

松野町

第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）

中間評価

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	1
2	計画の基本的な考え方	1
3	松野町の健康課題	1

第2章 中間評価にあたって

1	中間評価の方法	4
2	中間評価の総括	4

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	5
2	ストラクチャー、プロセス評価	5
3	主な個別事業の評価と課題	8

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	9
2	特定健診の実施	9
3	特定保健指導の実施	9

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	10
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」	13

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を図ることを目的とし、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、「松野町第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（平成16年厚生労働省告示第307号）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「松野町第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35年度（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、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）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を行うものです。

なお、計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、「えひめ健康づくり21」や「森の国まつの健康づくり計画（第3次）」、「第3期愛媛県医療費適正化計画」、「松野町第8期介護保険事業計画」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 松野町の健康課題

松野町の1人あたり医療費の県内順位を見ると、後期の医療費順位よりも国保の医療費順位の方が高く、県内でも国保は上位に位置しています。介護費についても、高齢化率が高いという特徴もあり上位にあります（図1）。

平成30年度における特定健診受診率は52.5%で県内2位ですが、特定保健指導実施率は変動が大きく、43.2%と県内12位となっています。

短期目標として、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、Ⅱ度以上高血圧の割合、脂質異常症の割合、糖尿病有病者増加の抑制など、それぞれの項目の割合の減少を掲げていますが、4項目すべて上位にあり、脳血管疾患、心疾患、人工透析などの重症化に移行しないよう、短期目標の4項目で生活改善や受診の有無、必要に応じて受診勧奨などの早期介入に取り組むことが重要です。

(図1) 松野町の健康課題

松野町の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた松野町の実態～

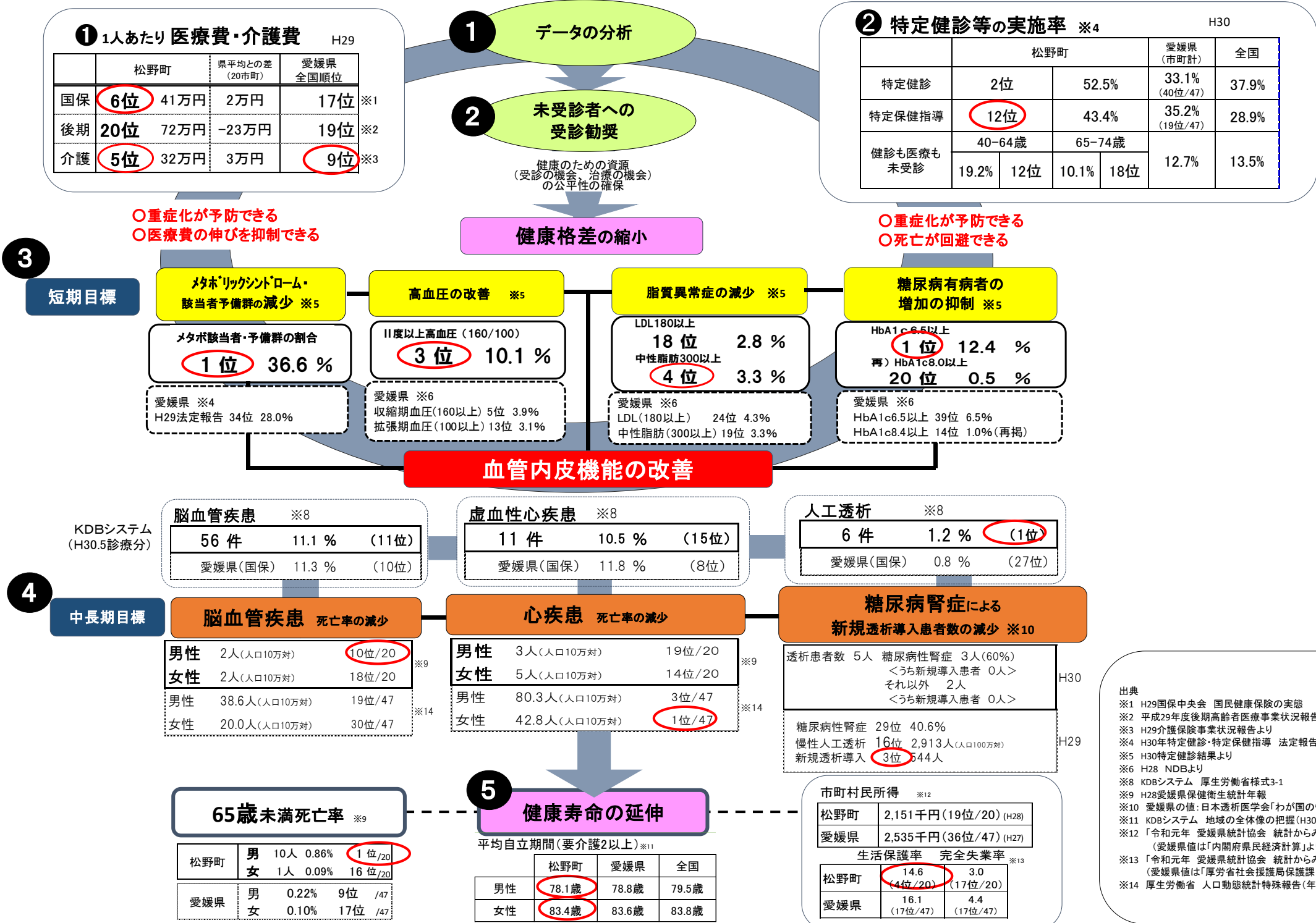
特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

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

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

・・・松野町の課題



平成28年度と令和元年度の医療費の割合を見ると、総医療費、1人あたりの医療費は増加していますが、中長期目標である「慢性腎不全」「脳血管疾患」「心疾患」の医療費割合は下がっています（表1）。また、短期目標である「糖尿病」は医療費割合が増加していますが、これは外来治療が増えたことが考えられます。

松野町では、介護が必要となる原因として、脳血管疾患はどの介護度でも大きな割合を占めていることがわかります（表2）。このことから介護が必要な状態にならないために、短期目標項目の「メタボリックシンドローム該当者・予備群」「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」について、介入していくことが必要となります。

（表1）医療費の割合

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成28年度と令和元年度との比較）

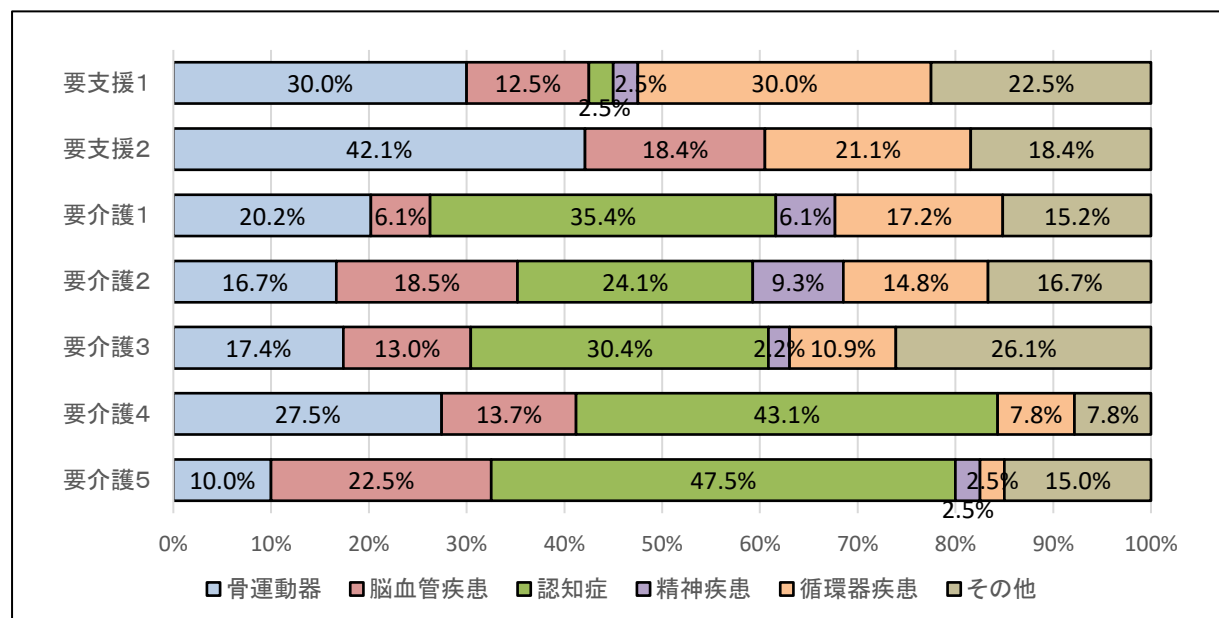
同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
				同規模	県内												
H28	松野町	430,993,030	29,307	90位	8位	7.18%	0.70%	3.92%	1.49%	4.62%	5.07%	2.07%	107,994,580	25.06%	13.53%	13.63%	7.07%
R1		460,222,350	35,464	36位	1位	3.14%	0.51%	1.98%	1.12%	7.04%	3.71%	1.60%	87,936,340	19.11%	12.75%	13.81%	7.56%
R1	愛媛県	114,865,800,500	30,350	--	--	3.84%	0.29%	2.49%	1.68%	5.49%	3.51%	2.37%	22,588,915,240	19.67%	16.26%	8.69%	9.93%
	国	9,546,054,012,590	26,225	--	--	4.45%	0.31%	2.11%	1.69%	5.41%	3.52%	2.58%	1,915,570,779,320	20.07%	15.99%	7.98%	8.79%

最大医療費源傷病（調剤含む）による分類結果

◆「最大医療費源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

（資料：KDB 帳票No.3「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」）

（表2）介護が必要となる原因（要介護度別）



（資料：令和2年7月 介護認定者結果集計）

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目標、短期目標等の進捗状況
・・・・・・・・・・「目標管理一覧」(図2)
- (2) 中長期目標、短期目標に対するストラクチャー、プロセス評価を記載
・・・・・・・・・・「評価様式」(表3)
- (3) 評価結果及び努力支援制度の評価指標を踏まえ、目標項目の修正、目標値の見直しを検討
・・・・・・・・・・「目標管理一覧」の見直し(図3)
- (4) 個別保健事業のうち主要なもの(未受診者対策、特定保健指導、糖尿病性腎症等重症化予防など)の進捗状況の把握、課題の検討、見直し
課題解決や情勢等を踏まえた、新たな事業等の検討
・・・・・・・・・・「個別の保健事業計画」

2 中間評価の総括

(1) 追加・変更項目

「目標管理一覧」について、努力支援制度に加わった指標を追加します。

- ア 健診受診者の、HbA1c 8.0以上の未治療者の割合の減少
- イ 5つのがん検診の平均受診率増加
- ウ 歯科健診(歯周疾患検診等)の受診率増加
- エ ウォーキングマップを活用した「やる気サポートプラン」の参加者増加
- オ 愛媛県が開発した「健康アプリ」の登録者数増加

(2) 評価指標の「改善」または「変わらない」になった項目

- ア 脳血管疾患の総医療費に占める割合
H28年度3.9% → R1年度2.0%に減少
- イ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合
H28年度1.5% → R1年度1.0%に減少
- ウ 糖尿病性腎症による新規透析導入者
H29年度3人 → R1年度0人に

(3) 評価指標の「悪化」になった項目

- ア メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合
H28年度29.8% → R1年度32.3%に増加

イ 健診受診者のⅡ度以上高血圧者の割合

H28年度5.0% → R1年度10.4%に増加

ウ 健診受診者のLDL140以上者の割合

H28年度21.2% → R1年度24.8%に増加

エ 健診受診者のHbA1c6.5以上者の割合

H28年度11.3% → R1年度12.6%に増加

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

第2期保健事業計画（データヘルス計画）策定時に、「目標管理一覧表」を作成し、事業の進捗状況を管理しています（図2）。

特定健診については、平成30年度に県のヘルスアップサポート事業を利用して受診勧奨事業を行いました。個別健診での受診者が増加して受診率も増加したため、一定の効果があったと考えられます。

特定保健指導については、前年度と比較して改善がみられるにも関わらず、再度指導対象となることで意欲の低下につながる方も多く、実施率の低下にもつながっています。

メタボ等4項目（メタボリックシンドローム該当者・予備群、高血圧、脂質異常症、糖尿病）については、該当者割合はいずれも増加しました。

ウォーキングマップについては、健康づくり計画に基づいて平成29年度から作成に取組み、町内各地区のオススメコースをイラストにして、希望者に配布しています。

努力支援制度の評価項目である「がん検診受診率」については、平成30年度より集計対象が変わったため受診率が下がり、計画策定時の値と比較ができなくなりました。

2 ストラクチャー、プロセス評価

毎年、保健事業の全体評価を行っています（表3）。

限られたマンパワーの中で事業に取り組んできましたが、令和2年3月以降は新型コロナウイルス感染症予防対策のため、事業実施についても検討を行い、健診結果報告会、糖尿病予防教室「とう・げん・きょう」など、実施の見直しや中止となった事業もあります。

令和3年度以降もマンパワー的に厳しい状態の中、新型コロナウイルス感染症関連へのスタッフの対応がどのくらい占めるのか不透明ですが、小さな自治体だからこそできる「制度の垣根を越えた関わり」を持てるよう、事業の検討実施を進めていきたいと考えます。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値		最終評価値				現状値の把握方法
				平成28年度 (2016年)	平成29年度 (2017年)	平成30年度 (2018年)	令和元年度 (2019年)	令和2年度 (2020年)	令和3年度 (2021年)	令和4年度 (2022年)	令和5年度 (2023年)	
特定 等 計 画 診	特 定 健 診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	48.8%	47.1%	52.5%	52.2%	55.0%	57.0%	57.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
				50.0%	60.0%	43.4%	43.1%	55.0%	57.0%	57.0%	60.0%	
データヘルス計画	中 長 期	・メタボリックシンドローム、予備群は男性が多い ・非肥満高血糖者が、県・同規模・全国に比べて多い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	9.8%	7.4%	13.0%	11.8%				25.0%	KDBシステム
				3.9%			2.0%				3.7%	
				1.5%			1.1%				1.4%	
				3人			0人				0人	
				29.8%			32.3%				25.0%	
	短 期	・健診結果から「受診勧奨値」だと説明しても、なかなか受診につながらない ・一人当たりの医療費の増加	メタボリックシンドローム・予備群の割合25% 健診受診者の高血圧者の割合減少5% (160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少5% (LDL140以上) 健診受診者の糖尿病者の割合減少5% (HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50% 糖尿病の保健指導を実施した割合10%以上	5.0%			10.4%				4.7%	KDBシステム 第2期保健事業 等実施計画 (データヘルス計画)
				20.9%			24.8%				19.5%	
				11.3%			12.6%				10.7%	
							78.9%				50.0%	
							90.4%				10.0%	
保険者努力支援制度	・運動習慣のない人が多い ・男性の、胃がんと肺がんによる死亡率が国と比較して高い(H20～24年SMR値) ・がん検診受診率の停滞	自分の健康づくりに関心を持ち、運動する住民が増える がんの早期発見、早期治療へつながるよう、がん検診受診率の増加 がん検診受診率の停滞	ウォーキングマップの利用者 がん検診受診率 胃がん検診 40%以上 肺がん検診 40%以上 大腸がん検診 40%以上 子宮頸がん検診 50%以上 乳がん検診 50%以上 後発医薬品の使用割合80%以上	0.0%			1.2%				10.0%	森の国まつの健康づくり計画 地域保健事業報告 (平成30年度より、集計対象者が変更)
				14.9%			10.4%	40.0%			40.0%	
				39.4%			15.2%	40.0%			40.0%	
				31.0%			19.5%	40.0%			40.0%	
				31.8%			27.4%	50.0%			50.0%	
				48.7%			20.4%	50.0%			50.0%	
特定 等 計 画 診	特 定 健 診	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	74.8%			82.6%				80.0%	厚生労働省公表結果

(表 3)「全体評価表」

令和3年度に向けての全体評価

令和2年度課題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題																							
	①やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	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)																								
目 標	全 体																											
【目標】 特定健診受診率 令和2年度 55% 特定保健指導実施率 令和2年度 55%	【地区健診】 安心して受診できるよう、新型コロナ感染症対策 をできる限り実施し、周知を行った。			【地区業務分担制】 ・すべてのライフステージ に対応するため、最低限の 業務しかできない。 【事務の複雑化】 保健事業に伴う事務も 各々持っている。 (R2度は、特にコロナ感染 症対策への対応)	・マンパワー不足 保健師1名定年退職、採用なし。 保健部門は、保健師1名、管理 栄養士1名、事務職1名体制。 ・コロナワクチン接種準備、対応 が優先。 ・事業に対する評価手法、評価時 期の検討や時間の確保。																							
課 題	「特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導」「未 受 診 者 対 策」「健 診 個 別 結 果 報 告」																											
【未受診者対策】 健診対象者が900人を切り、1 人の持つ割合が大きくなっている。 ・新規40歳、国保加入者へのア プローチ。	・2月に実施する「受診希望調査」の周知徹底。 ・回覧での受診希望者にも、引き続き対応。 ・健診Web予約システムの構築。 『継続事項』 ・新規40歳への個別通知 (肝炎ウイルス・各がん検診も合わせて) ・職場健診受診者の把握 昨年度、データ提供していただいた方に提供依 頼。 ・個別健診受診勧奨 348通 R2.12月発送	特定健診受診率 <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>48.8%</td><td>47.1%</td><td>52.5%</td><td>52.2%</td></tr></table> 個別健診受診状況 H30 49名→R1 42名 コロナウイルスによる感染が国 内で確認されてから、医療機関で の受診が困難となった。 特定保健指導実施率 <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>50.0%</td><td>60.0%</td><td>43.4%</td><td>43.1%</td></tr></table> 個別健診受診者への保健指導 が困難だった。	H28	H29	H30	R1	48.8%	47.1%	52.5%	52.2%	H28	H29	H30	R1	50.0%	60.0%	43.4%	43.1%	【R2.12月末現在】 ・個別健診受診 7名 ・職場健診等データ 把握数 2名 メタボ該当者減少率 <table><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>15.5%</td><td>19.5%</td><td>23.8%</td><td>22.5%</td></tr></table> 前年度の該当者からの減少。	H28	H29	H30	R1	15.5%	19.5%	23.8%	22.5%	・地区健診は、感染対策の 観点から、保健師・管理栄 養士・事務職計4名全員で 対応。 ・特定保健指導は、管理栄 養士(雇上げ1名)、地区保 健師、町管理栄養士で実施。
H28	H29	H30	R1																									
48.8%	47.1%	52.5%	52.2%																									
H28	H29	H30	R1																									
50.0%	60.0%	43.4%	43.1%																									
H28	H29	H30	R1																									
15.5%	19.5%	23.8%	22.5%																									
【重症化予防対策】 ・健診受診者のHbA1cの高値者 への保健指導のあり方検討。 ・コントロール不良者の健診後の 関わり。 ・糖尿病予防教室の開催 【医療との連携】 ・町国保診療所との定期的な連 絡会の開催。 ・町の健康課題の情報提供。 ・糖尿病予防教室の協力依頼。	・健診結果が届いたら、地区担当保健師がチェッ クし、指導内容や優先順位をつける。 ・事前カンファレンスで情報共有し、重症化予防事 業対象者、訪問の必要性の高い方は訪問して説 明。 【報告会事後訪問の基準化(治療者も含む)】 ・高血圧Ⅱ度以上 R1 対象43名 ・HbA1c7.0%以上 R1 対象27名 ・高血圧Ⅱ度以上の割合(健診受診者) <table><tr><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>6.2%</td><td>4.9%</td><td>5.0%</td><td>6.2%</td><td>9.9%</td><td>10.2%</td></tr></table>	H26	H27	H28	H29	H30	R1	6.2%	4.9%	5.0%	6.2%	9.9%	10.2%	・健診結果報告会 → コロナ感染症予防対策のため訪問対象者を絞り、結果説明を記入して郵送 訪問者 国保 119名 後期 69名 社保等 9名 家族等説明 17名 郵送者 国保 231名 後期 201名 社保等 42名 報告会の実施、郵送による結果説明のメリット、デメリットがそれぞれ見えてきた。 ・人員不足、コロナ感染症対策のため、事後訪問未実施。 訪問対象を絞って、結果説明を行った。 かかりつけ医のある方は定期受診され、家庭血圧の記録を見ても正常範囲の方が多い。 未受診者・未治療者で健診時のみ極端に上がる方は、引き続き家庭血圧測定を継続していくよう説明。 血糖値高値の方は、未治療の方を重点的に受診勧奨。	・郵送時に個人に合わせてコメン ト記入したが、住民の生活が見え ない中での保健指導は難しいと 感じた。 ・プライバシーの配慮はしていた が、報告会だと、周囲に聞かれる のがイヤだったとの声も聞かれた。 → マンパワーも限られるため、 事業の見直しをしていく。 ・同じ住民という視点で一体的に 関わりを持てるよう、国保・後期・ 社保等、制度の垣根を越えた関 わりを持つ。													
H26	H27	H28	H29	H30	R1																							
6.2%	4.9%	5.0%	6.2%	9.9%	10.2%																							
重 症 化 予 防 対 策																												
	・県のパログラムに基づき、宇和島市・鬼北町と同 じ内容で、宇和島医師会に協力を依頼して実施。 ・糖尿病だけでなく、生活習慣に起因する疾患に についても、事業の対象とした。 ・健診結果から、事業の対象となる方に結果説明 と事業の内容について説明。 ・レセプトデータからも、糖尿病治療中断者を抽出 して状況確認を行っていく。	・事業対象 7名 全員訪問で受診勧奨 ・事業同意なし 2名 ・がん治療優先 1名 ・受診確認 2名 (治療開始 1名:KDB確認) ・医療機関未受診者 2名 (再勧奨実施済)	・糖尿病未治療率(外来医療費の増加) <table><tr><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>38.5%</td><td>43.8%</td><td>45.0%</td><td>32.3%</td><td>27.9%</td><td>33.3%</td></tr></table> ・血圧Ⅱ度以上未治療率(外来医療費の増加) <table><tr><th>H26</th><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>4.7%</td><td>6.3%</td><td>5.5%</td><td>6.9%</td><td>8.7%</td><td>11.7%</td></tr></table> 経過観察での受診も含め、家庭血圧の継続を勧める。 ・新規透析患者 2名(国保加入者) 現在の人工透析者数(糖尿病性以外も含む) 国保4 後期9(R4) 社保2 生保1 計16名 ※R:前期高齢者	H26	H27	H28	H29	H30	R1	38.5%	43.8%	45.0%	32.3%	27.9%	33.3%	H26	H27	H28	H29	H30	R1	4.7%	6.3%	5.5%	6.9%	8.7%	11.7%	・特定保健指導と重症化予防の 支援対象が重なっている。 ・対象になっても、医療機関を受 診しない。 →再勧奨実施しても未受診。 ・本人が指導を希望しない。 ・連絡票が医療機関から帰ってこ ない。 →KDBで受診確認。 ・なぜ指導を希望しないのか、医 療機関を受診をしないのか、理由 の確認が必要。 ・糖尿病連携手帳の活用が十分 ではない。
H26	H27	H28	H29	H30	R1																							
38.5%	43.8%	45.0%	32.3%	27.9%	33.3%																							
H26	H27	H28	H29	H30	R1																							
4.7%	6.3%	5.5%	6.9%	8.7%	11.7%																							
「医 療 と の 連 携」「発 症 予 防：糖 尿 病 予 防 教 室」																												
	【糖尿病予防教室「とう・げん・きょう」】 ・HbA1c5.6%以上未治療者を対象にした、少 人数での糖尿病予防教室の開催。 ・3回1コースで集中的に実施。 ・町国保診療所の協力を得て実施。 ・町国保診療所と保健事業の実施について協議。 1～3月頃に、糖尿病予防教室実施を計画していたが、感染が広がっている時期でもあ ること、また医療機関としてコロナワクチン接種対応もあるため、今年度の事業実施は見 送り。 ・健康づくり計画策定 「森の国健康づくり計画(第3次)」策定における健康づくり推進協議会において、町の健 康課題の解決にむけて、「減糖・減塩」「飲酒」の意見をいただいた。		・R2健診データ改善 (過去3年教室参加者21名 R1健診結果と比較) HbA1c: 0.1%以上改善 9名 前年度結果維持 6名 0.1%以上悪化 6名 悪化された方は、生活の振り返りを確認したり、改善された方は その状態が維持できるよう、健診結果を通してフォローしていく必要 がある。	・感染対策を十分行った上で、今 後の健康づくり教室の開催等につ いても要検討。 ・医師とのグループトークの中で 「気づき」を得ることが、教室の特 長でもあるため、引き続き診療所 に協力を得られるよう、話し合い をしていく。 ・糖尿病、高血圧ともに、未治療 率が増加している。 → かかりつけ医として、町国保 診療所の活用推進。																								

3 主な個別事業の評価と課題

(1) 未受診者対策

集団健診終了後、保健師による訪問や郵送で個別健診受診勧奨を行っています。

平成30年度は、県のヘルスアップサポート事業の受診勧奨事業に参加し、AIを活用して未受診者のタイプを4パターンに振り分けて個人に応じた受診勧奨を行い、受診率は前年比約5%伸びました。

令和元年度は、個別健診受診勧奨後に新型コロナウイルス感染予防対策により、医療機関での受入が制限されるようになったため、個別健診の受診者は前年度に比べて減少しました。

(2) 重症化予防の取組み（糖尿病・高血圧等）

平成30年度より、宇和島市、鬼北町と同様に、宇和島医師会、徳洲会宇和島病院に「糖尿病性腎症等重症化予防事業」について協力依頼を行い、事業を開始しました。

早期治療につながるよう、積極的に受診勧奨をしていましたが、対象となるのが2度目、3度目となると事業同意が得られないことや、保健指導としての連絡票の返信がないなど課題も出てきており、特に連絡票の返信がなかった方に対しては、受診確認を行う必要があります。

また、健診結果報告会の事後訪問についても取組んでいましたが、感染予防対策のため令和2年度は健診結果報告会を中止、また、人員不足もあり報告会の事後訪問も未実施となっています。

今後は、報告会の実施方法等について、健診結果報告会事後訪問と合わせて、事業の見直しを検討していきます。

(3) ポピュレーションアプローチ

ア ウォーキングマップの活用

「森の国まつの健康づくり計画（第2次）」の目標に掲げていたウォーキングマップを、平成29年度から製作を進め、令和元年度で町内全域でのコースマップが完成しました。

令和2年度から全町民を対象に、ウォーキングマップを活用して、3ヶ月間の運動目標を決めて自主的に取組み、その努力を支援する「やる気サポートプラン」を開始しました。

イ 糖尿病予防教室「とう・げん・きょう」

町国保中央診療所の協力を得て、平成29年度から3回コースで実施しています。

健診結果から、HbA1c 5.1以上6.4未満の糖尿病未治療の方を対象に、少人数のグループトーク中心の内容で実施しています。普段接することのない診療所医師や理学療法士と話すことで、自分自身の生活習慣改善への「気づき」を得ることが教室の大きな特徴であるため、引き続き診療所の協力を得られるよう連携していきます。

※ 糖尿病予防教室「とう・げん・きょう」の名前について・・・

その1： 毎年4月第1日曜日に開催される「桃源郷マラソン大会」が、町の一大イベントであること。

その2： 「糖尿病は、すべての病気の元凶である」

「糖を減らそう！今日から」

という意味を込めています。

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

特定健診については、平成30年度に受診勧奨事業を行ったことにより、受診率は目標に向けて少しずつ伸びていましたが、特定健診対象者も年々減少して800人台で推移しています。1人の受診の有無で受診率が大きく変動しています。今後も特定健診の対象者は、減少していくことが予想され、受診率にも影響することが考えられます。

特定保健指導については、前年度に特定保健指導の対象となって生活改善に取組み、健診結果では改善しているにも関わらず、基準値で判定するため再度指導の対象となってしまう、「努力しているのに対象になることで、頑張ろうという気持ちが続かない」という声もあります。また、特定保健指導の対象者数も減少傾向にあり、1人の実施の有無で指導率も大きく変わっています。

2 特定健診の実施

令和2年度は「感染予防対策」が大きな課題となりました。当町で実施する地区健診やがん検診は「集団」で実施するため、受診項目に応じて時間を割り振りしたり、こまめに換気するなど、健診機関と感染予防対策について検討を重ねました。住民の方への周知等も行いましたが、行動歴を確認して受診を断るケースもあるなど、住民の方にも受診率にも影響が残ることとなってしまいました。今後も、「密」にならないよう感染予防対策に取り組んでいく必要があります。

愛媛県が構築・整備した「健診Web予約システム」について、令和2年度から一部のがん検診で導入しました。令和3年度より、健診、がん検診について本格的な運用が図れるよう整備をし、受診率の向上のため、周知も行っていきます。

3 特定保健指導の実施

特定保健指導の初回面接を、健診結果報告会で実施することにより、初回面接実施率は約60%ですが、最終評価面接は辞退するなど、実施率は低下傾向にあります。また、対象者数が少ないため、1人の実施の有無で大きく変動します。これまでの指導等を振り返り、動機付けの3ヶ月間、積極的支援の6ヶ月間の間、意欲の維持のためにも、面接以外での何らかの働きかけは必要ではないかと考えます。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1 令和3年度の努力支援制度評価指標における検討

令和3年度の努力支援制度評価指標において、追加・見直しのあった項目のうち以下の3項目と、保健部門において健康づくりを進めて行く上で、新たに2項目を追加します（図3）。

また、評価をするうえで、目標値を修正した指標もあります。

（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HbA1c 8.0%以上の未治療者の割合」が追加

（2）共通指標② （1）がん検診受診率

がん検診受診率は5つのがん（胃、肺、大腸、子宮頸、乳がん）の平均値で評価

（3）共通指標② （2）歯科健診受診率

歯科健診受診率が追加

（4）町で独自に追加した目標

ア ウォーキングマップを活用した「やる気サポートプラン」の参加者増加

イ 健康アプリの登録者数増加

(図3) データヘルス計画の目標管理一覧 (中間評価後)

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	目標期	達成すべき目的	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 R元	中間目標 R元	R2	R3	R4	最終目標 R5	
データヘルス計画	中長期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合 5%以下	3.9%	2.0%	3.8%				5.0%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 5%以下	1.5%	1.1%	1.4%				5.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者を出さない	3人	0人	0人				0人	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合 25%以下	29.8%	32.3%	15.0%				25.0%	
			健診受診者の高血圧者の割合 5%以下(160/100以上)	5.0%	10.4%	4.9%				5.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合 15%以下(LDL140以上)	21.2%	24.8%	20.0%				15.0%	
			健診受診者の血糖異常者の割合 5%以下(HbA1c6.5以上)	11.4%	12.6%	11.0%				5.0%	
			★ 健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合 3%以下		10.0%					3.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 100%	75.0%	78.9%	25.0%				100.0%	
			特定保健指導対象者の減少率 25%	16.5%	19.0%	20.0%				25.0%	
特定健診等	短期目標	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	48.8%	52.2%	52.0%	55.0%	57.0%	57.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会)
			特定保健指導実施率 60%以上	50.0%	43.0%	52.0%	55.0%	57.0%	57.0%	60.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合 90%以上		90.4%	5.0%				90.0%	
			がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	14.9%	10.4%	30.0%	40.0%			40.0%	
			肺がん検診 40%以上	39.4%	15.2%	40.0%	40.0%			40.0%	
			大腸がん検診 40%以上	31.0%	19.5%	40.0%	40.0%			40.0%	
			子宮頸がん検診 50%以上	31.8%	27.4%	45.0%	50.0%			50.0%	
			乳がん検診 50%以上	48.7%	20.4%	50.0%	50.0%			50.0%	
			★ 5つのがん検診の平均受診率 25%以上		20.78%					25.0%	
			★ 歯科健診(歯周病健診等)の受診者				初年度			20人	
努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	ウオーキングマップの利用者 10%以上		1.2%		2.7%	5.0%	7.0%	10.0%	森の国まつの健康づくり計画(第3次)
			★ ウォーキングマップを活用した「やる気サポートプラン」の参加者				初年度			50人	
			★ 健康アプリの登録者数				初年度			30人	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	74.8%	82.6%	75.0%	83.4%			80.0%	

※ ★印 新たに追加した指標

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」

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、後期高齢者医療広域連合と連携し、国保・介護・後期をはじめとした庁内関係部局が一体となった実施が求められています。

当町では、事業実施に向けた人材確保が優先課題です。事業の実施はなくても、日頃から、保健・医療・福祉・介護の担当スタッフ等と顔が見える関係があるため、同じ住民という視点で制度の垣根を越えた関わりを持って、KDBデータを活用した「健診、医療、介護データ」を用いて、課題の分析から進めていきます（図4）。

(図4)「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

