

保険者基本情報及び実施率

【基本情報】	令和 6年 4月時点								
保険者名	大島町								
保険者種別	区市町村国保								
被保険者・被扶養者の人数／平均年齢	①-1 被保険者数（全体）	1,924	人	①-2 被保険者数（40～74歳）	1,568	人	①-3 被保険者平均年齢（全体）	55.0	歳
	②-1 被扶養者数（全体）		人	②-2 被扶養者数（40～74歳）		人	②-3 被扶養者平均年齢（全体）		歳
事業所数／自治体数	1								
特徴（業種・業態・職種）	【業種・業態】					【職種】			
	・高齢化率（65 歳以上人口の占める割合）が高く39.0%（R4） ・国保被保険者数が少ない。 ・特定健診受診率が低い。 ・医療、専門職の人材が不足している。 ・健康意識が低い傾向にある。								

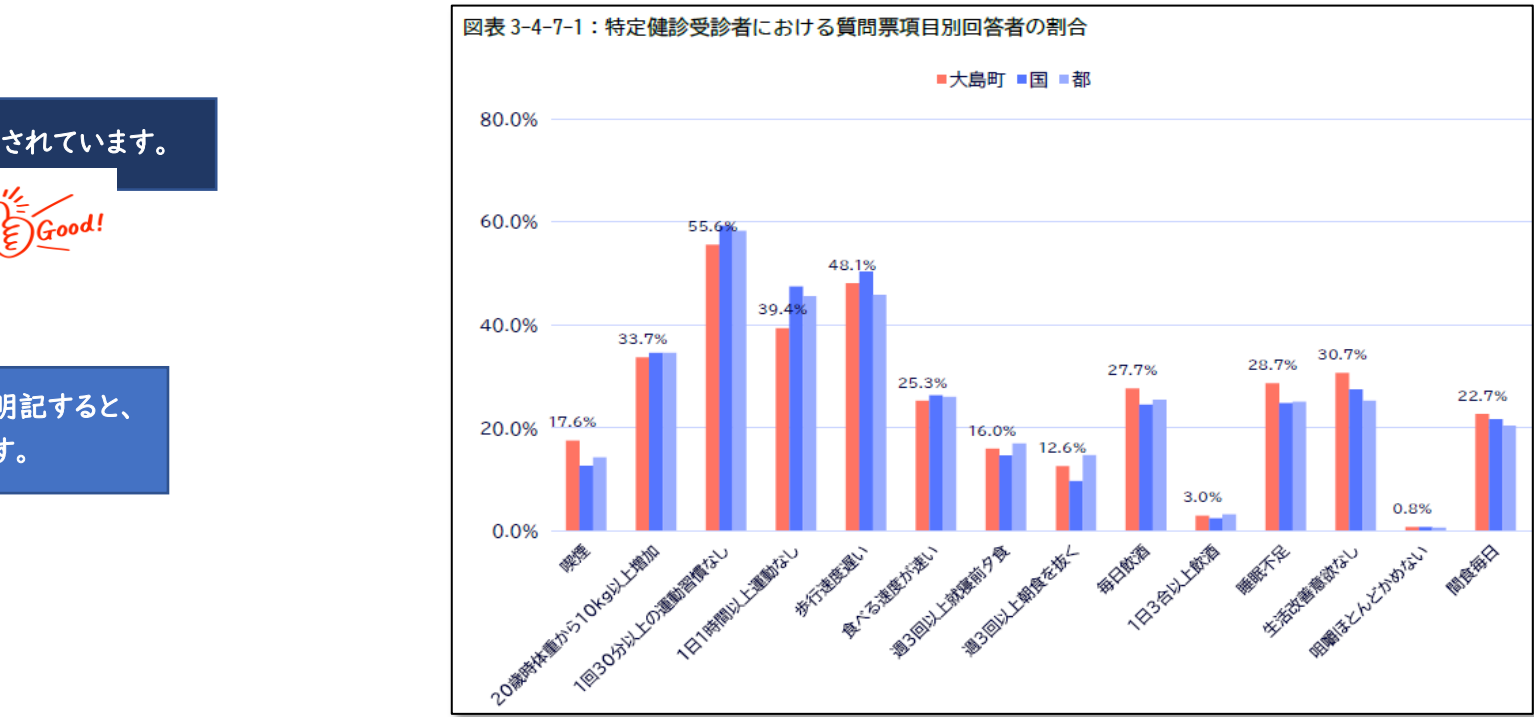
【実施率】	令和 6年 3月時点					
特定健康診査	被保険者	28.9	%	被扶養者		%
特定保健指導	被保険者	16.9	%	被扶養者		%

大島町		保健事業カルテ	
事業名		重症化予防	需要側、供給側の双方の観点から健康課題
背景となる健康課題		大島町データヘルス計画の中で、「循環器系の疾患」「内分泌」は医療費総額等様々な観点から、重症化予防等の取組みの必要性が示唆されており、大島町国保事業にとって生活習慣病が大きな課題であるとされている。疾病別医療費は「外来」、「入院＋外来」とともに「糖尿病」が第1位となっており、「高血圧症」に次ぐ、「慢性腎不全（透析あり）」が第3位と上位を占めている。特に「糖尿病」及び「糖尿病性腎症」などの生活習慣病は、限られた医療の中で、島内での患者数が増えることは医療機関の逼迫に繋がる可能性が否定できない現状にあり、深刻な問題となっている。	
事業目的・目標		・一人あたりの医療費の削減（糖尿病） ・生活習慣病罹患者の重症化を防ぎ、健診受診から医療へつなげる。 ・人工透析新規患者の抑制 ・住民一人ひとりの健康意識の向上	今後、糖尿病の背景にある生活習慣の事業で目指すことがより明確

事業の成果 （アウトカム評価指標）		評価指標の定義		用いるデータ	実績値					
		項目	計算方法		H30	R1	R2	R3	R4	R5
共通 アウトカム	病態（例.血糖）の コントロール割合	コントロール者数	HbA1c6.5未満該当者数（A）	健診データ （KDB）	-	1	1	5	3	2
		実施者数	重症化予防を受けた人数（B）	健診データ （KDB）	-	8	14	44	27	35
		コントロール割合	コントロール割合（A/B）	健診データ （KDB）	-	12.5%	7.1%	11.4%	11.1%	5.7%
独自 アウトカム	データヘルス計画で 設定している アウトカム評価指標（1）	勧奨後の受診状況	勧奨後の受診状況をレセプト、医療 機関からの情報提供により把握する	KDB	-	-	-	2	3	1
	データヘルス計画で 設定している アウトカム評価指標（2）	事業対象者数	HbA1c6.5以上該当者数	健診データ （KDB）	-	8	14	44	27	35

事業の実施率・実施量 （アウトプット評価指標）		評価指標の定義			実績値					
		項目	計算方法	用いるデータ	H30	R1	R2	R3	R4	R5
共通 アウトプット	受診勧奨対象者の 医療機関受診率	受診者数	医療機関受診者数（A）		-	-	-	2	1	2
		対象者数	受診勧奨対象者数（B）		-	8	7	8	5	11
		受診率	(A/B)		-	-	-	25.0%	20.0%	18.2%
独自 アウトプット	データヘルス計画で 設定している アウトプット評価指標（1）	受診勧奨通知	対象者全員		-	100%	100%	100%	100%	100%
	データヘルス計画で 設定している アウトプット評価指標（2）	保健指導利用率	実績数 利用者/対象者		-	-	-	33%	33%	9.1%

評価指標の設定、実績値についての コメント	・事業目標が幅広く設定されています。今後、事業効果を得るには、目標をこの事業（重症化予防）で解決できることに絞ると良いです。 ・アウトカム指標として、共通アウトカムに設定した「病態（血糖）のコントロール」のほかに、当町の健康課題の背景にある生活習慣（飲酒・睡眠・喫煙）や意識（生活習慣意欲）を設定すると、事業で目指すことが明確になります。 ・独自アウトプット(1)の「受診勧奨通知」を送る基準（HbA1c等）が明記されており、今後の引き継ぎや事業の見直しにも役立ちます。
--------------------------	---



	実施年度						工夫						
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題
成果を上 げる工夫				●	●	●	対象者全員	指導実施	c.プログラムの工夫	オンライン実施等	保健指導の受診者、受診率の向上		絶対数が少ない 保健指導実施者との連携

	実施年度						工夫							
	H30	R1	R2	R3	R4	R5	対象者	事業の流れ	工夫の分類	工夫している点	工夫の理由、ねらい	良かった点	苦労した点・課題	
実施量・率を上げる工夫		●	●	●	●	●	被保険者	周知・勧奨	b.行動変容・継続支援	ナッジやいわゆる行政の案内にならないように工夫する。受けてもらえる、気にしてもらえる工夫を行う。	まずは読んでもらう、案内になるようにする。	絶対数が少ないので、なかなか難しいところはあるが、電話勧奨なども取り入れていくと反応が良い。	継続で追っていくことがなかなかできていない。人材不足など。	
		●	●	●	●	●	被保険者	周知・勧奨	b.行動変容・継続支援	勧奨通知のデザインについて、フローチャートの活用や、他部署の保健師に相談する等の工夫を行った。	医療機関受診率の向上		勧奨通知を様々な角度から工夫をするようにした。	勧奨通知の工夫
										フローチャートの活用や、隣部署の保健師へ相談することは、受診勧奨の実効性を上げる有用なノウハウになり得ると思います。				
														

工夫についての コメント	・ヒアリングでうかがったプログラムの実施方法（3か月での実施）や体制（特定保健指導の委託先と同様）についても記載し、今後、庁内で共有していくと良いです。また、プログラムの工夫として、3か月後にプログラム終了者の変化（意識、生活習慣、体重・血圧等）を報告してもらうと、事業評価や改善策の検討につながります。 ・勧奨通知に関しては、工夫内容（フローチャートを活用、隣部署の保健師に相談）を明記しておく、今後の引継ぎや事業の見直しに役立ちます。 ・小規模保険者で事業対象者数が少ないことに関しては、人ごとにデータを追うことが有用です。具体的には、当該年度の重症化予防事業対象30名程度について、翌年度の特定健診受診の有無を確認して、未受診者には勧奨し年度後半での受診を促すことや、受診者は血糖・血圧等の変化を確認し、保健指導を促すことが考えられます。
-----------------	--