

第 2 期南城市保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

中 間 評 価

令和 3 年 3 月 南城市

中間評価報告書 目次

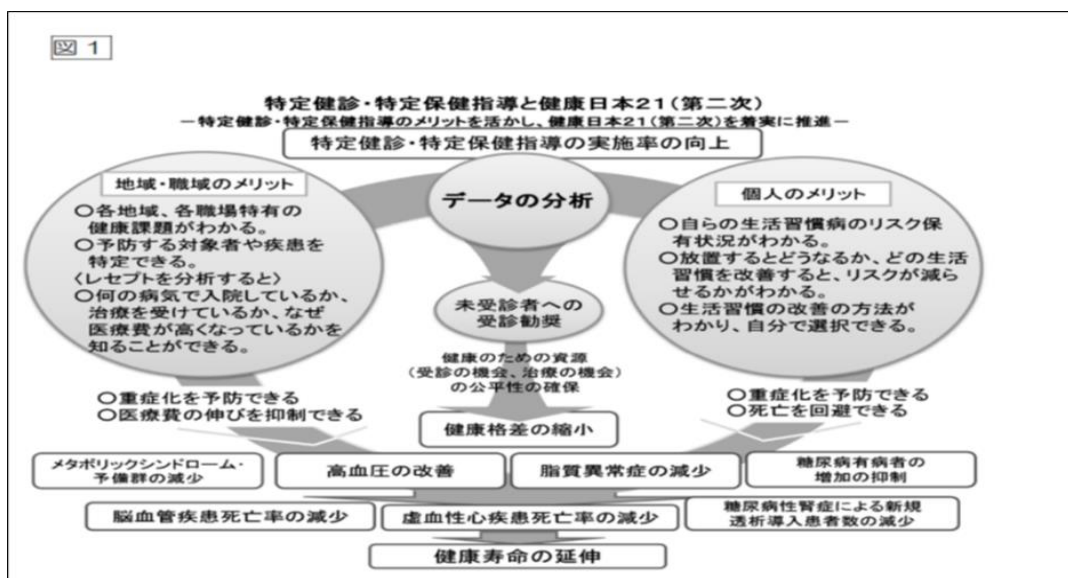
- 第 1 章 データヘルス計画の概要
- 第 2 章 中間評価の趣旨
 - 1 中間評価の方法
- 第 3 章 中間評価の結果
 - 1 中長期目標、短期目標(アウトプット、アウトカム)の進捗状況
 - (1) 医療費の状況
 - (2) 糖尿病性腎症による透析導入の状況
 - (3) 短期目標の状況(高血圧、HbA1c、LDL コレステロール、メタボリックシンドロームの状況)
 - 2 ストラクチャー、プロセス評価
 - 3 主な個別事業の評価と課題
 - (1) 重症化予防の取り組み
 - ① 心電図検査
 - ② 新規人工透析予防プロジェクト事業
 - ③ 糖尿病性腎症重症化予防
 - ④ 要医療者支援対策
 - (2) ポピュレーションアプローチ
- 第 4 章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題
 - 1 目標値に対する進捗
 - 2 特定健診の実施
 - 3 特定保健指導の実施
- 第 5 章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し
 - 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - 2 がん検診の進捗状況
 - 3 歯科検診(歯周病検診含む)の実施
 - 4 見直し後の目標管理一覧表

第1章 データヘルス計画の概要

厚生労働省においては、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国の指針」という。)の一部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おります。

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南城市国保の財政基盤強化を図ることを目的として「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成30年3月に策定しました。計画期間は平成30年度から令和5年度までの6年間です。

図表1



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

第2章 中間評価の趣旨

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

1 中間評価の方法

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

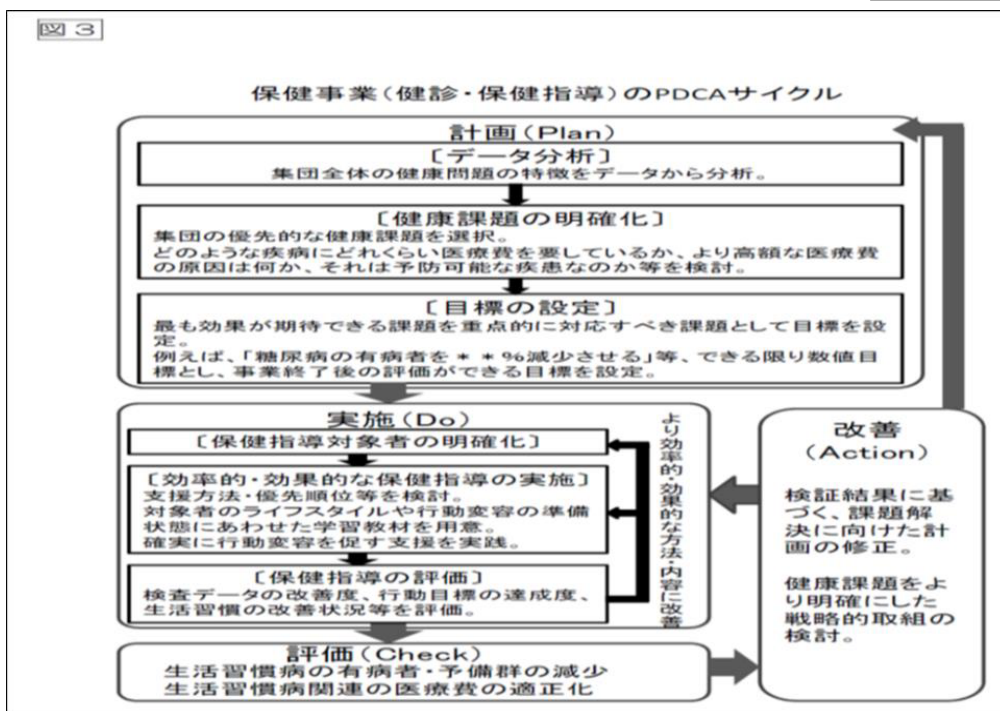
具体的には、KDBに収載される健診・医療・介護のデータを用い、受診率・受療率、医療の動向等々を評価します。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に優先すべき課題である重症化予防

事業実施状況は、毎年とりまとめ評価します。中間評価については、沖縄県や南城市国保運営協議会、国保連合会に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとしてします。

※評価における4つの指標

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

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

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

図表 3

関連計画	データヘルス計画	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値					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10%減少	2.4%	2.18%	2.28%	2.24%	2.20%	2.16%	KOBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.7%	1.95%	1.62%	1.59%	1.53%			
			慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合10%減少	10.2%	7.25%	9.69%	9.52%	9.35%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	56.9%	56.5%			初期値より減少			
			糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	42.9%	50.0%			初期値より減少			
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	★メタボリックシンドローム・予備群の割合25%減少	37.2%	37.7%	32.4%	30.9%	29.4%	27.9%	南城市健康増進課
				★健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	3.8%	3.4%	2.8%	2.5%	2.2%		
				★健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	4.0%	3.5%	3.3%	3.2%	3.1%		
				★健診受診者の血糖異常者の割合減少(HbA1c6.5以上) 25%減少	9.8%	10.8%	8.6%	8.2%	7.8%		
				糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	33.9%	36.1%	40.0%	42.0%	44.0%		
努力支援制度	アウトプット	がんの早期発見、早期治療	★特定健診受診率60%以上	14.2%	12.2%	12.5%	11.9%	11.3%	10.7%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会)	
			★特定保健指導実施率60%以上	43.0%	42.5%	44.0%	46.0%	48.0%			
			★特定保健指導実施率80%以上	76.7%	80.1%	77.0%	77.0%	77.0%			
			糖尿病の保健指導を実施した割合 80%以上	74.2%	84.0%	85.0%	85.0%	85.0%			
			がん検診受診率 胃がん検診 16%以上	18.2%	12.1%	13.0%	14.0%	15.0%			
努力支援制度	アウトプット	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 肺がん検診 14%以上	11.4%	10.2%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	地域保健事業報告	
			がん検診受診率 大腸がん検診 12%以上	9.3%	8.7%	9.0%	10.0%	11.0%			
			がん検診受診率 子宮頸がん検診 26%以上	25.9%	22.3%	23.0%	24.0%	25.0%			
			がん検診受診率 乳がん検診 29%以上	25.9%	25.3%	26.0%	27.0%	28.0%			
			健康ポイント等の取組を実施する者の割合			18.4%	19.0%	19.5%			
努力支援制度	アウトプット	自己の健康に関心を持つ住民が増える	後発医薬品の使用割合 80%以上	78.8%	87.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	南城市健康増進課 厚生労働省(9月診療分)	
			後発医薬品の使用割合 80%以上			80.0%	80.0%	80.0%			

※初期値より10元年度に改善が認められる数値に○をしています。

「目標管理一覧表」(図表3)を用いて、各指標の進捗状況を評価します。

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

短期目標疾患について、高血圧Ⅱ度以上の割合、脂質異常症(LDL180以上)の割合、健診受診者のHbA1c8.0以上未治療者の割合は減少しておりますが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合、血糖異常者(HbA1c6.5以上)の割合は増加しており、引き続きメタボを含めた肥満症の解決が優先課題です。

(1)医療費の状況

総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)は、10.19%から7.25%に減少していますが、県平均より高く国平均の1.6倍という状況です。

また狭心症・心筋梗塞は1.69%から1.95%に増加し国、県より高い割合となっています。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

表1

R3.1.5時点 単位:万円

	総医療費	被保険者数 (人)	*一人あたり医療費(円)		(中長期・短期) 目標疾患医療費計		中長期目標疾患									
			金額	順位		割合	腎		脳		心					
				同規模	県内		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞						
											割合	割合	割合	割合		
南城市	H28	39億8239	12,966	24,924	209位	8位	9億4085	23.6%	4億0560	10.19%	1,195	0.30%	9,410	2.36%	6,714	1.69%
	R1	39億3336	12,148	26,705	238位	12位	7億9216	20.1%	2億8526	7.25%	629	0.16%	8,568	2.18%	8,047	1.95%
沖縄県	R1	1215億円		24,835	--	--	230億円	19.0%	78億2043	6.44%	3億7788	0.31%	28億円	2.34%	20億円	1.72%
国	R1	9兆0795億円		27,475	--	--	1兆8391億円	20.3%	4127億円	4.55%	284億円	0.31%	1952億円	2.15%	1541億円	1.70%

	短期目標疾患	糖尿病			高血圧		脂質異常症		新生物		精神疾患		筋・骨疾患	
		金額	割合	金額	割合	金額	割合	金額	割合	金額	割合	金額	割合	
														金額
南城市	H28	1億4052	3.53%	1億3897	3.49%	8,252	2.07%	3億1352	7.87%	6億9842	17.54%	2億9710	7.46%	
	R1	1億4175	3.88%	1億1157	2.84%	7,411	1.88%	4億0238	10.23%	5億3730	13.66%	3億2175	8.18%	
沖縄県	R1	47億円	3.94%	31億円	2.58%	19億円	1.62%	136億円	11.27%	138億円	11.40%	94億円	7.76%	
国	R1	4939億円	5.44%	3195億円	3.52%	2349億円	2.59%	1兆4553億円	16.03%	7461億円	8.22%	7990億円	8.80%	

(2)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50%台で推移し、新規透析導入の割合はばらつきがあるものの半数を超えています。

糖尿病性腎症による透析導入者の状況

表2

		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
H28	人数	65人	37人 56.9%	21人 32.3%	33人 50.8%
	件数	929件	499件 53.7%	289件 31.1%	409件 44.0%
	費用額	4億6599万円	2億4647万円 52.9%	1億6557万円 35.5%	1億8536万円 39.8%
H29	人数	71人	41人 57.7%	23人 32.4%	39人 54.9%
	件数	876件	452件 51.6%	301件 34.4%	410件 46.8%
	費用額	4億1823万円	2億1849万円 52.2%	1億5170万円 36.3%	1億9787万円 47.3%
H30	人数	61人	33人 54.1%	22人 36.1%	29人 47.5%
	件数	856件	454件 53.0%	297件 34.7%	368件 43.0%
	費用額	4億1617万円	2億2513万円 54.1%	1億4560万円 35.0%	1億8556万円 44.6%
R1	人数	64人	36人 56.3%	28人 43.8%	31人 48.4%
	件数	841件	416件 49.5%	288件 34.2%	335件 39.8%
	費用額	4億1708万円	1億9941万円 47.8%	1億3551万円 32.5%	1億6817万円 40.3%

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新規透析導入者の状況

表3

年 度	H28	H29	H30	R元年
新規透析数	7	2	4	4
糖尿病性(再計)	3	1	3	2
割合	42.9%	50%	75%	50%

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

高血圧Ⅱ度、Ⅲ度以上の割合及びLDL180以上の割合は減少が見られますが、血糖及びメタボリックシンドローム該当者の割合は増えている状況にあります。メタボ該当者の減少率が県に比べ低い状況です。メタボを含めた肥満症は、糖尿病・高血圧・脂質異常症の発症だけでなく、虚血性心疾患・脳血管疾患、慢性腎不全のハイリスク要因であり、肥満症及びメタボの解決に向けた保健指導が課題となっています。

[高血圧の状況]

表 4

	受診者数 血圧測定者 人数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H 2 8	3,358	1,840	54.8%	758	22.6%	632	18.8%	104	3.1%	24	0.7%
H 2 9	3,150	1,656	52.6%	714	22.7%	658	20.9%	106	3.4%	16	0.5%
H 3 0	3,342	1,845	55.2%	747	22.4%	630	18.9%	103	3.1%	17	0.5%
R 1	3,182	1,531	48.1%	937	29.4%	605	19.0%	94	3.0%	15	0.5%

[HbA1c(血糖値)の状況]

表 5

	受診者数 A 1 c 測定者 人数	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
		5.5%以下		5.6~5.9		6.0~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H 2 8	3,321	1,290	38.8%	1,227	36.9%	474	14.3%	157	4.7%	117	3.5%	56	1.7%
H 2 9	3,112	1,174	37.7%	1,203	38.7%	446	14.3%	134	4.3%	110	3.5%	45	1.4%
H 3 0	3,297	1,177	35.7%	1,290	39.1%	504	15.3%	152	4.6%	123	3.7%	51	1.5%
R 1	3,146	955	30.4%	1,285	40.8%	562	17.9%	172	5.5%	118	3.8%	54	1.7%

[LDL コレステロール(脂質)の状況]

表 6

	受診者数 L D L 測定者 人数	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
H 2 8	3,358	1,719	51.2%	784	23.3%	505	15.0%	215	6.4%	135	4.02%
H 2 9	3,150	1,579	50.1%	836	26.5%	456	14.5%	176	5.6%	103	3.30%
H 3 0	3,337	1,620	48.5%	848	25.4%	485	14.5%	238	7.1%	146	4.38%
R 1	3,158	1,549	49.1%	820	25.8%	502	15.8%	200	6.3%	111	3.49%

[メタボリックシンドロームの状況]

表 7

	受診者数 人数	非該当		メタボ予備群		メタボリック該当					
		人数	%	人数	%	該当者		再掲) 2 項目		再掲) 3 項目	
						人数	%	人数	%	人数	%
H 2 8	3,358	2,109	62.8%	461	13.7%	788	23.5%	528	15.7%	260	7.7%
H 2 9	3,150	1,935	61.4%	468	14.9%	747	23.7%	504	16.0%	243	7.7%
H 3 0	3,342	2,049	61.3%	480	14.4%	813	24.3%	530	15.9%	283	8.5%
R 1	3,182	1,982	62.3%	415	13.0%	785	24.7%	541	17.0%	244	7.7%

[メタボリックシンドロームの減少率]

表 8

	メタボ該当者減少率		メタボ予備軍減少率	
	市	県	市	県
H28-29	15.0%	17.9%	15.6%	16.3%
H29-30	17.7%	17.9%	19.1%	16.5%
H30-R1	15.1%	16.7%	17.8%	15.7%

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

心原性脳梗塞や虚血性心疾患による重症化予防を目的として心電図検査全数実施を目指し健診受診勧奨を実施しており、心電図検査は83%が実施できています。

有所見者のうちST所見を見ると、要精査・要医療と判定を受けた者のうち、86.2%が医療機関を受診しています。心房細動未治療者については、全数が治療や精密検査につながっています。

ST所見で要精査・要医療以外の判定の者や、心房細動治療中の者に対しては、治療中断を防ぎ、個別のリスク(肥満、高血圧等)に応じた保健指導を継続して行います。

特定健診心電図検査の結果 有所見者(要医療・要精査)

表 9

	H28			H29			H30			R1		
	総計	男	女	総計	男	女	総計	男	女	総計	男	女
健診受診者 ※1	3358	1726	1632	3150	1611	1539	3342	1717	1625	3182	1647	1535
心電図受診者	2509	1278	1231	2452	1244	1208	2654	1368	1286	2642	1365	1277
心電図受診率	74.7%	74.0%	75.4%	77.8%	77.2%	78.5%	79.4%	79.7%	79.1%	83.0%	82.9%	83.2%
要医療者	18	12	6	14	10	4	8	4	4	7	5	2
要精査者	101	53	48	96	47	49	117	52	65	90	49	41
有所見率 ※2	4.7%	5.1%	4.4%	4.5%	4.6%	4.4%	4.7%	4.1%	5.4%	3.7%	4.0%	3.4%
心房細動	23	23	0	34	30	4	25	20	5	24	22	2
心房細動有所見率	0.9%	1.8%	0.0%	1.4%	2.4%	0.3%	0.9%	1.5%	0.4%	0.9%	1.6%	0.2%
うち、心房細動未治療	6	6	0	2	2	0	3	3	0	3	3	0

※1 国保、国保(狭間)の者

※2 心電図受診者に占める要医療・要精査者の割合

表 10

心電図受診者のうちST所見者の状況

	H28			H29			H30			R1		
	総計	割合	判定	総計	割合	判定	総計	割合	判定	総計	割合	判定
心電図実施者 (a)	2509			2452			2654			2642		
ST異常所見 (b)	57	2.3%	b/a	61	2.5%	b/a	70	2.6%	b/a	75	2.8%	b/a
要医療・要精査 (c)	17	29.8%	c/b	16	26.2%	c/b	21	30.0%	c/b	29	39%	c/b
医療機関受診あり (d)	14	82.4%	d/c	10	62.5%	d/c	15	71.4%	d/c	25	86.2%	d/c
医療機関受診なし (e)	3	17.6%	e/c	6	37.5%	e/c	6	28.6%	e/c	4	13.8%	e/c
それ以外の判定 (d)	40	70.2%	d/b	45	73.8%	d/b	49	70.0%	d/b	46	61%	d/b

表 11

心房細動有所見者のうち、未治療者について

	H28		H29		H30		R1	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
心房細動未治療者	6		8		3		3	
検査後、異常なしと診断	0	0%	2	25%	0	0%	0	0%
治療開始	6	100%	6	75%	3	100%	3	100%

②新規人工透析予防プロジェクト事業について

腎専門医紹介対象者のうち腎専門医通院中の割合は横ばいですが、かかりつけ医通院中でプロジェクトにて介入した者を含めると、全体の50%が腎専門医で介入できています。

将来の腎機能低下や心血管イベントのハイリスクグループである尿蛋白(2+)以上の割合が年々増加しているため、未治療者への受診勧奨、尿蛋白定量検査での再検査の実施、個別のリスク(肥満、高血圧、糖尿病等)に応じた保健指導の継続と医療との連携を継続して取り組みます。

表 12

腎臓専門医紹介対象者について

		H28	H29	H30	R1	
対象者	健診受診者 ※1	人(a)	3997	3767	4019	3923
	腎臓専門医紹介対象者 ※2	人(b)	166	156	187	136
		割合(b/a)	4.2%	4.1%	4.7%	3.5%
	腎臓専門医通院中 ※3	人(c)	78	58	54	39
		割合(c/b)	47.0%	37.2%	28.9%	28.7%
	かかりつけ医通院中	人(d)	78	86	119	85
		割合(d/b)	47.0%	55.1%	63.6%	62.5%
	医療未受診	人(e)	9	12	14	12
		割合(e/b)	5.4%	7.7%	7.5%	8.8%
	再掲)尿蛋白(2+)以上	人(f)	48	48	58	64
割合(f/b)		28.9%	30.8%	31.0%	47.1%	

再掲)プロジェクトで介入含む ※4	人(g)	85	71	82	68
	割合(g/b)	51.2%	45.5%	43.9%	50.0%

※1 国保、若者、生保、国保以外を含む

※2 尿蛋白(2+)以上、尿蛋白と尿潜血がともに(+)以上の場合、eGFR50ml/min/1.73m²未満

※3 かかりつけ医通院中で、腎専門医で精査済、転院・併診も含む

※4 腎専門医通院中(c)に加え、かかりつけ通院中(d)で新規人工透析予防プロジェクトで介入した者

③.糖尿病性腎症重症化予防

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は R1 年度 84%と増加しているものの、血糖値有所見者の割合、未治療・中断の割合も増加傾向にあります。

H29 年度からは HbA1c8%以上の高血糖者を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果 HbA1c8%以上の未治療者・中断者は H29 年度、H30 年度はすべて医療受診につながっています。肥満があるとインスリン抵抗性(*1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い血糖改善の支援をしていきます。

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

糖尿病性腎症重症化予防対象者

表 13

		H28	H29	H30	R1
健診受診者	人 (a)	3358	3150	3342	3182
血糖値有所見者※1	人 (b)	330	289	326	344
	割合 (b/a)	9.8%	9.2%	9.8%	10.8%
保健指導実施者※2	人 (c)	245	220	266	289
	割合 (c/b)	74.2%	76.1%	81.6%	84.0%

※1. HbA1c6.5%以上のもの

※2. 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

治療が必要な者の適切な受診

表 14

		H28	H29	H30	R1
血糖値有所見者※2	人 (a)	330	289	326	344
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者※3	人 (b)	112	85	104	119
	割合 (b/a)	33.9%	29.4%	31.9%	34.6% ↑
受診した者	人 (c)	88	73	82	87
	割合 (c/b)	78.6%	85.9%	78.8%	73.1%
治療開始した者	人 (d)	38	38	31	43
	割合 (d/b)	33.9%	44.7%	29.8%	36.1%

※3. HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

HbA1c8%以上アウトカム評価 (法定報告値)

表 15

		H26	H27	H28	H29	H30	R1
特定健診受診者	(a)	3443	3599	3358	3150	3342	3182
HbA1c8%以上	人数 (b)	53	48	56	45	51	54
	割合 (b/a)	1.54%	1.36%	1.67%	1.43%	1.53%	1.7%
保健指導実施	人数 (c)				41	41	47
	割合 (c/b)				91.1%	80.4%	87.0%

HbA1c8%以上未治療者のアウトカム

		H26	H27	H28	H29	H30	R1
HbA1c8%以上の未治療者	人数 (d)	12	10	16	8	12	14
	割合 (d/b)	0.35%	0.28%	0.48%	0.25%	0.36%	0.44%
内服治療開始				6人	10人	10人	
元々治療中				2人	1人	0	
死亡、転出				0	1人	0	

④要医療者支援対策

i) 血圧Ⅱ度以上の状況

R元年度は、血圧Ⅱ度以上の者の割合は3.4%と減少していますが、約4割が未治療者です。血圧Ⅱ度以上の未治療者48人のうち、保健指導後、治療につながった者は13人(27.1%)でした。治療開始がなかった者35人をみると、家庭血圧正常値18人、主治医のもとで経過観察中9人、内服拒否や自己中断3人という理由になっていました。

血圧Ⅲ度においては15人のうち9人が未治療でしたが、3人が治療開始、残り6人は家庭血圧正常値など、現在受診勧奨中という方でした。

高血圧は脳心血管疾患において最大の危険因子です。脳心血管疾患は要介護認定の原因のひとつでもあり、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより、脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。表17は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)です。①血圧Ⅲ度、Ⅱ度の未治療者、②血圧Ⅰ度でリスク第3層(糖尿病、尿蛋白等のリスクあり)の未治療者を最優先に、治療の必要性を理解してもらうための支援と適切な受診勧奨に取り組んでいきます。

血圧の治療をしているにもかかわらず、コントロール不良の者が56%いました。服薬状況の確認に加え、リスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導を行っていきます。

高値血圧の者においても、家庭血圧のすすめや血圧手帳の活用を促していきます。

血圧Ⅱ度以上(収縮期血圧160以上または拡張期血圧100以上)の者

表 16

		H28	H29	H30	R1		
健診受診者		人(a)	3358	3150	3342	3182	
血圧Ⅱ度以上の者		人(b)	128	122	120	109	
		割合(b/a)	3.8%	3.9%	3.6%	3.4% ↓	
治療あり		人(c)	67	62	61	61	
		割合(c/b)	52.3%	50.8%	50.8%	56.0%	
治療なし		人(d)	61	60	59	48	
		割合(d/b)	47.7%	49.2%	49.2%	44.0%	
治療開始		人(e)	16	13	15	13	
		割合(e/d)	26.2%	21.7%	25.4%	27.1%	
(再掲)	血圧Ⅲ度の者		人(f)	24	16	17	15
			割合(f/a)	0.71%	0.51%	0.51%	0.47% ↓
	治療あり		人	10	6	8	6
	治療なし		人	14	10	9	9

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

R1年度 法定報告(R2.11.26)

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
806		490	268	39	9
		60.8%	33.3%	4.8%	1.1%
リスク第1層 予後影響因子がない	42	22	19 ^④	1	0 ^①
	5.2%	4.5%	7.1%	2.6%	0%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	434	259	147 ^③	21	7
	53.8%	52.9%	54.9%	53.8%	77.8%
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	330	209	102 ^②	17	2
	40.9%	42.7%	38.1%	43.6%	22.2%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会

ii) LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の状況

R 元年度の LDL コレステロール 180 mg/dl 以上の割合は減少傾向にあります。

治療なしの者のうち、保健指導後治療開始した者は 36 人(35.6%)、治療開始していない者の理由は医療機関で再検査の結果内服必要なし 23 人、内服拒否 9 人、生活改善でよくしたい 6 人などです。脂質異常症も脳心血管疾患のリスクであり、重症化予防のために内服治療へつながるよう支援していきます。

脂質異常症の内服治療をしているがコントロール不良者の 10 人のうち 6 人は治療中断や内服忘れでした。自覚症状もないことから値が下がると内服終了する者がいるので、受診及び治療中断しないよう内服継続の必要性を理解してもらうよう取り組んでいきます。

LDLコレステロール180mg/dl以上の者

表 18

		H28	H29	H30	R1
健診受診者	人(a)	3368	3150	3342	3182
LDL180以上の者	人(b)	135	103	146	111
	割合(b/a)	4.0%	3.3%	4.4%	3.5%↓
治療あり	人(c)	11	9	14	10
	割合(c/b)	8.1%	8.7%	9.6%	9.0%
治療なし	人(d)	124	94	132	101
	割合(d/b)	91.9%	91.3%	90.4%	91.0%
治療開始	人(e)	45	53	32	36
	割合(e/d)	36.3%	56.4%	24.2%	35.6%

第4章 特定健診及び特定保健指導の中間評価と課題

1 目標値に対する進捗状況

特定健診受診率は、増減しながらほぼ横ばいで推移しています。

特定保健指導実施率は目標値 77%を達成しており、特定保健指導対象者も減少しています。
(「目標管理一覧表」参照)。

2 特定健診の実施

40代50代の健診受診率が低いこと、継続受診率も約7割で低いことから、健診で把握した重症化予防対象者の台帳を活用し、台帳掲載者で前年度未受診者への受診勧奨を強化していきます。

集団健診において、平成28年度から40歳～74歳国保受診者全員に尿中アルブミンCr補正值の測定を開始し、R2年度からは尿蛋白定量検査に変更し実施しています。尿の濃縮状態によらず正確な尿蛋白量がわかるため、慢性腎臓病(CKD)重症化予防の対象者を把握して早期の介入に努めます。

3 特定保健指導の実施

特定保健指導該当者は減少、保健指導実施率は目標達成しているが、メタボリックシンドローム該当者は増加しているため(p6参照)、引き続き肥満症を含めたメタボ解決に向けて保健指導を実施していきます。

特定健診・特定保健指導の実施状況(H28～R1年度)

表19

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和1年度
40-74歳の被保険者数	7,802人	7,640人	7,568人	7,488人
特定健診の受診者数	3,358人	3,150人	3,342人	3,182人
特定健診の受診率	43.0%	41.2%	44.2%	42.5%
特定健診の継続受診率	70.2%	68.6%	72.3%	69.7%
(再掲) 40代 受診率	24.3%	24.1%	26.7%	24.1%
(再掲) 40代 リピーター率	67.0%	66.2%	61.9%	60.5%
(再掲) 50代 受診率	31.7%	28.7%	31.9%	30.5%
(再掲) 50代 リピーター率	70.1%	69.0%	71.7%	69.4%
特定保健指導該当者数	476人	446人	483人	387人
特定保健指導の実施者数	365人	326人	366人	310人
(再掲) 積極的支援	86人	72人	83人	81人
(再掲) 動機付け支援	279人	254人	283人	229人
特定保健指導の実施率	76.7%	73.1%	75.8%	80.1%

[データ元]H28-R1年度特定健診受診率・特定保健指導実施率(確報値)、健康増進課:受診率台帳

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

保険者努力支援制度評価指標や新たな課題等を踏まえ、「健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少」(第3章(1)③を参照)、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」、「5つのがん検診の平均受診率」、「歯科検診(歯周病検診含む)」の4つの目標値について追加しました。また、既に目標達成している特定保健指導実施率と後発医薬品の使用割合について目標値の再設定を行いました。

1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

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

そこで本市においても令和2年度より、沖縄県後期高齢者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実施」を実施しています。令和3年度以降も引き続き推進していきます。具体的には、

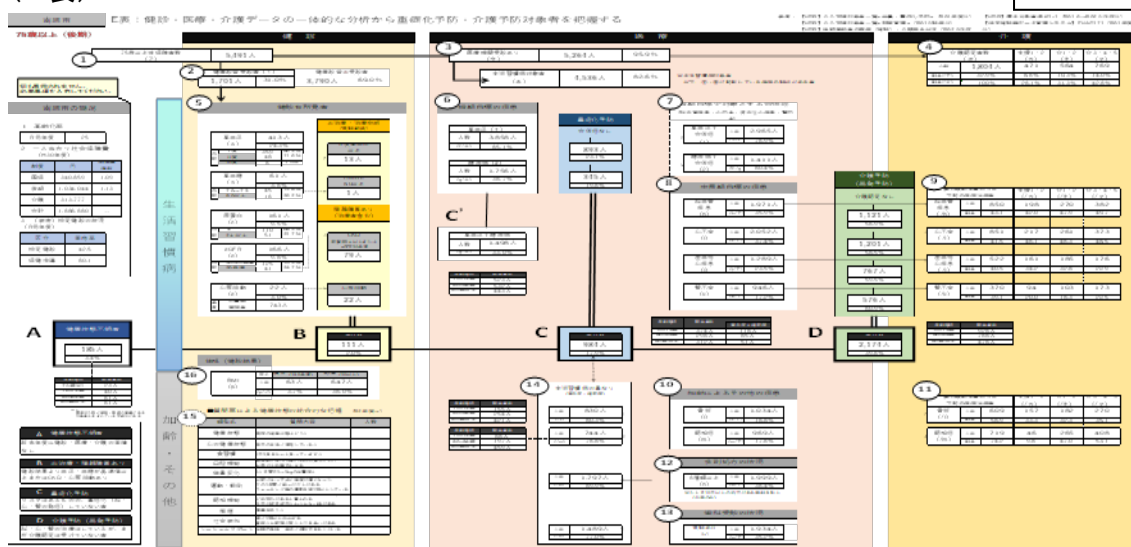
① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置し

KDB システム等を活用し健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し(E表)、医療・介護などの関係機関との連絡調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧台帳を基に、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます(ポピュレーションアプローチ)。

(E表)

図表7



(E 表名簿)

図表 8

名簿作成 年度	生ひ野支	対象者区分				被保険者 証番号	氏名 (漢字)	性別	年齢	特定健診結果																
		A	B	C	D					血圧	空腹血糖	空腹血糖	HbA1c	LDL	non-HDL	中性脂肪	HDL	尿酸	eGFR	u75+	尿蛋白	尿糖	BMI	GOT	GP7	GP7P
2019	A	●	●	●	●		女	36	年度	130	84	130	6.8	130	117	68	5.1	81.6	0.52		83.5	24.4	18	12	21	
		●	●	●	●		女	76	年度	172	84	92	5.7	84	175	52	6.0	30.8	1.31	+	83.8	24.5	32	29	28	
		●	●	●	●		男	77	年度	169	92	104	5.5	103	92	84	3.7	67.5	0.84	+	89	25.6	29	19	30	
		●	●	●	●		男	80	年度	169	77	115	6.8	110	102	66	5.8	30.8	1	-	82	24.2	18	13	32	
		●	●	●	●		男	79	年度	160	85	109	6.2	111	61	49	6.2	84.4	0.68	+	79	21.8	21	24	36	
		●	●	●	●		女	78	年度	160	77	114	5.9	104	140	100	66	4.5	66.9	0.64	+	103	25.1	25	19	169
		●	●	●	●		女	84	年度	165	63	93	5.9	92	84	79	3.9	60.5	0.69	-	88.7	23.9	20	13	111	
		●	●	●	●		女	77	年度	164	60	113	6.8	105	130	42	4.1	72.1	0.6	-		22.4	22	23	25	
		●	●	●	●		女	75	年度	161	103	110	6.2	111	43	79	4.8	53.7	0.79	+	83	19.8	25	20	22	
		●	●	●	●		男	78	年度	160	76	130	7.1	115	225	51	5	73.2	0.78	-	93.5	28	15	10	27	
		●	●	●	●		男	81	年度	160	60	138	6.1	98	70	68	6.1	60.4	0.52	+	94	26.2	17	12	27	
		●	●	●	●		男	77	年度	160	60	108	6.4	108	58	81	4.5	64.4	0.88	-	77.2	23.9	24	20	23	
		●	●	●	●		女	75	年度	158	83	115	5.3	128	125	55	4.5	97.1	0.46	-	74	20	19	15	16	
		●	●	●	●		男	77	年度	158	82	106	7.2	99	130	36	5.3	77.5	0.74	+	93	26.8	21	19	22	
		●	●	●	●		男	78	年度	158	81	86	6.1	108	46	54	8.8	55.6	1	-	92.5	23.2	25	15	28	
		●	●	●	●		男	80	年度	158	96	74	5	95	66	49	5.5	68.5	0.82	+	76	22.1	25	24	25	
		●	●	●	●		女	82	年度	157	73	122	6.8	113	90	59	6.3	61.7	0.68	-	77	18.9	22	21	68	
		●	●	●	●		男	88	年度	157	67	96	5.6	81	76	52	6.9	29.2	1.75	+	79	20.8	19	12	35	
		●	●	●	●		男	86	年度	156	81	94	5.9	101	115	72	51	4.5	38.8	1.4	-	90.2	26.8	23	20	22

(KDB システム等を活用したデータから市の実態をみる)

健診・医療・介護の一体的な分析については、かねてより予防活動に力を入れている長野県の M 町と比較してみました。本市は若い頃から後期に至るまで肥満が約 4 割と高いです。その結果、高血圧、糖尿病、脳血管疾患を発症し、認知症や骨折も高い状況です。医療費の地域差指数は国保 1.09、後期 1.13 と高く、M 町に比べ高齢化率が高くない割に要介護認定率や要介護3以上の割合が多く重症化しています。

今後、高齢者の医療費の伸びの抑制や介護費用適正化のため、若い世代から肥満の改善に取り組み 75 歳を過ぎても継続支援していきます。

高齢化率、医療費、介護の状況

表 20

市町村名	人口	高齢化率	医療費 地域差指数 (全国平均を1としたとき)		介護保険認定率 (75歳以上)	介護保険の割合 (要介護3・4・5)
			国保	後期	割合	割合
南城市	43,945	25.2	1.09	1.13	32.9	41.7
長野県M町	12,904	33.1	0.80	0.84	23.8	39.9

肥満や基礎疾患の受診状況

表 21

年代	特定健診 受診率	健診			基礎疾患の医療機関の受診率								
		肥満 (BMI25以上)	糖尿病	高血圧	糖尿病+高血圧								
		40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~
南城市	43.6	39.2	39.0	39.6	38.1	41.6	37.6	76.1	82.8	84.6	25.2	32.0	31.8
長野県M町	67.5	22.9	21.5	14.3	30.4	31.3	26.8	74.1	78.9	84.8	17.7	22.1	22.2

重症化疾患の医療機関の受診状況

表 22

年代	脳血管疾患			虚血性心疾患			腎不全		
	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~
南城市	5.9	19.0	36.2	4.2	12.3	23.4	4.7	9.6	14.4
長野県M町	5.8	14.6	36.0	2.5	9.5	20.7	4.0	5.5	10.5

重症化疾患のうち介護認定をうけている割合

表 23

年代	脳血管疾患			虚血性心疾患			腎不全		
	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~	40~64	65~74	75~
南城市	7.7	8.8	43.9	1.8	4.8	40.3	3.7	5.4	41.5
長野県M町	9.7	7.4	33.0	7.4	5.7	32.3	4.8	4.9	32.9

フレイルに関する医療・介護の状況

表 24

疾患	医療レセプト						介護レセプト					
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
年代	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～	65～74	75～
南城市	65.4	81.3	65.0	78.2	3.5	17.8	1.6	17.4	8.8	61.0	46.7	75.4
長野県M町	53.2	81.2	58.8	72.2	3.2	9.5	1.2	13.2	8.5	53.7	35.3	70.0

2 がん検診の状況

がん検診受診率をみると、子宮がん・乳がん検診は20%台で推移していますが、胃がん・大腸がん・肺がん検診は10%前後と低い状況です。集団健診では、特定健診とがん検診の同時実施を行い、がん検診受診率向上を図っていますが、更なる未受診者対策が必要です。

南城市がん検診受診率の推移(H28-R1)

表 25

		平成28年度			平成29年度			平成30年度			令和1年度		
		受診者数	対象者数	受診率	受診者数	対象者数	受診率	受診者数	対象者数	受診率	受診者数	対象者数	受診率
胃がん	男	960	6,100	15.7%	923	6,150	15.0%	893	6,157	14.5%	620	6,075	10.2%
	女	1,155	5,532	20.9%	1,120	5,515	20.3%	1,036	5,511	18.8%	780	5,491	14.2%
	計	2,115	11,632	18.2%	2,042	11,665	17.5%	1,929	11,668	16.5%	1,400	11,566	12.1%
大腸がん	男	664	8,866	7.5%	947	9,015	7.1%	507	9,047	5.6%	649	8,988	7.2%
	女	905	8,058	11.2%	576	8,114	10.5%	767	8,156	9.4%	849	8,216	10.3%
	計	1,569	16,924	9.3%	1,523	17,129	8.9%	1,273	17,203	7.4%	1,498	17,204	8.7%
肺がん	男	885	8,866	10.0%	856	9,015	9.5%	841	9,047	9.3%	787	8,988	8.8%
	女	1,036	8,058	12.9%	1,087	8,114	13.4%	954	8,156	11.7%	969	8,216	11.8%
	計	1,921	16,924	11.4%	1,944	17,129	11.3%	1,796	17,203	10.4%	1,756	17,204	10.2%
子宮がん	女	3,310	12,767	25.9%	3,321	12,725	26.1%	2,888	12,778	22.6%	2,850	12,759	22.3%
乳がん	女	2,088	8,058	25.9%	2,045	8,114	25.2%	2,047	8,156	25.1%	2,080	8,216	25.3%
5つの 平均受診率				18.1%			17.8%			16.4%			15.7%

3 歯科検診(歯周病検診含む)の実施

令和4年度の実施に向けて、対象者の選定、市内歯科医院との調整等に取り組めます。

