

安平町国民健康保険
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
【計画期間：令和2年度～令和5年度】

令和5年3月

安平町

安平町国民健康保険第2期保健事業計画（データヘルス計画）及び 第3期特定健康診査等実施計画 中間評価 目次

○安平町国民健康保険第2期保健事業計画（データヘルス計画）及び第3期特定健康診査等実施計画中間評価について

| | |
|-------------------------|---|
| 1.中長期目標の達成状況 | 1 |
| 2.短期目標の達成状況 | 2 |
| 3.生活習慣病重症化予防の取組評価 | 3 |
| 4.特定健診データの（血糖・血圧・LDL）評価 | 4 |
| 5.糖尿病性腎症重症化予防の取組評価 | 8 |

○安平町データヘルス計画第2期中間評価 PDCA サイクルシート 9

○参考資料1

安平町国民健康保険第2期保健事業実施計画（データヘルス計画） 及び第3期特定健診査等実施計画中間評価について

○健康課題

メタボリックシンドロームを背景とした糖尿病等の重症化を予防することで脳・心臓・腎臓を守る。

1. 中長期目標の達成状況

目標：糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制。

KDB（国保データベースシステム：北海道国民健康保険団体連合会配信データ）医療費分析帳票令和元年、2年、3年度各年度の「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」の「医科」の（薬の処方：「調剤」を含み、歯科治療を除く）全レセプトで、一番費用額が高額な疾患（最大医療資源傷病名）を主軸に分析した結果から下記のことになりました。

【図表1】

| 中長期目標 | | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 中間目標値 | 評価 | |
|--------------------|-------------------|-------------------------------|----------|----------|--------|----|------|
| 一人あたり医療費（円） | | 28,667 | 25,400 | 28,809 | 抑制 | 悪化 | |
| 北海道の市町村の順位 | | 道内103位 | 道内132位 | 道内90位 | | | |
| 目標疾患医療費（中長期・短期合計）円 | | 1億2,975万 | 1億2,917万 | 1億2,360万 | 抑制 | 改善 | |
| 目標疾患医療費（中長期）割合 | | 10.8% | 14.3% | 12.1% | 抑制 | 悪化 | |
| 中長期的目標疾患 | 腎 | 目標疾患医療費割合（腎不全）（%） | 4.00% | 5.50% | 5.00% | 抑制 | 悪化 |
| | | 人工透析に要した医療費（腎不全）（円） | 1,380万 | 1,573万 | 1,414万 | 抑制 | 悪化 |
| | 脳 | 目標疾患医療費割合（脳血管疾患：脳梗塞・脳出血）（%） | 3.0% | 2.7% | 1.2% | 抑制 | 改善 |
| | | 脳血管疾患に要した医療費（円） | 1,042万 | 814万 | 425万 | 抑制 | 改善 |
| | 心 | 目標疾患医療費割合（虚血性心疾患：狭心症・心筋梗塞）（%） | 3.8% | 6.1% | 5.9% | 抑制 | 悪化 |
| | | 虚血性心疾患に要した医療費（円） | 1,336万 | 1,879万 | 1,996万 | 抑制 | 悪化 |
| 短期的目標疾患 | 糖尿病に要した医療費（円） | | 4,741万 | 4,540万 | 4,534万 | 抑制 | 改善 |
| | 糖尿病の医療費割合（%） | | 13.6% | 14.8% | 13.4% | 抑制 | 改善 |
| | 高血圧に要した費用額（円） | | 3,022万 | 2,654万 | 2,337万 | 抑制 | 改善 |
| | 高血圧の医療費割合（%） | | 8.7% | 8.6% | 6.9% | 抑制 | 改善 |
| | 脂質異常症に要した費用額（円） | | 1,441万 | 1,337万 | 1,395万 | 抑制 | 改善 |
| | 脂質異常症の医療費割合（%） | | 4.1% | 4.4% | 4.4% | 抑制 | 変化なし |
| その他の参考疾患 | 精神疾患に要した費用額（円） | | 6,008万 | 4,090万 | 4,564万 | | |
| | 精神疾患の医療費割合（%） | | 17.2% | 13.3% | 13.5% | | |
| | がん疾患に要した医療費（円） | | 8,712万 | 7,882万 | 1億739万 | | ↑ |
| | がん疾患の医療費割合（%） | | 24.9% | 25.7% | 31.7% | | |
| | 筋・骨格系疾患に要した医療費（円） | | 7,111万 | 5,671万円 | 6,166万 | | |
| 筋・骨格系疾患の医療費割合（%） | | 20.4% | 18.5% | 18.2% | | | |

【評価】

安平町国保加入者数は年々減少しているにも関わらず、一人当たりの医療費は増加しています。北海道の市町村の順位は令和2年度に一度下がりましたが、令和3年度は順位が上がりました。目標に設定した中長期的疾患医療費の全体は下がっていますが割合が増加しています。腎不全と虚血性心疾患の医療費と割合が増加しています。短期的疾患の医療費及び割合は減っていますが、国保加入者が減少している実態を踏まえると改善しているとは評価し難い状況です。他の疾患では、「がん疾患」の割合と医療費が増加しています。

2. 短期目標の達成状況

目標 ①特定健診受診率及び特定保健指導の実施率の向上

②糖尿病・高血圧・脂質異常症の重症化予防

(1) 特定健診受診率と特定保健指導実施率（※1：法定報告：国への報告より）

※1：法定報告は国への報告数値です。他市町村との比較ができるよう、当該年度1年間継続して国民健康保険に加入した方のみ対象となる報告数値です。次の(2)は特定健診結果全体の分析・評価なので(1)と数値が異なります。

【図表2】

| | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 中間 目標値 | 評価 |
|-------------|-------|-------|-------|-----------|----|
| 特定健診受診率 | 40.9% | 42.3% | 39.0% | 43.4% | 低下 |
| 特定保健指導実施率 | 22.4% | 10.1% | 10.2% | 35% | 低下 |
| メタボの割合（※2） | 26.8% | 28.4% | 27.7% | 減少 | 増加 |
| メタボの減少率（※3） | 20.3% | 31.5% | 14.1% | 増加 | 減少 |

※2メタボとは：内臓脂肪症候群基準該当+内臓脂肪症候群予備群のこと（詳細別紙【参考資料1】参照）

※3メタボの減少率＝
$$\frac{(\text{平成20年度内臓脂肪症候群該当者} \cdot \text{予備群人数} - \text{令和元又は2, 又は3年度内臓脂肪症候群該当者} \cdot \text{予備群人数})}{(\text{平成20年度内臓脂肪症候群該当者} \cdot \text{予備群人数})}$$

【評価】

受診率は令和2年度に一度上昇しましたが、令和3年度は低下、特定保健指導実施率の伸びは見られません。

(2) 生活習慣病の重症化予防

(「糖尿病性腎症重症化予防」以外は、各年度特定健診結果から)

①重症化予防対象者への保健指導実施状況 (アウトプット)

【図表 3】

| | 対象者条件 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 中間目標値 | 評価 |
|------------------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|----|
| 糖尿病性腎症重症化予防《最優先》 | 前年度健診結果 HbA1c(※4) 6.5以上未治療者、治療中断者等 | 100% | 100% | 100% | 100% | 達成 |
| 高血糖 | 当該年度健診結果 HbA1c6.5 以上未治療又は 7 以上治療中 | 68.2% | 61.1% | 65.0% | 60% | 悪化 |
| 高血圧 | Ⅱ度高血圧 (160/100) 以上者 (治療の有無に関わらず) | 52.8% | 82.5% | 55.6% | | 悪化 |
| 心房細動 | 有所見者 | 77.8% | 50.0% | 34.5% | | 悪化 |
| 脂質異常 | LDL180 以上・中性脂肪 300 以上 | 85.7% | 75.0% | 32.3% | | 悪化 |
| メタボ該当者 | メタボ予備群・メタボ基準該当者 | 67.9% | 52.0% | 41.2% | | 悪化 |
| 腎機能低下者 | GFR50 未満 | 81.0% | 48.5% | 26.7% | | 悪化 |

※4：HbA1c とは：採血した日から過去1～2か月間の血糖コントロール状態の指標となる検査項目で、採血した当日の食事や運動などの短期間の血糖値の影響を受けない血糖検査のこと。

【評価】

糖尿病性腎症重症化予防対象者の《最優先》の保健指導は目標の 100%を達成できています。

②重症化予防対象者の割合 (アウトカム、特定健診結果から)

【図表 4】

| | 対象者条件 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 中間目標値 | 評価 |
|--------|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| 高血糖 | HbA1c6.5以上未治療、7 以上治療中者 | 3.1% | 3.0% | 3.7% | 減少 | 増加 |
| 高血圧 | Ⅱ度高血圧 (160/100以上) 者 (治療の有無に関わらず) | 5.8% | 6.7% | 8.8% | 減少 | 増加 |
| 心房細動 | 有所見者 | 1.5% | 1.3% | 1.5% | 減少 | 変化なし |
| 脂質異常 | LDL(※5) 180以上・中性脂肪 | 6.9% | 7.3% | 5.7% | 減少 | 減少 |
| メタボ該当者 | メタボ予備群・メタボ基準該当 | 27.5% | 28.6% | 28.1% | 減少 | 増加 |
| 腎機能低下者 | GFR50未満 | 6.9% | 5.5% | 5.5% | 減少 | 減少 |

※5：LDL コレステロールとは「悪玉コレステロール」のことで、脳血管疾患や虚血性心疾患発症の危険因子とされています。

3. アウトカム評価（設定した目標が達成することができたか、特定健診データで評価）

（検査数値の判定は「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】厚生労働省健康局発行」によります。）

（1）重症化しやすい HbA1c6.5 以上の方の減少は？（血糖値アウトカム評価）

（糖尿病治療者は、内服、インスリン治療者及び医療機関定期通院中で定期的に HbA1c 検査を受けている方も含めます）

【図表 5】

| 年度 | 健診 受診者数 | 正常値 | | 保健指導判定値 | | 受診勧奨判定値 | | | 再掲 |
|----|------------|---------------|---------------|-------------|-------------|------------|-------------|------|------|
| | | 5.5以下 | 5.6～5.9 | 6.0～6.4 | 6.5以上 | | 再掲 | 再掲 | |
| | | | | | 再掲) 7.0以上 | 未治療 | | | |
| R1 | 612人 | 371人 60.6% | 170人 27.8% | 37人 6.1% | 34人 5.6% | 3人 0.5% | 31人 5.1% | 5.6% | |
| | | | | | 16人 2.6% | 1人 0.2% | 15人 2.5% | | 2.6% |
| R2 | 601人 | 332人 55.2% | 192人 31.9% | 47人 7.8% | 30人 5.0% | 0人 0.0% | 30人 5.0% | 5.0% | |
| | | | | | 18人 3.0% | 0人 0.0% | 18人 3.0% | | 3.0% |
| R3 | 543人 | 273人 50.3% | 185人 34.1% | 52人 9.6% | 33人 6.1% | 0人 0.0% | 33人 6.1% | 6.1% | |
| | | | | | 20人 3.7% | 0人 0.0% | 20人 3.7% | | 3.7% |

【評価】

腎症、網膜症などの「合併症」の発症が心配になる段階、HbA1c7.0 以上の方の割合が増加しています。（治療率は高いですが）正常値の 5.5 以下の方の割合が減っています。今後も受診勧奨と合併症予防発症予防の保健指導の継続が必要です。

(2) 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は？（血圧値アウトカム評価）

【図表 6】

| 年度 | 健診 受診者数 | 正常値 | 保健指導 判定値 | 受診勧奨 判定値 | 再掲 | | | |
|----|------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------|------|
| | | 正常血圧及び 正常高血圧 130/80未満 | 高値血圧 130～139 | I度高血圧 以上 140/90以上 | Ⅱ度高血圧以上 160以上/90以上 | 未治療 | 治療 | |
| R1 | 612人 | 304人 49.7% | 127人 20.8% | 145人 23.7% | 36人 5.9% | 17人 47.20% | 19人 52.80% | 5.9% |
| | | | | | 再掲) Ⅲ度高血圧 180/110以上 3人 0.5% | 2人 66.7% | 1人 33.3% | 0.5% |
| R2 | 601人 | 259人 43.1% | 163人 27.1% | 179人 29.8% | 40人 6.7% | 16人 40.0% | 24人 60.0% | 6.7% |
| | | | | | 4人 0.7% | 2人 50.0% | 2人 50.0% | 0.7% |
| R3 | 543人 | 254人 46.8% | 147人 27.1% | 142人 26.2% | 36人 6.6% | 21人 58.3% | 15人 41.7% | 6.6% |
| | | | | | 4人 0.7% | 2人 50.0% | 2人 50.0% | 0.7% |

【血圧値の分類】 参考：高血圧治療ガイドライン 2019（令和元年、日本高血圧学会）

- ①正常血圧 : 上の血圧 120 未満かつ下の血圧 80 未満
- ②正常高値血圧 : 上の血圧 120～129 かつ下の血圧 80 未満
- ③高値血圧 : 上の血圧 130～139 かつ下の血圧 80～89
- ④ I 度高血圧 : 上の血圧 140～159 又は下の血圧 90～99
- ⑤ Ⅱ度高血圧 : 上の血圧 160～179 又は下の血圧 100～109
- ⑥ Ⅲ度高血圧 : 上の血圧 180 以上又は下の血圧 110 以上

【評価】

Ⅱ度高血圧以上の方の割合が減っていません。治療率が低いですが、血圧値は一度の測定値で高血圧と決めてしまうことが難しい場合があります。健診時に測定すると上昇する「白衣高血圧」の場合も考えられることから、継続した自宅での血圧測定の推奨と必要時、自宅での血圧測定記録を持参しての医療機関を受診勧奨や生活習慣改善（睡眠などの生活リズムや食事や運動習慣などの改善）の保健指導を継続して実施して行くことが必要です。

(3) 重症化しやすい LDL (悪玉) コレステロール 160 以上の方の減少は？

(LDL 値アウトカム評価)

【図表 7】

| 年度 | 健診 受診者数 | 保健指導判定値 | | 受診勧奨判定値 | | | | 割合 |
|----|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|------------|-------|
| | | 正常値 120未満 | 120~139 | 140~159 | 160以上 | | | |
| | | | | | 再) 180以上 | 未治療 | 治療 | |
| R1 | 612人 | 277人 45.3% | 151人 24.7% | 111人 18.2% | 73人 11.9% | 69人 94.5% | 4人 5.5% | 11.9% |
| | | | | | 26人 4.3% | 25人 96.2% | 1人 3.8% | |
| R2 | 601人 | 280人 46.6% | 142人 23.6% | 105人 17.5% | 74人 12.3% | 68人 91.9% | 6人 8.1% | 12.3% |
| | | | | | 30人 5.0% | 29人 96.7% | 1人 3.3% | |
| R3 | 543人 | 287人 52.9% | 128人 23.6% | 83人 15.3% | 45人 8.3% | 45人 100% | 0人 0% | 8.3% |
| | | | | | 21人 3.9% | 21人 100% | 0人 0.0% | |

【評価】

正常値の方の割合は減っています。重症化予防の対象者の割合は減少傾向ですが、治療率は令和3年度は0%でした。脂質異常症で服薬治療している方の割合は全体では高いです。服薬している方の数値が良好で、治療コントロール状況が良く、重症化予防の対象の割合が低い状況です。医療機関受診勧奨を含めた生活習慣改善等の保健指導の実施が今後も必要です。

4. 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

P8【図表8】で評価しています。

【図表8】の項目4の「糖尿病型」とは下記のいずれかに該当する場合のことです。

- ①糖尿病未治療者（医療機関でHbA1c検査のみの実施者も含む）でHbA1c 6.5%以上
- ②空腹時血糖値 126 mg/dl以上
- ③糖尿病治療中（内服又はインスリン注射治療中）

【評価】

糖尿病型別分析では、コントロール不良者の割合の増加が見られます。また、新規の人工透析導入者もありました。

糖尿病入院医療費が増加しています。重症化してから医療機関を受診している場合があると考えられます。早期の医療機関受診勧奨と生活習慣改善の保健指導の実施が必要

です。

生活習慣病一人当たりの医療費は特定健診未受診者と特定健診受診者との間では大きな差があり、特定健診未受診者の医療費は同規模保険者平均（安平町と同じ人口規模の人口5千人以上1万人未満の全国の町村、236箇所の平均値）を上回っています。

特定健診受診勧奨の取組の強化が必要です。

糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

【図表 8】

※KDB：国保データベースシステム、北海道国保連合会配信データ

| 項目 | | 安平町 | | | | | | R3全国同規模 保険者平均 (236箇所) | | データ元 (CSV) | |
|----|---------------------|----------------|--------------------------------|-----------|----------------|------------|--------|-----------------------------|-------------|---|----------------------|
| | | 令和元年度 | | 令和2年度 | | 令和3年度 | | 実数 | 割合 | | |
| | | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | | | | |
| 1 | ① | 被保険者数 | 1,922人 | | 1,862人 | | 1,787人 | | 1,850人 | ※KDB地域の全体像の把握、健診・医療・介護データからみる地域の健康課題及び市町村国保特定健康診査・特定保健指導状況報告書 | |
| | | (再掲) 40-74歳 | 1,539人 | | 1,488人 | | 1,414人 | | 1,487人 | | |
| 2 | ② | 特定健診 | 1,378人 | | 1,318人 | | 1,246人 | | 人 | | |
| | | 対象者数 | 1,378人 | | 1,318人 | | 1,246人 | | 人 | | |
| | | 受診者数 | 563人 | | 558人 | | 486人 | | 人 | | |
| 3 | ③ | 受診率 | 40.9% | | 42.3% | | 39.0% | | 43.0% | | |
| | | 特定保健指導 | 58人 | | 69人 | | 59人 | | | | |
| 3 | ③ | 実施率(終了率) | 22.4% | | 10.1% | | 10.2% | | 46.3% | | |
| | | ④ | 糖尿病型 | 70人 | 12.2% | 67人 | 11.1% | 56人 | 10.3% | | 特定健診結果及びKDB疾病管理(糖尿病) |
| 4 | ①-⑬ | ② | 未治療(質問票・レセプト) | 3人 | 4.3% | 0人 | 0.0% | 2人 | 3.60% | | |
| | | ③ | 服薬なし検査のみで受診 | 14人 | 20.0% | 12人 | 17.9% | 7人 | 12.5% | | |
| | | ④ | 治療中断(レセプト) | 1人 | 1.9% | 0人 | 0% | 0人 | | | |
| | | ⑤ | 治療中(質問票・レセプト) | 53人 | 75.7% | 55人 | 82.0% | 47人 | 83.9% | | |
| | | ⑥ | コントロール不良HbA1c7.0以上又は空腹時血糖130以上 | 22人 | 41.5% | 24人 | 43.6% | 23人 | 48.9% | | |
| | | ⑦ | ⑦ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | |
| | | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | | |
| | | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | | |
| | | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | | |
| | | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | | |
| | | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | | |
| | | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | | |
| | | 5 | ①-⑮ | ① | 糖尿病受療率(加入者千人対) | 173.8人 | | 171.5人 | | 150.5人 | |
| ② | (再掲) 40-74歳(加入者千人対) | | | 213.1人 | | 209.1人 | | 184.4人 | | | |
| ③ | ③ | | | ③ | ③ | ③ | ③ | ③ | | | |
| ④ | ④ | | | ④ | ④ | ④ | ④ | ④ | | | |
| ⑤ | ⑤ | | | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | ⑤ | | | |
| ⑥ | ⑥ | | | ⑥ | ⑥ | ⑥ | ⑥ | ⑥ | | | |
| ⑦ | ⑦ | | | ⑦ | ⑦ | ⑦ | ⑦ | ⑦ | | | |
| ⑧ | ⑧ | | | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | ⑧ | | | |
| ⑨ | ⑨ | | | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | | | |
| ⑩ | ⑩ | | | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | | | |
| ⑪ | ⑪ | | | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | ⑪ | | | |
| ⑫ | ⑫ | | | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | | | |
| ⑬ | ⑬ | | | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | ⑬ | | | |
| ⑭ | ⑭ | | | ⑭ | ⑭ | ⑭ | ⑭ | ⑭ | | | |
| ⑮ | ⑮ | | | ⑮ | ⑮ | ⑮ | ⑮ | ⑮ | | | |
| 6 | ①-⑮ | ① | 総医療費(医科レセプト総点数×10) a | 6億7,164万円 | | 5億7,447万円 | | 6億2,398万円 | | KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 | |
| | | ② | 生活習慣病総医療費 b(最大医療資源傷病名) | 3億4,916万円 | | 3億681万円 | | 3億3,912万円 | | | |
| | | ③ | (総医療費に占める割合) b/a | 52.0% | | 53.40% | | 54.30% | | | |
| | | ④ | 生活習慣病総治療者一人当たり医療費 | 3,934円 | | 3,889円 | | 3,423円 | | | |
| | | ⑤ | 健診受診者 | 40,400円 | | 40,394円 | | 49,385円 | | | |
| | | ⑥ | 健診未受診者 | 4,741万円 | | 4,540万円 | | 4,534万円 | | | |
| | | ⑦ | 糖尿病医療費 c(最大医療資源傷病名) | 4,741万円 | | 4,540万円 | | 4,534万円 | | | |
| | | ⑧ | (生活習慣病総医療費に占める割合) c/b | 13.6% | | 14.8% | | 13.4% | | | |
| | | ⑨ | 糖尿病外来総医療費 | 1億3,207万円 | | 1億2,428万円 | | 1億3,057万円 | | | |
| | | ⑩ | 1件当たり | 30,972円 | | 31,279円 | | 35,732円 | | | |
| | | ⑪ | 糖尿病入院総医療費 | 7,401万円 | | 6,193万円 | | 8,871万円 | | | |
| | | ⑫ | 1件当たり | 578,162円 | | 524,746円 | | 836,815円 | | | |
| | | ⑬ | 在院日数 | 18日 | | 16日 | | 19日 | | | |
| | | ⑭ | 慢性腎不全医療費 | 1,380万円 | | 1,573万円 | | 1,435万円 | | | |
| | | ⑮ | 透析あり | 136,250円 | | 1,214,200円 | | 2,617,570円 | | | |
| 7 | ①-④ | ① | 介護給付費 | 7億9,193万円 | | 7億6,884万円 | | 7億8,388万円 | | KDB：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題、要介護認定状況 | |
| | | ② | 2号認定者数a | 8人 | | 8人 | | 7人 | | | |
| | | ③ | (再掲) 糖尿病あり b(b/a) | 4人 | | 3人 | | 3人 | | | |
| | | ④ | (再掲) 糖尿病合併症あり c(c/a) | 1人 | | 2人 | | 1人 | | | |
| 8 | ① | 死亡 | 死因別死亡者数 | | | | | | KDB地域全体像の把握 | | |
| | | 糖尿病(全死亡における割合) | 3人 | | 0人 | | 1人 | | | | |

安平町データヘルス計画第2期 中間評価 (★PDCAサイクルシート)

【★PDCAサイクルとは】

計画 (Plan、安平町の健康課題を明確にして目標を設定する) ⇒ 実施 (Do、特定健診などの保健事業の実施と評価) ⇒ 評価 (Check、事業の実施量や生活習慣病の医療費や有病者の減少※4つの指標で評価) ⇒ 改善 (Action) ⇒ 計画 (Plan)のサイクルのこと。

※4つの指標①ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システム整備しているか) ②プロセス (保健事業の実施過程、必要な物が揃っているか? 予定通り実施しているか?)

③アウトプット (保健事業の実施量、保健指導実施数など) ④アウトカム (成果、医療費の変化・有病者の変化など)

| 目標 (目標値) | 事業名 | 目標 | 中間評価 | ストラクチャー (体制等) | プロセス (実施過程) | アウトプット (事業量) | | アウトカム (成果) | | 考察と課題 | 今年度以降の計画 |
|---|--------------|--|--|--|---|--|---|--|---|---|--|
| | | | | | | 評価指標・目標値 | 結果 | 評価指標・目標値 | 結果 | | |
| 第2期データヘルス計画 1. 中長期目標 糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制 【評価指標】 ①最大医療資源 (中長期的疾患の割合の減少) 腎不全、脳血管疾患及び虚血性心疾患の割合の伸びの抑制 ②新規人工透析導入者 (糖尿病治療中) の減少 2. 短期目標 ①特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ②糖尿病・高血圧・脂質異常症の重症化予防 | 生活習慣病重症化予防事業 | (中長期目標) 糖尿病性腎症・脳血管疾患・虚血性心疾患による医療費の伸びを抑制する。 ①中長期的疾患医療費割合の減少 ②新規人工透析導入者 (糖尿病治療中) の減少 ③脳血管疾患治療者割合の減少 ④虚血性心疾患治療者割合の減少 | ①R1: 10.8% ⇒ R3: 12.1% ②R1: 0人 ⇒ R3: 1人 ③R1: 4.7% ⇒ R3: 4.6% ④R1: 7.3% ⇒ R3: 5.2% | ・保健師で地区担当制により保健指導を実施。令和3年度途中に新規採用により保健師1名を増員。 ・健診の経年結果が出る結果票の活用と糖尿病重症化予防台帳で対象者の把握と数値の評価を実施。 ・1名配置の管理栄養士と会計年度任用職員栄養士と連携して保健指導を実施。 ・地区担当保健師と栄養士で連携し重症化予防の保健指導を実施。 | ・糖尿病管理台帳・特定健診結果で対象を把握し保健指導を実施し評価。 ①優先1 前年度HbA1c6.5以上未治療及び治療中断者の保健指導 ②優先2 当該年度HaA1c6.5以上及び7.0以上治療者の保健指導 ③優先3 糖尿病治療者で過去に特定健診受診歴のある方の保健指導 | ①優先1 保健指導率100% ②優先2 保健指導率60% ③優先3 保健指導60% | ①優先1 R1~3: 100% ②優先2 R3: 65% ③優先3 R1: 12.2% (37人) R2: 9.1% (24人) R3: 10% (28人) | 重症化予防対象者割合の減少 (P3【図表4】参照) ①糖尿病患者の割合の減少 ②糖尿病医療費の伸びの抑制 (金額及び割合) ③糖尿病患者の割合の減少 ④心臓病等所見者の減少 ⑤脂質異常症者の減少 ⑥メタボ該当者の減少 ⑦腎機能低下者の減少 | ①R元: 3.1% ⇒ R3: 3.7% ②R元: 医療費4,741万円 (割合: 13.6%) ⇒ R3: 医療費4,534万円 (割合: 13.4%) ①R1: 5.8% ⇒ R3: 8.8% ②R1: 1.5% ⇒ R3: 1.5% ③R1: 6.9% ⇒ R3: 5.7% ④R1: 27.5% ⇒ R3: 28.1% ⑤R1: 6.9% ⇒ R3: 5.5% | 安平町の課題はメタボリックシンドロームを背景とした糖尿病などの重症化の予防です。特に糖尿病の重症化は最も医療費に影響することから、優先課題として実施しています。重症化予防の保健指導実施率は達成できていません。糖尿病医療費は下がっていますが国保加入者数が減少してきているため、成果があるとは言えない現状です。また、重症化予防対象者の割合の減少も一部しか達成できていません。近年、保健事業を担当する健康推進グループ保健師や他事務職員等の人数不足に加えて新型コロナウイルス感染症対応やワクチン接種事業担当部署でもあるため、体制が生活習慣病重症化予防対策に対応する体制が整っていないことが、若手職員の育成や保健師の保健指導の力量形成のための稼働が必要ながことが影響していると考えられます。重症化予防には保健指導のスキルや継続的な関わりが必要であることから保健指導に従事できる人材の確保とグループ内の事務分掌の見直しも行っていく必要があります。 | ・継続支援のためのマンパワーの確保: 令和4年度に新たな事務職員の1名増加があるも、新型コロナワクチン接種事業が継続して行われていく見込であるため事務分掌の見直しを行い、事務職との業務を効率的に分担し、保健師が保健指導業務に従事できる稼働の確保を行います。 ・継続支援が行えるようにするために、保健師の保健指導力量形成のための学習を健診結果報告会前に行います。 ・常勤の栄養士が1名と少ないため、保健師にも栄養指導が行えるようお互いが教え合って力量形成をしていきます。 |
| | 生活習慣病重症化予防事業 | (短期目標) 生活習慣病の発症を予防する。 ①糖尿病治療者の増加抑制 ②高血圧治療者の増加抑制 ③脂質異常症治療者の増加抑制 ④メタボの減少 | ①R1: 21.3% ⇒ R3: 18.4% ②R1: 29.3% ⇒ R3: 25.0% ③R1: 26.2% ⇒ R3: 22.0% ④R1: 27.5% ⇒ R3: 28.1% | ・地区担当保健師で実施。 ・会計年度任用職員栄養士が補助で実施。 | ・保健指導対象者の抽出 ・経年健診結果表や保健指導教材の作成。 ・体脂肪等の各種測定等を必要時実施。 | 特定保健指導 実施率 (終了率) 60% | 特定保健指導 実施率 R1: 22.4% R2: 10.1% R3: 10.2% | ①メタボリック減少率の増加 ②メタボ割合の減少 | ①R1: 20.3% ⇒ R3: 14.1% ②R1: 26.8% ⇒ R3: 27.7% | 第3期データヘルス計画と一体的に策定した第2期特定健康診査等実施計画 (安平町) におけるメタボ該当者及び予備群該当者の減少は達成されませんでした。対象者が利用しやすい方法 (面談のみではなく電話やメール、アンケートなどの文書を使う) や負担にならない減量目標設定や実施可能な内容を提示できるような支援を保健師や栄養士ができる (既に実施している内容の提示や日常生活の中で取り入れやすい生活習慣を一緒に探していくような関わりを心掛ける等) が必要でです。 | ○継続支援体制の構築 ・※動脈硬化予防健診の実施。 ※75g糖負荷検査、脈波検査、頸部超音波検査、眼底検査から成る検査で未治療でメタボ等のリスクがある方に保健師が個別に勧奨している検査。 ・スポーツセンター設置の体成分分析装置 (体脂肪や筋肉量測定が可能なインボディ装置) の活用と組み合わせた支援。 ・対象者の状況に併せた、利用しやすい方法や目標設定を心掛けていきます。 ・マンパワーの確保。 |
| | 生活習慣病重症化予防 | (短期目標) 特定健診受診率の向上 | R1: 40.9% R2: 42.3% R3: 39.0% | ・20~39歳に特定健診相当の健診を実施し保健指導も同様実施 ・個別の受診勧奨も実施 | ・健診受診勧奨案内を個別通知 (資料同封) ・保健指導対象者の抽出を実施し保健指導実施。 | 20~39歳の健診 受診率30% | R1: 14.9% R2: 15.7% R3: 15.5% | 40~44歳の受診率向上 前年度39歳が次年度満40歳で継続して特定健診を受診する割合: 70% | R1: 40.6%、R2: 43.3% R3: 33.9% R1 ⇒ R2: 75% R2 ⇒ R3: 100% | 39歳以下の受診率は達成されず、40~44歳の受診率は低下しました。39歳の方が継続して受診する割合は、100%を達成できました。しかし受診率は達成できませんでした。若年者の健診受診勧奨は継続して実施し、40歳台の受診率を上げる取組が必要です。 | ・39歳以下の受診勧奨 個別通知の他、乳幼児健診での情報提供 (託児も可能であること等) や個別通知の案内資料の工夫 (若年期から健診を受けて健康管理していくことの大切さを知ってもらう) 等。 |
| | 特定健診受診率向上対策 | | | ・R2年度は国保ヘルスアップ事業補助金を活用して未受診者対策を実施。 ・1名体制だった国保保健師業務を新規採用者の保健師も配置して2名体制とした。 ・受診勧奨に専従できる会計年度任用職員看護師の確保 | ・R2年度は未受診理由を分析してタイプ別に個別受診勧奨ハガキを送付。 ・糖尿病治療者で健診未受診者を優先的に受診勧奨実施。 ・前年度と同じ健診機関・健診項目・健診実施日を次年度に自動的に予約を入れて案内する自動予約システムの継続実施。 | 健診受診勧奨率 100% | ・R2受診勧奨ハガキ送付通知率: 92.2% ・電話による個別受診勧奨人数 R1: 37人 R2: 47人 R3: 28人 | 特定健診受診率 | R1: 40.9% R2: 42.3% R3: 39.0% | 令和2年度に未受診者の92.2%に過去の健診受診履歴を分析した未受診理由別内容の受診勧奨ハガキを送付して、コロナ禍が始まりましたが受診率が1.4ポイント上昇しました。令和3年度以降はコロナ関連業務等のためマンパワー確保が難しく、糖尿病治療中の方の健診受診勧奨に留まりました。手紙やハガキの送付以外にも直接訪問したり電話による受診勧奨方法も考えていくことが必要です。また、特定健診未受診者で医療機関に通院中の方から検査データを受領できる方法を考えることも必要です。個別の訪問等でデータをもらう方法や町内の医療機関と相談し、通院者に町が医療機関に委託している病院健診を受診勧奨してもらうよう協力いただけるよう相談をしていく必要があります。これらの事業実施にはマンパワーの確保が必要となります。 | 60歳などの節目年齢の方への受診勧奨ハガキの送付や現在行っている糖尿病治療中の方のみに留まらず、看護師の電話勧奨の他に保健師の個別受診勧奨訪問の実施ができないか検討していきます。国から地域包括ケアの観点から、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的実施が強く求められており、実施の有無が国からの交付金に影響するため、後期高齢者医療制度加入者 (主に75歳以上) の健診未受診医療無受診の「健康状態不明者」の方の健診受診勧奨を実施しなければなりません。更に稼働が増えますが、地域包括 (介護担当) と連携して実施することになります。これと併せて国保加入者 (74歳以下) の方に対しても同時に実施していきたいです。 マンパワーの確保。 |

～心筋梗塞や脳梗塞発症の危険性を高める内臓脂肪症候群

※「メタボリックシンドローム診断基準検討委員会」において、メタボリックシンドロームの診断基準が作成されました。日本内科学会が平成 17 年 4 月 8 日に公表しました。
 ※ 「日本内科学会」「日本動脈硬化学会」「日本糖尿病学会」「日本高血圧学会」「日本循環器学会」「日本肥満学会」「日本腎臓病学会」「日本血栓止血学会」の 8 学会で構成されました。

《メタボリックシンドローム診断基準》

| | | | |
|----------------|---------|-----------|-------------------------------------|
| 内臓脂肪の蓄積 | ウエスト径周囲 | 男性 85cm以上 | これは男女ともに、腹部CT検査の内臓脂肪面積が100平方cm以上に相当 |
| | (へそ周り) | 女性 90cm以上 | |

※CT 検査で内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。
 ※ウエスト径は①立った姿勢で、②息を吐いて、③へその位置に巻尺を水平にまいて測定する。



内臓脂肪から分泌される物質の影響

内臓脂肪の蓄積で、分泌される悪い物質が増えて、血管の炎症や血栓を作りやすい状態をおこす。動脈硬化を抑える良い物質が減少して、動脈硬化が進みやすくなる。

| | | | |
|----------------|--------------|-------------------------------------|--------------------|
| ★血清脂質異常 | ①中性脂肪 | 150mg/dℓ以上 | 内臓脂肪蓄積 + |
| | ②HDL コレステロール | 40mg/dℓ未満 | |
| ①②のいずれか又は両方 | | ★2項目以上当てはまると、メタボリックシンドローム該当者 | |
| ★高血圧 | ①最高(収縮期)血圧 | | 130mm Hg 以上 |
| | ②最低(拡張期)血圧 | 85mm Hg 以上 | |
| ①②のいずれか又は両方 | | ★1項目当てはまると、メタボリックシンドローム予備軍 | |
| ★高血糖 | 空腹時血糖値 | | 110mg/dℓ以上 |

※ この診断基準でメタボリックシンドロームと診断された場合には、血糖値が正常であっても、**75グラム糖負荷試験**を追加し、検査することを薦める。
 ※ 高中性脂肪血症、低 HDL コレステロール血症、高血圧症、糖尿病で薬剤治療中の場合はそれぞれの項目にあてはまる。

《その他の項目》

- ☀ **高尿酸血症 7.0mg/dl以上**
メタボリックシンドロームによくみられる。特に高中性脂肪との合併。
- ☀ **微量アルブミン尿 30mg以上**
腎臓の細動脈だけでなく、全身の血管内皮細胞の障害を反映するという考え方。

(『今回の「メタボリックシンドローム」の診断基準には入らないが、関係が強いもの』とされている2項目)