

太良町国民健康保険保健事業実施計画  
(第2期データヘルス計画)

中間評価

令和2年度

令和3年3月

# 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. 太良町の健康課題

## 第2章 中間評価にあたって

1. 中間評価の趣旨
2. 中間評価の方法

## 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. 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
  - (1)未受診者対策
  - (2)重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)
  - (3)ポピュレーションアプローチ

## 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. 特定健診の実施
3. 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. 目標値の見直し及び今後の方向性について
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)

## 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、保険者はレセプト等のデータの分析や分析結果に基づき加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等をする必要がある、との方針が示されました。

これを踏まえ、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針において、健康・医療情報を活用して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、保健事業の実施計画（以下「データヘルス計画」という）を策定し、実施及び評価を行うこととなりました。

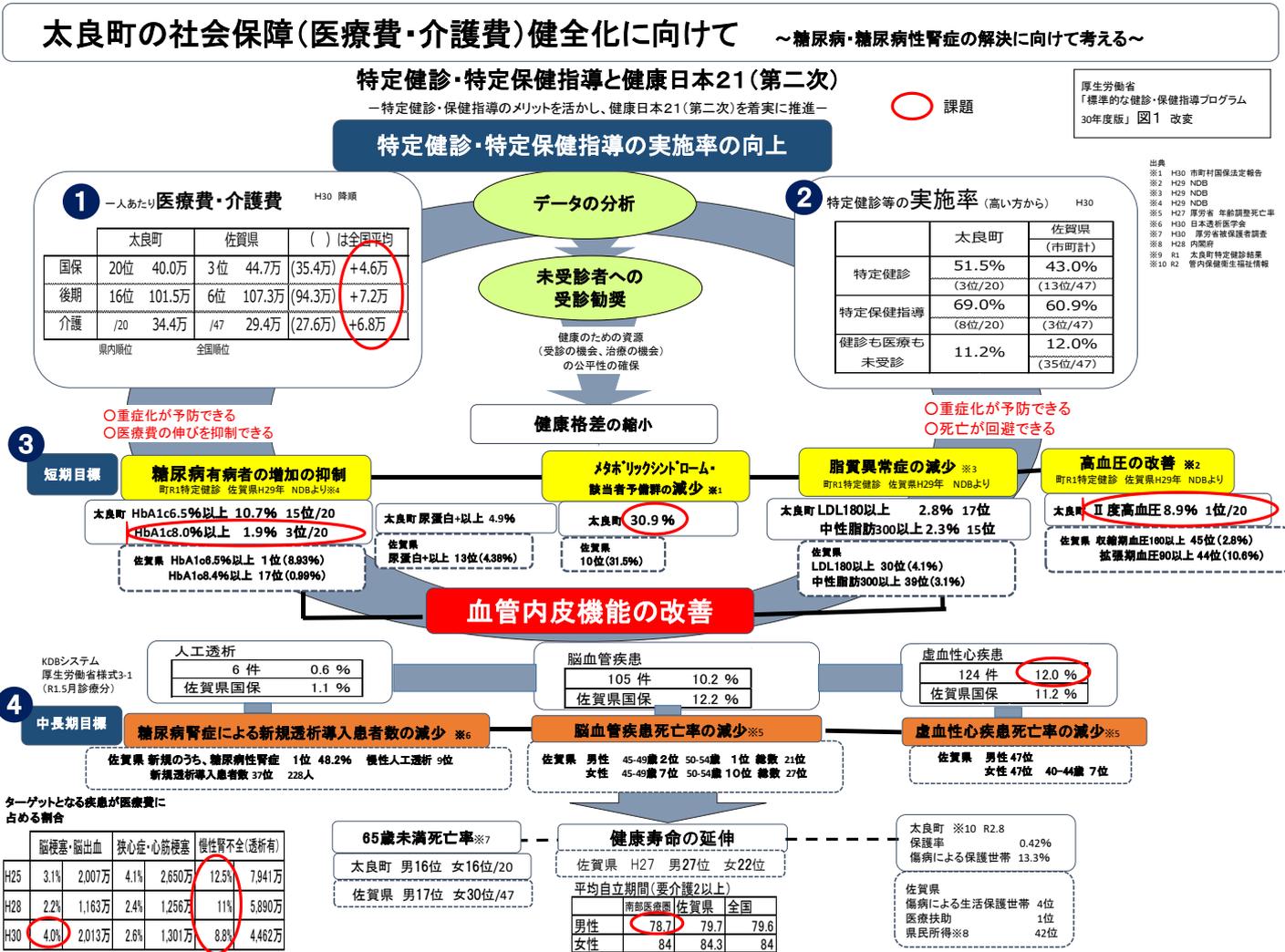
太良町においては、平成26年度から平成29年度を実施期間とする「第1期データヘルス計画」に引き続き、平成30年度から令和5年度の6年間を実施期間とする「第2期データヘルス計画」を策定し、保健事業を実施してきました。

このほか、平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となり安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、市町村は、資格管理、保険給付、保険税率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き行っています。

### 2. 計画の基本的な考え方

第2期データヘルス計画は、県や太良町健康増進計画等の他の計画と調和をとり、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、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。このため、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の実施計画である「第3期特定健康診査等実施計画」をデータヘルス計画に包含し、一体的に策定していません。

### 3. 太良町の健康課題 (図1)



- 一人当たりの医療費は県内では低いですが全国平均より高い。国保で46,000円多い
- 短期目標では、メタボリックシンドローム・該当者予備群の割合が高い(年々増加)、Ⅱ度以上高血圧者の割合が高い、糖尿病有病者 HbA1c 8.0%以上の割合が高く、血管内皮機能障害のおそれが高い。
- 中長期目標では、虚血性心疾患による受診が平均より多い。
- 脳血管疾患、心疾患、腎不全の医療費に占める割合をみると、透析有の慢性腎不全の件数割合は県平均より低いですが約1割を占め、脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合が増加している。

## 第2章 中間評価にあたって

### 1. 中間評価の趣旨

本計画では、優先的に解決すべき健康課題を把握し、その課題整理に基づく被保険者の健康保持増進に向けて必要な個別保健事業を行ってきました。中間年度に当たる令和2年度において、これまで実施してきた事業の評価と目標の見直しのために中間評価を行います。

### 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(アウトプット・アウトカム)の進捗状況 .....「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、プロセス評価 .....「評価様式」
- (3) 主な個別事業(未受診者対策、特定保健指導、糖尿病等重症化予防など)の評価(進捗状況の把握)と課題
- (4) 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、事業の方向性の検討 .....「目標管理一覧」の見直し

### 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 「目標管理一覧」

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値				中間評価値				評価	現状値の把握方法
				H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)		
特定健診等計画		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	47.5%	50.4%	51.5%	52.3%	a*	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	60.5%	68.0%	69.0%	82.1%	a					
			特定保健指導対象者の減少率25%	21.9%	16.5%	30.3%	19.2%	c					
データヘルス計画 中長期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧者の割合が8.1%で県内、同規模と比較して高い。(県内ワースト1)</li> <li>・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の__%を占めており、増加している。</li> </ul>	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0.2%減少	2.2%			3.8%	c	KDBシステム				
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.4%減少	2.4%			2.9%	c					
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少7.7%	7.7%			0.0%	a					
			データヘルス計画 短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺がんによる死亡率が25%で国と比較して高い。</li> </ul>	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	30.1%	33.2%	30.9%	35.0%	c	太良町健康増進計画	
						健診受診者の高血圧者の割合減少4%(160/100以上)	8.1%	9.2%	7.6%	8.9%	c		
						健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL140以上)	29.1%	27.2%	27.9%	26.1%	a		
健診受診者の糖尿病者の割合減少8%(HbA1c6.5以上)	9.1%	10.6%				10.1%	10.7%	c					
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合20%	39.2%	42.6%				35.0%	41.1%	b					
糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	75.8%	90.5%				89.4%	90.5%	a					
保険者努力支援制度			がん検診受診率 胃がん検診 9%以上	7.8%	8.5%	11.0%	7.3%	c	地域保健事業報告				
			肺がん検診 35%以上	29.0%	28.0%	34.1%	26.3%	c					
			大腸がん検診 22%以上	16.0%	15.3%	18.0%	13.7%	c					
			子宮頸がん検診 30%以上	20.5%	16.6%	19.4%	16.4%	c					
			乳がん検診 27%以上	23.7%	25.9%	16.0%	15.4%	c					
			・数量シェアH28年度62.6%	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	62.6%		75.7%	78.0%	a	厚生労働省公表結果		

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  
a\*「a:改善している」が現状のままでは目標達成が危ぶまれるもの

「改善」したものの(a)は特定保健指導率の維持、糖尿病性腎症による透析導入者の割合、健診受診者の脂質異常者割合の減少、糖尿病域の方への健診受診後の保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合の5項目でした。特定健診受診率は漸増していますが、目標達成が危ぶまれるものとして考えられます。

一方「変わらない」項目(b)は糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合でした。「悪化」した項目(c)は脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少、健診結果から、メタボリックシンドローム・予備群の割合減少、特定保健指導対象者の減少、高血圧者(Ⅱ度以上)の割合減少、糖尿病者の割合減少、がん検診の受診率向上の7項目でした。

## 2. ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」

### ＜事業評価＞

【目 標】 ※第2期特定健診等実施計画及び第1期データヘルス計画  
 【目標】 R1 H30  
 ○特定健診受診率:60% 実績52.3% 51.5%  
 ○継続受診率:80%以上 実績78.6% 76.6%  
 ○特定保健指導率:60% 実績82.1% 69.0%

課題	評価(良くなったところ)				
	①ストラクチャー(構造)	②プロセス(やってきた実践の過程)	③アウトプット(事業実施量)	④アウトカム(結果)	⑤残っている課題(改善点)
【全体】 ○保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ○家庭訪問を業務の中に位置づけ、訪問に行く体制を作る。 ○特定健診に関しては、地区担当で家庭訪問を行う。 ○保健指導従事者の認識の共有(課題・対策)。	○正規職員 保健師:4人 (健康づくり係3名、保険係1名) 管理栄養士:1人 (健康づくり係) ○臨時職員 常勤看護師:1人 (9月までは2名) 10月～非常勤保健師1名	○特定保健指導が直営となり、地区担当を基本にし指導を実施。対象者の都合に合わせた指導を行った。 ○各種研修会へ参加し、保健指導実施者の資質の向上を図るとともに毎月事例検討会の時間を設け、事例の読み取りなどのスキルアップを図った。 ○保健指導記録を課内回覧し、書類学習・情報共有の機会とした。 ○他部署配置のスタッフを交えて、毎月保健師・栄養士の情報交換会を行った。	○毎月4～5例を1時間30分程度事例検討 ○定例会毎月30分程度		○PDCAサイクルに基づき、法定報告項に前年度の評価を実施する。結果を共有し今年度の方向性を確認。また、それをもとに目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○専門職で共通認識を図る。機会をみて再確認しながらフィードバックする。 ○地区担当制を導入、家庭訪問を一つの事業としてとらえ、訪問に行く体制を整える。 ○保健師・管理栄養士の役割分担
【重症化予防対策】 ○HbA1c8.0%以上の割合がH30ワースト4(H29ワースト1) ○特定保健指導率は約7割あるが、情報提供・重症化予防対象者に年度内の継続支援ができていない。保健指導の優先順位の検討が必要。 ○糖尿病性腎症重症化予防対象者へ管理栄養士の指導を実施しているが、定期的な面談などの継続した支援までつなげていない。 保健指導の期間、面談回数等の検討が必要。	上記正規職員・臨時職員に加え、健診の結果説明会のために保健師3名、管理栄養士3名を雇いあげ	《糖尿病性腎症重症化予防》 ○PDCAサイクルに基づき計画を見直し、スタッフ全体で、対象者やフォローの方法などの確認をした。 ○対象者選定について話し合いを行い、糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者を最優先とした。腎機能低下に至らないHbA1c高値(7.0%以上)の方をプログラム対象者に準じハイリスク者として管理栄養士の継続指導を実施。 ○プログラム展開の為、2次医療圏単位の連絡会に参加、事例を提出し、意見をいただき保健指導に活かした。  ○前年度に引き続き、高血圧の割合が高い町の実態周知と減塩への意識づけのため結果説明会の待ち時間に集団教育を実施。塩分チェックシートを記入してもらい、尿中塩分測定の結果とともに1週間を目途に戻すことで、自分の食事について振り返る機会を作った。また、チェックシートにスタッフからのコメントを添えることで、指導内容の振り返りとなるようにした。  ○受診勧奨後、一次健診受診後3か月を目途に精密検査報告書の戻りが無い場合、未受診者勧奨通知を送付し受診につなげるようにした。  ○特定健診データや、あなみツールを用いて問題の抽出、分析を実施。どこでもケア等の保健指導教材を使用し指導を行った。	○HbA1c7.0%以上の方は、管理栄養士が継続した関りができるように電話や面談を実施。 HbA1c7.0%への指導:49人中46人(うち35人が管理栄養士による指導) (再掲:8.0%以上ハイリスク者10件継続指導6件) ○高血圧集団教育517名 尿中塩分測定517名に実施 ○精密受診勧奨通知89件 ○新規透析導入0人	○保健指導の実施方法・体制 継続・定期的な介入ができていない  ○糖尿病管理台帳を活用した活動ができていない。 経年的な関りのための台帳整備  ○保健指導の評価	
【未受診者対策】 ◆40～50代の受診率が特に低い ◆新規受診者を伸ばす ◆新規国保加入者への勧奨 ◆連合会から提供されたリストの有効活用 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法などの検討。 ◆医療機関の協力等による取組み	受診勧奨業務を委託(2年目)	○受診勧奨通知の内容・方法とタイミングを検討。(キャンペーンに委託。6月中旬:7月の集団・個別案内、7月末:8月の集団・個別案内、1月中旬:1月集団・2月末までの個別案内)  ○電話等による受診勧奨 眼底検査対象者を中心に検査が可能な集団健診を勧奨  ○情報提供事業について ・特に件数が多い町立病院は返戻による本人への指導遅れを回避することを受診者を把握するために連合会提出前に記載事項を確認。 ・連合会提供のリストを活用し嬉野医療センターからの情報提供を開始  ○事業所健診のデータ提供 事業所健診を特定健診受診データとするために、商工会健診・農協健診では事業所健診受託機関と委託契約を結び、連携をはかった。  ○区長・各地区保健推進員へ受診勧奨依頼文書の送付 行政区別受診率一覧を作成し依頼	○未受診者通知発送 6月:1160名、7月:1276名、1月872名  ○電話勧奨 眼底検査対象で未受診30名  ○医療機関への働きかけ 事務担当者説明会で情報提供事業の説明。 町内3医療機関に1回  ○情報提供記載事項確認 R2.1月～45件  ○事業所健診データ提供 5事業所29名 1事業者にはデータ提供を求めるチラシ送付	○委託業者からのR1.1月受診までの報告 ・過去3年間受診歴がない方(未経験者)の受診率0.3%増加 ・H29H30未受診でH31年度受診者11.4%(対象者に占める割合)  ○医療機関からの情報提供 町立病院50件、嬉野医療センター3件(うち1件は初回受診、1名は4年受診がない)  ○2年連続受診率:78.6%(H30年度76.6%) (あなみツール)  ○若い世代への勧奨方法・内容 40歳など節目の方へ電話勧奨など。 ○新規国保加入者への勧奨の方法  ○連合会から提供された医療機関治療中のデータ提供の活用	

		H28	H29	H30	H31
1)HbA1c: 5%以上者	C 対象者数	91	105	94	105
	D 指導実人数	88	93	84	95
	F 再掲 (再掲実人数)	8	17	11	8
	D/C 指導割合	94%	88%	89%	90%
①HbA1c: 5%以上の者 予備層との連携者数	実人数 [1+2合計人数]	34	56	45	44
	実人数	32	49	39	43
②保健指導での 連携者数	実人数	2	7	6	1
2)高血圧 3重以上者	E 対象者数	83	97	74	87
	F 指導実人数	61	71	55	67
	F/E 指導(割合)	73%	72%	74%	77%
	G 対象者数	31	36	37	37
3)LDL-180以上者	H 指導実人数	25	29	32	33
	再掲 (再掲実人数)	4	4	6	1
	H/G 指導(割合)	80%	80%	86%	85%

	①ストラクチャー(構造)	②プロセス(やってきた実践の過程)	③アウトプット(事業実施量)	④アウトカム(結果)	⑤残っている課題(改善点)
【医療とのつながり】	○医療機関と連携して重症化予防に取り組む。(糖尿病連携手帳を活用) ○医療連携を円滑に行うために、特に町内医師会と町の課題を共有	○個別健診開始前に受診実績のある町外医療機関へ初めて協力依頼と注意事項説明のために訪問 ○糖尿病性腎症プログラム対象者に実施した保健指導実施後の報告を速やかに行う  ○R1.10月 糖尿病性重症化予防のため、医師会推薦糖尿病医療機関ではない町内医療機関へ連携手帳・制度について説明、登録への依頼を行った。  ○連合会から参考に提供されている県外医療機関を訪問し、県内の情報提供事業について説明、診療情報の活用について相談  ○町内医療機関へ町で作成した健診受診勧奨用のポスター掲示依頼	○協力依頼 鹿島市・嬉野市の6医療機関		○毎年度末に実施していた医師会との協議会が未開催のため、町内医療機関の協力を得るための課題の共有  ○県外医療機関の診療情報の活用

事業の目的や目標の達成に向けた過程(手順)や活動状況を示す「プロセス」、保健事業を行うための仕組みや体制を評価する「ストラクチャー」の視点で評価を行いました。

目標全体でみると課題達成のためには、保健指導を効率的に実施するために地区担当制の導入、家庭訪問ができる体制づくりが必要であると考えます。重症化予防対策については糖尿病管理台帳の有効活用、継続的な介入が不十分な事例の改善、未受診者対策では受診率が低い若い世代へのアプローチ、継続受診のために新規国保加入者への勧奨、医療のつながりにおいて、町内医療機関と町の課題の共有を行うこと、県外医療機関との連携が残された課題として挙げられました。

### 3. 主な個別事業の評価と課題

#### (1)未受診者対策

がん検診については、受診しやすいように受診料を安価に設定しています。特定健診と同時実施を基本とし、しおさい館のみではなく大浦公民館で実施、土日を複数回設定するなど利便性の向上を図りました。また、コールリコールを徹底し、未受診者へ個人通知を複数回発送し、地区の保健推進員の協力を得ながら受診勧奨を行いました。しかしながら受診者数は伸び悩んでいます。

今後は検診の重要性の啓発・周知に努めるとともに、感染予防対策の徹底・レディースデーの設定など受診しやすい環境づくりを行い受診率の向上に努めることが必要です。

特定健診の未受診者対策については第4章で記載します。

#### (2)重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)

糖尿病性腎症重症化予防のため、スタッフ全体で対象者やフォローの方法などを確認し、共通理解のもと指導が行えるようにしました。未治療者や治療中断者への介入をしやすくするために糖尿病管理台帳を作成し、保健指導に活用しました。HbA1c 8.0%以上の割合が県内でも高いため、HbA1c 7.0%以上で腎機能低下が認められない方もハイリスク者として管理栄養士と保健師による継続指導を行いました。しかし、健診受診後の指導が、計画に上げた約3か月

に1回の間隔で実施できていないケースもあります。

町の課題である高血圧については、引き続き高血圧に関する冊子を作成し個別指導に活用しました。また、減塩への意識づけのために、結果説明会来場者を中心に尿中塩分測定を行いました。\*塩分チェックシートを活用し塩分摂取状況を点数化、測定結果は本人の推計摂取量や目標値、改善のポイントを記載した個票を作成、チェックシートにスタッフのコメントを添えて、約1週間を目途に送付し指導内容の振り返りとなるようにしました。

さらに健診の結果、項目にかかわらず再検査が必要な方で精密検査報告書の戻りがない方へ未受診者受診勧奨通知を送付し確実に受診につなげるようにしました。

健診通知には、朝は血圧の薬を内服し受診するよう記載しているものの、飲んでこられない方も多いことや、平成28年度から高血圧の集団教育を行い家庭血圧測定に関する周知を行ってきていますが、伝わっていない事例も見受けられるため、今後は周知方法の再検討も必要になると思われます。

HbA1c 8.0%以上の割合減少のためにも糖尿病管理台帳を有効に活用するとともに医療機関受診の際に同伴したり、管理栄養士と保健師両者による指導を行うこと、糖尿病連携手帳などを活用し医療機関とのさらなる連携が必要となります。

糖尿病、高血圧ともに継続した指導を行い、治療中断者への早期発見にもつなげ重症化予防に努めていきます。

※糖尿病重症化予防診療ガイド 参考資料(社会医療法人製鉄記念八幡記念病院 土橋卓也先生考案)

### (3)ポピュレーションアプローチ

家庭血圧測定の呼びかけ、生活習慣修正項目、食品の塩分量をまとめた冊子を作成し、血圧に問題がない方も含め結果説明会の待ち時間に集団健康教育を行いました。

塩分測定の結果は国民栄養調査と比較した太良町の摂取状況としてまとめ、町報たらに掲載し保健推進員会議でも紹介しました。

町報たらを活用し、特定健診の結果から見えた町民の実態を掲載、1日2~3合以上の多量飲酒の方が多ことからアルコール摂取に関する記事を専門医の協力のもとシリーズで掲載し、実態の周知と正しい知識の啓発に努めました。

## 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

健診受診率は47.5%から平成29年度に50%を超え、さらに52.3%へ漸増しています。特定保健指導実施率は60.5%から82.1%と高い割合を維持することができました。委託から直営に変更したことが大きな要因と考えられます。一方メタボリックシンドローム・予備群の割合は30.1%から35.0%に増加し、特定保健指導対象者の減少率は21.9%から19.2%と20%を切り効果的な保健指導が行えていないことがうかがえました。

健診受診者の有所見者の割合は、脂質異常者（LDL コレステロール）は減少傾向にあるものの高血圧者（Ⅱ度以上）は初期値8.1%から8.9%へ増加、メタボリックシンドローム・予備群の割合が増加したことに伴い HbA1c 6.5%以上は9.1%から10.7%へ漸増していました。

### 2. 特定健診の実施

平成30年度からデータ分析及び受診勧奨業務を業者委託し受診率向上を図っています。人工知能を活用し、健診・問診結果、受診履歴、個人属性などから対象者の特性に応じた勧奨資材の送り分けを行うことで、健診受診率は初期値47.5%から52.3%へ漸増しています。集団健診はがん検診との同時実施を基本に、これまで行ってこなかった秋にも設定、土日の複数回の実施など受診しやすい環境づくりを行ってきました。

未受診者対策として、事業所健診のデータ提供依頼の働きかけを行うほか、眼底検査対象者をハイリスク者と位置づけ、検査が可能な集団健診へ電話勧奨、町立病院からの情報提供事業がスムーズにいくように事前チェックを行うなど、医療機関とも連携を図りました。平成31年度の2年連続受診率は78.6%と継続受診者も多い一方で、受診率向上のためには新規国保加入者や40歳到達者などの新規受診者を伸ばすこと、40～50歳代の若い世代への受診勧奨方法・内容の検討、定期通院中で健診未受診者に対する情報提供の取組の推進などが今後の課題となります。

### 3. 特定保健指導の実施

特定保健指導実施率は初期値60.5%から82.1%と高い割合を維持することができました。委託していた積極的支援を直営に変更し、対象者の都合に合わせた保健指導を行うことができたことが大きな要因と考えられます。一方、メタボリックシンドローム・予備群の割合は30.1%から35.0%に増加しており、放置すればどうなるのかという情報提供の不足、望ましい行動を継続するためのモチベーションを維持できる介入が不足していたと考えられます。

今後は対象者に適したご飯の量を明記した資料や本人が改善したいと決め

た目標を書いた紙を確実に渡し、自宅でも目標を意識できるようにできる取り組みや、体脂肪 1K g や 3K g の模型を購入し、可視化・イメージしやすい指導を行っていくことが必要であると考えています。

## 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. 目標値の見直し及び今後の方向性について

今回の中間評価において、分かりやすい表現への改善、目標の追加、最終目標値の見直しの三点を行いました。

健康寿命の延伸のために、人口10万対の「脳血管疾患死亡率」・「虚血性心疾患死亡率」・「大動脈瘤及び解離死亡率」の減少目標を新たに追加しました。

特定保健指導実施率は高い状態を維持するために上方修正、脳血管疾患及び虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少は達成困難と考えられるため中間評価値を維持することとし、増加しているメタボリックシンドローム・予備群の割合についても目標値を見直しました。健診の有所見者の割合について、脂質異常者(LDLコレステロール)と糖尿病域の割合減少の目標値を見直し、糖尿病域の方への指導・治療につなげる目標について目標値を上方修正しました。がん検診は引き続き受診率向上に努めることとし、変更は行いませんでした。

今後は取組に効果があるものを維持しつつ、割合を減少させる目標については、多職種連携のもと、対象者に合った指導を継続し、目標達成を目指していきます。

さらに、これらの実態の広報を行うことで、現状を理解し、課題解決のために被保険者が自ら行動できるように支援を行っていきます。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標 (第2期当初)	課題を解決するための目標 (中間評価後)	初期値	中間評価値	最終目標
					H28	H31	R5
特定健診等計画		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	特定健診受診率を60%以上にする	47.5%	52.3%	60.0%
			特定保健指導実施率60%以上	特定保健指導実施率60%以上を維持する	60.5%	82.1%	70.0%
			特定保健指導対象者の減少率25%	特定保健指導対象者の減少率を22.0%以上にする	21.9%	19.2%	22.0%
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、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0.2%減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合を3.0%以下にする	2.2%	3.8%	3.0%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.4%減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合を3.0%以下にする	2.4%	2.9%	3.0%
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少7.7%	糖尿病性腎症による透析導入者の割合を0%にする	7.7%	0.0%	0.0%
			脳血管疾患、虚血性心疾患等による死亡率を減少させる	脳血管疾患による死亡率の減少(人口10万対)	93.6	90	
				虚血性心疾患による死亡率の減少(人口10万対)	35.1	35	
				大動脈瘤及び解離死亡率の減少(人口10万対)	35.1	35	
短期	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	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%	メタボリックシンドローム・予備群の割合を30%以下にする	30.1%	35.0%	30.0%
			健診受診者の高血圧者の割合減少4%(160/100以上)	健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合を4%に減少させる	8.1%	8.9%	4.0%
			健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL140以上)	健診受診者の脂質異常者(LDL140以上)の割合を20%に減少させる	29.1%	26.1%	
			健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合の初期値2.8%を維持	2.8%	2.8%	2.8%	
			健診受診者の糖尿病患者の割合減少8%(HbA1c6.5以上)	健診受診者の糖尿病患者の割合を10%以下にする(HbA1c6.5以上)	9.1%	10.7%	10.0%
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合20%	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合を初期値から10%増やす	39.2%	41.1%	50.0%
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	健診受診者の糖尿病域の方への保健指導実施率を90%以上にする	75.8%	90.5%	90.0%
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が25%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 9%以上	がん検診受診率 胃がん検診 9%以上	7.8%	7.3%	9.0%
			肺がん検診 35%以上	肺がん検診 35%以上	29.0%	26.3%	35.0%
			大腸がん検診 22%以上	大腸がん検診 22%以上	16.0%	13.7%	22.0%
			子宮頸がん検診 30%以上	子宮頸がん検診 30%以上	20.5%	16.4%	30.0%
			乳がん検診 27%以上	乳がん検診 27%以上	23.7%	15.4%	27.0%
			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%	後発医薬品の使用割合を80%以上にする	62.6%	78.0%



症重症化予防の対象者を抽出しました。高血圧は、昨年度の健診受診者から抽出された対象者に後期高齢広域連合が実施する「要受診者指導事業」のフォローを行い確実に医療機関につなげること、糖尿病については、国保で作成した糖尿病管理台帳の対象者を75歳を過ぎても関りが途切れないう、未治療者や治療中断者については保健師・管理栄養士が継続支援を行っています。

医療・介護・健診受診がない「健康状態不明者」は状態を把握し、必要な支援につなげることで重症化を予防していきます。

### ③ポピュレーションアプローチについて

通いの場等への積極的な関与として各地区老人会において、フレイル予防の健康教育を行うことと、質問票の活用等健康チェックの機会を設けて、高齢者の健康状態、低栄養や筋力低下等フレイルの状況等を総合的に把握し、保健指導等に活用しています。

健康診査の案内通知に日本老年医学会作成の『「新型コロナウイルス感染症」高齢者として気をつけたいポイント』リーフレットを同封し生活不活発からのフレイル進行への注意喚起を行いました

今後は通いの場を活用し、生活習慣病からの認知症を予防する健康教育等も行っていく必要があると考えています。