

第 2 期保健事業実施計画 (データヘルス計画) 中間評価

竹富町国民健康保険

令和 3 年 3 月

— 目 次 —

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価にあたって・・・1

- 1 データヘルス計画の概要・・・1
- 2 中間評価の目的・・・2
- 3 評価の方法・・・2

第2章 中間評価の結果・・・5

- 1 竹富町の健康課題（第2期データヘルス計画から）・・・5
- 2 中長期目標・短期目標を踏まえた全体評価・・・7
 - (1) データヘルス計画の目標管理一覧による各指標の進捗状況の評価
 - (2) 中長期目標の評価
 - (3) 短期目標の評価
- 3 主な保健事業と評価及び課題・・・13

第3章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題・・・20

- 1 目標値に対する進捗状況・・・20
 - (1) 特定健診受診率の推移
 - (2) 特定保健指導実施率の推移
- 2 特定健診の実施状況と課題・・・21
 - (1) 特定健診の実施と受診率向上の取組み
 - (2) 年齢別受診率
 - (3) 継続受診者
 - (4) 健診未受診者
- 3 特定保健指導の実施状況と課題・・・23
 - (1) 特定保健指導の実施について
 - (2) 課題と解決に向けた取組み

第4章 中間評価、新たな情勢を踏まえた目標値等の見直し・・・24

- 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施・・・25
 - (1) 実施内容と体制整備
- 2 がん検診・・・26
- 3 健康ポイント事業・・・26
- 4 歯科健診（歯周病予防検診含む）事業・・・26
- 5 評価結果と見直し等（まとめ）・・・27

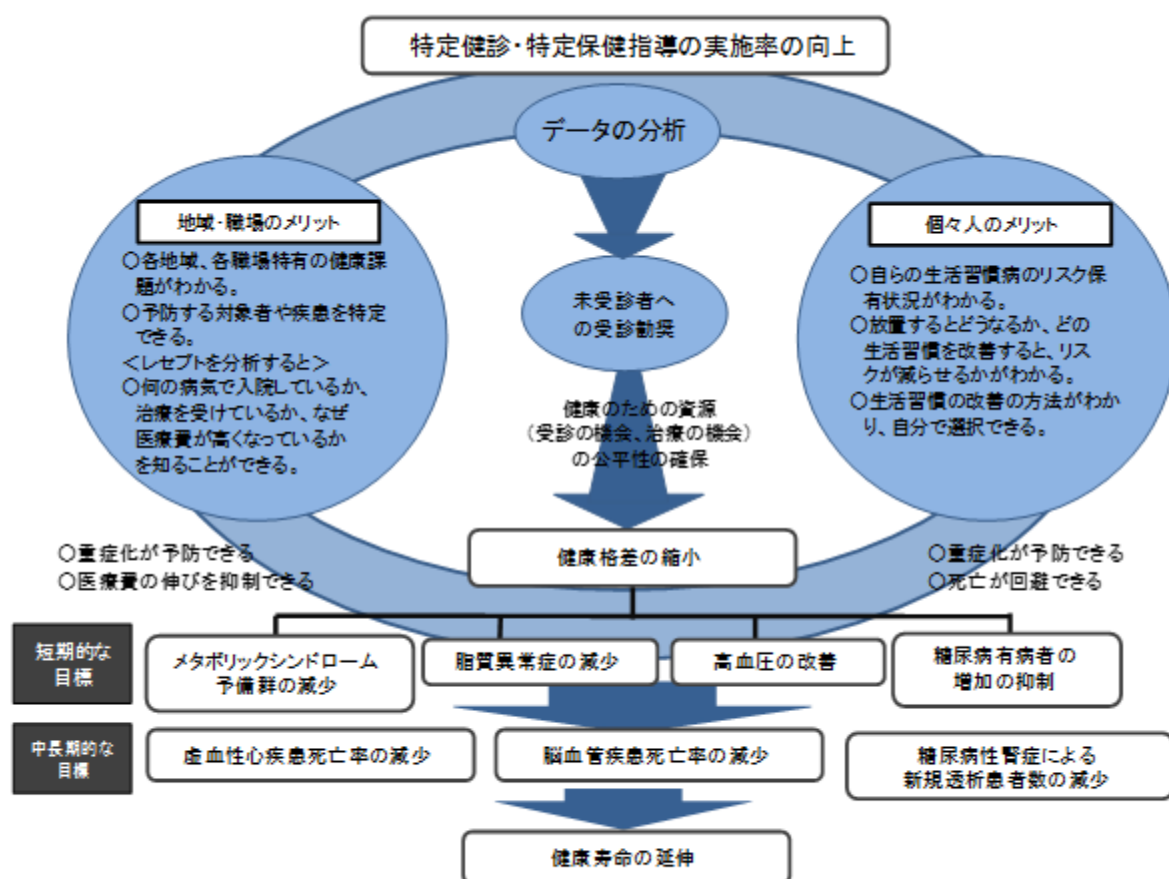
— 参考資料 —

第1章 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価にあたって

1. データヘルス計画の概要

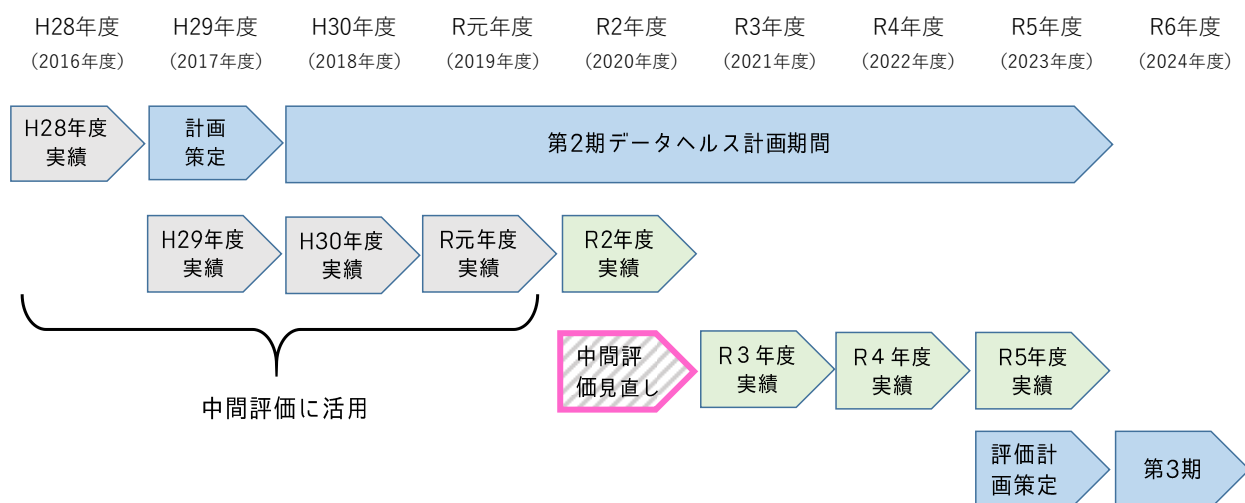
本町では、健診結果やレセプト等の分析から予防可能な疾患に着目し、PDCA サイクルに沿って効果的かつ効率的に事業実施を図るための保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善策を行っています。

中長期的な目標として、糖尿病・虚血性心疾患・脳血管疾患への重症化を予防すること、短期的な目標として、重症化の共通リスクとなるメタボリックシンドローム・高血圧・脂質異常症・糖尿病の発症を予防することで、医療費適正化及び健康寿命の延伸を目指していきます。



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版） 図-1

第2期データヘルス計画（以下「計画」という。）は、平成30年3月に策定され、実施期間は令和5年度までの6年間となっており、令和2年度が中間評価・見直しの年度となります。



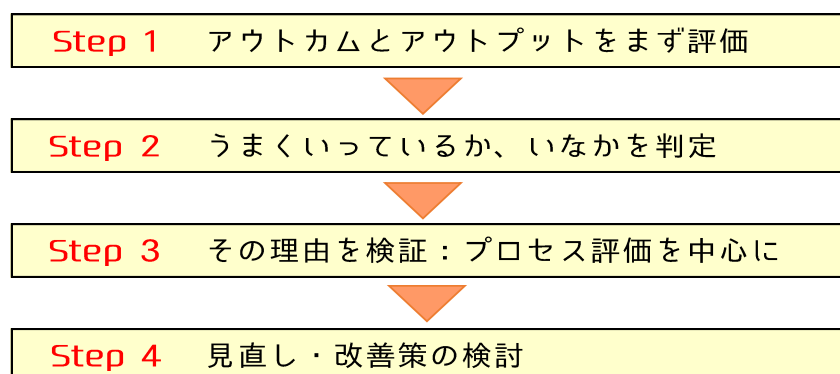
2. 中間評価の目的

実施中の計画が軌道にのっているかを確認し、進捗が滞っている場合は、事業効果を高めるための改善を検討し、目標達成に向けての方向性を見直すことを目的に中間評価を実施します。

3. 評価の方法

保険者は、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ことが求められており、保険者努力支援制度においても 4 つの指標での評価が求められています。

具体的には、KDB システムに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等を評価します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に優先すべき課題である重症化予防事業の実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けることとします。



評価の見直しの流れ

図表 評価における4つの指標

区分	概要	指標の例
アウトカム	事業の目的や目標の達成度、又は成果の数値目標を評価	肥満度や血液検査等の健診結果の変化、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群、死亡率、要介護率、医療費の変化など。
アウトプット	目的・目標の達成のために行われる事業の結果を評価	健診受診率、保健指導実施率、保健指導の継続率など。
プロセス	事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）や活動状況を評価	情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段、保健指導実施者の態度、記録状況、対象者の満足度など。
ストラクチャー	保健事業を実施するための仕組みや体制を評価	職員の体制、予算、施設・設備の状況、他機関との連携体制、社会資源の活用など。

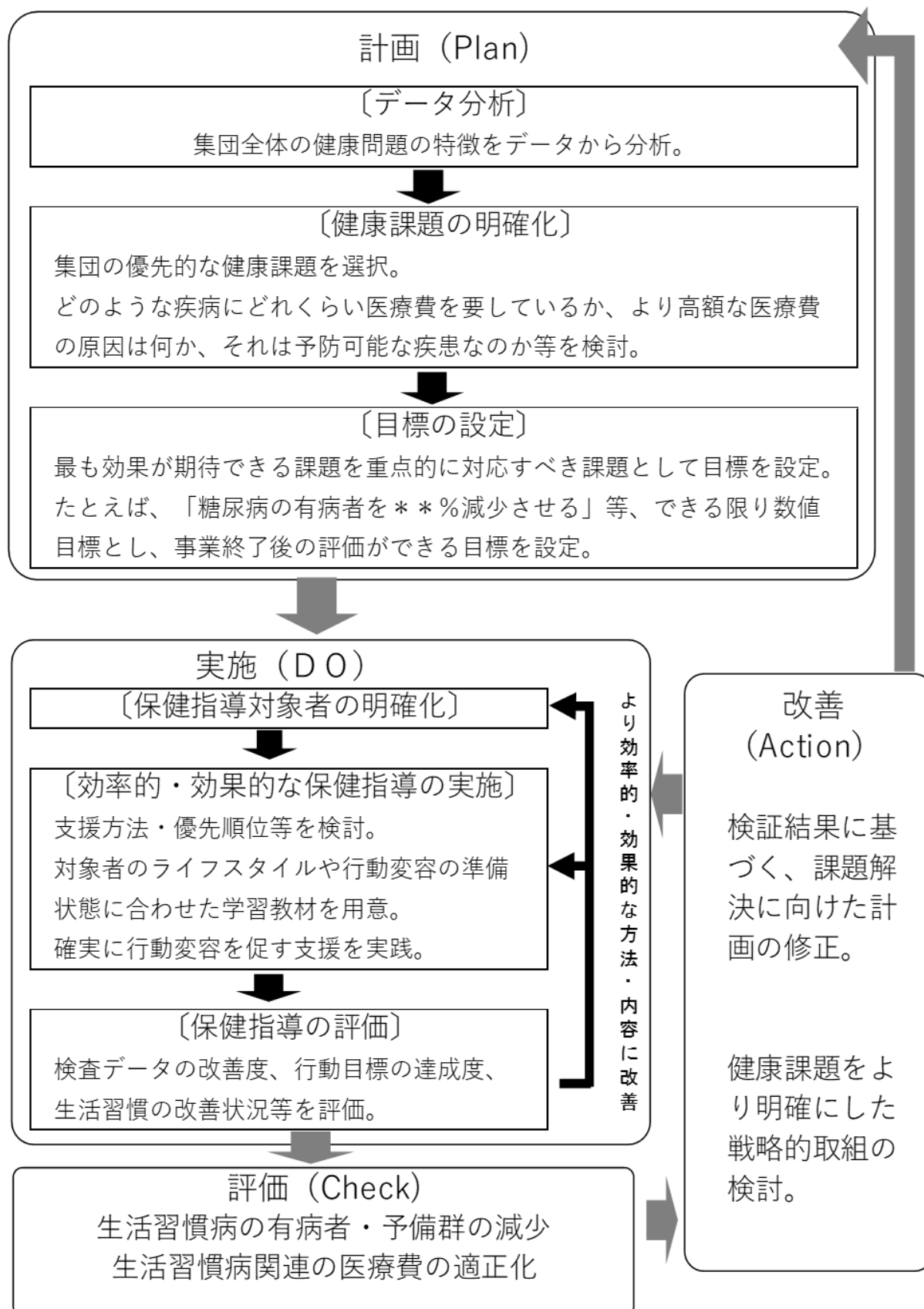
指標ごとの判定

目標値がある場合 目標値との比較で		C 目標の達成は難しいが ある程度の効果はある
A すでに目標を達成		D 目標の達成は困難で 効果があるとは言えない
B 目標は達成できていないが 達成の可能性が高い		E 評価困難
目標値がない場合、ベースラインとの比較で		
A 改善している		B 悪化している
C 変わらない		D 評価困難

保健事業の評価判定

判定区分	目標値との比較評価	事業全体を評価
A	すでに目標を達成	うまくいっている
B	目標は達成できていないが、 達成の可能性が高い	まあ、うまくいっている
C	目標の達成は難しいが、ある程度 の効果はある	あまりうまくいっていない
D	目標の達成は困難で、効果がある とは言えない	全くうまくいっていない
E	評価困難	わからない

保健事業（健診・保健指導）のP D C Aサイクル



第2章 中間評価の結果

1. 竹富町の健康課題（第2期データヘルス計画から）

健康課題① 計画書 P16

入院の件数は3.0%にもかかわらず、費用は全体の48.8%を占め、大きな負担となっています。件数・費用ともに全国と比べ、入院の割合が高いです。重症化してから医療にかかっていることがうかがえます。

図表入院と外来の件数・費用額の割合比較

			竹富町	同規模	県	国
一人当たり医療費			14,571円	26,817円	22,111円	24,245円
全 体	件数の 割合	外来	97.0%	96.5%	96.2%	97.4%
		入院	3.0%	3.5%	3.8%	2.6%
	費用の 割合	外来	51.2%	55.3%	52.4%	60.1%
		入院	48.8%	44.7%	47.6%	39.9%

健康課題② 計画書 p17

医療費の負担が大きくなる疾患（糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患）の方は、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症をもっています。そのなかでも高血圧をもつ割合がいずれの疾患においても7割を超え、高血圧対策が必要です。

図表 生活習慣病治療状況

生活習慣病治療者		脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症	
471人		53人	11.3%	50人	10.6%	6人	1.3%
基 礎 疾 患	高血圧	39人	73.6%	39人	78.0%	5人	83.3%
	糖尿病	10人	18.9%	21人	42.0%	6人	100%
	脂質異常症	33人	62.3%	39人	78.0%	4人	66.7%
高血圧症		糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症	
273人	58.0%	109人	23.1%	180人	38.2%	65人	13.8%

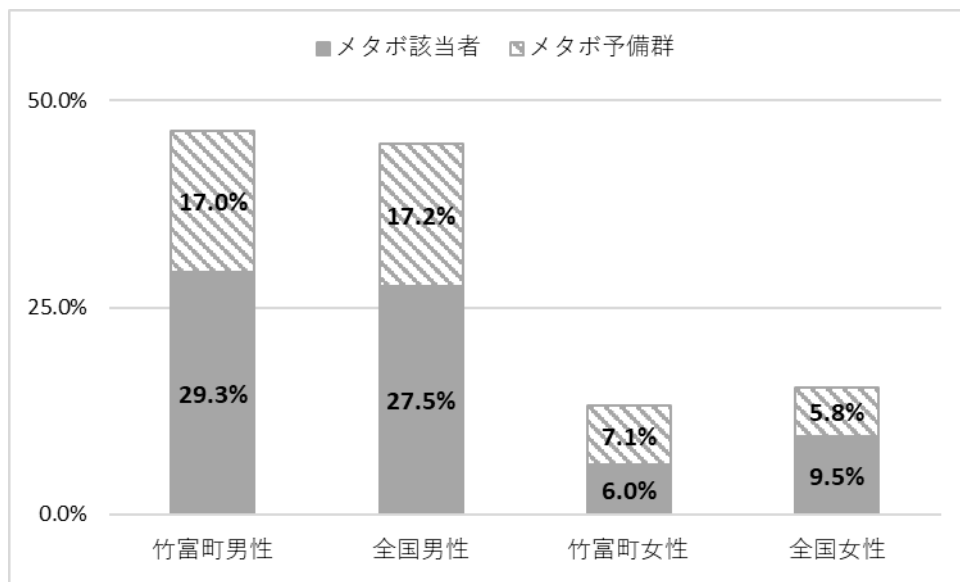
健康課題①②より

入院による医療費を抑えていくために、重症化予防の取り組みが必要

健康課題③ 計画書 P19

男性はメタボリックシンドローム該当者の割合が全国より高く、女性は予備群の割合が全国より高くなっています。

図表 2-3

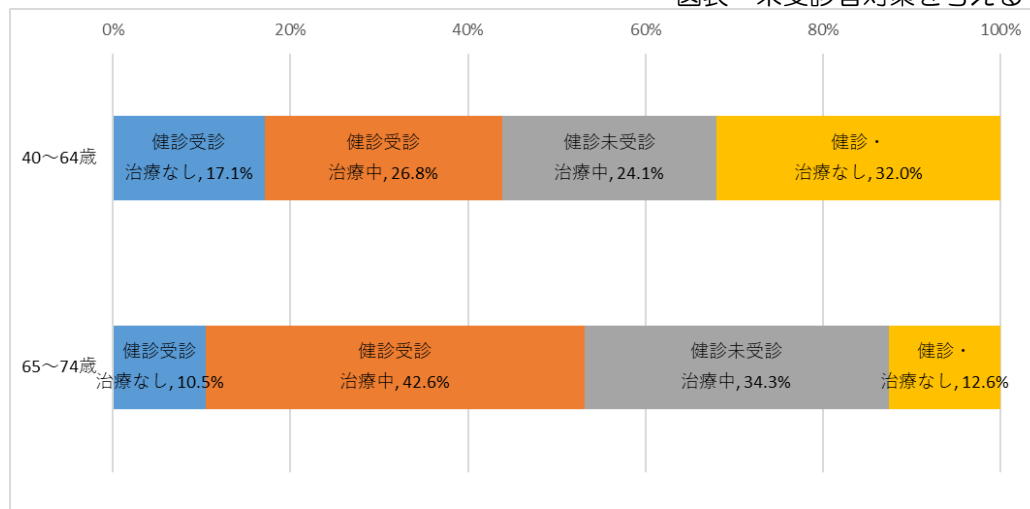


健康課題③より 肥満対策の取組みが必要

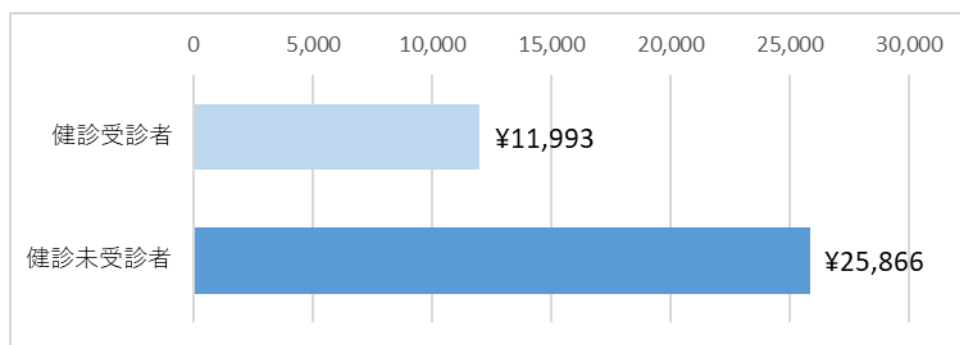
健康課題④ 計画書 P21

40～64 歳の 56%は健診未受診であり、健診も治療も受けていない 32%の方は実態がわかりません。重症化している可能性があります。

図表 未受診者対策を考える



図表 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金



健康課題④より

健診受診率向上に向けた取組みや医療機関との連携が必要

2. 中長期目標・短期目標を踏まえた全体評価

(1) データヘルス計画の目標管理一覧による各指標の進捗状況を評価

- 特定健診等計画: アウトプット指標である特定保健指導実施率は 75.5%と増加傾向ですが、特定健診受診率は伸び率が小さく低迷が続いています。より効果的な受診率向上の取組みの方法を検討します。
- 中長期目標疾患: 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少がみられますが、脳血管疾患と糖尿病性腎症による透析導入の割合は増加しています。
- 短期目標疾患: メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、高血圧Ⅰ度以上、LDL-C160 以上、HbA1c6.5 以上の割合はいずれもほぼ変化ないか増加しています。引き続き、メタボリックシンドロームを含め、中長期目標疾患の共通リスクである高血圧・脂質異常症・高血糖の早期発見と継続した保健指導の介入が必要です。
- 糖尿病未治療者への医療機関受診勧奨は増加していますが、保健指導の実施は減少しています。医療機関と連携した重症化予防の取組みを継続します。
- がん検診: 5 種類のがん検診において、受診率は低下または低迷状態にあります。地域での検診は日数が限定されているため、個別検診体制の整備を検討する必要があります。
- 後発医薬品の使用割合: R1 年度は前年度より 8.7%増加しています。

図表 データヘルス計画の目標管理一覧表

達成すべき目的	課題を解決するための目標	実 績				評価 判定	最終目標 R5	データの 把握方法
		初期値 H28	H29	H30	中間評価 R1			
脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析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	0.94			3.81	C	減少	KDB システム
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.88			1.87	A	減少	
	糖尿病性腎症による透析導入者の割合	0			1.01	C	0.0	
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。	★メタボリックシンドローム該当者の割合減少	18.6	16.9	18.3	21.3	C	25%減	KDB システム・ 支援システム
	★メタボリックシンドローム予備群の割合減少	12.5	13.8	12.6	14.0	C	25%減	
	★健診受診者の高血圧者の割合減少（140/90以上）	20.8	12.9	22.9	21.7	B	前年より 0.5%減	
	★健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL-C160以上）	10.2	7.8	8.9	10.9	C	前年より 0.1%減	
	★健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c6.5以上）	5.5	5.5	6.6	6.8	C	前年より減	
	糖尿病の未治療者が医療機関を受診した割合の増加	—	55.6	25.0	57.1	A	増加	
	★特定保健指導対象者の減少率25% ※前年度比	14.4%↓	6.5%↑	17.0%↑	10.4%↑	C	25%減	
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	53.7	57.6	57.6	59.1	A	65.0	法定報告
	★特定保健指導実施率60%以上	72.7	65.9	71.9	75.5	A	80.0	
	糖尿病の保健指導を実施した割合	—	80.8	100	55.8	C	増える	
がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	12.5	11.1	7.3	7.8	C	50%国	地域保健報告
	肺がん検診	—	29.4	29.1	30.4	A	50%国	
	大腸がん検診	—	12.4	15.8	15.5	B	50%国	
	子宮頸がん検診	—	17.9	16.1	16.8	B	50%国	
	乳がん検診	—	—	28.1	27.8	B	50%国	
後発医療薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合	50.8	49.2	48.0	59.5	A	増加	KDB システム

(2) 中長期目標の評価

ア 医療費の状況

総医療費に占める慢性腎不全（透析有）の割合はH28より増加していますが、同規模・県・国のいずれよりも低い状況です。また、脳梗塞・脳出血の割合は県の1.6倍、また同規模・国よりも高い状況です。フレイルにつながる筋・骨疾患は県より1.3倍高い割合となっています。

図表 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

		総医療費	国保 人口	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患		
				金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症
					同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞			
竹富町	H28	346,690,720	2,001	14,571	243位	41位	0.00%	1.80%	0.94%	2.88%	4.78%	4.87%	1.91%
	R01	395,866,730	2,008	16,316	255位	41位	1.01%	0.46%	3.81%	1.87%	5.19%	3.15%	2.02%
同規模	R01	69,729,842,420	—	29,091	—	—	3.55%	0.41%	2.20%	1.61%	5.91%	3.94%	2.32%
県		121,720,589,390	—	24,808	—	—	6.43%	0.31%	2.33%	1.73%	3.94%	2.58%	1.63%
国		9,546,054,012,590	—	26,225	—	—	4.45%	0.31%	2.11%	1.69%	5.41%	3.52%	2.58%

		(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
竹富町	H28	59,553,470	17.18%	13.53%	5.88%	11.48%
	R01	69,272,230	17.50%	16.27%	4.08%	10.12%
同規模	R01	13,901,691,680	19.94%	16.31%	8.50%	9.49%
県		23,062,990,300	18.95%	11.29%	11.39%	7.76%
国		1,915,570,779,320	20.07%	15.99%	7.98%	8.79%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

KDBシステム：健診・医療介護データから見る地域の健康課題

イ 糖尿病性腎症による透析導入の状況

糖尿病性腎症による透析導入者の割合は脳血管疾患・虚血性心疾患に比べて少ない状況です。

新規透析導入はH30、R1に1人で、透析導入して数年で死亡という事例が続いています。

図表 糖尿病成人症による透析導入の状況

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28	人数	1人	0人	0人	0人
	件数	1件	0件	0件	0件
	費用額	66万円	—	—	—
H29	人数	3人	0人	0人	1人
	件数	24件	0件	0件	12件
	費用額	1,105万	0	0	452万
H30	人数	3人	1人	2人	2人
	件数	19件	1件	11件	16件
	費用額	2,405万	216万	606万	2,176万
R1	人数	2人	1人	2人	2人
	件数	15件	3件	12件	11件
	費用額	1,372万円	846万円	1,109万円	1,080万円
			61.7%	80.8%	78.7%

※KDB厚労省様式2-2

図表 糖尿病性腎症による透析導入の状況

★KDB厚労省様式2-2	H28	H29	H30	R01
新規透析数	0	0	1	1
糖尿病性（再掲）	0	0	0	1
割合	—	—	0%	100%

(3) 短期目標の評価

ア 高血糖（HbA1c）

健診受診者に占めるHbA1c 6.5以上の割合が増加傾向です。また、HbA1c 6.0～6.4の糖尿病等の可能性が否定できない割合も増加しています。

図表 HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病										
							合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる						
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H28	600	384	64.0%	141	23.5%	42	7.0%	14	2.3%	12	2.0%	7	1.2%	8	1.3%	5	0.8%
H29	606	429	70.8%	107	17.7%	37	6.1%	18	3.0%	7	1.2%	8	1.3%	10	1.7%	6	1.0%
H30	633	326	51.5%	207	32.7%	58	9.2%	18	2.8%	13	2.1%	11	1.7%	18	2.8%	5	0.8%
R1	683	421	61.6%	155	22.7%	60	8.8%	26	3.8%	11	1.6%	10	1.5%	18	2.6%	6	0.9%

図表 重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			再掲									
					再) 7.0以上	未治療		治療									
						人数	割合										
H28	600	384 64.0%	141 23.5%	42 7.0%	33	5	28	5.5%	3.2%								
					5.5%	15.2%	84.8%										
					19	3	16										
H29	606	429 70.8%	107 17.7%	37 6.1%	33	7	26	5.4%	2.5%								
					5.4%	21.2%	78.8%										
					15	3	12										
H30	633	326 51.5%	207 32.7%	58 9.2%	42	7	35	6.6%	3.8%								
					6.6%	16.7%	83.3%										
					24	3	21										
R1	683	421 61.6%	155 22.7%	60 8.8%	47	12	35	6.9%	3.1%								
					6.9%	25.5%	74.5%										
					21	5	16										

治療の有無でみると、治療中でコントロール目標域の割合が増えている一方、合併症予防目標値を超えるHbA1c7.4以上も増加傾向です。また、未治療で糖尿病域のHbA1c6.5以上の割合も増加傾向にあります。

図表 治療と未治療の状況

			HbA1c測定		保健指導判定値								受診勧奨判定値						再掲					
					正常		正常高値				糖尿病の可能性が否定できない				糖尿病									
															合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標						合併症の危険が更に大きくなる	
					5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上					
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
					A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H28	48	8.0%	0	0.0%	3	6.3%	17	35.4%	12	25.0%	9	18.8%	7	14.6%	8	16.7%	5	10.4%					
	H29	47	7.8%	1	2.1%	6	12.8%	14	29.8%	14	29.8%	7	14.9%	5	10.6%	7	14.9%	4	8.5%					
	H30	52	8.2%	1	1.9%	2	3.8%	14	26.9%	14	26.9%	11	21.2%	10	19.2%	16	30.8%	4	7.7%					
	R1	57	8.3%	1	1.8%	5	8.8%	16	28.1%	19	33.3%	9	15.8%	7	12.3%	14	24.6%	4	7.0%					
治療なし	H28	552	92.0%	384	69.6%	138	25.0%	25	4.5%	2	0.4%	3	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%					
	H29	559	92.2%	428	76.6%	101	18.1%	23	4.1%	4	0.7%	0	0.0%	3	0.5%	3	0.5%	2	0.4%					
	H30	581	91.8%	325	55.9%	205	35.3%	44	7.6%	4	0.7%	2	0.3%	1	0.2%	2	0.3%	1	0.2%					
	R1	626	91.7%	420	67.1%	150	24.0%	44	7.0%	7	1.1%	2	0.3%	3	0.5%	4	0.6%	2	0.3%					

イ 血圧

高血圧Ⅱ度以上の割合が増加傾向です。

「治療なし・受診勧奨判定値」の割合は変化がありません。受診が必要な者への重症化予防に向けた支援が必要です。R1年度の「治療中・高血圧Ⅱ度以上」の人数は前年度の1.5倍に増加しています。

図表 血圧の年次比較

	血圧測定者 A	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H28	600	222	37.0%	93	15.5%	160	26.7%	101	16.8%	20	3.3%	4	0.7%
H29	606	258	42.6%	132	21.8%	138	22.8%	70	11.6%	6	1.0%	2	0.3%
H30	633	224	35.4%	129	20.4%	135	21.3%	124	19.6%	15	2.4%	6	0.9%
R1	683	242	35.4%	104	15.2%	189	27.7%	115	16.8%	25	3.7%	8	1.2%

図表 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

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)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療			
H28	600	315 52.5%	160 26.7%	101 16.8%	24 4.0%	16 66.7%	8 33.3%	4 0.7%	4 100.0%	0 0.0%	0.7%	4.0%	
H29	606	390 64.4%	138 22.8%	70 11.6%	8 1.3%	5 62.5%	3 37.5%	2 0.3%	2 100.0%	0 0.0%	0.3%	1.3%	
H30	633	353 55.8%	135 21.3%	124 19.6%	21 3.3%	12 57.1%	9 42.9%	6 0.9%	2 33.3%	4 66.7%	0.9%	3.3%	
R1	683	346 50.7%	189 27.7%	115 16.8%	33 4.8%	19 57.6%	14 42.4%	8 1.2%	5 62.5%	3 37.5%	1.2%	4.8%	

図表 治療と未治療の状況

	血圧測定者 A	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H28	179	29.8%	23	12.8%	34	19.0%	56	31.3%	58	32.4%	8	4.5%
	H29	185	30.5%	30	16.2%	48	25.9%	65	35.1%	39	21.1%	3	1.6%
	H30	197	31.1%	37	18.8%	36	18.3%	49	24.9%	66	33.5%	5	2.5%
	R1	208	30.5%	29	13.9%	31	14.9%	83	39.9%	51	24.5%	11	5.3%
治療なし	H28	421	70.2%	199	47.3%	59	14.0%	104	24.7%	43	10.2%	12	2.9%
	H29	421	69.5%	228	54.2%	84	20.0%	73	17.3%	31	7.4%	3	0.7%
	H30	436	68.9%	187	42.9%	93	21.3%	86	19.7%	58	13.3%	10	2.3%
	R1	475	69.5%	213	44.8%	73	15.4%	106	22.3%	64	13.5%	14	2.9%

ウ 脂質異常（LDL-C）

総数をH28年度と比較してみると、LDL160～179の割合が男女ともに増加しています。とくに、治療なしのLDL160～179の割合が倍増しています。

図表 LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
総 数	H28	600	299	49.8%	143	23.8%	97	16.2%	39	6.5%	22	3.7%
	H29	606	338	55.8%	133	21.9%	88	14.5%	35	5.8%	12	2.0%
	H30	633	333	52.6%	140	22.1%	104	16.4%	31	4.9%	25	3.9%
	R1	683	351	51.4%	152	22.3%	106	15.5%	52	7.6%	22	3.2%
男 性	H28	320	169	52.8%	82	25.6%	43	13.4%	14	4.4%	12	3.8%
	H29	326	183	56.1%	77	23.6%	43	13.2%	20	6.1%	3	0.9%
	H30	346	195	56.4%	74	21.4%	53	15.3%	15	4.3%	9	2.6%
	R1	366	198	54.1%	77	21.0%	58	15.8%	22	6.0%	11	3.0%
女 性	H28	280	130	46.4%	61	21.8%	54	19.3%	25	8.9%	10	3.6%
	H29	280	155	55.4%	56	20.0%	45	16.1%	15	5.4%	9	3.2%
	H30	287	138	48.1%	66	23.0%	51	17.8%	16	5.6%	16	5.6%
	R1	317	153	48.3%	75	23.7%	48	15.1%	30	9.5%	11	3.5%

図表 重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～ 139	140～ 159	160以上						
					再掲						
					再)180以上	未治療	治療				
H28	600	299 49.8%	143 23.8%	97 16.2%	61	56	5				
					10.2%	91.8%	8.2%				
					22	18	4				10.2%
					3.7%	81.8%	18.2%				
H29	606	338 55.8%	133 21.9%	88 14.5%	47	43	4				
					7.8%	91.5%	8.5%				
					12	10	2				7.8%
					2.0%	83.3%	16.7%				
H30	633	333 52.6%	140 22.1%	104 16.4%	56	49	7				
					8.8%	87.5%	12.5%				
					25	22	3				8.8%
					3.9%	88.0%	12.0%				
R1	683	351 51.4%	152 22.3%	106 15.5%	74	71	3				
					10.8%	95.9%	4.1%				
					22	21	1				10.8%
					3.2%	95.5%	4.5%				

図表 治療と未治療の状況

		LDL測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F
治療中	H28	63	10.5%	37	58.7%	12	19.0%	9	14.3%	1	1.6%	4	6.3%
	H29	70	11.6%	43	61.4%	18	25.7%	5	7.1%	2	2.9%	2	2.9%
	H30	84	13.3%	52	61.9%	17	20.2%	8	9.5%	4	4.8%	3	3.6%
	R1	94	13.8%	63	67.0%	18	19.1%	10	10.6%	2	2.1%	1	1.1%
治療なし	H28	537	89.5%	262	48.8%	131	24.4%	88	16.4%	38	7.1%	18	3.4%
	H29	536	88.4%	295	55.0%	115	21.5%	83	15.5%	33	6.2%	10	1.9%
	H30	549	86.7%	281	51.2%	123	22.4%	96	17.5%	27	4.9%	22	4.0%
	R1	589	86.2%	288	48.9%	134	22.8%	96	16.3%	50	8.5%	21	3.6%

エ メタボリックシンドローム

男性はメタボ該当者が増加傾向にあります。そのなかでも高血糖・高血圧・脂質異常の3つのリスク因子をあわせ持つ割合がR1年度には11.8%と増えています。

女性はメタボ予備群、該当者ともに増加しています。女性も男性同様、リスク要因を3つあわせ持つ割合が2.1%（H30）から4.0%（R1）に増えています。

図表 メタボリックシンドロームの年次推移

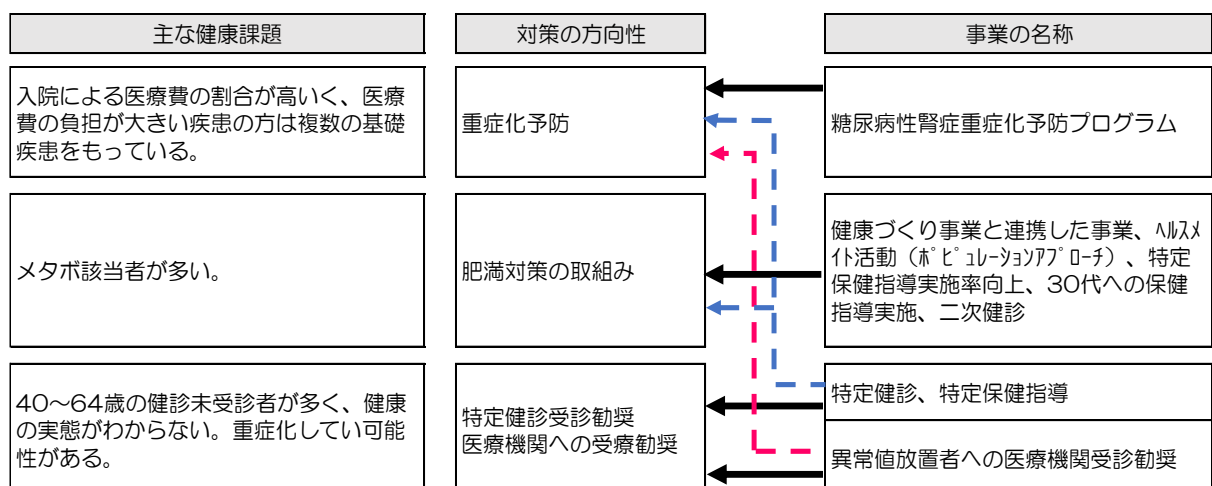
男性	健診受診者		腹囲のみ		メタボ予備群		メタボ該当者		2項目		3項目全て	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	311	43.1%	19	6.1%	53	17.0%	91	29.3%	66	21.2%	25	8.0%
H29	335	45.7%	26	7.8%	73	21.8%	91	27.2%	61	18.2%	30	9.0%
H30	343	45.9%	27	7.9%	61	17.8%	99	28.9%	65	19.0%	34	9.9%
R01	356	46.0%	21	5.9%	66	18.5%	111	31.2%	69	19.4%	42	11.8%

女性	健診受診者		腹囲のみ		メタボ予備群		メタボ該当者		2項目		3項目全て	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	266	51.8%	12	4.5%	19	7.1%	16	6.1%	8	3.0%	8	3.0%
H29	278	53.5%	15	5.4%	17	6.1%	20	7.2%	17	6.1%	3	1.1%
H30	285	52.2%	11	3.9%	22	7.7%	22	7.7%	16	5.6%	6	2.1%
R01	301	53.0%	9	3.0%	26	8.6%	29	9.6%	17	5.7%	12	4.0%

3. 主な保健事業と評価及び課題

データヘルス計画の目的達成に向けて実施する保健事業にあたっては、生活習慣病の重症化予防と特定健診の受診率・特定保健指導の実施率の向上を図るとともに、被保険者への働きかけとして医療費の抑制・適正化の取組みや健康意識向上のための保健事業を組み合わせ実施していく必要があります。

図表 健康課題と保健事業の紐づけ



重症化予防（要医療者受診勧奨）

背景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。																						
目的	生活習慣病の早期発見。 特定健診により、生活習慣や健康状態を把握し、生活習慣の改善が必要な対象者や医療機関への通院が必要な対象者に、適切に情報提供を行う。																						
対象	特定健診健診受診者で以下の基準に該当する未治療者（血圧・脂質で服薬なし） ①Ⅱ度高血圧以上（収縮期 160 mm Hg 以上または拡張期 100 mm Hg 以上） ②LDL コレステロール 180 mg/dl 以上 ③心電図所見あり																						
実施内容	①特定健診結果から対象者を抽出 ②対象者の優先順位づけ ③医療機関との連携（町内医療機関との連携体制づくり） ④支援チーム内での情報共有、進捗状況の確認 ⑤電話・訪問による受診勧奨実施（保健師・栄養士） ⑥レセプトで受診状況を確認（レセ担当） ⑦再受診勧奨 ⑧受診後のフォローで治療中断を予防																						
評価指標・目標値	〔アウトプット〕 ●受診勧奨実施率 70% 〔アウトカム〕 ●医療機関受診率 50%																						
アウトプット	★R1 実績 全対象 134 人中 95 人に実施 血圧受診勧奨 76%→達成〔判定 A〕 LDL 受診勧奨 61%→未達成〔判定 C〕 心電図受診勧奨 92%→達成〔判定 A〕 <table border="1" data-bbox="1043 1312 1425 1447"> <thead> <tr> <th></th><th>血圧</th><th>LDL</th><th>心電図</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象数</td><td>33</td><td>75</td><td>26</td></tr> <tr> <td>実施数</td><td>25</td><td>46</td><td>24</td></tr> <tr> <td>実施率</td><td>76%</td><td>61%</td><td>92%</td></tr> </tbody> </table>				血圧	LDL	心電図	対象数	33	75	26	実施数	25	46	24	実施率	76%	61%	92%				
	血圧	LDL	心電図																				
対象数	33	75	26																				
実施数	25	46	24																				
実施率	76%	61%	92%																				
アウトカム	★R1 実績 医療機関受診率（受診率） 血圧 28%→未達成〔判定 C〕 LDL28%→未達成〔判定 C〕 心電図 63%→達成〔判定 A〕 血圧、高脂血は内服開始が多かったが、治療中の方は心電図の再検査実施は低かった。 <table border="1" data-bbox="1043 1554 1425 1753"> <thead> <tr> <th></th><th>血圧</th><th>LDL</th><th>心電図</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象数</td><td>33</td><td>75</td><td>26</td></tr> <tr> <td>実施数</td><td>25</td><td>46</td><td>24</td></tr> <tr> <td>医療機関受診した人数</td><td>7</td><td>10</td><td>15</td></tr> <tr> <td>受診率</td><td>28%</td><td>22%</td><td>63%</td></tr> </tbody> </table>				血圧	LDL	心電図	対象数	33	75	26	実施数	25	46	24	医療機関受診した人数	7	10	15	受診率	28%	22%	63%
	血圧	LDL	心電図																				
対象数	33	75	26																				
実施数	25	46	24																				
医療機関受診した人数	7	10	15																				
受診率	28%	22%	63%																				
評価	引き続き医療機関受診率の向上及びデータ改善に向け、個別の状況に応じた具体的な受診勧奨・保健指導が必要。 実施効果検証のため再受診勧奨の回数を決める。																						

糖尿病性腎症重症化予防

背景	生活習慣病に起因する医療費の上昇を抑制する必要がある。																								
目的	生活習慣病の重症化予防。 生活習慣を改善し、健診の結果値の改善や生活習慣病の発症予防、重症化予防、医療費適正化を目指す。																								
対象	糖尿病治療中及び健診結果で糖尿病型であった者で以下に該当する者 ① 糖尿病治療中かつ糖尿病性腎症で通院している ② 糖尿病未治療者と治療中断者																								
実施内容（プロセス）	糖尿病管理台帳を作成し、対象者状況把握や支援の優先順位を決める。 (1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実践 対象：糖尿病治療中かつ糖尿病性腎症で通院している者 ① かかりつけ医との連携 ② 糖尿病手帳の活用 ③ 管理栄養士による栄養指導をメインに実施 ④ 栄養教室 (2) 医療機関受診勧奨と保健指導 対象：①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 ②糖尿病治療中であつたが中断者 介入方法として訪問、個別面談、電話等に対応																								
評価指標・目標値	〔アウトプット〕 ●受診勧奨実施率 100% ●保健指導実施率 85% 〔アウトカム〕 ●受療率 70% ●行動変容が見られる 60% ●検査値の変化 60%																								
アウトプット	★R1 実績 受診勧奨及び保健指導 ㊦治療なしまたは中断で腎症発症疑いがある 50% →未達成〔判定C〕 ㊧糖尿病型で未治療 88%→未達成〔判定B〕 ㊨治療中でコントロール不良 89%→達成〔判定A〕	<table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">受診勧奨</th><th>保健指導</th></tr><tr><th>㊦</th><th>㊧</th><th>㊨</th></tr><tr><td>対象数</td><td>16</td><td>8</td><td>18</td></tr><tr><td>実施数</td><td>8</td><td>7</td><td>16</td></tr><tr><td>実施率</td><td>50%</td><td>88%</td><td>89%</td></tr></table>			受診勧奨		保健指導	㊦	㊧	㊨	対象数	16	8	18	実施数	8	7	16	実施率	50%	88%	89%			
	受診勧奨		保健指導																						
	㊦	㊧	㊨																						
対象数	16	8	18																						
実施数	8	7	16																						
実施率	50%	88%	89%																						
アウトカム	★R1 実績 受療率 50%→未達成〔判定C〕 行動変容がみられる 57%→未達成〔判定B〕	<table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">受診勧奨</th><th>保健指導</th></tr><tr><th>㊦</th><th>㊧</th><th>㊨</th></tr><tr><td>対象数</td><td>16</td><td>8</td><td>18</td></tr><tr><td>実施数</td><td>8</td><td>7</td><td>16</td></tr><tr><td>医療機関 受診数</td><td>4</td><td>4</td><td rowspan="2"> </td></tr><tr><td>受療率</td><td>50%</td><td>57%</td></tr></table>			受診勧奨		保健指導	㊦	㊧	㊨	対象数	16	8	18	実施数	8	7	16	医療機関 受診数	4	4		受療率	50%	57%
	受診勧奨		保健指導																						
	㊦	㊧	㊨																						
対象数	16	8	18																						
実施数	8	7	16																						
医療機関 受診数	4	4																							
受療率	50%	57%																							
評価	R1 年度から糖尿病性腎症プログラム実施してきたが、かかりつけ医との連携方法が確立せず、住民主体の情報共有や支援方法の検討ができていなかった。R2 年度に管理栄養士をメインにかかりつけ医との連携方法を検討しながら実施することになった。6 カ月の支援で検査値の改善が見られ効果が表れている。 また、未受診者への受診勧奨実施率は高いがその後の保健指導に繋がっていない状況がある。 今後も個別の状況に応じた具体的な受診勧奨・保健指導を実施する。																								

H30 年度健診受診者で重症化予防対象に該当する者が R1 年度継続受診した状況を見ると、重症化予防対象に該当し治療なしの者が、Ⅱ度高血圧以上で 15.4%（2 人）、HbA1c7.0 以上で 6.3%（1 人）、LDL-C180 以上で 40.9%（9 人）という状況でした。

図表 重症化予防対象者の評価

	Ⅱ度高血圧以上	HbA1c(NGSP)7.0以上	LDL-C180以上																																																						
30年度	Ⅱ度高血圧以上 21人 <table><tr><td>高血圧症 治療中</td><td>高血圧症 治療なし</td></tr><tr><td>9</td><td>12</td></tr><tr><td>42.9%</td><td>57.1%</td></tr></table>	高血圧症 治療中	高血圧症 治療なし	9	12	42.9%	57.1%	HbA1c7.0以上 24人 <table><tr><td>糖尿病 治療中</td><td>糖尿病 治療なし</td></tr><tr><td>21</td><td>3</td></tr><tr><td>87.5%</td><td>12.5%</td></tr></table>	糖尿病 治療中	糖尿病 治療なし	21	3	87.5%	12.5%	LDL-C180以上 25人 <table><tr><td>脂質異常症 治療中</td><td>脂質異常症 治療なし</td></tr><tr><td>3</td><td>22</td></tr><tr><td>12.0%</td><td>88.0%</td></tr></table>	脂質異常症 治療中	脂質異常症 治療なし	3	22	12.0%	88.0%																																				
高血圧症 治療中	高血圧症 治療なし																																																								
9	12																																																								
42.9%	57.1%																																																								
糖尿病 治療中	糖尿病 治療なし																																																								
21	3																																																								
87.5%	12.5%																																																								
脂質異常症 治療中	脂質異常症 治療なし																																																								
3	22																																																								
12.0%	88.0%																																																								
元年度	次年度の健診受診 <table><tr><td>健診未受診</td><td>健診受診</td></tr><tr><td>8 38.1%</td><td>13 61.9%</td></tr><tr><td colspan="2">*75歳到達者 0 名を含む</td></tr><tr><td>高血圧 治療中</td><td>血圧分類</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>30.8% 4</td><td>高値血圧 以下</td><td>7.7% 1</td></tr><tr><td>0.0% 0</td><td>I度</td><td>15.4% 2</td></tr><tr><td>30.8% 4</td><td>Ⅱ度以上</td><td>15.4% 2</td></tr></table>	健診未受診	健診受診	8 38.1%	13 61.9%	*75歳到達者 0 名を含む		高血圧 治療中	血圧分類	治療なし	30.8% 4	高値血圧 以下	7.7% 1	0.0% 0	I度	15.4% 2	30.8% 4	Ⅱ度以上	15.4% 2	次年度の健診受診 <table><tr><td>健診未受診</td><td>健診受診</td></tr><tr><td>8 33.3%</td><td>16 66.7%</td></tr><tr><td colspan="2">*75歳到達者 1 名を含む</td></tr><tr><td>糖尿病 治療中</td><td>HbA1c</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>0.0% 0</td><td>6.4以下</td><td>0.0% 0</td></tr><tr><td>25.0% 4</td><td>6.5～6.9</td><td>0.0% 0</td></tr><tr><td>68.8% 11</td><td>7.0以上</td><td>6.3% 1</td></tr></table>	健診未受診	健診受診	8 33.3%	16 66.7%	*75歳到達者 1 名を含む		糖尿病 治療中	HbA1c	治療なし	0.0% 0	6.4以下	0.0% 0	25.0% 4	6.5～6.9	0.0% 0	68.8% 11	7.0以上	6.3% 1	次年度の健診受診 <table><tr><td>健診未受診</td><td>健診受診</td></tr><tr><td>3 12.0%</td><td>22 88.0%</td></tr><tr><td colspan="2">*75歳到達者 0 名を含む</td></tr><tr><td>脂質異常症 治療中</td><td>LDL-C</td><td>治療なし</td></tr><tr><td>18.2% 4</td><td>159以下</td><td>13.6% 3</td></tr><tr><td>4.5% 1</td><td>160～179</td><td>22.7% 5</td></tr><tr><td>0.0% 0</td><td>180以上</td><td>40.9% 9</td></tr></table>	健診未受診	健診受診	3 12.0%	22 88.0%	*75歳到達者 0 名を含む		脂質異常症 治療中	LDL-C	治療なし	18.2% 4	159以下	13.6% 3	4.5% 1	160～179	22.7% 5	0.0% 0	180以上	40.9% 9
健診未受診	健診受診																																																								
8 38.1%	13 61.9%																																																								
*75歳到達者 0 名を含む																																																									
高血圧 治療中	血圧分類	治療なし																																																							
30.8% 4	高値血圧 以下	7.7% 1																																																							
0.0% 0	I度	15.4% 2																																																							
30.8% 4	Ⅱ度以上	15.4% 2																																																							
健診未受診	健診受診																																																								
8 33.3%	16 66.7%																																																								
*75歳到達者 1 名を含む																																																									
糖尿病 治療中	HbA1c	治療なし																																																							
0.0% 0	6.4以下	0.0% 0																																																							
25.0% 4	6.5～6.9	0.0% 0																																																							
68.8% 11	7.0以上	6.3% 1																																																							
健診未受診	健診受診																																																								
3 12.0%	22 88.0%																																																								
*75歳到達者 0 名を含む																																																									
脂質異常症 治療中	LDL-C	治療なし																																																							
18.2% 4	159以下	13.6% 3																																																							
4.5% 1	160～179	22.7% 5																																																							
0.0% 0	180以上	40.9% 9																																																							

沖縄県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく対象者の状況を H28 年度と R1 の比較してみると、対象者、リスク管理状況では血圧Ⅲ度以上の割合が増加しています。また、CKD 重症度分類では中等度～高度低下および尿蛋白所見（2+）以上の割合が増加している状況です。

糖尿病治療中の割合は増加傾向にある。医療未受診者と糖尿病性腎症の治療中断の割合は減少しているが、人数は増加している。本町の規模は小さいので実数（人数）比較（増減）での評価も重要です。

図表 糖尿病性腎症重症化予防の評価

年度	特定健診受診者		糖尿病性腎症重症化予防対象		健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスク管理状況									
					血圧		脂質(LDLコレステロール)				肥満(BMI)			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	160~179		180以上		25~30未満		30以上	
							人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	i	i/a	j	j/i	s	s/j	v	v/j	w	w/j	y	y/j	z	z/j
平成28年	613	26.5	112	18.3	1	0.9	3	2.7	5	4.5	43	38.4	17	15.2
平成29年	663	28.2	124	18.7	0	0.0	7	5.6	2	1.6	50	40.3	17	13.7
平成30年	655	28.4	150	22.9	4	2.7	4	2.7	6	4.0	54	36.0	18	12.0
令和01年	687	29.7	172	25.0	2	1.2	5	2.9	6	3.5	57	33.1	23	13.4

図表 糖尿病性腎症重症化予防の評価

	CKD 重症度推移												尿蛋白			
	eGFR=60未満～				45				30				15			
	軽度～中等度低下 (尿蛋白なし含む)				中等度～高度低下 (尿蛋白なし含む)				高度低下				末期腎不全			
	G3aA1		G3a再掲 (eGFR・尿蛋白両 方実施)		G3bA2		G3b再掲 (eGFR・尿蛋白両 方実施)		G4A1		G5A1		G5A2		G5A3	
	G3aA2		A2以上		G3bA2		A2以上		G4A3		G5A3		G5A3		G5A3	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	ae	ae/j	ah	ah/j	ai	ai/j	ak	ak/j	al	al/j	am	am/j	ap	ap/j	aq	aq/j
平成28年	27	24.1	7	1.1	5	4.5	3	2.7	1	0.9	1	0.9	8	7.1	4	3.6
平成29年	26	21.0	8	1.2	10	8.1	4	3.2	0	0.0	0	0.0	12	9.7	8	6.5
平成30年	38	25.3	9	1.4	14	9.3	3	2.0	1	0.7	0	0.0	2	1.3	11	7.3
令和01年	28	16.3	7	1.0	9	5.2	5	2.9	1	0.6	0	0.0	13	7.6	14	8.1

	医療未受診者		治療中断者			
			糖尿病 (健診受診者)		糖尿病性腎症 (健診受診者)	
			人数	割合	人数	割合
	ar	ar/j	as	as/j	as	as/j
平成28年	8	7.1	42	37.5	8	7.1
平成29年	4	3.2	49	39.5	8	6.5
平成30年	8	5.3	65	43.3	11	7.3
令和01年	7	4.1	78	45.3	11	6.4

ジェネリック医薬品の普及

概要	医療費適正化の取組みとしてジェネリック医薬品（後発薬品）の使用を促進し薬剤費の削減を図ります。																																														
対象	レセプトデータを活用し先発医用区からジェネリック医薬品に切り替えた際の削減可能額が500 円以上。																																														
実施内容	①対象者にジェネリック医薬品差額通知を送付する 事業委託先：沖縄国民健康保険団体連合会 ②保険証一斉更新の際、ジェネリック希望シールを勧める																																														
アウトカム・アウトプット	<table><tr><th rowspan="3">後発医薬品使用促進</th><th colspan="2" rowspan="2">主な評価指標</th><th rowspan="2">目標値</th><th rowspan="2">ベースライン</th><th colspan="4">経年変化</th><th rowspan="2">指標判定</th><th rowspan="2">事業判定</th></tr><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr><tr><td>アウト</td><td colspan="2">対象者への差額通知数</td><td>100%</td><td>H28</td><td></td><td></td><td></td><td>78</td><td>A</td><td rowspan="2">B</td></tr><tr><td>アウトカム</td><td colspan="2">ジェネリック医薬品使用率</td><td>前年度より1%増加</td><td>H28</td><td>50.8%</td><td>49.2%</td><td>48.0%</td><td>59.5%</td><td>B</td></tr></table>											後発医薬品使用促進	主な評価指標		目標値	ベースライン	経年変化				指標判定	事業判定	H28	H29	H30	R1	アウト	対象者への差額通知数		100%	H28				78	A	B	アウトカム	ジェネリック医薬品使用率		前年度より1%増加	H28	50.8%	49.2%	48.0%	59.5%	B
後発医薬品使用促進	主な評価指標		目標値	ベースライン	経年変化				指標判定	事業判定																																					
					H28	H29	H30	R1																																							
	アウト	対象者への差額通知数		100%	H28				78	A	B																																				
アウトカム	ジェネリック医薬品使用率		前年度より1%増加	H28	50.8%	49.2%	48.0%	59.5%	B																																						
評価	通知発送対象者は減少傾向にある。 一定程度、先発医薬品を希望する人がおり、切替がすすんでいない。 〔見直し・改善案〕 ジェネリック医薬品に関する品質、安全性の説明内容のチラシを用意し窓口への配置・健康ポイント事業（R3 スタート）などで配布を行う。																																														

ポピュレーションアプローチ

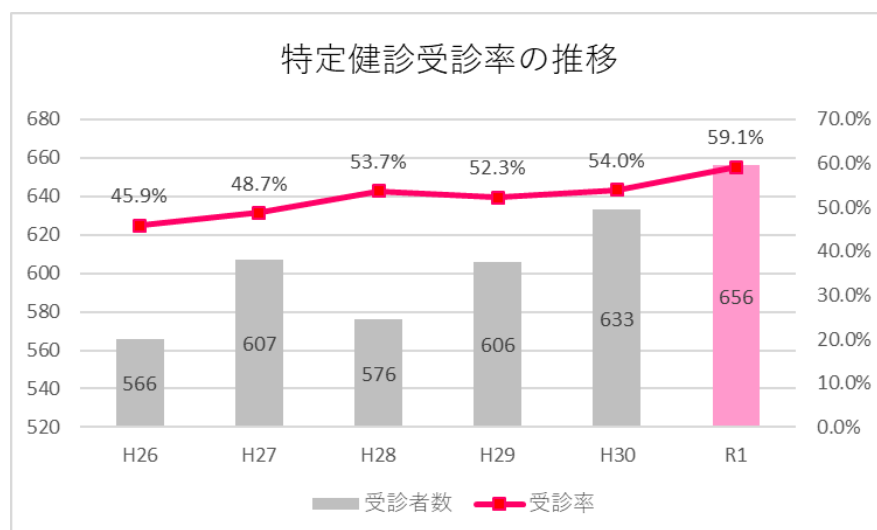
概要	生活習慣病の増加及び重症化により、医療費や介護費等社会保障費は年々増大しており、ばいぬしま健康プラン 21 の重点施策である「肥満対策」を目的とし、「食とからだを動かす」を中心とした保健事業を行う。																															
対象者	竹富町すべての町民																															
実施内容	集団健診会場で ①食パネル、ヘルスメイト活動紹介 ②ヘルシーおやつ（ヘルスメイト）と薬草茶の提供 ③みそ汁塩分調査 健康教育や教室で ①町の健康課題について講話 ②からだ測定会にて体力測定・体組成測定・骨密度測定 ③運動指導士によるウォーキング指導 ③ヘルシー食講座（管理栄養士） 町広報誌や公式 LINE での情報発信 ①生活習慣病予防について ②3 か月 1 回食育の日（9 日）に野菜を使った簡単料理の紹介																															
評価指標・目標値	〔アウトプット〕 ●地域全体での取組みが増える 〔アウトカム〕 ●特定健診受診率の向上 ●肥満者（BMI25 以上）の減少																															
アウトプット	地域全体での取組みは減少傾向にあります。 判定 B：悪化している <table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">実 績</th><th>最終目標値</th><th rowspan="2">評価判定</th></tr><tr><th>H21</th><th>H27</th><th>R1</th><th>R1</th></tr><tr><td>地域全体での取組み</td><td>－</td><td>22回</td><td>16回↓</td><td>－</td><td>B</td></tr></table>							実 績			最終目標値	評価判定	H21	H27	R1	R1	地域全体での取組み	－	22回	16回↓	－	B										
	実 績			最終目標値	評価判定																											
	H21	H27	R1	R1																												
地域全体での取組み	－	22回	16回↓	－	B																											
アウトカム	特定健診受診率の伸び率が鈍化しています。 また、BMI25 以上の肥満者の割合はほとんど変わりありません。 <table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="4">実 績</th><th>最終目標値</th><th rowspan="2">評価判定</th></tr><tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th><th>R1</th></tr><tr><td>特定健診受診率</td><td>53.7%</td><td>57.6%</td><td>57.6%</td><td>59.1%</td><td>65.0%</td><td>C</td></tr><tr><td>BMI25以上の割合</td><td>33.3%</td><td>34.0%</td><td>33.0%</td><td>34.0%</td><td>22.0%</td><td>D</td></tr></table>							実 績				最終目標値	評価判定	H28	H29	H30	R1	R1	特定健診受診率	53.7%	57.6%	57.6%	59.1%	65.0%	C	BMI25以上の割合	33.3%	34.0%	33.0%	34.0%	22.0%	D
	実 績				最終目標値	評価判定																										
	H28	H29	H30	R1	R1																											
特定健診受診率	53.7%	57.6%	57.6%	59.1%	65.0%	C																										
BMI25以上の割合	33.3%	34.0%	33.0%	34.0%	22.0%	D																										
評価	地域での取組みの減少は、地区の推進部会がうまく機能していない状況や、事業の継続実施ができていないことが一因と思われます。 また、肥満解決に向け対象者を明確化し、より効果的な取組みが課題です。 まず町民の「食」に関する実態を明らかにするために、保健指導のなかで「住民の声」から何をどれだけ食べているのかを聞き取り、健診データと食べ物のつながりをイメージできるよう「食の見える化」を進めていきます。また、町民が自身の食生活をふりかえり、食品を選択する力を支援していきます。																															

第3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

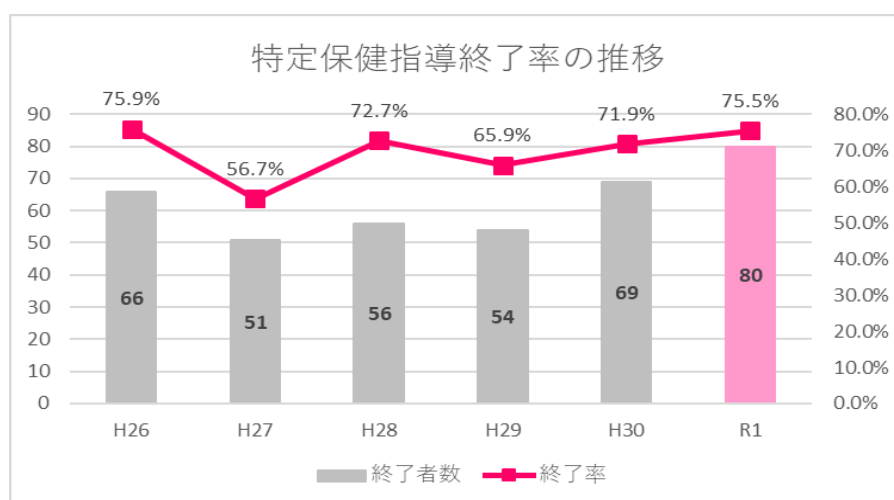
(1) 特定健診受診率の推移

少しずつ受診率、受診人数とも増加傾向にあるが、伸び率が悪く目標値 70%（R5）を大きく下回っており、達成は困難に思われます。



(2) 特定保健指導実施率の推移

特定保健指導対象者は増加傾向です。それに伴い実施数、終了数、終了率ともに増えています。R1の特定保健指導終了率は75.5%と国が示す60%を達成し、町の目標値80%（R5）に近づいています。



2. 特定健診の実施状況と課題

(1) 特定健診の実施と受診率向上の取組み

概 要	本町の特定健診受診率は県・全国平均より高いが、目標値 60%には達していない。また、ここ数年、受診率は横ばいで伸び率が低い状況である。未受診者に対して、はがき・電話・訪問による個別受診勧奨を行う。
実 施 内 容	(1) 特定健診・40 歳未満健診とがん検診のセット型地域健診（集団健診 5 月頃実施）と個別健診（通年実施） (2) 未受診者への個別受診勧奨 対象：40 歳に達する者、3 年未受診者、昨年受診し今年度集団健診未受診者 方法：はがき、電話、訪問 (3) 国保納付通知への受診勧奨お知らせの同封 (4) 広報誌での受診状況報告と受診勧奨 (5) 健診前日の広報車両でのお知らせと、数日前から当日にかけて防災放送を活用しての受診勧奨 (6) 保険証切替え移動窓口での受診勧奨 (7) 年度初めの区長会議での健診受診率状況と社会情勢についての情報提供と受診勧奨実施協力依頼
評 価	受診率は低迷が続いており、受診率向上は課題。 個別健診受診率の伸びは期待できず、地域で実施する集団健診の受診率を上げることに絞った対策と、より効果的な手法の検討が必要。

	主な評価指標	目標値	ハースライン	H26	H28 (初期値)	R1 (中間評価年)	指標 判定	事業 判定
特 定 健 診	未受診者へのはがき送付			—	—	389人	D	B
	受診勧奨件数 訪問・電話	増やす		—	51人	69人	B	
	集団健診開催回数	継続	H28	10日間	10日間	10日間	B	
	若年健診と同時開催	継続	H28	○	○	○	B	
	肺がん・大腸がん検診同時開催	継続	H28	○	○	○	B	
	特定健診受診率	70% (R5)	H28	50.1%	53.7%	59.1%	A	
	40代50代の特定健診受診率	増やす	H28	23.6%	23.8%	41.3%	A	
	特定健診継続受診率	増やす	H28	—	74.0%	73.8%	B	

(2) 年齢別受診率

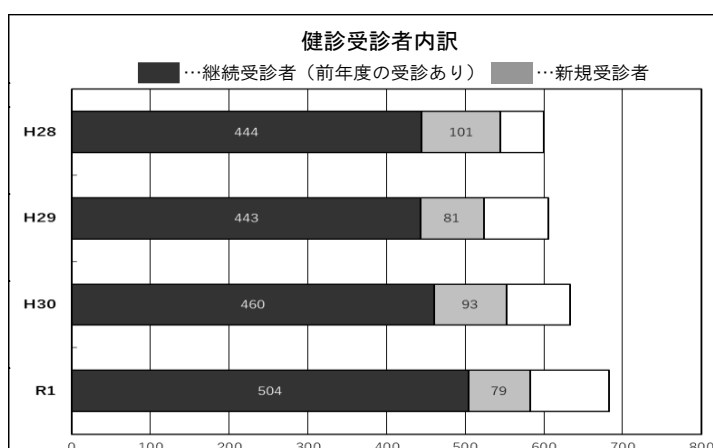
40 代・50 代・60 代前半の働き世代、特に男性の健診受診率が低い状況は本町の健康課題のひとつです。男性の受診率は伸びてきていますが、R1 は女性 50 代後半の受診率が大きく落ち込んでいます。自覚症状のない生活習慣病の発症・重症化予防の視点で、若い年齢から健診を受診することが重要です。

R1年度特定健診受診者の年代別／男女別受診状況

受診者内訳			40－44 歳	45－49 歳	50－54 歳	55－59 歳	60－64 歳	65－69 歳	70－74 歳
H28	男性	受診者数	39	29	25	41	63	86	37
		受診率	45.3%	51.8%	37.3%	38.3%	47.4%	60.1%	52.9%
	女性	受診者数	43	35	23	34	63	54	28
		受診率	51.8%	53.0%	53.5%	56.7%	64.3%	61.4%	59.6%
	合計	受診者数	82	64	48	75	126	140	65
		受診率	48.5%	52.5%	43.6%	44.9%	54.5%	60.6%	55.6%
R1	男性	受診者数	49	32	32	34	58	101	60
		受診率	52.1%	43.8%	49.2%	42.0%	48.3%	63.1%	58.3%
	女性	受診者数	49	46	27	21	64	71	39
		受診率	62.0%	61.3%	52.9%	41.2%	73.6%	73.2%	60.9%
	合計	受診者数	98	78	59	55	122	172	99
		受診率	56.6%	52.7%	50.9%	41.7%	58.9%	66.9%	59.3%

(3) 継続受診者

特定健診受診率の向上のためには、継続受診者（リピーター）を増やすことが必要です。2年連続で受診している人は増加していますが、新規受診者が年々減少傾向にあります。

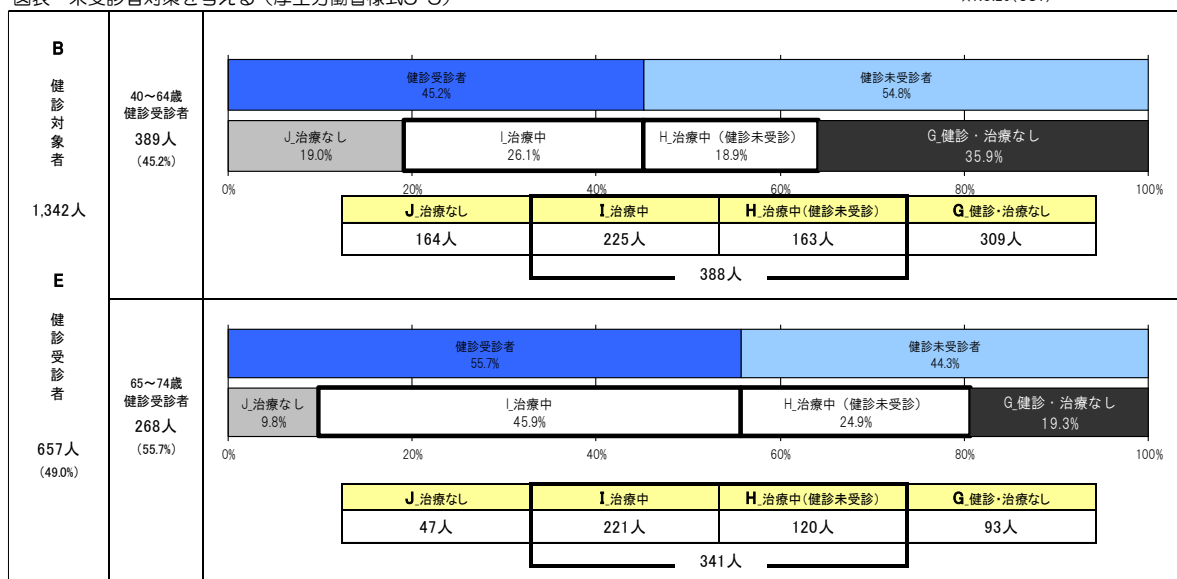


(4) 健診未受診者

健診も治療も受けていない人は、年齢が若い40～64歳で割合が35.9%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、からだの実態が全くわからない状態ということです。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病の治療にかかっている費用でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有効であることがわかります。まずは健診受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を実施することで、継続受診者（リピーター）を増やしていく対策が必要です。

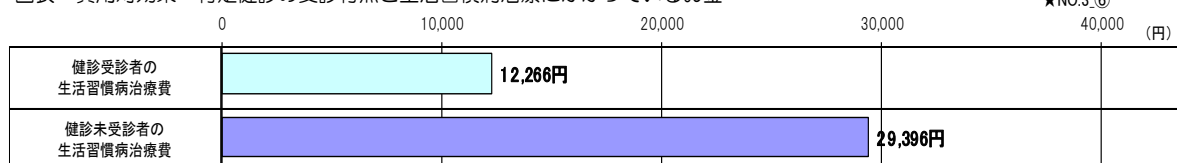
図表 未受診者対策を考える（厚生労働省様式5-5）

★NO.26(CSV)



図表 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3. 特定保健指導の実施状況と課題

(1) 特定保健指導の実施について

概要	40 歳から 74 歳の国保特定健診受診者のうち、国の定める基準に該当する者に対して、特定保健指導を実施し生活習慣病の発症や重症化予防を図る。
実施内容	国の定める基準に基づき、特定保健指導を実施。 地区担当制で実施。 実施者である専門職（保健師・管理栄養士）は国保連合会主催の従事者研修に参加し、継続的な学習と保健指導スキルアップに努めている。
評価	特定保健指導実施率は高い実施率を維持しており、引き続き生活習慣病の発症予防を実施する。ところが、対象者やメタボ該当者・予備群の割合は微かな増減の状態であり、大きく減少はしていない。より効果的な保健指導を実施できるよう、支援者の継続的な学習の機会や事例を通じた支援内容の振り返り学習によるスキルアップが必要である。

特定保健指導	主な評価指標		目標値	ベースライン	H23	H28 (初期値)	R1 (中間評価年)	指標判定	事業判定
	アウト	結果説明会日数	増やす	H28	—	10日	10日	B	C
		特定保健指導実施率	80% (R5)	H28	51.3%	72.7%	75.5%	B	
		特定保健指導終了数	増やす	H28	60人	56人	80人	A	
	イン	特定保健指導対象者の割合	減らす	H28	19.8%	13.4%	16.2%	C	
		メタボ該当者割合の減少率	減らす	H28	22.5%	18.6%	21.3%	C	

(2) 課題と解決に向けた取組み

保健指導実施率は高い実施率を維持していますが、町の健康課題でもある肥満解消に向けての効果的な取組みが必要です。

特定保健指導を担当する専門職の結果を出せる力量形成及び資質の向上に継続して努めます。質の高い保健指導は継続受診者（リピーター）増に向け、効果的な受診率向上にもつながると考えます。

第4章 中間評価、新たな情勢を踏まえた目標値等の見直し

医療費適正化や健康づくりに取組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では保険者努力支援制度が創設されました。第2期データヘルス計画策定時から保険者努力支援制度の評価指標が変更されたため、追加された4つの評価指標である「健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少」、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」、「5つのがん検診平均受診率」、「歯科健診（歯周病健診含む）」の4つの目標と、インセンティブ強化取組みとして「健康ポイント事業の取組み」を追加して保健事業の方向性を考えていくことになりました。

図表 新しいデータヘルス計画の目標管理一覧表

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実 績		最終目標	最終目標 (修正後)	データの 把握方法
			初期値 H28	中間評価 R1	R5	R5	
中 長 期 目 標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析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	0.94	3.81	減少	減少	KDB システム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合	2.88	1.87	減少	減少	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合	0	1.01	0人	0人	
ア ウ ト カ ム 指 標	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、メタリックシンドローム等の対象者を減らす。	★メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	31.1	35.4	前年より減少	32.0	KDB システム・ 支援システム
		★健診受診者の高血圧者の割合減少	20.8	21.7	前年より0.5%減	21.0	
		★健診受診者の脂質異常者の割合減少	10.2	10.9	前年より0.1%減	10.2	
		★健診受診者の血糖異常者の割合減少	5.5	6.8	前年より減	5.0	
		★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少※	0.0	0.44		減少	
		糖尿病の未治療者が医療機関を受診した割合の増加	—	57.1		増加	
		★特定保健指導対象者の減少率25% ※各年度H ₂₈ -スライム20と比較				-8.0	
短 期 目 標	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	53.7	59.1	65.0	60.0	法定報告
		★特定保健指導実施率60%以上	72.7	75.5	80.0	80.0	
		糖尿病の保健指導を実施した割合		55.8		80.0	
	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	12.5	7.8		10.0	地域保健報告
		肺がん検診	—	30.4		31.0	
		大腸がん検診	—	15.5		18.0	
		子宮頸がん検診	—	16.8		18.0	
		乳がん検診	—	27.8		30.0	
		5つのがん検診の平均受診率	—	19.7		21.0	
	歯科健診（歯周病健診）	歯科健診（歯周病健診含む）の受診率増加	—	—		実施	
	自己の健康に関心をもつ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	—	—		実施	健康づくり課
	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	74.0		前年より1%増	前年より1%増	厚労省（9月診療分）
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	—	—		実施	

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

厚生労働省は令和 2 年 3 月 27 日、高齢者医療確保法に基づく高齢者保健事業の実施等に関する指針を全部改正する大臣告示を公布し、同年 4 月 1 日から適用しました。高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する規定を新たに盛り込み、市町村の保健師・管理栄養士等の役割が示されました。

人生百年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごすことができる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対する、きめ細かな高齢者保健事業と介護予防の重要性はますます高まっています。国保から後期高齢者医療制度へ保険者が変わっても継続した保健事業を効率的・効果的に実施していくため、また医療・介護・保健等のデータ分析のもとでフレイル予防に取り組むため、住民に身近な市町村が中心となり、高齢者の特徴に応じたきめ細かな支援を行うこととなります。

本町では、沖縄県後期広域連合から委託を受けて令和 3 年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に取り組みを始めます。切れ目のない保健事業の展開を図るため、健康づくり、福祉支援課にて定期的な会議開催により庁内連携に努めます。

(1) 実施内容と体制整備

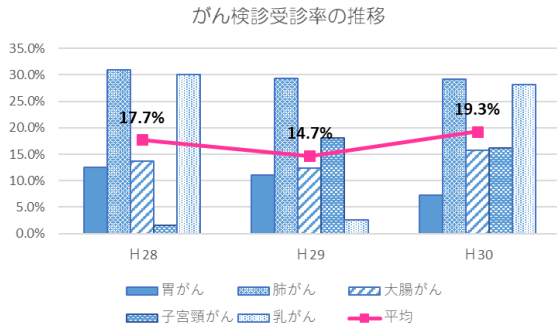
ア 企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を健康づくり課に 1 名配置し以下の業務を行います。

- ① 事業の企画・調整等
- ② KDB システム等を活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握
- ③ 医療関係団体等との連絡調整

イ 地区担当する保健師・管理栄養士の業務

- ① 高齢者に対する個別的支援（低栄養防止・重症化予防などのハイリスクアプローチ）
- ② 住民主体の「通いの場」等への積極的な関与（フレイル予防などのポピュレーションアプローチ）
- ③ 必要に応じて健診・医療・介護予防教室の案内・介護サービス利用勧奨

2. がん検診

概要	効果が実証されている 5 つのがん検診を実施し、がんの早期発見・早期治療を促し、がんによる死亡者数を減らす。																												
対象者	胃がん（50 代以上男女）、肺がん・大腸がん（40 歳以上男女）、子宮頸がん（20 歳以上女性）、乳がん（40 歳以上女性）																												
実施内容	(1) 地域健診の実施。肺がん検診と大腸がん検診は特定健診等の集団健診と同時実施。 (2) 個別健診の実施。子宮頸がん検診、乳がん検診は地域での集団健診と医療機関での個別検診の実施。 (3) 全町民に対するがん検診の普及啓発・受診勧奨 町広報誌掲載、健診案内ちらしの掲示（地域の売店、郵便局、診療所、集落掲示板等）																												
アウトカム	どの、がん検診も受診率の変化はなく低迷しており、いちばん受診率の高い肺がん検診受診率は 30%前後です。国の受診率目標は 50%です。婦人がん検診はH29 までは集団・個別検診とも隔年実施であったので、受診率が低い年度があります。 ※受診率は国が定める対象者年齢でだしています。 がん検診受診率の推移 <table><caption>がん検診受診率の推移 (推定値)</caption><thead><tr><th>検診項目</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th></tr></thead><tbody><tr><td>胃がん</td><td>12.0%</td><td>11.0%</td><td>8.0%</td></tr><tr><td>肺がん</td><td>30.0%</td><td>28.0%</td><td>28.0%</td></tr><tr><td>大腸がん</td><td>14.0%</td><td>18.0%</td><td>16.0%</td></tr><tr><td>子宮頸がん</td><td>2.0%</td><td>2.0%</td><td>2.0%</td></tr><tr><td>乳がん</td><td>1.0%</td><td>1.0%</td><td>1.0%</td></tr><tr><td>平均</td><td>17.7%</td><td>14.7%</td><td>19.3%</td></tr></tbody></table>	検診項目	H28	H29	H30	胃がん	12.0%	11.0%	8.0%	肺がん	30.0%	28.0%	28.0%	大腸がん	14.0%	18.0%	16.0%	子宮頸がん	2.0%	2.0%	2.0%	乳がん	1.0%	1.0%	1.0%	平均	17.7%	14.7%	19.3%
検診項目	H28	H29	H30																										
胃がん	12.0%	11.0%	8.0%																										
肺がん	30.0%	28.0%	28.0%																										
大腸がん	14.0%	18.0%	16.0%																										
子宮頸がん	2.0%	2.0%	2.0%																										
乳がん	1.0%	1.0%	1.0%																										
平均	17.7%	14.7%	19.3%																										
評価	がんは本町の死因の 42.1%を占め、総医療費に占めるがんの割合も 3 割を超えています。早期発見・早期治療ががん対策には有効であるため、がん検診の受診率向上に向けた啓発活動や受診しやすい環境整備が必要です。 また、がんによる死亡を減らすためには、検診後、精密検査となった人が早期に医療機関を受診し、精密検査実施によるがんの発見が大切です。今後、国の定める精密検査受診率 90%目標に向けて、対策を検討します。																												

3. 健康ポイント事業

住民の主体的な予防・健康づくりを推進するため、健康無関心層をはじめ多くの被保険者が健康に関心を持ち、健康づくりを実践するためのきっかけづくりを目的として令和 3 年度から事業を開始します。

4. 歯科健診（歯周病予防検診含む）事業

生活習慣病と関連のある歯周病の予防啓発と個別歯科健診を令和 3 年度からの開始に向けて、対象者の選定、歯科医院との調整等に取り組めます。

5. 評価結果と見直し（まとめ）

既存／新規	事業名	評価結果・課題	見直し内容	今後の計画
既存	要医療者への受診勧奨	受診勧奨後の医療機関受診率は目標に達しておらず、未受診のままが8割ほどいる。	- 実施効果検証のため再受診勧奨の回数を決める。 - 個別の状況に応じた具体的な受診勧奨方法と保健指導実施を検討する。	継続 毎年度評価と見直し
既存	糖尿病性腎症重症化予防（プログラム）	- ここ数年、新規透析導入が1の状態である。プログラム参加者の透析移行者はいないが、引き続き終了後フォロー、医療費にリテラシーを継続する。 - 町からの参加勧奨だけでは、参加者を集めることが難しい。 - 受診勧奨後に医療機関へつながる割合が低い。	- 対象者への案内通知の同封物の工夫 - 医療費分析結果による糖尿病重症化の実態や検査値についての正しい情報提供を行い、重症化予防への意識啓発について強化する。 - かかりつけ医推薦を活用。その場合、本人の参加意思を確認することが継続支援のカギとなる。 - 糖尿病台帳を活用して地区担当保健師が通年で受診勧奨を実施する。	継続 毎年度評価と見直し
既存	ジェネリック医薬品差額通知	普及率は目標値に達していない。	差額通知に加え、ジェネリック希望シールの通知物同封、町広報誌でのじゃねりいく医薬品に関する品質、安全性の説明の掲載など、引き続き啓発を行う。	継続 毎年度評価と見直し
既存	特定健診	- 受診率の低迷が続いている。 - 個別健診の受診者は10名前後。 50代女性の受診率が低下している。	受診勧奨は年代や性別データなどを活用しながら、対象者の状況に応じた効果的な方法を検討する。 ① 40歳はハガキと電話	継続 毎年度評価と見直し

既存／新規	事業名	評価結果・課題	見直し内容	今後の計画
			② 3年継続未受診は健診・医療ともに受診無しの人へハガキ ③ 糖尿病台帳から健診未受診者には地区担当保健師による訪問	
既存	特定保健指導	・ 特定保健指導実施率は高い実施率を維持。 ・ 対象者やメタボ該当者・予備群は減少していない。	・ より効果的な保健指導を実施できるよう、支援者の継続的な学習や事例を通じた支援内容の振り返り学習によるスキルアップを継続する。 ・ 食べるものを選ぶ力をつける支援に重点を置いて実施する。 ・ ポピュレーションアプローチとの連動。	継続 毎年度評価と見直し
既存	ポピュレーションアプローチ	・ 地域主体の健康づくりの取組みは地区により温度差があり、継続実施が難しい。 ・ 肥満解消に向けた具体的な取組みが必要。	・ 町民の「食」に関する実態を明らかにするために、保健指導のなかで「住民の声」から何をどれだけ食べているのかを聞き取り、健診データと食べ物のつながりをイメージできるよう「食の見える化」を進めていく。	継続 毎年度評価と見直し
新規	ポイント事業			（R3計画） ポイント事業啓発ポスター掲示とチラシ配布。 健診会場等あらゆる事業でのポイントカード配布。