

# 大刀洗町国民健康保険保健事業実施計画中間評価報告書

【第2期データヘルス計画、第3期特定健康診査等実施計画】

## 目次

### 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要及び中間評価の趣旨とその結果

- 1 計画の概要とその背景
- 2 中間評価の趣旨
- 3 中間評価の結果
  - (1) 中長期目標・短期目標（アウトプット・アウトカム評価）の進捗状況
  - (2) 主な保健事業の評価（ストラクチャー・プロセス評価）と課題

### 第2章 新たな課題を踏まえた目標値と個別保健事業の設定

- 1 中間評価を踏まえた新たな目標値の設定
  - (1) 中長期目標の設定
  - (2) 短期目標の設定
  - (3) 最終目標設定と重点事業の設定
- 2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と個別保健事業の設定
  - (1) 評価指標と目標値の設定
  - (2) 分析結果とそれに基づく課題の明確化
  - (3) 保健事業の内容

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要及び中間評価の趣旨とその結果

### 1 計画の概要とその背景

我が国は世界トップレベルの長寿社会であり、今後さらに高齢者の大幅な増加が見込まれる中、いかに健康を維持しながら人生を送るか、つまり、いかに健康寿命を伸ばすかが今日の課題であるといえる。

保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、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の保健事業の実施計画であり、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸（疾病・障害・早世の予防）を目指すものである。

その中で、人生百年時代を見据え、これまでの国保加入者のみならず、高齢者の健康増進を図ることが求められている。高齢者は、複数の疾患の罹患に加え、要介護状態に至る前段階であっても身体的だけでなく、精神的、心理的及び社会的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすい傾向にある。そこで、市民に身近な市町村が、高齢者一人ひとりにきめ細かに対応するため、高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する体制整備等を規定した「保険医療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」が成立し、これまでの国保保健事業から後期高齢者保健事業への接続を効果的に行うことで、健康寿命の延伸を目指していくこととなった。

★データヘルス計画とその他法定計画等後の位置づけ

	<b>B</b>	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			<b>20</b>	<b>19</b>
	<b>「健康日本21」計画</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>医療費適正化計画</b>	<b>医療計画 (地域医療構想含む)</b>
法律	健康増進法 第9条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条、健康保険法他 第150条	介護保険法 第116条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平31年2月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和2年3月改正 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 令和2年3月改正 「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の一部改正」	厚生労働省 老健局 令和2年改正予定 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月全面改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 平成29年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7期)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	<b>医療保険者</b>	<b>医療保険者</b>	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、 <b>生活習慣病の罹患予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指す</b> 。その結果、 <b>社会保障制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むこと</b> を目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の <b>生活習慣病の予防対策</b> を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには <b>重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らす</b> ことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら <b>医療の伸びの抑制</b> を実現することが可能となる。 特定健康診査は、 <b>糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防</b> することを目的として、 <b>メタボリックシンドローム</b> に着目し、生活習慣を改善するための <b>特定保健指導</b> を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめ被保険者の自主的な健康増進、疾病予防の取組について被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業の展開を目指すもの。 <b>被保険者の健康の保持増進</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び被保険者の <b>財政基盤強化</b> が図られることは被保険者自身にとっても重要である。 <b>保険者協議会等を活用し効果的に事業を行う。高福祉の高齢者保健事業、介護法の地域支援事業と一体的に実施するよう努める(R2追加)</b>	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要介護状態となることの <b>予防</b> 又は、要介護状態等の経過もしくは <b>重症化の防止</b> を理念としている	<b>国民皆保険を堅持</b> し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、 <b>良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保</b> を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 <b>地域において切れ目のない医療の提供</b> を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、壮年期) 高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病※ ※初期老期の認知症、早老症、骨折・骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、他神経系疾患	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	疾病予防・介護予防 (要介護の原因疾患) 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		こころの健康	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養		がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に關係する項目18項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間新規透析導入患者数の減少 ③(糖尿病)治療継続者の割合の減少 ④血糖コントロール不良者の割合 ⑤糖尿病有病者の増加の抑制 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ⑦メタボ該当者・予備群の減少 ⑧高血圧の改善 ⑨脂質異常症の減少 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる者の増加 ⑫日常生活における歩数の増加 ⑬運動習慣者の割合の増加 ⑭成人の喫煙率の減少 ⑮生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・予備群の減少(国の目標) (特定保健指導代替者の減少) <b>保険者努力支援制度・事業費連動分</b> <b>【保険者努力支援制度成度分】を減額し、保険料決定</b>	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) 食生活、日常生活における歩数、アルコール摂取量 喫煙の有無 ②健診受診率 ③医療費 等 【作成の手引き】 ①中長期目標 医療費の変化、冠動脈疾患・脳梗塞の発症 費用対効果、薬剤投与量の変化 ②短期的目標 血圧、血糖値、脂質等検査値の変化 食習慣、運動習慣の変化、受療行動の開始 <b>保険者機能強化推進交付金</b> <b>介護保険保険者努力支援交付金</b>	①自立した日常生活支援に関する指標 ②要介護状態等になることの予防に関する指標 ③要介護状態等の軽減、悪化の防止に関する指標 ④介護給付の適正化に関する指標	【住民の健康の保持増進】 ①特定健診受診率 ②特定保健指導の実施率 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④生活習慣病等の重症化予防の推進 ⑤たばこ対策 【医療の効果的な提供の推進】 ①後発医薬品の使用促進 ②医薬品の適正使用の推進 (重複投与等の是正)	①5疾病+事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じた設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

## 2 中間評価の趣旨

本町においては、平成 26 年度にデータヘルス計画を策定し、平成 30 年度から 6 年間の第 2 期データヘルス計画に基づいて、保健事業を展開している。

本年は第 2 期データヘルス計画中間年度であり、より効果的かつ効率的に保健事業を展開するために、進捗確認およびデータヘルス中間評価を行う。

中間評価では、短期目標・中長期目標の評価を行い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、福岡県後期高齢者医療広域連合の目標値を参考に、現状分析を踏まえ、個別保健事業を追加して実施することとする。

また、医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では保険者努力支援制度が創設され、平成 30 年度から本格実施されている。国は、保険者努力支援制度の評価指標については、毎年の実績や実施状況により発展させるとしており、今回の中間評価では、現時点での評価指標を追加し、取り組みの充実を図ることとする。

### 3 中間評価の結果

#### (1) 中長期目標・短期目標（アウトプット・アウトカム評価）の進捗状況

第2期データヘルス計画では、特定健診受診率や特定保健指導実施率の向上をはじめとして、糖尿病・高血圧・脂質異常症・メタボリックシンドローム等の減少を短期目標に、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の減少、入院医療費の伸びを抑制することを中長期目標に掲げ取り組んだ。また、要介護認定状況の推移についても調査し、要介護状態になる疾患や医療費の状況等を把握した。

★目標管理一覧（中間評価分）表1

関連計画	達成すべき目標	課題を解決するための目標	実績				目標値 H31	データの 把握方法	
			初期値 H28	H29	H30	中間評価 H31			
特定健診等計画	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	特定健診受診率の向上	49.2%	49.9%	50.7%	51.6%	52%	特定健診・特定保健指導法定報告（国保中央会）	
		特定保健指導実施率の向上	75.7%	76.9%	72.0%	72.0%	77%		
		特定保健指導対象者の減少	20.5%	16.7%	21.6%	14.3%	16%		
		メタボリックシンドローム割合の減少	19.0%	17.9%	19.1%	18.8%	14%		
		メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少	12.2%	13.5%	13.3%	12.2%	29%		
データヘルス計画	中長期 医療費が高額になる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症（人工透析患者に占める基礎疾患に糖尿病がある者の割合）の減少	入院医療費の伸びの減少	0.86%	1.05%	0.97%	-	減少	KDBシステム・評価分析システム	
		脳血管疾患の新規発症者割合の減少	84.8%	47.6%	68.8%	52.5%	減少		
		虚血性心疾患の新規発症者割合の減少	39.6%	25.8%	31.0%	23.1%	減少		
		糖尿病性腎症（人工透析）の新規発症者割合の減少	20.0%	0%	0%	33.3%	減少		
	短期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等の減少	健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/110以上）	3.4%	4.5%	4.2%	5.0%	3.4%	評価分析システム
			健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c7.0以上）	6.0%	5.6%	5.8%	5.3%	5.8%	
			健診受診者の脂質異常症の割合の減少（LDL160以上）	10.2%	11.0%	11.5%	11.7%	9.0%	

★要介護認定者の経年推移

		28年度		29年度		30年度		31年度	
		実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
介護保険	1号認定者数(認定率)	664	19.6	672	17	696	17.6	690	17.5
	新規認定者	13	0.3	9	0.3	19	0.3	10	0.2
	2号認定者	15	0.3	15	0.3	18	0.4	17	0.4
有病状況	糖尿病	140	20.4	139	19.9	145	19.7	145	20.8
	高血圧症	419	61.7	428	62.3	432	60.6	431	61
	脂質異常症	180	25.4	179	26.1	192	26.9	197	28
	心臓病	477	70.3	498	70.9	494	68.9	486	69.9
	脳疾患	219	32.5	218	30.8	231	31.2	232	32.2
	がん	74	10.3	76	10.6	76	10	72	10.9
	筋・骨格	403	58.7	416	58.9	423	58.4	421	59.4
	精神	305	44.3	303	44.6	320	44.7	337	46.2
介護給付費(円)	介護給付費	10億1,594万		10億3,096万		10億5,554万		10億3,475万	
	1件当たり給付費(全体)	65,117		70,595		70,491		65,945	
	居宅サービス	42,070(41,924)		45,894(43,860)		46,027(44,059)		44,487(44,430)	
	施設サービス	280,484(276,079)		285,420(279,318)		291,887(282,997)		292,424(288,108)	
医療費等(円)	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	94,710	8,873	9,607	10,015			
		認定なし	41,230	4,304	4,347	4,622			

【中長期目標1】入院医療費の伸びの減少

入院費の伸びは増減を繰り返している。近年団塊の世代が後期高齢者へ移行しており、被保険者の減少が著しくなっていくため、医療費は減少していくと考えられる。

【中長期目標2】脳血管疾患の新規発症者の割合の減少

脳血管疾患の新規割合は初期値より減少しており、増減をしているが発生割合は高い。また、高額となる入院医療費における脳血管疾患発症の件数は県内2位(15.3件/千人あたり)と著しく上昇している。

脳血管疾患発症者内訳をみていくと、8割以上に高血圧があり、脂質代謝異常も6割以上いる。引き続き対策を強化していく必要がある。

【中長期目標3】虚血性心疾患の新規発症者の割合の減少

虚血性心疾患の新規割合は減少傾向にある。しかし高額となる入院医療費における虚血性心疾患発症の件数は県内3位((10.71件/千人あたり)と著しく上昇している。虚血性心疾患発症者の内訳でも高血圧や脂質代謝異常の方も多く、脳血管疾患対策と同様、引き続き対策を継続していく必要がある。

**【中長期目標 4】糖尿病性腎症（人口透析）の新規発症者の割合の減少**

人工透析の新規発症はあるものの、国保での糖尿病性腎症の新規透析者は直近では 0 名が続いていた。しかし、平成 31 年度は 1 名発症している。透析の原因となる疾患として糖尿病性腎症以外にも、慢性腎症や腎硬化症、多発性嚢胞腎等があり、65 歳以上の社保や後期高齢者の透析導入が多い。糖尿病や高血圧を重症化させない取組みを実施し、予防できる対策の充実を図る。

**【中長期目標 5】介護の状況**

認定率や介護給付費、医療費ともに増加している。認定者の有病状況においては、心臓病と筋・骨格系の疾患が多く、生活習慣病重症化予防の重要性が明らかになっている。

R2 年度から一体化事業を展開しており、国保から後期と切れ目ない支援が重要と考える。

**【短期目標 1】 健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100mmHg 以上）**

高血圧者（Ⅱ度以上）の割合は上昇しており、新たな介入方法の検討が必要。効果的な指導ができるように、スタッフ間での情報共有や勉強会、指導力の向上が求められる。生活習慣の予防と大血管障害予防のための保健指導と受診勧奨が必要と考える。

**【短期目標 2】 健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c7.0%以上）**

血糖コントロール不良者の割合は減少しており、目標を達成している。しかし、HbA1c7.0%以上は合併症発症の危険性が高まるため、個別保健事業の特定保健指導率向上事業と糖尿病性腎症重症化予防事業の更なる取組が必要である。

**【短期目標 3】 健診受診者の脂質異常者の割合の減少（LDL160mg/dl 以上）**

脂質異常者の割合は増加傾向にあり、目標値に達していない。生活習慣病の予防と大血管障害予防のため、保健指導の充実と未治療者に対しては、保健指導とともに確実な受診勧奨が必要である。二次健診として LDL160mg/dl 以上者に頸動脈超音波検査を導入しているため、検査後の生活習慣の変化や受診行動について、引き続き取り組みの強化が必要である。

## (2) 主な保健事業の評価と課題

### 1. 特定健診受診率向上対策

#### ○ストラクチャー

事業全般は健康課健康支援係、国保年金係が実施。担当者は、保健師・管理栄養士・事務職で事業展開。勧奨実施期間は5月～7月、10月～11月で実施。  
集団健診12回/年、病院健診2回/年（小郡三井医師会34医療機関で実施）

#### ○プロセス

受診率向上を目指し、受診勧奨事業を目指したプロセスを以下の①～④事業で実施した。

##### ① 健診機関と連携した受診率向上対策

集団検診の受診日を都合に合わせて選択できるようにし、自由度を高めた。健診関係の通知を統一。（封筒の色やロゴの作成）。総合健診パンフレットの作成を健診機関へ依頼し、分かりやすい通知を目指し、世帯主通知をなくし、封筒には個人名を表示。コール・リコールの徹底等。

##### ②過去3年間未受診者、過去3年間不定期受診者への全数訪問

訪問勧奨は特定健診未受診者のみならず、世帯の家族を対象とし、がん検診も同時に勧奨とした。一目でわかる健診日程のチラシを持参した。

##### ③当該年度未受診者への全数勧奨

訪問及び電話勧奨として、世帯に対してのアプローチも実施。レセプトより治療中断者、重症化予防を把握し、専門職による介入も同時に実施した。

##### ④未受診者の医療情報収集事業

管内医師会と近隣市町村へ通知を送付。

#### ○アウトカム・アウトプット

	基準値		
	H28	H30	H31
特定健診受診率	49.2%	50.7%	51.6%
未受診者勧奨率	93%	100%	98.6%
未受診者勧奨後の受診率	5.38%	4.58%	16.5%



## ◎特定健康診査による評価と課題

健診受診率は微増しており取組みの成果はでてきている。病院受診者に未受診者が多くいるので、検査データの受領など新たな対策とさらなる医療機関との連携が必要である。今後は、企業との連携を行いイベント型健診の発展と学びの場として健診を充実させていこうと考えている。

## 2. 特定保健指導

### ○ストラクチャー

集団健診は健康課健康支援係、保健師・管理栄養士の専門職が担当。実施者数は約 80 名。病院健診は特定保健指導委託医療機関 42 か所と健康課の専門職で実施。実施数は約 40 名。実施期間は 9 月～通年で実施。対象者の抽出には K D B システム・マルチマーカーを使用。

健康課では各自の保健指導向上の学習と打合せ、研修会等を 2 回/年実施。

### ○プロセス

保健指導実施率向上と保健指導利用者の検査値の変化、メタボ該当者率の経年変化を以下の事業として展開した。

#### ①保健指導実施率向上対策

集団健診実施日に会場で対象者全員へ面談。特定保健指導の説明や前年度の検査値を基に、今年度の血圧・体重・生活状況から保健指導を実施。保健指導日に来庁がない方については、訪問にて指導を実施。

#### ② 保健指導利用者の検査値の変化

保健指導担当者が検査値前後の比較まで行う。保健指導利用者の行動変容や指導力についても振返る。

#### ③メタボ該当者率の経年変化

前年度の評価にはなるが法定報告値でのメタボリックシンドローム減少率・メタボリックシンドローム予備軍減少率についても確認する。

### ○アウトカム・アウトプット（法定報告）

	基準値	H30	H31
特定保健指導率	75.7%	72%	72%
メタボ割合の割合減少	19%	19.1%	18.8%
メタボ予備軍の割合の減少	12.2%	13.3%	12.2%

### ◎特定保健指導による評価と課題

特定保健指導率は70%台で実施しており、メタボ該当者や予備軍に関しても横ばいを維持している。割合としては積極的の終了者割合が低く、改善が必要である。また、病院健診からの指導介入がつかない方がおり、連携が必要である。日中連絡が取れない方に対しては、SMSの導入や健康宣言キャンペーンと連動した、日々の健康活動の取組みを向上させるような介入の工夫を実施していく。

### 3. 糖尿病等重症化予防事業

#### ○ストラクチャー

事業担当は健康課健康支援係の保健師2名、管理栄養士2名で実施。健診終了後に対象者を抽出し、訪問で保健指導を実施。対象者の抽出にはKDBシステムとマルチマーカーを使用。

小郡三井管内糖尿病等連携会議を年2回開催し、連携票を活用した医療機関との連絡調整実施している。

健康課では各自の保健指導向上の学習と打合せ、研修会等を2回/年実施。

#### ○プロセス

対象者：特定健診受診者のうち以下の基準で抽出

- ・HbA1c7.0%（64歳以下）、8.0%（65歳以上）、尿蛋白2年連続2+以上、
- ・6.5%（未治療者・治療者も含む）
- ・eGFR 50未満（70歳未満）、40未満（70歳以上）

糖尿病を中心に腎症対策も含め対象者への個別訪問を中心に、指導後の検査値の変化、長期的に新規糖尿病性腎症の透析者0を目指し以下の事業を実施。

#### ①小郡三井管内糖尿病等連携会議

連携票対象者への積極的な保健指導。管内医療機関からの連絡票を参考に保健指導や栄養指導を実施。会議では、困難事例の事例検討会を開催している。

#### ②糖尿病性腎症重症化予防事業

KDBを活用し、健診受診者のみならず未受診者の治療中断者も抽出し、受診勧奨を訪問で実施。

#### ③わかりやすい情報提供の実施

重症化予防対象者への提供資料については、見やすく興味が出る内容にし、メカニズムを含めた指導を心がける。病院での内服薬のみでは状態は改善しにくいこと、栄養や運動などの生活習慣の見直しも含めて治療になることを指導していく。

○アウトカム・アウトプット

	基準値	H30	R1
糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少	20%	0%	33.3%
腎症2期、3期保健指導実施者数	36人	51人	26人
指導後、検査値の改善があった者の割合	5.5%	1.9%	7.6%

◎重症化予防事業の評価と課題

糖尿病等連携会議で定めた基準に対して、連携票対象者には連携票を配布し、医療機関との指導連携や医師からの指示を基に効果的な保健指導を実施している。しかし、病院通院中の方においては、「病院に行って薬を飲んでいるから大丈夫」と言われ、指導に入り込めない方も多くいる。薬物療法のみでは治療の効果が出にくいこと等、しっかりと指導していくことが重要である。指導対象者は訪問指導やレセプトの確認等を実施しているが、指導後の変化等においては、個人毎の評価までは満足にできていない。

今後は、糖尿病重症化予防対策として、指導率や指導実施前後の評価を含め、効果的な指導を実施していく。指導力を強化することや対象者への見やすい資料の作成や企業と連携した低糖質商品の紹介や教室の実施、受療行動へのきっかけになるような保健指導を展開していく。

#### 4. 脳血管疾患・虚血性心疾患予防事業

##### ○ストラクチャー

事業担当は健康課健康支援係の保健師 2 名、管理栄養士 2 名で実施。健診終了後に対象者を抽出し、訪問で保健指導を実施。対象者の抽出には K D B システムとマルチマーカ―を使用。

健康課では各自の保健指導向上の学習と打合せ、研修会等を 2 回/年実施。

##### ○プロセス

対象者：特定健診受診者のうち以下の基準で抽出

血圧 II 度高血圧以上 160/100 以上（未治療者）

脂質 L D L 160 以上、T G 300 以上

尿酸 9 以上

心房細動 治療者除く

大血管障害予防のため、対象者への個別訪問を中心に、指導後の検査値の変化、生活習慣の変化や健康行動を起こしているか等を把握していくため、以下の内容で実施。

##### ①保健指導力向上対策

保健指導力の向上のため、自己学習や学習会を開催。

##### ②保健指導利用者の検査値の変化

保健指導担当者が検査値前後の比較まで行う。保健指導利用者の行動変容や指導力についても振返る。

##### ③わかりやすい情報提供の実施

重症化予防対象者への提供資料については、見やすく興味が出る内容にし、メカニズムを含めた指導を心がける。病院での内服薬のみでは状態は改善しにくいこと、栄養や運動などの生活習慣の見直しも含めて治療になることを指導していく。

##### ○アウトカム・アウトプット

	H30	H31
指導対象者における保健指導実施割合	71.7%	72.3%

##### ◎重症化予防事業の評価と課題

全体的な新規発症者割合としては減少しており、保健指導も高い割合で実施している。しかし医療費でみると脳血管疾患及び虚血性心疾患は共に増加しており、被保険者千対でみる患者数は同規模や県平均より高い。

短期目標である基礎疾患へのアプローチを強化していく必要がある。

今後は、引き続き個別訪問でのメカニズムの説明の強化と啓発事業等を実施。啓発事業については情報発信をしっかりと行っていく必要がある。

## 第2章 新たな課題を踏まえた目標値と個別保健事業の設定

### 1 中間評価を踏まえた新たな目標値の設定

#### (1) 中長期目標の設定

医療費が高額となる疾患、6ヶ月以上入院となる疾患、長期化することで高額となる疾患で、要介護認定者の有病状況の多い疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことが重要であるため、それらにかかる入院医療費、新規発症の減少を優先してきた。

これらは、引き続き中長期目標として設定する。しかしながら、被保険者の減少により入院医療費は減少傾向にある。そのため、「入院医療費の減少」を補完する指標として、脳血管疾患、虚血性心疾患を主病とする「高額になる疾患の医療費に占める割合」を追加する。

中長期目標(指標)	実績				目標値	データの把握方法
	初期値 H28	H29	H30	中間評価 H31		
入院医療費の伸び率の減少	0.86%	1.05%	0.97%	-	減少	KDB・評価分析システム・評価分析システム
脳血管疾患の新規発症者割合の減少	84.8%	47.6%	68.8%	52.5%	減少	
虚血性心疾患の新規発症者割合の減少	39.6%	25.8%	31.0%	23.1%	減少	
糖尿病性腎症(人工透析)の新規発症者割合の減少	20.0%	0%	0%	33.3%	減少	
高額になる疾患 脳血管疾患の医療費に占める割合	2.7%	3.5%	1.9%	3.5%	減少	評価分析システム
高額になる疾患 虚血性心疾患の医療費に占める割合	2.1%	2.2%	1.3%	2.2%	減少	

## (2) 短期目標の設定

生活習慣病は自覚症状が乏しく、無自覚のまま重症化するケースも少なくないため、特定健診等実施計画に基づき、特定健診受診率、保健指導実施率の向上を目標とする。

また、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的目標とする。

令和3年度保険者努力支援制度より、疾病予防・健康づくりの促進の観点から、成果指標が導入され、「健診受診者のうち、HbA1c8.0以上の未治療者の割合」が追加されたことから、短期目標にも同項目を追加する。

また厚労省・日本医師会・糖尿病対策推進会議より公表された糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成31年4月改訂版）において、病期分類別の対象者の優先順位等が示されたことから「健診結果からみた糖尿病性腎症第3期以降の未治療者の割合」を追加する。

課題を解決するための目標	実績				目標値	データの把握方法
	初期値 H28	H29	H30	中間評価 H31		
特定健診受診率の向上	49.2%	49.9%	50.7%	51.6%	増加	特定健診・ 特定保健指 導法定報告 (国保中央 会)
特定保健指導実施率の向上	75.7%	76.9%	72.0%	72.0%	増加	
特定保健指導対象者の減少率	20.5%	16.7%	21.6%	14.3%	減少	
メタボリックシンドローム割合の減少	19.0%	17.9%	19.1%	18.8%	減少	
メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少%	12.2%	13.5%	13.3%	12.2%	減少	
健診未受診者の勧奨率	-	-	-	79.8%	減少	大刀洗町 健康課
入院医療費の伸び率の減少	0.86%	1.05%	0.97%	-	減少	KDB・評価 分析システ ム・評価分 析システム
脳血管疾患の新規発症者数の減少	111	78	108	95	減少	
虚血性心疾患の新規発症者数の減少	61	50	57	43	減少	
糖尿病性腎症による新規透析患者数の新規発症の減少	0	1	0	1	減少	
健診受診者の高血圧者の割合の減少(160/110以上)	3.4%	4.5%	4.2%	5.0%	減少	保健事業 等評価分 析システ ム・マルチ マーカー
健診受診者の血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c7.0以上)	6.0%	5.6%	5.8%	5.3%	減少	
健診受診者の脂質異常症の割合の減少(LDL160以上)	10.2%	11.0%	11.5%	11.7%	減少	
健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者割合の減少	1.5%	1.3%	1.0%	0.6%	減少	
健診結果からみた糖尿病性腎症3期以降の未治療者の減少	0%	0%	0%	0%	維持	

(3) 最終目標設定と重点事業設定

関連計画	健康課題	達成すべき目標	課題を解決するための目標	実績		目標値					データの把握方法
				初期値 H28	中間評価 H31	中間目標 H31	R2	R3	R4	最終目標 R5	
特定健診等計画	特定健診受診率は順調に向上しており、特定健診保健指導対象者も減少している。 しかし、情報提供者の中には治療中ではあるが、血糖コントロール不良者は年々増加している。HbA1c7.0以上の未治療者の割合は同規模と比較しても高くなっている。	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60%以上	49.2%	51.6%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導法定報告(国保中央会)
			特定保健指導実施率80%以上	75.7%	72.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%	80.0%	
			特定保健指導対象者割合の減少25%	20.5%	14.3%	16.0%	17.0%	17.0%	18.0%	18.0%	
			メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少%	12.2%	12.2%	14.0%	15.0%	15.0%	16.0%	16.0%	
データヘルズ計画	データヘルズ計画の短期目標において、血圧や血糖コントロール不良者の割合の増加があるが、中長期目標である入院医療費において、高額となる脳血管疾患は県内2位(15.3件/千人あたり)、虚血性心疾患は県内3位(10.71件/千人あたり)であった。	医療費が高額となる疾患、入院などで高額になる疾患でもある脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人口透析患者に占める基礎疾患に糖尿病がある者の割合)の減少	入院医療費の伸びの減少	0.86%	0.97% <small>(H30で掲載)</small>	減少					KDBシステム
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.7%	3.5%	減少					
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.1%	2.2%	減少					
			糖尿病性腎症の総医療費に占める割合	2.0%	1.8%	減少					
			高額になる疾患 脳血管疾患の医療費に占める割合	2.7%	3.5%	減少					
			高額になる疾患 虚血性心疾患の医療費に占める割合	2.1%	2.2%	減少					
			健診受診者の高血圧者の割合減少	3.4%	5.0%	3.4%	3.3%	3.2%	3.1%	3.0%	
脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通リスクとなる高血圧、糖尿病、脂質異常症等の減少	健診受診者の脂質異常者の割合減少	10.2%	11.7%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%			
健診受診者の糖尿病者の割合減少【HbA1c7.0以上の割合】	6.0%	5.3%	5.8%	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%				
健診受診者のHbA1c8 以上の未治療者の割合減少	1.5%	0.6%	0.8%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%				
健診結果からみた糖尿病性腎症3期以降の未治療者0%の維持	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%				
保険者努力支援制度	がん検診受診率向上のため、受診勧奨や啓発活動を実施しているが伸び悩んでいる。	がんの早期発見・早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	22.6%	15.1%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	がん検診実施状況
			肺がん検診	15.3%	14.7%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	
			大腸がん検診	13.8%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	
			子宮頸がん検診	15.8%	15.5%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	
			乳がん検診	20.5%	21.2%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	26.0%	
			5つのがん検診の平均受診率	17.6%	15.9%	16.8%	17.8%	18.8%	19.8%	20.8%	
	参加者が少ない	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		0.5%	1.0%	1.0%	1.5%	2.0%	3.0%	健康宣言実施状況
	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	70.2%	82.0%	83.0%	84.0%	85.0%	86.0%	87.0%	後発医薬品普及率一覧	

★重点事業の設定

	①プロセス(やってきた実際の過程)	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)
	全体			
	データヘルス計画に基づく計画の実行。 短期目標・長期目標達成に向かっての 事業の進捗管理の実行。			健康支援係内に保健師3名 管理栄養士2名 母子～高齢者まで一貫して対応  業務範囲が広い 結果を出す保健指導の実施
	未受診者対策			
特定健診受診率 R1年度51.6% 特定保健指導受診率 R1年度72%	特定健診未受診者における勧奨対策 【対象事業名】 ①健診機関と連携した受診率向上対策 ②過去3年間未受診者への全数訪問 ③過去3年間不定期受診者への全数訪問 ④当該年度未受診者への全数勧奨 ⑤未受診者の医療情報収集事業	未受診者全件勧奨 約1,800名	特定健診・特定保健指導受診率 60% 未受診者勧奨後の健診受診率 30% 医療情報収集事業返送率 10%	受診勧奨の協力を国保と連携して実施する 専門職のわかりやすい資料を活用した効率よい勧奨  未受診者勧奨対象者の常連化 ナッジを活用した勧奨通知
	健康づくり啓発事業			
	イベントを活用したがん検診の啓発 減塩や低糖質媒体を利用した啓発	全住民15,000人への周知	がん検診受診率向上 事業参加率50% 1人当たり医療費の減少 健康宣言キャンペーンの参加者増	医療機関や民間事業者と連携した事業展開 担当課だけではなく、庁舎内関係部署との連携  情報発信
	生活習慣病重症化予防事業			
R2年度は新型コロナウイルス感染症拡大のため、事業の縮小やイベントの中止が多かった。R3年度は、感染症対策をしつつも健康づくりについて取組んでいきたい。	主に糖尿病重症化予防に焦点をて事業を展開 ①HbA1c6.5以上(未治療) ②HbA1c7.0以上(治療中) ③CKD分類G3a,G3bのうちeGFR50未満(70歳未満)、eGFR40未満(70歳以上) ④糖尿病性腎症2期、3期 ⑤糖尿病等連携会議の基準による保健指導の実施 ⑥KDBを活用して健診受診者、未受診者の治療中断者の受診勧奨	事業対象者600名へ介入 介入率80%	保健指導実施率 70%  指導実施者の加入後の値の変化があった方10%	保健師・管理栄養士が対応 専門職のわかりやすい資料を活用した効率よい勧奨 自主研等研修会への参加 係内での会議・研修の開催  指導力 医療機関との連携
	タチアライ健康宣言キャンペーン			
	18歳以上の町内・町内勤務者も対象にインセンティブ事業を実施 受診者向上のため対策を実施 ①町内企業への宣伝 ②住民への情報発信 ③インセンティブ商品の工夫 ④わかりやすいチラシの工夫	事業参加率 全住民の1.5% 全住民15,000人へ介入	参加者の中で健康宣言キャンペーンを きっかけで健康づくりを開始した割合10%  キャンペーン参加者のうち生活習慣の変化があった方 5%	担当課だけではなく、庁舎内関係部署との連携 係内での会議開催 チラシデザイン担当者との話し合い  参加者が増えない 情報発信不足
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業			
	R2年度からの事業開始だが、現時点では75歳以上の健診受診者 に対して、生活習慣病重症化予防事業とフレイルの訪問指導を実施 R3は65歳以上高血圧の方を中心に介入	Ⅱ度以上対象者1,000名 指導率 100%	指導後に血圧測定を継続している割合 5% 減塩に取り組んでいる人の割合 5%	担当課だけではなく、庁舎内関係部署との連携 専門職のわかりやすい資料の作成 自主研等研修会への参加 係内での会議・研修の開催



## 2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と個別保健事業の設定

### 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の目標値と個別保健事業の設定

保険者である福岡県後期高齢者医療広域連合の目標値を参考に数値目標を設定した。また本町の後期高齢者の健診・医療・介護データから課題を分析し、保健事業の実施にあたっては、国から公表されている「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）」を参照して、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを効果的に組み合わせた事業を実施する。

#### (1) 評価指標と目標値の設定

(表) 福岡県広域高齢者医療広域連合の一体的実施事業における県と本町の現状と目標

	評価指標	福岡県の現状	大刀洗町の現状	目標
1	後期高齢者健康診査・歯科健診の受診率（福岡県後期高齢者医療広域連合報告）	健康診査H31 9.75%	健康診査H31 11.4%	前年度より向上
		歯科健診H31 7.62%	歯科健診H31 12.3%	前年度より向上
2	通いの場への参加率（介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況調査）	8.23%（H30）	3.08%（H30）	前年度より向上
3	健康状態不明者の割合（KDBシステム）	4.18%（H30）	4.6%（H30）	減少
4	低栄養者（BMI 20 以下）の割合（後期高齢者健診）	男性 16% 女性 27.9%（H30）	男性 7.6% 女性 29.7%（H30）	減少
5	多剤処方の減少（KDBシステム） ひと月15日以上の6種類処方	46.8%（H30）	49.4%（H30）	減少
6	人口透析患者率（健康スコアリング）	1.43%（H30）	1.43%（H30）	減少
7	一人当たり後期高齢者医療費（後期高齢者医療事業年報）	1,178,616円 （H30）	1,157,632円 （H30）	減少
8	一人当たり1号被保険者介護給付費（介護保険事業状況報告）	261,200円 （H30）	257,900円 （H30）	減少

9	健康寿命の延伸	男性 71.49 歳 女性 74.66 歳 (H28)		平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
---	---------	-----------------------------------	--	---------------------

## (2) 分析結果とそれに基づく課題の明確化

○後期高齢者健診の受診率は、令和元年に集団健診を導入したことで、飛躍的に上昇したが、まだ低率である。

○医療・介護データから、高血圧を基礎疾患として、重症化している者の割合が多い。

○高血圧や糖尿病等の生活習慣病の重症化が、医療費を上昇させている。

○一方で、重症化している者のうち、介護認定を受けている者の割合は、県平均より低く、合併症の再発や介護への移行の割合が低い。体操教室、分館体操、ミニデイなどの通いの場が定着していることが、高齢者の自立期間の延長につながっていると思われる。

## (3) 保健事業の内容

### ・ハイリスクアプローチ

糖尿病重症化予防の取組みとして、対象者を選定して訪問等による指導を行う。対象者選定基準や実施方法については、健康課題の分析結果をもとに検討し、指導プログラムを作成する。

目標	生活習慣病の重症化を防ぐ
対象者	高齢者
実施方法	ア 重点的対象者を決定し、抽出する。 イ 保健師・管理栄養士による健診受診勧奨・保健指導 ウ 必要時、かかりつけ医等に治療方針を確認する等、医療と連携した保健指導 エ 必要なサービスへの接続
実施時期	通年
評価方法	ア 対象者への保健指導実施率 イ 医療機関受療率 ウ 各種検査値の変化（改善）

目標	医療費の抑制、心不全の予防
対象者	Ⅱ度高血圧者以上の高齢者
実施方法	ア 65歳以上のⅡ度高血圧者以上を抽出。

	イ 保健師・管理栄養士による受診勧奨・保健指導 ウ 必要時、かかりつけ医等に治療方針を確認する等、医療と連携した保健指導 エ 必要なサービスへの接続 オ 減塩教室の展開
実施時期	通年
評価方法	ア 対象者への保健指導実施率 イ 医療機関受療率 ウ 教室参加率 エ 各種検査値の変化（改善）

・ポピュレーションアプローチ

介護予防事業や、後期高齢者医療と連携し、高齢者の通いの場において、フレイル予防を中心に健康教育を実施する。

目標	フレイル予防のための知識の普及と健康状態の把握
対象者	高齢者
実施方法及び実施時期	ア 後期高齢者医療証交付会 月に1回実施。 イ ミニデイ 1ヶ所につき、年に2回実施 ウ 分館体操 1ヶ所につき、年に2回実施
評価方法	ア 実施回数、参加人数 イ 低栄養者の減少 ウ 通いの場への参加率の上昇 エ 健康状態不明者の割合の減少

※対象者の抽出にはKDBシステムや評価分析システム、保健事業ツールを活用。

75歳以上の対象者に限定するのではなく、国保からの一体的な保健事業の実施として保健・医療・介護を含めた事業展開及び分析を実施していく。