

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2年度

（令和3年3月作成）

大宜味村住民福祉課

中間評価報告書 目次

第1章 データヘルス計画の概要

第2章 中間評価の趣旨

1 中間評価の方法

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腎・CKD対策事業

②糖尿病性腎症重症化予防事業

③保健指導を強化するための取組

(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

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

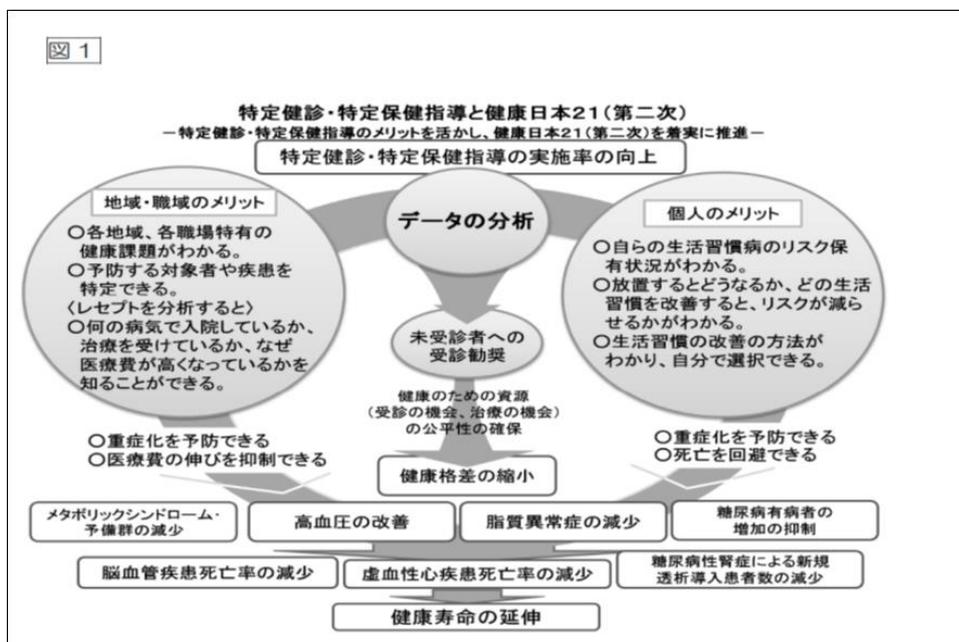
2 がん検診の進捗状況

3 歯科健診（歯周病検診含む）の実施

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。

大宜味村においては、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大宜味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。

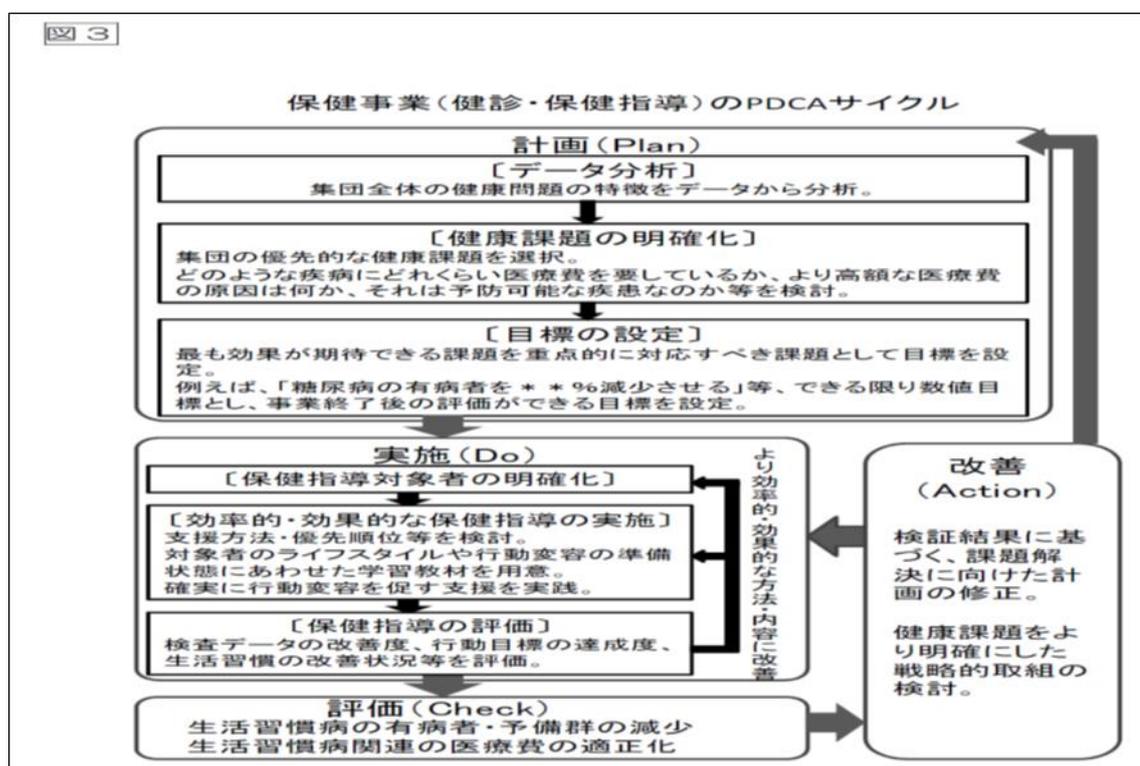
1 中間評価の方法

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 に記載される健診・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、沖縄県や国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとします。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
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、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

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①】。

1 ストラクチャー、プロセス評価

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB 活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか・スケジュールどおり行われているか

中間評価にあたり必要なストラクチャー指標として、保健指導実施のための専門職の配置、KDB 活用環境の確保があります。村においては、計画策定当初よりこれらの体制整備を図るために取り組んでいますが、専門職の人材確保が難しい状況です。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、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

「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脳血管疾患、慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合の減少がみられますが、虚血性心疾患の割合は増加しています。

短期目標疾患について、メタボリックシンドローム・予備軍の割合、血糖異常者（HbA1c6.5以上）の割合はわずかに減少していますが、高血圧Ⅱ度以上の割合、脂質異常症（LDL160以上）の割合は増加しています。そのため、高血圧、脂質異常症についても重症化予防の取組を行っていく必要があります。

※目標管理一覧表

データヘルス計画の目標管理一覧表 *計画策定時と変更した箇所は赤字
*中間評価時点で目標達成できている箇所は太字

※数字の定義：H28＝第2期データヘルス計画 R1＝中間評価(R1法定報告値)

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		目標	データの把握方法	
				初期値	中間評価値	最終目標		
				H28	R1	R5		
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する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.0%	0.6%	減少	KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.0%	2.3%			
			慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合の減少	9.3%	4.9%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の減少	1人	0人			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の減少	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・予備群の割合減少	43.0%	42.8%	減少	健康大宜味21計画 (健康増進計画)	
			健診受診者の高血圧者の割合の減少（160/100以上）	7.0%	7.6%			
			健診受診者の脂質異常症者の割合の減少（LDL160以上）	12.2%	13.1%			
			健診受診者の糖尿病有病者の割合の減少（HbA1c6.5以上）	14.6%	12.2%			
			健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少	0.2%	0.2%			
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加	33% (1名/3名)	0.0%	増加					
特定健診等計画	短期目標	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少	特定健診受診率60%以上	56.0%	59.8%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果（国保中央会）	
			特定保健指導実施率60%以上	71.3%	74.3%	80.0%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	—	56.0%	80.0%		
	保険者努力支援制度	アウトプット	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診受診率向上	4.6%	4.8%	増加	地域保健事業報告
				肺がん検診受診率向上	29.3%	29.2%		
				大腸がん検診受診率向上	14.5%	14.4%		
				子宮頸がん検診受診率向上	7.9%	9.2%		
				乳がん検診受診率向上	3.3%	7.7%		
				5つのがん検診の平均受診率の増加	11.9%	13.1%		
			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	実施	
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイント等の取組みを行う実施者の割合増加	未実施	未実施	実施	大宜味村 住民福祉課			
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	71.0%		80.0%	厚生労働省公表結果			
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

総医療費及び一人あたり医療費は、H28年と比較し減少しています。中長期及び短期目標疾患が医療費に占める割合も減少してきています。しかし、中長期目標疾患の慢性腎不全(透析無)及び心疾患が増加しており、どちらも国や県よりも高い割合となっています。短期目標疾患については、糖尿病がわずかに増加しており、高血圧及び脂質異常症については減少しています。しかし、短期目標疾患については3疾患全てが県よりも高い割合となっています。

中長期及び短期目標疾患以外では、筋・骨疾患の増加が目立ちます。

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
大宜味村	H28	364,360,970	26,466	134位	3位	9.25%	0.31%	2.00%	1.98%
	R1	295,713,280	23,464	225位	30位	4.91%	1.04%	0.62%	2.31%
同規模平均	R1	69,729,842,420	29,091	--	--	3.55%	0.41%	2.20%	1.61%
県	R1	121,720,589,390	24,808	--	--	6.43%	0.31%	2.33%	1.73%
国	R1	9,546,054,012,590	26,225	--	--	4.45%	0.31%	2.11%	1.69%

市町村名		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					
大宜味村	H28	4.55%	4.56%	2.87%	92,968,660	25.52%	9.31%	21.08%	4.88%
	R1	4.57%	3.85%	2.15%	57,546,540	19.46%	9.12%	13.98%	8.12%
同規模平均	R1	5.91%	3.94%	2.32%	13,901,691,680	19.94%	16.31%	8.50%	9.49%
県	R1	3.94%	2.58%	1.63%	23,062,990,300	18.95%	11.29%	11.39%	7.76%
国	R1	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

【データ元】KDB システム：健診・医療・介護データから見る地域の健康

(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みると、実人員は増減を繰り返しており、原疾患別でみると平成 29 年度までは糖尿病性の割合が 6 割となっていますが、平成 30 年度以降は減少しています。

平成 29 年度から平成 30 年度にかけて透析患者数が減少となっているのは、腎炎で 1 人・糖尿病性で 3 人の死亡、また、1 人が転出の為となっています。

透析患者数の推移（実人員）

大宜味村		H28	H29	H30	R1
全体	人数(a)	5	8	3	5
	腎炎ほか 人数(b)	2	3	2	4
		割合(b/a)	40.0	37.5	66.7
	糖尿病性 人数(c)	3	5	1	1
		割合(c/a)	60.0	62.5	33.3

【データ元】 保険者データヘルス支援システム（糖尿病コックピット）

(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）

高血圧の状況については、正常判定者割合が減少し異常値が増加しています。平成28年と比較すると、保健指導対象者となる高値血圧及び高血圧（Ⅰ・Ⅱ度）の増加が目立ちます。また、治療なしの異常値（高値血圧及びⅠ・Ⅱ・Ⅲ度高血圧）全てで割合が増えています。

HbA1cについては、受診勧奨判定値の6.5～6.9の者の割合が増加していますが、5.6以上の保健指導判定値及び7.0以上の受診勧奨判定値については減少しています。また、正常判定者割合も増加しています。治療中の8.0以上の人の割合が23.3%減少しており、6.5～7.9の人の割合が増加しています。治療中の割合が増えてきており、治療なしの割合は減少してきています。

LDLについては、正常判定者割合が減少し、保健指導判定値（120～139）及び受診勧奨判定値（160～179）の者の割合が増加しています。平成29年については、正常判定者割合の減少及び異常値判定者割合の増加が目立ちます。令和元年度異常値で治療中の者の割合が減少しており、保健指導判定値（120～139）と受診勧奨判定値（160～179）については治療なしの割合も増加しています。

メタボリックシンドロームについては、非該当者の割合が若干増加しており、該当者の割合は減少しています。しかし、該当者の内3項目該当の割合が増加しており、予備軍の割合も増加しています。また、該当者の減少率は高くなっており、予備軍の減少率が低くなっています。

短期目標全体で見ると、高血圧及びLDLは異常値割合が増加しています。HbA1cとメタボリックシンドロームについては異常値割合は減少していますが、HbA1cの受診勧奨判定値（6.5～6.9）及びメタボ予備群の割合が増加しています。保健指導判定値及び受診勧奨判定値の大幅な改善は見られない状況です。

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]

血圧の年次比較

大宜味村	血圧測定者	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
H28	459	137	29.8%	104	22.7%	94	20.5%	92	20.0%	26	5.7%	6	1.3%
H29	453	117	25.8%	73	16.1%	87	19.2%	131	28.9%	33	7.3%	12	2.6%
H30	450	110	24.4%	75	16.7%	97	21.6%	116	25.8%	38	8.4%	14	3.1%
R1	444	116	26.1%	74	16.7%	111	25.0%	109	24.5%	29	6.5%	5	1.1%

【データ元】保健指導支援ツール(評価ツール)

血圧の治療と未治療の状況

大宜味村	血圧測定者	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	173	37.7%	33	19.1%	34	19.7%	37	21.4%	54	31.2%	11	6.4%	4	2.3%
	H29	168	37.1%	23	13.7%	20	11.9%	38	22.6%	68	40.5%	17	10.1%	2	1.2%
	H30	179	39.8%	18	10.1%	26	14.5%	51	28.5%	53	29.6%	23	12.8%	8	4.5%
	R1	169	38.1%	29	17.2%	22	13.0%	54	32.0%	50	29.6%	13	7.7%	1	0.6%
治療なし	H28	286	62.3%	104	36.4%	70	24.5%	57	19.9%	38	13.3%	15	5.2%	2	0.7%
	H29	285	62.9%	94	33.0%	53	18.6%	49	17.2%	63	22.1%	16	5.6%	10	3.5%
	H30	271	60.2%	92	33.9%	49	18.1%	46	17.0%	63	23.2%	15	5.5%	6	2.2%
	R1	275	61.9%	87	31.6%	52	18.9%	57	20.7%	59	21.5%	16	5.8%	4	1.5%

【データ元】保健指導支援ツール(評価ツール)

[HbA1c(血糖値)の状況]

HbA1cの年次比較

大宜味村	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			
H28	459	115	25.1%	191	41.6%	86	18.7%	24	5.2%	23	5.0%	20	4.4%	31	6.8%	13	2.8%		
H29	453	65	14.3%	207	45.7%	117	25.8%	38	8.4%	14	3.1%	12	2.6%	20	4.4%	9	2.0%		
H30	450	179	39.8%	158	35.1%	71	15.8%	23	5.1%	12	2.7%	7	1.6%	10	2.2%	3	0.7%		
R1	444	137	30.9%	184	41.4%	69	15.5%	26	5.9%	22	5.0%	6	1.4%	16	3.6%	4	0.9%		

【データ元】保健指導支援ツール(評価ツール)

HbA1cの治療と未治療の状況

大宜味村	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	57	12.4%	1	1.8%	3	5.3%	11	19.3%	12	21.1%	14	24.6%	16	28.1%	24	42.1%	10	17.5%
	H29	57	12.6%	0	0.0%	5	8.8%	15	26.3%	17	29.8%	11	19.3%	9	15.8%	15	26.3%	6	10.5%
	H30	59	13.1%	2	3.4%	8	13.6%	22	37.3%	13	22.0%	7	11.9%	7	11.9%	9	15.3%	3	5.1%
	R1	63	14.2%	3	4.8%	9	14.3%	13	20.6%	19	30.2%	16	25.4%	3	4.8%	10	15.9%	2	3.2%
治療なし	H28	402	87.6%	114	28.4%	188	46.8%	75	18.7%	12	3.0%	9	2.2%	4	1.0%	7	1.7%	3	0.7%
	H29	396	87.4%	65	16.4%	202	51.0%	102	25.8%	21	5.3%	3	0.8%	3	0.8%	5	1.3%	3	0.8%
	H30	391	86.9%	177	45.3%	150	38.4%	49	12.5%	10	2.6%	5	1.3%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%
	R1	381	85.8%	134	35.2%	175	45.9%	56	14.7%	7	1.8%	6	1.6%	3	0.8%	6	1.6%	2	0.5%

【データ元】保健指導支援ツール(評価ツール)

[LDL コレステロール(脂質)の状況]

LDL-Cの年次比較

大宜味村	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	F/A	
H28	459	224	48.8%	106	23.1%	73	15.9%	32	7.0%	24	5.2%
H29	453	158	34.9%	121	26.7%	70	15.5%	66	14.6%	38	8.4%
H30	450	205	45.6%	116	25.8%	60	13.3%	49	10.9%	20	4.4%
R1	444	212	47.7%	110	24.8%	64	14.4%	37	8.3%	21	4.7%

【データ元】保健指導支援ツール(評価ツール)

LDL-Cの治療と未治療の状況

大宜味村	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	F/A			
治療中	H28	86	18.7%	55	64.0%	16	18.6%	10	11.6%	3	3.5%	2	2.3%
	H29	87	19.2%	43	49.4%	24	27.6%	7	8.0%	11	12.6%	2	2.3%
	H30	100	22.2%	62	62.0%	24	24.0%	5	5.0%	7	7.0%	2	2.0%
	R1	105	23.6%	76	72.4%	17	16.2%	9	8.6%	1	1.0%	2	1.9%
治療なし	H28	373	81.3%	169	45.3%	90	24.1%	63	16.9%	29	7.8%	22	5.9%
	H29	366	80.8%	115	31.4%	97	26.5%	63	17.2%	55	15.0%	36	9.8%
	H30	350	77.8%	143	40.9%	92	26.3%	55	15.7%	42	12.0%	18	5.1%
	R1	339	76.4%	136	40.1%	93	27.4%	55	16.2%	36	10.6%	19	5.6%

【データ元】保健指導支援ツール(評価ツール)

[メタボリックシンドローム状況]

メタボリックシンドロームの年次比較

大宜味村	受診者 人数	非該当		メタボ予備軍		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
H28	459	261	56.8%	63	13.7%	135	29.4%	90	19.6%	45	9.8%
H29	453	262	57.8%	63	13.9%	128	28.3%	89	19.6%	39	8.6%
H30	450	264	58.6%	60	13.3%	126	28.0%	79	17.5%	47	10.4%
R1	444	254	57.2%	69	15.5%	121	27.3%	70	15.7%	51	11.4%

【データ元】KDB(様式5-3)

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率推移

大宜味村	メタボ該当者の 減少率	メタボ予備軍の 減少率
H28	16.0%	27.4%
H29	19.0%	29.1%
H30	17.2%	25.5%
R1	18.3%	16.9%

【データ元】特定健診等データ管理システム・KDB(特定健診・特定保健指導実施結果総括表)

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ています。村では平成 28 年度から糖尿病性腎症重症化予防事業の取組を行っており、受診勧奨及び保健指導に力を入れています。心疾患及び脳血管疾患については重症化予防事業としては取組みが行えていない状況です。今後は慢性腎不全のみでなく、脳血管疾患・虚血性心疾患についても重症化予防に向けた取組を行っていく必要があります。

①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+)以上の割合が平成 30 年度までは減少傾向にあったが、令和元年度は増加しています。そのため、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。

②糖尿病性腎症重症化予防事業

平成 28 年度以降、血糖要医療者は減少しています。また、血糖要医療者のうち未治療・治療中断者の割合も減少しています。要医療者のうち未治療者への受診勧奨については、令和元年度は 8 割と増加していますが、未治療者の医療受診割合は減少しています。

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は、第 3 章（3）HbA1c の治療と未治療の状況（p9 表）にて、割合の減少が確認できます。

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

大宜味村		H28	H29	H30	R1
健診受診者	人(a)	468	456	459	445
血糖要医療者※1	人(b)	72	70	53	59
	割合(b/a)	15.4	15.4	11.5	13.4
血糖要医療者うち 未治療・治療中断者※2	人(c)	16	17	10	5
	割合(c/b)	22.2	24.3	18.9	8.5
受診勧奨した者	人(d)		7	7	4
	割合(d/c)		41.2	70.0	80.0
医療受診した者	人(e)		2	2	0
	割合(e/d)		28.6	28.6	0.0

※1 糖尿病治療中及びHbA1c 6.5以上の未治療者

※2 HbA1c 6.5以上で糖尿病治療なしの者

【データ元】保険者データヘルス支援システム（糖尿病コックピット）

③保健指導を強化するための取組

①健診当日の保健指導（令和元年度より）

集団健診受診者全員（社保及び後期除く）に対し、保健指導を実施して健診後直ぐに生活習慣改善が図れるよう意識づけを行いました。

②健診結果説明会（令和2年度より）

令和2年度からは、特定健診の結果を自宅郵送ではなく、受診者全員へ直接手渡しにて結果説明を行う計画を立てました。新型コロナウイルス緊急事態宣言により1回目の集団健診受診者へは従来通り結果を郵送しましたが、2回目の集団健診受診者へは結果説明会を実施しました。

令和2年度健診結果説明会実施状況

日程	12月14日	12月15日	12月16日	12月17日	12月21日~25日	12月21日~25日
場所	喜如嘉住区	塩屋住区	大宜味住区	津波住区	日程の都合がつかない人の予備日 (役場来所)	日程の都合がつかない人の予備日 (個別訪問)
実績	19人/21人 (1人死亡、1人夫の告別式のため実施なし)	20人/23人	6人	23人	2人	7人

※結果説明会後の対象者の反応（一部抜粋）

1	これまでは、健診結果が来ても見方がわからずにパッと見てすぐに閉まっていた。結果を一緒に見ながら説明してくれる事はとても助かるしありがたい。
2	健診結果でどこの数値が高い等は見えてわかるけど、どれくらい悪いのかや何が原因で悪くなっているのか等からだの仕組みを知る事ができた。自分が何に気を付けて生活したらいいのかがわかってよかった。
3	これまでは数値が高いところがあっても、あまり気にしていなかった。でも、説明を受けて今後の将来を考えたら今頑張らないといけないとハッとさせられた。

〈令和3年度について〉

対象者からの反応も良く、専門職側もこれまでは特定保健指導及び重症化予防対象者のみの把握しかできていませんでした。しかし、受診者全員の把握をする事で新たな発見ができました。情報提供者（メタボ以外）の中にも、血圧・脂質・糖の数値が高い方が多く見受けられました。また、肥満で今後血液データが悪化しそうな方も見受けら

れました。予防の観点から、受診者全員に保健指導を行う事は重要だと考えます。そのため、次年度以降も継続して集団健診受診者全員へ保健指導及び結果説明会を行っていきます。

③2 次検診の実施（令和2年度より）

糖尿病や動脈硬化の早期治療、早期予防を行うと共に、早期に生活習慣の改善を目指しました。

令和2年度 2次検診受診者状況

NO	性別	年齢	検査項目 (型)	OgTT結果	要医療 (DM型)	医療受診 状況	OgTT75D-	エコー結果	要医療 (中等度~)	医療受診 状況	備考 D rコメント	エコー 75D-	Alb尿結果	Alb尿 75D-	治療 有無	特定対象	メタボ
1	男	63	基本型	正常型			糖の行先の説明、Wt管理の重要性、節酒の勧め。	ブラスコア1.1点 軽度動脈硬化	○ 軽度ではあるが、 Drより要治療の 判断あり	有	右B1F 線維化ブラスコ+	ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性	2.6	正常	無	○積極	○
2	女	73	基本型	正常型			糖の行先の説明、インスリン と食品の説明、食べる順番の 重要性。	ブラスコア1.1点 軽度動脈硬化		有 (予約のため の内服開始)		ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性 内服開始	1以下	正常	無	○動機	○
3	男	72	基本型	正常型			糖の行先の説明、インスリン と食品の説明、食べる順番の 重要性。	ブラスコア6.4点 中等度動脈硬化	○	予定有		ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性	6.6	正常	無	○動機	○
4	女	55	基本型	境界型			糖の行先の説明、 インスリンと食品の説明、食 べる順番の重要性。 食事改善の必要性説明、レシ ピ案内。	ブラスコア6.1点 中等度動脈硬化	○	有	右肥大部→CA→線維化、一 部低エコー、不安定ブラスコ 左肥大部→線維化	ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性 食べる順番の 重要性-レシピ紹介	4.3	正常	無	○動機	○
5	男	61	基本型	境界型			糖の行先の説明、インスリン と食品の説明、食べる順番の 重要性。	ブラスコア2.3点 狭窄率30% 軽度動脈硬化	○ 軽度ではあるが、狭 窄率30%のため、	予定有		ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性	1.5	正常	無	○積極	○
6	男	68	動脈硬化型					異常なし				ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性 食べる順番の 重要性-レシピ紹介	2.2	正常	無	×重症化	○
7	男	63	基本型	境界型			糖の行先の説明、 インスリンと食品の説明、食 べる順番の重要性。 食事改善の必要性説明、レシ ピ案内。	異常なし				ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性	4.3	正常	無	○積極	○
8	男	69	基本型	正常型			糖の行先の説明、インスリン と食品の説明、食べる順番の 重要性。	異常なし				ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性	4.5	正常	無	×情報提供	○
9	女	64	動脈硬化型					異常なし				ブラスコの意味、脳 梗塞、心筋梗塞との 関係性、食べる順序 の重要性-レシピ紹介	1.7	正常	無	×重症化	×

【データ元】令和2年度2次検診結果表

(2) ポピュレーションアプローチ

年1回開催する健康と福祉まつりにおいては、食品に含まれる油・糖分の食品サンプル展示や医療費、特定健診受診者数のパネル展示を行っています。また平成28年度以降、大学の協力により健康運動教室(ジョイビート)や食育SATも活用しています。令和元年度は、村民の健康に関する意識向上のため、ライザップ講演会を行いました。

令和2年度は、自己の健康管理意識を高めるため、特定健診保健指導対象者へのメジャー配布を行いました。

令和3年度は、結果説明会参加者全員へメジャー配布を行う予定をしています。また、新たな試みとして、肥満症予防教室開催を予定しています。月1回の健康運動教室(ジョイビート)も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、令和元年度 59.8%と目標値 60%を達成する事はできませんでした。しかし、平成 28 年度から年々受診率は増加しており、令和元年度は過去最高の受診率となっています。

特定保健指導実施率についても、令和元年度 74.3%と目標値 75%を達成する事はできませんでした。しかし、特定健診受診率同様、特定保健指導実施率についても令和元年度は過去最高の指導率となっています。

(p5 「目標管理一覧表」参照)

2 特定健診の実施

45 歳～54 歳の健診受診率が低い状況ですが、経年でみると受診率は向上してきています。継続受診率は 7 割と低く、新規受診率も減少しかつ低い状況です。そのため、これまで以上に受診勧奨の強化を行う必要があります。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。また、地区にて受診率向上に向けた取組が行えるよう、地区ごとの受診率や健診結果から地区特性をデータ化し、各地区へ情報提供を行っていきます。

3 特定保健指導の実施

特定保健指導実施率は目標達成に至っておらず、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍も改善に至っていない状況です。そのため、令和元年度より保健指導実施方法の見直しを行い、指導率の向上と並行して専門職の力量形成も行っているところです。具体的には、健診当日の保健指導及び結果説明会を開催し指導率の向上を図っています。専門職の力量形成については、退職保健師に月 2 回来てもらい、保健指導の方法（読取り方法、学習教材の使い方、メカニズムの学習、実践の仕方等）を学んでいます。今後も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。

(p5 「目標管理一覧表」参照)

※特定健診・特定保健指導の実施状況(H28～R1)

特定健診受診率の推移

大宜味村	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
	A	B	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B
H28	789人	442人	56.0%	347人	79.2%	76人	16.6%	36人	7.8%
H29	748人	437人	58.4%	361人	78.6%	59人	13.0%	33人	7.3%
H30	743人	433人	58.3%	361人	79.7%	59人	13.1%	30人	6.7%
R1	723人	432人	59.8%	355人	78.9%	40人	9.0%	49人	11.0%

[データ元]H28-R1年度特定健診受診率・特定保健指導実施率(確報値)

特定保健指導実施率の推移

大宜味村	特定保健指導 該当者数	実施者数	再掲		特定保健指導 実施率
			積極的支援	動機付け支援	
H28	80人	57人	15人	42人	71.30%
H29	78人	47人	11人	36人	60.30%
H30	71人	35人	6人	29人	49.30%
R1	74人	57人	16人	41人	74.30%

[データ元] H28-R1年度特定健診受診率・特定保健指導実施率(確報値)

年齢階級別の受診率の推移

大宜味村	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
H28	26.9%	28.3%	54.4%	61.5%	52.6%	68.6%	70.8%
H29	45.8%	23.1%	45.8%	66.7%	59.3%	67.9%	70.1%
H30	38.0%	23.1%	38.5%	61.5%	59.7%	69.9%	73.4%
R1	48.8%	36.7%	42.3%	66.7%	59.3%	66.3%	70.5%

[データ元] 保健指導支援ツール(評価ツール)

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)②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年度に後期高齢者広域連合職員を招き、3村（大宜味・国頭・東）合同で事業についての勉強会及び話し合いの場を設けました。令和4年度の本格実施に向け、令和3年度より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（保健師もしくは管理栄養士）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 地域を担当する専門職（保健師・看護師・管理栄養士・理学療法士等）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）。

がん検診受診率の推移（H28－R1）

大宜味村		平成28年度			平成29年度			平成30年度			令和1年度		
		対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
胃がん	男	1,133	59	5.2	1,137	57	5.0	1,126	70	6.2	1,122	63	5.6
	女	1,014	40	3.9	1,017	24	2.4	1,001	31	3.1	989	34	3.4
	計	2,147	99	4.6	2,154	81	3.7	2,127	101	4.65	2,111	97	4.6
大腸がん	男	1,133	159	14.0	1,137	136	12.0	1,126	158	14.0	1,122	141	12.5
	女	1,014	153	15.1	1,017	143	14.1	1,001	146	14.6	989	129	13
	計	2,147	312	14.5	2,154	279	13	2,127	304	14.3	2,111	270	12.8
肺がん	男	1,133	311	27.4	1,137	324	28.5	1,126	320	28.4	1,122	329	29.3
	女	1,014	317	31.3	1,017	310	30.5	1,001	287	28.7	989	287	29
	計	2,147	628	29.3	2,154	634	29.5	2,127	607	28.5	2,111	616	29.2
子宮がん	女	1,269	100	7.9	1,261	98	7.8	1,232	89	7.2	1,194	110	9.2
乳がん	女	1,014	34	3.4	1,017	29	2.9	1,001	77	7.7	989	76	7.7

【データ元】地域保健・健康増進事業報告

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。そのため、令和3年度より新規事業として歯周疾患健診を実施する事となりました。高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるように、歯の喪失を予防することを目的として、大宜味村に住所を有する40歳、50歳、60歳及び70歳の者を対象に、大宜味村立歯科診療所へ委託し個別健診を実施する予定です。

【巻末資料①】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)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラテジャー (構造)	⑤残っている課題																																											
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定受診受診率 ◆特定保健指導実施率 ◆中長期目標 ：脂血疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（人工透析）の医療費の伸びを抑える ◆短期目標 ：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。 全体 <p>(効果的な事務の運営)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆PDCAサイク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若い2号介護認定率が高く、関連疾患での糖尿病、高血圧は四平均と比べて医療費が少ない。(必要は医療にかかっていないことが課題) 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 <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康データ受療の取組の定着化 <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(会えない、保健指導頻度が少ない) ◆治療中断を繰り返す ◆健診も受け取らなくなる＝状況が確認できない <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"> ◆国・同規模と比較して、総医療費に占める人工透析や虚血性心疾患の医療費が高い ◆糖尿病を基礎疾患に持つ人工透析導入が56.5%と半分以上を占めている。 ◆健診結果から血糖異常者の割合が増えている。 ◆メタボ、肥満の課題は改善しないまま進んでおり、基礎疾患のコントロール不良や脂・心・腎障害の原因となっている。 	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆効果的な事業運営 データヘルス計画の目標管理一環により事業の進捗状況を把握事業のプロセス計画、年間スケジュールを設定 ◆地区担当制の機能強化 重症化予防台帳をもとに地区担当制に対象者を把握、年次計画をたてた ◆保健指導の標準化の強化 統一した保健指導を行うため、血圧、BMIなどについて動画を行い、専門職の力量形成に努めた <p>特定健診</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診 受診率向上のため、健診未受診者への受診勧奨の方法（対象者の優先度、受診勧奨員の配属など）を考えた。 個別治療中の方はレセプトを確認し、特定健診と同時の検査項目を漏らして受診している人に検査データ提供依頼のお願いを実施した。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>1.健診未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆健診受診率 ・個別はがきでの受診勧奨（年2回） ・広報紙、防犯無線での受診勧奨 ・区長会にて受診勧奨 ・全世帯へのチラシ配布 <table border="1"> <tr> <th></th> <th>H30</th> <th>RI</th> </tr> <tr> <td>特定健診受診率</td> <td>58.3%</td> <td>59.8%</td> </tr> <tr> <td>継続受診（リレー）率</td> <td>79.7%</td> <td>78.9%</td> </tr> <tr> <td>40代受診率</td> <td>30.5%</td> <td>42.7%</td> </tr> <tr> <td>50代受診率</td> <td>50.0%</td> <td>54.5%</td> </tr> </table>		H30	RI	特定健診受診率	58.3%	59.8%	継続受診（リレー）率	79.7%	78.9%	40代受診率	30.5%	42.7%	50代受診率	50.0%	54.5%	<p>2.重症化予防対策（未治療者・中断者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未治療・中断対象者への受診勧奨 全受診者 (面談、電話、文書送付等) <table border="1"> <tr> <th></th> <th>H30</th> <th>RI</th> </tr> <tr> <td>未治療・中断対象者</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>HbA1c6.5%以上</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ◆対象者の明確化 HbA1c6.5%以上、血圧180以上、LDL180mg/dl以上対象者を台帳にて管理。地区担当の担当者把握し未治療者・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の値や経過により、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 ◆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。 		H30	RI	未治療・中断対象者	5	4	HbA1c6.5%以上	5	4	<p>3.重症化予防対策（治療中コントロール不良者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病所見者による保健指導実施 (HbA1c6.5%以上) <table border="1"> <tr> <th></th> <th>H30年度</th> <th>RI</th> </tr> <tr> <td>健診</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>保健指導実施</td> <td>59</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>HbA1c6.5%以上</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>HbA1c8%以上</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>16.7%</td> <td>100%</td> </tr> </table>		H30年度	RI	健診	0	0	保健指導実施	59	30	HbA1c6.5%以上	1	1	HbA1c8%以上	1	1	割合	16.7%	100%	<p>◆保健指導実施のための専門職の配置 保健師 2名（常勤） 管理栄養士 1名（常勤）</p> <p>◆KOBシステム1台設置</p>	<p>◆健診受診率の伸び悩み ・40代・50代の受診率が低い ・治療中の継続未受診者が多い 重症化予防管理台帳を活用した受診勧奨の強化、村長が多く聞取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>◆治療中断者の把握 重症化予防管理台帳をもとに治療中の動向、治療中断者への支援を行う。</p> <p>◆重症化予防対策及び台帳の充実 高血圧及びLDLについても重症化予防に取り組む必要がある。</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> <p>◆血糖値の状況の把握以外にも高血圧、脂質異常の把握を行い、重症化予防のため、保健指導や受診勧奨を行う。</p> <p>◆血糖所見者、血糖コントロール不良者の増加 糖尿病治療中の方は医療と連携しながら血糖改善のための支援をしていく。血糖コントロール不良の背景には肥満があり、肥満の課題解決も併せて行う。</p> <p>◆肥満症解決に向けた保健指導、栄養指導の力量形成が必要。</p>
	H30	RI																																														
特定健診受診率	58.3%	59.8%																																														
継続受診（リレー）率	79.7%	78.9%																																														
40代受診率	30.5%	42.7%																																														
50代受診率	50.0%	54.5%																																														
	H30	RI																																														
未治療・中断対象者	5	4																																														
HbA1c6.5%以上	5	4																																														
	H30年度	RI																																														
健診	0	0																																														
保健指導実施	59	30																																														
HbA1c6.5%以上	1	1																																														
HbA1c8%以上	1	1																																														
割合	16.7%	100%																																														