

上峰町国民健康保険第2期保健事業計画(データヘルス計画) 中間評価 (概要版)

1. 策定時目標

課題からの 主な目標	中長期	(R5年度までの目標) ① 脳血管疾患 の総医療費に占める割合1.3%減少 ② 虚血性心疾患 の総医療費に占める割合0.7%減少 ③ 糖尿病性腎症による新規透析導入者 の割合0.6%減少
	短期	(毎年達成状況を確認する) ① 特定健診受診率 を毎年2.5%増加 ② HbA1c6.5%以上 の割合を毎年2%減少 ③ メタボリックシンドローム該当者 の割合を毎年1.7%減少 ④ 血圧160/100(Ⅱ度)以上 の割合を毎年1.2%減少 ⑤ LDL180以上 の割合を増加させない

2. 目標管理一覧表

課題を解決するための目標				基準年	中間 評価値	達成 状況	R5最終 目標値	最終 目標値 達成の ために
				H28	R1			
短期 目標	特定健診受診率60%以上（法定報告）	目標値		52.0	未達成	60%	94人増 (9.9%増)	
		実績値	48.6	50.1				
	特定保健指導実施率60%以上（法定報告）	目標値		76.0	未達成	80%	20人増 (25.5%増)	
		実績値	65.9	54.5				
	特定保健指導対象者の減少25%	目標値		58	未達成	58人	19人減	
		実績値	77	77				
	健診受診者のHbA1c6.5以上の割合6%減少	目標値		13.0	未達成	10.0%	50人減 (8.2%減)	
		実績値	16.0	18.2↑				
	健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少【追加】	目標値			／	0.4%	2人減 (0.4%減)	
		実績値		0.80				
メタボリックシンドローム該当者の割合1%減少	目標値		16.5	未達成	16.0%	41人減 (6.6%減)		
	実績値	17.1	22.6↑					
メタボリックシンドローム予備群の割合1%減少	目標値		12.5	未達成	12.0%	8人減 (1.1%減)		
	実績値	13.1	13.1					
健診受診者の高血圧者の割合1%減少（Ⅱ度以上）	目標値		5.0	未達成	4.0%	28人減 (4.5%減)		
	実績値	4.6	8.5↑					
健診受診者の脂質異常者の割合3%減少（LDL180以上）	目標値		5.3	達成	4.0%	増加させない		
	実績値	6.8	3.1					
中長期 目標	脳 脳血管疾患の総医療費に占める割合1%減少	目標値		1.80	未達成	1.36%	1.3%減	
		実績値	2.36	2.63				
	心 虚血性心疾患の総医療費に占める割合を現状維持（1%以下）	目標値		0.75	未達成	0.75%	0.7%減	
		実績値	0.75	1.44				
	腎 腎疾患（透析）の総医療費に占める割合の1%減少	目標値		4.0	未達成	3.51%	0.6%減	
		実績値	4.51	4.1				
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組【追加】		目標値			／	実施	実施	
		実績値		実施				

3. 中間評価

	特定健診受診率向上について	糖尿病性腎症重症化予防等について
1. ストラクチャー (構造)	評価年(R1) ①人員体制 ・保健師 : 常勤3名(うち1名は育休) ・管理栄養士 : 臨時職員1名(会計年度任用職員) ・栄養士 : 常勤1名 ・准看護師 : 臨時職員1名 ②地区担当 町内を2つに分け保健師2名が地区担当を実施。	
2. プロセス (実践の過程)	①未受診者訪問(継続実施) →台帳等により優先順位を立て、栄養士と准看護師が健診受診勧奨を実施 ②委託にて受診勧奨はがきの送付 ③町内医師へ「情報提供事業」の依頼	糖尿病管理台帳(HbA1c6.5以上の者)等を活用し、健診・医療の状況をKDBシステム等で確認。【台帳掲載者は全員に会うようにした】(糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って事業を実施) ①未受診者・中断者には、医療機関受診勧奨の保健指導に努める。 ②ハイリスク者へは、医療機関受診・内服だけでなく、食事や運動等の重要性についての保健指導に努めた。
3. アウトプット (事業実施量)	①未受診者訪問実施延べ件数 ・直接面談実施: 191名 ・不在: 125名 ②委託業者によるハガキ送付数 1,953名(延べ人数) ③情報提供事業数: 29名	<糖尿病管理台帳> ①未治療者・中断者の受診勧奨: 21名 ②ハイリスク者の保健指導: 20名 ③かかりつけ医との連携数: 9件 ・かかりつけ医へ直接相談: 8件 ・糖尿病連携手帳を活用した相談: 1件
4. アウトカム (結果)	R1 全受診者数 620名 ①新規受診者 : 80名(12.9%) ②継続受診者数 : 495名(77.3%) ③法定報告受診率 : 50.1%	①新規透析導入者(R1) 町内全体: 4名(うち国保: 3名) ②糖尿病性腎症が原因での新規透析導入(R1) ・町内全体: 2名(うち国保: 2名＝全員国保)
5. 課題・改善点	★全体の受診率・・・60%を目指す！ ①未受診者対策としては、 訪問が1番効果的 。健診受診の必要性を直接伝え、新規受診者の獲得や年に1度の健診継続へつなげることができる。 →訪問できる体制の確保が必要。 ②上記に記載ないが、 40～50歳の受診率が31.3%と低い(65～74歳は53.0%) 。 →訪問対象者の優先順位を立てた訪問をする必要がある。 ★最優先課題は「糖尿病」 ①HbA1c6.5以上の者の割合が年々増加し、重症化した結果である糖尿病性腎症による新規透析者が国保では100%である。 →糖尿病管理台帳等にて、健診・医療等情報を確実に確認していくとともに、 重症化リスクの高い人から優先順位をつけて訪問指導を行う必要 がある。 ② 糖尿病の解決のために「食」の指導が重要 。 →住民の食事を数値化して見える化できるよう、保健指導の質を向上させる必要がある。	

4. 中間評価後 新たな重点課題

①R1年度の特定健診受診率51.9%と、国の目標値60%に達しておらず、その中でも**40～64歳の者の健診受診率向上**に向けた取組が特に必要。

②HbA1c6.5以上の者の割合が増加傾向にあり、糖尿病性腎症を原因とする新規透析者が、国保の新規透析者の100%であることから、「**糖尿病**」を重点的に取り組む必要がある。