

砥部町 国民健康保険
第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）
第 3 期特定健診等実施計画
中間評価

令和 3 年 3 月

砥部町

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 1
- 2. 計画の基本的な考え方 1
- 3. 砥部町の健康課題 2

第2章 中間評価にあたって

- 1. 中間評価の主旨 3
- 2. 中間評価の方法 3

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 . . 4
「データヘルス計画の目標管理一覧表」
- 2. ストラクチャー、プロセス評価 6
「全体評価表」
- 3. 主な個別事業の評価と課題 7
 - 1) 未受診者対策 7
 - 2) 重症化予防の取組み（糖尿病・高血圧） 7
 - 3) ポピュレーションアプローチ 7

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 8
- 2. 特定健診の実施 8
- 3. 特定保健指導の実施 8
- 4. 今後の取組み 8

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	9
1) 追加する項目	9
2) 最終目標値を再設定する項目	9
3) 削除する項目	9
2. 個別保健事業計画の見直し	11
1) 重症化予防事業	11
2) がん検診	11
3) 歯周病（歯科口腔）健診	11
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	12
（健診、医療、介護データの一体的な分析）	
1) 「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」によるデータ分析	12
参考資料	15

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、「砥部町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」を平成28年3月に策定した。

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3月に「砥部町国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を「第3期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定した。

第2期の策定期間は平成30年度から令和5年度までの6年間とし、3年目にあたる令和2年度は中間評価を実施する。

2. 計画の基本的な考え方

第2期保健事業実施計画（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ある。

なお、計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、愛媛県健康づくり計画「えひめ健康づくり21」や町健康づくり計画・食育推進計画、愛媛県医療費適正化計画、町高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。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る。

3. 砥部町の健康課題

砥部町は1人あたり医療費が後期高齢者で高く（県内7位）、国保医療費は県、国平均より低い、少しずつ増加している。介護費は県平均より低く、ここ数年横ばいで推移している。

特定健診の受診率は33.7%で微増ではあるものの伸び悩んでいる。

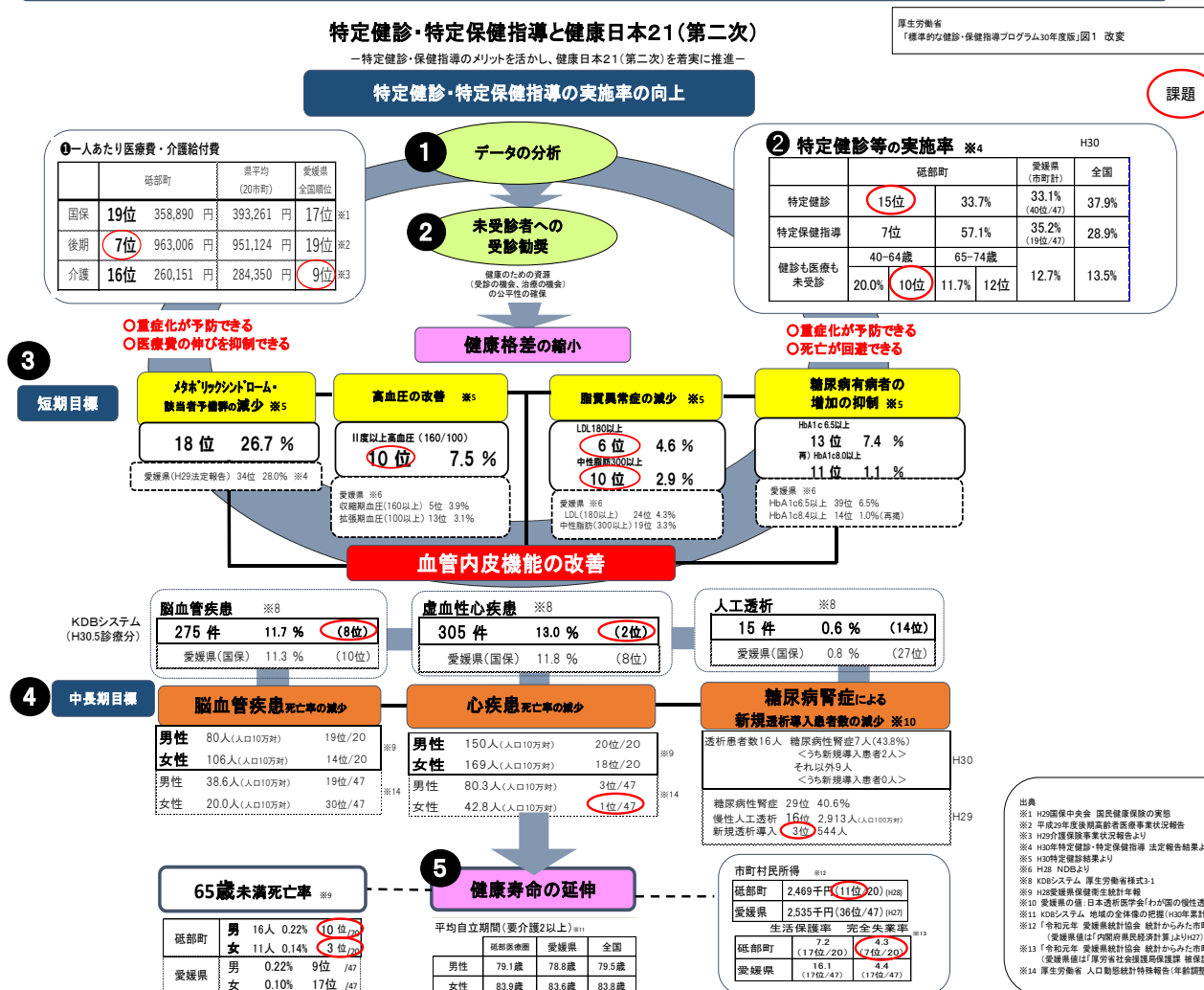
また、中長期目標とする脳血管疾患や虚血性心疾患で治療している者が多く（脳血管疾患県内8位、虚血性心疾患県内2位）、その背景には高血圧（Ⅱ度以上県内10位）、脂質異常症（LDL-C180以上県内6位、中性脂肪300以上県内10位）、糖尿病（HbA1c8.0以上県内11位）がある。（図表1）

また、介護認定を受けている人の9割以上が血管疾患を有している。（参考資料 概要⑨）

そのため、引き続き生活習慣病の発症予防、重症化予防に取組み、血管疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）の管理を行っていくことが町の健康課題である。

【図表1】

砥部町の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた砥部町の実態～



第2章 中間評価にあたって

1. 中間評価の主旨

第2期データヘルス計画では、毎年度の進捗状況を確認するとともに、本計画の最終年度において総合的に評価する。計画の最終年度（令和5年度）において次期計画の策定を円滑に行うため、中間年の令和2年度に中間評価を行う。

2. 中間評価の方法

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う。

- 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
「データヘルス計画の目標管理一覧表」
- 2) 中長期目標、短期目標に対するストラクチャー、プロセス評価を記載
「全体評価表」
- 3) 評価結果及び努力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
「データヘルス計画の目標管理一覧表（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

具体的には、国保データベース（以下「KDB」という。）システムに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等の評価する。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決として重症化予防事業の事業実施状況は、毎年支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

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表」

中長期目標の脳血管疾患の件数割合が平成28年度から大きく減少しているが、該当者数の減少に伴い件数割合が減少していた。また、虚血性心疾患の件数割合は平成28年度の2倍以上に増加している。該当者の内訳をみると、人数に大きな変化はないが、虚血性心疾患を有する長期入院者となっている。糖尿病性腎症による透析導入者の割合は平成28年度と比較すると増加しているが、前年度からは減少している。

短期目標では、メタボリックシンドローム・予備群は平成29年度に減少してから横ばいとなっており、高血圧Ⅱ度以上の割合は減少している。脂質異常症（LDL180以上）の割合、HbA1c6.5以上の割合は増加している。

糖尿病性腎症重症化予防事業として、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに順じて、HbA1c6.5以上の者に対して、医療機関の受診勧奨等の保健指導を行っている。糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合が減少しているが、医療機関によって受診の頻度に差異があることも影響していることが考えられる。（図表2）

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	初期値 平成28年度	平成29年度	平成30年度	中間評価 令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	最終目標 令和5年度	現状値の 把握方法
特定 実施 計画 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、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	33.7%	35.3%	33.7%	35.0%○				60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
		特定保健指導実施率60%以上	55.4%	51.3%	57.1%	49.3%△				60.0%	
		特定保健指導対象者の減少率25%	14.0%	13.9%	11.9%	11.6%○				10.5%	
		脳血管疾患の件数割合3%減少	18.1%	12.9%	11.2%	5.9%◎				15.1%	
データヘルス計画	中長期 伸びを抑制する	虚血性心疾患の件数割合5%減少	7.2%	7.6%	13.0%	16.3%△				2.2%	KDBシステム
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	38.2%	43.8%	44.1%	42.9%△				33.2%	
		メタボリックシンドローム・予備群の減少割合25%	29.3%	25.8%	25.8%	26.3%○				22.0%	
		健診受診者の高血圧者の割合減少10%(160/100以上)	7.1%	6.8%	7.1%	5.3%◎				6.4%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少13%(LDL180以上)	4.5%	4.3%	4.6%	5.2%△				3.9%	
	短期	健診受診者の糖尿病者の割合減少28%(HbA1c6.5以上)	6.6%	8.4%	5.6%	8.4%△				4.7%	保健指導支援ツール
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	50.0%	63.0%	31.4%	25.0%△				98.0%	
		糖尿病の保健指導を実施した割合100%(HbA1c6.5%以上の医療機関未受診者)	96.6%	62.8%	100.0%	87.5%△				98.0%	
		がん検診受診率上昇 胃がん検診	12.0%	11.9%	11.8%	12.0%—				増加	
		肺がん検診(CR、CT)	21.5%	20.8%	20.2%	21.3%△				増加	
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診	21.8%	21.0%	20.6%	21.7%△				増加	地域保健事業報告
		子宮頸がん検診	18.5%	20.8%	19.1%	18.5%—				増加	
		乳がん検診	22.9%	25.9%	25.3%	23.9%○				増加	
		後発医薬品の使用割合	78.7%	82.0%	84.3%	86.2%○				増加	
	後発医薬品の使用により、医療費の削減										厚生労働省公表結果

平成28年度の初期値と比較して、悪化は「△」、変化なしは「—」、令和5年度の最終目標値を達成は「◎」、最終目標値に向けて改善途中は「○」で示している。

【図表2】

2. ストラクチャー、プロセス評価
「全体評価表」

【図表3】

令和3年度に向けての全体評価

取り組みに対して評価(良くなったところ)																																												
令和2年度の課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	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																																							
<目標>	保健指導対象者の選定 ■対象者の選定、明確化 ・新規人工透析を防ぐため、健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上または空腹時血糖126mg/dL(同時血糖200mg/dL)以上で、未治療及び中断者、また糖尿病性腎症重症化予防の必要性があると判断した者を「糖尿病重症化予防保健指導対象」とする。 ・治療中のコントロール不良者や後期高齢者も対象として取り込む。 ・血圧115以上かつLDLコレステロール180以上の者を生活習慣病の重症化予防事業の対象とする。 ・KDB2次加工ツールを活用し、愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保・後期高齢者版)に基づき対象者抽出を行う。 ・過去重症化予防の対象者で今年度の健診未受診者に関しても、健診受診勧奨の訪問を行い保健指導を継続する。	【保健指導】 ・未治療及び中断者に家庭訪問や手紙等にて保健指導を実施 ・専門医以外で治療中で、HbA1c値7.0%以上で、前年度より悪化した者、また初受診で7.0%以上の治療中の者に対し、家庭訪問や手紙等にて保健指導を実施。 ・HbA1c7.0%以上の未治療後期高齢者へ、戸別訪問による保健指導、栄養指導を実施。 ・その他、血圧・脂質異常、CKD重症度分類等で重症化予防訪問の必要性のある人等に対し保健指導を実施。	・医療機関につながった人数 年度末に評価 ・保健指導によりデータが改善した人数 年度末に評価 <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>11.8</td><td>9.2</td><td>9.5</td><td>9.9</td><td></td></tr></table> ・メタボ予備群の割合(%) <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>17.2</td><td>16.6</td><td>17.2</td><td>16.4</td><td></td></tr></table> ・国保糖尿病性腎症人工透析医療費推移(円) <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>3214万</td><td>4102万</td><td>4140万</td><td>4247万</td><td></td></tr></table> ・国保糖尿病性腎症による新規人工透析患者数の推移 <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>2人</td><td>1人</td><td>1人</td><td>2人</td><td>0人</td></tr></table> ・糖尿病管理台帳 国保 後期 ・中断者リスト ・地区担当保健師の訪問件数の増加	H28	H29	H30	R1	R2	11.8	9.2	9.5	9.9		H28	H29	H30	R1	R2	17.2	16.6	17.2	16.4		H28	H29	H30	R1	R2	3214万	4102万	4140万	4247万		H28	H29	H30	R1	R2	2人	1人	1人	2人	0人	・保健指導対象者の明確化、優先順位、整理。 ・愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(国保・後期高齢者版)に関する研修会等に参加する。 ・伊予医師会管内市町で糖尿病専門医との勉強会を継続。 ・特定保健指導、重症化予防スタッフの勉強会、情勢や使用する指導教材の内容について知識を深める。 ・対象者で重症化予防訪問の役割分担を行い、明確化する。 ○対象者抽出・台帳作成・保健指導担当保健師・管理栄養士 ○保健指導・シゼフト確認・台帳整理：地区担当保健師、管理栄養士、雇上げ保健師 ・医療費の伸びを抑える。 ・伊予医師会、町内医療機関(内科、歯科等)との連携、協力体制の維持、継続。
	H28	H29	H30	R1	R2																																							
11.8	9.2	9.5	9.9																																									
H28	H29	H30	R1	R2																																								
17.2	16.6	17.2	16.4																																									
H28	H29	H30	R1	R2																																								
3214万	4102万	4140万	4247万																																									
H28	H29	H30	R1	R2																																								
2人	1人	1人	2人	0人																																								
<課題>	特定健診受診率が低い(H30年度法定報告値33.7%)。 ・特定保健指導率も目標に達していない(H30年度法定報告値57.1%)。 ・伊予医師会、伊予国科医師会、町内医療機関(内科、歯科等)との連携、協力体制の維持、継続。 ・事業対象者の管理と適切な訪問指示、1回訪問に行ける体制の強化。 ・健診受診者のうち、HbA1c6.5%以上の者の割合が県平均より高い(未治療、治療ともに)。	【医療機関との連携】 ・町内内科医療機関、町内歯科医療機関へ訪問 ・糖尿病連携手帳配布・活用 ・町内医師との会議で共有 ・健康づくり計画・食育推進計画策定委員会、伊予地区保健福祉事業協議会等で共有	【医療機関との連携】 ・糖尿病連携手帳を使った連携 ・保健指導指示書を使った連携 ・栄養処方箋・精検状返信を使った連携 年度末に評価 年度末に評価 年度末に評価 年度末に評価 <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>33.7</td><td>35.3</td><td>33.7</td><td>35.0</td><td></td></tr></table> 【健診受診率向上】 ・特定健診受診率(%) <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>55.4</td><td>51.3</td><td>57.1</td><td>49.3</td><td></td></tr></table> ・特定保健指導実施率(%) <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr><tr><td>55.4</td><td>51.3</td><td>57.1</td><td>49.3</td><td></td></tr></table>	H28	H29	H30	R1	R2	33.7	35.3	33.7	35.0		H28	H29	H30	R1	R2	55.4	51.3	57.1	49.3		H28	H29	H30	R1	R2	55.4	51.3	57.1	49.3		・保健健康課長も医療機関へ同行し、医療費適正化についての説明を実施する。										
H28	H29	H30	R1	R2																																								
33.7	35.3	33.7	35.0																																									
H28	H29	H30	R1	R2																																								
55.4	51.3	57.1	49.3																																									
H28	H29	H30	R1	R2																																								
55.4	51.3	57.1	49.3																																									

3. 主な個別事業の評価と課題

1) 未受診者対策

例年未受診者に対して受診券発送や、電話による受診勧奨を行っている。
令和2年度は、データを活用した効果的かつ効率的な未受診者勧奨を新しく実施し、受診率の向上に寄与している。(図表3)

2) 重症化予防の取組み

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

平成26年度から生活習慣病の重症化予防事業を実施しており、糖尿病に関しては、平成29年度から「愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に順じた取組みを行っている。HbA1c6.5以上の未治療者・治療中断者に、家庭訪問にて医療機関の受診勧奨や、医療機関と連携した保健指導・栄養指導を実施している。令和元年度からは糖尿病治療中で、初受診または前年度より悪化したHbA1c7.0以上の者に対しても訪問保健指導・栄養指導を実施している。(図表3)

(2) 生活習慣病の重症化予防

本町は血管疾患が多いため、糖尿病に加えて、血圧Ⅱ度以上かつLDL180以上の者や慢性腎臓病などその他重症化予防訪問の必要のある者への家庭訪問による保健指導・栄養指導も実施している。

平成28年と比較して令和元年度は、健診受診者で重症化予防対象者のうち、治療中の者の割合が増えていた。(参考資料 概要⑩)

3) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く住民へ周知している。その情報発信及び、健康づくり活動を拡げる手段として、町食生活改善推進員の育成事業を継続しながら、住民とともに健康な地域づくり活動を行っている。また、地区巡回健康教室やいきいきサロンにおいて、運動指導、栄養指導、地区に応じた健康教育を実施し、その際、KDBシステムを活用し、健康課題を可視化して提示している。

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

【図表4】

特定健診実施率

	平成30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
目標値	41.3%	45.1%	48.9%	52.7%	56.5%	60.0%
実績値	33.7%	35.0%				

特定保健指導実施率

	平成30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
目標値	56.8%	57.5%	58.2%	58.9%	59.6%	60.0%
実績値	57.1%	49.3%				

2. 特定健診の実施

平成28年度は集団検診を完全予約制とし、翌年度には健診申込みのコールセンターやとべっち健康ドックを開始した。平成30年度にはとべっち健康ドックを後期高齢者も受診可能とした。令和元年度には、胃、肺（CR）、大腸、子宮頸、乳（マンモグラフィー）検診のいずれか一つを無料で受診できるクーポン券事業を開始し、令和2年度は、データを活用した効果的かつ効率的な未受診者勧奨を新しく実施した。

毎年度健診受診のための環境整備を行っているが、受診率の微増に留まっている。（図表4）

3. 特定保健指導の実施

町では基本結果報告会の形式で特定保健指導を行っている。対象者が参加しやすいように、休日開催や日程変更、訪問対応等を実施している。特定保健指導に参加できない者へは、健診結果内容に合ったパンフレット等を送付したり、各種保健事業の機会を利用して保健指導等を行っている。令和元年度は新型コロナウイルス感染症による影響で、特定保健指導実施率が低下した。（図表4）

4. 今後の取組み

現在の取組みを引き続き継続することに加え、特定健診ではWEB予約を新たに導入し、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める。

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年度の保険者努力支援制度評価指標における検討

令和3年度の保険者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、目標に追加する。加えて、2項目において目標を達成したため、最終目標値を再設定する。また、1項目の指標を削除する。(図表5)

1) 追加する項目

(1) 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減少」を追加

(2) 共通指標② (1) がん検診受診率

「5つのがん検診の平均受診率」を追加

がん検診受診率は5つのがん(胃、肺(CR、CT)、大腸、子宮頸、乳)の平均値でも評価

(3) 共通指標② (2) 歯科検診受診率

「歯周病検診の受診率増加」が追加

2) 最終目標値を再設定する項目

(1) 「脳血管疾患の件数割合3%減少」

最終目標値を15.1%から5.0%へ変更

(2) 「健診受診者の高血圧者の割合減少10%(160/100以上)」

最終目標値を6.4%から5.0%へ変更

3) 削除する項目

(1) 「糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%」の削除

糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合が減少していたが、医療機関によって受診の頻度に差異があることも影響していることが考えられる。町では糖尿病管理台帳を作成しており、一度でもHbA1c6.5以上となった者を経年管理して、随時保健指導を行うように対応しているため、この項目は中間評価から削除する。

データヘルス計画の目標管理一覧表（見直し）

関連計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値 平成28年度	平成29年度	平成30年度	中間評価 令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	最終目標 令和5年度	現状値の把握方法
特定 実施 保健 計画 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、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	33.7%	35.3%	33.7%	35.0%				60.0%	特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
		特定保健指導実施率60%以上	55.4%	51.3%	57.1%	49.3%				60.0%	
		特定保健指導対象者の減少率25%	14.0%	13.9%	11.9%	11.6%				10.5%	
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	18.1%	12.9%	11.2%	5.9%				5.0%	KDBシステム
		虚血性心疾患の件数割合5%減少	7.2%	7.6%	13.0%	16.3%				2.2%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	38.2%	43.8%	44.1%	42.9%				33.2%	
	短期	メタボリックシンドローム・予備群の減少割合25%	29.3%	25.8%	25.8%	26.3%				22.0%	保健指導支援ツール
		健診受診者の高血圧者の割合減少10%（160/100以上）	7.1%	6.8%	7.1%	5.3%				5.0%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少13%（LDL180以上）	4.5%	4.3%	4.6%	5.2%				3.9%	
		健診受診者の糖尿病者の割合減少28%（HbA1c6.5以上）	6.6%	8.4%	5.6%	8.4%				4.7%	
		健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少	0.2%	0.6%	0.3%	0.2%				減少	
		糖尿病の保健指導を実施した割合100%（HbA1c6.5%以上の医療機関未受診者）	96.6%	62.8%	100.0%	87.5%				98.0%	
		がん検診受診率上昇 胃がん検診	12.0%	11.9%	11.8%	12.0%				増加	
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診（CR、CT）	21.5%	20.8%	20.2%	21.3%				増加	地域保健事業報告
		大腸がん検診	21.8%	21.0%	20.6%	21.7%				増加	
		子宮頸がん検診	18.5%	20.8%	19.1%	18.5%				増加	
		乳がん検診	22.9%	25.9%	25.3%	23.9%				増加	
		5つのがん検診の平均受診率	19.3%	20.1%	19.4%	19.5%				増加	
		歯周病検診の受診率増加	0.71%	1.43%	1.06%	0.81%				増加	
		後発医薬品の使用により、医療費の削減	78.7%	82.0%	84.3%	86.2%				増加	

【図表5】

2. 個別保健事業計画の見直し

(新たに目標管理一覧に追加した指標に関する事業の取組み)

1) 重症化予防事業

糖尿病性腎症に関しては、平成 29 年度から「愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に順じて実施している。今回の評価により、評価項目に「健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合減少」が追加されたが、本町では、HbA1c6.5 以上の未治療者・治療中断者を全員対象として事業実施しているため、現行の実施方法を引き続き継続する。令和元年度からは、糖尿病治療中で初受診または前年度より悪化した HbA1c7.0 以上の者に対しても訪問保健指導を実施している。

また、生活習慣病の重症化予防では今後は血圧Ⅲ度の未治療者に対しても、医療機関の受診勧奨を含めた保健指導、栄養指導の家庭訪問を行う。

2) がん検診

目標管理一覧に、「5 つのがん検診の平均受診率」を追加した。本町の死因の 1 位はがんであり、総医療費に占める割合も大きいため、がん検診の受診率向上への取組みは不可欠である。特定健診時にがん検診を同時に受診できるように体制を整え、胃、肺 (CR)、大腸、子宮頸、乳 (マンモグラフィ) 検診のいずれか一つを無料で受診できるクーポン券事業を実施している。また、子育て世代が受診しやすいよう託児サービスも行っており、令和 3 年度検 (健) 診からは WEB 予約も導入し、受診環境を整備している。

3) 歯周病検診

生活習慣病の発症・重症化予防の視点から、歯周病と糖尿病は深く関係し合っており、また高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を行うにあたり、フレイル予防、介護予防の視点からも、歯周病検診の受診率向上が望まれる。検 (健) 診の希望調査時に申し込みできるようにしている他、検 (健) 診会場や各種保健事業でも歯周病検診についての周知を行い、随時申し込みを受け付けている。今後さらに受診の大切さや目的、メリットを周知し、受診率の向上に努める。

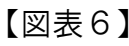
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について (健診、医療、介護データの一体的な分析)

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る。このことから、町では令和2年度からKDBシステムを活用して、健診・医療・介護データを一体的に分析し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の実施を始めた。

1) 「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表という。）」によるデータ分析

町では、認知症で高血圧や糖尿病を基礎疾患に持っている人の割合が87.2%で県内で一番多い。また、糖尿病で治療中の者は58.3%で県内で一番多く、そのうち脳血管疾患、心不全、虚血性心疾患、腎不全等の合併症を併せ持っている人は79.6%で20市町で3番目に多い。しかし、そのうち介護認定を受けている人の割合は県平均よりも低いため、介護を受ける前の段階で適切な医療機関受診につながっていることが推察される。ただ、町の健康課題である血管疾患が後期高齢者になっても引き続き重症化する疾病の発症に影響している。(図表6)

75歲以上(後期)



(1) 取組み内容

令和2年度は、以下の方法で実施した。

① ハイリスクアプローチ

ア. 糖尿病性腎症重症化予防

後期高齢者健診の有所見者である E 表 B のうち、HbA1c7.0%以上で医療機関未受診者・中断者に、医療機関の受診勧奨や医療機関と連携した保健指導・栄養指導を実施した。特定健診を受診して一度でも HbA1c6.5 以上となった人は、糖尿病管理台帳で管理しており、国保から後期高齢者に医療保険が変わっても関わりが途切れることなく、引き続き保健事業が実施できるように、事業担当、地区担当保健師が連携して継続的に支援した。

イ. 低栄養防止

BMI 18.5 未満かつ 2 Kg/年以上の体重減少がある者（E 表 A の健康状態未把握者や健診受診者、通いの場等で実施した基本チェックリストより抽出）に、医療機関の受診勧奨や医療機関と連携した保健指導・栄養指導を実施する体制整備を行った。

② ポピュレーションアプローチ

E 表の B、C、D の人が含まれる地区巡回健康教室、ふれあい・いきいきサロン等の通いの場等で、町の健康課題に添った内容の教室を実施。随時基本チェックリストも実施し、25 点中 8 点以上の者はハイリスクアプローチにつなぎ、他職種が連携して対応した。

(2) 今後の取組み

令和3年度以降は以下の内容で実施する。なお、取組み内容は随時評価・修正を行う。

① ハイリスクアプローチ

令和2年度の対象者に加え、健診受診者のうち E 表 B の中の血圧Ⅱ度以上の医療機関未受診者・中断者へ、生活習慣病の重症化予防として保健指導を新たに実施する。

② ポピュレーションアプローチ

令和2年度と同様の実施内容とする。

E 表での医療や介護からの分析は、レセプト情報や介護情報等からで、健診を受診していなければ、個人のコントロール状況は不明である。したがって後期高齢者健診の受診勧奨も、国保から引き続き、通いの場等を活用して行っていく。

また運動事業において、他団体との連携を深め、地区巡回健康教室等の場を活用しながら、町の健康課題を可視化して提示し、住民の健康意識の普及啓発に取り組む。

参考資料

参考資料 1 砥部町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画） 中間評価概要

