

八幡浜市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

八幡浜市市民福祉部市民課国保係

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	P2
2. 計画の基本的な考え方	P2
3. 八幡浜市の健康課題	P2
第2章 中間評価にあたって	
1. 中間評価の方法	P3
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」	P3
2. ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」	P3
3. 個別事業の評価と課題	
(1) 重症化予防の取組	
糖尿病性腎症重症化予防	P3～6
重症化予防に向けたポピュレーションアプローチ	P6～8
(2) ジェネリック医薬品の普及・啓発	P8～10
(3) がん検診の受診率向上に向けた取り組み	P10～11
(4) 医療機関への重複頻回受診・重複服薬対策	P12
(5) 地域包括ケアに係る取り組み	P12～13
(6) 健康ポイント事業	P13～15
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	P15
2. 特定健診の実施	P15～16
3. 特定保健指導の実施	P16
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	P16～17
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）	P17～18
3. 個別保健事業計画の見直し	P18～20

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、「八幡浜市第1期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を平成27年に策定しました。

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年度に「八幡浜市第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を特定健康診査実施計画と一体的に策定しました。

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します。

2. 計画の基本的な考え方

第2期保健事業の実施計画（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す。

なお、計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。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ます。

3. 八幡浜市の健康課題（別紙資料^(図1)）

八幡浜市の「1人あたりの医療費・介護費^(別紙資料1-①)」は、国保では県内15位と県平均と比較しても低い水準ですが、後期高齢者では県内5位と上位に位置しており県内でも高い状況にあります。また、愛媛県の国保・後期医療費および介護費いずれにおいても全国平均と比較すると高い状況であり、年々増加する傾向にあります。

「特定健診の実施率^(別紙資料1-②)」は、平成30年度時点の受診率が35.0%であり年々向上する傾向にあるものの、全国平均に届かない状況です。また、八幡浜市では65歳～74歳の年代における健診・医療ともに受診していない健康状態不明者の割合が県内8位と高い状況にあります。

短期目標^(別紙資料1-③)とする「糖尿病有病者」では、HbA1c6.5以上の割合が9.7%（県内4位）、HbA1c8.0以上の割合が1.8%（県内2位）、また「脂質異常症」についてはLDL180以上の割合が4.0%（県内10位）と非常に高い状況にあります。

中長期目標^(別紙資料1-④)とする「脳血管疾患による死亡率」では、男性が県内5位、女性が10位と高いほか、「心疾患による死亡率」においても、男性の死亡率が県内4位、女性の死亡率が県内8位と、非常に高い状況にあるといえます。

第2章 中間評価にあたって

1. 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・短期目標の進捗状況
- (2) 中長期・短期目標に対するストラクチャー・プロセスの評価
- (3) 評価結果・努力支援制度の評価指標を踏まえた目標項目の修正・目標値の見直し
- (4) 個別事業の進捗状況の把握、課題の検討、見直し。新たな事業等の検討

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

※別紙資料^(表1) 目標管理一覧表を参照

2. 中長期目標・短期目標に対するストラクチャー・プロセスの評価

※別紙資料^(表2) 全体評価表を参照

3. 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組み

糖尿病性腎症重症化予防

- 課題**
- ・糖尿病有所見者の医療機関未受診者が多い
 - ・医療機関受診中でもHbA1cのコントロール不良の者が多い
- 目標**
- ・糖尿病(HbA1c6.5以上)未治療者率の減少48.1%
 - ・糖尿病要精検該当者の医療機関受診率90%
 - ・保健指導対象者のHbA1c、GFR、血圧等の検査値改善(保健センター台帳管理)

ストラクチャー(構造)

- 事業実施
- ・ 衛生部局(保健センター)：保健師6人、管理栄養士1人、看護師4人
 - ・ 国保部局(市民課国保係)：国保係保健師2人、保健事業担当者1人
- 事業分担
- ・ プロセス①及び②は保健センター保健師が実施。
 - ・ プロセス③は国民健康保険被保険者に対しては国保係保健師が、その他の対象者については保健センターの保健師・看護師・管理栄養士がそれぞれ実施する。
- 医療機関等との連携 ※プロセス項目において事業内容ごとに記述。

プロセス(実践の過程)

- ① 特定健診結果データやレセプトデータに基づく医療機関未治療者や治療中断者への受診勧奨

➤ 対象者の抽出

- ・ 特定健診データより、HbA1c6.5以上かつ1年以上糖尿病のレセプトがない者。
- ・ 糖尿病管理台帳より、HbA1c7.0以上かつ1年以上健診未受診または糖尿病のレセプトがない者。
- ・ 市立八幡浜総合病院糖尿病中断者より抽出

➤ 受診勧奨方法

保健師等の専門職による面談・電話・訪問にて実施。受診の有無の確認は精密検査報告書やレセプトデータによる。

➤ かかりつけ医との連携

八幡浜医師会を通じて協力依頼。対象者のかかりつけ医に対しては、事前に対象者が受診した際に必要な検査(アルブミン尿検査等)や精密検査報告書の提出について説明。このほか、市立八幡浜総合病院との連携により専門医への受診や糖負荷試験が受けやすい体制を整備。

② 特定健診受診者に対するかかりつけ医と連携した保健指導 ※平成29年度より実施

➤ 対象者の抽出

特定健診結果データに基づき糖尿病と診断された者で、本人およびかかりつけ医の同意がある者

➤ 保健指導内容

家庭訪問・電話・面談等の対象者に合わせた方法により、保健師・管理栄養士・看護師等の専門職が運動や食事等の生活習慣に関する指導を6か月実施。その間、糖尿病連携手帳を用いて対象者・かかりつけ医・保険者の連携を図るとともに、保健指導が終了した際には実施結果をかかりつけ医に報告する。

➤ かかりつけ医との連携

八幡浜医師会を通じて協力依頼。対象者のかかりつけ医に対しては、事前に対象者が受診した際に必要な検査(アルブミン尿検査等)と保健指導の要否の判断を依頼するとともに、保健指導が必要と判断した場合の書類提出を依頼。以後、保健師・栄養士がかかりつけ医の指示に基づいて対象者への保健指導を実施する。

③ 腎機能低下速度が著しい透析導入ハイリスク者に対する医療と地域の連携による保健指導

➤ 対象者の抽出

市立八幡浜総合病院のカルテのデータベースから「疾病管理マップ(糖尿病患者データベース)」を用いて、 Δ eGFR値を元に5年以内に透析導入ラインを超える者。

➤ 保健指導内容

対象者の生活状況の把握に始まり、減塩や脱水予防に重点を置いた内容で実施している。また、「病院から地域への連携シート」を作成し、それぞれの症状から家庭状況等の対象者に関する情報を関係者で共有し、かかりつけ医と協議しながら保健指導を進めている。このほか、症例検討会や学習会を通じて共通目標を確認し、役割の明確化を図っている。

また、対象者が介護支援を必要とする場合や後期高齢者医療保険に移行した場合には、地域包括支援センターの保健師と連携して継続的な支援を行っている。

・ かかりつけ医との連携

八幡浜医師会・八幡浜歯科医師会・愛媛県薬剤師会八幡浜支部に対し取り組みに関する報告・相談を行っている。また「対象者の抽出」でも述べたとおり本取り組みの中で保健指導を実施する際には、市立八幡浜総合病院と連携して対象者の抽出を行っているほか。対象者のかかりつけ医とは「糖尿病連携手帳」を用いることで対象者・かかりつけ医・保険者の連携を図っている。

アウトプット（事業実施量）

▶ 受診勧奨実施率

平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
81.0%	100%	100%

〔愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム中間報告会報告資料より〕

▶ プロセス③の保健指導実施率

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
100%	100%	100%	100%

〔保健センター台帳管理〕

アウトカム（結果）

・ 受診勧奨を実施した対象者の医療機関受診率

平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
94.1%	43.3%	34.4%

〔愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム中間報告会報告資料より〕

・ 糖尿病（HbA1c6.5以上）未治療者率の減少

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
49.6%	29.8%	32.2%	34.6%

〔保健指導ツール「6か年評価ツール」より算出〕

・ 糖尿病要精検該当者の医療機関受診率 90%達成

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
84.2%	87.1%	81.5%	73.1%

〔保健センター台帳集計〕

・ プロセス①及び②のHbA1c等の改善率

平成 29 年度	平成 30 年度
48.1%	35.6%

※平成 31 年度改善率は令和 2 年度健診結果より改善率を判定するため未集計。

（翌年度健診結果より）

③：透析導入者数

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度
1 人/17 人	0 人/18 人	2 人/17 人

〔保健センター台帳集計〕

残された課題

受診勧奨対象者及び要精検該当者の医療機関受診率の向上
指標追加「特定健診受診者の内 HbA1c8.0 以上の未治療者の割合」

重症化予防に向けたポピュレーションアプローチ

課題

- ・ 国や県と比較し、男女ともに血圧の有所見者が多い。
- ・ 健診受診者の半数以上を LDL-C、HbA1c の有所見者が占めている。
- ・ 40～64 歳の男性で BMI 基準値を上回る者が多い。
- ・ 1 回 30 分以上の運動習慣がない者が多い。
- ・ 1 日に 3 合以上飲酒する物の割合が増加。
- ・ 国や県と比較し、週 3 回以上夕食後に間食する者の割合が高い。

目標

- ・ 高血圧症（I 度高血圧以上）未治療者率 60.8%
- ・ 脂質異常症（LDL-D140 以上）未治療者率 89.4%
- ・ 問診票の「運動」項目の改善
- ・ 問診票の「飲酒」項目の改善

ストラクチャー（構造）

➤ 事業実施

- ・ 国保部門（市民課国保係）：保健事業担当 1 人を含む国保係 9 人（内臨時職員 3 人）
- ・ 衛生部門（成人保健係）：保健師 6 人、管理栄養士 3 人

➤ 事業分担

- ・ 国保部局：はまぼん健康塾
- ・ 衛生部局：健診結果返し会、出前健康相談、はまぼん健康塾（講師）等

プロセス（実践の過程）

① 家庭内血圧測定習慣化の推進

健診結果返し会・市広報・健康に関するイベント（はまぼん健康塾）の機会を利用し、保健師等が日常的な血圧測定の重要性を周知するとともに 1 日 2 回の血圧測定習慣を促す。

特定健診結果にて I 度高血圧以上の所見が見られた場合には重点的にアプローチを行う。

② 生活習慣改善実行の支援

健診結果返し会・健康相談・健康に関するイベント（はまぼん健康塾）の機会を利用し、保健師等が健康的な生活習慣に関する適切な知識の周知を行う。特に、健診結果から課題として浮かび上がった「適正体重（肥満対策）」「適正飲酒」「適切な運動習慣の推奨」「適切な食事習慣（間食対策）」について重点的に啓発する。

※平成 30 年度問診票より「間食」に関する項目が削除されたため、中間評価における評価を行わない。

アウトプット（事業実施量）

- 健診結果返し会

- ・ 対象者：集団健診を受診した 20 歳以上市民)
- ・ 内容：平成 28 年度～30 年度は個別保健指導のみ、令和元年度は集団健康教室と個別保健指導

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
31 回 延 1,484 人	28 回 延 1,306 人	33 回 延 1,294 人	19 回 延 783 人

[保健センター集計]

➤ 出前健康相談

- ・ 対象者：市民

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
37 回 延 910 人	20 回 延 522 人	32 回 延 530 人	20 回 延 553 人

※令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響で集団健康教室や出前健康相談は中止した。

[保健センター集計]

➤ はまぼん健康塾

- ・ 対象者：八幡浜市国民健康保険および後期高齢者医療保険被保険者
- ・ 内容：専門医や薬剤師、保健師等の専門職を講師に招き、健康講話や運動講座等を実施。

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
5 回 延 239 人	5 回 延 148 人	5 回 延 166 人	4 回 97 人

※平成 28～29 年度は民間業者へ事業委託。

[市民課国保係「はまぼん健康塾実施報告」より集計]

アウトカム (結果)

➤ 高血圧症 (I 度高血圧以上) 未治療者率の減少

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
62.3%	57.0%	60.0%	56.6%

[算出根拠：保健指導ツール「6 か年評価ツール」]

➤ 脂質異常症 (LDL-D140 以上) 未治療者率の減少

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
90.9%	90.3%	90.2%	91.8%

[算出根拠：保健指導ツール「6 か年評価ツール」]

➤ 問診票の「運動」項目の改善

- ・ 1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上かつ 1 年以上していない

平成 28 年度	平成 31 年度
65.7%	62.3%

- ・ 日常生活で歩行程度の活動を 1 日 1 時間以上していない

平成 28 年度	平成 31 年度
34.8%	38.2%

[算出根拠：保健指導ツール「6 か年評価ツール」]

➤ 問診票の「飲酒」項目の改善

・ 飲酒の頻度

毎日飲酒

平成 28 年度	平成 31 年度
23.9%	22.8%

時々飲酒

平成 28 年度	平成 31 年度
22.2%	25.8%

・ 1日あたりの飲酒量

1合未満

平成 28 年度	平成 31 年度
69.5%	62.6%

1合～2合

平成 28 年度	平成 31 年度
21.0%	26.2%

2合～3合

平成 28 年度	平成 31 年度
7.3%	7.9%

3合以上

平成 28 年度	平成 31 年度
2.2%	3.3%

[算出根拠：保健指導ツール「6か年評価ツール」]

今後の課題

・ 運動習慣の改善

定期的な運動習慣は改善が見られたものの、日常生活における活動の項目では悪化

・ 飲酒習慣の改善

飲酒頻度は改善が見られたものの、1日あたりの飲酒量が増加したことにより、飲酒習慣としては悪化。

・ 健康意識が低い受診者へのアプローチ

「はまぼん健康塾」の参加者を分析したところ、健康意識が高い者へのフォローアップとしては充分機能している一方で、健康意識が低い者へのフォローアップとしては不十分な側面がみられた。

(2) ジェネリック医薬品の普及・啓発

課題

・ 県平均と比較して使用割合が低く、平成 29 年 3 月時点の使用割合は、県内 15 市町中 14 位。

・ 男性は 55～59 歳、女性は 49 歳以下の切替率が低く、年齢区分のみの切替率では 55～

59歳が最も低い。

目標

後発医薬品使用割合 80%

ストラクチャー（構造）

- 事業実施者
 - ・ 国保部局（市民課国保係）：保健事業担当 1人
- 事業委託
 - ・ 国民健康保険団体連合会（平成 30 年度より通知作成事務を委託）

プロセス（実践の過程）

- 差額通知の発送
 - ・ 対象者：1 薬剤あたり 100 円以上の差額がある者
 - ・ 発送回数：年 4 回発送（8 月、10 月、12 月、2 月）
- 効果測定の実施

差額通知発送から 3 か月経過以降のレセプトデータから通知送付後に医薬品の切替が行われているか等の効果を確認。
- ジェネリック医薬品希望カードの配布

毎年 7 月の保険証一括発送の際に、ジェネリック医薬品案内チラシ兼ジェネリック医薬品希望カードを同封し、被保険者全員へ配布。
- 事業周知
 - ・ 市広報：年に 1 度、普及啓発に関する記事を掲載。
 - ・ 市HP：普及啓発に関する記事を掲載。毎年内容を見直しながら継続して掲載している。
- 服薬に関するポピュレーションアプローチ

「はまぼん健康塾」において、市立八幡浜総合病院より薬剤師を講師に招き、「適正服薬」「後発医薬品」に関する講演を実施。

アウトプット（事業実施量）

- ジェネリック医薬品差額通知書の発送

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
1, 512 通	1, 526 通	1, 331 通	1, 038 通

〔市民課国保係集計〕

アウトカム（結果）

- 後発医薬品利用割合（年平均）

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
61.8%	64.7%	71.9%	75.5%

〔厚生労働省「調剤医療費の動向調査基準」より集計〕

今後の課題

- 手軽な意思表示ツールの提供

すでに令和 2 年度からはジェネリック医薬品希望カードに代わり、ジェネリック医薬品希望シールを作成し被保険者全員へ配布。シール台紙の裏面にはジェネリック医薬品へ切

り替えることのメリットを掲載し啓発に努めている。

➤ 市内調剤薬局への協力依頼

市の広報活動では限界があることから、令和3年度は市内調剤薬局に対し、薬局窓口へジェネリック医薬品希望シールを置いていただけるよう協力依頼を行いたい。

(3) がん検診の受診率向上に向けた取り組み

課題

国や県と比較すると、がんによる医療費の割合が高い。

目標

➤ がん検診受診率の向上

胃がん 12.8%、肺がん 16.5%、大腸がん 18.0%、子宮頸がん 18.5%、乳がん 21.3%

➤ がん検診精密検査受診率の向上

胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん、いずれも前年比増を目標とする。

ストラクチャー（構造）

➤ 事業実施

衛生部局（保健センター成人保健係）：成人保健係 保健師7人（内臨時職員1人）、管理栄養士1人（臨時職員）

➤ 実施するがん検診の種類

胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん、前立腺がん

➤ 検診委託機関

愛媛県総合保健協会、愛媛県厚生連健診センター

➤ 関係機関との連携

国保部局（市民課国保係） ※がん検診と特定健診の一体的実施において連携

プロセス（実践の過程）

➤ 受診しやすい検診体制の構築

「ワンコインがん検診」「レディースがん検診」「日曜健診」の実施。

➤ がん検診と特定健診の一体的実施

- ・ 集団総合健診：特定健診とがん検診（大腸・胃・肺）を常時実施。乳・子宮頸がん検診についても同時実施日を設けて実施。
- ・ てやてや健幸ドック（人間ドック）：特定健診とがん検診（大腸・胃・肺）がセットになった（女性の場合は乳がん・子宮頸がん検診も含める）コースを設けて実施。

➤ 受診勧奨の実施

がん検診未受診者に対する個別の受診勧奨に加え、検診結果より精密検査対象となった受診者への医療機関受診勧奨を実施。

- ・ 未受診者への受診勧奨

平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度
2回 計4,974人	1回 計2,583人	2回 計4,386人	2回 計3,694人

[保健センター集計]

・ 精密検査対象者への受診勧奨

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
2 回 計 49 人	2 回 計 39 人	2 回 計 36 人	2 回 計 39 人

[保健センター集計]

アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）

・ がん検診受診率

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
胃がん	9.8%	8.7%	8.7%	5.7%
肺がん	13.5%	13.0%	12.7%	9.3%
大腸がん	15.0%	13.9%	13.5%	9.7%
子宮頸がん	15.5%	15.8%	14.1%	5.3%
乳がん	18.3%	17.6%	15.7%	6.4%

※平成 31 年度より母数の算出方法が変更されたため受診率が大幅に低下している。

[保健センター台帳集計]

・ がん検診精密検査受診率

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
胃がん	90.8%	95.1%	88.2%	81.8%
肺がん	87.9%	94.0%	88.6%	70.0%
大腸がん	85.2%	83.2%	89.1%	84.5%
子宮頸がん	100.0%	100.0%	100.0%	75.0%
乳がん	100.0%	100.0%	100.0%	85.7%

※平成 31 年度受診率は、令和 3 年 1 月時点の速報値を掲載（精密検査受診者数の集計は、がん検診受診年度の翌年度末締めのため。）

[保健センター台帳集計]

今後の課題

➤ がん検診受診率向上

がんを早期に発見し、適切な治療を受けることで、がんによる死亡を減らすために、がん検診受診率を高める必要がある。

今後も受診しやすい検診体制整備やがん検診と特定健診の一体的実施、受診勧奨を継続して実施する。

➤ がん検診精密検査受診率向上

がん検診で要精密検査となった場合、必ず精密検査を受けていただくよう、受診勧奨を継続して実施する。

➤ がん検診受診率目標値の見直し

母数の算出方法が変更されたことにとともに、令和 2 年度以降の目標値を見直す。

(4) 医療機関への重複頻回受診・重複服薬対策

課題

- ・ 被保険者の健康増進
- ・ 医療費適正化

目標

訪問保健指導の実施率 90.0%

ストラクチャー（構造）

➤ 事業実施

国保部局(市民課国保係)：保健事業担当 1 人と国保部局の専門職(保健師)2 人が事業実施。

➤ 医療関係機関との連携

愛媛県薬剤師会八幡浜支部、対象者のかかりつけ調剤薬局薬剤師・専門医・かかりつけ医と連携を取り事業を実施している。

プロセス（実践の過程）

➤ 対象者の抽出

国保データベース(KDB)システムを活用し「2 医療機関・2 つ以上の重複服薬」に該当する被保険者を抽出。これを元にレセプトデータを確認し対象者を抽出している。

➤ 保健指導の内容

家庭訪問による保健指導を実施。健康状態・家庭環境・生活環境を把握して訪問調査票に記録し、適正な受診及び服薬について指導を行っている。

アウトプット（事業実施量）・アウトカム（結果）

- ・ 重複服薬者に対する保健指導実施率 (実施人数/対象者数)

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
1 人/3 人	9 人/15 人	11 人/14 人	2 人/4 人

〔市民課国保係台帳集計〕

今後の課題

- ・ 訪問保健指導のため対象者と面会できなかった場合や保健指導そのものを断られた場合の対応
- ・ 民間業者への業務委託の検討。

国保部局において保健師等の専門職が確保できなくなった場合には、民間業者への業務委託を検討したい。ただし、現状では費用対効果に大きな課題がある。

(5) 地域包括ケアに係る取組み

課題

生活習慣病の重症化に伴う疾患により重度の要介護認定を受けるケースが多い。

目標

血管疾患による介護保険認定者の割合の減少

ストラクチャー（構造）

➤ 事業実施体制

国保部局(市民課国保係)：保健事業担当 1 名

➤ 関係機関との連携

地域包括支援センター

プロセス（実践の過程）

➤ 介護認定者の分析

KDB データを用いて介護保険の有病状況を分析し、脳血管疾患等の生活習慣病が介護保険の利用に繋がることを確認。分析結果を地域包括部局の担当者と共有。

アウトプット（事業実施量）

➤ 地域包括ケアに関する会議等への出席

毎年開催される、八幡浜市地域包括支援センター運営協議会の「地域ケア推進会議」へ参加。また、令和 2 年度は同じく八幡浜市地域包括支援センターの「介護医療連携ネットワーク連絡会」へ出席し、KDB 二次加工ツールを用いた地域の現状分析について情報共有を行った。

アウトカム（結果）

・ 特定健診受診率

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
29.0%	31.1%	35.0%	35.7%

〔法定報告より〕

・ 血管疾患による介護保険認定者の割合

平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	平成 31 年度
94.3%	90.9%	96.4%	96.5%

〔算出根拠：KDB 二次加工ツール〕

今後の課題

➤ 地域包括ケアへの参画

地域包括支援センターにおいても KDB システムを利用した国保部局と同様のデータ分析が可能であり、国保部局から分析結果等の情報共有を図る意義が薄いと感じる。

➤ 一体的実施の取組との連携

令和 3 年度より一体的実施の取組が開始されることから、地域包括ケアに関する取組についても関係部局と協議を行い保健事業の再検討を行う必要がある。

(6) 健康ポイント事業

課題

健康づくりへの動機づけ

特定健診受診率の低迷

目標

参加者の健康意識等の向上

特定健診受診率の向上

ストラクチャー（構造）

➤ 事業実施者

国保部局（市民課国保係）

➤ 関係部局との連携

高齢者医療部局(市民課高齢者医療係)、保内庁舎管理課、市内出張所(5か所)

➤ 提携店との連携

商工部局と連携し市内商店街や商業施設への協力依頼を実施。前年度提携店に対しては個別訪問や依頼文書発送を行っている。

また、提携店への加入は年度中いつでも申請することができる。

プロセス(実践の過程)

➤ 対象者

国民健康保険被保険者および後期高齢者医療保険被保険者の内、特定健診または高齢者健診を受診した者。

※後期高齢者医療保険被保険者については、平成31年度より対象者に含めて実施。

➤ 事業内容

健康づくりの取組を行い健康ポイントを貯めていくと、貯めたポイントに応じた特典(入浴券・市内提携店で利用できるクーポン券)と引き換えることができる。

特典との引き換えは、市民課国保係で申請書受付・内容確認後10日以内に自宅宛てに郵送している。

➤ 事業周知

① 事業パンフレットを市広報誌へ折込み全戸配布。

② 事業申請書およびチラシを集団健診会場の受付にて配布。個別健診受診者へは受診券発送の際に同封。

③ 国民健康保険証一斉発送の際に事業チラシと特定健診案内チラシを同封し、全ての被保険者へ配布。

④ 市広報誌へ事業開始および終了に関する記事を掲載。

アウトプット(事業実施量)

➤ 事業への参加者

平成30年度	平成31年度
34人	81人

[国保係台帳管理]

➤ インセンティブ使用割合

平成30年度	平成31年度
98.77%	97.54%

[国保係台帳管理]

アウトカム(結果)

➤ 特定健診受診率

平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度
29.0%	31.1%	35.0%	35.7%

[法定報告より]

▶ 参加者の健康意識等の向上

平成 30 年度	平成 31 年度
100.0%	97.5%

〔市民課国保係集計〕

今後の課題

- 事業への参加者数が少ない
- 申請書記入項目の簡素化
- 事業申請者のリピーター率の向上

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

評価指標(アウトプット)		平成28年度	平成31年度	
特定健診受診率の向上	実績	29.0%	35.7%	↗
	目標		40.0%	
特定保健指導実施率の向上	実績	34.0%	53.4%	↗
	目標		46.0%	
評価指標(アウトカム)		平成28年度	平成31年度	
特定保健指導対象者の減少 (対象者減少率)	実績	17.1%	17.2%	→
	目標		前年比20%減	
糖尿病(HbA1c6.5以上) 未治療者数の減少	実績	49.6%	34.6%	↘
	目標		48.1%	
高血圧症(Ⅰ度高血圧以上) 未治療者数の減少	実績	62.3%	56.6%	↘
	目標		60.8%	
脂質異常症(LDL-C140以上) 未治療者数の減少	実績	90.9%	91.8%	↗
	目標		89.4%	

青矢印：改善
赤矢印：悪化
黒矢印：変化なし

アウトプット指標では「特定健診受診率」「特定保健指導実施率」とともに向上が見られた。しかし、特定保健指導実施率が目標を上回っていることに対し、特定健診受診率は目標を達成できなかった。

アウトカム指標では「糖尿病未治療者数の減少」「高血圧症未治療者数の減少」とともに改善が見られ、特に「糖尿病未治療者数の減少」は目標に対し10ポイント以上の改善となった。この一方で、「脂質異常症未治療者数の減少」は初期値より約1ポイントの悪化、目標も達成することができなかった。

これらの実施状況に加え、すでに令和2年度は新型コロナウイルスの影響による特定健診の受診を控える傾向がみられることから、令和3年度以降の目標や実施内容を見直す必要がある。

2. 特定健診の実施内容

・ 健診の実施

特定健診実施機関への委託により実施。

個別健診は、県内の各委託医療機関において実施している。集団健診は、総合保健協会およ

び厚生連健診センターへ委託し、みなと交流館や公民館・JA支所等を会場に実施している。

- ・ 健診受診費用

令和元年度より無償化している。

- ・ 健診申込方法

「ハガキ予約」「電話予約」に加え、令和元年度よりインターネットやスマートフォンを利用した「Web予約」「LINE予約※」を導入。

※LINE予約は利用者が低迷していることから、令和2年度で事業終了することが決定している。

- ・ 対象者への周知

対象となる被保険者全員に、特定健診の案内通知および申込みハガキを個別送付。

市広報へ「健診カレンダー」を折込み、市内全戸へ配布。

特定健診の案内を市ホームページへ掲載。

南海放送にて特定健診の広報CMを放映（県下全体での取り組み）。

- ・ 未受診者対策

民間業者へ委託し、個々の未受診者の特性に合わせた受診勧奨通知を発送。

参考：平成29年度 通知発送2回（1回5,693人、2回1,509人）

電話勧奨2回（1回2,067人、2回697人）

平成30年度 3回実施（1回5,345人、2回4,659人、3回4,637人）

平成31年度 4回実施（1回5,038人、2回4,827人、3回1,270人、4回4,330人）

- ・ 医療機関との連携

かかりつけ医から対象者への受診勧奨

みなし健診※の実施

参考：平成29年度166人、平成30年度136人、平成31年度95人

※本人の同意を得た上で、かかりつけ医から検査データの提供を受け、特定健診結果データとして活用。

3. 特定保健指導の実施内容

健診結果より、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年版）」に基づき保健指導対象者を抽出する。対象者の特性に応じた行動変容を促す保健指導を個別支援で行う。行動目標や計画の策定、健診結果によって必要に応じた医療機関の受診勧奨をする。

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年度の努力支援制度評価指標を踏まえた検討

令和3年度の努力支援制度評価指標において追加・見直しがされた項目のうち、以下の3項目を目標に追加する。

(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」を追加

(2) 共通指標②-1「がん検診受診率」

がん検診受診率を「5つのがん※の平均値」で評価

※ 胃・大腸・肺・子宮頸・乳がん

(3) 共通指標②-2「歯科健診受診率」

歯科健診受診率を追加

特定健診質問票「なんでも噛んで食べる」回答者の増加

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について

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、八幡浜市では令和3年度からの実施に向け、KDBシステムを活用したデータ分析を行い、以下について実施する。

- (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

※以下「E表」と表記する。(別紙資料)

- (2) ハイリスクアプローチについて

対象者

国保データベース(KDB)システムを活用し作成したE表により抽出したA～Dの被保険者^{*}のうち、以下の市独自で定める基準に該当した者。

<市独自で定める基準>

令和元年度後期高齢者健診を受診した者のうち、年齢が77歳～81歳(Aについては78歳)の者で、健診結果が次の基準のいずれかに該当する者。

- ・ II度以上高血圧者(160/100mmHg以上)
- ・ HaA1c7.0%/dl以上
- ・ LDL-CH0180mg/dl以上
- ・ 腎機能eGFR 30ml/min/1.73m²未満 又は、尿蛋白++以上

※A～Dの被保険者

④健康状態不明者(過去1年間に健診・医療・介護の実績がない者)

⑤未治療者・臓器障害ありの者(健診結果より血圧や血糖が基準値以上または慢性腎臓病・心房細胞がある者)

⑥重症化予防対象者(リスクはあるものの重症化(脳梗塞・心不全等)していない者)

⑦介護予防対象者(脳梗塞や心不全等の治療を受けているが、まだ介護認定に至っていない者)

実施内容

対象者へ個別訪問による保健指導や受診勧奨を行う。(詳細については別紙フロー図を参照。)かかりつけ医と連携し、適切な保健指導を行うことで、生活習慣病の重症化予防や要介護状態に至ることを予防する。

かかりつけ医との連携については八幡浜医師会を通じて周知するとともに、対象者のかかりつけ医へ個別訪問を行い、改めて説明と協力依頼を行う。

- (3) ポピュレーションアプローチについて

対象者

- ・ 高齢者の通いの場における介護予防教室参加者
- ・ 糖尿病と高血圧を併せ持つ重症化リスクの高い者

実施内容

次の内容をテーマに保健師や外部講師を招き健康教育を実施する。

- ① 口腔機能維持・向上
- ② 生活習慣病予防（糖尿病・高血圧）
- ③ フレイル予防
- ④ 心の健康づくり
- ⑤ 栄養

3. 個別事業計画の見直し

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

事業評価指標の追加

- 特定健診受診者のうちHbA1c8.0以上の未治療者へのアプローチ

「HbA1c8.0以上のうち未治療者割合の減少」

	平成31年度 (基準値)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (最終評価値)
未治療者割合	11.10%	未治療者割合10%未満			

(2) がん検診

事業評価指標の追加

- 「5つのがんの平均値の向上」

	平成31年度 (基準値)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (最終評価値)
平均値	7.3%	8.3%	9.3%	10.3%	11.3%

事業評価指標の見直し

- 「がん検診受診率の向上」

母数算出方法が変更されたことに伴い、目標指標を以下のとおり変更する。

	平成31年度 (実績値)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (最終評価値)
胃がん	5.7%	6.7%	7.7%	8.7%	9.7%
肺がん	9.3%	10.3%	11.3%	12.3%	13.3%
大腸がん	9.7%	10.7%	11.7%	12.7%	13.7%
子宮頸がん	5.3%	6.3%	7.3%	8.3%	9.3%
乳がん	6.4%	7.4%	8.4%	9.4%	10.4%

(3) 歯周病健診の実施

目的

- ① 高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防する。
- ② 糖尿病の早期発見・早期治療につなげる。

ストラクチャー（構造）

➤ 事業実施

衛生部門（保健センター）

➤ 医療機関との連携

検診は八幡浜市歯科医師会及び西宇和歯科医師会へ委託し実施する。

実施歯科医院は要精検の判定結果が出た受診者に対しては精検を行い、「歯周病検診精密検査依頼兼結果報告書」を保健センターへ提出する。

プロセス（実施内容）

➤ 対象者

市内に居住地を有する 40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳、70 歳の者

➤ 検診内容

問診、口腔内検査、結果の判定、結果説明および判定に基づく指導

➤ 実施方法と内容

- ① 市内の歯科医院における個別検診。
- ② 当該年度につき 1 回の受診が可能。
- ③ 検診にて糖尿病が疑われる者および希望者に対して血糖検査を実施。
- ④ 実施歯科医院は要精検の判定結果が出た受診者に対して精検を行う。

➤ 事業周知

- ① 対象者へ受診券を個別送付する
- ② 市広報および市ホームページへ掲載
- ③ 集団健診受診者へのチラシ配布
- ④ 市職員への周知（庁内掲示板への掲載）

アウトプット（事業実施量）

➤ 歯科検診受診率

	平成 31 年度 (基準値)	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度 (最終評価値)
歯科検診受診率	6.8%	前年度受診率を下回らない			

➤ 歯科検診精密検査受診率

	平成 31 年度 (基準値)	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度 (最終評価値)
歯科検診精密検査受診率	66.4%	前年度受診率を下回らない			

アウトカム（結果）

➤ 特定健診質問票における「なんでも嚙んで食べることができる」割合の向上

	平成31年度 (基準値)	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (最終評価値)
「なんでも嚙んで食べることができる」割合	80.7%	81.7%	82.7%	83.7%	84.7%

八幡浜市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

別紙資料

八幡浜市の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた八幡浜市の実態～

図1

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

厚生労働省
「標準的な健診・保健指導プログラム30年度版」図1 改変

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

課題

1 1人あたり 医療費・介護費 H29

	八幡浜市	県平均との差 (20市町)	愛媛県 全国順位
国保	15位 38万円	-1万円	17位 ※1
後期	5位 97万円	2万円	19位 ※2
介護	17位 25万円	-3万円	9位 ※3

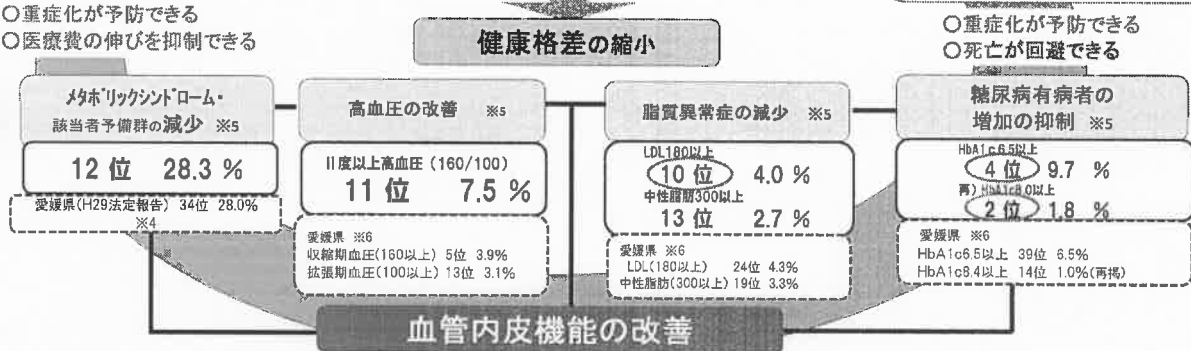
1 データの分析

2 未受診者への
受診勧奨
健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

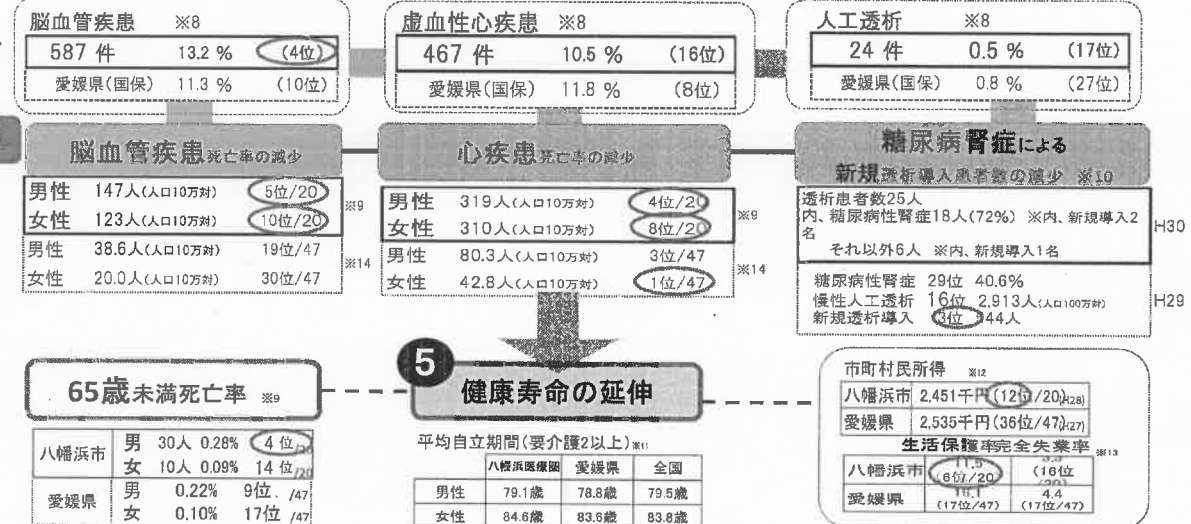
2 特定健診等の実施率 ※4 H30

	八幡浜市		愛媛県 (市町計)	全国
特定健診	12位	35.0%	33.1% (40位/47)	37.9%
特定保健指導	5位	58.8%	35.2% (19位/47)	28.9%
健診も医療も 未受診	40-64歳	65-74歳		
	17.0% 18位	13.0% 8位	12.7%	13.5%

3 短期目標



4 中長期目標



出典
※1 H29国保中央会 国民健康保険の実態
※2 平成29年度後期高齢者医療事業状況報告
※3 H29介護保険事業状況報告より
※4 H30年特定健診・特定保健指導 法定報告結果より
※5 H30特定健診結果より
※6 H28 NDBより
※8 KDBシステム 厚生労働省様式3-1
※9 H28愛媛県保健衛生統計年報
※10 愛媛県の値：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の実態」
※11 KDBシステム 地域の全体像の把握(H30年県計)
※12 「令和元年 愛媛県統計協会 統計からみた市町のすがた」より
(愛媛県値は「内閣府県民経済計算」よりH27)
※13 「令和元年 愛媛県統計協会 統計からみた市町のすがた」より
(愛媛県値は「厚生労働省社会援護局保護課 被保護調査」より)
※14 厚生労働省 人口動態統計特殊報告(年齢別死亡率)

表1.

関連計画等	八幡浜市の健康課題	事業名	課題を解決するための目標	実績		目標				データの把握方法	
				初期値	中間評価値	中間目標					最終評価値
				H28	H31	H31	R2	R3	R4		R5
特定健診 実施計画		特定健診・特定保健指導事業	特定健診受診率の向上	29.0%	35.7%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	法定報告帳票(TKCA001)
			特定保健指導実施率の向上	34.0%	53.4%	46.0%	50.0%	54.0%	58.0%	60.0%	
			特定保健指導対象者の減少(対象者減少率)	17.1%	17.2%	前年比 20%減				H20比 25.0%	
中長期目標	I ①一人当たり医療費増加 II ②[入院]高血圧・脂質異常・心疾患医療費増 III ③被保険者の3割が高額な医療費に繋がる生活習慣病で医療機関を受診しており、総医療費の2割以上にあたる約8億円の医療費がかかっている。新生物による医療費の割合が県・国と比べて高い。 IV ④介護認定者の9割が血管疾患を有し、脳卒中による者が半数	(全体目標)	被保険者一人あたり医療費の伸び率の抑制	0.7%	4.2%	伸び率を抑える				KDBシステム (地域の全体像の把握/健診医療介護データから見る地域の課題/市区町村別データ) KDB二次加工ツール 特定健診結果 KDB二次加工ツール(6年評価ツール) 特定健診結果 KDB二次加工ツール(6年評価ツール) 保健センター 成人保健係 KDBシステム(人工透析一覧) 市民課 国保係 厚生労働省調剤医療費の動向調査	
		重症化予防事業 地域包括ケア事業	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.6%	1.7%	2.4%					2.1%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.7%	1.0%	1.5%					1.3%
			慢性腎不全の総医療費に占める割合の減少	4.5%	1.8%	4.3%					4.0%
			血管疾患による介護保険認定者の割合の減少	94.3%	96.5%	93.4%	93.1%	92.8%	92.5%		92.2%
			健診受診者のHbA1c正常値の者の増加(5.5以下)	45.6%	32.7%	46.5%	46.8%	47.1%	47.4%		47.7%
			健診受診者の血圧正常値の者の増加(130未満)	49.2%	44.0%	50.1%	50.4%	50.7%	51.0%		51.3%
			健診受診者のLDL-C正常値の者の増加(120未満)	48.8%	47.6%	49.7%	50.0%	50.3%	50.6%		50.9%
			糖尿病(HbA1c6.5以上)の未治療者数の減少	49.6%	34.6%	48.1%	47.6%	47.1%	46.6%		46.1%
			高血圧症(1度高血圧以上)の未治療者数の減少	62.3%	56.6%	60.8%	60.3%	59.8%	59.3%		58.8%
脂質異常(LDL-C140以上)の未治療者数の減少	90.9%		91.8%	89.4%	88.9%	88.4%	87.9%	87.4%			
糖尿病の要精検受診率の向上	84.2%	73.1%	86.9%	87.8%	88.7%	89.6%	90.5%	保健センター 成人保健係			
被保険者数における人工透析者数の割合の減少	0.27%	0.20%	0.24%	0.23%	0.22%	0.21%	0.20%	KDBシステム(人工透析一覧)			
HbA1c8.0以上の未治療者割合の減少	-	-	-	11.10%	未治療者割合10%未満			市民課 国保係			
後発医薬品 利用推進事業	後発医薬品の使用割合の向上 [厚労省指定・数量ベース年度平均]	61.8%	75.5%	70.0%	72.5%	75.0%	77.5%	80.0%	厚生労働省調剤医療費の動向調査		
短期目標	⑤男女ともに特に血圧の有所見者が多い。血圧・LDLの有所見者は医療機関未受診が目立つ。未治療で正常値の者の割合を増やしていくことが重要。 ⑥週3回以上食後に間食している者が多く、1回30分以上の運動習慣があるという回答が少ない。 ⑦健診受診率が低い。医療機関・健診未受診の被保険者の健康状態が把握できていない。	がん検診事業	胃がん検診受診率の向上	9.8%	5.7%	12.8%	6.7%	7.7%	8.7%	9.7%	保健センター 成人保健係
			肺がん検診受診率の向上	13.5%	9.3%	16.5%	10.3%	11.3%	12.3%	13.3%	
			大腸がん検診受診率の向上	15.0%	9.7%	18.0%	10.7%	11.7%	12.7%	13.7%	
			子宮頸がん検診受診率の向上	15.5%	5.3%	18.5%	6.3%	7.3%	8.3%	9.3%	
			乳がん検診受診率の向上	18.3%	6.4%	21.3%	7.4%	8.4%	9.4%	10.4%	
			5つのがんの平均値の向上	-	7.3%	-	8.3%	9.3%	10.3%	11.3%	
			胃がん検診精密検査受診率の向上	90.8%	81.8%	前年比増					
			肺がん検診精密検査受診率の向上	87.9%	70.0%	前年比増					
			大腸がん検診精密検査受診率の向上	85.2%	84.5%	前年比増					
			子宮頸がん検診精密検査受診率の向上	100%	75.0%	前年比増					
乳がん検診精密検査受診率の向上	100%	85.7%	前年比増								
歯周病検診事業	歯周病検診受診率	-	6.8%	-	前年度受診率を下回らない						
	歯周病検診精密検査受診率	-	66.4%	-	前年度受診率を下回らない						
	特定健診質問票「なんでも噛んで食べる」回答者の割合	-	80.7%	-	81.7%	82.7%	83.7%	84.7%	KDBシステムより(質問票調査の経年比較)		
多受診・重複 脂質者対策事業	訪問保健指導の実施(実施率)	90.0%	50.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	市民課 国保係		
健康ポイント事業	アンケートで健康意識または日常生活に変化があったと回答する者の割合	未実施	97.5%	100.0%							

※平成31年度がん検診事業の(精密検査受診率の向上)はR1.8速報値。

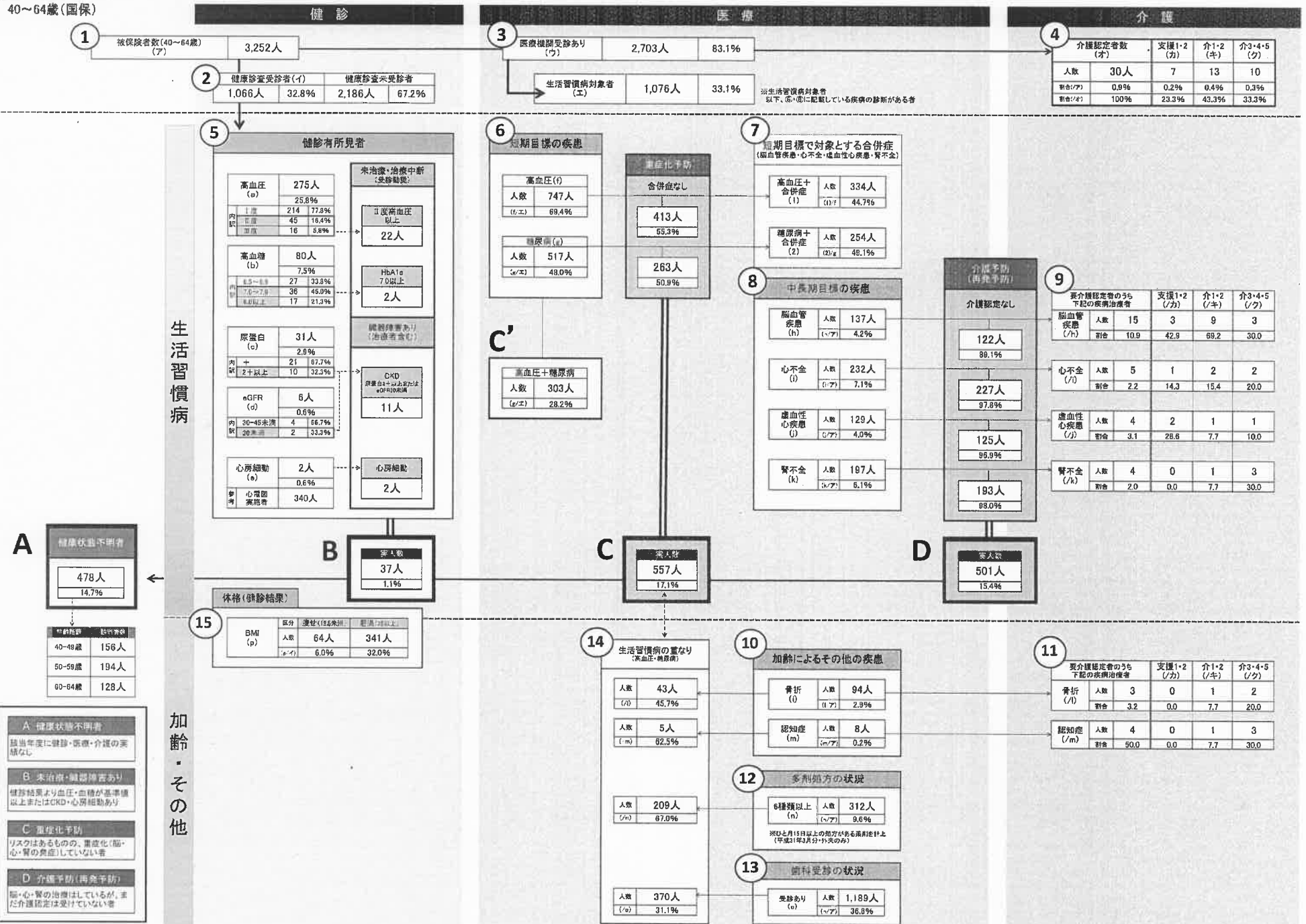
課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①プロセス(実践の過程)	②アウトプット(事業実施量)	③アウトカム(結果)	④ストラクチャー(構造)	
<p>課題</p> <p>PDCAサイクルに沿った確実な計画運用</p> <p>①担当者の業務を明確化、標準化する。 ②担当者が異動する際には、経過等を含めた確実な引き継ぎを行えるよう体制を整備する。</p> <p>八幡浜市の健康課題</p> <p>①一人あたり医療費増加 ②[入院]高血圧・脂質異常・心疾患医療費増 ③被保険者の3割が高額な医療費に繋がる生活習慣病で医療機関を受診しており、総医療費の2割以上にあたる約8億円の医療費がかかっている。新生物による医療費の割合が県・国と比べて高い。</p> <p>④介護認定者の9割が血管疾患を有し、脳卒中による者が半数 ⑤男女ともに特に血圧の有所見者が多い。血圧・LDLの有所見者は医療機関未受診が目立つ。未治療で正常値の者の割合を増やしていくことが重要。 ⑥週3回以上食後に間食している者が多く、1回30分以上の運動習慣があるという回答が少ない。</p> <p>⑦健診受診率が低い。医療機関・健診未受診の被保険者の健康状態が把握できていない。</p> <p>中間目標</p> <p>特定健診・特定保健指導</p> <p>特定健診受診率40%、特定保健指導実施率46%、特定保健指導対象者の減少</p> <p>中長期目標</p> <p>I：被保険者一人あたり医療費の伸び率の抑制 II：脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少、虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少、慢性腎不全の総医療費に占める割合の減少 III：血管疾患による介護保険認定者の割合の減少 IV：健診受診者のHbA1c正常値(5.5以下)の者の増加、健診受診者の血圧正常値(130未満)の者の増加、健診受診者のLDL-C正常値(120未満)の者の増加</p> <p>短期目標</p> <p>糖尿病(HbA1c6.5以上)の未治療者数の減少、高血圧症(1度高血圧以上)の未治療者数の減少、脂質異常(LDL-C140以上)の未治療者数の減少、糖尿病の要精検受診率の向上、糖尿病要精検受診率の古城、被保険者数における人工透析者数の割合の減少、後発医薬品の使用割合の向上、がん検診受診率の向上、がん検診要精検受診率の向上</p>	<p>計画運用</p> <p>平成30年3月、国保部局(市民課国保係)が中心となってデータヘルス計画を策定。以降、年度ごとに国保部局と衛生部局(保健センター)が共同でデータ分析および実績評価を行い、高齢者医療部局(市民課高齢者医療係・地域包括支援センター)へ確認の上、国保運営協議会において報告を行っている。</p> <p>都道府県との連携</p> <p>愛媛県八幡浜保健所と「健康づくり実践ワーキングチーム会議」を実施しており、八幡浜市の現状分析と課題設定の共有、当該年度の重点課題の共有、効果的な実施に向けた取り組みについて意見交換を行っている。</p> <p>医療関係者との連携</p> <p>データヘルス計画の策定・評価・見直しの際には、八幡浜医師会会長をはじめとした医療関係者を委員とする八幡浜市国保運営協議会において意見の集約を行っている。 ※医療関係者：八幡浜医師会、八幡浜歯科医師会、愛媛県薬剤師会</p> <p>外部有識者との連携</p> <p>毎年「支援・評価委員会」を通じて外部有識者からの助言を受けている。</p>	<p>中長期目標</p> <p>I. 被保険者一人あたり医療費の伸び率 平成28年度 0.7% → 平成31年度 4.2%</p> <p>II. 脳血管疾患の総医療費に占める割合 平成28年度 2.56% → 平成31年度 1.69%</p> <p>II. 虚血性心疾患の総医療費に占める割合 平成28年度 1.67% → 平成31年度 1.02%</p> <p>II. 慢性腎不全の総利用費に占める割合 (透析あり) 平成28年度 4.23% → 平成31年度 1.59% (透析なし) 平成28年度 0.24% → 平成31年度 0.22%</p> <p>III. 血管疾患による介護保険認定者の割合の減少 平成28年度 94.3% → 平成31年度 96.5%</p> <p>IV. 健診受診者のうちHbA1c正常値の者の割合 平成28年度 45.6% → 平成31年度 32.7% ※HbA1c正常値：HbA1c5.5以下</p> <p>IV. 健診受診者のうち血圧正常値の者の割合 平成28年度 49.2% → 平成31年度 44.0% ※血圧正常値：収縮期血圧130未満</p> <p>健診受診者のうちLDL-C正常値の者の割合 平成28年度 48.8% → 平成31年度 47.6% ※LCL-C正常値：LDL-C120未満</p>	<p>事業実施者</p> <p>国保部局(市民課国保係) 保健事業担当1名を含む国保係8人(内臨時職員2人)、国保係専属保健師2人。 衛生部局(保健センター) 保健師6人、管理栄養士1人</p>	<p>◆一人あたり医療費の伸び率の抑制</p>	
全 体					

課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①プロセス(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)	
特定健診・特定保健指導					
	<p style="text-align: center;">特定健診</p> <p>健診の実施 ●集団健診：年間約50回実施 ●個別健診：実施医療機関で随時実施</p> <p>事業周知 市広報へ「健康カレンダー」折込み市内全戸配布。 対象の被保険者全員へ案内と申込はがきを送付。 市ホームページへ健診案内を掲載。</p> <p>未受診者対策 民間業者へ委託し、個々の未受診者の特性に合わせた受診勧奨通知を発送。</p> <p>医療機関との連携 みなし健診の実施 かかりつけ医から対象者への受診勧奨</p> <p style="text-align: center;">特定保健指導</p> <p>健診結果より、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年版）」に基づき保健指導対象者を抽出する。対象者の特性に応じた行動変容を促す保健指導を個別支援で行う。行動目標や計画の策定、健診結果によって必要に応じた医療機関の受診勧奨をする。</p>	<p style="text-align: center;">特定健診受診率</p> <p>平成28年度 29.0% 平成29年度 31.1% 平成30年度 35.0% 平成31年度 35.7% 〔法定報告〕</p> <p style="text-align: center;">特定保健指導実施率</p> <p>平成28年度 34.0% 平成29年度 46.0% 平成30年度 58.8% 平成31年度 53.4% 〔法定報告〕</p>	<p style="text-align: center;">特定保健指導対象者の減少(対象者の減少率)</p> <p>平成28年度 17.1% 平成29年度 15.9% 平成30年度 18.1% 平成31年度 17.2% 〔法定報告〕</p> <p style="text-align: center;">糖尿病(HbA1c6.5以上)未治療者率の減少</p> <p>平成28年度 49.6% 平成29年度 29.8% 平成30年度 32.2% 平成31年度 34.6% 〔保健指導ツール「6か年評価ツール」より〕</p> <p style="text-align: center;">高血圧症(I度高血圧以上)未治療者率の減少</p> <p>平成28年度 62.3% 平成29年度 57.0% 平成30年度 60.0% 平成31年度 56.6% 〔保健指導ツール「6か年評価ツール」より〕</p> <p style="text-align: center;">脂質異常症(LDL-C140以上)未治療者率の減少</p> <p>平成28年度 90.9% 平成29年度 90.3% 平成30年度 90.2% 平成31年度 91.8% 〔保健指導ツール「6か年評価ツール」より〕</p>	<p style="text-align: center;">事業実施者</p> <p>国保部局（市民課国保係） 衛生部局（保健センター）</p> <p style="text-align: center;">事業分担</p> <p>特定健診 国保部局（市民課国保係） 衛生部局（保健センター） ※集団健診においても連携</p> <p>特定保健指導 衛生部局（保健センター）</p> <p style="text-align: center;">受診しやすい健診体制の整備</p> <p>●はがき、電話申込に加え、令和元年度からはパソコンやスマートフォンを利用したWeb予約を導 ●土曜健診・女性限定レディース健診・39歳以下を対象とした若年者健診を実施 ●平成31年度より特定健診費用を無償化</p>	<p>◆特定健診受診率の向上 受診率が低い年代や、地区へのアプローチ</p> <p>◆新型コロナウイルス感染防止対策および受診控えへの対応。 定員削減や三密防止等の対策を行っているが、令和2年度の受診率が低迷していることから受診控えの傾向が見られる。 ※令和2年度受診率速報 26.2%（令和3年1月請求分より）</p>

課題・目標	評価（良くなったところ）				⑤残っている課題
	①プロセス(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)	
糖尿病性腎症重症化予防(ハイリスクアプローチ)					
<p>受診勧奨</p> <p>特定健診結果データやレセプトデータに基づく医療機関未治療者や治療中断者への受診勧奨</p>	<p>受診勧奨実施率</p> <p>平成29年度 81.0% 平成30年度 100% 平成31年度 100% 〔愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム中間報告会報告資料〕</p>	<p>受診勧奨を実施した対象者の医療機関受診率</p> <p>平成29年度 94.1% 平成30年度 43.3% 平成31年度 34.4% 〔愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム中間報告会報告資料より〕</p>	<p>事業実施者</p> <p><u>衛生部局（保健センター）</u> 保健師6人、管理栄養士1人、看護師4人 <u>国保部局（市民課国保係）</u> 保健事業担当者1人、国保係専属保健師2人</p>	<p>◆受診勧奨対象者及び要精検該当者の医療機関受診率の向上</p>	
<p>保健指導</p> <p>①特定健診受診者に対するかかりつけ医と連携した保健指導（平成29年度より実施） ②腎機能低下速度が著しい透析導入ハイリスク者に対する医療と地域の連携による保健指導</p>	<p>保健指導②の実施率</p> <p>平成28年度 100% 平成29年度 100% 平成30年度 100% 平成31年度 100% 〔保健センター台帳管理〕</p>	<p>糖尿病（HbA1c6.5以上）未治療者率の減少</p> <p>平成28年度 49.6% 平成29年度 29.8% 平成30年度 32.2% 平成31年度 34.6% 〔保健指導ツール「6か年評価ツール」より〕</p>	<p>事業分担</p> <p>受診勧奨及び保健指導①は保健センター保健師が実施。 保健指導②は国民健康保険被保険者に対しては国保係保健師が、その他の対象者については保健センターの保健師・看護師・管理栄養士がそれぞれ実施する。</p>		
		<p>糖尿病要精検該当者の医療機関受診率90%達成</p> <p>平成28年度 84.2% 平成29年度 87.1% 平成30年度 81.5% 平成31年度 73.1% 〔保健センター台帳管理〕</p>			
		<p>受診勧奨及び保健指導①のHbA1c等の改善率</p> <p>平成29年度 48.1% 平成30年度 35.6% 〔翌年度健診結果より〕</p>			
		<p>保健指導②の透析導入者数</p> <p>平成28年度 1人/17人 平成29年度 0人/18人 平成30年度 2人/17人 〔保健センター台帳管理〕</p>			

課題・目標	評価 (良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス(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)	
生活習慣病重症化予防ポピュレーションアプローチ					
	<p>家庭内血圧測定習慣化の推進</p> <p>健診結果返し会・市広報・健康に関するイベント(はまぼん健康塾)の機会を利用し、保健師等が日常的な血圧測定の重要性を周知。 特定健診結果にてI度高血圧以上の所見が見られた場合には重点的にアプローチを行う。</p> <p>生活習慣改善実行の支援</p> <p>健診結果返し会・健康相談・健康に関するイベント(はまぼん健康塾)の機会を利用し、保健師等が健康的な生活習慣に関する適切な知識の周知。 健診結果から課題として浮かび上がった「適正体重(肥満対策)」「適正飲酒」「適切な運動習慣の推奨」「適切な食事習慣(間食対策)」について重点的に啓発。</p>	<p>健診結果返し会</p> <p>平成28年度 31回 延1,484人 平成29年度 28回 延1,306人 平成30年度 33回 延1,294人 平成31年度 19回 延783人</p> <p>対象者：集団健診を受診した20歳以上の市民 内容：平成28～30年度は個別保健指導のみ、令和元年度は集団健康教室と個別保健指導</p> <p>出前健康相談</p> <p>平成28年度 37回 延910人 平成29年度 20回 延522人 平成30年度 32回 延530人 平成31年度 20回 延553人</p> <p>対象者：市民 ※令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で集団健康教室や出前健康相談は中止した。</p> <p>はまぼん健康塾</p> <p>●平成28年度 実施回数：5回 参加人数：239人 ●平成29年度 実施回数：5回 参加人数：148人 ●平成30年度 実施回数：5回 参加人数：166人 ●平成31年度 実施回数：4回 参加人数：97人</p> <p>対象者：国民健康保険及び後期高齢者医療保険の被保険者 内容：専門医や薬剤師、保健師等の専門職を講師に招き、健康講話と運動講座を実施。 ※平成28～29年度は民間業者へ事業委託。</p>	<p>高血圧症 (I度高血圧以上) 未治療者率の減少</p> <p>平成28年度 62.3% 平成29年度 57.0% 平成30年度 60.0% 平成31年度 56.6% 〔算出根拠：保健指導ツール「6か年評価ツール」〕</p> <p>脂質異常症 (LDL-D140以上) 未治療者率の減少</p> <p>平成28年度 90.9% 平成29年度 90.3% 平成30年度 90.2% 平成31年度 91.8% 〔算出根拠：保健指導ツール「6か年評価ツール」〕</p> <p>問診票の「運動」項目の改善</p> <p>1回30分以上の運動を週2回以上かつ1年以上していない 平成28年度 65.7% → 平成31年度 62.3%</p> <p>日常生活で歩行程度の活動を1日1時間以上していない 平成28年度 34.8% → 平成31年度 38.2% 〔保健指導ツール「6か年評価ツール」〕</p> <p>問診票の「飲酒」項目の改善</p> <p>飲酒の頻度</p> <p>●毎日飲酒 平成28年度 23.9% → 平成31年度 22.8%</p> <p>●時々飲酒 平成28年度 22.2% → 平成31年度 25.8%</p> <p>1日あたりの飲酒量</p> <p>●1合未満 平成28年度 69.5% → 平成31年度 62.6%</p> <p>●1合～2合 平成28年度 21.0% → 平成31年度 26.2%</p> <p>●2合～3合 平成28年度 7.3% → 平成31年度 7.9%</p> <p>●3合以上 平成28年度 2.2% → 平成31年度 3.3% 〔保健指導ツール「6か年評価ツール」〕</p>	<p>事業実施者</p> <p>衛生部局 (保健センター) 保健師6人、管理栄養士3人 国保部局 (市民課国保係) 保険事業担当1人を含む国保係8人(内臨時職員2人)</p> <p>事業分担</p> <p>衛生部局 (保健センター) 健診結果返し会、健康相談、はまぼん健康塾(講師)等 国保部局 (市民課国保係) はまぼん健康塾</p>	<p>◆運動習慣の改善 定期的な運動習慣は改善が見られたものの、日常生活における活動の項目では悪化した結果と</p> <p>◆飲酒習慣の改善 飲酒頻度は改善が見られたものの、1日あたりの飲酒量が増加したことにより、飲酒習慣としては悪</p> <p>◆健康意識が低い受診者へのアプローチ 「はまぼん健康塾」の参加者を分析したところ、健康意識が高い者へのフォローアップとしては充分機能している一方で、健康意識が低い者へのフォローアップとしては不十分な側面がみられた。</p> <p>◆コロナ禍における事業実施</p>

40~64歳(国保)

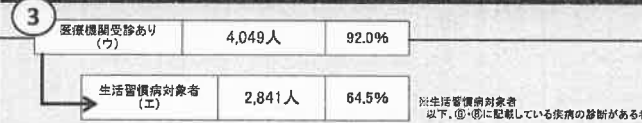


65~74歳(国保)

健診

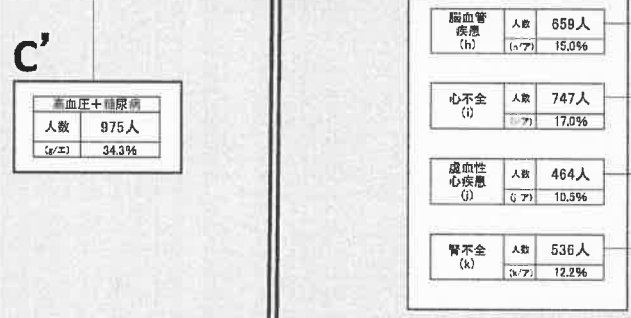
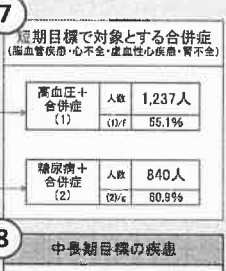
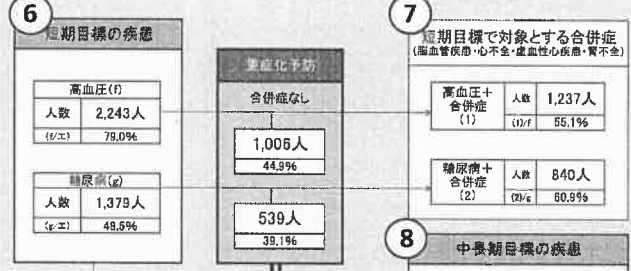
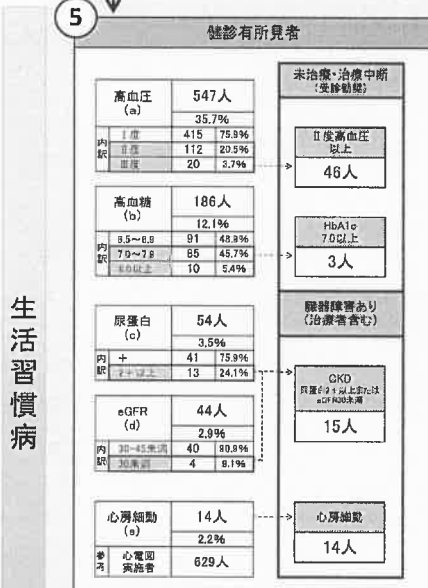
医療

介護



4 介護認定者数(オ)

人数	147人	支援1・2(カ)	35	介1・2(キ)	73	介3・4・5(ク)	39
割合(ア)	3.3%	0.8%	1.7%	0.8%			
割合(オ)	100%	23.8%	49.7%	26.5%			

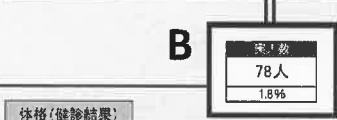
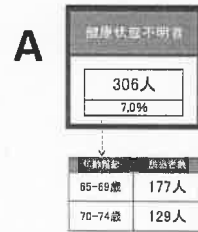


9 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

脳血管疾患(h)	人数 87	割合 13.2	支援1・2(カ) 19	介1・2(キ) 41	介3・4・5(ク) 27
心不全(i)	人数 44	割合 5.9	支援1・2(カ) 6	介1・2(キ) 25	介3・4・5(ク) 13
虚血性心疾患(j)	人数 16	割合 3.4	支援1・2(カ) 4	介1・2(キ) 6	介3・4・5(ク) 6
腎不全(k)	人数 21	割合 3.9	支援1・2(カ) 5	介1・2(キ) 11	介3・4・5(ク) 5

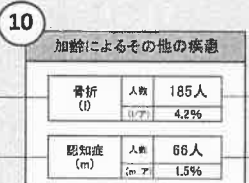
生活習慣病

加齢・その他



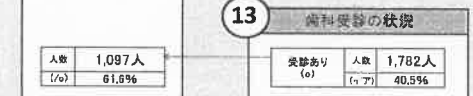
15 体格(健診結果)

BMI(n)	区分	人数	割合
(n)	健康(18.5未満)	103人	8.7%
	肥満(25以上)	359人	23.4%



11 要介護認定者のうち下記の疾病治療者

骨折(l)	人数 17	割合 9.2	支援1・2(カ) 3	介1・2(キ) 11	介3・4・5(ク) 3
認知症(m)	人数 44	割合 66.7	支援1・2(カ) 3	介1・2(キ) 25	介3・4・5(ク) 16



- A 健康状態不明者
該当年度に健診・医療・介護の実績なし
- B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり
- C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の疾患)していない者
- D 介護予防(再発予防)
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

【庁内実施体制フロー図】

