

安八町国民健康保険
第2期 データヘルス計画
中間評価

令和3年3月

安八町

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価に当たって

1. 中間評価の趣旨

安八町では第二期データヘルス計画（平成30～令和5年）を策定しています。計画策定後の平成30年度からは、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となっておりましたが、地域住民と身近な関係の中で行われる保健事業などの事務はこれまでどおり市町村が行うこととされており、保険者における健康の保持・増進を図る保健事業や医療費適正化等に対する取組に対して保険者努力支援制度が創設されるなど保健事業の重要性も高まっています。

令和2年度は策定したデータヘルス計画の中間評価・見直しの年度となっております。中間評価は立案した計画が軌道に乗っているかを確認し、計画が滞っている場合には、事業効果を高めるための改善策等を検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことになります。

■計画期間



2. データヘルス計画の目的・目標

【健康課題】

- ①同規模・国・県と比較して、メタボリックシンドローム該当者が多い。
- ②HbA1cの有所見者の割合が約5割と多い。
- ③糖尿病と脂質異常症の治療割合は増加し、虚血性心疾患も増加。

<短期的目標>

- ・特定保健指導の実施率の向上
- ・特定保健指導対象者の減少
- ・特定健康診査の受診率の向上
- ・HbA1c 有所見者の減少
- ・メタボリックシンドローム有所見者の減少

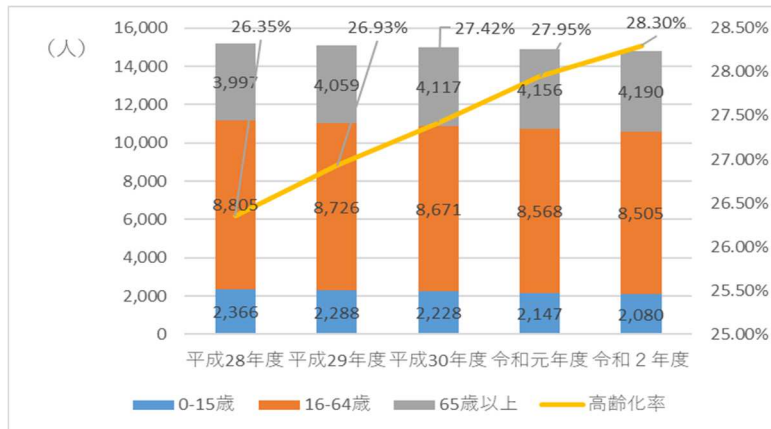
<長期的目標>

- ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を10%軽減させる。
- ・高齢化による医療費の伸び率を抑える。

1. 人口の推移と構成、国民健康保険の加入状況

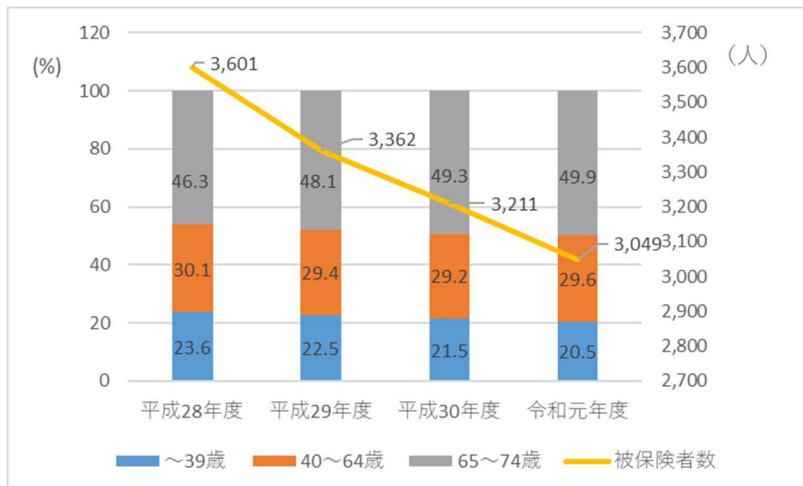
当町の人口の推移と構成は図1で表しています。0-15歳の人口は減少、65歳以上は増加傾向となり、少子高齢化が進んでいます。令和2年度では65歳以上の割合が28.3%となり、平成28年度と比較し1.95%上昇しております。

【図1】安八町の人口と高齢化率



平成28年度から令和元年度までの国民健康保険の被保険者数の推移と年代別の割合を図2で表しています。国民健康保険加入者数は年々減少しています。75歳に到達し、後期高齢者保険に移行した人が新たに国民健康保険に加入をする人を上回り、被保険者数の減少につながっています。また、39歳未満の割合が減少し、65～74歳の被保険者割合が増加し、年々高齢化が進んでいます。

【図2】被保険者の推移と年齢別の割合

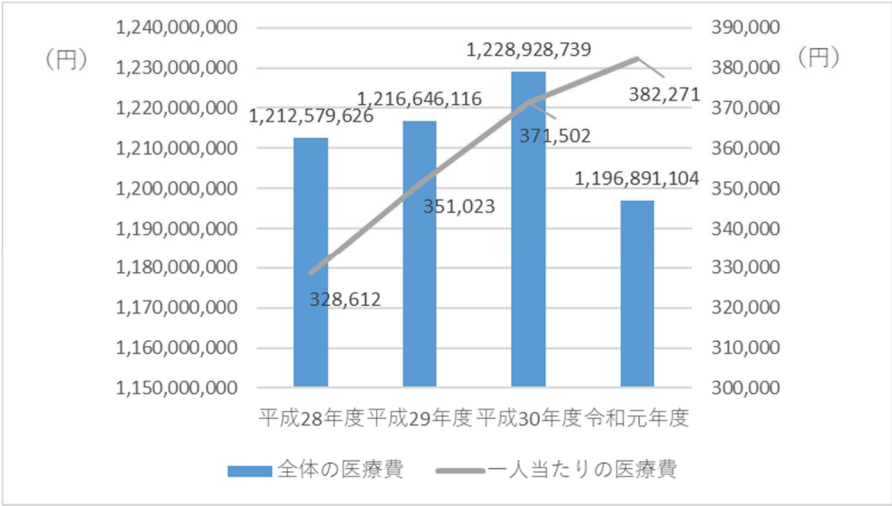


資料：KDB データ

2. 安八町の医療費の状況

令和元年度の被保険者全体の医療費は減少していますが、一人当たりの医療費は増加しています【図3】。また平成28年度と令和元年度を比較すると高額レセプトの総医療費は増加していますが、第2期データヘルス計画において特定保健指導等の保健指導に重点を置いたことにより、令和元年度の医療費は前年度より減少しています。外来・入院・医科分の高額レセプト件数および医療費の推移【表1】より入院費が200万円以上の高額レセプトでは、件数に対して医療費が高くなっていることから、一人当たりの医療費が増加したと推測されます。一方、入院費が30～80万円未満および80～200万円未満の高額レセプトでは、前年比よりも人数と医療費ともに減少しています。健診後に受診勧奨を行うことにより、早期の治療に結び付けることができ30～200万円の高額レセプトが減少し、医療費の全体を抑えることにつながっています。今後も健診の結果から、電話・訪問等による受診勧奨を行っていきます。

【図3】被保険者全体と一人当たりの医療費



資料：法定報告

【表1】外来・入院・医科分の高額レセプト件数および医療費の推移

		平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度	
		件数 (件)	医療費 (円)	件数 (件)	医療費 (円)	件数 (件)	医療費 (円)	件数 (件)	医療費 (円)
外来	高額レセプト (30～80万円未満)	203	86,347,330	164	66,885,950	205	89,005,360	239	107,887,940
	高額レセプト (80～200万円未満)	19	56,574,630	22	24,976,590	32	39,157,660	46	59,686,900
	高額レセプト (200万円以上)	6	28,141,530	4	14,166,740	8	22,449,770	4	13,805,020
入院	高額レセプト (30～80万円未満)	491	228,250,289	545	261,486,017	556	265,660,088	496	237,952,443
	高額レセプト (80～200万円未満)	143	172,070,306	134	160,021,981	124	148,706,076	97	119,068,263
	高額レセプト (200万円以上)	21	59,634,158	25	75,748,881	31	89,561,162	29	102,936,733
医科分	高額レセプト (30～80万円未満)	694	314,597,619	709	328,371,967	761	354,665,448	735	↓345,840,383
	高額レセプト (80～200万円未満)	162	228,644,936	156	184,998,571	156	187,863,736	143	↓178,755,163
	高額レセプト (200万円以上)	27	87,775,688	29	89,915,621	39	112,010,932	33	↑116,741,753

資料：法定報告



中長期的目標と短期的目標の疾患別医療費の推移【表2】から、短期的目標疾患である糖尿病、高血圧の医療費が増加しています。高血圧の医療費の占める割合が高くなってきているため、糖尿病だけでなく高血圧予防にも重点をおいて保健指導を行っていく必要があります。また、中長期的目標では、糖尿病性腎症（人工透析）、脳血管疾患、心疾患の医療費は減少傾向にあります。健診において受診勧奨値の人に早期に受診勧奨を勧めていることが、重症化予防につながったと推測されます。今後も、早期受診につなげるために電話・訪問等でアプローチを継続していきます。

【表2】中長期的目標と短期的目標の疾患別医療費の推移

単位：千万円														
		中長期的目標疾患						短期的目標疾患						総合計
		腎		脳		心		糖尿病		高血圧		脂質異常症		
		糖尿病性腎症		脳梗塞		狭心症								
		人工透析		脳出血		心筋梗塞								
H28	安八町	7,155	6.1%	1億2,803	10.8%	1億7,997	15.2%	3億3,189	28.1%	4億164	34.0%	3億3,700	28.5%	14億5,008
H29		7,024	6.0%	1億895	9.2%	1億7,866	15.2%	3億3,413	28.4%	3億7,551	31.9%	3億2,604	27.7%	13億9,353
H30		4,731	4.0%	1億869	9.1%	1億8,311	15.4%	3億5,831	30.1%	3億9,701	33.4%	3億5,772	30.1%	14億5,215
R01		↓4,655	4.0%	↓9,710	8.3%	↓1億4,350	12.3%	↑3億5,321	30.2%	↑4億7,111	40.2%	3億4,723	29.6%	14億5,870

資料：法定報告

3. 安八町における健診結果の状況

当町における健診の有所見者数の推移を表しております【表3～7】。表3より、平成28年度と比較して、高血圧の有所見者は正常高値の割合は減少していますが、Ⅰ度とⅢ度以上高血圧の割合は増加しています。表4より、HbA1c5.6～6.4%の割合が増加し、保健指導判定値以上の割合が約半数以上となっています。また表5～7より、LDL、HDL コレステロールの保健指導と受診勧奨判定値、メタボリックシンドロームの予備群および該当者ともに増加傾向にあります。当町では、HbA1c5.6%以上、低HDL コレステロールの割合が多いことが健康課題となっています。また、定期的に運動を行う人の割合が少ない傾向にあり、HbA1c、HDL コレステロール、メタボリックシンドロームの改善につながりにくくなっています。メタボリックシンドロームや内臓脂肪の増加により生活習慣病の悪化につながっていくため、今後も保健指導による食生活の改善、運動教室等による運動習慣を確立することが重要となります。

【表 3】 高血圧の有所見者数の推移（平成 28 年度と令和元年度の比較）

	受診者数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
	血圧測定者	正常		正常高値		Ⅰ 度		Ⅱ 度		Ⅲ 度以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H28	1,247	770	61.7%	258	20.7%	181	14.5%	33	2.6%	5	0.4%
H29	1,178	736	62.5%	230	19.5%	171	14.5%	36	3.1%	5	0.4%
H30	1,074	661	61.5%	195	18.2%	184	17.1%	30	2.8%	4	0.4%
R1	1,145	713	62.3%	209	18.3%↓	189	16.5%↑	25	2.2%↓	9	0.8%↑

【表 4】 HbA1c の有所見者数の推移（平成 28 年度と令和元年度の比較）

	受診者数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値		受診勧奨判定値					
	HbA1c測定者	5.5%以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.8		6.9～7.3		7.4以上	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H28	1,238	604	48.8%	409	33.0%	120	9.7%	43	3.5%	33	2.7%	29	2.3%
H29	1,174	470	40.0%	446	38.0%	143	12.2%	50	4.3%	31	2.6%	34	2.9%
H30	1,072	433	40.4%	393	36.7%	142	13.2%	47	4.4%	23	2.1%	34	3.2%
R1	1,144	512	44.8%	387	33.8%	150	13.1%	40	3.5%	30	2.6%	25	2.2%

【表 5】 LDL コレステロールの有所見者数の推移（平成 28 年度と令和元年度の比較）

	受診者数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値	
	LDL測定者	120未満		120～139		140～159	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H28	1,247	713	57.2%	286	22.9%	248	19.9%
H29	1,178	703	59.7%	261	22.2%	214	18.2%
H30	1,074	633	58.9%	230	21.4%	211	19.6%
R1	1,145	633	55.3%	270	23.6%↑	242	21.1%↑

【表 6】 HDL コレステロールの有所見者数の推移（平成 28 年度と令和元年度の比較）

	受診者数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値	
	HDL測定者	40以上		35～39		34未満	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H28	1,247	1,156	92.7%	63	5.1%	28	2.2%
H29	1,178	1,077	91.4%	67	5.7%	34	2.9%
H30	1,074	963	89.7%	71	6.6%	40	3.7%
R1	1,145	1,042	91.0%	73	6.4%↑	30	2.6%↑

【表 7】 メタボリックシンドロームの予備群と該当者の推移（平成 28 年度と令和元年度の比較）

	受診者数	非該当		メタボ予備群		メタボリック該当	
	人数	人数	%	人数	%	人数	%
H28	1,247	883	70.8%	133	10.7%	231	18.5%
H29	1,178	815	69.2%	114	9.7%	249	21.1%
H30	1,074	722	67.2%	108	10.1%	244	22.7%
R1	1,145	777	67.9%	135	11.8%↑	233	20.3%↑

第2章 個別保健事業の評価

1. 特定健診受診率向上

目的	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を抽出し、生活習慣病の発症や重症化予防を図り、医療受診が必要な人には医療受診へとつなげていく。					
対象者	安八町国民健康保険加入者で40歳から74歳					
目標	特定健診受診率の向上					
	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
	52%	54%	55%	57%	58%	60%
	資料：法定報告値					
評価	【プロセス】 ①個別勧奨 - 対象者全員に受診券を送付し予約なしで健診を受診してもらえ る環境を整備している。 - 未受診者に対し、通知による受診勧奨を実施。 平成30年度は、新規受診対象者で未受診の約250人。3年間受 診歴あり、当該年度未受診の約1600人を対象に未受診者はがき を送付。 令和元年度は、3年間連続受診者を除く未受診者1,577人に、年 齢、性別、生活習慣病の問診等をAIにて分析を行い、対象者を分 類し受診を促すようなはがきを送付した。2回目は、当該年度未受 診の全員（1,431人）に1種類の未受診はがきの送付を行った。 ②広報等による受診勧奨 - 広報無線を5回/年、広報誌に2回/年掲載し、国保加入者へ受診勧 奨を行う。 【ストラクチャー】 - 住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の 配置の打ち合わせを行っている。 - 事業実施前に国保と衛生の間と委託業者との打ち合わせを行い事 業実施を決めている。 - 医療機関へ事業内容の説明を行い、事業の推進のため協力を得て いる。 - 年度の終わりに国保運営協議会で事業報告と次年度の事業内容を 助言いただいている。 【アウトプット】 - 未受診者への受診勧奨はがきの送付率の向上 R1：1回目1,577人（70.5%） 2回目1,431人（96.6%）					

	【アウトカム】 ・ 特定健診受診率の向上 令和元年度特定健診受診率 <table><tr><td>平成28年度</td><td>平成29年度</td><td>平成30年度</td><td>令和元年度</td></tr><tr><td>48.7%</td><td>48.7%</td><td>46.1%</td><td>51.0%</td></tr></table> 資料：法定報告 令和元年度の年代別受診率 <table><tr><td>40代</td><td>50代</td><td>60代</td><td>70代</td></tr><tr><td>27.2%</td><td>32.8%</td><td>49.2%</td><td>58.7%</td></tr></table>	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	48.7%	48.7%	46.1%	51.0%	40代	50代	60代	70代	27.2%	32.8%	49.2%	58.7%
平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度														
48.7%	48.7%	46.1%	51.0%														
40代	50代	60代	70代														
27.2%	32.8%	49.2%	58.7%														
課題	【うまくいった要因】 ・ 平成30年度は未受診者はがきを限定して送付したため、受診率が46.1%まで下がった。令和元年度は業者に委託をし、AIにて分析を行った。対象者に応じたはがきを送付し受診率が51.0%まで上がったが目標の60.0%まで到達は難しい。 【うまくいかなかった要因】 ・ 年齢が下がるにつれて受診率は下がり、40～50代の受診率は約3割程度となっている。若い世代における健診受診率の向上が重要となる。 ・ 医療機関へ定期受診している人の受診率が低く、健診受診や情報提供につながらない。年々情報提供者数も減少している。																

【目標を実現するための取組と改善】

- ・受診勧奨はがきを2回かつ多くの人に送付することにより、受診率の向上につながっています。そのため、勧奨はがきを幅広く送付し、受診勧奨を継続して行っています。
- ・当町で実施する40歳以下の健診の結果、医療受診を必要と判断された人の割合が20%と多く、若年層における健診受診が重要となります。そのため、若年層の健診受診や健診結果による早期受診の重要性をテーマにしたパンフレットを作成して、40～50歳の受診意欲の向上に努めていきます。
- ・各医療機関へ情報提供を依頼していくとともに、情報提供をお願いするチラシを置かせていただき、情報提供を行っていることを周知していきます。また、情報提供をいただいた人には粗品をお渡しするなど得点につながることも広報誌等で啓発を行い、情報提供数の向上につなげていきます。

2. 特定保健指導実施率の向上

目的	安八町は健診の結果でメタボリックシンドロームの該当者及び予備群が多いため、自分の健康状態を把握し、生活改善を行いメタボリックシンドロームの改善に向けた支援を行う。					
対象者	特定健康診査に基づき国の基準による特定保健指導該当者					
目標	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
	60%	61%	62%	63%	64%	65%
特定保健指導を受け、最終面談時に BMI が 1 %減少させることができる人が 40%以上となる。(BMI 1 %減少は元々の BMI を 100%としてそのうち 1 %を減らすことを意味する)						
特定保健指導対象者の 90%が次年度の健診を継続受診する。						
評価	【プロセス】					
	・ 健診結果が届き次第、保健指導対象者に電話で保健指導の勧奨を行う。保健センターに来所していただき、保健師・管理栄養士から保健指導実施後に結果を返却する。					
	・ 保健指導対象者に血流観察（7回/年）を実施し、血流を観察しながら専用オペレーターから日常生活の改善点を伝え、その後保健師・管理栄養士から保健指導を実施する。					
	【ストラクチャー】					
	・ 住民環境課（国保部局）と連携し、事業実施のため、予算・人員の配置の打ち合わせを行っている。					
・ 血流観察を行う業者と日にち等の打ち合わせを行っている。						
・ 保健所職員と効果的な保健指導の内容を検討し、保健所より助言をいただき、連携がとれる体制を構築している。						
【アウトプット】						
特定保健指導実施率						
	平成 2 8 年度	平成 2 9 年度	平成 3 0 年度	令和元年度		
	59.0%	55.3%	66.7%	52.7%		
【アウトカム】						
特定保健指導実施者の BMI が 1 %減少した者の割合						
令和元年度 22.7%						
保健指導実施者が翌年の特定健診を受診した者の割合						
平成 29～30 年度 51.1%						
平成 30～令和元年度 55.0%						

	特定保健指導の個人レベルの変化 平成29～30年度 保健指導実施者 動機付け <table><tr><td>改善</td><td>20%</td></tr><tr><td>維持</td><td>58.1%</td></tr><tr><td>服薬</td><td>5.4%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>16.3%</td></tr></table> 積極的支援 <table><tr><td>改善</td><td>25%</td></tr><tr><td>維持</td><td>25%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>50%</td></tr></table> 保健指導拒否者 動機付け <table><tr><td>改善</td><td>16.6%</td></tr><tr><td>維持</td><td>41.0%</td></tr><tr><td>悪化</td><td>1.2%</td></tr><tr><td>服薬</td><td>16.6%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>24.3%</td></tr></table> 積極的支援 <table><tr><td>改善</td><td>25%</td></tr><tr><td>維持</td><td>25%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>50%</td></tr></table> 平成30～令和元年度 保健指導実施者 動機付け <table><tr><td>改善</td><td>17.2%</td></tr><tr><td>維持</td><td>56.7%</td></tr><tr><td>悪化</td><td>2.4%</td></tr><tr><td>服薬</td><td>16.0%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>4.9%</td></tr><tr><td>後期高齢</td><td>2.4%</td></tr></table> 積極的支援 <table><tr><td>改善</td><td>22.2%</td></tr><tr><td>維持</td><td>33.3%</td></tr><tr><td>服薬</td><td>22.2%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>11.1%</td></tr><tr><td>社保へ</td><td>11.1%</td></tr></table> 保健指導拒否者 動機付け <table><tr><td>改善</td><td>8.3%</td></tr><tr><td>維持</td><td>33.3%</td></tr><tr><td>悪化</td><td>2.7%</td></tr><tr><td>服薬</td><td>36.1%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>19.4%</td></tr></table> 積極的支援 <table><tr><td>改善</td><td>33.3%</td></tr><tr><td>維持</td><td>33.3%</td></tr><tr><td>服薬</td><td>16.6%</td></tr><tr><td>受診なし</td><td>16.6%</td></tr></table>	改善	20%	維持	58.1%	服薬	5.4%	受診なし	16.3%	改善	25%	維持	25%	受診なし	50%	改善	16.6%	維持	41.0%	悪化	1.2%	服薬	16.6%	受診なし	24.3%	改善	25%	維持	25%	受診なし	50%	改善	17.2%	維持	56.7%	悪化	2.4%	服薬	16.0%	受診なし	4.9%	後期高齢	2.4%	改善	22.2%	維持	33.3%	服薬	22.2%	受診なし	11.1%	社保へ	11.1%	改善	8.3%	維持	33.3%	悪化	2.7%	服薬	36.1%	受診なし	19.4%	改善	33.3%	維持	33.3%	服薬	16.6%	受診なし	16.6%
改善	20%																																																																						
維持	58.1%																																																																						
服薬	5.4%																																																																						
受診なし	16.3%																																																																						
改善	25%																																																																						
維持	25%																																																																						
受診なし	50%																																																																						
改善	16.6%																																																																						
維持	41.0%																																																																						
悪化	1.2%																																																																						
服薬	16.6%																																																																						
受診なし	24.3%																																																																						
改善	25%																																																																						
維持	25%																																																																						
受診なし	50%																																																																						
改善	17.2%																																																																						
維持	56.7%																																																																						
悪化	2.4%																																																																						
服薬	16.0%																																																																						
受診なし	4.9%																																																																						
後期高齢	2.4%																																																																						
改善	22.2%																																																																						
維持	33.3%																																																																						
服薬	22.2%																																																																						
受診なし	11.1%																																																																						
社保へ	11.1%																																																																						
改善	8.3%																																																																						
維持	33.3%																																																																						
悪化	2.7%																																																																						
服薬	36.1%																																																																						
受診なし	19.4%																																																																						
改善	33.3%																																																																						
維持	33.3%																																																																						
服薬	16.6%																																																																						
受診なし	16.6%																																																																						
課題	【うまくいった要因】 - 対象者に電話で受診勧奨を行っており、今すぐに来所したい人にも対応し、保健指導率は約60％程度となっている。保健指導実施率は、他の市町村と比較すると高くなっている。 - 血流観察に興味がある人が多く、面談の機会をつくることができる。また、専用オペレーターから血流を見ながら説明があるため、																																																																						

	その後の保健指導が入りやすい。 • 動機付けのうち、翌年内服なしで保健指導対象から外れた人を改善とする。保健指導実施者と保健指導拒否者を比較すると、動機付けから改善となる人の割合は保健指導実施者の方が高い。また、動機付けから積極的支援へと悪化した人の割合は、保健指導拒否者の方が高くなっている。保健指導実施者の方が生活習慣の改善への行動変容を行えている。 【うまくいかなかった理由】 • 積極的支援、動機付けの人で仕事をしており、平日に時間をとることが難しく、支援に結びつけることができない。 • 保健指導対象者が指導後に取り組みを行っても、BMI の減少や保健指導レベルの改善に結びつくことが難しい。 • 積極的支援で、保健指導無しに比べて保健指導有りの人が動機付けに変わる割合、積極的支援のままと効果が表れにくい。
--	---

【目標を実現するための取組と改善】

結果が届き次第、保健指導の電話を早めにアプローチし対象者が健診の意識が高いうちに実施できるようにします。電話がつかない場合には、時間や曜日を変えてアプローチを行い、保健指導実施へと結びつけていきます。毎年、拒否されている方は指導を受け入れにくいいため、血流観察や運動教室等への勧奨を行い保健指導に結び付きやすい環境を整備していきます。

保健指導後に BMI が 1 % 減少する人の割合が低く、効果が表れにくい。年一回担当者間でカンファレンスを行い、アプローチの仕方を検討、事例の共有をして保健指導の質の向上に努めていきます。

3. 糖尿病性腎症重症化予防

目的	糖尿病が重層化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症重症化のリスクが高い人に対して、医療機関と連携して保健指導を行い人工透析への移行を防止することによって医療費の適正化を図る。														
対象者	(1) 特定健康診査の結果でHbA1cが6.5%かつ問診にて服薬なしでレセプトにて糖尿病の治療のない人【未受診者】 (2) KDB システムを活用し、昨年1回でも糖尿病で医療機関を受診した人が当該年度3か月以上、受診歴がない人【中断者】 (3) 糖尿病治療中で医療機関から保健指導の必要があると連絡を受けた人【治療中のハイリスク者】														
目標	(1) 未治療者 <table border="1"> <tr> <td>受診勧奨</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>受診勧奨後の医療受診</td><td>60%</td></tr> </table> (2) 糖尿病治療中断者 <table border="1"> <tr> <td>受診勧奨</td><td>100%</td></tr> <tr> <td>受診勧奨後の医療受診</td><td>60%</td></tr> </table> (3) 治療中のハイリスク者 <table border="1"> <tr> <td>HbA1c の平均値</td><td>改善</td></tr> <tr> <td>eGFR の平均値</td><td>改善</td></tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>新規人工透析者の導入患者数</td><td>減少</td></tr> </table>	受診勧奨	100%	受診勧奨後の医療受診	60%	受診勧奨	100%	受診勧奨後の医療受診	60%	HbA1c の平均値	改善	eGFR の平均値	改善	新規人工透析者の導入患者数	減少
受診勧奨	100%														
受診勧奨後の医療受診	60%														
受診勧奨	100%														
受診勧奨後の医療受診	60%														
HbA1c の平均値	改善														
eGFR の平均値	改善														
新規人工透析者の導入患者数	減少														
評価	【プロセス】 (1) 未受診者 ① 特定健診結果から、対象者に電話・面談を実施し医療機関への受診勧奨を行う。電話・面談ができない人には健診結果に受診勧奨用のパンフレットを送付する。受診勧奨後、レセプトにて受診確認を行い、受診しない人には再度受診確認を行う。 (2) 糖尿病治療中断者 ① 特定健康診査で5年間のうち1回でも HbA1c が 6.5%以上の人が対象となる。その中で KDB システムを活用し、昨年度糖尿病受診した人が当該年度で3ヵ月以上、受診記録がない人を把握し、通知を出す。通知後3ヵ月後で受診確認できていない人には電話・面談等で治療をしない理由などを聞き取り、受診勧奨を行う。 (3) 治療中のハイリスク者 ① 地域医師会、町内医師と安八町糖尿病連絡会議にて打ち合わせを行い、医療機関から保健センターへ紹介していただく。対象者から保健指導依頼書を受け取り、医師からの指示と治療状況の確認を行い、保健指導を行う。保健指導後、管理栄養士から主治医へ連絡票を返却し、医師と連携を図っている。														

	【ストラクチャー】 ・岐阜県医師会、岐阜県糖尿病対策推進協議会主催の糖尿病性腎症予防プログラム連携会議にて地域の状況や糖尿病の現状について情報共有を図り、助言をいただいている。 ・安八郡糖尿病対策推進連絡会に出席し、安八郡医師会長・副会長・各町理事と各町糖尿病治療状況・活動実施報告し連携をとっている。 【アウトプット】 (1) 未治療者 <table><tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">平成 30 年度</th><th colspan="2">令和元年度</th></tr><tr><th colspan="2">受診勧奨対象者</th><td colspan="2">14 人</td><td colspan="2">23 人</td></tr><tr><td rowspan="2">受診勧奨者数・率</td><td>ハガキ</td><td>1 人</td><td>7.1%</td><td>7 人</td><td>30.4%</td></tr><tr><td>電話・訪問</td><td>13 人</td><td>92.9%</td><td>16 人</td><td>69.6%</td></tr><tr><td rowspan="2">受診勧奨後受診数・率</td><td>ハガキ</td><td>0 人</td><td>0.0%</td><td>6 人</td><td>26.0%</td></tr><tr><td>電話・訪問</td><td>10 人</td><td>71.4%</td><td>12 人</td><td>52.1%</td></tr><tr><td colspan="2">合計受診数・率</td><td>10 人</td><td>71.4%</td><td>18 人</td><td>78.2%</td></tr></table> (2) 治療中断者 ・治療中断者への通知等の受診勧奨率 H30：100%（1 人中 1 人） R1：100%（3 人中 3 人） (3) 治療中のハイリスク者の保健指導実施者の検査結果の変化 <table><tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">平成 30 年度</th><th colspan="2">令和元年度</th></tr><tr><td rowspan="2">HbA1c</td><td>改善・維持</td><td>91.7%</td><td>改善・維持</td><td>61.5%</td><td></td></tr><tr><td>悪化</td><td>0.0%</td><td>悪化</td><td>15.3%</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">eGFR</td><td>改善・維持</td><td>41.7%</td><td>改善・維持</td><td>41.6%</td><td></td></tr><tr><td>悪化</td><td>33.3%</td><td>悪化</td><td>25.0%</td><td></td></tr></table> ・新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症による） H30：0 人 R1：1 人			平成 30 年度		令和元年度		受診勧奨対象者		14 人		23 人		受診勧奨者数・率	ハガキ	1 人	7.1%	7 人	30.4%	電話・訪問	13 人	92.9%	16 人	69.6%	受診勧奨後受診数・率	ハガキ	0 人	0.0%	6 人	26.0%	電話・訪問	10 人	71.4%	12 人	52.1%	合計受診数・率		10 人	71.4%	18 人	78.2%			平成 30 年度		令和元年度		HbA1c	改善・維持	91.7%	改善・維持	61.5%		悪化	0.0%	悪化	15.3%		eGFR	改善・維持	41.7%	改善・維持	41.6%		悪化	33.3%	悪化	25.0%	
		平成 30 年度		令和元年度																																																																	
受診勧奨対象者		14 人		23 人																																																																	
受診勧奨者数・率	ハガキ	1 人	7.1%	7 人	30.4%																																																																
	電話・訪問	13 人	92.9%	16 人	69.6%																																																																
受診勧奨後受診数・率	ハガキ	0 人	0.0%	6 人	26.0%																																																																
	電話・訪問	10 人	71.4%	12 人	52.1%																																																																
合計受診数・率		10 人	71.4%	18 人	78.2%																																																																
		平成 30 年度		令和元年度																																																																	
HbA1c	改善・維持	91.7%	改善・維持	61.5%																																																																	
	悪化	0.0%	悪化	15.3%																																																																	
eGFR	改善・維持	41.7%	改善・維持	41.6%																																																																	
	悪化	33.3%	悪化	25.0%																																																																	
課題	【うまくいった要因】 (1) 未受診者 未治療者への受診勧奨は通知を含めて 100%の実施を行うことができ、約7割の方を医療機関へと結びつけることができた。レセプトで受診が確認できない場合には、再勧奨を行うなど根気強く対象者に関わりを持つことで、受診に結び付けることができた。 特定健診を受けた後に、医療機関から事前に連絡をいただくことにより、早期に訪問し医療へとつながることができた。 (2) 中断者 KDB で中断者を抽出し、電話や面談等で全員に受診確認をとることができ、継続した治療につなげることができた。 (3) 治療中のハイリスク者 糖尿病食事相談会の参加者は継続支援者が多く、1年間を通して参加者の HbA1c・eGFR の変化を評価できた。糖尿病食事相談会の参加者の評価では HbA1c の改善・維持が約6割以上と高い割合となっている。																																																																				

	【うまくいかなかった要因】 (1) 未受診者 受診勧奨を毎年行っている方の、受診となるための行動変容に結びつけることが難しい。 (3) 治療中のハイリスク者 食事相談会を1回/月に実施しており、1日に面談できる人数が限られている。継続支援者が多くなり、時間の確保が難しく新規の相談者を増やすことがなかなかできない。また、新型コロナウイルス感染症は糖尿病の既往がある者が重症化リスクが高くなっており、対面での面談が難しく電話での支援となった。そのため、相談者の反応を直接感じることが難しいため、相談者の意識付けを確認することが難しい。
--	---

【目標を実現するための取組と改善】

(1) 未受診者

HbA1c6.5%以上の者に対して、受診勧奨は通知を含めて100%であり、また、医療機関の受診へと結びついた者も目標の60%よりも高い数値となっています。電話や訪問等で受診勧奨を行っていくために、時間や曜日を変え、また畑仕事をしている人も多いため雨の日等にアプローチを行っていきます。今後も医療受診のない人たちを早期治療につなげられるように受診勧奨を行い、受診が確認できていない場合には、自らのリスクを正しく認識できるように説明し、再度受診勧奨を行っていきます。

(2) 治療中断者

当町では治療中断者の人数は少ないため、電話・面談等の関わりを丁寧に行っていきます。また、関わりを持つ際に、治療中断を行った理由等を聞き、治療中断することによるリスクを伝えて継続した治療につなげていきたいです。

(3) 治療中のハイリスク者

医療機関から治療中のハイリスク者を抽出し、管理栄養士による食事指導を行っていきます。町内の医療機関から勧められ食事相談会を利用する者、また食事相談会を継続して利用する者も多くみえており、管理栄養士が一人に対応しているため人手が不足となります。そのため、新規の相談者の予約が入れにくくなっています。日にちや他の管理栄養士が食事相談会を実施できるよう予算・日程の調整を行っていきます。

4. 個別事業の中間評価の結果

	課題を解決するための 成果目標		経過				改善 状況 ※1	達成 状況 ※2	目標値
			目標値	H28 (策定 時)	H30	R1			R5
短期目標	特定健診受診率の向上		60%	48.7%	46.1%	50.1%	↑	B	60%
	特定保健指導の実施率の向上		62%	59.0%	66.7%	52.7%	↓	D	65%
	糖尿病重症化予防	未治療者 受診勧奨後の医療受診	60%	—	71.4%	78.2%	↑	A	80%
		中断者 受診勧奨後の医療受診	60%	—	100%	100%	↑	A	100%
		新規人工透析者の導入患者数	減少	—	0人	1人 (増加)	↓	C	減少

単位：千万円

	課題を解決するための 成果目標		経過				改善 状況 ※1	達成 状況 ※2	目標値
			目標値	H28 (策定時)	H30	R1			R5
中長期目標	脳血管疾患の医療費		減少	1 億 2,803	1 億 869	9,710	↓	A	H28 年度 より 減少
	虚血性心疾患の医療費		減少	1 億 7,997	1 億 8,311	1 億 4,350	↓	A	
	人工透析（糖尿病腎症）による 医療費		減少	7,155	4,731	4,655	↓	A	

※1 改善状況：H28 から R1 が改善しているものは↑、悪化しているものは↓（改善率±5%以上変動は太文字及び太枠）

※2 達成状況：A（目標を達成した指標）、B（目標を達成していないが、H28 から R1 の改善率が 5%以上改善した指標）、C（H28 から R1 の改善率が 5%未満である指標）、D（H28 から R1 の改善率が 5%以上悪化した指標）

※3 策定時（H28 年度）の年間新規透析患者数は、計画策定後、KDBの数値が修正されたことに伴い修正

第3章 課題を踏まえた目標値と今後の取組

中間評価の結果を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標、中長期目標の達成を目指します。

【短期目標】

- ・特定健診実施率の向上においては、目標値の60%を達成することは難しいため令和5年度の目標も60%とします。
- ・特定保健指導実施率の向上では、安八町特定健康診査実施計画（第3版）で掲げている目標値の65%を平成30年度においては達成できているため、令和5年度の目標値は65%とします。
- ・糖尿病性腎症重症化予防では、未受診者の勧奨後の医療受診、中断者の医療受診は目標値を達成しているため、令和5年度は目標値を上げて事業の重点を置いていきます。また、透析導入の患者数は増加しているため、今後もハイリスク者の保健指導に重点を置いていきます。

【中長期目標】

計画策定時の平成28年度と比較すると、令和元年度の医療費は減少傾向にあります。国保被保険者の後期高齢化が進んでいるため、脳血管疾患、虚血性疾患、人工透析（糖尿病腎症）による医療費の減少を目標に保健事業の実施をおこなっていきます。

【今後の取組】

当町では、特定健診の結果、HbA1c、HDLの有所見者は多い傾向にあります。また、Ⅰ度とⅡ度の高血圧の有所見者の割合も多くなり、高血圧にかかる医療費も増加しております。そのため、健診の血圧が受診勧奨値で治療をしていない人には電話等にて受診勧奨を行っていきます。また、血圧ノートを配布し自宅での血圧測定の値を把握し、血圧値が高い場合には受診へと結びつけられるように受診勧奨を行っていきます。

メタボリックシンドロームの予備群および該当者が多くなっているため、多くの人に運動教室等に参加していただけるように周知を行っていき、メタボリックシンドロームの改善に努めていきます。令和3年度以降、特定健診で自身の健康状態の把握や特定保健指導で生活習慣の改善に向け保健事業、医療機関との連携をとり更なる減少に向けて計画を実施していきます。