%
		健診受診者の脂質異常者の割合減少15%(LDL140以上)	20.3%	24.6%	18.0%	17.3%	16.5%	15.8%	15.0%
		健診受診者の糖尿病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	12.1%	12.7%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合75%		15.4%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	75.0%
		糖尿病の保健指導を実施した割合75%以上		28.2%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%	75.0%
		がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	13.6%	14.4%	29.2%	34.4%	39.6%	44.8%	50.0%
短期	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診 50%以上	31.0%	24.0%	39.1%	41.8%	44.5%	47.2%	50.0%
		大腸がん検診 50%以上	26.9%	21.8%	36.8%	40.1%	43.4%	46.7%	50.0%
		子宮頸がん検診 50%以上	20.9%	21.5%	33.5%	37.7%	41.9%	46.1%	50.0%
		乳がん検診 50%以上	24.2%	21.8%	35.3%	39.0%	42.7%	46.4%	50.0%
		自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合25%以上(血糖値改善の教室への参加者割合)	12.5%	※	18.4%	20.1%	21.8%	23.5%
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	66.3%	75.1%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%	

1) 評価指標が「改善」された項目

- ① 特定健診受診率:平成 28 年度 43.8%から令和元年度 51.1%に増加
- ② 特定保健指導実施率:平成 28 年度 51.8%から令和元年度 70.7%に増加
- ③ 特定保健指導の減少率:平成 28 年度 10.5%から令和元年度 11.0%に改善
- ④ 脳血管疾患の総医療費に占める割合
:平成 28 年度 3.73%から令和元年度 2.92%に減少
- ⑤ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合
:平成 28 年度 2.18%から令和元年度 1.51%に減少
- ⑥ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少
:平成 28 年度 7.80%から令和元年度 6.36%に減少
- ⑦ 後発医薬品の使用により、医療費の削減
:平成 28 年度 56.3%から令和元年度 75.1%に上昇

2) 評価指標の「悪化」となった項目

- ① メタボリックシンドローム・予備群の割合:H28 年度 27.9%から R1 年度 31.4%に増加
- ② 健診受診者の高血圧の割合 :H28 年度 5.7%から R1 年度 7.7%に増加
- ③ 健診受診者の脂質異常者の割合 :H28 年度 20.3%から R1 年度 24.6%に増加
- ④ 健診受診者の糖尿病者の割合 :H28 年度 12.1%から R1 年度 12.7%に増加

2. 中長期目標・短期目標に対するストラクチャー(構造)、プロセス(実践課程)評価

「全体評価表」

令和3年度に向けての全体評価		評価(良くなったところ)			久万高原町	
課題・目標	(1)プロセス (やって来た実践の過程)	(2)アウトプット (事業実施量)	(3)アウトカム (結果)	(4)ストラクチャー (構造)	(5)残っている課題	
全体	<ul style="list-style-type: none"> 4月末、市内9医療機関を巡回訪問し、保健事業への協力依頼(健診受診勧奨、重症化予防、未治療者への受診勧奨の取り組み) 郡南医療会への歯周病健診の打ち合わせの際、生活習慣病対策の取り組みについて協力依頼。 	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果や問診ことから保健指導対象者を選定 特定保健指導以外の保健指導対象者を抽出し、台帳を作成。未治療者は医療機関につなげ、受診結果から保健指導につなげる。 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> R1年度の虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析(糖尿病腎症)の医療費割合は、H28年度と比べて減少 メタボリックシンドローム・予備群の割合 H30 28.6% → R1 31.4% 所見異常未治療者割合 H30→R1 高血圧H 59.3%→74.9% HbA1c6.5%以上 30.3%→52.7% LDL160以上 93.1%→95.1% 	<ul style="list-style-type: none"> 国保係と保健センターが保健事業について協議 医療機関・社協など、健診受診について住民に再掛けを依頼 特定保健指導勧奨、特定保健指導利用勧奨を保健センターだけでなく、国保係からも通知 	<ul style="list-style-type: none"> 国保運営協議会の在り方について再考の余地あり。 高齢者の保健事業と介護予防事業の一時的統合の体制づくり(マンパワー)を準備 経年未受診者や未治療者を治療に繋げる対策 	
特定健診未受診者対策	<ul style="list-style-type: none"> 健診未受診者への勧奨方法を、対象者の抽出内容(過去未受診など)により、対象者の特性にあわせた内容で通知 糖尿病管理台帳をもとに健診未受診者の受診勧奨 39歳以上の若年者健診の実施 各種がん検診、歯周病検診など同日実施。会場までの送迎の実施 10月より、KDBを活用した健診Web予約システムの運用開始により、来年夏も手続に手配ができるようにした。 変換結果が実施するスマートヘルスケア推進事業への参加。 	<ul style="list-style-type: none"> 前年2月の健診案内に健診指導も含めた情報提供 対象者の特性に応じた勧奨はがきを、未受診者に送付 集団健診終了後、未受診者へ個別健診案内と受診券を一斉送付 糖尿病管理台帳から本年度集団健診未受診者に家庭訪問・電話・郵送により受診勧奨 *年末、特定健診未受診者へ保健事業案内と商品券を送付するインセンティブの提供を行い、翌年度の受診につなげる。 	<p>特定健診未受診者</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 H30 51.9% → R1 51.1% →R2 39.9% (R2:1月現在) (そのうち個別) H30 21.6%(R1:12月現在) →R1 14.3%(R2:2月現在) 受診者の内、新規受診者の割合 H30 17.18% → R1 9.8% 受診者の内、不定期受診者の割合 H30 64.8% → R1 54.5% ・年代別受診率 40～49歳 H30 34.8%→R1 32.2% 50～59歳 H30 39.9%→R1 33.2% 60～69歳 H30 52.4%→R1 49.0% 	<ul style="list-style-type: none"> 健診の意識づけのため、集団健診では39歳以下の住民にも積極的に受診勧奨 医療連携協議会にて年1度、保健事業についても報告。受診中の方についても健診受診勧奨を依頼。 健診予約システムの管理 医師会にも健診勧奨依頼 スマートヘルスケア推進事業では、健康増進アプリkenoomを用いた健康情報の閲覧や、健康情報の発信により自己の健康に関心を持ってもらう意識づけ、健診受診につなげる。 	<ul style="list-style-type: none"> 年代ごとに異なり、若い方が受診率が低い傾向にある。また、年々全体の受診率が下がっている傾向にある。 治療中の方や医師から受診が必要ないと言われ受診しない未受診者に対して、方法の検討を行う 社協から協賛加入した方など、案内をタイムズ&くろくろ行方方法の検討 	
メタボ・重症化予防対策	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導対象者管理台帳、糖尿病管理台帳、要精密検査者管理台帳の活用方法の検討 台帳をもとに、スタッフの振り分け、訪問計画、評価方法などの検討 未治療者の対応について、個々の事例から医療機関との連携についてシステム再考。 	<p>メタボリックシンドローム・重症化予防(糖尿病・高血圧)対策</p> <ul style="list-style-type: none"> *メタボリックシンドローム対策 <ul style="list-style-type: none"> 積極的・動機付け支援管理台帳の更新。 保健指導支援ツールを使用 保健師2名で対応。健診結果が判明次第、速やかに家庭訪問し保健指導。実施後は台帳と個人ファイルに記録。 *糖尿病性腎症重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病管理台帳の作成・更新(管理栄養士1名) HbA1c6.5%以上の未治療・治療中断者への受診勧奨(全員に電話、電話等) プログラムに基づいた保健指導の実施 HbA1c8.0%以上のコントロール不良者への保健指導 糖尿病連携手帳を活用した医療機関との連携 *重症化予防の実践 <ul style="list-style-type: none"> 要精密検査者管理台帳の作成(保健師2名) 要精密検査者管理台帳に健診結果送達時に受診券を発行・郵送後、受診確認 *かかりつけ医との連携 <ul style="list-style-type: none"> 要精密検査者管理台帳をもとに、保健指導を実施し、経過を台帳に記入。また、詳細は個人カルテに記録し、継続支援をおこなう。困難事例に対しては、都度相談。 家庭血圧測定と血圧手帳の配付。 	<ul style="list-style-type: none"> *メタボリックシンドローム予備群・該当者の抽出 メタボ予備群 H30 7.7%→R1 9.3% メタボ該当 H30 20.9%→R1 22.1% *特定保健指導の実施 *糖尿病性腎症重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> HbA1c6.5%以上の糖尿病未治療者全員に、面接・電話等で受診勧奨を実施した HbA1c6.5%以上のコントロール不良者全員に家庭訪問や電話等で保健指導を実施 必要に応じて保健指導指針書の発行を医療機関に依頼。依頼書の指示に基づいて保健指導。 医療機関未受診については、12月に返信状況レポート確認を行い、再度受診勧奨。 *重症化予防の実践、かかりつけ医との連携 <ul style="list-style-type: none"> 要精密検査者全員に受診勧奨を実施。 医師からの指示に基づいて保健指導 血圧手帳の活用 	<p>特定保健指導実施</p> <ul style="list-style-type: none"> H30 25.1% → R1 62.4% → R2 52.5% (R2:1月現在修正済み) <p>糖尿病性腎症重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> HbA1c6.5%以上未治療者数 R1 15人 → R2 14人 (R2:1月現在) HbA1c6.5%以上の未治療者が年度内に1治療に繋がった状況 R1 15人中8人 R2 14人中5人 (R2:1月現在) HbA1c6.5%以上未治療者の変化 R1→R2 改善した割合 55.3% 悪化 33.3% 健診未受診 11.1% <p>重症化予防の実践、かかりつけ医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 集団健診で要精密検査者管理台帳と判定された方の状況 (R2:1月現在) 医療機関からの返信率 96件 43.0% 訪問・電話などでの確認 5件 指示に基づいて保健指導 1件 指導1件 血圧手帳に関して配布を始めたばかりで、効果確認は未。 	<ul style="list-style-type: none"> *特定保健指導実施 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関で配布するチラシの作成(特定健診受診勧奨、特定保健指導利用勧奨) *糖尿病性腎症重症化予防 <ul style="list-style-type: none"> 年度毎の糖尿病管理台帳を作成 要精密検査者管理台帳の作成 保健師と医師との連携ツール(紹介状作成、アルブミン尿検査の実施依頼等)の作成 *重症化予防の実践、かかりつけ医との連携 <ul style="list-style-type: none"> プログラムに基づき、要精密検査者再検査と判定された方全員に、要精密検査依頼書を発行し、返信いただく。 血圧手帳の配布、活用 	<ul style="list-style-type: none"> *毎年、同じ人が未治療者にあがっている。 糖尿病治療中の重症者が専門医に繋がっていない。そもそも、受診を怠りもむ方が多い。 要精密検査者について、約半数が返信できていない。 連携し、医師から薬物治療をすすめられるが、拒否される方が存在する。 治療中断者について、医師側からも配する声がある。

3. 主な個別事業の評価と課題

(1)糖尿病性腎症重症化予防

平成30年度から愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・血糖コントロール不良者に対し、原則家庭訪問を行い、受診勧奨および保健指導ツールを使用した保健指導を実施しました。また、糖尿病管理台帳を作成し、治療中断者や健診未受診者にも受診勧奨を行っています。糖尿病有病者の割合が増加傾向にありますので、今後も、医師会・かかりつけ医と連携の上、未受診者(治療中断者)・コントロール不良者への効果的な受診勧奨・保健指導を実施していく必要があります。

(2)脳血管疾患・虚血性心疾患予防

当該年度の健診結果から、保健指導対象者名簿を作成しています。

要精密検査者および要再検査と判定された方には文書にて受診勧奨を行い、文書で各医療機関から結果を保健センターに返送していただき、受診確認や医療機関からの求めに応じた保健指導を行っています。

KDBシステムでの確実な受診確認や優先順位をつけての効果的な保健指導の実施など、検討が必要です。

●重症化しやすいⅡ度高血圧の方の変化(収縮期血圧 160 かつ/または拡張期血圧 100mmHg)

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上						
					再掲						
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療				
H28	827	363 43.9%	226 27.3%	191 23.1%	47	25	22	5.7%	53.2%	46.8%	5.7%
					11	6	5				
H29	851	383 45.0%	215 25.3%	208 24.4%	45	25	20	5.3%	55.6%	44.4%	5.3%
					10	3	7				
H30	904	441 48.8%	200 22.1%	215 23.8%	48	28	20	5.3%	58.3%	41.7%	5.3%
					8	4	4				
R1	873	363 41.6%	215 24.6%	225 25.8%	70	52	18	8.0%	74.3%	25.7%	8.0%
					19	13	6				

●重症化しやすいLDL160mg/dl以上の方の変化

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上						
					再掲						
					再)180以上	未治療	治療				
H28	827	475 57.4%	184 22.2%	107 12.9%	61	52	9	7.4%	85.2%	14.8%	7.4%
					14	13	1				
H29	851	503 59.1%	173 20.3%	110 12.9%	65	60	5	7.6%	92.3%	7.7%	7.6%
					19	18	1				
H30	904	501 55.4%	200 22.1%	116 12.8%	87	81	6	9.6%	93.1%	6.9%	9.6%
					29	28	1				
R1	873	496 56.8%	168 19.2%	128 14.7%	81	77	4	9.3%	95.1%	4.9%	9.3%
					19	18	1				

●重症化しやすいHbA1c6.5%以上の方の変化

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上						
					再掲						
					再)7.0以上	未治療	治療				
H28	827	243 29.4%	345 41.7%	139 16.8%	100	30	70	12.1%	30.0%	70.0%	12.1%
					53	10	43				
H29	851	267 31.4%	347 40.8%	138 16.2%	99	31	68	11.6%	31.3%	68.7%	11.6%
					55	11	44				
H30	904	339 37.5%	305 33.7%	151 16.7%	109	33	76	12.1%	30.3%	69.7%	12.1%
					58	12	46				
R1	873	250 28.6%	349 40.0%	162 18.6%	112	59	53	12.8%	52.7%	47.3%	12.8%
					52	27	25				

第4章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

1. 目標値に対する進捗状況

- ① 特定健診受診率 … H28年度 43.8%から R1年度 51.1%に増加（目標達成）
- ② 特定保健指導実施率 … H28年度 51.8%から R1年度 70.7%に増加（目標達成）

①特定健診受診率の推移(平成20年度～令和元年度)

特定健診受診率																																			
H20			H21			H22			H23			H24			H25			H26			H27			H28(初期値)			H29			H30			R1(中間評価年)		
対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)	対象者 (人)	受診者 (人)	受診率 (%)			
2,708	1,286	47.5	2,600	1,198	46.1	2,450	1,159	47.3	2,315	1,067	46.1	2,202	985	44.7	2,077	914	44.0	1,981	888	44.8	1,911	845	44.2	1,809	792	43.8	1,758	821	46.7	1,702	884	51.9	1,645	840	51.1

	H28(初期値)	H29	H30	R1(中間評価値)	R2	R3	R4	R5(最終評価値)
目標値 (%)	43.8	44.0	45.0	48.0	51.0	54.0	57.0	60.0
受診率 (%)	43.8	46.7	51.9	51.1				

②特定保健指導実施率の推移(平成20年度～令和元年度)

特定保健指導率																																			
H20			H21			H22			H23			H24			H25			H26			H27			H28(初期値)			H29			H30			R1(中間評価値)		
対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)	対象者 (人)	終了者 (人)	実施率 (%)
224	44	19.6	182	26	14.3	170	57	33.5	131	36	27.8	106	30	28.3	91	31	34.1	115	32	27.8	101	43	42.6	83	43	51.8	90	31	34.4	94	33	35.1	92	65	70.7

	H28(初期値)	H29	H30	R1(中間評価値)	R2	R3	R4	R5(最終評価値)
目標値 (%)	51.8	53.0	55.0	56.0	57.0	58.0	59.0	60.0
受診率 (%)	51.8	34.4	35.1	70.7				

2. 特定健診・特定保健指導の実施

(1)特定健診の実施

毎年2月に保健センターから健診案内を全戸に郵送し、広報久万高原や町ホームページ・スマホアプリゆりナビなどで受診勧奨を行っています。

集団健診では、特定健診とがん検診を同日実施し、自己負担を安価にしています。会場によっては送迎も行っています。また、愛媛県厚生連健診センターでの人間ドック、かかりつけ医での特定健診や久万高原町立病院短期人間ドックなど、個別健診の機会の拡充を図りました。

受診勧奨の取り組みとして、平成30年度より、新規および不定期受診者を含めた未受診者に対して、対象者の特性に応じた内容の受診勧奨はがきを(年1～2回)送付しています。また、例年10月中旬に集団健診が終了するため、12月に健診未受診者に健診受診券を発送しました。令和2年度より、スマートフォンやパソコンから住民健診の申し込みができる健診WEB予約システムを導入しています。

特定健診受診者には、町内で利用できる買い物券を送付し、次年度の受診の動機付けとしました。

以上のことから、徐々に健診受診者は増加していますが、特定健診受診率は目標である60%に達していません。また、若年層に積極的に勧奨する必要があります。

(2)特定保健指導

令和元年度より、保健センターの保健師・管理栄養士に加え、住民課でも保健師1名を雇いあげし、集団健診だけでなく個別健診の受診者の特定保健指導も開始しています。

受診率は向上しつつありますが、保健指導対象者の減少には結びついておらず、同じ方が対象に挙がっており、医療機関とも連携を図り、受診勧奨の方法の検討や保健指導の質の向上を図る必要があります。

(3)新しい生活様式の中での保健事業実施について

健診や保健指導の際、感染症蔓延を不必要に恐れることのないよう、スタッフ間で感染症対策の徹底を行い、住民にも正しい知識の普及啓発や健康相談に努めました。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 令和3年度の努力支援制度評価指標における検討

令和3年度の努力支援制度評価指標において、追加・見直しのあった項目のうち、以下3項目において、目標に追加します。

- ・共通指標③「重症化予防の取組実施状況」
「特定健診受診者のうちHbA1c8.0%以上の未治療者の割合」を追加
- ・共通指標②（1）がん検診受診率
がん検診受診率は5つのがん(胃、肺、大腸、子宮頸、乳がん)の平均値で評価
- ・共通指標②（2）歯科健診受診率
「歯科健診受診率」を追加

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値				
			初期値 H28	中間評価 H31	中間目標 H31	R2	R3	R4	最終目標 R5
特定健診等	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率の増加	43.8%	51.1%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
		特定保健指導実施率の増加	51.8%	70.7%	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%
		特定保健指導対象者の減少	10.5%	11.0%	23.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
データヘルス計画	中長期 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.7%	2.92%	3.15%				2.57%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.18%	1.51%	1.84%				1.50%
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	7.80%	6.36%	6.59%				5.38%
	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	27.9%	31.4%	20.5%	29.8%	28.2%	26.6%	25.0%
		健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	5.7%	7.7%	5.4%	7.0%	6.3%	5.6%	5.0%
		健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL140以上）	20.3%	24.6%	18.0%	22.2%	19.8%	17.4%	15.0%
		健診受診者の糖尿病患者の割合の減少（HbA1c6.5以上）	12.1%	12.7%	9.0%	10.7%	8.8%	6.9%	5.0%
		健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合の減少	2.1%	1.7%		1.6%	1.4%	1.2%	1.0%
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加		15.4%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	75.0%
		糖尿病の保健指導を実施した割合の増加		28.2%	35.0%	45.0%	55.0%	65.0%	75.0%
短期 がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の増加	13.6%	14.4%	29.2%	18.0%	24.0%	28.0%	30.0%	
	胃がん検診	31.0%	24.0%	39.1%	25.0%	27.5%	29.0%	30.0%	
	大腸がん検診	26.9%	21.8%	36.8%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%	
	子宮頸がん検診	20.9%	21.5%	33.5%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%	
	乳がん検診	24.2%	21.8%	35.3%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%	
	5つのがん検診の平均受診率の増加		24.9%		25.0%	27.0%	29.0%	30.0%	
歯科健診(歯周病健診)	歯科健診(歯周病健診含む)の受診率の増加	☆	0.94%		1.94%	2.94%	3.94%	4.94%	
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合の増加(スマートヘルスケア参加者割合)		0.1%		0.6%	1.1%	1.6%	2.1%	
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合の増加	66.3%	75.1%	72.0%	76.3%	77.5%	78.7%	80.0%	

※令和3年度の努力支援制度評価指標において追加・見直しのあった項目。

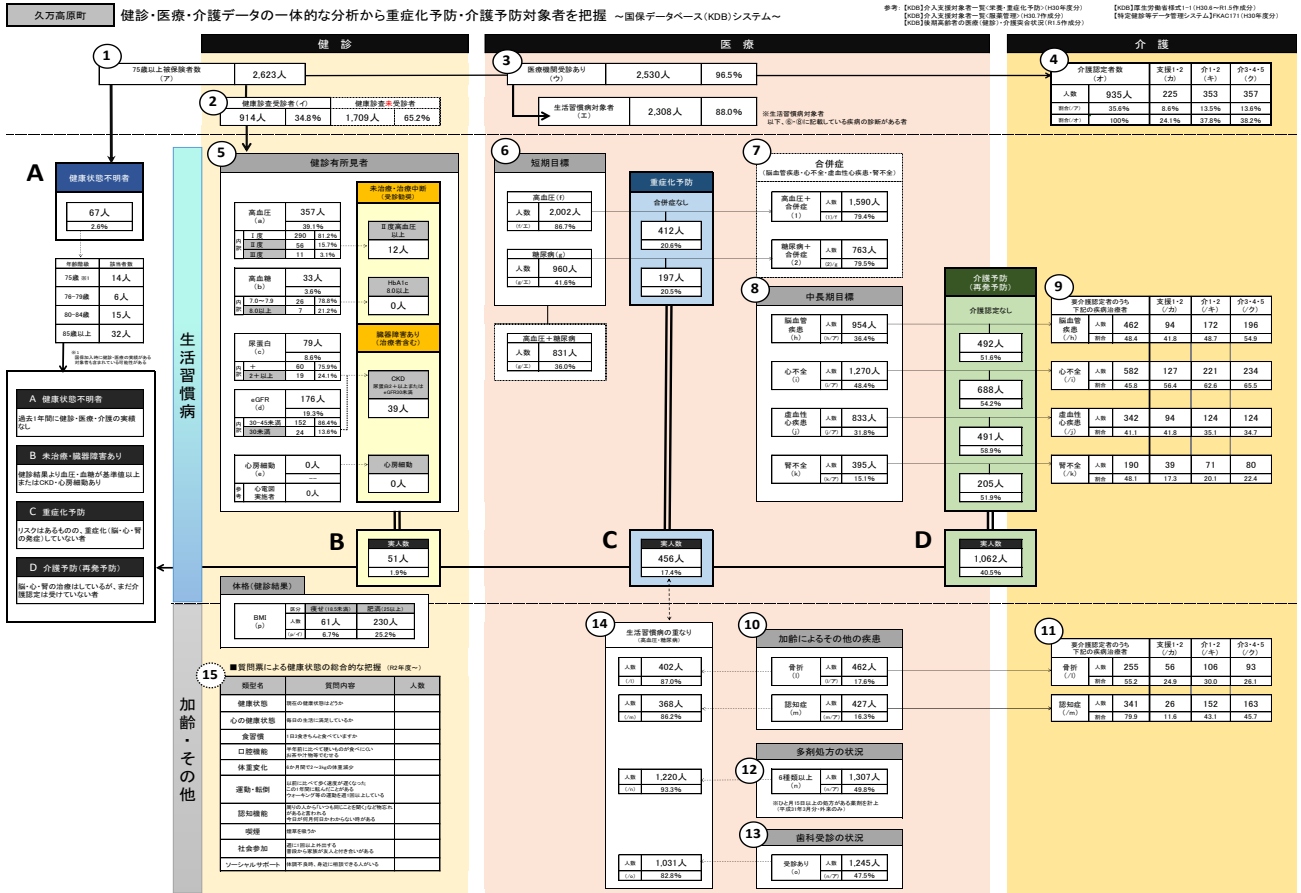
☆歯科健診受診率、地域保健・健康増進事業報告の実施状況に基づくもので、算定方法は以下のとおり。

歯科健診の受診率 = 受診者数 / 対象者数(40歳、50歳、60歳、70歳の総数) × 100

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について(健診、医療、介護データの一体的な分析)

高齢者の特性を踏まえた事業展開については、「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を改正する法律」が令和2年度から施行となり、各市町の国保・介護・後期高齢担当をはじめ、庁内関係部局が一体となった実施が求められています。

このことから、まずは久万高原町では令和4年度からの実施に向け、KDBシステムを活用し「健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握(以下、E表)」によるデータ分析を行います。



E表から重症化予防・介護予防対象者を抽出し、見えてくる健康課題から、①高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)、②通いの場等への積極的な関与等(ポピュレーションアプローチ)を行うこととしますが、その際には専門職を配置し役割分担を明確にし、国保のデータに加え後期高齢者医療および介護保険のデータについてもKDBシステム等を活用した分析を行い、それをもとに保健事業を実施します。

3. 個別保健事業計画の見直し

従来から健診結果を踏まえ、導入・更新した KDB システムや保健指導ツールを活用し、対象者の抽出・優先順位の検討、健診結果管理台帳の更新を行い、受診勧奨および保健指導を実施してきました。今回の中間評価を踏まえて、以下のことを取り組みます。

- 1) 新規および不定期受診の方が特定健診（各種がん検診、歯周病検診等も含む）を毎年受診する取り組み
 - ① 社保等から国保に加入する際に、もれなく受診勧奨します。
 - ② 受診回数に応じたインセンティブ等、提供方法を検討をします。
 - ③ 施設健診の拡充（愛媛県厚生連健診センター等）を行います。
 - ④ 医療機関だけでなく、歯科医療機関・薬局・福祉関係団体などと連携した受診勧奨協力依頼を行います。

- 2) 特定保健指導対象者を減らす取り組み
 - ① 継続対象者について、指導方法を検討します。
 - ② 保健指導に係るスタッフの力量形成、配置や対応時間等について検討します。
 - ③ 39歳以下の若年者についても保健指導を強化します。
 - ④ 個別健診の結果を速やかに把握、精査し、指導対象者にいち早くアプローチします。

- 3) 重症化予防対策について（脳・心・腎を守る取り組み）
 - ① まずは当該年度の健診結果から保健指導対象者名簿を作成します。従来、
 - ㊦ 積極的・動機付け支援対象者
 - ㊧ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者
 - ㊨ その他、要精密検査・要再検査と判定された方についてそれぞれ管理台帳を作成し、レセプトを確認の上、原則個別支援(家庭訪問)を行ってきました。
 - ② さらに、
 - ㊩ 心電図検査の結果、心房細動等要精密検査と判定された方
 - ㊪ 血圧Ⅱ度以上で医療機関未受診の方
(収縮期血圧 160mmHg かつ/または拡張期血圧 100mmHg 以上)も追加し、受診勧奨および保健指導を実施します。
 - ③ その他、受診勧奨値と判定された方については、これまでと同様、精密検査依頼状を発行し、受診確認および医療機関からの指示に基づき保健指導を行います。結果は確実に医療機関に報告し、治療の継続や保健指導の協力を得ます。
 - ④ 治療中断や不定期受診のケースについても実態を把握します。
 - ⑤ 介入結果については、従来より管理台帳および個人カルテに記入していますが、引き続き情報管理に留意しながら、継続した支援ができるようにします。
 - ⑥ 保健指導にあたっては、保健指導従事者確保および力量形成のため、研修の機会を増やしたり、保健指導ツールの活用やケース検討を行います。

4) 減塩の取り組み

また、ポピュレーションアプローチについては、健康づくり・食育推進計画でも挙げていますが、減塩の取り組みを検討します。

5) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

- ①令和 4 年度開始予定の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に向けて、保健事業実施計画については住民課が中心となり、専門職を配置し、情報共有のシステムづくり、KDB やレセプトデータを活用した健康増進・介護予防・生活支援の対象者の抽出など、保健福祉課等関係機関が連携し検討します。
- ②保健福祉課久万保健センターでは糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、令和元年度から対象を後期高齢者まで広げ、HbA1c7.0%以上の医療機関未受診者および糖尿病治療中断者への受診勧奨、8.0%以上のコントロール不良者には保健指導を行います。また、健診結果および後期高齢者の質問票などから低栄養・口腔機能低下の方を抽出し、個別保健指導を始めています。
- ③地域包括ケアの構築について、在宅医療・介護連携推進事業に国保部門として参画し、地域の現状分析・課題抽出、対応策の検討、研修の実施などを行います。

参考：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月公表）

6) 新しい生活様式の中での保健事業の実施について

健診や保健指導の際、感染症蔓延を不必要に恐れることのないよう、スタッフ間で感染症対策の徹底を行い、住民にも正しい知識の普及啓発や健康相談に努めます。