

**うるま市国民健康保険**  
**第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）**  
**第3期特定健康診査等実施計画**  
**中間評価**

**令和3年3月 うるま市**

## 中間評価報告書 目次

第1章 データヘルス計画の中間評価にあたって	1
1 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施計画の推進	1
（1）計画推進の経過	
（2）基本的考え方と推進体制	
2 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価	2
（1）中間評価の趣旨	
（2）中間評価の方法	
第2章 中間評価の結果	3
1 中長期目標、短期目標の進捗状況	3
（1）データヘルス計画の目標管理一覧表	
（2）医療費の状況	
（3）健診からみる目標疾患の状況	
2 実績を踏まえた取り組み状況と全体評価	5
3 主な個別事業の評価	7
（1）重症化予防の取り組み	
① CKD・糖尿病性腎臓病対策	
② 糖尿病性腎症重症化予防	
③ 肥満解決へ向けた対策	
④ 要医療・治療コントロール不良者への対策	
⑤ 心電図検査からの把握	
（2）ポピュレーションアプローチ	
第3章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題	56
1 特定健診の実施	
2 特定保健指導の実施	
3 課題と対策	
第4章 歯科検診・がん検診の中間評価と課題	61
1 歯科検診	
2 がん検診	
3 課題と対策	
第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し	67
1 短期目標の追加	
2 短期目標の変更	
第6章 計画の運用について	71

## 第1章 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価にあたって

### 1 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）実施計画の推進

#### （1）計画推進の経過

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ます。

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『保健事業実施計画』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ました。

本市においては平成26年度から平成29年度を実施期間とする「うるま市第1期保健事業実施計画（第1期データヘルス計画）」に引き続き、平成30年から令和5年度までの6年間を期間とする第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、保健事業を実施してきました。第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）を推進するにあたり、進捗確認のため策定から3年後の令和2年度に中間評価を行い、計画の見直しを行うこととなりました。

#### （2）基本的考え方と推進体制

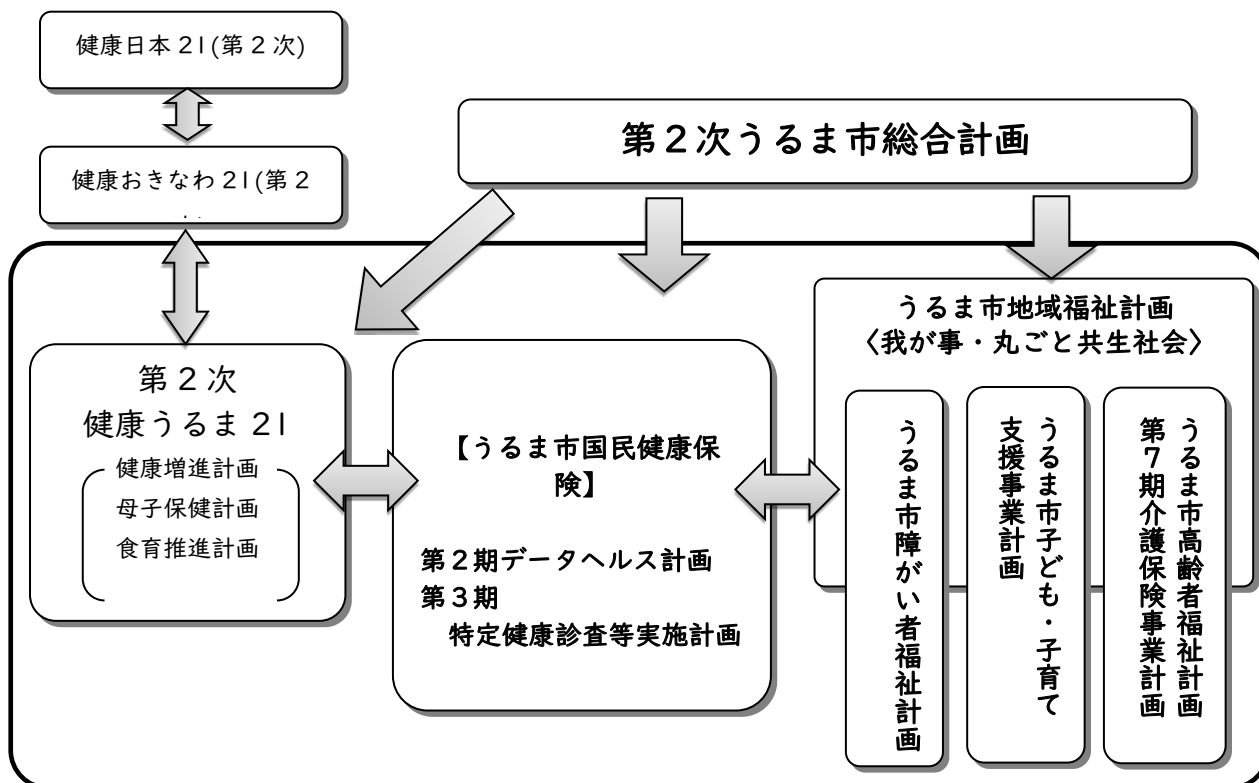
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものとしています。

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、沖縄県健康増進計画「健康おきなわ21（第2次）」やうるま市健康増進計画「健康うるま21（第2次）」、沖縄県医療費適正化計画、うるま市介護保険事業計画との調和を保ち推進してきました。庁内体制としては、「第2次うるま市総合計画」の分野横断的施策に位置付けられており、市が一体となって計画を推進していくために、国民健康保険課、健康支援課が主体となり、介護長寿課、こども健康課、企画政策課、財政課など関係課と連携及び情報共有を行ってきました。更にそれを支える外部有識者等である国民健康保険団体連合（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会や沖縄県、医師会等とともに連携を図り、相談・助言を踏まえて保健事業を展開してきました。

（図表1）

うるま市データヘルス計画、特定健康診査等実施計画の位置づけ

【図表1】



## 2 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の中間評価

### (1) 中間評価の趣旨

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）では、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く被保険者の健康保持増進に向けて必要な事業を実施してきました。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年度から令和5年度の目標の見直し等を行います。

### (2) 中間評価の方法

国保データベース（KDB）システムを活用し、中長期目標及び短期目標の成果を踏まえ、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行います。また評価後の課題や新たな情勢を踏まえて令和3年度以降の目標等の見直しを行っています。

## 第2章 中間評価の結果

### Ⅰ 中長期目標、短期目標の進捗状況

#### (1) データヘルス計画の目標管理一覧表

【図表2】

項目	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	備考		
			2016	2016	H29	H30	R1	R2	2022	2023				
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抑制の伸びを抑制する。	入院外医療費を延ばし、入院医療費を抑える。	入院：51億、51億7,802万円	51億、51億7,802万円	51億、5,104万円	51億、7,802万円	50億、8,073万円					KDB		
		脳血管疾患新規患者数（患者千人あたり）の5%減少、	入院外：58億、58億7,595万円	57億、9,246万円	57億、9,246万円	58億、7,650万円	58億、7,867万円							
		虚血性心疾患新規患者数（患者千人あたり）の5%減少、	3.4、	3.4、	3.6、	3.1、	3.1、	3.1、						
		糖尿病性腎症新規患者数（患者千人あたり）の5%減少、	3.4、	3.4、	3.4、	3.1、	2.9、	2.9、						
短期	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。	特定健診受診率60%以上、	1.1、	1.2、	1.2、	2.1、	2.2、							
		特定保健指導実施率60%以上、	37.1%、	37.0%、	37.0%、	36.9%、	35.9%、						KDB/R	
		メタボリックシンドローム該当者・予備者の割合50%未満に減少、	60.9%、	68.0%、	68.0%、	68.4%、	67.2%、						ルチンカー	
		健診受診者の高血圧の割合4%未満に減少（160/100以上）、	38.2%、	38.7%、	38.7%、	38.8%、	40.5%、						※メタボ	
		健診受診者の糖尿病有病者の割合を5%代にする（HbA1c6.5以上/治療中7.0以上）、	4.1%（※1）、	5.4%、	5.4%、	7.6%、	7.7%、						重症指標	
		健診受診者の脂質異常者の割合を4%未満に減少（LDL180以上）、	7.1%、	8.8%、	8.8%、	8.1%、	9.4%、						※5-3	
		健診受診者のがん検診率17%以上、	3.5%、	3.5%、	3.5%、	3.6%、	4.7%、							
		糖尿病の未治療者の割合10%未満に減少、	21.5%（※2）、	11.3%、	11.3%、	12.6%、	17.3%、							
		がんの早期発見、早期治療、	2,543人、	2,381人、	2,381人、	2,222人、	3,773人、							地域保健事業
		後発医薬品の使用により、医療費の削減、	11.4%、	10.9%、	10.9%、	10.6%、	12.6%、							
	7.5%、	7.8%、	7.8%、	7.8%、	9.8%、							報告		
	14.5%、	13.9%、	13.9%、	13.3%、	13.5%、									
	2,470人、	2,593人、	2,593人、	2,601人、	2,643人、									
	79.4%、											国保課集計		

R1年度より胃がん、肺がん、大腸がん検診の個別健診開始

(※1) 記入誤り(2016年4.3%)に訂正  
 (※2) 保険者データヘルス支援システムの糖尿病重症化予防データ数値を評価指標とする(2016年11.7%)

## (2) 医療費の状況

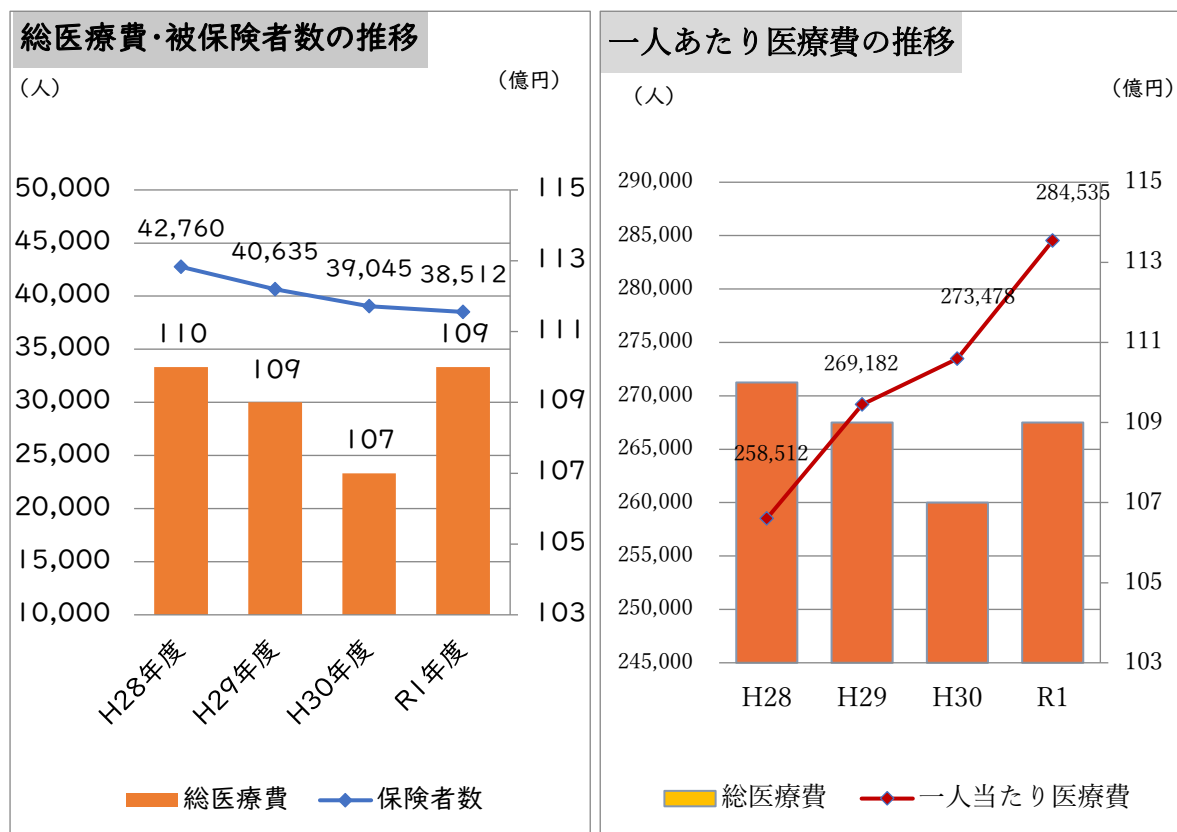
### ① 総医療費に占める入院費、入院外費の割合

総医療費と被保険者数の推移をみると、被保険者数は年々減少し、令和元年度約3万8千人でH28年度に比べて約4千人減少していますが、令和元年度の総医療費は約109億円で、H28年度とほぼ同額となっています。(図表3)

一人当たり医療費はH28年度と比べて約3万円増加し、令和元年度は28万4535円となっています。(図表4)

【図表3】

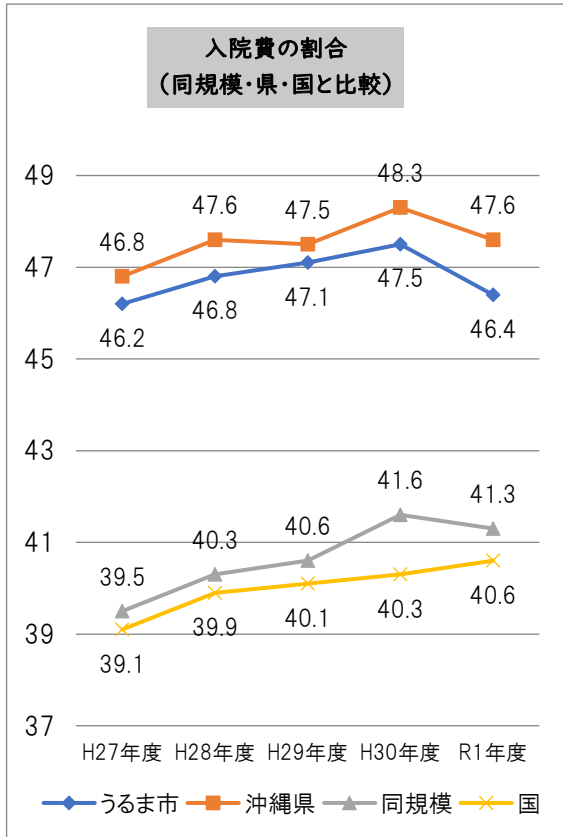
【図表4】



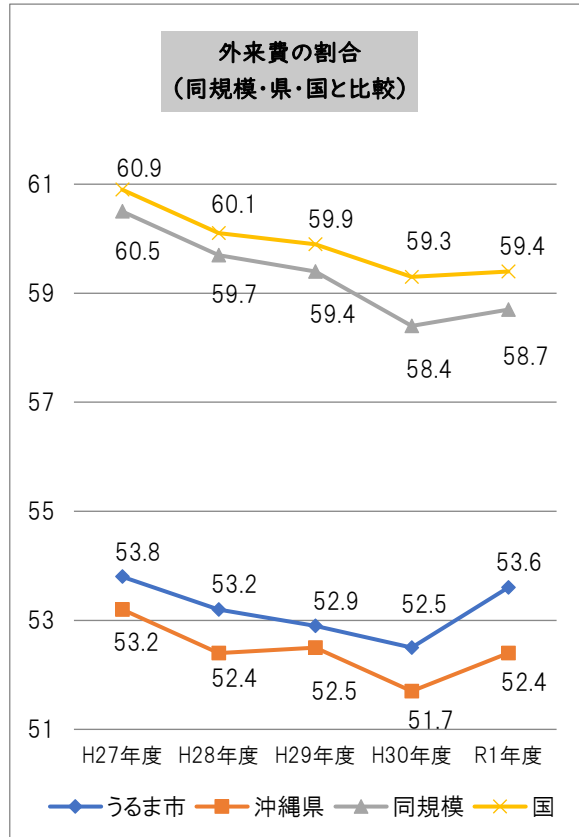
データ：KDB 地域の全体像把握・医療分析

総医療費における入院費と外来費の割合を経年推移で見ると、令和元年度の入院費は46.4%で平成28年度より減少し県よりも低くなっています。外来費の割合は53.6%で増加し県よりも高くなっています。重症化予防の指標として掲げている、入院外医療費を伸ばし入院費を抑える目標については、令和元年度は達成しており、重症化予防につながっていると考えられます。(図表5・6)

【図表 5】



【図表 6】



データ：KDB 地域の全体像把握・医療分析

## ② 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

令和元年総医療費は109億5799万円で平成28年度とほぼ同等ですが、中長期・短期目標疾患が総医療費に占める割合は19.6%で減少しています。中長期目標疾患の中で慢性腎不全（透析有）、脳血管疾患、心疾患の割合は平成28年度より減少していますが、慢性腎不全（透析有）については沖縄県、全国よりは高い状況であり、H30年度からは国保医療費に占める割合が1位となっています。

短期目標疾患の中で糖尿病の割合は平成28年度とほぼ同等で沖縄県よりも高く、高血圧は平成28年より減少しているものの沖縄県よりも高い状況となっています。今後も短期目標疾患に対する生活習慣病重症化予防事業を行い、中長期目標疾患の減少に向けて事業計画に沿って実施していきます。（図表7・8）

(データヘルス計画のターゲット疾患の医療費割合)

【図表 7】

		総医療費	(中長期・短期) 目標疾患 医療費計		中長期目標疾患							
					腎				脳		心	
					慢性腎不全 (透析有)		慢性腎不全 (透析無)		脳梗塞・脳出血 ・クモ膜下出血		狭心症 心筋梗塞	
			費用額	割合	費用額	割合	費用額	割合	費用額	割合	費用額	割合
H28	うる	110 億 5,397	25 億 2499	22.8%	10 億 3,072	9.3%	2,936	0.3%	2 億 2,690	2.1%	2 億 0,655	1.9%
H29	ま 市	109 億 3,823	23 億 9379	21.9%	9 億 7,693	8.9%	2,969	0.3%	2 億 0,869	1.9%	1 億 8,275	1.7%
H30		106 億 7,795	21 億 6758	20.3%	8 億 1,137	7.6%	3,299	0.3%	2 億 7,320	2.6%	1 億 6,734	1.6%
RI		109 億 5,799	21 億 5179	19.6%	8 億 4,419	7.7%	3,546	0.3%	2 億 0,564	1.9%	1 億 6,166	1.5%
RI	県	1,208 億	231 億 7766	19.2%	78 億 2,070	6.5%	3 億 7,850	0.3%	31 億 7,986	2.6%	21 億 1,225	1.7%
	国	9 兆 4,992 億	1 兆 9,051 億	20.1%	4,245 億	4.5%	296 億	0.3%	2,228 億	2.3%	1,619 億	1.7%

		短期目標疾患						新生物	精神疾患		筋・骨疾患		
		糖尿病		高血圧		脂質異常症			費用額	割合	費用額	割合	
		費用額	割合	費用額	割合	費用額	割合						
H28	うる	4 億 4,955	4.1%	3 億 7,409	3.4%	2 億 0,788	1.9%	10 億 9,480	9.9%	18 億 4,716	16.7%	5 億 3,208	4.8%
H29	ま 市	4 億 4,637	4.1%	3 億 5,090	3.2%	1 億 9,844	1.8%	9 億 2,768	8.5%	13 億 7,958	12.6%	5 億 3,473	4.9%
H30		4 億 1,165	3.9%	2 億 9,994	2.8%	1 億 7,106	1.6%	8 億 2,888	7.8%	10 億 5,461	9.9%	5 億 7,659	5.0%
RI		4 億 4,046	4.0%	2 億 9,081	2.7%	1 億 7,354	1.6%	9 億 1,666	8.4%	10 億 2,653	9.4%	6 億 4,403	4.9%
RI	県	45 億 6,437	3.8%	31 億 4,162	2.6%	19 億 8,034	1.6%	100 億	8.3%	102 億	8.5%	62 億 4,991	5.2%
	国	4,841 億	5.1%	3,359 億	3.5%	2,461 億	2.6%	1 兆 1,289 億	11.9%	6,076 億	6.4%	6,067 億	6.4%



(過去4年間の本市の医療費推移)

【図表8】

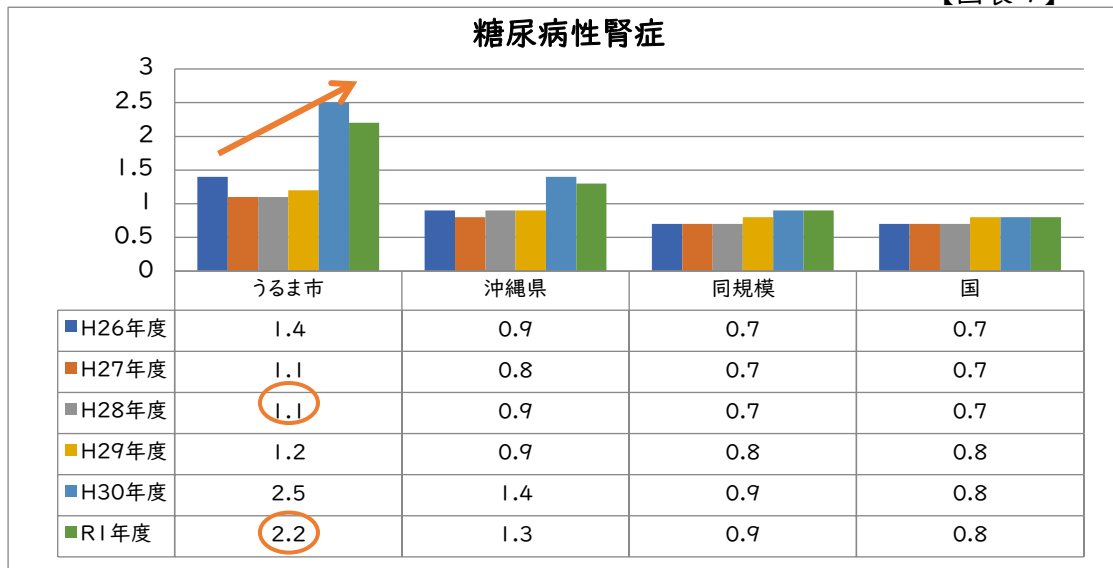
	H28			H29			H30			R1		
	主傷病名	費用(円)	割合	主傷病名	費用(円)	割合	主傷病名	費用(円)	割合	主傷病名	費用(円)	割合
1	統合失調症	1,068,908,910	9.7%	統合失調症	980,339,310	9.0%	慢性腎不全 (透析あり)	811,378,040	7.6%	慢性腎不全 (透析あり)	844,194,150	7.7%
2	慢性腎不全 (透析あり)	1,030,725,270	9.3%	慢性腎不全 (透析あり)	976,936,320	8.9%	統合失調症	688,124,000	6.4%	統合失調症	654,717,200	6.0%
3	糖尿病	449,558,690	4.1%	糖尿病	446,370,140	4.1%	糖尿病	411,654,120	3.9%	糖尿病	440,461,400	4.0%
4	高血圧症	374,099,570	3.4%	うつ病	351,955,330	3.2%	うつ病	320,701,690	3.0%	関節疾患	348,194,290	3.2%
5	うつ病	364,822,250	3.3%	高血圧症	350,900,040	3.2%	関節疾患	310,117,650	2.9%	うつ病	325,872,750	3.0%
6	関節疾患	276,627,240	2.5%	関節疾患	281,597,950	2.6%	高血圧症	299,944,390	2.8%	高血圧症	290,812,220	2.7%
7	脂質異常症	207,784,360	1.9%	大腸がん	256,989,290	2.3%	大腸がん	219,550,650	2.1%	骨折	207,670,550	1.9%
8	大腸がん	191,139,500	1.7%	脂質異常症	198,444,460	1.8%	骨折	190,000,400	1.8%	大腸がん	201,442,430	1.8%
9	骨折	170,940,800	1.5%	骨折	167,758,720	1.5%	脂質異常症	171,066,190	1.6%	脂質異常症	173,544,390	1.6%
10	狭心症	155,016,750	1.4%	狭心症	150,431,710	1.4%	脳梗塞	150,381,140	1.4%	乳がん	150,243,250	1.4%
11	脳梗塞	134,434,990	1.2%	乳がん	109,704,170	1.0%	狭心症	138,796,730	1.3%	狭心症	118,770,540	1.1%
12	乳がん	129,025,710	1.2%	脳梗塞	106,963,980	1.0%	脳出血	108,457,000	1.0%	脳梗塞	113,043,800	1.0%
	総医療費	11,053,977,590		総医療費	10,938,230,660		総医療費	10,677,951,010		総医療費	10,957,994,760	

データ：KDB 地域の全体像把握・医療分析

### ③ 中長期的目標疾患の新規患者数の推移

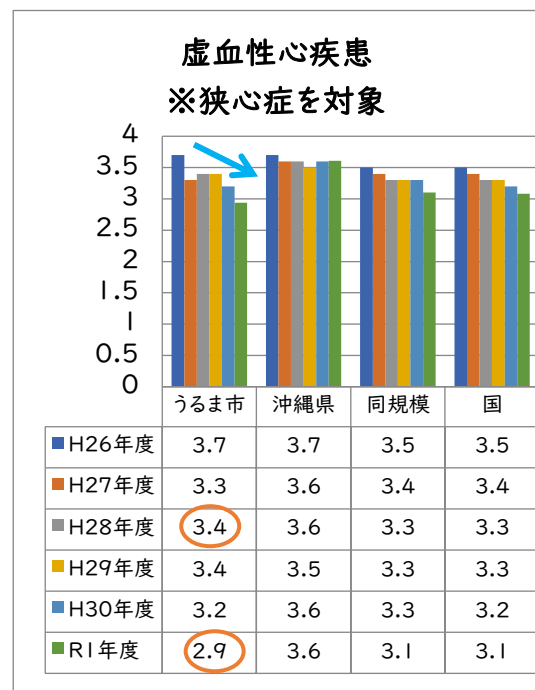
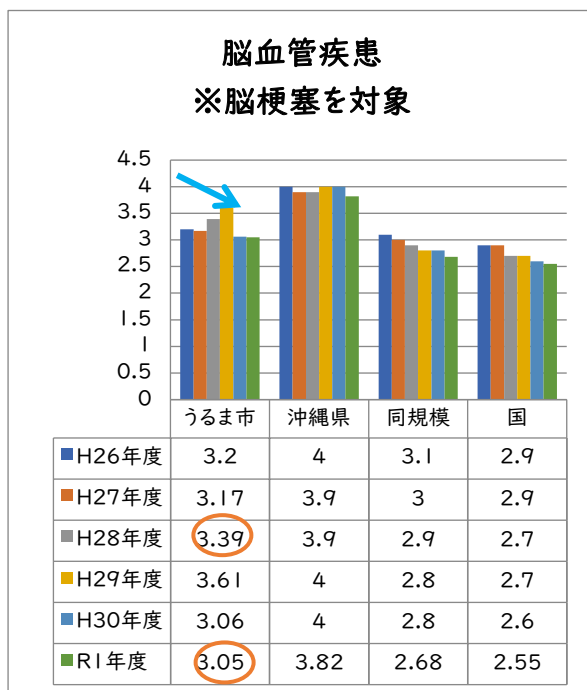
中長期目標疾患である糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の患者千人あたりの新規患者数の推移を表しています。糖尿病性腎症においては、平成28年度1.1から令和元年度2.2と大幅に増加し、県、国よりもかなり高い状況となっています。虚血性心疾患（狭心症）の新規患者数については、平成28年度3.4から令和元年度2.9に減少、県、国よりも低く、目標5%減少を達成しています。脳血管疾患（脳梗塞）の新規患者数については、平成28年度3.39から3.05に減少、県よりは低く目標5%減少を達成しています。（図表9～11）

【図表9】



【図表10】

【図表11】

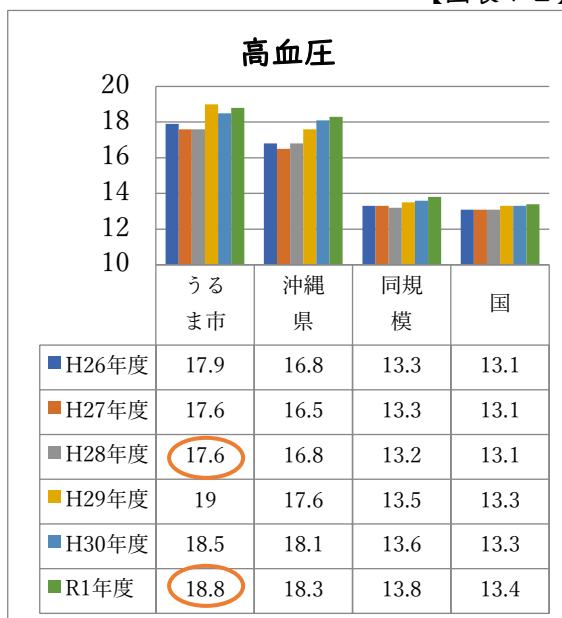


データ：KDB 地域の全体像把握・医療分析

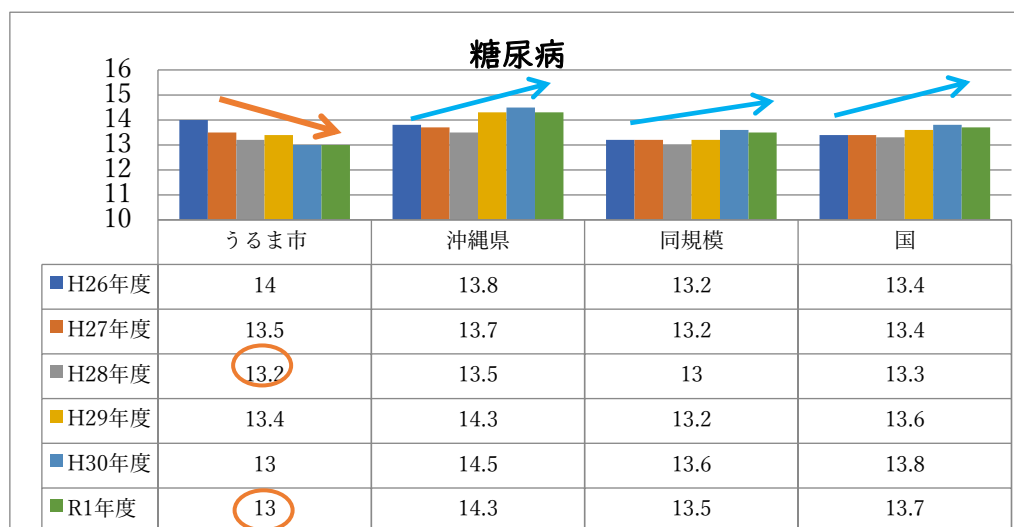
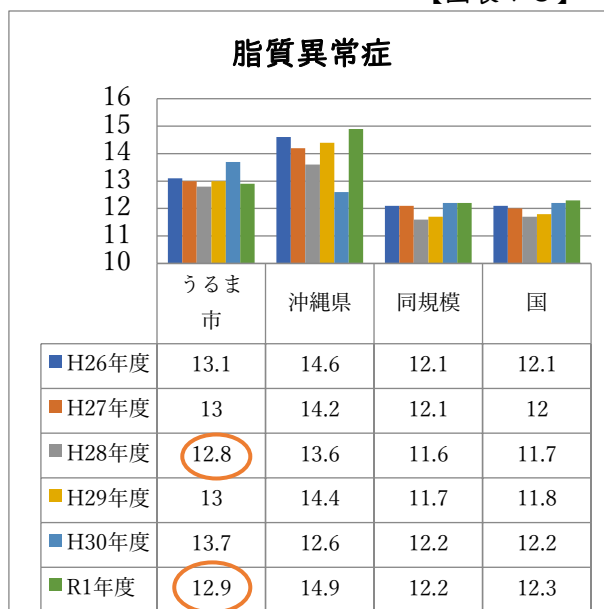
#### ④ 短期的目標疾患の新規患者数の推移

短期的目標疾患については高血圧、糖尿病、脂質異常症の患者千人あたりの新規患者数を表しています。高血圧は平成 28 年度 17.6 から令和元年度 18.8 に増加し、県、国よりも高い状況となっています。脂質異常症については平成 28 年度 12.8 から増減を繰り返し、令和元年度は 12.9 でほぼ横ばいですが、県より低い状況となっています。糖尿病については平成 28 年度 13.2 から令和元年度 13.0 に減少、県、国よりも低い状況となっています。中長期目標疾患である糖尿病性腎症については平成 28 年度から 2 倍に増加しているにも関わらず（図表 9）、糖尿病の新規患者数は減少し、県、国、同規模より低い状況は、必要な方が受診につながっていないことが想定されます（図表 24・25）。短期的目標疾患の中では、特に糖尿病の重症化予防を重点に取り組む必要があります。（図表 12～14）

【図表 1 2】



【図表 1 3】



【図表 1 4】

データ：KDB 地域の全体像把握・医療分析

### (3) 健診からみる短期的目標疾患の状況

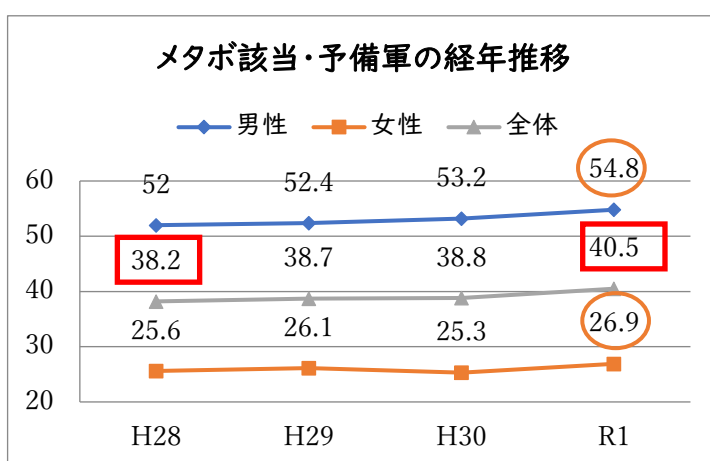
#### ① メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の年代別推移

メタボリックシンドローム該当者・予備軍は、男性は増加傾向、女性は増減を繰り返し、令和元年度は男性 54.8%、女性 26.9%となっており、平成 28 年度と比べ増加しています。(図表 15)

年代別にみると、男性のメタボリックシンドローム該当者は平成 28 年度と比較し全年代で増加しており、特に年齢層の増加とともに該当者が増加しています。メタボリックシンドローム予備軍は平成 28 年度と比較し 50 歳代が急激に増加している状況が見られます。(図表 16・17)

女性のメタボリックシンドローム該当者は平成 28 年度と比較しほぼ横ばいですが、70～74 歳の増加が目立っています。メタボリックシンドローム予備軍は男性と同様に 50 歳代が急激に増加しています。(図表 18・19)

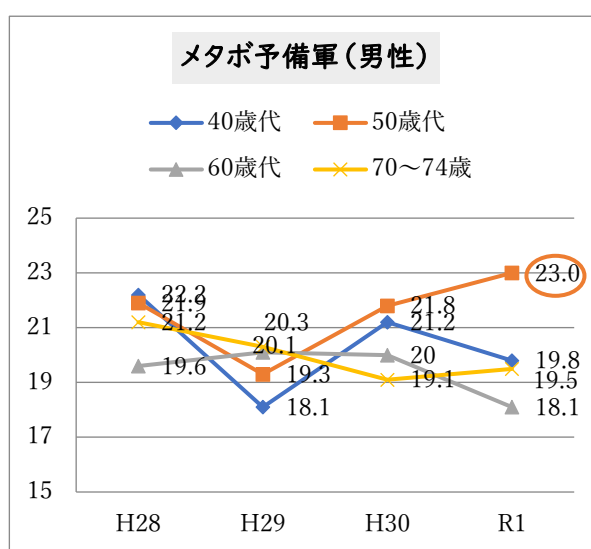
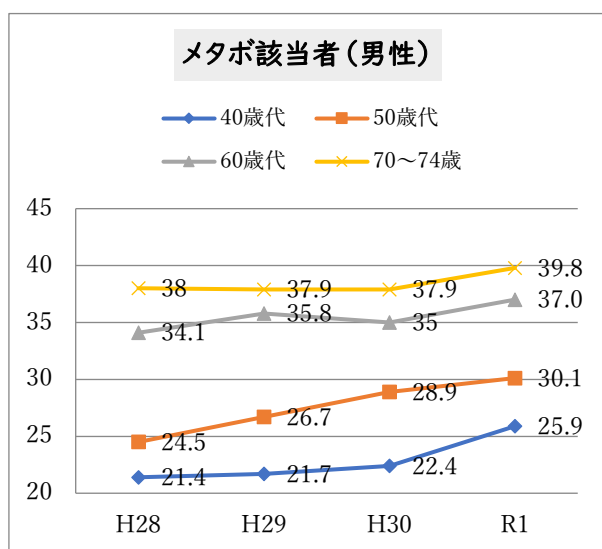
目標設定されている指標として、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合を 30%未満に減少させる目標については、平成 28 年度 38.2%から令和元年度 40.5%に増加し未達成となっています。



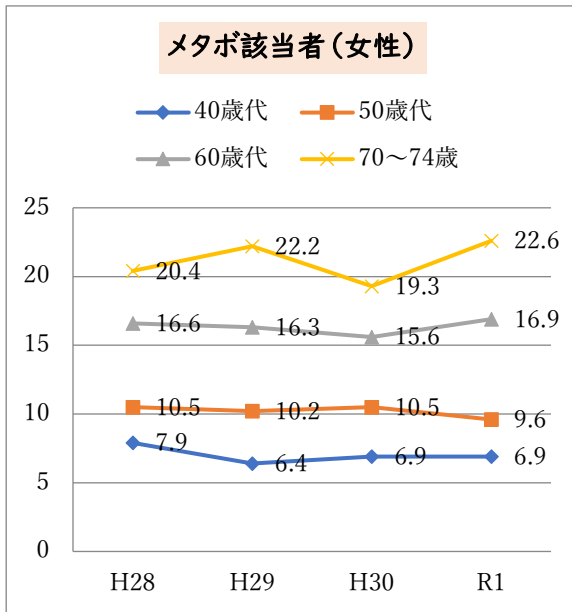
【図表 15】

【図表 16】

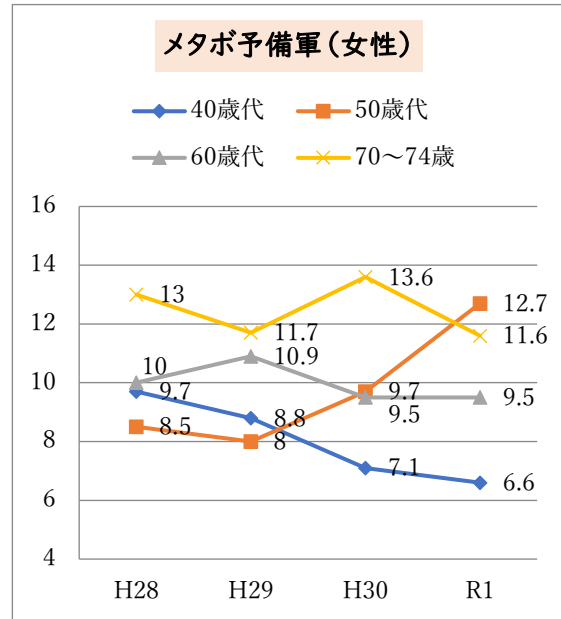
【図表 17】



【図表 18】



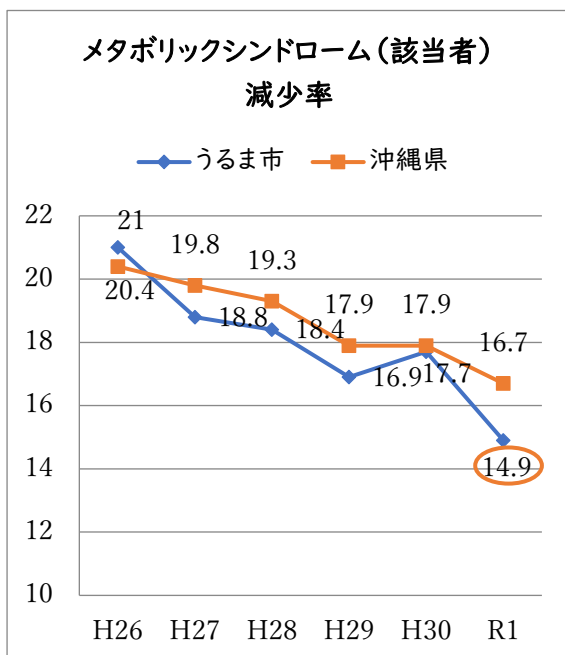
【図表 19】



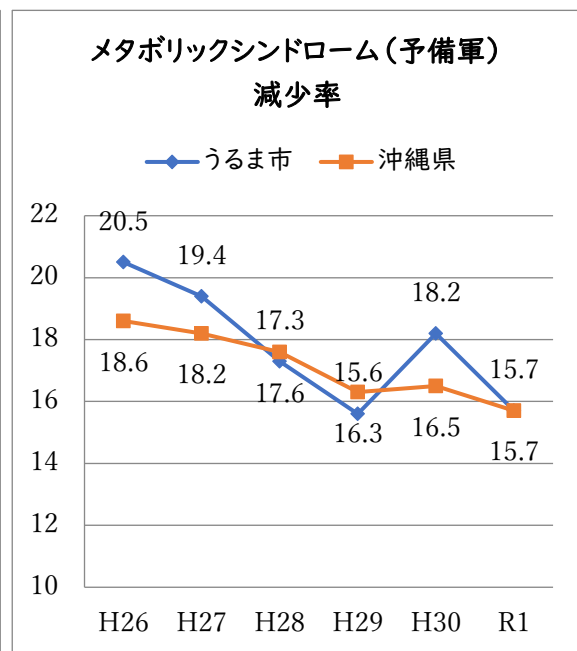
データ：KDB 厚生労働省（様式 5-3）

メタボリックシンドロームの減少率をみると、該当者の減少率は令和元年度 14.9%で最も低く、県平均よりも低くなっています。予備軍の減少率は増減を繰り返し、令和元年度は 15.7%で県平均と同等になっています。メタボリックシンドロームの減少率が低下していることは大きな課題となっています。（図表 20・21）

【図表 20】



【図表 21】



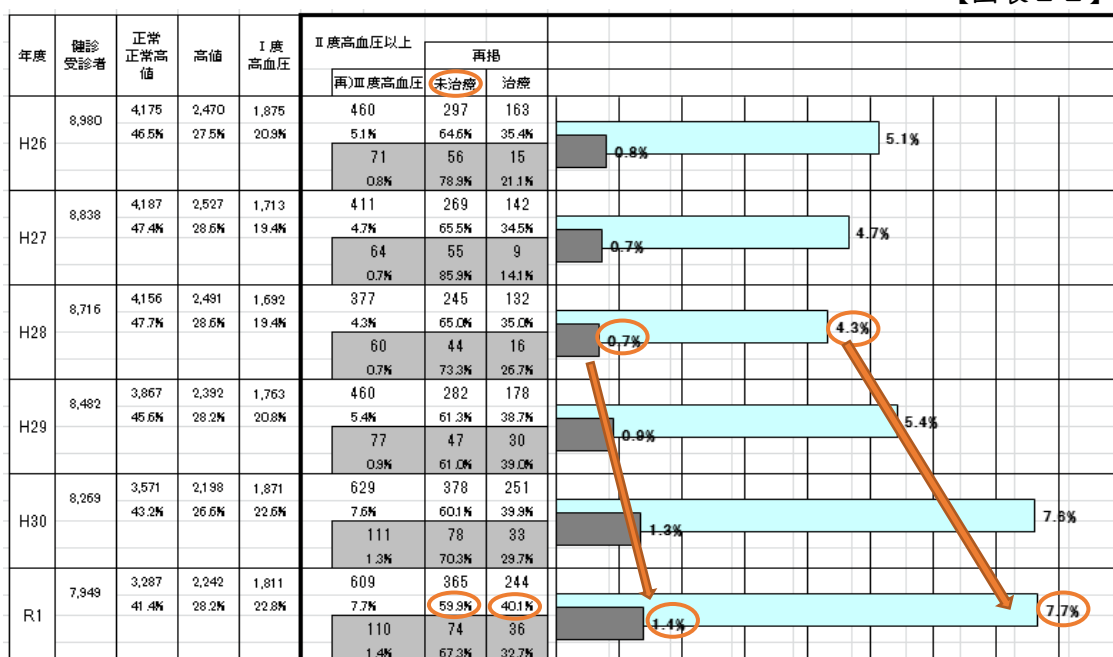
データ：特定健診等データ管理システム（特定健診・特定保健指導実施結果報告）

## ② 血圧コントロールの状況

Ⅱ度高血圧以上の割合は平成28年度4.3%に対し、令和元年度7.7%で大幅に増加しています。その内、Ⅲ度高血圧についても平成28年度0.7%から1.4%で大幅に増加しています。Ⅱ度高血圧以上について治療、未治療別に比較すると、治療者の割合は年々増えていますが、健診受診者のⅡ度高血圧以上の約6割近くが未治療者であり、Ⅲ度以上の未治療者数は平成28年度と比較し2倍に増加していることが課題です。

目標設定されている指標として、健診受診者の高血圧の割合(Ⅱ度高血圧以上)を4%未満とする目標については、未達成となっています。(図表22・23)

【図表22】



## 治療・未治療の状況

【図表23】

	血圧測定者	正常						保健指導		受診動奨判定値					
		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		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
中 社	H26	3,004	33.7%	485	16.0%	544	18.0%	987	32.6%	845	27.9%	148	4.9%	15	0.5%
	H27	2,995	33.9%	551	18.4%	492	16.4%	1,025	34.2%	785	26.2%	133	4.4%	9	0.3%
	H28	2,915	33.4%	527	18.1%	478	16.4%	1,004	34.4%	774	26.6%	116	4.0%	16	0.5%
	H29	2,957	34.9%	448	15.2%	476	16.1%	1,006	34.0%	849	28.7%	148	5.0%	30	1.0%
	H30	2,927	35.4%	399	13.6%	448	15.3%	909	30.9%	926	31.6%	218	7.4%	33	1.1%
	R1	2,944	37.0%	385	13.1%	438	14.9%	960	32.6%	917	31.1%	208	7.1%	36	1.2%
治 療 な し	H26	5,956	66.3%	2,228	37.4%	918	15.4%	1,483	24.9%	1,030	17.3%	241	4.0%	56	0.9%
	H27	5,843	66.1%	2,259	38.7%	885	15.1%	1,502	25.7%	928	15.9%	214	3.7%	55	0.9%
	H28	5,801	66.6%	2,262	39.0%	889	15.3%	1,487	25.6%	918	15.8%	201	3.5%	44	0.8%
	H29	5,525	65.1%	2,068	37.4%	875	15.8%	1,386	25.1%	914	16.5%	235	4.3%	47	0.9%
	H30	5,342	64.6%	1,919	35.9%	805	15.1%	1,295	24.2%	945	17.7%	300	5.6%	78	1.5%
	R1	5,005	63.0%	1,709	34.1%	755	15.1%	1,282	25.6%	894	17.8%	291	5.3%	74	1.5%

データ：評価ツール

### ③ 血糖 (HbA1c) のコントロール状況 (HbA1c6.5%以上)

HbA1c6.5以上の割合は平成28年度9.1%に対し、令和元年度12.2%で大幅に増加しています。その内、HbA1c7.0以上についても平成28年度5.3%から6.6%で大幅に増加しています。

HbA1c7.0以上において、治療、未治療別に比較すると、治療者の割合は平成28年度70.8%から令和元年度77.4%に増加していますが、合併症の危険が大きくなるHbA1c8.0以上の割合が増加していることから、治療中においても肥満症及びメタボリックシンドロームの解決に向けた保健指導が重要と考えられます。

目標設定されている指標として健診受診者の糖尿病有病者の割合 (HbA1c未治療6.5以上/治療中7.0以上) を5%台にする目標については、平成28年度7.1% (HbA1c未治療者287名、治療中330名) から令和元年度9.4% (HbA1c未治療者339名、治療中408名) に増加しており未達成となっています。(図表24・25)

【図表24】



治療・未治療の状況

【図表25】

	HbA1c測定	正常						保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
		5.5以下		5.8~5.9		6.0~6.4		正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		合併症予防のための目標		糖尿病		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	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					
治療中	H26	704	7.8%	13	1.8%	67	9.5%	164	23.3%	179	25.4%	178	25.3%	103	14.6%	179	25.4%	72	10.2%				
	H27	780	8.8%	18	2.3%	55	7.1%	179	22.9%	213	27.8%	204	26.2%	111	14.2%	211	27.1%	63	8.1%				
	H28	752	8.6%	17	2.3%	58	7.7%	173	23.0%	174	23.1%	230	30.6%	100	13.3%	196	26.1%	74	9.8%				
	H29	912	10.8%	12	1.3%	53	5.8%	186	20.4%	225	24.7%	296	32.5%	140	15.4%	278	30.5%	94	10.2%				
	H30	807	9.8%	12	1.5%	53	6.6%	164	20.3%	207	25.7%	235	29.1%	136	16.9%	253	31.4%	91	11.5%				
	R1	849	10.7%	14	1.6%	41	4.8%	166	19.8%	220	25.8%	273	32.2%	135	15.9%	260	30.6%	90	10.6%				
治療なし	H26	8,275	92.2%	4,273	51.6%	2,900	35.0%	807	9.8%	167	2.0%	65	0.8%	63	0.8%	90	1.1%	49	0.6%				
	H27	8,056	91.2%	3,595	44.6%	3,242	40.2%	913	11.3%	179	2.2%	69	0.9%	58	0.7%	93	1.2%	49	0.6%				
	H28	7,962	91.4%	3,883	48.8%	2,944	37.0%	848	10.7%	151	1.9%	78	1.0%	58	0.7%	94	1.2%	55	0.7%				
	H29	7,568	89.2%	3,071	40.6%	3,198	42.1%	997	13.2%	175	2.3%	74	1.0%	63	0.8%	89	1.2%	50	0.7%				
	H30	7,459	90.2%	3,147	42.2%	3,048	40.9%	963	12.9%	170	2.3%	73	1.0%	58	0.8%	82	1.1%	49	0.7%				
	R1	7,102	89.3%	2,264	31.9%	3,268	46.0%	1,231	17.3%	220	3.1%	76	1.1%	45	0.6%	79	1.1%	33	0.5%				

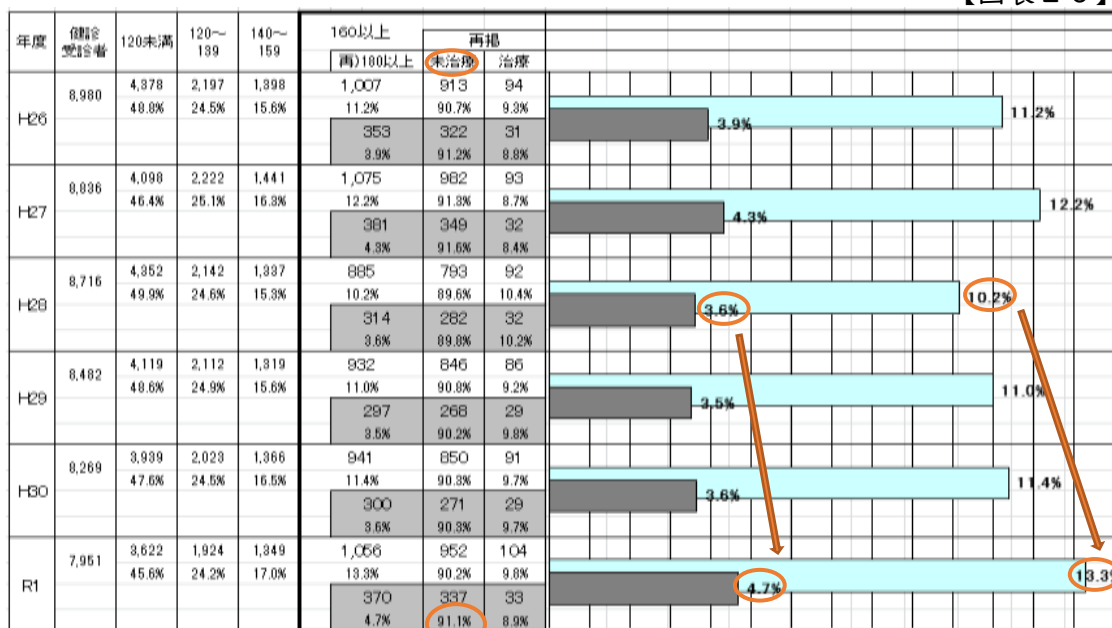
データ：評価ツール

④ LDL コレステロールのコントロール状況 (LDL コレステロール 160 以上)

LDL160 以上の割合は平成 28 年度 10.2%に対し、令和元年度 13.3%で大幅に増加しています。その内、LDL180 以上についても平成 28 年度 3.6%から 4.7%で大幅に増加しています。治療、未治療別に比較すると、LDL180 以上の 9 割が未治療者となっており、年々増加しています。

目標設定されている指標として、健診受診者の LDL180 以上の割合 4%未満にする目標については未達成となっています。(図表 26・27)

【図表 26】



治療と未治療の状況

【図表 27】

	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		
治療中	H26	1,756	19.6%	1,117	63.6%	382	21.8%	163	9.3%	63	3.6%	31	1.8%
	H27	1,764	20.0%	1,119	63.4%	384	21.8%	168	9.5%	61	3.5%	32	1.8%
	H28	1,764	20.2%	1,170	66.3%	341	19.3%	161	9.1%	60	3.4%	32	1.8%
	H29	1,811	21.4%	1,171	64.7%	391	21.6%	163	9.0%	57	3.1%	29	1.6%
	H30	1,759	21.3%	1,149	65.0%	387	22.0%	138	7.8%	62	3.5%	29	1.6%
	R1	1,796	22.6%	1,158	64.5%	372	20.7%	162	9.0%	71	4.0%	33	1.8%
治療なし	H26	7,224	80.4%	3,261	45.1%	1,815	25.1%	1,235	17.1%	591	8.2%	322	4.5%
	H27	7,072	80.0%	2,979	42.1%	1,838	26.0%	1,273	18.0%	633	9.0%	349	4.9%
	H28	6,952	79.8%	3,182	45.8%	1,801	25.9%	1,176	16.9%	511	7.4%	282	4.1%
	H29	6,671	78.6%	2,948	44.2%	1,721	25.8%	1,156	17.3%	578	8.7%	268	4.0%
	H30	6,510	78.7%	2,796	42.9%	1,636	25.1%	1,228	18.9%	579	8.9%	271	4.2%
	R1	6,155	77.4%	2,464	40.0%	1,552	25.2%	1,187	19.3%	615	10.0%	337	5.5%

データ：評価ツール



## 2 実績を踏まえた取り組み状況と全体評価

(中間評価表作成の考え方)

評価にあたっては「アウトカム評価」「アウトプット評価」を行い、指標と事業全体の評価を行います。その後、評価理由について検証するためにプロセスやストラクチャーの指標で、事業の見直しと改善策の検討を行います。

評価指標の種類

【図表28】

	指標評価	事業評価
A	目標達成	うまくいっている
B	目標未達成だが達成の可能性は高い	まあまあうまくいっている
C	目標達成困難だがある程度効果はある	あまりうまくいっていない
D	目標達成困難で効果があるとはいえない	全然大丈夫でない
E	評価できず	不明

データヘルス計画中間評価（案）

	指標	目標値	経年変化	指標評価	事業評価	要因について		要因に関する考察	改善策
						プロセス評価	ストラクチャー評価		
健診受診	【アウトカム評価】 ・健診受診率	60 % 以上	初期値(H28年度) 37.1% H29年度 37.0% H30年度 36.9% R1年度 35.9% 【図表79】	C	D	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診対象者への通知の適切さ</li> <li>・未受診者への通知の適切さ</li> <li>・特定健診対象者の把握</li> <li>・受診勧奨者の受診率</li> <li>・広報、啓発</li> <li>・特定健診受診機会の確保</li> <li>・他の健診（がん検診等）との効率化</li> <li>・利便性の向上</li> <li>・費用対効果等の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算、人員</li> <li>・事業実施の体制</li> <li>・委託医療機関数、集団健診実施回数</li> <li>・健診機関、医療機関、医師会等との連携状況</li> <li>・システムの活用</li> <li>・インセンティブの付与</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データヘルス計画策定時において提示された具体策はほぼ実施しているにも関わらず、受診率は年々低下している。</li> <li>・受診勧奨はR1年度からナッジ理論を用いた受診勧奨及びデータ解析について業務委託した。</li> <li>・個人インセンティブ事業としてH30年度よりTポイント付与を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データ解析の結果、うるま市では国保新規加入者とレセあり（病院通院中）だが受診していない割合が多かった。新規加入についてはチラシ配布とインセンティブ（Tpoint付与）を、レセありはトライアングル事業の案内に注力して受診につなげたい。</li> <li>・うるま市は他市に比べ個別健診を実施している医療機関が少なく、半数以上が集団健診で受診している。また、医療機関の所在も偏りがあるため、受診者の利便性や受診機会を確保するためには委託可能な医療機関を増やしていく必要がある。</li> </ul>
	【アウトプット評価】 ・健診受診勧奨数・率 ・インセンティブ活用者数		H30:Tポイント付与事業開始 H30:53名 R1:162名 R1:ナッジ理論を用いた受診勧奨を開始 別紙資料 (受診者数/通知数) 1回目通知 7/10 1,556 / 17,096 2回目通知 11/13 775 / 8,904 3回目通知 1/8 774 / 3,000	C					

特定保健指導	【アウトカム評価】 (短期) ・健診受診者のメタボ該当者、予備軍の割合	25 % 減少	初期値 (H28年度) 38.2% H29年度:38.7% H30年度:38.8% R1年度:40.5% (初期値からの最終目標値28.7%) 【図表15】	C	B	・利用勧奨の方法や利用までの手順の適切さ ・特定保健指導の機会、時期、内容等の適切さ ・データ分析の実施の有無(利用者の検査値の前後比較、メタボ該当者率の経年変化など)	・予算額、人員、体制 ・アウトソーシング先との連携(実施状況の把握) ・二次健診の活用 ・事業手順書、マニュアルの有無 ・特定保健指導実施者の研修	平成29年度から特定保健指導専任の専門職を増員配置し、効率的な体制整備を行い保健指導率も向上してきている。併せて指導者の指導スキルの向上として研修参加や事例検討会開催、指導マニュアルの整備や媒体の工夫を積み上げている。令和2年度からは、タブレットの活用を開始し、保健指導教材の充実も図られた。 若い世代の保健指導の利用促進として、夜間や休日での指導実施を展開している。保健指導の利用しやすい環境づくりとして、健診受診日と同日に保健指導を行える委託医療機関の拡充については、新規に実施できる医療機関の確保が困難な状況が続いている。 健診受診者のメタボ該当者、予備軍の割合については、目標に届かず、上昇傾向。県平均も同様に上昇傾向である。 平成30年度特定保健指導利用者の翌年健診結果では、健診リピート率とHbA1c値の改善率が高く、血圧・糖・脂質の項目で要医療対象者であった者が翌年内服が開始された割合が、保健指導なしに比べて高く受診につながった状況がみられる。 腹囲・体重の改善状況は指導の有無別で大きく変化はみられなかった。 特定保健指導対象者の減少率は、平成28年度から増加傾向であったが、令和元年度は県と同様に減少がみられる。40～64歳で男女とも減少率が低い状況で特に女性は低下率が大きいことから性別・年代別での保健指導内容について検討していく必要がある。	特定保健指導率については目標達成の維持や更なる向上のためにも現状の体制の維持が必要。 メタボ該当者・予備軍の割合の減少や特定保健指導対象者の減少においては、成果を上げた好事例等の指導内容や教材等(栄養士、健康運動指導士と連携)の検証を重ね、指導マニュアルの改善、指導スキルアップの向上に努める。個別指導だけでなく、性別・年代に合わせて効果的な集団指導や仲間づくり等について検討していく。
	【アウトプット評価】 ・特定保健指導率	60 % 以上	H29年度68%、 H30年度68.4%、 R1年度67.2% 【図表81】	A					

	指標	目標値	経年変化	指標 評価	事業 評価	要因について		要因に関する考察 (うまくいった要因、うまくいかなかった要因)	改善策
						プロセス評価	ストラクチャー評価		
● 糖尿病性腎症重症化予防  重症化予防	【アウトカム評価】 (短期) ・保健指導、受診勧奨後の検査値の変化(HbA1c等) 重症化予防対象者の評価(リスク減少の評価)(あなみツール)	改善 (0.1以上の改善)	・H30年度、R1年度継続健診受診者において、保健指導の有無別に改善率を比較すると、HbA1c8.0以上においては、保健指導ありの方の改善率は40.8%、保健指導なしの方の改善率は35.2%、HbA1c7.0~7.9においては、保健指導ありの方の改善率は26.4%、保健指導なしの方の改善率は34.4%であった。【図表61・62】	B	B	・対象者の選定基準の明確化  ・勧奨方法の適切さ(方法、時期、内容など)  ・対象者の属性等の把握  ・保健指導マニュアルに基づく実施(対象者、病期にあった指導の実施の有無)とその適切さ  ・対象者の次年度の健診受診状況の有無  ・糖尿病管理台帳登録者の健診受診と治療継続受療状況の把握	・予算額、人員、体制  ・健診データやレセプトデータの活用、現状の分析や対象者数の把握の有無  ・医師会、医療機関、かかりつけ医、薬剤師会、歯科医師会等の連携  ・運営マニュアル、保健指導マニュアルの作成  ・費用分析の実施の有無  ・長期的なフォローの仕組	・糖尿病性腎症重症化予防プログラムを見直し、対象者の選定基準について検討を行った。治療中、未治療を問わず、HbA1c8.0以上は優先度を高く設定し、保健指導の実施を行ったことが、改善効果につながったと考えられる。HbA1c7.0~7.9においては、保健指導効果が低かった。治療中、未治療を含め、HbA1c7.0~7.9の対象者はH28年度対象者466人(5.3%)から527人(6.6%)に増加している現状がみられる。未治療者の優先度は高いが、治療中の者も77%該当しており、肥満者などリスクの高い方に対してはアプローチを行うなど、ターゲットを絞って関わる必要がある。  ・保健指導内容については、対象者の状況に合わせた保健指導を行うこととしているが、糖尿病性腎症病期に応じた指導目的について、具体的に整理し、保健指導者にて共通理解できるよう工夫する必要がある。  ・糖尿病治療中断者については、過去6年間で健診にてHbA1c6.5以上の履歴があり、令和元年度に受診歴がなく、かつレセプト情報により糖尿病受療歴がないものを抽出し、介入を行った。未受診理由の分析、介入により健診受診、医	・糖尿病治療中であっても、リスクの高い肥満者においては、体重コントロールの視点も加えて保健指導を行う  ・糖尿病性腎症病期に基づく指導内容について整理を行い、保健指導者間で共有を図る。  ・糖尿病性腎症に特化したパンフレットを活用した保健指導の実施  ・HbA1c8.0以上のハイリスク台帳を作成し、健診未受診者の受診勧奨や治療中断の把握と治療再開に向けた支援の実施(「HbA1c8.0以上の未治療者割合」は努力者支援制度の「インセンティブ評価指標」)
	・健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスク 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者の有所見割合(保険者データヘルス支援システム) ・HbA1c8.0以上、HbA1c7.0~8.0未満 ・高血圧分類 ・LDL160以上 ・BMI25以上	改善	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の中で、健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスクの改善状況については、HbA1c7.0~8.0未満は増加傾向にあり、8.0以上は横ばい。血圧はⅡ度以上、LDLは160以上で経年的に大幅に増加している。肥満については経年的に横ばいで6割弱を占めている。【図表37~40】	C					
	・CKD重症度分類 糖尿病性腎症重症化予防プログラム該当者の有所見割合(保険者デ	改善	・CKD重症度の推移においては、軽度~高度低下、末期腎不全は減少傾向、正常~軽度低下は増加傾向であった。蛋白(2	A					

<p>ータヘルス支援システム)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療中断者割合</li> <li>・医療機関未受診者割合</li> <li>・高血糖要医療者の保健指導後の受診率</li> </ul> <p>(長期)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規人工透析導入者数(糖尿病性腎症患者数)(市全体・国保)</li> <li>・新規透析導入者の平均年齢</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人工透析に係る医療費(年額)</li> </ul>	<p>減少</p> <p>増加</p> <p>減少</p> <p>千人あたり5%減少</p> <p>減少</p>	<p>+ ) 以上も減少している。 【図表35・36】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療中断者(糖尿病、糖尿病性腎症)、医療機関未受診者は増加傾向であった。 【図表43】</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和元年度の新規人工透析患者数は50名。糖尿病性腎症の割合は約4割程度となっている。 【図表34】</li> <li>・新規人工透析患者数は増減を繰り返しほぼ横ばいであるが、国保加入者の新規透析患者数は減少している。透析導入年齢はH28年63.8歳からR1年度は67.1歳で上がっているが、全体での65歳未満の新規透析導入者は増加傾向である。 【図表29~31】</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・R1年度人工透析に係る医療費は8億4千万円でH28年度の10億より費用額は減少しているが、H30年度から国保医療費全体の1位となっている。 【図表8】</li> </ul>	<p>D</p> <p>C</p> <p>C</p>		<p>療受診につながっているか、今後評価していく必要がある。また長期的なフォローの体制として、単年度だけのアプローチではなく、ハイリスク対象者を継続して追えるよう対策が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規人工透析導入者の年齢の上昇に伴い、国保加入者の新規者は減少しているが、内訳として糖尿病性腎症の割合は増加していることから、青壮年期の糖尿病のコントロールは重要である。</li> <li>・健診データやレセプトデータの分析等についてはCKD評価委員会、対策委員会にて報告し助言をもらう体制のもと実施しており、今後も継続していく。</li> </ul>	
<p>【アウトプット評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導率</li> <li>CKD該当者(要医療・治療中)</li> <li>HbA1c8.0以上(要医療・治療中)</li> </ul>	<p>70%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CKD対象の受診勧奨率は77.3% 【図表32】</li> <li>・治療中のHbA1c8.0以上の保健指導率は62%。 【図表59】</li> </ul>	<p>B</p>			

			<ul style="list-style-type: none"> <li>・その他に各年度目標として糖尿病予防プログラムの対象者の中で優先順位を選定し保健指導を実施している。(R1年度:糖尿病治療中で尿蛋白(1+)かつBMI25以上)</li> </ul>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診勧奨率</li> <li>HbA1c6.5以上</li> </ul>	75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HbA1c6.5以上受診勧奨率46.3% 【図表55】</li> </ul>	A					
●	<p>【アウトカム評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導、受診勧奨後の検査値の変化性(LDL-C等)</li> <li>重症化予防対象者の評価(リスク減少の評価)(あなみツール)</li> </ul>	改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H30年度、R1年度継続健診受診者において、保健指導の有無別に改善率を比較すると、LDL180以上においては、保健指導ありの方の改善率は34.6%、保健指導なしの方の改善率は28.2%で、保健指導ありの改善率は高い。LDL160~179の保健指導ありの方の改善率は34.0%、保健指導なしの方の改善率は31.7%で、保健指導ありの改善率が高い</li> <li>【図表70・71】</li> </ul>	A	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の選定基準の明確化</li> <li>・勧奨方法の適切さ(方法、時期、内容など)</li> <li>・対象者の属性等の把握</li> <li>・保健指導マニュアルに基づく実施(対象者、病期にあった指導の実施の有無)とその適切さ</li> <li>・対象者の次年度の健診受診状況の有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額、人員、体制</li> <li>・健診データやレセプトデータの活用、現状の分析や対象者数の把握の有無</li> <li>・医師会、医療機関、かかりつけ医、薬剤師会、歯科医師会等の連携</li> <li>・運営マニュアル、保健指導マニュアルの作成</li> <li>・費用分析の実施の有無</li> <li>・長期的なフォローの仕組</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者の全体として、脂質異常症等有所見者は増加している。しかし継続受診者から保健指導の有無別に改善率を比較すると、LDL160以上の保健指導効果はみられている。食事、運動の生活習慣改善により数値の改善がみられることから、今後も特定保健指導対象者を含め、優先順位に基づき支援していく必要がある。</li> <li>・糖質だけでなく脂質摂取に視点を置いた保健指導を行うために、R1-R2年度にかけて、沖縄県内でよく食されている食品の脂質量を可視化した媒体とその配付用資料を作成した。これらを用いることで、対象者に自身の脂質摂取の状況を具体的にイメージさせることができ、脂質摂取量と疾病の関連や脂質摂取の意識付け、さらに食品選択や調理法など食行動の変容へつなげる一助となっていると考える。今後はこれらの媒体の活用を含め、指導担当者が同様な指導、説明を行えるようスキルアップを行っていく必要がある。</li> <li>・LDL180以上で医療につながる割合が低い。経年的なデータ変化から、確実に</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・LDL180以上の要医療者に対しては、血管内皮を守るための保健指導の実施に向けて、油に視点を置いた教材を活用できるように勉強会を実施</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者の高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者割合</li> <li>(あなみツール)</li> </ul>	減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者の高血圧(血圧II度以上)の割合は4.3%から7.7%に増加。糖尿病(HbA1c6.5以上、治療中7.0以上)の割合は7.1%から9.4%に増加。特に合併症の危険が大きくなる8.0以上は13.3%から15.9%に増加。脂質異常症(LDL180以上)の割合は3.6%から4.7%に増加。メタボリックシンドロームは38.2%から40.5%に増加</li> <li>【図表22~27・15】</li> </ul>	D					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療未受診者割合（ST 所見精査者、LDL180 以上）</li> </ul>	減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心電図検査より ST 要精査者のうち、未受診割合は H30 年度 9.8%、令和元年度 10.0%となっており、1 割程度が受診できていない【図表 7 5】</li> <li>・LDL の受療率は 49%であり、減少傾向。未受診者の割合は減少に至っていない。【図表 6 9】</li> <li>・虚血性心疾患新規患者数（患者千人あたり）は 3.4 人から 2.9 人に減少（13.5%減少）【図表 1 1】</li> </ul>	C				受診が必要な方については複数回アプローチを行い確実に受診につなげる等、介入の工夫が必要と思われる。	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>（長期）</li> <li>・虚血性心疾患の新規患者数の割合</li> </ul>	千人あたり 5%減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・RI 年度狭心症にかかる医療費は約 1 億 2 千万円で H28 年度は約 1 億 5 千万円より減少し、国保医療費にかかる割合は 1.4%から 1.1%に減少している。【図表 8】</li> </ul>	A					
	【アウトプット評価】								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導率</li> <li>・受診勧奨率</li> </ul>	70% 75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・RI 年度 LDL180 以上受診勧奨率は 71.5%【図表 6 9】</li> </ul>	A					
●	【アウトカム評価】								
脳血管疾患重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導、受診勧奨後の検査値の変化（高血圧等）</li> <li>重症化予防対象者の評価（リスク減少の評価）（あなみツール）</li> </ul>	改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H30 年度、RI 年度継続健診受診者において、保健指導の有無別に改善率を比較すると、血圧Ⅲ度においては、保健指導ありの方の改善率は 38.1%、保健指導なしの方の改善率は 28.1%で、保健指導ありの改善率は高い。血圧Ⅱ度においては保健指導ありの方の改善率は 39.8%、保健指導なしの方の改善率は 33.3%で、保健指導ありの改善率が高い【図表 6 6・6 7】</li> </ul>	A	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の選定基準の明確化</li> <li>・勧奨方法の適切さ（方法、時期、内容など）</li> <li>・対象者の属性等の把握</li> <li>・保健指導マニュアルに基づく実施（対象者、病期にあった指導の実施の有無）とその適切さ</li> <li>・対象者の次年度の健診受診状況の有無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算額、人員、体制</li> <li>・健診データやレセプトデータの活用、現状の分析や対象者数の把握の有無</li> <li>・医師会、医療機関、かかりつけ医、薬剤科医、歯科医師会等の連携</li> <li>・運営マニュアル、保健指導マニュアルの作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧Ⅱ度以上において保健指導効果はみられているが、健診受診者の全体として、血圧有所見者が増加している。これまで同様に肥満該当者、CKD 該当者など優先順位を決定し保健指導を行っていくこと、またポピュレーションアプローチの中で市民全体に減塩について啓発を行っていく必要がある。</li> <li>・RI 年度から健診の中で尿中推定塩分検査を導入している。高血圧と尿中推定塩分量には相関があり、個別指導では減塩に着目するとともに、より行動変容につながる指導ができるよう、塩分チェックシートの活用や対象者の食生活に</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・減塩パンフレットの活用</li> <li>・減塩指導方法の標準化</li> <li>・心電図所見の拾い上げ作業の優先度検討</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者の高血</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診受診者の高血圧（血圧Ⅱ</li> </ul>	D					

<p>圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者割合</p> <p>・医療機関未受診者（心房細動、Ⅱ度以上高血圧）割合</p> <p>（長期） ・脳血管疾患の新規患者数の割合</p>	<p>減少</p> <p>減少</p> <p>千人あたり 5%減少</p>	<p>度以上）の割合は 4.3%から 7.7%に増加。糖尿病（HbA1c6.5以上、治療中7.0以上）の割合は 7.1%から 9.4%に増加。特に合併症の危険が大きくなる 8.0 以上は 13.3%から 15.9%に増加。脂質異常症（LDL180以上）の割合は 3.6%から 4.7%に増加。メタボリックシンドロームは 38.2%から 40.5%に増加</p> <p>【図表22～27・15】</p> <p>・心電図検査より心房細動要精査者のうち、未受診者数はH30年度2名、令和元年度1名となっている。</p> <p>・心房細動要精査者のうち、血圧Ⅱ度以上の受療率は100%となっている</p> <p>【図表76】</p> <p>・脳血管疾患新規患者数（患者千人あたり）は3.4人から3.1人に減少（10.0%減少）</p> <p>【図表10】</p> <p>・R1年度脳梗塞にかかる医療費は1億1千万円でH28年度1億3千万円より減少し、国保医療費に占める割合は1.2%から1.0%に減少している。</p> <p>【図表8】</p>	<p>A</p> <p>A</p>		<p>・健診結果の心電図検査結果より心房細動所見把握</p>	<p>・費用分析の実施の有無</p> <p>・長期的なフォローの仕組み</p>	<p>じた具体的な指導を含め、保健指導の力量形成を行っていく必要がある。また、尿中推定塩分検査の実施と減塩の必要性について、イベント開催時展示や広報誌を通じて市民へ啓発を始めている。今後はさまざまな媒体を通じて、無関心層を含めた市民全体に啓発を進めていく必要がある。</p> <p>・R1-R2年度に減塩指導のツールの一つとして、沖縄県内でよく食されている食品の塩分量を可視化した媒体と配付用資料を作成。これらを用いることで、尿中推定塩分検査の結果説明とともに、対象者の塩分摂取の現状を視覚的に示すことができ、対象者自身の気づきや行動変容を促すことにつながっていると考えられる。今後は、各指導担当者が対象者へ同様に指導を行えるよう、ツールを使った指導方法などの研修会等を行い、保健指導の力量形成を行っていく必要がある。</p> <p>・人間ドックの健診情報報告方法の変更により、検査データと心電図検査結果の報告時期に差が生じるようになった。心電図所見がタイムリーに把握されないことで、対象者選定で適正に拾い上げられない場合がある。</p>	
<p>【アウトプット評価】</p> <p>・保健指導率</p> <p>・受診勧奨率</p>	<p>70%</p> <p>75%</p>	<p>・血圧Ⅱ度以上の保健指導率は82.5%【図表64】</p>	<p>A</p>					



	指標	目標値	経年変化	指標 評価	事業 評価	要因について		要因に関する考察  (うまくいった要因、うまくいかなかった要因)	改善策
						プロセス評価	ストラクチャー評価		
ポピュレーションシヨンプローチ	【アウトカム評価】 ・健康診査受診者数・率 ・教室参加者の変化 生活習慣病予防教室 (パーソナルトレーニング) 体組成数値の変化 腹囲の変化 BMI値の変化 生活状況の変化	減少   改善	コロナの影響で制限 申込は横這い  パーソナルトレーニング参加者 R1: 31人 R2: 13人  R1 腹囲減少 75% BMI減少 61% 体脂肪率減少 64% 四肢筋肉量増加 71%  改善 75% 維持 21% 悪化 12% 身体運動量増加 75% 栄養食事改善 74% 睡眠の質改善 64% 身体的疲労感改善 60% 精神的疲労感改善 60%	75% 改善	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データ活用の有無</li> <li>・評価検証の有無</li> <li>・広報等での周知</li> <li>・他課との連携</li> <li>・費用対効果</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算やマンパワー</li> <li>・連携会議の実施</li> </ul>	<p>運動教室は参加者の満足度が高いのでこのまま維持していきたい</p> <p>コロナの影響により教室が中止となっている。</p>	<p>特に国保加入者の参加を促す広報活動について検討したい。</p> <p>今後、在宅もしくはリモートでの健康支援体制について検討したい。</p>

<p>【アウトプット 評価】</p> <p>・教室参加者数 ・Tポイント付 与者数</p>	<p>教室参加数 R1</p> <p>1 健康推進モデル事業 上江洲(全9回)延べ400 人 桃原(全5回)延べ177 人</p> <p>2 健康推進モデルフォローア ッ 栄野比(1回)20名 田場(6回)延べ66名 江洲(6回)延べ80名 与那城西原(1回)48名</p> <p>3 健康 life JOYBEAT Joybeat 教室 164名 ハートフルエクササイズ 教室 57 名 フォローアップ 40名</p> <p>H30:Tポイント付与事業 H30:53名 R1:162 名</p>						
---	--	--	--	--	--	--	--

指標	目標値	経年変化	指標 評価	事業 評価	要因について		要因に関する考察 (うまくいった要因、う まくいかなかった要因)	改善策
					プロセス評価	ストラクチャー評 価		
がん 検 診	【アウトプ ット評価】 ・がん検診 受診率 *大腸がん *肺がん *胃がん *乳がん *子宮頸が ん  ・がん精検 受診率 *大腸 *肺 *胃 *乳 *子宮頸	がん検診 受診率目標値 【保険者努力支援 制度における評価 指標】:5つのがん の平均受診率 25% 【国】:全て50%  がん精検受診率 【国】 目標値90%以上 許容値70%以上 (乳80%以上)	・がん検診受診率 (RI 国保加入者)【●年1回 ○1回/2 年】 *大腸がん(40~69歳) 男12.1% 女16.8%【●】 *肺がん(40~69歳) 男17.0% 女21.4%【●】 *胃がん(50~69歳) 男10.5% 女12.2%【○】 *乳がん(40~69歳) 17.5%【○】 *子宮頸がん(20~69歳) 22.2%【○】 【図表95】  ・がん精検受診率 ※H30年度7°pt指標より ※対象者:年齢40~69歳、男女計 【国・県】 胃は50~69歳、子宮頸は20~69歳 *大腸76.1%【県54.1%国69.7%】 *肺93.0%【県61.7%国83.0%】 *胃80.5%【県60.6%国83.1%】 *乳92.6%【県79.2%国88.5%】 *子宮頸81.6%【県66.5%国75.1%】 【図表98~102】  ・がん発見数・率 ※H30年度7°pt指標 ※対象年齢:大腸・肺・乳40~69歳、胃50~69歳 子宮20~69歳 男女計 【国・県】 *大腸(7件)0.25%【県0.12% 国0.16%】 *肺(2件)0.05%【県0.02% 国0.03%】 *胃(0件)0.0%【県0.03% 国0.12%】 *乳(7件)0.37%【県0.27% 国0.29%】 *子宮頸(1件)0.02%【県0.03%国0.03%】 【図表98~102】	C  B  B	・受診勧奨および 未受診者への再勧奨 の実施 ・受診勧奨および未受 診者への再勧奨は適 切か ・精度管理の実施 ・個人の検診受診履歴 5年間積上げ (個人検索可) ・精密検査受診結果の 履歴をシステム管理  ・精密検査結果報告書 (県統一様式)の活 用(各検診委託機関) ・正しい精検結果の把 握のため精密検査機 関への問い合わせや 国保レレ情報からの把 握 ・精検未受診者への精 査受診勧奨 ・有症状者または、以前 に精検指示を受け、 未だ精検未受診であ る対象へは、医療機 関での診療(または 精検)を誘導する	・エビデンスに基づ いた がん検診の実施 喫煙指数600 (1日喫煙本数 ×喫煙年数)の 50歳以上の者 には喀痰検査を 案内。  ・がん検診機会の 確保 ・予算やマンパワ ー 確保	RI年度から個別検診を 実施し、受診率が向上して いる。 継続的に、受診勧奨(ハガ キの送付、広報誌への掲 載、立て看板等)を行い、 対象者への受診を促した。  ・個別検診において、社保 加入者の受診が多く、精密 検査受診結果が得られな い(国保加入者は、精査返 書がなくとも国保レレで把 握可能) ・がん検診データ報告に ついて、各検診委託機関で 足並みが異なる 例)①仕様書に沿った形で なされていない場合があ る ②精査判定の出された 対象者へ検診結果に紹介 状が同封されない	精密検査結果報告 書(県統一様式)活 用の徹底(各検診委 託機関)  地域保健・健康増進 事業報告に必要な 項目について、報告 を <b>求める</b> 。 (各検診委託機 関):胃内視鏡検査 二重読影の有無、偶 発症の有無、喫煙指 数など

	(長期) ・がん関連 医療費	減少	<p>・国保がん医療費（KDBより） H28～R1年の国保医療費総額に占める割合が5がん（大腸・肺・胃・乳・子宮頸）のうち最も高かったがん腫は大腸と乳である。</p> <p>R1年 大腸 2億 144万 2430円 (1.8%) 乳 1億 5024万 3250円 (1.4%)</p> <p style="text-align: right;">【図表8】</p>						
	(長期) ・がんによ る死亡数・ 率	減少	<p>・検診実施がんによる死亡者数 ※人口動態統計より H29年 157名（大腸 52、肺 55、胃 26、乳 18、子宮頸 6）</p>						

### 3 主な個別事業の評価

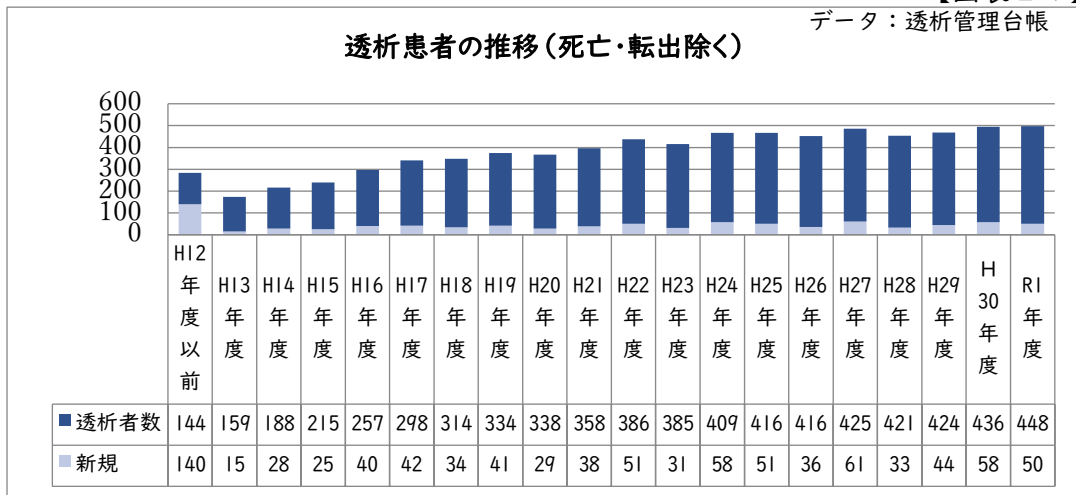
#### (1) 重症化予防の取り組み

##### ① CKD・糖尿病性腎臓病対策について

##### (i) 透析患者の推移

本市の透析患者は増減を繰り返しながら増加しており、令和元年度透析患者は448名、新規透析導入者は50名となっています。(図表29)

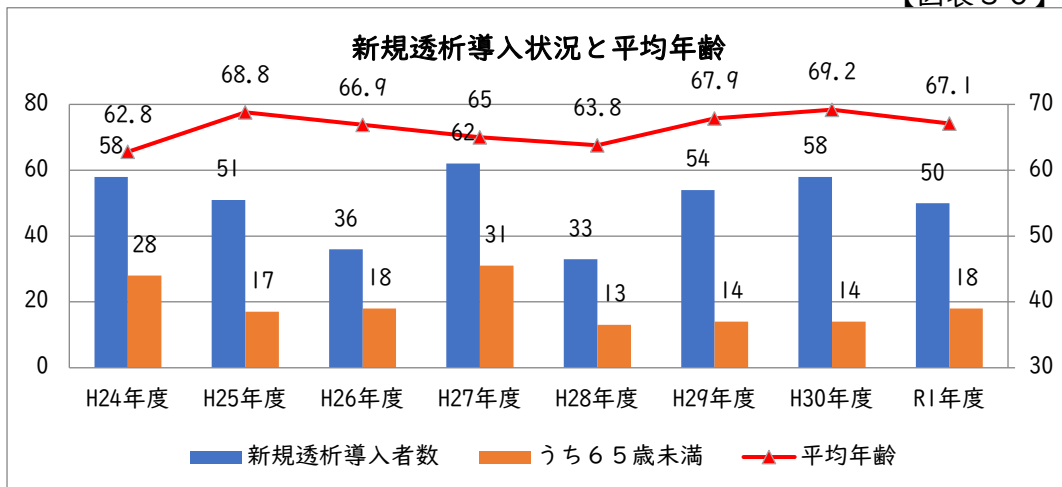
【図表29】



##### (ii) 新規透析導入状況と平均年齢

本市の新規透析導入者50名のうち、65歳未満の人数と平均年齢の推移を表しています。令和元年度の平均年齢は67.1歳で平成28年度と比較すると年齢は上昇していますが、新規透析導入者の65歳未満の割合は約3割から4割を占めており、平成28年度から若干増加傾向にあることから、若い年代での新規透析導入者を減少させることが重要です。(図表30)

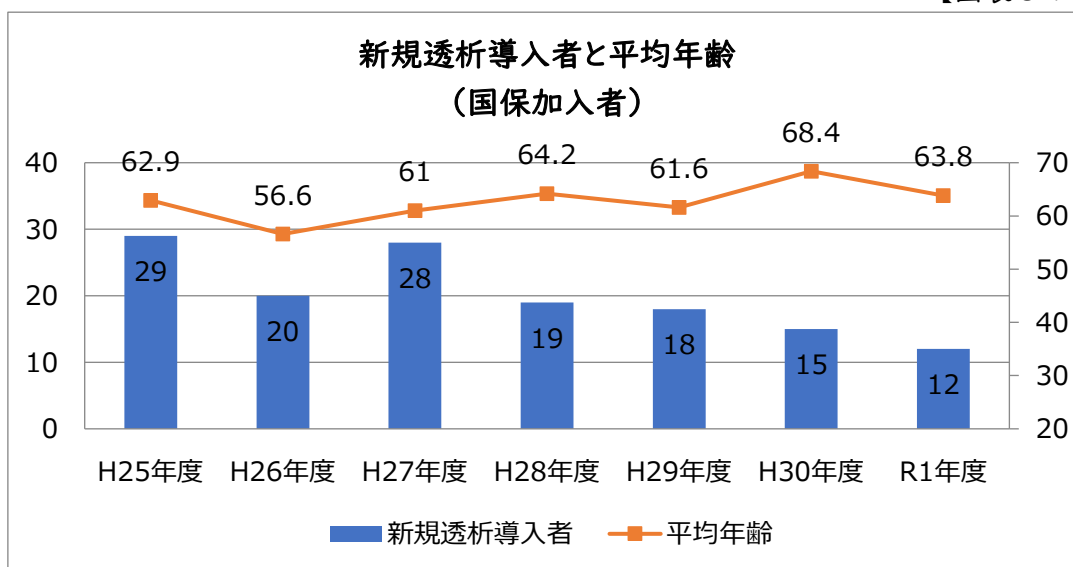
【図表30】



データ：透析管理台帳

本市の新規透析導入者 50 名のうち、国保加入者における新規透析導入人数と平均年齢の推移を表しています。平成 28 年度は 19 名に対し、令和元年度は 12 名となっており、国保加入者の新規透析導入者数は年々減少傾向となっています。平均年齢について経年的にはやや上昇傾向ですが、令和元年度は 63.8 歳で平成 28 年度と比較するとほぼ同等となっています。(図表 3 1)

【図表 3 1】



データ：透析管理台帳

### (iii) うるま市・沖縄市 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携医登録事業

平成 29 年度よりうるま市・沖縄市 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携医登録事業を実施し、健診結果において eGFR 値、尿所見が要医療判定値の方に対して CKD 登録医または腎診療医へ受診勧奨を行っています。また病・診・保連携を図ることを目的に CKD 登録医と腎診療医が参加する症例検討会やコメディカル情報交換会の開催、事業実施状況や情報提供を目的として、定期的にニュースレターの発行を行っています。

令和元年度の CKD 登録医または腎診療医への受診勧奨率は 77.3% で介入率は増加していますが、医療受診率は 49.2% となっています。約半数が医療受診につながっていない状況があり、継続的な受診勧奨が必要です。さらに腎診療医対象となる者については、検査値が eGFR30 未満又は尿蛋白 (2+) 以上の所見であり、確実に医療へつなぎ適切な治療を受けることが重要な対象者ですが、令和元年度受診率は 52.9% と約半数となっています。CKD は末期腎不全の危険因子だけでなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子にもなっており、将来の腎機能低下や心血管イベントの割合を減少させるためにも、生活習慣を是正することによって重症化させない、また適切な治療へ結びつけることができるよう保健指導の継続と医療連携に今後も取り組んでいきます。(図表 3 2)

CKD 登録医(かかりつけ医)・腎診療医(専門医)への紹介件数及び受診状況

【図表 3 2】

	H29 年度			H30 年度			R1 年度		
		CKD 登録医	腎 診療医		CKD 登録医	腎 診療医		CKD 登録医	腎 診療医
対象者	198	141	57	188	130	58	163	119	44
受診 勧奨者	144 (72.7%)	97 (68.8%)	47 (82.5%)	134 (71.3%)	87 (66.9%)	47 (81.0%)	126 (77.3%)	92 (77.3%)	34 (77.3%)
医療 受診者	94 (65.3%)	56 (57.7%)	38 (80.9%)	96 (71.6%)	58 (66.7%)	38 (80.9%)	62 (49.2%)	44 (47.8%)	18 (52.9%)

データ：CKD・糖尿病性腎臓病評価委員会資料

※1 国保、生保、国保外を含む

※2 CKD 登録医対象者は eGFR30～45 未満又は尿蛋白（＋）

データ：保険者支援システム

※3 腎診療医対象者は eGFR30 未満又は尿蛋白（2＋）以上

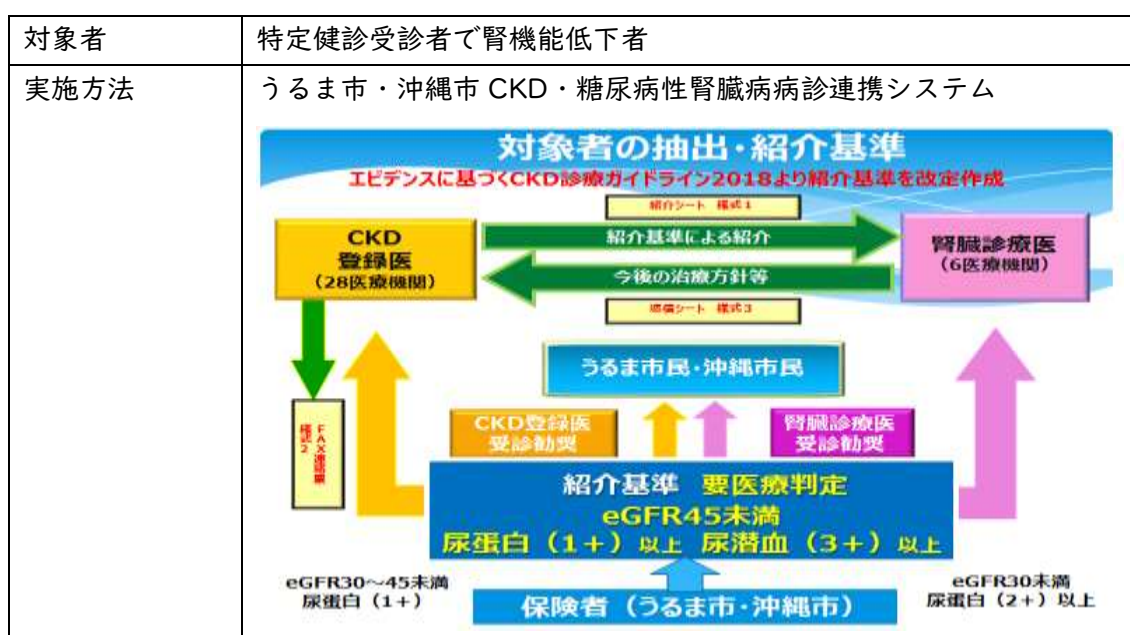
（原則としてかかりつけ医通院中の場合はかかりつけ医に受診勧奨を行う）

（v）今後の保健事業の取り組み

うるま市・沖縄市 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携システムを活用し、腎機能低下者に適切な保健指導及び医療機関受診勧奨、治療継続に向けた支援を継続します。円滑なシステム運用のため、病診連携登録医説明会、症例検討会、ニュースレターの発行、市民へ CKD 予防の啓発を行います。またシステム運用については、CKD・糖尿病性腎臓病病診連携推進評価委員会や CKD・糖尿病性腎臓病対策推進委員会で検討を行っていきます。

（図表 3 3）

【図表 3 3】



	<p>①特定健診受診者のうち、紹介基準に該当するものに対し、保健指導及び受診勧奨を実施。主治医がいる方は主治医へ相談、主治医がいない方は eGFR、尿蛋白の結果に応じ、CKD 登録医、腎臓診療医へ紹介を行う</p> <p>②CKD・糖尿病性腎臓病病診連携を推進するため、年 1 回病診連携登録医事業説明会及び症例検討会を実施する</p> <p>③紹介基準により CKD・糖尿病性腎臓病登録医が腎臓診療医に紹介した場合は、CKD・糖尿病性腎臓病登録医から様式 2（FAX 連絡票）にて報告を受け、紹介人数の把握を行う（令和 3 年度からは腎臓診療医から報告を受ける）</p> <p>④年に 2 回 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携推進評価委員会を実施し、事業の進捗、評価について確認し、検討を行う。</p>
実施時期	通年
評価指標	<p>①ストラクチャー評価：登録医療機関数、登録医数、登録医から腎臓診療医 への紹介件数</p> <p>②プロセス評価：対象者の抽出、紹介基準</p> <p>③アウトプット評価：CKD 重症度分類別受診勧奨件数</p> <p>④アウトカム評価：受診率</p> <p>⑤マクロ評価：新規人工透析導入者数と平均年齢 新規透析導入患者の原因疾患の推移 糖尿病治療者の合併リスクの発症状況 糖尿病治療者の重症化の割合 医療未受診者、治療中断者の割合</p>

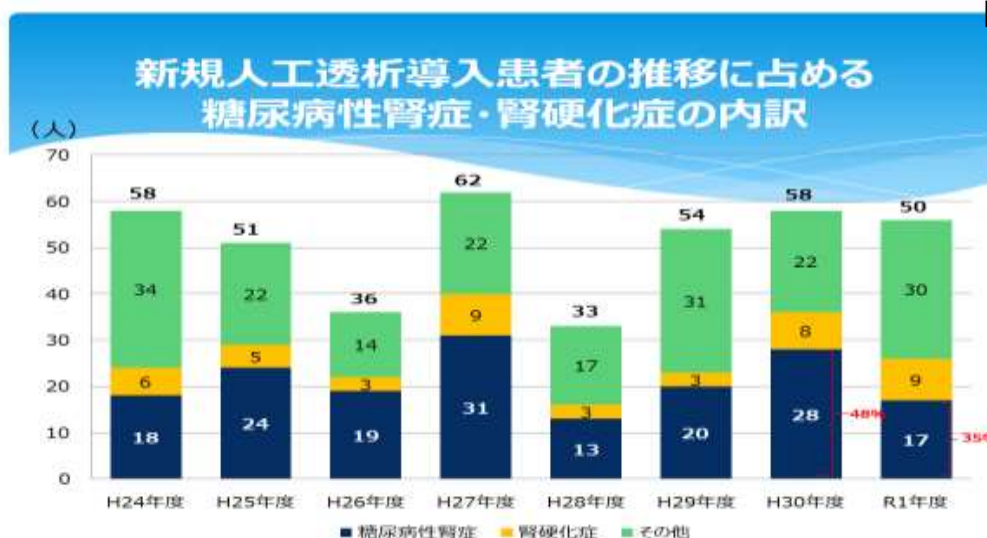


## ② 糖尿病性腎症重症化予防

### (i) 新規人工透析導入者の原因疾患内訳

新規人工透析導入者の原因疾患内訳の推移を表しています。糖尿病性腎症は毎年新規透析導入者の約3割から4割を占めています。令和元年度は新規透析導入者の原因疾患をみると、50名中17名（38%）が糖尿病性腎症となっています。

【図表34】



### (ii) 糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のCKD重症度・尿蛋白の推移

健診受診者からみる糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者のCKD重症度推移においては、高度低下の割合は増加していますが、末期腎不全の割合は減少しています。また健診尿検査においては、尿蛋白2+以上の割合も年々減少しています。しかし、本市の糖尿病性腎症の割合は、患者千人あたり平成28年度1.1から令和元年度2.2へ大幅に増加し（図表9）、県、国よりもかなり高い状況となっていることから、糖尿病性腎症の進行にかかるリスク管理が重要です。（図表35・36）

【図表35】

年度	対象者 人数	eGFR																							
		90		60				45				30				15									
		正常または高値		正常または軽度低下		軽度～中等度低下		G3a再掲 (eGFR・尿蛋白 両方実施)				中等度～高度低下		G3b再掲 (eGFR・尿蛋白 両方実施)		高度低下		末期腎不全							
		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						
R1年度	2,072	1,302	65.7	79	3.8	249	12.0	274	13.2	188	9.1	33	1.6	48	2.3	68	3.3	26	1.3	42	2.0	24	1.2	7	0.3
H30年度	2,112	1,397	66.1	69	3.3	242	11.5	275	13.0	198	9.4	25	1.2	51	2.4	68	3.2	35	1.7	32	1.5	21	1.0	12	0.6
H29年度	2,115	1,351	63.9	80	3.8	226	10.7	329	15.6	227	10.7	38	1.8	64	3.0	76	3.6	43	2.0	32	1.5	19	0.9	10	0.5
H28年度	2,086	1,300	62.9	80	4.3	254	12.3	294	14.2	207	10.0	33	1.6	54	2.6	84	4.1	34	1.6	49	2.3	16	0.8	12	0.6
H27年度	1,972	1,268	64.3	68	3.4	202	10.2	306	15.5	204	10.3	48	2.4	51	2.6	75	3.8	40	2.0	35	1.8	18	0.9	10	0.5

★対象者：特定健診を受診しており、「糖尿病未受診者」「糖尿病治療中断者」「糖尿病または糖尿病性腎症治療中」のいずれかが満たすもの

【図表36】

	健診受診者		糖尿病性腎症重症化								
	予防プログラム対象		尿検査								
			(-)		(±)		(+)		(2+以上)		
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/B)
R1	8209	2099	25.6%	1595	76.0	251	12.0	142	6.8	94	4.5
H30	8586	2112	24.6%	1650	78.1	202	9.6	134	6.3	109	5.2
H29	8827	2115	24.0%	1630	77.1	207	9.8	142	6.7	116	5.5
H28	9220	2066	22.4%	1548	75.0	251	12.1	137	6.6	115	5.6

### (Ⅲ) 糖尿病性腎症の進行にかかるリスク管理状況

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の中で健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスクにおいて、HbA1c 7.0～8.0 未満は増加傾向にあり、8.0 以上は横ばいとなっています。また血圧Ⅱ度以上、LDL 160 以上は経年的に増加傾向にあります。本市の課題である肥満については経年的に横ばいですが、約6割がBMI 25以上の肥満となっています。糖尿病性腎症の進行を抑えるためには、優先順位をつけて対象者を絞り込み、対象者の通院状況や健診結果に合わせて、糖尿病に対する認識や生活状況を踏まえ、保健指導を行っていく必要があります。(図表37～40)

【図表37】

	健診受診者		糖尿病性腎症重症化								
	予防プログラム対象		血糖(HbA1c)								
			6.0 未満		6.0～7.0 未満		7.0～8.0 未満		8.0 以上		
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/B)
R1	8209	2099	25.6%	581	27.8	966	46.2	359	17.2	183	8.8
H30	8586	2112	24.6%	687	32.8	880	42.0	327	15.6	203	9.7
H29	8827	2115	24.0%	600	28.5	916	43.5	383	18.2	207	9.8
H28	9220	2066	22.4%	671	32.6	869	42.2	344	16.7	175	8.5

【図表38】

	健診受診者		糖尿病性腎症重症化								
	予防プログラム対象		血圧								
			正常・正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度		
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/B)
R1	8209	2099	25.6%	1310	62.4	606	28.9	157	7.5	26	1.3
H30	8586	2112	24.6%	1323	62.6	591	28.0	157	7.4	41	1.9
H29	8827	2115	24.0%	1438	68.0	537	25.4	114	5.4	26	1.2
H28	9220	2066	22.4%	1445	69.9	510	24.7	94	4.5	17	0.8

【図表 39】

	健診受 診者	糖尿病性腎症重症化		脂質 (LDLコレステロール)							
		予防プログラム対象		140 未満		140~159		160~179		180以上	
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/B)
R1	8209	2099	25.6%	1606	76.5	299	14.2	129	6.1	65	3.1
H30	8586	2112	24.6%	1653	78.3	273	12.9	117	5.5	69	3.3
H29	8827	2115	24.0%	1670	79.0	263	12.4	125	5.9	57	2.7
H28	9220	2066	22.4%	1665	80.6	247	12.0	101	4.9	53	2.6

【図表 40】

	健診受 診者	糖尿病性腎症重症化		肥満 (BMI)					
		予防プログラム対象		25 未満		25~30 未満		30 以上	
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)
R1	8209	2099	25.6%	896	42.7	867	41.3	336	16.0
H30	8586	2112	24.6%	875	41.1	876	41.5	361	17.1
H29	8827	2115	24.0%	848	40.1	915	43.3	352	16.6
H28	9220	2066	22.4%	873	42.3	832	40.3	361	17.5

(iv) 糖尿病性腎症重症化予防の対象者概数 (令和元年度)

『平成30年度「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究」』に基づき、令和元年度の健診・レセプトデータから対象者を抽出しています。選定基準のA・C・Eに該当する対象者に対しては、受診勧奨を行い医療機関受診へとつなぎます。選定基準B・Dに該当する対象者の中には、不定期受診や対象者が病気の重大性を認識していない場合もあるため、通院状況や本人の腎症に対する認識を確認します。(図表41)

【図表 41】



(v) 医療未受診者・治療中断者の推移

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の「医療未受診者」と「治療中断者」については、保険者支援システムから抽出することが可能で、糖尿病医療未受診・治療中断支援対象者の管理台帳を作成しています。令和2年度より、医療未受診・治療中断の対象者には訪問、電話、レターで介入し、健診や医療受診へつないでいます。(図表42)

【図表42】

	RI
※「当該年度特定健診未受診」かつ「当該年度糖尿病治療レセプトがない」者	75

※【糖尿病性腎症重症化予防プログラム】の対象は、「過去の国保レセプトに糖尿病診断履歴(検査または処方)がある」または「H25年以降の特定健診でHbA1c5.6以上がある」者が抽出される。

データ：保険者支援システムより

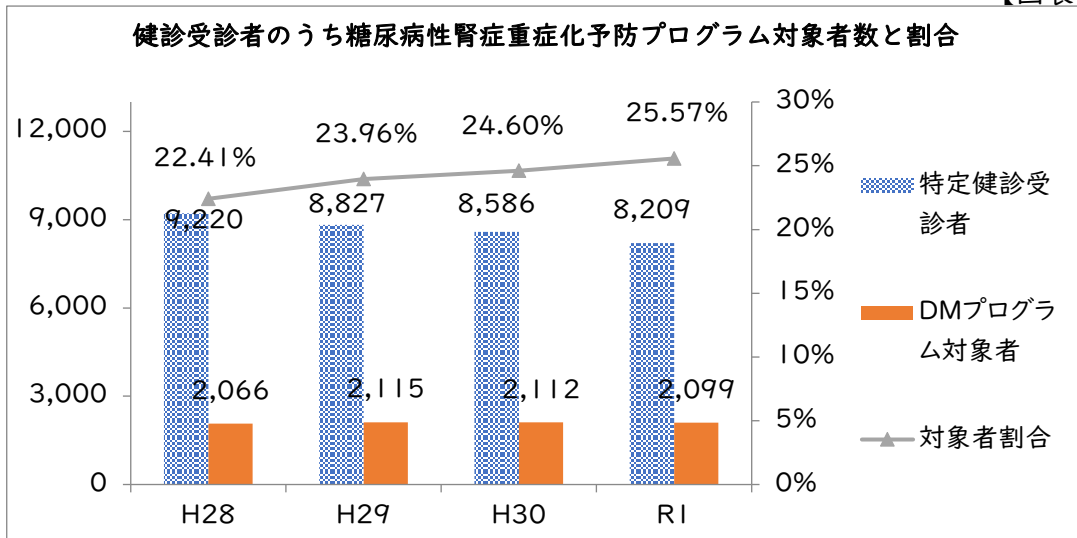
健診受診者の中でもプログラム対象者の割合は年々増加傾向があり、「医療未受診者」と「治療中断者」も年々増加しています。毎年、健診要医療者に受診勧奨し医療につながっていますが、健診未受診になると支援対象者として抽出されず治療状況を把握できない状況が起こることから、対象者の優先順位を決めた上で健診受診の有無に寄らず支援する体制が必要です。まず優先的に取り組む対象を「健診HbA1c8.0以上の者」として過去健診データから抽出し、毎年度健診結果より対象者を加えて永年管理する登録台帳を整え、台帳登録者は、年度や保健指導担当者が変更しても、次の担当者へ引き継ぎ、毎年度の健診受診と医療受診の状況を必ず把握した上で健診受診勧奨、医療受診勧奨を必須とする支援体制にしていきます。(図表43～46)

【図表43】

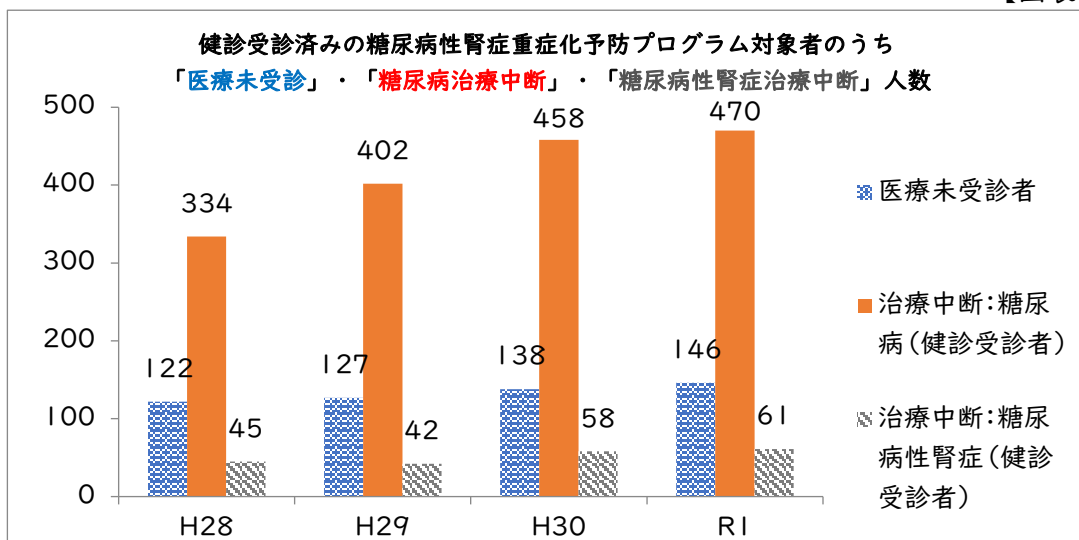
	健診受診者	糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象		医療未受診		治療中断者			
		人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	糖尿病(健診受診者)		糖尿病性腎症(健診受診者)	
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/B)
RI	8209	2099	25.6%	146	6.96%	470	22.39%	61	2.91%
H30	8586	2112	24.6%	138	6.53%	458	21.69%	58	2.75%
H29	8827	2115	24.0%	127	6.00%	402	19.01%	42	1.99%
H28	9220	2066	22.4%	122	5.91%	334	16.17%	45	2.18%

データ：保険者支援システムより

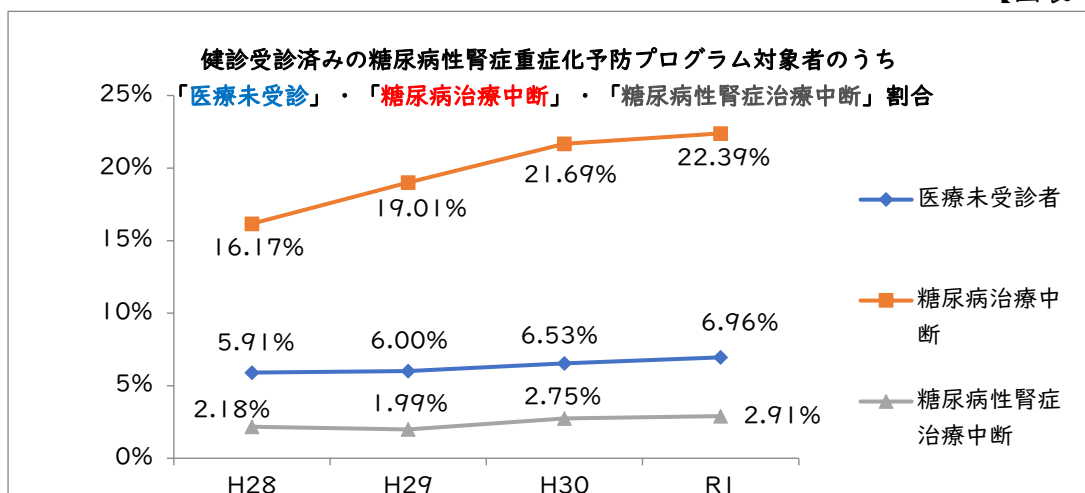
【図表4 4】



【図表4 5】



【図表4 6】



データ：保険者支援システムより

(vi) 今後の保健事業の取り組み

糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、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。(図表47)

【図表47】

対象者	<p>1 医療機関未受診者・治療中断者</p> <p>1) 医療機関未受診者【図表41(A)(C)】 健診受診者のうち糖代謝項目(HbA1c_NGSP6.5以上、空腹時血糖126以上【随時血糖200以上】)が要医療該当者 ※糖尿病性腎症病期に加え、日本腎臓学会CKD重症度分類の視点及びHbA1c8.0以上については優先度を高く設定する。</p> <p>2) 糖尿病治療中断者【図表41(E)】 過去6年間の健診でHbA1c6.5以上の履歴がある者で、直近1年間に健診受診歴がなく、かつレセプト情報における糖尿病受診歴がない者</p> <p>2 糖尿病通院中のうち重症化及び腎機能の低下するリスクの高い者【図表41(B)】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●尿蛋白+以上、eGFR45未満、</li> <li>●BMI25以上</li> <li>●II度高血圧以上</li> <li>●尿酸8.0mg/dl以上</li> </ul>
実施方法	<p>1. 医療機関未治療者や治療中断者に対しては、受診勧奨を行い医療機関受診へとつなげるとともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者1-1)について【図表41(A)(C)】 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 対象者の状況に合わせ、かかりつけ医又は腎専門医への受診勧奨及び保健指導を行う。その中でも尿蛋白+以上、eGFR45未満、eGFR60未満の重なる所見の対象者については強めの受診勧奨を行う。</li> <li>② 食事や運動等の自己管理の重要性を伝える (栄養教室への案内、エコボディーカードの紹介)</li> <li>③ 保健指導実施4ヵ月後レセチェックし受診状況の確認を行う</li> </ul> </li> <li>●対象者1-2)について【図表41(E)】</li> </ul>

	<p>① 糖尿病重症化リスクについて考えてもらい、継続的な受療により重症化を回避できることへの気づきの支援を行う。</p> <p>② 受療行動阻害因子のアセスメントから受診につながるよう対象者と一緒に考えながら、必要があれば継続的な支援を行う</p> <p>③ 保健指導実施 2 ヶ月後健診確認、4 ヶ月後レセチェックを行い受診状況の確認を行う</p> <p>④ 未受診者に対して再度文書等にて受診勧奨を行う</p> <p>2. 重症化リスクの高い者については、対象者の糖尿病に対する認識や生活状況を踏まえ、対象者に寄り添う指導を行うよう心がける。</p> <p>●対象者<sup>2</sup>について【図表4-1(B)】</p> <p>① 受診状況の確認を行う</p> <p>② 生活実態を把握し、糖尿病のコントロール状況、腎機能を守る為に必要な生活管理について対象者の状況に合わせた保健指導を行う</p> <p>③ かかりつけ医や専門医との連携、評価のために、糖尿病連携手帳やおきなわ津梁ネットワークシステムを活用し、対象者並びに医療機関と情報を共有する</p> <p>④ BMI25以上の方については減量に向けた支援を行い(栄養相談への案内、エコボディーカードの紹介等)、3 ヶ月以降に肥満改善の取り組みについて状況の確認を行う</p>
実施時期	通年
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導実施数、受診率、再勧奨率</li> <li>・糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の医療未受診、治療中断者の割合</li> <li>・糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数</li> </ul>

### ③ 肥満解決に向けた対策

#### i) 肥満該当者の状況

平成30年度の健診結果より、メタボ該当者は2032人で23.6%、予備軍は1288人で15.0%となっており、健診受診者全体の中でメタボ該当者・予備軍の割合は38.6%を占めています。メタボ該当者・予備軍の中でBMI25以上の割合をみると、80%以上がBMI25以上の肥満該当者となっています。(図表48)

【現状】

【図表48】

メタボ該当者・予備軍	内訳	
	メタボ該当者	メタボ予備軍
3320人	2032人	1288人
38.6%	23.6%	15.0%



【BMI25以上】

メタボ該当者・予備軍	内訳	
	メタボ該当者	メタボ予備軍
2670人	1660人	1010人
80.4%	50.0%	30.4%

本市の男性の肥満該当者は40～64歳47.3%、65～74歳46.8%となっており、65～74歳については沖縄県よりも肥満該当者が高い割合となっています。40～64歳においては、肥満1度の割合が77.5%で県より高く、65～74歳においては、肥満2度、肥満3度の割合が県よりも高い状況となっています。(図表49)

女性の肥満該当者は40～64歳31.5%、65～74歳41.6%となっており、どちらも県の割合より高い状況ですが、特に65歳～74歳については、県の割合より4%以上差が大きくなっています。女性においては肥満2度以上の割合が県より高い状況となっています。(図表50)

【図表49】

【男性】 検査 測定者数			肥満									
			25～		肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度	
			25～29.9		30～34.9		35～39.9		40～			
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
40～ 64	うるま市	1872	886	47.3%	687	77.5%	165	18.6%	28	3.2%	6	0.7%
	沖縄県	21437	10194	47.6%	7,768	76.2%	1957	19.2%	366	3.6%	103	1.01%
65～ 74	うるま市	2253	1055	46.8%	893	84.6%	143	13.6%	17	1.6%	2	0.2%
	沖縄県	25387	11255	44.3%	9633	85.6%	1427	12.7%	170	1.5%	25	0.22%



【図表 50】

	【女性】 検査 測定者数		肥満									
			25～		肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度	
					25～29.9		30～34.9		35～39.9		40～	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
40	うるま市	1888	594	31.5%	399	67.2%	151	25.4%	30	5.1%	14	2.4%
～												
64	沖縄県	22458	6952	31.0%	5067	72.9%	1460	21.0%	332	4.8%	93	1.34%
65	うるま市	2581	1073	41.6%	836	77.9%	195	18.2%	34	3.2%	8	0.7%
～												
74	沖縄県	29850	11071	37.1%	8634	78.0%	1987	17.9%	377	3.4%	73	0.66%

データ：あなみツール（H30）名簿作成

#### （ii）肥満度分類別有所見状況

肥満は糖尿病や脂質異常症をはじめとした代謝性疾患や、それらを基盤として発症する冠動脈疾患や脳血管疾患のみならず、骨・関節疾患など様々な健康障害を引き起こすリスクとなることから、減量や生活習慣改善に向けた対策を行う必要があります。健診受診者の約半数を占める肥満該当者に対して、重症化リスクの高い集団にターゲットを絞り関わっていくことが求められています。

肥満度分類別健診有所見者状況をみると、肥満該当者における耐糖能異常所見者が73.1%で最も高くなっています。さらに、肥満度が上がるにつれて耐糖能異常の割合も高くなっており、肥満2度以上の約8割が耐糖能異常所見者となっています。肥満、特に内臓脂肪型肥満は、インスリン抵抗性を起こすことにより糖代謝を悪化させ、高血圧、脂質代謝異常の合併リスクや大血管合併症をはじめとする合併症の発症および進展のリスクとなるため、肥満における耐糖能異常所見者へのアプローチは重要です。（図表51）

【肥満度分類別 健診受診者有所見状況（H30年度健診結果）】

【図表51】

健診受診者数(a) (8441)人	BMI	検査測定者数 (a)	低体重		普通体重		肥満											
			～18.4		18.5～24.9		25～		肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度			
			25～29.9		30～34.9		35～39.9		40～									
			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		
	新年度		304	3.6%	4585	54.3%	3552	42.1%	2775	78.1%	640	18.0%	107	3.0%	30	0.8%		
肥満状態改善者		リステロ値以上改善																
再検 肥満 世 リ スク プ	空腹血糖	12.6以上	6,848	11	3.6%	201	4.4%	358	10.1%	249	9.0%	87	13.6%	16	15.0%	6	20.0%	
		HbA1c	5.6以上	8,441	118	38.8%	2,540	56.4%	2,586	71.1%	1,975	71.2%	511	79.8%	84	78.5%	25	66.7%
		16.5以上	8,441	14	4.6%	291	6.3%	614	17.3%	412	14.8%	158	24.7%	31	29.0%	13	43.3%	
	脂質異常症	中性脂肪	150以上	8,441	21	6.9%	834	18.2%	1,097	30.9%	809	29.2%	236	36.9%	42	39.3%	10	33.3%
		HDL	40未満	8,441	4	1.3%	151	3.3%	284	8.0%	198	7.1%	72	11.3%	11	10.3%	3	10.0%
		LDL	140以上	8,441	45	14.8%	1,244	27.1%	1,045	29.4%	828	29.8%	181	28.3%	28	26.2%	8	26.7%
	高血圧	収縮期血圧	135以上	8,441	67	22.0%	1,515	33.0%	1,675	47.2%	1,296	46.7%	304	47.5%	57	53.3%	18	60.0%
		拡張期血圧	85以上	8,441	40	13.2%	900	19.6%	1,000	28.2%	744	26.8%	215	33.6%	31	29.0%	10	33.3%
	高尿酸血症・痛風	尿酸	7.1以上	8,441	15	4.9%	549	12.0%	715	20.1%	533	19.2%	153	23.9%	23	21.5%	6	20.0%
		心電図	異常あり	1039	2	0.7%	13	0.3%	32	0.9%	20	0.7%	11	1.7%	0	0.0%	1	3.3%
	肝機能異常	AST	31以上	8,441	37	12.2%	444	9.7%	630	17.7%	436	15.7%	149	23.3%	35	32.7%	10	33.3%
		ALT	31以上	8,441	24	7.9%	502	10.9%	972	27.4%	682	24.6%	232	36.3%	44	41.1%	14	46.7%
	腎機能異常	20以上*	8,441	78	25.7%	1,754	38.3%	2,175	61.2%	1,641	59.1%	444	69.4%	69	64.5%	21	70.0%	
γ-GT		53以上	8,441	29	9.5%	671	14.6%	859	24.2%	637	23.0%	181	28.3%	32	29.9%	9	30.0%	
腎機能異常	尿蛋白	(+)以上	8,383	8	2.6%	200	4.4%	279	7.9%	191	6.9%	68	10.6%	15	14.0%	5	16.7%	

データ：あなみツール（H30）名簿作成

本市において、レセプト分析（E表：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）より肥満率をみてみると、40～64歳は39.4%、65～74歳は44.2%でどちらの年代においても肥満率は県よりも高くなっています。さらに糖尿病があり合併症を起こして医療受診する割合が40～64歳で54.3%、65～74歳は63.2%で県よりも10%以上高い状況となっています。（図表52）

【糖尿病の医療受診状況（H30年度）】（E表より抜粋）

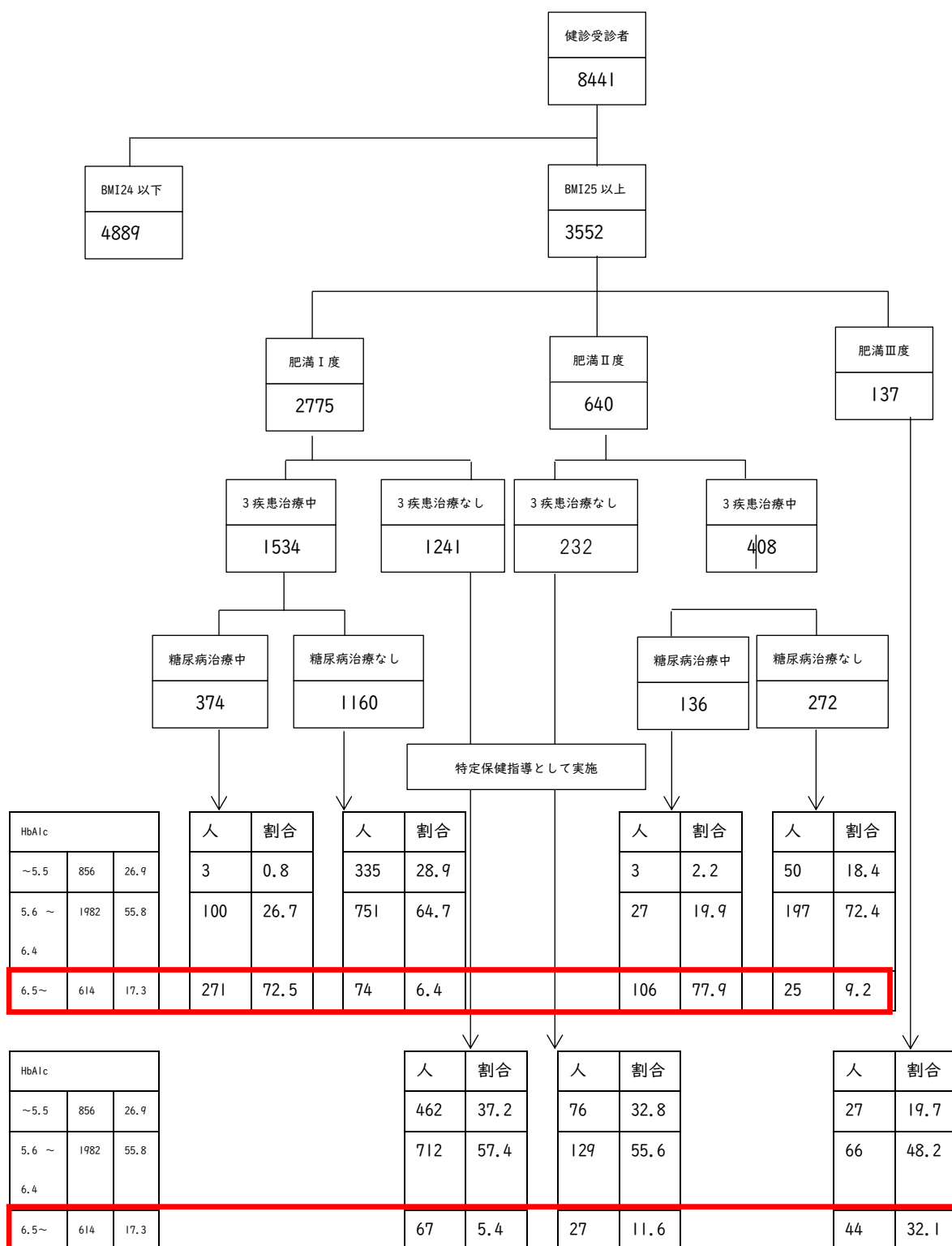
【図表52】

	健診		医療レセプト			
	BMI25以上		糖尿病		糖尿病+合併症	
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
うるま市	39.4%	44.2%	34.7%	38.2%	54.3%	63.2%
沖縄県	39.2%	40.5%	38.2%	41.6%	41.7%	52.7%
(参考) 長野県	25.5%	23.1%	41.1%	42.4%	42.9%	52.5%

データ：E表（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）

肥満症解決のための対象者の明確化

【図表53】



### (iii) 今後の保健事業の取り組み

肥満1度、肥満2度該当者においては、HbA1c6.5以上又はCKD該当者を重症化予防の優先対象として保健指導を実施していきます。(図表54)

【図表54】

対象者	・肥満1度、肥満2度該当者の中でHbA1c6.5以上又はCKD該当者 ・肥満3度、肥満4度該当者の中で65歳未満又は65歳以上で尿蛋白所見がみられる者
実施方法	①3疾患治療のないものは特定保健指導を実施する。 ②3疾患治療中の者 食事や運動等の生活習慣を振り返る中で自分の体と生活の関係を理解し、自分の問題に気づくことができるよう、具体的に実践可能な行動目標及び行動計画をたて、3カ月間の継続支援を実施。加えてHbA1c8.0以上または尿蛋白有所見者に対しては、積極的に管理栄養士による栄養指導を実施する。 ③肥満3度以上の高度肥満者 CKD該当者、心電図有所見者、眼底有所見者、HbA1c8.0以上を確実に医療受診へつなげ、65歳未満の若い年代については、外科療法も視点においた保健指導を実施する。
実施時期	通年
評価指標	保健指導実施数、受診率 次年度健診データの変化

#### ④ 要医療・治療コントロール不良者への対策

##### 高血糖

##### (i) HbA1c6.5 以上要医療者の受診勧奨及び受診者数の推移

健診受診者の HbA1c6.5 以上の要医療者割合は年々増加しています。受診勧奨は HbA1c 6.5 以上の対象者は約 5 割弱にとどまり、HbA1c8.0 以上は 8 割以上に実施し、受診勧奨後、医療受診に至るのは HbA1c8.0 以上の方が高率です。その理由として血糖値が低めの対象者を医療につなぐことが困難な状況があります。高血糖要医療を減少させるには、検査値が極端に高くなくても医療受診の必要性を啓発する必要があり、今後は保険者努力支援制度の評価指標に『HbA1c8.0 以上の未治療者の割合』が加わることから、該当する対象者を確実に医療につなげるよう一層注力していきます。

(図表 5 5 ~ 5 8)

【図表 5 5】

	健診受診者	血糖内服なし	HbA1c6.5 以上		医療受診勧奨		勧奨後医療受診※	
	人(A)	人	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/C)
R1	7950	7101	339	4.3%	157	46.3%	83	52.9%
H30	8269	7462	301	3.6%	148	49.2%	86	58.1%
H29	8482	7570	312	3.7%	167	53.5%	73	43.7%
H28	8716	7964	287	3.3%	139	48.4%	82	59.0%

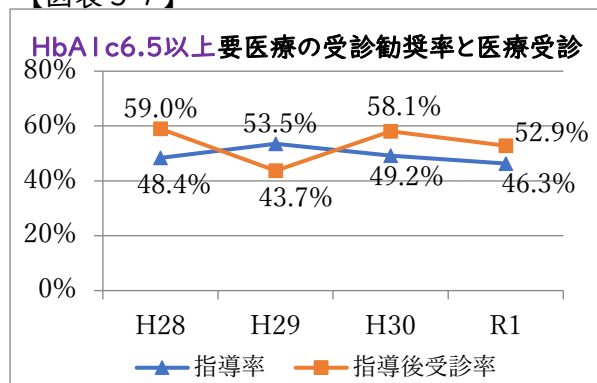
【図表 5 6】

	健診受診者	血糖内服なし	HbA1c8 以上		医療受診勧奨		勧奨後医療受診※	
	人(A)	人	人(B)	割合(B/A)	人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/C)
R1	7950	7101	43	0.5%	35	81.4%	26	74.3%
H30	8269	7462	58	0.7%	42	72.4%	27	64.3%
H28	8716	7964	58	0.7%	44	75.9%	29	65.9%
H29	8482	7570	63	0.7%	42	66.7%	19	45.2%

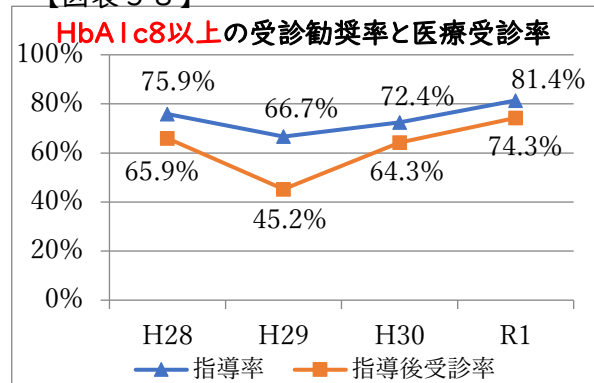
※医療受診は、問診で 3 疾患(血圧・血糖・脂質)内服しない者のみ確認

データ：マルチマーカーより

【図表 5 7】

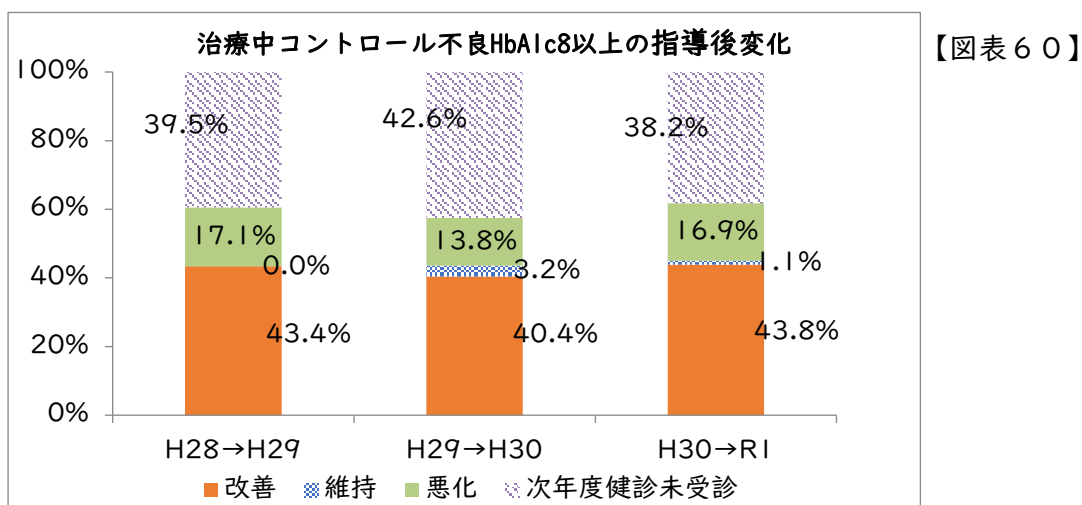
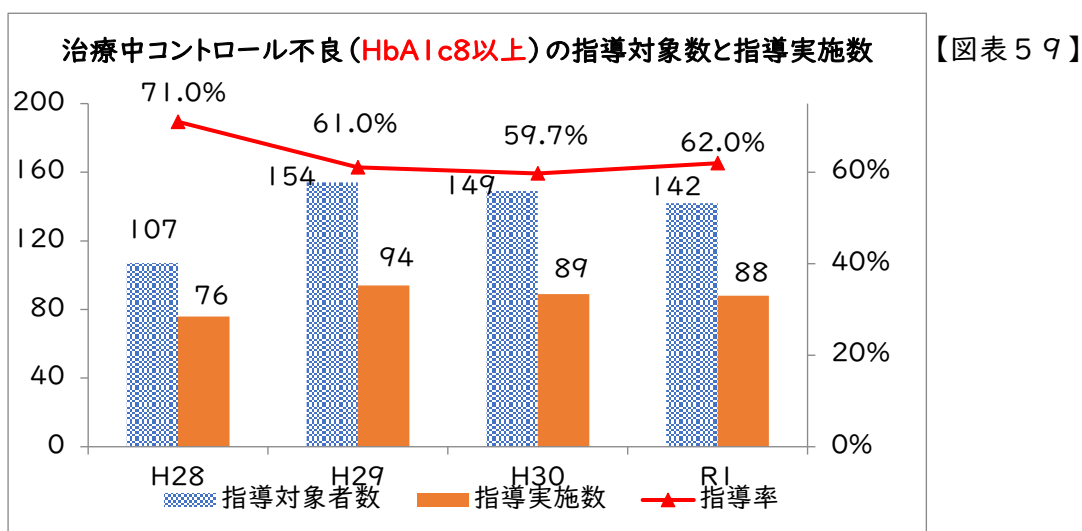


【図表 5 8】



(ii) コントロール不良者の保健指導状況

特定健診の問診項目3疾患いずれか内服（高血圧、高血糖、脂質異常）の治療者について、HbA1c6.5以上の有所見者の中から腎機能低下所見（尿蛋白、eGFR）やメタボリックシンドロームの危険因子などとのかけ合わせで優先順位を定め、保健指導の対象者を抽出しています。特にHbA1cが8.0以上の者は全員を対象者として生活改善指導を実施しており、介入した者の半数近くが次年度健診結果において検査値の改善がみられています。また、次年度健診未受診が約4割存在することから、医療受診につないでも治療継続がされているのかどうか、血糖管理が十分になされているのかどうか、その後の状況把握がしにくい状況がみられます。透析導入に直結する糖尿病性腎症を合併症として起こさないためには、対象者に継続的な健診受診を誘導し、血糖管理及び治療継続状況を把握する必要があります。（図表59・60）



データ：マルチマーカーより

H30年度からR1年度のHbA1c変化をみると、保健指導を実施した者においては指導を実施しないものに比べて、次年度健診において検査値の改善がみられる割合が高くなっています。血糖管理をよくすることは、合併症の進行抑制につながり、糖尿病性腎症重症化予防に寄与することから、健診結果でコントロール不良の者には今後も検査値の高い順に優先的に保健指導を実施していきます。(図表61・62)

【図表61】

保健指導の有無別HbA1cの評価 (H30~R1 健診 HbA1c 変化)

保健指導あり		改善 (0.1以上)	変化なし	悪化 (0.1以上)	未受診
合計		134 29.5%	34 7.5%	134 29.5%	152 33.5%
H b A 1 c	6.5~6.9	39 24.1%	16 9.9%	57 35.2%	50 30.9%
		44 26.3%	17 10.2%	60 35.9%	46 27.5%
	7.0~7.9	51 40.8%	1 0.8%	17 13.6%	56 44.8%
		44 26.3%	17 10.2%	60 35.9%	46 27.5%
	8.0以上	51 40.8%	1 0.8%	17 13.6%	56 44.8%
		51 40.8%	1 0.8%	17 13.6%	56 44.8%

【図表62】

保健指導なし		改善 (0.1以上)	変化なし	悪化 (0.1以上)	未受診
合計		121 27.5%	30 6.8%	140 31.8%	149 33.9%
H b A 1 c	6.5~6.9	45 20.4%	21 9.5%	84 38.0%	71 32.1%
		51 34.5%	7 4.7%	45 30.4%	45 30.4%
	7.0~7.9	25 35.2%	2 2.8%	11 15.5%	33 46.5%
		25 35.2%	2 2.8%	11 15.5%	33 46.5%
	8.0以上	25 35.2%	2 2.8%	11 15.5%	33 46.5%
		25 35.2%	2 2.8%	11 15.5%	33 46.5%

データ：あなみツールより

(iii) 高血糖者の医療のかかり方 (令和元年度：県・同規模比較)

令和元年度の健診受診者で HbA1c7.0 以上の医療の状況を沖縄県、同規模と比較してみると、本市は HbA1c7.0 以上の医療のかかり方として、未治療者は県や同規模より少ないにも関わらず、不定期受診の割合が 35.0%で沖縄県平均よりも高い状況が見られます。

不定期受診には、医師の指示によるものもあると考えられ、一概に問題ある受療行動とは言えませんが、本人がどのような説明を受けているか確認する必要があります。健診受診勧奨後、受診の確認を行い、HbA1c が特に高いハイリスク者に対しては、毎年度の健診受診と医療受診の状況の確認が必要です。(図表 6 3)

【図表 6 3】

	健診 受診者	HbA1c 7.0 以上	医療のかかり方			
			問診結果	レセプト情報		
				未治療 (内服なし)	未治療	治療中断
うるま市	8,089	537	119	35	20	188
	37.7%	6.7%	22.2%	6.5%	3.7%	35.0%
沖縄県	94,389	5,683	1,395	412	216	1,640
		6.1%	24.5%	7.2%	3.8%	28.9%
県内同規模 A	8,428	563	136	49	22	195
	37.7%	6.7%	24.2%	8.7%	3.9%	34.6%
県内同規模 B	5,529	325	69	21	17	88
	35.7%	6.0%	21.2%	6.5%	5.2%	27.1%

【未治療・治療中断・不定期受診の定義の考え方】

※未治療：12 か月間、全く受診がないもの

※治療中断：3 か月以上受診がないもの

※不定期受診：治療中断を除き 6 か月間の受診が 3 回以下（4 月以降糖尿病のレセプトがなく、1 月以降連続してレセプトがある者を除く）



## 高血圧

### (iv) 血圧Ⅱ度以上の状況

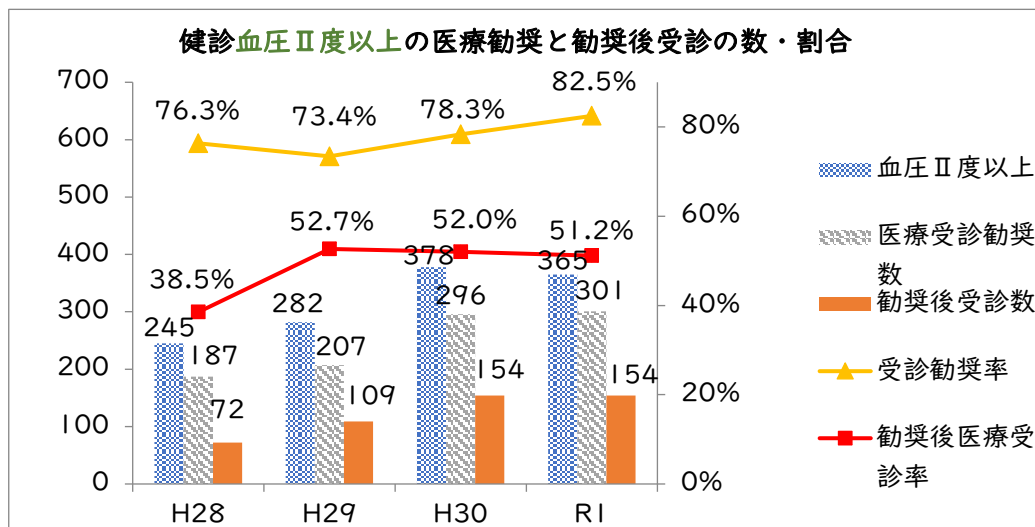
血圧Ⅱ度以上の者の割合は年々増加しており、令和元年度は健診受診者 7,950 人中 609 人 (7.7%) で、そのうち未治療者が 365 人 (59.9%) と約 6 割を占めています。要医療者のうち受診勧奨の保健指導を経て、医療受診につながったものは 154 人 (51.2%) いましたが、受診しない者の理由に、「家庭血圧は正常値 (だから実際は高血圧ではない)、症状がないから必要性を感じない、内服拒否」などが聞かれています。

高血圧状態で長年経過すると、いずれは脳心血管疾患や腎不全につながる危険性があります。うるま市では若年層の早世に心血管疾患が関連し、また高齢期の要介護認定の原因疾患に脳血管疾患が多い状況がみられているため、血圧Ⅱ度以上の未治療者を保健指導対象の優先とし、また血圧Ⅰ度においても、メタボリックシンドロームや高血糖、尿蛋白を併せ持つ有所見者を支援の対象者として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今後も取り組んでいきます。(図表 64・65)

【図表 64】

健診受診者	血圧Ⅱ度以上										
	人(A)	人(B)	割合(B/A)	内服あり (コントロール不良)		内服なし (要医療者)		受診勧奨		医療受診	
				人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/D)	人(F)	割合(F/E)
RI	7950	609	7.7%	244	40.1%	365	59.9%	301	82.5%	154	51.2%
H30	8269	629	7.6%	251	39.9%	378	60.1%	296	78.3%	154	52.0%
H29	8482	460	5.4%	178	38.7%	282	61.3%	207	73.4%	109	52.7%
H28	8716	377	4.3%	132	35.0%	245	65.0%	187	76.3%	72	38.5%

【図表 65】



データ：マルチマーカーより

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244人(40.1%)いました。高血圧の者に対する保健指導では、家庭血圧測定と血圧手帳への記録を促し、自らの血圧状況を把握すること、記録を主治医へ提示して処方薬調整の判断材料にしてもらうことを促しています。また、集団健診において尿中推定1日塩分摂取量検査を実施した者に対しては、その結果に応じた減塩指導を併せて行い、対象者が自ら血圧管理に積極的に取り組めるように促していきます。

平成30年度に保健指導を実施した者と実施していない者とで令和元年度の健診血圧を比較すると、血圧分類が改善している者の割合が保健指導を実施した者において高率でした。今後も、血圧分類の高リスク者へ積極的に保健指導を実施し、脳心血管性疾患や腎不全などの合併症予防に向けて血圧を良好に管理する必要性を啓発していきます。(図表66・67)

【図表66】

保健指導の有無別高血圧分類の評価 (H30~R1 健診高血圧分類変化)

保健指導あり	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	428	368	108	458
	31.4%	27.0%	7.9%	33.6%
I度	236	273	83	284
	26.9%	31.2%	9.5%	32.4%
II度	160	85	25	132
	39.8%	21.1%	6.2%	32.8%
III度	32	10		42
	38.1%	11.9%	0.0%	50.0%

【図表67】

保健指導なし	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	370	309	95	396
	31.6%	26.4%	8.1%	33.8%
I度	320	285	88	322
	31.5%	22.0%	8.7%	31.7%
II度	41	22	7	53
	33.3%	17.9%	5.7%	43.1%
III度	9	2		21
	28.1%	6.3%	0.0%	65.6%

データ：あなみツールより

(v) 高血圧者の医療のかかり方 (令和元年度：県・同規模比較)

令和元年度の健診受診者で血圧Ⅱ度以上の医療の状況を沖縄県、同規模と比較してみると、本市は血圧Ⅱ度以上の医療のかかり方として、未治療者は35.4%、不定期受診の割合が27.8%で沖縄県平均よりも高い状況が見られます。

不定期受診には、医師の指示によるものもあると考えられ、一概に問題ある受療行動とは言えませんが、本人がどのような説明を受けているか確認する必要があります。健診受診勧奨後、受診の確認を行い、未受診者に対しては再度アプローチを行うなど、継続した関わりが必要です。(図表68)

【図表68】

	健診 受診者	血圧Ⅱ度 以上	医療のかかり方			
			問診結果	レセプト情報		
				未治療 (内服なし)	未治療	治療中断
うるま市	8,089	619	372	219	34	172
	37.7%	7.7%	60.1%	35.4%	5.5%	27.8%
沖縄県	94,389	5,745	3,207	1,950	345	1,550
		6.1%	55.8%	33.9%	6.0%	27.0%
県内同規模 A	8,428	719	437	283	45	202
	37.7%	8.5%	60.8%	39.4%	6.3%	28.1%
県内同規模 B	5,529	203	119	70	18	54
	35.7%	3.7%	58.6%	34.5%	8.9%	26.6%

【未治療・治療中断・不定期受診の定義の考え方】

※未治療：12か月間、全く受診がないもの

※治療中断：3か月以上受診がないもの

※不定期受診：治療中断を除き6か月間の受診が3回以下(4月以降高血圧のレセプトがなく、1月以降連続してレセプトがある者を除く)

## LDLコレステロール

### (vi) LDL コレステロール 180mg/dl 以上の状況

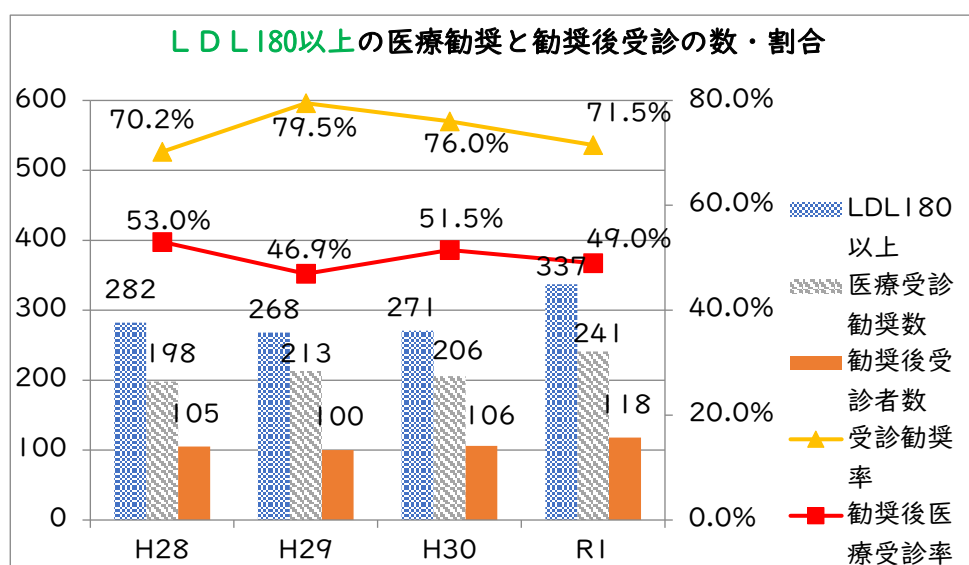
LDL コレステロール 180mg/dl 以上の割合は年々増加傾向にあり、令和元年度は 370 人で健診受診者の 4.7% を占めていますが、そのうち 9 割以上の 337 人が未治療者となっています。内服なしの者（要医療）のうち、保健指導後医療受診をした者は 118 人（49.0%）いましたが、未受診理由には内服拒否、生活改善でよくしたいなどが聞かれています。脂質異常症も脳心血管疾患のリスクであり、重症化予防のために受診の必要性を啓発し、確実に治療へつながる支援を実施していきます。

脂質異常症の内服治療なしでコントロール不良者の割合は減少傾向にありますが、自覚症状がないことから、対象者が内服治療や治療を中断しないよう継続の必要性を理解し取り組んでいく必要があります。（図表 69・70）

平成 30 年度に保健指導を実施した者と実施していない者とで令和元年度の健診 LDL 値を比較すると、LDL 検査値が改善している者の割合が保健指導を実施した者において高率となっていました。（図表 71・72） 【図表 69】

	健診受診者 人(A)	LDL 180mg/dl以上									
		人(B)	割合(B/A)	内服あり		内服なし		受診勧奨		医療受診	
				人(C)	割合(C/B)	人(D)	割合(D/B)	人(E)	割合(E/D)	人(F)	割合(F/E)
R1	7950	370	4.7%	33	8.9%	337	91.1%	241	71.5%	118	49.0%
H30	8269	300	3.6%	29	9.7%	271	90.3%	206	76.0%	106	51.5%
H29	8482	297	3.5%	29	9.8%	268	90.2%	213	79.5%	100	46.9%
H28	8716	314	3.6%	32	10.2%	282	89.8%	198	70.2%	105	53.0%

【図表 70】



データ：マルチマーカーより

保健指導の有無別（脂質）リスク減少の評価（H30～R1 健診 LDL 変化）【図表 7 1】

保健指導あり		改善	変化なし	悪化	未受診
合計		355	306	149	414
		29.0%	25.0%	12.2%	33.8%
LDL	140～159	96	119	88	163
		20.6%	25.5%	18.9%	35.0%
	160～179	178	113	61	172
		34.0%	21.6%	11.6%	32.8%
	180 以上	81	74		79
		34.6%	31.6%	0.0%	33.8%

データ：あなみツールより

【図表 7 2】

保健指導なし		改善	変化なし	悪化	未受診
合計		283	306	177	352
		25.3%	27.4%	15.8%	31.5%
LDL	140～159	223	262	163	273
		24.2%	28.4%	17.7%	29.6%
	160～179	40	26	14	46
		31.7%	20.6%	11.1%	36.5%
	180 以上	20	18		33
		28.2%	25.4%	0.0%	46.5%

(vii) 今後の保健事業の取り組み

健診結果より血圧Ⅱ度以上の未治療者が約 5 割以上、LDL コレステロール 180 以上では未治療者が約 9 割以上となっていることから、確実な受診勧奨及び受診確認を実施していきます。（図表 7 3）

【図表 7 3】

対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HbA1c6.5 以上、空腹時血糖 126 以上【随時血糖 200 以上】</li> <li>・ 血圧Ⅱ度以上</li> <li>・ LDL コレステロール 160 以上（優先 LDL180 以上）</li> </ul>
実施方法	<p>● 要医療者</p> <p>健診結果から自分の身体で起こっている生活習慣病の発症の可能性とその発症により自分の身体がどうなるかをイメージできるように保健指導を行い、受療行動と生活習慣改善で重症化を回避できることに気づいてもらう</p>

	<p>●治療中断者 受療行動の阻害因子をアセスメントし、どうしたら阻害因子をなくすることができるかを対象者と一緒に考え、継続的な受療と生活習慣改善で重症化を回避できることに気づいてもらう。また健診についても受診勧奨も行う。</p> <p>●集団健診実施者については、健診結果を直接手渡しを行い、確実に医療へつなぐ支援を行う。また高血圧については家庭血圧を測定し記録することを促す</p> <p>●保健指導後4か月後に受診の確認を実施する</p>
実施時期	通年
評価指標	保健指導実施数、受診率、次年度健診データの変化 新規脳血管疾患患者数、新規虚血性心疾患患者数

## ⑤ 心電図検査からの把握

### (i) 心電図検査結果の状況

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の一つです。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図検診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ということから、心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は、血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

また心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い疾患です。その原因として最も多い心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能であり、特にⅡ度高血圧以上の高リスク群については、早めの治療により発症予防することが必要です。

本市においては平成30年度より、特定健診等実施計画において、詳細健診の条件が緩和されたことにより、平成30年度の心電図検査実施者は健診受診者の35.9%に増えており、そのうちST所見があったものは121名4.0%、心房細動所見がみられたものは26名0.9%となっています。令和元年度は、個別医療機関で実施する特定健診の契約変更により、医療機関実施分の心電図結果は含まれておらず、検査実施割合が14.3%と低くなっています。(図表74)

心電図検査結果

【図表74】

	健診受診者数		心電図検査		ST所見		心房細動所見		その他所見		異常なし	
	(人)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
平成28年度	8760	1616	18.4%	30	1.9%	17	1.1%	386	23.9%	1183	73.2%	
平成29年度	8489	1299	15.3%	23	1.8%	6	0.5%	331	25.4%	939	72.3%	
平成30年度	8382	3007	35.9%	121	4.0%	26	0.9%	988	32.9%	1872	62.3%	
令和元年度	8083	1159	14.3%	47	4.1%	14	1.2%	502	43.3%	596	51.4%	

### (ii) 要精査者医療機関受診状況

平成30年度ST所見がみられた121名中51名は要精査であり、そのうち5人が未受診となっています。令和元年度については47名中20名は要精査であり、そのうち2人は未受診となっています。医療機関未受診者の中には血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。また要精査に該当しないがST所見が見られる方も半数以上おり、健診データをあわせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要があります。(図表75)

心房細動は、平成30年度26名、令和元年度14名が有所見となっています。要精査者のうち1～2名は未受診となっていますが、Ⅱ度以上高血圧の方については、全員医療機関受診につながっていました。要精査者については重症化予防として確実に受診につなぐ必要があります。

新規の虚血性心疾患、脳血管疾患は減少傾向となっていますが、今後も心電図検査と他リスク因子で層別化し、対象者に応じた保健指導を実施していきます。(図表75・76)

ST 有所見者の医療機関受診状況

【図表75】

	ST 有所 見者	要精査なし		要精査あり		医療機関 受診あり		医療機関 受診なし	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
平成30年度	121	70	57.9%	51	42.1%	46	90.2%	5	9.8%
令和元年度	47	27	57.4%	20	42.6%	18	90.0%	2	10.0%

心房細動有所見者の医療機関受診状況

【図表76】

	心房細 動有所 見者	要精査なし		要精査あり		医療機関 受診あり		医療機関 受診なし	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
平成30年度	26	16	61.5%	10(2)	38.5%	8(2)	80.0%	2	20.0%
令和元年度	14	6	42.9%	8(3)	57.1%	7(3)	87.5%	1	12.5%

※ ( ) 内はⅡ度高血圧以上を再掲

### (iii) 今後の保健事業の取り組み

新規の虚血性心疾患、脳血管疾患は減少傾向となっていますが、心電図検査と他リスク因子で層別化し、対象者に応じた保健指導を実施していきます。 【図表77】

対象者	・ ST 有所見者 ・ 心房細動有所見者
実施方法	・ 心電図有所見者は内服の有無に関わらず保健指導を実施する ・ 集団健診実施者については、健診結果を直接手渡しで行い、確実に医療へつなぐ支援を行う ・ 保健指導後4か月後に受診の確認を実施する
実施時期	通年
評価指標	保健指導実施数、受診率、新規虚血性心疾患患者数



## (2) ポピュレーションアプローチ

生活習慣病を予防するためには、運動習慣や食生活を含めた適切な生活習慣の維持、またはそれに向けた改善が必要です。そのため、本市では各種運動教室等を無料で実施し被保険者が適切な生活習慣を獲得できるようサポートします。

さらに、状態に応じた保健指導を行うことも重要となってきます。(図表78)

生活習慣病発症予防のための運動教室

【図表78】

事業名	目的	対象者	事業内容
エクササイズ教室 (JOY BEAT)	健康意識の向上と健康的なライフスタイルへの変容及び特定健診受診率の向上	生活習慣病 予備軍	1クール(3ヶ月)を年3回実施 ・3Dコンテンツ「JOY BEAT」を利用した運動実技
出張ウォーキング 指導	運動を始めるきっかけづくりとして、個々に合わせたウォーキング法を指導。運動習慣と健康維持、特定健診受診率向上へ繋げる。	国保被保険者	【個別・グループ指導】 週に1回を2か月間実施 運動と健康などの座学、体力測定、実技を実施
動作法教室	痛みを改善し運動機能の低下を防ぎ、身体活動の増加、ストレスや不安の軽減、日常生活の中で健康づくりを自ら維持する	国保被保険者	カミの気づき、腕上げ、肩上げ、開き・股関節のゆるみ、三点曲げ立ち座り・重心移動など個別で指導を実施
パーソナル トレーニング教室	健診結果を基に個別に運動指導、栄養指導を行い生活習慣病の予防と数値の改善を行う。	国保被保険者 (生活習慣病 予備軍)	週1回程度の指導を3回行い、個別プログラムを3か月継続し体組成評価を行う
スタジオ エクササイズ教室	健診結果を基に集団で運動指導、栄養指導を行い生活習慣病の予防と数値の改善を行う。	生活習慣病 予備軍	全12回の運動指導、栄養指導を2クール行う。教室の前後で体組成測定を行い評価する。
水中 エクササイズ教室	健診結果を基に集団で運動指導、栄養指導を行い生活習慣病の予防と数値の改善を行う。	生活習慣病 予備軍	全12回の運動指導、栄養指導を2クール行う。教室の前後で体組成測定を行い評価する。

### 第3章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

#### 1. 特定健診の実施

本市の特定健診受診率の変化を見ると、年々わずかに減少しています。特定健診は、生活習慣病の発症や重症化予防の第1段階であることを踏まえ、特定健診受診率の向上は今期データヘルス計画中間評価において、最優先で取り組むべき課題だといえます。

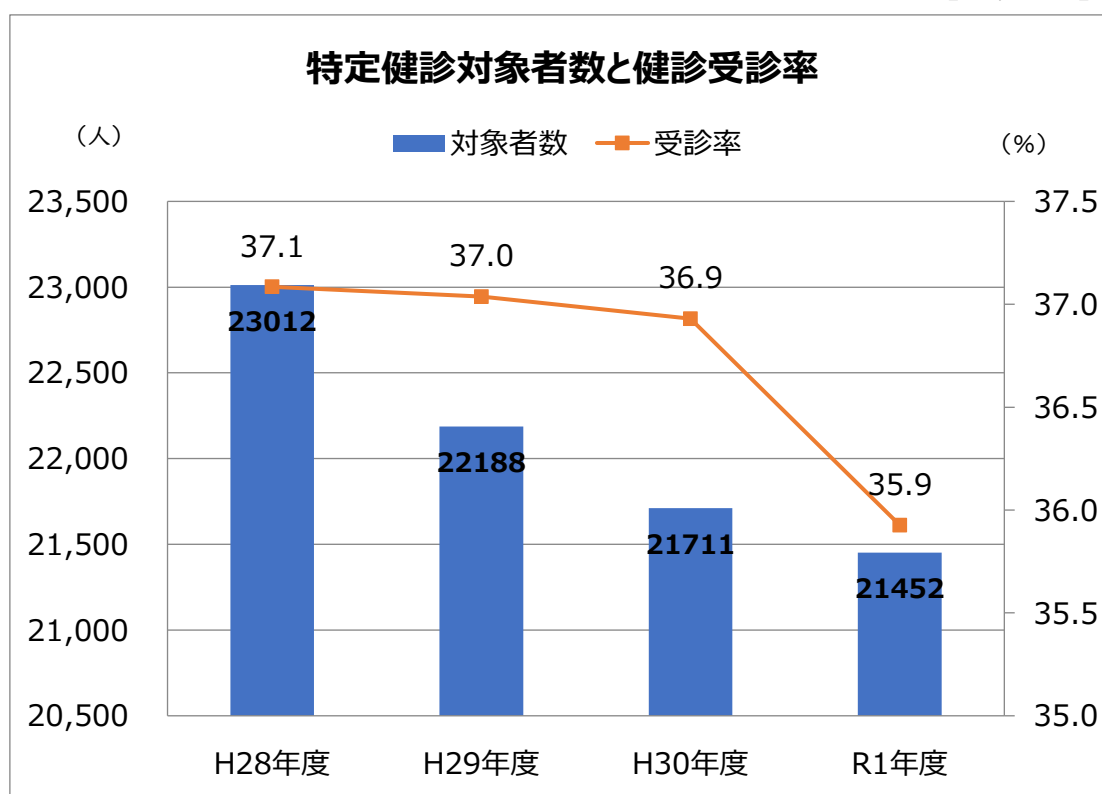
今後、令和元年度より実施しているナッジ理論を用いた受診勧奨通知に加え、周知方法や受診形態について、対象者に合わせた方策を検討する必要があります。(図表79・80)

特定健康診査受診率の推移

【図表79】

	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
対象者数	23,012	22,188	21,711	21,452
受診者数	8,534	8,218	8,018	7,707
未受診者数	14,478	13,970	13,694	13,744
受診率	37.1%	37.0%	36.9%	35.9%

【図表80】



## 2. 特定保健指導の実施

### 1) 特定保健指導の実施率

特定保健指導実施率は目標の60%を継続し達成しています(図表81)。年代別で見ると課題であった40~64歳の働き世代の実施率は伸びている状況です(図表82)。

特定保健指導の有無別の効果を見てみると、翌年の健診リピート率が高いです(図表83)。

図表1 特定保健指導実施率の推移

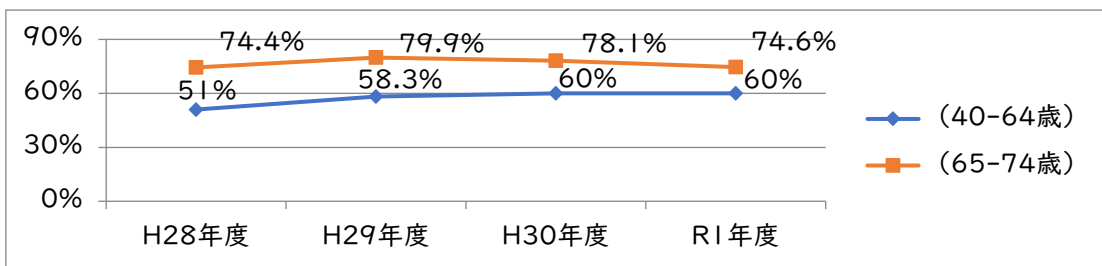
【図表81】

年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度
対象者数	1,495	1,439	1,416	1,297
実施者数	1,053	978	969	872
実施率(うるま市)	60.9%	68.0%	68.4%	67.2%
実施率(県)	56.4%	58.7%	60.0%	63.8%

(特定健診等データ管理システム)

図表2 特定保健指導実施率(年代別)

【図表82】



(特定健診等データ管理システム)

図表3 平成30年度特定健診受診者の翌年健診受診者

【図表83】

	リピート人数	割合
保健指導あり	699	76.7%
保健指導なし	212	23.3%
合計	911	100%

(マルチマーカー)

### 2) 特定保健指導の評価

特定保健指導対象者の減少率は、平成28年度から増加傾向であったが令和元年度においては、減少しています(図表84)。40~64歳で男女とも減少率が低く特に女性において低下率が大きいです(図表85・86)。

特定保健指導有無別階層化の変化を経年で見ると、積極的支援において、指導ありの約半数に翌年の改善がみられます。平成30年度から令和元年度において、指導なしの改善割合がやや高い状況です。動機付け支援においては、指導有無にかかわらず約3割に改善

がみられます（図表 87・88）。

特定保健指導有無別で翌年健診結果の状況を見ると、腹囲・体重においては指導の有無別に差は見られませんでした。HbA1c 値では保健指導ありで改善者の割合が高くなっています（図表 89～91）。また、保健指導ありにおいて、血圧・糖・脂質の項目で要医療者であった者が、翌年に内服が開始された割合が高く、受診につながった状況が見られました（図表 92）。

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率

【図表 84】

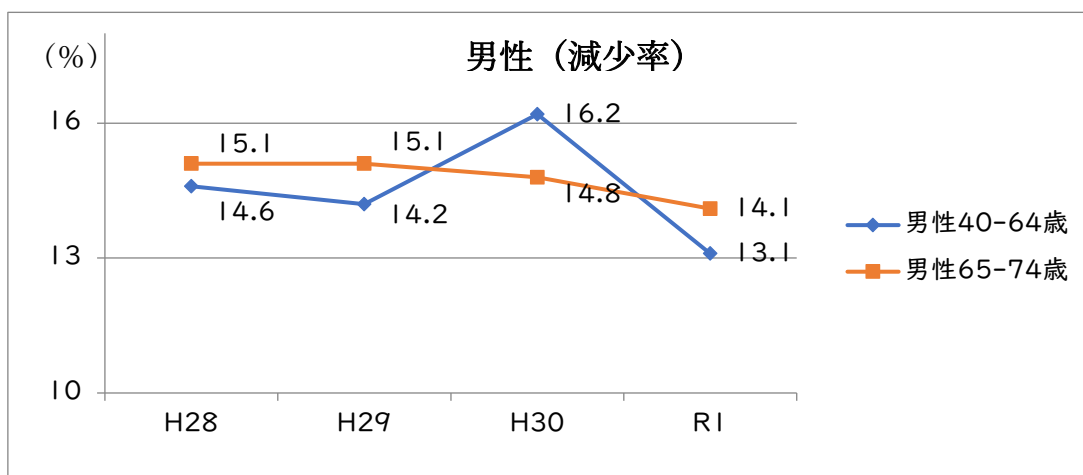
	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度
うるま市	16.8%	16.6%	17.3%	13.8% ↓
県	16.6%	16.5%	16.3%	15.1% ↓

\*昨年度特定保健指導利用者のうち当該年度特定保健指導対象ではなくなった割合。

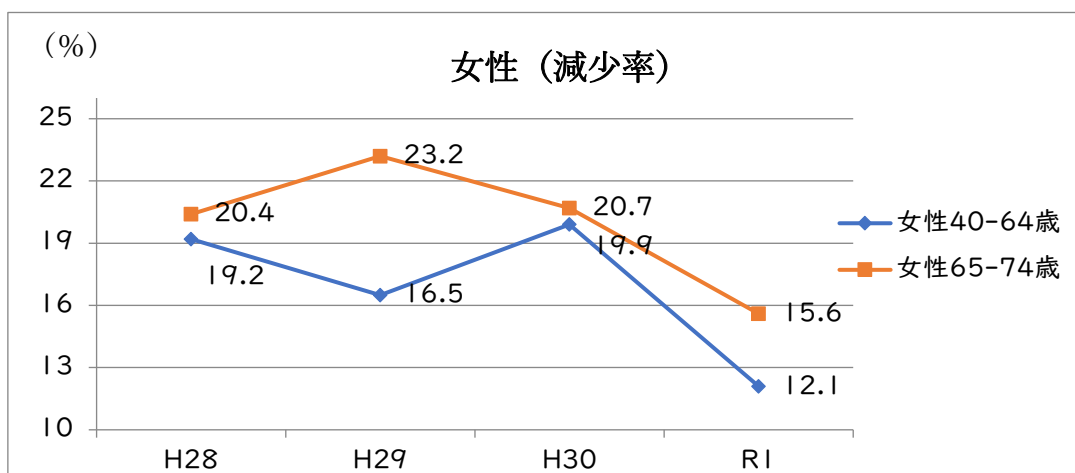
（特定健診等データ管理システム）

特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率（男女別）

【図表 85】



【図表 86】



（特定健診等データ管理システム）

特定保健指導の有無別階層化の変化

【図表 87】

積極的支援（動機付け、情報提供へ）

	指導あり（初回面接実施）	指導なし
H30-R1	89/185 人 (48%)	30/60 (50%)
H29-H30	102/186 人 (55%)	28/64 人 (44%)
H28-H29	113/217 人 (52%)	38/86 人 (44%)

(マルチマーカー)

動機付け（情報提供へ）

【図表 88】

	指導あり（初回面接実施）	指導なし
H30-R1	175/536 人 (33%)	49/140 人 (35%)
H29-H30	186/586 人 (32%)	34/123 人 (28%)
H28-H29	190/561 人 (34%)	57/162 人 (35%)

(マルチマーカー)

特定保健指導有無別評価（H30～R1 健診比較）

① 腹囲・体重の状況

【図表 89】

	計	改善	変化なし	悪化
指導あり	699 人	156 人 (22.3%)	428 人 (61.2%)	115 人 (16.5%)
指導なし	212 人	49 人 (23.1%)	129 人 (60.8%)	34 人 (16%)

\*改善とは(BMI < 30 ⇒ 体重 1 kg かつ 腹囲 1 cm 減少、BMI ≥ 30 ⇒ 体重 2 kg かつ 腹囲 2 cm 減少)

(マルチマーカー)

② 血糖の状況（HbA1c5.6 以上を評価対象とする）

保健指導あり

【図表 90】

		計	0.1 以上改善	変化なし	0.1 以上悪化
H b A 1 c	5.6～6.4	408 人	93 人 (22.8%)	81 人 (19.9%)	234 (57.4%)
	6.5～6.9	21 人	8 人 (38.1%)	3 人 (14.3%)	10 人 (47.6%)
	7.0～	26 人	14 人 (53.9%)	1 人 (3.8%)	11 人 (42.3%)

(マルチマーカー)

保健指導なし

【図表 9 1】

		計	0.1 以上改善	変化なし	0.1 以上悪化
H b A 1 c	5.6~6.4	110 人	24 人 (21.8%)	27 人 (24.6%)	59 人 (53.6%)
	6.5~6.9	7 人	1 人 (14.3%)	2 人 (28.6%)	4 人 (57.1%)
	7.0~	8 人	3 人 (37.5%)	0 人 (0%)	5 人 (62.5%)

(マルチマーカー)

平成 30 年度特定保健指導有無別受診率

【図表 9 2】

	特定保健指導 対象者	要医療	R 1 年度 内服あり	受診率
保健指導あり	699 人	246 人	58 人	24%
保健指導なし	212 人	69 人	12 人	17%

\*内服 (血圧・糖・脂質)

(マルチマーカー)

### 3. 課題と対策

特定保健指導実施率は目標の 60% を継続し達成していますが、特定保健指導の評価から見ると、特定保健指導対象者の減少率の低さが課題となっています。特に女性において低下率が高いため実態把握や対策の検討が必要です。また、メタボリックシンドローム該当者は増加している状況であり、特定保健指導利用者の腹囲・体重の改善割合や血圧・糖・脂質の項目での要医療者の受診率を上げていくことが課題です。

対策として、成果を上げた好事例等の指導内容や教材等(栄養士、健康運動指導士と連携)の検証を重ね、指導マニュアルの改善、指導者のスキルアップの向上に取り組みます。個別指導だけでなく、効果的な集団指導や仲間づくり等について検討していきます。

## 第4章 歯科検診・がん検診の中間評価と課題

### 1. 歯周疾患検診（津堅島）

無歯科医地区である津堅島島民へ口腔衛生の知識普及、予防・早期発見・早期治療を推進し、島民の健康増進向上を目的とし実施しています。対象者は年度末年齢40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の津堅島に住所を有する方で、対象者に対しては受診券を送付し広報を行っています。検診については、たかみね歯科クリニックに委託し、津堅幼稚園にて予約制で実施しており、平成31年度実績は対象者51名に対し、受診者3名となっています。歯科検診の受診率は低く、継続し歯科検診の周知を図る必要があります。

### 2. がん検診

#### (1) がんによる死亡

H25年以降5年間の検診対象がんによる死亡数は毎年150前後で推移しており、大腸がんと乳がんの死亡数が年々増加傾向にあります。(図表93) 【図表9

(人)	胃	大腸	肺	乳	子宮頸	検診がん合計
H25	23	35	53	8	7	126
H26	19	34	71	7	5	136
H27	17	43	67	9	15	151
H28	27	42	54	11	8	142
H29	26	52	55	18	6	157

3】

※人口動態統計より

#### (2) 国保・がん医療費

がん検診が行われている大腸・肺・胃・乳・子宮頸がんにかかる、国保医療費(割合)は表の通りとなっています。本市の経年で、総費用額に占める割合の高いがん種は、大腸・乳となっています。令和1年度の県・国の割合と比較すると、大腸は県より高い状況です。(図表94)

年度	国保・がん医療に係る費用										【図表94】	
	大腸	割合	肺	割合	胃	割合	乳	割合	子宮頸	割合	総費用額(円)	割合
H28	191,139,500	1.70%	96,701,590	0.90%	43,969,960	0.40%	129,025,710	1.20%	10,850,950	0.10%	11,053,977,590	100.0%
H29	256,989,290	2.30%	104,426,350	1.00%	39,512,700	0.40%	109,704,170	1.00%	15,044,810	0.10%	10,938,230,660	100.0%
H30	219,550,650	2.10%	76,301,230	0.70%	26,477,480	0.20%	108,245,850	1.00%	14,330,380	0.10%	10,677,951,010	100.0%
R1	201,442,430	1.80%	107,584,060	1.00%	32,951,000	0.30%	150,243,250	1.40%	23,376,430	0.20%	10,957,994,760	100.0%
R1 県	1,891,102,590	1.60%	1,827,407,300	1.50%	446,545,480	0.40%	1,639,375,400	1.40%	158,288,160	0.10%	120,817,683,930	100.0%
R1 国	185,160,794,580	1.90%	259,876,556,150	2.70%	93,227,743,120	1.00%	142,160,914,610	1.50%	11,929,605,060	0.10%	9,499,247,405,380	100.0%

## (2) がん検診実施方法

平成31年度より集団検診、個別検診の両方を実施することで、受診者数の増加がみられています。胃がん検診については集団検診でのバリウム検査ではなく、個別検診で胃カメラを選択し受診する市民が多く、集団検診での受診は少ない状況となっています。

## (3) がん検診受診率向上の取り組み

- ① 追加検診（ナイト検診）の実施
- ② 婦人がんの土日検診の実施
- ③ がん個別検診の実施
- ④ 胃内視鏡検査の実施（個別）
- ⑤ 健診会場にて託児施設開設
- ⑥ 再勧奨ハガキの対象年齢検討
- ⑦ ポピュレーションアプローチ
  - ・ 広報/HP/facebook/ラジオによるPR
  - ・ 乳幼児健診/各健康教室でチラシ配布
  - ・ 特定健診での婦人がん検診受診勧奨
  - ・ がん検診受診率アップ月間時、うるみんにパネル展示実施
  - ・ 保健所からがん検診推進のためのポスターや勧奨資材を借用予定

## (4) がん検診実績

受診者数、受診率は表のとおりとなっています。平成31年度より肺、胃、大腸がんの個別検診を実施しており、若干受診率の向上がみられますが、目標の県平均には届いていません。（図表95・96）

【平成30年】

【図表95】

国保 加入者	肺がん (40～69歳)		胃がん (50～69歳)		大腸がん (40～69歳)		乳がん (40～69歳)	子宮頸がん (20～69 歳)
	男	女	男	女	男	女	女	女
対象者数	11199	8860	8232	6683	11199	8860	8873	12162
受診者数	1663	1514	398	338	1043	1122	740	1627
2年連続 受診者	-	-	215	155	-	-	14	851
受診率 (%)	14.8%	17.1%	7.0%	8.5%	9.3%	12.7%	16.7%	21.2%



【令和元年】

【図表 96】

国保加入者	肺がん (40～69歳)		胃がん (50～69歳)		大腸がん (40～69歳)		乳がん (40～69歳)	子宮頸がん (20～69歳)
	男	女	男	女	男	女	女	女
対象者数	10229	7994	7525	6047	10229	7994	7994	11093
受診者数	1742	1707	659	634	1236	1342	676	1564
2年連続受診者	-	-	265	234	-	-	15	728
受診率 (%)	17%	21.4%	10.5%	12.2%	12.1%	16.8%	17.5%	22.2%
受診率 (計%)	18.9%		11.3%		14.1%		17.5%	22.2%

※2年に1回行うがん検診の受診率の算定式

$$\text{受診率} = \frac{((\text{前年度の受診者数}) + (\text{当該年度の受診者数}) - (\text{前年度及び当該年度における2年連続受診者数}))}{(\text{当該年度の対象者数})} \times 100$$

※「地域保健・健康増進事業報告作成要領(令和元年度分)」より

5つのがんの平均受診率：令和元年度 16.8%。

※平均受診率の算出方法

$$\text{平均受診率} = \frac{(\text{胃がん検診の受診率} + \text{肺がん検診の受診率} + \text{大腸がん検診の受診率} + \text{子宮頸がん検診の受診率} + \text{乳がん検診の受診率})}{5}$$

※厚生労働省保健局国民健康保険課「2020年度保険者努力支援制度(市町村分)について」より

### (5) プロセス指標

がん検診の目的は、がんを早期に発見し適切な治療を行うことによりがん死亡率を減らすことであり、そのためには質の高い検診を安定的に行う仕組み(精度管理)が必要不可欠です。精度管理の一つである「プロセス指標」は、それぞれの体制の下で行った検診の結果のことで、「精検受診率」「要精検率」「がん発見率」「陽性反応的中度」が挙げられます。「各がん検診に関する精度管理指標と許容値・目標値」を参考に評価を実施し、年齢については、胃がん 50～69歳、子宮頸がん 20歳～69歳、大腸・肺・乳がん 40～69歳で算出しています。(図表 97)

【図表 97】

参考:各がん検診に関する精度管理指標と許容値・目標値						
		胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
要精検率(許容値)		11.0%以下	7.0%以下	3.0%以下	11.0%以下	1.4%以下
精検受診率	許容値	70%以上			80%以上	70%以上
	目標値	90%以上				
がん発見率(許容値)		0.11%以上	0.13%以上	0.03%以上	0.23%以上	0.05%以上
陽性反応的中度(許容値)		1.0%以上	1.9%以上	1.3%以上	2.5%以上	4.0%以上

※厚生労働省「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書(がん検診事業の評価に関する委員会、平成20年3月)によるプロセス指標

【要精検率=要精検者数/検診受診者数×100】	
【精検受診率=精検受診者数/要精検者数×100】	
【がん発見率=がんであった者/検診受診者数×100】	
【陽性反応的中度=がんであった者/要精検者数×100】	

※プロセス指標(要精検率・がん発見率・陽性反応的中度)は受診者の特性に影響を受けるため、数値の単純比較だけで評価することはできない。

### ①胃がん検診について(50~69歳で算出)

胃がん検診において、精検受診率は許容値ではありますが目標値には達していません。しかし県に比べると精検受診率は高い状況となっています。(図表98) 【図表98】

胃(X腺) (※50~69歳)	要精検率(%)	精検受診率(%)	がん発見率(%)	陽性反応的中度(%)
H28	3.6%	88.2%	0.04%	1.20%
H29	4.9%	89.1%	0.09%	1.80%
H30	4.4%	80.5%	-	-
県(H29年度)	5.2%	60.6%	0.03%	0.51%
国(H29年度)	7.1%	83.1%	0.12%	1.74%

※R1年度より個別がん検診、胃内視鏡開始。

※H30年度は、胃がん検診精検結果からの「がん」報告は無し。よって、がん発見率・陽性反応的中度は算出できず。

### ②大腸がん検診について(40~69歳で算出)

大腸がん検診において、精検受診率は許容値ではありますが目標値には達していません。国・県に比べると精検受診率は高い状況となっています。がん発見率・陽性反応的中度は許容値に達しており、国・県より高くなっています。(図表99)

【図表 99】

大腸 (40～69歳)	要精検率(%)	精検受診率(%)	がん発見率(%)	陽性反応的中度(%)
H28	6.7%	71.5%	0.27%	4.00%
H29	7.1%	76.4%	0.35%	5.00%
H30	5.7%	76.1%	0.25%	4.29%
県(H29年度)	6.2%	54.1%	0.12%	1.90%
国(H29年度)	6.0%	69.7%	0.16%	2.75%

※R1 年度より、個別がん検診（大腸）開始。

※受診者に、有症状者（すでに症状があり、本来がん検診の対象でない人）が多い場合や初めて受診する人が多い場合は、がん発見率・陽性反応的中度が高くなる。

### ③肺がん検診について（40～69歳で算出）

肺がん検診において、精検受診率は H30 年度 93% で目標値に達しており、がん発見率・陽性反応的中度ともに許容値に達しており、国・県より高い割合となっています。（図表 100）

【図表 100】

肺 (40～69歳)	要精検率(%)	精検受診率(%)	がん発見率(%)	陽性反応的中度(%)
H28	2.2%	80.6%	0.01%	0.60%
H29	2.9%	75.2%	0.03%	1.00%
H30	1.1%	93.0%	0.05%	4.65%
県(H29年度)	1.5%	61.7%	0.02%	1.31%
国(H29年度)	1.6%	83.0%	0.03%	2.07%

※R1 年度より、個別がん検診（肺）開始。

### ④乳がん検診について（40～69歳で算出）

乳がん検診において、要精検率は国より高く、精検受診率は H30 年度 92.6% で目標値に達しています。がん発見率・陽性反応的中度ともに、国・県より高い状況となっています。（図表 101）

【図表 101】

乳(マンモ) (40～69歳)	要精検率(%)	精検受診率(%)	がん発見率(%)	陽性反応的中度(%)
H28	10.2%	90.9%	0.61%	5.90%
H29	7.6%	93.9%	0.58%	7.60%
H30	8.5%	92.6%	0.37%	4.29%
県(H29年度)	8.7%	79.2%	0.27%	3.42%
国(H29年度)	6.5%	88.5%	0.29%	4.38%

### ⑤子宮がん検診について（20～69歳で算出）

要精検率は、許容値に達していませんが、国・県とほぼ同率となっています。がん発見率・陽性反応的中度は許容値に達していません。（図表102） 【図表102】

子宮(頸) (※20～69歳)	要精検率(%)	精検受診率(%)	がん発見率(%)	陽性反応的中度(%)
H28	2.4%	77.2%	0.08%	3.10%
H29	2.0%	81.3%	-	-
H30	2.4%	81.6%	0.02%	0.90%
県(H29年度)	2.7%	66.5%	0.03%	1.56%
国(H29年度)	2.2%	75.1%	0.03%	1.46%

※H29年度は、子宮がん検診精検結果からの「がん」報告無し。よって、がん発見率・陽性反応的中度は算出できず。

※国立がん研究センターがん登録・統計より「子宮頸がん検診の要精検率は近年増加傾向にあり、国の許容値を満たしていない都道府県が増えている。ただし、要精検率の増加の原因はまだ明確に特定されておらず、今後検討結果を踏まえて国の許容値の見直しが行われる予定」

## 3. 課題と対策

### (1) 正しい精検結果の把握

精検対象者の検診結果に県推奨の「〇〇がん検診精密検査依頼書・精密検査結果報告書（表裏）」を同封してもらうよう、各がん検診実施機関に働きかける。また、報告を受けた検診・精検結果で疑義が生じた場合は、精査医療機関・検査機関への問い合わせや、国保レ情報から、可能な限り精検結果の把握に努める。

### (2) 精検未受診者への精査受診勧奨

精検未受診者に対し、精検受診勧奨を行う。受診した対象者からは「精検受診年月日」「受診した精密検査医療機関」「検査方法」「診断名」を把握する。

### (3) 適切な対象（がん検診対象年齢・無症状者）に向けたがん検診の周知・受診勧奨

- ・（がん検診対象年齢に達し）一度も受診したことがない、また定期的な受診でない対象者へ、がん検診受診勧奨を行う。
- ・有症状者または、以前に精検指示を受けいまだ精検未受診である対象へは、医療機関での診療（または精検）を誘導する。

※病院での診察で異常がないことが確認された後、また継続しての治療・経過観察が終了となった後に、市のがん検診を受診再開されるよう説明。

## 第5章 中間評価と新たな課題を踏まえた目標値の見直し

### 1 短期目標の追加について

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HbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少」（第2章3②参照）、「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」（第4章）、「歯科健診（歯周病健診含む）の実施」（第4章）の4つの目標値について追加しました。

（1）健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合の減少（第2章3②参照）、

（2）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

人生100年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごせる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対して、きめ細かな保健事業と介護予防を実施することが重要です。また、健康寿命延伸プラン実現のためにも、介護予防・フレイル予防、認知症予防が示されています。高齢者は、複数の慢性疾患の罹患に加え、精神・心理的な脆弱性といった多様な課題と不安を抱えやすく、フレイル状態になりやすい傾向にあり、高齢者の保健事業と介護予防の実施に当たっては、身体的、精神的及び社会的な特性（フレイル等）を踏まえ、効果的かつ効率的で、高齢者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな対応を行うことが必要です。こうした状況を踏まえ、高齢者の特性に応じて保健事業と介護予防の取組を効果的かつ効率的に提供していくための体制が整備され、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号。以下「改正法」という。）」が施行されました。

本市においても改正法に基づく高齢者の医療の確保に関する法律、国民健康保険法及び介護保険法の各法の規定に基づき、令和3年度より沖縄県後期高齢者広域連合から事業を受託し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を推進していきます。

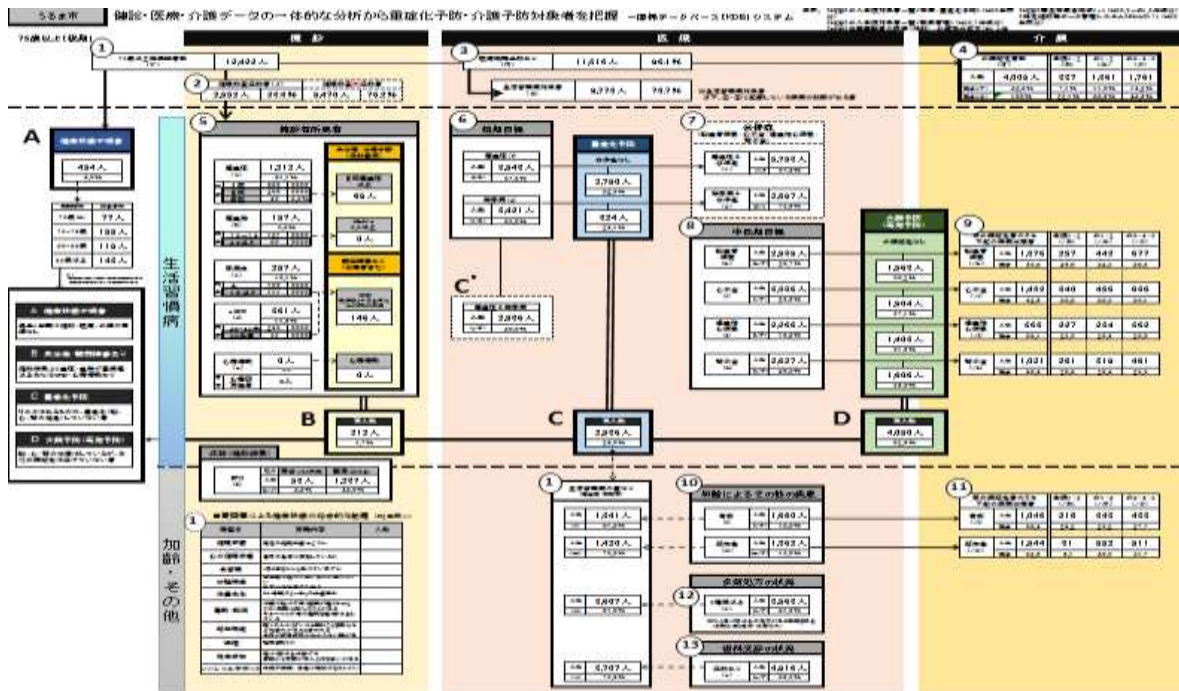
具体的には、健康支援課に長寿健康係を設置し、事業の企画・調整を担当する医療専門職（保健師）にてKDBシステム等を活用し、健診・医療・介護のデータの一体的な分析から、重症化予防・介護予防対象者を把握し（E表）、庁内関係課、関係機関・団体等と連携していきます。

地域を担当する医療・専門職を配置し、糖尿病性腎症重症化予防やその他生活習慣病重症化予防、低栄養の対象者を抽出し個別支援（ハイリスクアプローチ）を行います。必要時、各種サービスのつなぎや地域包括支援センターと連携していきます。

また、高齢者の通いの場における健康相談、健康教育を実施し、併せて通いの場のスタッフ等への健康教育を行います（図表103）

(E表)

【図表103】



①健診・医療・介護の一体的データから市の実態

沖縄県・同規模・国と比較してみました。

健診からみると、高血圧、高血糖、尿蛋白、eGFRと有所見割合が県・同規模と比較し、高い状況にあります。特に肥満に関しては、沖縄県よりも高く同規模の約1.6倍となっています。次に医療の状況を見てみると、高血圧のみの受診は県・同規模と比較して高いが、高血圧+合併症は低い状況になっています。半面、糖尿病に関しては糖尿病のみの受診は低く、糖尿病+合併症の割合が高くなっており、合併症を発症してから治療につながっていることが予測されます。(図表104・105)

1. 健診状況 【図表104】

	うるま市	県	同規模
健診受診率	23.8	28.4	17.8
高血圧	↑ 41.1	36	31.9
高血糖	↑ 5.3	5.3	4.3
尿蛋白	↑ 10.1	11.8	9
eGFR	↑ 11.9	12.9	9.9
肥満 (BMI25以上)	↑ 43.6	41.6	26.6

2. 医療状況 【図表105】

	うるま市	県	同規模
医療機関受診	↓ 95.1	95.5	96.1
高血圧のみ	↑ 87.4	86.4	84.8
高血圧+合併症	↓ 67.4	70.7	68.1
糖尿病のみ	↓ 35	38.5	41.3
糖尿病+合併症	↑ 75.9	76.4	71.5

次に介護の状況からみてみると、県・同規模と比較し介護認定率は高い状況にあり、その中でも要介護3・4・5の割合が高く介護の重度化となっています。また、疾患別で見ると虚血性心疾患、骨折、認知症の割合が県・同規模と比較して高い状況になっています。

骨折・認知症の生活習慣病の重なりでは、認知症は生活習慣病の割合が低く、高血圧や糖尿病等認知症に関連する疾患が治療につながっているか等適正医療の課題があります。

(図表106)

健診・医療・介護の課題は、一連でつながっていることが伺え、医療費の伸びや介護給付費の適正化のためには若い頃からの生活習慣病予防・重症化予防に取り組み、75歳を過ぎても断絶することなく継続した支援を行っていきます。

3. 介護状況						
	うるま市	県	同規模			
介護認定率	↑ 32.3	29.7	31.2			
要支援1・2	7.1	7.1	9.1			
要介護1・2	11	10.1	11.4			
要介護3・4・5	↑ 14.2	12.5	10.7			
脳血管疾患	46.8	41	46.7			
心不全	42.9	38.6	41.3			
虚血性心疾患	↑ 38.1	34.4	36.9	※骨折・認知症の生活習慣病の重なり		
腎不全	40.4	39.4	42.6	うるま市	県	同規模
骨折	↑ 63.4	57	56	81.3	81.7	81.7
認知症	↑ 82.9	77.9	81.3	↓ 76.3	79.5	80

【図表106】

②今後の保健事業の取り組み

【図表107】

対象者	75歳以上の後期高齢者
実施方法	1、KDBシステム等を活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握 2、事業の企画・運営 3、高齢者に対する支援 1) ハイリスクアプローチ（個別支援） (1) 糖尿病性腎症重症化予防： うるま市糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者に基づく (2) その他の生活習慣病重症化予防： 高血圧、CKD、心電図異常 (3) 低栄養：BMI18.5未満 2) ポピュレーションアプローチ（フレイル予防） (1) 高齢者の通いの場における健康相談・健康教育 (2) 運営している関係者・関係機関との情報交換、健康教育 4、関係各課における庁内連携会議の開催 5、医療関係機関・関係団体との連携
実施時期	令和3年4月より実施
評価指標	1、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版に基づく ※上記以外で、地域課題の分析から見えるうるま市の特徴を評価指標の追加

(3) 5つのがん検診の平均受診率(第4章参照)

(4) 歯科検診(歯周病検診含む)の実施(第4章参照)

## 2 短期目標の変更について

(1) 保険者努力支援制度における評価指標との整合性により「メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合30%未満に減少」を、「健診受診者のメタボ該当者、予備軍の割合を25%減少する」に変更(H28年度初期値38.2%→R5年度目標値28.7%)。

(2) 保険者努力支援制度における評価指標との整合性により、各がん検診受診率を「5つのがんの平均受診率25%」に変更。



## 第6章 計画の運用について

計画の内容については、国保被保険者代表、保険医、保険薬剤師代表、公益代表で構成される「うるま市国民健康保険運営協議会」や健康づくり推進協議会等で周知を行います。また第2期データヘルス計画の最終年度である2023年度（令和5年度）に最終評価を行います。