

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 宜野湾市

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	8
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	27
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	45
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第 5 章 地域包括ケアに係る取組	65

第 6 章 計画の評価・見直し	67
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	69
参考資料	70

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

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「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なりました。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなりましたが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行います。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されます。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」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・改善等を行うこととなりました。

宜野湾市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、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保険者の財政基盤強化を図られることを目的としています。

2 計画の位置付け

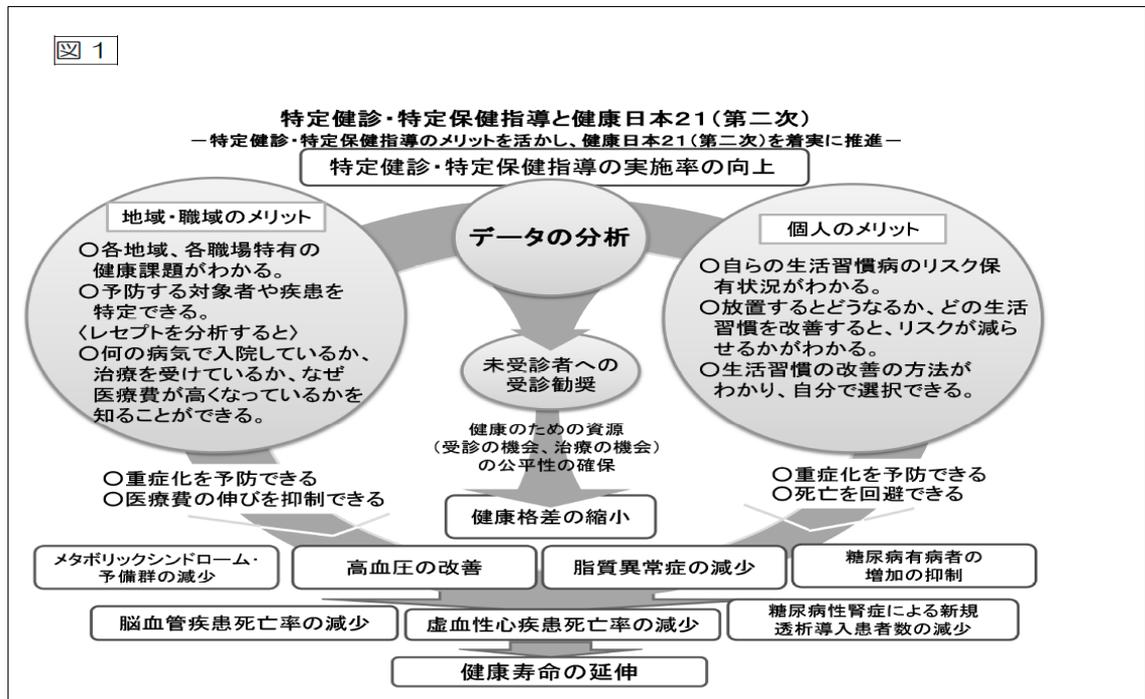
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。（図表1・2・3）

【図表1】

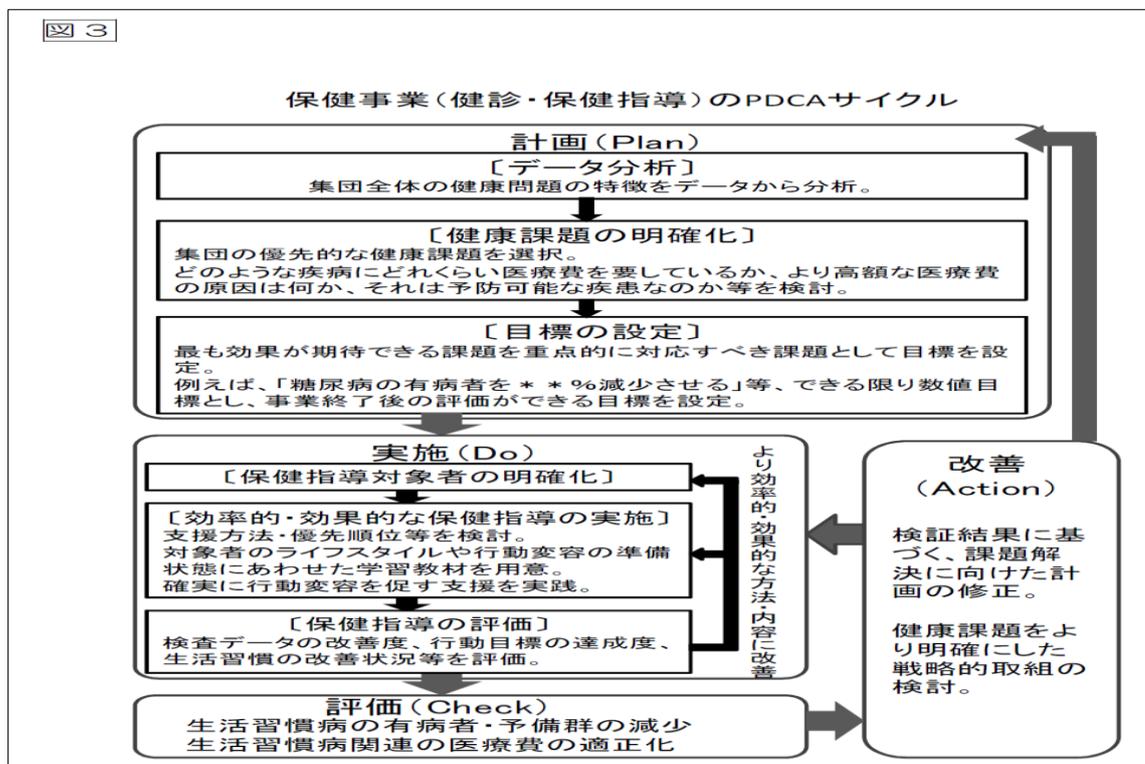
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施等に関する指針(一部改正)	厚生労働省 老健局 平成29年3月 介護保険事業における保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防策をとり、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会連帯能力が向上するものとする。生活習慣の改善及び社会環境の整備に関する施策を重視する。	生活習慣の改善による慢性疾患等の発症予防や重症化を防止することができ、さらに重症化や合併症の発症を防止し、入浴意欲を高めることなどが、高齢者の生活の質の維持および向上に繋がると期待される。特定健康診査は、高齢者の生活習慣病の発症や重症化を防止することによって、データヘルス計画の一環として、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするのを、積極的に推進する目的で行うのである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び病状予防の取り組みについて、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目標とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、社会連帯能力を高めること等の予防策又は、要介護状態等の防止もしくは重症化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないよう努めるとともに、良質かつ適切な医療を確保するための施策を推進する。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための施策を推進する。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年期 、 高齢期)に按じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える若年(若年)世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタボヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 老老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統認知症、痴呆性神経変性症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	心臓梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※52項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症による慢性腎臓病(CKD)患者数) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑧特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑩特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑪特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑫特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑬特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑭特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑮特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑯特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑰特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑱特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑲特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑳特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉑特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉒特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉓特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉔特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉕特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉖特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉗特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉘特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉙特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉚特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉛特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉜特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉝特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉞特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㉟特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊱特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊲特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊳特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊴特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊵特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊶特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊷特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊸特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊹特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊺特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊻特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊼特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊽特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊾特定健康診査・特定保健指導の実施率 ㊿特定健康診査・特定保健指導の実施率	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査実施率	①生活習慣病の予防・軽減・悪化の防止 ②日常生活における歩数 ③アルーメータ値 ④喫煙 ⑤飲酒 ⑥特定健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査 ⑧特定保健指導率 ⑨健康診査の実化 ⑩生活習慣病の有病者・予備病 ⑪医療費等 ⑫医療費・介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外支 ②一人あたり外支医療費の地域差の縮小 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム患者数の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて変更)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間としています。

4 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体と関係部局の役割

宜野湾市においては、健康増進課が主体となりデータヘルス計画及び特定健康診査等実施計画を策定しますが、市民の健康の保持増進には庁内の関係部局や関係団体が関わっていく必要があります。

本計画の策定にあたっては、国保の被保険者代表、公益代表、保険医・保険薬剤師代表で構成される「宜野湾市国民健康保険運営協議会」に諮り、より実効性のある計画となるよう努めてまいります。

なお、保健事業の実施にあたっては、自治会、婦人会、民生委員、健康づくり推進員、中部地区医師会、委託事業者など関係機関と連携し、より効果的・効率的に行ってまいります。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えます。(図表4)

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等（沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等）との連携・協力が重要となります。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待され、また保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB*の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待されます。

また、平成 30 年度から沖縄県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、沖縄県の関与が更に重要となります。

このため、宜野湾市国保は、本計画に基づく事業実施にあたっては、沖縄県関係課と意見交換・情報共有を図ることで財政運営主体となる沖縄県と連携を図っていく必要があります。

また、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、沖縄県が沖縄県医師会等との連携を推進することが重要です。

国保連と沖縄県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが必要です。

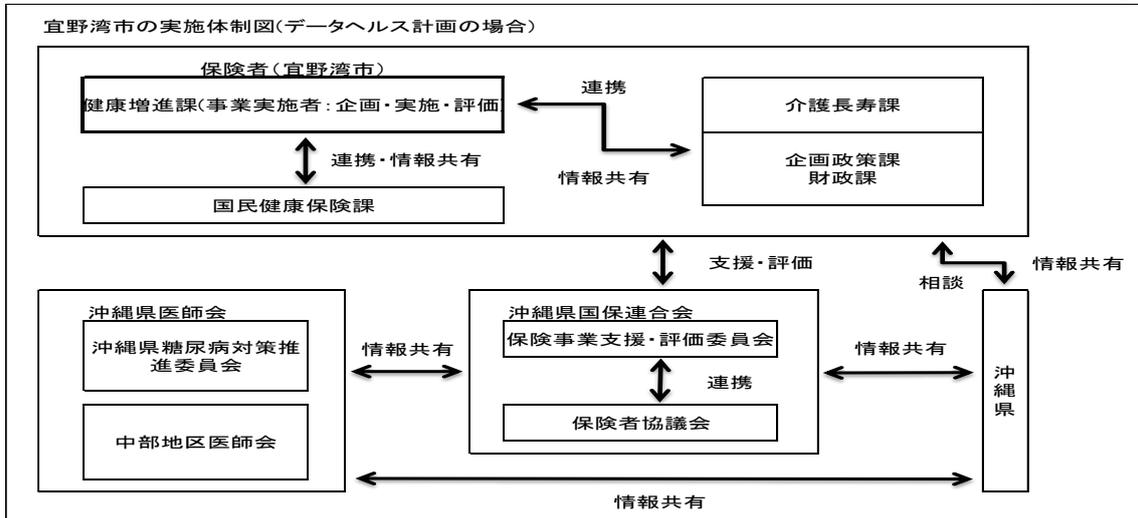
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、沖縄県保険者協議会等を活用しながら、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めていく必要があります。

*「KDB」とは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払及び保険者共有電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療を含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築された国保データベースシステム。同システムを活用することにより、これまで保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが可能とされる。

3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要と考えます。

【図表4】



保健事業実施体制の変遷(保健師の配置状況)

法律と計画の変遷	H15～健康増進法											
	H16～25健康ぎのわん21						H26～H35健康ぎのわん21(第2次)					
	H20～高齢者医療確保法						H25～29第2期特定健診等実施計画					
	H20～24特定健診等実施計画						H26～H29データヘルス計画					
部署	職位	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	
保健相談センター	地区担当 (健康増進課)	課長	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
		係長	2	1	0	0	1	2	2	2	2	3
		主査	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
		職員	10	6	7	7	6	8	8	12	12	12
	小計	12	8	8	8	8	11	11	15	15	16	
	特定健診・ 特定保健指導 (健康支援課)	課長	健康増進 課より 分離	0	1	1	1	0	0	健康増進課へ統合		
係長		1		1	1	1	1					
職員		3		3	3	2	3	3				
小計		4		5	5	4	4	4				
本庁	地域包括・介護予防	小計	1	1	1	1	1	1	2	3	3	
	介護保険	小計	1	1	1	2	2	1	1	1	0	
	障がい(福祉)	小計	3	2	3	4	4	2	2	2	1	
	人事	小計	1	2	1	1	3	3	2	2	2	
その他	教育委員会	小計	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
合計			18	18	19	21	22	22	22	23	24	23

職位別 人数(再掲)	次長	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
	課長	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	係長	3	3	2	2	3	3	4	4	4	4
	主査	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
	職員	15	14	15	16	16	16	16	16	17	17
	合計	18	18	19	21	22	22	22	23	24	23

健康増進課推進係より提供

4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施しています。（平成30年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。本市としても、平成30年度より糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施します。（図表5）

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		1,158	1,945	3,905	
全国順位(1,741市町村中)		1,239	-	-	
共通 ①	特定健診受診率	0	0	0	50
	特定保健指導実施率	15	25	25	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	0	0	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	0	0	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	40	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	0	25	25	25
	個人インセンティブ提供	20	55	55	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0	10	10	35
	後発医薬品の使用割合	22	40	40	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15	50	50	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	25	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	0	0	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	40	40	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			33	50
体制構築加点		70	70	60	60

出典：保険者努力支援制度（市町村分）評価結果内訳

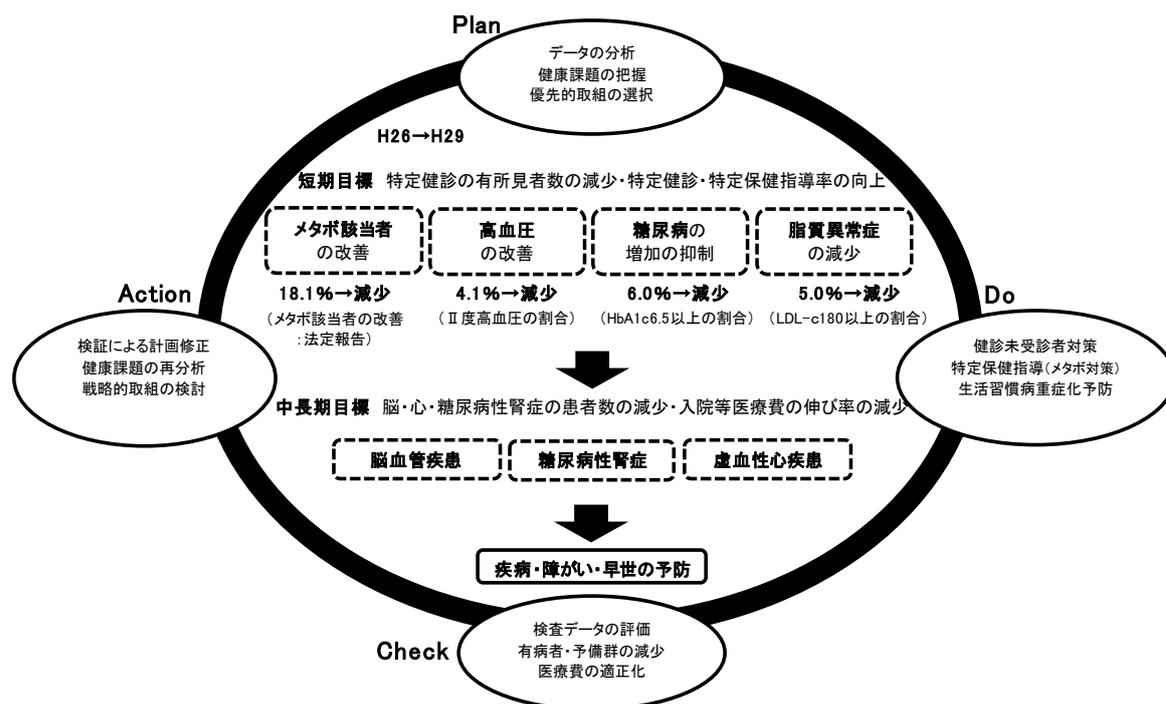
第2章 第1期データヘルス計画に係る評価及び考察と

第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 第1期データヘルス計画の概要

宜野湾市国保では、平成25年度に第1期データヘルス計画を策定し、被保険者の健診・医療・介護保険等のデータを分析し、優先的に取り組む健康課題を抽出し、被保険者の健康の保持増進を図ることで医療費の適正化と健康寿命の延伸（疾病・障がい・早世予防）を目指してきました。（イメージ図）

第1期の計画期間が平成29年度までとなり、平成30年度からの第2期データヘルス計画を策定するにあたり、第1期の評価を行います。評価項目については、下記図にある短期目標と中長期目標となります。



H25 保健事業実施計画（データヘルス計画）より抜粋

2. 第1期データヘルス計画に係る評価及び考察

1) 第1期データヘルス計画に係る評価（参考資料1）

平成25年度と平成28年度の経年比較をみると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少し、死因別でも脳疾患は減少しています。一方、心臓病・糖尿病・腎不全による割合は増加しており、特に、腎不全による死亡においては平成25年度の2倍以上でした。

また、平成28年度の医療費に占める入院費用の割合は、同規模と比べて高く、外来費用の割合においては低いことがわかりました。症状が悪くなってからの受療率の増加や特定健診受診者における医療機関受診率の減少を合わせて考えると、まずは健診受診し、その後の適正な医療受診行動の結果によって、重症化の予防につながるものと推測できます。また特定健診の受診率が低迷していることから、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要と考えます。（参考資料1）

2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

平成28年度の介護給付費は25年度に比べて4億1千万円程度増加しています。1件当たりの給付費で見ると、平成25年度に比べて28年度は減少し、サービス別で見ても居宅サービスや施設サービス共に減少しています。一方、同規模平均と比べると、1件当たりの給付費は高く、サービス別でも給付費が高いことがわかります。

また2号認定者の特定疾病をみると、脳血管疾患で介護を必要とする人の割合が全体の6割を占めていることから、予防可能な疾患である高血圧や脂質異常症等を重症化させないような取り組みが重要と考えます。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	宜野湾市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	44億8028万円	74,062	52,888	285,393	63,212	40,782	284,377
平成28年度	↑ 48億9612万円	↓ 69,620	51,670	276,931	61,245	40,247	278,147

出典：KDB システム「健診・医療介護データからみる地域の健康課題」

第2号認定者の特定疾病

特定疾病項目	H28
脳血管疾患	97人(61%)
関節疾患	12人(7.5%)
初老期における認知症	10人(6.3%)
その他を含めた合計	159人

市介護長寿課より提供

②医療費の状況（図表 7・8）

総医療費について、平成 25 年度に比べ 28 年度は 2,300 万円減少していますが、1 人あたりの総医療費でみると平成 25 年度が 19,074 円、平成 28 年度では 20,703 円と 8.5%増加しています。また平成 25 年度 1 人あたりの医療費の基準を 100 とした場合、H28 年度は 110 となり、被保険者数の減少を考慮しても 1 人あたりの医療費は増えていることとなります。

入院と入院外の医療費をみると、平成 28 年度入院の総医療費が 4,300 万円増加し、入院外の総医療費においては 6,700 万円減少しています。その伸び率においては、入院と入院外で同規模と比べて増加しています。1 人当たりの総医療費においても、平成 28 年度の入院の伸び率が 10%以上増加し、同規模と同様の傾向となっています。これらのことから、症状が悪化してから病院受診し、結果、入院が必要と判断された方が多かったことが考えられます。【図表 7】

医療費の変化

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				宜野湾市	同規模			宜野湾市	同規模			宜野湾市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	72億8700万円				32億6219万円				40億2481万円			
	H28年度	72億6359万円	▲2341万円減↓	0.3%減↓	2.3%減↓	33億0578万円	4359万円増↑	1.3%増↑	2.5%減↓	39億5781万円	▲6700万円減↓	1.7%減↓	2.1%減↓
2 一人当たり 総医療費(円)	H25年度	19,074				8,540				10,530			
	H28年度	20,703	1630円増↑	8.5%増↑	9.0%増↑	9,420	880円増↑	10.3%増↑	8.8%増↑	11,280	750円増↑	7.1%増↑	9.2%増↑

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

出典：KDB システム「地域全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

③中長期的疾患及び短期的な疾患（図表 8）

疾患別にみると、脳血管疾患に係る医療費は平成 25 年度に比べ 28 年度は 1 億円以上減り、またその 1 人あたりの基準も大幅に減少しています。

一方、虚血性心疾患に係る医療費は平成 25 年度に比べ 28 年度は 2,400 万円以上増え、またその 1 人あたりの基準も 130 と県基準の伸び幅よりも非常に高い値を示しています。

慢性腎不全（透析有）においてもその医療費は平成 25 年度に比べ 7,700 万円以上も増加し、1 人あたりの基準も 127 と県基準の伸び幅よりもかなり高い値を示しています。

短期目標疾患である糖尿病について、平成 25 年度に比べて 28 年度の医療費は下がっていますが、1 人あたりの基準で見ると H25 年度よりも高くなっています。しかしその伸び幅は国の基準と比べると低いです。

高血圧については、それに係る医療費とその 1 人あたりの基準は低いです。

脂質異常症について、それに係る医療費は減少し、1 人あたりの基準においても低下しています。国や県の基準では平成 25 年度に比べ増加していますが、市基準では同年度と比べて低くなっているのがわかります。

【図表 8】

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

単位:万円

同規模区分	市町村名	総医療費	被保険者数(人)	一人あたり医療費(円)			中長期目標疾患															
				金額	順位		(中長期・短期) 目標疾患医療費計		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										
国	H25	9兆7,159億円	100	35,851,786	22,383	—	—	2兆4,809億円	100	25.5%	5,237億円	100	5.39%	384億円	100	0.40%	2,534億円	100	2.61%	2,294億円	100	2.36%
	H28	9兆6,880億円	110	32,587,866	24,245	—	—	2兆2,389億円	99	23.1%	5,232億円	110	5.40%	338億円	97	0.35%	2,157億円	94	2.23%	1,976億円	95	2.04%
沖縄県	H25	1204億3069	100	490,333	20,262	—	—	288億4867	100	24.0%	98億8787	100	8.21%	4億0365	100	0.34%	34億7900	100	2.89%	22億5938	100	1.88%
	H28	1204億8441	110	444,291	22,111	—	—	271億1089	104	22.5%	105億8568	118	8.79%	4億2494	116	0.35%	28億7027	91	2.38%	22億3938	109	1.86%
5 宜野湾市	H25	72億8689	100	31,653	19,074	260位	27位	17億8041	100	24.2%	5億3824	100	7.39%	3,350	100	0.46%	2億6277	100	3.61%	1億3850	100	1.90%
	H28	72億6359	110	28,594	20,703	257位	28位	16億1760	102	22.3%	6億1553	127	8.47%	3,566	118	0.49%	1億5363	65	2.12%	1億6283	130	2.24%

同規模区分	市町村名	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													
		金額	割合	金額	割合	金額	割合	割合											
国	H25	5,201億円	100	5.35%	6,098億円	100	6.28%	3,057億円	100	3.15%	2,189億円	100	12.54%	9,119億円	100	9.39%	8,174億円	100	8.41%
	H28	5,235億円	111	5.40%	4,606億円	83	4.75%	2,855億円	103	2.95%	3,787億円	124	14.21%	9,090億円	110	9.38%	8,190億円	110	8.45%
沖縄県	H25	46億4675	100	3.86%	57億2081	100	4.75%	24億4918	100	2.03%	102億7436	100	8.53%	192億4763	100	15.98%	83億6055	100	6.94%
	H28	45億9477	109	3.81%	41億3091	80	3.43%	22億6492	102	1.88%	114億1333	123	9.47%	185億2469	106	15.38%	86億8795	115	7.21%
5 宜野湾市	H25	3億0761	100	4.22%	3億4552	100	4.74%	1億3424	100	1.84%	6億1332	100	8.42%	10億6941	100	14.68%	5億0373	100	6.91%
	H28	2億8934	104	3.98%	2億4542	79	3.38%	1億1515	95	1.59%	6億6183	119	9.11%	10億4108	108	14.33%	5億0795	112	6.99%

※平成25年度の一人あたり医療費を100として、被保険者数の減少を考慮して算出 (H28年度一人あたり医療費÷H25年度一人あたり医療費)

出典：KDB システム「健診・医療介護データからみる地域の健康課題」

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患と脳血管疾患についてみてみると、平成 25 年より平成 28 年度の患者数は減少しているものの、基礎疾患に高血圧や脂質異常症がある人の割合が高く、さらに増加しています。

人工透析の患者については、平成 28 年度では約 3 割が脳血管疾患を、約 5 割が虚血性心疾患を合併し、その割合も増加しています。また基礎疾患に高血圧や糖尿病、脂質異常症の割合も多く、特に高血圧がある人についてはその 9 割を占め、脂質異常症がある人については、64 歳以下で 5 割弱となっています。一方、糖尿病がある人については平成 25 年に比べて平成 28 年は 64 歳以下で減少したものの、65 歳以上で 6 割を超えるようになりました。

【図表 9】

厚労省様式様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	32,019	693	2.2	182	26.3	43	6.2	538	77.6	352	50.8	484	69.8
	64歳以下	26,495	268	1.0	61	22.8	26	9.7	199	74.3	133	49.6	180	67.2
	65歳以上	5,524	425	7.7	121	28.5	17	4.0	339	79.8	219	51.5	304	71.5
H28	全体	29,799	644	2.2	162	↓(25.2)	54	↑(8.4)	502	↑(78.0)	302	↓(46.9)	457	↑(71.0)
	64歳以下	23,703	230	1.0	50	21.7	26	11.3	169	73.5	101	43.9	156	67.8
	65歳以上	6,096	414	6.8	112	27.1	28	6.8	333	80.4	201	48.6	301	72.7

厚労省様式様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	32,019	957	3.0	182	19.0	30	3.1	728	76.1	334	34.9	593	62.0
	64歳以下	26,495	371	1.4	61	16.4	19	5.1	279	75.2	107	28.8	211	56.9
	65歳以上	5,524	586	10.6	121	20.6	11	1.9	449	76.6	227	38.7	382	65.2
H28	全体	29,799	881	→(3.0)	162	↓(18.4)	36	↑(4.1)	674	↑(76.5)	313	↑(35.5)	554	↑(62.9)
	64歳以下	23,703	281	1.2	50	17.8	16	5.7	203	72.2	93	33.1	161	57.3
	65歳以上	6,096	600	9.8	112	18.7	20	3.3	471	78.5	220	36.7	393	65.5

厚労省様式様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	32,019	107	0.3	30	28.0	43	40.2	100	93.5	56	52.3	45	42.1
	64歳以下	26,495	68	0.3	19	27.9	26	38.2	64	94.1	35	51.5	29	42.6
	65歳以上	5,524	39	0.7	11	28.2	17	43.6	36	92.3	21	53.8	16	41.0
H28	全体	29,799	113	↑(0.4)	36	↑(31.9)	54	↑(47.8)	104	↓(92.0)	60	↑(53.1)	50	↑(44.2)
	64歳以下	23,703	63	0.3	16	25.4	26	41.3	57	90.5	28	44.4	29	↑(46.0)
	65歳以上	6,096	50	0.8	20	↑(40.0)	28	↑(56.0)	47	94.0	32	↑(64.0)	21	42.0

出典：KDB システム「厚生労働省様式 様式 3-5～3-7」

3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2~3-4) (図表 10)

目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病では、平成 25 年度より平成 28 年度はその割合が減少し、高血圧や脂質異常症を併発している割合も減少しています。しかし、中長期的な目標でみると脳血管疾患や人工透析の割合が増加し、糖尿病性腎症においては全体で約 4%増加しています。糖尿病は自覚症状がないため重症化して受診する人が多いことが伺われます。

また、高血圧をみると平成 28 年度の割合は 25 年度より減少しており、糖尿病と脂質異常症を併発の割合も減少しています。一方、中長期的な目標疾患である虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析の割合は増加しており、高血圧の重症化が腎へ影響していると考えられます。

脂質異常症をみると、平成 28 年度の割合は減少し、糖尿病や高血圧の併発割合においても減少しています。しかし中長期的な目標疾患である虚血性心疾患や脳血管疾患、人工透析においては増加しています。

中長期的な目標である虚血性心疾患や脳血管疾患、糖尿病性腎症が人工透析の増加に大きく影響していることから、短期的な目標疾患である**糖尿病、高血圧、脂質異常症を重症化させない**ことが課題といえます。

【図表 10】

厚労省様式様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	32,019	1,816	5.7	170	9.4	1,293	71.2	1,197	65.9	352	19.4	334	18.4	56	3.1	154	8.5	
	64歳以下	26,495	881	3.3	90	10.2	585	66.4	557	63.2	133	15.1	107	12.1	35	4.0	78	8.9	
	65歳以上	5,524	935	16.9	80	8.6	708	75.7	640	68.4	219	23.4	227	24.3	21	2.2	76	8.1	
H28	全体	29,799	1,610	↓(5.4)	152	9.4	1,108	↓(68.8)	1,030	↓(64.0)	302	↓(18.8)	313	↑(19.4)	60	↑(3.7)	196	↑(12.2)	
	64歳以下	23,703	693	2.9	69	10.0	429	61.9	441	63.6	101	14.6	93	13.4	28	4.0	94	↑(13.6)	
	65歳以上	6,096	917	15.0	83	9.1	679	74.0	589	64.2	201	21.9	220	24.0	32	3.5	102	↑(11.1)	

厚労省様式様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	32,019	3,876	12.1	1,293	33.4	2,163	55.8	538	13.9	728	18.8	100	2.6	
	64歳以下	26,495	1,868	7.1	585	31.3	967	51.8	199	10.7	279	14.9	64	3.4	
	65歳以上	5,524	2,008	36.4	708	35.3	1,196	59.6	339	16.9	449	22.4	36	1.8	
H28	全体	29,799	3,447	↓(11.6)	1,108	↓(32.1)	1,842	↓(53.4)	502	↑(14.6)	674	↑(19.6)	104	↑(3.0)	
	64歳以下	23,703	1,449	6.1	429	29.6	712	49.1	169	11.7	203	14.0	57	3.9	
	65歳以上	6,096	1,998	32.8	679	34.0	1,130	56.6	333	16.7	471	23.6	47	2.4	

厚労省様式様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	32,019	3,068	9.6	1,197	39.0	2,163	70.5	484	15.8	593	19.3	45	1.5	
	64歳以下	26,495	1,471	5.6	557	37.9	967	65.7	180	12.2	211	14.3	29	2.0	
	65歳以上	5,524	1,597	28.9	640	40.1	1,196	74.9	304	19.0	382	23.9	16	1.0	
H28	全体	29,799	2,666	↓(8.8)	1,030	↓(38.6)	1,842	↓(69.1)	457	↑(17.1)	554	↑(20.8)	50	↑(1.9)	
	64歳以下	23,703	1,133	4.8	441	38.9	712	62.8	156	13.8	161	14.2	29	2.6	
	65歳以上	6,096	1,533	25.1	589	38.4	1,130	73.7	301	19.6	393	25.6	21	1.4	

出典：KDB システム「厚生労働省様式 3-2~3-4」

② リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加していることがわかりました。メタボリックシンドローム該当者の割合も増加していることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態である者が増えていることがわかります。また、メタボリックシンドローム該当者であって、血糖、血圧、脂質の3項目全てに該当している者の合計の割合が男女ともに平成25年度に比べて28年度は高くなっており、その方々をハイリスク者として最優先のターゲットとする必要があると思われます。 【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省6-2~6-7)

☆No.23帳票

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ケアチン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合
男性	合計	931	40.3	1278	55.4	644	27.9	503	21.8	201	8.7	959	41.6	1050	45.5	617	26.7	1029	44.6	545	23.6	1174	50.9	67	2.9
	40-64	520	43.6	675	56.5	396	33.2	329	27.6	112	9.4	460	38.5	435	36.4	348	29.1	481	40.3	337	28.2	670	56.1	20	1.7
	65-74	411	36.9	603	54.1	248	22.3	174	15.6	89	8.0	499	44.8	615	55.2	269	24.1	548	49.2	208	18.7	504	45.2	47	4.2
H25	合計	999	43.1	1,379	59.5	690	29.8	581	25.1	178	7.7	1,022	44.1	1,199	51.7	677	29.2	985	42.5	554	23.9	1,190	51.3	47	2.0
	40-64	516	44.4	692	59.5	409	35.2	381	32.8	103	8.9	474	40.8	510	43.9	376	32.3	428	36.8	311	26.7	634	54.5	9	0.8
	65-74	483	41.8	687	59.5	281	24.3	200	17.3	75	6.5	548	47.8	689	59.7	301	26.1	557	48.2	243	21.0	556	48.1	38	3.3
女性	合計	900	31.5	714	25.0	502	17.6	283	9.9	66	2.3	688	24.1	1,348	47.1	123	4.3	1,064	37.2	401	14.0	1,679	58.7	8	0.3
	40-64	395	27.2	303	20.8	243	16.7	161	11.1	34	2.3	290	19.9	568	39.1	53	3.6	434	29.8	226	15.5	847	58.3	3	0.2
	65-74	505	35.9	411	29.2	259	18.4	122	8.7	32	2.3	398	28.3	780	55.5	70	5.0	630	44.8	175	12.4	832	59.2	5	0.4
H28	合計	860	31.0	667	24.0	473	17.1	338	12.2	53	1.9	728	26.2	1,507	54.3	130	4.7	1,012	36.5	391	14.1	1,533	55.3	9	0.3
	40-64	334	26.7	241	19.2	199	15.9	176	14.1	20	1.6	272	21.7	526	42.0	50	4.0	354	28.3	181	14.5	662	52.9	1	0.1
	65-74	526	34.6	426	28.0	274	18.0	162	10.6	33	2.2	456	30.0	981	64.5	80	5.3	658	43.2	210	13.8	871	57.2	8	0.5

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		人数		割合		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	2,308	28.2	184	8.0%	479	20.8%	28	1.2%	320	13.9%	131	5.7%	615	26.6%	101	4.4%	46	2.0%	294	12.7%	174	7.5%
	40-64	1,194	21	117	9.8%	263	22.0%	16	1.3%	152	12.7%	95	8.0%	295	24.7%	39	3.3%	26	2.2%	153	12.8%	77	6.4%
	65-74	1,114	44.4	67	6.0%	216	19.4%	12	1.1%	168	15.1%	36	3.2%	320	28.7%	62	5.6%	20	1.8%	141	12.7%	97	8.7%
H28	合計	2,318	29.8	176	7.6%	482	20.8%	34	1.5%	311	13.4%	137	5.9%	721	31.1%	113	4.9%	61	2.6%	319	13.8%	228	9.8%
	40-64	1,163	22.7	109	9.4%	254	21.8%	19	1.6%	138	11.9%	97	8.3%	329	28.3%	42	3.6%	39	3.4%	149	12.8%	99	8.5%
	65-74	1,155	43.4	67	5.8%	228	19.7%	15	1.3%	173	15.0%	40	3.5%	392	33.9%	71	6.1%	22	1.9%	170	14.7%	129	11.2%
女性	合計	2,860	36.0	129	4.5%	268	9.4%	9	0.3%	208	7.3%	51	1.8%	317	11.1%	56	2.0%	22	0.8%	163	5.7%	76	2.7%
	40-64	1,454	28.6	68	4.7%	115	7.9%	3	0.2%	88	6.1%	24	1.7%	120	8.3%	22	1.5%	12	0.8%	61	4.2%	25	1.7%
	65-74	1,406	48.9	61	4.3%	153	10.9%	6	0.4%	120	8.5%	27	1.9%	197	14.0%	34	2.4%	10	0.7%	102	7.3%	51	3.6%
H28	合計	2,774	37.0	99	3.6%	232	8.4%	16	0.6%	163	5.9%	53	1.9%	336	12.1%	48	1.7%	16	0.6%	178	6.4%	94	3.4%
	40-64	1,252	28.6	52	4.2%	83	6.6%	7	0.6%	58	4.6%	18	1.4%	106	8.5%	20	1.6%	11	0.9%	45	3.6%	30	2.4%
	65-74	1,522	48.7	47	3.1%	149	9.8%	9	0.6%	105	6.9%	35	2.3%	230	15.1%	28	1.8%	5	0.3%	133	8.7%	64	4.2%

出典：KDB システム「厚生労働省様式 6-2~6-8」

(参考)メタボリックシンドロームの判定基準

腹囲	追加リスク			メタボリックシンドロームの判定
	①血糖	②脂質	③血圧	
男性:85cm以上	2つ以上該当			メタボリックシンドローム該当
女性:90cm以上	1つ以上該当			メタボリックシンドローム予備群

①血糖：空腹時血糖110mg/dl以上

②脂質：中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

※高中性脂肪、低コレステロール血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

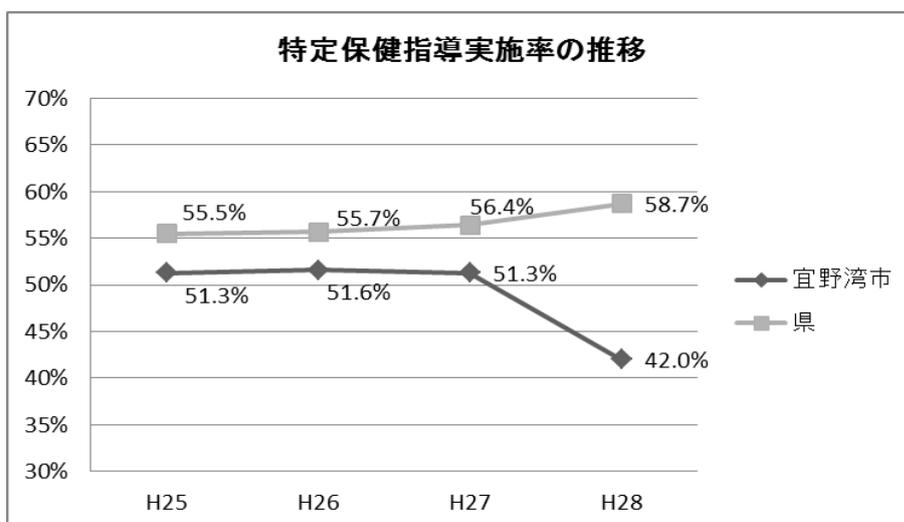
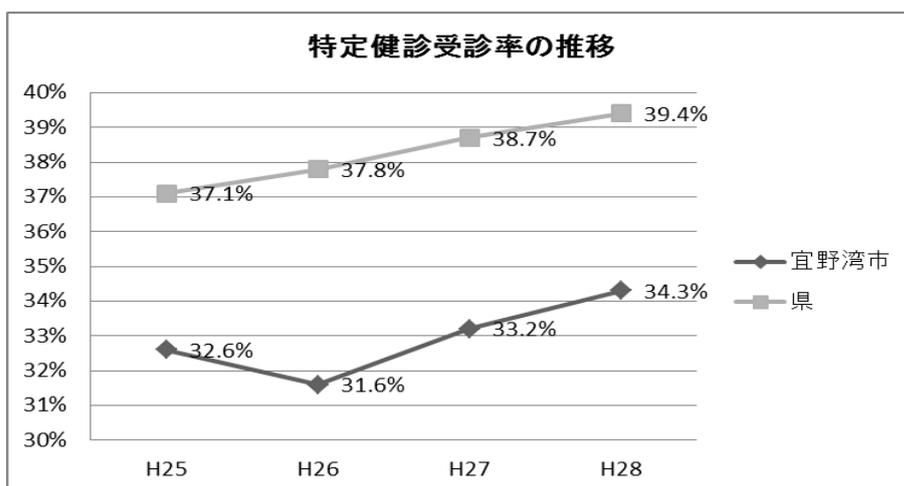
特定健診受診率は増加していますが、特定保健指導率は減少しています。このことから重症化を予防するには、特定健診の受診率向上への取組が重要となります。図表 12 内の受診勧奨者とは健診結果で受診勧奨値だった者の数をいいますが、そのうち、医療機関を受診している割合は平成 28 年度で 50.7%となっています。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

【図表 12】

項目	特定健診					特定保健指導				受診勧奨者	
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率 (%)	県受診率 (%)	同規模内 の順位	対象者数 (人)	終了者数 (人)	実施率 (%)	県実施率 (%)	医療機関受診率	
										宜野湾市	同規模平均
H25年度	15,880	5,169	32.6	37.1	(191位)	824	423	51.3	55.5	(49.7%)	51.1%
H28年度	14,870	5,106	(34.3)	39.4	(206位)	784	329	(42.0)	58.7	(50.7%)	51.6%

出典：KDB システム「健康・医療・介護データからみる地域の健康課題」「地域全体像の把握」



出典：平成 29 年度版 宜野湾市福祉保健の概要

1) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。

その結果、外来受療率の低下、入院医療費の増加、更に介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきました。これらのことから、治療に繋がった後に継続した治療ができているかなど重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者の重要な課題として引き続き取り組む必要があるといえます。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら身体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題であるともいえます。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

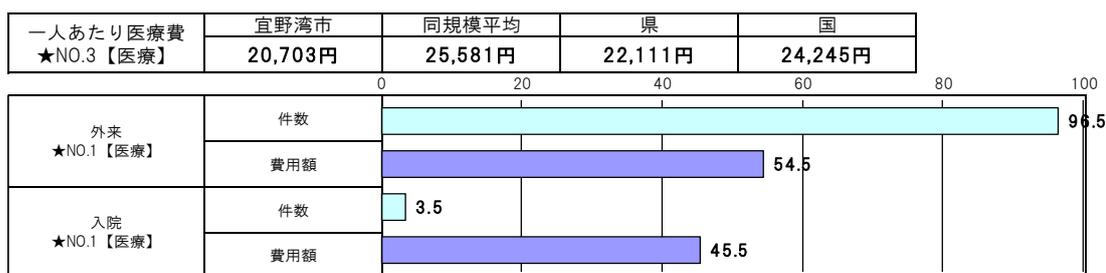
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

宜野湾市の入院の件数における割合は 3.5%で、費用額全体の 45.5%を占めています。入院を減らしていくことは、重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がよいと考えられます。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO 【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

出典：KDB システム「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

平成 28 年度中に 1 件で 200 万円以上となった高額レセプトは 55 件ありました。主病名を分析すると、脳血管疾患が 4 件（7.3%）、費用額は 1,002 万円で全体の 6.2%を占め、次いで虚血性心疾患が 3 件（5.5%）、費用額は 1,066 万円で全体の 6.6%を占めています。脳血管疾患や虚血性心疾患は、動脈硬化を原因とする血管の病気であり、血液の循環不全をまねくため治療が高額となります。これらの病気を防ぐには、動脈硬化のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症、および肥満、とりわけ内臓脂肪型肥満の予防・改善が基本となります。

人工透析は一人あたりの年間医療費がおおよそ 500～600 万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられません。平成 28 年度の宜野湾市国保では年間 124 人（*）の人工透析のレセプトがあり、総額で約 7 億円の医療費がかかっています。透析患者の 55.6%が糖尿病性腎症の治療中であることから、糖尿病を重症化させないことが新規透析導入者を減らすことにつながると考えられます。また、透析患者の 45%が虚血性心疾患を、30.1%が脳血管疾患を合併していることから、血管病変の重症化により更なる医療費の増大を招く恐れがあります。

生活習慣病の治療者数は 6,925 人と被保険者のおおよそ 4 分の 1 を占めています。そのうち高血圧が 49.8%と割合が最も高く、次いで脂質異常症が 38.5%、糖尿病が 23.2%と高くなっています（重複の為 100%を超える）。これは脳血管疾患や虚血性心疾患をすでに発症した場合でも同様で、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症を持つ割合が高くなっていることがわかります。基礎疾患である高血圧や糖尿病、脂質異常症を重症化させないことで、脳血管疾患や虚血性心疾患等の発症を起こさせないことにつながるとも考えられます。

（*について、人工透析患者の全体件数 1,498 件に 12 か月で割る方法で算出）

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	55件	4件 7.3%	3件 5.5%	--
		費用額	1億6,066万円	1,002万円 6.2%	1,066万円 6.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	1,878件	198件 10.5%	164件 8.7%	--
		費用額	9億0,494万円	1億2,322万円 13.6%	1億0,185万円 11.3%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,498件	439件 29.3%	647件 43.2%	805件 53.7%
		費用額	6億9,974万円	2億1,054万円 30.1%	3億1,509万円 45.0%	3億8,893万円 55.6%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症			
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体		6,925人	881人 12.7%	644人 9.3%	196人 2.8%		
		基礎疾患 の重なり	高血圧	674人 76.5%	502人 78.0%	153人 78.1%			
			糖尿病	313人 35.5%	302人 46.9%	196人 100.0%			
			脂質異常症	554人 62.9%	457人 71.0%	148人 75.5%			
		高血圧症	3,447人 49.8%	糖尿病	1,610人 23.2%	脂質異常症	2,666人 38.5%	高尿酸血症	780人 11.3%

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

出典：KDB システム「厚生労働省様式 1-1、2-1~2-2、3-1~3-7」

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

宜野湾市の介護認定率は 7.1%で、そのうち介護度が高い要介護 3～5 が全体の 46.1%を占めています。要介護の原因となる疾患では脳血管疾患が 55.6%と最も多く、心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると 93.7%を占めています。年齢別にみると、1号被保険者の認定率は 20.9%で、その約 5 人に 1 人が要介護認定を受けていることとなります。さらに 75 歳以上に限ると 41.1%と高くなっています。また原因疾患では脳血管疾患が 55.6%と最も多く、心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると、全体と同様 93.7%を占めています。2号被保険者では 0.48%の認定率ですが、そのうちの 37.6%が要介護 3～5 の介護度であり、原因疾患も脳血管疾患が 59.7%となっています。これは、特定健診・保健指導での基礎疾患の発見や介入がその発症を予防し、そして重症化を防ぎ、ひいては介護予防にもつながるといえます。

介護を受けている人とそうでない人の医療費を比べてみると、介護を受けている人は受けていない人より 6,077 円医療費が高くかかっており、それは介護を受けていない人の 2.5 倍です。このことから、**青・壮年期から血管疾患を予防する対策をとることは、将来にかかる医療費および介護給付費の負担軽減の側面からも重要であると考えます。**また、働き盛り世代の医療保険は国保だけではないため、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析・課題共有を図る必要があります。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

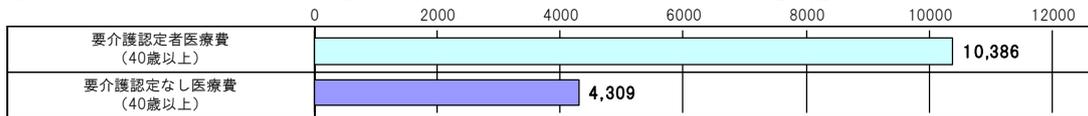
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数	27,920人		7,370人		5,906人		13,276人		41,196人		
認定者数	133人		352人		2,426人		2,778人		2,911人			
	認定率		0.48%		4.8%		41.1%		20.9%			
新規認定者数（*1）		24人		52人		261人		313人		337人		
介護度別人数	要支援1・2		45	33.8%	95	27.0%	417	17.2%	512	18.4%	557	19.1%
	要介護1・2		38	28.6%	113	32.1%	861	35.5%	974	35.1%	1,012	34.8%
	要介護3～5		50	37.6%	144	40.9%	1,148	47.3%	1,292	46.5%	1,342	46.1%

要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
	介護件数（全体）		134		352		2,427		2,779		2,913			
再）国保・後期		62		214		2,091		2,305		2,367				
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	37	59.7%	134	62.6%	1,146	54.8%	1,280	55.5%	1,317	55.6%
			2	虚血性心疾患	11	17.7%	64	29.9%	738	35.3%	802	34.8%	813	34.3%
			3	腎不全	5	8.1%	30	14.0%	299	14.3%	329	14.3%	334	14.1%
		合併症	4	糖尿病合併症	9	14.5%	46	21.5%	225	10.8%	271	11.8%	280	11.8%
	基礎疾患		56		195		1,879		2,074		2,130			
	高血圧・糖尿病脂質異常症		90.3%		91.1%		89.9%		90.0%		90.0%			
	血管疾患合計		58		201		1,959		2,160		2,218			
			93.5%		93.9%		93.7%		93.7%		93.7%			
	認知症		6		66		977		1,043		1,049			
			9.7%		30.8%		46.7%		45.2%		44.3%			
	筋・骨格疾患		48		176		1,951		2,127		2,175			
			77.4%		82.2%		93.3%		92.3%		91.9%			

*1) 新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上
*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



出典：KDB システム「要介護（支援）者認定状況」「要介護（支援）者突合状況」

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診データのうち、有所見者の割合が高い項目を性別、年代別にみると、肥満の指標である BMI25 以上と腹囲基準値以上が全国に比べ顕著に高いことがわかります。加えて内臓脂肪の蓄積に影響を受ける GPT、空腹時血糖、尿酸、LDL (男性) が全国よりも高くなっており、特に空腹時血糖と LDL (男性) は県平均よりも高くなっています。また、男性は女性に比べ有所見率が高く、とりわけ 40～64 歳で GPT の割合が高くなっています。女性は前期高齢者の年代になると、有所見率が高くなる傾向が強いため、閉経後の食生活等の指導が必要だと思われる。

図表 17 では、メタボリック該当者は 65 歳以上の男女ともに割合が高いことがわかります。男女別で見ると、女性は 3 項目全て有所見となる者が 3.4%であるのに対し、男性は 9.8%と女性の約 3 倍になっています。女性は 65～74 歳でメタボリックの該当者及び予備群が増加し、重なる所見も増えますが、男性では 40 代もしくはそれ以前には既に生活習慣病を発症しており、そのため**男性には女性よりも早くその予防対策をとることが必要**になります。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（帳票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
宜野湾市	合計	999	43.1	1,379	59.5	690	29.8	581	25.1	178	7.7	1,022	44.1	1,199	51.2	677	29.2	985	42.5	554	23.9	1,190	51.3	47	2.0
	40-64	516	44.4	692	59.5	409	35.2	381	32.8	103	8.9	474	40.8	510	43.9	376	32.3	428	36.8	311	26.7	634	54.5	9	0.8
	65-74	483	41.8	687	59.5	281	24.3	200	17.3	75	6.5	548	47.4	689	59.7	301	26.1	557	48.2	243	21.0	556	48.1	38	3.3

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3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	人数	割合	人数	割合	人数
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
宜野湾市	合計	860	31.0	667	24.0	473	17.1	338	12.2	53	1.9	728	26.2	1,507	54.3	130	4.7	1,012	36.5	391	14.1	1,533	55.3	9	0.3
	40-64	334	26.7	241	19.2	199	15.9	176	14.1	20	1.6	272	21.7	526	42.0	50	4.0	354	28.3	181	14.5	662	52.9	1	0.1
	65-74	526	34.6	426	28.0	274	18.0	162	10.6	33	2.2	456	30.0	981	64.5	80	5.3	658	43.2	210	13.8	871	57.2	8	0.5

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%									
県	45,914	34.7%	3,286	7.2%	9,707	21.1%	633	1.4%	6,639	14.5%	2,408	5.2%	14,346	31.2%	2,329	5.1%	793	1.7%	6,920	15.1%	4,275	9.3%		
宜野湾市	合計	2,318	29.8%	176	7.6%	482	20.8%	34	1.5%	311	13.4%	137	5.9%	721	31.1%	113	4.9%	61	2.6%	319	13.8%	228	9.8%	
	40-64	1,163	22.7%	109	9.4%	254	21.8%	19	1.6%	138	11.9%	97	8.3%	329	28.3%	42	3.6%	39	3.4%	149	12.8%	99	8.5%	
	65-74	1,155	43.4%	67	5.8%	228	19.7%	15	1.3%	173	15.0%	40	3.5%	392	33.9%	71	6.1%	22	1.9%	170	14.7%	129	11.2%	

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	全国	4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%									
県	51,978	43.1%	1,945	3.7%	4,926	9.5%	251	0.5%	3,570	6.9%	1,086	2.1%	6,659	12.8%	922	1.8%	353	0.7%	3,454	6.6%	1,896	3.6%		
宜野湾市	合計	2,774	37.0%	99	3.6%	232	8.4%	16	0.6%	163	5.9%	53	1.9%	336	12.1%	48	1.7%	16	0.6%	178	6.4%	94	3.4%	
	40-64	1,252	28.6%	52	4.2%	83	6.6%	7	0.6%	58	4.6%	18	1.4%	106	8.5%	20	1.6%	11	0.9%	45	3.6%	30	2.4%	
	65-74	1,522	48.7%	47	3.1%	149	9.8%	9	0.6%	105	6.9%	35	2.3%	230	15.1%	28	1.8%	5	0.3%	133	8.7%	64	4.2%	

*全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB システム「厚生労働省様式 6-2～6-7、6-8」

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

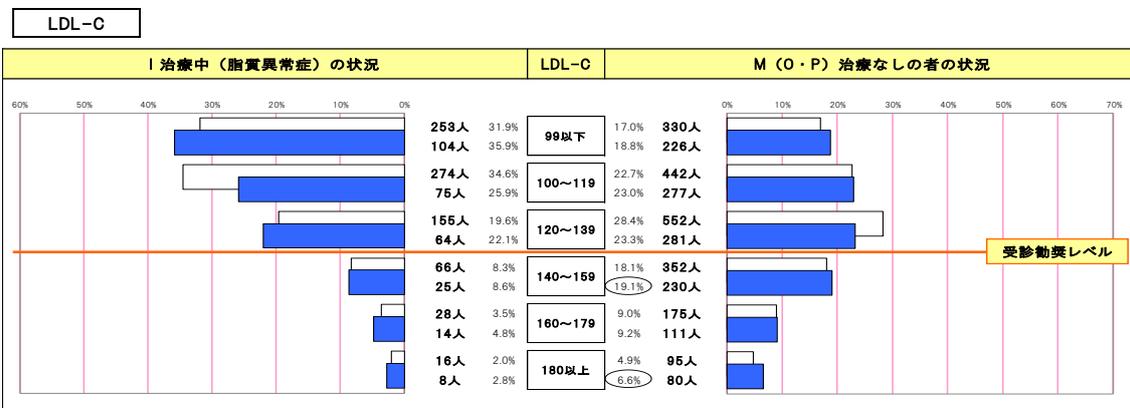
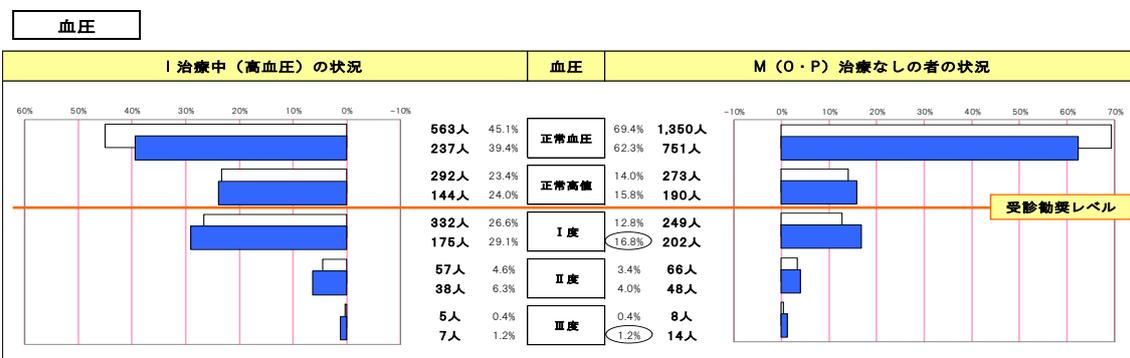
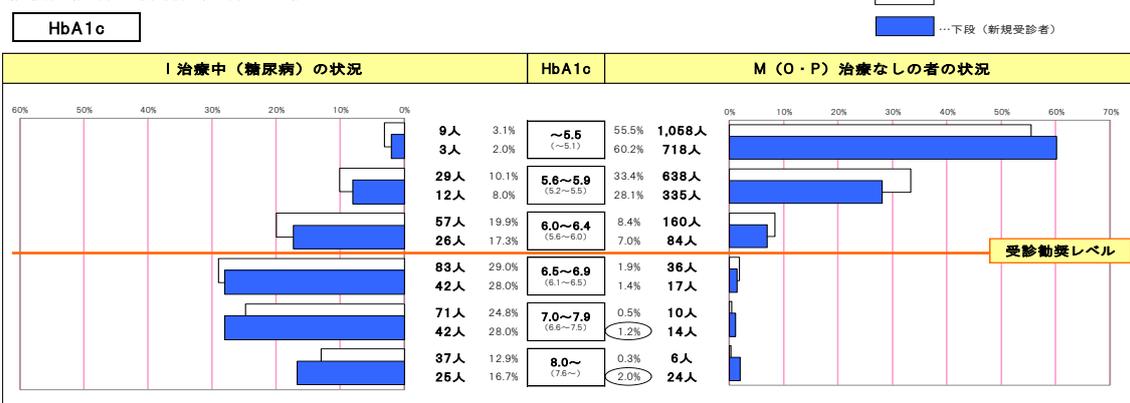
健診を継続して受診している者と新たに受診した者を比べてみると、HbA1c では継続と新規に大きな差はみられず、糖尿病の治療中であっても血糖コントロールが難しい状況にあることがわかりました。またその値が 8.0 以上の人は新規よりも継続者の方が少ないものの存在していることから、かかりつけ医と連携を図りながら、保健指導を行うことが血糖の改善に有効だと考えます。糖尿病は薬物療法だけでは数字の改善が難しく、メタボ解消のための食事療法を薬物療法と併用して行うことやそのための栄養指導等の保健指導が必須だと考えます。また受診勧奨レベルでは、早期での掘り起しのために健診受診勧奨が重要であると考えます。

血圧では、継続受診者が治療中、治療なしのいずれにおいても、受診勧奨レベルの割合が新規受診者より低くなっています。

一方 LDL - C では、治療中、治療なしのどちらにおいても、受診勧奨レベルの割合に差がないことから HbA1c や血圧と比べてコントロールが難しいことがわかります。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



出典：特定健診等データ管理システム

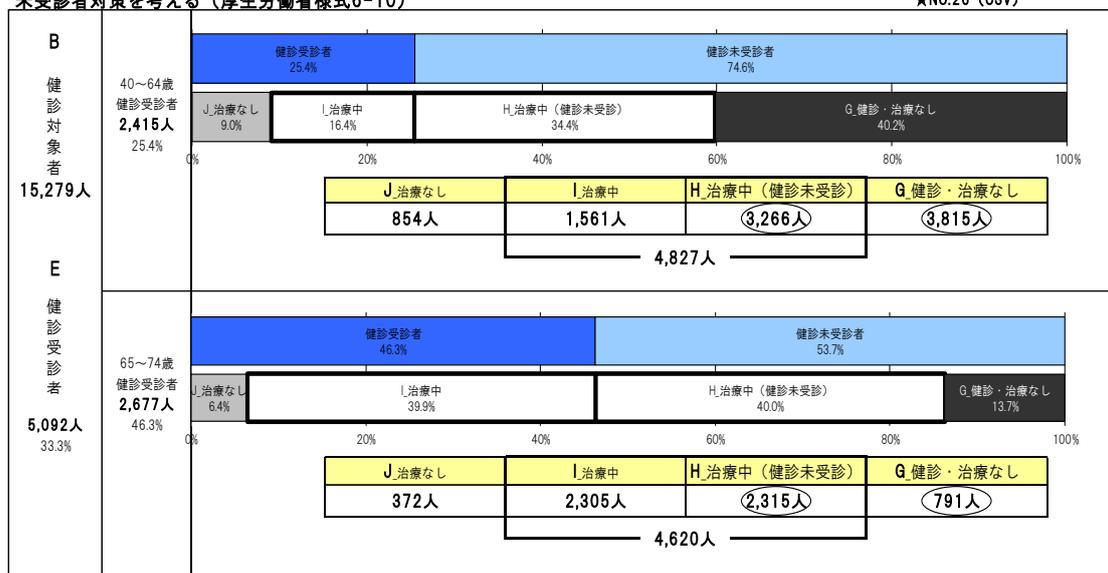
4) 未受診者の把握 (図表 19)

特定健診の未受診者をみると、40～64歳の「H 治療中」が3,266人(34.4%)、65～74歳の「H 治療中」が2,315人(40.0%)と約5,600人弱が、受療しつつも特定健診を受けていない者となっています。これは、通常の外来での検査に健診項目を追加することで特定健診を受けたものとみなされる特定健診情報提供(トライアングル)事業の利用拡大を進めることで減少させることができるのではないかと考えます。健診も治療も受けていない「G」をみると、40～64歳の割合が40.2%と65～74歳よりも高く、それを人数で見ると計4,606人となり、これは健診も治療も受けておらず、自身の身体の実態が全くわからないという状態の方が約5,000人おられることとなります。また、健診受診者と未受診者の治療にかかったお金をみると、健診未受診者のひと月にかかる生活習慣病治療費は、健診受診者よりも約8倍の費用がかかっています。このことから、健診を受診することは医療費適正化の面においても有用であることがわかります。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考えます。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



OG 健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ⑥



出典：KDB システム「厚生労働省様式 6-10」

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とします。35年度には30年度と比較して、3つの疾患を大きく2つに分けて、脳血管疾患と虚血性心疾患は（H28年度の初期値はそれぞれ2.1～2.2%）増加させないことを目指し、糖尿病性腎症を（H28年度の初期値は29.6%）5.6%減少させることを目標とします。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しを行います。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とします。

しかし、宜野湾市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に同規模並みとすることを目指します。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととします。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行い、その際には必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとします。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられます。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていきます。さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 特定健康診査及び特定保健指導の対象

特定健康診査は、40～74歳の被保険者（宜野湾市国保）を対象に、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満（腹囲基準値以上）に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

（「高齢者の医療の確保に関する法律」第18条第1項（特定健康診査等基本指針）の規定に基づく、特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針より）

2 特定保健指導対象者の選定基準

* 糖尿病、脂質異常症、高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者を除く

腹囲	追加リスク	喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	あり	※1 積極的支援	※2 動機づけ支援
	1つ該当	なし		
上記以外でBMI ≤25kg/m ² (※3)	3つ該当	あり	※1 積極的支援	※2 動機づけ支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

①血糖 空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値)5.6%以上

②脂質 中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧 収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

出典：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き

*1 積極的支援 生活習慣の改善が必要な者で、専門職（保健師・管理栄養士等）による支援を通して、健診結果や経年表から自らの生活習慣の改善点に気づき、目標を設定して行動に移すことができるよう、3カ月以上継続的に支援する保健指導をいう。

*2 動機づけ支援 生活習慣の改善が必要な者で、専門職（保健師・管理栄養士等）による支援を通して、健診結果や経年表から自らの生活習慣の改善点等に気づき、目標を設定して行動に移すことができるよう、1回程度の保健指導をいう。

*3 BMI 肥満度を知るための指標。「体重÷身長(m)÷身長(m)」で算出

3 第2期特定健診等実施計画の評価及び現状と課題

(1) 実施に関する目標

①特定健康診査の実施率

市町村国保については、平成29年度において40歳から74歳までの対象者の60%以上が特定健康診査を受けることを目標として定められています。

〈特定健康診査実施率〉

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
宜野湾市	目標	40%	45%	50%	55%	60%
	実績	32.6%	31.6%	33.2%	34.3%	
沖縄県実績		37.1%	37.8%	38.7%	39.4%	
全国実績		34.3%	35.4%	36.3%		

出典：市町村国保法定報告値

②特定保健指導の実施率

平成29年度において、特定保健指導が必要と判断された対象者の60%以上が保健指導を受けることを目標として定められています。

〈特定保健指導実施率〉

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
宜野湾市	目標	52%	54%	56%	58%	60%
	実績	51.3%	51.6%	51.3%	42.0%	
沖縄県実績		55.5%	55.7%	56.4%	58.7%	
全国実績		23.7%	24.4%	25.1%		

出典：市町村国保法定報告値

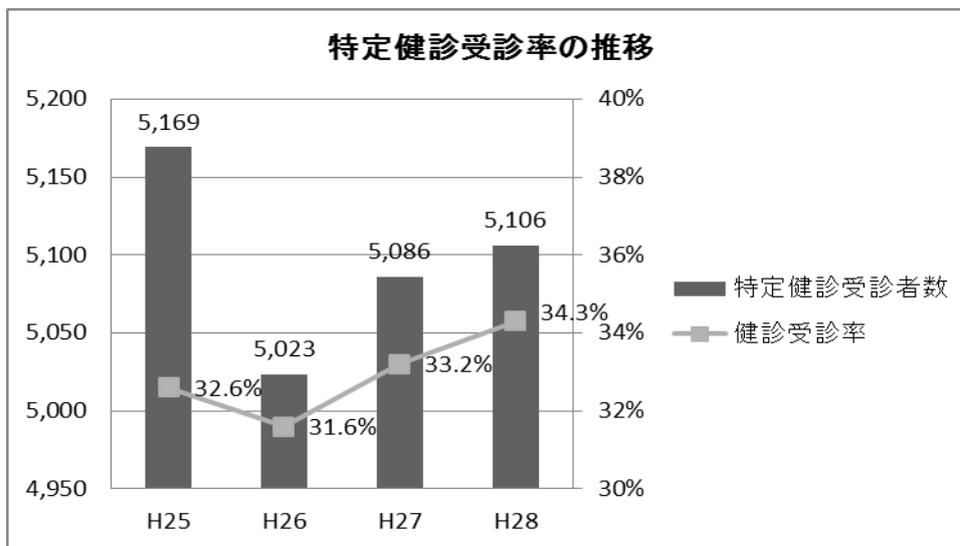
(2) 目標達成に向けた取り組み状況

① 健診受診率の向上にむけた取り組みと課題

第2期の特定健診受診率の推移をみると、平成26年度に31.6%まで減少したものの、その後は1.1%~2.7%増加しています。しかしいずれの年度も国の目標値は達成していません。

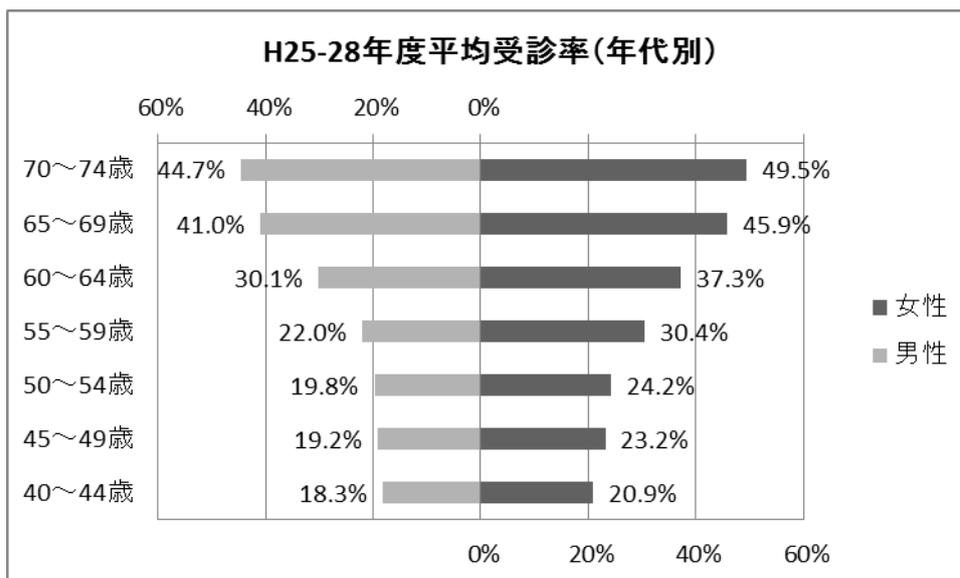
年代別では、65歳から74歳までの世代で増加がみられますが、54歳以下男性の平均受診率が2割にも届かない低い状況となっています。

〈特定健診受診率の推移〉



出典：平成29年度版 宜野湾市福祉保健の概要

〈特定健診の受診率の推移（年代別）〉



出典：KDB システム 厚生労働省様式（様式6-9）健診受診状況

受診者数を月別で比較すると、平成 28 年度においては 11 月と 1 月に受診者数が増加しています。特に 1 月は人間ドックやがん検診の受診終了月と重なっているため、これらを希望する者の駆け込み受診の影響があると考えられます。特定健診は通年で実施していますが、年度末が近づくにつれ、予約がとりにくい状況があるため、自身の誕生日に受診することを促す試みとして、誕生日受診勧奨手紙（バースデー通知）の発送を平成 29 年度から実施しています。また今後、受診期間を延長する等を行うことで、より多くの受診者が見込まれると考えます。

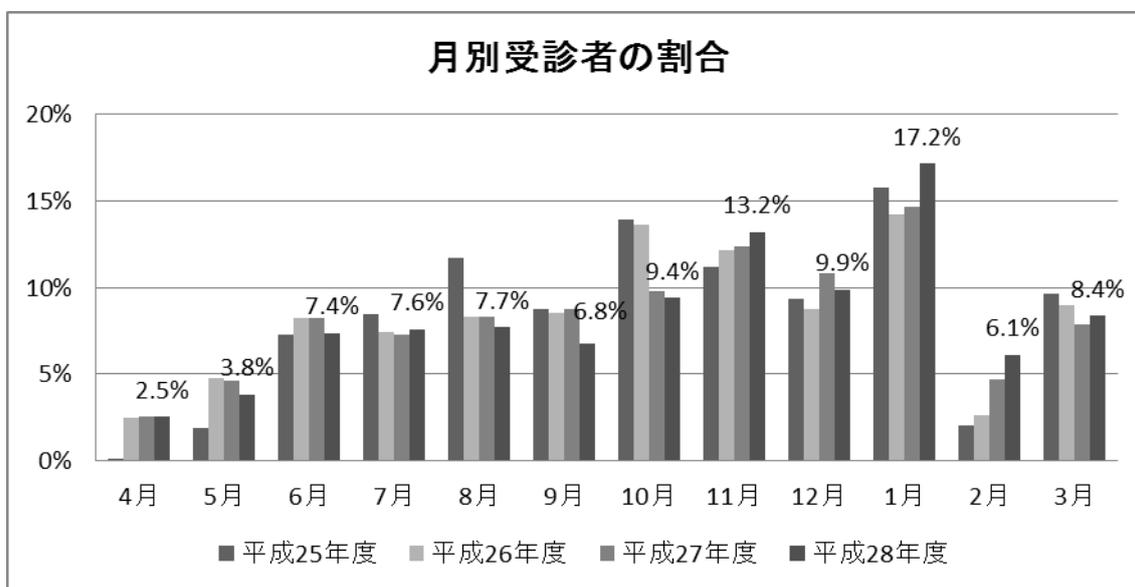
〈月別受診者数の推移〉

〈月別受診者数の推移〉

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成25年度	4人	99人	378人	439人	605人	452人	719人	579人	482人	814人	104人	497人	5,172人
平成26年度	124人	240人	412人	374人	416人	428人	685人	612人	438人	714人	130人	450人	5,023人
平成27年度	129人	236人	419人	370人	422人	447人	498人	631人	550人	746人	237人	401人	5,086人
平成28年度	130人	195人	377人	388人	393人	346人	481人	675人	504人	877人	313人	427人	5,106人

出典：特定健診対象者法定報告値

〈月別受診者割合の推移〉 ※グラフ内の数値は平成 28 年度の割合



出典：特定健診対象者法定報告値

特定健診を2年続けて受診した者の割合（リピーター率）は約7割となります。リピーター率を更に増加させるための取り組みとして、誕生月に健診受診を促すバースデー通知を平成29年度から実施しています。

平成24～28年度の連続5年間で健診対象者（法定報告の対象となった者）のうち、5年間ずっと健診未受診で、病院へ一度も受診しなかった610名に対する取り組みも検討します。

〈健診リピーター率〉

	H24	H25	H26	H27	H28
受診者数	5,439人	5,172人	5,023人	5,086人	5,106人
前年度継続受診数		3,533人	3,287人	3,337人	3,381人
新規受診者数		1,639人	1,736人	1,749人	1,725人
リピーター率		68.3%	65.4%	65.6%	66.2%

出典：特定健診対象者法定報告値

〈連続未受診者の数〉

H24-H28年度の5年連続で法定報告の対象となった者	10,265人
5年連続特定健診未受診者	4,611人
5年連続健診未受診で一度も病院に行かなかった者	610人
5年連続健診未受診で治療中の者	1,535人

出典：法定報告対象者台帳

〈受診率向上に向けた取り組み一覧 H28・29〉

平成28年度特定健診未受診者対策の実施状況						
項目	コード	内容	実施時期	実施内容	実績	
					回数	総数
1・市民への啓蒙	1-1	医療機関への受診勧奨協力	4月～5月	市内特定健診実施医療機関に協力依頼（20施設）	20	—
	1-2	特定健診周知ののぼり旗設置	9月～10月	医療機関（19施設）、自治会事務所（23自治会）、市役所本庁、保健相談センターにのぼり旗設置	1回	43件
	1-3	横断幕設置	通年	宜野湾小学校前・佐真下・野嵩・伊佐・大謝名に横断幕設置。各集団健診日程を掲載し周知を図る	18回	—
	1-4	児童家庭課での受診勧奨	6月、8月	児童家庭課の現況届け手続きに来庁された方に受診勧奨	11回	389人
	1-5	広報での宣伝	通年	市報4・5・6・7・9・12・2月号及び市ホームページ掲載。市役所本庁舎でコミュニティビジョンで健診を広報	随時	—
	1-6	産業まつりでの自治会表彰	はごろもウォーキング大会での自治会表彰	受診率上位3自治会及び前年度より受診者が増加した自治会を表彰	1回	15自治会
	1-7	防災無線での集団健診宣伝	通年	市役所で開催される集団健診前に予約を呼びかける放送	随時	—
	1-8	各種教室・イベント参加者への受診勧奨	通年	水中運動教室、ウォーキングday、健康ステップアップ教室、カキの大会、健康づくり市民大会等	—	—
	1-9	自治会を通じた受診勧奨	通年	対象の地区となっている集団健診日程前に自治会を通して自治会員向けに健診案内チラシの配布	23回	チラシ 14000枚
	1-10	国保連合会のパネルを活用したパネル展開催	12月・1月	市役所本庁内の市民ギャラリーを活用した健康に関するパネル展の開催	—	—
	★1-11	民間企業を活用し健診の宣伝		ヤクルトシティを介した健診案内チラシの配布（10・1・2月）、スーパーマーケットなどでのポスター掲示	7回	チラシ 3,600枚 ポスター-50枚
	1-12	コミュニティラジオで健診の宣伝	通年	7・8・11・12・2・3月の計6回FMぎのわんで健診の宣伝を行う	6回	
	★1-13	モデル地区（真栄原区）への重点的な介入	通年	モデル地区内の医療機関への挨拶、健康づくり推進委員へのあいさつ、自治会行事への参加、ぎのちゃん通信、民生員への挨拶、モデル地区の未受診者に対する電話勧奨、訪問	随時	—
2・国保加入者への啓蒙	2-1	国保窓口での受診勧奨	6月～3月	国保窓口にて来庁者に対し健康増進課職員による健診受診勧奨（週一回程度）	随時	739人
	2-2	集団健診案内ハガキの送付	4月～12月	今年度の健診未受診者に対し個別健診及び集団健診日程（がん検診同時開催）を記載した案内ハガキの送付	10回	43,000件
	2-3	2・3月追加健診ハガキの送付	1月	今年度の健診未受診者に対し、2・3月の追加集団健診日程を記載した案内ハガキの送付	1回	9,565人
	2-4	日曜医療機関健診案内ハガキの送付	9月	ハートライフクリニックで10/16（日）に開催された日曜医療機関健診案内ハガキの送付	1回	5,170件
	2-5	健診案内内着ハガキの送付	5月	過去4年間で特定健診未受診かつ生活習慣病のしせが無い者及び過去4年間のうち1回特定健診を受けておりその結果の階層化が特定保健指導に該当していたものを対象に健診受診の必要性を訴える内着ハガキの送付	1回	2,176件
	2-6	未受診者へ電話勧奨	6月～3月	H28年度健診未受診者に対し、平日の日中帯や夜間（17時半～19時半）に電話勧奨	随時	2,522件
3・健診実施体制の強化	3-1	ハートライフクリニックにて日曜日に特定健診実施	10月	平日時間が取りづらいが病院で健診を受けたい方の為に日曜にハートライフクリニックでの特定健診を実施	1回	65人
	3-2	メール・FAXによる集団健診の受付	通年	集団健診の申し込みをより気軽に行えるようメールやFAXでの申し込みを実施	随時	83人
	3-3	集団健診予約先を保健相談センターに一元化	通年	H27まで各日程につき3日程度の期間を設け健康づくり財団で予約を受け付けていたのを、H28より保健相談センターにて随時予約の受付を行う。	随時	—
	3-4	事業主健診データの受領	通年	就労中の国保加入者の健診結果（事業主健診）を特定健診とみなすため、事業無視の同意を得てデータを受領	随時	103件
	3-5	トライアングル事業データの受領	通年	生活習慣病で通院治療中者の検査結果を特定健診とみなすため、本人の同意を得てデータを受領。平成27年度から実施。	随時	106件
★平成28年度新規事業						

平成29年度特定健診未受診者対策の実施状況

項目	コード	内 容	実施時期	実施内容	実績	
					回数	総数
1 市民への啓蒙	1-1	医療機関への受診勧奨協力	10月～12月	市内特定健診実施医療機関に協力依頼（20施設）	—	19医療機関
	1-2	特定健診周知ののぼり旗設置	通年	前年度配布したのぼりを引き続き医療機関（19施設）、自治会事務所（23自治会）、市役所本庁、保健相談センターに設置	1回	43件
	1-3	横断幕設置	通年	宜野湾小学校前・佐真下・野嵩・伊佐・大謝名に横断幕設置。各集団健診日程を掲載し周知を図る	随時	—
	1-4	児童家庭課での受診勧奨	6月・8月	児童家庭課の現況届け手続きに来庁された方に受診勧奨	8回	114人
	1-5	広報での宣伝	通年	市報4・5・6・7・9・12・2月号及び市ホームページ掲載。市役所本庁舎でコミュニティビジョンで健診を広報	随時	—
	1-6	はごろもウォーキング大会での自治会表彰	11月19日	受診率上位3自治会及び前年度より受診者が増加した自治会を表彰	1回	13自治会
	1-7	防災無線での集団健診宣伝	通年	市役所で開催される集団健診前に予約を呼びかける放送	随時	—
	1-8	各種教室・イベント参加者への受診勧奨	通年	水中運動教室、ウォーキングday、健康ステップアップ教室、ウォーキング大会、健康づくり市民大会等	—	—
	1-9	自治会を通じた受診勧奨	通年	対象の地区となっている集団健診日程前に自治会を通して自治会員向けに健診案内チラシの配布・ポスター掲示	23回	チラシ 19350枚 ポスター 150枚
	1-10	民間企業を活用し健診の宣伝		琉球銀行真栄原支店でのパネル展（8月）及びヤクルトレディを介した健診案内チラシの配布（1月）、スーパーマーケットなどでのポスター掲示・第一生命を介した受診勧奨チラシの配布（2月）	—	チラシ 700枚 ポスター 300枚
	1-11	コミュニティFMラジオで健診の宣伝	通年	4・5・6・7・8・9・11・12・2・3月にFMぎのわんにて、4月にぎのわんシティFMで健診の宣伝を行う	11回	—
	1-12	モデル地区（真栄原区）への重点的な介入	通年	モデル地区内の医療機関への挨拶、健康づくり推進委員へのあいさつ、自治会行事への参加、ぎのちゃん通信、民生委員への挨拶、モデル地区の未受診者に対する電話勧奨、訪問	随時	—
	1-13	民生委員・児童委員向けの講演会開催	10月30日	地域づくりを担う民生委員・児童委員向けに沖縄県腎臓病協議会事務局長を招き健康の重要性について講演を行う	1回	96名
2 国保加入者への啓蒙	2-1	国保窓口での受診勧奨	6月～3月	国保窓口にて来庁者に対し健康増進課職員による健診受診勧奨（週一回程度）	随時	477人
	2-2	集団健診案内ハガキの送付	4月～12月	今年度の健診未受診者に対し個別健診及び集団健診日程（がん検診同時開催）を記載した案内ハガキの送付	10回	42500件
	2-3	2・3月追加健診ハガキの送付	1月	今年度の健診未受診者に対し、2・3月の追加集団健診日程を記載した案内ハガキの送付	1回	9670件
	2-4	日曜・夜間医療機関健診案内ハガキの送付	9月	ハートライフクリニック及びアクティLIFEで開催された日曜・夜間医療機関健診案内ハガキの送付	1回	14,076人
	★2-5	誕生日受診勧奨手紙の発送	6月～3月	誕生日に健診受診行動をしてもらえよう誕生日に受診勧奨手紙を発送。対象は①過去4年間で1～3回健診を受けているリピーター層、②過去4年未受診で40～45歳の若年層、③真栄原地区（モデル地区）にお住いの46歳以上の過去4年間未受診者	1回	5,337人
	2-6	未受診者へ電話勧奨	6月～3月	H28年度健診未受診者に対し、平日の日中帯や夜間（17時半～19時半）に電話勧奨	随時	2838件
3 健診実施体制の強化	3-1	ハートライフクリニックにて日曜日に特定健診実施	10月	平日時間が取りづらいが病院で健診を受けたい方の為に日曜にハートライフクリニックでの特定健診を実施	1回	76人
	3-2	メール・FAXによる集団健診の受付	通年	集団健診の申し込みをより気軽に行えるようメールやFAXでの申し込みを実施	随時	83人
	3-3	集団健診予約先を保健相談センターに一元化	通年	前年に引き続き、H27まで各日程につき3日程度の期間内を設け健康づくり財団で予約を受け付けていたのを、H28より保健相談センターにて随時予約の受付を行う。	随時	—
	★3-4	アクティLIFEにて日曜日健診に特定健診実施	10月	平日時間が取りづらいが病院で健診を受けたい方の為に日曜にアクティLIFEでの特定健診を実施	1回	16人
	★3-5	アクティLIFEにて夜間に特定健診実施	10月・11月	日中帯時間が取りづらいが病院で健診を受けたい方の為に夜間帯（18時～20時）にアクティLIFEでの特定健診を実施（10/12・11/9）	2回	計25人
3-6	事業主健診データの受領	通年	就労中の国保加入者の健診結果（事業主健診）を特定健診とみなすため、事業主の同意を得てデータを受領	随時	82件	
3-7	トライアングル事業データの受領	通年	生活習慣病で通院治療中者の検査結果を特定健診とみなすため、本人の同意を得てデータを受領	随時	313件	

★平成29年度新規事業

特定健診の対象者は、平成 25 年度から年々減少していますが、その理由として社会保険加入者が増加したことや 75 歳に到達したこと等による資格喪失が考えられます。

〈年度別国保特定健診対象者の推移〉

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
対象者数	15,880人	15,875人	15,297人	14,870人
対象者対前年増減	▲124人	▲5人	▲578人	▲427人

出典：市町村国保法定報告値

主な課題は次のとおりです。

ア 市民が受診しやすい環境の提供

保険証と受診券の一体化、県内ほとんどの医療機関での健診実施、土日夜間の集団健診、市役所等での集団健診など、受診しやすい環境を整備していますが、集団健診ではがん検診の需要もあり同時に開催し、健診車両用の一定程度の駐車場を必要とするため、新たな会場確保が難しいことがあります。

イ 未受診者への受診案内

対象者に対し、文書・ハガキ、電話、戸別訪問、関係機関・団体と連携するなど、効果的な案内を実施しました。またモデル地区を設定し、その自治会と連携し、自治会だよりに健診受診に関する記事を掲載したり、自治会が主催するお祭り等に参加し、健診受診を呼びかけました。この試みは、一定の効果があり、その自治会の健診受診率は平成 27 年度 30%から平成 28 年度 34%へ増加することができました。今後も引き続きモデル地区を設定した受診率向上の取り組みを継続します。更にリピーター率を増やすために、民間委託した電話勧奨を行います。また、通院中や会社で健診を受けたとの理由から未受診となっている者へのアプローチも必要と考えます。

ウ 生活習慣病などで定期通院している被保険者からのデータ受領

定期通院している被保険者の同意を得た上で、特定健診に該当する検査項目の結果を市にデータ提供することで、特定健診を受診したとみなすことができます。データ受領を増やすことができれば受診率の向上が期待できますが、本人からの同意取得、追加検査の実施など、健診受託医療機関の負担感もあり、事業に協力できる医療機関がなかなか増えないことが課題です。

エ 事業者健診データの受領

パートやアルバイトなどで事業所に勤めている国保加入者も多く、事業所で受けたデータを事業者の同意を基に特定健診と共通するデータが受領できれば、特定健診を受けたとみなすことができます。しかし事業者健診は必ずしも特定健診と同じ検査項目ではないため、データ項目が欠落していることがあり、そ

の場合受診したとみなせないことが引き続き今後の課題として考えられます。

オ 広報啓発

毎月、全戸配布される市報や市ホームページ等で特定健診は認知されてきていますが、毎年対象者の7割が受けていない状況です。無関心層を受診につなげるような広報も必要ですが、若年層へ早い段階から制度を周知することも重要です。

②保健指導実施率向上にむけた取り組みと課題

本市では、保健指導の実施率向上を図るため、市民に身近な場所での結果説明会の開催や家庭訪問、毎日窓口での保健指導、夜間・休日など市民の利便性を考慮した実施体制をとっています。このほか、特に以下のことに取り組んでいます。

	取組概要	実績
1	<p>対象者への直接的な働きかけの推進</p> <p>①初回面接率の向上 面接率向上のため、集団健診分の特定保健指導対象者に対しては、健診結果を手渡ししながら保健指導専門員より結果の見方・保健指導を実施しています。</p> <p>②脱落者の防止 初回面接時に今後のスケジュールを伝えることで、対象者が引き続きフォローを受けるための調整を図りやすいようにしています。</p>	<p>①初回面接率 51.3% (H28) 55.9% (H27) 60.3% (H26)</p> <p>②脱落率 41.4% (H28) 42.9% (H27) 41.8% (H26)</p>
2	<p>委託機関による保健指導の拡充 直営スタッフでの保健指導に加え、外部の保健指導機関に業務委託し、特定保健指導を実施しています。</p>	<p>直営：アウトソーシングの割合 (H28) 7 (273人) : 3 (95人) H26～H29年度 9機関 H30年度 8機関</p>

出典：特定健診等データ管理システム

前述の取組等により、保健指導率は50%台を維持し、効果的に行えていると評価できるものの、保健指導数はここ数年横ばいです。直営の保健指導スタッフは嘱託8人体制（H29年度：保健師2名、管理栄養士4名、看護師2名）で実施していますが、専門職の確保に苦慮することもあることから、人材の安定確保が課題です。

平成30年度から特定保健指導の運用見直しがあることから、保健指導委託機関の拡充や関係機関との情報共有や連携強化など、実施率の向上にむけた調整・検討をすすめていく必要があります。

4 第3期の特定健康診査等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされています。なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定します。

(1) 目標値の設定

2023年度において、40～74歳までの対象者の特定健診実施率及び特定保健指導実施率が共に60%以上を目標としています。

2. 目標の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	41.4%	45.1%	48.8%	52.5%	56.2%	60.0%
特定保健指導実施率	47.2%	49.8%	52.4%	55.0%	57.6%	60.0%

2. 目標の設定と対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	14,870人	14,870人	14,870人	14,870人	14,870人	14,870人
	受診者数	6,156人	6,706人	7,256人	7,806人	8,357人	8,922人
特定保健指導	対象者数	923人	1,006人	1,088人	1,171人	1,253人	1,338人
	受診者数	436人	501人	570人	644人	722人	803人

(2) 目標達成のための取り組み方針と具体策

①受診環境の提供、整備拡充

がん検診を含む受診券一体型にした保険証を継続して提供します。また、市役所や公民館などでの集団健診実施を検討し利便性の向上を図ります。

②受診率向上対策

毎年受診している及び不規則の受診については、リピーター率の向上を図るため、過去の受診履歴、内容などからの詳細な分析を行い、その結果から本人の受診への行動につながるよう、最も効果のある内容の勧奨手段を選択し案内することに取り組みます。また、受診の集中する年度後半は、医療機関で予約のできない状況が起こることから、年度前半への早めの受診を促していきます。

連続未受診については、受けない理由を把握しその解消に努めます。特に会社での健診もないなど、重症化のリスクが高い保険者には戸別訪問等による受診勧奨を検討します。

また、特定健診の対象になる40歳に新たに到達した被保険者や、社会保険などから新たに国保加入した対象者への周知、20代30代の若年層へ健康診査実施や児童家庭課窓口での受診勧奨等を行い、特定健診の対象となる前の早い段階から健診の受け方や制度内容を周知することで、引き続き自分の健康への意識づけを行います。

③生活習慣病などで定期通院している被保険者からのデータ受領

県・中部地区医師会や国保連合会と連携しながら実施することで事業の定着化を図ります。同時に、医療機関からの対象者への声かけも効果的であると思われることから、今後医療機関への協力依頼を検討します。

④広報啓発活動

健診受診勧奨の促しとして、ポスターやチラシ、FMラジオにて情報発信を引き続き行います。

健診受診の必要性を広く浸透させるため、自治会や民生委員等の会合などへ出向き学習会等を通じた受診勧奨を引き続き実施するほか、健康づくり推進協議会などと連携を継続して推進します。

また、市商工会へ協力依頼をし、商工会加盟員向け広報誌への記事掲載や、市内店舗経営者及び従業員あてに勧奨文書やパンフを配布するなど、国保加入従業員への特定健診受診促し等の取り組みを検討します。

最後に、情報発信としてSNSを活用した広報を実施します。

保健指導については、実施率向上を図るため、以下の具体策を進めます。

⑤保健指導が利用しやすい環境づくり

ア 初回面接率の向上

・ 集団健診を受診した方で、保健指導対象者となった方へは、後日、健診を受けた会場や保健センター等で結果の手渡し・初回保健指導を実施します。

・ 特定保健指導委託機関において、初回面接のみの委託も可とし、その際は、対象者に同意を得たうえで、初回面接時の情報共有を市へ引き継ぎ、継続的支援や実績評価は市で行うこととします。（委託内容の緩和により委託機関の拡充につながるものと期待できます）

イ 対象者の都合に合わせた保健指導の実施

・ 休日・夜間の健康相談の実施、平日窓口、自宅訪問により保健指導の実施

⑥保健指導の充実に向けた資質向上および体制づくり

ア 健診結果をもとに、対象者に応じた保健指導を行います。その際、代謝のメカニズムと健診結果、生活習慣（食事、運動、働き方等）が結びつけて理解できるように支援します。できるだけ、わかりやすい保健指導教材の選択と作成に努めます。

イ 保健指導に対応する保健師や管理栄養士等、人員の確保に努めるとともに、対応する職員の人材育成を図るため、各種研修会への参加や内部学習会、事例検討会の実施など、質の高い保健指導の実施に努めます。

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

① 集団健診（宜野湾市役所、宜野湾市立体育館、地域公民館ほか）

土日開催時（宜野湾市役所、宜野湾市立体育館、委託医療機関）

夜間開催時（委託医療機関）

② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定

められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、健診ガイドブックや市ホームページに掲載しています。

宜野湾市 URL：<http://www.city.ginowan.okinawa.jp/>

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血)を実施します。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられます。(実施基準第 1 条 4 項)

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施します。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託しています。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、毎年 3 月の国保証更新時に、特定健診及びがん検診の受診券が一体となった保険証と共に、健診ガイドブックを同封しています。窓口や郵送でも随時交付し、市報や市ホームページの活用、集団健診前にはハガキを送付したり等、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を実施します。

保険者年間実施スケジュール

【図表 22】

宜野湾市	受診券発行枚数(平成29年度4月～2月)	受診券発行月日	受診券有効期限
	18,191枚	4月1日	3月31日

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。

5. 保健指導の実施

(1) 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、高齢者の医療の確保に関する法律第 24 条に基づいて実施し、宜野湾市による直接実施と保健指導機関への委託形式で行います。

(2) 特定保健指導以外の保健指導（情報提供）

特定健診の結果から肥満の有無に関わらず、特定保健指導以外（情報提供）の対象者に第 4 章- I 保健事業の方向性（P45）で述べる「糖尿病性腎症」「虚血性心疾患」「脳血管疾患」の重症化予防のため、高血糖・高血圧等生活習慣病の治療が必要である者や適性治療の必要性がある者を優先に選定し、重症化予防のために保健指導を実施します。（対象者数の見込み、選定と優先順位、支援方法は P42 図表 24 参照）

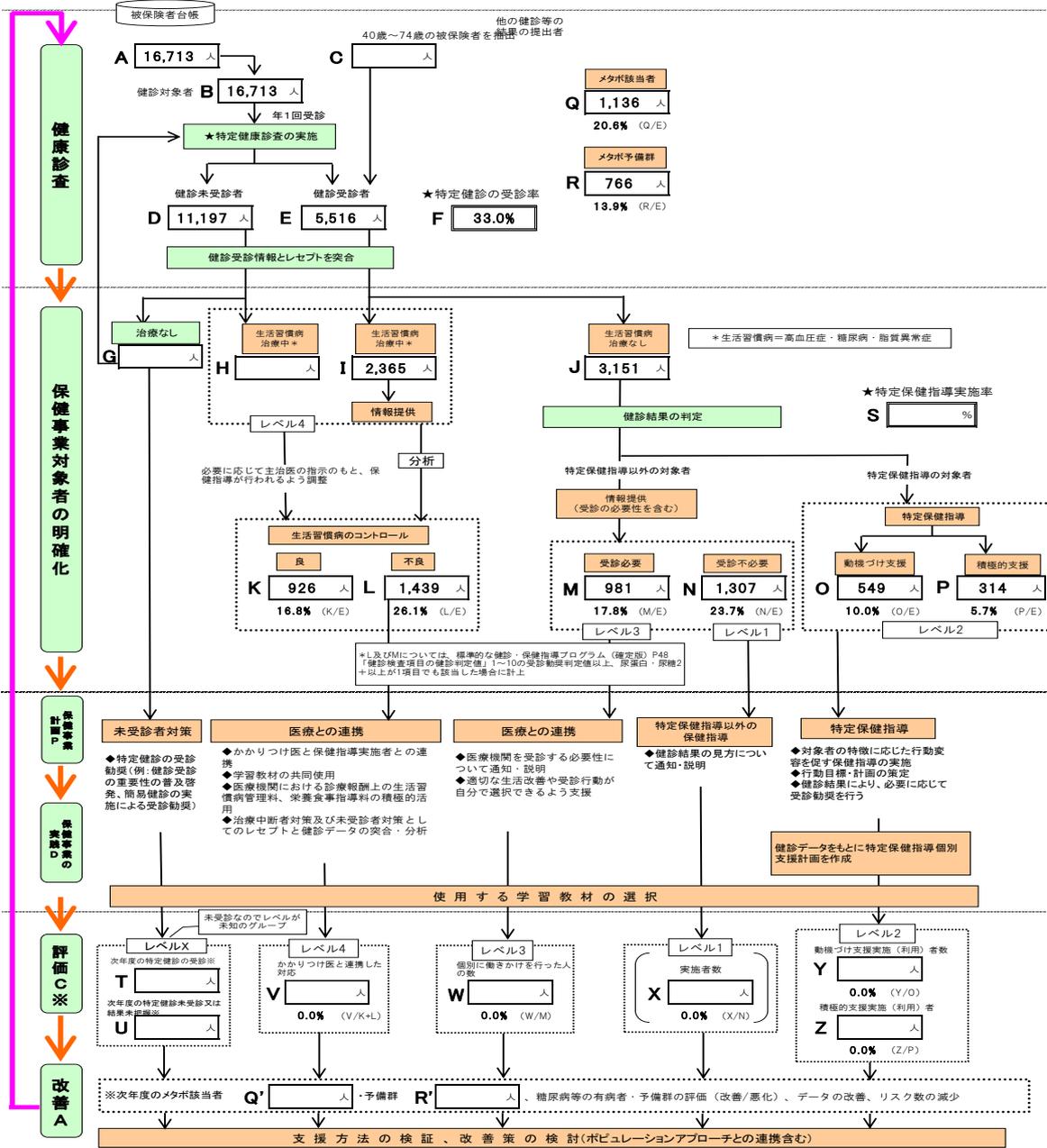
* 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。（図表 23）

【図表 23】

様式6-10

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成 年度実績）



出典：KDBシステム「厚生労働省様式3-1~3-3」、特定健診等データ管理システム

(3)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

*H30 年度目標 【図表 24】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	923人 (15.0%)	47.2%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	981人 (15.9%)	参考資料2 糖尿病型 F未治療 (中断も含む) 256人のうち 10%
2	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	5,274人 * 受診率目標達成まであと 170人	リピーター率 70% (4%増)
3	L	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプト活用と健診データの突合・分析	1,439人 (26.1%)	参考資料2 糖尿病型 Jコントロール不良 (HbA1c7.0以上 または 空腹時血糖130ml/dl以上) 253人のうち 10%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,307人 (23.7%)	100%

6. 40歳未満の者に対する健康診査・保健指導

宜野湾市では、特定健診として実施する対象者以外に20～39歳の国保加入者に対して、特定健診と同じ検査項目で健康診査および保健指導を実施していません。

7. 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール
対象者の明確化から計画・実践・評価まで

必要に応じて主治医の指示のもと、保健指導が行われるよう調整

対象者の明確化

平成28年度特定健診受診者 14,870人

生活習慣病のコントロール

良 926人

不良 1,439人

情報提供

受診必要 981人

受診不必要 1,307人

特定保健指導

積極的支援 549人

積極的支援 314人

特定保健指導実施率 42.0%

計画 P

ポピュレーションアプローチ

健康ぎのわん21(第2次) 基本方針

- 市民を生涯にわたり支援する健康づくり
- 生活習慣病の予防を中心とした健康づくり
- 市民の健康づくりを支援する環境整備

重点施策 肥満対策

- 妊娠中から高齢者までの適切な食生活の推進
- 食生活改善のための情報発信と支援の充実
- 運動に関する情報発信と機会の提供
- 身体活動に取り組みやすい環境整備

健康診査・生活習慣病の実施

- 特定健康診査・特定保健指導(面接・訪問)の実施
- がん検診の受診勧奨
- 健康診査事業の実施
- 骨粗鬆症・肝炎ウイルス健診
- 生活習慣病の予防や健康づくりに関する健康教育の実施
- 市民の心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行う健康相談事業の実施
- 二次健診の実施(糖負荷試験、頸動脈超音波検査、微量アルブミン尿検査等)

栄養・食生活

- 両親学級(こうのとりの倶楽部)
- 離乳食教室(マンナ教室)
- 母子健康相談(ふたば健康相談)
- 幼少期の食に関する学習機会の提供などの食生活改善推進員活動の実施
- 保育所・幼稚園・小・中学校における食の周知
- 各種料理教室(男性料理教室、はつらつシルバー料理教室等)
- 健康相談(栄養相談)
- 調理が困難な高齢者世帯に対して、定期的に居宅に訪問して栄養のとれた食事を提供する食の自立支援事業の実施

身体活動・運動

- ウォーキングマップの作成・配布
- 美らがんじょう体操DVD・CD配布
- 地域の様々なイベントで美らがんじょう体操を実施し活動普及
- 各種運動教室・スポーツイベント(はごろもウォーキング大会、水中運動教室、フィットネス教室等)
- 特定健診後に、運動に関心のある人を対象に運動指導
- 年代問わず実施出来るニュースポーツの普及事業およびレクリエーション用品の貸し出し
- 児童センターでの遊び場の提供
- 健康機器の設備
- 学校体育施設開放事業(小中学校運動場、体育館、プールなどの開放)
- 高齢者向けの運動機能向上事業
- 健康づくりやスポーツで高齢者が外出する機会を増やすシルバーバスポート事業

実践スケジュール D

未受診者対策

【特定健診開始のほり旗設置】
【横断扇設置】
【広報での宣伝】
【防災無線での集団健診宣伝】
【各種教室・イベント参加者への受診勧奨】
【自治会を通じた受診勧奨】
【モデル地区への重点的介入】
【メール・FAXによる集団健診の受付】
【集団健診予約先を保健相談センターに一元化】
【事業主健診データの受領】
【トライアングル事業データの受領】

【集団健診案内ハガキの送付】
今年度の健診未受診者に対し個別健診及び集団健診日程(がん検診同時開催)を記載した案内ハガキの送付

【児童家庭課での受診勧奨】
児童家庭課の視察届け手続きに実行された方に受診勧奨

【簡保窓口での受診勧奨】
簡保窓口にて来庁者に対し健康推進課職員による健診受診勧奨(週一回程度)

【誕生日受診勧奨手紙の発送】
誕生日に健診受診勧奨してもらえよう誕生日に受診勧奨手紙を発送。対象は①過去4年間で1-3回健診を受けているリピーター層、②過去4年未受診で40-45歳の若年層、③真実原地区(モデル地区)にお住まいの60歳以上の過去4年間未受診者

【未受診者へ電話勧奨】
H28年度健診未受診者に対し、平日の日中や夜間(17時半-19時半)に電話勧奨

【日曜・夜間医療機関関係案内ハガキの送付】
ハートライフクリニック及びアクティLIFEで開催された日曜・夜間医療機関関係案内ハガキの送付

【医療機関への受診勧奨協力】
市内特定保健実施医療機関に協力依頼(20施設)

【民生委員・児童委員向けの講演会開催】
地域づくりを担う民生委員・児童委員向けに沖縄県看護協議会事務局長を招き健康の重要性について講演を行う

【ハートライフクリニック・アクティLIFEにて日曜日に特定健診実施】
平日時間が取りづらいが病院で健診を受けた方の為に日曜にハートライフクリニック及びアクティLIFEでの特定健診を実施

【アクティLIFEにて夜間に特定健診実施】
日中時間に時間を取りづらいが病院で健診を受けた方の為に夜間帯(18時-20時)にアクティLIFEでの特定健診を実施(10/12・11/8)

【はごろもウォーキング大会での自治会表彰】
受診率上位3自治会及び前年度より受診者が増加した自治会を表彰

【2-3月追加健診ハガキの送付】
今年度の健診未受診者に対し、2-3月の追加集団健診日程を記載した案内ハガキの送付

特定健診

被保険者数: 28,594人
健診対象者数: 14,870人
健診受診者数: 51,068人
受診率: 34.3%

特定健診受診期間
4/1~3/31

集団健診実施場所
宜野湾市役所
公民館
市立体育館
小学校
等

集団健診実施日

集団①(5/10)

集団②(6/9)

集団③(6/11)

集団④(6/25)

集団⑤(7/22)

集団⑥(7/29)

集団⑦(8/20)

集団⑧(8/27)

集団⑨(9/2)

集団⑩(9/13)

集団⑪(10/12)

集団⑫(10/28)

集団⑬(11/1)

集団⑭(11/7)

集団⑮(11/14)

集団⑯(1/28)

集団⑰(2/17)

集団⑱(3/11)

保健指導

特定保健指導対象者 784人
積極的支援 499人
積極的支援 285人
保健指導率目標 60%

結果発表までの準備(個別・集団)
結果説明の仕方・方法を統一
使用する資料などの準備・共有
結果説明会の回数、実施方法、役割分担などの計画

健診結果説明会
対象者: 集団健診実施した国保40~74歳の方で腹囲・BMI有所見者
実施期間: 通年

健康相談日
実施期間: 通年
実施場所: 保健相談センター
実施日: 火・水 午前9時~11時
月・火・金 午後1時~3時

※上記結果説明会と健康相談で都合がつかない場合は、地域担当が訪問などで実施。

受診勧奨判定値対象者への保健指導

- 専門医紹介
- 受診勧奨
- 保健指導の実施(すぐに受診勧奨ではなく評価後、受診検討)
- 効果的な保健指導のための学習会
- レセプトと突合し受診確認

特定保健指導対象者への保健指導

- 私の健康記録活用
- 二次健診の実施
- 運動事業の実施
- 評価方法の検討

保健指導判定対象者への保健指導

- 対象に合わせた保健指導の実施
- 効果的な保健指導のための学習会
- 活用する資料の検討・作成

治療コントロール不良者への保健指導

- コントロール目標の確認
- 必要時医療機関との連携
- 専門医の紹介
- レセプト確認

評価 C

【特定健康診査実施率】

	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
宜野湾市の目標	40%	45%	50%	55%
宜野湾市の実績	32.6%	31.6%	33.2%	34.3%
全国実績	34.3%	35.4%	36.3%	

【特定保健指導実施率】

年度	受診者	全体			積極的支援			積極的支援					
		該当者	該当率	実施者	該当者	該当率	実施者	該当者	該当率	実施者			
平成25年度	5,188	824	15.9%	423	51.3%	300	5.8%	97	32.3%	524	10.1%	326	62.2%
平成26年度	5,023	836	15.4%	431	51.6%	315	6.3%	117	37.1%	521	10.4%	314	60.3%
平成27年度	5,086	787	15.5%	404	51.3%	302	5.9%	96	31.8%	485	9.5%	308	63.0%
平成28年度	5,106	784	15.4%	329	42.0%	285	5.6%	64	22.5%	499	9.8%	265	53.1%

【対象疾患】

対象疾患	H27年度保健指導実施し、H28年度健診受診者		H28年度健診受診者	
	改善	種別	悪化	未治療
HbA1c	25.2%	31.5%	9.8%	39.8%
血糖	29.6%	25.7%	6.2%	48.3%
LDL	35.2%	21.1%	7.4%	89.5%

※HbA1c6.5以上、血圧1度以上、LDL140以上

改善 A

出典：宜野湾市福祉保健の概要、健康ぎのわん 21 (第2次)

8. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および宜野湾市個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

9. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告を行います。

10. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、宜野湾市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知します。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になります。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとします

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施します。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては沖縄県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行います。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とします。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握します。宜野湾市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能ですが、尿アルブミンについては把握が難しいです。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となります。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行いました。(図表 28)

宜野湾市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 104 人(58.8%・F)でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,481 人中のうち、特定健診受診者が 73 人(4.9%・G)ですが、13 人(17.8%・キ)は中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,002 人(67.7%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 234 人中 38 人は治療中断であることが分かりました。また、196 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になると考えます。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より宜野湾市における介入方法を以下の通りとします。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・104人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・51人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・60人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・196人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、地区ごとに作成し管理します。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 当該年度の健診データだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は以下の情報を管理台帳に記載します。

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認します。

(3) レセプトを確認し情報を記載します。

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算します。

(5) 各地区の対象者数の把握

次頁の糖尿病管理台帳からの年度計画(宜野湾市 A 地区)より

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……2 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……6 人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となります。宜野湾市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成し 保健指導用教材を活用して行っていきます。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています ピグアナイド薬とは チアソリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施します。結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に中部地区医師会等と協議した紹介状等を使用します。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらいます。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていきます。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は、介護長寿課、地域包括支援センター等と連携していきます。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとします。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していきます。また、中長期的評価においては様式6-1糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていきます。

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

5月中 対象者の選定基準の決定

5～6月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後
順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。(参考資料2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていきます。(参考資料6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

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1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」(心電図健診判定マニュアル: 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)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、その所見のあった場合は血圧、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。図表29をみると、平成28年度の健診受診者5,106人のうち、詳細健診として心電図検査を実施した者は104人(1.8%)とかなり低い状況です。そのうちST所見があったのは12人でした(図表30)。ST所見あり12人のうち6人は要精査であり、その後の受診状況をみると3人は未受診でした(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や予備群、血圧、脂質などのリスクを有する者もおられ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。また要精査には該当しないがST所見ありの6人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合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。

宜野湾市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多いです。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれます。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	5,661	100	104	1.8	12	11.5	15	14.4	77	74.0

出典：特定健診等データ管理システム

【図表 31】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
12	100	6	50	3	50	3	50

出典：KDB システム「被保険者管理台帳」

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目です。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出します。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者の把握を行います。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	5,661	12 0.21%	15 0.26%	77 1.36%	5,557 98.2%	
メタボ該当者	1,163 20.5%	9 0.77%	7 0.60%	22 1.89%	1,125 96.7%	
メタボ予備群	787 13.9%	1 0.13%	2 0.25%	13 1.65%	771 98.0%	
メタボなし	3,711 65.6%	2 0.05%	6 0.16%	42 1.13%	3,661 98.7%	
LDL	140-159	589 15.9%	2 0.34%	2 0.34%	5 0.85%	580 98.5%
	160-179	264 7.11%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.14%	261 98.9%
	180-	157 4.23%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.64%	156 99.4%
CKD	G3aA1~	1,090 19.3%	5 0.46%	2 0.18%	9 0.83%	1,074 98.5%

出典：特定健診等データ管理システム

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要です。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながります。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面があります。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施

していきます。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行います。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっています。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していきます。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していきます。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準の決定

5～6 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

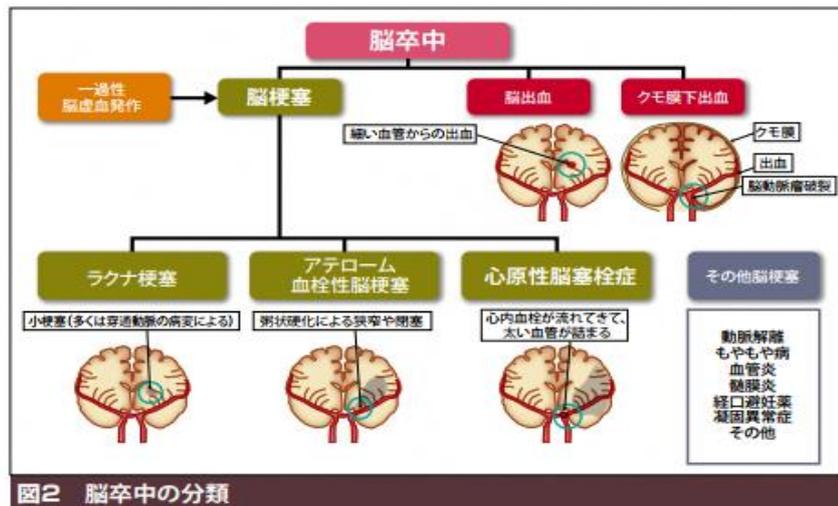
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になります。

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○		○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○						
	心原性脳梗塞	●				●	○		○						
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者 (○はハイリスク群)		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		255人	4.6%	374人	6.8%	240人	4.4%	0人	0.0%	1136人	20.6%	95人	1.7%	160人	2.9%
治療なし		148人	4.0%	199人	4.0%	216人	4.9%	0人	0.0%	263人	8.3%	21人	0.7%	47人	1.5%
治療あり		107人	5.8%	175人	40.1%	24人	2.2%	0人	0.0%	873人	36.9%	74人	3.1%	113人	4.8%
臓器障害あり		8人	5.4%	23人	11.6%	7人	3.2%	0人	--	16人	6.1%	21人	100.0%	47人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	7人		22人		7人		0人		13人		21人		47人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		11人		4人		0人		6人		21人		1人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人		3人		0人		0人		2人		0人		2人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	3人		9人		4人		0人		5人		1人		47人	
	心電図所見あり	1人		2人		0人		0人		3人		1人		0人	

出典:KDB システム「厚生労働省様式 3-1~3-3」、特定健診等データ管理システム

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 108 人(4.3%)であり、56 人は未治療者でした。また未治療者のうち 6 人(10.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要です。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 52 人(5.7%)いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となります。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、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。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。(図表 37)

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	3,666	1,523	903	570	522	125	23	
		41.5%	24.6%	15.5%	14.2%	3.4%	0.6%	
リスク第1層	570	341	123	55	42	8	1	
		15.5%	22.4%	13.6%	9.6%	8.0%	6.4%	4.3%
リスク第2層	1,822	769	458	272	256	58	9	
		49.7%	50.5%	50.7%	47.7%	49.0%	46.4%	39.1%
リスク第3層	1,274	413	322	243	224	59	13	
		34.8%	27.1%	35.7%	42.6%	42.9%	47.2%	56.5%
再掲 重複あり	糖尿病	317	99	81	67	48	18	4
		24.9%	24.0%	25.2%	27.6%	21.4%	30.5%	30.8%
	慢性腎臓病 (CKD)	666	241	168	112	113	26	6
	52.3%	58.4%	52.2%	46.1%	50.4%	44.1%	46.2%	
3個以上の危険因子	567	147	148	123	114	26	9	
	44.5%	35.6%	46.0%	50.6%	50.9%	44.1%	69.2%	

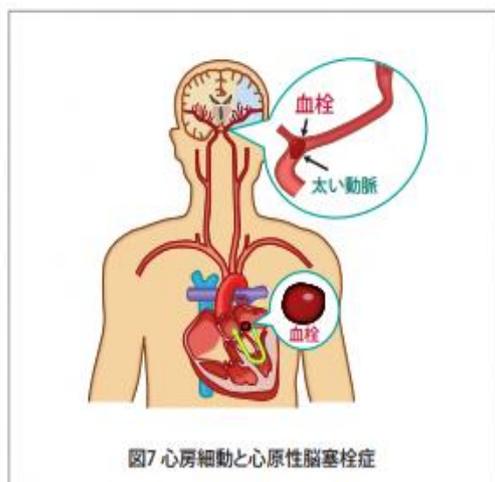
低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
42	264	364
1.1%	7.2%	9.9%
42	8	1
100%	3.0%	0.3%
--	256	67
--	97.0%	18.4%
--	--	296
--	--	81.3%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

出典:KDBシステム「厚生労働省様式 3-1~3-3」、特定健診等データ管理システム

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化したものです。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になります。

(3)心電図検査における心房細動の実態



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」になる頻度が高いです。しかし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す。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	41	62	0	0.0	0	0.0	—	—
40歳代	4	16	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	13	15	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	15	30	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	9	1	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

出典:特定健診等データ管理システム

心電図検査を受けた者は計 103 人で、心房細動の有所見者数は 0 人でした。特定健診受診者 5,106 人(H28)のうち、2.0%のみが検査を受けていることとなります。日本循環器学会疫学調査によると 60 代～70 代にかけて心房細動の有所見率が高くなることがわかっています。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれます。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がけます。治療が必要にも関わらず、医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があります。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから、対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していきます。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行います。(参考資料 8)

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し、経過を把握します。(参考資料 9)

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施します。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集します。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携します。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行います。

(1) 短期的評価

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の減少

7) 実施期間及びスケジュール

5 月 対象者の選定基準の決定

5 月～6 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 40・41)

【図表 40】

宜野湾市の社会保障費と保険者努力支援制度

宜野湾市人口 9万7千人(国保被保険者3万人)

<保険者努力支援制度>

宜野湾市 172点/345満点
全国順位 1239位/1741市町村
県内順位 34位/41市町村

頂いたお金 1,158万円

1点当たりのお金 7万円

(社会保障費)

医療費

●国保総医療費 73億円(H28年度)KDB

予防可能な生活習慣病にかかる医療費

内訳:	糖尿病	3億円	7.5%
	高血圧	2億円	6.4%
	慢性腎臓病(透析も含む)	6億円	16.0%

人工透析の原因疾患

糖尿病による透析導入 53.7%(H28)

介護給付費 4.9億円(H28年度)KDB

2号認定者の特定疾病(H28年度)

2号保険者(40~64歳) 133人

認定率 0.48%

(同規模0.4%)KDBより

脳血管疾患	97人(61%)
関節疾患	12人(7.5%)
認知症	10人(6.3%)

生活保護費 3.8億円 福祉事務所資料(H28年度)

保護率(千人対) 26.1%(2,553人)

医療扶助 47.5%(18,675件) *入院と入院外の件数をカウント

再)人工透析者数 31人 *0.1% 医療扶助受給者のうち人工透析の割合

31人×600万円/年=1億8600万円(生活保護費とは別予算)

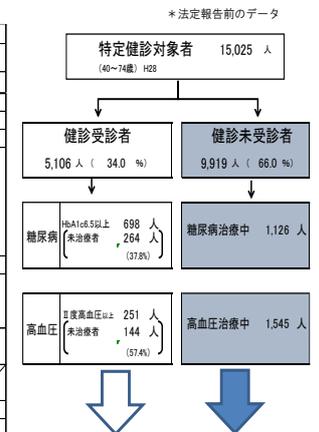
評価指標	30年度		28年度前例比	
	満点	達成率	達成率	市
H29、30年度				
特定健診受診率	50	20	0	
特定保健指導実施率	50	20	15	
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	
糖尿病等重症化予防の取組	100			
-対象者の抽出進捗が明確、かかりつけ医との連携	(50)			
-かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				
-専門職の取組、事業評価				
-全員に文書交付、受診の有無確認、未受診者へ電話	(25)			
-保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)			
個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	
個人のインセンティブ提供	70			
-個人へポイント付与等取組、効果検証	(50)			
-薬局、商店街等との連携	(25)			
データヘルス計画の取組	40			
-第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
-第2期策定に当たり、明計画の定量的評価	(35)			
関係部署、県、医師会等と連携				
がん検診受診率	30	10	0	
慢性疾患(病)検診実施状況	25	10	0	
地域包括ケアの推進	25	5	0	

H28 保険者努力支援ポイント評価

3 市町村指標の都道府県単位数	[200億円]	100
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組		
3 都道府県の取組状況	[150億円]	未定
保健指導実施率との関与、糖尿病等重症化予防の取組		
2 医療費適正化のアウトカム評価	[150億円]	50
医療・年齢調整後1人当たり医療費		

(H30年度~)

【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定
(国保加入者の保険料に影響)



第3期特定健診・保健指導の運用の奨励し、かかりつけ医で実施された検査データは、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようにする。

1 疾病発症の予防に資する検査項目
2 検査結果に基づき、かかりつけ医へ通知し、必要に応じて検査結果を共有する。
3 検査結果に基づき、かかりつけ医へ通知し、必要に応じて検査結果を共有する。

【図表 41】

沖縄県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表41)

1. からだの実態

①健診データ (H25年度厚生労働省様式0-2~6-7健診有所見者状況)

腹囲	1位
BMI	1位
GPT	4位
中性脂肪	3位
空腹時血糖 126以上	8位
HbA1c8.4以上	4位

↓

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外 (平成26年)

糖尿病	入院外 47位	入院 35位
-----	---------	--------

↓

③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況 (平成27年)

沖縄県	7位	47.70%
-----	----	--------

2. 沖縄の食の実態

食用油	1位
加工肉・ベーコン	1位
魚缶詰	1位
沖縄そば	2位
人参	1位
スナック菓子	上位
野菜摂取量	47位

飲食店サービス業	1位
バー・キャバレー・ビアホール	1位
ハンバーガー店	1位
純アルコール量	2位
ハンバーガー	5位
弁当	5位

内臓脂肪の蓄積 ←

出典: 厚生労働省ホームページ 特定健診・特定保健指導に関するデータ(国保被保険者)
厚生労働省 患者調査
社団法人日本透析医学会調査委員会「わが国の慢性透析治療の現状」
経済産業省 健康・スポーツ・生活政策課(統計・企画・政策課)
国務院 都道府県別の販売(消費)
総務省 家計調査

第5章 地域包括ケアに係る取組

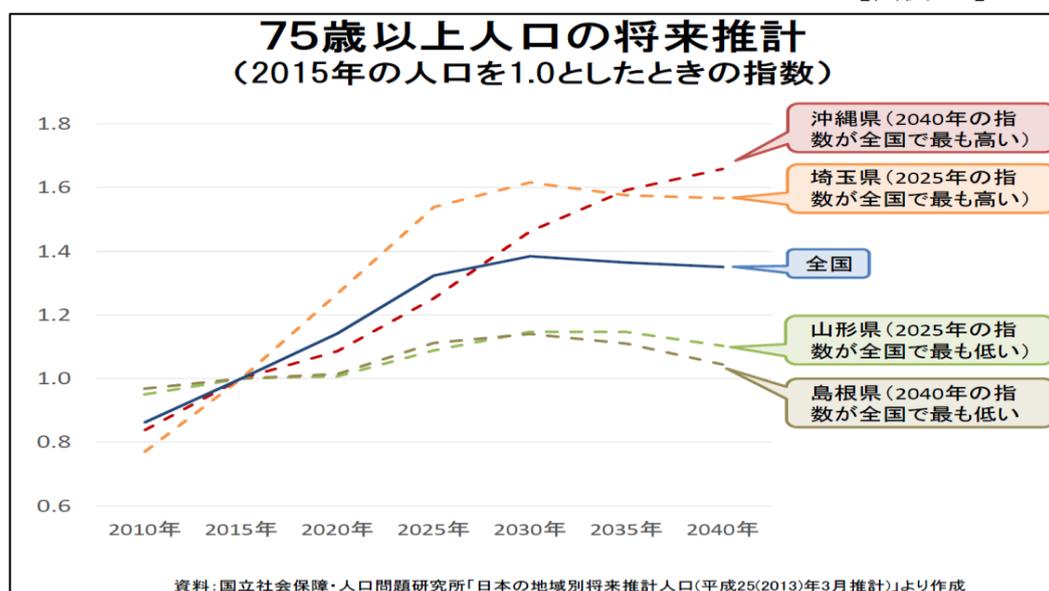
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めています。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施することが必要で、第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができます。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されています。(図表42)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えています。このような状況に鑑みれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要であると考えます。

【図表42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となります。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながると考えます。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行います。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

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。

※評価における4つの指標（参考資料10）

ストラクチャー （保健事業実施のための体制・システムを整えているか）	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。（予算等も含む） ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス （保健事業の実施過程）	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか ・スケジュールどおり行われているか
アウトプット （保健事業の実施量）	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム （成果）	・設定した目標に達することができたか （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、被保険者の受診率・受療率、医療の動向等は、各事業を担当する保健師・栄養士等が定期的に確認を行います。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。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連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ます。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中間評価値					最終評価値	現状値の把握方法			
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35			
特定 等計 画 診	<p>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</p> <p>●特定健診受診率について、国が掲げる目標よりも低い</p> <p>●とりわけ40～50代男性の受診率が全体の2割にも満たない</p> <p>●糖尿病性腎症で治療を受けている人の割合がH25よりも4%増加している</p> <p>●BMI・腹囲の有所見率が全国・同規模と比べて高い</p> <p>●メタボ該当者で血糖・血圧・脂質異常の3項目全てに該当している有所見者の割合が、全国・同規模と比べて高い</p>	<p>特定健診受診率60%以上</p> <p>特定保健指導実施率60%以上</p> <p>特定保健指導対象者の減少率25%</p>	<p>特定健診受診率60%以上</p> <p>特定保健指導実施率60%以上</p> <p>特定保健指導対象者の減少率25%</p>	34.4%								特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
				42.0%										
データヘルス計画	<p>脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する</p> <p>●糖尿病性腎症で治療を受けている人の割合がH25よりも4%増加している</p> <p>●BMI・腹囲の有所見率が全国・同規模と比べて高い</p> <p>●メタボ該当者で血糖・血圧・脂質異常の3項目全てに該当している有所見者の割合が、全国・同規模と比べて高い</p>	<p>脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少30%</p> <p>虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少10%</p> <p>糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5.6%</p> <p>メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%</p> <p>健診受診者の高血圧の割合減少25%(160/100以上)</p> <p>健診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL140以上)</p> <p>健診受診者の糖尿病有病者の割合減少25%(HbA1c6.5以上)</p> <p>糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合0.4%</p>	<p>脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少30%</p> <p>虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少10%</p> <p>糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5.6%</p> <p>メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%</p> <p>健診受診者の高血圧の割合減少25%(160/100以上)</p> <p>健診受診者の脂質異常者の割合減少25%(LDL140以上)</p> <p>健診受診者の糖尿病有病者の割合減少25%(HbA1c6.5以上)</p> <p>糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合0.4%</p>	2.1%								KDBシステム		
				2.2%										
				29.6%										
				34.5%										
				4.6%										
				27.7%										
				9.2%										
				1.0%										
				22.4%										
				10.1%										
短期	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	<p>がん検診受診率 胃がん検診 40%以上</p> <p>肺がん検診 40%以上</p> <p>大腸がん検診 40%以上</p> <p>子宮頸がん検診 50%以上</p> <p>乳がん検診 50%以上</p>	<p>がん検診受診率 胃がん検診 40%以上</p> <p>肺がん検診 40%以上</p> <p>大腸がん検診 40%以上</p> <p>子宮頸がん検診 50%以上</p> <p>乳がん検診 50%以上</p>	12.9%								宜野湾市福祉保健の概要		
				12.2%										
				20.1%										
				18.6%										
保険者努力支援制度	<p>後発医薬品の使用により、医療費の削減</p>	<p>後発医薬品の使用割合80%以上</p>	<p>後発医薬品の使用割合80%以上</p>	75.6%								宜野湾市国民健康保険財政健全化計画		

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた宜野湾市の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ
- 参考資料 11 平成 30 年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ（図表 1 拡大）

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた宜野湾市の位置

項目		H25		H28		同規模平均		H28		国		
		宜野湾市		宜野湾市				県				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 人口構成 (宜野湾市人口統計12月末時点)	総人口	89,609		97,043		18,346,852		1,373,576		124,852,975	
		65歳以上(高齢化率)	13,276	14.8	17,064	17.6	4,430,444	24.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2
		75歳以上	5,906	6.6	8,456	8.7			119,934	8.7	13,989,864	11.2
		65~74歳	7,370	8.2	8,608	8.9			119,552	8.7	15,030,902	12.0
		40~64歳	27,920	31.2	31,678	32.6			448,207	32.6	42,411,922	34.0
	39歳以下	48,413	54.0	48,301	49.8			685,883	49.9	53,420,287	42.8	
	② 産業構成 (総務省統計局経済サンセス)	第1次産業	0.8		0.1		6.1		5.4		4.2	
		第2次産業	15.0		10.3		28.9		15.4		25.2	
		第3次産業	84.2		89.7		65.0		79.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性	80.1		80.1		79.6		79.4		79.6	
女性		87.4		87.4		86.3		87.0		86.4		
④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.3		64.5		65.2		
	女性	66.4		66.4		66.8		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	93.5		94.7		100		97.8		100	
		男性	93.5		94.7		100		97.8		100	
		女性	92.9		90.0		100.9		87.5		100	
		がん	175	50.3	168	50.6	54,818	48.1	2,965	48.0	367,905	49.6
		心臓病	83	23.9	86	25.9	30,930	27.1	1,600	25.9	196,768	26.5
	死因	脳疾患	65	18.7	41	12.3	18,797	16.5	893	14.5	114,122	15.4
		糖尿病	5	1.4	7	2.1	2,153	1.9	187	3.0	13,658	1.8
		腎不全	7	2.0	16	4.8	3,750	3.3	243	3.9	24,763	3.3
		自殺	13	3.7	14	4.2	3,547	3.1	287	4.6	24,294	3.3
		合計	121	22.1	124	19.8			1,989	17.0	136,944	10.5
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	87	28.2	86	24.0			1,386	22.0	91,123	13.5	
	女性	34	14.2	38	14.2			603	11.2	45,821	7.2	
	合計	121	22.1	124	19.8			1,989	17.0	136,944	10.5	
3	① 介護保険 (宜野湾市介護長寿課)	1号認定者数(認定率)	2,669	19.5	2,778	21.5	891,869	20.2	54,602	22.9	5,885,270	21.2
		新規認定者	504	18.9	442	15.9	15,306	0.3	122	0.3	105,636	0.3
		2号認定者	130	0.5	133	0.5	21,986	0.4	2,288	0.5	15,183	0.4
	② 有病状況	糖尿病	504	16.9	554	18.6	203,882	22.0	10,612	18.3	1,350,152	22.1
		高血圧症	1,262	43.1	1,313	44.3	479,210	51.8	27,224	47.1	3,101,200	50.9
		脂質異常症	717	24.0	755	25.1	256,268	27.6	14,881	25.6	1,741,866	28.4
		心臓病	1,442	49.4	1,490	50.1	546,239	59.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0
		脳疾患	741	25.4	803	26.4	239,587	26.2	15,052	26.1	1,538,683	25.5
		がん	236	7.7	250	7.9	93,015	10.0	4,558	7.8	631,950	10.3
		筋・骨格	1,304	43.8	1,320	44.2	469,492	50.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3
精神		962	31.2	1,046	34.3	331,335	35.6	19,275	33.0	2,154,214	35.2	
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	74,062		69,620		61,245		71,386		58,284		
	居宅サービス	52,888		51,670		40,247		52,569		39,662		
	施設サービス	285,393		276,931		278,147		282,196		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別	10,161		10,386		8,027		9,703		7,980		
	医療費(40歳以上)	4,019		4,309		3,808		4,397		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数	31,653		28,594		4,516,800		444,291		32,587,866	
		65~74歳	5,619	17.8	6,099	21.3			103,448	23.3	12,461,613	38.2
		40~64歳	11,999	37.9	10,614	37.1			168,937	38.0	10,946,712	33.6
		39歳以下	14,035	44.3	11,881	41.6			171,906	38.7	9,179,541	28.2
		加入率	35.3		31.9		24.7		32.3		26.9	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	4	0.1	4	0.1	1,257	0.3	94	0.2	8,255	0.3
		診療所数	56	1.8	50	1.7	12,813	2.8	874	2.0	96,727	3.0
		病床数	806	25.5	806	28.2	227,288	50.3	18,893	42.5	1,524,378	46.8
		医師数	101	3.2	105	3.7	33,690	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2
		外来患者数	490.8		500.6		688.2		507.9		668.1	
入院患者数		17.4		18.4		19.8		20.0		18.2		
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	19,074	県内27位 同規模260位	20,703	県内28位 同規模257位	25,581		22,111		24,245		
	受診率	508.193		519.032		707.975		527.86		686.286		
	外来費用の割合	55.2		54.5		59.3		52.4		60.1		
	入院費用の割合	44.8		45.5		40.7		47.6		39.9		
	1件あたり在院日数	17.1日		16.4日		16.2日		17.1日		15.6日		
	がん	613,324,210	15.4	661,832,000	17.2	25.0		17.3		25.6		
	慢性腎不全(透析あり)	538,240,820	13.5	615,539,410	16.0	9.5		16.0		9.7		
④ 最大医療費源(疾病名(調剤含む))	糖尿病	307,617,030	7.7	289,341,800	7.5	10.1		7.0		9.7		
	高血圧症	345,522,870	8.7	245,425,320	6.4	8.9		6.3		8.6		
	精神	1,069,414,030	26.9	1,041,087,650	27.1	17.6		28.0		16.9		
	筋・骨格	503,730,920	12.7	507,951,860	13.2	14.9		13.1		15.2		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	617,434	11位	19	627,640	12位	18															
				高血圧	582,041	24位	19	617,692	17位	18															
				脂質異常症	577,091	17位	19	603,795	10位	18															
				脳血管疾患	668,594	17位	21	689,672	13位	20															
				心疾患	663,965	17位	16	694,428	14位	16															
				腎不全	745,414	21位	19	734,383	26位	17															
				精神	447,260	25位	26	464,253	26位	25															
				悪性新生物	701,950	10位	15	655,596	28位	13															
				外来	糖尿病	40,768	14位		43,926	11位															
					高血圧	34,259	13位		36,102	9位															
					脂質異常症	31,431	16位		33,011	14位															
					脳血管疾患	39,213	23位		42,057	17位															
					心疾患	52,099	23位		59,975	23位															
					腎不全	217,049	11位		230,666	7位															
精神	35,870	13位			34,075	20位																			
悪性新生物	54,323	18位			64,455	12位																			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,781			1,574			2,775			1,919			2,346									
			健診未受診者	11,626			12,661			12,265			10,954			12,339									
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,166			5,501			7,618			6,836			6,742									
			健診未受診者	40,259			44,252			33,667			39,024			35,459									
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	2,805	54.3	2,776	54.5	692,271	55.8	54,166	55.9	442,736	56.1													
		医療機関受診率	2,571	49.7	2,583	50.7	639,185	51.6	49,936	51.6	406,918	51.5													
		医療機関非受診率	234	4.5	193	3.8	53,086	4.3	4,230	4.4	35,772	4.5													
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数	健診受診者	5,168		5,092		1,239,776		96,836		7,898,427												
				受診率	32.0	県内41位 同規模191位	33.3	県内41位 同規模206位	39.5	37.5	全国25位	36.4													
				特定保健指導終了者(実施率)	444	53.8	325	41.1	44,581	30.2	7,845	50.6	198,683	21.1											
				非肥満高血糖	325	6.3	363	7.1	123,451	10.0	6,227	6.4	737,886	9.3											
				メタボ	該当者	932	18.0	1,057	20.8	217,023	17.5	21,916	22.6	1,365,855	17.3										
					男性	615	26.6	721	31.1	147,338	27.5	15,055	32.9	940,335	27.5										
					女性	317	11.1	336	12.1	69,685	9.9	6,861	13.4	425,520	9.5										
					予備群	747	14.5	714	14.0	133,280	10.8	14,505	15.0	847,733	10.7										
					男性	479	20.8	482	20.8	91,585	17.1	9,655	21.1	588,308	17.2										
					女性	268	9.4	232	8.4	41,695	5.9	4,850	9.5	259,425	5.8										
				メタボ 該当・ 予備群 レベル	腹囲	総数	1,992	38.5	2,046	40.2	392,620	31.7	41,588	42.9	2,490,581	31.5									
						男性	1,278	55.4	1,379	59.5	266,875	49.7	27,902	60.9	1,714,251	50.2									
					女性	714	25.0	667	24.0	125,745	17.9	13,686	26.8	776,330	17.3										
					BMI	総数	326	6.3	320	6.3	59,011	4.8	6,193	6.4	372,685	4.7									
						男性	56	2.4	47	2.0	8,804	1.6	901	2.0	59,615	1.7									
					女性	270	9.4	273	9.8	50,207	7.1	5,292	10.4	313,070	7.0										
				血糖のみ	37	0.7	50	1.0	8,516	0.7	913	0.9	52,296	0.7											
				血圧のみ	528	10.2	474	9.3	92,153	7.4	10,137	10.5	587,214	7.4											
				脂質のみ	182	3.5	190	3.7	32,611	2.6	3,455	3.6	208,214	2.6											
血糖・血圧	157	3.0	161	3.2	34,257	2.8	3,328	3.4	212,002	2.7															
血糖・脂質	68	1.3	77	1.5	12,318	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9															
血圧・脂質	457	8.8	497	9.8	104,384	8.4	10,556	10.9	663,512	8.4															
血糖・血圧・脂質	250	4.8	322	6.3	66,064	5.3	6,804	7.0	415,310	5.3															
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,635	31.6	1,731	34.0	425,898	34.4	35,736	36.9	2,650,283	33.6											
				糖尿病	337	6.5	411	8.1	96,501	7.8	8,886	9.2	589,711	7.5											
				脂質異常症	898	17.4	1,024	20.1	296,409	23.9	19,747	20.4	1,861,221	23.6											
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	182	3.6	185	4.4	38,719	3.3	2,781	3.2	246,252	3.3										
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	206	4.1	258	5.4	69,715	5.9	3,985	4.5	417,378	5.5										
					腎不全	24	0.5	35	0.7	7,694	0.6	477	0.5	39,184	0.5										
					貧血	254	5.1	250	5.2	119,794	10.1	5,051	6.2	761,573	10.2										
				喫煙	690	13.4	694	13.6	163,058	13.2	14,476	14.9	1,122,649	14.2											
				週3回以上朝食を抜く	626	15.8	576	16	74,067	7.1	10,244	18.2	585,344	8.7											
				週3回以上食後間食	644	16.2	559	15.5	114,882	11.0	9,397	16.7	803,966	11.9											
				週3回以上就寝前夕食	903	22.8	783	21.7	153,932	14.5	13,503	23.9	1,054,516	15.5											
				食べる速度が速い	1,189	30.7	1,027	29.7	261,903	25.1	17,001	31.4	1,755,597	26.0											
				20歳時体重から10kg以上増加	1,696	42.3	1,577	43.7	335,672	31.7	25,674	46.4	2,192,264	32.1											
				1回30分以上運動習慣なし	2,253	56.2	2,029	56.3	622,490	58.4	32,954	57.5	4,026,105	58.8											
1日1時間以上運動なし	1,955	48.9	1,883	52.3	475,229	44.6	27,541	49.9	3,209,187	47.0															
睡眠不足	1,282	32.1	1,219	34.1	256,868	24.3	16,386	30.1	1,698,104	25.1															
毎日飲酒	771	16.8	782	19.3	286,446	24.6	14,259	22.1	1,886,293	25.6															
時々飲酒	1,183	25.7	1,187	29.3	244,207	21.0	18,519	28.7	1,628,466	22.1															
②	一日飲酒量	1合未満	898	44.0	929	42.0	480,326	64.5	22,185	50.1	3,333,836	64.0													
	1~2合	674	33.0	800	36.2	178,086	23.9	12,695	28.7	1,245,341	23.9														
	2~3合	319	15.6	328	14.8	68,324	9.2	5,994	13.5	486,491	9.3														
	3合以上	152	7.4	155	7.0	18,320	2.5	3,385	7.6	142,733	2.7														

【参考資料 3】

番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診察開始日 合併症の有無		項目	H24	H25	H26	H27	H28	転出死亡	備考	
	H24			男		糖尿病		糖	服薬							
						高血圧			HbA1c	6.8	6.2	6.7	7.3	6.9		
						虚血性心疾患		糖以外	体重	75.6	71.9	72.4	72.2	71.1		
						脳血管疾患			BMI	25.9	24.7	25.1	24.8	24.7		
						糖尿病性腎症			血圧	136/80	117/74	126/84	119/78	115/71		
								CKD	GFR	111.7	93.8	86.5	86	100		
		尿蛋白	-	-	-	±	-									
	H25			女		糖尿病		糖	服薬			○	○	○		
						高血圧			HbA1c	6	6.8	6.5	6.3	6.7		
						虚血性心疾患		糖以外	体重	62.3	66.4	62.6	61.9	61.1		
						脳血管疾患			BMI	24.3	25.8	24.5	24.1	23.7		
						糖尿病性腎症			血圧	100/70	94/66	90/60	100/70	90/60		
								CKD	GFR	82	86.3	85.8	87	86.5		
		尿蛋白		±	-	-	-									

【参考資料 4】

ポイント	地区担当が実施すること	専門職や他への紹介
糖尿病台帳の全体数 (18)名 ① 健診未受診者 (14)名 <small>H28年度の健診結果があるもの数</small> ② 未治療者 (2)名 ③ HbA1cが悪化している (3)名 ④ 尿蛋白 (-)(11)名 (±)(5)名 (+)(2)名 ⑤ eGFR 値の変化 1年で25%以上低下 (1)名 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下(2名) ⑥ ①にも関係するが記入すべき内容 — 備考欄に ①死亡、その原因 ②脳・心疾患 — 手術 ③透析 ④癌 など	確認すること ①レセプトで治療しているかどうか ②他の保険者に行っているかどうか レセプトを確認 訪問・面接か — 保健指導 他のリスク(血圧・メタボなど) 尿アルブミン検査 — 腎症予防のための保健指導 の情報を入れ込む 顕性腎症	後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ 経年表でみていく 尿アルブミン検査の継続 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 栄養士中心 ↓ 各種専門職 ↑ 腎専門医 </div>

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑥ 発症予防対象者	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299
		食後	～199			200～
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169			170～
	<input type="checkbox"/> AST	～30	31～50			51～
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99			100～125
		食後	～139			140～199
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～	
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9		8.0～	
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比		
	拡張期	～84	85～89			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1～				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム			0 _____ 12 _____ 24		

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧														
						メボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28						
												治療 有無	収縮期	拡張期												
			男	なし	5.7	143	61.2	-	7		156	88				180	95									
			女	該当者	6.3	203	40.5	++	5.6		204	104			○	120	70	○	138	77	○	131	82			
			男	なし	6.9	126	22.5	-	6.5	○	200	110	○	176	87	○	182	91	○	197	93	○	199	94		

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

患者 番号	診療年度 番号	基本情報				治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること																
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度				H27年度				H28年度							
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	

平成30年度に向けての全体評価

課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定受診受診率 H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 取り組み <ul style="list-style-type: none"> ① 対象者に対して、事業を交付。その後、電話による継続受診勧誘を実施。 ② 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ③ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ④ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑤ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑥ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑦ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑧ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑨ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑩ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定受診受診率 21.7% H29年度目標60%→達成状況56.2% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策
<p>課題・目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定受診受診率 H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% H25年度目標60% H25年度実績69% 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 取り組み <ul style="list-style-type: none"> ① 対象者に対して、事業を交付。その後、電話による継続受診勧誘を実施。 ② 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ③ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ④ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑤ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑥ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑦ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑧ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑨ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 ⑩ 電話による継続受診勧誘を実施。通話時間5分以内。通話時間5分以内。通話時間5分以内。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定受診受診率 21.7% H29年度目標60%→達成状況56.2% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% H29年度実績60% 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策

【参考資料10】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

<p>3 「健康日本21」計画</p> <p>健康増進法 第8条、第9条 第6条(環境増進事業推進等)</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成24～25年(第2次)</p>	<p>6 「特定健康診査等実施計画」</p> <p>国民健康保険法 第22条 国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査等実施計画の制定 かつ適切な実施態勢を確保するための基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>10 「データヘルス計画」</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康保険法施行規則の制定 実施目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>14 「介護保険事業(支援)計画」</p> <p>介護保険法 第116条、第117条、第118条</p> <p>厚生労働省 老健局 平成24年3月 介護保険法施行規則の制定 実施目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～32年(第7次)</p>	<p>14 「医療費適正化計画」</p> <p>高齢者の医療の確保に関する法律 第95条</p> <p>厚生労働省 保険局 平成24年3月 医療費適正化計画の制定 実施目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第5期)</p>	<p>14 「医療計画」</p> <p>医療法 第50条</p> <p>厚生労働省 医政局 平成24年3月 医療法施行規則の制定 医療費適正化計画の制定 実施目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第7次)</p>
<p>計画策定者</p> <p>都道府県：義務、市町村：努力義務</p>	<p>医療保険者</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>医療保険者</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>市町村：義務、都道府県：義務</p> <p>国民健康保険法 第116条、第117条、第118条</p> <p>厚生労働省 老健局 平成24年3月 介護保険法施行規則の制定 実施目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～32年(第7次)</p>	<p>都道府県：義務</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>都道府県：義務</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>
<p>基本的な考え方</p> <p>健康寿命の延長及び健康格差の縮小の観点から、高齢者の生活の質を向上させること、社会生活を送るために必要な能力の維持及び向上を目的とし、その結果、社会経済的発展が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。</p>	<p>医療保険者の義務</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>医療保険者の義務</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>市町村：義務、都道府県：義務</p> <p>国民健康保険法 第116条、第117条、第118条</p> <p>厚生労働省 老健局 平成24年3月 介護保険法施行規則の制定 実施目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～32年(第7次)</p>	<p>医療保険者の義務</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>都道府県：義務</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>
<p>対象年齢</p> <p>ライフステージ(若い時期) 若壮年期(高齢期)にわたって</p>	<p>被保険者全員</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>被保険者全員</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳(特定疾病)</p>	<p>被保険者全員</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>	<p>被保険者全員</p> <p>国民健康保険法 第22条</p> <p>国民健康保険法 第19条</p> <p>厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民健康増進法施行規則の制定 推進目標などの基本的な方針</p> <p>法定 平成30～35年(第3期)</p>
<p>対象疾病</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 認知症 メタボリックシンドローム</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>
<p>評価</p> <p>① 生活習慣病(糖尿病、脂質異常症、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患)による中高年齢層の増加 ② 生活習慣病(糖尿病、脂質異常症、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患)による中高年齢層の増加(高齢者)の増加 ③ 生活習慣病(糖尿病、脂質異常症、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患)による中高年齢層の増加(高齢者)の増加(高齢者)の増加 ④ 生活習慣病(糖尿病、脂質異常症、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患)による中高年齢層の増加(高齢者)の増加(高齢者)の増加 ⑤ 生活習慣病(糖尿病、脂質異常症、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患)による中高年齢層の増加(高齢者)の増加(高齢者)の増加</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>
<p>その他</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>

【参考資料11】