

第2期 保健事業実施計画（データヘルス計画）

第3期特定健康診査等実施計画

中間評価

令和3年3月 今帰仁村国民健康保険

中間評価報告書 目次

- 第1章 データヘルス計画概要
- 第2章 中間評価の趣旨
 - 1 中間評価の方法
 - 2 中間評価の留意点

- 第3章 中間評価の結果
 - 1 ストラクチャー、プロセス評価
 - 2 中長期目標、短期目標（アウトプット、アウトカム）の進捗状況
 - (1) 医療費の状況
 - (2) 糖尿病性腎症による透析導入の状況
 - (3) 短期目標の状況（高血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドロームの状況）

 - 3 主な個別事業の評価と課題
 - (1) 重症化予防の取り組み
 - ①心電図検査
 - ②腎・CKD対策事業
 - ③糖尿病性腎症重症化予防事業
 - ④要医療者支援対策事業
 - (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
 - 2 特定健診の実施
 - 3 特定保健指導の実施

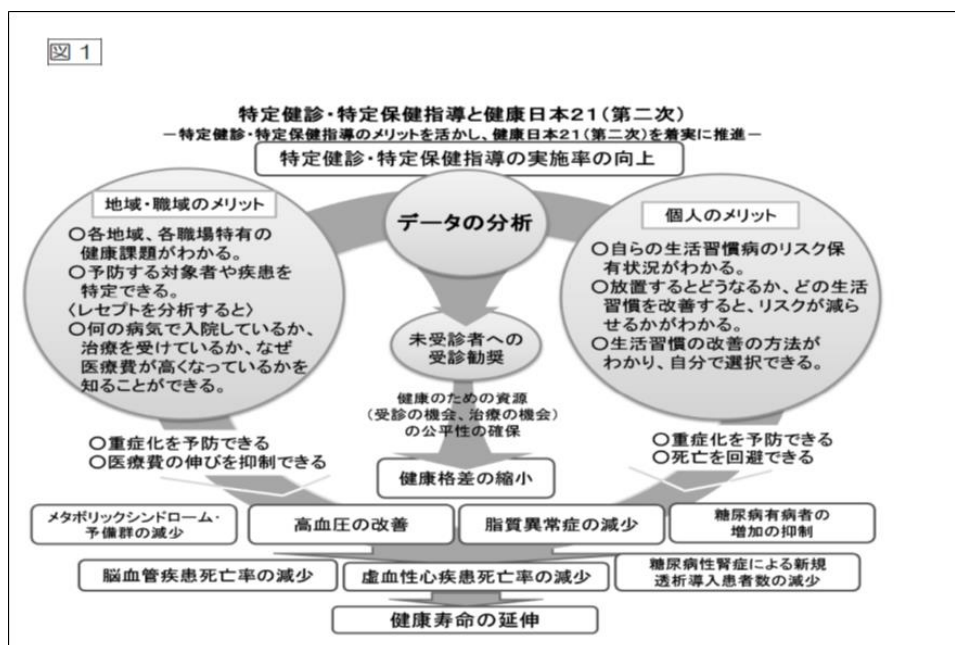
- 第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し
 - 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - 2 がん検診の進捗状況
 - 3 歯科健診（歯周病検診含む）の実施

- 巻末資料 ①～④

第1章 データヘルス計画の概要

平成25年に閣議決定された「日本再興戦略」により、全ての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、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国の指針」という。）の一部が改正されました。これにより、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）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとしております。

本村においては、国の指針に基づき、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び今帰仁村の財政基盤強化を図ることを目的として『第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）』を平成30年3月に策定しました。計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間です。



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

第2期データヘルス計画では、毎年度の進捗状況を確認するとともに、本計画の最終年度において総合的に評価します。計画の最終年度（令和5年度）において次期計画の策定を円滑に行うため上半期に限り、中間評価を行います。

1 中間評価の方法

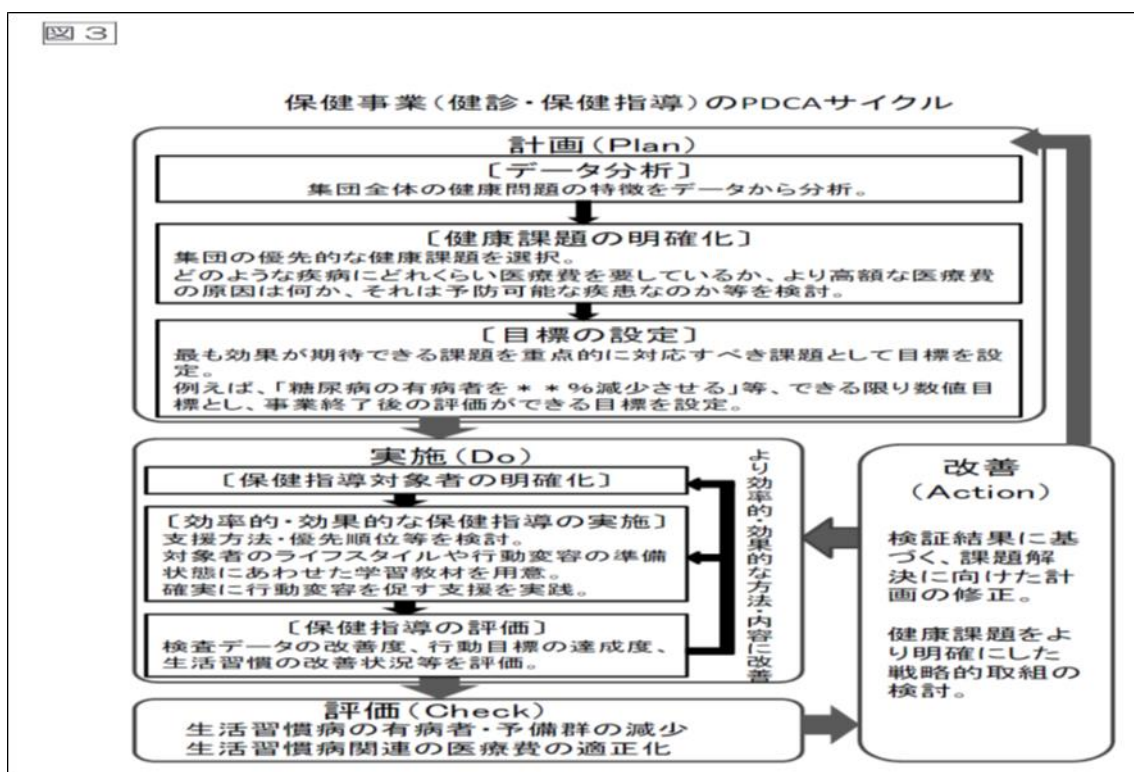
保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

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施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実施状況は、毎年取りまとめ評価します。中間評価については、沖縄県や今帰仁村国保運営協議会、国保連合会に設置している保険事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

※評価における4つの指標

| | |
|-------------------------------|---|
| ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制) | <ul style="list-style-type: none"> ・本計画に基づき、PDCAサイクルに沿った事業及び保健指導実施、中間評価のために必要な専門職の確保（予算含む） ・KDB活用環境の確保 ・庁内での事業進捗管理・評価体制と、外部関係機関からの助言・評価体制の確保 |
| プロセス (保健事業の実施過程) | <ul style="list-style-type: none"> ・KDBを中心に、関連する健康・医療・介護・福祉データ、及び個別支援等で把握した質的情報を活用できているか。 ・上記データを基に、現状分析、健康課題の抽出、事業計画立案・修正ができたか。 |
| アウトプット (保健事業の実施状況・実施量) | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・糖尿病重症化予防事業の実施状況 ・脳、心、腎を守るための重症化予防事業の実施状況 ・要医療者支援事業の実施状況 |
| アウトカム (成果) | <ul style="list-style-type: none"> ・虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析患者の推移 ・糖尿病、高血圧症、脂質異常症の未治療者の推移 ・メタボリックシンドローム予備軍、該当者の推移 ・医療費、介護給付費の推移 |



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

2 中間評価に当たっての留意点

今帰仁村では、平成 29 年度に健診実施医療機関を変更しており、それに伴い健診データの変動を認めました。具体的には、HbA1c、LDL、収縮期血圧、尿蛋白の各項目において、平成 28 年度以前と比べ悪化していました。【巻末資料①】 要因として、健診機関変更によりこれまでと違う方法で検査されるようになったことが挙げられます。そのため、中間評価の基準年度である平成 28 年度と令和元年度を単純に比較することは困難であることを前提として、今回の中間評価を行ないます。

第3章 中間評価の結果

村の健康課題を明確化しその解決に向け、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの各指標に基づき、計画の進捗状況について中間評価を行ないます【巻末資料②】。

1 ストラクチャー、プロセス評価

| | |
|-------------------------------|---|
| ストラクチャー (計画立案体制・実施構成・評価体制) | <ul style="list-style-type: none">・本計画に基づき、PDCAサイクルに沿った事業及び保健指導実施、中間評価のために必要な専門職の確保（予算含む）・KDB活用環境の確保・庁内での事業進捗管理・評価体制と、外部関係機関からの助言・評価体制の確保 |
| プロセス (保健事業の実施過程) | <ul style="list-style-type: none">・KDBを中心に、関連する健康・医療・介護・福祉データ、及び個別支援等で把握した質的情報を活用できているか。・上記データを基に、現状分析、健康課題の抽出、事業計画立案・修正ができたか。 |

中間評価にあたり必要なストラクチャー指標として、専門職人材・予算の確保、KDB 活用環境の確保、庁内での事業進捗管理・評価体制と外部関係機関（国保連合会の保健事業評価支援委員など）からの助言・評価体制の確保があります。村においては、計画策定当初よりこれらの体制整備に努め取り組んでいます。またプロセス指標については、KDB や日々の保健活動で入手した量的・質的データを基に、地域の健康課題の実態把握と分析、課題解決のための事業計画立案、効果的・効率的な事業実施のための対象者の明確化を行ない、保健指導従事者の専門性・力量形成も合わせて取り組んでいます。

2 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

第二期データヘルス計画で設定したアウトプット、アウトカム目標は以下の通りです。

| | |
|---------------------------|--|
| アウトプット (保健事業の実施状況・実施量) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・ 糖尿病重症化予防事業の実施状況 ・ 脳、心、腎を守るための重症化予防事業の実施状況 ・ 要医療者支援事業の実施状況 |
| アウトカム (成果) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析患者の推移 ・ 糖尿病、高血圧症、脂質異常症の未治療者の推移 ・ メタボリックシンドローム予備軍、該当者の推移 ・ 医療費、介護給付費の推移 |

「目標管理一覧表」を用いて、各指標の進捗状況を評価します。

中長期目標疾患である虚血性心疾患、慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合について、平成28年度と比較し減少していますが、県や全国と比較すると依然として高い状況があり課題となっています。脳血管疾患の割合は増加しているものの、県・全国並みであると言えます。

短期目標疾患について、平成29年度の健診機関変更により血圧、LDL、HbA1cの各項目にデータ変動があったため、平成28年度の初期値と単純に比較することは困難です。そのため、最終目標を修正し、中間評価（令和元年度）と比べ減少することを目標としました。

※目標管理一覧表

| データヘルス計画の目標管理一覧表 | | ※数字の定義：H28=第2期データヘルス計画 R元=評価(R1法定報告値) | | ※計画策定時の目標値と変更したものは赤字 | | 最終目標 R5 | データの 把握方法 | | |
|---------------------------|-------------------------|--|---|----------------------|------------|--------------|--------------|--------|-----|
| 関連 計画 | | 達成すべき目的 | 課題を解決するための目標 | 実績 初期値 H28 | 中間評価 R元 | | | | |
| データヘルス計画 | 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の医療費の伸びを抑制 | 脳血管疾患の総医療に占める割合の減少 | 0.61% | 2.41% | 減少 | KDBシステム | | |
| | アウトカム指数 | | 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少 | 3.64% | 2.35% | | | | |
| 慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合の減少 | | | 9.71% | 7.52% | | | | | |
| 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 | | | 42.80% | 43.50% | | | | | |
| 糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少 | | | 5人 | 2人 | | | | | |
| ★メタボリックシンドローム+予備軍の割合減少 | | 39.53% | 44.50% | 中間評価(R元年度)と比べ減少 | | | | | |
| 特定健診等計画 | 短期目標 | 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発生を予防するために、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者の割合減少(160/100以上) | 4.07% | 7.27% | 増加 | 今帰仁村福祉保健課 | | |
| | | | ★健診受診者の脂質異常症者の割合減少(LDL180以上) | 3.87% | 6.12% | | | | |
| 保険者努力支援制度 | 短期目標 | がんの早期発見、早期治療 | ★健診受診者の血糖異常者の割合減少(HbA1c6.5以上) | 8.37% | 14.93% | 増加 | 地域保健事業報告 | | |
| | | | ★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少 | 0.39% | 0.29% | | | | |
| | | | 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加 | | 79.70% | | | 80% | |
| | | | ★特定保健指導対象者の割合の減少 | 16.80% | 15.60% | | | 減少 | |
| | | | 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 | 48.00% | | | 46.00% | 60% |
| | | | | ★特定保健指導実施率60%以上 | 80.40% | | | 88.80% | 80% |
| | | | | 糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上 | 42.20% | | | 44.70% | 80% |
| | | | | 胃がん検診受診率向上 | 6.27% | | | 4.66% | |
| | | | | 肺がん検診受診率向上 | 12.84% | | | 11.76% | |
| | | | | 大腸がん検診受診率向上 | 9.30% | | | 9.64% | |
| | 子宮頸がん検診受診率向上 | 11.15% | 16.87% | | | | | | |
| | 乳がん検診受診率向上 | 15.85% | 20.07% | | | | | | |
| | 5つのがん検診の平均受診率の増加 | 11.08% | 12.60% | | | | | | |
| | 歯科検診(歯周病健診) | 歯科検診(歯周病健診含む)の実施 | 未実施 | 未実施 | 検討 | | | | |
| | 自己の健康に関心を持つ住民が増える | 広く住民に対し行なう健康づくりの取り組み(個人インセンティブ)の実施 | 未実施 | 実施 | 実施 | 今帰仁村福祉保健課 | | | |
| | 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80%以上 | 83.13% | | 80.00% | 厚生労働省(9月診察分) | | | |
| | 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 | — | 未実施 | 実施 | KDBシステム | | | |

(1) 医療費の状況

総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)は、9.71%から7.52%に減少していますが、県平均より高く国平均の1.7倍という状況です。また狭心症・心筋梗塞は3.64%から2.35%に減少していますが、県平均より高く国平均の1.4倍となっています。

※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(R1)

| 市町村名 | 総医療費 | 一人あたり医療費 | | | 中長期目標疾患 | | | |
|-------|-------------------|----------|-----|----|----------------|----------------|------------|-------------|
| | | 金額 | 順位 | | 腎 | | 脳 | 心 |
| | | | 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 |
| 今帰仁村 | 1,253,547,620 | 30,440 | 88位 | 5位 | 7.52% | 0.76% | 2.41% | 2.35% |
| 同規模平均 | 162,644,805,270 | 29,020 | -- | -- | 3.94% | 0.34% | 2.12% | 1.70% |
| 県 | 121,720,589,390 | 24,808 | -- | -- | 6.43% | 0.31% | 2.33% | 1.73% |
| 国 | 9,546,054,012,590 | 26,225 | -- | -- | 4.45% | 0.31% | 2.11% | 1.69% |

| 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 |
|--------|-------|-----------|----------------------|--------|--------|----------|-----------|
| 糖尿病 | 高血圧 | 脂質 異常症 | | | | | |
| 3.74% | 2.07% | 1.83% | 259,189,660 | 20.68% | 10.39% | 12.40% | 5.54% |
| 5.88% | 3.90% | 2.46% | 33,084,938,140 | 20.34% | 15.97% | 8.54% | 9.38% |
| 3.94% | 2.58% | 1.63% | 23,062,990,300 | 18.95% | 11.29% | 11.39% | 7.76% |
| 5.41% | 3.52% | 2.58% | 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

【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

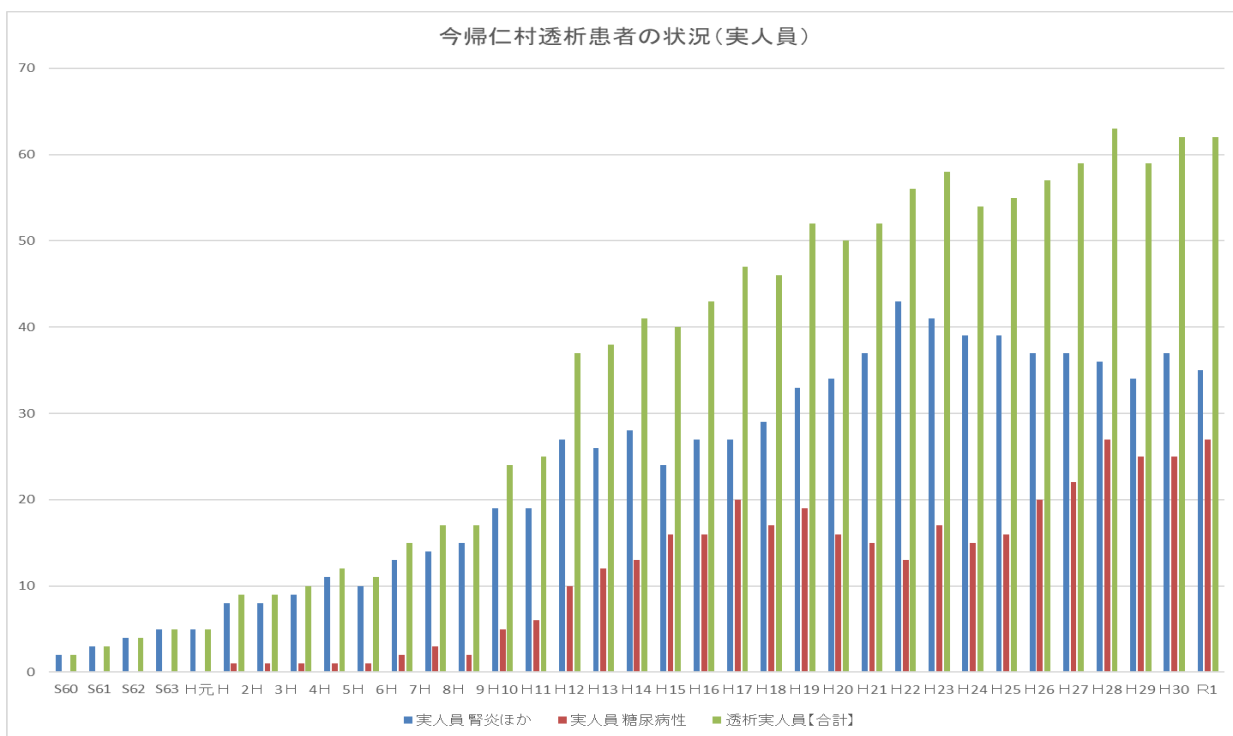
(2) 糖尿病性腎症による透析導入の状況

村における透析患者の推移を見ると、実人員は右肩上がりとなっており、原疾患別で見ると糖尿病性の割合は約4割となっています。一方新規透析導入者の経年推移を見ると、平成12年度をピークに漸減しつつあります。

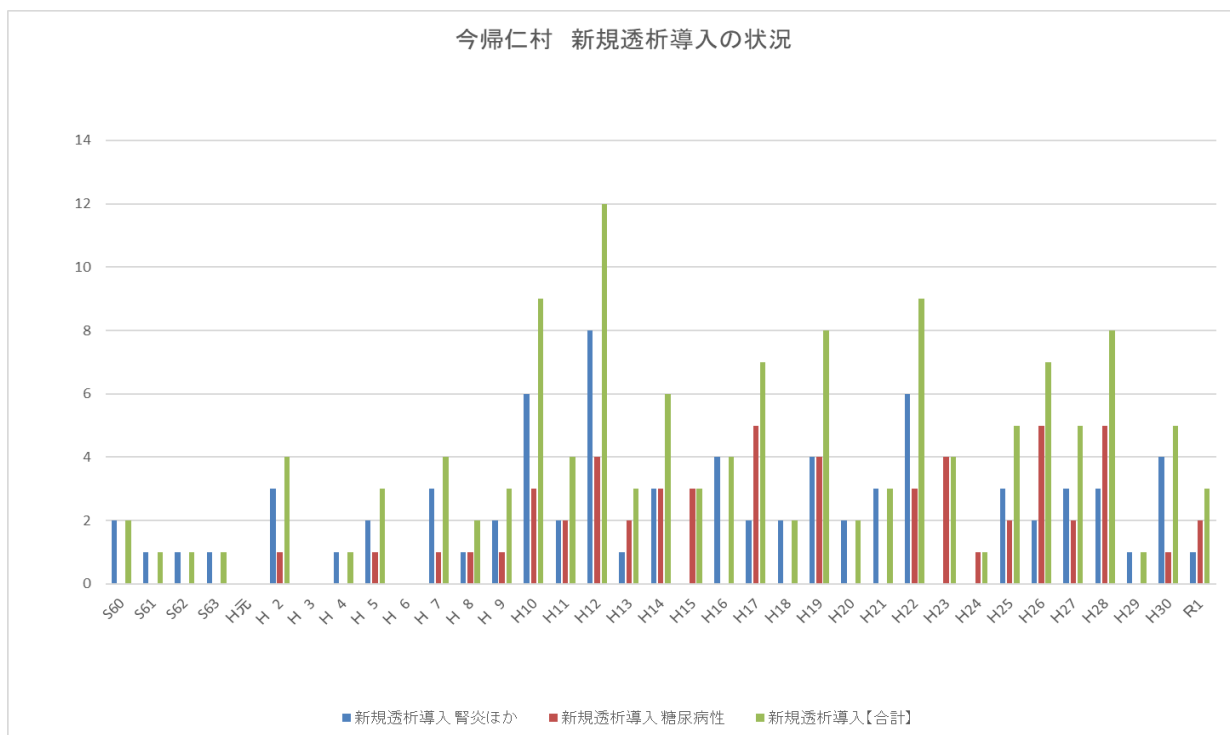
※透析患者(実人員)

| | | H28 | H29 | H30 | R1 |
|------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 全体 | 人数(a) | 63 | 59 | 62 | 62 |
| | 腎炎ほか | 36 | 34 | 37 | 35 |
| | 割合(b/a) | 57.10% | 58.60% | 59.70% | 56.50% |
| 糖尿病性 | 人数(c) | 27 | 25 | 25 | 27 |
| | 割合(c/a) | 42.80% | 42.40% | 40.30% | 43.50% |

※厚生医療から見る村の透析患者状況(経年変化)



※厚生医療から見る新規透析導入者の状況(経年変化)



(3) 短期目標（高血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドロームの状況）

平成 28 年度と平成 29 年度を比較すると、高血圧、HbA1c、LDL、メタボリックシンドロームのすべての項目において、正常判定が減少し異常値が増加しています。健診機関変更後の平成 29 年度以降を比較すると、血圧（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ度）、LDL（保健指導判定値、受診勧奨判定値）は年々改善しており、一定の成果が見られます。HbA1c については正常・正常高値が増加傾向にある一方、受診勧奨判定値も横ばい～増加傾向にあり、引き続き課題となっています。またメタボリックシンドローム・肥満症は、高血圧・糖尿病・脂質異常症の発症だけでなく、虚血性心疾患・脳血管疾患・慢性腎不全のハイリスク要因であり、メタボリックシンドローム及び肥満症の解決に向けた保健指導が課題となっています。

※高血圧の状況

| | 血圧測定者 人数 | 正常 | | 保健指導判定値 | | 受診勧奨判定値 | | | | | |
|-----|-------------|-----|-------|---------|-------|---------|-------|-----|------|-----|------|
| | | 正常 | | 正常高値 | | 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 |
| A | B | B/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | |
| H28 | 1,116 | 642 | 57.5% | 174 | 15.6% | 252 | 22.6% | 40 | 3.6% | 8 | 0.7% |
| H29 | 1,105 | 456 | 41.3% | 224 | 20.3% | 312 | 28.2% | 88 | 8.0% | 25 | 2.3% |
| H30 | 947 | 442 | 46.7% | 173 | 18.3% | 257 | 27.1% | 59 | 6.2% | 16 | 1.7% |
| R1 | 1,045 | 490 | 46.9% | 199 | 19.0% | 280 | 26.8% | 59 | 5.6% | 17 | 1.6% |

※HbA1c(血糖値)の状況

| | HbA1c測定 人数 | 正常 | | 保健指導判定値 | | | | 受診勧奨判定値 | | | | | |
|-----|---------------|-------|-------|---------|-------|----------------|-------|---------|------|---------|------|-------|------|
| | | | | 正常高値 | | 糖尿病の可能性が否定できない | | 糖尿病 | | | | | |
| | | 5.5以下 | | 5.6～5.9 | | 6.0～6.4 | | 6.5～6.9 | | 7.0～7.9 | | 8.0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 |
| A | B | B/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | G | G/A | |
| H28 | 1,116 | 518 | 46.4% | 362 | 32.4% | 128 | 11.5% | 51 | 4.6% | 42 | 3.8% | 15 | 1.3% |
| H29 | 1,105 | 181 | 16.4% | 411 | 37.2% | 363 | 32.9% | 61 | 5.5% | 64 | 5.8% | 25 | 2.3% |
| H30 | 947 | 229 | 24.2% | 395 | 41.7% | 221 | 23.3% | 49 | 5.2% | 37 | 3.9% | 16 | 1.7% |
| R1 | 1,045 | 237 | 22.7% | 421 | 40.3% | 235 | 22.5% | 69 | 6.6% | 64 | 6.1% | 19 | 1.8% |

※LDL コレステロール(脂質)の状況

| | LDL 測定者 人数 | 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 | F/A | |
| H28 | 1116 | 543 | 48.7% | 285 | 25.5% | 173 | 15.5% | 69 | 6.2% | 46 | 4.1% |
| H29 | 1105 | 368 | 33.3% | 262 | 23.7% | 236 | 21.4% | 126 | 11.4% | 113 | 10.2% |
| H30 | 947 | 327 | 34.5% | 258 | 27.2% | 182 | 19.2% | 119 | 12.6% | 61 | 6.4% |
| R1 | 1045 | 438 | 41.9% | 259 | 24.8% | 195 | 18.7% | 89 | 8.5% | 64 | 6.1% |

※メタボリックシンドローム状況

| | 受診者 人数 | 非該当 | | メタボ予備群 | | メタボリック該当 | | | | | |
|-----|--------|-----|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | | | | | | 該当者 | | 再掲)2項目 | | 再掲)3項目 | |
| | | 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 | |
| H28 | 1032 | 624 | 60.5% | 152 | 14.7% | 256 | 24.8% | 183 | 17.7% | 73 | 7.1% |
| H29 | 1039 | 585 | 56.3% | 150 | 14.4% | 304 | 29.3% | 196 | 18.9% | 108 | 10.4% |
| H30 | 947 | 518 | 54.7% | 172 | 18.2% | 257 | 27.1% | 164 | 17.3% | 93 | 9.8% |
| R1 | 1045 | 580 | 55.5% | 171 | 16.4% | 294 | 28.1% | 188 | 18.0% | 106 | 10.1% |

3 主な個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取り組み

重症化予防の取り組みでは、地域のかかりつけ医・開業専門医・総合病院との連携した個別支援が必要となります。北部地域では従前より「北部地区糖尿病 CKD 医療連携パス（紹介状）」を活用した市町村・医療機関連携が図られてきましたが、村では平成 30 年度を医療連携の集中対策期としこれまで以上に力を入れて取り組みました。その結果、前年度には 2 件だった紹介状発行件数が 29 件に増え、脳・心・腎の精密検査や治療開始につながり、効果的な重症化予防を図ることができました。

※H30 年度 かかりつけ医との連携の状況

| 依頼事項 output | | 精査依頼 | | | 治療依頼 | |
|------------------|-------|----------------|------------------------------|----------|---------------|--|
| | | 18/29件 (62.0%) | | | 9/29件 (31.0%) | |
| | | 2件 | 12件 | 2件 | | |
| 医師の対応 outcome | 専門医紹介 | 2件 (100%) | 7件 (58.3%) | 1件 (50%) | / | |
| | 治療開始 | 2件 (100%) | 4件 (57.2%) 再]手術適応2件 (50%) | 0件 (0%) | | |

①心電図検査

平成 30 年度からの第三期特定健診・特定保健指導の開始に伴い、心電図検査（詳細検診）の対象者が変更となりました。具体的には、血圧 140/90 以上または不整脈が疑われる者のうち、医師指示のあった者が詳細検診の対象者となりました。下表の心電図受診者は、詳細検診・希望検査受診者の合計が記されており、受診率は各年度でばらつきがありますが一定の割合で有所見者を発見することができています。

本村では虚血性心疾患が課題となっていますが、一方でその対応策としての心電図検査受診率・心臓を守るための施策化・心臓を守る保健指導のいずれもが不十分といった背景が見えてきました。そこで平成 30 年度には、保健指導従事者全員で虚血性心疾患についての

学習会を行ない、保健指導や医療受診勧奨の力量形成、心臓を守るための取り組みとして二次検診への心電図検査追加を行ないました。

現在では、主治医との連携を意識した循環器精査勧奨や保健指導を行なうことができます。

※特定健診心電図検査の結果 有所見者（軽度異常・異常）

| | | H 28 | H 29 | H 30 | R 1 | |
|--------|-----------|------------|-------|-------|-------|-------|
| 対象者 | 健診受診者 | 人 (a) | 1032 | 1039 | 947 | 1045 |
| | 心電図受診者 ※1 | 人 (b) | 402 | 284 | 183 | 400 |
| | | 割合 (a/b) | 38.9% | 27.3% | 19.3% | 38.2% |
| | 軽度異常 | 人 (c) | 26 | 32 | 19 | 39 |
| | | 割合 (c/b) | 6.5% | 11.2% | 10.3% | 9.8% |
| | 異常 | 人 (d) | 25 | 12 | 12 | 22 |
| | | 割合 (d/b) | 6.2% | 4.2% | 6.5% | 5.5% |
| | 有所見者※2 | 人 (c+d) | 51 | 44 | 31 | 61 |
| | | 割合 (c+d/b) | 12.6% | 15.4% | 16.9% | 15.2% |
| | 二次検診受診者 | 人 (e) | | | | 32 |
| | 心電図受診者 | 人 (f) | | | | 13 |
| | | 割合 (f/e) | | | | 40.6% |
| | 有所見者※2 | 人 (g) | | | | 5 |
| | | 割合 (g/f) | | | | 38.4% |
| 医療受診あり | 人 (h) | 3 | | | | |
| | 割合 (h/g) | 60% | | | | |

※1 40～74 歳以下の国保の者（生保・社保は含まない）

※2 心電図受診者に占める軽度異常・異常者の割合

②腎・CKD 対策事業

本村を含む北部医療圏は、腎専門医紹介先医療機関が 2 か所のクリニックのみであり、協力医療機関である開業医にて最大限の腎フォローに取り組んでいる状況です。腎専門医レベルの対象者はかなり多く、医療ひっ迫を避けるため、開業医、腎専門医、総合病院、保健師等が連携し CKD 対策に取り組んでいます（北部地区糖尿病・CKD 医療連携部会）。

将来の腎機能低下や心血管イベントのハイリスクグループである尿蛋白(2+)以上の割合が増加傾向にあり、未治療者への受診勧奨、個別のリスク（肥満、高血圧、糖尿病等）に応じた保健指導の継続と医療との連携を継続して取り組みます。

※腎臓専門医紹介対象者について

| | | | H28 | H29 | H30 | R1 |
|-------------|---------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| 対 象 者 | 健診受診者 ※1 | 人(a) | 1032 | 1039 | 947 | 1045 |
| | 腎臓専門医紹介対象者 ※2 | 人(b) | 73 | 75 | 72 | 86 |
| | | 割合(a/b) | 7.0% | 7.2% | 7.6% | 8.2% |
| | 腎臓専門医受診あり | 人(c) | 11 | 5 | 5 | 7 |
| | | 割合(c/b) | 15.0% | 6.6% | 6.9% | 8.1% |
| | 保健指導あり | 人(d) | 66 | 47 | 50 | 55 |
| | | 割合(d/b) | 90.4% | 62.6% | 69.4% | 63.9% |
| | 医療未受診 ※3 | 人(e) | 25 | 23 | 22 | 21 |
| | | 割合(e/b) | 34.2% | 30.6% | 30.5% | 24.4% |
| | 再掲】尿蛋白(2+)以上 | 人(f) | 18 | 31 | 27 | 33 |
| 割合(f/b) | | 24.6% | 41.3% | 37.5% | 38.3% | |

※1 国保 40 歳以上 75 歳未満

※2 尿蛋白(2+)以上、尿蛋白と尿潜血がともに(+)以上、eGFR50 未満(70 歳以上 40 未満) ml/min/1.73 m² 未満

※3 血圧・糖・脂質未治療

③糖尿病性腎症重症化予防事業

平成 28 年度は血糖値要医療者の割合が 12.5%でしたが、健診機関変更に伴い HbA1c の変動があり、平成 29 年度以降の血糖値要医療者の割合は約 16%と高くなっています(検査方法の変更あり)。要医療者のうち未治療の者への医療受診勧奨については、平成 29 年度以降 8 割を超え、令和元年度は過年度分の継続支援も行ったため 110.3%となりました。また未治療者の医療受診割合について、平成 29 年度は 6 割にも満たない状況でしたが、平成 30 年度以降は約 8 割となり、確実に医療受診につながっています。

また保険者努力支援制度で新たに評価項目となった HbA1c8.0 以上の未治療者割合について、平成 28 年度の 0.39%以降、横ばい～やや減少傾向にあります。村では糖尿病の治療中コントロール不良が大きな課題であり、HbA1c8.0 以上の 8 割以上は治療中となっています。その要因として、肥満によるインスリン抵抗性(*1)や治療中の生活習慣の乱れの影響があるため、治療中の方についても医療と連携した保健指導・栄養指導を行い血糖改善の支援をしていきます。

*1 インスリン抵抗性:血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

※糖尿病性腎症重症化予防対象者及び医療受診勧奨対象者の状況

| | | H28 | H29 | H30 | R1 |
|--------------------------|---------|--------|--------|--------|---------|
| 健診受診者 | 人(a) | 1032 | 1039 | 947 | 1045 |
| 血糖要医療者※1 | 人(b) | 129 | 172 | 146 | 175 |
| | 割合(b/a) | 12.50% | 16.60% | 15.40% | 16.70% |
| 血糖要医療者のうち 未治療・治療中断者※2 | 人(c) | 23 | 64 | 40 | 58 |
| | 割合(c/b) | 17.80% | 37.20% | 27.40% | 33.10% |
| 受診勧奨した者 | 人(d) | | 56 | 39 | 64 |
| | 割合(d/c) | | 86.20% | 81.10% | 110.30% |
| 医療受診した者 | 人(e) | | 32 | 33 | 51 |
| | 割合(e/d) | | 57.10% | 84.60% | 79.70% |

※1 糖尿病治療中及びHbA1c6.5以上の未治療者

※2 HbA1c6.5以上で糖尿病治療なしの者

※HbA1c8.0以上の者の状況(アウトカム評価)

| | | H28 | H29 | H30 | R1 |
|--------------|---------|-------|-------|-------|-------|
| 健診受診者 | 人(a) | 1032 | 1039 | 947 | 1045 |
| HbA1c8.0以上の者 | 人(b) | 12 | 25 | 16 | 19 |
| | 割合(b/a) | 1.20% | 2.40% | 1.70% | 1.80% |
| 未治療 | 人(c) | 4 | 2 | 3 | 3 |
| | 割合(c/a) | 0.39% | 0.19% | 0.32% | 0.29% |
| 治療中 | 人(d) | 8 | 23 | 13 | 16 |
| | 割合(d/a) | 0.78% | 2.20% | 1.37% | 1.53% |

④要医療者支援対策事業

i) 血圧Ⅱ度以上の状況

高血圧は脳血管疾患において最大の危険因子です。脳血管疾患は要介護認定の原因のひとつでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。

村では健診機関変更に伴い、血圧測定方法の変更がありました。平成28年度以前にはⅠ度高血圧以上の場合2回測定していたものが、平成29年度は1回しか測定されず、またバリウム検査の直後に血圧測定など、血圧高値となる要素が重なっていました。平成29年度以降の推移をみると、血圧Ⅱ度以上の者のうち未治療者の割合が増えています。リスクの高いⅢ度以上の未治療者も一定数おり、令和元年度では10名の未治療者のうち2名が治療中断、3名が初めての健診受診となっていました。未治療の方へは最優先で脳卒中リスク判定や家庭血圧の把握を行ない、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

※血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上)の者

| | | H28 | H29 | H30 | R1 | |
|----------|------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 健診受診者 | | 人(a) | 1032 | 1039 | 947 | 1045 |
| 血圧Ⅱ度以上の者 | | 人(b) | 35 | 84 | 59 | 59 |
| | | 割合(b/a) | 3.39% | 8.08% | 6.23% | 5.64% |
| | 治療あり | 人(c) | 18 | 45 | 28 | 28 |
| | | 割合(c/b) | 51.42% | 53.57% | 47.45% | 47.45% |
| | 治療なし | 人(d) | 17 | 39 | 31 | 31 |
| | | 割合(d/b) | 48.57% | 46.42% | 52.54% | 52.54% |
| 血圧Ⅲ度の者 | | 人(f) | 7 | 25 | 16 | 17 |
| | | 割合(f/a) | 0.68% | 2.40% | 1.68% | 1.62% |
| | 治療あり | 人 | 1 | 6 | 6 | 7 |
| | 治療なし | 人 | 6 | 19 | 10 | 10 |

ii) LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の状況

健診機関変更に伴い、平成 28-29 年度のデータ変動は大きなものがありましたが、平成 30 年度以降の LDL180 以上の割合は一定になっています。LDL180 以上の者は圧倒的に未治療者が多く、内服治療により劇的に改善することが分かっています。また治療中で LDL180 以上の者については、LDL でなく中性脂肪の治療中のため LDL 高値となっている可能性があります (LDL 治療薬と中性脂肪治療薬は併用できないため)。未治療者については治療の必要性を理解してもらうための支援を行ないますが、他のリスクが低い場合には内服開始とならない場合も少なくありません。そこで二次検診等を活用し、頸動脈エコー検査や心電図検査での血管評価も活用しながら、適切な医療受診勧奨が行えるよう引き続き取り組んでいきます。

※LDL コレステロール 180mg 以上の者

| | | H28 | H29 | H30 | R1 | |
|------------|------|---------|--------|--------|--------|--------|
| 健診受診者 | | 人(a) | 1032 | 1039 | 947 | 1045 |
| LDL180以上の者 | | 人(b) | 40 | 107 | 61 | 64 |
| | | 割合(b/a) | 3.87% | 10.29% | 6.44% | 6.12% |
| | 治療あり | 人(c) | 4 | 10 | 6 | 7 |
| | | 割合(c/b) | 10.00% | 9.34% | 9.83% | 10.93% |
| | 治療なし | 人(d) | 36 | 97 | 55 | 57 |
| | | 割合(d/b) | 90.00% | 90.65% | 90.16% | 89.06% |

(2) ポピュレーションアプローチ

毎年の健康まつりにおいて、村民の生活習慣の実態や食品に含まれる油・塩分・糖分量の食品サンプル展示、サバ缶の紹介など、毎年テーマを変えて広く村民へ周知を行なっています。また平成30年度からは健康まつりの取り組みを活用し、保険者努力支援制度の評価項目となっている個人インセンティブを推進しています。令和元年度においては、大学の協力により健康まつりでの健康測定を行ない、その結果に基づき運動プログラム、食事プログラムなどを受講した方へインセンティブを付与しました。アンケートによると、この取り組みを通して健康への意識が高まった方は受講者の94%にのぼり、効果的なポピュレーションアプローチが図れていると思われまます。今後も地域特性に応じたポピュレーションアプローチや個人インセンティブの推進について、継続して取り組んでいきます。

第4章 特定健診及び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

特定健診受診率は、増減しながらほぼ横ばいで推移しています。

特定保健指導実施率は目標値80%を達成しており、特定保健指導対象者も減少しています。

(p5「目標管理一覧表」及び巻末資料③参照)。

2 特定健診の実施

40代50代の健診受診率が低いこと、継続受診率も約7割で低いことから、健診で把握した糖尿病管理台帳を活用し、台帳掲載者で前年度未受診者への受診勧奨を強化していきます。

3 特定保健指導の実施

特定保健指導該当者は減少、保健指導実施率は目標達成していますが、メタボリックシンドローム該当者は改善に至っていないため(p5「目標管理一覧」参照)、引き続き肥満症を含めたメタボリックシンドローム解決に向けて保健指導を実施して行きます。

※特定健診・特定保健指導の実施状況(H28～R1)

| | | H28 | H29 | H30 | R1 |
|--------------|--------|-------|-------|---------------------|-------|
| 40-74歳の被保険者数 | | 2279 | 2207 | 2233 | 2247 |
| 特定健診の受診者数 | | 1093 | 1058 | 994 | 1033 |
| 特定健診の受診率 | | 48.0 | 47.9 | 44.5 | 46.0 |
| 特定健診の継続受診率 | | 76.3% | 73.4% | 67.8% | 79.4% |
| 40歳未満の受診者数 | | 82 | 55 | 95 | 98 |
| 特定保健指導該当者数 | | 184 | 203 | 166 | 161 |
| 特定保健指導の実施者数 | | 148 | 167 | 135 | 143 |
| 再掲 | 積極的支援 | | 63 | 43 (動機づけ支援相当：2人) | 51 |
| | 動機付け支援 | | 104 | 90 | 92 |
| 特定保健指導の実施率 | | 80.4% | 82.3% | 81.3% | 88.8% |

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、「健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少」（第3章(1)③を参照）、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」、「5つのがん検診の平均受診率」、「歯科健診（歯周病検診含む）」の4つの目標値について追加しました。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

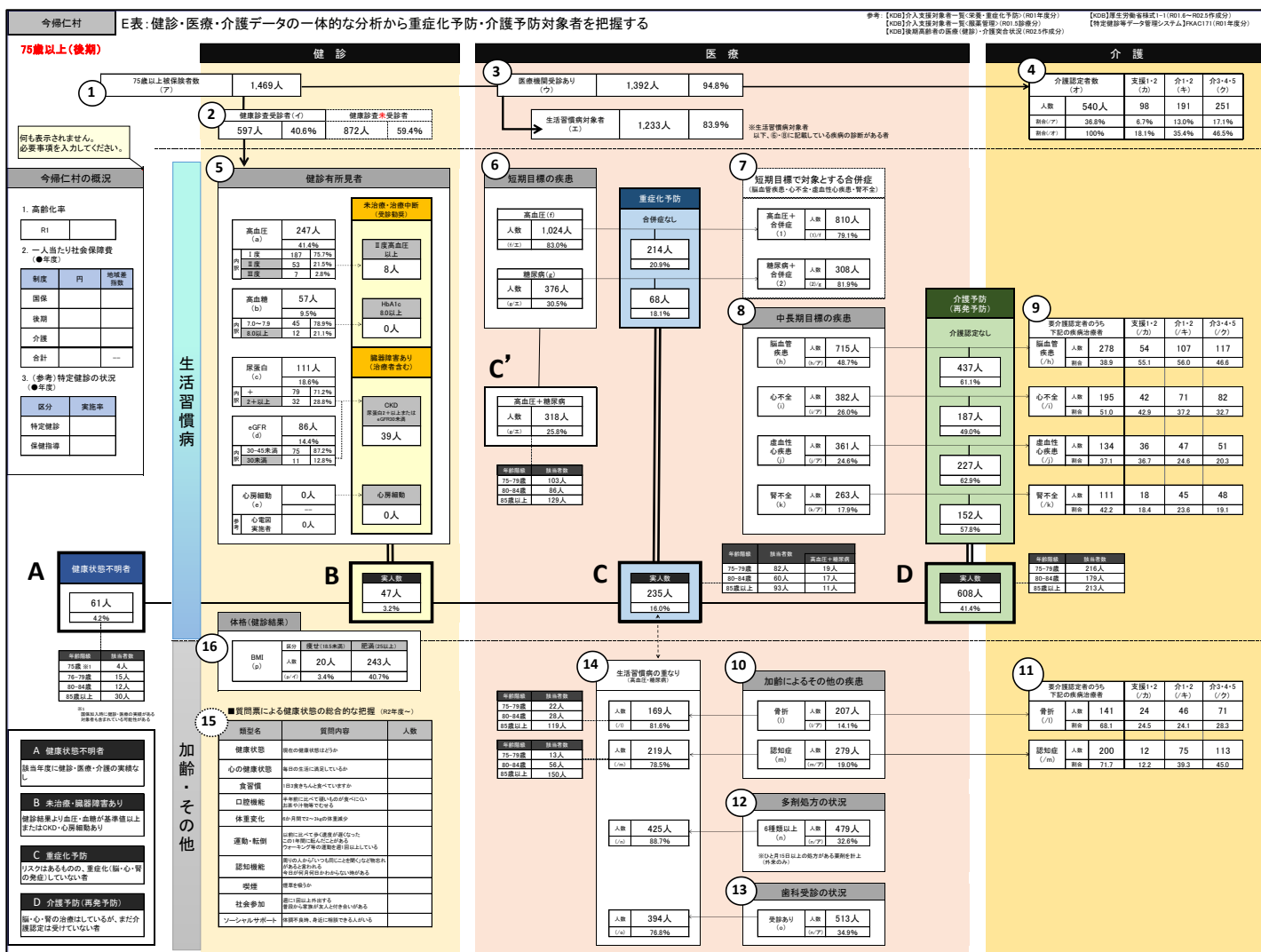
首相官邸に「全世代型社会保障検討会議」が設置され、人生100年時代に向けた医療・介護のあるべき姿と給付・負担のあり方が議論されています。高齢者の医療を支える働き手が激減する中で健康寿命を延ばすことによって働きたい高齢者が長く就労できる取り組みが求められ、また、国が新たに導入する健康寿命の算出方法（補完的指標）では要介護2以上の期間が考慮されるため今後、重症化予防が益々重要になってきます。

本村における「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の実施に向けては、令和2年度に庁内の関係部署で事業について話し合いの場を設けました。令和3年度以降、事業の本格実施に向け体制整備を進めていきます。具体的には、

- ① 企画・調整などを担当する医療専門職（保健師）を配置し、KDBシステム等を活用し健診・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し（E表）、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳等を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。特に住民の関心が高く生活への影響も大きい認知症対策については、保健事業での予防から介護分野の生活支援まで一体的に取り組めるよう、村での重点事項として取り組んでいきます。（ハイリスク・ポピュレーションアプローチ）。

※E表：健診・医療・介護データの一体的な分析



2 がん検診の進捗状況

がん検診受診率について平成 28 年度以降の推移を見てみると、胃がん・子宮がん・乳がん検診は増加傾向にありますが、大腸がん・肺がん検診は横ばい～減少傾向です。また全体的にがん検診受診率そのものが低く、集団健診では、特定健診とがん検診の同時実施を行い、がん検診受診率向上を図っていますが、更なる未受診者対策が必要です。

がん検診の受診状況(H24-R1)

| | | 平成24年度 | 平成25年度 | 平成26年度 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 平成30年度 | 令和元年度 |
|------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 胃がん | 対象者数 | 5736 | 3799 | 3834 | 3877 | 3988 | 4039 | 3913 | 3919 |
| | 受診者数 | 302 | 160 | 200 | 183 | 85 | 161 | 196 | 183 |
| | 受診率(%) | 5.3% | 4.2% | 5.2% | 4.7% | 2.1% | 4.0% | 5.0% | 4.7% |
| 肺がん | 対象者数 | 5736 | 3799 | 3834 | 3877 | 3988 | 4039 | 3913 | 3919 |
| | 受診者数 | 643 | 460 | 546 | 622 | 515 | 549 | 552 | 461 |
| | 受診率(%) | 11.2% | 12.1% | 14.2% | 16.0% | 12.9% | 13.6% | 14.1% | 11.8% |
| 大腸がん | 対象者数 | 5736 | 3799 | 3834 | 3877 | 3988 | 4039 | 3913 | 3919 |
| | 受診者数 | 710 | 349 | 408 | 423 | 375 | 405 | 418 | 378 |
| | 受診率(%) | 12.4% | 9.2% | 10.6% | 10.9% | 9.4% | 10.0% | 10.7% | 9.6% |
| 乳がん | 対象者数 | 2847 | 1672 | 1701 | 1724 | 1771 | 1804 | 1627 | 1754 |
| | 今年度受診者 | 139 | 103 | 122 | 136 | 149 | 119 | 185 | 169 |
| | 前年度受診者 | 220 | 92 | 103 | 122 | 136 | 149 | 119 | 185 |
| | 二年連続受診者 | 5 | 3 | 6 | 2 | 1 | 0 | | 2 |
| | 受診者数 | 354 | 192 | 219 | 256 | 284 | 268 | 304 | 352 |
| | 受診率(%) | 12.4% | 11.5% | 12.9% | 14.8% | 16.0% | 14.9% | 18.7% | 20.1% |
| 子宮がん | 対象者数 | 3770 | 2590 | 2648 | 2626 | 2614 | 2634 | 2413 | 2519 |
| | 今年度受診者 | 153 | 121 | 156 | 144 | 154 | 120 | 268 | 170 |
| | 前年度受診者 | 207 | 106 | 130 | 196 | 144 | 154 | 120 | 268 |
| | 二年連続受診者 | 8 | 2 | 3 | 5 | 5 | 0 | | 13 |
| | 受診者数 | 352 | 225 | 283 | 335 | 293 | 274 | 388 | 425 |
| | 受診率(%) | 9.3% | 8.7% | 10.7% | 12.8% | 11.2% | 10.4% | 16.1% | 16.9% |

参照) 地域保健・健康増進事業報告

乳がん・子宮頸がんの受診率

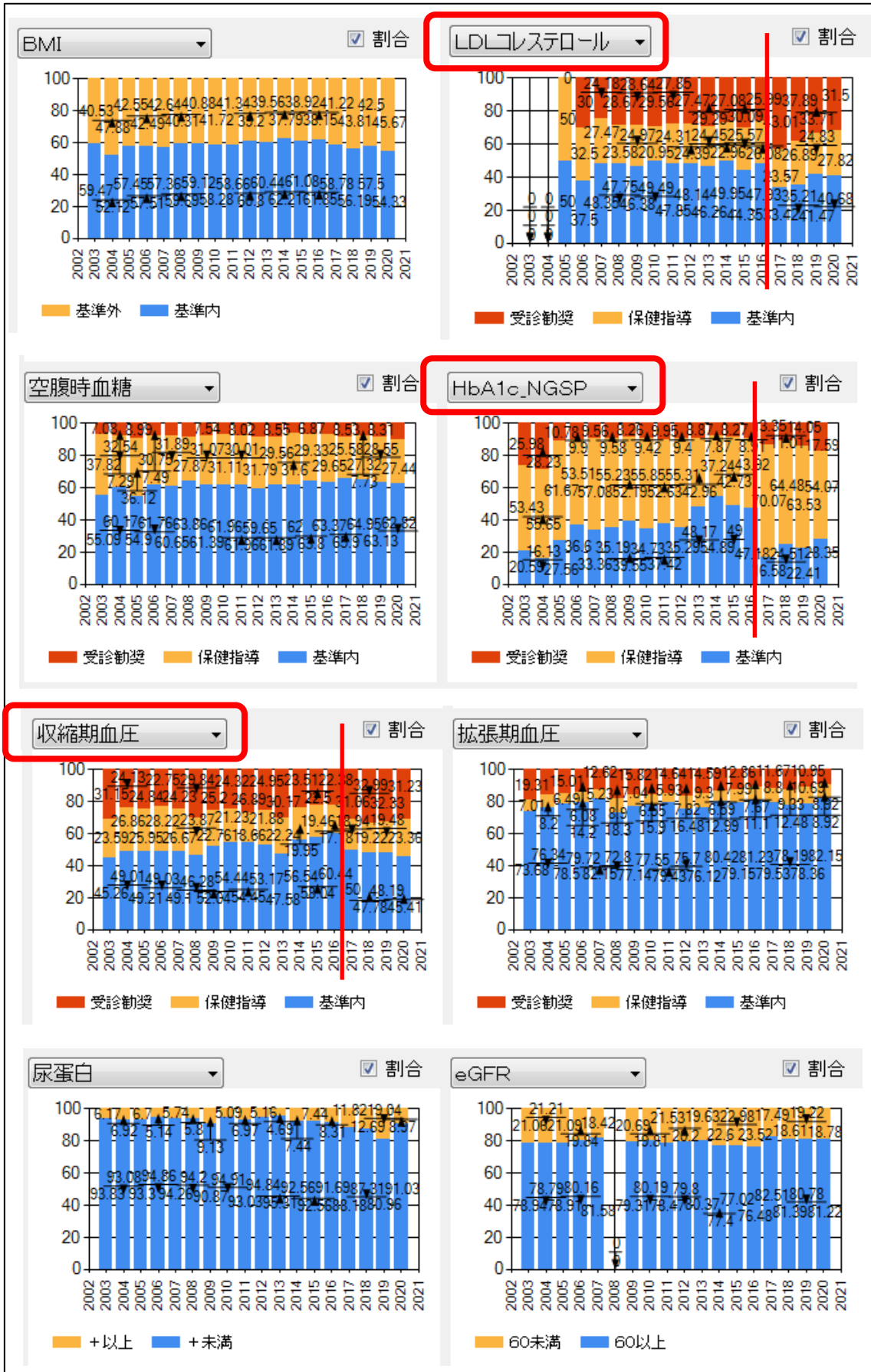
(【前年度受診者数+当該年度受診者数】-2年連続受診者数) / (当該年度の対象者数)

3 歯科健診（歯周病検診含む）の実施

生活習慣病施策、介護予防施策において歯科健診・歯周病検診は重要です。しかしながら、検診結果を保健指導に活かすマンパワーの確保は簡単では無く、費用対効果の観点からも実施については慎重に検討する必要があります。

赤枠で囲んだ3項目について、H28年度以前とH29年度以降の基準内(青色グラフ)の割合が大きく変化している。

【巻末資料①】 健診機関変更に伴う健診データ変動 出典: マルチマーカー



【巻末資料②】健康課題の解決に向けた全体評価表

| 課題 | ①プロセス (やってきた実践の過程) | 評価 (良かったところ) ②アクトドット (事業実施) | ③アクトドット (結果) | ④ストラテジー (構 造) | ⑤残っている課題 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--------------|-------------|----|-----------------|-------|-----|--------------|--------------|----|--------------|----|----|----------|---------|----|--|---|-------------------|---|---|------|--|---|
| <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率 ◆特定保健指導実施率 ◆中長期目標 <ul style="list-style-type: none"> ： 脳血管疾患・血心性心疾患・慢性腎不全（人工透析）の医療費の伸びを抑える ◆短期目標 <ul style="list-style-type: none"> ： 高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく。 <p>（効果的な事務の運営）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆POCAY イテールに基づいた具体的な事業や効果測定した事業を計画、実行する。 ◆重症化した結果の透析医療費や入院医療費が高い一方、基礎疾患である糖尿病、高血圧の治療状況は単や同規模と比べ低い。 ◆また、糖尿病・高血圧の背景に肥満があり、肥満が減少していないことも課題である。 | <p>◆効果的な事業運営 データヘルズ計画の目標管理一環により事業の進捗状況を把握する 事業のプロセス計画、年間スケジュールを策定</p> <p>◆保健指導の標準化の強化 心臓について、肥満症についてなど院内での勉強会により、専門職の力量に努めた。また各担当に任せていた保健指導について、適切な保健指導が行われていくか、管理台帳を基に事例検討を続けた。</p> | <p>◆特定健診 受診率向上のため、健診未受診者への受診勧奨において「ナツゾ理論」を参考にした個別通知を行う等の工夫をした。 健診受診率向上を促すために、健診継続受診について個別に声掛け（電話、訪問等）し受診率向上に努めた。また、村内医療機関へ「トライアングル事業協力依頼」を行った。</p> | <p>◆健診受診率 ・リーフレットでの受診勧奨（除除品同封） ・個別はかきでの受診勧奨（42回） ・のほり、広報紙、防犯無線での受診勧奨 ・村内医療機関への個別通知依頼（のほり巡回）</p> <p>◆重症化予防台帳対象者優先 ・糖尿病管理台帳による個別受診勧奨 ・特定保健指導台帳による個別受診勧奨</p> <p>◆継続受診対策 ・健診結果説明会での丁寧な継続受診勧奨</p> | <p>◆特定健診受診率 44.5% 46.0% 継続受診（リピーター）率 40%受診率 67.8% 79.4% 50%受診率 21.7% 24.3% 50%受診率 32.9% 31.5%</p> <p>◆トライアングル事業協力 R1 トライアングル健診 R1 受診者 21人</p> | <p>◆健診受診率の伸び悩み ・継続受診（リピーター）率が低い ・40%・50%の受診率が低い ・治療中の健診未受診者が多い</p> <p>◆重症化予防管理台帳を活用した受診勧奨の強化、村長が多く、連携する医療機関へ「トライアングル事業協力依頼」を行う</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>未受診者対策の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆健診受診率が伸びない ◆受診勧奨の効果的かつ効率的な対象者、アプローチ方法の検討 ◆医療機関への協力依頼 ◆被保険者個人からの健診データ受領の取組の定着化 <p>（重症化予防対策（未治療者・中断者）の課題）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療受診になかなかつながらない（金えない、保健指導拒否が多い） ◆治療中断を繰り返す ◆経済生活や精神的障害などが未治療・中断の原因となっていることがある。 | <p>◆対象者の明確化 HbA1c5.5%以上、血圧110/70以上、LDL180mg/dl以上対象者を台帳にて管理、地区担当者の対象者を把握し未治療者・中断者を優先的に医療機関受診勧奨を実施した。 * 糖尿病はHbA1cの数や経過により、生活改善後の受診とする場合もある * 血圧は家庭血圧を測定し、医療機関受診が必要かどうか確認</p> <p>◆医療受診の有無確認 3か月後、レセプトにて医療受診状況の確認や、訪問または電話にて受診状況を聞き取りした。未受診者には再アプローチを検討し実施した。</p> | <p>◆未治療・中断対象者への受診勧奨 全改変 (面談、電話、文書送付等)</p> <table border="1"> <tr> <th>HbA1c5.5%以上</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>R1健診 対象人数</td> <td>56</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>重症化予防台帳 実施人数</td> <td>56</td> <td>56</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>高血圧110/70以上</th> <th>H30</th> <th>R1</th> </tr> <tr> <td>R1健診 対象人数</td> <td>41</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>LDL180以上</td> <td>57</td> <td>57</td> </tr> </table> | HbA1c5.5%以上 | H30 | R1 | R1健診 対象人数 | 56 | 56 | 重症化予防台帳 実施人数 | 56 | 56 | 高血圧110/70以上 | H30 | R1 | R1健診 対象人数 | 41 | 41 | LDL180以上 | 57 | 57 | <p>◆重症化予防台帳活用 ・糖尿病管理台帳 ・高血圧台帳 ・LDL台帳</p> <p>◆貸し出し用血圧計を確保 配布用血圧計の確保</p> <p>◆配布用糖尿病連絡手帳の確保</p> | <p>◆治療中断の把握 重症化予防台帳をもとに治療継続の通知、治療中断者への支援を行う</p> <p>◆医療機関受診したが、治療につながらない人がいる</p> | | | | | | |
| HbA1c5.5%以上 | H30 | R1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R1健診 対象人数 | 56 | 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重症化予防台帳 実施人数 | 56 | 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高血圧110/70以上 | H30 | R1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R1健診 対象人数 | 41 | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LDL180以上 | 57 | 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>重症化予防対策（治療中コントロール不良者）の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病性腎症重症化予防 中長期目標の課題となる人工透析の予防のため、人工透析導入者の半数以上を占める糖尿病の重症化予防を優先に治療中の方も対象として保健指導を実施した。 (HbA1c8%以上を優先的に実施) ◆心電図有所見者（未治療者）への保健指導 保健指導の実施にあたっては、KOBを活用してレセプトによる既往歴や服薬内容を把握した。また、糖尿病連絡手帳を活用して治療中の血糖コントロール状況やその他の検査データ、合併症の検査（尿糖や眼科受診の有無など）を確認するとともに、合併症（血糖障害）の予防のための相談検査や基礎疾患の治療要否について、医療連携バス等の機会を通じて医療連携を図った。 | <p>◆糖尿病性腎症重症化予防 HbA1c6.5%以上 R1健診 対象人数 96 HbA1c8%以上 R1健診 対象人数 21 90.4%</p> <p>◆心電図有所見者（未治療者）への保健指導 R1健診 対象人数 61 R1健診 実施人数 61 100%</p> <p>◆腎・CKD対策 H30 R1 R1健診 対象人数 73 R1健診 実施人数 72 98.6%</p> | <p>3.重症化予防対策（治療中コントロール不良者）</p> <p>◆血糖有所見者の保健指導実施 (HbA1c5.5%以上)</p> <table border="1"> <tr> <th>HbA1c6.5%以上</th> <th>R1健診 対象人数</th> <th>保健指導実施 人数</th> <th>割合</th> </tr> <tr> <td>HbA1c6.5%以上</td> <td>96</td> <td>19</td> <td>90.4%</td> </tr> </table> <p>◆心電図有所見者（未治療者）への保健指導</p> <table border="1"> <tr> <th>有見者</th> <th>R1健診 対象人数</th> <th>保健指導実施 人数</th> <th>割合</th> </tr> <tr> <td>有見者</td> <td>61</td> <td>55</td> <td>90.1%</td> </tr> <tr> <td>異常・軽度異常</td> <td>13</td> <td>13</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>二次健診EKG所見 有所見者</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>100%</td> </tr> </table> | HbA1c6.5%以上 | R1健診 対象人数 | 保健指導実施 人数 | 割合 | HbA1c6.5%以上 | 96 | 19 | 90.4% | 有見者 | R1健診 対象人数 | 保健指導実施 人数 | 割合 | 有見者 | 61 | 55 | 90.1% | 異常・軽度異常 | 13 | 13 | 100% | 二次健診EKG所見 有所見者 | 5 | 5 | 100% | <p>◆重症化予防台帳活用 ・糖尿病管理台帳 ・高血圧台帳 ・LDL台帳</p> <p>◆貸し出し用血圧計を確保 配布用血圧計の確保</p> <p>◆配布用糖尿病連絡手帳の確保</p> | <p>◆治療中断の把握 重症化予防台帳をもとに治療継続の通知、治療中断者への支援を行う</p> <p>◆医療機関受診したが、治療につながらない人がいる</p> |
| HbA1c6.5%以上 | R1健診 対象人数 | 保健指導実施 人数 | 割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HbA1c6.5%以上 | 96 | 19 | 90.4% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有見者 | R1健診 対象人数 | 保健指導実施 人数 | 割合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有見者 | 61 | 55 | 90.1% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 異常・軽度異常 | 13 | 13 | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二次健診EKG所見 有所見者 | 5 | 5 | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>◆国・同規模と比較して、総医療費に占める人工透析や透析や透析心疾患の医療費が高い</p> <p>◆糖尿病を基礎疾患に持つ人工透析導入が約倍で推移し、なお増加傾向にある</p> <p>◆メタボ、肥満症の課題は改善しないまま残っており、基礎疾患のコントロール不良や脳・心・腎障害の原因となっている</p> | <p>◆血心性心疾患・脳血管疾患重症化予防 血心性心疾患・心臓病重症化の原因となる心電図所見（S波化・心室細動）の要医療・要精査判定者を把握し、精密の受診勧奨を実施した。 また10年以上自身でいなかつた二次健診について、脳・腎はそれぞれ運動断エコー、微動アルブミン尿検査が設定されているが、心臓を守るための検査項目がなかったため心臓病検査を新設した。</p> | <p>◆肥満対策 治療中コントロール不良や、脳・心・腎疾患の背景には、肥満症の課題が大きい。肥満度に応じた適切な保健指導、受診勧奨により肥満症の解決に取り組み。</p> | <p>◆重症化予防対策（高度肥満症） R1健診 対象人数 15 R1健診 実施人数 2 13.3%</p> <p>3度・4度肥満 2 5度以上肥満 2</p> | <p>◆保健指導専門職の確保 地区担当制 保健師 3名 (常勤1名、非常勤2名) 管理栄養士 1名(非) 看護師 1名(非)</p> <p>◆KOBシステム1台配備</p> | <p>◆肥満症解決に向けた保健指導、栄養指導の強化が必要。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【巻末資料③】 特定健診・特定保健指導の状況

| | | 平成20年度 | 平成21年度 | 平成22年度 | 平成23年度 | 平成24年度 | |
|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| 第一期 | 特定健診受診率 | 38.8% | 39.6% | 44.5% | 42.0% | 42.2% | ※国の目標： 特定健診受診率60% 特定保健指導実施率60% メタボ減少率25% |
| | リピーター率 | — | 72.8% | 77.6% | 71.9% | 72.9% | |
| | 受診者数 | 923 | 932 | 1046 | 1005 | 1015 | |
| | 対象者数 | 2377 | 2354 | 2347 | 2391 | 2404 | |
| | 保健指導終了率 | 9.3% | 33.8% | 51.7% | 63.5% | 70.5% | |
| | 終了者数 | 21 | 70 | 123 | 132 | 146 | |
| | 対象者数 | 225 | 207 | 238 | 208 | 207 | |
| メタボ減少率 | 0.0% | 23.8% | 27.0% | 24.1% | 22.1% | | |
| | | 平成25年度 | 平成26年度 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | |
| 第二期 | 特定健診受診率 | 43.9% | 44.7% | 47.3% | 48.0% | 47.9% | |
| | リピーター率 | 67.5% | 73.5% | 74.4% | 77.0% | 71.7% | |
| | 受診者数 | 1035 | 1044 | 1096 | 1091 | 1058 | |
| | 対象者数 | 2359 | 2333 | 2317 | 2279 | 2207 | |
| | 保健指導終了率 | 74.4% | 98.9% | 93.2% | 80.4% | 82.3% | |
| | 終了者数 | 157 | 179 | 165 | 148 | 167 | |
| | 対象者数 | 211 | 181 | 177 | 184 | 203 | |
| メタボ減少率 | 24.4% | 23.6% | 25.0% | 17.2% | 15.7% | | |
| | | 平成30年度 | 平成31年度 | 令和2年度 | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 第三期 | 特定健診受診率 | 44.5% | 46.0% | | | | |
| | リピーター率 | 67.8% | 79.4% | | | | |
| | 受診者数 | 994 | 1033 | | | | |
| | 対象者数 | 2233 | 2247 | | | | |
| | 保健指導終了率 | 81.3% | 88.8% | | | | |
| | 終了者数 | 133 | 143 | | | | |
| | 対象者数 | 166 | 161 | | | | |
| メタボ減少率 | 24.1% | 21.3% | | | | | |

【巻末資料④】 特定健診保健指導・国保保健事業の全体図

