

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

中間評価

令和3年 3月 与那国町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)中間評価

第1章	データヘルス計画の概要	1
1.	計画策定の背景・目的及びこれまでの経過	
2.	計画の基本的考え方と推進体制	
第2章	中間評価の趣旨	4
1.	中間評価の趣旨	
2.	中間評価の方法	
第3章	中間評価の結果	5
1.	中長期目標、短期目標（アウトカム・アウトプット）の進捗状況	
1)	中長期目標の達成状況	
2)	短期目標の達成状況	
2.	ストラクチャー、プロセス評価	
3.	主な個別事業の評価と課題	
4.	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	15
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	16
1.	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	
2.	がん検診の状況	
3.	歯科検診（歯周病検診含む）の実施	
4.	見直し後の目標管理一覧	

第1章 データヘルス計画の概要

1. 計画策定の背景・目的及びこれまでの経過

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

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

本町においては、平成26年度から平成29年度を実施期間とする「与那国町保健事業実施計画(第1期データヘルス計画)」に引き続き平成30年度から令和5年度までの6年間を期間とする第2期データヘルス計画を策定し、保健事業を実施してきた。第2期データヘルス計画を推進するにあたり、第2期計画スタートから3年が経過する令和2年度中に進捗確認、中間評価、計画の見直しを行うこととなっている。

2. 計画の基本的な考え方と推進体制

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和をとりながら推進してきた。(図表1・2・3)

与那国町においては、長寿福祉課が主体となりデータヘルス計画を推進している。国民健康保険担当をはじめ、健康づくり担当、介護保険・介護予防担当、生活保護担当、企画財政課等、保健師や栄養士といった専門職が連携しながら一体となって計画を引き続き推進していく。

国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される保健事業支援・評価委員会等や沖縄県、県・地区医師会等の外部有識者等の活用・連携を図り、相談・助言を踏まえ事業を展開していく。

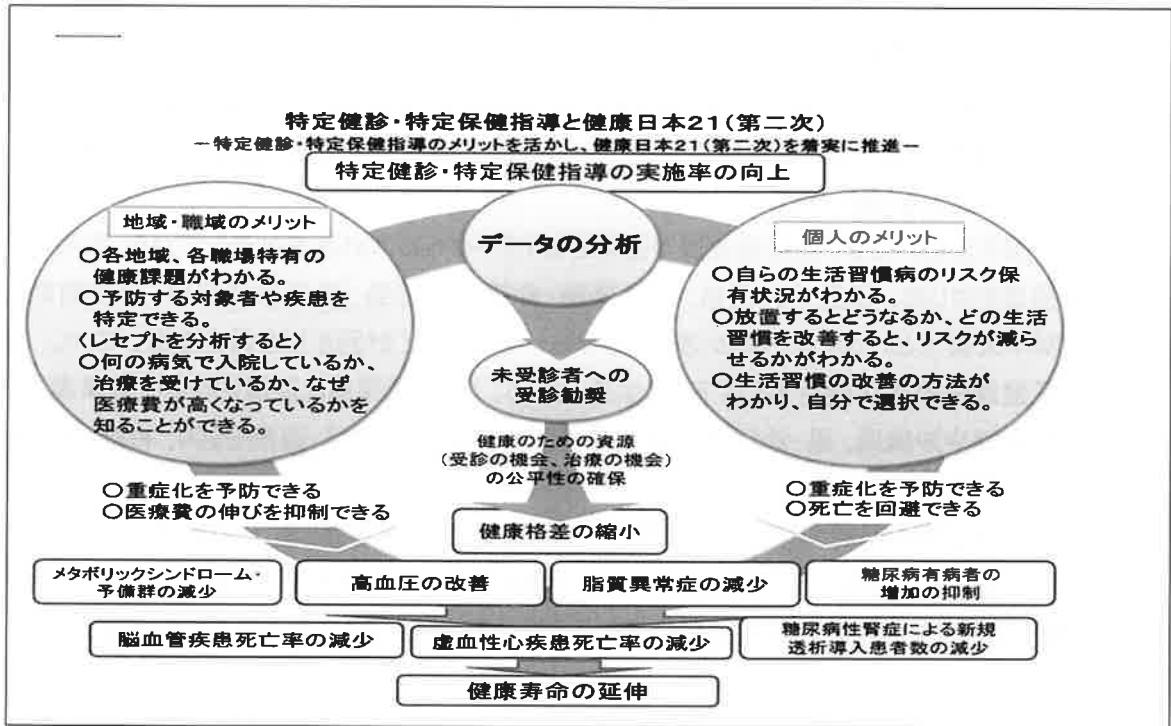
さらに、本計画の最終年度となる令和5年度まで、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である(図表4)。

【図表 1】

構造図Aと法定計画等の位置づけ

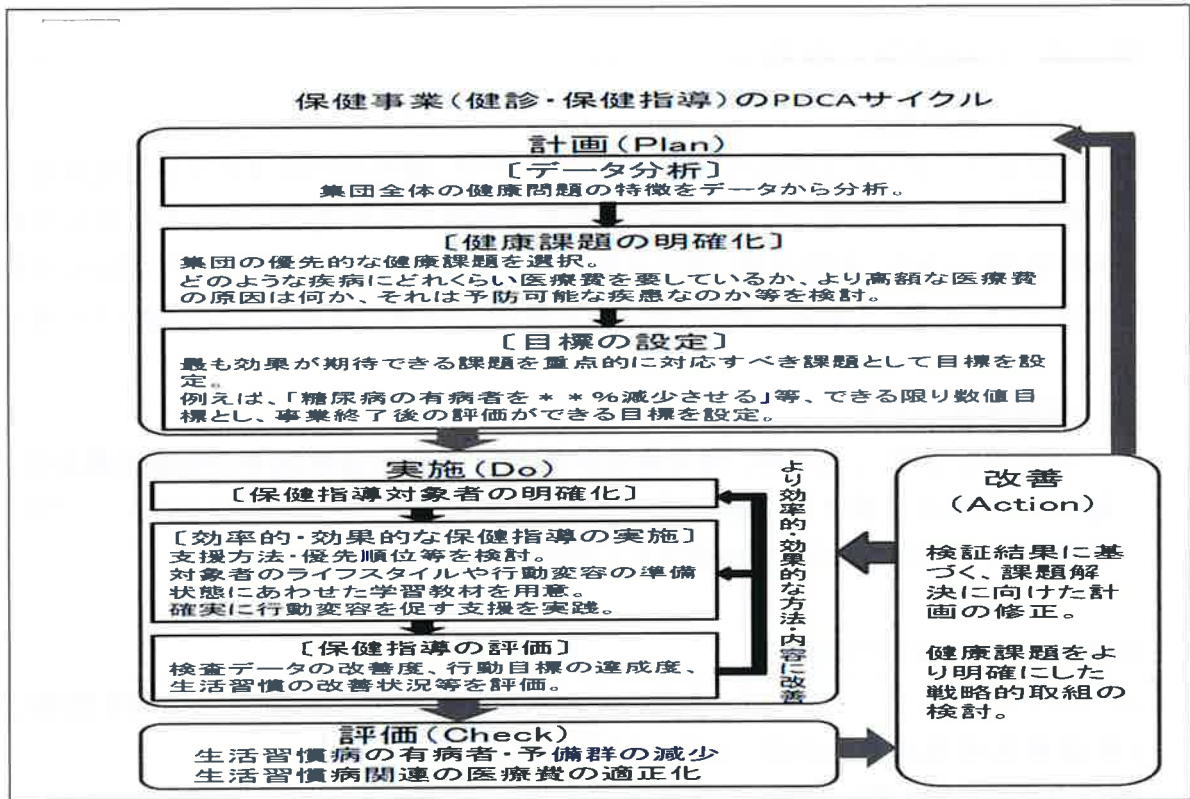
	「健康日本21」計画	6 特定健康診査等実施計画	12 データヘルス計画 (保健事業実施計画)	21 介護保険事業(支援)計画	20 医療費適正化計画	19 医療計画 (地域医療構築計画)
法律	健康増進法 厚生労働法 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	医療法 第20条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 国民の健康の増進の取組を推進する観点から、国民生活の向上に資する施策の推進を図る	厚生労働省 健康局 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 「国民健康保険法に基づく国民健康保険事業の推進に関する指針の一部改正」	厚生労働省 健康局 介護保険事業にも国民健康保険事業の推進を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 国民生活の向上に資する施策の推進を図る	厚生労働省 健康局 国民生活の向上に資する施策の推進を図る
機軸・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第1期)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第1次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び医療費の抑制の両面に資する観点から、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を送ることができるよう支援する。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、児童期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の特定健康診査(特定健康診査)を実施する。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	1号被保険者 特定以上 2号被保険者 (65～74歳) 特定疾病 ※特定疾病とは、特定健康診査(特定健康診査)の対象となる疾病を指す。	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患	疾病予防・介護予防 (要介護の予防疾患) 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全	メタボリックシンドローム 糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全	糖尿病 腎不全 生活習慣病 脳血管疾患 虚血性心疾患・心不全 がん
評価	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。	国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。
その他		国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。また、国民生活の向上に資する施策の推進を図る。特に、生活習慣病の予防・早期発見・早期治療の推進を図る。				

【図表 2】



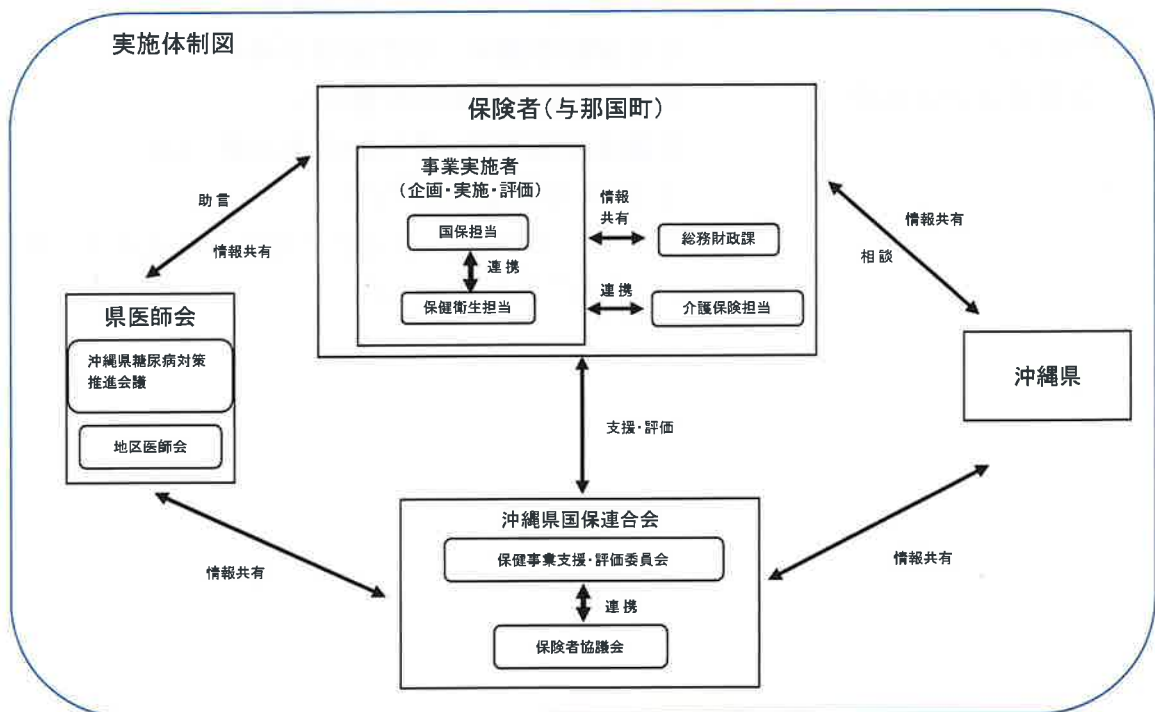
標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 4】



第2章 中間評価の趣旨

1. 中間評価の趣旨

第2期データヘルス計画の中間評価においては、優先的に解決すべき健康課題を把握し、その課題整理に基づき被保険者の健康の保持増進に向けて必要な保健事業を実施してきた。中間年度にあたる令和2年度においては、平成30年度から令和元年度までに実施した事業の評価と令和3年度から5年度の目標の見直し等を行います。

2. 中間評価の方法

KDB等を活用し、国や県、同規模市町村との比較から被保険者の健康課題を明確にし、中長期目標及び短期目標の成果、各事業をについて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点を踏まえて評価する。

※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)	・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役割分担 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・指導教材等の準備状況 ・必要なデータは揃っているか ・予定通り進んでいるか(進捗管理)
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業の実施状況 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数 など
アウトカム (成果)	・設定した目標は達成できたか (検査データの変化、医療費の動向、糖尿病等の生活習慣病の有病者の状況、要介護認定率 など)

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

第2期データヘルス計画の「目標管理一覧表」(図表 43)を用いて各指標の評価を行った。

中長期目標疾患である脳血管疾患の総医療費に占める割合が約2倍になっており、虚血性心疾患がわずかに増加している。

短期目標疾患では、高血圧Ⅱ度以上、糖尿病有病者の割合、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合はわずかに減少しているが、脂質異常の割合は増加しておりメタボリックシンドロームを含めた肥満症の解決は優先課題である。

【図表 43】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		改善状況	達成状況	目標値					最終評価値	現状値の把握方法
				初期値	中間評価値			R1	*1	*2	R2	R3		
特定 等 計 画 診	慢性腎不全(透析あり)の割合が県・国と比較して高い ・糖尿病、高血圧、脂質異常共に有病率は県、同規模平均と比較して低くなっている。費用額の外来は県内でも下位(30位以下)であるが、入院は糖尿病、高血圧が上位(3位以内)となっている ・II度高血圧以上の者のうち約7割が未治療となっている	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 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	特定健診受診率70%以上	H28	R1	↓	D	R2	R3	R4	R5	70.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率80%以上	83.7%	86.3%	↑	A	74.0%	76.0%	78.0%	80.0%	80.0%		
			特定保健指導対象者の減少率25%	25.4%	26.3%	↑	D					25.0%		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.96%	3.86%	↓	D					1.76%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	1.05%	1.32%	↓	D					0.99%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少30%	50.0%	33.3%	↓	A					35.0%	KDBシステム	
			メタボリックシンドローム該当・予備群の割合減少25%	47.4%	45.9%	↓	C		28.0%			22.4%		
			健診受診者の高血圧の割合減少3%(160/100以上)	10.5%	9.4%	↓	C		8.4%			7.5%		
			健診受診者の脂質異常者の割合減少3%(LDL160以上)	10.6%	12.3%	↑	D		8.5%			7.6%	KDBシステム	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	9.3%	8.2%	↓	C		8.0%			7.0%	糖尿病管理台帳 特定健診結果 (あなみツール)	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%		66.6%	-	A		37.5%			50.0%		
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上		71.4%	-	A		50.0%			80.0%		
			がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	19.2%	10.8%	↓	D		37.0%			40.0%		
			肺がん検診 50%以上	40.3%	24.4%	↓	D		46.0%			50.0%		
			大腸がん検診 40%以上	20.3%	16.3%	↓	D		32.0%			40.0%	地域保健 事業報告	
			子宮頸がん検診 60%以上	50.4%	34.7%	↓	D		56.0%			60.0%		
			乳がん検診 60%以上	50.4%	45.3%	↓	D		56.0%			60.0%		

*1 改善状況;H28からR1が改善しているものは↑、悪化しているものは↓

*2 達成状況:A(目標を達成した指標)、B(目標を達成していないが、H28からR1の改善率が5%以上の指標)、C(H28からR1の改善率が5%未満の指標)、D(H28からR1で悪化した指標)

1) 中長期目標の達成状況

(1) 医療費の状況(図表7)

本町の総医療費の入院はわずかな伸び率にとどまっているが、入院外の伸び率が高くなっている。同規模は入院の伸び率が入院外の約2倍となっている。

一人当たり総医療費を見ると、同規模は入院の伸び率が高くなっているが、本町は入院外の伸び率が高くなっている。

【医療費の変化】

【図表7】

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		
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模	
総医療費(円)	H28年度	1億円42859720			85,456,490					57,403,230				
	R1年度	1億円61375060	18,510,840	13.0	0.1	86,756,040	1,299,550	1.5	9.3	74,619,020	17,215,790	30.0	4.3	
2一人当たり総医療費(円)	H28年度	19,556			11,698					7,858				
	R1年度	24,018	4,462	22.8	7.2	12,921	1,223	10.5	11.0	11,096	3,238	41.2	5.8	

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(2) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費を見ると、慢性腎不全(透析有)は2.7ポイント減少しているが同規模平均・県・国と比べると依然として高い状況にあり、国の約2倍となっている。脳血管疾患、虚血性心疾患は増加しており、中でも脳血管疾患は倍に増加している。

短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る経費については糖尿病・脂質異常症はわずかに増加しているが、高血圧は半減している。

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(H28年度とR1年度の比較)

【図表8】

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)目標疾患医療費割合	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞	狭心症	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内													
与那国町	H28	142,859,720	19,556	222位	33位	11.49%	0.64%	1.96%	1.05%	3.38%	4.60%	0.95%	34,376,280	24.06%	16.10%	12.59%	7.78%
	R1	161,375,060	24,018	221位	26位	8.75%	0.66%	3.85%	1.32%	3.62%	1.90%	1.70%	34,370,550	21.30%	24.31%	10.58%	3.25%
同規模平均	69,729,842,420	29,091	--	--	--	3.55%	0.41%	2.20%	1.61%	5.91%	3.94%	2.32%	13,901,691,680	19.94%	16.31%	8.50%	9.49%
県	121,720,589,390	24,808	--	--	--	6.43%	0.31%	2.33%	1.73%	3.94%	2.58%	1.63%	23,062,990,300	18.95%	11.29%	11.39%	7.76%
国	9,546,054,012,590	26,225	--	--	--	4.45%	0.31%	2.11%	1.69%	5.41%	3.52%	2.58%	1,915,570,779,370	20.07%	15.99%	7.98%	8.79%

最大医療資源(筋割合含む)による分類結果

◆「最大医療資源(筋割合含む)」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

(3) 中長期的な疾患(図表9)

虚血性心疾患の全体に占める割合は僅かながら増加している。基礎疾患として高血圧・糖尿病を持つ者は減少している。

一方、脳血管疾患は第2期データヘルス計画策定時(同割合4.5%)から徐々に減少してきている。高血圧と脂質異常を持つ者は減少しているが、糖尿病を持つ者は増加している。

人工透析を行っている者の割合は僅かに増加したが、基礎疾患をみると糖尿病より高

血圧の者の割合が多くなっている。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標						
		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	624	13	2.1	5	38.5	2	15.4	10	76.9	6	46.2	7	53.8
	64歳以下	498	6	1.2	2	33.3	1	16.7	5	83.3	3	50.0	4	66.7
	65歳以上	126	7	5.6	3	42.9	1	14.3	5	71.4	3	42.9	3	42.9
R1	全体	567	17	3.0	8	47.1	2	11.3	11	64.7	6	35.3	12	70.6
	64歳以下	421	7	1.7	2	28.6	1	14.3	5	71.4	2	28.6	4	57.1
	65歳以上	146	10	6.8	6	60.0	1	10.0	6	60.0	4	40.0	8	80.0

厚労省様式 様式3-6	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標						
		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	624	25	4.0	5	20.0	2	8.0	21	84.0	8	32.0	15	60.0
	64歳以下	498	6	1.2	2	33.3	1	16.7	5	83.3	5	83.3	3	50.0
	65歳以上	126	19	15.1	3	15.8	1	5.3	16	84.2	3	15.8	12	63.2
R1	全体	567	19	3.3	8	42.1	2	10.5	10	52.5	8	42.1	11	57.9
	64歳以下	421	8	1.9	2	25.0	1	12.5	5	62.5	2	25.0	4	50.0
	65歳以上	146	11	7.5	6	54.5	1	9.1	5	45.5	6	54.5	7	63.6

厚労省様式 様式3-7	被保険者数	中長期的な目標						短期的な目標						
		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	624	2	0.3	2	100.0	2	100.0	2	100.0	1	50.0	0	0.0
	64歳以下	498	1	0.2	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	126	1	0.8	1	0.0	1	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0
R1	全体	567	3	0.5	2	66.7	2	66.7	2	66.7	1	33.3	1	33.3
	64歳以下	421	2	0.5	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	146	1	0.7	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0

(4) 糖尿病性腎症による透析導入者の状況

評価年度(R 元年度)において透析導入者は3人(R2 年度末現在1人)。うち1人が糖尿病性腎症(同0人)によるものであった。

【図表 10】

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	月 診療分	人数	3人	1人	2人	2人
				33.3%	66.7%	66.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	R01年度 累計	件数	32件	7件	21件	19件
		費用額	2302万円	311万円	1808万円	1752万円
				13.5%	78.6%	76.1%

2) 短期目標の達成状況

【メタボリックシンドロームの状況】(図表 11)

男性では予備群・該当者の割合は減少している。予備軍では高血糖・高血圧・脂質異常症の3項目中、高血圧の者が多くなっている。該当者の内訳をみると3項目全て該当の割合が増加している。

女性では該当者の割合は減少しているが、予備群の割合は増加している。予備群では高血糖・高血圧に該当している者の割合が多くなっている。該当者の内訳をみると血圧+脂質に該当する者の割合が多いが、H28 年度と比べると半減している。

【図表 11】

性別	年齢	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										
		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	人数	割合
男性	合計	97	41.8	7	7.2%	24	24.7%	2	2.1%	17	17.5%	5	5.2%	43	44.3%	6	6.2%	2	2.1%	24	24.7%	11	11.3%				
	40-64	57	37.7	3	5.3%	15	26.3%	2	3.5%	9	15.8%	4	7.0%	23	40.4%	3	5.3%	0	0.0%	12	21.1%	8	14.0%				
	65-74	40	49.4	4	10.0%	9	22.5%	0	0.0%	8	20.0%	1	2.5%	20	50.0%	3	7.5%	2	5.0%	12	30.0%	3	7.5%				
女性	合計	101	41.6	8	7.9%	24	23.8%	0	0.0%	18	17.8%	6	5.9%	43	42.6%	4	4.0%	4	4.0%	15	14.9%	20	19.8%				
	40-64	57	39.3	4	7.0%	12	21.1%	0	0.0%	9	15.8%	3	5.3%	26	45.6%	2	3.5%	3	5.3%	7	12.3%	14	24.6%				
	65-74	44	44.9	4	9.1%	12	27.3%	0	0.0%	9	20.5%	3	6.8%	17	38.6%	2	4.5%	1	2.3%	8	18.2%	6	13.6%				

【高血圧の状況】

判定が正常の割合が増え、Ⅰ・Ⅱ度は減少している(図表 12)が、Ⅱ度高血圧以上の者の中で未治療割合が70%近くおり、Ⅱ度高血圧以上の者の30~50%が治療中である。

高血圧の状況を見ると、Ⅱ度高血圧以上の者の中で未治療割合が70%近くおり、Ⅱ度高血圧以上の者の30~50%が治療中であり、服薬状況の確認脳血管疾患の予防に重点をおいた取り組みを強化する。

【図表 12】

年度	健診受診者	正常		正常高値		保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H26	208	53	25.5%	31	14.9%	56	26.9%	52	25.0%	11	5.3%	5	2.4%
H27	208	55	26.4%	33	15.9%	54	26.0%	46	22.1%	15	7.2%	5	2.4%
H28	203	37	18.2%	35	17.2%	63	31.0%	47	23.2%	20	9.9%	1	0.5%
H29	191	66	34.6%	39	20.4%	49	25.7%	33	17.3%	3	1.6%	1	0.5%
H30	190	48	25.3%	37	19.5%	44	23.2%	49	25.8%	11	5.8%	1	0.5%
R1	197	49	24.9%	24	12.2%	62	31.5%	43	21.8%	16	8.1%	3	1.5%

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

【図表 13】

年度	健診受診者	正常	正常高値	高血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上		再帰					
						再帰							
						Ⅱ度高血圧	未治療						
H26	208	84	40.4%	56	26.9%	25.0%	16	7.7%	11	68.8%	5	31.3%	7.7%
H27	208	88	42.3%	54	26.0%	22.1%	20	9.6%	16	80.0%	4	20.0%	9.6%
H28	203	72	35.5%	63	31.0%	23.2%	21	10.3%	14	66.7%	7	33.3%	10.3%
H29	191	105	55.0%	49	25.7%	17.3%	4	2.1%	2	50.0%	2	50.0%	2.1%
H30	190	85	44.7%	44	23.2%	25.8%	12	6.3%	5	41.7%	7	58.3%	6.3%
R1	197	73	37.1%	62	31.5%	21.8%	19	9.6%	13	68.4%	6	31.6%	9.6%

高血圧や脂質異常症の治療をしているにもかかわらず見逃されている者も居るため、疾病の治療状況に限らず、重症化予防のために必要な生活習慣(食事・運動・休養等)の改善の必要性に気づかせることが重要である。

【HbA1c(血糖値)の状況】

HbA1c が正常高値、境界域の者の割合が増加している。受診勧奨判定値の者はHbA1c6.5～6.9、7.0～7.9の者の割合は減少しているが、「合併症の危険がさらに大きくなる」とされている8.0以上の者の割合に大きな変化がない(図表14)。

HbA1c8.0以上の者の前年度・翌年度での数値の変化をみると、維持・改善している者より悪化・改善なしの者が多くなっており、未受診(中断)者も新たに出現している(図表15)。

【図表14】

	HbA1c測定	保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		正常		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		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		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H26	206	101	49.0%	69	33.5%	14	6.8%	9	4.4%	6	2.9%	7	3.4%	11	5.3%	6	2.9%
H27	208	130	62.5%	52	25.0%	10	4.8%	5	2.4%	4	1.9%	7	3.4%	9	4.3%	3	1.4%
H28	203	114	56.2%	51	25.1%	19	9.4%	6	3.0%	6	3.0%	7	3.4%	9	4.4%	5	2.5%
H29	191	141	73.8%	28	14.7%	7	3.7%	6	3.1%	7	3.7%	2	1.0%	6	3.1%	2	1.0%
H30	188	89	47.3%	68	36.2%	9	4.8%	9	4.8%	6	3.2%	7	3.7%	12	6.4%	4	2.1%
R1	197	105	53.3%	52	26.4%	24	12.2%	5	2.5%	4	2.0%	7	3.6%	9	4.6%	5	2.5%

HbA1c6.5以上の年次変化(H30年度・R元年度の比較)

【図表15】

H30年度	R1年度の結果をみる						改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
	継続受診者 15人 68.2%				未受診(中断)	75歳到達者			改善	悪化		
	6.4以下	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上								
22人 11.7%	5	1	3	6	7	0	6	5	3	2	4	7
	22.7%	4.5%	13.6%	27.3%	31.8%	0.0%	27.3%	22.7%	13.6%	9.1%	18.2%	31.8%
6.5～6.9 9	4	0	2	0	3	0	4	0	0	0	2	3
	44.4%	0.0%	22.2%	0.0%	33.3%	0.0%	44.4%	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%	33.3%
7.0～7.9 6	0	1	1	2	2	0	1	1	0	1	2	2
	0.0%	16.7%	16.7%	33.3%	33.3%	0.0%	16.7%	16.7%	0.0%	16.7%	33.3%	33.3%
8.0以上 7	1	0	0	4	2	0	1	4	3	1		2
	14.3%	0.0%	0.0%	57.1%	28.6%	0.0%	14.3%	57.1%	42.9%	14.3%		28.6%

【LDL コレステロール(脂質)の状況】

約半数が保健指導判定値(120～)以上となっており、180以上の者が倍増している。男女別にみると、男性より女性に受診勧奨判定値の者が多くなっている(図表16)。

中でも重症化しやすい160以上の者の割合は増加しており、その殆どが未治療で経過している(図表17・18)。

動脈硬化病変を起こし、虚血性心疾患・脳血管疾患の発症につながるため、重症化予防のため肥満症や糖尿病・高血圧と併せた管理が必要である。

【図表 16】

	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	
総数	H26	208	118	56.7%	42	20.2%	28	13.5%	13	6.3%	7	3.4%
	H27	208	98	47.1%	53	25.5%	35	16.8%	12	5.8%	10	4.8%
	H28	203	110	54.2%	49	24.1%	26	12.8%	14	6.9%	4	2.0%
	H29	191	110	57.6%	38	19.9%	22	11.5%	17	8.9%	4	2.1%
	H30	190	98	51.6%	46	24.2%	32	16.8%	8	4.2%	6	3.2%
	R1	197	102	51.8%	48	24.4%	24	12.2%	15	7.6%	8	4.1%
男性	H26	100	61	61.0%	19	19.0%	13	13.0%	5	5.0%	2	2.0%
	H27	108	63	58.3%	21	19.4%	14	13.0%	7	6.5%	3	2.8%
	H28	103	64	62.1%	15	14.6%	14	13.6%	8	7.8%	2	1.9%
	H29	99	62	62.6%	17	17.2%	11	11.1%	7	7.1%	2	2.0%
	H30	95	55	57.9%	21	22.1%	14	14.7%	3	3.2%	2	2.1%
	R1	100	62	62.0%	18	18.0%	10	10.0%	7	7.0%	3	3.0%
女性	H26	108	57	52.8%	23	21.3%	15	13.9%	8	7.4%	5	4.6%
	H27	100	35	35.0%	32	32.0%	21	21.0%	5	5.0%	7	7.0%
	H28	100	46	46.0%	34	34.0%	12	12.0%	6	6.0%	2	2.0%
	H29	92	48	52.2%	21	22.8%	11	12.0%	10	10.9%	2	2.2%
	H30	95	43	45.3%	25	26.3%	18	18.9%	5	5.3%	4	4.2%
	R1	97	40	41.2%	30	30.9%	14	14.4%	8	8.2%	5	5.2%

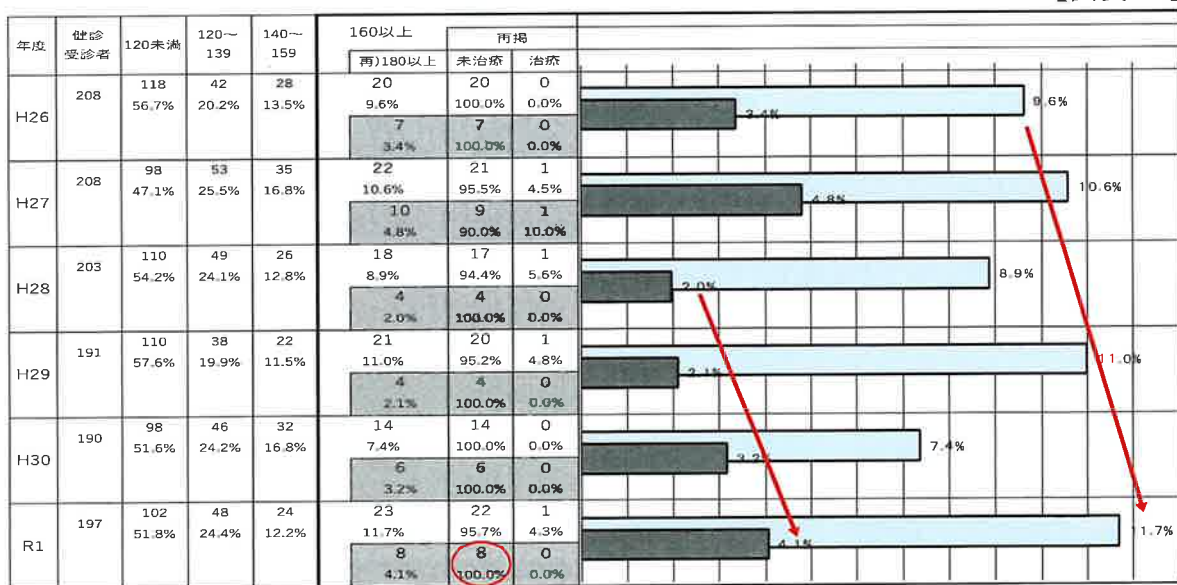
【図表 17】

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H26	22	10.6%	18	81.8%	2	9.1%	2	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
	H27	20	9.6%	9	45.0%	8	40.0%	2	10.0%	0	0.0%	1	5.0%
	H28	23	11.3%	16	69.6%	4	17.4%	2	8.7%	1	4.3%	0	0.0%
	H29	22	11.5%	16	72.7%	2	9.1%	3	13.6%	1	4.5%	0	0.0%
	H30	23	12.1%	16	69.6%	5	21.7%	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%
	R1	25	12.7%	13	52.0%	7	28.0%	4	16.0%	1	4.0%	0	0.0%
治療なし	H26	186	89.4%	100	53.8%	40	21.5%	26	14.0%	13	7.0%	7	3.8%
	H27	188	90.4%	89	47.3%	45	23.9%	33	17.6%	12	6.4%	9	4.8%
	H28	180	88.7%	94	52.2%	45	25.0%	24	13.3%	13	7.2%	4	2.2%
	H29	169	88.5%	94	55.6%	36	21.3%	19	11.2%	16	9.5%	4	2.4%
	H30	167	87.9%	82	49.1%	41	24.6%	30	18.0%	8	4.8%	6	3.6%
	R1	172	87.3%	89	51.7%	41	23.8%	20	11.6%	14	8.1%	8	4.7%

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

【図表 18】

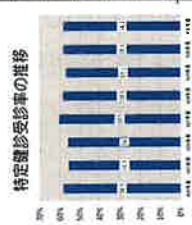

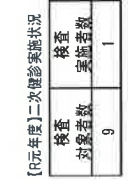


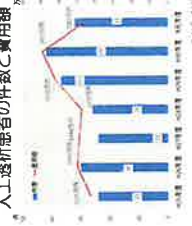


2. ストラクチャー、プロセス評価

保健事業について、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(成果)の視点で評価をおこなった(図表 19「R 元年度の実績を踏まえた保健事業の全体評価」)。

【令和元年度の実績を踏まえた保健事業の全体評価】

【図表 19】

評価の項目	A プロセス(過程)	B アウトプット (事業実施量)	C アウトカム(結果) 【継続結果・医療・介護】	D ストラクチャー(構造)	課題												
各種事業	<p>○がん検診と併せて実施 ○島内3基落での集団健診会場設定 ○集団健診実施の案内 ○(集団健診終了後)未受診者への個別健診の案内 ○3年以上受診者の状況把握 ○集団健診料の無料化 ○集団健診に特化した検査項目の追加(心電図・眼底検査・貧血検査等)</p>	<p>○特定健診受診率(集団健診受診率) ○未受診者への受診勧奨実施数</p>  <p>特定健診受診者の推移</p>	<p>○新規受診受診者の増加</p>  <p>【40歳未満の健診受診率】31.0% 【40歳未満の保健指導実施状況】</p> <table border="1"> <tr> <th>R1年度</th> <th>情報提供</th> <th>積極的支援</th> <th>継続づけ支援</th> </tr> <tr> <td>対象者数</td> <td>22</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>終了者数</td> <td>22</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>【検査値の変化の割合】20.0%</p>	R1年度	情報提供	積極的支援	継続づけ支援	対象者数	22	4	1	終了者数	22	0	1	<p>○保健師 2人 ○管理栄養士 1人 ○事務職 1人、事務補助 1人 ○行内及び関係者(健診委託機関)との連携会議</p>	<p>○特定健診等実施計画の評価 ○特定健診受診率、特定保健指導実施率、 ○糖尿病等の生活習慣病有病者、予備群の減少数 ○健診率の改善 ○健康度の向上 ○医療費の適正化 ○全体の経年変化(様式6-1) ○疾病の発生状況の経年変化 ○有見割合の経年変化(高血圧、糖尿病、高脂血症、虚血性心疾患、脳卒中、透析導入数等) ○メタボ該当者、予備群の経年変化(減少率等) ○質問票調査の経年変化 ○受診勧奨者経年変化 ○図表43(第2期)メタボヘルス計画)</p>
R1年度	情報提供	積極的支援	継続づけ支援														
対象者数	22	4	1														
終了者数	22	0	1														
早期介入 保健指導事業	<p>○40歳未満健康保険者への健診の実施 ○特定保健指導対象となる状況にある40歳未満の者への保健指導(個別支援・動機づけ支援・積極的支援) ○健診結果が受診勧奨判定値の者への医療機関受診勧奨</p>	<p>○40歳未満の者の健診受診率 ○受診勧奨判定値の者の受診勧奨実施数 ○(特定保健指導に準ずる)保健指導実施率</p>	<p>【40歳未満の者の二次健診実施状況】</p>  <p>検査 9 実施者数 1</p>	<p>○保健師 2人 ○管理栄養士 1人 ○事務職 1人、事務補助 1人 ○委託先、診療所医師、看護師</p>	<p>○受診につながる「内服がない」=治療する必要がないと理解され、生活習慣改善につながらない 一検査値の変化につながらない</p>												
二次健診	<p>○特定保健指導対象者へ ・75gOGTT ・HbA1c ・微量アルブミン尿・頸動脈エコーの検査を実施(健診場所へ委託) ○保健師、栄養士による結果説明と保健指導</p>	<p>○二次健診対象者数 ○1日の検査実施可能人数(2名) ○受診勧奨判定値の者の人数</p>	<p>特定保健指導の実施率の推移</p>  <p>検査 9 実施者数 1</p>	<p>メタボ該当者の割合の推移</p> 	<p>○(平日午前中の検査なので)検査希望者が少ない ○事業の評価改善がうまく行われていない</p>												
糖尿病性腎症 重症化予防	<p>○沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに拠って対象者の選出 ○糖尿病台帳の作成 ○医療機関未受診者(未治療者)及び糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導(個別面談) ○通院患者(与那国診療所)の状況把握 ○町診療所との連携 ・連携会議の開催(1回/年) ・糖尿病連携手帳の活用</p>	<p>○保健指導実施数 ○医療機関との連携会議の実施回数</p>	<p>【R1年度】</p> <table border="1"> <tr> <th>医療機関未受診者(受診勧奨対象者)</th> <th>医療機関受診者</th> <th>医療機関受診率</th> </tr> <tr> <td>11</td> <td>9</td> <td>66.7%</td> </tr> </table> <p>【R2年度】健診受診者の状況</p> <table border="1"> <tr> <th>糖尿病治療中の者</th> <th>保健指導実施数</th> <th>実施率</th> </tr> <tr> <td>21</td> <td>15</td> <td>60.0%</td> </tr> </table>	医療機関未受診者(受診勧奨対象者)	医療機関受診者	医療機関受診率	11	9	66.7%	糖尿病治療中の者	保健指導実施数	実施率	21	15	60.0%	<p>○保健師 2人 ○管理栄養士 1人 ○事務職 1人、事務補助 1人 ○KOBシステム ○配布用糖尿病連携手帳の確保 ○診療所医師、看護師</p>	<p>○糖尿病連携手帳の活用状況(医療機関一保健師、栄養士のやりとりが一往復以上) ○診療所との連携会議の開催状況(会議録) ○糖尿病管理台帳(介入前後の検査データの变化、治療状況の変化等) 人工透析患者の件数と費用額</p> 
医療機関未受診者(受診勧奨対象者)	医療機関受診者	医療機関受診率															
11	9	66.7%															
糖尿病治療中の者	保健指導実施数	実施率															
21	15	60.0%															

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

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防、心原性脳梗塞の発症予防に重要な検査の一つである。そのため、本町では集団健診に特化し、通常「医師の指示」となっている心電図検査を健診メニューに追加し、国保加入者については全員無料で受けられるようになっている。そのため、医師の診察により「心房細動」で紹介状が出て受診・治療につながるケースがあり、住民にとっては有益である。

心房細動については、1度は確実に専門医を受診すること、有所見者(ST 低下)へは生活習慣病の治療状況とも併せてかかりつけ医・主治医と連携をとり支援する。

(2)糖尿病性腎症重症化予防(図表 19 参照)

平成 29 年度より「沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき取り組んでいる。

HbA1c8.0 以上の者の前年度・翌年度での数値の変化をみると、維持・改善している者より悪化・改善なしの者が多くなっており、未受診(中断)者も新たに出現している(図表 15)。介入方法と優先順位について今一度確認が必要である。

また、町内唯一の医療機関であり、生活習慣病有病者の殆どの治療に関わっている診療所医師との連携、地域連携パス(栄養指導・保健指導の必要な者についてやり取りする)の活用等について、連携会議等で確認しあい、互いの資質向上に努めつつ、糖尿病治療者(特にコントロール不良の者)の支援を行う。

(3)二次健診

平成 26 年度より特定保健指導対象となった者(1回のみ)を対象に行っている。スタートして3年程は検査希望者も多かったが、令和元年度は1人の実施にとどまっている。対象の生活習慣改善の動機づけとしていたが、翌年度も特定保健指導の対象となる者も多い。委託医療機関である診療所医師からも二次健診の在り方について問題提起があり、次年度以降の実施については検討を要する。

4.ポピュレーションアプローチ

毎年行っている「福祉と健康づくりのつどい」において町民の健康状態(特定健診結果:有所見状況)を掲示し自らの生活習慣を考える機会としている。

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の増大につながっている実態、その背景にある地域の特性を明らかにするため、今後も個人の実態と社会環境等について、広報誌やホームページ等も活用し広く町民へ周知する。

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

特定健診受診率は最終目標値の70%に向けて、年々増加していく目標値を設定していたが、第2期データヘルス計画策定時の58%前後で推移し伸び悩んでいる。

特定保健指導実施率は最終目標値を達成しているが、特定保健指導対象者は増加している(図表43「データヘルス計画の目標管理一覧表」参照)。

2. 特定健診の実施

40～50代(R元年度は特に50～54歳)の健診受診率が低くなっている。そのうえ、継続受診者の割合は約7割に留まっている。不定期受診者が15%弱となっており、特定健診受診者名簿や糖尿病・高血圧管理台帳を活用し、未受診者対策の強化を図ります。

【特定健診受診率の推移】

【図表20】

	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)	C
H26	451	208	46.1%	--	--	--	--	--	--
H27	436	208	47.7%	153	73.6%	55	26.4%	--	--
H28	374	203	54.3%	146	70.2%	36	17.7%	21	10.3%
H29	367	191	52.0%	149	73.4%	20	10.5%	22	11.5%
H30	368	190	51.6%	142	74.3%	23	12.1%	25	13.2%
R1	374	197	52.7%	142	74.7%	27	13.7%	28	14.2%

3. 特定保健指導の実施

特定保健指導実施率は目標達成しているが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の減少は4.9%(R1年度)に留まっている。

肥満症を含めたメタボリックシンドロームの解決に向け、保健指導に関わる者の資質向上に努め、住民に自らの健康状態にきづいてもらえるアプローチに引き続き取り組みます。

【特定健診・特定保健指導(H28とR1の比較)】

【図表21】

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	受診率	医療機関受診率	
								与那国町	同規模平均
H28年度	330	193	58.5	139	49	41	83.7	53.6	51.6
R元年度	333	194	58.3	170	52	44	86.3	54.8	52.5

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の評価指標や新たな課題等を踏まえ、「健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合減少」、「糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合」「特定保健指導対象者の割合減少」「5つのがん検診の平均受診率」を目標に追加した(追加項目については朱書き)。

* 保険者努力支援制度の「歯科検診の実施」の項目において、幼児の歯科検診を記載している町村があった。本町においても 2～6 歳の幼児の歯科検診を年 3 回実施しており、加点対象か否か要確認

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

本町の健診・医療・介護データを一体的に分析したところ(図表 22)、要介護となった者の疾患をみると、大半が本計画において中長期目標の疾患とされている疾患であり、医療・介護資源が乏しいからこそ、尚一層、40～74 歳の者の生活習慣病の重症化予防や生きがいづくり、健康寿命の延伸を図る取り組みが必要である。

当該事業の実施については、令和 2 年度末現在、庁内(課内)のマンパワー体制が十分でなく、実施に向けた検討等を行える状況にない。令和 3 年度以降、事業の実施に向け検討・体制整備を進める。具体的には以下①～③を押さえる。

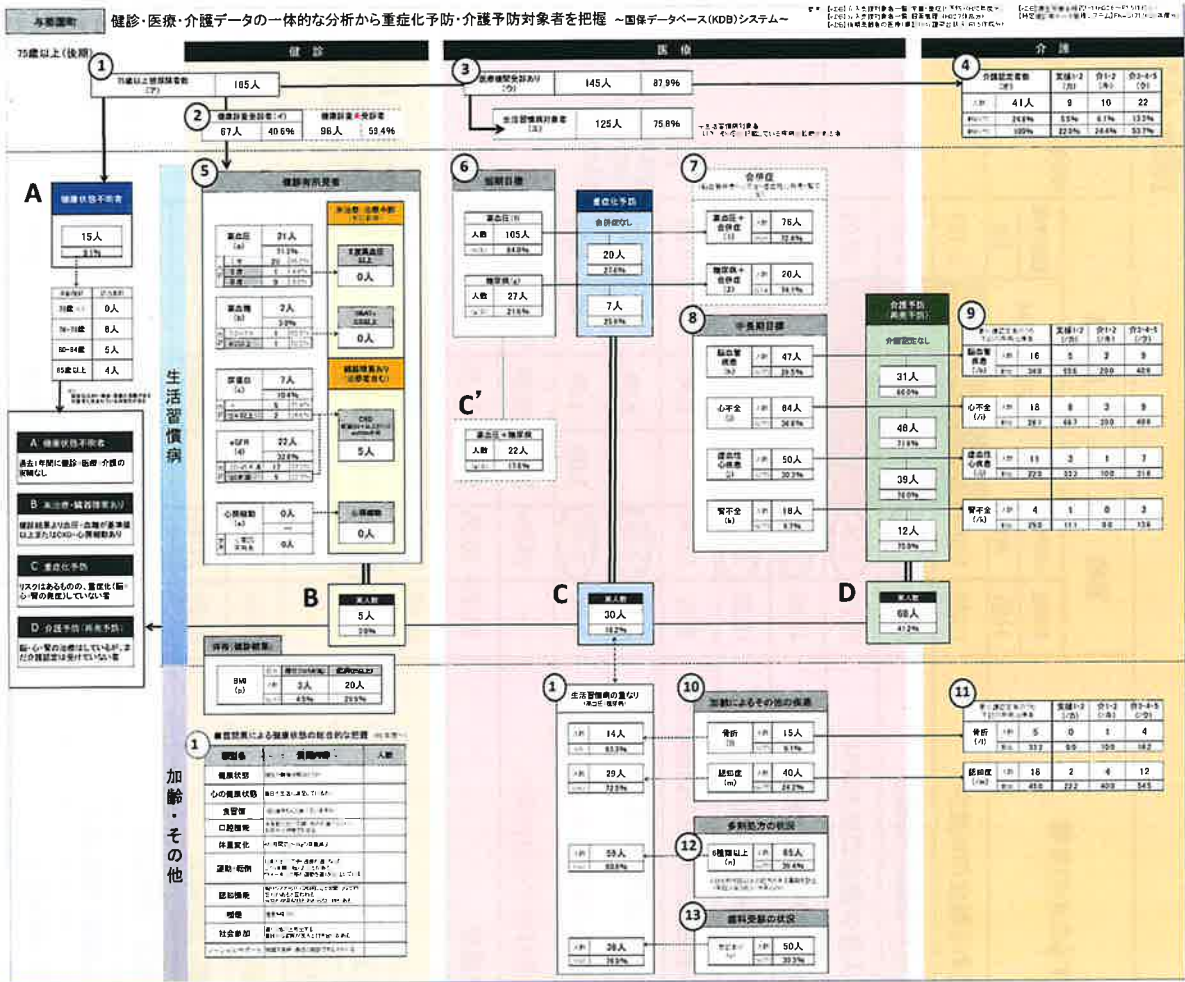
- ① 企画・調整を担当する医療専門職の配置(保健師:専従でなくとも可)。KDB を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防、介護予防対象者を把握(E 表:図表 22)、医療・介護等の関係機関との連絡調整を行う。
- ② 地区担当保健師を配置(現在も地区分担制)。高血糖・高血圧未治療者を抽出し、高齢者に対する個別支援(ハイリスクアプローチ)を行う。後期高齢者(75 歳以上)となっても支援が継続して行われるように高血圧・糖尿病管理台帳等を基に糖尿病や高血圧の重症化予防を行う。
- ③ 要介護突合状況を見ると加齢による疾患の認知症の有病状況が約 7 割となっており、専門医療機関がなく、介護資源に乏しいため高齢者支援の重点事項として取り組む(認知症初期集中支援チームの立ち上げも急務である)。

【E 表:健診・医療・介護データの一体的な分析】

本町の高齢化率は 19.5%(R1)と同規模平均と比較すると約 20 ポイント低い。しかし、要介護認定率は 2 ポイントしか差がなく、介護が必要な高齢者が多い。

E 表からは健康状態不明者も約 1 割存在し、健診・医療・介護の一体的な分析結果より、どの分野でも把握されていない高齢者の実態把握の必要性も顕在化された。

【図表 22】



2.がん検診の進捗状況

平成28年度と令和元年度のがん検診の受診率を比較すると、5つ全ての受診率が低下しており、目標値を下回っている。平均受診率は約15ポイントの減少となっている。

特定健診と併せてがん検診を実施する等受診率向上に取り組んでいるが、受診率向上に繋がっていない。ターゲットを絞った(年齢到達者や3~5年未受診者等)アプローチや受診しやすいような条件整備(個別検診の実施、クーポンの発行)等の検討の余地がある。

検診受診後の結果を受け、要精査者への受診勧奨と受診状況の把握を適切に行う。

3.歯科検診(歯周病検診含む)の実施

幼児期においては2歳~6歳(未就学児)を対象に歯科検診・歯科保健指導(フッ素塗布)を年に3回行っており、むし歯予防への一助となっている。

離島という地理的条件から、日常的な(予防処置含め)歯科医院への受診が行えない。何らかの症状が出てからの受診となり、治療に時間を要し(渡航費の負担により)中断となり口腔内の状態の悪化からフレイルに陥り介護を要する状態になりうることから、成人期・老年期の歯科検診(歯周病検診含む)は重要な事業と考える。今後、実施について検討する。

データヘルス計画の目標管理一覧（指標追加・目標値変更後）

【図表 43】

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		目標値					現状値の把握方法		
			初期値	中間評価値	R1	R2	R3	R4	最終目標			
											H28	R5
データヘルス計画	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費に占める割合10%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少 糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少30%	1.96%	3.86%	1.32%	0.0%					1.76%	KDBシステム
			50.0%	34.9%	9.4%						20.0%	
データヘルス計画	アアウトカム指標	メタボリックシンドローム該当・予備群の割合減少25%	47.4%	34.9%			30.0%				25.0%	KDBシステム 糖尿病管理台帳 特定健診結果 (あなみツール)
		健診受診者の高血圧の割合減少3% (160/100以上)	10.5%	9.4%			8.4%				7.5%	
特定健診等計画	アアウトカム指標	健診受診者の脂質異常者の割合減少3% (LDL160以上)	9.5%	12.3%			8.3%				7.6%	KDBシステム 糖尿病管理台帳 特定健診結果 (あなみツール)
		健診受診者の血糖異常者の割合減少5% (HbA1c6.5以上)	12.0%	9.5%			8.0%				7.0%	
特定健診等計画	短期目標	健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	3.4%	3.4%		2.0%	1.5%	1.0%			0.5%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%	-	66.6%	70.0%	80.0%	90.0%	100.0%				
努力者支援制度	アアウトプット	特定保健指導対象者の割合減少	25.4%	26.3%		25.0%	24.5%				23.5%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
		特定健診受診率70%以上	58.5%	58.3%		60.0%	63.0%	66.0%			70.0%	
努力者支援制度	アアウトプット	特定保健指導実施率80%以上	83.7%	86.3%		87.0%	88.0%				90.0%	特定健診・特定保健指導結果 (厚生労働省)
		糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	-	71.4%		80.0%					100.0%	
努力者支援制度	アアウトプット	がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	19.2%	10.8%			37.0%				40.0%	地域保健 事業報告
		肺がん検診 50%以上	40.3%	24.4%			46.0%				50.0%	
努力者支援制度	アアウトプット	大腸がん検診 40%以上	20.3%	16.3%			32.0%				40.0%	地域保健 事業報告
		子宮頸がん検診 60%以上	50.4%	34.7%			56.0%				60.0%	
努力者支援制度	アアウトプット	乳がん検診 60%以上	50.4%	45.3%			56.0%				60.0%	地域保健 事業報告
		5つのがん検診の平均受診率 25%以上	36.1%	21.6%			45.4%				50.0%	

