

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価

1 三股町第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の概要

データヘルス計画とは、健診・医療情報を活用して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の保健事業の実施計画であり、生活習慣病予防及び重症化予防に取組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、医療費適正化と健康寿命の延伸を目指すものです。第2期データヘルス計画は2018年（平成30年）度から2023年（令和5年）度の6年間の計画で、令和2年度は中間評価を実施することとしています。

【図表1】 計画とその他法定計画との位置づけ

	「健康日本21」計画	データヘルス計画		介護保険事業(支援)計画
			特定健康診査等実施計画	
本町計画	いきいきげんきみまた21(第2次)	三股町データヘルス計画 (第3期特定健診実施計画は第2期データヘルス計画に包含)		介護保険事業計画
法律	健康増進法 第8条、第9条	国民健康保険法 第82条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	介護保険法 第116条、第117条、第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6年 「国民健康保険法に基づく保健事 業の実施等に関する指針の一部 改正」	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導 の適切かつ有効な実施を図るた めの基本的な指針	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の 円滑な実施を確保するための基 本的な指針
根拠 期間	法定 平成25～令和4年 (第2次)	指針 平成30年～令和5年 (第2期)	法定 平成30年～令和5年 (第3期)	法定 平成30年～令和2年 (第7次)
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務 都道府県:義務
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮 年期、高齢期)に応じて	被保険者全員	40歳～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳特定疾 病

2 中間評価の目的

中間評価の目的は、計画の進捗状況を確認し、保健事業をより効果的かつ効率的に展開するために必要な改善点等を検討し、目標達成に向けて方向性を確認することにあります。さらに、国民健康保険法等の改正、本町の計画全体の目標や事業の評価、見直しを実施し、最終的な目的・目標の達成に向けた体制を再構築します。

3 中間評価の結果

(1) 短期目標、中長期目標の進捗状況

健康課題解決のため設定した短期、中長期の目標について評価を行いました。

課題を解決するための成果目標	経過				改善状況※1	達成状況※2	目標値
	H28 (策定時)	H29	H30	R1			R5
特定健診受診率の向上	41.5%	42.3%	43.8%	42.7%	↑	C	60.0%
特定保健指導の実施率の向上	36.3%	30.7%	50.0%	52.0%	↑	C	60.0%
健診受診者のうち高血圧症の者の割合の減少(160mmHg/100mmHg以上)	4.1%	4.5%	4.2%	5.7%	↓	D	3.9%
健診受診者のうち脂質異常症の者の割合の減少(LDLコレステロール140mg/dl以上)	27.2%	32.2%	29.6%	26.3%	↑	C	25.8%
健診受診者のうち血糖コントロール不良者の者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	7.9%	7.0%	9.2%	10.0%	↓	D	7.5%
脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	5.1%	4.4%	6.7%	4.6%	↑	A	4.8%
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	4.1%	3.5%	3.6%	3.2%	↑	A	3.9%
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	3.4%	4.7%	3.2%	1.0%	↑	A	3.2%

※1 改善状況：H28からR1が改善しているものは↑、悪化しているものは↓

※2 達成状況：A（目標を達成した指標）、B（目標を達成していないが、H28からR1の改善率が5%以上改善した指標）、C（H28からR1の改善率が5%未満である指標）、D（H28からR1の改善率が5%以上悪化した指標）

(2) 保健事業の評価と課題

保健事業について、プロセス、アウトプット、アウトカム、ストラクチャーの視点に基づき評価を行いました。

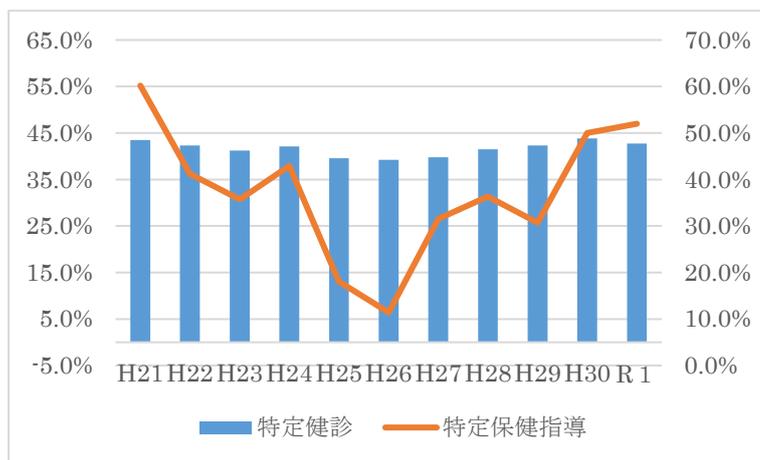
【図表 2】 保健事業の評価と課題

事業・目標	プロセス	アウトプット	アウトカム	ストラクチャー	今後の課題
特定健診・ 特定保健指導	がん検診との 同時実施、地域 との調整によ り集団健診・検 診会場の設定	特定健診受診 率、保健指導実 施率	特定保健指導 対象者の減少 率	集団方式、個別 方式で実施 都城市北諸県 郡医師会との 連携 健康づくり協 会との連携	特定健診受診 率、特定保健指 導実施率の向 上
特定健診 未受診者対策	健診期間の中 に未受診者へ 受診勧奨(はが き)の実施	勧奨数	勧奨後の特定 健診受診率	健康づくり推 進員や食生活 改善推進員、地 域活動との連 携	治療中で健診 未受診者につ いて医師会と の連携を強化 (みなし受診)、 効果的な受診 勧奨方法の検 討
特定保健指導非 対象者への保健 指導	健診結果返却 と同時に健診 結果説明会の 実施 個別相談の実 施	結果説明会実 施数 個別相談実施 数	健診結果の評 価、所見のある 者の割合(うち 未治療者割合) 保健指導後の 改善率	保健指導実施 者の確保	対象者の検討、 保健指導スキ ルアップ研修 会の実施
CKD 予防連携シ ステムを活用し たCKD・糖尿病重 症化予防対策	保健指導、CK D 予防連携シ ステムの活用 中断者への保 健指導	連絡票活用率 保健指導実施 数	新規透析導入 患者数、慢性腎 不全(透析あ り)一人当たり 医療費	都城市、医師会 との連携	町民へのCK Dの周知・啓発 管理台帳の有 効活用の検討 継続支援の体 制構築

ア 特定健診、特定保健指導の実施

特定健診を開始した平成 20 年度から、受診率はほぼ、横ばいです。特定保健指導実施率は結果の返却を郵送にしたことにより減少しましたが、再び手渡しによる返却方法に戻したことで上昇に転じています。

【図表 3】 特定健診受診・特定保健指導実施状況



イ 特定健診未受診者対策

集団特定健診を前半と後半の日程にして、前半終了後と後半終了後に各対象者の未受診者へ日曜健診の受診案内をはがきで通知しています。また、健康増進事業で実施している「三股町人間ドック」受診者のうち、国保特定健診対象者を「みなし受診」としています。

集団健診の日程は農繁期や酷暑期をできるだけ回避した日程にし、また日曜健診を 3 日設けるなど対応しているが、大きな受診率増加には至っていません。

また、40 歳代、50 歳代については、以前として他の年代よりも受診率が低い状況が続いていますが、メタボリックシンドローム予備群の割合が高い年代でもあり、今後も疾病予防の視点から優先的な対策が必要です。

【図表 4】 年代別特定健診受診率

年代	H26	H27	H28	H29	H30	R1
40～44歳	17.8%	19.4%	18.8%	19.2%	16.4%	14.7%
45～49歳	14.8%	15.0%	19.6%	19.8%	27.3%	25.7%
50～54歳	20.9%	19.1%	24.7%	24.9%	24.7%	21.9%
55～59歳	25.7%	25.1%	28.7%	26.7%	25.0%	25.0%
60～64歳	33.3%	33.1%	34.4%	32.5%	37.1%	36.2%
65～69歳	43.2%	44.3%	43.2%	45.9%	45.2%	43.8%
70～74歳	50.5%	51.6%	52.3%	51.7%	52.7%	51.3%

ウ 特定保健指導非対象者への保健指導

特定健診受診者のうち、特定健診保健指導に該当しない者（特定保健指導非対象者）については、結果返却時の健診結果説明会で、検査数値の見方や生活習慣改善についての講話を実施しています。また、希望者には個別相談を実施しています。

受診者の結果では高血圧と血糖値の高い者の割合が増加しており、今後は、個別に対応できる体制を整え、個別指導の強化を図る必要があります。

【図表 5-1】 HbA1c6.5 以上の方の年次経過

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	再掲 再)7.0以上	未治療	治療	割合
					再)7.0以上	未治療	治療					
H26	1,728	799	598	189	142	58	84	8.2%	4.4%	8.2%	4.4%	8.2%
		46.2%	34.6%	10.9%	8.2%	40.8%	59.2%					
H27	1,724	774	610	208	132	50	82	7.7%	4.6%	7.7%	4.6%	7.7%
		44.9%	35.4%	12.1%	7.7%	37.9%	62.1%					
H28	1,741	832	574	198	137	50	87	7.9%	3.9%	7.9%	3.9%	7.9%
		47.8%	33.0%	11.4%	7.9%	36.5%	63.5%					
H29	1,737	632	681	270	154	58	96	8.9%	4.5%	8.9%	4.5%	8.9%
		36.4%	39.2%	15.5%	8.9%	37.7%	62.3%					
H30	1,734	669	640	266	159	63	96	9.2%	5.0%	9.2%	5.0%	9.2%
		38.6%	36.9%	15.3%	9.2%	39.6%	60.4%					
R1	1,655	571	660	259	165	64	101	10.0%	4.9%	10.0%	4.9%	10.0%
		34.5%	39.9%	15.6%	10.0%	38.8%	61.2%					

【図表 5-2】 高血圧Ⅱ度以上の方の年次経過

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再掲 再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療					
H26	1,728	837	483	345	63	42	21	3.6%	0.4%	3.6%	0.4%	3.6%
		48.4%	28.0%	20.0%	3.6%	66.7%	33.3%					
H27	1,724	832	488	331	73	43	30	4.2%	0.9%	4.2%	0.9%	4.2%
		48.3%	28.3%	19.2%	4.2%	58.9%	41.1%					
H28	1,741	916	447	307	71	45	26	4.1%	0.7%	4.1%	0.7%	4.1%
		52.6%	25.7%	17.6%	4.1%	63.4%	36.6%					
H29	1,737	851	450	352	84	52	32	4.8%	0.7%	4.8%	0.7%	4.8%
		49.0%	25.9%	20.3%	4.8%	61.9%	38.1%					
H30	1,734	896	456	310	72	32	40	4.2%	0.6%	4.2%	0.6%	4.2%
		51.7%	26.3%	17.9%	4.2%	44.4%	55.6%					
R1	1,657	787	455	321	94	47	47	5.7%	1.0%	5.7%	1.0%	5.7%
		47.5%	27.5%	19.4%	5.7%	50.0%	50.0%					

【図表 5-3】 LDL コレステロール 160 以上の方の年次経過

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上					
					再180以上	再掲				
					未治療	治療				
H26	1,728	757	419	316	236	219	17			
		43.8%	24.2%	18.3%	13.7%	92.8%	7.2%			
					86	81	5			
					5.0%	94.2%	5.8%		5.0%	13.7%
H27	1,724	777	412	300	235	211	24			
		45.1%	23.9%	17.4%	13.6%	89.8%	10.2%			
					94	88	6			
					5.5%	93.6%	6.4%		5.5%	13.6%
H28	1,741	854	414	283	190	182	8			
		49.1%	23.8%	16.3%	10.9%	95.8%	4.2%			
					67	66	1			
					3.8%	98.5%	1.5%		3.8%	10.9%
H29	1,737	864	409	266	198	183	15			
		49.7%	23.5%	15.3%	11.4%	92.4%	7.6%			
					75	69	6			
					4.3%	92.0%	8.0%		4.3%	11.4%
H30	1,734	800	420	294	220	203	17			
		46.1%	24.2%	17.0%	12.7%	92.3%	7.7%			
					96	93	3			
					5.5%	96.9%	3.1%		5.5%	12.7%
R1	1,657	804	418	235	200	178	22			
		48.5%	25.2%	14.2%	12.1%	89.0%	11.0%			
					71	65	6			
					4.3%	91.5%	8.5%		4.3%	12.1%

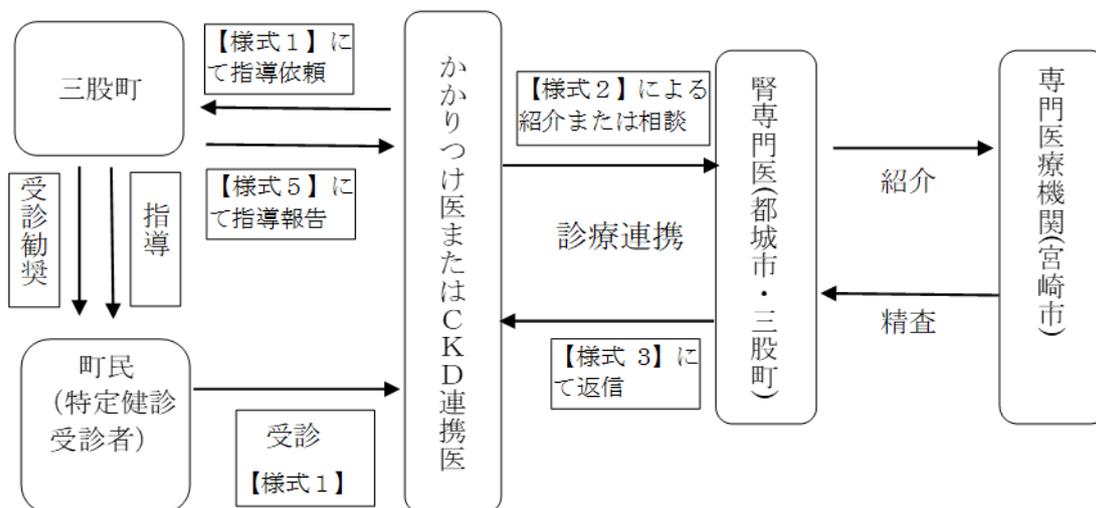
エ 「三股町 CKD（慢性腎臓病）予防連携システム※3」を活用した CKD・糖尿病重症化予防対策

特定健診受診者から CKD 及び糖尿病重症化予防対象者をスクリーニングし、適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続に向けて支援を実施しています。新規透析患者数は H30 から R1 では減少していましたが、糖尿病性腎症の割合は増加しています。今後も継続して CKD・糖尿病重症化予防対策に取り組む必要があります。

システムの運用については、都城市、医師会と協議し進めています。

※3 三股町 CKD 予防連携システムは都城市が構築した「都城 CKD 予防連携システム」を活用させていただいています。

【図表 6】三股町 CKD 予防連携システム



【図表 7】新規透析導入者数（糖尿病あり再掲）

	人工透析 患者数	新規患者数			
		B	B/A	糖尿病あり(再掲)	
	A			C	C/B
H28	12人	4人	33.3%	3人	75.0%
H29	13人	9人	69.2%	4人	44.4%
H30	19人	4人	21.5%	3人	75.0%
R1	17人	2人	11.8%	1人	50.0%

【図表 8】重症化予防連絡票活用実績

	発行数	返却数	利用率	KDBでの 受診確認	受診率	服薬指導 (再掲)	栄養指導 (再掲)
CKD	116	34	29.3%	69	88.8%	0	15
糖尿病	109	31	28.4%	66	89.0%	1	14

●令和元年度からの取り組みのため、実績は R1 のみ

4 がん検診の状況

がん検診についても目標の達成状況を確認し、目標達成のための取組を継続して行きます。

検診名	経過				改善状況 ※1	達成状況 ※2	目標値
	H28 (策定時)	H29	H30	R1			R5
胃がん検診	1.0%	0.8%	0.9%	1.1%	↑	B	10.0%
肺がん検診	13.5%	12.6%	12.6%	11.4%	↓	D	15.0%
大腸がん検診	11.9%	11.5%	11.8%	11.0%	↓	D	15.0%
子宮頸がん検診	5.1%	4.6%	5.5%	6.6%	↑	B	10.0%
乳がん検診	3.4%	4.5%	4.9%	5.6%	↑	B	10.0%

※1 改善状況：H28 から R1 が改善しているものは↑、悪化しているものは↓

※2 達成状況：A（目標を達成した指標）、B（目標を達成していないが、H28 から R1 の改善率が5%以上改善した指標）、

C（H28 から R1 の改善率が5%未満である指標）、D（H28 から R1 の改善率が5%以上悪化した指標）

5 医療費適正化に係る取組状況

後発医薬品（ジェネリック医薬品）使用割合については80.0%以上の目標を平成30年度より達成、維持しています。今後も年3回の後発医薬品差額通知（200円以上の差額のある人）を継続して実施します。

第2章 課題を踏まえた目標値と今後の取組

1 成果目標の設定

中間評価の結果を踏まえ、今後も継続して現行の短期目標、中長期目標の達成を目指します。なお、短期目標に令和元年度の新規事業「重症化予防連絡票（CKD・糖尿病）利用率の向上」を追加しました。

	課題を解決するための成果目標	中間評価値	最終評価値	目標値
		R1	R4	R5
短期目標	特定健診受診率の向上	42.7%	55.0%	60.0%
	特定保健指導の実施率の向上	52.0%	57.4%	60.0%
	健診受診者のうち高血圧症の者の割合の減少(160mmHg/100mmHg以上)	5.7%	3.3%	3.9%
	健診受診者のうち脂質異常症の者の割合の減少(LDLコレステロール140mg/dl以上)	26.3%	25.6%	25.8%
	健診受診者のうち血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	10.0%	6.7%	7.5%
	【新】重症化予防連絡票(CKD・糖尿病)利用率の向上	28.8%	32.0%	35.0%
長期目標	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	4.6%	R1年度より減少	
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	3.2%		
	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	1.0%		

2 今後の保健事業の取組

(1) 特定健診・特定保健指導の実施（第三期特定健康診査等実施計画）

今後も、医師会や健康づくり協会と連携を図り、集団方式と個別方式で特定健診を実施して、受診の機会を提供して行きます。また、大腸がん検診・肺がん検診を集団健診と同時実施します。特定保健指導をより利用しやすくするため、健診受診時に予約ができるようにします。また、保健指導は全員個別指導で対応できるよう指導員を確保します。

対象者	40～74歳に達する三股町国民健康保険加入者
実施方法	個別方式：個別医療機関 集団方式：健康管理センターや地区分館など。がん検診等と同時開催
実施時期	個別方式：6月～10月 集団方式：6月～11月
評価指標	健診受診率、保健指導実施率、保健指導対象者の減少率

(2) 特定健診未受診者対策

他の年代よりも受診率が低い40歳代、50歳代の受診者については、疾病予防の視点から優先的な対策が必要です。今後も、勧奨時期の検討や対象者の特性に応じた説明の工夫等、効果的な勧奨方法を検討しながら受診勧奨を継続します。

また、今後も健康づくり推進員などのボランティアと連携し、より住民に寄り添った受診勧奨を実施して行きます。

回覧・広報誌による啓発：6月・9月・11月

受診勧奨ハガキの送付：9月・10月（8月、10月末までに受診が確認できない者）

健康づくり推進員による受診勧奨：通年

評価指標 受診勧奨数、受診勧奨後の健診受診率

(3) 特定保健指導非対象者への保健指導

特定保健指導に該当しない者（特定保健指導非対象者）について、保健指導を実施します。

対象者	特定保健指導非対象者（支援レベル：情報提供）
実施方法	特定健診結果返却時に個別指導 未実施者に対しては訪問、電話、文書等で保健指導を実施
実施時期	7月～12月
評価指標	保健指導実施数、保健指導実施後の改善者の割合、 所見のある者の割合（うち未治療者の割合）

(4) CKD(慢性腎臓病)予防連携システムを活用したCKD・糖尿病重症化予防対策システムを活用して、重症化予防対象者に適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続に向けた支援を継続します。円滑なシステム運用のため、医師会やかかりつけ医との連携、町民へ重症化予防の啓発を行います。

対象者 特定健診受診者で以下の基準に該当するもの

〈日本腎臓学界専門医紹介基準〉

○eGFR 値 50ml/分/1.73 未満(70 歳以上では 40 未満)

○尿蛋白(2+)以上

○尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上)

〈宮崎県糖尿病重症化プログラムによる基準〉

○空腹時血糖 126mg/dl 以上または随時血糖 200mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上で未治療 s または治療中断者

○治療中で HbA1c8.0%以上が3ヶ月以上持続

実施方法 三股町 CKD(慢性腎臓病)予防連携システム

- ・健診後個別相談時に、健診結果と三股町重症化予防連絡票(CKD・糖尿病)の利用についての説明をし、医療機関受診を勧める。
- ・医療機関から栄養指導や保健指導の依頼があれば、町で実施し、依頼元の医療機関へ実施報告を提出する

実施時期 通年

評価指標 新規透析導入者数