

大洲市国民健康保険  
第2期保健事業実施計画(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

令和3年3月作成

大洲市

# 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. 大洲市の健康課題…………… 2

## 第2章 中間評価にあたって

1. 中間評価の方法…………… 3
2. 中間評価の総括…………… 3、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  
「データヘルス計画の目標管理一覧」…………… 5
2. ストラクチャー、プロセス評価  
「全体評価表」…………… 6
3. 主な個別事業の評価と課題
  - (1)未受診者対策…………… 7
  - (2)重症化予防の取組み…………… 7
  - (3)ポピュレーションアプローチ…………… 7

## 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…………… 8
2. 特定健診の実施…………… 8
3. 特定保健指導の実施…………… 8

## 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. 保険者努力支援制度の評価指標における検討…………… 9
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)…………… 10、11
3. 個別保健事業計画の見直し…………… 11

## 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、「大洲市第1期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成28年に策定した。

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「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」及び「第3期特定健康診査等実施計画」を一体的に策定した。

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する。

### 2. 計画の基本的な考え方

第2期保健事業実施計画(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。

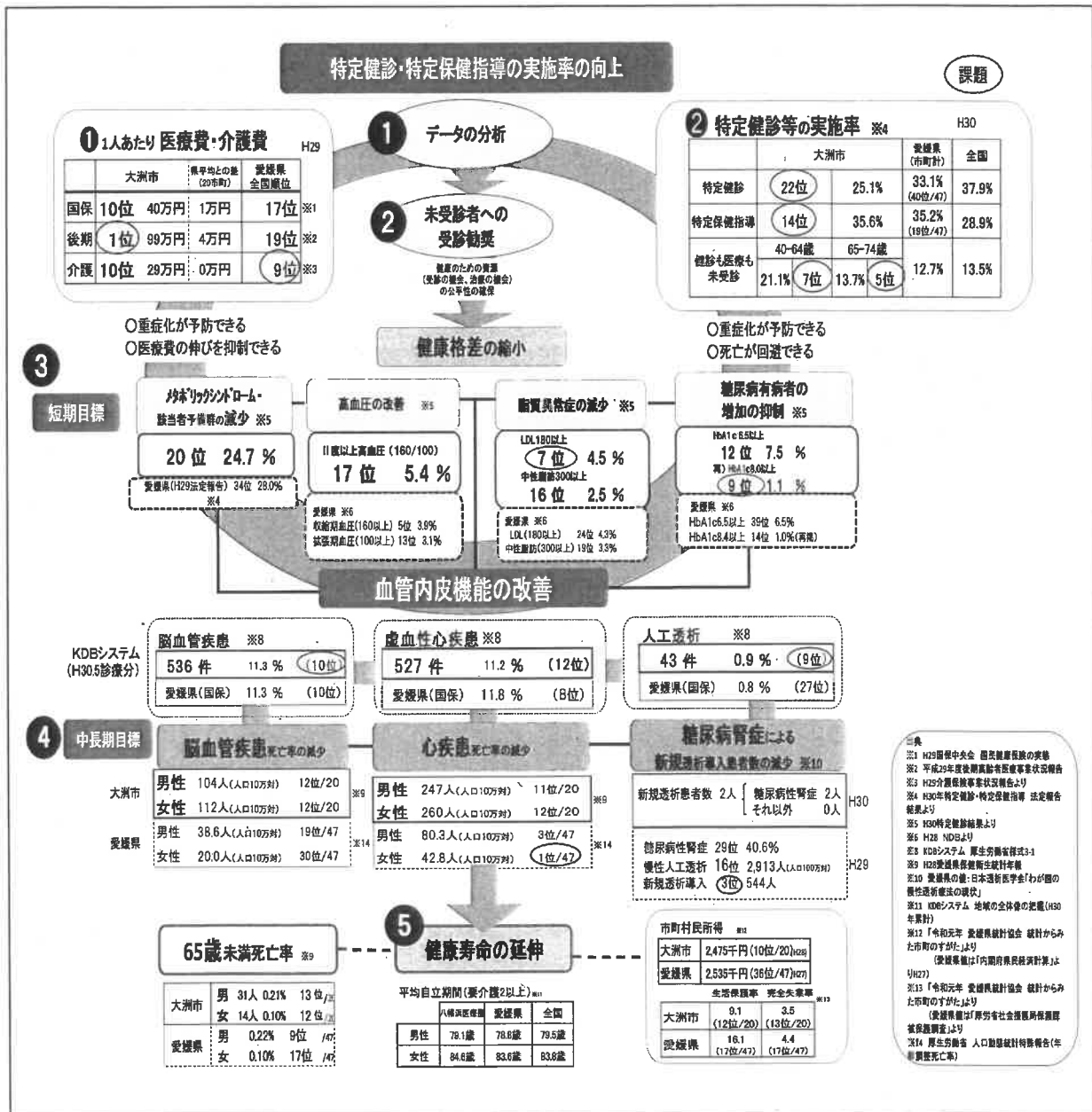
なお、計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。厚生労働省による「データヘルス計画作成の手引き」に示されているように、予防対象疾患を「中長期目標」と「短期的目標」として整理し、健康寿命の延伸、健康格差の縮小という大目標を実現するための計画となっている。

### 3. 大洲市の健康課題（図1）

大洲市においては1人あたり医療費が後期高齢者で県内1位と高く、国保医療費、介護費ともに全国平均より高い状況である。特定健診の受診率は25.1%と伸び悩んでおり、健康状態が把握できない者のうち40歳から64歳が21.1%、65歳から74歳が13.7%となっている。

また、脳血管疾患有病者の割合が11.3%（県内10位）、人工透析患者の割合が0.9%（県内9位）とやや高く、さらに新規透析患者数は2人（糖尿病性腎症）だった。その背景には、脂質異常症LDL180以上（県内7位）、と糖尿病HbA1c8.0以上（県内9位）があり、治療中であっても高値の者も多いため、受診勧奨と合わせて医療連携が必要である。

（図1）大洲市の健康課題



## 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う。

- (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」
- (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) 評価結果及び保険者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) 個別事業のうち主要なもの(未受診者対策、特定保健指導、糖尿病等重症化予防など)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) 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 60%以上  
H28年度 23.8%からR元年度 26.1%に増加
- ② 虚血性心疾患の総医療費に占める割合  
H28年度 2.0%からR元年度 1.4%に減少
- ③ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合  
H28年度 1.4%からR元年度 1.0%に減少
- ④ 後発医薬品の使用割合  
H28年度 63.1%からR元年度 75.2%に増加

#### 2) 評価指標の「悪化」になった項目

- ① 特定保健指導実施率 60%以上  
H28年度 51.6%からR元年度 37.5%に減少
- ② 特定保健指対象者の減少率 25%  
H28年度 12.3%からR元年度 13.0%に増加

③脳血管疾患の総医療費に占める割合

H28 年度 2.0%から R 元年度 2.4%に増加

④メタボリックシンドローム・予備群の割合

H28 年度 23.1%から R 元年度 27.3%に増加

⑤健診受診者の高血圧の割合

H28 年度 3.4%から R 元年度 8.1%に増加

⑥健診受診者の脂質異常者の割合

H28 年度 25.1%から R 元年度 25.7%に増加

⑦健診受診者の糖尿病の割合

H28 年度 6.5%から R 元年度 8.4%に増加

⑧糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合

H28 年 72.7%から R 元年度 61.8%に減少

⑨がん検診受診率

※平成 30 年度から、検診対象者数が検診対象年齢の住民全体に変更となった

胃がん検診 H28 年度 6.2%から R 元年度 4.2%に減少

肺がん検診 H28 年度 12.1%から R 元年度 5.2%に減少

大腸がん検診 H28 年度 14.7%から R 元年度 6.7%に減少

子宮頸がん検診 H28 年度 19.9%から R 元年度 9.3%に減少

乳がん検診 H28 年度 28.0%から R 元年度 14.2%に減少

3)追加・変更項目

(1)「目標管理一覧」について、保険者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

②5つのがん検診の平均受診率

③歯科検診(歯周病健診を含む)の受診率増加

### 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

##### 「データヘルス計画の目標管理一覧」

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	実績					データの把握方法	
				初期値 H28	中間評価 R元	R2	R3	R4		最終目標 R5
特定健診等		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	23.8%	26.1%					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	51.6%	37.5%					
			特定保健指導対象者の減少率25%	12.3%	13.0%					
データヘルス計画	腎疾患・糖尿病の割合が国や県と比較して高い。 ・死因別糖尿病・腎不全による死亡が1.5倍と高い。 ・非肥満高血糖者の割合が大幅に増加(9.9%→16%)	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.0%	2.4%					KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.0%	1.4%					
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合	1.4%	1.0%					
			メタボリックシンドローム・予備群の割合	23.1%	27.3%					
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	3.4%	8.1%					
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140以上)	25.1%	25.7%					
			健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上)	6.5%	8.4%					
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	72.7%	61.8%					大洲市保健センター			
短期	がんによる死亡割合が増加している。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	6.2%	4.2%					大洲市の健康づくり
			肺がん検診 50%以上	12.1%	5.2%					
			大腸がん検診 50%以上	14.7%	6.7%					
			子宮頸がん検診 50%以上	19.9%	9.3%					
			乳がん検診 50%以上	28.0%	14.2%					
保険者努力支援制度	数量シエアH28年度63.1%	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	63.1%	75.2%					厚生労働省(9月診療分)

評価指標の「悪化」になった項目が9項目ある。特定健診は、個別健診受診者が増えたことにより受診率は増加した。それに伴い特定保健指導の対象者も増えたが、十分なフォローができず、特定保健指導実施率は低下した。

また、特定健診受診率がやや増加したことにより、重症化予防すべき対象者の高血圧・糖尿病者の割合が増加した。

特定健診受診率・特定保健指導実施率・がん検診受診率は依然低い状況であるため、引き続き、受診率等の向上に向けての取組みが課題である。

## 2. ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」

令和元年健康増進と今後の課題 全体評価					
課題・目標	①プロセス (やっていた実践の過程)	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)	⑤残っている課題
<p>■健診受診率</p> <p>■受診率の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・依然県下下位であり、重症化すべき対象者を十分に掘り起こせていない状況である。受診勧奨方法の見直しやH30～H31の受診率の向上の継続が必要。</li> <li>【H30:25.8%→R元:26.1%】</li> <li>・新規受診者の増加及び継続受診者の受診勧奨。</li> </ul>	<p>■健診受診率向上</p> <p>■受診率の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診受診券の一斉送付(5月)</li> <li>・医師指導加入者への医師窓口での健診案内及び特定健診受診券の送付</li> <li>【特定健診の日程及び個別健診実施要領の一覧表等を封筒に入れての郵送】</li> <li>⇒健診申し込みの届出及び健診受診への案内</li> <li>・未受診者への受診勧奨通知(2回/年)</li> <li>・H30～R元(健)診申し込みの届出の届(検)診申し込みの届の通知</li> <li>・集団健診申し込み日に健診に来られなかった人への受診勧奨</li> <li>⇒健診受診への勧誘付</li> </ul>	<p>■健診受診率向上</p> <p>①特定健診受診率(%) (法定報告)</p> <p>H26 H27 H28 H29 22.9% 23.6% 23.8% 23.6%</p> <p>H30 R元 25.1% 26.1%</p> <p>②個別健診受診者数(人)</p> <p>H26 H27 H28 H29 191人 264人 268人 294人</p> <p>H30 R元 533人 531人</p> <p>■保健指導実施率</p> <p>③特定保健指導実施率(%) (法定報告)</p> <p>H26 H27 H28 H29 49.6% 52.6% 51.6% 43.2%</p> <p>H30 R元 35.0% 37.5%</p>	<p>【健診結果】</p> <p>①HbA1cの改善(10元～R元) ・保健指導ツール(かみそり)により 8.0以上～8.0未満 3人(15.8%) 7.0以上～7.0未満 4人(10.5%) 6.5～6.9未満 3人(4.2%) 総合計 10人(70%)</p> <p>②糖尿病未治療者数の推移 HbA1c6.5以上未治療者数(2019年) 43 糖尿病治療率(3)糖尿病治療者がかつ 糖尿病治療率</p> <p>H26 H27 H28 H29 83人 77人 71人 59人</p> <p>H30 R元 65人 67人</p> <p>③メタボ予備群減少率(法定報告)</p> <p>H26 H27 H28 H29 21.9% 10.8% 12.8% 17.8% 14.9% 10.7%</p> <p>④メタボ予備群減少率(法定報告)</p> <p>H26 H27 H28 H29 16.8% 15.7% 19.4% H30 R元 23.5% 22.7% 21.6%</p> <p>⑤医療人工透析療養費の推移</p> <p>H26 H27 H28 H29 H30 R元 H27:2億8529万円 H28:2億4692万円 H29:2億6197万円 H30:2億1670万円 R元:1億2829万円</p> <p>⑥医療人工透析療養費の推移(人)</p> <p>H26 H27 H28 H29 H30 R元 48人 46人 40人 42人 31人 31人</p> <p>*特定H30は、健診受診率75%未満より健診に加入したため、数値が減少</p> <p>⑦医療指導人工透析療養費(人)</p> <p>H26 H27 H28 H29 H30 R元 2人 5人 9人 6人 2人 3人</p>	<p>【連携・協力体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険健康センターで受診勧奨方法の検討</li> <li>・受診勧奨通知内容の精査</li> </ul> <p>■保健指導実施率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実施率の低下</li> <li>・実施方法や内容の見直し</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別健診受診者への対応</li> <li>・個別健診受診者が増加していることから、個別健診受診者への医師指導、重症化予防等医療機関と連携した取り組みが必要。</li> </ul> <p>■かかりつけ医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病重症化予防の活用</li> <li>・未治療者、治療中断者の保健指導</li> </ul> <p>■重症化予防</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療コントロール不良者へのフォローが必要。</li> <li>・医療機関、健診未受診者への継続フォローが必要。</li> </ul>	
<p>■医療機関の受診</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関未受診者を受け付けていない。</li> </ul> <p>■かかりつけ医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医との連携</li> <li>・協力体制の構築</li> <li>・特定健診を受けない方への受診勧奨の協力依頼が必要。</li> </ul> <p>■重症化予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診受診者の高血圧Ⅱ度以上、HbA1c6.5以上、CKD重門門受診対象者等の台帳の整備。</li> <li>・糖尿病管理台帳の整備。</li> <li>・体制の構築・実施方法の検討。</li> </ul>	<p>■医療機関の受診</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・管理栄養士による結果説明会当日及び翌日での来所・新年度での保健指導の実施。</li> <li>・医療機関の受診</li> <li>・保健センターから紹介状発行(高血圧、高血糖、CKD他)、本人が医療機関へ持参。その後、医療機関から受診結果が返信され、それぞれに保健指導を実施する。</li> <li>・未受診者の電話訪問</li> </ul> <p>■かかりつけ医との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医との連携</li> <li>・協力体制の構築</li> <li>・健診の協力依頼</li> </ul> <p>■重症化予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診後の結果説明会前までに、高血圧Ⅱ度以上、HbA1c6.5以上(または、HbA1c7.0以上の未受診、治療中断者へ強い勧奨)、CKD重門門受診対象者等を保健指導支援ツールより抽出し、結果説明会前日の受診勧奨に活用。</li> <li>・台帳の整備</li> </ul>	<p>■健診受診率向上</p> <p>■保健指導実施率</p> <p>■重症化予防事業</p> <p>①HbA1c7.0以上 該当者数:48人 再掲)治療中:31人</p> <p>2.主治医有:8人 3.紹介状発行:9人</p> <p>再掲)3のうち、医療機関受診につな がった人数:8人</p> <p>(2)高血圧Ⅱ度以上 該当者数:136人 再掲)治療中:152人</p> <p>2.主治医有:24人 3.紹介状発行:24人</p> <p>再掲)3のうち、医療機関受診につな がった人数:15人</p> <p>3.紹介状発行:57人 該当者数:57人</p> <p>再掲)3.主治医有:6人 3.紹介状発行:49人</p> <p>再掲)3.0のうち、医療機関受診につな がった人数:5人</p>	<p>【役割分担の明確化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者抽出、レセプト確認、台帳整備、成人担当医師、特定保健指導等重症化予防、地区担当医師</li> </ul>		

健診受診率は、集団健(検)診申し込み制の導入や外部委託による受診勧奨事業等の取組みをしているが、依然県内では下位であり、重症化予防すべき対象者の掘り起こしが十分できていない状況である。そのため、今後も受診勧奨方法の検討等が必要である。

また、保健指導実施率も低下しており、実施方法の見直し等を図る必要がある。

重症化予防については、レセプトや健診結果をもとに、保健指導支援ツールで重症化予防対象者を抽出した台帳や糖尿病管理台帳を整備し、未治療者や治療中断者・治療中のコントロール不良者を抽出・フォローが必要である。これまで、集団健診受診者に



向けて保健指導をすすめていたが、年々個別健診受診者も増加していることから、個別健診受診者へのフォローも検討が必要である。

### 3. 主な個別事業の評価と課題

#### (1) 未受診者対策

特定健診受診者を増やし、重症化を予防するため、未受診者対策を実施した。

- ・健診の事前申込み制の導入(電話・QRコード・封書)
- ・経年未受診者、不定期未受診者への受診勧奨業務を委託

この取組みにより、健診受診率は徐々に増加しているが、県内他市町と比較しても、依然として低い状態であり、引き続き受診勧奨を実施する。

#### (2) 重症化予防の取組み

##### ① 重症化予防

集団健診後、高血圧Ⅱ度以上、HbA1c6.5以上(HbA1c7.0以上については、紹介状にて受診勧奨)、CKD専門医受診対象者を保健指導支援ツールで抽出し、抽出された対象者へ、来所・訪問・電話等で受診勧奨を実施した。取組み状況については、P.6の全体評価表の②アウトプット(事業実施量)の重症化予防事業参照。

今後、個別健診受診者への保健指導実施方法の検討や、糖尿病管理台帳を経年で確認できるようにデータを一元化する必要がある。

データヘルス計画の目標で新たに追加した、「健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少」について、健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者を保健事業支援ツール等で抽出し、受診勧奨を実施する。受診勧奨後、レセプトを確認し、未治療者に再勧奨を行う。

##### ② 歯科健診

年度末年齢40・50・60・70歳に対し、成人歯周病検診を実施する。検診は医療機関と連携し受診率向上を図る。

#### (3) ポピュレーションアプローチ

糖尿病予防教室などの健康教育や市民のつどいで、生活習慣病の重症化が医療費や介護費など社会保障費の増加につながることを周知した。今後は、より広く市民へ周知し重症化予防を勧めることで、社会保障費の抑制につなげる。

## 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

	平成28年度 (初期値)	平成30年度	令和元年度
特定健診受診率	23.8%	25.1%	26.1%
特定保健指導実施率	51.6%	43.2%	37.5%

特定健診受診率は徐々に増加しているが、目標の60%は達成していない。  
特定保健指導実施率は年々低下しており、目標の60%は達成していない。  
特定健診受診率および特定保健指導実施率向上に向けて、引き続き取組みを実施し、新たな取組みも考えていく。

### 2. 特定健診の実施

平成30年度から集団健(検)診申し込み制の導入、令和元年度から外部委託による受診勧奨事業を実施している。

申し込み制については、導入してまだ数年であるため、引き続き、広報等で周知を図る。

受診勧奨事業については、令和元年度に2回実施した。受診勧奨後、実際に受診につながったのは、第1回目8.9%、第2回目5.0%であった。

治療中の健診未受診者を受診につなげるための効果的なアプローチが課題である。

### 3. 特定保健指導の実施

保健師、管理栄養士指導のもと、実施計画や目標を設定し、評価した。

また、初回面接と最終評価でアンケートを行い、活動実施状況及び効果の確認を行った。個別健診受診者のうち、特定保健指導該当者にも案内をしたが、実施者は数名であった。

保健指導内容も長年同じ方法であることから、実施方法の検討をする必要がある。

## 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. 保険者努力支援制度の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項目において、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」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

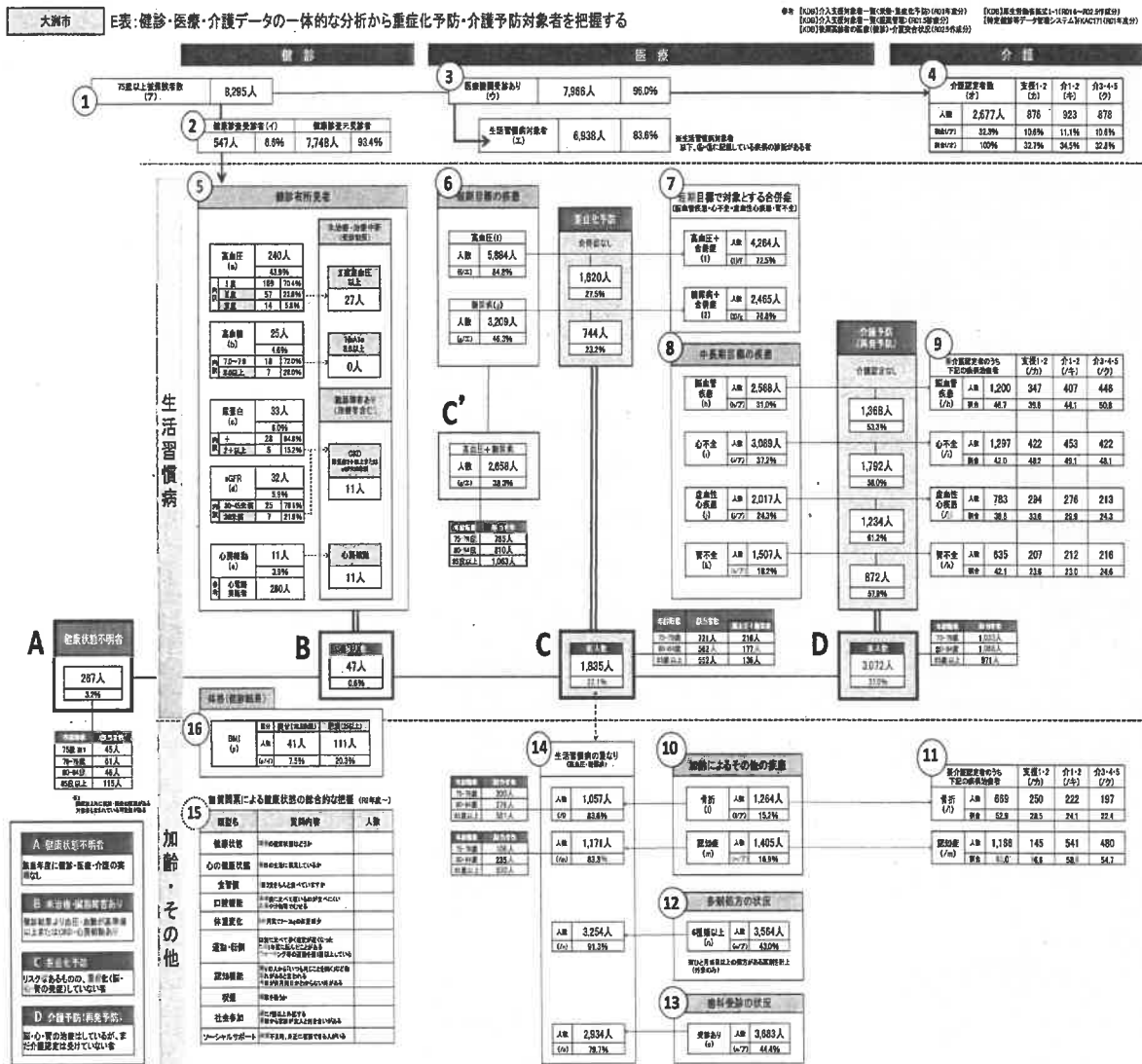
データヘルス計画の目標管理一覧表

開業計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績					データの把握方法	
				初期値 H28	中間評価 R元	R2	R3	R4		最終目標 R5
特定健診等		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	23.8%	26.1%	30.0%	40.0%	50.0%	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	51.6%	37.5%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	12.3%	13.0%	前年度比20%減			H20比25%減	
データヘルス計画	中長期 ・腎疾患・糖尿病の割合が国や県と比較して高い。 ・死因別糖尿病・腎不全による死亡が1.5倍と高い。 ・非肥満高血圧者の割合が大幅に増加(9.9%→16%)	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.0%	2.4%				2.0%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.0%	1.4%				1.0%	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合	1.4%	1.0%				0.6%	
		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	メタボリックシンドローム・予備群の割合	23.1%	27.3%	26.5%	26.0%	25.5%	25.0%	
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	3.4%	8.1%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140以上)	25.1%	25.7%	25.0%	24.5%	24.0%	23.5%	
			健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上)	6.5%	8.4%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%	
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合	—	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	72.7%	61.8%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%	
			大洲市保健センター							
短期 保険者努力支援制度	がんによる死亡割合が増加している。 がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の向上 胃がん検診	6.2%	4.2%	5.0%	7.0%	10.0%	15.0%	大洲市の健康づくり	
		肺がん検診	12.1%	5.2%	7.0%	10.0%	12.0%	15.0%		
		大腸がん検診	14.7%	6.7%	8.0%	10.0%	12.0%	15.0%		
		子宮頸がん検診	19.9%	9.3%	12.0%	15.0%	17.0%	20.0%		
		乳がん検診	28.0%	14.2%	18.0%	20.0%	25.0%	30.0%		
		5つのがん検診の平均受診率	—	7.9%	10.0%	12.4%	15.2%	19.0%		
	大洲市保健センター									
・受診率が低い	歯科健診(歯周病検診)	歯科健診(歯周病検診含む)の受診率	—	4.5%	5.0%	5.5%	6.0%	6.5%		
・数量シェアH28年度63.1%	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	63.1%	75.2%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	厚生労働省(9月診療分)	

## 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年度から施行され、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、大洲市で令和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(以下、E表)」によるデータ分析



大洲市の特徴・課題を把握するため、E表一覧を作成し、見えてきた課題を調整会議等において保険年金課・大洲市保健センター・高齢福祉課等と共有し、対応策を検討している。

## ②ハイリスクアプローチの実施

E表から以下の対象者を抽出する

A・・・健康状態不明者

・健康状態不明者に、受診・健(検)診を促し、受診率の向上につなげる。

B・・・健診受診者のうち、重症化予防対象者

・75～84歳までの高齢者を対象にして、糖尿病性腎症をはじめとする生活習慣病の重症化を防止し、80歳以上の重症化数の低下および医療費の抑制につなげる。

## ③ポピュレーションアプローチについて

E表から以下の対象者を抽出する

C・・・重症化予防対象者

・市内全域の通いの場において後期高齢者質問票を活用し、後期高齢者健診の受診勧奨を実施する。

・対象圏域の通いの場において、低栄養・口腔ケアについての健康教育・健康相談を実施する。

・対象圏域の通いの場において、健康相談を実施した結果、支援が必要と判断される高齢者に対して、医療への受診勧奨や介護サービスの利用勧奨を実施する。

## 3. 個別保健事業計画の見直し

### (1)糖尿病重症化予防

平成29年度から、県版プログラムをもとに「糖尿病重症化予防」を実施してきた。HbA1c6.5以上の未受診・治療中断者へ勧奨するが、特にHbA1c8.0以上の者に対して、地区ごとに台帳で把握し、受診勧奨後に優先的にレセプトを確認し、未治療者に再度保健指導を行う。

### (2)ポピュレーションアプローチ

元気に長く働き、活躍し続けるためには、働き盛りの若いうちから健康的な生活習慣を定着させ、重症化を予防することが大切である。そのためには、広く市民に大洲市の健康課題を周知すると共に、特定健診やがん検診の受診勧奨を行い、若い世代からの健康づくりと健康意識の働きかけを行う。

また、若年層から中高年、高齢者へと継続して生活習慣病の発症予防と重症化予防をすることで、健康寿命の延伸と社会保障費の抑制につなげていく。

