

令和 2 年度
国民健康保険保健事業
分析・事業評価資料

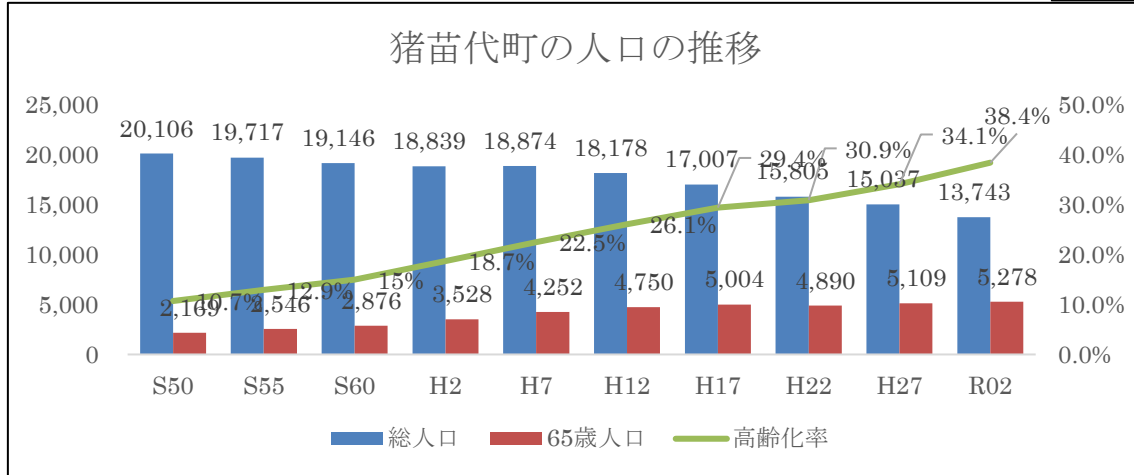
令和 4 年 3 月

猪苗代町 町民生活課

令和 2 年度国保保健事業の評価

1. 猪苗代町の人口の推移

表 1



国勢調査・R2 年については住民基本台帳

2. 猪苗代町の国保の状況

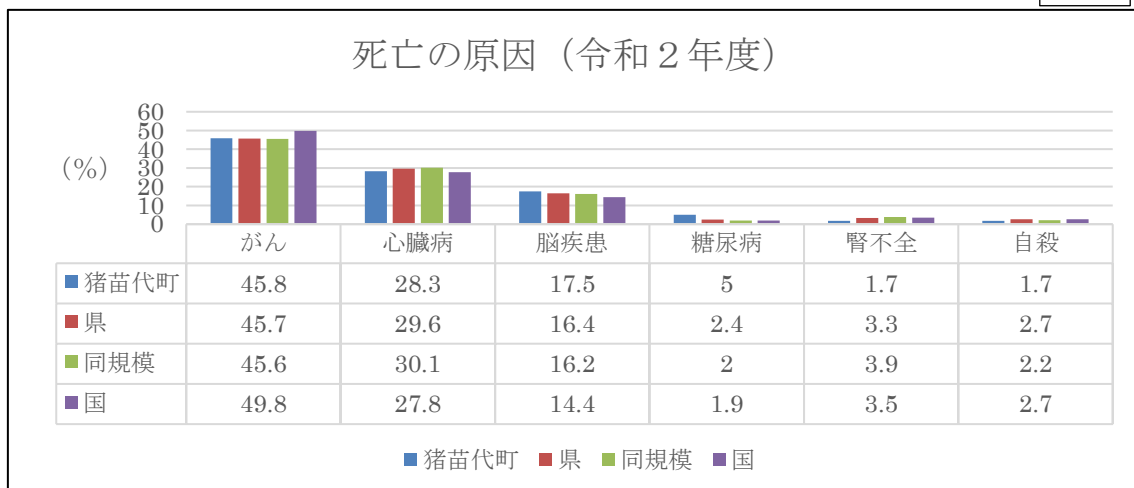
① 猪苗代町の現状 (R2. 4. 1 現在)

表 2

国保の状況	被保険者数	3, 2 3 6 人
(内訳)	65～74 歳	1, 687 人 (52. 0%)
	40～64 歳	976 人 (30. 0%)
	39 歳以下	572 人 (18. 0%)

3. 死亡の原因

表 3



(KDB NO. 1 地域全体像の把握)

○死亡の原因を他と比較したもの。令和 2 年度は、脳疾患と糖尿病が国、県や同規模市町村と比較して高かった。

4. 急性心筋梗塞の死亡率

全国平均を100とすると、福島県はワースト1位である。

表 4

	福島県	熊本県	猪苗代町
男	211	53.6	174.5
女	203	59.5	164

H25～H29 人口動態特殊報告

福島県の心筋梗塞死亡率は、男女ともワースト1位という実態がある。
最下位の熊本県と比較すると約4倍も高くなっていることがわかる。

5. 平均寿命

福島県と熊本県の平均寿命を比較してみました。

福島県は、短命だということがわかる。

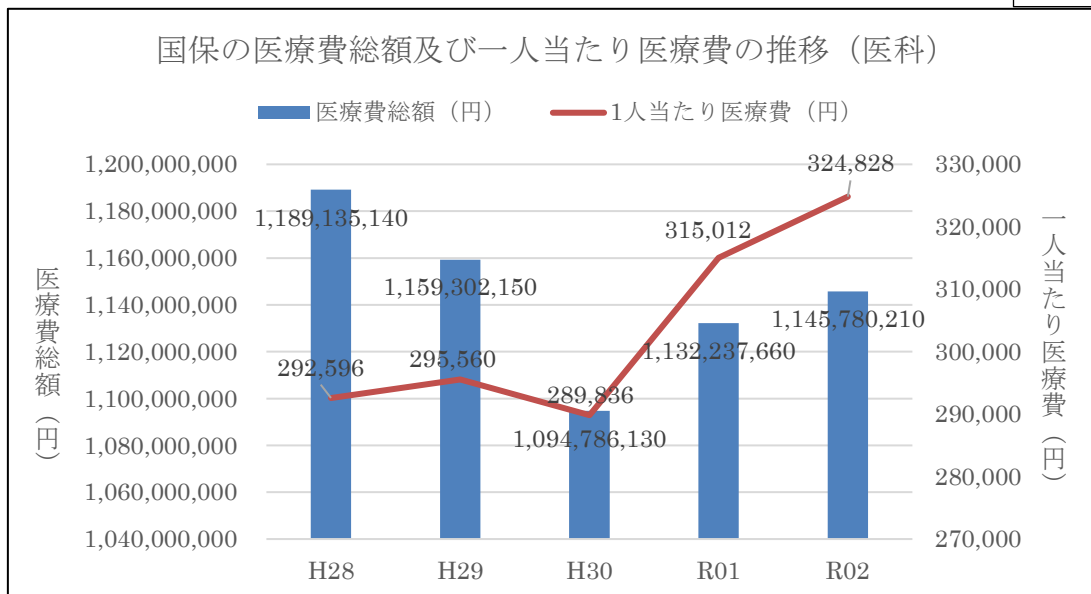
表 5

	福島県	熊本県	猪苗代町
男	80.1	81.2	79.9
	ワースト7位	42位	
女	86.4	87.5	87
	ワースト5位	43位	

H27 厚生労働省生命表、猪苗代町：H30 年 KDB より

6. 猪苗代町の医療費及び一人当たり医療費の推移

表 6



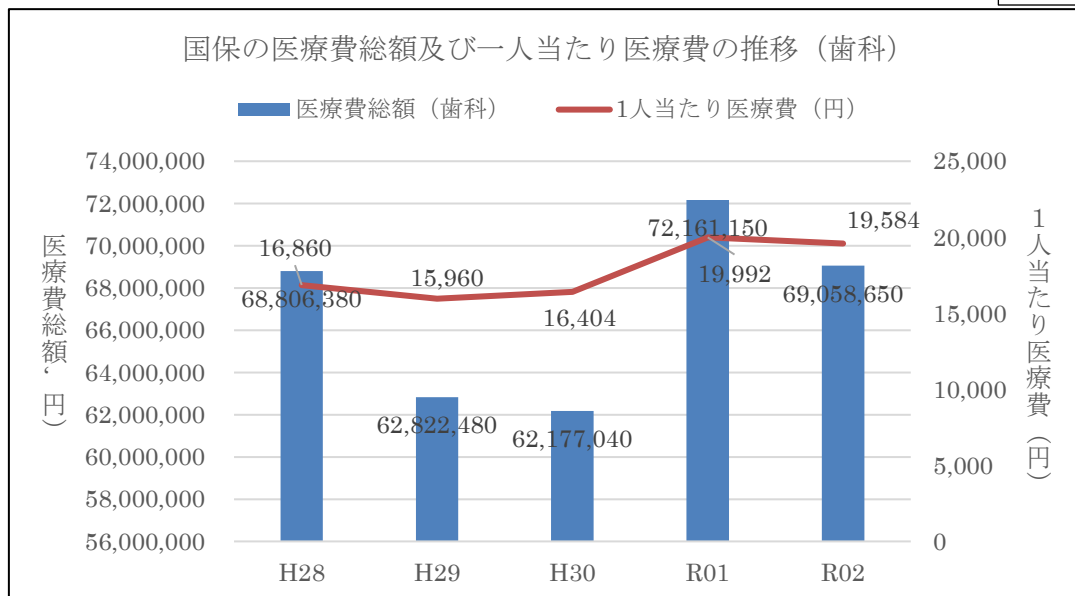
（KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題）

○令和2年度の猪苗代町の国民健康保険加入者の医療費（医科）は11億4500万と
なっている。一人当たり医療費は324,828円で、県内順位は35位。

（全国平均 307,548 円、県内平均 322,068 円）

県内における一人当たり医療費順位は高い方ではないが、年々増加している。

表 7



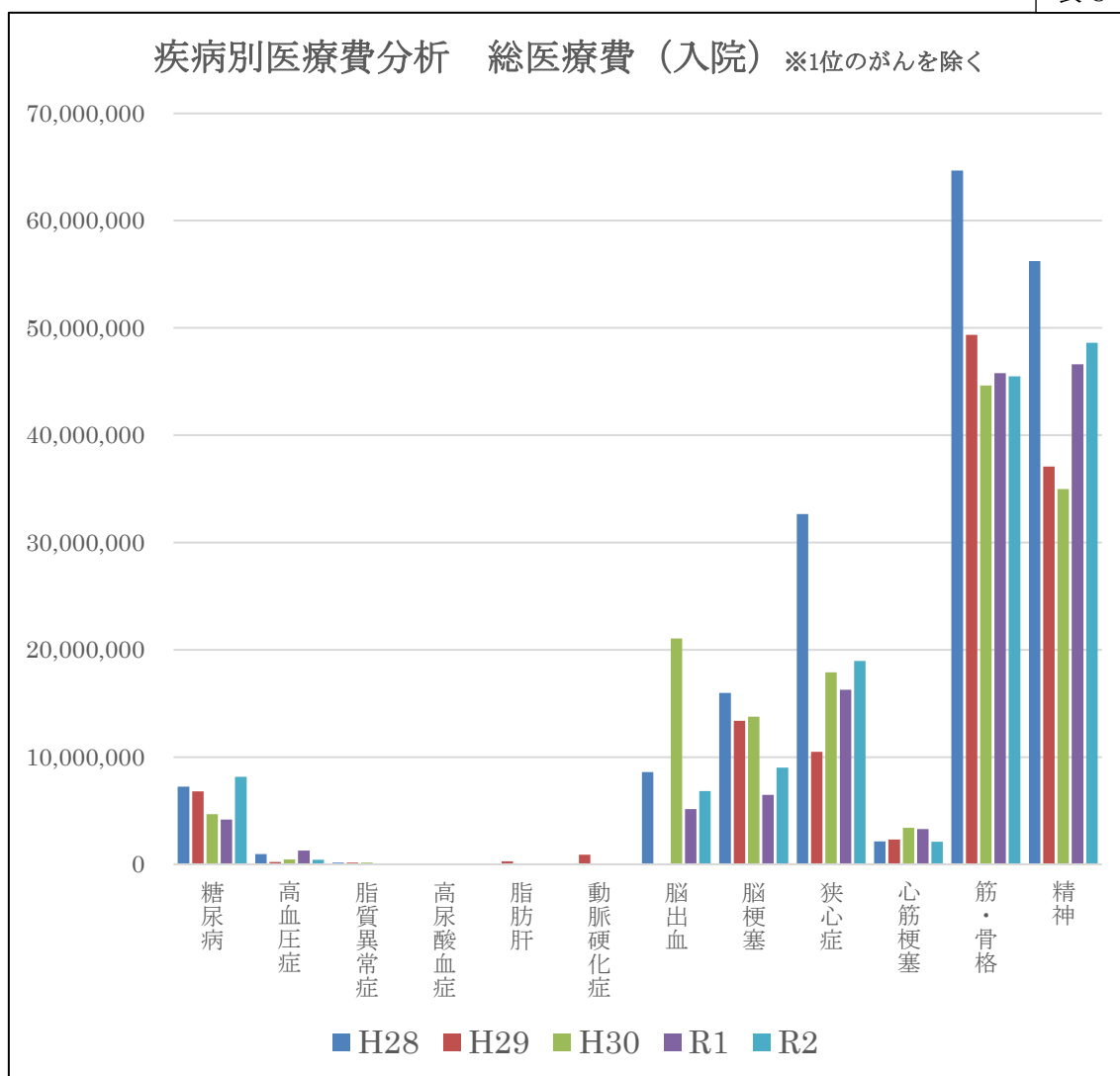
（KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題）

歯科については、令和2年度は減少している。新型コロナウイルス感染症で受診控えをする人もいるので、その影響が大きいと考えられる。

7. 疾病別医療費分析 生活習慣病総医療費

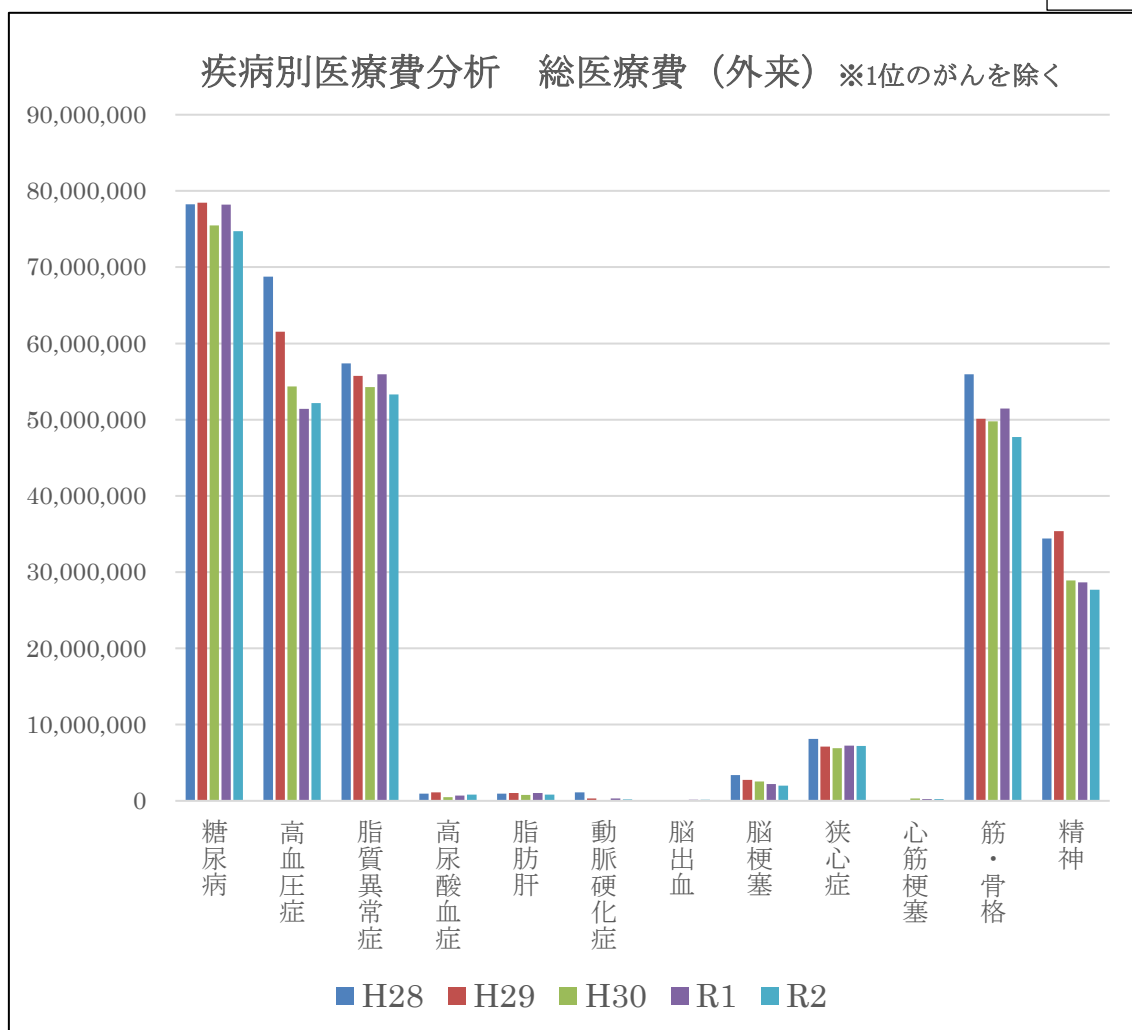
①入院

表 8



疾病別医療費分析として、生活習慣病における総医療費（入院）を見てみた。精神疾患や筋・骨格系が多く、長期ケアが必要なものや年齢的に避けられない疾患が上位にきている。

次いで、狭心症や脳梗塞が多いが、これらは予防可能な疾患であり、一度起きてしまうと社会的な損失も大きくなるため問題である。



疾病別医療費分析として、生活習慣病における総医療費（外来）を見た。
通院医療費が高い疾患は、糖尿病、脂質異常症、高血圧症であることがわかる。

8. 疾病統計

下記の表は、一件当たりの外来・入院単価。

外来の単価は、61 総保険者数の中で見てもさほど高くないが、一件当たりの入院単価は、脳・血管疾患で高い順位となっている。程度が軽いうちは病院にかからず、重症になって治療を開始する傾向にあるのではないかと分析できる。

生活習慣病等受診状況（一件当たりの外来・入院単価）

表 10

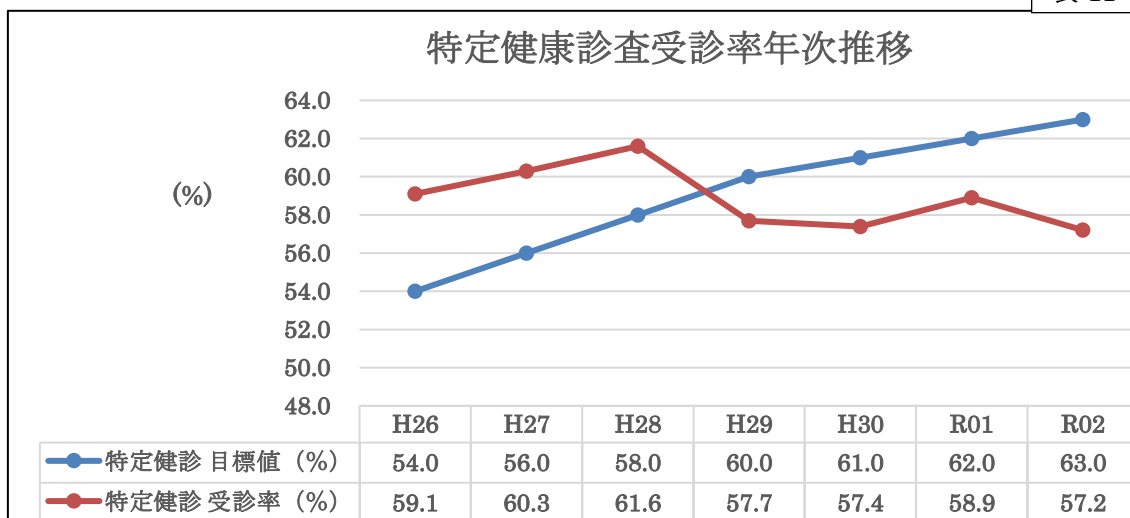
疾病	入院（円/件） （順位）	在院日数 （日/件）	入院外（円/件） （順位）
糖尿病	645,046 (29)	15	39,663 (18)
高血圧症	746,402 (3)	16	28,242 (35)
脂質異常症	688,294 (14)	14	26,767 (34)
脳血管疾患	844,129 (6)	18	28,492 (56)
心疾患	827,292 (7)	12	40,394 (42)
腎不全	789,892 (17)	15	101,605 (55)
精神	584,936 (7)	23	27,831 (36)
新生物	851,633 (2)	15	61,148 (33)
歯肉炎・歯周病	546,400 (2)	8	12,981 (42)

令和2年度 総保険者数 61

9. 特定健診・特定保健指導について

1) 特定健康診査（集団）

表 11

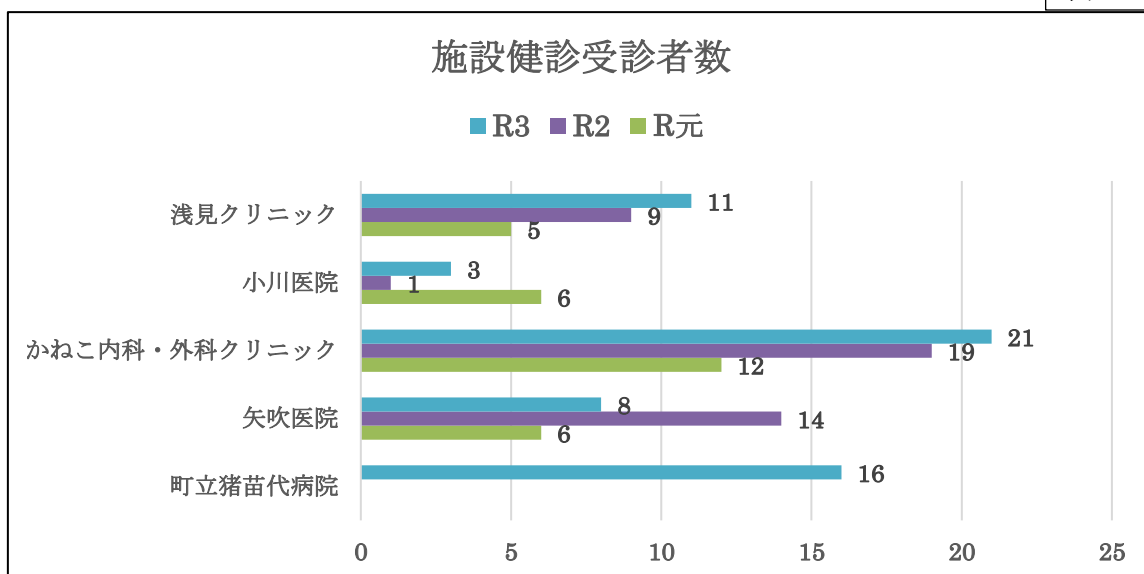


特定健診・保健指導の目標値と受診率・実施率の推移（法定報告より）

※ここ数年、特定健診受診率は伸び悩んでいる。令和2年度からは、新型コロナウイルス感染症予防対策のため、時間を指定して入場数を制限している。

2) 特定健康診査町内施設健診

表 12

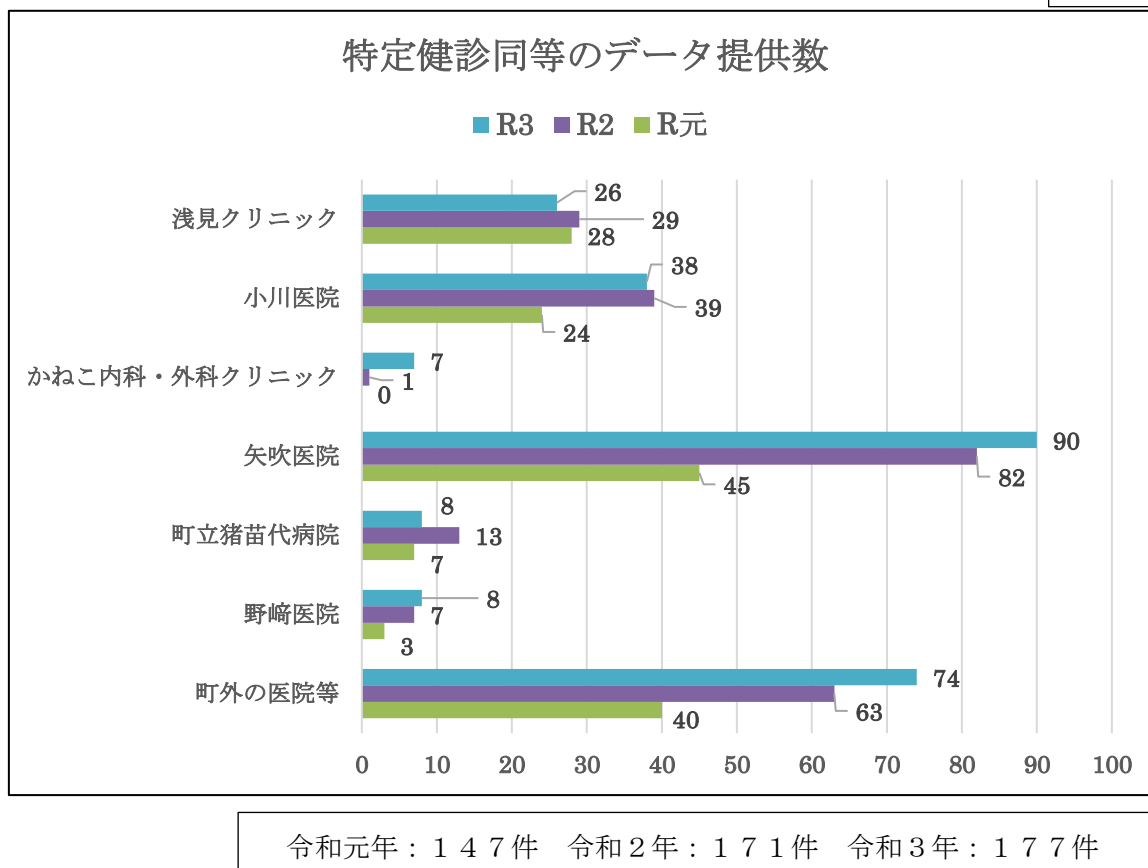


※ 令和3年度は町立猪苗代病院の協力が得られたため、受診者数も増えた。
今後も未受診者のために、健診の機会を確保していきたい。

令和元年：29人 令和2年：43人 令和3年：59人

3) 特定健診同等のデータの提供数

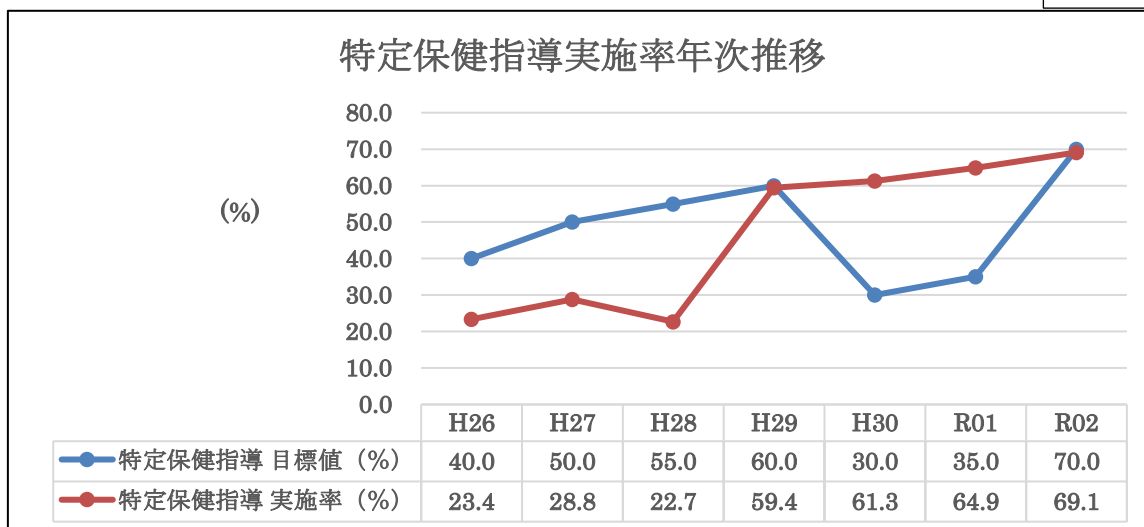
表 13



- ・令和元年度より人間ドックを廃止したため、受診率の低下が心配されたが、猪苗代町医師団の協力により、特定健診を受けない方については特定健診同等のデータを提供いただいている。データが集まることで受診率向上に反映され、町の健康課題も明確になっていくので、引き続き行っていきたい。

4) 特定保健指導について

表 14



特定健診・保健指導の目標値と受診率・実施率の推移（法定報告より）

※特定保健指導の実施率は年々上昇している。

5) 年代別肥満割合

体格（健診結果）（R2）

表 15

年齢別	痩せ（BMI18.5未満）	割合	肥満（BMI25以上）	割合
40～64歳	22人	5.3%	156人	37.9%
65～74歳	41人	4.1%	340人	33.7%
75歳以上	28人	7.7%	105人	29.0%

※若い年代での肥満が多いことがわかる。

6) 内臓脂肪の全国順位

表16は、全国で比較した内臓脂肪が多い県。

福島県はワースト2位、内臓脂肪肥満は大きな問題だ。

【市町村国保】内臓脂肪順位(H30)

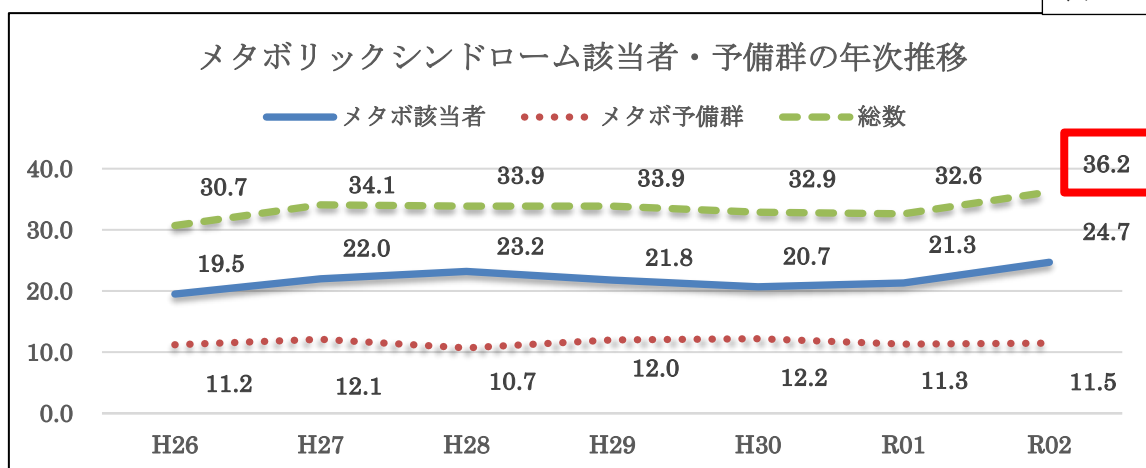
表 16

1位	沖縄県	38.5
2位	福島県	33.6
3位	高知県	33.6
4位	宮城県	33.4

(該当者+予備軍)総数

7) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予備群・該当者について

表 17



特定健診・保健指導の目標値と受診率・実施率の推移（法定報告より）

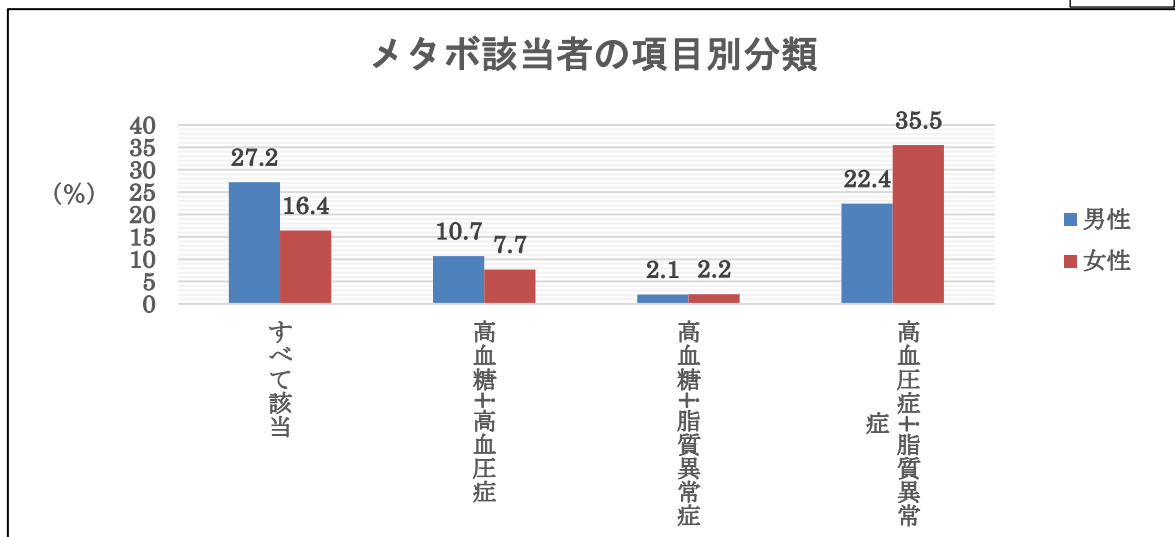
猪苗代町のメタボ該当者、予備群の割合。年々増加傾向にある。

●メタボリックシンドロームの診断基準

1. 必須項目 内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積
ウエスト 男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$
2. 上記に加え、以下の3項目のうち2項目以上を満たすものをメタボリックシンドロームと診断する
 - 1)脂質異常
中性脂肪 $\geq 150\text{mg/dl}$ かつ/または
HDL-C $< 40\text{mg/dl}$
 - 2)血圧高値
収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ かつ/または
拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$ かつ/または
 - 3)高血糖
空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$

8) メタボの人は何の項目で該当する割合が高いか？

表 19

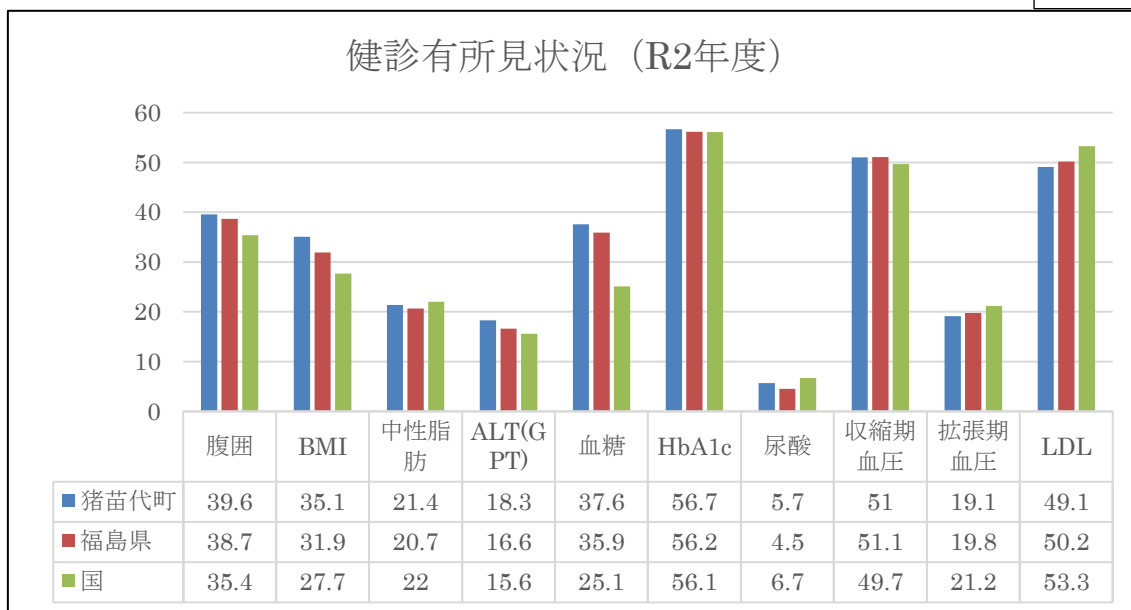


KDB 厚生労働省様式（様式 5-3）R2

男女差ありますが、男性は3項目すべてに該当する割合が一番高い。女性では、高血圧症と脂質異常症でメタボに該当する割合が高い。

9) 健診有所見者の割合 (全体)

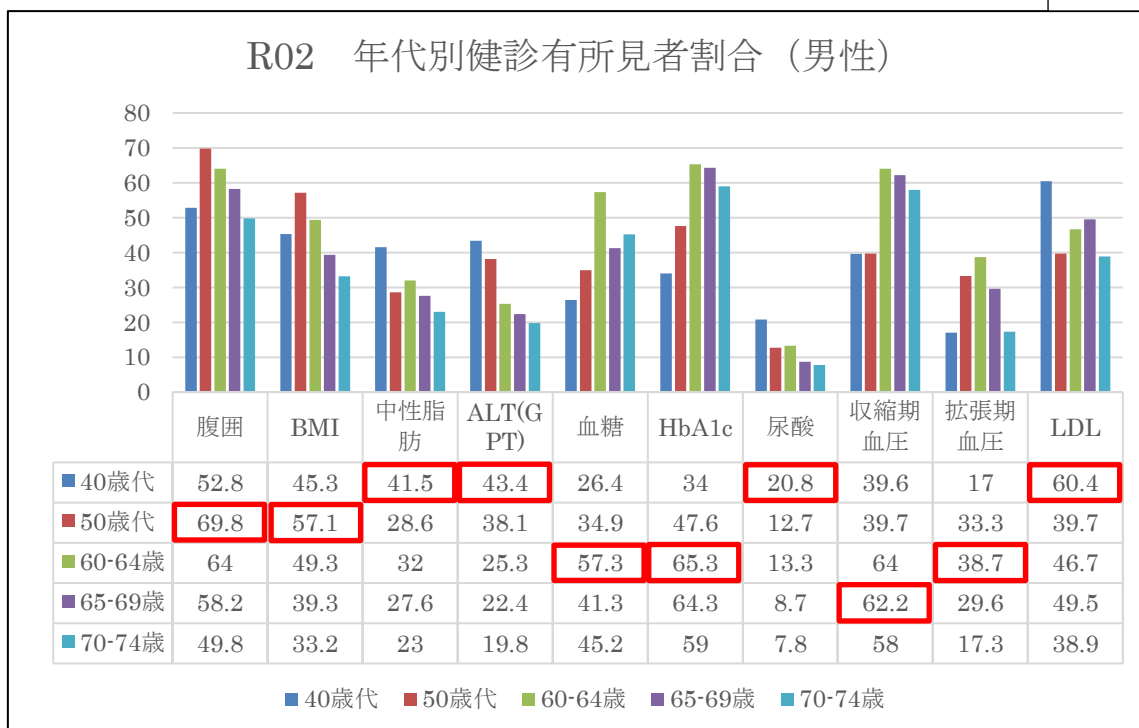
表 20



全体的にみると、国も県も当町も同じような項目で高くなっていることがわかる。

10) 年代別健診健診有所見者割合 (男性)

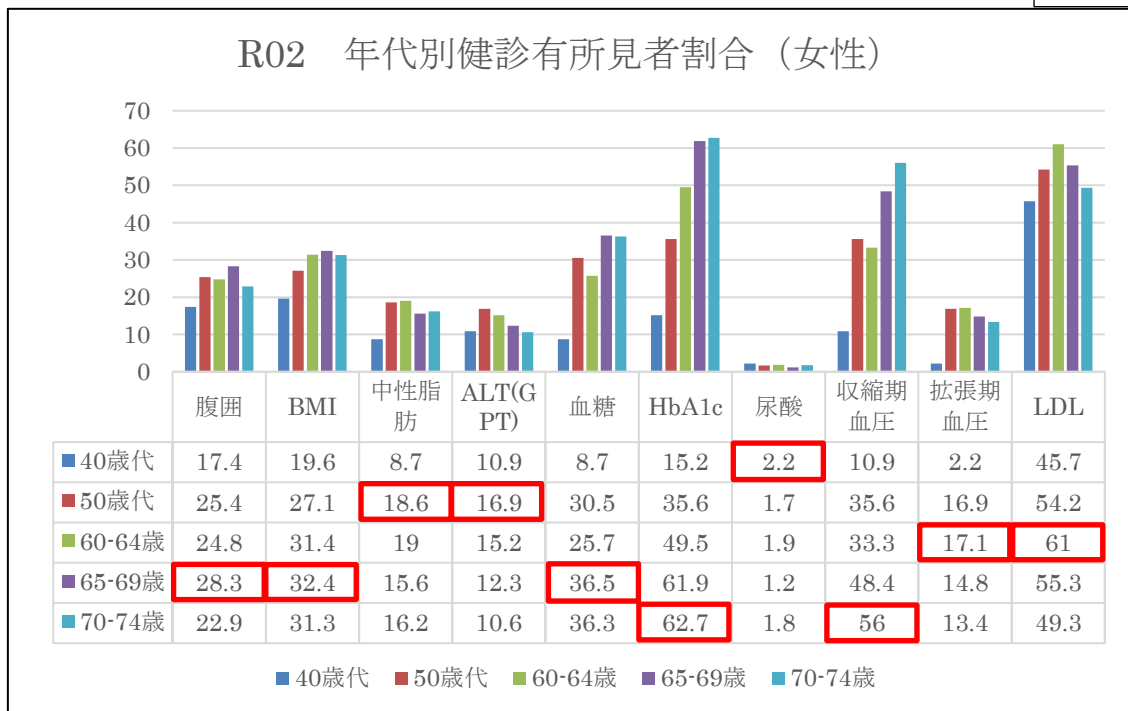
表 21



男性の年代別健診有所見割合。若い年代で異常を示す割合が高いことがわかる。

1 1) 年代別健診健診有所見者割合 (女性)

表 22



女性の年代別健診有所見者割合をみると、60代から異常割合が増えている。
ホルモンバランスによる影響も一因であると考えられる。

10. その他の保健事業

1) 特定健診二次検査（尿中アルブミン検査）

表 23

	対象者	受診者	受診率	尿中アルブミン換算値 30 以上	保健指導実施者	保健指導実施率
R1	91 人	60 人	65.90%	5 人	5 人	100%
R2	502 人	384 人	76.49%	36 人	35 人	97.20%
R3	495 人	422 人	85.25%	35 人	35 人	100%

【取組状況等】

・糖尿病性腎症等の早期発見・早期予防のために令和元年度から総合健診の中で実施している検査である。痛みも手間もなく受診できるため、受診率は高い。対象者は前年度の特定健診結果から抽出している。

例年、受診者の 8~9%に該当する方が微量アルブミン尿で保健指導対象者となっている。この検査で抽出された対象者には、糖尿病性腎症重症化予防のため、引き続き優先的に保健指導を実施していきたい。

2) 特定健診受診者フォローアップ事業（受診勧奨判定値を超えている者への対策）

【取組状況等】

- ・健診の結果要医療者となった人には、結果とともに受診勧奨通知を同封している。重症高値の人には、訪問を通して受診勧奨を実施している。
- ・毎年、要医療者の受診率を向上させるため、12 月～1 月頃を目標に再受診勧奨を行っているが、一定数は受診に結びつかない。

表 24

	特定健診受診者(集団)	要医療者(受診勧奨対象)	要医療者の割合	要医療者の中受診者数	受診率
H26	1436	787	54.8	294	37.4
H27	1347	801	59.5	304	38.0
H28	1355	790	58.3	307	38.9
H29	1264	690	54.6	318	46.1
H30	1248	630	50.5	291	46.2
R1	1200	641	53.4	283	44.1
R2	1193	666	55.8	391	58.7

3) 特定健診未受診者対策事業

1) 過去3年連続未受診者への受診勧奨

表 25

平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度	令和 3 年度
72 人/559 人中	7 人/212 人中	21 人/254 人中	27 人/384 人中

【取組状況】

- ・平成 30 年度以前は 3 年に 1 度の通知であったが、国保保健事業評価委員会の中で、毎年実施したほうが効果はあるという意見をいただいた。
令和元年度は 40 歳～64 歳の若い人を中心に通知をした。令和 2 年度は新型コロナの影響で対象者を限定した通知はしなかったが、健診終了後に何人受診したか把握した数を掲載した。
- ・令和 3 年度は、地区担当保健師を中心に受診勧奨チラシを配付しながら個別訪問し、受診に対する意向や実態等を把握しつつ、集団と施設健診が選択できることや医療機関通院中の方には特定健診同等のデータ提供についても説明した。

【考察】

- ・令和元年度は対象者を絞って通知をしたが、受診者数が思ったより増えなかった。
令和 2 年度は、対象者を限定した通知はしなくても、前年度よりも受診者が増えた。令和 3 年度の個別訪問による受診勧奨の方法でも、受診者が増加するといった効果はみられなかった。しかし、未受診の方に会って話をきくことで、文書による勧奨では得られない受診に対する考え方や実態を垣間見ることができ、今後の受診勧奨の方法やターゲットを絞る際の参考になると思われた。今後もさまざまな場面で健診の必要性を周知するとともに、できる範囲で個別の未受診者勧奨も実施していきたい。

4) 特定健診受診者フォローアップ事業
(受診勧奨判定値を超えている者への対策)

《重症高値基準》		
	内容	年齢 治療有無
1	Ⅱ度高血圧 (160～179かつ/または100～109)	74歳以下 未治療
2	HbA1c8.0以上	74歳以下 治療中含む
3	・70歳未満のeGFR45未満の方 (70歳以上はeGFR40未満) ・尿蛋白2+以上	74歳以下 (70歳未満) 未治療
4	心電図で心房細動の所見	74歳以下 未治療

●健診事後訪問指導

表 26

	対象者	訪問等実数	保健指導実施率	未受診
R2	43人	43人	100%	2人

●対象者内訳

表 27

	通院中	治療開始	経過観察	未受診	計
高血圧	1	6	10	1	18
血糖高値	13	2	0	0	15
脂質異常	4	4	1	1	10
eGFR	3	2	6	1	12
心電図	1	2	1	0	4

●未受診者指導結

表 28

	若い人			40歳～74歳		
	未受診対象者数	受診者数	未受診者	未受診対象者数	受診者数	未受診者
高血圧 (特定健診対象者含)	0	0	0	6	0	6
脂質異常症	11	6	5	23	12	11

【取組状況等】

- ・訪問をして受診勧奨をした43人中、未受診者は2名である。未受診者には今後も引き続き受診勧奨をしていかなければならない。
- ・未受診者へは電話や訪問で受診勧奨はしているが、なかなか0にはならない。
- ・今回の健診により治療開始になった人は16名おり、対象者の37.2%である。
- ・丁寧に結果を追跡し、未受診者に受診勧奨していくことが重症化を防ぐことに繋がるので、あきらめずにやっていきたい。

5) 生活習慣病重症化予防事業

●個別訪問（治療中高値）

生活習慣病重症化予防事業における治療中高値者	
《治療中高値基準》	
	内容
1	Ⅱ度高血圧（160～179かつ/または100～109）
2	HbA1c8.0以上（治療中7.0以上）
3	LDLコレステロール180mg/dl以上
4	中性脂肪300mg/dl以上

表 29

	治療中高 値対象者 数	保健指導 実施者	保健指導 実施率	評価			
				改善	維持	低下	不明
実数	39	36	92.30%				
高血圧（延数）	16	16	100%	3	11	2	0
脂質異常症（延数）	26	23	88.50%	4	10	5	4

【取組状況等】

- ・健康づくり係の保健師と連携を図りながら、地区担当制を導入し実施。
- ・通院中の人を対象ではあるが、対象者の反応はそれぞれである。
- ・服薬中でも、思ったよりも値が高い方がいることがわかった。
- ・血圧に関しては、健診前ということで、薬を飲まずに来る人もいる。
また、白衣高血圧で血圧が高いという人もいる。
- ・脂質異常症に関しては、高値の理由はさまざまである。人によっては、かかりつけ医との連携が必要と感じる人もいる。
- ・治療中の人でも、血圧や脂質の正常値がわからない人が多いと感じる。
常に自分の値は正常と比較してどうなのかという意識を持ってもらう働きかけを町民全体にすることが必要と感じる。

6) 糖尿病性腎症重症化予防事業について

1. 受診勧奨の取り組み

表 30

	H28	H29	H30	R1	R2
対象者数(要精検者数)	69	30	41	48	17
(医療機関受診中断者)		(1)	1	2	2
医療機関受診者数	31	18	39	38	10
医療機関受診率(%)	44.9	60	95	79.2	58.8

2. 保健指導の取組

表 31

	H28	H29	H30	R1	R2
対象者数	23	17	13	86	84
保健指導実施者数	13	2	7	54	83
保健指導終了者数	3	2	7	54	83
保健指導実施率				62.7	98.8

※令和2年度より、糖尿病保健指導情報提供書の有無関わらず、重症者を優先して訪問実施。

表 32

	矢吹医院(不適當1)		かねこ		野崎医院		合計
	国保	後期	国保	後期	国保	後期	
情報提供書数	12	5	9	2	1	1	30
実施報告書	11	5	8	2	1	1	28

3. 保健指導の結果

表 33

	対象者数	保健指導実施数	保健指導延回数	評価			
				改善	維持	低下	不明
HbA1c7.0以上	43	43	77	17	9	11	6
HbA1c6.9以下	41	40	53	7	19	10	4

糖尿病は痛みを感じる病気ではないので、受診していても血糖値が思うように下がらない人も多い。

なぜ薬が必要なのか、なぜ治療目標値を達成する必要があるのかを理解してもらえるような保健指導が必要である。

表 34

7) 頻回・重複受診、薬剤重複投与対象者への訪問指導

	H26	H27	H28	H29	H30	R 1	R 2
頻回	2	2	4	5	4	2	4
重複	5	6	4	3	5	5	3
長期	0	0	0	0	0	0	0
重複薬剤				8	8	3	19
実施前月の医療費総額	268,730	696,850	42,144	1,281,390	414,930	232,990	53,850
3 か月後の医療費総額	142,063	370,070	25,145	946,850	331,540	196,700	44,570
差額	-126,667	-326,780	-16,999	-334,540	-83,390	-36,290	-9,280

※令和 2 年度は対象の医療費に絞って算出。

【取組状況】

- ・令和元年度より国保連合会のシステムが充実したので、対象者の抽出がしやすくなった。対象者を抽出後、過去数か月の医療機関受診状況を確認し、訪問対象者を決定している。 ※薬剤重複投与対象者リスト及び個別パンフレット使用手引き参照
- ・訪問は 10 月～11 月末までに実施した。

【考 察】

- ・実際に訪問してみると、自分の勝手な判断で薬（例えば湿布等）を重複してもらい、家族にまで配っている方がいたり、町内と町外の医療機関を受診し、睡眠導入剤が途切れないように調整していたりと対象者毎にさまざまな事情がある。一時的な理由で重複・頻回な方がほとんどだが、毎年名前があがってくる方がいる点が課題である。
- ・必要な人が必要な治療を受け、健康を害しないため、また、医療費の適正化が図られるよう地道に継続していかなければならないものと感じる。

1 1. 健診受診者、未受診者における生活習慣病等一人当たり医療費

- ・健診未受診者の方の医療費は健診受診者よりも高い（①、②）。
- ・生活習慣病治療中の健診受診者と未受診者では健診受診者の医療費の方が未受診者よりも低い（③、④）。

しかし、③だけを見ると、猪苗代町の一人当たり医療費は高い。重症になって医療にかかる人が多いため、医療費も高いと推測される。

表 35

令和2年度 入院+外来	健診受診者				健診未受診者			
	猪苗代町	県	同規模	国	猪苗代町	県	同規模	国
①	4,543	1,918	2,203	1,679				
②					12,659	13,624	13,215	13,352
③	11,518	5,195	6,275	5,098				
④					32,092	36,893	37,637	40,533

①健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数

②健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数

③健診受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数（生活習慣病患者数）

④健診未受診者の生活習慣病医療費総額/健診対象者数（生活習慣病患者数）

健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

1 2. データヘルス計画の評価指標の推移

各疾患の割合を増やさないように、保健事業を実施していく。

表 36

		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	全体	139	3.4%	118	2.8%	6	0.1%
	64歳以下	32	1.3%	27	1.1%	6	0.2%
	65歳以上	107	6.7%	91	5.7%	0	0.0%
R01	全体	104	2.8%	107	2.9%	6	0.2%
	64歳以下	22	1.1%	35	1.7%	4	0.2%
	65歳以上	82	5.0%	72	4.4%	2	0.1%
R02	全体	139	3.4%	104	2.9%	8	0.2%
	64歳以下	32	1.7%	27	1.5%	5	0.3%
	65歳以上	107	6.3%	77	4.5%	3	0.2%

		糖尿病		高血圧		脂質異常症	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	全体	441	10.6%	917	22.1%	850	20.5%
	64歳以下	155	6.1%	307	12.1%	311	12.2%
	65歳以上	286	17.9%	610	38.1%	539	33.7%
R01	全体	406	11.1%	824	22.6%	787	21.5%
	64歳以下	117	5.8%	241	11.9%	238	11.8%
	65歳以上	289	17.7%	583	35.7%	549	33.6%
R02	全体	396	11.2%	787	22.2%	786	22.2%
	64歳以下	110	6.0%	198	10.7%	217	11.8%
	65歳以上	286	16.8%	589	34.6%	569	33.4%

1 3. 分析結果

①死亡原因 1 位：がん 2 位：心臓病 3 位：脳血管疾患

②生活習慣病における総医療費（入院）※がん除く

1 位：精神疾患 2 位：筋・骨格系 3 位：狭心症 4 位：脳梗塞

生活習慣病における総医療費（外来）※がん除く

1 位：糖尿病 2 位：脂質異常症 3 位：高血圧症

③生活習慣病等受診状況として、一件当たりの外来・入院単価は

外来：61 総保険者数の中でも糖尿病が若干高い程度で他は高くない。

入院：脳血管疾患・心疾患・高血圧症・歯肉炎・歯周病で 10 位以内に入っている。

高血圧症だけで入院する方は少ないと思われ、脳血管疾患や心疾患を伴っていると考えられるが、重症になって高度医療が必要になるまで受診しない傾向が伺える。また、歯科の入院単価が高いのは、通院医療費は少ないことがわかっているのも、悪化によるためと分析される。

④健診結果からメタボリックシンドロームの総数が増加している。

健診結果からわかるように男性のメタボの約 3 割はさほど重症ではない 3 つの疾患が重なっている。女性は、高血圧症と脂質異常症の重なりが多いことがわかっている。

⑤健診受診者の有所見状況

どの項目で異常になる人が多いか全体でみると、糖尿病の検査である HbA1c、血圧（収縮期血圧）、LDL（悪玉）コレステロールが挙げられる。

男性を年代別にみると、65 歳以下で肥満割合が多く、摂取エネルギー過剰を表す中性脂肪や ALT の異常は 40～50 代に多い。血管を傷つける原因になる血糖・尿酸・血圧は 60 代の方に多い。肥満状態が悪化し、血管に悪さをし始めるという流れが見える。

女性においては、肥満のピークは 60 代であるが 50 代から摂取エネルギー過剰傾向はみられる。肥満の時期を 10 年以上維持していくと血管が傷つき始めるのがわかる。女性はホルモンバランスによる影響もあり、男性よりは遅く血管が傷み始める傾向がある。

⑥歯科に対する健康意識が低い。

●現在行っている保健事業

- ①特定健診、特定保健指導
- ②特定健診二次健診（尿中アルブミン検査）
- ③健診後、受診勧奨判定値を超えている人に対し受診勧奨と訪問指導
- ④特定健診未受診者への受診勧奨（R3 は訪問指導）
- ⑤生活習慣病重症化予防事業
 - 治療中高値の方への訪問指導（糖尿病・高血圧・脂質異常症を中心に）
 - 健康相談（HbA1c が保健指導対象者）
- ⑥頻回・重複・多剤服薬者への訪問指導

●結果

データヘルス計画の評価指標の推移参照（表 36）。

各疾患における人数と割合は、ほぼ横ばい状態。脂質異常症は若干増加傾向にあるように見える。

基礎疾患（糖尿病・高血圧・脂質異常症）の人数はきちんと治療に結びついているのなら増加しても問題ないと思われるが、悪化して虚血性心疾患等の循環器疾患が増加しないことが目標になってくる。

●今後の保健事業の方向性

- ①若い年代での肥満が増加傾向にある。

統計や心筋梗塞発症者の健診結果を分析すると、心筋梗塞の 50% はメタボが悪さをしている。

その程度では医者は薬を出さないという軽度の重なりが心筋梗塞に繋がっていることを、年代別でアプローチの仕方を変える必要はあると思うが、これからの保健指導では重点的に伝えていきたい。

- ②個別訪問が主体で保健事業を運営してきているが、令和 3 年度は新型コロナウイルス感染症の増加の波にも影響され、保健指導をじっくりできない部分もあった。

将来的には、コロナ禍に影響されない健康づくりができるように考えていきたい。

- ③歯科に対する健康意識を高めるような啓蒙や事業が必要である。

現在行っている事業に歯科の講話等を含めるなどして、歯科に関する健康意識を高めていきたい。

猪苗代町

1. 中長期目標及び関連する短期目標の達成状況

中長期目標	関連する短期目標						
	基準値※1	実績値※2	H35目標値				
	H28.7	R02.7					
脳血管疾患を増やさない(厚生省様式3-6)	118人(2.8%)	104人(2.9%)	現状維持	高血圧有所見者の減少	6.2%	4.3%	減少
				脂質異常症有所見者の減少	13.0%	7.8%	減少
虚血性心疾患を増やさない(厚生省様式3-5)	139人(3.4%)	119人(3.4%)	現状維持	糖尿病(HbA1c)有所見者の減少	7.5%	9.6%	減少
糖尿病性腎症を増やさない(厚生省様式3-2)	14人(3.2%)	24人(6.1%)	現状維持	メタボ該当者の減少率(法定報告より)	18.2%	19.1%	減少
医療費の伸びを抑える (KDB健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 医科+歯科 累計)	1,257,941,520円	1,214,838,860円	現状維持	心電図異常者(心房細動)の未受診者をゼロにする	0人	0人	0人
入院外を伸ばし入院の伸び率を抑える(KDB地域の全体像の把握)	外来59.2% 入院40.8%	外来56.7% 入院43.3%		特定健診受診率60%以上	61.6%	57.2%	66%
糖尿病性腎症による透析導入者を増やさない (厚生省様式3-7)	6人	8人	現状維持	特定保健指導実施率60%以上	22.7%	69.1%	70%

※1:第2期データヘルス計画策定時に使用した年度の数値。保険者によって抽出した年度は異なる場合があります。
※2:提示できるデータの年度を記載してください

2. 個別保健事業の実施状況と、短期目標との関連及び評価

保健事業実施計画	事業概要	アウトカム				アウトプット		ストラクチャー		プロセス		令和3年度事業評価の考察と令和4年度事業の改善点
		評価指標	令和元年度 実績値(B)	令和2年度 実績値(B)	令和3年度 目標値(C)	令和2年度 実績値	令和3年度 実績値	令和2年度 実施状況	令和3年度 実施状況	令和2年度 実施状況	令和3年度 実施状況	
特定健診未受診者対策事業	・特定健診未受診者に対して、特定健診を町内医療機関で受診できる体制の構築(令和元年度～)	特定健診受診率	58.9%	57.2%	64.0%	男性668人/1286人中 女性738人/1174人中	男性606人/1416人中 女性638人/1299人中	町内医療機関(4か所)で、未受診者に対する特定健診を実施。	前年度より医療機関が1か所増え計5か所で施設健診を実施。	人間ドックをH30年度で終了したので、町内の施設健診を充実させるため交渉。	医療機関と交渉し1か所増え、施設検診を充実させることができた。	・R3年度から保健師が衛生部門に集まったことで、地区担当者を中心とした個別訪問の体制を充実させることができた。さらに、これまでは特定保健指導や重症化予防の対象者になった方しか訪問していなかったが、健診受診者全員が、健診の意義や結果の見方・将来予測ができるように、個別訪問で指導を行っているところである。
	・3年連続未受診者への通知 ・令和3年度は地区担当保健師が訪問し受診勧奨や未受診の理由を確認	3年連続未受診者の受診者数(率)	3.3%	8.3%	10.0%	21人/254人中	18人/380人中	新型コロナの影響で、全体的に周知するのみで終わった。	未受診者向けの受診勧奨チラシを作成し、訪問時に配付し受診のメリットや必要性を説明した。	新型コロナの影響で、全体的に周知するのみで終わった。	地区担当保健師が3年連続未受診者宅を訪問し、未受診の理由の把握と受診勧奨を実施した。	
	・特定健診と同等の検査データの提供依頼	検査データの返信率				234件		特定健診よりも医療機関受診を主としている方からは特定健診と同等の検査データ提供を依頼。	町で作っている用紙を利用してもらい、検査項目はすべて埋めてもらうように依頼。	・毎年足を運んで依頼すること、少しずつ用紙の提出の意味を理解してもらえる医療機関が増えていると感じる。	未受診者の受診勧奨時に用紙提出の方法もあることも説明し提出をお願いした。	
特定保健指導事業	・積極的支援・動機づけ支援対象者への訪問や電話による保健指導を実施	特定保健指導終了率	64.9%	69.1%	45.0%	対象者 計162人 ・積極的 44人 うち終了者 26人 ・動機付け 118人 うち終了者 86人	対象者 計131人 ・積極的 31人 ・動機付け 100人 現在実施中	コロナ対策で健診会場での保健指導は実施しなかった。訪問で健診結果を直接手渡ししながら初回面談実施。 保健指導体制:保健師5名、管理栄養士1名。	昨年同様、コロナ対策で健診会場での保健指導は実施しなかった。 保健指導体制:保健師7名、管理栄養士1名。 (R3年～保健師が衛生部門に集まったため指導者を増やすことができた)	R2年度より推定尿中塩分量の検査も追加し生活習慣改善の目安の一つとして保健指導にも活用している。	・データから体の中で起こっていること、今後起こりうることを伝えるように指導する側が意識し、経年表や保健指導の資料を活用した。 ・健康ポイントの記録用紙を健診結果に同封し、「保健師・栄養士に結果を相談した」という項目を追加ポイント付与の対象とした。	・短期目標のほとんどが数値は横ばいで、メタボ該当者や糖尿病有所見者については増加傾向にある。新型コロナウイルス感染症の影響も考慮しつつ、目標値を目指して、どのような事業が効果的なのか、全体的に何を重点的に取り組んでいくのか、検討が必要である。
		特定保健指導対象者の減少率	22.1%	19.1%	増加	R1保健指導利用者98人中、R2保健指導の対象ではなくなった人は19人						
生活習慣病重症化予防事業(糖尿病性腎症重症化予防事業含む)	・HbA1c6.5以上で医療機関未受診者またはDM中断者への受診勧奨	医療機関受診率	79.2%	58.8%	100.0%	・医療機関未受診者17人(受診中断者2人)のうち、医療機関受診者は10人		保健師が個別訪問を実施。	前年度同様に実施中。	金銭問題で受診中断の方は介入が難しく、結局未受診だった。他の未受診者も自分の信念を変えられない、結果を受け入れられない等引き続き経過を追う必要がある。	受診勧奨実施中。昨年と同じ人が対象になっており、訪問はしているが受診につながらないケースがある。	
	・HbA1c6.5以上でコントロール不良の人に対する保健指導の実施	保健指導実施率	62.7%	98.8%	100.0%	・HbA1c6.9以下41人中40人に保健指導実施。 ・HbA1c7.0以上43人中43人に保健指導実施。	・HbA1c6.9以下45人 ・HbA1c7.0以上44人 訪問実施中	糖尿病保健指導情報提供書30件(国保22件、後期8件) 保健指導実施後の医療機関宛の報告書は28件送付。	前年度と同様に現在実施中。	令和元年度から情報提供書がなくても医師に承諾をもらい訪問実施している。	町内医療機関には説明をしているが、外部の医師がきて担当している場合、情報提供書の必要性に理解が得られないケースがある。例年通り情報提供書がなくても訪問を実施する。	
	・尿中微量アルブミン検査の実施(令和元年度～)と事後の保健指導実施	検診受診者数	65.9%	76.5%	80.0%	384人/502人中	422人/495人中	令和元年度特定健診受診者から基準に沿って対象者を抽出。384人/500人中が受診。	令和2年度特定健診受診者から基準に沿って対象者を抽出。422人/495人中が受診。	対象者には特定健診受診票に印字し、一度の健診機会に検査できるようにしている。受診者には判定基準等を記したちらしを配付。	アルブミン検査を受ける人の割合が増加し、早期に意識づけを行う機会になっている。	
	個別訪問:治療中高値の方を対象に保健指導を実施。	・Ⅱ度高血圧の有所見者の減少 ・LDL-Cの有所見者の減少 ・中性脂肪300以上の有所見者の減少	73.0%	92.3%	80.0%	・脂質:23人に保健指導実施/26人中 ・高血圧:16人に保健指導実施/16人中	・脂質 28人 ・高血圧 33人 訪問実施中	国保と衛生部門の保健師・栄養士が対象者を分担して実施。実施側の保健指導力の底上げと対象者に対する責任感を持つことを心掛けて実施。	R3年～保健師が衛生部門に集まったため保健師7名、管理栄養士1名で実施。	優先度の高い人から訪問指導を実施。	前年度と同様に実施。コロナの感染状況を見ながらの訪問だったため、健診結果が出てすぐに訪問できない時期もあった。	
	健康相談:健診後にHbA1c5.6以上6.4以下の人でかつBMI25以上の人が対象。	・開催回数と参加者数 ・参加者の検査データの変化				8回/年 新規利用者14名 継続利用者43名	9回/年の予定で実施中。	通年を通して実施。新型コロナの影響で8月から実施となった。	5月～2月まで月1回実施。(5月だけ中止となった。)保健師4名、管理栄養士1名体制で個別相談に応じている。	参加者に目標設定のほか、食行動チェック票を年度の初回と最終回に実施し、評価を行うこととした。	昨年同様	
	健診の結果の見方について個別訪問により健診受診者全員を訪問						訪問実施中		各地区を回って健診結果説明会を開催予定だったが、新型コロナの影響で地区担当保健師による個別訪問に切り替えた。対象は若い人の健診、特定健診、後期健診の受診者。	例年地区からの要望に応じて健康相談を実施していたが、新型コロナの影響で集まることが難しく実施地区は少なかった。	経年表や適宜資料を使いながら個別訪問し、データの見方や体の中で起きていることなどを伝えるということを現在実施中。	
	健康ポイント制度の充実	健康づくりに取り組む人の増加				カード発行 65枚		総合健診会場と健診受診者及び希望者に配付。	R3年度より参加者にポイントに応じて、町独自のインセンティブを付与	町内の事業所2か所で配布し周知。町独自のインセンティブも参加者を増やすために必要。	全戸配付をやめ、健診会場で配付したり、結果に同封し周知し、新規利用者が少しずつ増えている。	
	健康運動教室の開催	教室参加者の増加						カメリーナスポーツクラブに委託。	新型コロナの影響で今年度は中止。	運動内容の見直しを毎年行っている。	新型コロナの影響で今年度は中止。	