

那覇市国民健康保険 保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)の概要

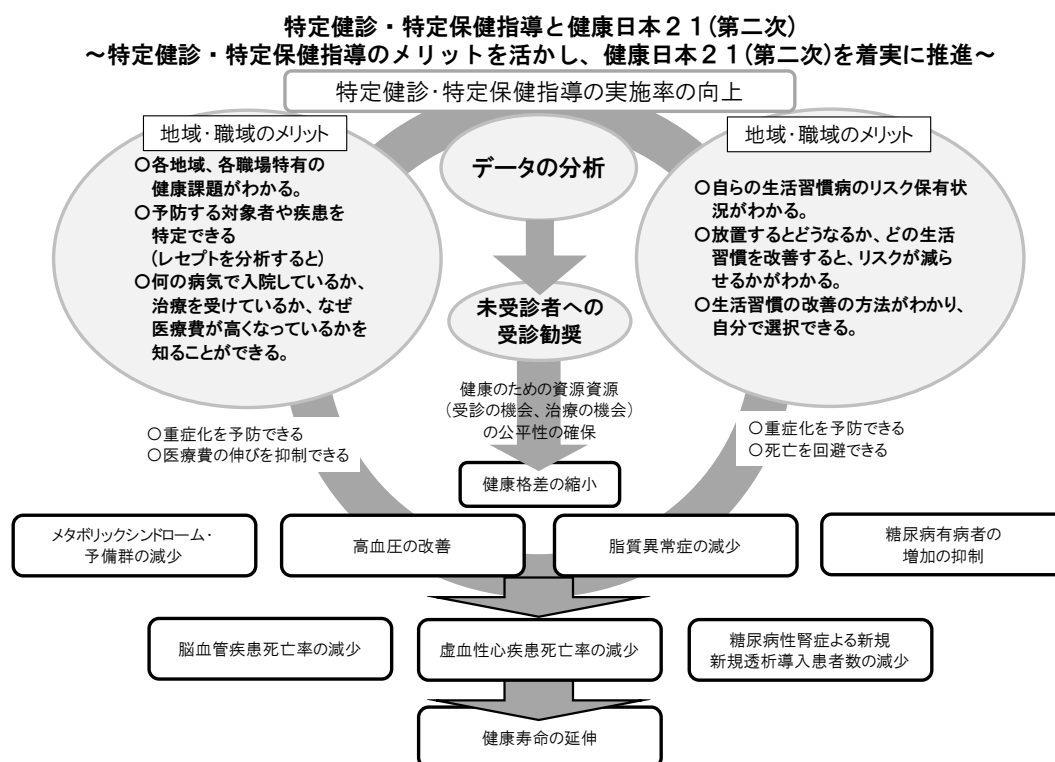
保健事業実施計画(データヘルス計画)とは、KDB システム等の健診・医療・介護情報を活用してPDCA サイクルに沿った、効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画であり、生活習慣病予防及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで医療費適正化と健康寿命の延伸を目指すものです。

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)は、第3期特定健康診査等実施計画と併せて平成30年から令和5年までの6年間の計画で、令和2年度は中間評価を実施することとしています。

図表1 データヘルス計画とその他の法定計画との位置づけ(P23 資料編参照)

	「健康日本21」計画	※健康増進事業実施者とは健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法	特定健康診査等実施計画	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」
法律	健康増進法 第3条、第9条 第6条【健康増進事業実施者法】		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
基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な考え		厚生労働省 健康局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切なかつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年 介護保険事業に係る保健給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)		法定 平成30年～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30年～32年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:協力義務		医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務
基本的な考え	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な健康の維持及び向上を目指す。その結果、社会保健制度が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。		生活習慣の改善による健康寿命の生活習慣の予防対策を推し、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発生を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持及び向上を図ることができ、特定健康診査や特定保健指導の重要性がより一層高まる。特定健康診査や特定保健指導の重要性がより一層高まる。特定健康診査や特定保健指導の重要性がより一層高まる。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び重症化予防の取組みについて、保健者がその支援の中心となつて、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び医療の円滑な実施が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。
対象年齢	ライフステージ(乳児期、 <u>若壮年期</u> 、高齢期)に対応して		40～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年期、若壮年期、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 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 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 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 糖尿病性腎症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間新規透析導入患者数 ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診、特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な量と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者		①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して費用対効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況 【特定健診の質問票を参照】 ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 ②健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 ③医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化
その他			保険者努力支援制度		
			保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		

図表 2 健康日本 21 から健康日本 21(第二次)への展開



1 中間評価の目的

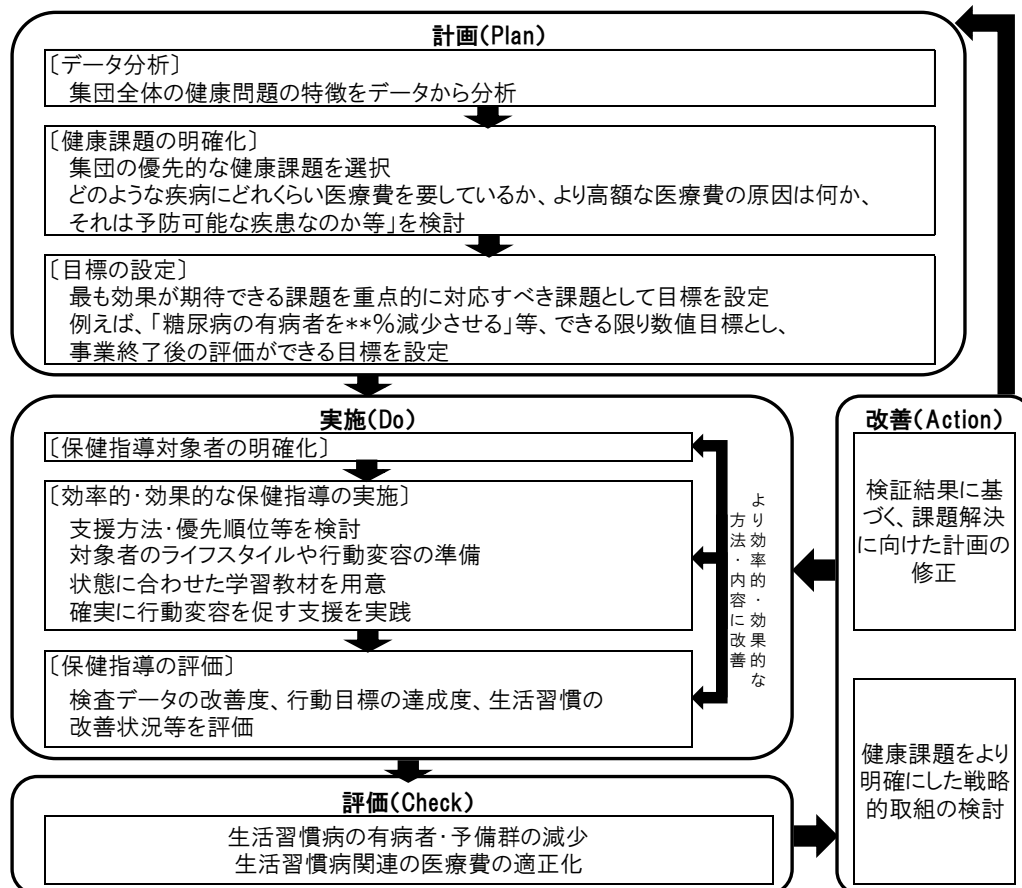
中間評価の目的は、計画の進捗状況を確認し、保健事業をより効果的かつ効率的に展開するために必要な改善点等を検討し、目標達成に向けて方向性を確認することにあります。さらに国民健康保険法等の改正に基づき、本市の計画全体の目標や事業の評価、見直しを実施し、最終的な目的・目標の達成に向けた体制を再構築します。

2 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 システムの健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向を評価します。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します。中間評価については国保連合会保健事業支援・評価委員会等の指導、助言を受け策定いたします。

図表3 保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



図表4「評価における4つの指標」(参考資料10)

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)	・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)	・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)	・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)

3 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短期目標(図表5)をみると、特定健診受診率の向上は平成30年度の38.5%に達してはいるものの、新型コロナウイルス感染症の影響か令和元年度の2月～3月の健診受診は減少しています。また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の改善率、高血圧症者・血糖コントロール不良者・脂質異常者の割合などが悪化しています。

また中長期目標(図表5)においては、脳血管疾患患者数の割合・虚血性心疾患患者数の割合は、悪化していますが、糖尿病性腎症患者の割合や1人当たり入院医療費の伸び率については、改善しており、特に1人当たり入院医療費の伸び率が全国の伸び率より下回っています。

図表5「第2期データヘルス計画の短期的な目標と中長期的な目標」

短期的な目標								
H28	H30		R1(現在)		R2	R3	R4	R5
①特定健診受診率の向上								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
37.2%	41.0%	38.5%	45.0%	36.4%	49.0%	53.0%	57.0%	60.0%
②特定保健指導実施率の向上								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
47.9%	50.0%	54.7%	52.0%	73.4%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
③メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の改善率(※1)の向上								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
18.6%	18.7%	18.6%	18.7%	16.9%	18.8%	18.9%	19.0%	19.2%
④高血圧症の者の割合の減少⇒収縮期血圧160mmHg以上又は拡張期血圧100mmHg以上の割合								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
4.3%	減少	4.8%	減少	5.3%	減少	減少	減少	減少
⑤血糖コントロール不良者の割合の減少⇒HbA1c(NGSP)6.5%以上の者の割合								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
9.5%	減少	9.3%	減少	10.2%	減少	減少	減少	減少
⑥脂質異常の者の割合の減少⇒LDL180mg/dl以上の者の割合								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
4.5%	減少	5.1%	減少	5.0%	減少	減少	減少	減少
中長期的な目標								
H28	H30		R1(現在)		R2	R3	R4	R5
①脳血管疾患患者数の割合の減少※2								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
3.1%		3.4%		3.4%	10%減少			
②虚血性心疾患患者の割合の減少※2								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
2.8%		3.1%		3.0%	10%減少			
③糖尿病性腎症患者の割合⇒糖尿病による新規人工透析者の割合の減少※3								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
3.5%		3.3%		3.4%	10%減少			
④1人当たりの入院医療費の伸び率を全国並みとする								
実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	目標値	目標値	目標値
13.4%増(全国8.9%)		5.5%増(全国8.3%)		10.9%増(全国16.0%)	全国並みの伸び率			

注)※1.このメタボリック該当者及び予備群の改善率は、特定健診・特定保健指導実施結果総括表より求める
 ※2.中長期目標について、脳血管疾患と虚血性心疾患は、患者数÷被保険数で求める(KDB様式3-5、3-6より)
 ※3.糖尿病性腎症は、レセプトに診断名がつかない場合も多いため、評価指標は、糖尿病患者のうち人工透析者の割合とした。(KDB様式3-2より)

(2) 入院と入院外(外来)の件数・費用額の割合

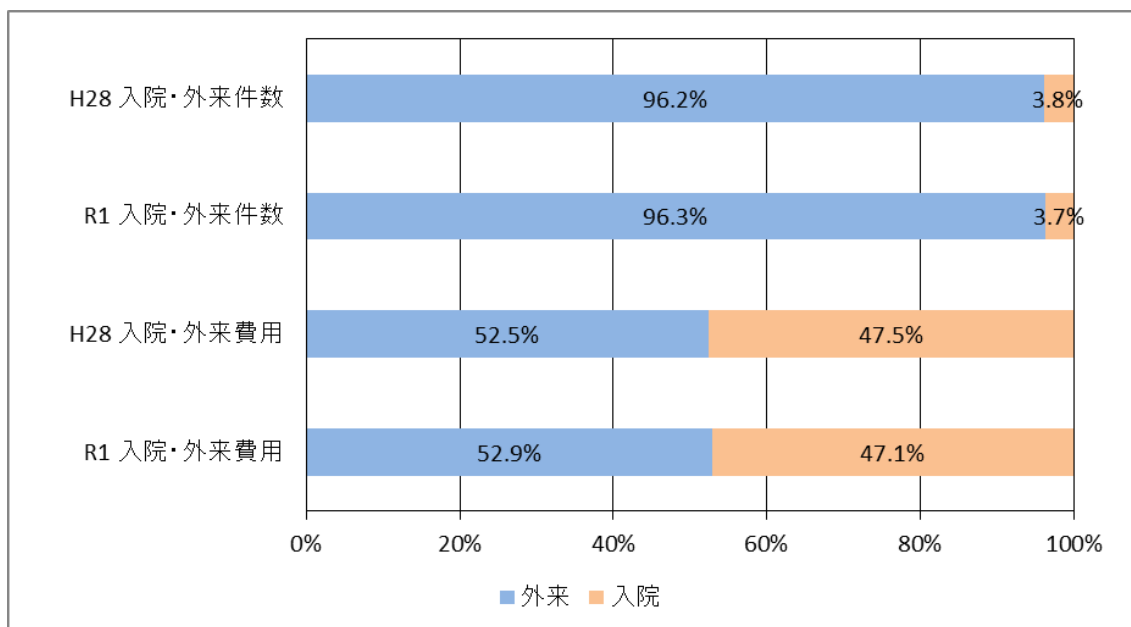
入院と入院外(外来)の件数・費用額の割合(図表7)の一人当たり医療費をみると、平成28年度23,747円から令和元年度26,595円と2,842円(12.0%)増加していますが、国の伸び率(13.3%)、県の伸び率(12.3%)より下回っています。しかし、同規模(中核市等)の伸び率(8.0%)より高くなっています。

入院と入院外(外来)別にみると本市の令和元年度の入院件数は、3.7%で費用額全体の47.1%を占めており、平成28年度と比較してもほとんど減少しておりません。引き続き、重症化予防に取り組み、入院費を減らしていくことが重要であると考えます。

図表6 一人あたり医療費

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	H28	保険者	同規模平均	県	国
		23,747円	24,748円	22,111円	24,253円
	R1	保険者	同規模平均	県	国
		26,595円	26,729円	24,835円	27,475円
	伸び率	12.0%	8.0%	12.3%	13.3%

図表7 入院と入院外(外来)の件数・費用額の割合



(3)人工透析の状況

人工透析の状況(図表8)をみると、平成28年度に比べ、5月診療分の患者人数は423人から407人と16人の減少となっており、年度累計の件数や費用額をみても減少となっています。

また、糖尿病性腎症や脳血管疾患、虚血性心疾患の年度累計の件数や費用額をみても減少となっています。

図表8 人工透析の状況

厚労省様式	対象レセプト(H28・R1)		人工透析		糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患		
			H28	R1	H28	R1	H28	R1	H28	R1	
様式3-7 ★NO.19(CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	5月 診療分	人数	423人	407人	215人	202人	137人	126人	217人	183人
様式2-2 ★NO.12(CSV)		年度 累計	件数	5,585件	5,399件	2,713件	2,582件	1,632件	1,555件	2,661件	2,318件
						48.6	47.8	29.2	28.8	47.6	42.7
			費用額	27億1098万円	26億9937万円	12億9510万円	12億8873万円	8億2712万円	8億1124万円	12億7583万円	11億5727万円
						47.8	47.7	30.5	30.1	47.1	42.9

(4)メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボに該当する方をみると(図表9)男性で2%以上増加し、予備群は微増となっています。また、血糖・血圧・脂質の3項目該当者についても、1%近く増加しており、国や同規模市の平均値よりも、すべての項目で高く、改善に至っていない状況です。

図表9 メタボリックシンドローム該当者・予備群

		H28		R1										データ元 (CSV)
		那覇市		那覇市		同規模平均		県		国				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
メタボ	該当者	3,878	20.8	3,816	22.5	↑	298,924	19.3	22,162	24.7	1,350,831	19.2	KDB NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握	
	男性	2,613	33.1	2,566	35.2	↑	202,496	31.8	15,222	35.7	922,947	30.7		
	女性	1,265	11.8	1,250	12.9	↑	96,428	10.6	6,940	14.8	427,884	10.6		
	予備群	2,659	14.2	2,482	14.6	↑	170,791	11.0	13,370	14.9	777,605	11.1		
	男性	1,692	21.4	1,593	21.9	↑	115,425	18.1	8,957	21.0	531,619	17.7		
	女性	967	9.0	889	9.2	↑	55,366	6.1	4,413	9.4	245,986	6.1		
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	7,495	40.2	7,193	42.5	↑	524,436	33.8	40,145	44.8	2,374,034		33.8
		男性	4,831	61.2	4,685	64.3	↑	353,372	55.4	27,068	63.4	1,616,190		53.8
		女性	2,664	24.7	2,508	26.0	↑	171,064	18.7	13,077	27.9	757,844		18.8
	BMI	総数	1,181	6.3	1,060	6.3	↑	73,871	4.8	5,875	6.6	350,564		5.0
		男性	141	1.8	135	1.9	↑	10,225	1.6	906	2.1	52,166		1.7
		女性	1,040	9.7	925	9.6	↑	63,646	7.0	4,969	10.6	298,398		7.4
	血糖のみ	162	0.9	143	0.8	↑	9,691	0.6	781	0.9	48,307	0.7		
	血圧のみ	1,940	10.4	1,772	10.5	↑	118,333	7.6	9,681	10.8	541,072	7.7		
	脂質のみ	557	3.0	567	3.3	↑	42,767	2.8	2,908	3.2	188,226	2.7		
	血糖・血圧	574	3.1	617	3.6	↑	43,021	2.8	3,541	4.0	207,752	3.0		
	血糖・脂質	207	1.1	220	1.3	↑	16,127	1.0	1,144	1.3	73,729	1.0		
	血圧・脂質	1,944	10.4	1,784	10.5	↑	144,826	9.3	10,155	11.3	636,795	9.1		
血糖・血圧・脂質	1,153	6.2	1,195	7.1	↑	94,950	6.1	7,322	8.2	432,555	6.2			

またメタボリックシンドロームの減少率(図表10)をみると、メタボ予備群、メタボ該当者のいずれの減少率も平成28年度に比較し、令和元年度は低下しています。

図表10 メタボリックシンドロームの減少率

	H26	H27	H28	H29	H30	R1
メタボリックシンドローム該当者減少率	18.6%	18.3%	18.3%	19.3%	19.0%	17.5%
メタボリックシンドローム予備群減少率	18.5%	17.8%	19.1%	17.9%	17.9%	16.2%

(5)高血圧の状況

高血圧の状況(図表 11)をみると、平成 28 年度と比較し、保健指導対象者は減っているものの受診勧奨判定値の方が増えており、特に重症化しやすいⅡ度の方の割合が他に比べて、高くなっています。

図表 11 高血圧の状況

	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	F/A
H26	20,338	6,197	30.5%	3,527	17.3%	5,692	28.0%	3,986	19.6%	780	3.8%	156	0.8%
H27	19,972	6,107	30.6%	3,560	17.8%	5,557	27.8%	3,884	19.4%	695	3.5%	169	0.8%
H28	19,848	5,988	30.2%	3,395	17.1%	5,549	28.0%	4,060	20.5%	716	3.6%	140	0.7%
H29	19,456	5,829	30.0%	3,363	17.3%	5,421	27.9%	3,985	20.5%	699	3.6%	159	0.8%
H30	19,287	5,886	30.5%	3,374	17.5%	5,250	27.2%	3,848	20.0%	766	4.0%	163	0.8%
R1	17,985	5,369	29.9%	2,993	16.6%	4,979	27.7%	3,699	20.6%	800	4.4%	145	0.8%

(6)脂質異常症の状況

脂血異常症の状況(図表 12)をみると、各判定値において割合が増加しており、特に保健指導判定値に比べ、受診勧奨判定値の割合が高くなっています。

図表 12 脂質異常症(LDL)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
総 数	H26	20,339	9,051	44.5%	5,106	25.1%	3,479	17.1%	1,629	8.0%	1,074	5.3%
	H27	19,969	9,089	45.5%	4,954	24.8%	3,304	16.5%	1,649	8.3%	973	4.9%
	H28	19,848	9,511	47.9%	4,743	23.9%	3,149	15.9%	1,549	7.8%	896	4.5%
	H29	19,456	8,951	46.0%	4,685	24.1%	3,227	16.6%	1,632	8.4%	961	4.9%
	H30	19,187	8,717	45.4%	4,756	24.8%	3,158	16.5%	1,572	8.2%	984	5.1%
	R1	17,942	8,185	45.6%	4,305	24.0%	3,003	16.7%	1,540	8.6%	909	5.1%

(7) 血糖(HbA1c)の状況

血糖値の平均を表す(HbA1c)の状況(図表 13)をみると、平成 28 年と令和元年の割合を比較した場合、保健指導判定値は増加しています。受診勧奨判定値は 6.5～7.9 は増加していますが、8.0 以上は、平成 28 年度と比較すると令和元年度は減っています。

図表 13 血糖(HbA1c)の状況

	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		
B	割合	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A				
H26	20,225	8,581	42.4%	7,573	37.4%	2,442	12.1%	722	3.6%	560	2.8%	347	1.7%	617	3.1%	266	1.3%		
H27	19,696	8,638	43.9%	7,059	35.8%	2,335	11.9%	728	3.7%	557	2.8%	379	1.9%	649	3.3%	283	1.4%		
H28	19,606	8,017	40.9%	7,163	36.5%	2,601	13.3%	762	3.9%	632	3.2%	431	2.2%	732	3.7%	315	1.6%		
H29	19,212	7,822	40.7%	7,046	36.7%	2,514	13.1%	799	4.2%	642	3.3%	389	2.0%	680	3.5%	286	1.5%		
H30	19,046	7,858	41.3%	7,008	36.8%	2,392	12.6%	757	4.0%	664	3.5%	367	1.9%	686	3.6%	269	1.4%		
R1	17,733	6,555	37.0%	6,798	38.3%	2,574	14.5%	787	4.4%	660	3.7%	359	2.0%	656	3.7%	259	1.5%		

4 保健事業の評価と課題

保健事業について、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム の視点に基づき、取り組んだ概要を記載しています。個別の中間評価や課題、取り組みについて第 2 章で評価、見直しを行います。

図表 14 「全体評価表」 (P23 資料編参照)

第2期データヘルス計画の全体評価表(令和元年度実績より)※ 個別の中間評価や課題、取り組みについて第2章で評価、見直しを行います。

图表14

[illegible]

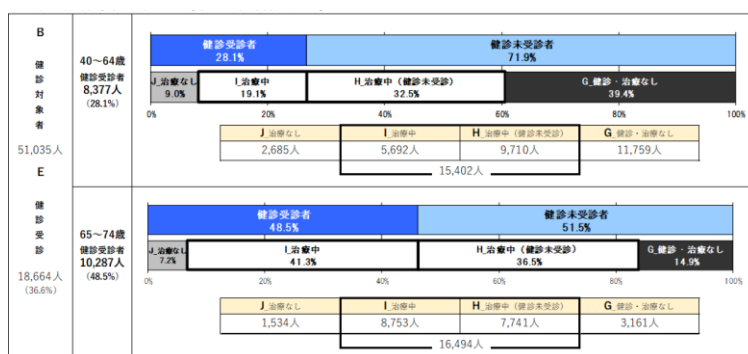
(1)未受診者対策

平成28年度と令和元年度の特定健診受診状況を比較すると、令和元年度は新型コロナウイルス感染症の影響により受診者の割合が全体的に2%程度減っていますが、受診状況の全体的な割合に大きな変化は見られず、これまでの対策が受診率の維持には一定の効果がありましたが、未受診者層への受診勧奨等については効果が薄かったと推測され、今後は未受診者層へのアプローチ方法を再検証する必要があります。

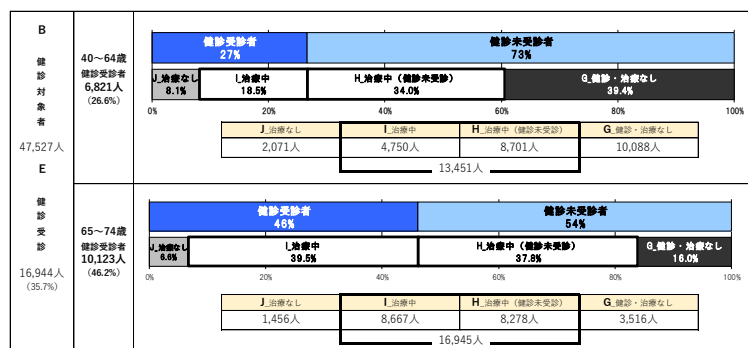
両図表の内訳をみていくと、40～64歳の若い世代は健診の未受診者が多く、治療等で医療機関に繋がっている者が少なくなっています。一方で65～74歳の老齢期世代は、比較的健診受診者や治療等で医療機関につながっている者が多くなっています。そのため、40～64歳の若い世代と65～74歳の老齢期世代との生活環境を把握・分析し、その状況に応じたアプローチ方法を分けて行う必要があります。また、40～64歳の若い世代では約3割、65～74歳の老齢期世代では約4割が医療機関で治療中ですが健診未受診となっているため、この層へのアプローチ方法を工夫し健診受診につなげることが今後の課題だと考えられます。

図表 15 未受診者対策を考える(様式 5-5) (P23 資料編参照)

(平成28年度)

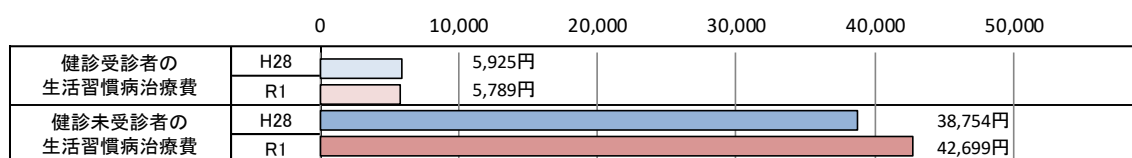


(令和元年度)



また、健診受診者と未受診者のそれぞれの治療費(図表 16)をみると、令和元年度の健診未治療者の治療費は、健診受診者の治療費の 7.4 倍と(平成 28 年度は 6.5 倍)、高くなっており、健診を受診することは医療費適正化の面においても、有効であることがわかります。

図表 16 費用対効果



(2)重症化予防の取り組み

①生活習慣病重症化予防事業

特定健診の結果から、要医療者及び治療コントロール不良等を対象に、脳・心血管疾患、糖尿病等の合併症・重症化予防を目的に保健指導や医療機関への受診勧奨を行い、高額医療費の抑制と長寿県沖縄の復活を目指し実施しております。

令和元年度の対象者に対する保健指導の実施状況(図表 17)をみると、保健指導の文書による保健指導まで含めた支援率は 96.8%で目標の 80%以上を達成しました。

図表 17 対象者に対する保健指導実施状況

指導レベル別	小計 (A:訪問・来所・電話)	文書 (B)	保健指導(率) (A+B)	その他 (C)	計 (A+B+C)
M 未治療	305 (51.5)	274 (46.3)	579 (97.8)	13	592
L 治不良	765 (43.4)	934 (53.0)	1699 (96.4)	63	1762
KN 優先	18 (34.0)	33 (62.3)	51 (96.2)	2	53
計	1088 (45.2)	1241 (51.6)	2329 (96.8)	78	2407

【文書指導まで含めた場合の保健指導数・対応率】

平成 30 年度の未治療者(保健指導レベル M)の受療状況(図表 18)をみると保健指導を実施した結果、受療率目標の 50%以上を達成することができました。(レセプトにより確認)

図表 18 未治療者(保健指導レベル M)の受療状況

対象リスク	対象者数	受療有(人)	受療有(%)
血圧Ⅱ度以上	195	113	57.9
HbA1c6.5↑	103	65	63.1
LDL200↑	137	64	46.7
尿蛋白2+↑	31	14	45.2
GFR50未満(～69歳)	62	23	37.1
GFR40未満(70歳～)	10	4	40.0
尿蛋白+↑かつ尿潜血+↑	67	26	38.8
TG300以上かつ腹囲基準値以上	0	—	—
実人数合計	560	323	57.7%
リスク延べ合計	605	309	

※レセプトによる確認(健診データは R2.6 月処理月分まで)

※受療有りとは、健診後に 1 回以上の受診があり、診断名や採血・検査歴がある。健診後、保健指導前の受診も含む。治療がなくてもリスクに対する診断名がある方。

保健指導後(未治療者 M のみ)の状況(図表 19)をみると、平成 30 年保健指導を実施した人で平成 31 年度の健診結果改善率は、血圧、HbA1c、LDL、腎機能(尿、GFR)で見た場合、70.4%と改善率が前年度より低下しました。

図表 19 保健指導後の状況(未治療者 M のみ)

項目	基準	基準値以上(A)	改善数(B)	改善率(B/A)
高血圧	Ⅱ度(160/100)以上	108	68	63.0%
	Ⅲ度(180/110)以上	21	17	81.0%
糖尿病	HbA1c7.0 以上	22	13	59.1%
	HbA1c8.0 以上	6	6	100%
脂質異常症	L D L 200 以上	76	63	82.9%
腎機能低下	G F R 50 未満(70 歳以上は 40 未満)または尿蛋白+以上	34	25	73.5%

(平成 29 年度-平成 30 年度：74.6%)

生活習慣病重症化予防事業 の課題として、支援率や受療率は目標クリアしましたが、改善率は低下しており、今後、改善率の向上に向けた取り組みが必要と考えます。

②糖尿病性腎症重症化予防プログラム

令和元年度の糖尿病重症化予防プログラム(重症化+特定)の支援状況(図表 20)について、支援対象者には文書を送付、その後、訪問・窓口・説明会・電話で支援できた人は、464 人(41.7%)。文書も入れると 1,053 人(94.4%)の支援を実施できました。70 歳以上は平成 30 年度から国保ヘルスアップ担当が対応しました。

図表 20 糖尿病重症化予防プログラム(重症化+特定)の支援状況

		特定 計		重症化 計		70歳以上 計		総計	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
対 象 者	抽出人数A	523		1,418		1248		3,189	
	国保喪失・転出	11	2.1%	41	2.9%	7	0.6%	59	1.9%
	死亡	4	0.8%	3	0.2%	0	0.0%	7	0.2%
	支援除外	3	0.6%	43	3.0%	37	0.0%	83	2.6%
	優先外	4	0.8%	1,000	70.5%	921	73.8%	1,925	60.4%
	支援対象者B	501	95.8%	331	23.3%	283	22.7%	1,115	35.0%
支 援 方 法	面談(訪問・来所)	98	19.6%	59	17.8%	61	21.6%	218	19.6%
	電話	55	11.0%	85	25.7%	106	37.5%	246	22.1%
	文書	316	63.1%	162	48.9%	111	39.2%	589	52.8%
	小計	469	93.6%	306	92.4%	278	98.2%	1,053	94.4%
	その他対応	2	0.4%	2	0.6%	5	1.8%	9	0.8%
	レセ確認	30	6.0%	18	5.4%	0	0.0%	48	4.3%
計	対応総計	501	100.0%	326	98.5%	283	100.0%	1,110	99.6%
	未対応	0	0.0%	5	1.5%	0	0.0%	5	0.4%

支援後の受療状況(図表 21)をみると、未治療・治療中断者のうち、15.6%の人が受療につながりました(平成 30 は 26%)。また「健診とレセプトの突合」し、保険者データヘルスシステムでみると、平成 30 年度の未治療者は 386 人、18.0%でした。未治療・治療中断者は、レセプトや本人からの聞き取りで治療につながったかさらなる確認が必要と考えます。(全体で約 2 割と低い。)

図表 21 支援後の受療状況(地区台帳より把握)

※未治療・治療中断者のその後の受療状況			
	人数	受療有り	%
未治療者	191	26	13.6%
治療中断者	53	12	22.6%
計	244	38	15.6%

*受療有りは、糖尿病の診断名があった人。

(3)ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により、医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民や関係者へ周知していきます。周知の方法としては、那覇市国保運営協議会等の場や広報誌(特定健診だより)ホームページ、パネル展など、いろいろな周知方法を検討していきます。

図表 22 国保特定健診だより



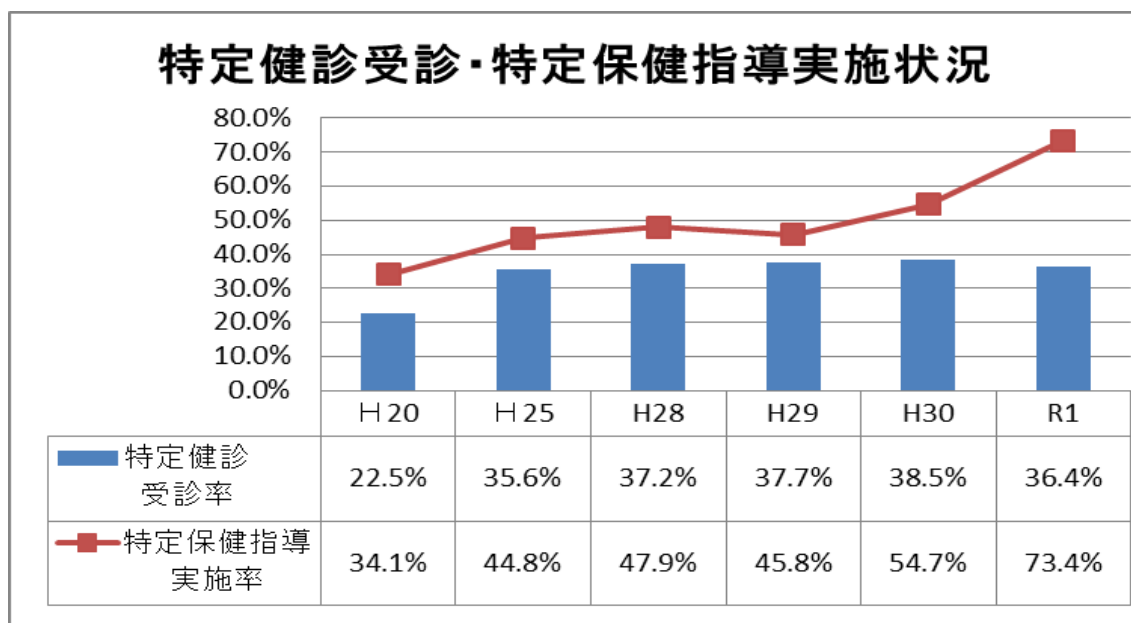
(4)特定健診、特定保健指導の中間評価と課題

① 特定健診受診率の受診率をみると、令和元年度は新型コロナウイルス感染症の影響により前年度と比べ受診率が約 2%減となっていますが、平成 28 年度から平成 30 年度にかけての受診率は年間 0.5～0.8%の微増となっています。受診率が増加となった要因としては、はがきや AI による受診勧奨、ナイト健診や所得税申告会場でのまちかど健診実施等、様々な方法での受診勧奨や勧奨機会の提供等の取り組みの結果によるものです。しかしながら、現状の受診勧奨等の方法では、定期的又は不定期に健診を受診する対象者のリピート受診には効果が見られますが、対象者の大部分を占めている健診未受診者層を動かすものとはなっていないと考えられます。

今後は、これまでと同様な受診勧奨や様々な受診機会の提供だけでなく、健診未受診者層へのアプローチ方法を再検討し、市医師会や医療機関等と連携を図りながら、目標値達成に向け取り組んでいく必要があります。

② 特定保健指導の実施率(図表 23)をみると、令和元年度の実施率が国の目標の 60%を超え、過去最高の 73.4%と前年度比 18.7 ポイントのアップとなっております。実施率アップの要因としては、日中だけでなく夜間や休日にも訪問等を実施し、市民と会う努力を行ったこと、スキルアップ等の日々の努力も大きな要因のひとつと考えます。引き続き、国の目標の 60%以上を維持するよう、市民の身近な場所での結果説明会の実施や訪問指導等に取り組みます。また短期的目標にあるメタボリックシンドローム該当者・予備群の改善率や高血圧や糖尿病、脂質異常症の割合の減少について、改善されていない点を課題として取り組んでいきます。

図表 23「特定健診受診率・特定保健指導実施率」の推移



第2章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1 成果目標の設定

中間評価の作成にあたり、国の動向などの変化を踏まえて、当初の目標を以下の一覧表のとおり変更し、短期目標、中長期目標の達成を目指します。

また令和3年度の努力者支援制度の評価指標として、HbA1c8.0以上の未受診者やがん検診、歯科検診の受診率が新たに追加されたため、以下の3つの評価指標を加えることとします。(図表18)

- ① 健診受診者のHbA1c8.0%以上の未受診者の割合の減少
- ② 5つのがん検診の平均受診率
- ③ 歯科検診(歯周病健診含む)の受診率

図表24 データヘルス計画の目標管理一覧表

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				
				初期値 H28	中間評価 R元	中間目標 R元	R2	R3	最終目標 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	脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	2.99%	2.42%	減少	減少	減少	減少
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	1.67%	1.97%	減少	減少	減少	減少
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	50.8%	49.6%	減少	減少	減少	減少
		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	35.0%	37.2%	減少	減少	減少	減少
			★健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	4.3%	5.3%	減少	減少	減少	減少
			★健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	28.2%	30.4%	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)	9.3%	10.2%	減少	減少	減少	減少
			★健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.66%	0.66%	減少	減少	減少	減少
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	51.3%	75.6%	増加	増加	増加	増加
			★特定保健指導対象者の減少率	15.1%	15.0%	減少	減少	減少	減少
		特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	37.2%	36.4%	45%	49%	53%	57%
			★特定保健指導実施率60%以上	47.9%	73.4%	52%	54%	56%	58%
			糖尿病の保健指導を実施した割合	65.8%	53.3%	増加	増加	増加	増加
特定健診等計画	短期目標	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	10.5%	10.6%	増加	10.6%	10.8%	10.9%
			肺がん検診	9.1%	8.0%	増加	8.2%	8.3%	8.3%
			大腸がん検診	9.1%	8.5%	増加	8.6%	8.7%	8.7%
			子宮頸がん検診	14.6%	13.1%	増加	13.3%	13.4%	13.4%
			乳がん検診	14.8%	11.1%	増加	11.2%	11.2%	11.3%
			5つのがん検診の平均受診率	11.6%	10.2%	増加	10.4%	10.4%	10.5%
			歯科健診(歯周病健診)	0.6%	0.5%	増加	増加	増加	増加
			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	実績なし	実績なし	実施	実施	実施
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	77.5%	85.1%	81%	82%	83%	84%
			後発医薬品の使用割合						

また、国の新たな制度改革により、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を事業として取りこんでいきます。

2 今後の保健事業の取り組み

(1) 特定健診・特定保健指導の実施

今後も、集団健診やまちかど健診、各医療機関での個別健診等を実施し、医師会等の医療機関と連携を図りながら、特定健診・特定保健指導の機会を提供して行きます。

対象者	40～74歳に達する国民健康保険加入者
実施方法	個別方式：個別医療機関 集団方式：集団健診(各支所や那覇市保健所など。がん検診等と同時開催) まちかど健診(本庁舎内)
	保健指導：結果説明会、窓口相談、訪問指導 (日中、休日・夜間訪問、窓口も実施)
実施時期	通年(集団健診：年7回程度、まちかど健診：年11回、結果説明会：約250回)
評価指標	健診受診率、保健指導実施率、保健指導対象者割合の減少率 等

(2) 特定健診未受診者対策

特定健診対象者のうち、約5割が健診受診歴がないか、直近3年間の健診受診歴のない健診未受診者となっており、その対策が重要となります。

健診未受診者のうち、40～64歳の若い世代では約3割、65～74歳の高齢期世代では約4割が何らかの治療で医療機関に関わっており、この層の対象者を健診受診に結び付けることで、大幅な受診率向上が期待されるため、通常の受診勧奨に加え、医師会等の医療機関と連携し、医療機関を通して受診勧奨を推進できるよう取り組んでいきます。

また、健診未受診者のうち医療機関での治療歴がない対象者については、対象者の状況が把握できず、年齢と共に症状が重症化する可能性も高いことから、リスクを重視した内容の勧奨等に取り組んでいきます。

なお、健診受診歴のある者についても、未受診者とならないよう引き続き受診勧奨を実施していきます。

個別勧奨	対象者	特定健診未受診者 ① 過去3年間健診受診歴がなく医療機関の受診歴がある者 ② 過去3年間健診受診歴がなく医療機関の受診歴のない者
	実施方法	① 受診医療機関での健診受診を促す内容の勧奨通知送付 医師会や受診医療機関と連携した勧奨の実施検討 ② 将来的なリスクを重視した内容の勧奨通知送付 リスクの高い年齢層を対象とした訪問勧奨
その他	対象者	国保加入者
	実施方法	① まちかど健診の実施

	② はがき・SMS 等を活用した受診勧奨 ③ 電話による受診勧奨 ④ トライアングル事業の推進 ⑤ ポピュレーション実施(出前学習会等) ⑥ 国民健康保険課前での新規加入者への受診勧奨
評価指標	受診勧奨数、受診勧奨後の健診受診率

(3)生活習慣病重症化予防事業

特定保健指導に該当しない者(特定保健指導非対象者)について、引き続き、各関係ガイドライン等に基づき、事業実施要項を定め、優先順位を検討しながら、保健指導を実施します。また、令和 3 年度の保険者努力支援制度で「糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況」の評価指標に加わった、「HbA1c8.0 %以上で未治療の者」割合も評価して行きます。

対象者	優先支援対象者 ①高血圧Ⅱ度以上(収縮期 160mmHg 以上/ 拡張期 100mmHg 以上) ②高血糖(HbA1c6.5%以上) ※治療あり 8.0%以上 ③腎機能低下(尿蛋白 2+以上、または尿蛋白(+))かつ尿潜血(+) eGFR50 未満等(70 歳以上は 40 未満) ④脂質異常(LDL-C200mg/dl 以上) ⑤中性脂肪 TG300 以上かつ腹囲基準値以上
実施方法	優先順位をつけながら、訪問、電話、文書等で個別支援を実施、医療機関との連携、各種保険事業(2 次健診、栄養相談、講演会)の活用
実施期間	通年
評価指標	保健指導実施数(率)、未治療者の受療状況、保健指導の評価(健診結果の改善率等)

(4)那覇市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいて、本市の基準を定め、医療機関と連携の上、重症化予防のための保健指導及び受診勧奨を行うことで、糖尿病性腎症による新規透析導入の減少を目指します。那覇市糖尿病性腎症重症化予防プログラムでは、自治体の保健事業で対象とする糖尿病性腎症の定義が示されており、事業の評価として対象者の数の把握をしていきます。引き続き、「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携の取組を推進します。

対象者	・過去 5 年間の特定健診で HbA1c6.5%以上になったことがある者 ・特定保健指導非対象者で血糖コントロール不良者への保健指導 優先順位をつけながら、保健指導を実施
-----	---

実施方法	・糖尿病管理台帳を活用し、優先順位をつけながら、訪問を実施 ①健診未受診かつ医療機関未受診の者 ②健診未受診かつ治療中断者 ③治療中で血糖コントロール不良及び腎機能低下がみられる者 ・「糖尿病連携手帳」を活用した多職種連携による糖尿病重症化予防の取り組みを実施。
実施期間	通年
評価指標	保健指導実施数、新規透析導入者数、未治療者・治療中断者の割合

(5)那覇市慢性腎臓病 CKD 対策推進

慢性腎臓病(CKD)対策を推進し、CKD 病診連携システムの円滑な運用を図り、CKD を原因とする心血管系疾患の減少を図ります。システムの運用については、「那覇市 CKD(慢性腎臓病)病診連携推進会議」で検討して行きます。円滑なシステム運用のため、啓発、医師会やかかりつけ医との連携、ニュースレターの発行を行います。随時、地区別症例検討会を開催し連携を深めます。

対象者	特定健診受診者で腎機能低下者
実施方法	・那覇市 CKD(慢性腎臓病)予防連携推進会議を年 2 回程度実施し、円滑な運用に向けて検討 ・CKD 7 8 の取り組み(CKD 登録医、腎臓診療医の登録) ・ニュースレターの発行(年 2 回)医療機関、市民への情報発信 ・地区別症例検討会を年に 1 回実施
実施期間	通年
評価指標	新規透析導入者数、医療費の状況

(6)高齢者の保健事業と介護予防の一体事業

後期高齢者の課題を、健診結果やレセプト等の情報(KDB システム)を活用して健診・医療・介護データを分析した表(E 表)を作成・分析し、生活圏域ごと(各地域包括支援センター地域)作成・分析しました。その中で重症化予防や低栄養などの課題から脳血管疾患、虚血性心疾患等の重症化リスクに対し、ハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチの支援を行います。生活習慣病重症化予防の保健指導や、糖尿病性腎症重症化予防の取組において、後期高齢者の保健事業とチャージンじゅう課の介護予防と連携した取り組みを行います。

対象者	・前期・後期高齢者の重症化予防、低栄養防止の対象者 ・介護予防対象者 等
実施方法	・KDB システム分析の結果による重症化予防・低栄養防止のハイリスクアプローチ ・地域包括支援センターの通いの場等を活用したフレイル予防などポピュレーションアプロ

(7)がん検診の取り組み

P15(図表 24)参照

令和 3 年度の努力者支援制度の評価指標として 5 つのがん検診の平均受診率が新たに追加されました。評価指標の受診率向上のため、以下のことに取り組みます。

- ① がんのリスク因子である、喫煙・過剰飲酒・肥満・野菜接種不足等の生活習慣の改善について、広報や教育を通じて周知を図り、がん予防を進めることが重要であるため重点プランとします。
- ② がん検診の受診率向上のため、ソーシャルマーケティングやナッジ理論を活用した受診勧奨資材の活用、女性限定の受診機会の設定など利便性向上の取り組みを推進する必要があります。
- ③ 国が策定した「第 3 期がん対策推進基本計画」では、がん死亡率の減少のためには、がん検診の実施機関は、適切な検査方法を実施するため十分な精度管理を行うことが求められています。市が行うがん検診においても検診機関には国の基準に沿った検診体制を確立するよう精度管理を働きかける必要があります重点プランとします。
- ④ 社会保険加入の被扶養者など職域で受診機会のない方に対する受診環境の整備について、各健康保険組合と協議し、効果的な手法を検討することが重要です。
- ⑤ 乳がん・子宮頸がんは、大学生・専門学校生、乳幼児の保護者など周知勧奨を多方面に広げ、受診率の向上につなげることが必要となるため重点プランとします。
- ⑥ 精密検査受診率を向上させるため、受診方法や医療機関情報、精密検査の意義等を周知する案内配布等の普及啓発を進めることが必要です。

(8)歯科検診(歯周病健診含む)の取り組み

令和 3 年度の努力者支援制度の評価指標として歯科健診(歯周病健診含む)の受診率が新たに追加されました。評価指標の受診率向上のため、以下のことに取り組みます。

P15(図表 24)歯科健診(歯周病健診)の受診率 平成 28 年度 0.6% 令和元年度 0.5%

- ① 職場等での歯科検診は義務付けられておらず、40 代及び 60 代における進行した歯肉炎を有する者の割合は悪化傾向となっており、自覚症状なく進行する歯周病に気が付きにくい環境にあることから、1 年に 1 回の定期的な歯科検診の受診を勧奨します。
- ② 80 歳で 20 本以上自分の歯を有する者の割合と 60 歳で 24 本以上自分の歯を有する者の割合は増加しています。歯を失う 2 大疾患は「むし歯」と「歯周病」であるため、今後も引き続き、ライフステージに応じたむし歯及び歯周病の予防対策を推進します。
- ③ かかりつけ歯科医をもち定期的な健診を受けることでむし歯や歯肉炎の予防、歯の喪失予防になることから重点プランとします。
- ④ 歯と口の健康週間やデンタルフェアその他の健康イベント等を活用して、むし歯や歯周病予防、歯周病と生活習慣病などの全身疾患との関わりを含めて、今後も継続して普及啓発を行います。

第3章 データヘルス計画の運用について

1 計画の策定及び公表・周知

本計画の策定にあたっては、沖縄県国保連合会保健事業支援・評価委員会から助言を受け策定することとなっており、また公表・周知にあたっては国保加入者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、国指針において公表するものとされています。具体的な公表・周知方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、那覇市国民健康保険運営協議会等の場で周知をいたします。

2 個人情報の取り扱い

本計画に基づく保健事業の実施における個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内での利用、外部委託事業者への委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

資料編