
第2期会津美里町国民健康保険
保健事業実施（データヘルス）計画
第3期特定健康診査等実施計画
中間評価

（計画実施期間：平成30年度～令和5年度）

令和3年3月

会津美里町

第2期保健事業実施（データヘルス）計画

1	計画の中間評価及び見直し.....	1
	（1） 中間評価の目的	
	（2） 中間評価の方法	
	（3） 評価基準	
	（4） 計画の見直し	
2	計画目標及び実施事業の評価	3
	（1） 中長期的な目標の達成状況	
	（2） 短期的な目標の達成状況	
	（3） 実施事業の達成状況	
3	計画目標及び目標値	1 9
	（1） 中長期的な目標	
	（2） 短期的な目標	
4	今後の取組.....	2 1

第3期特定健康診査等実施計画

1	計画の中間評価及び見直し.....	2 3
	（1） 中間評価の目的	
	（2） 中間評価の方法	
	（3） 評価基準	
	（4） 計画の見直し	
2	計画目標及び実施事業の評価.....	2 3
	（1） 目標の達成状況	
	（2） 事業の実施状況	
	（3） 評価	
3	目標値.....	2 5
4	今後の取組.....	2 5

◆◆◆◆第2期保健事業実施（データヘルス）計画◆◆◆◆

1 計画の中間評価及び見直し

（1）中間評価の目的

第2期会津美里町国民健康保険保健事業実施（データヘルス）計画（以下「第2期データヘルス計画」という。）は、平成30年度を初年度とし、令和5年度を目標年度とする6か年計画です。

第2期データヘルス計画は、令和2年度に中間評価を実施することとしており、現時点での計画目標の達成状況や関連事業の取組状況を評価し、今後の取組に活かすことを目的としています。

（2）中間評価の方法

第2期データヘルス計画第5節に定めた方法により、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った保健事業を実施し、実施事業を4つの指標で評価しました。

（評価における4つの指標）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む）・保健指導実施のための専門職の配置・システム活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか。・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット （保健事業の実施量）	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか。 （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

(3) 評価基準

ア 計画目標の中長期的・短期的評価、実施事業の中長期的評価における評価基準

目標達成状況は、中間実績値を基準値（平成28年度の実績値）及び目標値と比較し、評価区分を3段階にしました。

評価基準		
評価区分	到達度	
A	目標達成	目標値に到達している
B	改善	目標値に到達していないが、基準値より改善している
C	未達成	悪化している

イ 実施事業の短期的評価における評価基準

目標達成状況は、中間実績値と基準値を比較し、評価区分を2段階にしました。

なお、実施事業の短期的評価における基準値については、第2期データヘルス計画から評価項目の見直しを行ったため、平成29年度の実績値としました。

評価基準		
評価区分	到達度	
○	改善	基準値より改善している
×	悪化	変化がないまたは悪化している

(4) 計画の見直し

中間評価の結果から、「3 計画目標及び目標値」において目標値及び評価項目の見直しを行いました。

2 計画目標及び実施事業の評価

(1) 中長期的な目標の達成状況

5項目の指標のうち「A（達成）」が3項目、「C（未達成）」が2項目でした。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R5)	評価 (R1 時点)
脳血管疾患罹患割合の増加抑制 様式 ^{※3-6} (5月診療分)	3.8%	4.2%	3.8%	C
虚血性心疾患罹患割合の増加抑制 様式 ^{※3-5} (5月診療分)	3.0%	2.9%	3.0%	A
糖尿病性腎症罹患割合の増加抑制 様式 ^{※3-2} (5月診療分)	6.3%	3.7%	6.3%	A
新規人工透析者数の増加抑制	1人	1人	1人	A

評価項目	基準値	中間実績値	比較値	目標値 (R5)	評価 (R1 時点)
	当町の H27 から H28 の伸び率	当町の H30 から R1 の伸び率	同規模市町村の H30 から R1 の伸び率		
1人あたり 医療費の 伸び率	-2.7%	6.4%	3.8%	同規模市町村 の伸び率以下	C

※評価項目で使用する様式とは、医療や健診データ等を分析する国保データベースシステム（以下「KDB」という。）で作成される様式です。

(2) 短期的な目標の達成状況

重症化予防に関する評価項目については、令和2年度及び令和5年度に目標値を設定しているため、直近の令和2年度目標値と比較し、評価しました。

目標の達成状況は、7項目の指標のうち「A（達成）」が1項目、「B（改善）」が1項目、「C（未達成）」が5項目でした。

評価項目		基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R2)	評価
高血圧症	Ⅱ度高血圧以上の未治療者の割合の減少	4.9%	7.0%	3.5%	C
脂質異常症	LDL-C (180mg/dl以上)の未治療者の割合の減少	3.3%	2.1%	2.4%	A
	中性脂肪 (300mg/dl以上)の未治療者の割合の減少	2.6%	3.0%	2.6%	C
メタボ	メタボ該当者 (2項目以上)の未治療者の割合の減少	21.8%	21.9%	18.9%	C
糖尿病	HbA1c (NGSP値で6.5%、治療中は7.0%以上)の未治療者の割合の減少	6.5%	7.7%	5.7%	C
CKD (慢性腎臓病)	蛋白尿 (2+)の未治療者の割合の減少	0.8%	0.6%	0.5%	B
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)の未治療者の割合の減少	2.5%	3.7%	2.3%	C

特定健康診査及び特定保健指導に関する評価項目については、単年度の目標値を設定*しているため、令和元年度の目標値と比較し、評価しました。

目標の達成状況は、2項目とも目標値に達していませんが、基準値より向上し「B（改善）」としました。

評価項目	基準値 (H28)	実績値 (R1)	目標値 (R1)	評価
特定健康診査受診率	52.4%	54.4%	55.6%	B
特定保健指導実施率	19.8%	30.0%	36.6%	B

※ 特定健康診査及び特定保健指導の評価項目に関する目標値

評価項目	目標値 (H30)	目標値 (R1)	目標値 (R2)	目標値 (R3)	目標値 (R4)	目標値 (R5)
特定健康診査受診率	54.4%	55.6%	56.8%	58.0%	59.2%	60.0%
特定保健指導実施率	30.8%	36.6%	42.4%	48.2%	54.0%	60.0%

(3) 実施事業の達成状況

脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の発症に着目した重症化予防に対する保健事業、特定健診受診率等向上事業の取組について、PDC Aサイクルにより実施したかを評価しました。

	NO.	事業名	事業の目的及び概要
重症化予防	1	脳血管疾患重症化予防	目的：脳血管疾患発症者の増加抑制 概要：保健指導、二次健診、医療機関への受診勧奨、個別栄養相談
	2	虚血性心疾患重症化予防	目的：虚血性心疾患発症者の増加抑制 概要：保健指導、二次健診、医療機関への受診勧奨、個別栄養相談
	3	糖尿病性腎症重症化予防	目的：糖尿病性腎症発症者の増加抑制 概要：保健指導、二次健診、医療機関への受診勧奨、個別栄養相談
受診率向上	4	特定健康診査等受診率向上	目的：特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上 概要：新規対象者及び未受診者への受診勧奨等

No. 1 脳血管疾患重症化予防事業

【基本的な考え方】

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めています。

【脳卒中の分類】 ※「脳卒中予防の提言」より引用

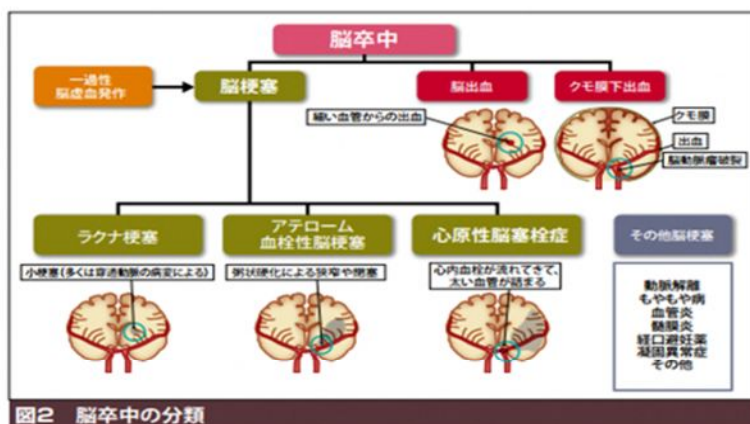


図2 脳卒中の分類

事業概要「PLAN（計画）」

目 的	脳血管疾患発症者を増やさないため、高血圧のリスク因子者の増加を抑制する。
対 象 者	各会のガイドラインに基づき、健診結果から抽出した重症化予防対象者 ※重症化予防対象者の数値基準 ・Ⅱ度高血圧以上（収縮期160以上、拡張期100以上） ・脂質異常（LDL-C180以上 又は 中性脂肪300以上） ・高血糖（HbA1c 6.5以上、治療中7.0以上） ・メタボ該当（メタボ該当項目が2項目以上） ・尿蛋白2+以上またはeGFR50未満（70歳以上は40未満） ・心電図（主に心房細動）有所見者
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の案内で受診希望のあった対象者に頸部エコー検査を実施 ・二次健診受診者に受診結果の郵送や個別面接により結果説明を実施 また、結果に応じて医療機関への受診勧奨や個別の栄養相談を実施 ・治療が必要で医療機関未受診である対象者への訪問・電話等による受診勧奨 ・過去に治療中で治療が中断している対象者への受診勧奨 ・治療中でリスクがある対象者への医療機関と連携した保健指導を実施

実施結果「DO（実施）」

実施結果	体制（ストラクチャー）
	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者やかかりつけ医から医療データを収集 ・KDBを活用し、医療データを収集 ・二次健診を福島県保健衛生協会に委託して実施
	実施過程（プロセス）
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診後の事後フォローを地区担当ごとに実施 ・KDB等のデータを利用し、対象者を抽出
実施結果	実施量（アウトプット） ※令和元年度実施分
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診対象者86人に受診勧奨を行い、22人が受診（12人が要精検の結果となり、そのうち1人が医療機関を受診） 受診者22人に結果説明と保健指導を実施（結果説明会等の面接20人・郵送2人）、うち希望者3人に個別栄養相談を実施 ・重症化予防対象者136人に対して訪問・電話等による受診勧奨を実施 ・血糖コントロール不良者326人中3人に対して医療機関と連携した保健指導を実施

事業評価「CHECK（評価）」（成果：アウトカム）

【中長期的評価】

脳血管疾患罹患割合は、目標値より増加し「C（未達成）」でした。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R5)	評価 (R1 時点)
脳血管疾患罹患割合の 増加抑制 様式 3-6（5月診療）	3.8%	4.2%	3.8%	C

【短期的評価】

5項目の指標のうち「○（改善）」が2項目、「×（悪化）」が3項目でした。

評価項目	基準値 (H29)	中間実績値 (R1)	評価 (R1 時点)
高血圧症の重症化予防対象者の減少 (Ⅱ度高血圧以上)	118人	144人	×
健診受診者に占める割合	5.4%	6.6%	
心房細動に係る重症化予防対象者の減少 (心房細動の有所見者)	23人	21人	○
健診受診者に占める割合	1.1%	1.0%	
糖尿病の重症化予防対象者の減少 (HbA1c6.5以上、治療中7.0以上)	151人	171人	×
健診受診者に占める割合	6.9%	7.9%	
脂質異常症の重症化予防対象者の減少 (LDL-C180以上 又は中性脂肪300以上)	115人	111人	○
健診受診者に占める割合	5.3%	5.1%	
メタボリックシンドロームの重症化予防 対象者の減少(メタボ該当者)	465人	480人	×
健診受診者に占める割合	21.3%	22.1%	

令和元年度の二次健診受診率が25.6%と、前年度より8.4ポイント増加しました。その他、医療機関への受診勧奨を実施するなど重症化予防対象者へのアプローチを実施しましたが、医療機関未受診者及びコントロール不良者へのアプローチが不十分であり、重症化予防対象者の減少につながりませんでした。

今後の取組について「ACTION（改善）」

今後の取組	<p>二次健診受診者だけでなく、二次健診を受診していない対象者に電話・訪問等を行い、より多くの重症化予防対象者にアプローチする。</p> <p>高血圧のリスク因子者について、未治療者及び治療中断中の対象者の経過把握が重要であることから、受診勧奨及び継続フォローを行いながら、重症化リスクの軽減に取り組む。</p>
-------	--

No. 2 虚血性心疾患重症化予防事業

【基本的な考え方】

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めています。

事業概要「PLAN（計画）」

目 的	虚血性心疾患発症者を増やさないため、高血圧・高血糖・脂質異常のリスク因子者の増加を抑制する。
対 象 者	<p>各会のガイドラインに基づき、健診結果から抽出した重症化予防対象者</p> <p>※重症化予防対象者の数値基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Ⅱ度高血圧以上（収縮期160以上、拡張期100以上） ・脂質異常（LDL-C180以上） ・高血糖（HbA1c 6.5以上、治療中は7.0以上） ・メタボ該当（メタボ該当項目が2項目以上） ・尿蛋白2+以上またはeGFR50未満（70歳以上は40未満）
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の案内で受診希望のあった対象者に頸部エコー検査と微量アルブミン尿検査を実施 ・二次健診受診者に受診結果の郵送や個別面接により結果説明を実施 また、結果に応じて医療機関への受診勧奨や個別の栄養相談を実施 ・治療が必要で医療機関未受診である対象者への訪問・電話等による受診勧奨 ・過去に治療中で治療が中断している対象者への受診勧奨 ・治療中でリスクがある対象者への医療機関と連携した保健指導を実施

実施結果「DO（実施）」

実施結果	体制（ストラクチャー）
	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者やかかりつけ医から医療データを収集 ・KDBを活用し、医療データを収集 ・二次健診を福島県保健衛生協会に委託して実施
	実施過程（プロセス）
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診後の事後フォローを地区担当ごとに実施 ・二次健診を受診していない方に対しても、値が高い方には個別指導を実施 ・KDB等を利用し、対象者を抽出
	実施量（アウトプット）
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の頸部エコー検査 対象者86人に受診勧奨を行い、22人が受診 (12人が要精検の結果となり、そのうち1人が医療機関を受診) 受診者22人に結果説明と保健指導を実施（結果説明会20人・郵送2人）、うち希望者3人に個別栄養相談を実施 ・二次健診の微量アルブミン尿検査 対象者149人に受診勧奨を行い、39人が受診 受診者39人に結果説明と保健指導を実施（結果説明会等の面接36人・訪問1人・郵送2人）し、希望者2人に個別栄養相談を実施 ・重症化予防対象者136人に対して訪問・電話等による受診勧奨を実施 また、高血糖の項目に該当する対象者46人に対して文書による受診勧奨を実施 ・血糖コントロール不良者326人中3人に対して医療機関と連携した保健指導を実施

事業評価「CHECK（評価）」（成果：アウトカム）

【中長期的評価】

虚血性心疾患罹患割合は、目標値よりも減少し「A（達成）」でした。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R5)	評価 (R1時点)
虚血性心疾患罹患割合 の増加抑制 様式3-5（5月診療）	3.0%	2.9%	3.0%	A

【短期的評価】

4項目の指標のうち「○（改善）」が1項目、「×（悪化）」が3項目でした。

評価項目	基準値 (H29)	実績値 (R1)	評価 (R1 時点)
高血圧症の重症化予防対象者の減少 (Ⅱ度高血圧以上)	118人	144人	×
健診受診者に占める割合	5.4%	6.6%	
糖尿病の重症化予防対象者の減少 (HbA1c6.5以上、治療中7.0以上)	151人	171人	×
健診受診者に占める割合	6.9%	7.9%	
脂質異常症の重症化予防対象者の減少 (LDL-C180以上)	52人	47人	○
健診受診者に占める割合	2.4%	2.2%	
メタボリックシンドロームの重症化予防 対象者の減少 (メタボ該当者)	465人	480人	×
健診受診者に占める割合	21.3%	22.1%	

脳血管疾患重症化予防事業と同様に、より多くの重症化予防対象者へのアプローチを行うため、二次健診（頸部エコー検査及び微量アルブミン尿検査）の実施や医療機関への受診勧奨を行いました。医療機関未受診者及びコントロール不良者へのアプローチが不十分であり、重症化予防対象者の減少につながりませんでした。

今後の取組について「ACTION（改善）」

今後の取組	<p>二次健診受診者だけでなく、二次健診を受診していない対象者へ電話・訪問等を行い、より多くの重症化予防対象者にアプローチする。</p> <p>未治療者及び治療中断中の対象者の経過把握が重要であることから、受診勧奨及び継続フォローを行いながら、重症化リスクの軽減に取り組む。</p> <p>治療中の対象者にも精密検査受診の通知を送付し、継続したフォローを行い、医師からの指示があれば保健指導や栄養指導を実施する。</p> <p>前年度の受診結果がハイリスクであった対象者全員に対して、集団健診時にアルブミン尿検査を実施し、対象者全員を保健指導につなげる。</p>
-------	---

No. 3 糖尿病性腎症重症化予防事業

【基本的な考え方】

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、進めています。

- （１）健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- （２）治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- （３）糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

事業概要「PLAN（計画）」

目 的	糖尿病性腎症による新規透析患者数の増加を抑制する。
対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> ○CKD重症度分類表における高リスク者 ○各会のガイドラインに基づき、健診結果から抽出した重症化予防対象者 ※重症化予防対象者の数値基準 ・Ⅱ度高血圧以上（収縮期160以上、拡張期100以上） ・脂質異常（LDL-C180以上 又は 中性脂肪300以上） ・高血糖（HbA1c 6.5以上） ・メタボ該当（メタボ該当項目が2項目以上） ・尿蛋白2+以上またはeGFR50未満（70歳以上は40未満） <p>なお、対象者の選定にあたっては、福島県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準ずるとともに、両沼郡医師会等と連携を図りながら実施</p>
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の案内で受診希望のあった対象者に微量アルブミン尿検査を実施 ・二次健診受診者に受診結果の郵送や個別面接により結果説明を実施 また、結果に応じて医療機関への受診勧奨や個別の栄養相談を実施 ・治療が必要で医療機関未受診である対象者への訪問・電話等による受診勧奨 ・過去に治療中で治療が中断している対象者への受診勧奨 ・治療中でリスクがある対象者への医療機関と連携した保健指導

実施結果「DO（実施）」

実施 結果	体制（ストラクチャー）
	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者やかかりつけ医から医療データを収集 ・KDBを活用し、医療データを収集 ・二次健診を福島県保健衛生協会に委託して実施 ・管理栄養士を臨時雇用で確保し、栄養面からの指導を実施
	実施過程（プロセス）
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診後の事後フォローを地区担当ごとに実施 ・KDBや特定健診データ管理システムを利用し、対象者を抽出 ・当町の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、両沼郡医師会と連携
	実施量（アウトプット）
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次健診の微量アルブミン尿検査 対象者149人に受診勧奨を行い、39人が受診 (1人が糖尿病性腎症のレベルにあったため、医療機関への受診勧奨を実施) 受診者39人に結果説明と保健指導を実施(結果説明会36人・訪問1人・郵送2人) し、うち希望者2人に個別栄養相談を実施 ・HbA1c値が6.5以上の対象者(要治療者)261人中56人に医療機関への受診勧奨を実施し、うち39人が受診 ・コントロール不良者115人中3人に栄養指導を実施 ・糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より3人の対象者の検査データを収集し、保健指導への助言を受けた。

事業評価「CHECK（評価）」（成果：アウトカム）

【中長期的評価】

糖尿病性腎症重症化予防事業の中長期的評価は、評価項目の達成状況及び糖尿病性腎症取組評価表（P14）により行います。

糖尿病性腎症罹患割合は、目標値よりも大きく減少し「A（達成）」でした。

新規人工透析患者数は、目標値と同数となり「A（達成）」でした。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R5)	評価 (R1時点)
糖尿病性腎症罹患割合 の増加抑制 様式3-2（5月診療）	6.3%	3.7%	6.3%	A
新規人工透析患者数の 増加抑制	1人	1人	1人	A

糖尿病性腎症取組評価表（P14）による評価

評価項目		評価内容（平成29年度と令和元年度の比較）
4 健診データ	②未治療・中断者 ③～⑦治療中	未治療者・中断者の割合が増加し、治療中の者の割合が減少している。 治療中の者については、コントロール不良者の割合が増加し、コントロール良者の割合が減少していることから、治療を開始しても糖尿病の改善につながっていない対象者が増加している。
5 レセプト	⑤～⑦糖尿病治療中 ⑩～⑪糖尿病性腎症 ⑫～⑬慢性人工透析患者	糖尿病治療中の者の割合が増加し、糖尿病治療中に占める慢性人工透析患者の割合が増加している。 糖尿病性腎症の割合が減少している。
6 医療費	⑥糖尿病医療費	慢性腎不全医療費全体は減少しており、透析にかかる医療費が大きく減少した。 また、透析なしの医療費は増加していることから、今後も透析に移行しないよう対象者に対するフォローを行う必要がある。
7 介護	①介護給付費 ②糖尿病合併症	介護給付費及び糖尿病合併症のある2号認定者の割合が増加していることから、介護給付費の抑制の観点からも、糖尿病罹患者の抑制が必要である。

【短期的評価】

受診勧奨対象者に関する3項目の指標では、「○（改善）」が2項目、「×（悪化）」が1項目でした。
保健指導対象者に関する5項目の指標では、「○（改善）」が1項目、「×（悪化）」が4項目でした。

評価項目		基準値 (H29)	中間実績値 (R1)	評価 (R1時点)
受診勧奨者に対する評価	ア 受診勧奨対象者への介入率	7.8%	63.6%	○
	イ 医療機関受診率	36.3%	39.5%	○
	ウ 医療機関未受診者への再勧奨数	0人	0人	×
保健指導対象者に対する評価	ア 保健指導実施率	14.1%	10.2%	×
	イ 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較			
	・HbA1cの変化（5.6～6.4の者で、前年より値が減少した者の割合）	16.8%	13.0%	×
	・eGFRの変化（60未満で、前年より値が減少した者の割合）	22.5%	22.9%	○
	・尿蛋白の変化（±、+、2+、3+以上の割合の変化）	4.9%	5.2%	×
・服薬状況の変化（治療中の対象者の割合の変化）	15.7%	13.1%	×	

糖尿病性腎症取組評価表

項目	突合表	保険者								同規模保険者(平均)		データ基	
		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度		28年度同規模保険者数			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	被保険者数	A	5,554		5,498		5,301				KDB 厚生労働省様式様式3-2		
			(再掲)40-74歳	4,451	4,408	4,291							
2	特定健診	B	4,016		3,935		3,859				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
			対象者数	2,109	2,107	2,105							
			受診者数	52.4	53.4	54.4							
3	特定保健指導	C	270		283		270						
			実施率	26.3	30.0	30.0							
4	健診データ	E	293 14.0		304 14.4		317 14.9				特定健診結果		
			②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)		103 33.9		117 36.9					
				治療中(質問票 服薬あり)		201 66.1		200 63.1					
			④	コントロール不良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130以上		114 56.7		116 58.0					
				血圧 130/80以上		68 59.6		67 57.8					
			⑥	肥満 BMI25以上		51 44.7		58 50.0					
				コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		87 43.3		84 42.0					
			⑧	第1期 尿蛋白(-)	2,044	95.2	2,089	95.7	2,045	94.9			
			⑨	第2期 尿蛋白(±)	56	2.6	53	2.4	60	2.8			
			⑩	第3期 尿蛋白(+)	47	2.3	40	1.8	51	2.4			
			⑪	第4期 eGFR30未満	9	0.5	10	0.5	9	0.5			
5	レセプト	H	111.8		111.9		115.8				KDB 厚生労働省様式様式3-2		
			(再掲)40-74歳(被保険者千対)		137.0		138.0		141.2				
			③	レセプト件数 (40-74歳)	57.15	7.80	52.28	7.10	54.68	7.40		49.17	7.1
				入院(件数)	0.116	0.86	0.263	1.30	0.064	0.30		0.334	1.7
			⑤	糖尿病治療中	621	11.2	615	11.2	614	11.6			
			⑥	(再掲)40-74歳	610	13.7	608	13.8	606	14.1			
			⑦	健診未受診者	415	68.0	407	66.9	406	67.0			
			⑧	インスリン治療	51	8.2	48	7.8	48	7.8			
			⑨	(再掲)40-74歳	50	8.2	48	7.9	47	7.8			
			⑩	糖尿病性腎症	33	5.3	44	7.2	23	3.7			
			⑪	(再掲)40-74歳	33	5.4	42	6.9	23	3.8			
			⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	12	1.9	10	1.6	14	2.3			
			⑬	(再掲)40-74歳	12	1.9	10	1.6	14	2.3			
			⑭	新規透析患者数	1	8.3	1	10.0	1	7.1			
			⑮	(再掲)糖尿病性腎症	33	5.3	44	7.2	23	3.7			
			⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	4	0.6	5	0.7	2	0.2			
6	医療費	L	1,774,620,820		1,738,911,890		1,784,825,190		2,316,179,460		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
			生活習慣病総医療費		898,458,870		925,604,370		1,173,317,290				
			(総医療費に占める割合)		51.2		51.7		51.9				
			④	生活習慣病 対象者1人 あたり	10,761	10,018	10,156	8,244					
				健診未受診者	26,236	29,549	30,992	33,045					
			⑥	糖尿病医療費	91,712,930	92,310,940	90,564,910	131,709,710					
			⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.1	9.3	9.1	11.2					
			⑧	糖尿病入院外総医療費	87,553,820	8,541,560	89,346,390						
			⑨	1件あたり	33,278	33,225	35,225						
			⑩	糖尿病入院総医療費	4,159,110	6,895,240	1,218,520						
			⑪	1件あたり	676,758	560,113	624,944						
			⑫	在院日数	19	17	16						
			⑬	慢性腎不全医療費	98,019,020	94,892,220	73,526,150	128,838,700					
			⑭	透析あり	94,540,600	85,492,060	68,069,910	121,659,410					
			⑮	透析なし	3,478,420	9,400,160	5,456,240	7,179,290					
7	介護	M	2,399,797,541		2,491,370,429		2,553,498,698		194,966,974				
			(2号認定者)糖尿病合併症	3	7.3	3	6.6	3	7.9				
8	死亡		5	2.6	8	4.1	3	1.4	538	1.9	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

二次健診（微量アルブミン尿検査）や要治療者に受診勧奨を実施するなど、受診勧奨者へのアプローチを積極的に行ったため、受診勧奨者への介入率や医療機関受診率は向上しました。

しかし、コントロール不良者への栄養指導数が115人中3人と少なく、治療中断者への受診勧奨が不十分であり、保健指導対象者に対する評価項目はほとんど改善が見られませんでした。医療機関を受診していても改善が見られないコントロール不良者の症状が悪化し、人工透析につながる可能性が高いことから、コントロール不良者に継続したフォローが必要です。

今後の取組について「ACTION（改善）」

今後の取組	<p>二次健診受診者だけでなく、二次健診を受診していない対象者へ電話・訪問等を行い、より多くの重症化予防対象者にアプローチを実施する。</p> <p>重症化予防対象者及び要治療者で医療機関を受診していない者に対して受診勧奨を実施してきたが、過去に治療中で治療が中断している対象者への受診勧奨が不十分であったため、今後は対象者への保健指導及び受診勧奨を実施する。</p> <p>前年度の受診結果がハイリスクであった対象者全員に対して、集団健診時にアルブミン尿検査を実施し、対象者全員を保健指導につなげる。</p> <p>引き続きかかりつけ医との連携を図り、コントロール不良者への保健指導や栄養指導を実施する。</p>
-------	---

No. 4 特定健康診査等受診率向上

【基本的な考え方】

生活習慣病の予防には早い段階から取り組むことが特に有効であるため、生活習慣病に関する情報を提供することで生活習慣病への認知を広め、特定健康診査の重要性を周知するとともに、受診勧奨を行うことで、特定健康診査の受診率及び特定保健指導実施率の向上を図っています。

事業概要「PLAN（計画）」

目的	特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上を図る。
対象者	特定健康診査及び特定保健指導対象者（40歳～74歳の国民健康保険被保険者）
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・新規国保加入者及び40歳到達者への受診勧奨 ・意向調査時に特定健診を希望していない者への受診勧奨 ・健診期間内における集団健診及び施設健診の電話・文書による受診勧奨 ・特定保健指導実施率向上のためのプレ指導（集団健診時の特定保健指導） ・特定保健指導につなげるための健診結果説明会等の開催

実施結果「DO（実施）」

実施結果	体制（ストラクチャー） <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診、施設健診の実施を福島県保健衛生協会及び医療機関に委託して実施 ・各地区の保健協力員と連携し、受診録の配布や健診周知を図った。
	実施過程（プロセス） <ul style="list-style-type: none"> ・町内放送による集団健診の受診勧奨（4回）、メール配信サービスによる受診勧奨（4回）を実施 ・医療機関や町内施設に健診についてのポスターを掲載 ・地区ごとに特定保健指導の対象者を把握し、個別対応を行った。 ・KDB等のデータを利用し、特定保健指導対象者を抽出

実施結果	実施量 (アウトプット)
	<ul style="list-style-type: none"> ・新規国保加入者及び40歳到達者への受診勧奨数 新規国保加入者…324人に実施し、うち143人が受診 40歳到達者… 41人に実施し、うち13人が受診 ・特定健診無希望者への受診勧奨数 ・集団健診希望者への受診勧奨数 (電話) 対象者749人中340人に実施し、うち163人が受診 ・施設健診の受診勧奨数 (文書) 374人に実施し、うち18人が受診 ・集団健診時の保健指導実施 集団健診受診者1,805人にプレ指導を行い、特定保健指導につなげた。 ・過去の受診結果から受診確率を算出し、受診確率の高い対象者に受診勧奨を実施 498人に実施し、うち359人が受診 ・施設健診未受診者への電話勧奨数 対象者145人中74名に実施し、うち34人が受診

事業評価「CHECK (評価)」(成果:アウトカム)

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、2項目とも目標値に達していませんが、基準値より向上し「B (改善)」としました。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R1)	評価 (R1 時点)
特定健康診査受診率	52.4%	54.4%	55.6%	B
特定保健指導実施率	19.8%	30.0%	36.6%	B

受診に結び付く確率を算出して実施した受診勧奨では、対象者の72%が受診し、高い効果が得られました。

施設健診の受診勧奨は、電話による受診勧奨後に受診した者の割合が46%となり、電話勧奨の効果が大きく、受診率向上につながりました。

集団健診時に対象者全員にプレ指導を行うことで、特定保健指導につながりました。

今後の取組について「ACTION（改善）」

今後の取組	特定健診
	<p>受診に結び付く確率を算出して実施した受診勧奨に効果があったことから、実施数を増やして引き続き実施する。その他未受診者の分析を行い、未受診者の特徴にあった勧奨資材を活用する。</p> <p>また、定期的に通院しているため健診受診が不要と考えている未受診者が多くいることから、その層へ重点的にアプローチし、受診率向上を目指す。</p> <p>電話による受診勧奨を今まで全員を対象に実施していたが、未受診者の分析結果を用いて対象者を絞ることにより、効率的な受診勧奨を実施する。</p>
	特定保健指導
	<p>当年度の健診結果が特定保健指導に該当する被保険者に対して、引き続きプレ指導を行いつつ、地区担当ごとに対象者を把握し、個別対応を着実に行う。</p> <p>個人へのアプローチに重点を置き、訪問等による健診結果の説明を行うことで特定保健指導実施者を増加させていく。</p>

3 計画目標及び目標値

中長期的な目標において、目標値を達成した評価項目について更なる改善を目指すため、目標値の見直しを行いました。

また、短期的な目標において、ガイドラインの改訂により、対象者の抽出基準に変更が生じた項目について、最新の基準に沿った評価項目及び目標値を設定しました。

(1) 中長期的な目標

【評価項目・基準値】

「虚血性心疾患罹患割合」、「糖尿病性腎症罹患割合」については、中間実績値がすでに目標値を達成していることから、目標値を変更します。変更後の目標値は、計画目標が増加抑制（基準値の維持）であることから、中間実績値と同じ割合とします。

「新規人工透析者数」については、中間実績値が目標値に同じとなりましたが、基準値の維持を目的としているため、変更は行いません。

なお、「脳血管疾患罹患割合」及び「1人あたり医療費の伸び率」の目標値は、現時点で未達成のため変更は行わず、取組内容の強化及び徹底により目標達成を目指します。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R5)	評価項目・目標値 について	新目標値 (R5)
脳血管疾患罹患割合の増加抑制 様式 3-6 (5月診療)	3.8%	4.2%	3.8%	変更なし	3.8%
虚血性心疾患罹患割合の増加抑制 様式 3-5 (5月診療)	3.0%	2.9%	3.0%	変更	2.9%
糖尿病性腎症罹患割合の増加抑制 様式 3-2 (5月診療)	6.3%	3.7%	6.3%	変更	3.7%
新規人工透析者数の増加抑制	1人	1人	1人	変更なし	1人

評価 項目	基準値	中間実績値	比較値	目標値	評価項目・目標値 について
	当町のH27から H28の伸び率	当町のH30から R1の伸び率	同規模市町村のH30 からR1の伸び率		
1人あたり 医療費の 伸び率	-2.7%	6.4%	3.8%	同規模市町村の 伸び率以下を目標	変更なし

(2) 短期的な目標

【評価項目・基準値】

「高血圧症」、「脂質異常症」、「メタボ」、「糖尿病」の項目においては、中間実績値が令和2年度の目標値に達していないため、変更は行わず、取組内容の強化及び徹底により目標達成を目指します。

CKD（慢性腎臓病）の項目については、日本腎臓病学会のCKD診療ガイドラインの改訂により、慢性腎臓病における重症化予防対象者の抽出基準が変更となったため、新ガイドラインの基準に沿った評価項目に変更します。

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率に係る目標値については、「第3期特定健康診査等実施計画」の評価に記載することとします。

評価項目		基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R2)	目標値 (R5)	評価項目・目標値 について
高血圧症	Ⅱ度高血圧以上の未治療者の割合の減少	4.9%	7.0%	3.5%	2.6%	変更なし
脂質 異常症	LDL-C（180mg/dl以上）の未治療者の割合の減少	3.3%	2.1%	2.4%	2.0%	変更なし
	中性脂肪（300mg/dl以上）の未治療者の割合の減少	2.6%	3.0%	2.6%	2.4%	変更なし
メタボ	メタボ該当者（2項目以上）の未治療者の割合の減少	21.8%	21.9%	18.9%	16.5%	変更なし
糖尿病	HbA1c（NGSP値で6.5%、治療中は7.0%以上）の未治療者の割合の減少	6.5%	7.7%	5.7%	4.8%	変更なし
CKD (慢性腎 臓病)	蛋白尿（2+）の未治療者の割合の減少	0.8%	0.6%	0.5%	0.4%	変更 ※ ¹
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）の未治療者の割合の減少	2.5%	3.7%	2.3%	2.0%	変更 ※ ²

※¹、※² 変更する評価項目及び目標値

評価項目	変更前				変更後		
CKD (慢性腎臓病)	蛋白尿（2+）の未治療者の割合の減少				腎臓専門医照会基準対象者※ ³ の未治療者の割合の減少		
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）の未治療者の割合の減少						
基準値及び目標値	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R2)	目標値 (R5)	新基準値 (R1)	目標値 (R2)	目標値 (R5)
	0.8%	0.6%	0.5%	0.4%			
	2.5%	3.7%	2.3%	2.0%	4.3%	4.3%	3.5%

※³ かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準対象者（参照：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018）

- 1 高度の蛋白尿（A3区分（尿蛋白+以上））
- 2 微量アルブミン尿（A2区分（尿蛋白±））でGFR区分がG3a以上
- 3 尿蛋白が正常（A1区分（尿蛋白-））でGFR区分G3b以上
- 4 尿蛋白がA2区分（尿蛋白±）であっても尿潜血が陽性（+以上）
年齢が40歳未満の者については、尿蛋白がA1区分（尿蛋白-）でもGFR区分がG3aの場合は紹介

4 今後の取組

令和5年度までの目標達成に向けて、計画目標の達成状況や関連事業の取組状況を踏まえ、4つの実施事業において次の取組を行っていきます。

(1) 脳血管疾患重症化予防事業

二次健診受診者だけでなく、二次健診を受診していない対象者へ電話・訪問等を行い、より多くの重症化予防対象者にアプローチを行います。

高血圧のリスク因子者について、医療機関未受診者への受診勧奨は実施しましたが、治療中断中の対象者への受診勧奨や保健指導が不十分であったため、今後は対象者への保健指導及び受診勧奨を実施します。

(2) 虚血性心疾患重症化予防事業

二次健診受診者だけでなく、二次健診を受診していない対象者へ電話・訪問等を行い、より多くの重症化予防対象者にアプローチを行います。

未治療者及び治療中断中の対象者の経過把握が重要であることから、受診勧奨及び継続フォローを行いながら、重症化リスクの軽減に取り組みます。

治療中の対象者にも精密検査受診の通知を送付し、継続したフォローを行い、医師からの指示があれば保健指導や栄養指導につなげます。

前年度の受診結果がハイリスクであった対象者全員に対して、集団健診時にアルブミン尿検査を実施し、対象者全員を保健指導につなげます。

(3) 糖尿病性腎症重症化予防事業

二次健診受診者だけでなく、二次健診を受診していない対象者へ電話・訪問等を行い、より多くの重症化予防対象者にアプローチを行います。

重症化予防対象者及び要治療者で医療機関を受診していない者に対して受診勧奨を実施してきましたが、過去に治療中で治療が中断している対象者への受診勧奨が不十分であったため、今後は対象者の保健指導及び受診勧奨等を実施します。

前年度の受診結果がハイリスクであった対象者全員に対して、集団健診時にアルブミン尿検査を実施し、対象者全員を保健指導につなげます。

引き続きかかりつけ医との連携を図り、コントロール不良者への保健指導や栄養指導を実施します。

(4) 特定健康診査等受診率向上

ア 特定健康診査

受診に結び付く確率を算出して実施した受診勧奨に効果があったことから、実施数を増やして引き続き実施します。その他、未受診者の分析を行い、未受診者の特徴にあった勧奨資材により受診勧奨を行います。

また、定期的に通院しているため受診が不要と考えている未受診者が多くいることから、その層の健診受診が受診率向上につながると考え、受診勧奨を重点的に行います。

受診勧奨では未受診者の分析結果を用いて、受診確率の高い未受診者を抽出することで、効果の高い電話勧奨等において効率的な受診勧奨を行います。

イ 特定保健指導

当年度の健診結果が特定保健指導に該当する被保険者に対して、引き続きプレ指導を行いつつ、地区担当ごとに対象者を把握し、個別対応を着実に行います。

訪問等により健診結果の説明を行う個人アプローチに重点を置くことで、特定保健指導実施者の増加につなげます。

1 計画の中間評価及び見直し

(1) 中間評価の目的

第3期特定健康診査等実施計画は、平成30年度を初年度とし、令和5年度を目標年度とする6か年計画です。

本計画は第2期データヘルス計画に合わせて中間評価を実施することとし、中間評価では、現時点での計画目標の達成状況及び計画事業の実施状況から評価を行い、計画の実効性を高めることを目的としています。

(2) 中間評価の方法

第3期特定健康診査等実施計画の「7. 特定健康診査実施計画の評価見直し」に定めた方法により、特定健康診査及び特定保健指導の結果データをもとに受診率等を把握し、目標値に対する達成状況を評価しました。

また、実施計画上の内容と実際の実施状況・結果を総合的に比較検討し、評価しました。

(3) 評価基準

計画目標は、第2期データヘルス計画中間評価の「1 計画の中間評価及び見直し」の評価方法による評価基準を使用して評価しました。

(4) 計画の見直し

計画目標の達成状況及び実施事業の点検・評価結果を活用し、実施内容を見直しました。

2 計画目標及び実施事業の評価

(1) 目標の達成状況

達成状況については、単年度の目標値を設定しているため、直近の令和元年度の目標値と比較し、評価しました。

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、2項目とも目標値に達していませんが、基準値より向上し「B（改善）」としました。

評価項目	基準値 (H28)	中間実績値 (R1)	目標値 (R1)	評価 (R1 時点)
特定健康診査受診率	52.4%	54.4%	55.6%	B
特定保健指導実施率	19.8%	30.0%	36.6%	B

(2) 事業の実施状況

当初の計画での実施内容は、概ね計画通りに実施することができました。実施内容・実施結果については以下のとおりです。

計画の実施内容	令和元年度の実施内容・実施結果
<p>○新規国保加入者への受診勧奨</p> <p>町の集団健診で使用する総合健診受診録を新規国保加入者へ送付</p>	<p>新規国保加入者324人に対して総合健診受診録を送付し、うち143人が受診</p>
<p>○40歳到達者への受診勧奨</p> <p>町の集団健診で使用する総合健診受診録を、特定健康診査の対象年齢となる40歳に到達する被保険者へ送付</p>	<p>特定健康診査の対象年齢となる40歳に到達する被保険者41人に対して総合健診受診録を送付し、うち13人が受診</p>
<p>○未受診者への受診勧奨</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5年間未受診者への訪問 <p>町の集団健診、施設健診、人間ドックで、5年間未受診となっている被保険者へ訪問や電話等で、受診勧奨を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団健診希望者で未受診となっている方への電話勧奨 ・集団健診希望者で未受診となっている方への施設健診勧奨 ・施設健診希望者で未受診となっている方への電話勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ・5年間未受診者への訪問は、実施件数に対して受診効果が少ないため、未実施 <p>【参考】H29：65人中、健診受診者1人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者749人中340人に電話勧奨を実施し、うち163人が受診 ・対象者374人に文書による受診勧奨を実施し、うち18人が受診 ・対象者145人中74人に電話勧奨を実施し、うち34人が受診
<p>○特定保健指導実施率向上のためのプレ指導</p> <p>集団健診中に、特定保健指導対象者となりえる方へ直接特定保健指導の案内を実施</p>	<p>集団健診受診者1,805人にプレ指導を行い、特定保健指導につなげた。</p>
<p>○健診結果説明会等の開催</p> <p>各地区において、集団健診結果の説明会を実施</p>	<p>集団アプローチから個別アプローチに重点を置くため、未実施</p>
	<p>【新規】</p> <p>過去の受診結果から受診に結び付く確率を算出し、ハガキによる受診勧奨を498人に実施し、うち359人が受診</p>

(3) 評価

特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は、基準値より着実に上昇していますが、目標値に達していません。

受診に結び付く確率を算出して実施した受診勧奨では、対象者の約70%が受診し、高い効果が得られました。

施設健診の受診勧奨は、電話による受診勧奨後に受診した者の割合が約50%となり、電話勧奨の効果が大きく、受診率向上につながりました。

集団健診時に対象者全員プレ指導を行うことで、特定保健指導につなげることができました。

3 目標値

目標値については、令和元年度時点で目標値に到達していませんが、現状値より改善が見られていること、国における目標値が変更されていないことを踏まえ、変更せず、取組内容の強化及び徹底により目標達成を目指します。

4 今後の取組

(1) 特定健康診査

受診に結び付く確率を算出して実施した受診勧奨に効果があったことから、実施数を増やして引き続き実施します。その他未受診者の分析を行い、未受診者の特徴にあった勧奨資材を活用します。また、定期的に通院しているため健診受診が不要と考えている未受診者が多くいることから、その層へ重点的にアプローチし、受診率向上を目指します。

未受診者への受診勧奨は、5年間未受診者への訪問を見直し、未受診者の分析結果を用いて対象者を絞ることにより、効果の高い電話勧奨等において効率的な受診勧奨を行います。

(2) 特定保健指導

集団健診時に、当年度の健診結果が特定保健指導に該当する被保険者に対してプレ指導を行いつつ、地区担当ごとに対象者を把握し、個別対応を着実にを行います。

健診結果説明会等の集団アプローチを見直し、訪問等により健診結果の説明を行う個人アプローチに重点を置くことで、特定保健指導実施者の増加につなげます。

