１．はじめに

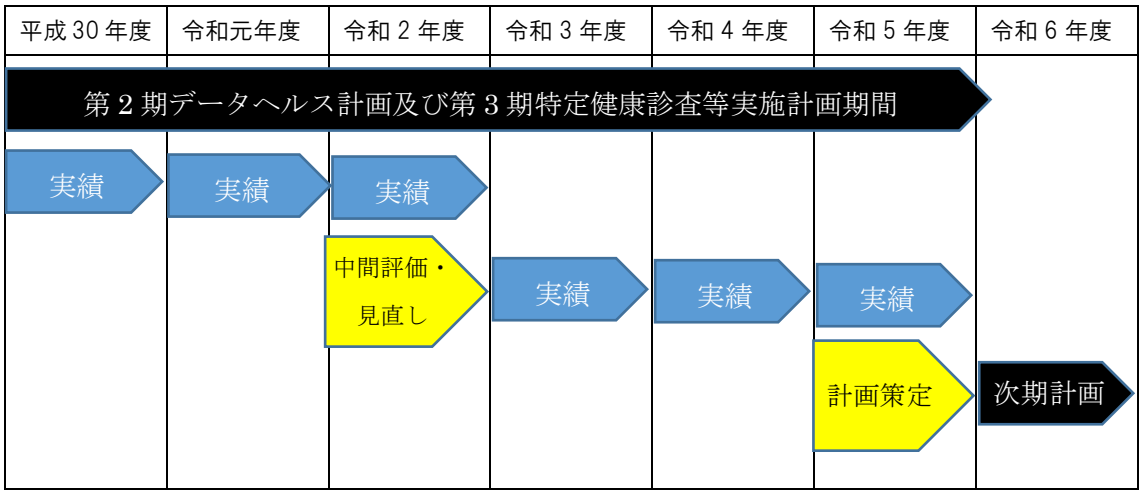
令和２年度は、南会津町国民健康保険第２期データヘルス計画及び第３期特定健康診査等実施計画の中間評価・見直しの年度となっています。データヘルス計画の中間評価・見直しを行う目的は、立案した計画が軌道に乗っているかを確認し、計画が滞っている場合には、事業効果を高めるための改善策等を検討し、目標達成に向けての方向性を見出すことにあります。

中間評価・見直しにあたり、第２期データヘルス計画及び第３期特定健康診査等実施計画全体としての評価を行うため、実施した事業の実績等を振り返り、計画の目的・目標の達成状況・指標の在り方について、データ分析等をもとに整理、評価を行います。評価の結果、目標達成が困難と見込まれる事業については、課題や達成状況を阻害する要因を分析し、改善方法を検討の上、必要に応じて実施内容・目標値等の見直しを行います。

評価の中で、「指標判定」「事業判定」については、A～D の４つの区分により判定します。

※判定区分　A:達成できている　B:達成できていない/改善が必要
　　C:事業継続が困難　D:評価不能

第２期データヘルス計画及び第３期特定健康診査等実施計画のスケジュール



２．中長期目標及び関連する短期目標の達成状況

（１）中長期目標

	平成 28 年度 （基準値）	令和元年度 （実績値）	令和 5 年度 （目標値）
脳血管疾患罹患者の減少(※1)	3.0%	3.5%	―
虚血性心疾患罹患者の減少(※1)	5.9%	5.4%	―
糖尿病性腎症罹患者の減少(※1)	5.7%	5.5%	―
医療費の伸びの抑制	1,398,170,712 円	1,348,731,266 円	―
医療費における長期入院件数	21 件	19 件	―
費用額の割合減少	423,797 円	498,568 円	―

（２）関連する短期目標

	平成 28 年度 （基準値）	令和元年度 （実績値）	令和 5 年度 （目標値）
高血圧症罹患者の減少(※1)	26.1%	26.1%	―
脂質異常症罹患者の減少(※1)	18.5%	19.2%	―
糖尿病罹患者の減少(※1)	9.6%	11.1%	―
メタボリックシンドローム罹患者の減少(※1)	19.1%	20.0%	―
特定健診受診率の向上	50.4%	50.5%	70.0%
特定保健指導率の向上	41.7%	94.0%	55.0%

※1　ここでいう罹患者の減少とは、減少率ではなく、罹患者の割合を示す。

３．個別保健事業の実施状況と短期目標との関連及び評価

（１）特定健康診査受診率の向上

事業内容(現状)

背景	町民生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びを抑制する必要がある。
目的	メタボリックシンドロームに着目し、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防する。
具体的内容	【対象者】 南会津町国民健康保険に加入している 40 歳～74 歳の者 【実施方法(プロセス)】 ① 集団健診 総合健診及び追加健診において実施。 ② 施設健診 南会津郡医師会加入医療機関において実施。 ③ 人間ドック ５か所（福島県立南会津病院、竹田綜合病院、会津中央病院、福島県保健衛生協会、国際医療福祉大学病院）の医療機関において実施。 ④ 特定健康診査未受診者対策事業 個人で医療機関等により健診を受診し、かつ、特定健診の必須項目全てを満たし、その結果を町に提出した者に商品券を交付。 【実施者(ストラクチャー)】 住民生活課国保年金係・健康福祉課健康増進係・各総合支所町民課住民係
評価指標・目標値	【結果（アウトプット・アウトカム)】 特定健康診査受診率(法定報告値) 平成 30 年度　60%、令和元年度　60%、令和２年度　65% 令和３年度　65%、令和４年度　70%、令和５年度　70%

評価と見直し・改善案

<table>
<tr><td>目標値</td><td>令和５年度　70%</td></tr>
<tr><td>基準値</td><td>平成 28 年度　50.4%</td></tr>
<tr><td>経年変化</td><td>平成 29 年度　51.6%　　令和２年度　―
平成 30 年度　52.2%
令和元年度　　50.5%</td></tr>
<tr><td>指標判定</td><td>B</td></tr>
<tr><td>事業判定</td><td>A</td></tr>
<tr><td>要因
（良かった点・課題）</td><td>【良かった点】
・集団健診、施設健診、人間ドック、特定健康診査未受診者対策事業については、予定通り事業を進めることができた。
・受診率を向上するために、特に若年層（40 歳、45 歳、50 歳、55 歳）の受診料金を無料化するとともに、微量アルブミン尿検査、推定食塩摂取量検査等の検査項目の充実を図った。
・集団健診未受診者に対しては、受診券を発送し、追加健診又は施設健診の受診勧奨を実施した。

【課題】
・40 代から 50 代の若年層の受診率が低い。
・女性に比して男性の受診率が低い。
・過去５年間に遡ってみると、毎年続けて受診する者が一定数いる一方で、全く受診していない者が半数以上いる。</td></tr>
<tr><td>見直しと改善案</td><td>・40 代から 50 代の受診率が向上されるよう、20 代から 30 代の者に対しても、若年健診の案内をするなど、早期から健診を受診できる体制を整備する。
・受診会場や方法など、対象者が受診しやすい環境の整備を引き続き検討する。
・民間企業のスキルを活用し、AI を使った受診勧奨を実施する。
・かかりつけ医からの受診勧奨について、連携を強化していく。</td></tr>
<tr><td>目標値の見直し</td><td>特定健康診査受診率について、これまでの実績値から、実現性が乏しいため、以下のとおり目標値を下方修正する。
特定健康診査受診率
<table>
<tr><td></td><td>目標値(旧)</td><td>目標値(新)</td></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>65%</td><td>52%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>70%</td><td>54%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>70%</td><td>56%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

（２）特定保健指導の実施

事業内容(現状)

背景	町民生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びを抑制する必要がある。
目的	状態に応じた保健指導を実施し、特にメタボリックシンドロームに着目して生活習慣病の発症予防・重症化予防に繋げる。
具体的内容	【対象者】 特定健康診査受診者で、受診結果が、特定保健指導の判定基準「積極的支援」「動機付け支援」に該当する者。 【実施方法（プロセス)】 初回指導・中間指導・最終評価と継続して保健指導する中で、初回指導は健診結果配付と共に（事前連絡無しで）訪問指導を実施。不在者には置手紙や電話により、予約の上、訪問や来所による指導を実施。 【実施者(ストラクチャー)】 専従保健師・地区担当保健師・専従管理栄養士
評価指標・目標値	【結果（アウトプット・アウトカム)】 特定保健指導実施率(法定報告値) 平成 30 年度　45%、令和元年度　45%、令和２年度　45% 令和３年度　50%、令和４年度　50%、令和５年度　55%

評価と見直し・改善案

<table>
<tr><td>目標値</td><td>令和５年度　55%</td></tr>
<tr><td>基準値</td><td>平成 28 年度　41.7%</td></tr>
<tr><td>経年変化</td><td>平成 29 年度　78.4%　　令和２年度　―
平成 30 年度　90.8%
令和元年度　　94.0%</td></tr>
<tr><td>指標判定</td><td>A</td></tr>
<tr><td>事業判定</td><td>A</td></tr>
<tr><td>要因
（良かった点・課題）</td><td>【良かった点】
・保健指導専従の保健師と管理栄養士を配置し、全域の進捗管理及び地区担当保健師への支援を実施した。
・国保データベース（ＫＤＢ）や保健指導支援ツール（マルチマーカーシステム）を活用し、優先順位をつけて保健指導を実施した。
【課題】
・初回指導は、健診結果返却と同時に指導するため、指導率が良いが、個別健診受診者には、すでに医療機関から結果が届いているため、受入が悪い場合や、不在者が多く、連絡がつきにくいなど、初回指導や継続した指導ができないことがある。</td></tr>
<tr><td>見直しと改善案</td><td>・施設健診受診者については、郡医師会加入医療機関と連携し、町からの特定保健指導を受けてもらえるように勧奨、又は繋いでもらうなどの協力を得られる体制を整備する。</td></tr>
<tr><td>目標値の見直し</td><td>特定保健指導実施率について、これまでの実績値から、目標値を大幅に上回っているため、以下のとおり目標値を上方修正する。

特定保健指導実施率
<table>
<tr><td></td><td>目標値(旧)</td><td>目標値(新)</td></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>50%</td><td>→ 95%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>50%</td><td>→ 98%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>55%</td><td>→ 100%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

（３）重症化予防事業（虚血性心疾患、脳血管疾患）の実施

事業内容(現状)

背景	町民生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びを抑制する必要がある。
目的	生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指す。
具体的内容	【対象者】 特定健康診査の結果により、以下に該当する者 ・高血圧Ⅱ度以上の者 ・LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の者 ・中性脂肪 300 mg/dl 以上の者 ・メタボリックシンドローム２項目以上の者 ・HbA1c6.5%以上で未治療の者 ・HbA1c 治療中の者で 7.0%以上の者 ・心電図検査により心房細動の所見が見られた者 ・蛋白尿（＋）以上の者 ・eGFR45 未満の者（平成 30 年度は 50 未満） ・尿中アルブミン 30 mg/dl・Cre 以上の者 【実施方法(プロセス)】 医療受診が必要な者には（適切な医療受診への働きかけを行う）受診勧奨を実施し、治療中の者には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施する。（訪問・来所・電話） 【実施者(ストラクチャー)】 専従保健師・地区担当保健師・専従管理栄養士・栄養士
評価指標・目標値	【結果（アウトプット・アウトカム)】 ・保健指導実施率 ・対象者割合

評価と見直し・改善案

保健指導実施率	目標値	令和５年度　―
	基準値	平成 28 年度　14.5%
	経年変化	平成 29 年度　41.8%　　令和２年度　― 平成 30 年度　44.3% 令和元年度　　89.0%
	指標判定	D
対象者割合	目標値	令和５年度　―
	基準値	平成 28 年度　22.3%
	経年変化	平成 29 年度　22.0%　　令和２年度　― 平成 30 年度　23.4% 令和元年度　　24.9%
	指標判定	D
事業判定		D
要因 （良かった点・課題）		【良かった点】 ・保健指導専従の保健師と管理栄養士を配置し、全域の進捗管理及び地区担当保健師への支援を実施した。 ・国保データベース（ＫＤＢ）や保健指導支援ツール（マルチマーカーシステム）を活用し、優先順位をつけて保健指導を実施した。 ・支援者である専門職の技術力向上を図るため、年２回の専門講師による研修会や専門職で学習会を開催した。 【課題】 ・具体的な評価指標が未設定だったため、事業評価が困難である。
見直しと改善案		・評価の指標・目標値の見直し ・対象者の指標における「LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の者」については、動脈硬化性疾患予防ガイドラインに基づき、以下のとおり改定する。 旧：LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の者 新：LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者

<table>
<tr>
<td>目標値の
見直し</td>
<td>
具体的な評価指標が未設定だったため、以下のとおり保健指導実施率及び対象者割合について目標値を設定する。

保健指導実施率
<table>
<tr><td></td><td>目標値(旧)</td><td>目標値(新)</td></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>—%</td><td>90%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>—%</td><td>93%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>—%</td><td>95%</td></tr>
</table>

対象者割合
<table>
<tr><td></td><td>目標値(旧)</td><td>目標値(新)</td></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>—%</td><td>23%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>—%</td><td>21%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>—%</td><td>20%</td></tr>
</table>

医療機関未受診者における医療機関受診率
<table>
<tr><td></td><td>目標値(旧)</td><td>目標値(新)</td></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>—%</td><td>75%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>—%</td><td>80%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>—%</td><td>85%</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

（４）重症化予防事業（糖尿病性腎症）の実施

事業内容(現状)

背景	町民生活の質の維持及び向上を図りながら医療の伸びを抑制する必要がある。
目的	生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指す。
具体的内容	【対象者】 　特定健康診査の結果により、「慢性腎臓病（糖尿病性腎症等）重症化予防プログラム」上の保健指導対象者に該当する者 【実施方法(プロセス)】 　医療受診が必要な者には（適切な医療受診への働きかけを行う）受診勧奨を実施し、治療中の者には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施する。（訪問・来所・電話） 【実施者(ストラクチャー)】 専従保健師・地区担当保健師・専従管理栄養士・栄養士
評価指標・目標値	【結果（アウトプット・アウトカム)】 ①受診勧奨者に対する評価 ア）介入率 イ）医療機関受診者の割合 ウ）医療機関未受診者に対する再勧奨 ②保健指導対象者に対する評価 ア）保健指導実施率 イ）糖尿病管理台帳より介入前後の検査値（治療有無含む） ・HbA1c 値の改善 ・eGFR（1 年で 25%以上低下または５ml/1.73㎡以上低下）値の改善 ・尿蛋白（±）以上の者の割合 ・服薬開始となった者の割合

評価と見直し・改善案

受診勧奨者に対する評価	介入率	目標値	令和５年度　―
		基準値	平成 28 年度　―
		経年変化	平成 29 年度　　％　　令和２年度　― 平成 30 年度　100％ 令和元年度　100％
		指標判定	D
	医療機関受診者の割合	目標値	令和５年度　―
		基準値	平成 28 年度　―
		経年変化	平成 29 年度　　％　　令和２年度　― 平成 30 年度　68.1％ 令和元年度　82.5％
		指標判定	D
	医療機関未受診者に対する再勧奨	目標値	令和５年度　―
		基準値	平成 28 年度　―
		経年変化	平成 29 年度　―　　令和２年度　― 平成 30 年度　― 令和元年度　―
		指標判定	D
保健指導対象者に対する評価	保健指導実施率	目標値	令和５年度　―
		基準値	平成 28 年度　―
		経年変化	平成 29 年度　　％　　令和２年度　― 平成 30 年度　50.9％ 令和元年度　76.8％
		指標判定	D
	糖尿病管理台帳より介入前後の検査値（治療有無含む）	目標値	令和５年度　―
		基準値	平成 28 年度　―
		経年変化	平成 29 年度　―　　令和２年度　― 平成 30 年度　― 令和元年度　―
		指標判定	D
事業判定			D
要因 （良かった点・課題）			【良かった点】 ・保健指導専従の保健師と管理栄養士を配置し、全域の進捗管理及び地区担当保健師への支援を実施した。

	・国保データベース（ＫＤＢ）や保健指導支援ツール（マルチマーカーシステム）を活用し、優先順位をつけて保健指導を実施した。 ・支援者である専門職の技術力向上を図るため、年２回の専門講師による研修会や専門職での学習会を開催した。 ・南会津保健福祉事務所、南会津郡医師会、南会津病院医師、南会津郡内町村担当者が、定期的に CKD（慢性腎臓病）予防に向けた検討会を開催し、連携強化を図り、効果的な介入に繋がった。 【課題】 ・具体的な評価指標が未設定だったため、指標及び事業評価が困難である。 ・「慢性腎臓病（糖尿病性腎症等）重症化予防プログラム」と糖尿病管理台帳において、対象者や評価方法等が異なることから評価が困難になっている。
見直しと改善案	医療機関未受診者に対する再勧奨及び糖尿病管理台帳より介入前後の検査値における評価指標については、評価が困難なことから削除する。

<table>
<tr>
<td>目標値の見直し</td>
<td>
具体的な評価指標が未設定だったため、以下のとおり目標値を設定する。

受診勧奨対象者における保健指導介入率
<table>
<tr><th></th><th>目標値(旧)</th><th>目標値(新)</th></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>―%</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>―%</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>―%</td><td>100%</td></tr>
</table>

受診勧奨対象者における医療機関受診率
<table>
<tr><th></th><th>目標値(旧)</th><th>目標値(新)</th></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>―%</td><td>85%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>―%</td><td>88%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>―%</td><td>90%</td></tr>
</table>

保健指導対象者における保健指導実施率
<table>
<tr><th></th><th>目標値(旧)</th><th>目標値(新)</th></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>―%</td><td>80%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>―%</td><td>83%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>―%</td><td>85%</td></tr>
</table>

生活習慣改善への行動変容や QOL の向上率
<table>
<tr><th></th><th>目標値(旧)</th><th>目標値(新)</th></tr>
<tr><td>令和３年度</td><td>―%</td><td>80%</td></tr>
<tr><td>令和４年度</td><td>―%</td><td>83%</td></tr>
<tr><td>令和５年度</td><td>―%</td><td>85%</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

４．中長期目標・短期目標の達成状況からみる目標値の見直し（令和３年度から令和５年度）

上記を踏まえ、南会津町国民健康保険第２期データヘルス計画及び第３期特定健康診査等実施計画においては、以下のとおり、中長期目標及び短期目標を設定することとします。

なお、評価･見直しにあたってはその実効性を高めるため、外部有識者として、福島県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会からの助言をいただき、当町における実質的かつ実現可能な目標として設定しております。

（１）中長期目標

		平成 28 年度（基準値）	令和元年度（実績値）	令和 5 年度（目標値）
脳血管疾患	患者の割合の減少(※1)	3.0%	3.5%	2.8%
	総医療費に占める疾患医療費の減少(※1)	0.92%	2.1%	1.0%
	１件当たり入院費用額の減少(※1)	669,006 円	587,532 円	450,000 円
虚血性心疾患	患者の割合の減少(※1)	5.9%	5.4%	5.0%
	総医療費に占める疾患医療費の減少(※1)	2.32%	2.12%	2.0%
	１件当たり入院費用額の減少(※1)	675,193 円	860,384 円	600,000 円
糖尿病性腎症	患者の割合の減少(※1)	5.7%	5.5%	5.0%
	総医療費に占める慢性腎不全(透析無)医療費の減少 (※1)	0.14%	0.53%	0.1%
	総医療費に占める慢性腎不全(透析有)医療費の減少 (※1)	6.65%	2.11%	2.0%
	１件当たり入院費用額の減少(※1)(※2)	696,652 円	596,705 円	500,000 円
総医療費に占める生活習慣病医療費の割合減少(※1)		55.6%	48.7%	45%

※1　ここでいう罹患者の減少とは、減少率ではなく、罹患者の割合を示す。
※2　ここでは腎不全による費用額を示す。

（２）関連する短期目標

		平成 28 年度（基準値）	令和元年度（実績値）	令和 5 年度（目標値）
高血圧症	患者割合の減少(※1)	26.1%	26.1%	25%
	１人当たり医療費の割合減少(※1)	67,960 円	50,915 円	45,000 円
脂質異常症	患者割合の減少(※1)	18.5%	19.2%	18%
	１人当たり医療費の割合減少(※1)	44,267 円	43,569 円	43,000 円
糖尿病	患者割合の減少(※1)	9.6%	11.1%	9.0%
	１人当たり医療費の割合減少(※1)	147,008 円	159,515 円	140,000 円
メタボリックシンドローム	患者割合の減少(※1)	19.1%	20.0%	18.0%
特定健康診査受診率の向上		50.4%	50.5%	56%
特定保健指導率の向上		41.7%	94.0%	100%

※1　ここでいう罹患者の減少とは、減少率ではなく、罹患者の割合を示す。