

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第3期特定健診等実施計画

中間評価報告書

令和3年3月

石垣市

中間評価報告書 目次

第1章	データヘルス計画の概要	1
第2章	中間評価の趣旨	2
1	中間評価の方法	2
第3章	中間評価の結果	4
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	4
2	ストラクチャー・プロセス評価「全体的な評価」	15
3	主な個別事業の評価と課題	16
	（1）特定健診未受診者対策事業	16
	（2）重症化予防の取組 要医療者支援事業・糖尿病性腎症重症化予防	18
	（3）ポピュレーションアプローチ	20
第4章	特定健診・特定保健指導の中間評価と課題	21
1	目標値に対する進捗状況	21
2	特定健診の実施	21
3	特定保健指導の実施	22
第5章	中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し	23
1	データヘルス計画の目標管理一覧表の見直し・追加変更	23
2	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	24

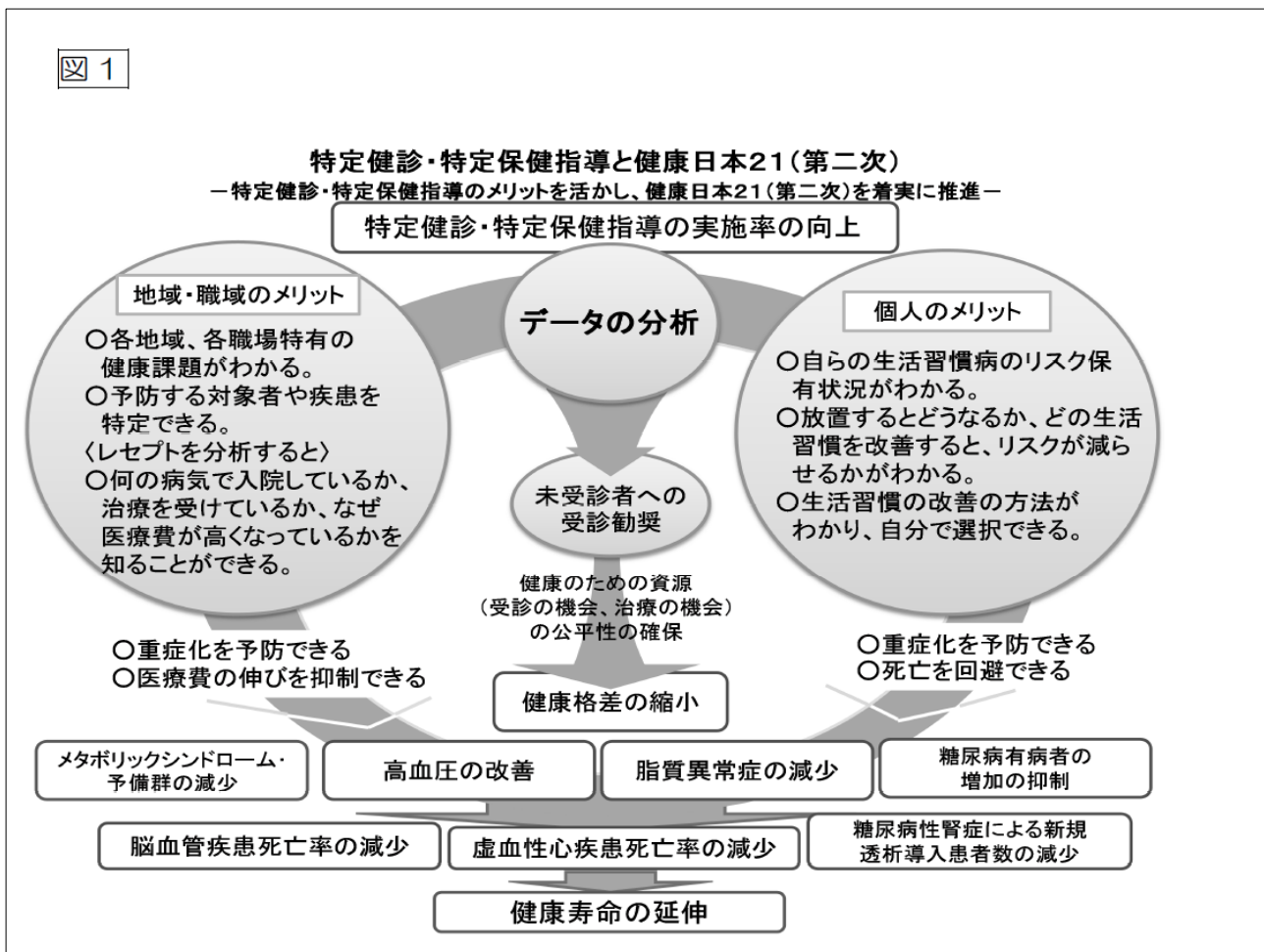
第1章 データヘルス計画の概要

社会環境の変化に伴い、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、“国民の健康寿命の延伸”を重要な柱として掲げ、「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“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」とされている。

こうした中、厚生労働省においては、平成26年3月「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」（平成16年厚生労働省告示第308号）（以下「国の指針」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）（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いる。

本市においては、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保険者の財政基盤強化が図られ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）」を策定した。計画期間は、沖縄県における医療費適正化計画や医療計画との整合性を図り、平成30年度から令和5年度までの6年間とする。



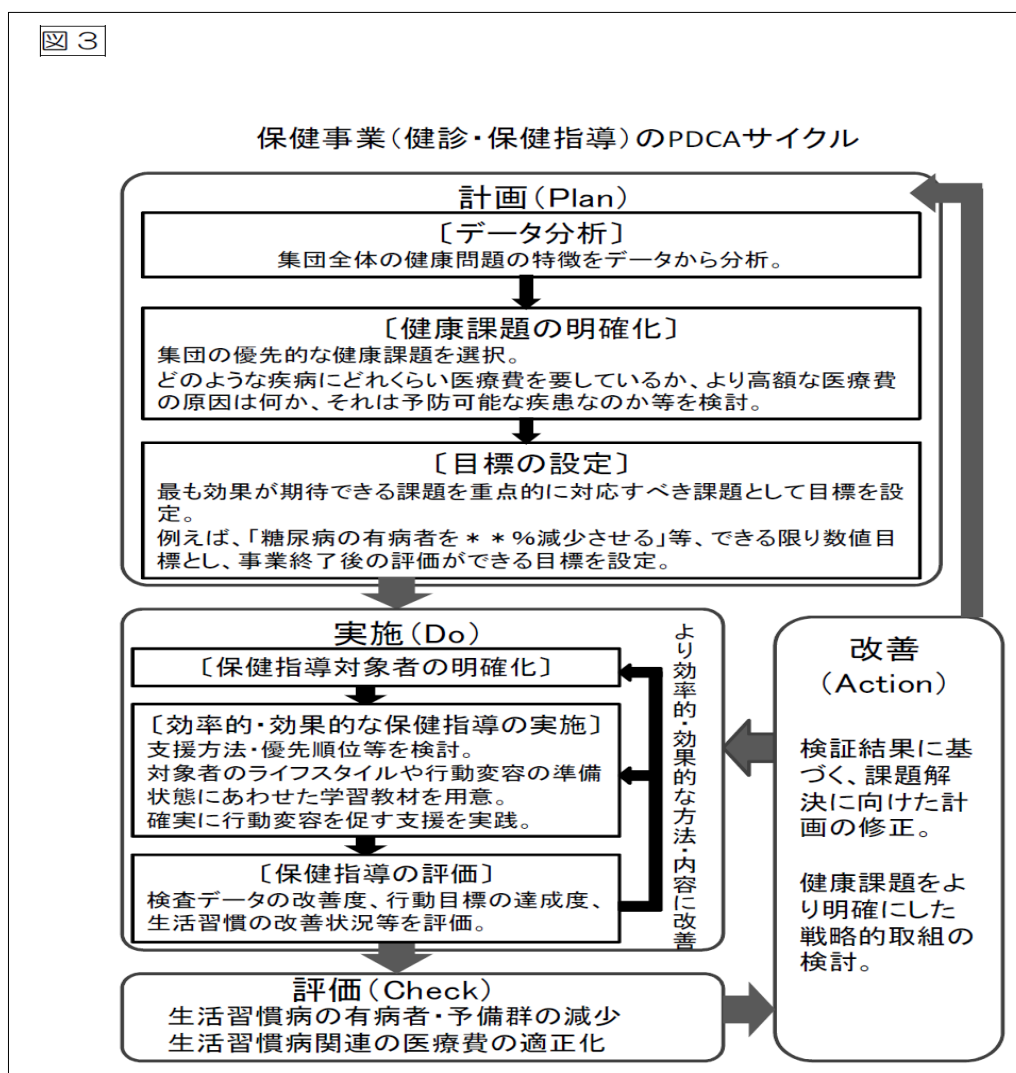
第2章 中間評価の趣旨

「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」に基づき、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が図られているかどうか進捗状況を確認し、最終年度（令和5年度）の目標に向けて、計画の中間評価・見直し等を行う。

また、国は、高齢化の更なる進展と社会保障費の増大に対応するため、令和2年4月に「高齢者の医療の確保に関する法律」第125条「保健事業実施指針」を全部改正し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始した。併せて、データヘルス計画中間評価においても「一体的実施を踏まえ」と明記しているため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施についても検討していく。

1 中間評価の方法

保険者は、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る。



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【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 (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診受診率、特定保健指導実施率 ・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)

具体的には、国保データベース（KDB）システムに収載される健診・医療・介護のデータを活用し、健診受診率・医療受診率、医療の動向等々を評価する。

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する。特に優先すべき課題である重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめて評価する。

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する。

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) データヘルス計画の目標管理一覧表による評価（別紙）

【データヘルス計画の目標管理一覧表】

関連計画	目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値				データの把握方法		
				初期値 H28	中間評価 R元	R2	R3	R4	最終目標 R5			
データヘルス計画	中長期	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 5%減少	2.59%	2.15%	2.54%	2.51%	2.49%	2.46%	KDBシステム		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 5%減少	1.85%	1.53%	1.81%	1.79%	1.78%	1.76%			
			★慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合 5%減少 ←変更	17.5%	13.2%	17.2%	17.0%	16.8%	16.6%			
		アウトカム	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、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 25%減少	40.3%	43.2%	36.1%	34.1%	32.1%	30.1%	KDBシステム 石垣市 健康増進計画	
				健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	3.4%	6.4%	減少	減少	減少	減少		
				健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上) ←変更	4.0%	4.3%	減少	減少	減少	減少		
				★健診受診者の血糖異常者の割合減少 (HbA1c6.5以上) ←変更	9.8%	9.3%	減少	減少	減少	減少		
				HbA1cが8.4%以上の者の割合の減少	1.7%	1.5%						
				★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少 ←変更	0.89%	0.59%	0.55%	0.50%	0.45%	0.40%		
	糖尿病治療継続者の割合増加			64.7%	67.2%							
	★糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合の増加 ←追加			5.8%	19.2%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%			
	★糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少 ←変更				0.33%	減少	減少	減少	減少			
	特定健診等	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らす	特定保健指導対象者の減少率25%	18.6%	18.7%	17.0%	16.0%	15.0%	14.0%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)	
				特定健診受診率60%以上	53.2%	43.1%	57%	58%	59%	60%		
				特定保健指導実施率60%以上	50.4%	64.8%	55%	57%	59%	60%		
			アウトプット	がんの早期発見、早期治療	★健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5以上)に保健指導を実施した割合 60%以上 ←追加	43.2%	55.4%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	地域保健 事業報告
					がん検診受診率 胃がん検診 13%以上	5.1%	5.6%	7.6%	9.6%	11.6%	13.0%	
					肺がん検診 40%以上	22.5%	6.7%	16.7%	26.7%	36.7%	40.0%	
大腸がん検診 40%以上					15.0%	5.2%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%		
子宮頸がん検診 50%以上					39.1%	14.5%	24.5%	34.5%	44.5%	50.0%		
乳がん検診 50%以上					30.5%	13.3%	23.0%	33.0%	43.0%	50.0%		
★5つのがん検診の平均受診率 ←追加					22.4%	9.1%	16.3%	24.7%	33.1%	38.6%		
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 ←追加											
自己の健康に関心を持つ住民が増える	★健康ポイントの取組みを行う実施者の割合 15%以上 ←追加				実施予定	実施予定	15.0%					
保険者努力支援制度	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 ←追加	76.5%	89.1%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	厚生労働省 算定数値			
		★高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について ←追加				実施予定	実施	実施	KDBシステム			

※データが改善しているもの

(2) 中長期目標の達成状況

① 医療費の状況

総医療費は平成 28 年度と比較して減っており、入院費は減少(3.5%減)入院外は増加(0.3%増)している。

一人当たりの医療費については、平成 28 年度 19,810 円・令和元年度 21,630 円で 1,820 円増加しているが、順位は県や同規模より下がっており、伸び率は県 11.5%に対し、本市 9.1%と低い状況である。平成 25 年度と平成 28 年度を比較した一人当たりの入院費の伸び率が 27.8%と県の 2 倍以上であったが、その後の伸び率は県より低い状況となっている。一人あたりの医療費は増加しているため、早期に介入することで重症化予防を図り、医療費適正化を今後も図っていく。

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				石垣市	県			石垣市	県			石垣市	県
総医療費(円)	H28年度	40億8,666万				18億2,796万				22億5,869万			
	H29年度	41億411万	1,745万円増	0.4%増	0.1%増	17億9,998万	2,798万円減	1.5%減	0.2%減	23億412万	4,543万円増	2.1%増	0.3%増
	H30年度	38億6,472万	2億2,194万円減	5.4%減	1.4%減	16億9,962万	1億2,834万円減	7.0%減	0.03%増	21億6,509万	9,360万円減	4.1%減	2.7%減
	R1年度	40億2,779万	5,887万円減	1.4%減	0.4%増	17億6,327万	6,469万円減	3.5%減	0.3%増	22億6,451万	582万円増	0.3%増	0.5%増

※各年度H28年度と比較

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				石垣市	県			石垣市	県			石垣市	県
1人当たり総医療費(円)	H28年度	19,810				8,860				10,950			
	H29年度	20,700	890円増	4.5%増	4.7%増	9,080	220円増	2.5%増	4.5%増	11,620	670円増	6.1%増	4.9%増
	H30年度	20,380	570円増	2.9%増	7.1%増	8,960	100円増	1.1%増	8.7%増	11,420	470円増	4.3%増	5.7%増
	R1年度	21,630	1,820円増	9.1%増	11.5%増	9,470	610円増	6.9%増	11.4%増	12,160	1,210円増	11.1%増	11.6%増

※各年度H28年度と比較

中長期目標疾患及び短期目標疾患ともに医療費に占める割合は、平成 28 年度と比較して全て減少しており、中長期目標疾患である慢性腎不全(透析あり)・脳血管疾患は年々減少傾向で、国平均と比較して差は縮まってきているが、国より慢性腎不全(透析あり)1.83%・脳血管疾患 0.04%高い状況である。

短期目標疾患の高血圧と脂質異常症は年々減少傾向であるが、3 疾患とも治療している割合が国と比較して依然として低い状況であり、重症化して医療にかかっていることも考えられ、早期介入に努めていく。

【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】

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		腎			心			糖尿病	高血圧	脂質異常症				
			同規模	県内	慢性腎不全(透析あり)	慢性腎不全(透析なし)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H28	石垣市	19,815	259位	31位	9.31%	0.59%	2.62%	1.87%	4.88%	3.61%	1.95%	10億1,445万円	24.82%	12.19%	6.07%	9.68%	
H29		20,702	261位	33位	8.95%	0.34%	2.14%	1.77%	4.79%	3.22%	1.92%	9億4,966万円	23.14%	12.18%	6.22%	10.38%	
H30		20,381	267位	37位	7.92%	0.24%	2.57%	1.89%	4.50%	2.86%	1.74%	8億3,909万円	21.71%	12.37%	5.24%	9.61%	
R1		21,633	271位	34位	6.28%	0.23%	2.15%	1.53%	4.64%	2.53%	1.65%	7億6,574万円	19.01%	13.96%	4.83%	9.31%	
R1	県	1,217億2,058万円	24,808	--	--	6.43%	0.31%	2.33%	1.73%	3.94%	2.58%	1.63%	230億6,299万円	18.95%	11.29%	11.39%	7.76%
R1	国	9兆5,460億5,401万円	26,225	--	--	4.45%	0.31%	2.11%	1.69%	5.41%	3.52%	2.58%	1兆9,155億7,077万円	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

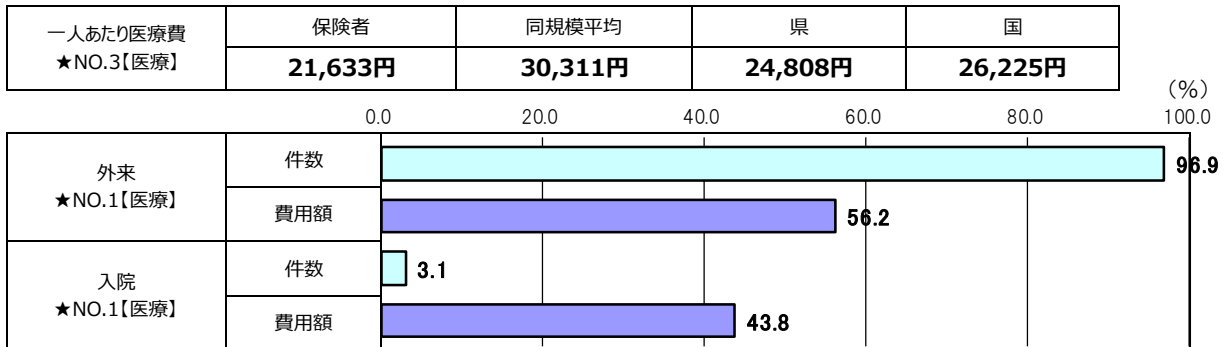
◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【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 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

石垣市の1人あたりの医療費は21,633円で県・国・同規模よりも低い状況である。入院費は件数全体の3.1%で費用額の43.8%を占めており、平成28年度とほぼ変わらない割合となっている。費用対効果の面からも重症化予防を図り、入院を減らしていくことが医療費適正化へつながっていくと考える。

【入院と入院外の件数・費用額の割合比較】



○入院を重症化した結果としてとらえる

◆何の疾患で入院しているのか・治療を受けているのか

【高額になる疾患（80万以上レセ）】

令和元年度のひと月80万以上の高額になる疾患は、がん・脳血管疾患・虚血性心疾患の順で多く、がんは29.3%と平成28年度より13.1%増加し約3割を占めている。平成28年度と比較すると、脳血管疾患7.0%・虚血性心疾患3.1%と件数の割合が入れ替わっているが、それぞれの件数は減っている。また、全ての疾患において60代の占める割合が高く、脳血管疾患で半数以上、虚血性心疾患では6割以上を占めている。

【長期入院】

6か月以上の長期入院では、脳血管疾患の割合が全体の26.3%・費用額も5,242万円と30%を占めている。

【人工透析患者】

令和元年5月診療分では、65人の人工透析のレセプトがあり、令和元年度総額で3億6,320万円かかっている。透析者の43.9%に糖尿病性腎症があり、糖尿病の重症化を予防することで新規透析患者を減少させることにつながると考えられる。

【生活習慣病の治療者数・構成割合】

生活習慣病治療者は4,037人と被保険者のおよそ4分の1を占めている。そのうち高血圧が57.3%と最も高く、ついで脂質異常症の割合が42.7%、糖尿病が30%となっている。

【何の疾患で入院しているのか・治療をうけているのか】

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 (80万円以上レセ)	人数	307人	12人		15人		94人		203人		
		件数	540件	38件 ↓		17件 ↓		158件 ↑		327件		
				7.0%		3.1%		29.3%		60.6%		
			年 代 別	40歳未満	3	7.9%	0	0.0%	5	3.2%	47	14.4%
				40代	5	13.2%	0	0.0%	2	1.3%	37	11.3%
				50代	1	2.6%	2	11.8%	17	10.8%	43	13.1%
		60代		21	55.3%	11	64.7%	94	59.5%	116	35.5%	
70-74歳	8	21.1%	4	23.5%	40	25.3%	84	25.7%				
費用額	8億0258万円	4561万円		2271万円		2億1638万円		5億1788万円				
			5.7%		2.8%		27.0%		64.5%			

*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。

厚労省様式	対象レセプト (R01年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	46人	20人	14人	6人
		件数	312件	43.5%	30.4%	13.0%
				135件	82件	35件
費用額	1億7477万円	5744万円	5242万円	2797万円		
			32.9%	30.0%	16.0%	

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	R01年5月 診療分	65人	28人	21人	39人
		件数	816件	43.1%	32.3%	60.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		R01年度 累計	816件	358件	215件	446件
		費用額	3億6320万円	43.9%	26.3%	54.7%
				1億5275万円	1億0011万円	1億9225万円
				42.1%	27.6%	52.9%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (R01年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 重 礎 な 疾 り 患	4,037人	768人	523人	148人
				19.0%	13.0%	3.7%
			高血圧	600人	451人	116人
				78.1%	86.2%	78.4%
			糖尿病	280人	232人	148人
				36.5%	44.4%	100.0%
			脂質異常症	488人	370人	101人
	63.5%	70.7%	68.2%			
	高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症		
	2,315人	1,213人	1,722人	637人		
	57.3%	30.0%	42.7%	15.8%		

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

③ 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、5月診療分で比較すると43.1%と平成28年度より6.9%減少している。全人工透析者にかかる費用額も平成28年度と比較して7,669万円減少しており、糖尿病性腎症の割合も7.2%減少している。

全人工透析者数も平成28年度に比べて減少しており、糖尿病性腎症による新規透析導入者も減少している。人工透析患者を1人でも減らすことが医療費適正化へもつながっているため、今後も引き続き重症化予防に重点をおいて取り組んでいく。

【糖尿病性腎症による透析導入者の状況】

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
H28	H28年5月診療分	人数	70人	35人 50.0%	17人 24.3%	42人 60.0%
	H28年度累計	件数	1,007件	489件 48.6%	205件 20.4%	562件 55.8%
		費用額	4億3989万円	2億1687万円 49.3%	8839万円 20.1%	2億4256万円 55.1%
H29	H29年5月診療分	人数	74人	39人 52.7%	17人 23.0%	42人 56.8%
	H29年度累計	件数	950件	490件 51.6%	206件 21.7%	519件 54.6%
		費用額	4億6920万円	2億2905万円 48.8%	1億0401万円 22.2%	2億4992万円 53.3%
H30	H30年5月診療分	人数	69人	35人 50.7%	21人 30.4%	41人 59.4%
	H30年度累計	件数	902件	429件 47.6%	221件 24.5%	507件 47.6%
		費用額	4億0830万円	1億7792万円 43.6%	1億0197万円 25.0%	2億3176万円 56.8%
R1	R01年5月診療分	人数	↓ 65人	↓ 28人 43.1%	↓ 21人 32.3%	↓ 39人 60.0%
	R01年度累計	件数	816件	358件 43.9%	215件 26.3%	446件 54.7%
		費用額	↓ 3億6320万円	1億5275万円 42.1%	↓ 1億0011万円 27.6%	1億9225万円 52.9%

様式2-2,3-7 人工透析患者(長期化する疾患)の状況

【糖尿病性腎症による者の新規透析導入者の状況】

	糖尿病治療中	慢性人工透析者 (糖尿病治療中に占める割合)		新規透析者数 (糖尿病治療中に占める割合)		糖尿病性腎症(再掲)	割合	糖尿病治療中に占める新規透析者のうち糖尿病性腎症の割合	継続透析者数	透析者数合計
		人数	割合	人数	割合					
H28	1,186	38	3.20%	11	0.93%	7	63.6%	0.59%	76	87
H29	1,195	34	2.85%	10	0.84%	6	60.0%	0.50%	71	81
H30	1,199	32	2.67%	9	0.75%	3	33.3%	0.25%	61	70
R1	1,213	28	2.31%	10	0.82%	4	40.0%	0.33%	63	73

※様式6-1 糖尿病性重症化予防の取組評価
KDB厚生労働省様式3-2

④ 中長期的な目標疾患の割合

平成 28 年度と令和元年度を比較すると、人工透析のみ横ばいで虚血性心疾患及び脳血管疾患の割合が増加している。どの疾患も基礎疾患に高血圧がある人の割合がかなり高く、8～9割以上を占めており、また糖尿病がある人も4割前後を占めている。

虚血性心疾患の中で51.1%の人が脳血管疾患を持っており、64歳以下の割合が46.7%と平成28年度と比較して18.9%増加している。また、脳血管疾患の中で34.8%の人が虚血性心疾患を持っており、64歳以下の割合が28.6%と平成28年度と比較して13%増加している。人工透析は横ばいだが、脳血管疾患を持っている人は32.3%で約3割を占めており、特に64歳以下の割合は38.7%と平成28年度と比較して22.9%増加している。どの疾患においても若い世代で重症化していることが推測される。

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			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	全体	17,449	416	2.4	163	39.2	42	10.1	363	87.3	180	43.3	311	74.8
	64歳以下	14,071	151	1.1	42	27.8	24	15.9	130	86.1	67	44.4	107	70.9
	65歳以上	3,378	265	7.8	121	45.7	18	6.8	233	87.9	113	42.6	204	77.0
R1	全体	15,641	523	3.3	267	51.1	39	7.5	451	86.2	232	44.4	370	70.7
	64歳以下	11,939	167	1.4	78	46.7	17	10.2	138	82.6	77	46.1	108	64.7
	65歳以上	3,702	356	9.6	189	53.1	22	6.2	313	87.9	155	43.5	262	73.6

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			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	全体	17,449	728	4.2	163	22.4	17	2.3	568	78.0	239	32.8	481	66.1
	64歳以下	14,071	270	1.9	42	15.6	6	2.2	188	69.6	82	30.4	150	55.6
	65歳以上	3,378	458	13.6	121	26.4	11	2.4	380	83.0	157	34.3	331	72.3
R1	全体	15,641	768	4.9	267	34.8	21	2.7	600	78.1	280	36.5	488	63.5
	64歳以下	11,939	273	2.3	78	28.6	12	4.4	198	72.5	93	34.1	158	57.9
	65歳以上	3,702	495	13.4	189	38.2	9	1.8	402	81.2	187	37.8	330	66.7

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			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	全体	17,449	69	0.4	17	24.6	42	60.9	66	95.7	35	50.7	40	58.0
	64歳以下	14,071	38	0.3	6	15.8	24	63.2	37	97.4	19	50.0	21	55.3
	65歳以上	3,378	31	0.9	11	35.5	18	58.1	29	93.5	16	51.6	19	61.3
R1	全体	15,641	65	0.4	21	32.3	39	60.0	64	98.5	28	43.1	30	46.2
	64歳以下	11,939	31	0.3	12	38.7	17	54.8	30	96.8	13	41.9	14	45.2
	65歳以上	3,702	34	0.9	9	26.5	22	64.7	34	100.0	15	44.1	16	47.1

(3) 短期目標の達成状況

① 短期的な目標疾患の割合

糖尿病の割合は年々増加しており、高血圧を併発している割合も72.2%と7割を超えている。また、中長期的な目標である虚血性心疾患(4.3%増)や脳血管疾患(3.4%増)、糖尿病性腎症(0.5%増)が増加している。高血圧の割合も0.7%増加しており、その中で糖尿病を併発している割合は2.4%増加し、脂質異常症は2.6%減少している。中長期的な目標疾患を併発している割合も虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析すべてやや増加している。脂質異常症は0.3%増加し、糖尿病・虚血性心疾患・脳血管疾患を併発している割合は増加しているが、高血圧及び人工透析の割合は減少している。

インスリン療法や人工透析は、64歳以下で高くなっていることから若い世代から重症化していると考えられる。引き続き短期的な目標疾患の重症化を防ぐことが、虚血性心疾患や人工透析等の中長期的な目標疾患の減少につながると考えられる。

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				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
H28	全体	17,449	1,213	7.0	88	7.3	873	72.0	822	67.8	180	14.8	239	19.7	35	2.9	142	11.7	
	64歳以下	14,071	565	4.0	48	8.5	365	64.6	355	62.8	67	11.9	82	14.5	19	3.4	66	11.7	
	65歳以上	3,378	648	19.2	40	6.2	508	78.4	467	72.1	113	17.4	157	24.2	16	2.5	76	11.7	
R1	全体	15,641	1,213	7.8	97	8.0	876	72.2	788	65.0	232	19.1	280	23.1	28	2.3	148	12.2	
	64歳以下	11,939	503	4.2	47	9.3	332	66.0	306	60.8	77	15.3	93	18.5	13	2.6	51	10.1	
	65歳以上	3,702	710	19.2	50	7.0	544	76.6	482	67.9	155	21.8	187	26.3	15	2.1	97	13.7	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				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	全体	17,449	2,469	14.1	873	35.4	1,450	58.7	363	14.7	568	23.0	66	2.7	
	64歳以下	14,071	1,135	8.1	365	32.2	614	54.1	130	11.5	188	16.6	37	3.3	
	65歳以上	3,378	1,334	39.5	508	38.1	836	62.7	233	17.5	380	28.5	29	2.2	
R1	全体	15,641	2,315	14.8	876	37.8	1,298	56.1	451	19.5	600	25.9	64	2.8	
	64歳以下	11,939	935	7.8	332	35.5	464	49.6	138	14.8	198	21.2	30	3.2	
	65歳以上	3,702	1,380	37.3	544	39.4	834	60.4	313	22.7	402	29.1	34	2.5	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				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	全体	17,449	1,921	11.0	822	42.8	1,450	75.5	311	16.2	481	25.0	40	2.1	
	64歳以下	14,071	876	6.2	355	40.5	614	70.1	107	12.2	150	17.1	21	2.4	
	65歳以上	3,378	1,045	30.9	467	44.7	836	80.0	204	19.5	331	31.7	19	1.8	
R1	全体	15,641	1,772	11.3	788	44.5	1,298	73.3	370	20.9	488	27.5	30	1.7	
	64歳以下	11,939	742	6.2	306	41.2	464	62.5	108	14.6	158	21.3	14	1.9	
	65歳以上	3,702	1,030	27.8	482	46.8	834	81.0	262	25.4	330	32.0	16	1.6	

② 短期目標（血圧・HbA1c・LDL コレステロール）の状況

血圧および LDL コレステロールについては、平成 28 年度と比較して保健指導判定値以上の割合が全て増加している。

HbA1c は、受診勧奨判定値のうち 7.0～7.9 のみ増加しており、他は割合が減少している。

受診勧奨が必要な人の割合が増加しており、短期目標疾患及び中長期目標疾患の発症や重症化を予防するため、未治療者及び中断者も含め、早期に医療機関へつながるよう引き続き保健指導を実施していく。

【血圧の年次比較】

	血圧測定者	正常				保健指導判定値		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
H28	5,214	1,769	33.9%	1,008	19.3%	1,393	26.7%	866	16.6%	158	3.0%	20	0.4%
H29	4,835	1,794	37.1%	942	19.5%	1,160	24.0%	797	16.5%	121	2.5%	21	0.4%
H30	4,208	1,251	29.7%	770	18.3%	1,065	25.3%	911	21.6%	185	4.4%	26	0.6%
R1	3,945	1,035	26.2%	695	17.6%	1,064	27.0%	901	22.8%	212	5.4%	38	1.0%

【R02 年度版保健指導支援ツール】評価ツールより

【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			合併症の危険が更に大きくなる									
		5.5以下		5.6～5.9			6.0～6.4	合併症予防のための目標				最低限達成が望ましい目標		7.0～7.9		8.0以上		7.4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
H28	5,067	2,753	54.3%	1,343	26.5%	1,343	26.5%	469	9.3%	214	4.2%	174	3.4%	114	2.2%	194	3.8%	88	1.7%
H29	4,723	2,599	55.0%	1,260	26.7%	1,260	26.7%	436	9.2%	194	4.1%	140	3.0%	94	2.0%	157	3.3%	77	1.6%
H30	4,183	2,374	56.8%	1,092	26.1%	1,092	26.1%	344	8.2%	178	4.3%	117	2.8%	78	1.9%	128	3.1%	59	1.4%
R1	3,873	1,972	50.9%	1,140	29.4%	1,140	29.4%	398	10.3%	152	3.9%	131	3.5%	74	1.9%	141	3.6%	59	1.5%

【R02 年度版保健指導支援ツール】評価ツールより

【LDL コレステロールの年次比較】

	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	
総数	H28	5,214	2,752	52.8%	1,213	23.3%	744	14.3%	298	5.7%	207	4.0%
	H29	4,835	2,728	56.4%	1,092	22.6%	614	12.7%	285	5.9%	116	2.4%
	H30	4,207	2,119	50.4%	1,005	23.9%	675	16.0%	274	6.5%	134	3.2%
	R1	3,945	1,888	47.9%	935	23.7%	627	15.9%	327	8.3%	168	4.3%

【R02 年度版保健指導支援ツール】評価ツールより

③ 健診受診者の実態

肥満の指標である BMI25 以上・腹囲基準値以上が全国・県と比較し、依然として男女ともに顕著に高い状況である。血圧・空腹時血糖・HbA1c・LDL は増加しており、全国と比較すると、男性は HbA1c を除くすべての項目が高く、女性は血圧・空腹時血糖の割合が高くなっている。男女とも中性脂肪・尿酸値・クレアチニン・HDL は減少しているものの、中性脂肪・尿酸値・クレアチニンの割合は全国よりも高い状況である。

【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）】

性別	年齢	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		32.6		53.8		28.1		20.4		7.7		34.0		58.7		13.2		49.5		24.4		47.8		2.3	
県		19,709	46.2	27,068	63.4	12,970	30.4	10,236	24.0	3,265	7.7	17,746	41.6	26,635	62.4	9,649	22.6	21,792	51.1	11,141	26.1	21,167	49.6	1,109	2.6
保険者	合計	942	50.1	1,273	67.7	672	35.8	490	26.1	130	6.9	677	36.0	923	49.1	406	21.6	986	52.5	488	26.0	914	48.6	49	2.6
	40-64	482	51.1	597	63.2	391	41.4	299	31.7	75	7.9	275	29.1	374	39.6	242	25.6	433	45.9	278	29.4	497	52.6	15	1.6
	65-74	460	49.2	676	72.3	281	30.1	191	20.4	55	5.9	402	43.0	549	58.7	164	17.5	553	59.1	210	22.5	417	44.6	34	3.6

性別	年齢	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		90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		21.7		18.8		16.2		8.9		1.5		21.2		57.8		1.8		43.6		15.2		57.7		0.2	
県		16,115	34.4	13,077	27.9	8,537	18.2	5,627	12.0	842	1.8	12,373	26.4	29,640	63.2	2,008	4.3	20,744	44.3	7,996	17.1	27,356	58.4	216	0.5
保険者	合計	752	38.8	608	31.4	396	20.4	234	12.1	29	1.5	424	21.9	915	47.2	71	3.7	854	44.1	327	16.9	1,076	55.5	18	0.9
	40-64	282	31.4	221	24.6	174	19.4	115	12.8	11	1.2	149	16.6	304	33.9	21	2.3	292	32.6	145	16.2	456	50.8	7	0.8
	65-74	470	45.1	387	37.2	222	21.3	119	11.4	18	1.7	275	26.4	611	58.7	50	4.8	562	54.0	182	17.5	620	59.6	11	1.1

*全国については、有所見割合のみ表示

《リスクの健診結果経年変化》

【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 6-2～6-7）】

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		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
H28	合計	1,150	47.2	1,575	64.6	917	37.6	549	22.5	213	8.7	705	28.9	1,104	45.3	720	29.5	1,076	44.1	360	14.8	1,036	42.5	81	3.3
	40-64	663	47.2	865	61.6	595	42.4	390	27.8	125	8.9	351	25.0	549	39.1	468	33.3	534	38.0	248	17.7	617	43.9	36	2.6
	65-74	487	47.1	710	68.6	322	31.1	159	15.4	88	8.5	354	34.2	555	53.6	252	24.3	542	52.4	112	10.8	419	40.5	45	4.3
R1	合計	942	50.1	1,273	67.7	672	35.8	490	26.1	130	6.9	624	33.2	923	49.1	406	21.6	986	52.5	488	26.0	914	48.6	49	2.6
	40-64	482	51.1	597	63.2	391	41.4	299	31.7	75	7.9	256	27.1	374	39.6	242	25.6	433	45.9	278	29.4	497	52.6	15	1.6
	65-74	460	49.2	676	72.3	281	30.1	191	20.4	55	5.9	368	39.4	549	58.7	164	17.5	553	59.1	210	22.5	417	44.6	34	3.6

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90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
H28	合計	947	37.8	744	29.7	580	23.1	322	12.8	67	2.7	459	18.3	1,099	43.8	140	5.6	873	34.8	223	8.9	1,310	52.2	26	1.0
	40-64	463	34.2	351	25.9	303	22.4	180	13.3	27	2.0	190	14.0	464	34.3	70	5.2	373	27.6	131	9.7	673	49.7	14	1.0
	65-74	484	41.9	393	34.0	277	24.0	142	12.3	40	3.5	269	23.3	635	55.0	70	6.1	500	43.3	92	8.0	637	55.2	12	1.0
R1	合計	751	38.8	608	31.4	396	20.4	234	12.1	29	1.5	385	19.9	915	47.2	71	3.7	854	44.1	327	16.9	1,075	55.5	18	0.9
	40-64	281	31.4	221	24.7	174	19.4	115	12.8	11	1.2	131	14.6	304	33.9	21	2.3	292	32.6	145	16.2	455	50.8	7	0.8
	65-74	470	45.1	387	37.2	222	21.3	119	11.4	18	1.7	254	24.4	611	58.7	50	4.8	562	54.0	182	17.5	620	59.6	11	1.1

メタボリックシンドローム該当者は男女とも増加しているが、予備群については、男性が0.9%減少している。また、年齢で見ると、メタボリックシンドローム該当者・予備群どちらも65～74歳の割合が高くなっている。

予備群については、高血糖と脂質異常症は減少しているが、高血圧は男女とも増加している状況である。

メタボリックシンドローム該当者については、男女とも高血圧+脂質異常症・高血圧+高血糖が増加しており、高血圧+脂質異常症の割合が男性18.6%・女性8.3%と高くなっている。3項目すべてに該当する者は、男性が11.3%と約1割を占めており、平成28年度と変わらない状況である。

特にメタボリックシンドローム該当者において、リスクの高い3項目すべての該当者及び高血圧+脂質異常症該当者やメタボリックシンドローム予備群の高血圧該当者をターゲットに重症化の予防を図っていく必要がある。

【メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式5-3）】

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	1,879	38.3	147	7.8%	414	22.0%	29	1.5%	295	15.7%	90	4.8%	712	37.9%	117	6.2%	34	1.8%	349	18.6%	212	11.3%
	40-64	944	31.2	88	9.3%	201	21.3%	13	1.4%	124	13.1%	64	6.8%	308	32.6%	38	4.0%	21	2.2%	165	17.5%	84	8.9%
	65-74	935	49.8	59	6.3%	213	22.8%	16	1.7%	171	18.3%	26	2.8%	404	43.2%	79	8.4%	13	1.4%	184	19.7%	128	13.7%

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	1,938	46.7	85	4.4%	216	11.1%	6	0.3%	162	8.4%	48	2.5%	307	15.8%	44	2.3%	20	1.0%	160	8.3%	83	4.3%
	40-64	897	38.2	47	5.2%	79	8.8%	2	0.2%	52	5.8%	25	2.8%	95	10.6%	13	1.4%	11	1.2%	47	5.2%	24	2.7%
	65-74	1,041	57.8	38	3.7%	137	13.2%	4	0.4%	110	10.6%	23	2.2%	212	20.4%	31	3.0%	9	0.9%	113	10.9%	59	5.7%

《リスクの健診結果経年変化》

【メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）】

男性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	合計	2,439	47.8	200	8.2%	558	22.9%	39	1.6%	324	13.3%	195	8.0%	817	33.5%	122	5.0%	55	2.3%	385	15.8%	255	10.5%
	40-64	1,404	41.1	129	9.2%	312	22.2%	17	1.2%	144	10.3%	151	10.8%	424	30.2%	54	3.8%	31	2.2%	213	15.2%	126	9.0%
	65-74	1,035	61.3	71	6.9%	246	23.8%	22	2.1%	180	17.4%	44	4.3%	393	38.0%	68	6.6%	24	2.3%	172	16.6%	129	12.5%
R1	合計	1,879	38.3	147	7.8%	414	22.0%	29	1.5%	295	15.7%	90	4.8%	712	37.9%	117	6.2%	34	1.8%	349	18.6%	212	11.3%
	40-64	944	31.2	88	9.3%	201	21.3%	13	1.4%	124	13.1%	64	6.8%	308	32.6%	38	4.0%	21	2.2%	165	17.5%	84	8.9%
	65-74	935	49.8	59	6.3%	213	22.8%	16	1.7%	171	18.3%	26	2.8%	404	43.2%	79	8.4%	13	1.4%	184	19.7%	128	13.7%

女性	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H28	合計	2,508	57.5	123	4.9%	255	10.2%	17	0.7%	163	6.5%	75	3.0%	366	14.6%	54	2.2%	26	1.0%	176	7.0%	110	4.4%
	40-64	1,353	49.5	86	6.4%	121	8.9%	9	0.7%	72	5.3%	40	3.0%	144	10.6%	20	1.5%	16	1.2%	70	5.2%	38	2.8%
	65-74	1,155	70.8	37	3.2%	134	11.6%	8	0.7%	91	7.9%	35	3.0%	222	19.2%	34	2.9%	10	0.9%	106	9.2%	72	6.2%
R1	合計	1,937	46.7	85	4.4%	216	11.2%	6	0.3%	162	8.4%	48	2.5%	307	15.8%	44	2.3%	20	1.0%	160	8.3%	83	4.3%
	40-64	896	38.1	47	5.2%	79	8.8%	2	0.2%	52	5.8%	25	2.8%	95	10.6%	13	1.5%	11	1.2%	47	5.2%	24	2.7%
	65-74	1,041	57.8	38	3.7%	137	13.2%	4	0.4%	110	10.6%	23	2.2%	212	20.4%	31	3.0%	9	0.9%	113	10.9%	59	5.7%

メタボリックシンドローム該当者の減少率をみると、平成 28 年度 22.6%より年々減少傾向である。メタボリックシンドローム予備群については、平成 29 年度のみ県及び同規模市より減少率が高く、該当者より予備群の減少率が低い状況である。

メタボリックシンドローム該当者・予備群とも、同規模市より該当者数がかかなり多い現状である。該当者数の減少を図り、減少率が増加するよう肥満解決に向けて取り組んでいく。

【内臓脂肪症候群該当者の減少率】

H28				H29				H30				R1							
順位	市町村	H27該当者 だった者	H27該当者の うち予備群及 び非該当に なった者	減少率	順位	市町村	H28該当者 だった者	H28該当者の うち予備群及 び非該当に なった者	減少率	順位	市町村	H29該当者 だった者	H29該当者の うち予備群及 び非該当に なった者	減少率	順位	市町村	H30該当者 だった者	H30該当者の うち予備群及 び非該当に なった者	減少率
6	石垣市	1,085	245	22.6	6	石垣市	1,063	196	18.4	6	石垣市	990	161	16.3	6	石垣市	921	140	15.2
41	同規模A市	684	128	18.7	41	同規模A市	721	108	15.0	41	同規模A市	673	119	17.7	41	同規模A市	736	111	15.1
	沖縄県	18,837	3,630	19.3		沖縄県	19,735	3,531	17.9		沖縄県	19,457	3,485	17.9		沖縄県	19,723	3,297	16.7

【国保連合会より 2021.1.29 提供】内臓脂肪症候群の減少率 H25-R1(アウトカム)

【内臓脂肪症候群予備群の減少率】

H28				H29				H30				R1							
順位	市町村	H27予備群 だった者	H27予備群の うち非該当に なった者	減少率	順位	市町村	H28予備群 だった者	H28予備群の うち非該当に なった者	減少率	順位	市町村	H29予備群 だった者	H29予備群の うち非該当に なった者	減少率	順位	市町村	H30予備群 だった者	H30予備群の うち非該当に なった者	減少率
6	石垣市	678	118	17.4	6	石垣市	731	119	16.3	6	石垣市	700	94	13.4	6	石垣市	661	93	14.1
41	同規模A市	484	90	18.6	41	同規模A市	411	64	15.6	41	同規模A市	418	80	19.1	41	同規模A市	445	79	17.8
	沖縄県	13,168	2,318	17.6		沖縄県	13,010	2,118	16.3		沖縄県	12,436	2,052	16.5		沖縄県	12,643	1,979	15.7

【国保連合会より 2021.1.29 提供】内臓脂肪症候群の減少率 H25-R1(アウトカム)

2 ストラクチャー・プロセス評価「全体的な評価」(別紙)

【令和元年度の実績をふまえ、今後の取組と課題】

令和元年度の実績をふまえ、今後の取組と課題 【全体評価表】

【参考資料11】

課題・目標	評価(良くなったところ)				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)																														
目標	全 体																																	
<ul style="list-style-type: none"> ◆特定健診受診率 60% ◆特定保健指導実施率 60% ◆中長期目標 ○脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症をR5年度までに5%減らす ○R5年度に入院の伸び率を県並みとする ◆短期目標 ○高血圧、脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らししていく ⇒ 健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) 	<p>【効果的な事業の運営】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○データヘルス計画の目標管理一覧表により事業の進捗を把握 ○PDCAサイクルに基づいた具体的な事業や効果設定した事業を計画、実行する。 <p>【地区担当制の活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地区ごとに地区台帳や糖尿病管理台帳等を整理、重症化予防対象者の把握・管理を実施 			<p>【地区担当制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健師8名(管理職1名・嘱託2名 ※2名産休含む) ○管理栄養士2名(嘱託) ○地区担当が地区の対象者を把握しながら、リーダーや事業担当者全体を把握し、見落としがないよう体制づくりを強化していく。 ◆KDBシステム2台設置 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当制の活用 ○地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。 ○事業実施等保健指導担当者で話し合いを実施し、スタッフ間へ共通認識を図っていく。 																													
全 体	<p>【効果的な事業の運営】</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設定した事業を計画、実行する。 <p>【地区担当制の活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を実施する。 	<p>【特定健診：受診率向上事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○距離があるため、受診しやすい健診受診機会を確保する手段として集団健診を実施している。 ○受診率向上のため、受診勧奨方法を検討 ⇒ 訪問による受診勧奨をメインに実施した。 ○訪問や電話・はがき・FMラジオの活用・市広報誌・ホームページ・Facebook等を活用した広報・チラシ配布やポスター掲示・バナーやポロシャツ着用による受診勧奨等実施時期を検討し実施した。 <p>【未受診者対策事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者選定について検討：45歳～54歳で過去5年のうち、1度だけ受診したことがあり、H30年度未受診者を対象 ○担当者がリストアップし、地区担当で糖尿病管理台帳も確認しながら、訪問にて受診勧奨を実施した。 	<table border="1"> <tr> <th>本人</th> <th>家族</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td>316</td> <td>243</td> <td>559</td> </tr> <tr> <td>83.2%</td> <td>27.3%</td> <td>25.2%</td> </tr> </table> <p>◆期間実施率 92.4% ◆介入率 62.4%</p>	本人	家族	合計	316	243	559	83.2%	27.3%	25.2%	<table border="1"> <tr> <th>本人</th> <th>家族</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td>43.1%</td> <td>67.8%</td> <td>28.1%</td> </tr> <tr> <td>40代受診率</td> <td>50代受診率</td> <td></td> </tr> <tr> <td>32.8%</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>◆介入者のうち、29名健診受診受診率 23.4%</p>	本人	家族	合計	43.1%	67.8%	28.1%	40代受診率	50代受診率		32.8%			<ul style="list-style-type: none"> ○受診勧奨要員 ○地区担当の保健師・管理栄養士に加え、看護師1名・事務職(臨時)1名も実施 ◆糖尿病管理台帳の活用 ◆受診勧奨用被保険者台帳の活用 	<ul style="list-style-type: none"> ○健診受診率の減少 ○集団健診実施期間の縮小も影響あり。受診勧奨方法の検討⇒AIの導入等 ○医療機関への協力依頼の検討、実施方法等の検討 ○未受診者訪問の対象者の検討(全くの未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等) ○ポピュレーションの取組を検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等) ○評価項目の検討(受診率、受診行動等) 							
本人	家族	合計																																
316	243	559																																
83.2%	27.3%	25.2%																																
本人	家族	合計																																
43.1%	67.8%	28.1%																																
40代受診率	50代受診率																																	
32.8%																																		
未受診者対策	重症化予防対策																																	
<ul style="list-style-type: none"> ◆受診率をさらに向上させる ◆受診勧奨の対象者検討 ◆アプローチ方法等検討 ○特定健診未受診者対策事業 ○対象者の選定、評価方法等検討 ○受診率向上に関する事業 	<p>【要医療者支援事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者選定について検討：集団健診受診者で未治療の者で①～④該当者 ①血圧：収縮期血圧160mmHg以上拡張期血圧100mmHg以上 ②血糖：HbA1c 6.5%以上 ③腎機能低下：尿蛋白2+以上又はeGFR<45 ④脂質異常：LDLコレステロール180mg/dl以上 ○地区担当で面接または電話にて介入し、支援1～3か月後、対象者の医療受診状況を本人又はレセプトで確認した。 <p>【糖尿病性腎症重症化予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者選定について検討 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムは管理栄養士がメインで担当し、必要時地区担当保健師が介入する。 ○対象者同意のもと、医療機関へ個々に同席受診し、主治医の同意を得ていく。 ○医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ○糖尿病管理台帳にて経年管理を実施 ○KDBを活用しレセプトにて受診や治療状況を確認 ○受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行っている。 	<table border="1"> <tr> <th>令和元年度</th> <th>対象者数</th> <th>評価値</th> <th>受診なし</th> <th>受診あり</th> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>36</td> <td>33</td> <td>22</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>血糖</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>腎機能</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>脂質</td> <td>43</td> <td>36</td> <td>32</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>96</td> <td>83</td> <td>63</td> <td>17</td> </tr> </table> <p>◆重複者9名 ◆対象者本人数 87 ◆治療件数 75 ◆介入率80.2%</p> <p>◆医療機関受診者数 18名 ◆受診率 24.0%</p> <p>◆1年後データ改善者数 8</p> <p>◆改善率 72.7% (11人中)</p> <p>◆参加者13名中 1名途中脱落</p>	令和元年度	対象者数	評価値	受診なし	受診あり	血圧	36	33	22	11	血糖	7	4	4		腎機能	10	10	5	3	脂質	43	36	32	4	合計	96	83	63	17	<ul style="list-style-type: none"> ○管理栄養士による栄養指導の強化 ◆糖尿病管理台帳の活用 ◆貸出し用血圧計の確保 ◆配布用糖尿病連携手帳の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討) ○ポピュレーションアプローチの方法や内容についての検討 ○人材の確保 ○重症化予防対策に取り組み上で、管理栄養士の役割は重要である。栄養指導状況や対象者数等によって、管理栄養士の確保も検討が必要
令和元年度	対象者数	評価値	受診なし	受診あり																														
血圧	36	33	22	11																														
血糖	7	4	4																															
腎機能	10	10	5	3																														
脂質	43	36	32	4																														
合計	96	83	63	17																														
重症化予防対策	医療とのつながり																																	
<ul style="list-style-type: none"> ◆対象者、方法等の検討 ◆地区台帳の検討 ◆訪問、事業の目標、評価等検討 ◆評価指標の検討 ○糖尿病性腎症重症化予防事業 ○対象者の選定、評価方法等検討 ○重症化予防保健指導事業 ◆受診率の向上 	<p>【糖尿病性腎症重症化予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者選定について検討 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムは管理栄養士がメインで担当し、必要時地区担当保健師が介入する。 ○対象者同意のもと、医療機関へ個々に同席受診し、主治医の同意を得ていく。 ○医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ○糖尿病管理台帳にて経年管理を実施 ○KDBを活用しレセプトにて受診や治療状況を確認 ○受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行っている。 	<p>◆対象者のうち、本人及び主治医の同意が得られた場合のみ介入</p> <p>◆介入率 45.4% ◆参加率 13.4%</p> <p>◆医療機関へ同席受診実施数 9名</p>			<ul style="list-style-type: none"> ○O2推進会議での報告 ○地区担当制を活用し、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていく。 ○事例等を積み重ねて、協力体制を作っていく。 																													
医療とのつながり	<ul style="list-style-type: none"> ◆会議等での情報共有はあるが、個々の医療機関との具体的な連携は進んでいない。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。 	<p>○未受診者対策め、医師会や個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。</p> <p>現状、課題を共有していく中で、協力体制を整えていく。</p>																																

3 主な個別事業の評価と課題

(1) 特定健診未受診者対策事業

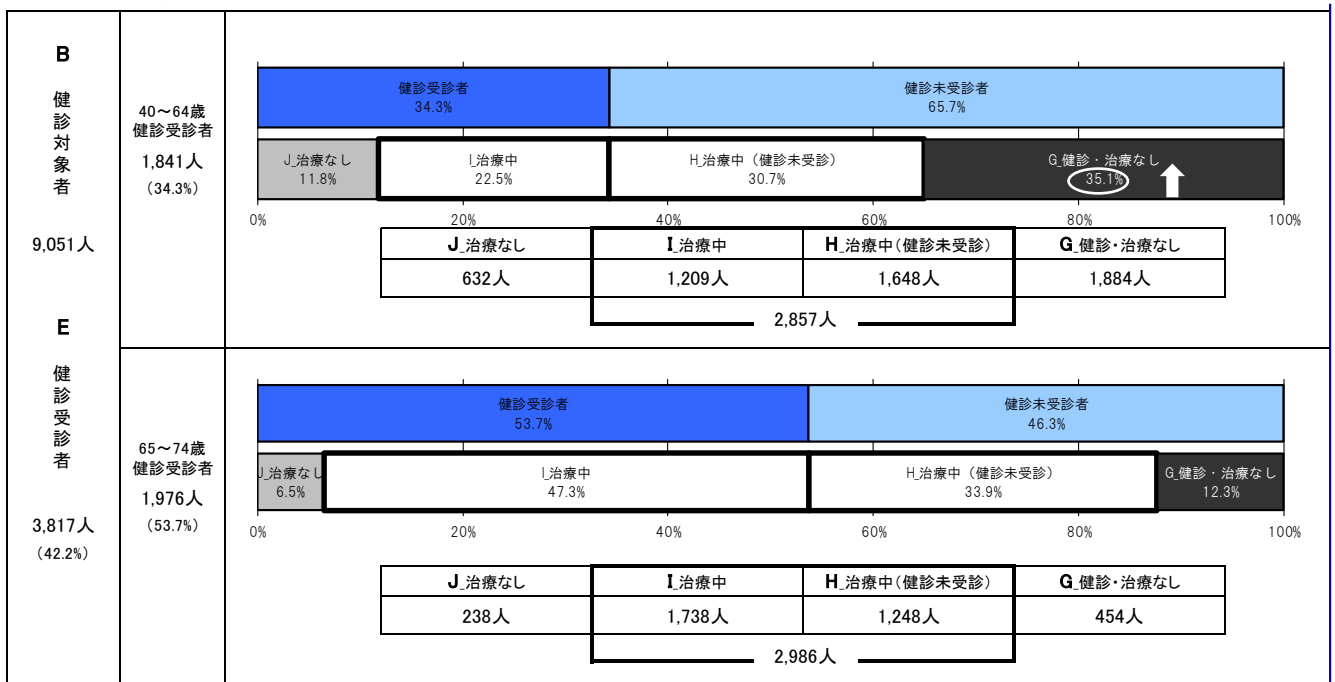
①未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取組は重要だが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が35.1%と平成28年度と比較して4.3%高くなっている。

健診受診者と未受診者の治療にかかっている治療費をみると、健診受診者の治療費は4,438円と平成28年度に比べ5,516円安くなっており、逆に健診未受診者の治療費は40,116円で7,056円高くなっている。健診を受診せず健康状態の実態がつかめないと重症化につながり、治療費も増額することが考えられる。

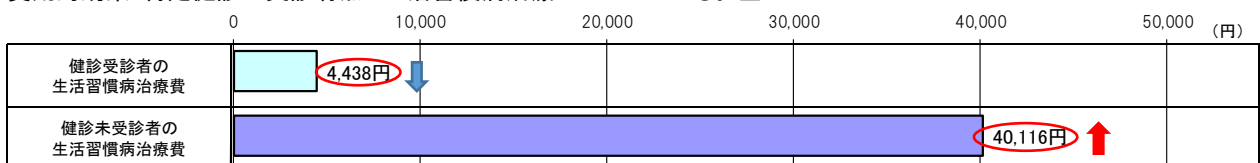
健診を受診することは医療費適正化につながっており、特定健診受診者が増加するよう今後も受診勧奨に努めていく。

【未受診者対策を考える(厚生労働省様式5-5)】



○G.健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

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



②受診率向上への取組

毎年、対象者へはがき送付・チラシ配布やポスター掲示・FM ラジオの活用・市広報誌・ホームページ・Facebook・LINE 等を活用した広報・バッジやポロシャツ着用による受診勧奨・訪問や電話等で実施する時期等を検討しながら受診勧奨を行っている。令和元年度は、訪問による受診勧奨をメインに実施した。

	本人	家族	ポスト	電話	合計
介入数	953	889	1,346	80	3,268
受診者	316	243	361	37	957
受診率	33.2%	27.3%	26.8%	46.3%	29.3%

対象者	資格喪失	受診後 資格喪失	表札なし	訪問実施数
9,990	880	37	1,771	4,959

④ 特定健診未受診者対策実施状況

石垣市では、40代50代の特定健診受診率が低い状況にあるため、45歳～54歳で過去5年のうち1度だけ受診したことがあり、平成30年度未受診者を対象として取り組んだ。1度でも特定健診を受診したことがあれば健診のイメージがあり、全く健診受診したことがない人に比べ受診につながりやすいのではないかと考え、担当者がリストアップし、地区担当で糖尿病管理台帳も確認しながら、訪問等にて受診勧奨を実施した。

対象者219名中、年度途中対象外となったものが9名であり、210名中194名へ訪問し、そのうち介入できたのは131件（介入率64.2%）であった。介入後、資格喪失等で10名対象者から除外し、対象者200名（介入者124名）のうち、健診受診につながったのは29名であり、受診率14.5%（介入者受診率23.4%）と低い結果であった。今後も未受診者対策に努めていく必要がある。

訪問	本人	家族	不在 ポスト	不在 表札なし	自宅 不明	その他	受診済	対象外 (介入前)	合計
男性	12	31	29	41	4	2	1	6	126
女性	23	7	25	26	3	3	2	3	92
合計	35	38	54	67	7	5	3	9	218

介入できず 79名
訪問実施数 194名 ※1名電話にて勧奨 合計 219

【受診状況】

	本人	家族	不在 ポスト	不在 表札なし	自宅 不明	その他	受診済	介入後 対象外
男性	2	4	3	9	0	0	18	3
女性	4	0	2	5	0	0	11	7
合計	6	4	5	14	0	0	29	10

●介入者のうち、29名健診受診

●受診率 23.4%

(2) 重症化予防の取組

①要医療者支援事業

集団健診受診者で情報提供と分類された者のうち、未治療者で下記の所見がある者に対し、地区担当で面接または電話にて介入し、支援1～3か月後、対象者の医療受診状況を本人又はレセプトで確認している。保健指導介入率は、86.2%と8割を超えており、要医療の所見を重複している9名中8名には介入できているが、6割以上の者が医療機関への受診に結びついていない現状である。早期に医療につながるよう医療機関の受診勧奨にも重点をおき、発症と重症化の予防に努めていく必要がある。

【対象者選定基準】

集団健診受診者で情報提供と分類された者のうち、未受診者で下記の所見がある者

- 血 圧 : 収縮期血圧 160mmHg 以上拡張期血圧 100mmHg 以上
- 血 糖 : HbA1c 6.5%以上
- 腎機能低下 : 尿蛋白 2+以上又は eGFR<45
- 脂質異常 : LDL コレステロール 180mg/dl 以上

令和元年度	対象者 延べ人数	指導延べ 件数	評価数	受診なし	受診あり		
					継続受診	主治医判断 で終了	自己中断
血圧	36	33	33	22	11		
血糖	7	4	4	4			
腎機能	10	10	10	5	2	3	
脂質	43	36	36	32	4		
合計	96	83	83	63	17	3	0

重複者(9名)	男	女	合計	介入者	受診あり
血圧・LDL	2	1	3	3	1
血圧・蛋白	1	1	2	2	
血圧・LDL・蛋白		1	1	1	
血圧・LDL・HbA1c		1	1	1	
LDL・蛋白		1	1	1	1
LDL・HbA1c	1		1		
合計	4	5	9	8	2

対象者 実人数	指導 実件数
87	75

●介入率 86.2%

●医療機関受診者実数 18名 ●受診率 24.0%

②糖尿病性腎症重症化予防

健診受診者からHbA1c6.5以上に該当する対象者のうち、内服なし又は中断者の対象者が各年度減ってきている。保健指導した割合も目標の60%前後を達成しており、糖尿病管理台帳にて担当地区の介入すべき優先順位を整理し、引き続き支援を続けていく。

糖尿病性腎症プログラムは対象者のうち、プログラム参加希望率は約20～30%と低めだが、参加者のうち約7割が1年後のデータが改善している。また1年後の評価に限らず、毎年対象となっている方のデータを1人ひとり経年や月単位で追うことで、HbA1cや尿蛋白、eGFRが改善している傾向があり、対象から外れる方も出てきている。糖尿病連携手帳を活用し今後も医療機関と連携して引き続き保健指導・栄養指導等支援を行っていく。

【健診受診者からHbA1c6.5以上に該当する対象者のうち、内服なし又は中断者】 (人)

	H28		H29		H30		R1	
動機付け支援	33	12	31	15	29	20	24	16
積極的支援	41	16	28	18	26	15	25	11
要医療者事業	14	10	14	11	9	6	7	4
内服なし又は中断者 保健指導者合計	88	38	73	44	64	41	56	31
健診受診者の血糖異常者 に保健指導した割合	43.2		60.3		64.1		55.4	

【担当地区の対象者数の把握】 (人)

	H28	H29	H30	R1
①未治療者・中断者（医療受診勧奨）	36	65	37	69
②腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）				
・HbA1c7.0以上で前年度より悪化している	166	107	87	89
・たんぱく尿（±）以上	189	181	148	185
・eGFR値の悪化				
1年で25%以上低下	10	8	8	5
1年で5ml/m ² 以上の低下	117	125	97	94

参考資料：糖尿病台帳より

【糖尿病性腎症プログラム】

	H28	H29	H30	R1
対象者数	66	62	106	97
参加者数	15	16	14	13
不参加数	49	32	44	31
検討中	2	1	0	0
介入率	100.0%	79.0%	54.7%	45.4%
参加率	22.7%	25.8%	13.2%	13.4%
未介入	0	12	48	53
途中脱落者数	6	5	1	1
糖尿病連携手帳			19	20

参加者13人中 1人途中脱落
1人最終データなし

◎1年後データ改善者延べ数	H28	H29	H30	R1
HbA1cまたは空腹時血糖値	5	7	10	7
尿蛋白	5	2	3	4

◎1年後データ改善者実数	7	7	10	8
改善率	77.8%	58.3%	71.4%	72.7%

参考資料：DM腎表より

9人中 12人中 14人中 11人中

(3) ポピュレーションアプローチ

① 健康教室の実施

市民へ若いときから健康へ関心をもってもらい、重症化予防の重要性、適正に医療受診することの必要性及び本市の実態を広く市民に周知するために、毎年、対象者及びテーマを決めて周知し、健康教室を実施している。

平成29年度	「聞いて・動いて・食べて納得！健康教室」
平成30年度	石垣市の健康、どうなってるの？ なるほど！血圧のしくみ なるほど！栄養学！ これならできる！みんなで運動！ 簡単・ヘルシー！料理づくり
令和元年度	「めざせ美☆血管！！令和最初の健康教室」
令和2年度	「体重3%減らすだけでも効果あり？！今日からできる健康習慣」

② 糖尿病性腎症重症化予防のための健康教室

令和元年度	①血糖と仲良く付き合うための夏野菜クッキング教室
	②糖尿病性腎症に関する勉強会及びゆんたく会

市民より血糖値が気になるため食事について知りたいという声や平成30年度糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加者より他の参加者との交流を持ちたいという相談があり、交流することで参加者の健康意識の向上が図れると考え実施した。

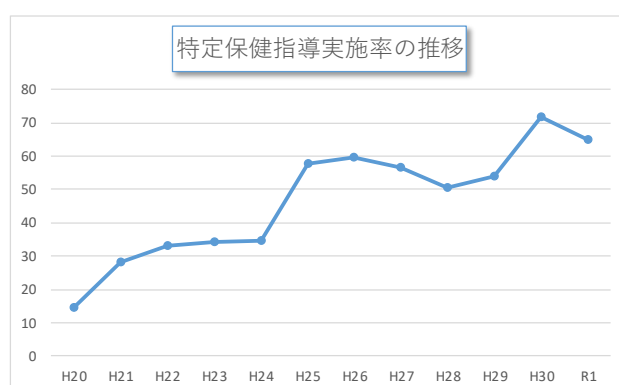
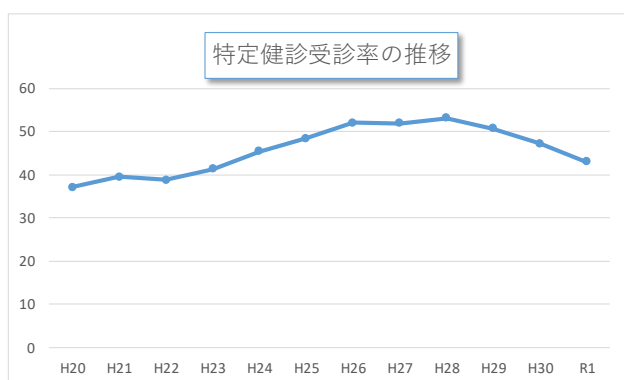
肥満の改善や糖尿病性腎症重症化予防等を重点に、今後も市民の健康意識の向上を図るため、特定健診（集団健診）や健康福祉まつり等を活用した展示及び健康教室等を開催し、ポピュレーションアプローチも継続して行っていく。

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

特定健診の受診率は年々減少傾向であり、同規模内の順位もかなり下がってきている。受診勧奨者の医療受診率は、平成28年度に比べ9%増加しており、同規模平均よりも上回っているが、約4割が健診は受診するものの、その後の医療受診につながっていない状況がある。

特定保健指導実施率は、評価に関する制度改正や特定保健指導対象者数の増減とマンパワーの関係等の状況により増減しているが、目標値は達成できている。引き続き肥満の改善や重症化予防に向け医療受診率上昇につながるよう保健指導を実施していく。



項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	保健指導実施率	医療受診率	
								石垣市	同規模平均
H25年度	9,628	4,665	48.5%	51位	897	517	57.6%	49.9%	50.8%
H28年度	9,354	4,978	53.2%	25位	933	470	50.4%	47.7%	51.2%
H29年度	9,081	4,601	50.7%	40位	854	460	53.9%	46.1%	51.4%
H30年度	8,831	4,171	47.2%	72位	785	564	71.8%	53.6%	52.9%
R1年度	8,847	3,814	43.1%	127位	716	464	64.8%	56.7%	52.8%

2 特定健診の実施

40代50代の特定健診受診率が特に低いことや継続受診者も年々減少し令和元年度は67.8%と7割を下回っていること、また集団健診実施期間の縮小等の影響もあることから、未受診者対策や個別健診受診勧奨に重点をおき、引き続き健診受診率の上昇を図っていく。

	受診者数	受診者数	継続受診者数	
			人数	割合
	法定報告値	A	B	B/A(前年)
H26年度	5,028	5,294	—	—
H27年度	4,950	5,184	3,863	73.0%
H28年度	4,978	5,214	3,902	75.3%
H29年度	4,601	4,835	3,754	72.0%
H30年度	4,171	4,208	3,232	66.8%
R元年度	3,814	3,945	2,855	67.8%

3 特定保健指導の実施

特定保健指導実施率は目標を達成しており、特定保健指導対象者数も年々減少しているが、特定健診受診者数減少の影響も考えられ、引き続き肥満の改善や重症化予防に重点をおき、特定保健指導を実施していく。

	対象者数	受診者数	受診率	保健指導対象者数	保健指導実施率	保健指導終了者数	積極的支援			動機付け支援		
							対象者数	終了者数	終了率	対象者数	終了者数	終了率
H28	9,354	4,978	53.2%	933	50.4%	470	361	160	44.3%	572	310	54.2%
H29	9,081	4,601	50.7%	854	53.9%	460	320	137	42.8%	534	323	60.5%
H30	8,831	4,171	47.2%	785	71.8%	564	285	175	61.4%	500	389	77.8%
R1	8,847	3,814	43.1%	716	64.8%	464	252	126	50.0%	464	338	72.8%

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1 データヘルス計画の目標管理一覧表の見直し・追加変更

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題及び中間評価等を踏まえ、以下の6項目の目標値変更及び6項目の目標値を追加した。

【変更】

- 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少
⇒慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合 5%減少
- 健診受診者の脂質異常者の割合減少（LDL160以上）⇒ LDL180以上
- 健診受診者の糖尿病有病者の割合減少（HbA1c 6.5以上）
⇒健診受診者の血糖異常者の割合減少（HbA1c 6.5以上）
- HbA1c 8.4以上の者の割合の減少
⇒健診受診者のHbA1c 8.0以上の未治療者の割合減少
- 糖尿病治療継続者の割合増加
⇒糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合の増加
- 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
⇒糖尿病性腎症による新規導入者の割合の減少

【追加】

- 健診受診者の血糖異常者（HbA1c 6.5以上）に保健指導を実施した割合 60%以上
- 5つのがん検診の平均受診率
- 健康ポイントの取組を行う実施者の割合 15%以上
- 後発医薬品の使用割合 80%以上
- 高齢者の保険事業と介護予防の一体的実施
- 歯科健診(歯周病健診含む)の受診率 増加
⇒現段階で実施は未定だが、努力者支援制度の評価項目になっており、今後も検討していく可能性があるため追加した。

2 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

国は、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するよう示している。

令和2年4月1日に高齢者の医療の確保に関する法律及び国民健康保険法の改正施行に伴い「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が開始されており、本市においても令和3年度より、沖縄県後期高齢者医療広域連合から市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を実施していく予定である。

①企画・調整等を担当する医療専門職（保健師）を配置

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、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行う。

③ 地域を担当する管理栄養士等を配置

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っていく。また、ポピュレーションアプローチとして生活習慣病からのフレイルや認知症予防等健康教育や健康相談を実施する。

【KDB システム等を活用したデータ（E表）からの読み取り】

- 健診受診率は、国・県・同規模に比べ高いが、集団健診の縮小により受診率の低下が懸念される。しかし、既に医療にかかっている者が96%であるため、受診の際に個別健診にて健康診査を受けるよう勧めていく。
- 既に医療にかかっている割合はほぼ変わらないが、そのうち生活習慣病対象者の割合が高いことが分かった。
- 要介護認定率は、国・県・同規模に比べやや低い。しかし、要介護3以上が45.2%と4割以上を占めており、国・県・同規模より高い現状である。
⇒ 重症化して介護につながっている方が多いと考えられる。

Bの説明(健診結果から)

- 高血圧Ⅱ度以上及びHbA1c8.0以上の未治療者の割合は低いが、CKD臓器障害ありの割合が高い。それに伴い、健診有所見者からみた重症化予防が必要と考えられる対象者の実人数の割合が、国・県・同規模に比べ高い現状である。
- BMI25以上の割合は、沖縄県全体的にBMIは高いが、その中でも本市は高い現状である。
⇒ 適切な治療につなげるための保健指導・受診勧奨が必要

Cの説明(レセプト・介護情報から)

- レセプト・介護情報からみた重症化予防が必要と考えられる対象者の割合は、国・県・同規模に比べ低い。これは、合併症を持っている者の割合が高いからだと考えられる。
- 高血圧・糖尿病を持っている者の8割以上が、既に脳血管疾患や心不全等の合併症を起こしている。⇒ 要介護認定3以上の割合が高いことを考えると、普段は医療にかからず、重症化して受診していることが多いという本市の課題がある。

Dの説明(レセプト・介護情報から)

- 医療にかかっているもののうち脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全の治療をしている者の割合が国・県・同規模に比べ高く、特に脳血管疾患については、国の1.8倍となっている。
- 脳血管疾患等を治療しているもののうち介護予防として再発防止をアプローチする対象者の割合は、国・県・同規模に比べ高い。
⇒脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全の治療をしている者の割合及び介護予防対象者の割合が高いこと、重症化して受診し介護につながっている者が多いことが考えられるため、重症化する前(要介護認定を受ける前)にきちんと治療を継続させて再発予防をすることが重要となってくる。

フレイル

- 骨折・認知症の医療を受けている者の割合は、国・県・同規模より高い。また、その8割以上の者が基礎疾患として高血圧や糖尿病を持っており、割合も国・県・同規模より高い。骨折による要介護認定を受けている者の割合は低い、認知症による要介護認定を受けている者の割合は高い。
⇒ 既に介護になっている者が多いと考えられる。
認知症の大きな原因の1つである糖尿病など基礎疾患を持っている者も多いため、認知症予防の視点からも早期の生活改善・保健指導が重要だと考える。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値				データの把握方法
				初期値 H28	中間評価 R元	R2	R3	R4	最終目標 R5	
データヘルス計画	中長期	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 5%減少	2.59%	2.15%	2.54%	2.51%	2.49%	2.46%	KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 5%減少	1.85%	1.53%	1.81%	1.79%	1.78%	1.76%	
			★慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合 5%減少 ←変更	17.5%	13.2%	17.2%	17.0%	16.8%	16.6%	
	アウトカム	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、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 25%減少	40.3%	43.2%	36.1%	34.1%	32.1%	30.1%	KDBシステム 石垣市健康増進計画
			健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	3.4%	6.4%	減少	減少	減少	減少	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上) ←変更	4.0%	4.3%	減少	減少	減少	減少	
			★健診受診者の血糖異常者の割合減少 (HbA1c6.5以上) ←変更	9.8%	9.3%	減少	減少	減少	減少	
			HbA1cが8.4%以上の者の割合の減少	1.7%	1.5%					
			★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少 ←変更	0.89%	0.59%	0.55%	0.50%	0.45%	0.40%	
			糖尿病治療継続者の割合増加	64.7%	67.2%					
特定健診等	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	特定保健指導対象者の減少率25%	18.6%	18.7%	17.0%	16.0%	15.0%	14.0%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)	
		特定健診受診率60%以上	53.2%	43.1%	57%	58%	59%	60%		
		特定保健指導実施率60%以上	50.4%	64.8%	55%	57%	59%	60%		
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	★健診受診者の血糖異常者(HbA1c6.5以上)に保健指導を実施した割合 60%以上 ←追加	43.2%	55.4%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	地域保健事業報告
			がん検診受診率 胃がん検診 13%以上	5.1%	5.6%	7.6%	9.6%	11.6%	13.0%	
			肺がん検診 40%以上	22.5%	6.7%	16.7%	26.7%	36.7%	40.0%	
			大腸がん検診 40%以上	15.0%	5.2%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%	
			子宮頸がん検診 50%以上	39.1%	14.5%	24.5%	34.5%	44.5%	50.0%	
			乳がん検診 50%以上	30.5%	13.3%	23.0%	33.0%	43.0%	50.0%	
	★5つのがん検診の平均受診率 ←追加	22.4%	9.1%	16.3%	24.7%	33.1%	38.6%			
	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 ←追加								
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	★健康ポイントの取組みを行う実施者の割合 15%以上 ←追加				実施予定	実施予定	15.0%		
	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 ←追加	76.5%	89.1%	82.0%	84.0%	86.0%	88.0%	厚生労働省算定数値	
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 ←追加				実施予定	実施	実施	KDBシステム		

※データが改善しているもの

課題・目標	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）																																																																																																																							
目標	全 体																																																																																																																										
<p>◆特定健診受診率 60%</p> <p>◆特定保健指導実施率 60%</p> <p>◆中長期目標</p> <p>○脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症をR5年度までに5%減らす</p> <p>○R5年度に入院の伸び率を県並みとする</p> <p>◆短期目標</p> <p>○高血圧、脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく</p> <p>⇒ 健診受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD）</p>	<p>【効果的な事業の運営】</p> <p>○データヘルス計画の目標管理一覧表により事業の進捗を把握</p> <p>○PDCAサイクルに基づいた具体的な事業や効果設定した事業を計画、実行する。</p> <p>【地区担当制の活用】</p> <p>○地区ごとに地区台帳や糖尿病管理台帳等を整理、重症化予防対象者の把握・管理を実施</p>			<p>【地区担当制】</p> <p>○保健師8名 （管理職1名・嘱託2名 ※2名産休含む）</p> <p>管理栄養士2名（嘱託）</p> <p>○地区担当が地区の対象者を把握しながら、リーダーや事業担当も全体を把握し、見落としがないよう体制づくりを強化していく。</p> <p>◆KDBシステム2台配置</p>	<p>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>○地区担当制の活用 地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っていく。</p> <p>○事業実施等保健事業担当で話し合いを実施し、スタッフ間へ共通認識を図っていく。</p>																																																																																																																						
全体	健診未受診者対策																																																																																																																										
<p>【効果的な事業の運営】</p> <p>OPDCAサイクルに基づいた具体的な事業や効果設定した事業を計画、実行する。</p> <p>【地区担当制の活用】</p> <p>○地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を実施する。</p>	<p>【特定健診：受診率向上事業】</p> <p>○離島であるため、受診しやすい健診受診機会を確保する手段として集団健診を実施している。</p> <p>○受診率向上のため、受診勧奨方法を検討 ⇒ 訪問による受診勧奨をメインに実施した。</p> <p>○訪問や電話・はがき・FMラジオの活用・市広報誌・ホームページ・Facebook等を活用した広報・チラシ配布やポスター掲示・バッジやポロシャツ着用による受診勧奨等実施時期を検討し実施した。</p> <p>【未受診者対策事業】</p> <p>○対象者選定について検討：45歳～54歳で過去5年のうち、1度だけ受診したことがあり、H30年度未受診者を対象</p> <p>○担当者がリストアップし、地区担当で糖尿病管理台帳も確認しながら、訪問等にて受診勧奨を実施した。</p>	<table border="1"> <tr><th></th><th>本人</th><th>家族</th><th>ポスト</th><th>電話</th><th>合計</th></tr> <tr><td>介入数</td><td>953</td><td>889</td><td>1,346</td><td>80</td><td>3,268</td></tr> <tr><td>受診者</td><td>316</td><td>243</td><td>361</td><td>37</td><td>957</td></tr> <tr><td>受診率</td><td>33.2%</td><td>27.3%</td><td>26.8%</td><td>46.3%</td><td>29.3%</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>対象者</th><th>資格喪失</th><th>受診後資格喪失</th><th>表札なし</th><th>訪問実施数</th></tr> <tr><td>9,990</td><td>880</td><td>37</td><td>1,771</td><td>4,959</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>訪問</th><th>本人</th><th>家族</th><th>不在</th><th>不在</th><th>自宅</th><th>その他</th><th>受診済</th><th>訪問実施数</th><th>合計</th></tr> <tr><td>男性</td><td>12</td><td>31</td><td>29</td><td>41</td><td>4</td><td>2</td><td>1</td><td>6</td><td>126</td></tr> <tr><td>女性</td><td>23</td><td>7</td><td>25</td><td>26</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td><td>3</td><td>92</td></tr> <tr><td>合計</td><td>35</td><td>38</td><td>54</td><td>67</td><td>7</td><td>5</td><td>3</td><td>9</td><td>218</td></tr> </table> <p>◆対象者219名中、年度途中対象外となったものが9名であり、210名中194名へ訪問済 そのうち介入できたのは131件であった。</p> <p>◆訪問実施率 92.4% 介入率 62.4%</p>		本人	家族	ポスト	電話	合計	介入数	953	889	1,346	80	3,268	受診者	316	243	361	37	957	受診率	33.2%	27.3%	26.8%	46.3%	29.3%	対象者	資格喪失	受診後資格喪失	表札なし	訪問実施数	9,990	880	37	1,771	4,959	訪問	本人	家族	不在	不在	自宅	その他	受診済	訪問実施数	合計	男性	12	31	29	41	4	2	1	6	126	女性	23	7	25	26	3	3	2	3	92	合計	35	38	54	67	7	5	3	9	218	<table border="1"> <tr><th>特定健診受診率</th><td>43.1%</td></tr> <tr><th>継続受診(リピーター)率</th><td>67.8%</td></tr> <tr><th>40代受診率</th><td>28.1%</td></tr> <tr><th>50代受診率</th><td>32.8%</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th></th><th>本人</th><th>家族</th><th>不在</th><th>不在</th><th>自宅</th><th>その他</th><th>受診済</th><th>介入数</th></tr> <tr><td>男性</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td>18</td><td>3</td></tr> <tr><td>女性</td><td>4</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>11</td><td>7</td></tr> <tr><td>合計</td><td>6</td><td>4</td><td>5</td><td>14</td><td>0</td><td>0</td><td>29</td><td>10</td></tr> </table> <p>◆介入者のうち、29名健診受診率 23.4%</p>	特定健診受診率	43.1%	継続受診(リピーター)率	67.8%	40代受診率	28.1%	50代受診率	32.8%		本人	家族	不在	不在	自宅	その他	受診済	介入数	男性	2	4	3	9	0	0	18	3	女性	4	0	2	5	0	0	11	7	合計	6	4	5	14	0	0	29	10	<p>○受診勧奨要員 地区担当の保健師・管理栄養士に加え、看護師1名・事務職（臨時）1名も実施</p> <p>◆糖尿病管理台帳の活用 ◆受診勧奨用被保険者台帳の活用</p>	<p>○健診受診率の減少 集団健診実施期間の縮小も影響あり。受診勧奨方法の検討⇒AIの導入等</p> <p>○医療機関への協力依頼の検討、実施方法等の検討</p> <p>○未受診者訪問の対象者の検討（全くの未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等）</p> <p>○ポピュレーションの取組を検討（医療機関、住民等対象をどうしていくか等）</p> <p>○評価項目の検討（受診率、受診行動等）</p>
	本人	家族	ポスト	電話	合計																																																																																																																						
介入数	953	889	1,346	80	3,268																																																																																																																						
受診者	316	243	361	37	957																																																																																																																						
受診率	33.2%	27.3%	26.8%	46.3%	29.3%																																																																																																																						
対象者	資格喪失	受診後資格喪失	表札なし	訪問実施数																																																																																																																							
9,990	880	37	1,771	4,959																																																																																																																							
訪問	本人	家族	不在	不在	自宅	その他	受診済	訪問実施数	合計																																																																																																																		
男性	12	31	29	41	4	2	1	6	126																																																																																																																		
女性	23	7	25	26	3	3	2	3	92																																																																																																																		
合計	35	38	54	67	7	5	3	9	218																																																																																																																		
特定健診受診率	43.1%																																																																																																																										
継続受診(リピーター)率	67.8%																																																																																																																										
40代受診率	28.1%																																																																																																																										
50代受診率	32.8%																																																																																																																										
	本人	家族	不在	不在	自宅	その他	受診済	介入数																																																																																																																			
男性	2	4	3	9	0	0	18	3																																																																																																																			
女性	4	0	2	5	0	0	11	7																																																																																																																			
合計	6	4	5	14	0	0	29	10																																																																																																																			
未受診者対策	重症化予防対策																																																																																																																										
<p>◆受診率をさらに向上させる</p> <p>◆受診勧奨の対象者検討</p> <p>◆アプローチ方法等検討</p> <p>○特定健診未受診者対策事業</p> <p>◆対象者の選定、評価方法等検討</p> <p>○受診率向上に関する事業</p>	<p>【医療者支援事業】</p> <p>○対象者選定について検討：集団健診受診者で未治療の者で①～④該当者</p> <p>①血圧：収縮期血圧160mmHg以上拡張期血圧100mmHg以上</p> <p>②血糖：HbA1c 6.5%以上</p> <p>③腎機能低下：尿蛋白2+以上又はeGFR<45</p> <p>④脂質異常：LDLコレステロール180mg/dl以上</p> <p>○地区担当で面接または電話にて介入し、支援1～3か月後、対象者の医療受診状況を本人又はレセプトで確認した。</p> <p>【糖尿病性腎症重症化予防】</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者選定について検討</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防プログラムは管理栄養士がメインで担当し、必要時地区担当保健師が介入する。</p> <p>○対象者同意のもと、医療機関へ個々に同伴受診し、主治医の同意を得ていく。</p> <p>○医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。</p> <p>○糖尿病管理台帳にて経年管理を実施</p> <p>KDBを活用しレセプトにて受診や治療状況を確認</p> <p>○受診勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）し、未受診者には再アプローチを行っていく。</p>	<table border="1"> <tr><th>令和元年度</th><th>対象者 延べ人数</th><th>指導延べ 件数</th><th>評価数</th><th>受診なし</th><th colspan="3">受診あり</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>継続受診</td><td>主治医判断 で終了</td><td>自己中断</td></tr> <tr><td>血圧</td><td>36</td><td>33</td><td>33</td><td>22</td><td>11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血糖</td><td>7</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>腎機能</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>脂質</td><td>43</td><td>36</td><td>36</td><td>32</td><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>合計</td><td>96</td><td>83</td><td>83</td><td>63</td><td>17</td><td>3</td><td>0</td></tr> </table> <p>◆重複者9名</p> <table border="1"> <tr><th>対象者実人数</th><th>指導実件数</th></tr> <tr><td>87</td><td>75</td></tr> </table> <p>○介入率86.2%</p> <table border="1"> <tr><th></th><th>R1</th></tr> <tr><td>対象者数</td><td>97</td></tr> <tr><td>参加者数</td><td>13</td></tr> <tr><td>不参加者数</td><td>31</td></tr> <tr><td>介入率</td><td>45.4%</td></tr> <tr><td>参加率</td><td>13.4%</td></tr> <tr><td>未介入</td><td>53</td></tr> <tr><td>途中脱落者数</td><td>1</td></tr> <tr><td>糖尿病連携手帳</td><td>20</td></tr> </table> <p>◆対象者のうち、本人及び主治医の同意が得られた場合のみ介入</p> <p>○介入率 45.4% ○参加率 13.4%</p> <p>◆医療機関へ同伴受診実施数 9名</p> <p>○医療機関受診者実数 18名</p> <p>○受診率 24.0%</p> <table border="1"> <tr><th>1年後データ改善者延べ数</th><th>R1</th></tr> <tr><td>HbA1cまたは空腹時血糖値</td><td>7</td></tr> <tr><td>尿蛋白</td><td>4</td></tr> </table> <p>○改善率 72.7%（11人中）</p> <p>◆参加者13名中 1名途中脱落 1名最終データなし</p>	令和元年度	対象者 延べ人数	指導延べ 件数	評価数	受診なし	受診あり								継続受診	主治医判断 で終了	自己中断	血圧	36	33	33	22	11			血糖	7	4	4	4				腎機能	10	10	10	5	2	3		脂質	43	36	36	32	4			合計	96	83	83	63	17	3	0	対象者実人数	指導実件数	87	75		R1	対象者数	97	参加者数	13	不参加者数	31	介入率	45.4%	参加率	13.4%	未介入	53	途中脱落者数	1	糖尿病連携手帳	20	1年後データ改善者延べ数	R1	HbA1cまたは空腹時血糖値	7	尿蛋白	4	<p>○管理栄養士による栄養指導の強化</p> <p>◆糖尿病管理台帳の活用</p> <p>◆貸出し用血圧計の確保</p> <p>◆配布用糖尿病連携手帳の確保</p>	<p>○対象者の検討 （単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等）</p> <p>○保健指導後の評価指標の検討 （健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討）</p> <p>○保健事業の目標、評価指標の検討 （健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討）</p> <p>○ポピュレーションアプローチの方法や内容についての検討</p> <p>○人材の確保 重症化予防対策に取り組む上で、管理栄養士の役割は重要である。栄養指導状況や対象者数等によって、管理栄養士の確保も検討が必要</p>																																			
令和元年度	対象者 延べ人数	指導延べ 件数	評価数	受診なし	受診あり																																																																																																																						
					継続受診	主治医判断 で終了	自己中断																																																																																																																				
血圧	36	33	33	22	11																																																																																																																						
血糖	7	4	4	4																																																																																																																							
腎機能	10	10	10	5	2	3																																																																																																																					
脂質	43	36	36	32	4																																																																																																																						
合計	96	83	83	63	17	3	0																																																																																																																				
対象者実人数	指導実件数																																																																																																																										
87	75																																																																																																																										
	R1																																																																																																																										
対象者数	97																																																																																																																										
参加者数	13																																																																																																																										
不参加者数	31																																																																																																																										
介入率	45.4%																																																																																																																										
参加率	13.4%																																																																																																																										
未介入	53																																																																																																																										
途中脱落者数	1																																																																																																																										
糖尿病連携手帳	20																																																																																																																										
1年後データ改善者延べ数	R1																																																																																																																										
HbA1cまたは空腹時血糖値	7																																																																																																																										
尿蛋白	4																																																																																																																										
重症化予防対策	医療とのつながり																																																																																																																										
<p>◆対象者、方法等の検討</p> <p>◆地区台帳の検討</p> <p>◆訪問・事業の目標・評価等検討</p> <p>◆評価指標の検討</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防事業</p> <p>◆対象者の選定、評価方法等検討</p> <p>○重症化予防保健指導事業</p> <p>◆受診率の向上</p>	<p>○未受診者対策を含め、医師会や個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。</p> <p>現状、課題を共有していく中で、協力体制を整えていく。</p>	<p>○21推進会議での報告</p>	<p>○地区担当制を活用し、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていく。</p>	<p>○事例等を積み重ねて、協力体制を作っていく。</p>																																																																																																																							
医療とのつながり	医療とのつながり																																																																																																																										
<p>◆会議等での情報共有はあるが、個々の医療機関との具体的な連携は進んでいない。</p> <p>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</p>																																																																																																																											

75歳以上(後期)

1

75歳以上被保険者数(ア) 4,682人

2 健康診査受診者(イ) 1,612人 34.4%
健康診査未受診者 3,070人 65.6%

3

医療機関受診あり(ウ) 4,493人 96.0%

生活習慣病対象者(エ) 4,013人 85.7%

※生活習慣病対象者
以下、⑥・⑧に記載している疾病の診断がある者

4

介護認定者数(オ)				
人数	1,354人	258	484	612
割合(ア)	28.9%	5.5%	10.3%	13.1%
割合(オ)	100%	19.1%	35.7%	45.2%

A

健康状態不明者 134人 2.9%

年齢階級	該当者数
75歳 ※1	23人
76-79歳	44人
80-84歳	34人
85歳以上	33人

※1 国保加入時に健診・医療の実績がある対象者も含まれている可能性がある

A 健康状態不明者
過去1年間に健診・医療・介護の実績なし

B 未治療・臓器障害あり
健診結果より血圧・血糖が基準値以上またはCKD・心房細動あり

C 重症化予防
リスクはあるものの、重症化(脳・心・腎の発症)していない者

D 介護予防(再発予防)
脳・心・腎の治療はしているが、まだ介護認定は受けていない者

生活習慣病

加齢・その他

5 健診有所見者

高血圧(a)	471人	29.2%	II度高血圧以上	15人
内訳	I度 388	82.4%	HbA1c 8.0以上	0人
	II度 76	16.1%	臓器障害あり(治療者含む)	
	III度 7	1.5%	CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満	127人
高血糖(b)	91人	5.6%	心房細動(e)	0人
内訳	7.0~7.9 58	63.7%	心電図実施者	0人
	8.0以上 33	36.3%		
尿蛋白(c)	213人	13.2%		
内訳	+ 133	62.4%		
	2+以上 80	37.6%		
eGFR(d)	306人	19.0%		
内訳	30-45未満 234	76.5%		
	30未満 72	23.5%		

B 実人数 141人 3.0%

6

短期目標
高血圧(f) 3,455人 86.1%
糖尿病(g) 1,597人 39.8%

C' 高血圧+糖尿病 1,382人 34.4%

C 実人数 639人 13.6%

7

合併症
高血圧+合併症(1) 2,888人 83.6%
糖尿病+合併症(2) 1,367人 85.6%

8

中長期目標
脳血管疾患(h) 2,376人 50.7%
心不全(i) 1,950人 41.6%
虚血性心疾患(j) 1,504人 32.1%
腎不全(k) 860人 18.4%

D 実人数 2,252人 48.1%

9

要介護認定者のうち下記の疾病治療者				
脳血管疾患(/h)	862	165	305	392
割合	36.3	64.0	63.0	64.1
心不全(/i)	699	139	248	312
割合	35.8	53.9	51.2	51.0
虚血性心疾患(/j)	446	112	175	159
割合	29.7	43.4	36.2	26.0
腎不全(/k)	313	68	101	144
割合	36.4	26.4	20.9	23.5

11

要介護認定者のうち下記の疾病治療者				
骨折(/l)	392	92	133	167
割合	50.5	35.7	27.5	27.3
認知症(/m)	720	49	285	386
割合	78.9	19.0	58.9	63.1

体格(健診結果)

BMI(p)	区分	痩せ(18.5未満)	肥満(25以上)
	人数	55人	731人
	(p/イ)	3.4%	45.3%

1 質問票による健康状態の総合的な把握 (R2年度~)

類型名	質問内容	人数
健康状態	現在の健康状態はどうか	
心の健康状態	毎日の生活に満足しているか	
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	
口腔機能	半年前に比べて硬いものが食べにくいお茶や汁物等でむせる	
体重変化	6か月間で2~3kgの体重減少	
運動・転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなったこの1年間に転んだことがあるウォーキング等の運動を週1回以上している	
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとと言われる今日が何月何日かわからない時がある	
喫煙	煙草を吸うか	
社会参加	週に1回以上外出する普段から家族が友人と付き合いがある	
ソーシャルサポート	体調不良時、身近に相談できる人がいる	

10

生活習慣病の重なり(高血圧・糖尿病) 681人 87.6%

787人 86.2%

1,932人 92.7%

1,403人 80.5%

10

加齢によるその他の疾患
骨折(l) 777人 16.6%
認知症(m) 913人 19.5%

12

多剤処方状況
6種類以上(n) 2,085人 44.5%

13

歯科受診状況
受診あり(o) 1,742人 37.2%