

# 沖縄市第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）及び 第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画



## 1. 計画の目的

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の作成、公表、事業実施、評価を求められるようになりました。この閣議決定をもとに厚生労働省告示で、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・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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととなり、第3期データヘルス計画及び第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画（令和6年度～令和11年度）を策定します。

## 2. 第2期保健事業実施計画の評価と課題

沖縄市の医療費の状況と中長期目標疾患の医療費の変化

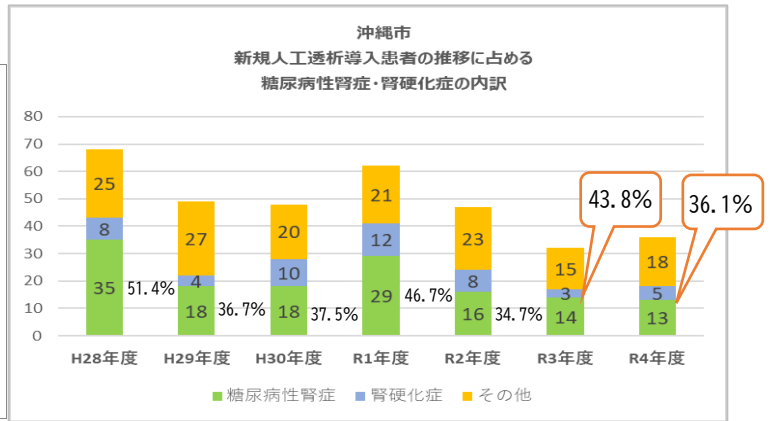
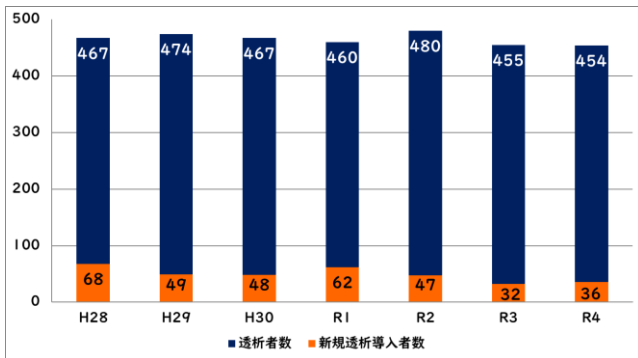
		沖縄市		同規模	県	国	
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
国保の加入率		35.8 (H28)	28.6 ↓	20.4	27.0	22.3	
総医療費(円)		106億0543万円	116億2681万円 ↑	--	--	--	
一人あたり医療費(円)		250,838円	293,718円 ↑	359,130円	318,310円	339,680円	
入院	費用の割合	45.4	45.9	40.6	46.4	39.6	
	件数の割合	3.6	3.3	2.6	3.4	2.5	
外来	費用の割合	54.6	54.1	59.4	53.6	60.4	
	件数の割合	96.4	96.7	97.4	96.6	97.5	
中長期目標疾患 医療費合計(円)		9億8505万円	10億2339万円 ↑	--	--	--	
		9.3%	8.8%	8.4%	10.1%	8.0%	
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.9%	2.2%	2.1%	2.4%	2.0%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.6%	2.0%	1.5%	1.6%	1.5%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.6%	4.4% ↓	4.5%	5.8%	4.3%
		慢性腎不全(透析無)	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%
その 他の 疾患	悪性新生物		10.9%	12.0%	16.8%	12.6%	16.7%
	筋・骨疾患		7.5%	7.2%	8.5%	7.7%	8.7%
	精神疾患		12.9%	10.2%	8.1%	10.1%	7.6%

出典・参照：KDB システム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

国保の加入率は減少していますが、同規模市町村・県・国と比較すると多くなっています。次に医療費で見ると「総医療費」「一人あたり医療費」「中長期目標疾患医療費合計」が増えています。総医療費に占める入院と外来の費用・件数の割合を同規模市町村と比較すると、入院が多く外来が少なくなっており、重症化して医療にかかっていることが予想されます。

中長期目標疾患でみると、総医療費に占める割合が、慢性腎不全で減少していますが、脳血管疾患、虚血性心疾患においては横ばいとなっており、今後も引き続き、原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要です。

人工透析治療者及び新規人工透析導入者数（H28-R4）



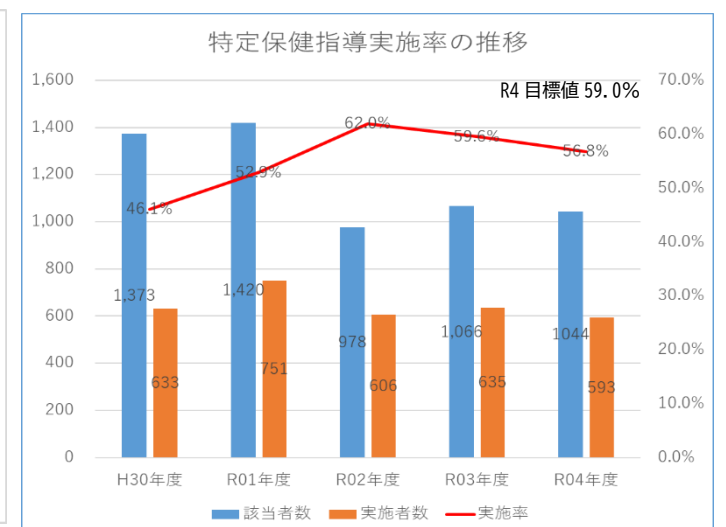
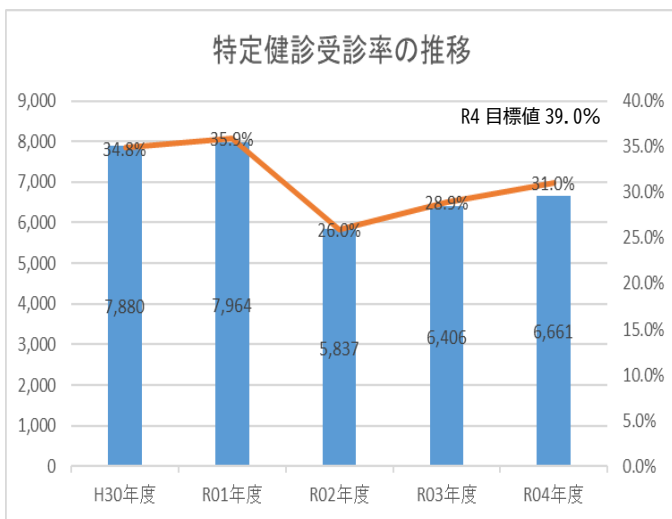
人工透析治療者数、新規人工透析導入者に占める糖尿病性腎症の割合は、減少傾向がみられ、引き続き糖尿病性腎症の重症化予防対策に取り組む必要があります。

短期目標の健診結果の経過

短期目標の項目	年度							目標値
	2016年 (H28)	2017年 (H29)	2018年 (H30)	2019年 (R1)	2020年 (R2)	2021年 (R3)	2022年 (R4)	
メタボリックシンドローム・予備群の減少率	20.2%	15.9%	16.2%	16.8%	12.8%	17.1%	16.3%	20%
健診受診者の高血圧の割合減少(160/100以上)	4.4%	4.3%	7.8%	8.5%	7.7%	7.4%	7.3%	6.5%
健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL 160以上)	12.0%	12.8%	12.9%	14.9%	13.9%	16.2%	14.3%	12.0%
健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c 6.5以上)	9.6%	10.5%	10.5%	11.6%	11.4%	10.4%	11.1%	10.5%
糖代謝判定(要精査者)のうち、医療受診をした者の割合	52.1%	53.8%	54.6%	67.5%	72.2%	68.6%	68.0%	60%
HbA1c 8.0以上の通院者または中断者に対する保健指導(受診勧奨)を実施した割合	84.6%	87.7%	86.3%	85.1%	89.9%	93.3%	91.2%	90%
健診受診者のHbA1c 8.0%以上の未治療者の割合減少	0.5%	0.6%	0.4%	0.7%	0.6%	0.7%	0.6%	0.5%

糖尿病対策の保健指導により、糖判定要精査の医療受診は改善の傾向にあります。健診受診者の高血圧・脂質異常・糖尿病の割合は、H28年度より増加しています。また、生活習慣病の予備群となる、メタボリックシンドロームの減少率も低く、特定健診・特定保健指導と関連した取り組みが必要です。

特定健診受診率・特定保健指導実施率の推移



特定健診の受診率は、R2～R3年度に新型コロナウイルス感染症の流行時期に受診控え等の理由で受診率が低下し、R4年度においても流行前の受診率には回復していません。特定保健指導の実施率は、R2～R3年度に目標値を達成していますが、R4年は目標の59%に達成できていません。

### 3. 目標値の設定【令和6年度～令和11年度】

は、第3期から新たに追加した項目

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)
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の維持	2.2%	2.2%	2.2%
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.0%	2.0%	2.0%
		慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.4%	4.4%	4.4%
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	36.1%	36.1%	36.1%
短期目標	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該当者・予備群の減少	38.2%	38.0%	37.8%
		(再掲) メタボリックシンドローム該当者の減少	24.2%	24.1%	24.0%
		(再掲) メタボリックシンドローム予備群の減少	14.0%	13.9%	13.8%
		(再掲) A メタボ該当者+高血圧者の割合減少(140/90以上)	10.8%	10.7%	10.6%
		(再掲) A+高血糖者の割合減少(HbA1c8.0以上)	0.7%	0.6%	0.5%
		(再掲) A+脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	1.6%	1.5%	1.4%
		(再掲) A+尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	0.5%	0.4%	0.3%
		(再掲) A+高尿酸者の割合減少(8.0以上)	1.1%	1.0%	0.9%
		健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	7.3%	7.2%	7.1%
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	14.3%	14.2%	14.1%
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.1%	11.0%	10.9%
		★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	2.2%	2.1%	2.0%
		健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	1.6%	1.5%	1.4%
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	68.0%	70.0%	70.0%
アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、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	31.0%	36.0%	42.0%
		★特定保健指導実施率60%以上	60.0%	60.0%	60.0%
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	16.7%	17.0%	18.0%

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

### 4. 具体的な取り組み

#### ○受診率アップ

健診受診のメリットや医療費情報(基本健診料無料)などを盛り込み、市広報誌、市HP、チラシ配布、SNS、SMS通知、QABデータ放送や健康ポイントアプリお知らせ機能の通知等で周知啓発、集団健診WEB予約の導入や医療機関との連携を図り個別健診を推奨、受診環境を整えます。

#### ○特定保健指導実施強化

特定保健指導実施率向上を図るため、対象者が利用しやすい体制づくりや、早期の介入に向けて関係機関との連携を図ります。令和6年度より導入されるアウトカム評価に対応するため、保健指導の質の向上に取り組みます。

#### ○重症化予防

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みとして、糖尿病性腎症重症化予防プログラム(中部地区医師会版)及びちゅらまーみプロジェクトを活用し、健診結果ハイリスク者に対する受診勧奨と、保健指導を行います。治療の方には医療機関と連携し、治療継続と必要に応じた保健指導を実施します。