

第2期保健事業実施計画
～データヘルス計画～
中間評価

令和3年3月
宇和島市国民健康保険

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
2. 計画の基本的な考え方
3. 宇和島市の健康課題

第2章 中間評価にあたって

1. 中間評価の方法
2. 中間評価の総括

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」
2. ストラクチャー、プロセス評価
「全体評価表」
3. 主な個別事業の評価と課題
 - (1)未受診者対策
 - (2)重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)
 - (3)ポピュレーションアプローチ

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
2. 特定健診の実施
3. 特定保健指導の実施

第5章 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)

第6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の評価指標における検討
2. 新たな個別保健事業計画の策定
3. 従来の個別保健事業計画の見直し

参考資料

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、「宇和島市第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「宇和島市第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. 宇和島市の健康課題 (図1)

宇和島市における1人あたり国民健康保険医療費は34万円(県内20位)、後期高齢者医療費は88万円(県内15位)である。介護費については県内7位と上位となっており、重症化して医療にかかり要介護状態になるケースが多いことが考えられる。

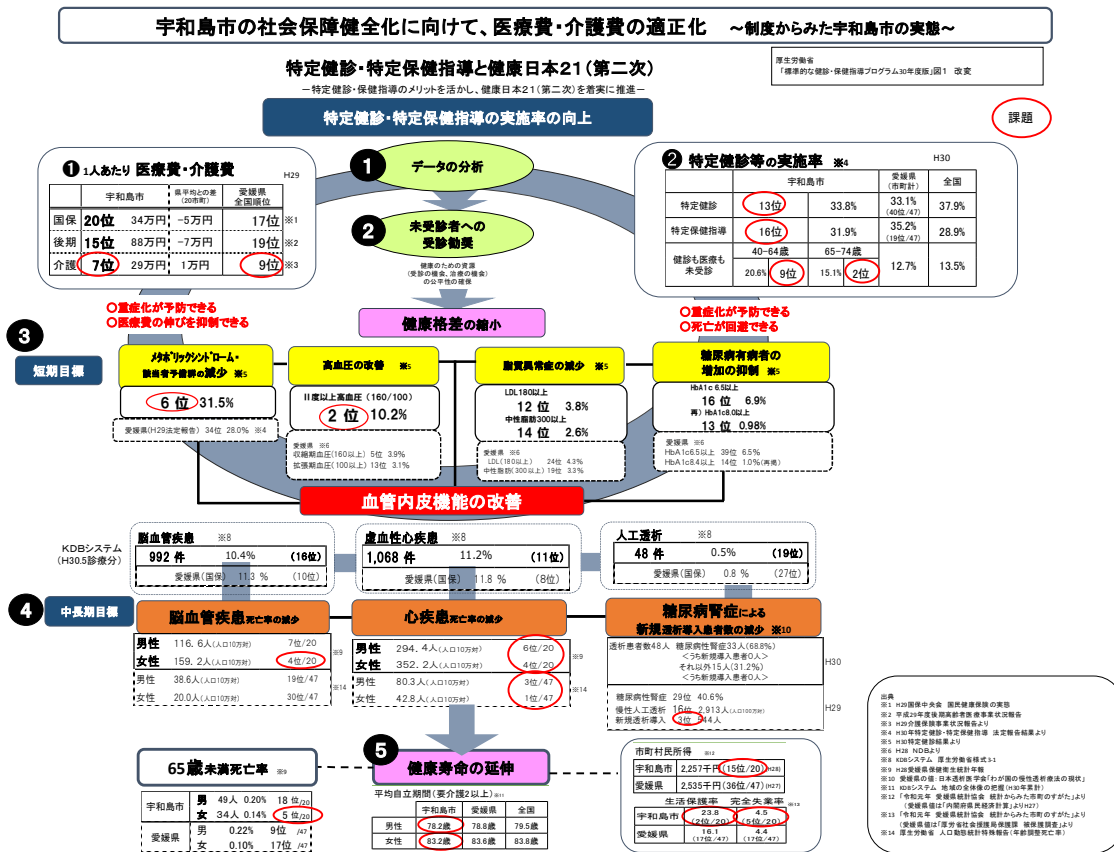
特定健診の受診率は年々増加傾向にはあるものの33.8%(県内13位)であり、特定保健指導実施率も31.9%(県内16位)と伸び悩んでいる。また、健康状態が把握できない者は40~64歳では20.6%(県内9位)、65~74歳では15.1%(県内2位)となっている。

短期目標である高血圧の改善については、Ⅱ度以上高血圧の割合が10.2%(県内2位)、あわせてメタボリックシンドローム該当者予備群についても31.5%(県内6位)である。

更に、中長期目標とする脳血管疾患の女性の死亡率が県内4位と高く、心疾患の死亡率については愛媛県が全国的にも高く、宇和島市も男女共に県内上位となっている。その背景には高血圧(Ⅱ度以上県内2位)があると考えられる。

社会保障全体としては生活保護率、完全失業率が県内でも高く、市町村民所得も低いことから低所得者への健康支援策も検討が必要である。

(図1) 宇和島市の健康課題



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(アウトカム、アウトプット)の進捗状況

……………「目標管理一覧」

(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」

(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

(4) 主要な個別事業(未受診者対策、重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)、ポピュレーションアプローチ、特定健診・特定保健指導)の進捗状況の把握、課題の検討、見直し。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

(1) 「目標管理一覧 (P 5 図表 4 5)」について、努力支援制度に加わった指標を追加

- ① 健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合の減少
- ② 5 つのがん検診の平均受診率の増加
- ③ 歯科健診 (歯周病検診を含む) の受診率増加

(2) 「目標管理一覧」について図 1 短期目標より加えた指標

- ④ メタボリックシンドローム・該当者予備群の割合減少
- ⑤ 健診受診者のⅡ度以上高血圧の未治療者の割合減少

2) 評価指標の「改善」または「変わらない」になった項目

① 特定健診受診率

H28 年度 29.5%から R1 年度 34.2%に増加

② 医師から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率

R1 年度 100%

③ 胃がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん (マンモ) 検診受診率

全検診 H28 年度より増加

④うわじま健康マイレージ事業の会員数

H30年度11月末より9.1%（646人）増加し、R1年度末時点7846人

⑤脳血管疾患の被保険者に占める割合

H28年度4.06%からH31年度4.02%に減少

⑥虚血性心疾患の被保険者に占める割合

H28年度4.28%からH31年度4.16%に減少

⑦※後発医薬品の使用割合の増加

H28年度73.06%からH31年度77.0%に増加

3) 評価指標の「悪化」になった項目

①特定保健指導実施率

H28年度36.0%からR1年度32.4%に減少

②肺がん検診受診率

H28年度14.0%からR1年度13.8%に減少

③糖尿病による新規人工透析患者の被保険者に占める割合

H28年度0.15%からR1年度0.21%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 「目標管理一覧」

データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表45】

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					中期評価値					現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31/R1	R2	R3	R4	R5			
特定健診等計画	受診率が低い(特に40~50歳代) 新規受診者が年々減少している	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(5%/増/年)	29.5%	29.9%	33.8%	34.2%							特定健診・特定保健指導実施結果総括表
			40歳代受診率60%以上	22.6%	23.2%	26.3%	27.1%							
			50歳代受診率60%以上	25.7%	25.3%	26.9%	27.9%							
			新規受診者数1200人増/年	806人	700人	958人	725人							
			特定保健指導実施率60%以上	36.0%	30.4%	31.9%	32.4%							
			特定保健指導対象者の減少率25%	15.6%	14.3%	18.0%	15.1%							
データヘルス計画	中長期 ・中長期間による死亡割合が同規模、県、国と比較して高い ・腎不全による死亡割合が増加している	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	脳血管疾患の割合5%減少	4.06%			4.02%						KDBシステム ※人工透析についてはKDBシステムの集計方法を更に詳細に初期値を修正。	
			虚血性心疾患の割合5%減少	4.28%			4.16%							
			糖尿病による新規人工透析患者の割合5%減少	0.21%			0.21%							
	短期	メタボ該当者が男女とも増加 ・項目全てのリスク(血糖・血圧・脂質)を重複している者の割合が増加 ・血圧、脂質が受診勧奨レベルであるにも関わらず治療ついでない者が多い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	医師から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率(高血圧)100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%						年度実績 (保険健康課) 法定報告値 ※追加項目については初期値の把握ができたものは追加記載。 愛媛県報告 ※H30年度～国民健康保険の被保険者の受診者数/国民健康保険の被保険者数 ※5つのがん検診受診率の平均値を計算 ※H30年度から対象者拡大
				医師から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率(脂質異常症)100%	86.7%	100.0%	100.0%	100.0%						
				医師から保健指導の指示があった者についての保健指導実施率(糖尿病)100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%						
				メタボリックシンドローム・該当者予備群の割合減少	28.0%			30.9%						
				健診受診者のⅡ度高血圧以上の未治療者の割合減少				60.3%						
				健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少	1.0%			1.0%						
短期	がんの医療費に占める割合が県、国と比較して高い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診(透視) 50%以上	7.5%	7.1%	12.2%	12.9%						※5つのがん検診受診率の平均値を計算	
			肺がん検診(CR+CT) 50%以上	14.0%	13.6%	13.1%	13.8%							
			大腸がん検診 50%以上	15.0%	14.6%	15.7%	16.8%							
			子宮頸がん検診 50%以上	18.3%	17.4%	20.3%	21.7%							
			乳がん検診(マンモ) 50%以上	21.7%	21.4%	25.3%	25.1%							
			5つのがん検診の平均受診率	15.3%			18.1%							
短期	歯科健診の受診率が低い	歯科健診(歯周病健診)	歯科健診(歯周病健診含む)の受診率増加	3.8%			0.6%							
			運動への関心は高い反面、習慣化したいのに実行できない人がいる	うわじま健康マイレージ事業の会員数の増加(前年度より10%増)※平成29年度開始		4419人	7200人(11月末)	7846人(3月末)						
			数量シェアH28年度73.06%	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80%以上	73.06%	73.98%	78.8%	77.0%					

健診：特定健診受診率は増加傾向（34.2%（R1））ではあるが、国の目指す目標値には到達していない。40歳代、50歳代受診率についても年々増加しているものの同様である。

特保：特定保健指導実施率はH28年度と比較すると減少（32.4%（R1））している。特定保健指導対象者の減少率については、初期値（H28）と比較し低下しており、目標には至っていない。

中長期目標について、脳血管疾患、虚血性心疾患の割合は減少しているが、目標の5%の減少には至っておらず、糖尿病による新規透析患者の割合は初期値同様である。

短期目標である「脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症予防をするために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らす」の目標達成に向けて「医師の指示に基づく保健指導実施率」を評価指標としていた。H29年度以降100%を達成しているが、アウトプットだけでは評価できない。このため、達成に向けて図1の短期目標となっている4つの指標に基づく評価指標を追加する必要がある。

がん検診受診率については、肺がん検診以外は初期値と比較し、増加傾向である。しかし、国の目標値には到達しておらず、10~20%台を推移しているため、受診率向上の取組を継続する。

H29年度に開始した「うわじま健康マイレージ事業」については、会員が年々増加している。運動施設利用ポイント（うわポン）も追加されることから、広く周知し、健康づくりの底上げを続けていく。

後発医薬品の使用率は70%台後半で推移しており、今後も医療費の削減に努める。

2. ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」

令和3年度に向けての全体評価(令和2年度の評価)

表1

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 (やってきた実践の過程)	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>特定健診受診率向上</p> <p>(目標) ・特定健診受診率:60% ①40歳代受診率:60%以上 ②50歳代受診率:60%以上 ③新規受診者数1,200人増/年 (課題) ・受診率が低い ・新規受診者が少ない ・不定期受診が多い</p>	<p>健診受診率向上</p> <p>■受診勧奨 ・40歳到達者へ訪問等で受診勧奨 ・リピーター確保のための受診勧奨通知の送付(2月) ・特性に応じた個別ハガキの送付(業務委託) ・職員健診等を活用した健診データ取得 ・受診券の一斉送付の実施(6月) ・小中学生の生活習慣病予防健診を通じて保護者への受診啓蒙 ・市HP、広報、UCAT等による受診啓蒙 ・ICT(コールセンター、Web、LINE)による申込みの開始</p>	<p>特定健診・保健指導実施率</p> <p>■特定健診受診率</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>受診率(%)</td><td>29.9</td><td>33.8</td><td>34.2</td></tr> </table> <p>■年齢別健診受診率(R1)</p> <table border="1"> <tr><th>年齢</th><th>40~49歳</th><th>50~59歳</th><th>60~64歳</th><th>65~74歳</th></tr> <tr><td>受診率</td><td>27.1</td><td>27.9</td><td>33.7</td><td>37.3</td></tr> </table>	年度	H29	H30	R1	受診率(%)	29.9	33.8	34.2	年齢	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~74歳	受診率	27.1	27.9	33.7	37.3	<p>■特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少率</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>減少率(%)</td><td>21.1</td><td>19</td><td>14.5</td></tr> </table> <p>■医療機関受診率(R1)</p> <p>①糖尿病 56.0%(84人/150人) ②糖尿病以外 42.0%(160人/385人) ※保健師等が口頭やレセプトで 受診を確認した者も含む。</p> <p>健診結果</p> <p>■HbA1cの改善(R1→R2)</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>8.0%以上</th><th>7.0%以上</th><th>6.5~6.9%</th></tr> <tr><td>18人</td><td>28人</td><td>36人</td><td></td></tr> <tr><td>32.1%</td><td>18.7%</td><td>19.0%</td><td></td></tr> </table> <p>■未治療者の推移 HbA1c6.5%以上未治療者数 (※KDB「レセプトと健診データの 整合」より)</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>192人</td><td>217人</td><td>238人</td><td></td></tr> <tr><td>39.5%</td><td>37.3%</td><td>39.3%</td><td></td></tr> </table> <p>■メタボリックシンドローム減少率</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>17.7</td><td>18.2</td><td>9.5</td><td></td></tr> <tr><td>減少率(%)</td><td>17.1</td><td>21.7</td><td>18.2</td></tr> </table> <p>■尿中アルブミン検査の実施状況</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr> <tr><td>29人/71人中</td><td>29人/80人中</td><td>15人/33人中</td><td></td></tr> <tr><td>40.8%</td><td>48.3%</td><td>45.5%</td><td></td></tr> </table> <p>①糖尿病 保健指導指示21件(内訳:食事21、 運動11、生活10、その他1) ②糖尿病以外 保健指導指示32件 (内訳:食事31、運動20、禁煙1、 服薬1、生活9、その他3) *R2:12月末確定値</p>	年度	H29	H30	R1	減少率(%)	21.1	19	14.5		8.0%以上	7.0%以上	6.5~6.9%	18人	28人	36人		32.1%	18.7%	19.0%		年度	H29	H30	R1	192人	217人	238人		39.5%	37.3%	39.3%		年度	H29	H30	R1	17.7	18.2	9.5		減少率(%)	17.1	21.7	18.2		H30	R1	R2	29人/71人中	29人/80人中	15人/33人中		40.8%	48.3%	45.5%		<p>■受けやすい健診体制の整備 ・LINE、webでの24時間申込み受付 ・特定健診・がん検診の同日実施 ・休日健診の実施 ・特定健診受診者に対する心電図検査 全員実施(健診料:無料) ・若年者健診日程の増加 ・40歳到達者へは前立腺がん、骨粗鬆 症検診も含めた全てのがん検診無料 ・個別がん検診の依頼書廃止 →医療機関への直接申込み ・個別健診:6~2月に実施 ・集団健診日程の追加:1月末</p> <p>■利用しやすい特保実施体制の整備 ・複数日程、時間帯の設定 (休日開催あり) ・予約制での実施 ・雇上げ保健師、管理栄養士の従事 ・12月~オンライン特保の実施 ・初回分割実施(3ヶ所)</p> <p>■指導技術の向上 ・国保連合会主催の保健指導研修会に 参加 ・国保連合会に派遣依頼を行い、市役 所での研修会を実施 ・保健指導を実施する担当者が経年 過表を自ら作成するなど保健指導支援 ツールを使用</p> <p>■保健指導の実施 ・特定保健指導対象者で、重症化予防 対象者の者については、医療機関受診 勧奨も兼ねた保健指導を実施 ・食事指導のみの指示については地区 担当保健師と同伴ではなく、管理栄養士 単独での保健指導を実施 ・医科歯科事業連携開始(R2:12月~) 協力医療機関数:医科29、歯科31 *医科から糖尿病連携手帳を配布</p>	<p>特定健診受診率向上</p> <p>・特定健診受診率は上昇しているが、 目標値には遠く及ばない。 40代、50代の年代別受診率も目標値 を達成できていない。</p> <p>特定保健指導実施率向上</p> <p>・特定保健指導実施率も上昇している ものの、目標値には及ばない。 ・メタボリックシンドローム該当者の減 少率は20%に満たない。</p> <p>重症化予防</p> <p>・対象者への受診勧奨は100%実施 しているが、実際に医療機関に結び ついた者は半数に満たない。 ・HbA1c6.5%以上の未治療者が昨年 度より増加した。 ・新規透析患者が昨年度に比べ、増 加している。うち、糖尿病性腎症に よるものが2名おり、尿検査、eGFR値等 での腎機能の把握が必要。</p> <p>ポピュレーションアプローチ</p> <p>・医科歯科事業連携での活用も行き ながら糖尿病連携手帳を普及していく 必要がある。 ・糖尿病以外の者でも特に当市の課 題である「高血圧」について住民への 周知が不十分であり、課題として認識 されていない。</p>
年度	H29	H30	R1																																																																												
受診率(%)	29.9	33.8	34.2																																																																												
年齢	40~49歳	50~59歳	60~64歳	65~74歳																																																																											
受診率	27.1	27.9	33.7	37.3																																																																											
年度	H29	H30	R1																																																																												
減少率(%)	21.1	19	14.5																																																																												
	8.0%以上	7.0%以上	6.5~6.9%																																																																												
18人	28人	36人																																																																													
32.1%	18.7%	19.0%																																																																													
年度	H29	H30	R1																																																																												
192人	217人	238人																																																																													
39.5%	37.3%	39.3%																																																																													
年度	H29	H30	R1																																																																												
17.7	18.2	9.5																																																																													
減少率(%)	17.1	21.7	18.2																																																																												
	H30	R1	R2																																																																												
29人/71人中	29人/80人中	15人/33人中																																																																													
40.8%	48.3%	45.5%																																																																													
<p>特定保健指導実施率向上</p> <p>(目標) ・特定保健指導実施率:60% ・特定保健指導対象者の減少率: 25% (課題) ・保健指導実施率が低い</p>	<p>医療機関との連携</p> <p>■市重症化予防プログラム・努力支援制度について説明 ・年度当初、市内の協力医療機関にプログラムを持参 →糖尿病連携手帳の活用や尿中アルブミン尿検査の実施を依頼 ・健診受診者のうち、重症化予防事業対象となった者へ医療機 関へ持参する書類を併せて送付 ・糖尿病重症化予防対象者へは健診結果を貼付した糖尿病連 携手帳も同封 ・連絡票の返信があった者うち、保健指導指示があった者につ いては医師の指示に基づき指導を実施 ・吉田地区の医療機関からは逆紹介による保健指導を実施 ・医師会報に保険者努力支援制度の説明と合わせて県、全国 における市の順位等を掲載し、医師会に周知 ・医科歯科事業連携の開始に向け、医師会、歯科医師会理事 会に説明。</p>	<p>■特定保健指導実施率</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>実施率(%)</td><td>30.4</td><td>31.9</td><td>32.4</td></tr> </table> <p>■医療機関受診勧奨実施率(R1)</p> <p>①糖尿病 100%(通知含む) →連絡票未返信者に対する フォロー率 96% ②糖尿病以外 100%(通知含む) →連絡票未返信者に対する フォロー率 96% *R2:11月末確定値</p> <p>生活習慣病連絡票返信率(R1)</p> <p>①糖尿病 40.0%(60件/150件) ②糖尿病以外 26.8%(103件/385件) *R2:12月末確定値</p> <p>生活習慣病保健指導指示件数、 実施内容(R1)</p> <p>①糖尿病 保健指導指示21件(内訳:食事21、 運動11、生活10、その他1) ②糖尿病以外 保健指導指示32件 (内訳:食事31、運動20、禁煙1、 服薬1、生活9、その他3) *R2:12月末確定値</p>	年度	H29	H30	R1	実施率(%)	30.4	31.9	32.4	<p>■HbA1cの改善(R1→R2)</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>8.0%以上</th><th>7.0%以上</th><th>6.5~6.9%</th></tr> <tr><td>18人</td><td>28人</td><td>36人</td><td></td></tr> <tr><td>32.1%</td><td>18.7%</td><td>19.0%</td><td></td></tr> </table> <p>■未治療者の推移 HbA1c6.5%以上未治療者数 (※KDB「レセプトと健診データの 整合」より)</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>192人</td><td>217人</td><td>238人</td><td></td></tr> <tr><td>39.5%</td><td>37.3%</td><td>39.3%</td><td></td></tr> </table> <p>■メタボリックシンドローム減少率</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>17.7</td><td>18.2</td><td>9.5</td><td></td></tr> <tr><td>減少率(%)</td><td>17.1</td><td>21.7</td><td>18.2</td></tr> </table> <p>■尿中アルブミン検査の実施状況</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>H30</th><th>R1</th><th>R2</th></tr> <tr><td>29人/71人中</td><td>29人/80人中</td><td>15人/33人中</td><td></td></tr> <tr><td>40.8%</td><td>48.3%</td><td>45.5%</td><td></td></tr> </table> <p>①糖尿病 保健指導指示21件(内訳:食事21、 運動11、生活10、その他1) ②糖尿病以外 保健指導指示32件 (内訳:食事31、運動20、禁煙1、 服薬1、生活9、その他3) *R2:12月末確定値</p> <p>■新規透析患者数 ()内糖尿病性腎症</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>2人</td><td>0人</td><td>3人</td><td></td></tr> <tr><td>(0人)</td><td>(0人)</td><td>(2人)</td><td></td></tr> </table>		8.0%以上	7.0%以上	6.5~6.9%	18人	28人	36人		32.1%	18.7%	19.0%		年度	H29	H30	R1	192人	217人	238人		39.5%	37.3%	39.3%		年度	H29	H30	R1	17.7	18.2	9.5		減少率(%)	17.1	21.7	18.2		H30	R1	R2	29人/71人中	29人/80人中	15人/33人中		40.8%	48.3%	45.5%		年度	H29	H30	R1	2人	0人	3人		(0人)	(0人)	(2人)		<p>重症化予防</p> <p>・対象者への受診勧奨は100%実施 しているが、実際に医療機関に結び ついた者は半数に満たない。 ・HbA1c6.5%以上の未治療者が昨年 度より増加した。 ・新規透析患者が昨年度に比べ、増 加している。うち、糖尿病性腎症に よるものが2名おり、尿検査、eGFR値等 での腎機能の把握が必要。</p> <p>ポピュレーションアプローチ</p> <p>・医科歯科事業連携での活用も行き ながら糖尿病連携手帳を普及していく 必要がある。</p>							
年度	H29	H30	R1																																																																												
実施率(%)	30.4	31.9	32.4																																																																												
	8.0%以上	7.0%以上	6.5~6.9%																																																																												
18人	28人	36人																																																																													
32.1%	18.7%	19.0%																																																																													
年度	H29	H30	R1																																																																												
192人	217人	238人																																																																													
39.5%	37.3%	39.3%																																																																													
年度	H29	H30	R1																																																																												
17.7	18.2	9.5																																																																													
減少率(%)	17.1	21.7	18.2																																																																												
	H30	R1	R2																																																																												
29人/71人中	29人/80人中	15人/33人中																																																																													
40.8%	48.3%	45.5%																																																																													
年度	H29	H30	R1																																																																												
2人	0人	3人																																																																													
(0人)	(0人)	(2人)																																																																													
<p>重症化予防</p> <p>(目標) ・医師から保健指導の指示があっ た者についての保健指導実施率 (高血圧・脂質異常症・糖尿病): 100% ・脳血管疾患の割合5%減少 ・虚血性心疾患の割合5%減少 ・糖尿病による新規人工透析患者 の割合5%減少 (課題) ・医療機関受診率が低い ・生活習慣病連絡票返信率が低い ・糖尿病連携手帳の効果的な活用 が不十分</p>	<p>重症化予防対象者の選定</p> <p>■対象者の明確化 ・特定、後期高齢者健診受診者のうち医療機関未受診者 →各疾病がドメインに基づき選定 ・若年者健診受診者についても特保、重症化の数値に該当す る者は対象者として選定 ・糖尿病治療中断者:主に糖尿病管理台帳より抽出</p>	<p>生活習慣病保健指導指示件数、 実施内容(R1)</p> <p>①糖尿病 保健指導指示21件(内訳:食事21、 運動11、生活10、その他1) ②糖尿病以外 保健指導指示32件 (内訳:食事31、運動20、禁煙1、 服薬1、生活9、その他3) *R2:12月末確定値</p>	<p>■保健指導の実施 ・特定保健指導対象者で、重症化予防 対象者の者については、医療機関受診 勧奨も兼ねた保健指導を実施 ・食事指導のみの指示については地区 担当保健師と同伴ではなく、管理栄養士 単独での保健指導を実施 ・医科歯科事業連携開始(R2:12月~) 協力医療機関数:医科29、歯科31 *医科から糖尿病連携手帳を配布</p>	<p>ポピュレーションアプローチ</p> <p>・医科歯科事業連携での活用も行き ながら糖尿病連携手帳を普及していく 必要がある。</p>																																																																											

※本表欄について
(参考)国民健康保険中央会「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(平成28年1月)」、
個別保健事業、事業評価シート(事業実施後)記入における留意点 より抜粋

- ・医療機関への受診勧奨は通知、訪問、来所、電話、手紙等で100%行えているものの、実際に医療機関を受診した人は糖尿病56.0%、糖尿病以外42.0%にとどまっている。
- ・HbA1cは昨年度と比べ、6.5%以上の未治療者が増加した。毎年糖尿病管理台帳を作成、活用しているが、優先順位を付けたアプローチが必要である。
- ・平成30年度には0人となっていた新規透析患者が平成31年度は増加した。糖尿病性腎症による者もあり、eGFR値を確認、腎機能の低下状況を把握し、早い段階でアプローチしていく必要がある。
- ・医科歯科事業連携がR2年12月から開始となり、医療機関と連携した糖尿病連携手帳の活用を勧めていく。
- ・当市の課題となっている高血圧について広く市民に周知し、具体的な改善策を実践していくことが必要である。

3. 主な個別事業の評価と課題

(1)未受診者対策

(取組)

- ・年度末 40 歳到達者への健診受診勧奨訪問
- ・40 歳到達者の胃がん・肺がん CR・大腸がん・前立腺がん・子宮頸がん・乳がん（マンモグラフィー）の自己負担額無料化及び訪問による受診勧奨、受診券個別送付
- ・特定健診未受診者へ AI を活用した個別受診勧奨ハガキの送付
- ・ICT（WEB、LINE）を活用した 24 時間健診申込み受付（R2 年度～）
- ・特定健診リピーター確保のため、当年度受診者へ次年度受診勧奨通知送付
- ・職員健診、人間ドック健診結果の取得
- ・ポスター、チラシ、メディア（ケーブルテレビ）、うわじま歩ポを活用した健診周知

(課題)

- ・年々受診率は増加しているものの、国の目標値には至らず課題が残る。
- ・新規、リピーター共に増加させていくための取組みが必要である。

(2)重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)

(取組)

- ・医療機関への受診勧奨実施率は H29 年度 28.3%だったが H31 年度には 100%実施できた。そのうち訪問や来所で支援した割合は 30.9%である。(H30~R2 年度愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム中間報告会 報告資料抜粋)
- ・重症化予防事業対象者へは生活習慣病連絡票を用いて受診勧奨を行い、医師の指示に基づく個別性の高い保健指導を 100%実施することができた。
- ・R2 年度からⅢ度高血圧Ⅲ度、心房細動該当者へは健診結果を訪問にて持参し、指導した。
- ・重症化、合併症予防のための医療連携体制を構築するため、R2 年 12 月から医科歯科事業連携を開始した。

(課題)

- ・医療機関受診率は 39.5%（R2 年度愛媛県糖尿病性腎症重症化予防プログラム中間報告会 報告資料抜粋）であり、必要な人全てを適切な受診に結びつけることができていない。
- ・生活習慣病連絡票の返信率は糖尿病 40.0%（R1）、糖尿病以外 26.8%（R1）と低い。より個別性の高い指導を実施するためには返信率を上げることが課題である。

(3)ポピュレーションアプローチ

(取組)

- ・市の広報へ「健康づくり通信」の掲載
- ・うわじま歩ポのイベント実施（H28、R2）チラシ配布等
- ・市職員への「高血圧意識調査」の実施
- ・市ホームページへ「高血圧対策」について掲載
- ・市内店舗へ「JSH 減塩食品リスト」調査を実施し、「減塩商品 取り扱い店舗」マップを作成
- ・鯛レシピ集（減塩バージョン）の作成

(課題)

- ・市の優先課題である「高血圧」の問題が広く住民に周知されていない。

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

- ・特定健診受診率及び特定保健指導受講率は上昇しているものの、目標値には到達していない。
→最終評価年度に向けて少しでも目標値に近付けるよう取組を進めていく。

2. 特定健診の実施

(取組)

- ・令和2年度は受診券一斉送付時期を例年の11月から6月に早め、年度当初からの受診行動を意識づけた。
- ・令和2年度より健診予約システムを導入し、コールセンター、WEBやLINEでの24時間申込み受付を行った。

(課題)

- ・受診率は増加傾向だが、目標値には到達していない。

3. 特定保健指導の実施

(取組)

- ・食事に関して、より具体的にアセスメントが可能となるよう、指導用冊子を改訂。
- ・H31年度から地区を選定し、初回面接分割実施を開始。R2年度は対象地区を拡大し、実施予定としていたが、新型コロナウイルス感染拡大防止に伴い3ヶ所の実施にとどまった。
- ・利用者の利便性の向上、新型コロナウイルスの感染予防のため、R2年12月から「Zoom」を用いたオンライン特定保健指導を開始。

(課題)

- ・保健指導実施率は増加傾向ではあるが国の示す目標値には到達していない。
分割実施会場の拡大やオンラインの活用を行い、受講率を増やす取組を継続していく必要がある。
- ・初回面接後に継続した生活改善が行えるような声掛けの体制が必要である。

第5章 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の評価と課題

(健診、医療、介護データの一体的な分析)

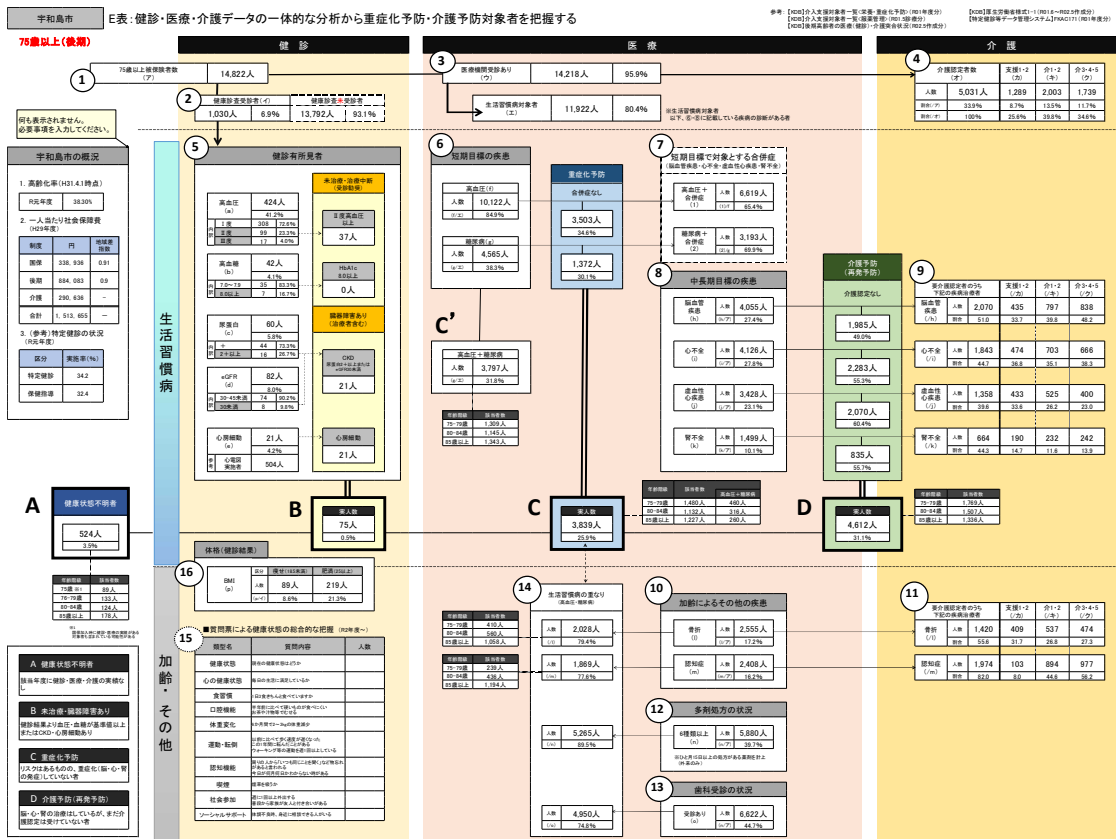
高齢者の特性を踏まえた事業展開については、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が令和2年度から施行となり、各市町の国保・介護・後期担当をはじめ、庁内関係部局が一体となった実施が求められている。このことから、宇和島市では令和2年度からKDBシステムを活用したデータ分析を行い、実施している。事業の推進にあたっては、国保・後期・健康推進の担当課と、介護予防担当課とでヘルスケア会議を開催し、協力体制を構築している。

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(以下、E表)」によるデータ分析

1. 後期高齢者の入外別のレセプト件数と費用額の割合

医療費 (H31.3分)	入院	合計						
		65-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上		
総件数		20,447	554	6,552	6,086	4,608	2,647	
総費用額		9億7845万円	5603万円	2億5448万円	2億7822万円	2億2842万円	1億6130万円	
入院	件数	1,046	47	202	284	271	242	
	総件数に占める割合	5.1%	8.5%	3.1%	4.7%	5.9%	9.1%	
	費用額	5億2211万円	2266万円	1億1074万円	1億4467万円	1億3547万円	1億0856万円	
外来	件数	19,401	507	6,350	5,802	4,337	2,405	
	総件数に占める割合	94.9%	91.5%	96.9%	95.3%	94.1%	90.9%	
	費用額	4億5635万円	3337万円	1億4374万円	1億3355万円	9295万円	5274万円	
	総額に占める割合	46.6%	59.6%	56.5%	48.0%	40.7%	32.7%	

出典：KDBシステム 厚生労働省様式1-1(R15作成分)



後期高齢者の入院医療費の費用額及び総額に占める割合は、年齢とともに高くなる。80歳以上では、総額に占める割合が、50%を超えている。外来の費用額では、75歳～79歳が最も高いため、当事業のハイリスクアプローチは、79歳以下に重点的に取り組むこととした。

後期高齢者医療費とE表の分析に加え国保医療費・特定健診・介護保険等を含めた宇和島市全体の特徴から見えてきた課題について、課内で共有し優先課題の抽出等を行った。また、その結果及び今後の取組について、ヘルスケア会議（※）でも課題を共有し対応策を検討していく。

（※）保健分野と高齢者分野合同で保健事業及び介護予防事業等を協議する会議体

2. ハイリスクアプローチの実施

後期高齢者健診結果から、対象者を抽出し、家庭訪問、生活指導を実施

A・・・健康状態不明者

B・・・健診受診者のうち、重症化予防対象者、低栄養状態該当者

3. ポピュレーションアプローチの実施

地域包括支援センターにて実施している「うわじまガイヤ健康体操協力団体（通いの場）」を年間2回程度巡回し、フレイル予防に対応した健康教育・健康相談を実施。参加者に対し、後期高齢者の質問票を聞き取り、アセスメントし、個別支援の必要な人は、各種サービス等へつないでいる。

更なる事業の推進にあたり、地域を担当する医療専門職の確保が大きな課題である。そのため、圏域毎に事業の再委託を行い、民間の医療専門職も含めた事業展開を行う。

ハイリスクアプローチについては、75歳を過ぎても関わりが途切れないよう引き続き地域担当保健師等が継続支援を行う。しかし、ハイリスク者の生活改善のためには、本人が指導内容を継続して取り組める場が必要であると考え。その場を、ポピュレーションアプローチにおいて実施できるように、今後検討する。

第6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3項目及び、図1 短期目標を基に加えた3項目について、目標に追加する。

《努力支援制度評価指標》

(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の減少」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

「歯科健診受診率の増加」が追加

《中間評価の結果、追加した指標》

(4) 「メタボリックシンドローム・予備群の割合減少」が追加

(5) 「健診受診者のⅡ度以上高血圧の未治療者の割合減少」が追加

2. 新たな個別保健事業計画の策定

- 1) 特定健診受診者の HbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少
 - (1) 糖尿病管理台帳を年度当初に作成し、地区毎の対象者を把握する。未治療者については、医療機関受診勧奨または健診受診勧奨を行う。関わりから3ヶ月後に治療開始となっていない場合には再度受診勧奨を行う。更に3ヶ月後に状況確認を行う。
 - (2) 健診時 HbA1c8.0%以上の対象者は訪問にて結果を持参し、説明する。
- 2) 5つのがん検診の平均受診率の増加
 - (1) うわじま健康マイレージ事業の「お知らせ」機能を活用した啓発を行う。
 - (2) がん検診受診者にインセンティブを付与する。
 - (3) 医師会と連携を図り、個別検診での受診を強化する。
 - (4) きさいやドックの利用を勧める。
- 3) 歯科健診（歯周疾患検診を含む）の受診率増加
 - (1) 40.50.60.70歳の節目年齢対象者へ個別ハガキでの通知を行う。（委託）
 - (2) 年度末40歳受診勧奨訪問の実施
 - (3) 歯科医師会と連携し、歯科健診の受診体制を構築する。
- 4) メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%
 - (1) 特定保健指導受講者を増加させるため、初回面接分割実施会場を拡大する。
 - (2) オンライン特保を広く周知し、40.50代の若年層の実施率向上を目指す。
 - (3) 集団健診結果郵送後、10日以内に保健指導対象者へアプローチをする。
 - (4) 保健指導の内容が継続できるよう、健康運動指導士等の専門職との協働による支援を追加する。
- 5) 特定健診受診者の高血圧Ⅱ度以上の未治療者の減少
 - (1) 高血圧台帳を年度当初に作成し、地区毎に対象者を把握する。Ⅲ度の未治療者については医療機関受診勧奨または健診受診勧奨を行う。関わりから3ヶ月後に治療開始となっていない場合には再度受診勧奨を行う。更に3ヶ月後に状況確認を行う。
 - (2) 健診時高血圧Ⅲ度対象者は訪問にて結果を持参し、説明する。

3. 従来の個別保健事業計画の見直し

※以下データヘルス計画 P23 の目標設定より抜粋

1) 重症化予防

(1) 重症化予防事業対象者の優先順位の見直し

DM 以外対象者のうち、高血圧以外の LDL-C、尿検査、eGFR、心電図については、個別結果から必要に応じた関わりを継続する。

(2) 脳卒中発症予防の強化

①脳卒中予測モデルを活用した個別支援の強化

②医療との連携を図り、65 歳未満脳卒中発症者への退院後の支援体制の強化

2) ポピュレーションアプローチ

(1) 健康情報の周知

歩ポのお知らせ機能、宇和島市の Facebook 及び Twitter を活用した情報発信

(2) 高血圧対策の強化

①高血圧意識調査を基にした減塩対策資料の広報への折り込み配布

②市政広報番組における高血圧対策番組の作成

③健診会場における高血圧に関する展示の実施

④若い世代への周知（学校保健委員会等との連携）

⑤家庭血圧測定の普及

⑥地区分析結果による効果的な健康教育の実施

⑦減塩商品の開発等に向けた検討

参考資料

- 1 (図1) 宇和島市の健康課題
- 2 E表：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する
- 3 保険者努力支援制度（宇和島市版）

宇和島市の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた宇和島市の実態～

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

	宇和島市	県平均との差 (20市町)	愛媛県 全国順位
国保	20位 34万円	-5万円	17位 ※1
後期	15位 88万円	-7万円	19位 ※2
介護	7位 29万円	1万円	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

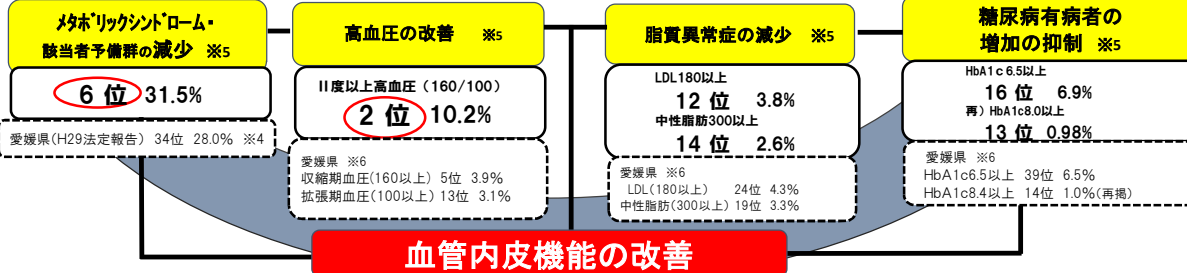
	宇和島市		愛媛県 (市町計)	全国
特定健診	13位	33.8%	33.1% (40位/47)	37.9%
特定保健指導	16位	31.9%	35.2% (19位/47)	28.9%
健診も医療も 未受診	40-64歳	65-74歳	12.7%	13.5%
	20.6%	9位 15.1%	2位	

③ 短期目標

○重症化が予防できる
○医療費の伸びを抑制できる

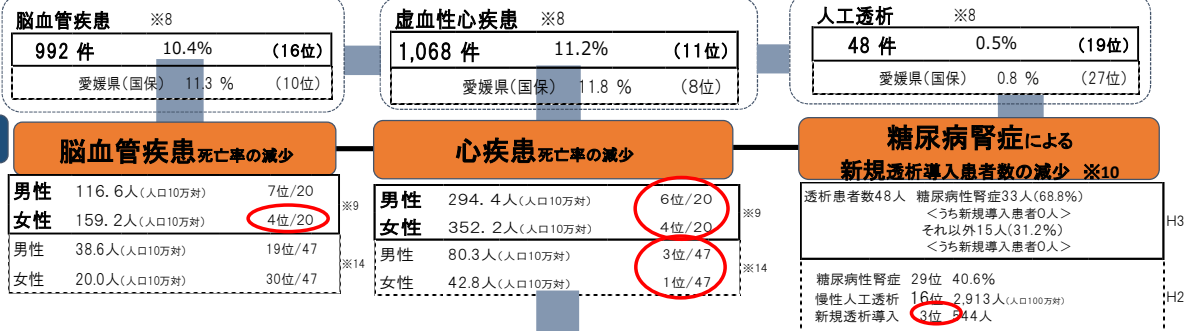
健康格差の縮小

○重症化が予防できる
○死亡が回避できる



④ 中長期目標

KDBシステム
(H30.5診療分)



65歳未満死亡率 ※9

宇和島市	男	女	愛媛県
49人 0.20%	18位/20	5位/20	9位/47
34人 0.14%	9位/47	17位/47	

健康寿命の延伸

平均自立期間(要介護2以上) ※11

	宇和島市	愛媛県	全国
男性	78.2歳	78.8歳	79.5歳
女性	83.2歳	83.6歳	83.8歳

市町村民所得 ※12

宇和島市	2,257千円 (15位/20) H28
愛媛県	2,535千円 (36位/47) H27

生活保護率 完全失業率 ※13

宇和島市	23.8 (2位/20) (5位/20)
愛媛県	16.1 (17位/47) 4.4 (17位/47)

出典

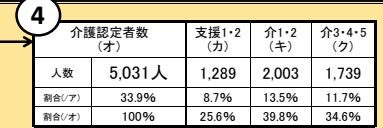
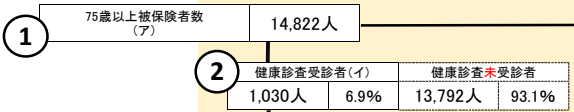
- ※1 H29国保中央会 国民健康保険の実態
- ※2 平成29年度後期高齢者医療事業状況報告
- ※3 H29介護保険事業状況報告より
- ※4 H30年特定健診・特定保健指導 法定報告結果より
- ※5 H30特定健診結果より
- ※6 H28 NDBより
- ※8 KDBシステム 厚生労働省様式3-1
- ※9 H28愛媛県保健衛生統計年報
- ※10 愛媛県の値:日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の実状」
- ※11 KDBシステム 地域の全体像の把握(H30年累計)
- ※12 「令和元年 愛媛県統計協会 統計からみた市町のすがた」より(愛媛県値は「内閣府県民経済計算」よりH27)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

75歳以上(後期)

健診

医療

介護



宇和島市の概況

1. 高齢化率(H31.4.1時点)
R元年度 38.30%

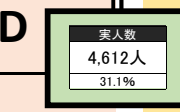
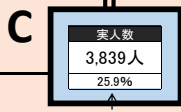
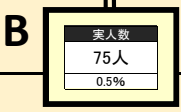
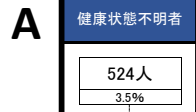
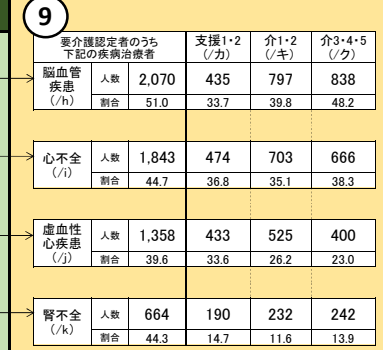
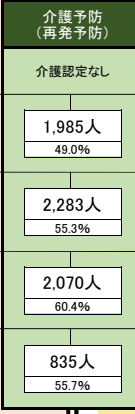
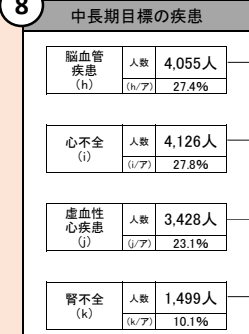
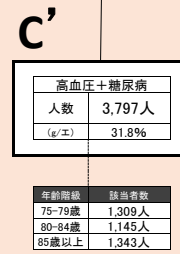
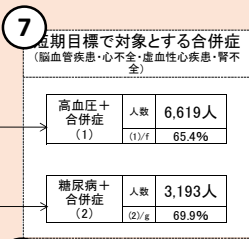
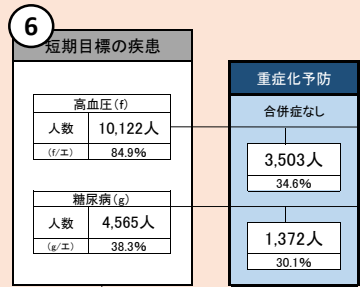
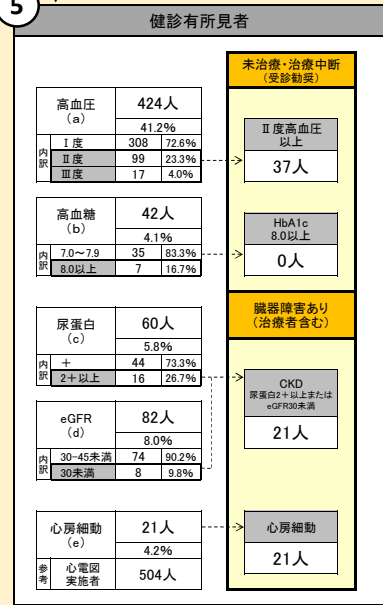
2. 一人当たり社会保障費(H29年度)

制度	円	地域差指数
国保	338,936	0.91
後期	884,083	0.9
介護	290,636	-
合計	1,513,655	-

3. (参考)特定健診の状況(R元年度)

区分	実施率(%)
特定健診	34.2
保健指導	32.4

生活習慣病



⑬ 体格(健診結果)

区分	人数	割合
痩せ(18.5未満)	89人	8.6%
肥満(25以上)	219人	21.3%

⑮ 質問票による健康状態の総合的な把握 (R2年度～)

類型名	質問内容	人数
健康状態	現在の健康状態はどうか	
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくいお茶や汁物等でもむせる	
体重変化	6か月間で2～3kgの体重減少	
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなったこの1年間に転んだことがあるウォーキング等の運動を1回以上している	
認知機能	慣れた人からいつも同じことを聞くなど物忘れがあると書かれる今日が何月何日かわからない時がある	
喫煙	煙草を吸うか	
社会参加	週に1回以上外出する普段から家族が人と付き合いがある	
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	

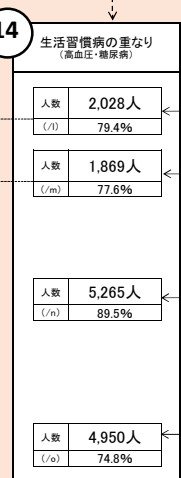
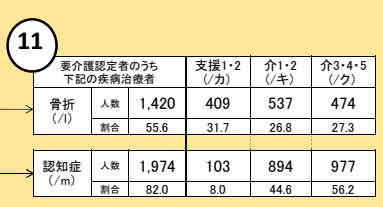
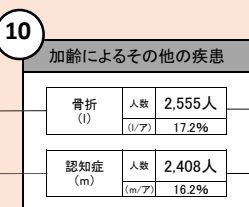
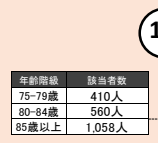
加齢・その他

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・腎の発症)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



★保険者努力支援制度(宇和島市版)

※課題 課題

評価指標		H28前倒し分	H29	H30	H31	R2	R2	R3(暫定)
		配点	配点	配点	配点	配点	参考	配点
総得点(満点)		345	580	850	920	995	995	
交付額(千円)		14,488	25,018	51,059	46,918	42,790		44,172
一人当たり交付額(円)		557	1,007	2,086	1,972	1,880		2,016
総得点(体制構築加点含)		241	403	596	611	547		561
全国順位(1741市町村中)		279位	-	161位	437位	895位		-
県内順位(20市町中)		2位	-	3位	11位	12位		8位
共通①	特定健診受診率	5	0	0	0	-10	70~-30	25
	特定保健指導実施率	10	10	20	15		70~-30	0
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	0		50	0
共通②	がん検診受診率	0	0	0	0	0	40	5
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25	23	30	15
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100	120	120	120
共通④	個人インセンティブ提供	20	45	70	70	60	90	60
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	20	20	20	15
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	35	50	50	50	45
共通⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35	10	10	10
	後発医薬品の使用割合	10	25	35	30	30	120	0
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	30	50	55	50	100	65
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	50	40	40	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25	25	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	13	21	25	25	25	30
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	26	34	35	31	40	34
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	-	-	36	36	73	95~-30	72
体制構築加点		70	70	60	40	-		-