

中城村国民健康保険

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 3 月 中城村

第2期保険事業実施計画（データヘルス計画）

中間評価報告書 目次

第1章	保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要	・・・・・・・・・・
第2章	中間評価の趣旨	
	中間評価の方法	
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	
	「目標管理一覧表」	
	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)重症化予防の取組	
	(2)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	

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画) 中間評価

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という)の実施や、診療報酬明細書(以下「レセプト」という)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という)(以下「保険者等」という)が、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいます。

こうした中、「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされました。

こうした背景を踏まえ、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)の一部を改正する等により、保険者等は健康・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(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・改善等を行うこととされ、中城村においても、平成26年度から平成29年度を実施期間とする第1期データヘルス計画に引き続き、平成30年度から令和5年度までの6年間の期間とする第2期データヘルス計画を策定し、保健事業を実施してきました。第2期データヘルス計画を推進するにあたり、進捗確認のため策定から3年後の令和2年度に中間評価を行い計画の見直しを行うこととなりました。

図 1

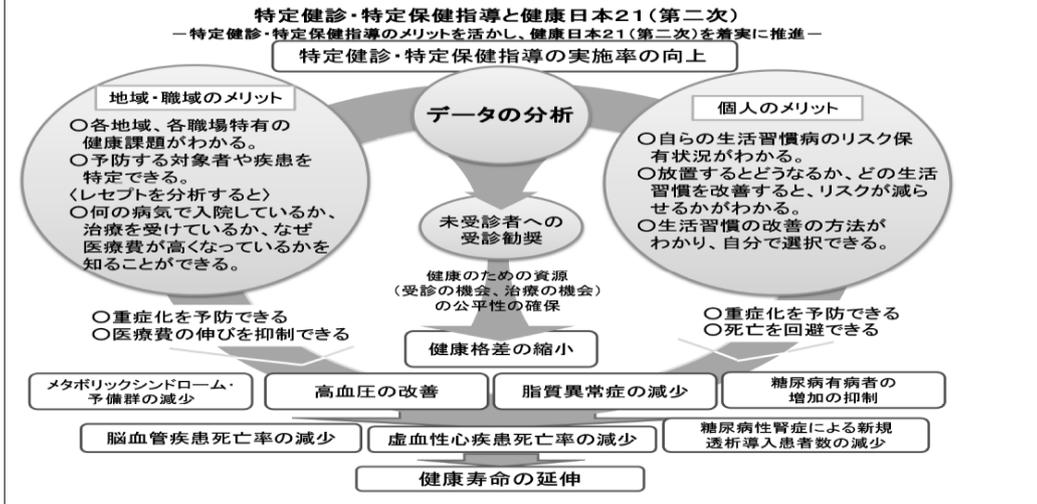
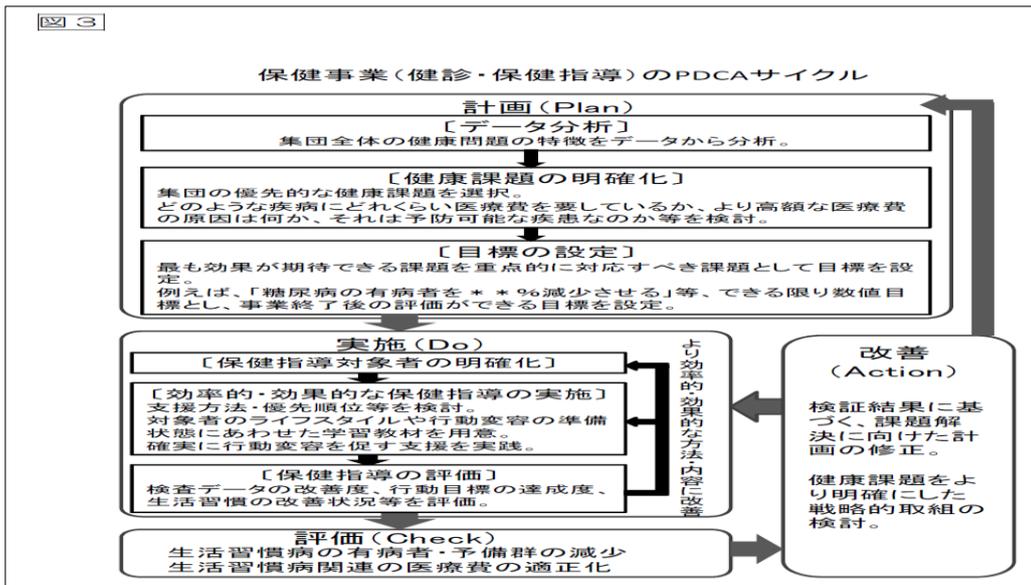


図 3



【図表 2】、【図表 3】ともに標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

第2章 中間評価の趣旨

中間評価の方法

第2期データヘルス計画では、優先的に解決すべき健康課題を把握し、その課題整理に基づく被保険者の健康保持増進に向けて必要な個別保健事業の実施を行ってきました。中間年度にあたる令和2年度においては、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の評価と令和3年度から令和5年度の目標の見直し等を行います。

中間評価の方法としてはKDB等を活用し、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で中長期目標及び短期目標の成果、それを達成するための保健事業、特定健診・特定保健指導の評価と課題として行いました。また評価後の課題や新たな情勢を踏まえて令和3年度以降の目標等の見直しを行っています。

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

(1) 中長期目標の評価

データヘルス計画の目標管理一覧表 ★は、中間評価年度から追加した目標 (別添1)

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	初期値				中間評価				現状値の把握方法	
				H28	H29	H30	R1	H32	H33	H34	H35		
特定 計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	41.0%	43.4%	41.8%	46.8%						特定健診・特定保健指導結果（厚生労働省）
			特定保健指導実施率60%以上	74.6%	60.7%	63.8%	69.2%						
データヘルス計画	慢性腎不全（透析有）の割合7.92%と高い（前8.79%・国5.4%）【図表8】	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する	脳血管疾患の割合10%減少	2.4%	4.7%	4.3%	2.3%					KDBシステム 【国8】健診・医療・介護データから地域の健康課題より	
			虚血性心疾患の割合10%減少	1.1%	2.2%	1.8%	1.6%						
データヘルス計画	糖尿病の未治療・治療中断者が多い。 【参考資料2】	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	慢性腎不全（透析有）の減少10%	7.9%	5.8%	4.8%	5.1%					→KDB厚労省様式より	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少30%	39.3%	36.7%	38.2%	39.5%						
データヘルス計画	糖尿病性腎症の割合が高い。 【参考資料2】	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の割合減少20%（140/90以上）	28.9%	28.3%	29.9%	29.7%					健康中城21 ※5人未満は非公開	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少傾向へ（LDL160以上）	11.6%	12.7%	12.5%	14.5%						
データヘルス計画		がんの早期発見、早期治療	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少8%（HbA1c6.5以上）	8.7%	9.9%	7.7%	10.8%					健康中城21 ※5人未満は非公開	
			★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.7%	0.6%	0.5%	0.4%						
データヘルス計画		がんの早期発見、早期治療	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合1%	1.4%	1.5%	1.1%	1.6%					健康中城21 ※5人未満は非公開	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	65.6%	66.7%	56.5%	56.3%						
データヘルス計画	がんによる死亡率54.4%と高い。 （同規模46.0%・東48.0%・国49.6%）	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 10%以上（男性）	4.0%	-	-	12.6%					地域保健事業報告 【国8】H27年度	
			肺がん検診 25%以上（男性）	11.8%	10.3%	9.6%	10.2%						
データヘルス計画	がんの有病率8.5% （同規模9.8%・東7.8%・国10.3%）	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 20%以上（男性）	11.9%	12.0%	12.5%	12.3%					地域保健事業報告 【国8】H27年度	
			子宮頸がん検診 40%以上	16.9%	-	-	20.8%						
データヘルス計画		がんの早期発見、早期治療	★5つのがん検診の平均受診率	9.8%	9.7%	10.0%	13.7%					地域保健事業報告 【国8】H27年度	
			乳がん検診 40%以上	16.0%	-	-	20.8%						
データヘルス計画	歯科健診（歯周疾患検診）	歯周疾患検診	★歯周疾患検診の受診率 増加（令和元年度から事業開始）	7.84%			7.84%					歯周疾患検診台帳 【国8】H27年度	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	80.0%	79.2%	85.1%	87.5%						

※R2にH31のデータで中間評価を行う。

※初期値の下線は、数値誤りのため第2期計画時から修正あり。

【中長期目標1】脳血管疾患の総医療費に占める割合 10%減少

【中長期目標2】虚血性心疾患の割合 10%減少

【中長期目標3】慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合 10%減少

【中長期目標4】糖尿病腎症による新規透析導入者の割合 10%減少

【中長期目標1】脳血管疾患の総医療費に占める割合 10%減少

【中長期目標2】虚血性心疾患の割合 10%減少

【中長期目標3】慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合 10%減少

R01年度 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

【出典】
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

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位		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	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			同規模	県内												
H28年	1,515,647,280	22,593	116位	20位	7.92%	0.23%	2.37%	1.11%	3.76%	3.24%	2.15%	314,795,940	20.77%	11.35%	16.94%	6.60%
R1年	1,619,653,150	25,364	130位	20位	5.06%	0.26%	2.30%	1.56%	3.49%	2.27%	1.71%	269,635,770	16.65%	10.81%	11.53%	8.50%
	同規模平均	345,587,634,830	27,767	--	4.33%	0.30%	2.14%	1.73%	5.79%	3.70%	2.70%	71,525,086,830	20.70%	15.90%	7.88%	8.92%
R1年	県	121,512,231,230	24,835	--	6.44%	0.31%	2.34%	1.72%	3.94%	2.58%	1.62%	23,029,796,870	18.95%	11.27%	11.40%	7.76%
	国	9,079,520,298,800	27,475	--	4.55%	0.31%	2.15%	1.70%	5.44%	3.52%	2.59%	1,839,091,912,830	20.26%	16.03%	8.22%	8.80%

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、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

中長期目標疾患である慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合の減少がみられています。しかし虚血性心疾患の割合はやや増加しています。

中長期目標疾患では、全体的に割合は減少しており、取り組みの効果が少しずつ現れている可能性があります。年度による増減幅もあることから、最終評価時までの推移をみていく必要があります。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (R01年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他		
様式1-1 ★NO.10(CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	28人	7人 25.0%	0人 0.0%	1人 3.6%	21人 75.0%	
		件数	40件	7件 17.5%	0件 0.0%	3件 7.5%	30件 75.0%	
			年代別	40歳未満	0 0.0%	0 --	3 100.0%	16 53.3%
				40代	1 14.3%	0 --	0 0.0%	1 3.3%
				50代	1 14.3%	0 --	0 0.0%	0 0.0%
				60代	4 57.1%	0 --	0 0.0%	8 26.7%
				70-74歳	1 14.3%	0 --	0 0.0%	5 16.7%
		費用額	1億2149万円	1965万円 16.2%	--	724万円 6.0%	9459万円 77.9%	

* 最大医療資源傷病名(主病)で計上

* 疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

中長期目標疾患では、全体的に割合は減少していますが、上記の200万以上の高額レセでは、脳血管疾患の脳出血の割合が増加しています。血圧等で治療している方のコントロール状況や健診受診者の血圧状況の把握をしていく必要があります。また、脳出血を起こした7人のうち5人は健診未受診や単年での受診しかしていませんでした。経年的に受けている2人は脳出血を起こす数年前から体重の増加がみられたことから、未受診者対策やメタボ対策を継続的に行っていく必要があります。

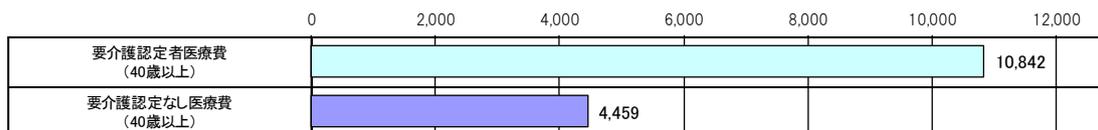
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上											
	被保険者数		6,378人		1,572人		1,881人		3,453人	9,831人								
	認定者数		23人		103人		699人		802人	825人								
	認定率		0.36%		6.6%		37.2%		23.2%	8.4%								
	新規認定者数(*1)		3人		23人		85人		108人	111人								
介護度別人数	要支援1・2		5	21.7%	27	26.2%	130	18.6%	157	19.6%	162	19.6%						
	要介護1・2		8	34.8%	38	36.9%	260	37.2%	298	37.2%	306	37.1%						
	要介護3～5		10	43.5%	38	36.9%	309	44.2%	347	43.3%	357	43.3%						
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上											
	介護件数(全体)		23		103		699		802	825								
	再)国保・後期		13		70		624		694	707								
	レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾患	件数 割合					
				件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合	件数 割合										
		循環器 疾患	1	脳卒中	8	61.5%	脳卒中	39	55.7%	脳卒中	281	45.0%	脳卒中	320	46.1%	脳卒中	328	46.4%
			2	虚血性 心疾患	1	7.7%	腎不全	18	25.7%	虚血性 心疾患	208	33.3%	虚血性 心疾患	225	32.4%	虚血性 心疾患	226	32.0%
			3	腎不全	1	7.7%	虚血性 心疾患	17	24.3%	腎不全	135	21.6%	腎不全	153	22.0%	腎不全	154	21.8%
		合併症	4	糖尿病 合併症	1	7.7%	糖尿病 合併症	12	17.1%	糖尿病 合併症	82	13.1%	糖尿病 合併症	94	13.5%	糖尿病 合併症	95	13.4%
			基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		12	92.3%	基礎疾患	64	91.4%	基礎疾患	578	92.6%	基礎疾患	642	92.5%	基礎疾患	654	92.5%
		血管疾患合計		12	92.3%	合計	66	94.3%	合計	591	94.7%	合計	657	94.7%	合計	669	94.6%	
認知症		3	23.1%	認知症	17	24.3%	認知症	287	46.0%	認知症	304	43.8%	認知症	307	43.4%			
筋・骨格疾患		11	84.6%	筋骨格系	61	87.1%	筋骨格系	595	95.4%	筋骨格系	656	94.5%	筋骨格系	667	94.3%			

*1)新規認定者についてはNO.49「要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



介護保険の認定者の状況は、様式5-1 介護保険を参照すると、県・国・同規模と比較して、1号認定率が有意に高い割合でした。また上の表から1号認定者・2号認定者ともに基礎疾患で血管疾患の割合が90%以上を占めていることが分かりました。脳血管疾患を発症している割合も高いため、中長期目標の疾患をしっかりと減少させることで介護予防にも繋げる必要があります。

【中長期目標4】糖尿病腎症による新規透析導入者の割合 10%減少

	H28	H29	H30	R1
新規透析数	3	2	2	1
糖尿病性（再計）	3	0	2	1
割合	100%	0%	100%	100%

保険者データヘルス支援システム・固定帳票 08新規患者より

新規透析導入の数は減少していますが、透析となる原因疾患の多くが糖尿病によるものです。数は多くありませんが、糖尿病性腎症は予防可能であり、適切に血糖値をコントロールすることで予防できます。透析は年間の医療費も高いため1人でも減らすことが必要です。

(2)短期目標の評価

【短期目標1】メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少 30%

【短期目標2】健診受診者の高血圧の割合減少 20% (140/90以上)

【短期目標3】健診受診者の脂質異常者の割合 減少傾向へ (LDL160以上)

【短期目標4】健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 8% (HbA1c6.5以上)

【短期目標5】血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合 (HbA1c8.4以上) 1%

【短期目標6】糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 80%

【短期目標7】糖尿病の治療を継続している割合増加 60%

【短期目標8】(新規目標)健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式5-2) (令和元年度)

★NO.23(帳票)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	32.8		53.4		28.1		21.1		7.6		33.6		57.6		12.8		48.7		24.8		48.3		2.2		
県	19,769	46.2	27,151	63.4	13,000	30.4	10,267	24.0	3,272	7.6	17,813	41.6	26,737	62.4	9,687	22.6	21,849	51.0	11,178	26.1	21,245	49.6	1,114	2.6	
保険者	合計	337	45.5	454	61.3	245	33.1	184	24.8	58	7.8	317	42.8	447	60.3	155	20.9	384	51.8	202	27.3	394	53.2	22	3.0
	40-64	177	51.5	218	63.4	144	41.9	116	33.7	32	9.3	141	41.0	179	52.0	75	21.8	159	46.2	118	34.3	204	59.3	6	1.7
	65-74	160	40.3	236	59.4	101	25.4	68	17.1	26	6.5	176	44.3	268	67.5	80	20.2	225	56.7	84	21.2	190	47.9	16	4.0

*全国については、有所見割合のみ表示

令和元年度では、平成28年度データよりもBMI25以上の男女ともに増えています。特に40-64歳男性では、伸びも大きいです。糖代謝についても令和元年度では悪化がみられています。血圧ではやや改善していますが、LDLは悪化しています。平成28年度データよりも令和元年度データでは男・女ともメタボリック該当者が増えています。

【短期目標1】メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少 30%

		H28 中城村		R1 中城村		同規模平均		県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
メタボ	該当者	283	22.5	352	25.2	59,453	19.4	22,162	24.7	1,350,831	19.2
	男性	199	30.6	255	34.4	40,608	30.3	15,222	35.7	922,947	30.7
	女性	84	13.9	97	14.8	18,845	10.9	6,940	14.8	427,884	10.6
	予備群	211	16.8	200	14.3	34,822	11.4	13,370	14.9	777,605	11.1
	男性	145	22.3	142	19.2	23,784	17.7	8,957	21.0	531,619	17.7
	女性	66	10.9	58	8.9	11,038	6.4	4,413	9.4	245,986	6.1

該当者と予備軍の割合

39.3

39.5 ↑

内訳をみると、予備群は平成28年度16.8%から令和元年度14.3%と減少しているものの、該当者は平成28年度22.5%、令和元年度の該当者25.2%と増加していることから、平成28年度の予備群となった者が令和元年度では該当者として悪化していることが考えられます。

新たな該当者・予備群の増加防止と、心・腎・脳の発症リスクを高めないためにも内臓脂肪の蓄積を解消するための保健指導を徹底していく必要があります。また、目標の割合減少率30%達成には住民の生活・食を十分に把握し肥満解決に向けた事業を立案、実施していきます。

【短期目標 2】 健診受診者の高血圧の割合減少 20% (140/90 以上)

	血圧測定者	正常		受診勧奨判定値						I～Ⅲ度 割合合計
		正常		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
H28	1,350	363	26.9%	320	23.7%	60	4.4%	10	0.7%	28.9%
H29	1,428	429	30.0%	342	23.9%	46	3.2%	16	1.1%	28.3%
H30	1,316	341	25.9%	322	24.5%	62	4.7%	9	0.7%	29.9%
R1	1,487	393	26.4%	370	24.9%	61	4.1%	10	0.7%	29.8%

血圧測定者数の増加に比例し、平成 28 年度の 140/90 (Ⅰ度) 以上人数は 28.9%、令和元年では 29.7%と増加しています。また、内訳をみるとⅡ度、Ⅲ度高血圧の割合は平成 28 年度と令和元年度ではほぼ変化は見られず横ばいであったものの、Ⅰ度では平成 28 年度 23.7%から令和元年度 24.9%と増加していることから、早期に受診を勧める等のアプローチが必要です。また、Ⅱ度、Ⅲ度高血圧の方の未受診・中断の解決に向けた計画・実施が重要です。

【短期目標 3】 健診受診者の脂質異常者の割合 減少傾向へ (LDL160 以上)

	LDL 測定者	正常		受診勧奨判定値						LDL160 以上割合 合計	
		120未満		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
総 数	H26	1,212	587	48.4%	184	15.2%	94	7.8%	50	4.1%	11.9%
	H27	1,368	568	41.5%	238	17.4%	123	9.0%	61	4.5%	13.5%
	H28	1,350	640	47.4%	227	16.8%	106	7.9%	50	3.7%	11.6%
	H29	1,428	665	46.6%	226	15.8%	121	8.5%	60	4.2%	12.7%
	H30	1,316	573	43.5%	236	17.9%	116	8.8%	49	3.7%	12.5%
	R1	1,487	638	42.9%	268	18.0%	138	9.3%	77	5.2%	14.5%

LDL160 以上の割合は平成 28 年度 11.6%、令和元年度 14.5%と増加しています。内訳では 160～179 と 180 以上では、両者とも悪化しているため LDL に着目した保健指導や、病院受診につなげるアプローチが必要です。脂質異常症は自覚症状が乏しいことや血圧のように簡易に計測できないこと、糖尿病といった病気のように浸透していないことなどが原因で危機感が薄さにつながっていると考えられます。高値が続くと動脈硬化や心筋梗塞などの病気につながるため、住民への意識付け・認知が必要です。

【短期目標4】 健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 8% (HbA1c6.5 以上)

	H28	H29	H30	R1
健診受診者数	1350	1428	1313	1482
糖尿病 (HbA1c6.5以上)	118	142	101	160
割合	8.7	9.9	7.7	10.8

受診者数が年々増加していることに伴い、HbA1c6.5 以上の割合が徐々に増加しています。そのため目標達成には至っていませんが、糖尿病台帳・重症化予防台帳にて管理しており、早期介入・受診勧奨を実施しています。今後も台帳管理などで対象管理し、地区担当で経年的に支援していきます。

【短期目標5】 血糖測定者における血糖コントロール不良者 (NGSP 値：HbA1c8.4 以上) の割合 1% ※健康中城 21 関連

HbA1c 測定者の内、8.4 以上の割合 (治療問わず)

	HbA1c測定者(a)	HbA1c8.4以上 (治療問わず)	
		人数(b)	割合(b/a)
H28	1350	19	1.4%
H29	1428	22	1.5%
H30	1313	14	1.1%
R1	1482	23	↑ 1.6%

HbA1c 測定者の内、8.4 以上の割合 (治療状況別)

	HbA1c測定者(a)	HbA1c8.4以上	
		人数(b)	割合(b/a)
治療中	H28	99	11 11.1%
	H29	125	14 11.2%
	H30	99	7 7.1%
	R1	145	18 ↑ 12.4%
治療なし	H28	1251	8 0.6%
	H29	1303	8 0.6%
	H30	1214	7 0.6%
	R1	1337	5 ↓ 0.4%

HbA1c 測定者数に比例し、HbA1c8.4 以上の割合は増加傾向にあります。治療状況を合わせてみると、HbA1c8.4 以上の未治療は減少傾向ですが、治療中の割合は増加傾向となっているため、対象者を台帳で管理し、治療中の方への医療方針がある中での支援内容について検討していきます。また治療中断にならないように継続的な支援を行っていきます。

【短期目標6】糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合 80%

(HbA1c6.5以上かつ血圧・脂質・血糖の服薬がないもの(健診情報)のうち、治療を開始したもの(レセプト))

	H28	H29	H30	R1
糖尿病の未治療者数	32	21	23	32
治療開始者数	21	14	13	18
割合	65.6%	66.7%	56.5%	56.3%

糖尿病の未治療者数は年々増加傾向にあります。その内、治療開始した割合は年々減少傾向となっており、目標達成に至っていません。糖尿病は自覚症状がないため危機感が薄く受診に至らない、もしくは以前受診し自己中断のまま未受診などが見受けられるため、糖尿病台帳・重症化台帳で対象を管理し、地区担当にて経年的に支援し、重症化予防に努めます。

【短期目標7】糖尿病の治療を継続している割合増加 60%

	H28	H29	H30	R1
糖尿病該当者	118	142	101	160
HbA1c6.5以上の治療者	67	91	61	105
割合	56.8%	64.1%	60.4%	65.6%

糖尿病の治療を継続している割合は平成29年度より目標の60%を達成し、それ以降も増加傾向にあります。今後も重症化予防に向けて、治療継続となるよう対象者管理を行い、地区担当にて支援を行います。一方、HbA1c6.5以上対象者が増えている状況から、対象となる以前からの支援方法の見直しも検討します。

【短期目標 8】(新規目標)健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合減少

	H28	H29	H30	R1
健診受診者数	1350	1428	1316	1487
HbA1c8.0以上の未治療	9	9	7	6
割合	0.7%	0.6%	0.5%	0.4%

令和元年度より保険者努力支援制度の評価項目において、HbA1c8.0 以上未治療者の割合が追加となり、より効果の出る保健指導が求められています。受診者に占める HbA1c8.0 以上の割合は増えていますが、未治療者の割合は確実に減少しています。糖尿病台帳管理により、対象者を把握し優先的に受診勧奨を継続していく中で、受診に繋がっている結果と考えられます。治療中断とならないよう継続的に支援を行っていく必要があると考えます。

2 ストラクチャー、プロセス評価

令和元年度の実践評価をふまえ、今後の取組みと課題整理「全体評価表」

(別添2)

課題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題																																																							
	①プロセス (やってきた実践の過程)	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>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率 令和元年度 48% ◆特定保健指導率 令和元年度 60% ◆中長期目標 脳卒中発生、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の医療費の伸びを抑える。 ◆短期目標 高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを減らす。 <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健活動がPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ◆収入担当(事務職、専門職、常勤・非常勤)で評価、計画等共通認識を図る。 <p>未受診者対策の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆中長期の受診率が低い。 ◆健診対象の把握、アプローチ方法検討。 ◆高齢者への受診勧奨方法 ◆医療機関への協力依頼 ◆高齢者への健診説明(トリアンクル) 追加 ◆健診説明の必要が多く、台長・感染対策等で集団が延期や中止となった場合の受診率への影響。 <p>重症化予防策(未治療者・中断者)の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健指導の内容、優先順位の検討。 ◆重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ◆保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。 <p>重症化予防策(治療中コントロール不良者)の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健指導の内容、優先順位の検討。 ◆重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ◆保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。 	<p>年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>1. 健診未受診者対策</p> <p>◆特定健診 受診率向上のため、年度当初に特定健診対象者へ通知するハガキ「特定健診のお知らせ」に加え、年度後半に健診未受診者へA1によるナッジ理論を用いた受診勧奨資料(任意ハガキ)を通知した。 その他受診勧奨一健康生活推進員による健診チラシの配布、未受診者訪問、広報誌による周知、防犯無線、機動隊、村内医療機関・商業施設へポスター掲示依頼、国保係と連携し、保険証・納付書に健診案内チラシ同封、各自治会での受診勧奨、個別日曜健診の協力依頼。</p> <p>◆ボスター(医療機関7カ所、商業施設26ヵ所) ◆健康生活推進員による未受診者訪問(40歳~9時、予定型受診者40件、未経録者45件) ◆「特定健診のお知らせ」ハガキ(全対象) ◆未受診者A1ハガキ(①2232通、②1966通) ◆個別日曜健診案内ハガキ(540通、41歳~49歳対象)</p> <p>令和元年度 特定健診受診率 48.8% (前年度比受診率 5%増) ◆健康生活推進員による未受診者訪問 ◆健診受診率が前年比7.1%増。</p> <table border="1"> <tr> <td>特定健診受診率</td> <td>48.8%</td> </tr> <tr> <td>健診受診率(100パー)率</td> <td>75.5%</td> </tr> <tr> <td>60代受診率</td> <td>34.7%</td> </tr> <tr> <td>70代受診率</td> <td>39.2%</td> </tr> </table> <p>◆個別日曜健診案内ハガキ通知後の受診者数 (37名) ◆トリアンクル受領件数 (26名)</p> <p>2. 重症化予防策(未治療者・中断者)</p> <p>◆未治療者・中断対象者への受診勧奨実施 (面談・電話・文書送付等)</p> <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">R1年度</th> <th colspan="2">R1年度</th> <th rowspan="2">R2年度</th> </tr> <tr> <th>健診</th> <th>受診勧奨未加入者</th> </tr> <tr> <td>HA16.5%以上</td> <td>63名</td> <td>53名</td> <td>84.1%</td> </tr> <tr> <td>LDL180以上</td> <td>22名</td> <td>23名</td> <td>71.9%</td> </tr> <tr> <td>LDL180以上</td> <td>69名</td> <td>42名</td> <td>60.9%</td> </tr> </table> <p>◆対象者の明確化 特定健診受診者で、保健指導対象外のうち、治療無し：・LDL170~180mg/dl以上の者 ・血圧 150以上の者 ・空腹時血糖120mg/dl以上の者 治療問わず：・HA16.5%以上の者 ・過去5年間の対象者で、直近1年のレセプトがない者または健診未受診者</p> <p>◆重症化予防の有無確認 電話・訪問・文書で、保健師、管理栄養士等が病院受診勧奨や指導等を実施。2~3か月後に経過確認を行う。</p> <p>◆治療開始になった割合</p> <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">R1年度</th> <th colspan="2">R1年度</th> <th rowspan="2">R2年度</th> </tr> <tr> <th>実施人数</th> <th>治療開始</th> </tr> <tr> <td>HA16.5%以上</td> <td>53名</td> <td>43名</td> <td>81.1%</td> </tr> <tr> <td>LDL180以上</td> <td>42名</td> <td>26名</td> <td>61.9%</td> </tr> </table> <p>◆重症化予防台帳の活用 ◆独自の保健指導台帳 ◆配布用糖尿病連携手帳の確保</p> <p>◆治療中断者の把握 ◆LDLに関して治療開始割合が高い。理由分析必要。</p> <p>3. 重症化予防策(治療中コントロール不良者)</p> <p>◆糖尿病性腎症による透析導入者の割合</p> <table border="1"> <tr> <th>H28</th> <th>H29</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>0%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table> <p>◆心電図所有者の治療・検査割合</p> <table border="1"> <tr> <th>R1健診</th> <th>治療・検査済済</th> </tr> <tr> <td>ST異常</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>心臓病</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>◆糖尿病性腎症による透析導入者の割合 ◆重症化予防台帳の活用 ◆独自の保健指導台帳</p> <p>◆治療中の方へのアプローチ、医療機関とのさらなる連携が必要。</p>	特定健診受診率	48.8%	健診受診率(100パー)率	75.5%	60代受診率	34.7%	70代受診率	39.2%	R1年度	R1年度		R2年度	健診	受診勧奨未加入者	HA16.5%以上	63名	53名	84.1%	LDL180以上	22名	23名	71.9%	LDL180以上	69名	42名	60.9%	R1年度	R1年度		R2年度	実施人数	治療開始	HA16.5%以上	53名	43名	81.1%	LDL180以上	42名	26名	61.9%	H28	H29	H30	R1	3	2	2	1	100%	0%	100%	100%	R1健診	治療・検査済済	ST異常	4	心臓病	3	<p>◆専門職の配置 ◆KOBシステム1台配置</p> <p>◆A1(人工知能)によるナッジ理論を用いた受診勧奨 ◆健康生活推進員による未受診者訪問</p> <p>◆事務職の配置により、未受診対策を事務職が担い、保健指導・重症化予防を専門職が担うなど、各専門性を活かし協力的に各事業を展開していく必要がある。</p> <p>◆A1(人工知能)によるナッジ理論を用いた受診勧奨 ◆健康生活推進員による未受診者訪問</p> <p>◆事務職がいないため、専門職が受診勧奨業務(対象者抽出、勧奨資料作成など)を行っており、専門業務に専念できない。事務職の要員を行う。</p> <p>◆若年層(40代50代)の受診率が低いため、若年層に達したツールでの受診勧奨の実施</p> <p>◆通院者の情報受領のため、トリアンクル事業を被保険者へ広く周知を実施。</p> <p>◆治療中断者の把握 ◆LDLに関して治療開始割合が高い。理由分析必要。</p>
特定健診受診率	48.8%																																																											
健診受診率(100パー)率	75.5%																																																											
60代受診率	34.7%																																																											
70代受診率	39.2%																																																											
R1年度	R1年度		R2年度																																																									
	健診	受診勧奨未加入者																																																										
HA16.5%以上	63名	53名	84.1%																																																									
LDL180以上	22名	23名	71.9%																																																									
LDL180以上	69名	42名	60.9%																																																									
R1年度	R1年度		R2年度																																																									
	実施人数	治療開始																																																										
HA16.5%以上	53名	43名	81.1%																																																									
LDL180以上	42名	26名	61.9%																																																									
H28	H29	H30	R1																																																									
3	2	2	1																																																									
100%	0%	100%	100%																																																									
R1健診	治療・検査済済																																																											
ST異常	4																																																											
心臓病	3																																																											

3 主な個別事業の評価と課題

(1)重症化予防の取組

①糖尿病性腎重症化予防事業

概要	新規透析導入予防等の重症化予防を図るため、沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、糖尿病が疑われる医療機関未受診者等に受診勧奨を実施するとともに、治療中コントロール不良者などの糖尿病性腎症ハイリスク者に対して保健指導を実施します。																																						
対象者	<p>【対象者】 治療無し:空腹時血糖 126mg/dl 以上 治療問わず:HbA1c6.5%以上、DMの病名がついている方で直近 1 年間内科のレセプトがなく特定健診未受診者の方</p>																																						
実施内容	<p>上記対象者へ健診結果確認後、レセプトにて除外対象者に該当するかを確認。支援必要と判断した後、電話・訪問・文書で保健師、管理栄養士等が病院受診勧奨や指導等を実施。2～3 か月に経過観察のフォローを実施。</p> <p>糖尿病台帳での管理を行う。 対象者には糖尿病連携手帳を用いて、かかりつけ医との連携を行う。</p> <p>◆未治療者・中断者への受診勧奨実施</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">R1年度</th> </tr> <tr> <th>健診</th> <th colspan="2">受診勧奨実施人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c6.5%以上</td> <td>63名</td> <td>53名</td> <td>84.1%</td> </tr> <tr> <td>高血圧症（Ⅱ度以上）</td> <td>32名</td> <td>23名</td> <td>71.9%</td> </tr> <tr> <td>LDL180以上</td> <td>69名</td> <td>42名</td> <td>60.9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>◆治療開始になった割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">受診勧奨</th> </tr> <tr> <th>実施人数</th> <th colspan="2">治療開始</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c6.5%以上</td> <td>53名</td> <td>43名</td> <td>81.1%</td> </tr> <tr> <td>高血圧症（Ⅱ度以上）</td> <td>23名</td> <td>5名</td> <td>21.7%</td> </tr> <tr> <td>LDL180以上</td> <td>42名</td> <td>26名</td> <td>61.9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>【アウトプット】対象者への保健指導実施率【アウトカム】未治療者の医療機関受診率</p>		R1年度			健診	受診勧奨実施人数		HbA1c6.5%以上	63名	53名	84.1%	高血圧症（Ⅱ度以上）	32名	23名	71.9%	LDL180以上	69名	42名	60.9%		受診勧奨			実施人数	治療開始		HbA1c6.5%以上	53名	43名	81.1%	高血圧症（Ⅱ度以上）	23名	5名	21.7%	LDL180以上	42名	26名	61.9%
	R1年度																																						
	健診	受診勧奨実施人数																																					
HbA1c6.5%以上	63名	53名	84.1%																																				
高血圧症（Ⅱ度以上）	32名	23名	71.9%																																				
LDL180以上	69名	42名	60.9%																																				
	受診勧奨																																						
	実施人数	治療開始																																					
HbA1c6.5%以上	53名	43名	81.1%																																				
高血圧症（Ⅱ度以上）	23名	5名	21.7%																																				
LDL180以上	42名	26名	61.9%																																				

評価	HbA1c6.5 以上の未治療・中断者で、保健指導受入者のうち、治療開始となった割合は、目標値(50%)を超え 81.1%となりました。 糖尿病に関する短期目標・中長期目標の達成に至っていない課題もあることから、より積極的に保健指導及び受診勧奨を実施する必要があります。
----	--

②虚血性心疾患重症化予防、脳血管疾患重症化予防

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として、村では平成 28 年度から、国保 40 歳以上で腹囲が基準値を超える方に心電図検査を実施しています。

特定健診における心電図検査結果

	健診受診者数 人	心電図検査									
		心電図検査		ST所見		心房細動所見		その他所見		異常なし	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
H28	1256	34	2.7	3	8.8	1	2.9	11	32.4	19	55.9
H29	1428	44	3.1	1	2.3	1	2.3	20	45.5	20	45.5
H30	1316	148	11.2	10	6.8	3	2.0	47	31.8	88	59.5
R 1	1487	222	14.9	9	4.1	2	0.9	91	41.0	120	54.1

ST有所見者の状況

	ST所見あり		要医療・要精査		保健指導実施		医療機関受診あり		医療機関受診なし	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	H28	3人	8.8%	3人	100%	1人		0人		1人
H29	1人	2.3%	1人	100%	1人	100%	0人	0%	1人	100%
H30	10人	6.8%	6人	60%	3人	50%	2人	67%	1人	33%
R 1	10人	4.1%	9人	90%	6人	67%	4人	67%	2人	33%

心房細動有所見者の状況

	心房細動有所見者		要医療・要精査		保健指導実施		医療機関受診あり		医療機関受診なし	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	H28	1人	8.8%	1人	100%	1人	100%			
H29	1人	2.3%	1人	100%	0人	0%	0人	0%	0人	0%
H30	3人	6.8%	3人	100%	1人	33%	1人	100%	0人	0%
R 1	2人	4.1%	2人	100%	2人	100%	2人	100%	0人	0%

S T、心房細動有所見者に対して保健指導を実施し、医療機関受診につなげられる割合が上昇したことで、S T・心房細動の有所見者割合は減少傾向にあります。虚血性心疾患を予防するため、今後もS T有所見者、心房細動有所見者へは確実に保健指導を実施し医療機関へつなげていく必要があります。また、年度内で確実に受診状況を確認し、データの集計に努めます。

二次健診における心電図検査の結果

	二次健診 受診者	心電図検査 受診者	要医療 要精査者	S T有 所見者	医療機関 受診なし	心房細動 有所見者
R1	18人	2人	1人	1人	1人	0人
R2 (2月末時点)	14人	10人	0人	0人	0人	0人

令和元年度より、二次健診において特定健診で心電図検査を実施していないかつ専門職が必要と判断した者に対して心電図検査を実施しています。

令和元年度はS T有所見者を1人把握できましたが、医療機関受診につなげられませんでした。今後は対象者へ心電図検査受診を促すとともに、有所見者を医療機関受診へつなげられるよう保健指導に取り組みます。

③肥満解決のための保健指導

概要	肥満度分類別人数 中部地区 より			
	H30年度の本村のBMI25以上の者の割合は、中部地区の中で男性1位、女性2位と高い割合である。特に、40～64歳では男女ともに県平均より高い。			
		40～64歳	65～74歳	75歳以上
	沖縄県（男性）	47.6	44.3	41.1
	中城村（男性）	52.7	36.2	37.8
	沖縄県（女性）	31.0	37.1	41.7
	中城村（女性）	33.8	33.9	43.7
	また、肥満I度の年代別割合をみると、男女ともに年代が上がるにつれてその割合が上昇している。			
		40～64歳	65～74歳	75歳以上
	中城村（男性）	81.6	87.8(+6.2)	94.3(+6.2)
	中城村（女性）	71.3	77.1(+5.8)	77.5(+0.4)
	村の実態として肥満をとまなう高血圧、糖尿病を予防するためには40～64歳からの対策が重要であることがわかる。またE表より、中城村の糖尿病+合併症の割合が54.4%と県平均47.8%より高く、同規模市町村の中でも最も多い。			

	生活習慣病起因や重症化の原因となる肥満解決に重点を置くため、肥満解決のための保健指導を個別の保健事業に追加する。
対象者	以下の3つ全てを満たす者 ①40～64歳 ②BMI 25～30 ③HbA1c 6.5%以上
実施内容	集団と個別に分けて実施。 集団では、会場にて油の量を展示。また村民が「よく食べる物」について聞き取りを行い、分析、資料を作成し今後の栄養指導に活かす。また、栄養教室の実施も検討していく。 個別では、面談等により保健指導や栄養指導を実施。 【アウトプット】保健指導実施件数 【アウトカム】BMI改善率、HbA1c変化、各数値の変化
評価	肥満を解決していく過程で、メタボリック該当者や予備軍の減少、各保健事業の評価改善につながることができるよう、肥満を解決できる保健指導を継続的に実施する。

(2)ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている沖縄県の実態や食生活、生活リズムなどの生活習慣との関連について、各種団体や広報誌等で住民へ周知を行いました。また、肥満の改善を目的として集団健診会場で食品に含まれる油の量の展示や説明を重点的に実施しています。

自分に合った あぶら (脂質) のとり方を知ろう!

「見える あぶら」のとり方は?

「見えるあぶら」とは、料理で使う(ゆめたり、煮がたりする)あぶら(脂質)や調味料(ドレッシングやマヨネーズ)のあぶら量には指します。「見えるあぶら」の必要量は個人によって異なります。(目安量:成人12g/日)調理法や、調味料の使い方を工夫してみよう!

摂食・調味に使うあぶらは全て1g=0kcal! 摂りすぎ注意! **油量**

サラダ油 (大さじ1)	オリーブオイル (大さじ1)	菜種油 (大さじ1)	ごま油 (大さじ1)
11g	12g	12g	12g

大さじ1で約100kcal前後、油取りすぎ注意です!

サラダにかける調味料、見えるあぶらの量はどれくらい? (大さじ1杯) **油量**

ノンオイルドレッシング	和風ドレッシング	すりおろしオリーブオイルドレッシング	ごまドレッシング
0g	1.6g	2.7g	5.4g

オイルタイプはあぶらが多く、ノンオイルタイプは油分や糖分量が多いに注意!

「見えるあぶら」レシピ (2人分)
お好みドレッシング・大さじ1
お好みの野菜すりおろし・大さじ1
*大根+玉ねぎ+人参+トマトなど

ポイント

- ・フッ素加工等くっつきにくいフライパンを使う
- ・食材からの油で済ませる
- ・(豚)肉は皮目から焼くとあぶらが出る
- ・あぶらが多い食材は家でこぼして、油カット

「見えない あぶら」のとり方は?

「見えないあぶら」とは、食品そのものに含まれている隠れたあぶら(脂質)を、ここでは指します。自分の食や飲みを振り返りながら、「見えないあぶら」をコントロールするコツを見つけましょう。

お肉の中の、見えないあぶらはどのくらい? (肉100gで比較) **油量**

豚肉	鶏肉	牛肉
2.5g	3.0g	3.0g

おやつの中の、見えないあぶらはどのくらい? (1食分で比較) **油量**

チョコレート	アイスクリーム	ポテトチップス	あんぱん	ミルクスタンプ
25g	112g	30g	40g	25g
6.5g	8.9g	0.8g	11.8g	14.6g

食品の見えないあぶらはどのくらい? (1食分で比較) **油量**

アボカド	魚天ぷら	黒豆焼	野菜かき揚げ	サバ
(1/4, 35g)	(150g)	(150g)	(150g)	(150g)
6.5g	8.4g	10.8g	14.8g	1.9g

※食品によって脂質量は異なります。栄養成分表示で確認を!

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

【特定健診受診における進捗状況】

		H28	H29	H30	R1
中城村	目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績	41.0%	43.4%	41.8%	46.8%
沖縄県実績		39.4%	39.1%	39.3%	38.6%

(法定報告値)

【特定保健指導における進捗状況】

		H28	H29	H30	R1
中城村	目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績	74.5%	60.7%	63.0%	69.2%
沖縄県実績		58.7%	60.0%	63.8%	67.2%

(法定報告値)

2 特定健診の実施

本村の特定健診受診率の経年変化を見ると、概ね増加しています。本村の受診形態として集団健診の割合が高いため、年度によって台風等で集団健診が延期や中止となった場合、受診率低下に影響している可能性があります。

年代別では、年齢が高くなるほど受診率が高いことがわかります。40代・50代の受診率も若干は伸びてきていますが、今後も若い世代の受診率向上が最大の課題です。若い世代にターゲットを絞った周知方法や受診環境のさらなる整備も必要です。

令和元年度から、AI(人工知能)によるナッジ理論を用いた受診勧奨を実施しています。過去の受診歴の分析、勧奨対象者の決定、タイプ別勧奨通知の作成を行い受診勧奨を行うことで、令和元年度の受診率が前年度比5%増加しています。継続受診者・無関心層・不定期受診者へのアプローチなど勧奨通知を分けたことで受診行動に繋がったと考えられますが、今後も検証していく必要があります。また、健康生活推進員による未受診者訪問も継続しながら、受診率向上に効果的な方法を展開して必要があります。

生活習慣病などで定期通院している被保険者からのデータ受領（トライアングル事業）について、医師会の協力により、本人からの同意取得や追加検査の実施など、健診受託医療機関の負担が軽減され、今後はデータ受領が増え受診率向上に繋がると考えられます。定期通院者の特定健診受診や、保健指導の活用に繋げるため、この事業を被保険者へ広く周知していきます。

特定健診受診率の推移

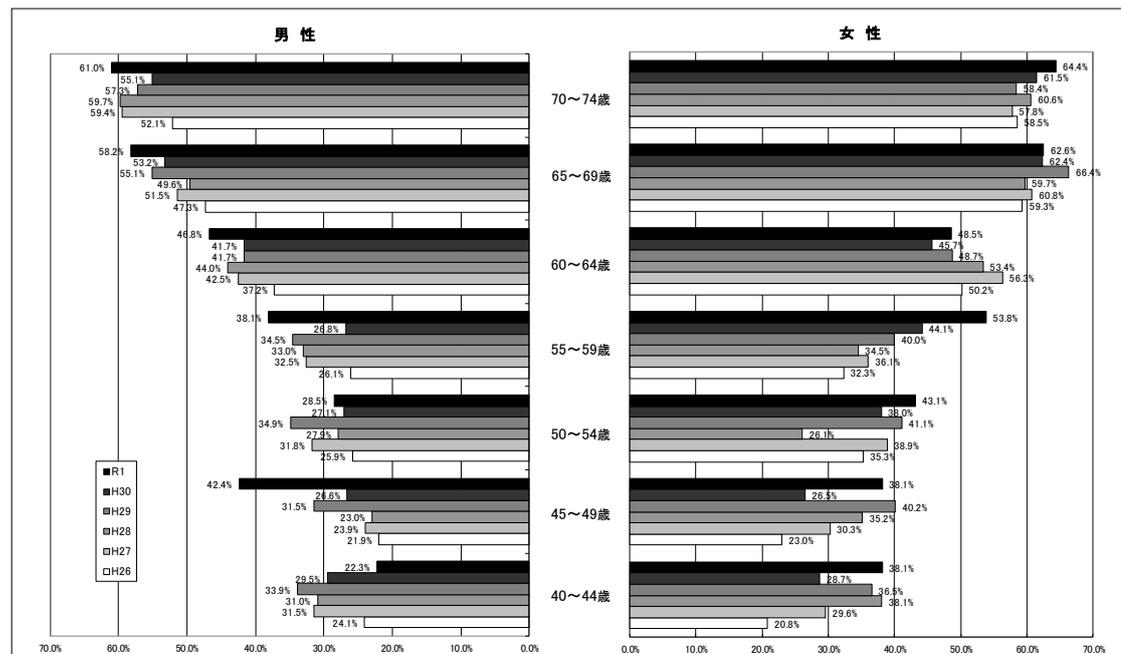
	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	3,073	1,350	43.9%	975	D/B(前年) 71.3%	295	C/B 21.9%	80	D/B 5.9%
H29	3,041	1,428	47.0%	984	72.9%	308	21.6%	136	9.5%
H30	2,974	1,316	44.3%	973	68.1%	207	15.7%	136	10.3%
R1	2,986	1,487	49.8%	993	75.5%	262	17.6%	232	15.6%

※継続受診者は前年度と比較して算出

※新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

※不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者

特定健診受診率の推移

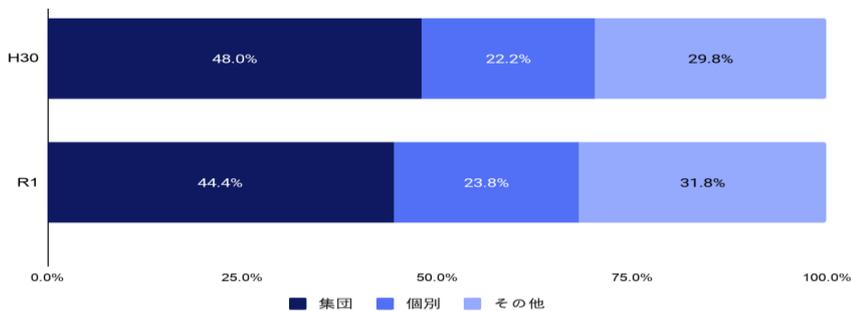


6年間の受診率の伸びをみる

	総 数							男 性							女 性						
	H26			R1			伸び率	H26			R1			伸び率	H26			R1			伸び率
	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
総数	3,133	1,212	38.7%	2,986	1,487	49.8%	11.1%	1,768	608	34.4%	1,681	782	46.5%	12.1%	1,365	604	44.2%	1,305	705	54.0%	9.8%
40代	629	142	22.6%	530	184	34.7%	12.1%	383	88	23.0%	315	102	32.4%	9.4%	246	54	22.0%	215	82	38.1%	16.2%
50代	865	250	28.9%	566	222	39.2%	10.3%	531	138	26.0%	347	115	33.1%	7.2%	334	112	33.5%	219	107	48.9%	15.3%
60代	1,164	556	47.8%	1,303	714	54.8%	7.0%	637	269	42.2%	696	368	52.9%	10.6%	527	287	54.5%	607	346	57.0%	2.5%
70代	475	264	55.6%	587	367	62.5%	6.9%	217	113	52.1%	323	197	61.0%	8.9%	258	151	58.5%	264	170	64.4%	5.9%
再)40~64歳	2,095	652	31.1%	1,662	675	40.6%	9.5%	1,234	345	28.0%	987	369	37.4%	9.4%	861	307	35.7%	675	306	45.3%	9.7%
再)65~74歳	1,038	560	53.9%	1,324	812	61.3%	7.4%	534	263	49.3%	694	413	59.5%	10.3%	504	297	58.9%	630	399	63.3%	4.4%

受診者における健診種別割合

データ元：キャンサースキャン



3 特定保健指導の実施

特定保健指導の経年変化を見ると、目標値より上回っていますが、年によってばらつきが見られます。特定保健指導にあたる専門職の安定した確保と、保健指導に専念できる環境を作る必要があります。また、指導率の目標は達成しているが、メタボリックシンドローム該当者は増加しているため、特定保健指導自体の周知をしっかりと行い指導受入者を増やすこと、また指導者の力量形成や分かりやすい資料の作成などが必要です。

保健指導対象者が、指導により食や生活習慣の改善に繋がった、メタボが改善したなど良い結果に繋がるよう、質の高い保健指導を実践していく必要があります。保健指導のスキルアップのため国保連等主催の研修を積極的に活用することや、担当係内において勉強会や情報連携などを定期的に行うこととします。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

医療費適正化や健康づくりに取り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支援制度の評価指標が変化しているため今後は保険者支援制度評価指標を勘案した目標を追加して保健事業の方向性を考えていくことが必要です。

今回の中間評価では、「健康受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少」「メタボリックシンドローム減少率」「5つのがん検診の平均受診率」「歯科健診の受診率増加」を追加しました。

また、個別事業に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を追加しています。

1 「健康受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少」 14 ページ参照

2 メタボリックシンドローム減少率

	H28	H29	H30	R1
該当者減少率	18.9	22.1	20.1	18.1
予備群減少率	15.7	24.2	12.5	14.5

(該当者減少率：前年度該当者のうち、当年度は予備群となった者、または該当者・予備群では無くなった者の率)

(予備群減少率：前年度予備群のうち、当年度、該当者・予備群で無くなった者の率)

特定保健指導率は目標の60%を超えていますが、メタボ減少率は改善が見られていません。メタボ該当者及び予備群の方への適切な保健指導を実施する必要があります。

3 「5つのがん検診の平均受診率」

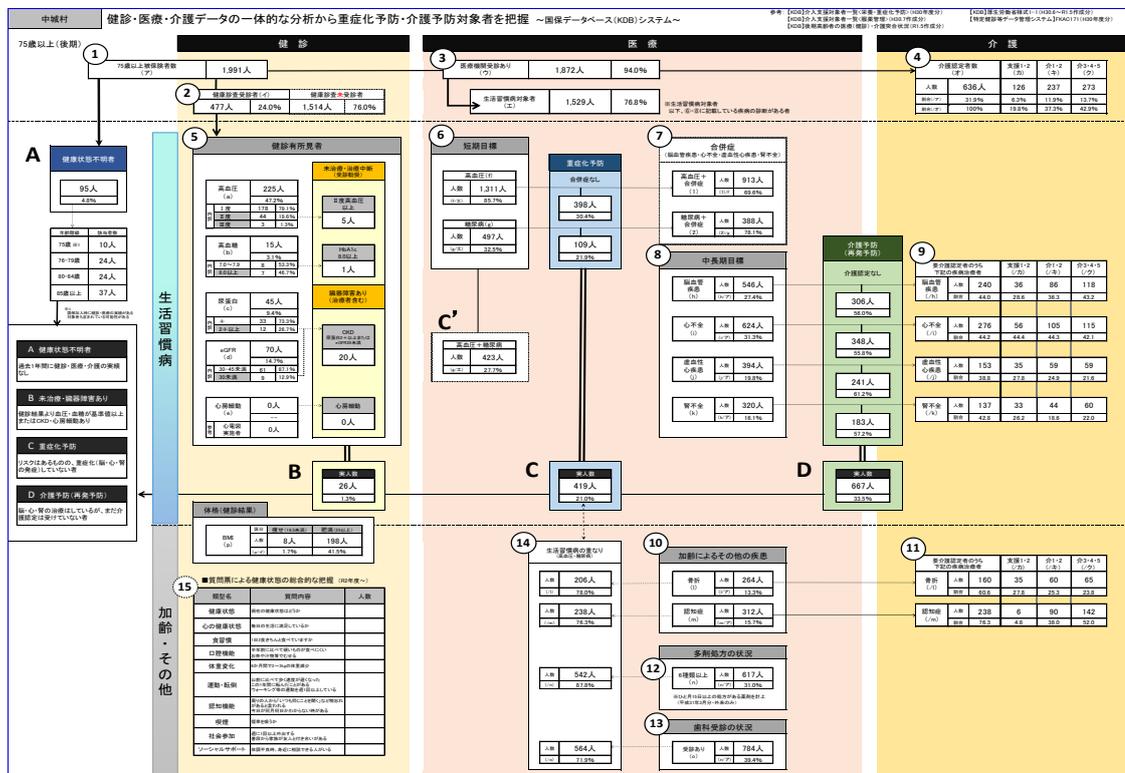
がん検診受診率をみると、目標には届いていません。また、胃がん検診や子宮頸がん検診、乳がん検診は受診率が不明確となっており、データの構築や管理を確実にする必要があります。集団健診では特定健診とがん検診の同時実施を行っています。また「40歳総合がん検診」を実施しており、40歳の方は無料でがん検診を受けられるなど、受診率向上を図っていますが、通知の工夫など更なる未受診者対策を実施する必要があります。

4 「歯科健診の受診率増加」

中城村では、令和元年度から健康増進法に基づく健康増進事業として40歳・50歳・60歳・70歳を対象に歯周疾患検診を実施しています。事業の周知を広く行い、今後も受診率が伸びていくよう通知の工夫等実施していきます。

5 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」

地域包括ケアの取組に関連する新たな情勢として令和2年度より開始されました。第2期データヘルス計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、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、都道府県医療計画、介護保険事業計画との調和を保ち推進していくためにも、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に積極的に取り組む必要があります。本村においては令和4年度より沖縄県後期広域連合から委託を受けて取り組む予定です。今後はKDBシステムを活用し国保のみならず後期高齢者の医療費・介護費等の分析を行っていきます。医療費分析等を踏まえ糖尿病管理台帳等を活用しハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを組み合わせる切れ目のない保健事業の展開を図ります。



- ① 健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握 (E表) によるデータ分析 (企画調整を行う保健師の配置)
- ② ハイリスクアプローチの実施 E表から対象者を抽出。特に糖尿病等重症化予防について、75歳以上を過ぎてても途切れないよう、糖尿病管理台帳に基づき継続支援する。
- ③ ポピュレーションアプローチについて。E表で地域の課題を確認、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための教室等を実施。認知症予防等の健康教育(通いの場等活用)、健康相談等の実施。

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた中城村の位置

項目		R1 中城村		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	19,355		4,581,318		1,417,652		125,640,987		KDB.NO.5 人口の状況
		65歳以上(高齢化率)	3,453	17.8	1,220,042	26.6	278,337	19.6	33,465,441	26.6	KDB.NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題
		75歳以上	1,881	9.7	--	--	143,443	10.1	16,125,763	12.8	
		65～74歳	1,572	8.1	--	--	134,894	9.5	17,339,678	13.8	
		40～64歳	6,378	33.0	--	--	474,416	33.5	42,295,574	33.7	
	39歳以下	9,524	49.2	--	--	664,899	46.9	49,879,972	39.7		
	② 産業構成	第1次産業	3.4		5.5		4.9		4.0		KDB.NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題
		第2次産業	18.9		28.8		15.1		25.0		
		第3次産業	77.7		65.7		80.0		71.0		
	③ 平均寿命	男性	80.7		80.8		80.3		80.8		
女性		88.8		87.1		87.5		87.0		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性 ※保険者欄は二次医療圏データ	78.3		79.9		78.6		79.6			
	女性 ※保険者欄は二次医療圏データ	83.4		84.0		83.8		84.0			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)									
		男性	79.7		98.4		97.8		100		
		女性	73.5		98.9		87.5		100		
		がん	29	39.2	13,300	49.8	3,034	47.7	373,187	49.9	KDB.NO.1 地域全体像の把握
		心臓病	22	29.7	7,303	27.3	1,686	26.5	204,720	27.4	
		脳疾患	15	20.3	4,069	15.2	957	15.0	109,818	14.7	
		糖尿病	1	1.4	455	1.7	165	2.6	13,964	1.9	
	腎不全	3	4.1	860	3.2	274	4.3	25,127	3.4		
	自殺	4	5.4	745	2.8	243	3.8	20,385	2.7		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									
男性										厚労省HP 人口動態調査	
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	802	23.0	216,123	17.6	58,225	20.7	6,467,463	19.6	
		新規認定者	8	0.3	4,031	0.3	740	0.3	113,806	0.3	
		2号認定者	23	0.4	5,242	0.3	2,247	0.5	152,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	129	16.5	51,640	23.3	10,708	18.1	1,537,914	23.0	
		高血圧症	343	43.9	115,606	52.1	27,591	46.4	3,472,146	51.7	
		脂質異常症	217	26.2	65,156	29.2	15,963	26.5	2,036,238	30.1	
		心臓病	392	49.7	131,413	59.4	30,540	51.4	3,939,115	58.7	
		脳疾患	178	22.2	54,332	24.9	14,550	24.7	1,587,755	24.0	
		がん	75	9.2	23,271	10.5	4,973	8.4	739,425	11.0	KDB.NO.1 地域全体像の把握
		筋・骨格	365	43.9	113,224	51.4	28,108	47.1	3,448,596	51.6	
精神	242	30.9	80,810	36.6	20,037	33.5	2,437,051	36.4			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	79,666		65,358		73,030		61,336			
	居宅サービス	54,406		42,280		53,844		41,769			
④ 医療費等	施設サービス	293,911		289,330		296,827		293,933			
	要介護認定別医療費(40歳以上)										
	認定あり	10,842		8,839		10,319		8,385			
	認定なし	4,459		3,965		4,630		3,943			
4	① 国保の状況	被保険者数	5,284		1,020,983		404,796		27,083,475		
		65～74歳	1,426	27.0			112,020	27.7	11,778,022	43.5	
		40～64歳	1,955	37.0			145,802	36.0	8,588,709	31.7	
		39歳以下	1,903	36.0			146,974	36.3	6,716,744	24.8	
	加入率	27.3		22.3		28.6		21.6		KDB.NO.1 地域全体像の把握	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	282	0.3	94	0.2	8,411	0.3	KDB.NO.5 被保険者の状況
		診療所数	8	1.5	2,892	2.8	882	2.2	101,457	3.7	
		病床数	370	70.0	51,864	50.8	18,984	46.9	1,554,824	57.4	
		医師数	79	15.0	8,972	8.8	3,609	8.9	319,466	11.8	
		外来患者数	5415		7122		5337		7005		
③ 医療費の状況	入院患者数	22.3		20.2		20.7		19.7			
	一人当たり医療費	25,364		27,767		24,835		27,475			
	受診率	563,831		732,359		554,441		720,253		KDB.NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
	外来										
	費用の割合	51.0		58.9		52.7		59.2			
	件数の割合	96.0		97.2		96.3		97.3			
	入院										
費用の割合	49.0		41.1		47.3		40.8		KDB.NO.1 地域全体像の把握		
件数の割合	4.0		2.8		3.7		2.7				
1件あたり在院日数	16.6日		15.9日		17.0日		16.0日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名(調剤含む)	がん	175,058,460	22.6	29.6		22.7		29.9		KDB.NO.3 健康・医療・介護データからみる地域	
	慢性腎不全(透析あり)	81,931,720	10.6	8.1		13.0		8.5			
	糖尿病	56,526,310	7.3	10.8		7.9		10.2			
	高血圧症	36,817,370	4.8	6.9		5.2		6.6			
	精神	186,699,040	24.1	14.7		23.0		15.3			
	筋・骨格	137,721,500	17.8	16.6		15.6		16.4			

