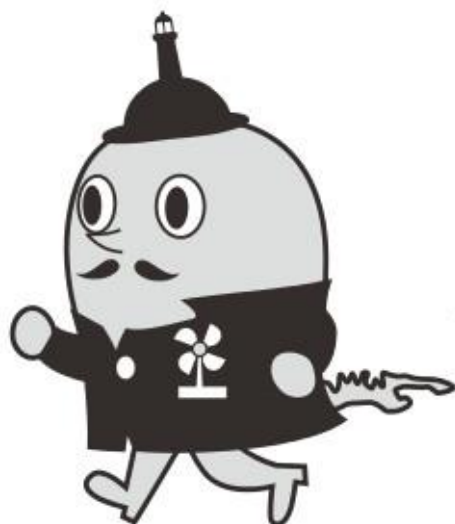


伊方町国民健康保険  
第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)  
中間評価



令和3年2月作成  
伊方町国民健康保険



# 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. 伊方町の健康課題
  - ・全国からみた愛媛県の位置
  - ・愛媛県からみた伊方町の位置

## 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 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 努力支援制度の評価指標における検討
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)

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、「伊方町第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)(以下「国指針」という。)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「伊方町第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ます。

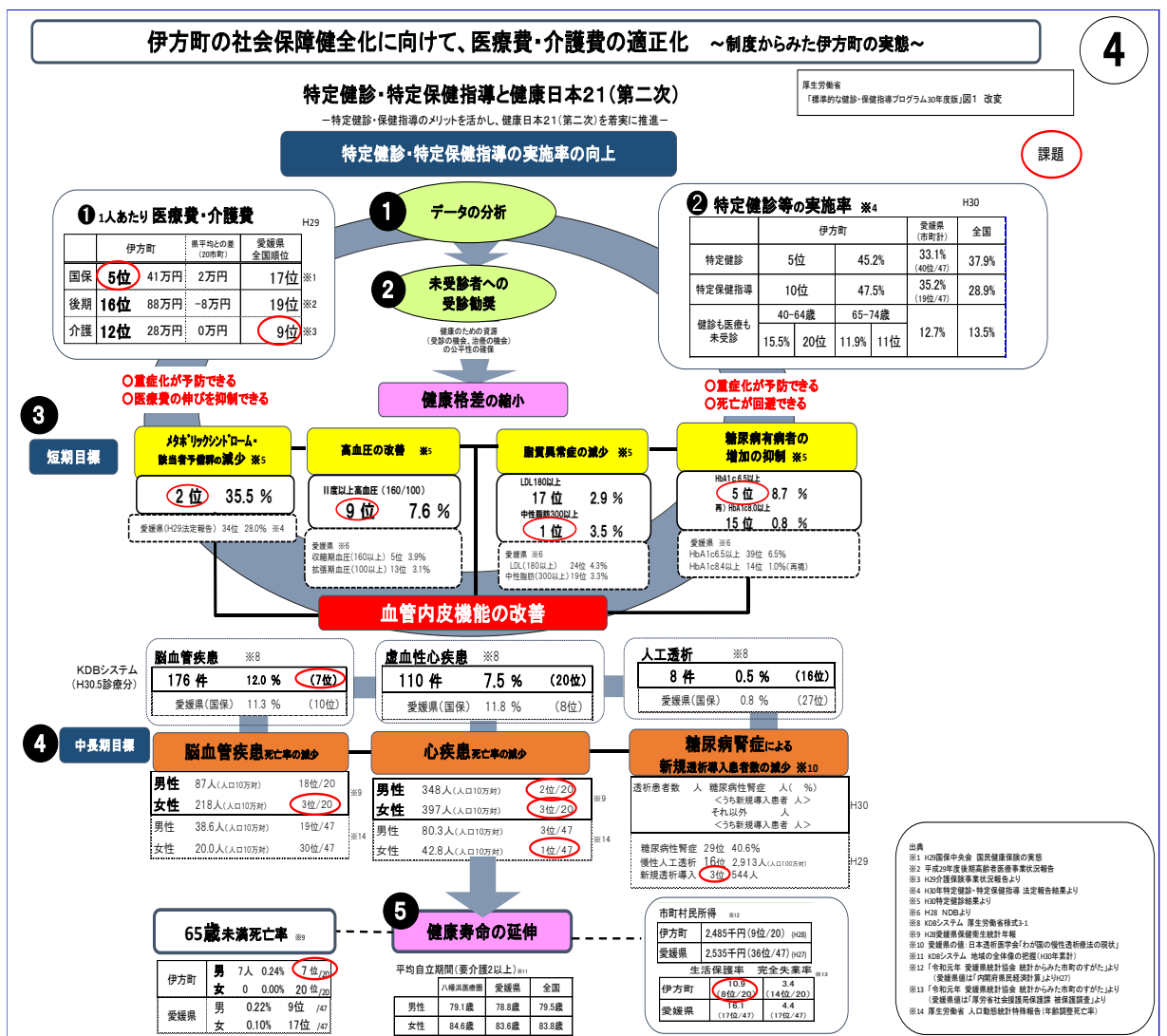
### 3. 伊方町の健康課題 (図1)

伊方町では、1人あたり医療費が国民健康保険被保険者において高く(県内5位)、後期医療費、介護費においても県内順位は低いものの全国平均より高く、年々増加している状況にある。令和元年度の特定健診受診率は45.2%で、健康状態が把握できない者が40-64歳で15.5%、65-74歳で11.9%となっている。

—中長期目標とする脳血管疾患の女性の死亡率が県内3位、心疾患死亡率が男性2位、女性3位と高く、治療している者も多い。その背景には高血圧(Ⅱ度以上県内9位)、と糖尿病(HbA1c6.5以上県内5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も必要である。なお、高血圧に関しては改善が見込まれている。

上記のような背景もあり、65歳未満死亡率について女性は良好だが、男性は死亡率が高くなっている。

(図1) 伊方町の健康課題



## 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) 追加・変更項目

(1) 「目標管理一覧」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
- ③ 個別歯科検診（歯周病健診を含む）の実施に向けた検討
- ④ 健康ポイント事業の取り組み

#### 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 年度から 41.6%から R1 年度 45.4%に上昇。
- ② 特定保健指導実施率  
H28 年度から 34.4%から R1 年度 46.9%に上昇。
- ③ 脳血管疾患の総医療費に占める割合  
H28 年度 2.51%から R1 年度 2.21%に減少。

#### 3) 評価指標の「悪化」になった項目

- ① 健診受診者の高血圧の割合  
H28 年度 6.1%から R1 年度 8.1%に上昇
- ② 糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合  
H29 年度 62.2%から R1 年度 36.2%に低下

### 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

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		目標値				
				初期値 H28	中間評価 H31	中間目標 H31	H32	H33	H34	最終目標 H35
特定健診等		特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	41.60%	<b>45.40%</b>	48%	51%	54%	57%	60%
			特定保健指導実施率60%以上	34.40%	<b>46.90%</b>	43%	48%	52%	56%	60%
			特定保健指導対象者の減少率25%	17.60%	<b>16.50%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
データヘルス計画	中長期 ・糖尿病有病者の割合が県平均と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の45%を占めている。	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合4%減少	2.51%	<b>2.21%</b>	0%				0%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合4%減少	1.28%	<b>1.27%</b>	0%				0%
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少4%	0.14%	<b>0.15%</b>	0%				0%
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少1%	32.30%	<b>36.40%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
			健診受診者の高血圧者の割合減少1%(160/100以上)	6.10%	<b>8.10%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
			健診受診者の脂質異常者の割合減少1%(LDL140以上)	22.60%	<b>27.20%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
			健診受診者の糖尿病者の割合減少1%(HbA1c6.5以上)	8.50%	<b>11.20%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合0%	29/62.2%	<b>36.20%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
			糖尿病の保健指導を実施した割合0%以上	0%	<b>57.80%</b>	0%	0%	0%	0%	0%
			保険者努力支援制度	短期 ・がんによる死亡率が国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	16.40%	<b>10.60%</b>	0%	0%
肺がん検診 50%以上	27.20%	<b>19.10%</b>				0%	0%	0%	0%	0%
大腸がん検診 50%以上	29.80%	<b>19.40%</b>				0%	0%	0%	0%	0%
子宮頸がん検診 50%以上	26.60%	<b>16.60%</b>				0%	0%	0%	0%	0%
乳がん検診 50%以上	29%	<b>20.80%</b>				0%	0%	0%	0%	0%
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合0%以上	0%				<b>0.28%</b>	0%	0%	0%	0%
	数量シェアH28年度60.78%	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	34.10%	<b>0%</b>	0%	0%	0%	0%	

特定健診受診率及び特定保健指導はともに改善がみられた。特に特定保健指導実施率は大幅に増加し、今後も維持及び向上を目標に取り組む必要がある。特定健診受診率は改善がみられたものの、大幅な改善とはならなかった。また、脳血管疾患、虚血性心疾患等について、ターゲットとなる総医療費に占める割合は減少している一方で、高血圧者、脂質異常者、糖尿病者、メタボリックシンドローム・予備群の割合は減少していない。

## 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1年度取組みと課題整理)

様式3-2

伊方町

令和2年度 課題と目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①これまでの経過の振り返り (プロセス)	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><b>目 標</b></p> <p>《中長期目標》 虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らす</p> <p>《短期目標》 ○特定健診受診率 R2年度目標: 51.0% ○特定保健指導実施率 R2年度目標: 48.0% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <p>○受診率が低い(固定化) ○受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討 ○医療機関等との連携</p> <p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○重症化予防対策を円滑に進めるための体制整備 ○関係者間での共通認識 ○糖尿病管理台帳の活用 ○医療機関との協議・調整</p> <p><b>医療及び関係者との連携</b></p> <p>○関係者間でデータヘルス計画の評価、見直し</p>	<p><b>■特定健診受診率向上</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健推進員活動を通じた受診勧奨、とりまどめ</li> <li>40歳(節目)を迎えに受診勧奨(健康手帳・パンフレット等の送付)</li> <li>未受診者訪問、電話による受診勧奨(保健師)</li> <li>研修会等保健活動を通して受診勧奨</li> <li>町内医療機関への協力依頼</li> <li>受診率向上事業の実施</li> <li>日曜健診(特定健診)1会場追加</li> </ul> <p><b>■特定保健指導実施率の向上</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初回面接の分割実施(当日及び結果説明会)</li> </ul> <p><b>■重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健指導対象者の選定(糖尿病)対象: 県版プログラムと同様</li> <li>○糖尿病台帳等の作成・活用</li> <li>○個別保健指導の実践(訪問・相談等)</li> <li>○糖ダウン教室を継続実施。対象: 健診の結果HbA1c6.5%以上の者</li> <li>○医療機関との連携(協議・調整)</li> <li>○糖尿病連携手帳の活用</li> <li>○保健指導対象者の活用(高血圧)対象: II度高血圧以上</li> <li>○脳卒中予防教室の実施</li> <li>○個別保健指導の実践(訪問・相談等)</li> <li>○効果的な保健指導の実践に向けて、関係者で情報共有、事例の振り返り等を実施。各種研修会の参加</li> </ul> <p><b>■医療機関及び関係機関との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○町の健康課題等の情報共有、データヘルス計画の評価等を協議(国保運営委員会・健康づくり推進協議会・関係者連絡会等)</li> <li>・健康ポイント事業実施</li> <li>○医療機関との協議、協力依頼</li> <li>・県版糖尿病性腎症重症化予防の実践に向けての連絡、調整</li> </ul>	<p><b>〈特定健診実施状況〉</b></p> <p>集団健診: 42会場 個別健診: 5月～翌年1月 健診料金: 無料</p> <p><b>①特定健診受診率</b></p> <p>H27年度: 42.7% H28年度: 41.5% H29年度: 43.5% H30年度: 45.2% R元年度: 45.4%(↑)</p> <p><b>②特定保健指導実施率</b></p> <p>H27年度: 31.2% H28年度: 31.4% H29年度: 34.0% H30年度: 43.1% R元年度: 46.9%(↑)</p> <p><b>〈重症化予防事業〉</b></p> <p><b>糖尿病</b></p> <p><b>①受診勧奨実施率</b> R元年度: 58人(100.0%)</p> <p><b>②保健指導実施数</b> R元年度: 67人(57.8%)</p> <p><b>③医療機関受診率</b> R元年度: 21人(36.2%)</p> <p><b>④かかりつけ医との連携</b> R元年度: 8件</p> <p><b>⑤糖ダウン教室(R元)</b> 3回(実15人、延31人)</p> <p><b>高血圧</b></p> <p><b>①脳卒中予防教室(R元)</b> 3回(実33人、延55人)</p> <p><b>②保健指導実施数(高血圧II以上)</b> 実 29名(43.9%)</p> <p><b>■関係者・関係機関との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者連絡会実施回数</li> <li>・健康づくり推進協議会(老人専門部会)</li> <li>・国保運営協議会</li> </ul>	<p><b>■健診結果(H30⇒R1)</b></p> <p><b>①検査結果の改善</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○血糖(HbA1c6.5%以上) 93人(8.7%)⇒92人(10.5%) H30受診者93人中 【改善16(17.2%)】 【悪化16】【未受診25】</li> <li>○血圧(II度高血圧以上) 81人(7.6%)⇒59人(6.8%) H30受診者81人中 【改善36(29.0%)】 【悪化2】【未受診16】</li> <li>○脂質LDL(160以上) 120人(11.3%)⇒95人(8.9%) H30受診者120人中 【改善63(51.2%)】 【悪化6】【未受診23】</li> </ul> <p><b>②未治療者数の推移</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○HbA1c6.5%以上未治療者 H27年度: 43人(46.7%) H28年度: 42人(46.2%) H29年度: 46人(49.5%) H30年度: 42人(45.2%) R1年度: 37人(44.6%↓)</li> </ul> <p><b>③メタボ予備群減少率</b></p> <p>H27-28: 15.3% H28-29: 23.0% H29-30: 12.7% H30-R1: 15.3%↑</p> <p><b>④メタボ該当者の減少率</b></p> <p>H28-29: 22.6% H28-29: 17.0% H28-30: 19.1% H30-R1: 21.1%↑</p> <p><b>■脳血管疾患の総医療費に占める割合</b> H28 2.51%→ R1 2.21%↓</p> <p><b>■虚血性疾患の総医療費に占める割合</b> H28 1.28%→ R1 1.27%↓</p> <p><b>■国保新規透析患者数推移</b></p> <p>H27年度: 1人 H28年度: 3人 H29年度: 1人 H30年度: 3人 R1年度: 0人↓</p>	<p><b>■特定健診及び受診率向上・データ分析等</b> 国保、保健センター</p> <p><b>■特定保健指導</b> 保健センター</p> <p><b>■糖尿病性腎症重症化予防事業</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関との調整等 国保、保健センター</li> <li>○対象者抽出・台帳作成 担当保健師</li> <li>○保健指導・レセプト確認 ・台帳整理 地区担当保健師</li> </ul>	<p><b>全 体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○データヘルス計画の推進と評価</li> <li>・単年度で評価し、関係部署で情報共有、協議</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○受診率はやや上昇したが、引き続き新規及び若年層の受診率向上に努める</li> <li>・受診率向上事業の評価検証、継続</li> <li>・未受診者訪問の継続</li> <li>・関係機関との連携</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○関係者連絡会(情報共有、事例の振り返り、評価等)</li> <li>○高血圧・糖尿病台帳の整備・活用</li> <li>○医療機関との調整</li> <li>○糖尿病連携手帳の活用</li> </ul> <p><b>医療との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策への協力依頼</li> <li>・糖尿病連携手帳活用の推進</li> </ul>

## 3. 主な個別事業の評価と課題

町では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らすために、「健康診査を受けて、健康づくりに活かす」ことを目指して取り組んでいる。

従来から実施している保健推進員活動を通じた受診勧奨と合わせて、未受診者対策として受診率向上事業(AIを活用した受診勧奨)や保健師による未受診者訪問等を行っており、受診率は少しずつ上昇しているものの横ばい状況である。

また、糖尿病や高血圧の予防を中心とした重症化予防事業や特定保健指導等の取り組みにより、メタボ該当者(予備群)数や健診結果の数値は毎年少しずつ改善しているものの、全体としての大きな改善には至っておらず、まだまだ課題が多い状況である。

今後も医療機関等の関係機関と連携を深め、訪問や個別指導の充実等、効果的なアプローチ方法を検討し受診率の向上や重症化予防に取り組んでいく必要がある。



### (1)未受診者対策

未受診者対策として、健診を希望していない方に対し個別に受診勧奨通知を発送(3回)しているほか、個別に保健師による訪問や電話での受診勧奨を実施している。

また、受診しやすい環境づくりとして、被保険者に身近な集会所等での集団健診の実施しており、平成30年度からは健診受診の機会を増やすために、日曜健診を1会場追加実施している。これらの取り組みにより、令和元年度の新規受診者は124名であった。今後も広く町民への健診受診の啓発を行い、未受診者には個別に受診勧奨を継続実施していく。

### (2)重症化予防の取り組み(糖尿病・高血圧)

糖尿病受診勧奨の実施率は、H29年度100%、H30年度83.3%、R1年度100%という結果であった。そのうち、H29年度は62%、H30年度は40%、R1年度は36%が医療機関受診につながっている。しかし、受診勧奨の実施率に対して、医療機関受診率は年々低下しており、伸び悩んでいる。

### (3)ポピュレーションアプローチ

#### ①研修会の実施

ポピュレーションアプローチとして、各地区の保健推進員等の町民に向けて研修会を行っている。生活習慣病の重症化が医療費や介護費等の社会保障費の増大につながっていることや、地域の健康課題について知ってもらうことにより、健康寿命の延伸及び健康づくりの重要性について啓発できた。

#### ②健康教室の実施

町の健康課題となっている糖尿病や高血圧・脳卒中の予防について、健康教室(糖尿病予防教室・脳卒中予防教室等)を継続して実施している。

健診受診者の有所見(高血圧・脂質異常・糖尿病)者の高血圧者の割合をみると、平成28年度から令和元年度にかけて増加している。一方で、平成30年度と令和元年度の健診結果を比較すると、高血糖(HbA1c6.5以上)の者93名のうち16名が改善しており、高血圧(Ⅱ度以上)の者81名のうち36名が改善、脂質異常(160以上)の者120名中63名が改善している。今後も引き続き、個別アプローチとともに地域特性を踏まえ、生活習慣病をテーマにしたポピュレーションアプローチを継続実施していくことが必要である。

## 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

特定健診受診率は、平成 28 年度には 41.6%であったが、中間評価年の令和元年度には 45.4%となり、少しずつ向上してきている。特定保健指導実施率は平成 28 年度には 34.4%であったが、中間評価年の令和元年度には 46.9%と増加している。

### 2. 特定健診の実施

令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染症予防の観点から、近隣の体育館等の広い施設を会場に設定して実施する等の対応が必要となったが、概ね計画通りに実施することができた。

#### (1)実施方法

特定健診については、次の方法により実施している。

- ① 集団健診(保健センター・町内地区集会所・公民館等にて実施)  
令和元年度 31 日/42 会場実施
- ② 個別健診(愛媛県医師会が取りまとめた委託医療機関にて実施)

#### (2)健診の案内方法・健診スケジュール

健診案内方法・健診スケジュールについては、第 2 期保健事業実施計画通りに実施することができた。

受診率向上事業として、対象者の受診履歴や傾向を考慮し、個別に受診勧奨(通知)を行った。

#### (3)実施期間

第 2 期保健事業実施計画通り、4 月～翌年 1 月末まで実施した。

#### (4)特定健診実施項目

検査実施項目は、国が定めた項目に加え、町独自に追加項目を実施している。

【基本項目】 問診、身体計測、血圧測定、検尿、血液検査

【詳細項目】 心電図、眼底、貧血

【追加項目(町独自で実施)】 心電図、血液検査(貧血、尿酸、総コレステロール)、腎機能検査(クレアチニン、尿酸、尿潜血)

#### (5)受診状況

受診状況	H28	H29	H30	R 1
特定健診受診者数(国保) (受診率)	1,041 人 (41.6%)	1,025 人 (43.5%)	1,046 人 (45.2%)	1,019 人 (45.4%)

健診受診者数は対象者数の減少の影響を受け、少しずつ減少しているが、受診率は増加している。今後も町民が健診を受けやすい体制・環境づくりを行い継続実施する。

### 3. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、計画通り保険者が直接実施し、一般衛生部門への執行委任の形態で行っている。

#### (1) 健診から保健指導実施状況

「標準的な健診・保健指導のプログラム」をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実施評価を行っている。

特定保健指導(積極的支援・動機づけ支援)対象者には、健診会場での初回面接の実施、その後、訪問や相談会場で個別に対象者に応じた保健指導を実施している。

特定保健指導を実施する中で、対象者が生活習慣病について学び、生活習慣の改善を自ら実践していったケースでは「特定保健指導が健康づくりのための良いきっかけになった」という意見があった。一方で、対象者の中には、次年度も引き続き特定保健指導対象者となる方もおり、仕事や都合を優先することで、自らの健康づくりを後回しにしているケースもみられている。

特定保健指導対象者に対して、今後も健康に過ごすために必要な生活改善についての啓発と積極的に特定保健指導を進めていくことが必要である。

## 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. 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ついて、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

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		目標値				データの把握方法		
				初期値 H28	中間評価 H31	中間目標 H31	H32	H33	H34		最終目標 H35	
特定健診等		特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	41.6%	45.4%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	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	34.4%	46.9%	43.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%		
データヘルス計画	・糖尿病有所見者の割合が県平均と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の45%を占めている。	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	特定保健指導対象者の減少率25%	17.6%	16.5%	前年比20%減				H20比 25.0%	KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	2.5%	2.2%	2.4%				2.1%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	1.3%	1.3%	1.2%				1.1%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.1%	0.2%	0.1%				1.0%		
			メタボリックシンドローム・予備群の割合	32.3%	36.4%	32.0%	36.0%	35.5%	35.0%	34.5%		
			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									
			健診受診者の高血圧者の割合(160/100以上)	6.1%	8.1%	6.0%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%		
			健診受診者の脂質異常者の割合(LDL140以上)	22.6%	27.2%	22.0%	28.5%	26.0%	25.5%	25.0%		
			健診受診者の糖尿病者の割合(HbA1c6.5以上)	8.5%	11.2%	8.0%	10.5%	10.0%	9.5%	9.0%		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	(29/62.2%)	36.2%	60.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%		
		HbA1c8.0以上の未治療者割合		50.0%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上	16.4%	10.6%	16.8%	11.0%	11.5%	12.0%	12.5%	伊方町中央保健センター	
			肺がん検診 50%以上	27.2%	19.1%	27.5%	19.5%	20.0%	20.5%	21.0%		
			大腸がん検診 50%以上	29.8%	19.4%	30.0%	20.0%	20.5%	21.0%	21.5%		
			子宮頸がん検診 50%以上	26.6%	16.6%	27.0%	17.0%	17.5%	18.0%	18.5%		
			乳がん検診 50%以上	29.0%	20.8%	29.5%	21.0%	21.5%	22.0%	22.5%		
			5つのがんの平均受診率	0.0%	17.3%	17.5%	18.0%	18.5%	19.0%	19.5%		
		・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)の実施に向けての検討	0.0%	0.0%						
		・運動習慣のある者が少ない	自己の健康に関心を持つ住民が増える	アンケートで健康意識または生活習慣に変化があったと回答する者の	未実施	79.0%	100.0%				伊方町町民課	
		・数量シェアH28年度60.78%	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	34.1%	68.8%	70.0%	73.0%	76.0%	79.0%	82.0%	厚生労働省(6月診療分)

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する



## 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

B・・・健診受診者のうち、重症化予防対象者

糖尿病性腎症重症化予防については、75 歳を過ぎても関わりが途切れないよう、未治療者や治療中断者については引き続き地域担当保健師が継続支援する。また、Ⅱ度以上の高血圧者についても地域担当保健師が個別に訪問していく。脳血管疾患、虚血性心疾患の予防をするためには、高血圧と糖尿病を予防する生活改善を促す必要があり、Ⅱ度以上の高血圧者、糖尿病者から優先的に関わっていく必要がある。

## 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'・・・高血圧かつ糖尿病で治療中の対象者

E 表の分析から、伊方町では県平均と比較し介護認定率は多少低いものの、背景にある疾患（高血圧と糖尿病）から認知症につながる状況は県平均と同程度であった。今後、介護認定率及び背景にある疾患（高血圧と糖尿病）から認知症につながる割合が増加することが予想されるため、70 歳以上を対象とした健康教室の開催を検討している。