

# 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されました。

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ったが、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化を進めるため、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ることとなっています。

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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとされました。

うるま市においては、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、被保険者の健康の保持増進、医療費の適正化を図ることを目的とします。

## 2. 計画の位置付け

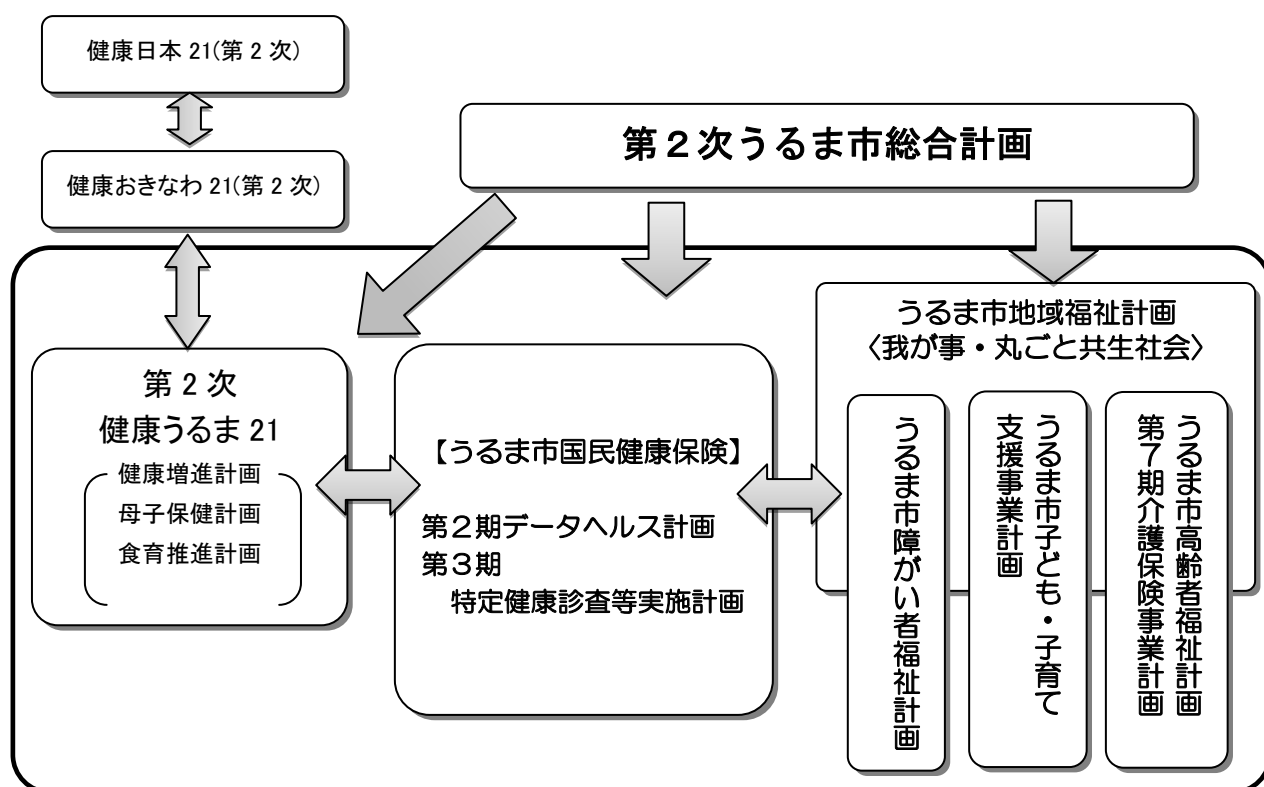
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用する計画であります。

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、沖縄県健康増進計画「健康おきなわ21（第2次）」やうるま市健康増進計画「健康うるま21（第2次）」、沖縄県医療費適正化計画、うるま市介護保険事業計画（第7期）と調和のとれたものとする必要があります。

一方で、特定健康診査等実施計画は保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法等を定めるものであることから、保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施することができるよう、第2期データヘルス計画と第3期特定健康診査等実施計画を章立てした形で一体的に作成しました。【図表1・2・3・4】

うるま市データヘルス計画、特定健康診査等実施計画の位置づけ

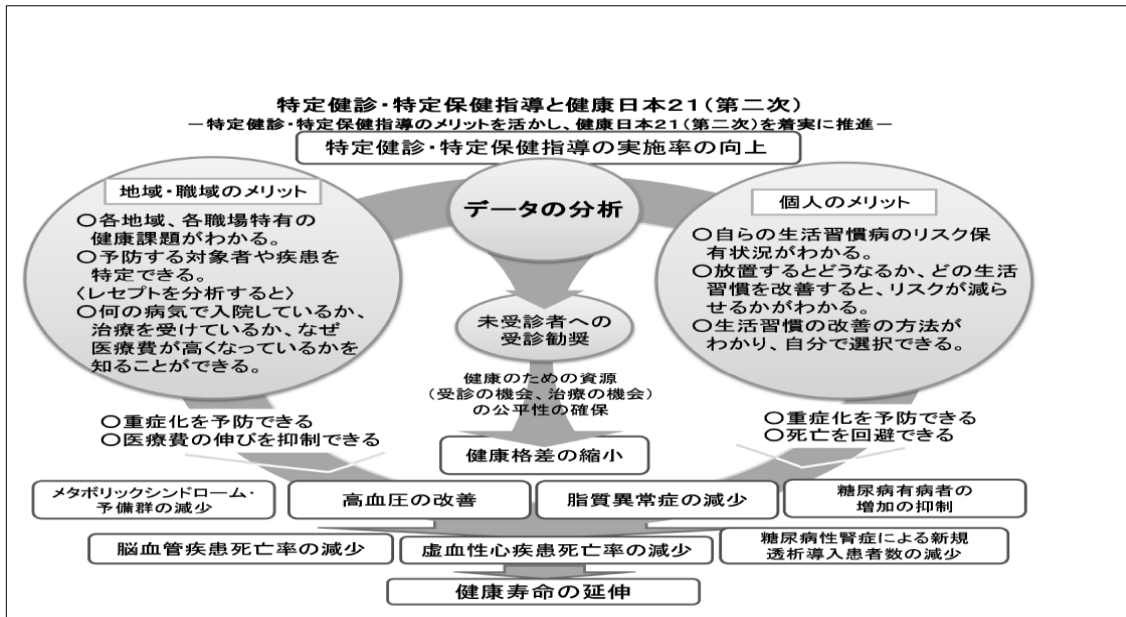
【図表1】



【図表 2】

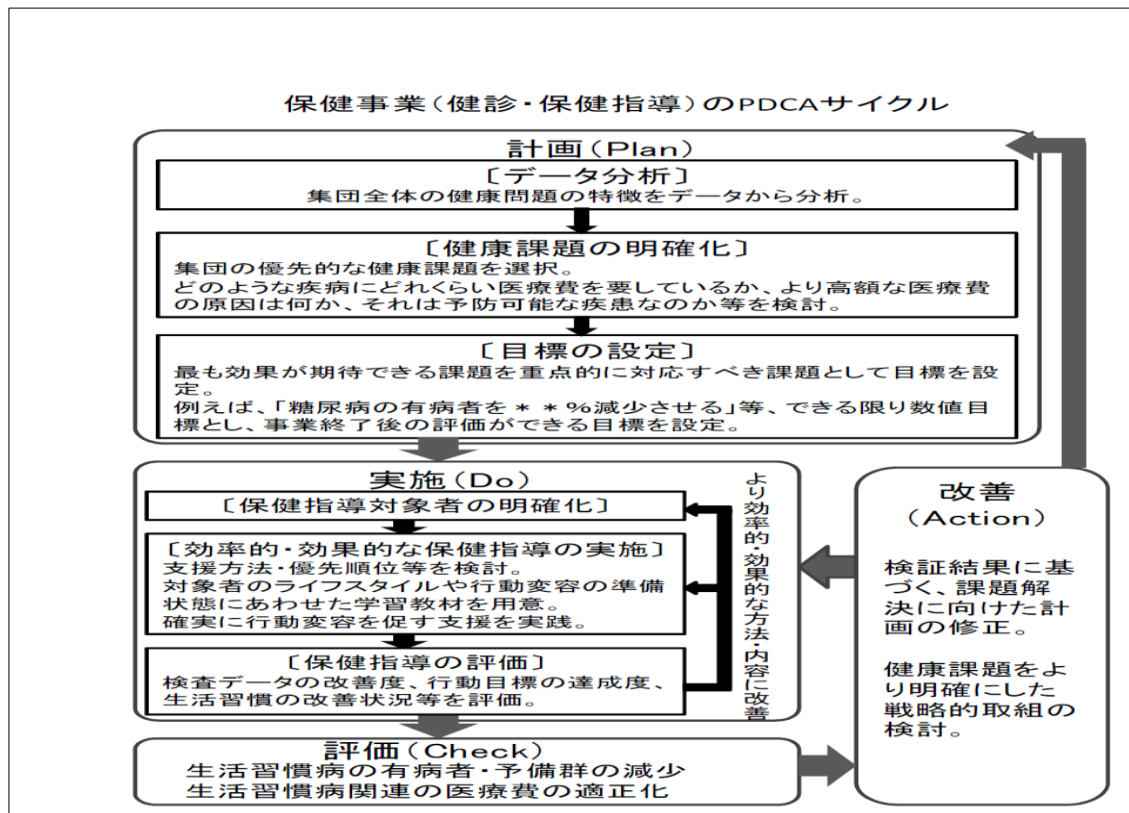
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	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6月 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	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28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3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 を図るとともに、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、社会保障 制度が維持可能なものとなるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を 抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を現 現することが可能となる。 特定健康診査は、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 るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保 険者と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 とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化 及び保険者の財政基盤強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、要介護状 態または要支援状態となることの予防又は、要介護 状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている	国民皆保険を堅持し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにしていくとともに、良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 保を図っていく。	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 的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若壮年期</b> 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、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	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p> <p>ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 脂質異常症</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p>	<p>メタボリックシンドローム 肥満</p> <p>糖尿病 糖尿病性腎症</p> <p>高血圧 等</p> <p>虚血性心疾患 脳血管疾患</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん</p>	<p>糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症</p> <p>脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期</p> <p>初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症</p>	<p>メタボリックシンドローム</p> <p>糖尿病</p> <p>生活習慣病</p>	<p>糖尿病</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中</p> <p>がん</p> <p>精神疾患</p>
評価	<p>※53項目中 特定健診に係る項目15項目</p> <p>①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者</p> <p>⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症</p> <p>⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者</p>	<p>①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率</p> <p>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</p>	<p>健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮</p> <p>(1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコー ル摂取量 ④喫煙</p> <p>(2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群</p> <p>(3)医療費等 ①医療費②介護費</p>	<p>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</p>	<p>○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進</p> <p>入院 病床機能分化・連携の推進</p>	<p>①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)</p>
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			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 3】



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 4】



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

データヘルス計画の計画期間については、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する国の指針第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、沖縄県における医療費適正化計画、医療計画とが2018年度（平成30年度）から2023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2018年度（平成30年度）から2023年度の6年間とします。

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

うるま市においては、国民健康保険課、健康支援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幅広い部局が関わっていく必要があります。

市が一体となって計画を策定・推進していくために、国保被保険者代表、保険医、保険薬剤師代表、公益代表で構成される「うるま市国民健康保険運営協議会」等より意見を聞き、介護長寿課、こども健康課、企画政策課、財政課など関係課と連携及び情報共有を図り、より実行性のある計画となるよう努めていきます。

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5】

#### 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、外部有識者等との連携・協力が重要となります。

外部有識者等とは、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・評価委員会等のことをいいます。

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す。

国保連は、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、国保データベースシステム（KDB）<sup>\*1</sup>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年度から都道府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、都道府県

の関与が更に重要となります。

このため、うるま市国保においても、本計画策定・事業実施について沖縄県関係課と意見交換を行い、連携に努めます。

また、保険者等と中部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あります。

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、平素から両者と積極的に連携するように努めます。

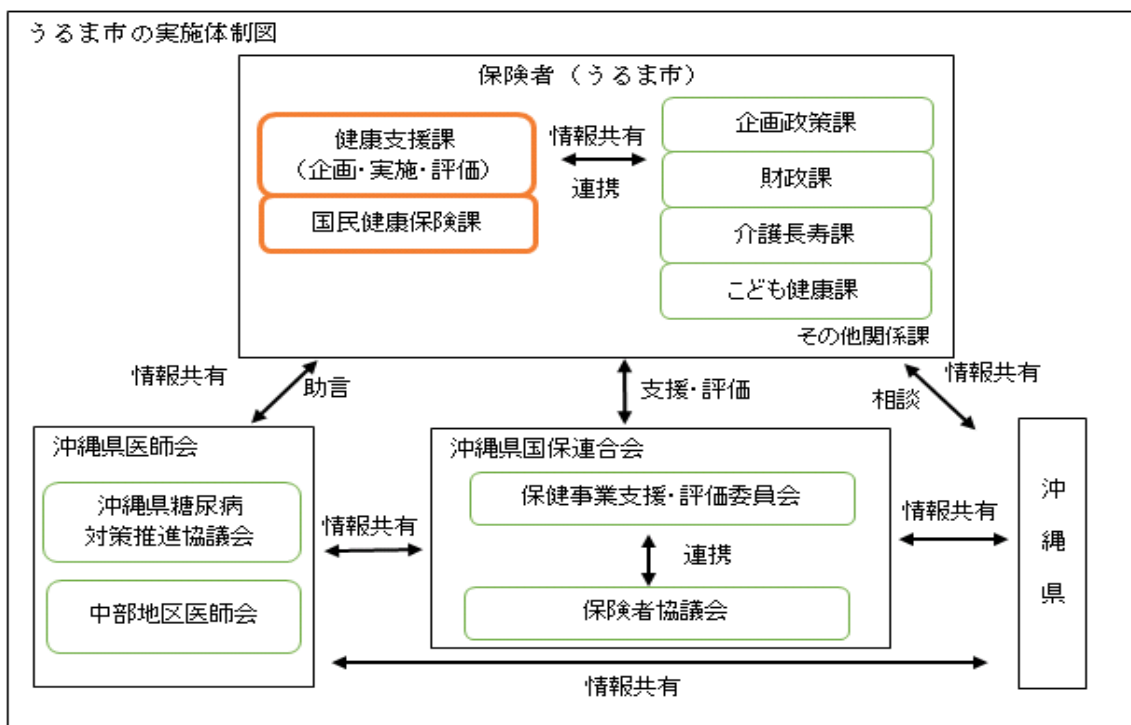
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、沖縄県保険者協議会等を活用し、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めていくことが必要です。

\*<sup>1</sup> 国保連合会が各種制度の審査支払い及び保険者共同電算業務を通じて管理する「特定健診・保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係わる情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率のかつ効果的な保健事業の実践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。同システムの活用で、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になるとされている。

### 3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進、医療費の適正化を図ることが目的であり、その実効性を高める上では、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であります。

【図表5】



## 5. 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、2016年度（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る。（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。

### 保険者努力支援制度

【図表 6】

評価指標		2016年度 (H28年度)		2017年度 (H29年度)		2018年度 (H30年度)	
		得点	配点 (満点)	得点	配点 (満点)	得点	配点 (満点)
総得点		266	345	381	580	559	850
交付額(万円)		2,709				8,033	
順位(県内41・全国1741 市町村)		県 2位	国76位			県 4位	
共通 ①	特定健診受診率	0	20	20	35	0	30
	特定保健指導実施率	20	20	10	35	30	30
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	20	0	35	20	30
共通 ②	がん検診受診率	0	10	0	20	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	10	0	15	0	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	40	70	70	100	100
共通 ④	個人インセンティブ提供	20	20	35	45	55	70
	個人へのわかりやすい情報提供	20	20	15	15	25	25
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	15	14	25	20	35
	後発医薬品の使用割合	15	15	30	30	40	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	20	40	25	70	45	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	10	30	30	40	40
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	2	15	4	25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10	20	30	26	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					34	50
体制構築加算		70	70	70	70	60	60

## 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

### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

#### 1) 第1期に係る評価

平成26年度に第1期データヘルス計画で設定した目標をもとに、これまでの取り組みを被保険者の健診・医療・介護保険等のデータを分析し評価を行います。

#### (1) 中長期目標の評価

- 中長期目標である「総医療費<sup>(注1)</sup>」において、入院の医療費が増加し、入院外(外来)は減少しているため悪化と判断しました。
- 中長期的疾患として定めた「狭心症(虚血性心疾患<sup>(注2)</sup>)、脳梗塞(脳血管疾患<sup>(注3)</sup>)、糖尿病性腎症<sup>(注4)</sup>の新規患者数(患者千人あたり)」は、3疾患ともに新規患者数が増加しており、悪化としています。
- 健診受診者の「喫煙率」は、15.1%から15.9%と喫煙者数で100人増加が見られたので、悪化と判断しました。
- 「肺がん検診受診率」においては、11.1%から11.7%と受診者数で712人増加がみられたので、改善と判断しました。

【図表7】

		平成25年度	平成28年度	目標	達成度	
総医療費	入院	51億2,586万円	51億7,802万円 (伸び率 0.99)	入院外医療費を伸ばし 入院医療費の伸びを 抑える	悪化	
	入院外 (外来)	59億354万円	58億7,595万円 (伸び率 -0.48)			
中長期 目標 疾患	患者千人あたり 新規患者数	狭心症 (虚血性心疾患)	3.2	3.4	25年度比 5%減少	変化なし
		脳梗塞 (脳血管疾患)	3.1	3.4		
		糖尿病性腎症	0.9	1.1		
喫煙率		15.1%	15.9%	13%(170人減)	悪化	
肺がん検診受診率		11.1%	11.7%	20% (健康うるま21の目標と 合わせる)	改善	

(注1)：総医療費は、医科診療費と調剤費を含めた費用

(注2)：虚血性心疾患とは、冠動脈の閉塞や狭窄などにより心筋への血流が阻害され心臓に障害が起こる疾患の総称。  
狭心症や心筋梗塞がこの分類に含まれます。

(注3)：脳血管疾患とは、脳動脈に異常が起こることが原因でおこる病気の総称。脳卒中が含まれます。

(注4)：糖尿病性腎症とは、糖尿病の3大合併症の一つです。腎臓の機能が悪化すると、人工透析治療が必要になります。



## (2) 短期目標の評価

- 「特定健診受診率」は、目標の60%を達成していないが平成25年度32.8%から平成28年度37.1%と上昇しているため改善としました。
- 「特定保健指導率」は目標の60%を達成しています。
- 「重症化予防対象者<sup>(注5)</sup>の割合」、「メタボリックシンドローム<sup>(注6)</sup>該当者の割合」は、横ばいであるので変化無しと判断しました。
- 短期的目標疾患と定めた「高血圧、糖尿病、脂質異常症の新規患者数(患者千人あたり)」は、横ばいのため変化なしとしました。

【図表8】

		平成25年度	平成28年度	目標	達成度
特定健診受診率		32.8%	37.1%	50% (国:60%)	改善
特定保健指導率		56.3%	60.9%	60%	達成
重症化予防対象者の割合		33.7% 2,792人	33.9% 3,015人	3%減少(90人減)	変化なし
メタボリックシンドローム該当者の割合		23.1% 1,890人	22.6% 2,012人	3%減少(60人減)	変化なし
短期目標	患者千人あたり 新規患者数			減少	
	高血圧	16.7	17.6		変化なし
	糖尿病	13.0	13.2		変化なし
	脂質異常症	13.3	12.8		変化なし

## 2) 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実施してきました。特定健診受診率、肺がん検診受診率の改善や、特定保健指導率の目標を達成することはできましたが、ほとんどの評価項目において変化なしという結果から、さらなる重症化予防対策を実施していく必要があると考えられます。

また、市民が自ら体の状態を確認できる場として重要である特定健診については、受診率の改善はあったものの目標が未達成であるため、引き続き受診率向上を目指し、重点的に取り組んでいく必要があります。

(注5)：特定健診結果から高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム等で重症化予防が必要な対象者 ※P30 図表 47 参照

(注6)：メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型症候群とも呼ばれ、複数の病気や異常が重なっている状態を表します。診断基準はP27 参照

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 人口及び国保被保険者の変化

本市の人口構成（年度平均）を見てみると、平成25年度に比べ、平成28年度は65歳以上の高齢者人口が1,892人増加しており、割合においても1.3%上昇しています。一方で40～64歳、39歳以下の割合はどちらも減少傾向にあり、高齢化が進んでいる状況にあります。

また、人口が増加傾向の一方で、国保被保険者数は減少し、加入率も減少傾向にあります。被保険者数における65歳以上の高齢者の割合は、平成28年度において20.5%と、平成25年度から3.9%の上昇となっています。64歳以下の各世代の被保険者数の構成割合は低下しており、人口構成同様に高齢化が進んでいる状況にあります。そのため、健康課題の抽出においては高齢化がもたらす影響も考慮する必要があります。

人口構成と被保険者の状況

【図表9】

		H25		H28		H28			
		うるま市				沖縄県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成 年度平均	総人口	121,268		↑ 122,400		1,373,576		124,852,975	
	65歳以上(高齢化率)	22,744	18.8%	24,636	↑ 20.1%	239,486	17.4%	29,020,766	23.2%
	75歳以上	11,781	9.7%	12,392	↑ 10.1%	119,934	8.7%	13,989,864	11.2%
	65-74歳	10,963	9.0%	12,244	↑ 10.0%	119,552	8.7%	15,030,902	12.0%
	40-64歳	40,259	33.2%	40,349	↓ 33.0%	448,207	32.6%	42,411,922	34.0%
	39歳以下	58,265	48.0%	57,415	↓ 46.9%	685,883	49.9%	53,420,287	
国保の状況 年度平均	被保険者数	48,531		↓ 43,638		444,286		32,587,223	
	65-74歳(国保高齢化率)	8,033	16.6%	8,924	↑ 20.5%	103,447	23.3%	12,462,053	38.2%
	40-64歳	18,786	38.7%	16,566	↓ 38.0%	168,937	38.0%	10,946,693	33.6%
	39歳以下	21,712	44.7%	18,148	↓ 41.6%	171,902	38.7%	9,178,477	28.2%
	加入率	40.0%		↓ 35.7%		32.3%		26.9%	

資料：うるま市国民健康保険事業状況報告書（事業年報）、うるま市年齢別統計票  
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) 死亡の状況

平成27年度において、全死亡における65歳未満の割合（早世）は国・県と比較して高い状況です。特に男性は、4人に1人が65歳未満となっています。

全死亡における65歳未満の死亡割合 【図表10】

65歳未満 死亡の割合	国	県	うるま市	
	平成27年度		平成27年度	平成28年度
合計(%)	10.4	18.1	19.1	15.1 158/1,048人
男	14.6	23.1	25	19.4 113/582人
女	6.4	12.4	12	9.7 45/466人

資料：人口動態調査・住民基本台帳

主要死因をみると、第1位が悪性新生物（がん）、第2位が心疾患、第4位が脳血管疾患となっており、生活習慣病が関連している疾患が上位を占めています。

主要死因経年推移（人口10万対死亡率） 【図表11】

	H23年	H24年	H25年	H26年	H27年
1位	悪性新生物 212.8	悪性新生物 213.8	悪性新生物 207.7	悪性新生物 209.3	悪性新生物 248.2
2位	心疾患 100.5	心疾患 114.0	心疾患 120.0	心疾患 122.8	心疾患 117.1
3位	肺炎 67.9	肺炎 63.2	肺炎 86.0	肺炎 72.5	肺炎 70.1
4位	脳血管疾患 53.6	脳血管疾患 41.6	脳血管疾患 57.9	脳血管疾患 61.8	脳血管疾患 61.9
5位	自殺 28.5	慢性閉塞性肺疾患 24.1	老衰 41.4	老衰 33.8	老衰 44.5

資料：人口動態調査  
住民基本台帳

また、悪性新生物・心疾患・肺炎と上位3疾患は県より高い状況です。

主要死因(H27年) 【図表12】

	うるま市			沖縄県			全国		
	死亡原因	死亡者数	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡者数	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡者数	死亡率 (10万対)
1位	悪性新生物	301	248.2	悪性新生物	3,122	219.5	悪性新生物	370,346.0	295.5
2位	心疾患	142	117.1	心疾患	1,544	108.5	心疾患	196,113.0	156.5
3位	肺炎	85	70.1	肺炎	900	63.3	肺炎	120,953.0	96.5
4位	脳血管疾患	75	61.9	脳血管疾患	885	62.2	脳血管疾患	111,973.0	89.4
5位	老衰	54	44.5	老衰	632	44.4	老衰	84,810.0	67.7
	全死因	1,010	832.9	全死因	11,326	796.3	全死因	1,290,444.0	1,029.7

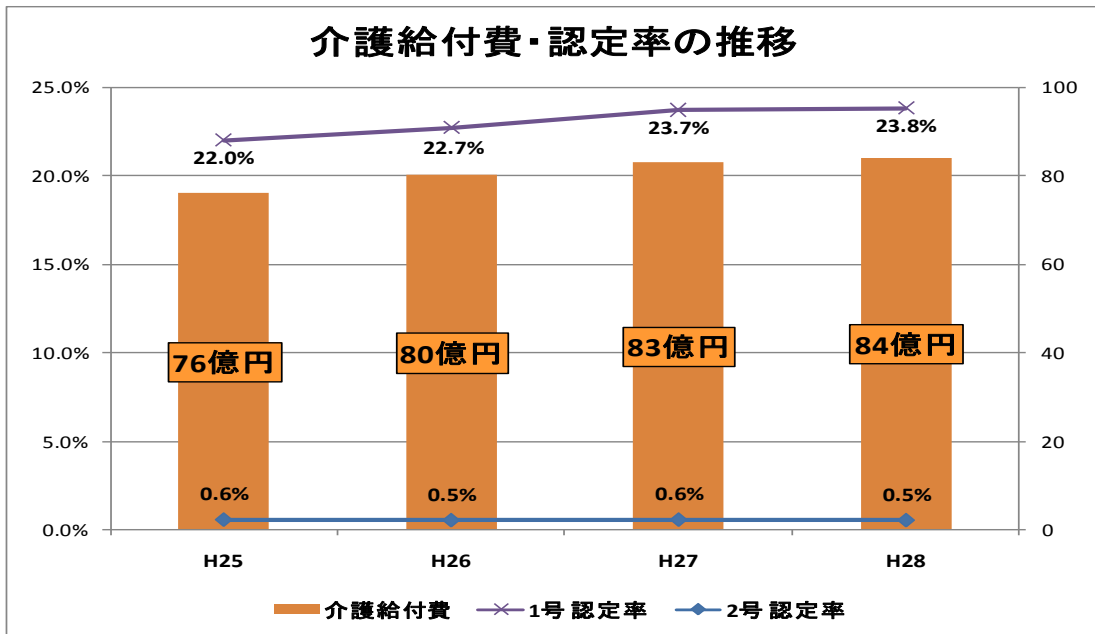
資料：人口動態調査・住民基本台帳

### 3) 介護給付費の状況

介護の状況を見ると、1号被保険者認定率<sup>(注7)</sup>及び介護給付費は年々増加しています。【図表13】

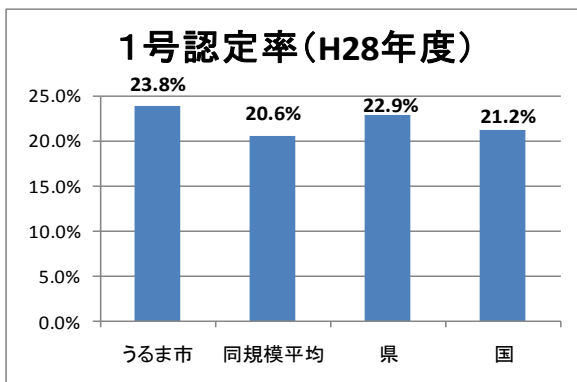
また、1号被保険者認定率は同規模市町村平均<sup>(注8)</sup>(以下、「同規模」という。)、県、国と比較すると高い状況です。【図表14】2号被保険者認定率<sup>(注9)</sup>においても、同規模平均、国より高い状況となっています。【図表15】今後、さらなる高齢者の増加により、社会保障費の増加が予想されます。

介護給付費・認定率の推移 【図表13】

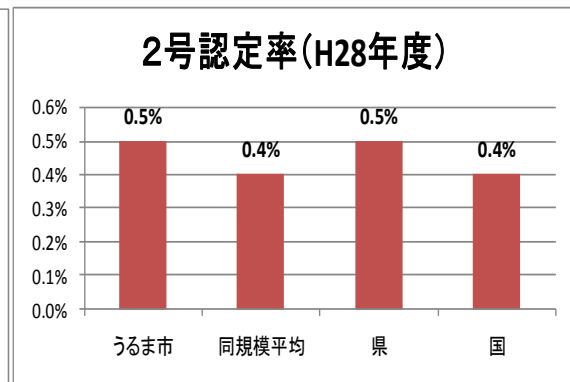


資料：KDBシステム「地域全体像の把握」

1号被保険者認定率 【図表14】



2号被保険者 認定率【図表15】



資料：KDBシステム「地域全体像の把握」

(注7)：第1号被保険者認定率とは、65歳以上の被保険者に対する要介護・要支援認定者の割合。

(注8)：同規模市町村とは、全国市町村の10～15万人口の一般市。(110市)

(注9)：第2号被保険者認定率とは、40歳以上65歳未満の被保険者に対する要介護・要支援認定者の割合。

介護認定者のうち介護度の高い要介護3～5の者が全体の47.3%を占めています。介護認定者の有病状況を見てみると、脳卒中が42.2%で、脳卒中を含む血管疾患は、92.1%となっています。

介護を受けている人の医療費は、受けていない人より5,224円高くなっており、血管疾患の発症予防のためには、基礎疾患である高血圧、高血糖、脂質異常症の重症化予防の対策が重要であると考えられます。

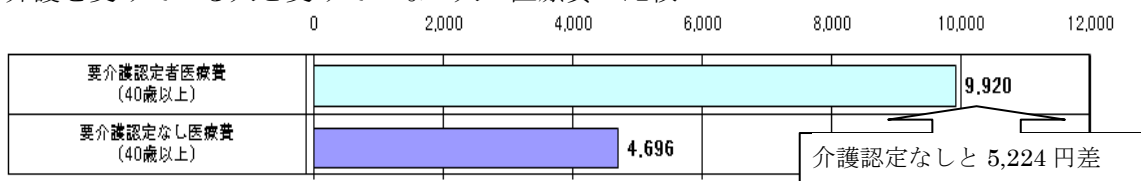
介護認定者の有病状況

【図表16】

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		40～64歳		65～74歳		75歳以上							
	被保険者数	37,549人	10,023人	10,371人	20,394人	57,943人								
	認定者数	197人	644人	4,137人	4,781人	4,978人								
	認定率	0.52%	6.4%	39.9%	23.4%	8.6%								
	新規認定者数(*1)	42人	189人	571人	760人	802人								
介護度別人数	要支援1・2	48	24.4%	162	25.2%	753	18.2%	915	19.1%	963	19.3%			
	要介護1・2	71	36.0%	218	33.9%	1,369	33.1%	1,587	33.2%	1,658	33.3%			
	要介護3～5	78	39.6%	264	41.0%	2,015	48.7%	2,279	47.7%	2,357	47.3%			
要介護 実合状況 ★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		40～64歳		65～74歳		75歳以上							
	介護件数(全体)	197	644	4,137	4,781	4,978								
	再) 国保・後期	109	440	3,597	4,037	4,146								
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	73	67.0%	220	50.0%	1,455	40.5%	1,675	41.5%	1,748	42.2%
			2	虚血性心疾患	19	17.4%	94	21.4%	1,046	29.1%	1,140	28.2%	1,159	28.0%
		3	腎不全	18	16.5%	60	13.6%	466	13.0%	526	13.0%	544	13.1%	
		合併症	4	糖尿病合併症	21	19.3%	76	17.3%	396	11.0%	472	11.7%	493	11.9%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		96	88.1%	373	84.8%	3,226	89.7%	3,599	89.2%	3,695	89.1%	
		血管疾患 合計		99	90.8%	387	88.0%	3,334	92.7%	3,721	92.2%	3,820	92.1%	
		認知症		13	11.9%	101	23.0%	1,549	43.1%	1,650	40.9%	1,663	40.1%	
		筋・骨格疾患		91	83.5%	361	82.0%	3,368	93.6%	3,729	92.4%	3,820	92.1%	

\*1) 新規認定者についてはNO.48 要介護実合状況の「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



資料：KDBシステム（CSV2次加工ツール）

1件あたりの介護給付費（全体）は、H25年度とH28年度を比較するとやや低くなっていますが、同規模市町村平均と比較すると約1万円高く、その中でも居宅サービス給付費が高額となっており1万円の差がみられます。

介護給付費の変化

【図表17】

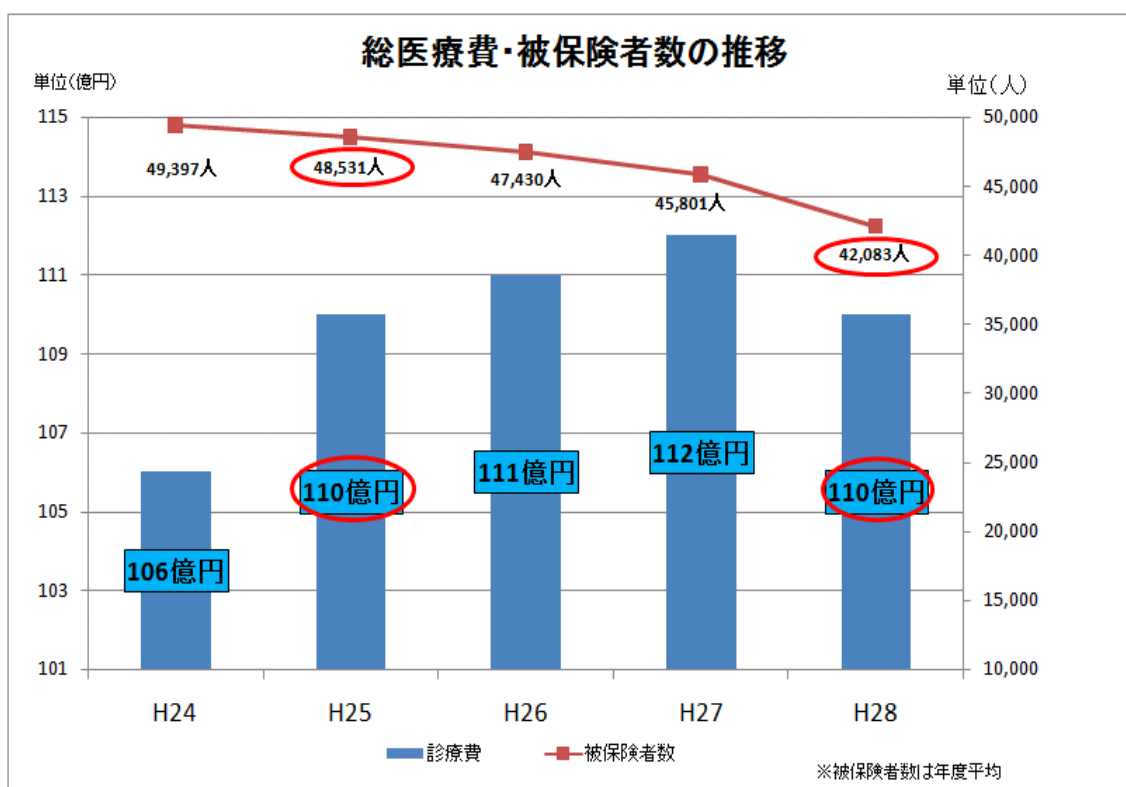
年度	うるま市				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	7,646,082,907	70,306	49,633	280,914	60,837	40,700	286,602
H28年度	8,411,401,269	69,946	51,919	276,682	58,724	39,936	280,447

資料：KDBシステム「健診・医療・介護データからみる地域の健康

#### 4) 医療費の状況

総医療費と被保険者数の推移をみてみると、年々減少傾向です。しかし、平成25年度と平成28年度を比較すると被保険者数は約6千人減少していますが、総医療費は、ほぼ同額となっています。

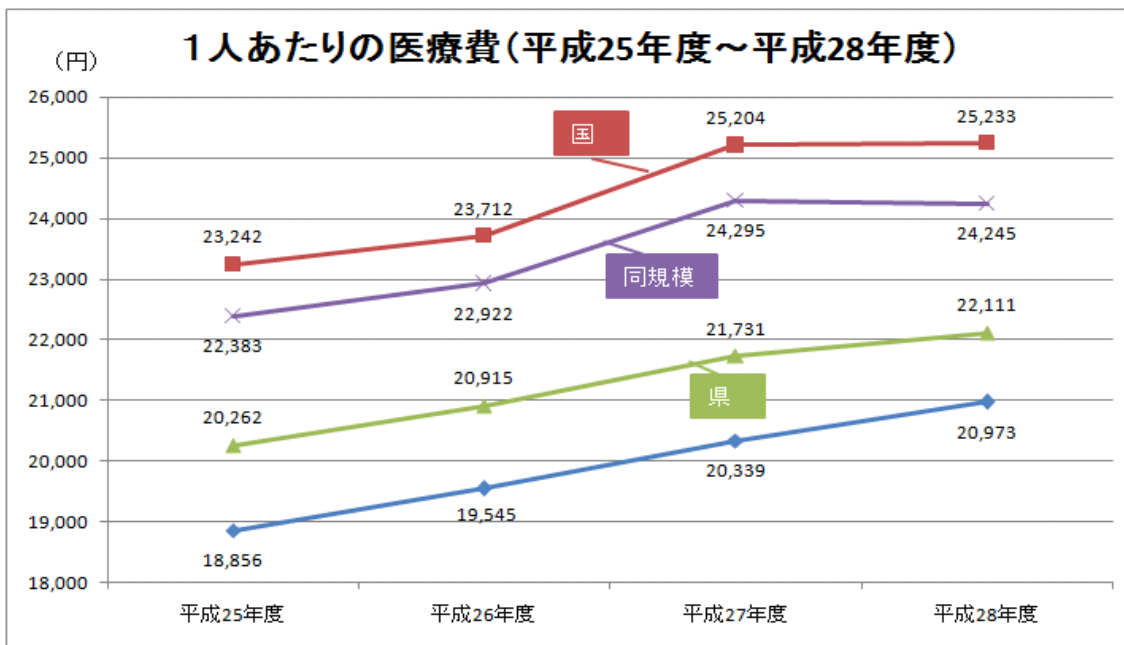
【図表 18】



資料：KDBシステム「同規模保険者比較」

一人当たりの医療費では、国・同規模・県と比較すると低い状況ですが年々増加しています。

【図表 19】



資料：KDBシステム「地域の全体像の把握」

入院と外来においては、平成25年度と平成28年度と比較すると国はどちらも減少していますが、うるま市では入院における医療費がやや増加しています。

総医療費(入院・外来)

【図表20】

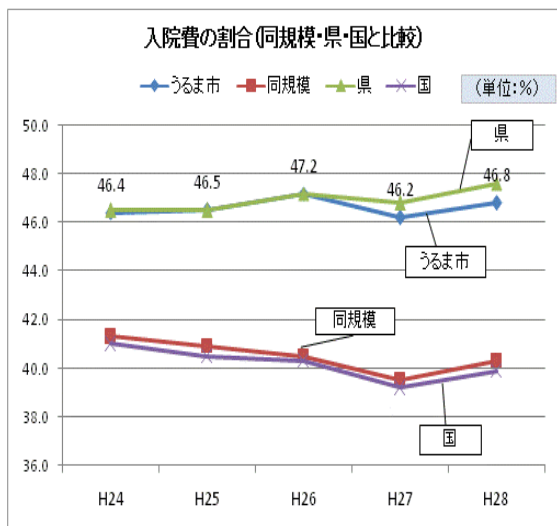
	全体				入院				外来			
	費用額(円)	増減	伸び率		費用額(円)	増減	伸び率		費用額(円)	増減	伸び率	
			うるま市	国			うるま市	国			うるま市	国
平成25年度	11,032,469,310				5,127,148,930				5,905,320,380			
平成28年度	11,054,530,490	22,061,180	0.2	-2.3	5,178,026,300	50,877,370	1	-1.8	5,876,504,190	-28,816,190	-0.5	-2.9

資料：KDBシステム「同規模保険者比較」

総医療費における入院費と外来費の割合を経年推移で見ると、本市と県は、外来費の割合が国・同規模と比較すると低いですが、入院費の割合は高いです。

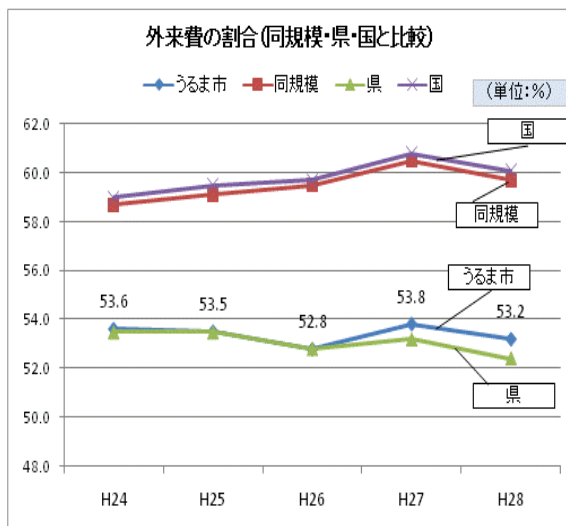
入院費の割合

【図表 21】



外来費の割合

【図表 22】

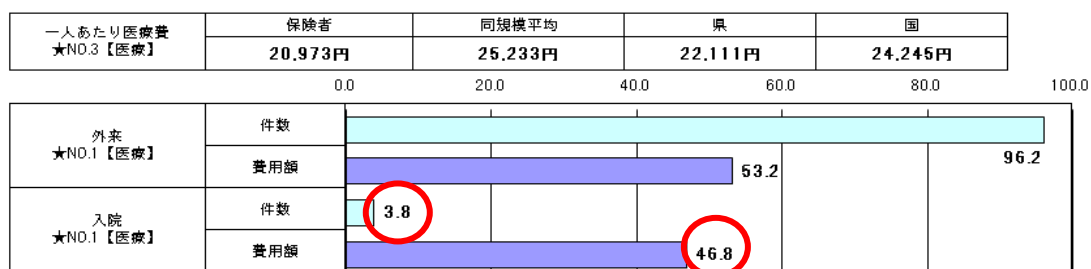


資料：KDBシステム「同規模保険者比較」

また、入院の件数は全体のわずか 3.8% ですが、費用額は全体の 46.8% を占めています。これらのことから、普段は医療へかからないが、重症化して入院する実態があらわれていると考えられます。

【図表 23】

入院と外来の件数・費用額の割合の比較



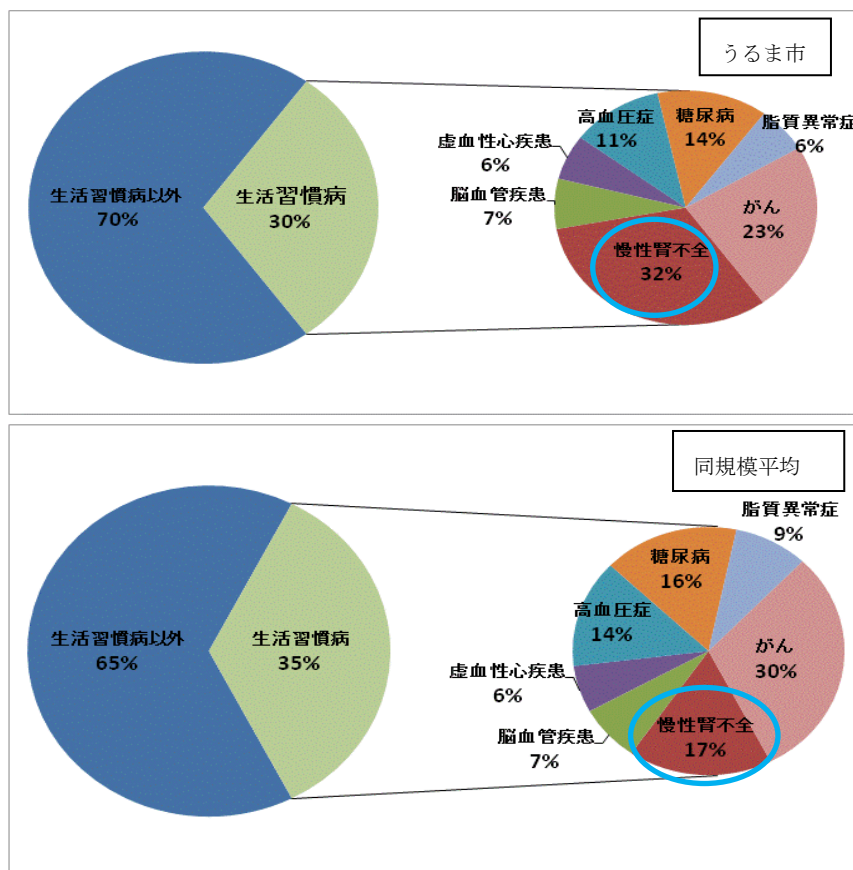
○入院を重症化した結果としてとらえる

資料：KDBシステム（CSV 2 次加工ツール）



総医療費を生活習慣病の割合で見ると、本市は生活習慣病に占める割合は、同規模よりも低くなっています。また、生活習慣病の内訳を見ると、脳血管疾患や虚血性心疾患の割合は、同規模と変わらないが、慢性腎不全<sup>(注10)</sup>の割合は高くなっています。

総医療費に占める生活習慣病の割合 【図表 24】



資料：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

※慢性腎臓病においては、原疾患に糖尿病や高血圧等の生活習慣病が関係するので、生活習慣病に含めています。

(注10)：慢性腎不全とは、腎臓の障害が慢性的に続いている状態のことをいいます。

5) 中長期的目標疾患及び短期的目標疾患の状況

(1) 中長期的目標疾患及び短期的目標疾患が医療費に占める状況

中長期・短期目標疾患医療費の合計が平成25年と比較すると約2億円の減少となっています。短期的目標疾患である高血圧と、中長期的目標疾患である脳血管疾患の総医療費に占める割合が年々減少しています。減少の理由については、分析が必要です。

また中でも、慢性腎不全の割合が国と比較すると1.7倍高くなっており総医療費の約1割を占めています。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度～平成28年度)

【図表25】

	総医療費	(中長期・短期)目標疾患医療費計		短期目標疾患			中長期目標疾患				新生物	精神疾患	筋・骨疾患
				糖尿病	高血圧	脂質異常症	腎		脳	心			
							慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)					
費用額	割合	割合											
H25	11,029,408,230	2,734,656,250	24.8%	4.0%	4.5%	2.1%	9.3%	0.2%	2.8%	1.9%	6.2%	14.6%	4.3%
H26	11,182,578,940	2,670,588,540	0.2%	4.2%	4.0%	2.0%	8.8%	0.3%	2.7%	1.9%	6.7%	14.0%	5.1%
H27	11,242,319,510	2,597,195,850	0.2%	4.1%	3.8%	1.9%	8.9%	0.3%	2.1%	2.0%	7.0%	13.3%	4.8%
H28	11,053,977,590	2,524,993,710	22.8%	4.1%	3.4%	1.9%	9.3%	0.3%	2.1%	1.9%	7.0%	13.4%	4.8%
県	120,484,405,470	27,110,894,510	22.5%	3.8%	3.4%	1.9%	8.8%	0.4%	2.4%	1.9%	9.5%	15.4%	7.2%
H28 国	9,687,968,260,190	2,239,908,933,310	23.1%	5.4%	4.8%	2.9%	5.4%	0.3%	2.2%	2.0%	14.2%	9.4%	8.5%

最大医療資源傷病(調割合む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

資料：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」

KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」

(2) 中長期的目標疾患の状況

○何の疾患で入院・治療を受けているのか

生活習慣病の治療者数は、10,139人と被保険者（H28年42,083人）のおよそ4分の1を占めています。そのうち、重症化して脳血管疾患や虚血性心疾患を発症している方はそれぞれ約1割となっています。さらに、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合が高いです。

中長期目標疾患の状況

【図表26】

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 (根拠)	生活習慣病の治療者数 構成割合	10,139人	1,021人 10.1%	853人 8.4%	405人 4.0%	
		の基礎的な疾患	高血圧	811人 79.4%	695人 81.5%	319人 78.8%
			糖尿病	374人 36.6%	357人 41.9%	405人 100.0%
			脂質異常症	659人 64.5%	593人 69.5%	305人 75.3%
		高血圧症	5,265人 51.9%	糖尿病 2,374人 23.4%	脂質異常症 4,130人 40.7%	高尿酸血症 1,143人 11.3%

資料：KDBシステム（CSV2次加工ツール）

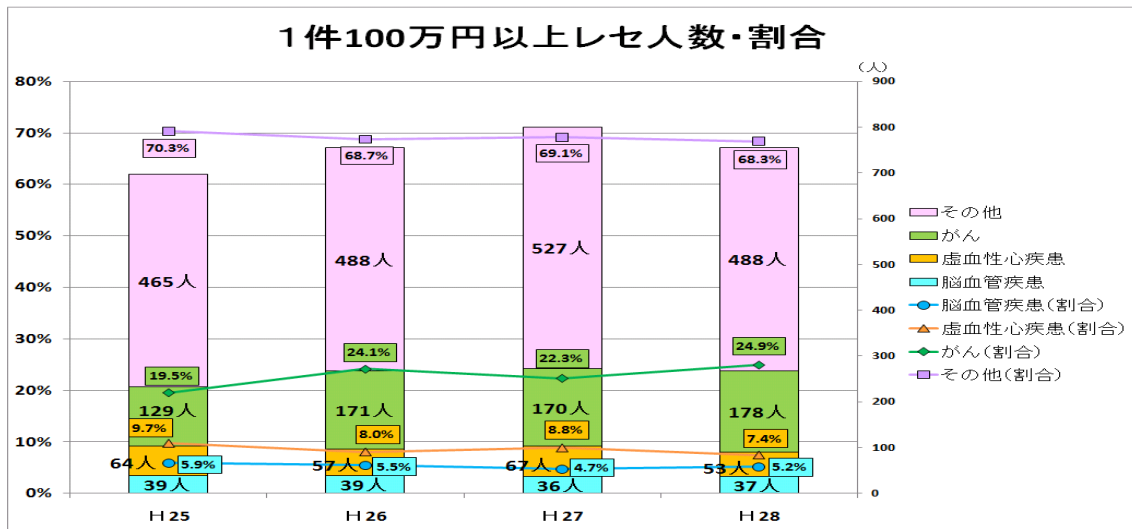
(注) KDBシステムにおける生活習慣病と分類される疾患は、次の通りです。

糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞、がん、筋・骨格、精神

医療費が高額になっている疾患の1件100万円以上のレセプトを分析すると、最も人数が多い疾患は「がん」で約4分の1を占めています。予防可能な疾患「虚血性心疾患」は約7%、「脳血管疾患」は約5%と経年でみると横ばいで推移しています。

医療費が高額になる疾患

【図表27】



資料：KDBシステム（CSV2次加工ツール）

年齢別のレセプト件数をみると、働き盛り世代の「虚血性心疾患」「脳血管疾患」が 29 件となっています。これらの疾患は、医療だけではなく介護が長期に渡る可能性もあり、個人的にも社会的にも負担が増大する可能性があります。

29 件 【図表 28】

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	がん	その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	715人	37人 5.2%	53人 7.4%	178人 24.9%	488人 68.3%	
		件数	1,237件	61件 4.9%	59件 4.8%	259件 20.9%	858件 69.4%	
			年代別	40歳未満	4 6.6%	2 3.4%	25 9.7%	142 16.6%
				40代	3 4.9%	5 8.5%	25 9.7%	76 8.9%
				50代	4 6.6%	11 18.6%	37 14.3%	143 16.7%
				60代	31 50.8%	31 52.5%	116 44.8%	326 38.0%
		70-74歳	19 31.1%	10 16.9%	56 21.6%	171 19.9%		
費用額	21億1466万円	9116万円 4.3%	1億1377万円 5.4%	4億1690万円 19.7%	14億9283万円 70.6%			

\*最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	319人	230人 72.1%	40人 12.5%	23人 7.2%
		件数	2,934件	2,033件 69.3%	352件 12.0%	185件 6.3%
		費用額	13億2117万円	7億7880万円 58.9%	1億4544万円 11.0%	7399万円 5.6%

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

資料: KDBシステム (CSV 2次加工ツール)

### ○中長期的目標疾患 新規患者数

中長期的目標疾患である糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の患者千人あたりの新規患者数では、糖尿病性腎症が同規模よりも多くなっています。【図表 29】狭心症(虚血性心疾患)は、年々増加傾向です。【図表 30】脳血管疾患は経年的に横ばいですが、同規模平均・国より多い状況です。【図表 31】

### 中長期的目標疾患の新規患者数

〔糖尿病性腎症〕

【図表 29】

疾患	糖尿病腎症				
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模
平成24年	368			1.0	0.8
平成25年	379	11人	3.0%	0.9	0.7
平成26年	402	23人	6.1%	1.4	0.7
平成27年	416	14人	3.5%	1.1	0.7
平成28年	405	-11人	-2.6%	1.1	0.7

資料: KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」

## 〔虚血性心疾患〕

【図表 30】

疾患	虚血性心疾患				
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模
平成24年	884			3.1	3.7
平成25年	932	48人	5.4%	3.2	3.7
平成26年	953	21人	2.3%	3.7	3.5
平成27年	886	-67人	-7.0%	3.3	3.4
平成28年	853	-33人	-3.7%	3.4	3.3

注) 新規疾患患者数  
においては、「狭心症」  
を対象としています。

資料：KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」

## 〔脳血管疾患〕

【図表 31】

疾患	脳血管疾患				
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模
平成24年	1,017			3.2	3.2
平成25年	1,049	32人	3.1%	3.1	3.1
平成26年	1,041	-8人	-0.8%	3.2	3.1
平成27年	1,030	-11人	-1.1%	3.2	3.0
平成28年	1,092	62人	6.0%	3.4	2.9

注) 新規疾患患者数  
においては、「脳梗塞」  
を対象としています。

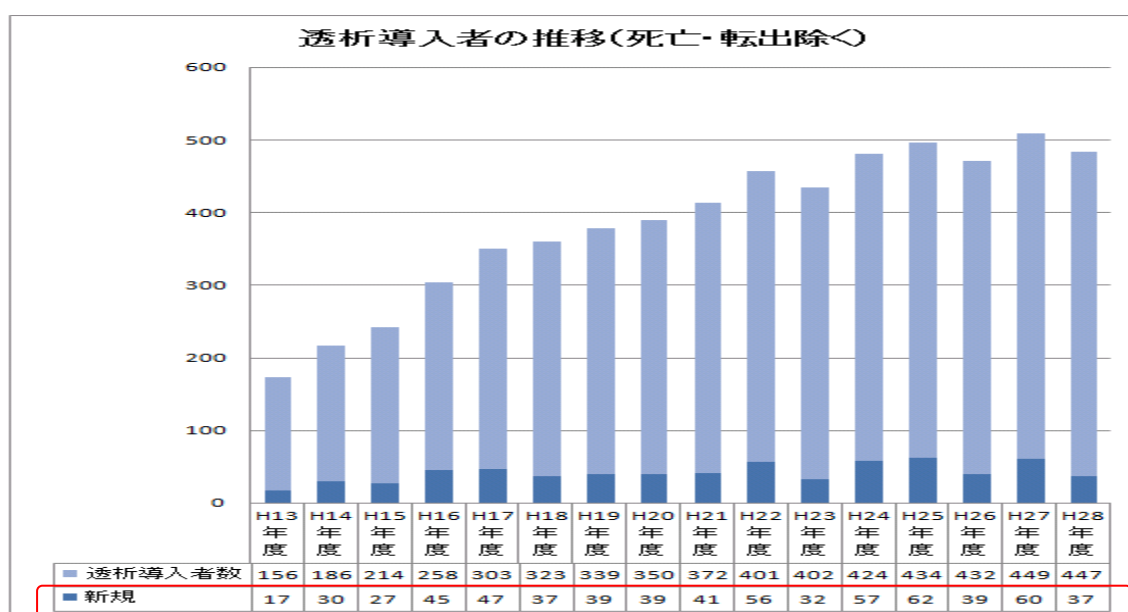
資料：KDBシステム「医療費分析(1)細小分類」

人工透析導入数は平成24年度からほぼ横ばいで推移し、新規透析患者数は年間30～60人となっています。【図表 32】

透析導入者の主要原疾患別にみると、糖尿病性腎症・腎硬化症が約4割を占めています。【図表 33】

## 透析導入者の推移

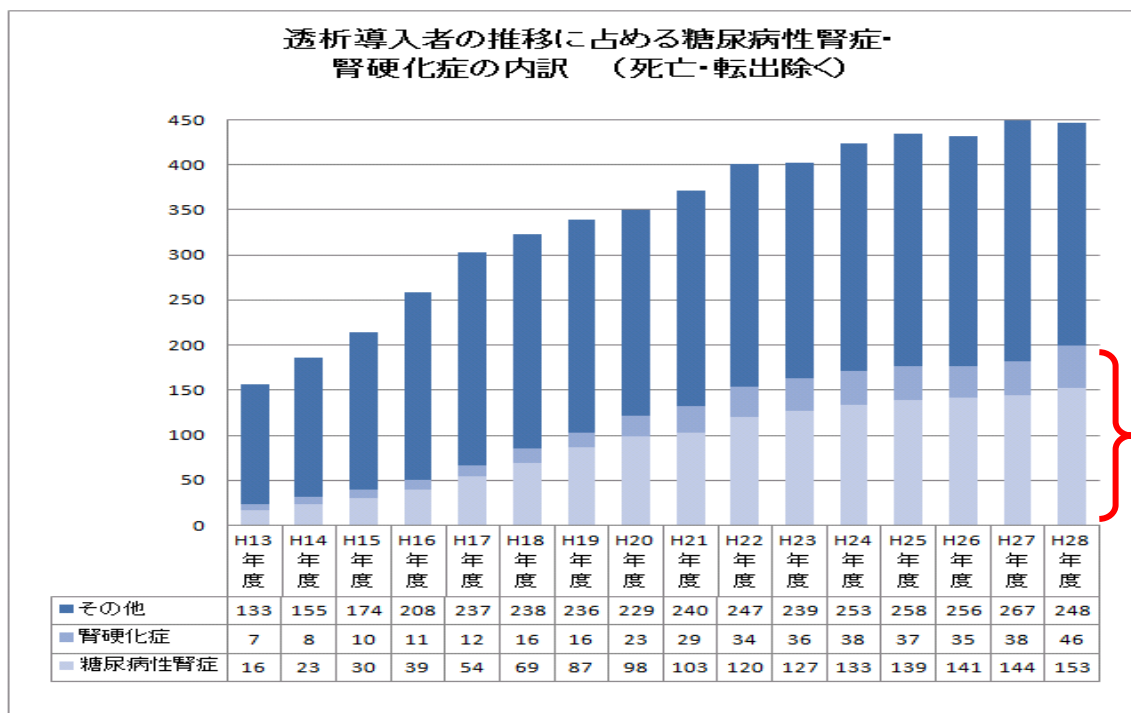
【図表 32】



資料：更生医療管理台帳・KDBシステム

透析導入者における糖尿病性腎臓病・腎硬化症の内訳

【図表 33】



資料：更生医療管理台帳・KDBシステム

本市における10万人あたりの透析人口は、360.4と全国と比べ約1.4倍多い状況です。第3位の大分県より多いです。

■ 10万人あたりの透析人口(2016年〔H28〕調査) 【図表 34】

順位	都道府県	人口10万人あたり患者数	透析導入者数(人)
第1位	徳島県	377.1	2,828
第2位	熊本県	364.7	6,469
第3位	大分県	336.7	3,906
第4位	宮崎県	334.7	3,668
第5位	鹿児島県	322.6	5,281
第7位	和歌山県	319.5	3,048
第6位	高知県	318.9	2,299
第8位	沖縄県	314.5	4,525
第9位	栃木県	310.7	6,109
第10位	群馬県	301.3	5,926
	全国	259.7	329,609

(2016年)		
うるま市	人口10万人あたり患者数	透析導入者数(人)
	360.4	441

出典：(社)日本透析医学会「図鑑：我が国の慢性透析療法の現状」

資料：厚生医療 KDBより

※施設調査による集計

人工透析患者は、約3～4割に脳血管疾患や虚血性心疾患が合併しており、重症化すると、さらなる医療費・介護給付費増加の可能性があります。透析導入者の減少に向けた重症化予防対策は喫緊の課題です。

透析患者における合併症（中期的目標疾患別）

【図表 35】

厚生省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.7 診療分	190人	83人 43.7%	63人 33.2%	75人 39.5%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計		1,092件 43.6%	826件 33.0%	1,029件 41.1%
		費用額	12億0622万円 45.6%	5億4953万円 34.0%	4億1009万円 37.6%	4億5400万円

\*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものをカウント

資料：KDB「厚生労働省様式 様式3-7・様式2-2」

### (3) 短期的目標疾患の状況

#### ①短期的な疾患の新規患者数

短期的目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の患者千人あたりの新規患者数をみると、高血圧はほぼ横ばいの状況で、同規模より多い状況です。【図表 36】

脂質異常症は年々減少傾向にあり、同規模も同様な状況です。【図表 38】

#### 短期的目標疾患の新規患者数

〔高血圧〕

【図表 36】

疾患	高血圧				
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模
平成24年	5,511			16.4	13.8
平成25年	5,703	192人	3.5%	16.7	13.8
平成26年	5,737	34人	0.6%	17.9	13.3
平成27年	5,581	-156人	-2.7%	17.6	13.3
平成28年	5,265	-316人	-5.7%	17.6	13.2

〔糖尿病〕

【図表 37】

疾患	糖尿病				
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模
平成24年	2,523			12.6	13.1
平成25年	2,576	53人	2.1%	13.0	13.2
平成26年	2,627	51人	2.0%	14.0	13.2
平成27年	2,497	-130人	-4.9%	13.5	13.2
平成28年	2,374	-123人	-4.9%	13.2	13.0

〔脂質異常症〕

【図表 38】

疾患	脂質異常症				
	患者数	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)	
				保険者	同規模
平成24年	4,155			14.3	12.6
平成25年	4,394	239人	5.8%	13.3	12.5
平成26年	4,547	153人	3.5%	13.1	12.1
平成27年	4,327	-220人	-4.8%	13.0	12.1
平成28年	4,130	-197人	-4.6%	12.8	11.6

資料：KDBシステム「医療費分析（1）細小分類」

## 5) 健診の状況

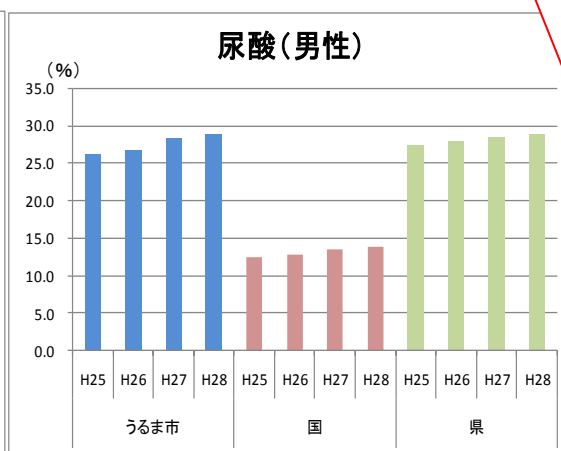
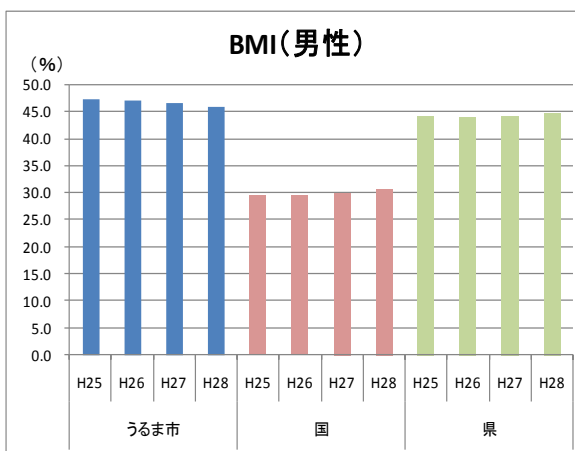
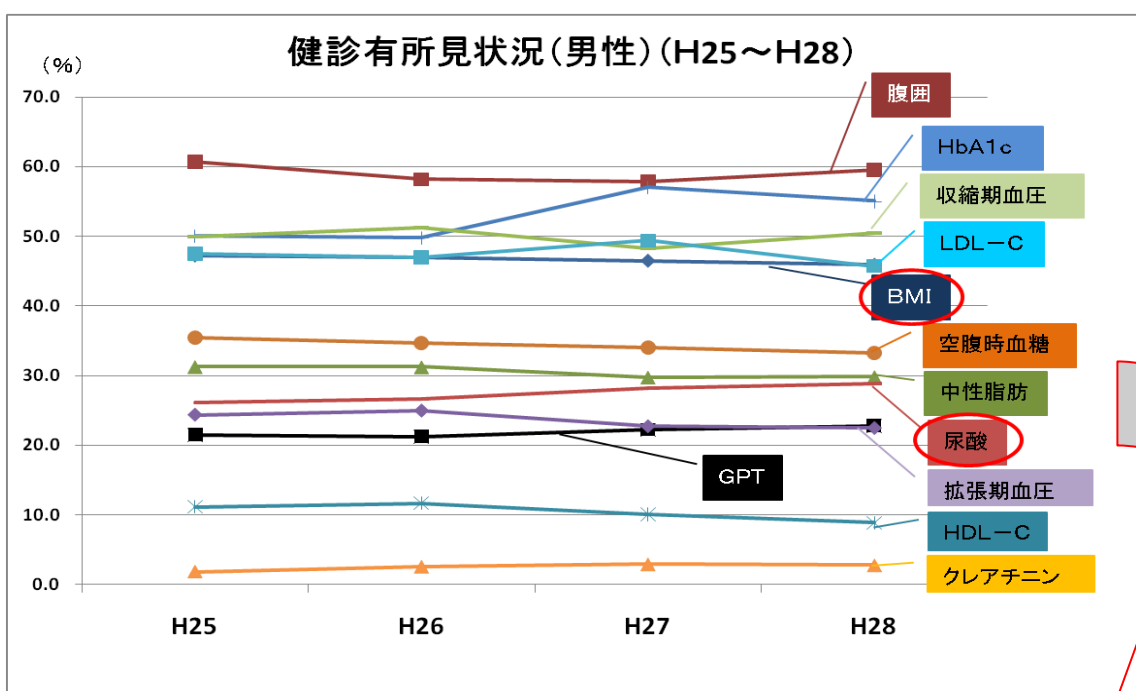
### ①特定健診受診率・特定保健指導実施率

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。

### ②健診有所見状況 (注11)

男性は腹囲、HbA1c（血糖検査）、収縮期血圧の順で高くなっています。また、HbA1c、尿酸は年々上昇傾向です。項目別に国・県と比較すると、特にBMI、尿酸は国より高い状況です。

健診有所見状況（男性） 【図表 39】



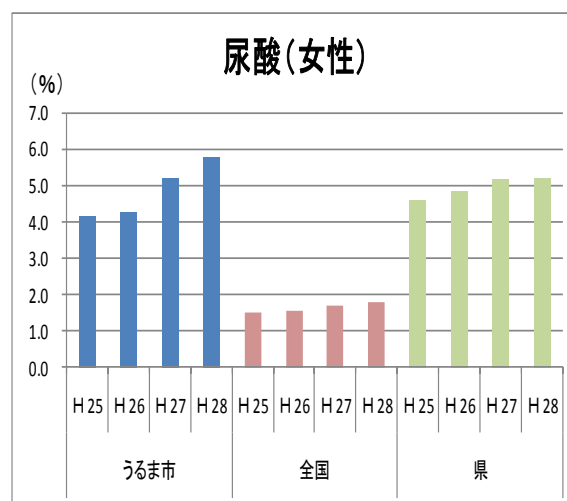
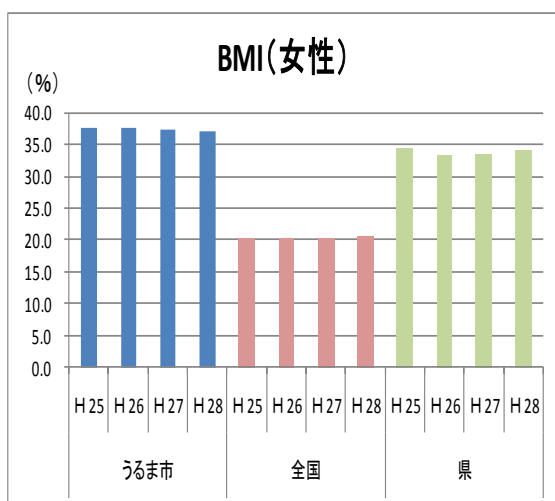
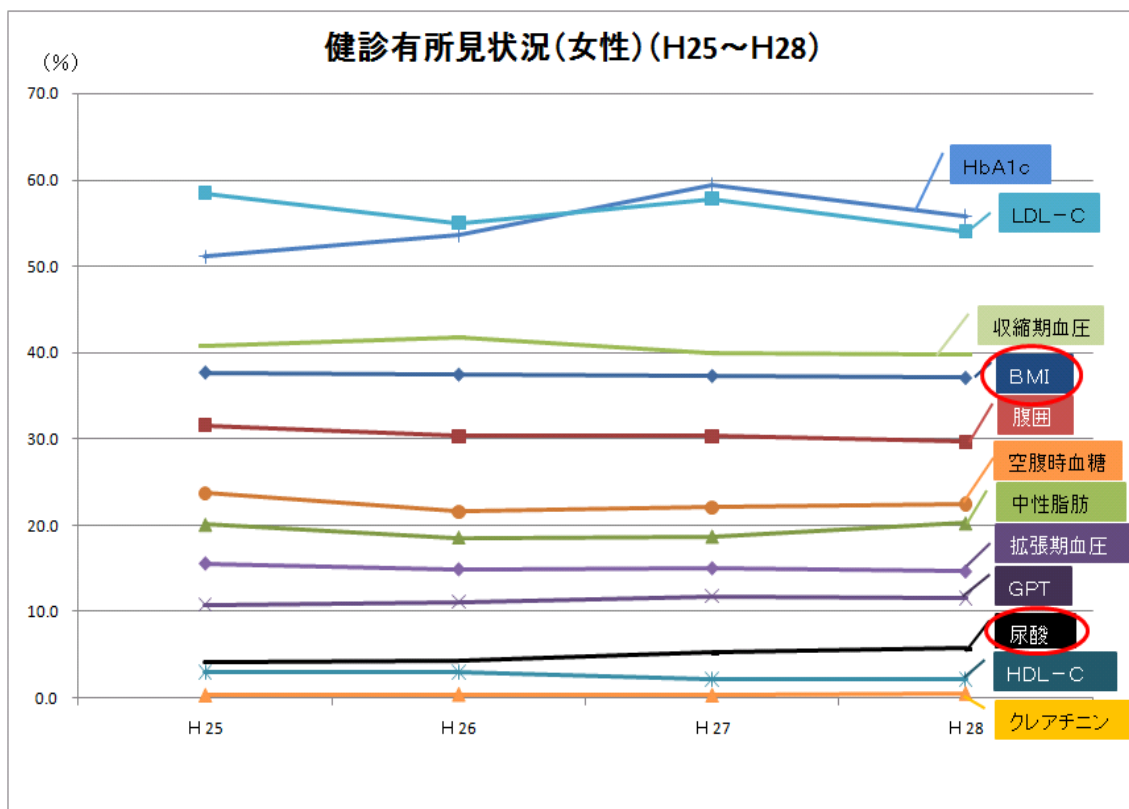
資料：KDBシステム「厚生労働省様式 6-2~6-7」

(注11)：健診有所見項目の詳細は、用語解説（P87）を参照



女性はHbA1c、LDLコレステロール、収縮期血圧の順で高くなっています。女性はほとんどの項目において横ばいで推移しています。項目別に国・県と比較すると、男性と同様にBMI、尿酸が国より高い状況となっています。

健診有所見状況（女性） 【図表 40】



資料：KDBシステム「厚生労働省様式 6-2~6-7」

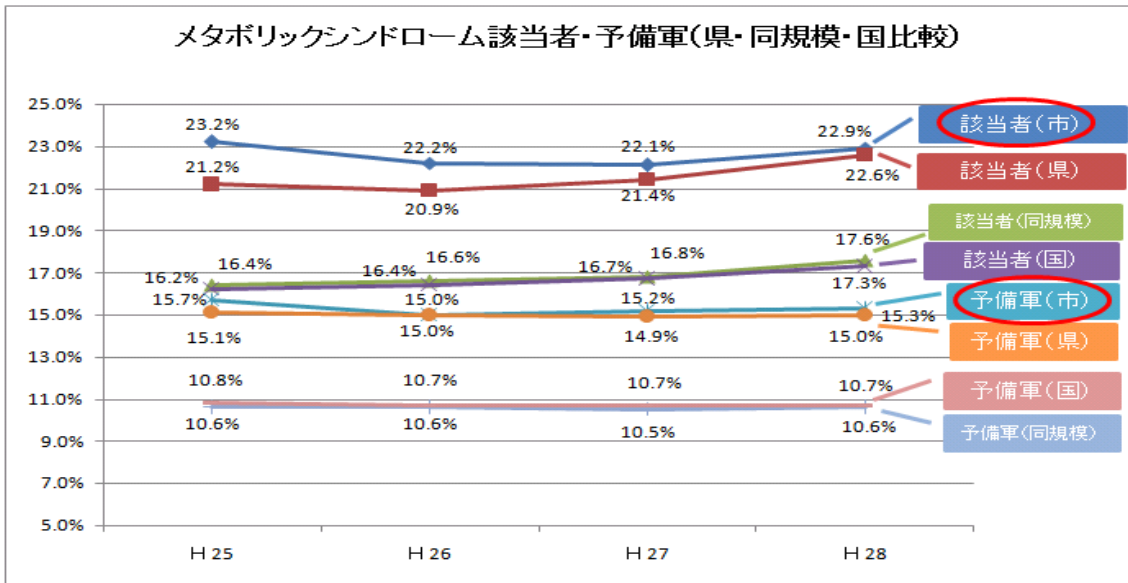
③メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）の状況

メタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合は、県、同規模、国より高い状況です。【図表 41】

年代別で見ると、男性は横ばい、【図表 42】女性は予備軍の65歳～74歳が減少傾向です。【図表 43】

メタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合  
〔全体〕

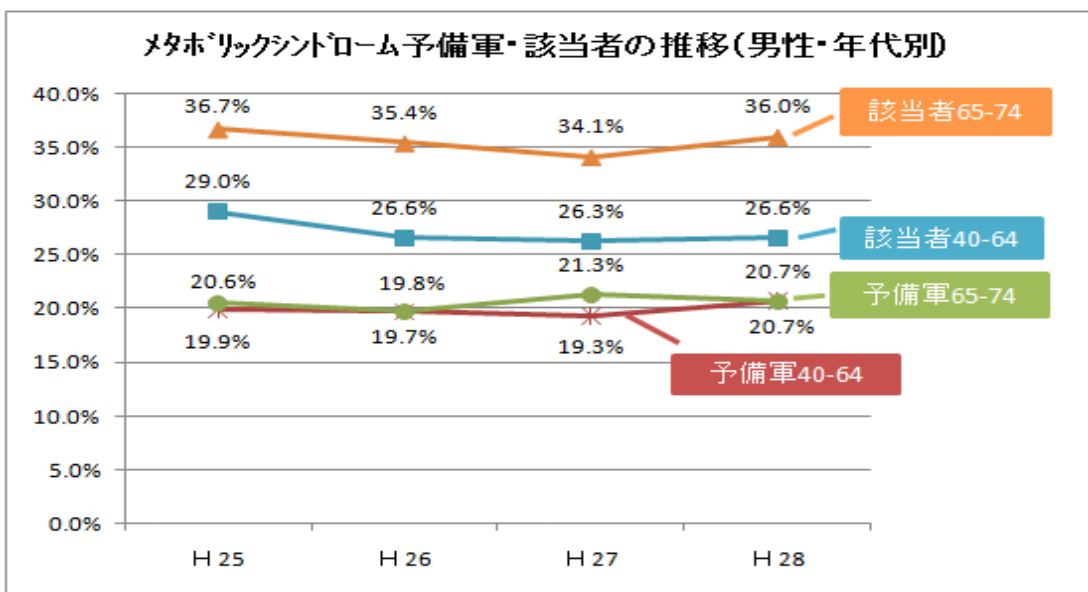
【図表 41】



資料：KDBシステム「厚生労働省様式 6-8」

〔男性 年代別〕

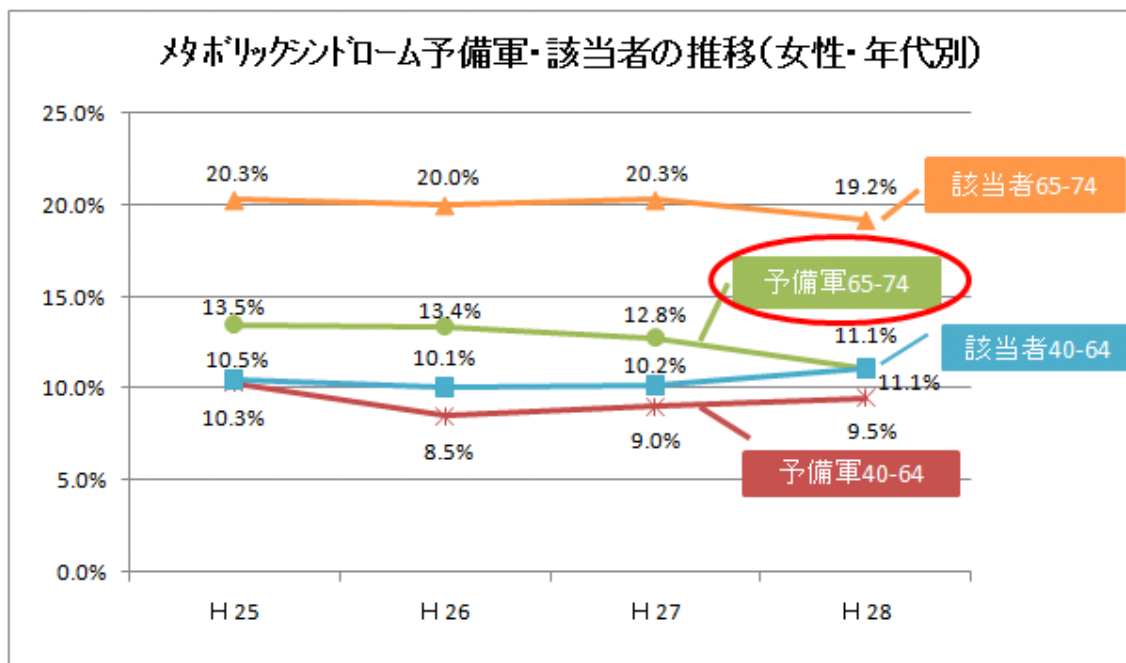
【図表 42】



資料：KDBシステム「厚生労働省様式 6-8」

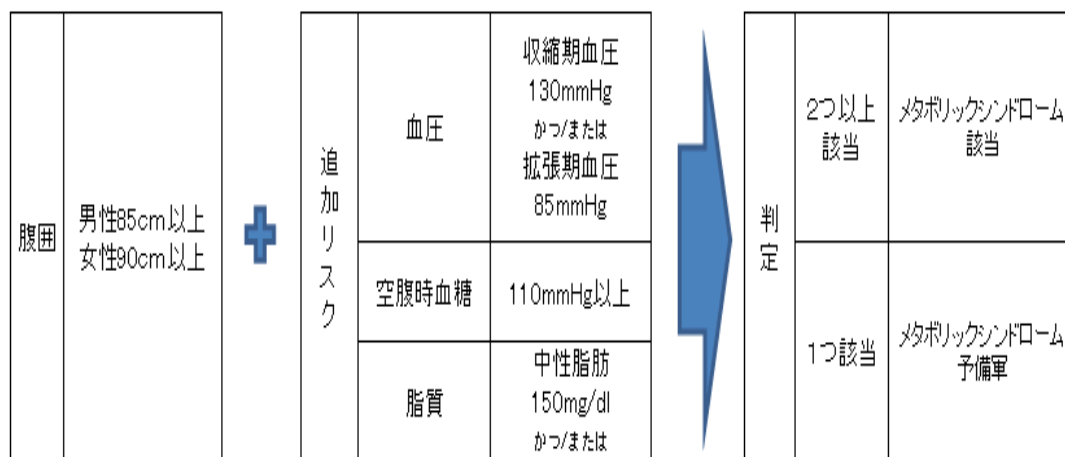
〔女性 年代別〕

【図表 43】



資料：KDBシステム「厚生労働省様式 6-8」

(参考)メタリックシンドロームの判定基準



※高血圧、糖尿病、脂質異常症に対する薬剤治療を受けている場合も、追加リスクに含める。

参考：『病気がみえるvol3 糖尿病・代謝・内分泌』 p.123

#### ④血糖、血圧、LDLコレステロール値のコントロール状況

血糖、血圧、LDLコレステロールのコントロール状況を、特定健診が開始した平成20年度から平成28年度の推移をみると、血圧はⅡ度以上の該当者は、7.5%から4.3%と減少しています。【図表44】

また、LDLコレステロール160以上の該当者は、14.5%から10.1%となっており、180以上も5.0%から3.5%と減少しています。【図表45】

しかし、HbA1c6.5%以上の該当者で、8.1%から9.2%とやや増加しています。さらにHbA1c7.0%以上は、4.7%から5.4%と増加していることから、薬物療法だけでは値のコントロールが難いため、生活習慣の改善が重要となってきます。【図表46】治療が必要な値であるにもかかわらず、未治療の方に対しては、受診勧奨・保健指導を実施していく必要があります。

血圧Ⅱ度以上の経年変化

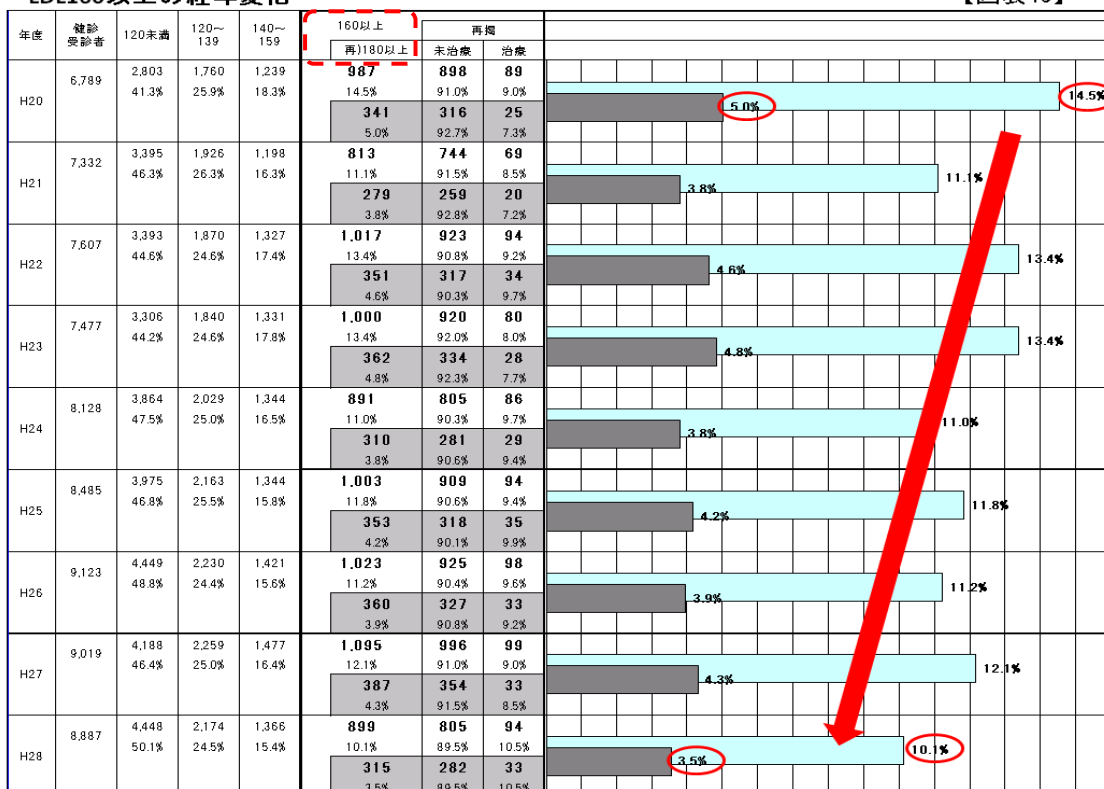
【図表44】

年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再Ⅲ度高血圧	未治療	治療	割合
					再Ⅲ度高血圧	未治療	治療					
H20	6,790	3,306 48.7%	1,570 23.1%	1,408 20.7%	506 7.5%	326 64.4%	180 35.6%	141 2.1%	103 73.0%	38 27.0%	2.1%	7.5%
H21	7,335	3,870 52.8%	1,599 21.8%	1,464 20.0%	402 5.5%	224 55.7%	178 44.3%	62 0.8%	44 71.0%	18 29.0%	0.8%	5.5%
H22	7,607	4,166 54.8%	1,625 21.4%	1,473 19.4%	343 4.5%	207 60.3%	136 39.7%	52 0.7%	35 67.3%	17 32.7%	0.7%	4.5%
H23	7,481	3,875 51.8%	1,628 21.8%	1,569 21.0%	409 5.5%	241 58.9%	168 41.1%	63 0.8%	34 54.0%	29 46.0%	0.8%	5.5%
H24	8,129	4,410 54.3%	1,672 20.6%	1,638 20.2%	409 5.0%	247 60.4%	162 39.6%	52 0.6%	38 73.1%	14 26.9%	0.6%	5.0%
H25	8,485	4,501 53.0%	1,865 22.0%	1,714 20.2%	405 4.8%	250 61.7%	155 38.3%	68 0.8%	53 77.9%	15 22.1%	0.8%	4.8%
H26	9,124	4,762 52.2%	1,991 21.8%	1,903 20.9%	468 5.1%	300 64.1%	168 35.9%	73 0.8%	56 76.7%	17 23.3%	0.8%	5.1%
H27	9,021	4,861 53.9%	1,987 22.0%	1,751 19.4%	422 4.7%	276 65.4%	146 34.6%	67 0.7%	56 83.6%	11 16.4%	0.7%	4.7%
H28	8,887	4,755 53.5%	2,030 22.8%	1,718 19.3%	384 4.3%	248 64.6%	136 35.4%	60 0.7%	44 73.3%	16 26.7%	0.7%	4.3%

資料：マルチマーカーシステム

LDL160以上の経年変化

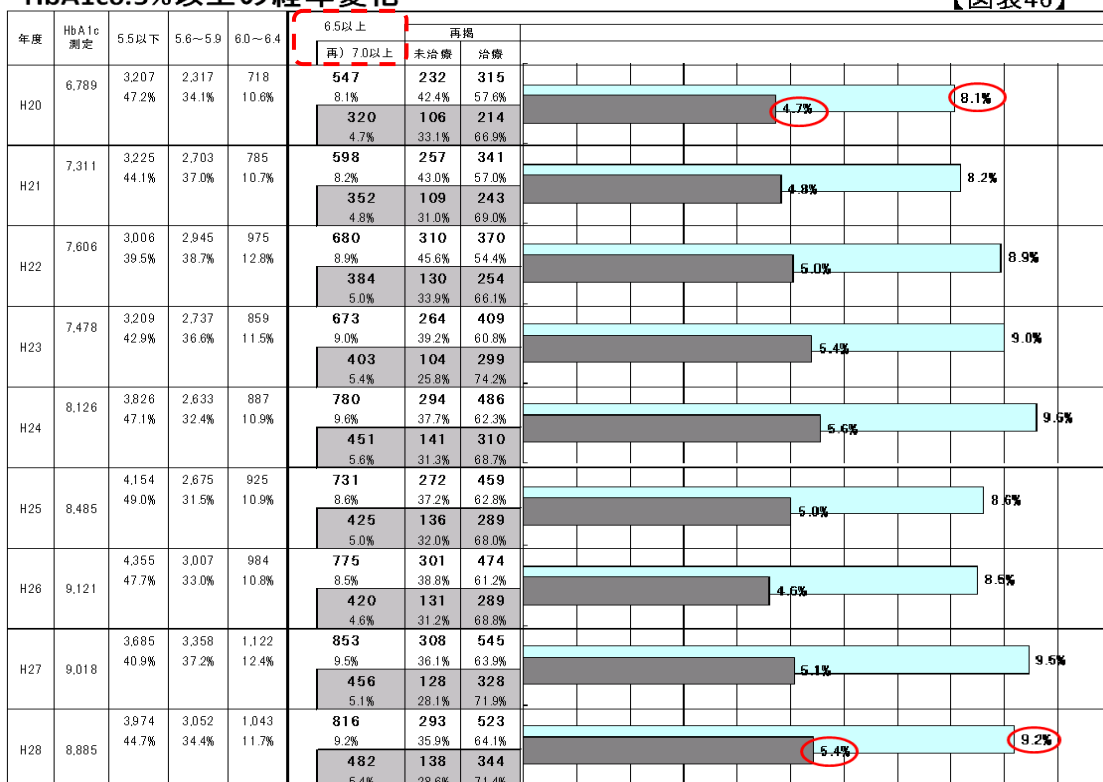
【図表45】



資料：マルチマーカーシステム

HbA1c6.5%以上の経年変化

【図表46】



資料：マルチマーカーシステム

⑤重症化予防対象者

【図表 47】

健診結果より、ガイドラインを参考に重症化予防対象者 3,164 人を抽出し、その中から実働にあたる職員体制を考慮し、優先順位を決め対象者を選定し、H29 年度は 1,706 人となっています。

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少		
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2009年改訂版) (虚血性心疾患の診断と治療に関するガイドライン (2009年最新版改訂版))			糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド 2012 (日本腎臓学会)
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血 (7%)	脳出血 (18%)	脳梗塞 (75%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症			
	心原性 脳塞栓症 (27%*)		ラクナ 梗塞 (31.9%)	アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%)					
	※脳卒中 データは 2009より		非原性脳梗塞						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年度 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	
受診者数 対象者数	9,030 A								
	422 4.7%	29 0.3%	387 4.3%	328 3.6%	2,030 22.5%	637 7.1%	193 2.1%	272 3.0%	
治療なし	276 4.6%	12 0.2%	354 4.9%	266 3.7%	454 8.8%	308 3.7%	52 1.0%	69 1.3%	
(再掲) 特定保健指導	149 35.3%	2 6.9%	140 36.2%	118 36.0%	454 22.4%	103 16.2%	30 15.5%	30 11.0%	
治療中	146 4.7%	17 0.4%	33 1.8%	62 3.4%	1,576 40.6%	329 40.9%	141 3.7%	203 5.2%	
臓器障害 あり	34 12.3%	0 0.0%	62 17.5%	42 15.8%	72 15.9%	59 19.2%	52 100.0%	69 100.0%	
CKD(専門医対象者)	16	0	16	17	26	33	52	69	
原蛋白(2+)以上	12	0	10	6	17	21	52	10	
原蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0	0	0	3	1	3	0	1	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	10	0	7	10	14	11	10	69	
心電図所見あり	20	0	47	26	49	28	2	12	
臓器障害 なし	242 87.7%	--	292 82.5%	224 84.2%	382 84.1%	249 80.8%	--	--	

健診結果より、 ガイドラインを参考に 重症化予防対象者3,164人 抽出	
その中から実働にあたる職員 体制を考慮し、優先順位を決め、 対象者を選定	
<b>H29年度 1,709人</b>	
重症化予防対象者 (実人数)	保健指導対象者 (実人数)
a	b
3,164	1,709
a/A	b/a
35.0%	54.8%
1,158	1158
22.5%	100%
720	720
22.8%	100%
2,006	551
51.7%	27.5%
226	121
19.5%	100%
114	111
52	53
4	13
69	57
125	10
--	100%

資料：マルチマーカーシステム

## 6) 未受診者の把握

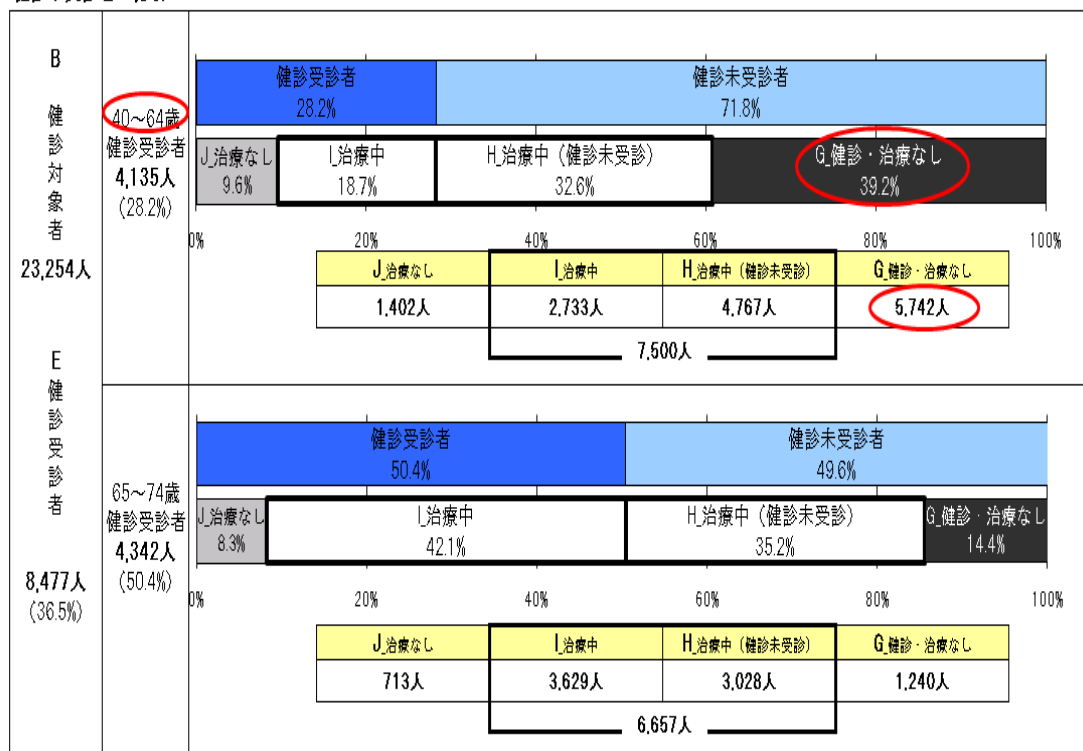
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、「G 健診・治療なし」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 39.2% (5,742 人) と高くなっています。

健診も治療も受けていないということは、健康状態が全く不明な状況です。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている医療費でみると、健診受診者の方が約 3 万円も安くなっていることから、健診を受診し保健指導を受け生活改善することで医療費適正化の面において有用であると考えられます。

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・重症化予防につなげます。

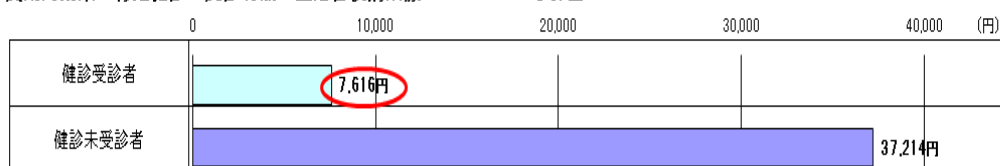
【図表 48】

健診未受診者の分析



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

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



資料：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。

2023年度には2018年度（平成30年度）と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標とします。また、3年後の2021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します。

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、本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、外来を伸ばし、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年度に国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、糖尿病性腎症等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、喫煙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、栄養・食生活においては、日本人の食事摂取基準（2015年版）の基本的な考え方を基に、また運動習慣の獲得及び禁煙における支援を行い、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方についても適切な保健指導を行います。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。

「データヘルス計画目標管理一覧表」 P 82 【図表 98】 参照



## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### 1 特定健康診査等実施計画策定の背景・目的

高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、心疾患や脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病が増加し、死亡原因でも生活習慣病が6割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっていることから生活習慣病を抑制する対策が必要となっています。

そこで平成20年度から特定健康診査及び特定保健指導の実施が「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）」により、各医療保険者に義務づけられました。

高齢化に伴い増大する医療費の適正化を図るため、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おり、本市においても平成20年度より特定健康診査等実施計画を策定し、特定健康診査・特定保健指導を実施してきました。

特定健康診査<sup>(注12)</sup>は、40～74歳の被保険者を対象に、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（内臓脂肪型肥満）に着目した検査項目を実施し、特定保健指導を必要とするものを的確に抽出するために行うものです。

また、特定保健指導<sup>(注13)</sup>は、メタボリックシンドロームに着目し、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。

平成25年度から平成29年度を実施期間とする第二期計画が終了することから、その実施状況を踏まえ、次期計画である第三期計画を2018年度（平成30年）～2023年度を6年一期として策定します。

### 2 第二期実施計画の評価及び実施状況と課題

第二期特定健康診査等実施計画では、「特定健康診査等基本指針」に基づき、「特定健診受診率」、「特定保健指導実施率」において年度毎の目標値を設定し、事業を実施してきました。各評価項目における目標値および実績は以下のとおりです。

---

(注12)：特定健康診査の実施項目については、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」と表記）」の第1条に定められています。

(注13)：特定保健指導対象者・実施方法については、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」と表記）」の第3条に定められています。

(1) 目標達成状況

①特定健康診査実施率

市町村国保における特定健康診査実施率（以下、「特定健診受診率」）の目標値は、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診することと定められています。市の受診率は年々上昇していますが、国の定める目標には達していません。

特定健診受診率の推移

【図表 49】

	年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
うるま市	対象者数	24,922	24,593	23,903	23,012	—
	受診者数	8,330	8,983	8,657	8,534	—
	目標値	40%	43%	46%	48%	50%
	受診率	32.8%	35.6%	36.2%	37.1%	—
沖縄県受診率		37.1%	37.8%	38.7%	39.4%	—

資料：法定報告値

②特定保健指導実施率

市町村国保における特定保健指導実施率の目標値は、特定保健指導が必要と判定された対象者の60%以上が特定保健指導を受けることと定められています。市の保健指導率は、平成26年度からは目標の60%を継続して達成しています。

特定保健指導実施率の推移

【図表 50】

	年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
うるま市	対象者数	1,589	1,618	1,526	1,495	—
	実施者数	1,100	1,135	1,079	1,053	—
	目標値	60%	60%	60%	60%	60%
	実施率	56.8%	60.1%	61.5%	60.9%	—
沖縄県保健指導実施率		55.5%	55.7%	56.4%	58.7%	—

資料：法定報告値

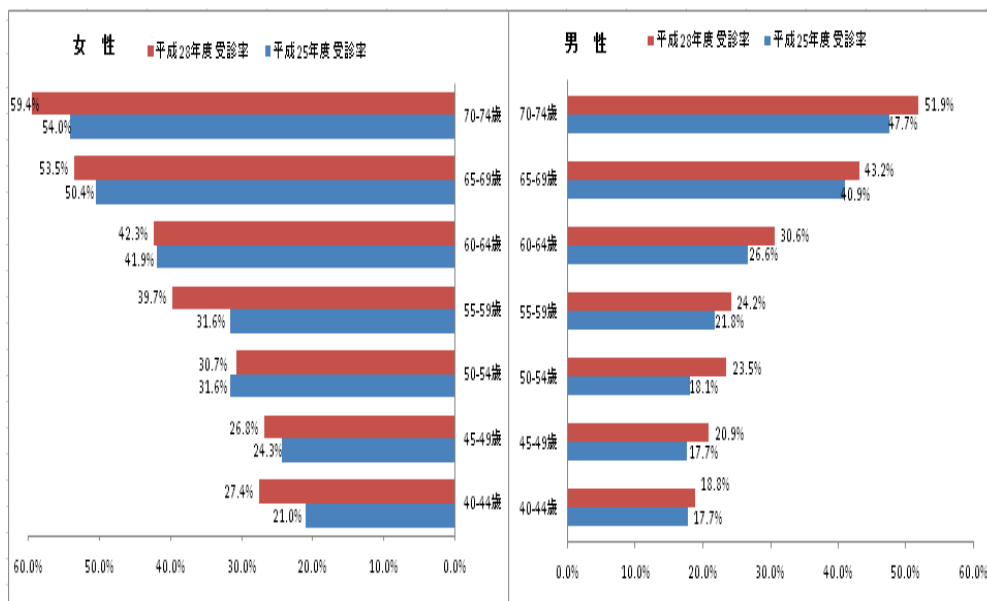
(2) 実施状況と課題

①実施状況

平成25年度と平成28年度を比較すると、各年代・男女ともに受診率の向上が見られますが、目標の60%には達していません。また、40～64歳の働き世代における特定健診受診率は低い状況となっており、特に男女ともに40～49歳の特定健診受診率が低く、3割に届かない状況にあります。

年代別・性別における特定健診受診率

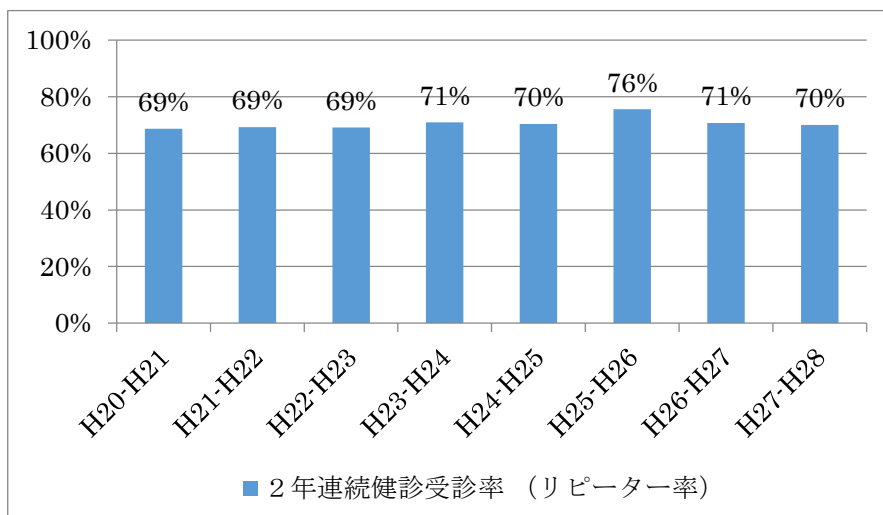
【図表 51】



資料：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割となっていますが、3割近くの方が毎年続けての受診となっていません。また、この状況は特定健診が始まった平成20年度から殆ど改善されていません。

2年連続特定健診受診者（リピーター率）の推移 【図表 52】

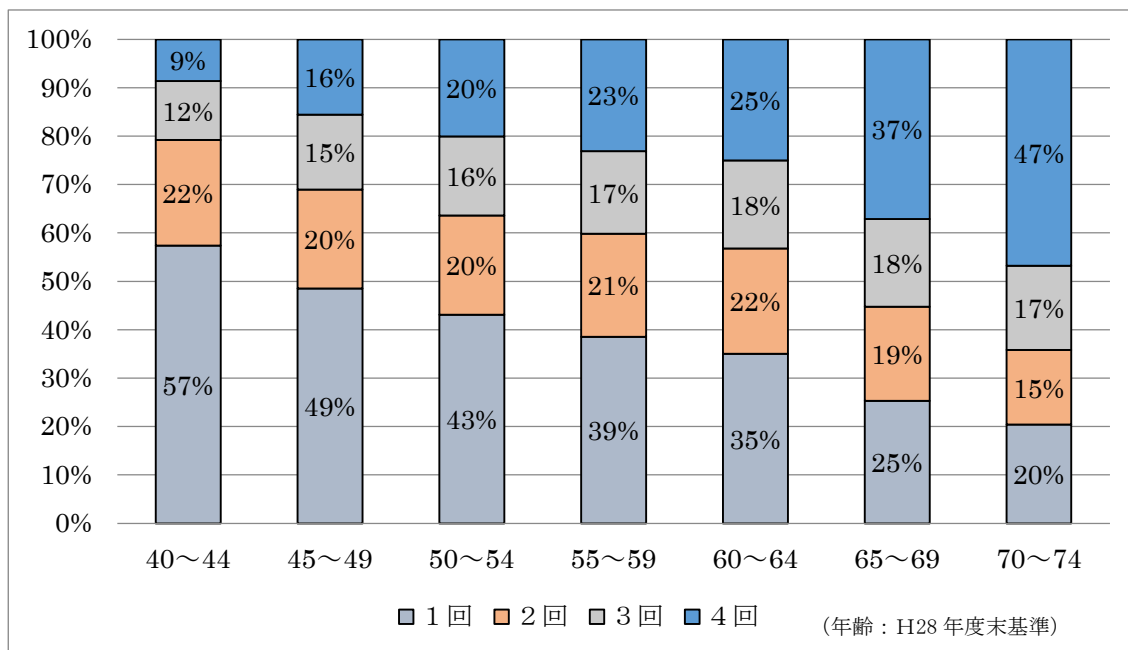


資料：マルチマーカー

平成 25 年度から平成 28 年度の 4 年間の特定健診受診者（40 歳未満の生活習慣病予防健診も含む）における受診回数は、若い年代になるにつれて回数が少ない傾向にあり、継続して健診を受診していない者が多い状況にある。

年齢別にみた特定健診等の受診回数別割合（H25～H28 年度の 4 年間）【図表 53】

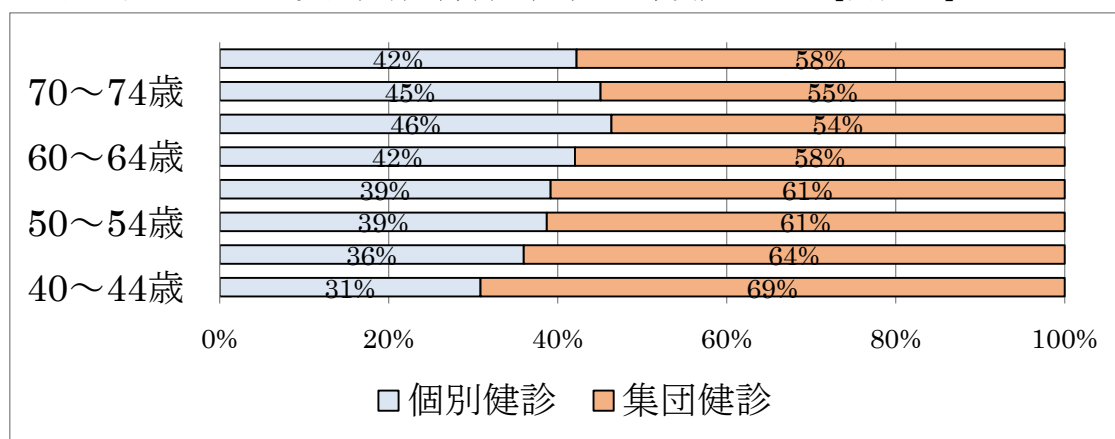
※H28 年度 40～42 歳の者は 40 歳未満の生活習慣病予防健診も含めて集計



資料：マルチマーカー

年代別の健診受診方法みると、働き世代ほど集団健診で受診しており、年代が高くなるにつれて個別健診（人間ドック含む）の受診方法の割合が高くなっています。

健診方法別における受診割合（年齢別）（H28 年度）【図表 54】



資料：マルチマーカー

## ②特定健診の課題

主な課題は以下のとおりです。

### (ア) 市民が受診しやすい環境の提供

様々な年代で目標である受診率 60%を達成していないことから、開催場所・日程の工夫（地区公民館等での集団健診）、がん検診等との同時開催、保険証と受診券の一体化により個別健診受診に向けた整備などを引き続き行いながら、様々な年代の方が受診しやすい環境の整備および提供を続けていくことが必要です。とりわけ、40～49歳の世代においては、他の世代と比べ受診率が低いため、その世代をターゲットにした休日健診や夜間健診の安定的な実施など、受診する機会の提供に工夫が必要です。

### (イ) 無関心層や継続未受診者への受診勧奨

健診未受診者の中には、通院中の方や一度も健診したことのない方などがおり、対象者の特性や事情に配慮しながら、それぞれに合った受診勧奨を様々な方法（戸別訪問や勧奨文書の工夫など）で実施していく必要があります。

また、受診率向上のためには、未受診者が受診することはもちろんのこと、受診者が次回以降も継続して受診することが必要です。そのため、これまで受診歴がある者にも注目し、継続した受診につながるような勧奨が必要です。

### (ウ) 生活習慣病などで定期通院している対象者からのデータ受領

対象者が定期通院にて受けている血液検査が、特定健診における血液検査項目を全て網羅している場合、定期通院先にて追加で特定健診に必要な項目を検査し、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や追加検査の実施など、健診受託機関の負担もあり、事業に協力できる医療機関がなかなか増えない現状があります。

また、架電による受診勧奨において最も多い受診拒否理由は「通院しているため」です。そのため、前述のことも踏まえ、医療機関での個別健診を積極的に勧奨していくことが必要です。

### (エ) 事業者健診データの受領

パートやアルバイトなどに就労しており、勤務先で健診を受診している対象者も多く、勤務先で受けた健診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、特定健診受診とみなすことができます。課題として、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、データ項目の欠落がある場合があります。その場合、特定健診受診とみなせないことがあります。今後は事業所と連携をとりながら保険者への健診結果の提供を確実・迅速に情報提供できるように一体となって取り組みを進めていく必要があります。

(オ) 広報啓発

毎年6割以上の方が特定健診を受けていないことから市民全体に向けて、広報やラジオ放送、チラシ配布、イベントでの周知などを用いて様々な方法で、毎年健診を受けることの意義や必要性について周知し、若い世代から主体的な受診に結び付けられるよう動機付けを強化していく必要があります。

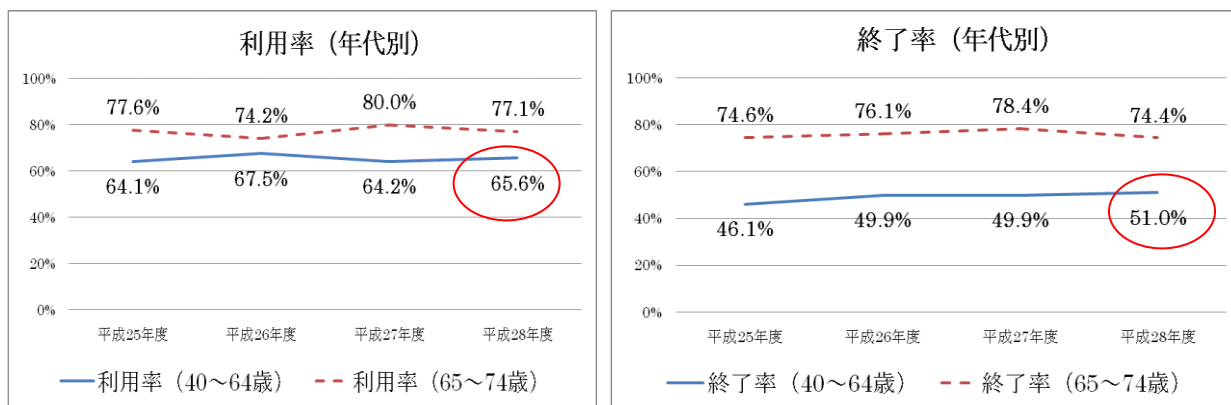
(3) 特定保健指導の実施状況と課題

①実施状況

保健指導の利用率<sup>(注14)</sup>および終了率<sup>(注15)</sup>を年代別にみると、どちらも40～64歳が低い状況となっています。

利用率・終了率（年代別）

【図表 55】



資料：法定報告値

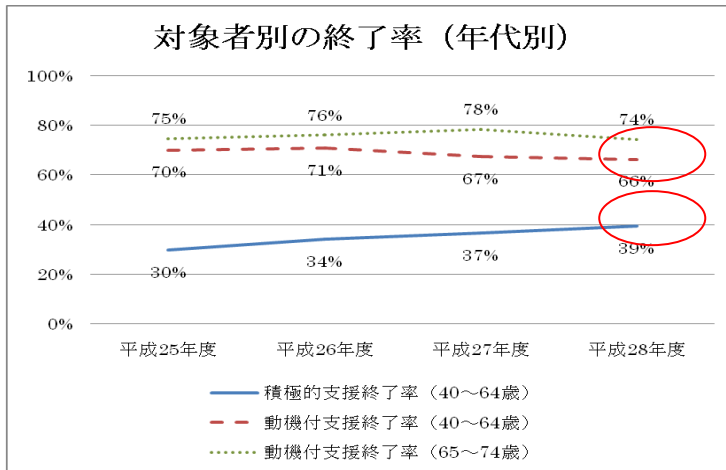
(注14)：利用率は、特定保健指導対象者における初回面接を利用した者の割合

(注15)：終了率は、特定保健指導対象者における初回面接から最終評価まで実施した者の割合

対象者別でみると、積極的支援および動機付け支援の対象者のいずれにおいても 40～64 歳の働き世代の終了率が低い状況となっています。

対象者別の終了率の推移

【図表 56】



資料：法定報告値

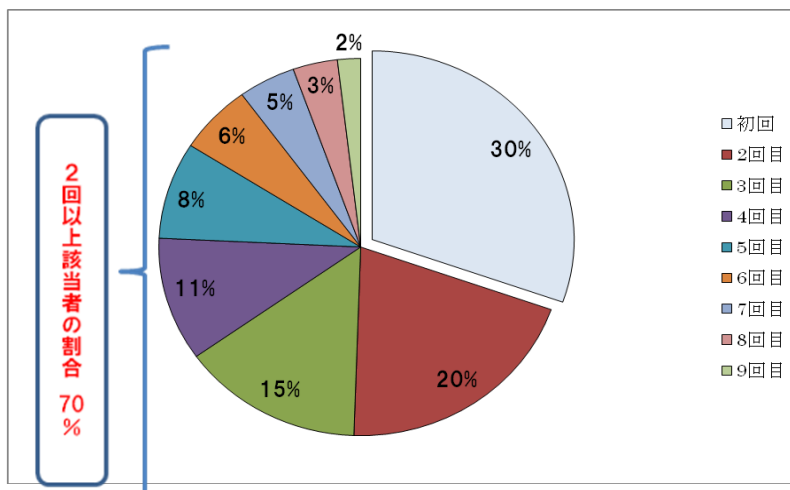
※特定保健指導対象者の選定：

特定保健指導対象者は、腹囲やBMIを基準に、リスク要因（血圧・糖・脂質）の数に応じて、「動機付け支援」または「積極的支援」にグループ分けされます。

(参考資料2参照)

平成 28 年度特定保健指導対象者となった者において、過去に特定保健指導対象に該当した回数を見ると、70%が2回以上の該当となっていました。

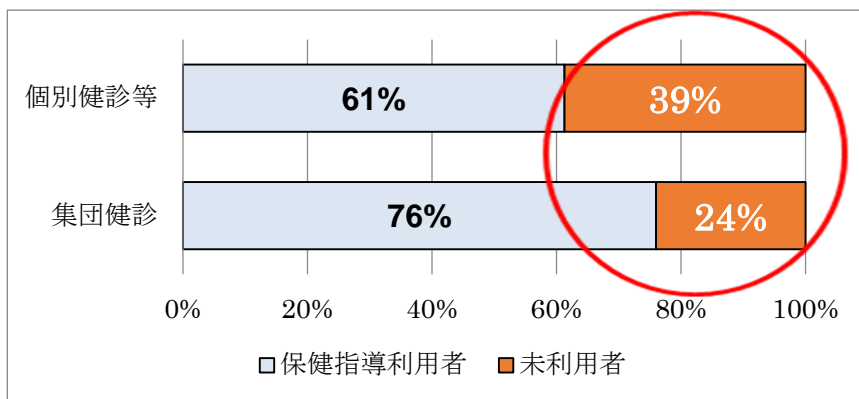
特定保健指導対象者の該当回数 (H28 年度) 【図表 57】



資料：マルチマーカ-

健診別の保健指導利用率をみると、個別健診・人間ドック等の受診者の方が低い状況となっています。

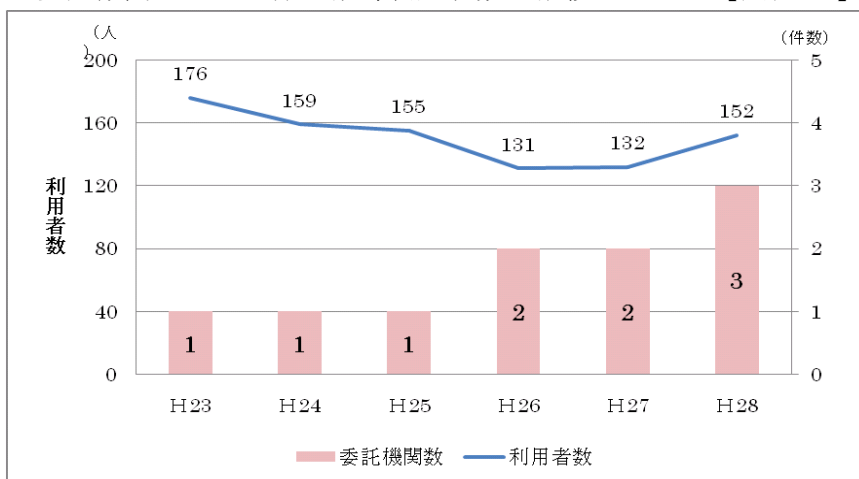
健診方法別の保健指導利用状況 【図表 58】



資料：マルチマーカ-

特定保健指導委託機関における保健指導利用者数は平成 26 年度までは減少傾向でしたが、平成 28 年度より委託機関が増えたことで実績の増加が見られました。

委託機関における保健指導利用者数の推移 【図表 59】



資料：マルチマーカ-



## ②特定保健指導の課題

主な課題は以下のとおりです。

### (ア) 若い世代が保健指導を利用しやすい環境づくり

保健指導利用率が低い要因として、40～64歳の働き世代においては平日・日中の保健指導日程調整が難しい状況があることから、予約取りにおいて連絡の取りやすい時間帯でのアプローチが必要と考えられます。

### (イ) 積極的支援、動機付け支援の終了率の向上

特定保健指導は、6か月間の継続支援を経て保健指導終了となることや、保健指導対象者の内、70%の方が過去2回以上にわたり対象となっていることから、保健指導期間中は対象者のモチベーションの維持が難しい状況があります。

### (ウ) 個別健診受診者における利用率の向上

個別健診機関等からのデータ提供においては、連絡先データの脱落により、連絡先を把握できない方が約4割いることから、効率的な保健指導利用勧奨が行えず、保健指導の利用率が低い状況があります。

### (エ) 委託機関の拡充

個別健診・人間ドック等の受診者においては、受診後から保健指導利用までに約3か月要し、時間が経過しているため介入が難しく、保健指導利用率が低い状況です。現在、健診受診日と同日に保健指導を実施できる委託機関として3か所に委託していますが、保健指導の利便性向上のためにさらなる拡充が必要です。

### (オ) マンパワーの安定確保

健診受診者の増加、重症化予防対策強化に伴う保健指導対象者の増加が見込まれるため、保健指導者の人材確保が継続して必要となります。

### 3 第三期特定健康診査等実施計画について

第三期計画 2018 年度（平成 30 年）～2023 年度を 6 年一期として目標を設定し、平成 35 年度の実績をもって、評価・見直しを行います。

#### 1) 目標値の考え方

国は特定健康診査等基本指針に基づき、「特定健診受診率」・「特定保健指導実施率」に係る計画最終年度の目標値を次のとおりに設定しています。

第三期計画における国の目標値

【図表 60】

項目		2023 年度の目標値
実施に関する目標	①特定健診受診率	市町村国保加入者に係る受診率 60%以上
	②特定保健指導実施率	特定保健指導者に係る保健指導実施率 60%以上

#### 2) 目標値の設定

2023 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及び特定保健指導を受けることを目標として定めます。

【図表 61】

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
特定健診実施率	37.5%	40.0%	42.5%	45.0%	47.5%	50.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%

#### 3) 対象者数等の見込み

各年度における特定健診の対象者数および受診者数、保健指導の対象者数及び指導者数の推計は以下のとおりです。

特定健診の対象者数等の推移

【図表 62】

		見込					
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	22,440	22,081	21,728	21,380	21,038	20,701
	受診者数	8,415	8,832	9,234	9,621	9,993	10,350

特定保健指導の対象者数等の推移

【図表 63】

		見込					
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定保健指導	対象者数	1,515	1,590	1,662	1,732	1,799	1,863
	実施者数	909	954	997	1,039	1,079	1,118

※保健指導対象者数は、健診受診者の18%で算出

#### 4) 目標達成に向けての方針と具体策

##### ①特定健診

特定健診においては、受診率向上を図るため、以下の具体策を進めます。

##### 【これまでの取り組み】

##### ◎個別周知

【図表 64】

取り組み	内容
特定健診の案内チラシ配布	特定健診案内チラシを発送。受診券が被保険者証一体型であることや、特定健診の重要性、健診日程などを案内。
特定健診電話勧奨事業（コールセンターへ委託）	特定健診未受診者へ、集団健診日程に合わせて電話による受診勧奨を実施。集団健診日程終了後は個別健診を案内。
受診勧奨ハガキ発送	年度内未受診者に対する受診勧奨ハガキを発送。
事業参加者への受診勧奨	保健事業係が実施する健康づくり事業（運動教室等）への参加者に対する特定健診受診勧奨。
自治会と協力した受診勧奨の実施	地域住民に親しみがある自治会へ、未受診者の戸別訪問事業を委託し、訪問による受診勧奨を実施。
窓口での呼びかけ	保健事業係における特定健診以外の手続き時にも受診勧奨を行う。

##### ◎広報・啓発

【図表 65】

取り組み	内容
放送	特定健診に関する情報を地元ラジオ局や、必要に応じて防災無線を利用し放送。
立て看板の設置	集団健診に関する情報を立て看板にて周知。
広報車による街宣	広報車両にて、集団健診の日程などを必要に応じて街宣。
市内イベントへの参加	あやはし海中ロードレース大会にて、受診勧奨ティッシュを配布するなどイベントにて特定健診をPR。
ホームページ	うるま市のホームページへ特定健診・特定保健指導に関する情報を掲載。
広報紙への掲載	特定健診や特定保健指導に関する情報を「広報うるま」へ掲載。

医療機関への協力 依頼	個別健診実施医療機関への受診勧奨の協力依頼。
各自治会への表彰 及び助成	受診率が高い上位3自治会への表彰。また、対象者数の区分ごとに、受診率が高い上位自治会へ受診率の向上推進活動費として助成。
継続した健診受診 と効果的な保健指 導への取り組み	特定健診受診、特定保健指導対象者においては指導を受けることで、うるま市内の運動施設を利用できるカード（エコボディーカード）を発行。

◎利便性の向上

【図表 66】

取り組み	内 容
自己負担額無料化	全ての対象者の自己負担額を無料化。
がん検診との同時 実施	集団健診において、特定健診とがん検診を一体的に実施し、希望によりがん検診まで同日受診可能。
健診日時の多様化	土日や夜間に健診を実施するなど、日時を多様化することで特定健診を受診する機会を幅広く提供。
受診券一体型被保 険者証	国民健康保険被保険者証と特定健康診査受診券を一体型にし、健診受診時に保険証の提示のみで受診できるよう利便性を向上。
ドック助成事業	4月1日時点でうるま市国保に加入している特定健診対象者は、希望により指定医療機関において人間ドックまたは脳ドックを受診可能。 ※一部自己負担あり。

【新たな取り組み】

【図表 67】

目 的	内 容
働き世代の受診率 向上	・休日健診や夜間健診の安定的な実施に努める。
受診率向上のため の効果的な受診勧 奨の実施	・対象者の特性や事情に配慮しながら、それぞれに合った効果的な受診勧奨を様々な方法（戸別訪問や勧奨文書の工夫など）で実施。 ・個別健診実施機関へ以下の取り組みについて協力依頼 定期通院患者（健診未受診者含む）へ、個別健診の受診勧奨 ・特定健診対象者への新たなインセンティブ事業の検討

## ②特定保健指導

保健指導においては、指導率向上を図るため、以下の具体策を進めます。

【これまでの取り組み】

【図表 68】

目的	内容
①保健指導が利用しやすい環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診会場で特定指導の必要性や健診結果を手渡しにて個別説明</li> <li>・特定保健指導対象者については、専任スタッフによる架電にて初回面接日の日程調整</li> <li>・特定保健指導未利用者へ訪問し利用勧奨</li> <li>・対象者に合わせた面接場所の調整（保健相談センターや公民館、自宅訪問、職場訪問）</li> <li>・特定保健指導業務の外部委託（H29年度：3委託機関）</li> </ul>
②生活改善の継続に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者に合わせた学習教材の提供</li> <li>・健康管理機器を活用した客観的データ提供（体組成計や自己血糖測定等）</li> <li>・二次健診の実施<sup>（注16）</sup> （糖代謝の状況や血管変化に関する詳細検査を実施することで、生活習慣の改善に向けた行動変容を支援）</li> <li>・エコボディーカードの発行 （特定健診や保健指導を受けた者に対して運動施設を利用しやすい環境を整える）</li> <li>・健康（栄養・運動）教室の紹介</li> <li>・血圧計等の健康管理物品の貸出</li> </ul>
③質の高い保健指導の提供と体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導者の内部学習会、事例検討会、各種研修会への参加などを通して資質向上を図る</li> </ul>

【新たな取り組み】

【図表 69】

目的	内容
①保健指導が利用しやすい環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・働き世代に合わせた夜間、休日の架電（面接の予約取り等）</li> <li>・委託機関の拡充（健診受診日と同日に保健指導を実施できる）</li> </ul>
②生活改善の継続に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タブレット等を活用して具体的に視覚に訴え、体感できる保健指導教材の充実</li> </ul>
③質の高い保健指導の提供と体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師や管理栄養士等のマンパワーの確保に努める</li> <li>・特定保健指導者（外部委託機関含む）との意見交換会・勉強会の実施</li> </ul>

（注16）：40～64歳の特定保健指導対象者において75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査・頸動脈エコー検査を実施。

## 5) 特定健診の実施

### ①実施方法

特定健診実施医療機関へ委託し実施します。集団・個別健診の契約については、国保連合会を市町村国保保険者の代表とし、医療機関の代表である県医師会と集合契約にて締結します。人間ドック、脳ドックについては市内及び近隣市町村の医療機関と個別に契約を締結し実施します。

(ア) 集団健診（公民館、健康福祉センターうるみん他）

(イ) 個別健診（県内 300 医療機関以上）

(ウ) 人間ドック、脳ドック（平成 29 年度においては 15 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、沖縄県医師会やうるま市のホームページに記載します。

(参照) 沖縄県医師会 URL <http://www.okinawa.med.or.jp/>

うるま市 URL <http://www.city.uruma.lg.jp/index.php>

### ④特定健診の内容

特定健診の検査項目は、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のため、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るとします。（実施基準第 1 条第 4 項）（※参考資料 1 参照）

### 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（トライアングル事業）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

特定健診に関わる費用の請求受付・支払いは、沖縄県国民健康保険団体連合会を代行機関として実施します。

### 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、受診の案内の送付に関わらず、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について、以下のスケジュールに基づき実施します。

健診案内・実施年間スケジュール（平成29年度）

【図表 70】

事業	平成29年度実施スケジュール												取組内容		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
特定健診案内通知	→													うるま市国保加入者の40～74歳の者へ、特定健診に関する案内を送付	
集団健診		→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・公民館、健康福祉センターを利用した集団健診を実施。年間60日程度。	
個別健診	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・医療機関にて特定健診(基本健診)が通年で受診可能。	
人間ドック・脳ドック		→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・4月1日時点で国保加入している特定健診対象者が受診可能。基本健診に追加してより詳細な健診が受診可能。	
夜間健診						→	→	→	→	→	→	→	→	・日中仕事等で受診できない方への機会の提供として、夜間に健診を実施。受付時間は17時半～19時。	
広報紙を活用した特定健診のお知らせ	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・広報紙へ毎月の集団健診日程を掲載	
ホームページを活用した特定健診のお知らせ	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・特定健診の受診方法や、集団健診の日程等を掲載。	
ラジオ放送による特定健診のお知らせ	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・月1回、市内ラジオ局からラジオ放送にて特定健診の重要性や、集団健診の日程などを放送。	
戸別訪問による受診勧奨(自治会委託)							→	→	→	→	→	→	→	・地域住民と関係の深い自治会へ委託し、訪問による受診勧奨を実施。	
架電による受診勧奨	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・お知らせセンターから、集団健診日程合わせて対象者へ架電による受診勧奨を実施。集団健診終了後は、個別健診を案内。	
特定健診案内たて看板の設置	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	・集団健診日程に合わせて、対象地区へ日程を記載したたて看板を随時設置。集団健診日程終了後は、個別健診受診勧奨の看板を設置。	
トライアングル事業データ受領		不定期											不定期	不定期	・定期通院において尿検査と血液検査をしている者について、必要な項目を追加で実施することで、特定健診の実施とみなすことが可能。(データ受領)
事業者健診データ受領						→	→	→	→	→	→	→	→	→	・職場で健診受診した特定健診対象者のデータを受領。

## 6) 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、一部医療機関等への外部業務委託も合わせて行う。

### ②特定保健指導対象者の階層化と特定保健指導プログラム

国の基準に基づき、特定保健指導の対象者（積極的支援者・動機づけ支援者）に該当するかを選定するために階層化を行い、特定保健指導プログラムに基づき、生活改善に向けた支援を実施します。（参考資料2 参照）

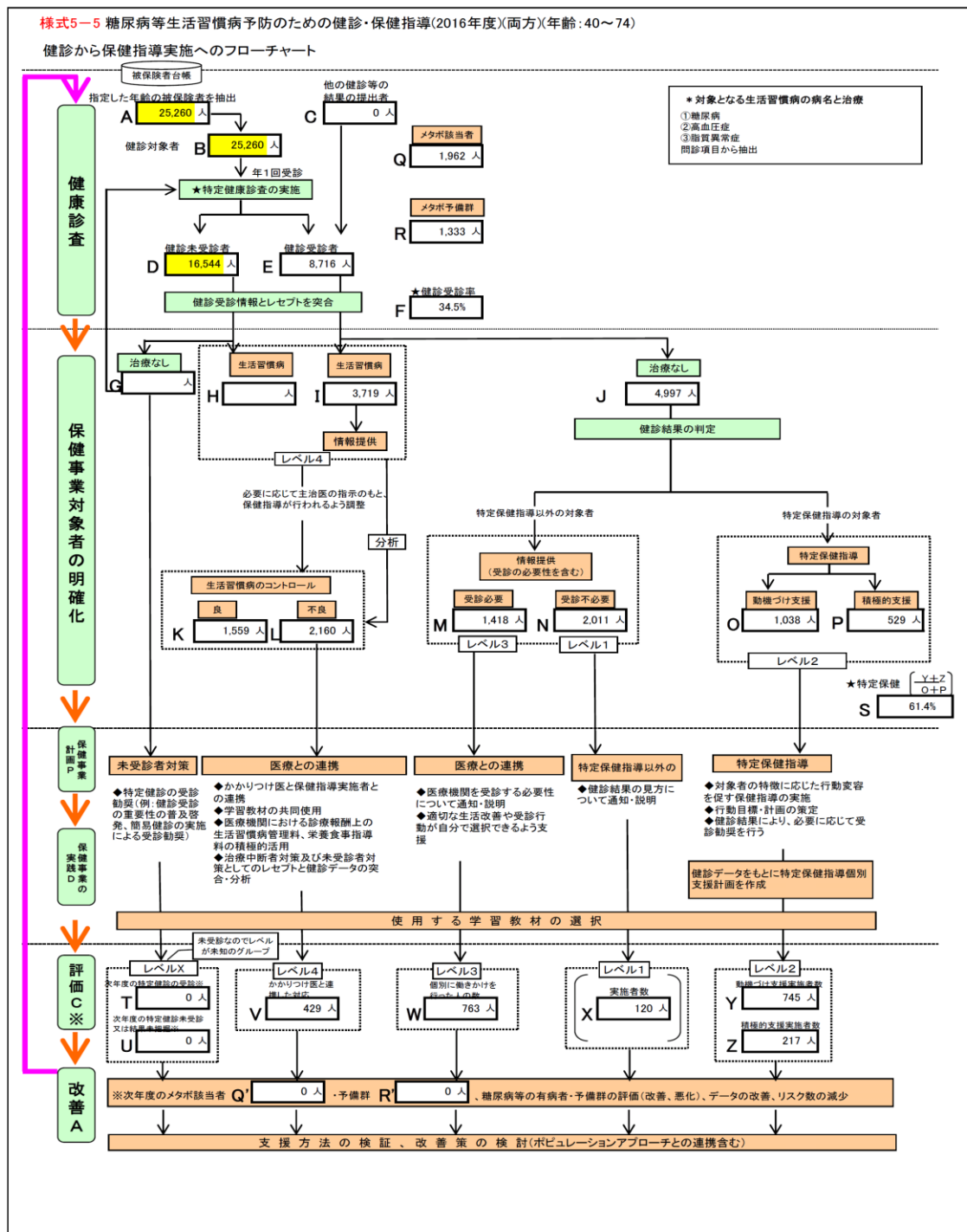
### ③特定保健指導以外の保健指導（情報提供）

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（P56～P78）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、生活習慣病の改善が必要である者や治療の必要性がある者を優先的に選定し、重症化予防のための保健指導を実施します。（保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位、支援方法はP78 図表93 参照）



④健診から保健指導の流れ

健診結果から保健指導対象者を明確化するため、「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をもとに第一段階として対象者の抽出を行い、保健指導計画の策定・実践評価を行う。 【図表71】



資料：マルチマーカー

⑤要保健指導対象者の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 72】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	1,567 人 (18.0)	60%
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	1,418 人 (16.3)	75%
3	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)	16,544 人 達成まであと 2,511 人	48% ※第2期特 定健診実施 計画におけ る H28 年度 目標受診率
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	2,011 人 (23.0)	50%
5	I	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と健 診データの突合・分析	3,719 人 (42.7)	70%

上記のD・I・M・Nにおいては、実働にあたる職員体制等を考慮し、データヘルス計画第4章P78 図表 93 のように、優先順位を決めます。

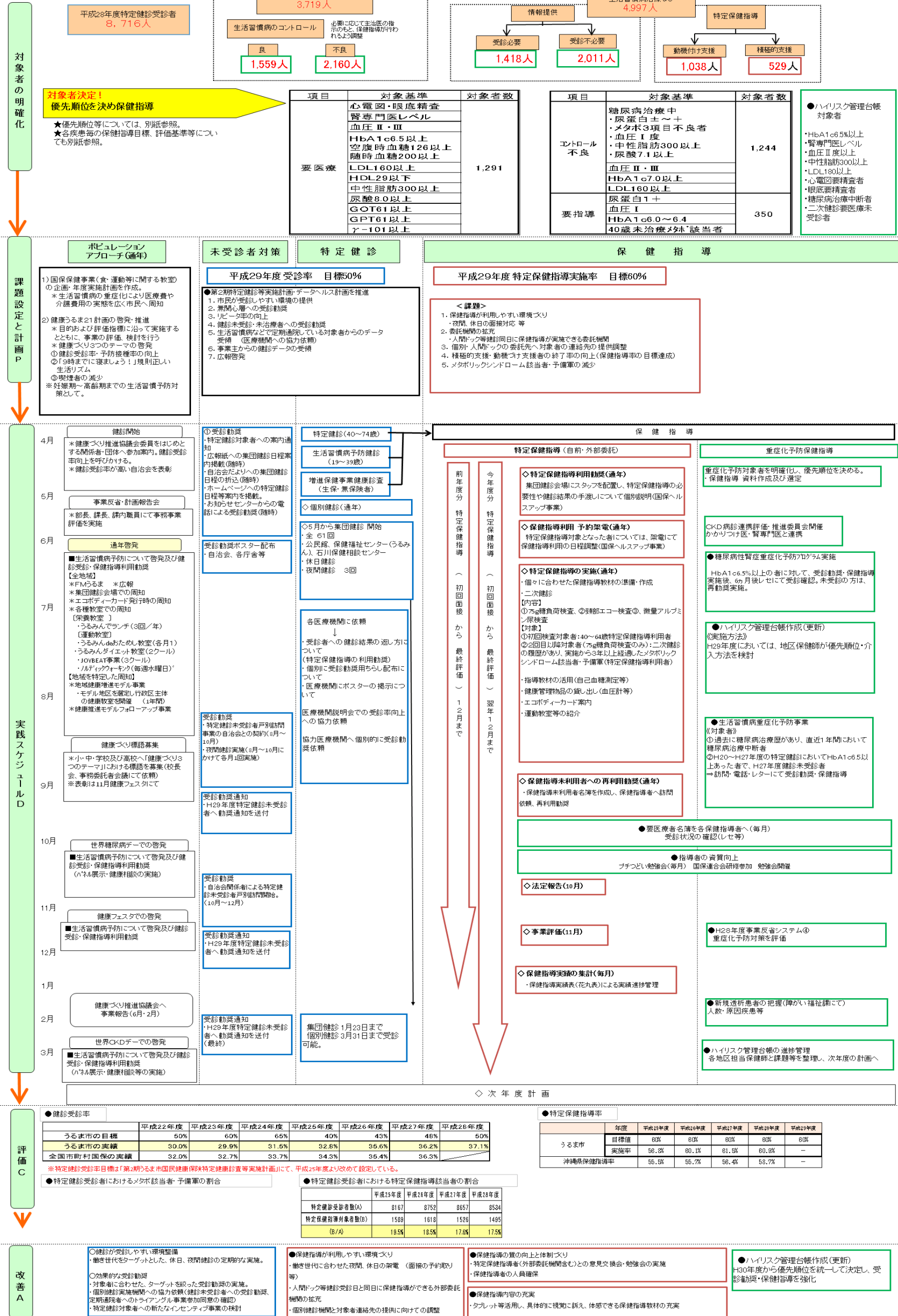
⑥生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDC A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する。

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（平成29年度）

【図表73】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



## 4 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（平成 15 年法律第 57 号）」および「うるま市個人情報保護条例（平成 17 年条例第 9 号）」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・保管期間について

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。

## 5 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、国保連合会へ報告します。

## 6 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、うるま市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

【参考資料 1-①】

特定健診検査項目

検査項目		必須項目
診察	既往歴	○
	うち服薬歴	○
	うち喫煙歴	○
	自覚症状	○
	他覚症状	○
身体計測	身長	○
	体重	○
	腹囲	○
	BMI	○
血圧測定	収縮期血圧 拡張期血圧	○
肝機能検査	AST (GOT)	○
	ALT (GPT)	○
	γ-GT (γ-GTP)	○
血中脂質検査	中性脂肪	○
	HDLコレステロール	○
	LDLコレステロール または non-HDLコレステロール (※1)	○
血糖検査	空腹時血糖 または 随時血糖 (※2)	○
	ヘモグロビンA1c (HbA1c)	○
尿検査	尿糖	○
	尿蛋白	○
	尿潜血	◎
貧血検査	ハマトクリット値	■
	血色素量	■
	赤血球数	■
腎機能検査	血清クレアチニン検査 (eGFR)	◎
	血清尿酸	◎
心電図検査		■
眼底検査		■

○：必須項目

◎：沖縄県独自の追加項目

■：医師の判断に基づき選択的に実施する項目

※1 non-HDL コレステロール（中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合または食後に採血する場合には、LDL コレステロール量の検査に代えて non-HDL コレステロール量の検査を行うことができる）

※2 随時血糖（やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き、随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。）

### 【参考資料 1-②】

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する。（基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある）

#### 詳細な健診項目

検査項目	実施できる条件（判断基準）
1 2 誘導心電図	○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が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者
眼底検査	○当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②の血糖の値がa、b、cのうち、いずれかの基準に該当した者 ①血圧 a 収縮期血圧 140mmHg以上 b 拡張期血圧 90mmHg以上 ②血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl以上 b HbA1c（NGSP） 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dl以上 （ただし、当該年度の特健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当するものを含む。）
貧血検査	○貧血の既往を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
血清 クレアチニン検査 （※1）	○当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②の血糖の値がa、b、cのうち、いずれかの基準に該当した者 ①血圧 a 収縮期血圧 130mmHg以上 b 拡張期血圧 85mmHg以上 ②血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl以上 b HbA1c（NGSP） 5.6%以上 c 随時血糖 100mg/dl以上

（※1：沖縄県は独自の追加項目として、血清クレアチニン検査を全数実施）

## 【参考資料 2】

### (1) 特定保健指導判定基準（階層化）

腹囲	追加リスク		喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質		③血圧	40～64 歳
$\geq 85$ cm (男性) $\geq 90$ cm (女性)	2 つ以上該当		なし	積極的支援	
	1 つ該当		あり		
上記以外 でBMI $\leq 25$ (※1)	3 つ該当		なし	積極的支援	動機づけ支援
	2 つ該当		あり		
	1 つ該当		なし		

※ 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  
(追加リスク項目)

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)

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

### (2) 特定保健指導プログラム

動機づけ支援	初回面接	医師、保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活改善のための支援を行う。
	実績評価	初回面接から3ヶ月経過後、身体状況や生活改善に変化がみられたか確認・評価を行う。
積極的支援 (※1)	初回面接	医師、保健師、管理栄養士等が対象者に合わせた行動目標を設定し、生活改善のための支援を行う。
	継続的支援	3ヶ月以上の継続的な支援を行う (食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導、取組を維持するための励まし等)
	実績評価	初回面接から3ヶ月経過後、身体状況や生活改善に変化がみられたか確認・評価を行う。

※1 積極的支援における特定保健指導の弾力化 (動機付け支援相当) :

(2年連続して積極的支援に該当した者のうち、1年目に比べ、2年目の状態が改善している者については、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当の支援を実施した場合であっても、特定保健指導を実施したとする。)

## 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します。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』<sup>(注 17)</sup>を組み合わせることで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』の取組を行います。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』の取り組みとしては、生活習慣病発症予防教室などの実施や、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ってきます。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。

---

(注 17)：ポピュレーションアプローチとは、高いリスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりすることです。



## II ポピュレーションアプローチ

生活習慣病を予防するためには、運動習慣や食生活を含めた適切な生活習慣の維持、またはそれに向けた改善が必要です。そのため、本市では各種運動教室等を実施し、被保険者が適切な生活習慣を獲得できるようサポートします。さらに、状態に応じた保健指導を実施することも重要となってきます。

生活習慣病発症予防のための運動教室等（平成 29 年度）

【図表 74】

事業名	目的	対象者	事業内容	評価指標
うるみん de おためし教室	運動習慣の獲得及びその動機付けを図る	30～74歳の国保被保険者	○運動実技を中心に年間合計34回実施。また、参加者への特定健診受診動機もあわせて実施している。 ・フィットネス ・骨盤調整エクササイズ ・ピラティス ・ヨガ ・水中運動 ・エアロビクス 等	○意識調査 ・参加者の内、身体活動量が増加した者の割合 ○特定健診受診率 ・参加者の特定健診受診率
うるみん de ダイエット教室	運動指導や健康講話をとおして、対象者が自らの健康状態を把握し、生活習慣改善に向けた動機付けや目標設定が出来るよう支援	30～74歳の被保険者のうち以下の①～④のいずれかに該当する者 ①肥満 BMI25以上 ②糖尿病及び予備軍 HbA1c5.6以上(NGSP法) ③脂質代謝異常及び予備軍 LDLコレステロール119mmhg/dl以上 HDLコレステロール40mmhg/dl以下 中性脂肪150mmhg/dl以上 ④高血圧及び予備軍 130/90mmhg以上	○1クール8回(約2ヶ月間)とし、2クール実施。 ・体成分分析、腹囲測定 ・健康、運動講和 ・運動実技(有酸素運動、筋肉トレーニング等) ・栄養指導(栄養講和、個別栄養指導)等	○身体的指標 ・体重の変化 ・2kg以上減少した者の割合 ・腹囲の変化 ・2cm以上減少した者の割合 ○教室終了後の健診データの変化 ・HbA1c、LDL、中性脂肪、血圧のうち1項目以上維持、改善した者の割合 ○意識調査 ・生活習慣の改善点が見える者の割合
うるみん de ランチ	食生活の重要性を理解し、健康的な食事の摂り方が分かることで健康への意識を高める	30～74歳の国保被保険者	○食に関する講演会や講習会を講師を招き実施。 ・食の講演会 ・料理講習会 等	○意識調査 ・食生活の重要性が分かる者の割合 ・自身の食事の改善点が見える者の割合
健康推進モデル事業	実施自治会の地域力と地域住民の健康力及び特定健診受診率の向上、生活習慣病の発症予防を目的とし実施。	市内63自治会の内、以下の二つの条件に当てはまる自治会 ①特定健診受診率が低い地域 ②地域力、健康力の向上に意欲のある自治会	○以下のプログラムをモデル自治会と協議・調整のうえ実施 ・運動教室(実技中心) ・健康相談会 ・食育(講義又は調理実習) ・健康講演会 ・地域イベント 計10回程度	○意識調査 ・健康づくりへの理解度、満足度 ・身体活動等の増加した者の割合 ○身体的指標 ・身体的改善又は維持している者の割合 ○特定健診受診率 ・モデル自治会の特定健診受診率
健康推進モデル フォローアップ事業	モデル自治会として介入した自治会の更なる地域力と地域住民の健康力及び特定健診受診率の向上、生活習慣病の発症予防を目的とし実施	前年度以前、モデル自治会となった自治会の内、さらなる地域力・健康力向上の意欲がある自治会	○以下のプログラムをモデル自治会と協議・調整のうえ実施 ・運動教室(実技中心) ・健康相談会 ・食育(講義又は調理実習) ・健康講演会 ・地域イベント 計5回程度	○意識調査 ・健康づくりへの理解度、満足度 ・身体活動等の増加した者の割合 ○身体的指標 ・身体的改善又は維持している者の割合 ○特定健診受診率 ・モデル自治会の特定健診受診率
健康Life JOYBEAT教室	健康意識の向上と健康的なライフスタイルへの変容及び特定健診受診率の向上を目的として実施	国保被保険者	○1クール8回(約2ヶ月間)とし、3クール実施。 ・3Dコンテンツ「JOYBEAT」を利用した運動実技 ・ストレッチ実技 ・エクササイズ講和 等	○意識調査 ・健康づくりの意識向上やその方法が見える者の割合 ○特定健診受診率 ・教室参加者の特定健診受診率

また、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。

### うるま市の社会保障費と保険者努力支援制度

【図表 75】

うるま市 人口 12万人(国保被保険者 4万人)

#### 死亡

65歳未満死亡の割合	H27年			H28年
	国	県	うるま市	うるま市
合計(%)	10.4	18.1	19.1	15.1
男	14.6	23.1	25	19.4
女	6.4	12.4	12	9.7

H27年度において、県・国より高い

#### 社会保障費

国保医療費 110億円 (H28年度) (KDB)

予防可能な生活習慣病にかかる医療費

	うるま市		同規模	県	国
	費用額(円)	割合			
慢性腎不全	10.8億円	9.6%	5.9%	9.1%	5.7%
脳出血・脳梗塞	2億円	1.9%	2.3%	2.4%	2.2%
狭心症・心筋梗塞	2億円	1.9%	2.1%	1.9%	2.0%
糖尿病	4.5億円	4.1%	5.6%	4.0%	5.5%
高血圧	3.7億円	3.4%	4.9%	3.4%	4.8%
脂質異常症	2.8億円	1.9%	3.0%	1.9%	2.9%

人工透析の原因疾患約3割が糖尿病

#### 介護費

84億円 (H28年度) (KDB)

2号認定者(40-64歳)197人

認定率 0.5%  
(同規模 0.4%)

2号認定者の特定疾病(H25年度)

脳血管疾患 132人(66%)  
糖尿病合併症 10人(5%)

\*予防可能な疾患が原因となっている

#### 生活保護費

43億円

(福祉事務所概況)

保護率(千人対) 21.68%(2,577人)

医療扶助を受けている人の割合 84.9%(2,187人)

再)人工透析者数 51人

51人×500万円=約2億5千万円(生活保護費とは別予算)

うるま市 266点/345満点  
全国順位 76位/1741市町村  
県内順位 2位/41市町村

交付額 2,709万円  
1点当たりの金額 10,2万円  
(交付額÷被保険者数=1点当たりの金額)

評価指標	30年度	28年度前例し分			
	満点	満点	うるま市	沖縄市	浦添市
H29、30年度					
特定健診受診率	50	20	0	0	0
特定保健指導実施率	50	20	20	10	20
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	5	10	0
糖尿病等重症化予防の取組	100				
対象者の抽出基準が明確、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		40	40	0	40
専門職の取組、事業評価	(25)				
全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(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	0	0
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)	20	20	20	20
商工部局、商店街等との連携	(25)				
データヘルス計画の取組	40	10	10	10	10
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、現計画の定量評価	(35)				
関係部署、県、医師会等と連携					
がん検診受診率	30	10	0	0	0
がん検診実施状況	25	10	0	0	10
地域包括ケアの推進	25	5	5	0	5

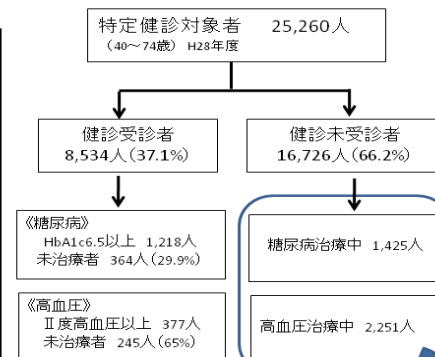
市町村指標の都道府県単位の評価	【200億円】	100
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組		
都道府県の取組状況	【150億円】	未定
保健指導実施率への関与、糖尿病等重症化予防の取組		
医療費適正化のアウトカム評価	【150億円】	50
国保・年齢調整後1人当たり医療費		

(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)

〇市 人口13.8万人  
交付額:1,942万円  
(全国順位:1,133位・県内順位:32位)

U市 人口11人  
交付額:1,749万円  
(全国順位:268位・県内順位7位)



#### 今後強化する取り組み

- 受診率向上の取組強化(共通指標①)
  - ①医療機関との連携(トライアングル事業)
- 糖尿病等の重症化予防の取組強化(共通指標②)
  - ①糖尿病重症化予防プログラムの実施

### Ⅲ 重症化予防の取り組み

#### 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、取り組みにあたっては図表 76 のPDCAに沿って実施します。

『糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ』

【図表76】

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	CKD評価委員会・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		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
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				○	□
25	対象者決定		○			□
26	D 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			○		□
32	C 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		○			□

## 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者数の把握

#### 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 77】

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 <sup>2</sup> )
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<sup>(注18)</sup>及び腎機能(eGFR)で把握していきます。本市においては特定健診にて血清クレアチニン検査<sup>(注19)</sup>、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、尿アルブミン値については把握が難しいです。CKD 診療ガイド 2012 では尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となっています。

(注18)：尿アルブミン値とは、アルブミンは尿蛋白の主な成分です。糖尿病や高血圧による腎障害などの極めて初期に、微量アルブミンが尿中に排泄されます。

(注19)：血清クレアチニン検査とは、老廃物の一種であるクレアチニンの値を確認します。腎機能が低下するとクレアチニンが排泄されず、値が高くなります。

## ②基準に基づく該当者数の把握

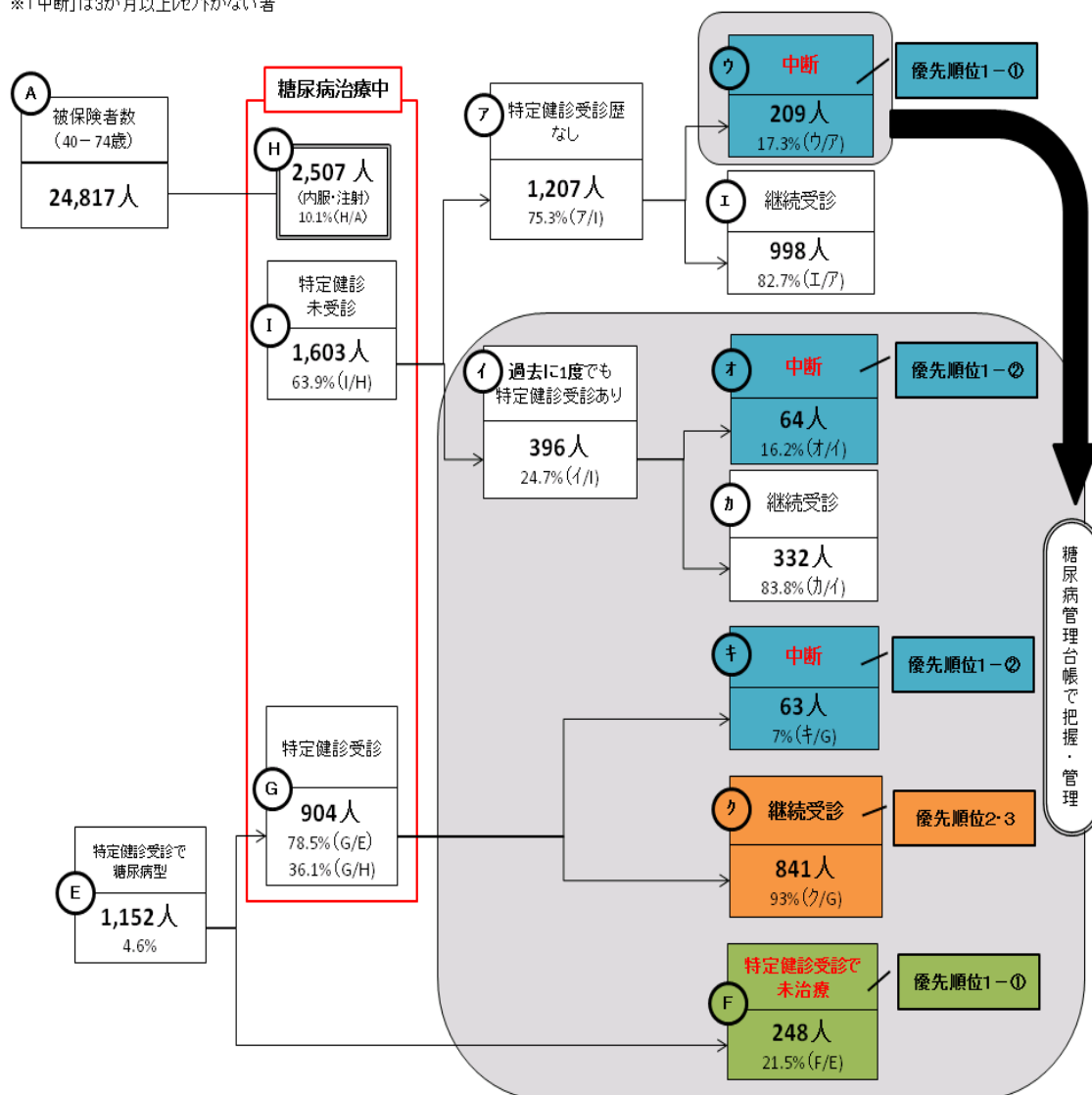
本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 248 人(21.5%・F)です。また糖尿病治療者 2,507 人(H)中のうち、特定健診受診者が 904 人(36.1%・G)であったが、63 人(7%・キ)は治療中断となつています。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,603 人(63.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 396 人(イ)中 64 人(オ)は治療中断であることが分かりました。また、332 人(カ)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ってきます。

さらに、糖尿病治療者で特定健診未受診者のうち過去に特定健診を受診したことがない者 1,207 人(ア)のうち、治療中断の者は 209 人(ウ)です。

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)(平成28年度) 【図表78】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



### ③介入方法と優先順位

図表 78 より本市における介入方法を以下の通りとする。

#### 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)・・・248 人
  - ② 糖尿病治療中であつたが中断者(ウ・オ・キ)・・・336 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】

糖尿病治療を継続している者(ク)のうち、糖尿病性腎症で通院している者

- ・糖尿病性腎症の病期が第2期、第3期及び第4期と思われる者
- ・糖尿病治療中で eGFR が以下の者
  - i 40歳未満の場合：eGFR60ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者
  - ii 40～69歳の場合：eGFR50ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者
  - iii 70歳以上の場合：eGFR40ml/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の者

上記のうち、ΔeGFR 5/年以上低下を示す者は優先度が高い

- ・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】

- ・糖尿病患者のうち、糖尿病性腎症を発症していない者(ク)

以下いずれかのリスク要因を有する者

ア)メタボリックシンドロームのリスクが3項目以上有する者

イ)I度高血圧(140/90)以上の者

ウ)脂質異常(LDL-C180mg/dl以上、中性脂肪 300mg/dl以上)を有する者

エ)高尿酸血症(7.1mg/dl)以上の者

- ・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

#### ハイリスク管理台帳の作成

対象者の進捗管理はハイリスク管理台帳【図表 79】及び年度計画表【図表 80】で行い、管理していきます。

#### 《進捗管理の手順》

- ① 過去5年間のうち特定健診にてHbA1c6.5%以上、空腹時血糖 126mg/dl 以上、随時血糖 200mg/dl 以上の者は管理台帳に記載します。  
また、糖尿病治療中の者も記載します。
- ② 国保資格・死亡・転出を確認します。
- ③ レセプトを確認し治療状況を記載します。  
○服薬状況や脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無    ○がん治療、認知症、手術の有無等
- ④ 担当地区の対象者数の把握

ハイリスク管理台帳

【図表 79】

H28時点 KDBシステム 管理台帳データ参照																																
個人コード	名前	性別	生年月日	年齢 (年度末年齢)	行政区	保健指導者	DM プログラム	基礎疾患												心疾患				脳疾患	腎疾患							
								糖尿病	受診状況 1:受診あり 2:未受診 3:中断 4:疑い	中断日	医療機関	内服 1:あり 2:なし	高血圧	受診状況 1:受診あり 2:未受診 3:中断	医療機関	内服 1:あり 2:なし	腎疾患	受診状況 1:受診あり 2:未受診 3:中断	医療機関	内服 1:あり 2:なし	遠折開始年月日	脂質異常症	受診状況 1:受診あり 2:未受診 3:中断			医療機関	内服 1:あり 2:なし	診断の有無	内服薬			
																													ワーファリン	新規口服薬 抗凝固薬 (NOAC)	抗血小板薬	抗不整脈薬
H26~28																																
1303023		男	S33.1.28	60	赤道			○				1	○		3				1						2							
1235729		女	S48.6.8	44	宮里		○	○	1			2			2				2						2							
132446		男	S36.1.17	57	昆布		○	○	1			1	○		1				1	○				2								
1128221		男	S23.4.23	69	上平良川			○	1			2	○		1				1					2								
499293		女	S34.11.25	58	豊原		○	○	1			2												2								
1087746		女	S49.9.15	43	大田		○	○	1			1	○		3				1					2								

糖尿病管理台帳からの年度計画(うるま市)

【図表 80】

考え方	ポイント	地区担当が実施すること	専門職や他への紹介
<p>①糖尿病管理台帳作成</p> <p>↓</p> <p>年1回 健診データを入れ込む</p> <p>↓</p> <p>ポイントごとに整理してから</p> <p>↓</p> <p>台帳に載っている人全てに関わる</p> <p>②台帳に年間を通じて情報を入れ込む</p> <p>↓</p> <p>地区担当が必要になる (保健師活動指針)</p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>継続的に訪問するためには地区担当制が必要になる</li> <li>地区担当者が変わっても継続して関わる</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>糖尿病の問題性</b></p> <p>(図1にあるように)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心・脳ですでに起こっているケースもある</li> <li>腎でも起こる</li> </ul> </div> <p>↓</p> <p>治療してもコントロールが悪い</p> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>★糖尿病の治療とは何か</p> </div>	<p>糖尿病台帳の全体数 (933)名</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>①H28年度健診未受診者 (糖尿病管理台帳の死亡者を除いた数) (324)名</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>②H28年度健診受診者のうち 未治療者 (糖尿病管理台帳の死亡者、転出者を除いた数) (50)名</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>③HbA1cが悪化している ※ H28年度と過去5年分の直近との比較 (糖尿病管理台帳の死亡者を除いた数) (227)名/455名</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>④平成28年度 尿蛋白 (－)(329)名 (±)(64)名 (＋)(67)名</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>⑤eGFR 値の変化 1年で25%以上低下(8)名 1年で5ml/分/1.73m<sup>2</sup>以上低下(83)名</p> </div> <p>⑥①にも関係するが 記入すべき内容 — 備考欄に</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①死亡、その原因</li> <li>②脳・心疾患 — 手術</li> <li>③透析</li> <li>④癌 など</li> </ul>	<p>確認すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①レセプトで治療しているかどうか</li> <li>②他の保険者に行っているかどうか</li> </ul> <p>レセプトを確認 訪問・面接か — 保健指導</p> <p>他のリスク(血圧・メタボなど)</p> <p>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</p> <p>顕性腎症</p>	<p>後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ</p> <p>経年表でみていく</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; text-align: center;"> <p>尿アルブミン検査の継続</p> <p>↓</p> <p>栄養士中心(検討中)</p> <p>↓</p> <p>各種専門職</p> <p>↑</p> <p>腎専門医</p> </div>



## 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ってきます。本市においては、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くこととします。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た保健指導用教材を活用して行っていきます。

【図表 81】

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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <span style="font-size: 2em;">→</span> </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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ul> </li> <li>8. 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)</li> </ol>
<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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">         } 6.0%未満       </div>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>12. 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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<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くけど？</p> <div style="margin-top: 20px;"> <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> </div> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもと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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チェアグリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (2) 二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期を見逃す恐れがあります。特定保健指導対象者(40～64歳)に対して二次健診を活用し尿アルブミン検査を実施し、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プログラムに準じ行い、さらに、うるま市・沖縄市CKD病診連携事業(ちゅらま～み(腎)プロジェクト)にて連携を図ります。

## 6) 福祉部門(介護保険部局等)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)や保護課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、その際はハイリスク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、糖尿病性腎症取組評価表【図表82】を用いて行います。

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨(再勧奨も含む)率・保健指導率(アウトプット)
- ② 医療機関未受診者の割合の減少(アウトカム)
- ③ 治療中断者(糖尿病および糖尿病性腎症)割合の減少(アウトカム)
- ④ 保健指導・受診勧奨後の検査値の変化(HbA1c等)(アウトカム)
- ⑤ 健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスクの改善(アウトカム)
- ⑥ CKD重症度分類の改善(アウトカム)

## (2)中長期的評価

①新規人工透析導入者数(糖尿病性腎症患者数)の減少(アウトカム)

②人工透析にかかる医療費(アウトカム)

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【図表 82】

項目	総合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数105				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数	A	44,953人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳											
2	① 対象者数	B	25,258人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	② 特定健診 受診者数	C	8,890人									
	③ 受診率			35.2%								
3	① 特定 保健指導 対象者数		1,495人									
	② 実施率			60.9%								
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	1,132人	12.7%						特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 回答なし)	F	358人	31.6%							
		③ 治療中(質問票 回答あり)	G	774人	68.4%							
		④ コントロール不良 HbA1c7.0%以上または空腹時血糖100以上	J	435人	56.2%							
		⑤ 血圧 130/80以上	J	265人	60.9%							
		⑥ 肥満 BMI25以上		269人	61.8%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖100未満	K	341人	44.1%							
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M		808人	71.5%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)			139人	12.3%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上			164人	14.5%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満			22人	1.9%						
5	レセプト	① 糖尿病受診率(被保険者千対)		52.8人						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		87.9人								
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は糖尿病千対)	入院外(件数)		13,645件	(5402)			16,628件	(752.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院(件数)		75件	(3.0)			102件	(4.6)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,374人	5.3%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		2,306人	8.8%							
		⑦ 健診未受診者	I	1,532人	66.4%							
		⑧ 糖尿病性腎症	L	405人	17.1%							
		⑨ (再掲)40-74歳		398人	17.3%							
		⑩ 慢性人工透析患者数 (透析施設数中に占める割合)		135人	0.06%							
		⑪ (再掲)40-74歳		118人	0.05%							
		⑫ 新規透析患者数		12人	8.89%							
		⑬ (再掲)糖尿病性腎症		9人	75.0%							
		⑭ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (透析施設数中に占める割合)		71人	0.03%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	医療費	① 総医療費		110億5453万円				92億8161万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		② 生活習慣病総医療費		61億3103万円				52億3304万円				
		③ (総医療費に占める割合)		55.5%				56.4%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		7,616円				7,366円			
		⑤ 健診未受診者		37,214円				34,199円				
		⑥ 糖尿病医療費		4億3883万円				5億0688万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.2%				9.7%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		14億3715万円								
		⑨ 1件あたり		45,407円								
		⑩ 糖尿病入院総医療費		10億5553万円								
		⑪ 1件あたり		624,575円								
		⑫ 在院日数		19日								
		⑬ 慢性腎不全医療費		10億0006万円				5億5018万円				
		⑭ 透析有り		10億2778万円				5億1631万円				
		⑮ 透析なし		3231万円				3387万円				
7	介護	① 介護給付費		84億1140万円				84億5436万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症		4件	22.2%							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		30人	3.5%			13人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～対象者へ介入(通年)

10 月 事業反省にて中間評価

3 月 事業評価

## 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り組みにあたっては『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。

### 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病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。【図表 83】

【図表 83】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方						対象者
健診結果、問診	リスク状況				⑤ 重症化予防対象者	
① 心電図	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			⑤ 重症化予防対象者
	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T変化 <input type="checkbox"/> その他所見			
② 問診	自覚症状なし		<b>症状</b> <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同様な症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者	
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧					
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい経過をたどって、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。				⑤ 重症化予防対象者	
	メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。					
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲			男 85～ 女 90～		
	□BMI	～24.9		25～		
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	【軽度】 □75g糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比		
□血圧	収縮期	～129	130～139	140～	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	～84	85～89	90～		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□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	(-)		(+)～			
□CKD重症度分類			G3aA1			

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

## (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)ということから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市において健診受診者 9,481 人のうち、医師が必要と認め詳細健診として実施された心電図検査実施者は 2,414 人(25.5%)であり、そのうちST所見があったのは 88 人です。【図表 84】 ST所見あり 88 人のうち 42 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 9 人は未受診となっています。【図表 85】

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血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また要精査には該当しないがST所見ありの 46 人へは、心電図におけるST所見が、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。

【図表 84】

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	9,481	100	2,414	25.5%	88	3.6%	647	26.8%	1,683	69.7%



ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 85】

ST所見あり(a)		要精査なし		要精査(b)		医療機関受診あり		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
88	100	46	52.3	42	47.7%	33	78.6%	9	21.4%

また、重要な検査である心電図検査を実施している者は 25.5%と全体の約4分の1です。集団健診で心電図を実施する者は年間約 100 名未満となっているため、平成 28 年度より本市では過去5年間に心電図検査で精査が出た方へ心電図検査を案内(集団健診のみ)し、希望者は実施しています。平成 28 年度では、案内した 133 人のうち 124 人が検査を実施しています。

さらに、平成 30 年度からは、特定健診等実施計画において、詳細健診の条件が緩和され、検査実施者が増えることにより、虚血性心疾患重症化予防対策が拡充されることを期待しています。

## ②虚血性心疾患のリスク因子からの把握(心電図検査以外からの把握)

これまで述べたように、詳細健診による心電図検査を実施していない被保険者も多いため、健診結果から虚血性心疾患のリスク因子保有者より対象者を抽出します。

メタボリックシンドロームの該当者や高LDLコレステロール、CKD(慢性腎臓病)等のリスク因子がある者に対しては保健指導や受診勧奨の対象者としています。

## 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 86】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実施します。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や、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合には受診勧奨を実施します。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実施します。

#### 虚血性心疾患に関する症状

【図表 86】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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、【図表 83】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「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラーク<sup>(注20)</sup>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りました。「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波(エコー)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。

(注 20) : プラークとは、動脈硬化などの血管壁に見られる、扁平もしくは隆起したかたまり

### (3) 対象者の管理

虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、糖尿病性管理と合わせてハイリスク管理台帳で行うこととし、経年管理を実施します。

## 4) 医療との連携

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活用していきます。

## 5) 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)や保護課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。その際はハイリスク管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していきます。

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨(再勧奨も含む)率・保健指導率(アウトプット)
- ② 医療機関未受診者の割合の減少(アウトカム)
- ③ 治療中断者(ST所見精査者等)割合の減少(アウトカム)
- ④ 保健指導・受診勧奨後の検査値の変化(LDL-C等)(アウトカム)
- ⑤ 健診受診者の高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少(アウトカム)

### (2) 中長期的評価

- ① 虚血性心疾患の新規患者数の割合

## 7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～対象者へ介入(通年)
- 10月 事業反省にて中間評価
- 3月 事業評価



### 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り組み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。

脳卒中の中でも、「心房細動<sup>(注 21)</sup>による脳梗塞(心原性脳塞栓症)」は増加傾向にあり、重症例や予後不良例の割合が高く、予防は早急に取り組む課題といわれています。【図表 87・88】

【脳卒中の分類】

【図表 87】

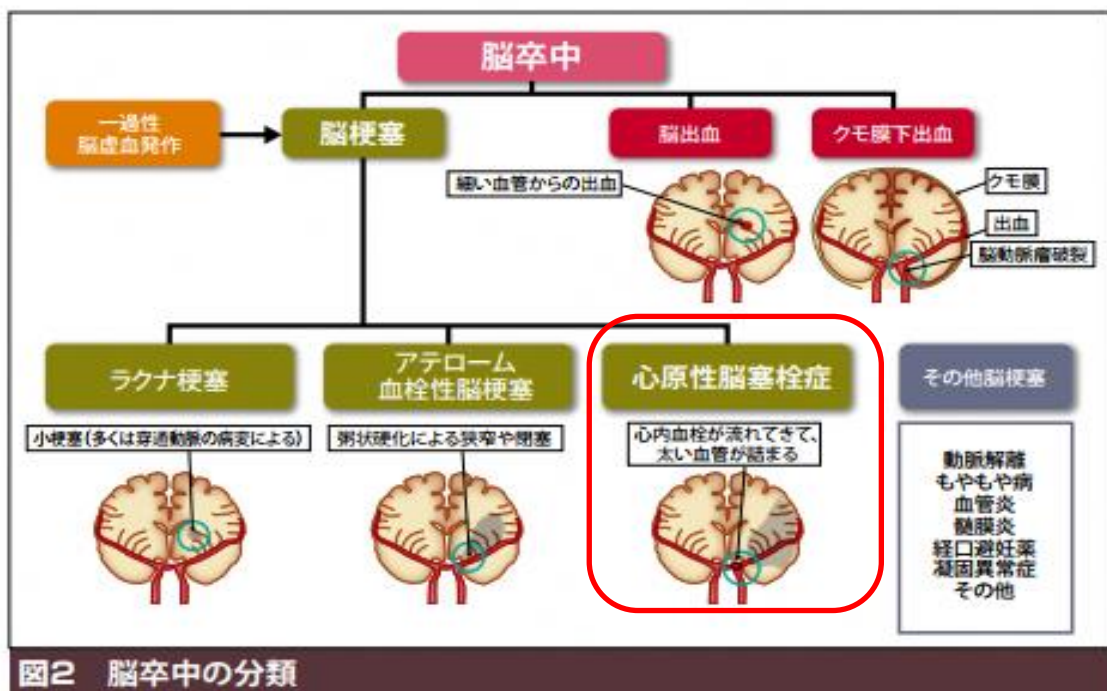


図2 脳卒中の分類

(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 88】

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

(注 21)：心房細動とは、心房内に流れる電気信号の乱れによって起きる「不整脈」の一種で、心房が痙攣したように細かく震え、血液をうまく全身に送り出せなくなる病期です。

## 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 89】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。

【図表 89】

特定健診受診者における重症化予防対象者

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BMDMB)		心房細動	メタボ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		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歳以上は40未満)	
受診者数 8,890人		384人 4.3%	637人 7.2%	315人 3.5%	1人 0.0%	2012人 22.6%	183人 2.1%	251人 2.8%				
治療なし		248人 4.2%	293人 3.6%	282人 4.0%	1人 0.0%	479人 9.4%	49人 1.0%	58人 1.1%				
治療あり		136人 4.5%	344人 44.0%	33人 1.8%	0人 0.0%	1533人 40.2%	134人 3.5%	193人 5.1%				
臓器障害あり		24人 9.7%	29人 9.9%	15人 5.3%	1人 100%	30人 6.3%	49人 100%	58人 100%				
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	24人	27人	15人	0人	29人	49人	58人				
	尿蛋白(2+)以上	18人	15人	8人	0人	16人	49人	9人				
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人	4人	2人	0人	8人	0人	1人				
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	9人	12人	7人	0人	7人	9人	58人				
	心電図所見あり	0人	1人	0人	1人	1人	0人	0人				

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384人(4.3%)であり、248人は未治療者でした。また未治療者のうち24人(9.7%)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136人(4.5%)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すが、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 90】は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。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。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

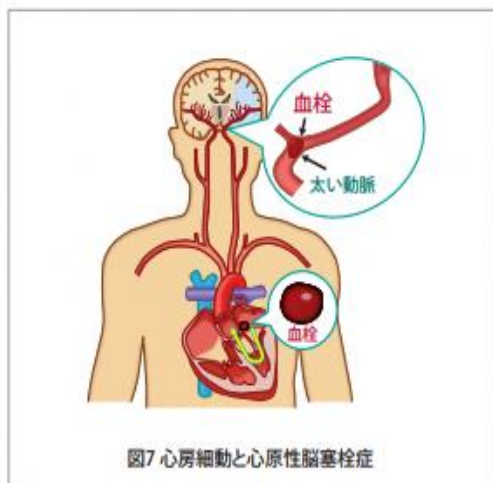
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

【図表 90】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	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	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
	5,896	2,314	1,244	1,161	929	204	44	63	495	619
		39.2%	21.1%	19.7%	15.8%	3.5%	0.7%	1.1%	8.4%	10.5%
リスク第1層	841	505	154	105	63	14	0	63	14	0
		14.3%	21.8%	12.4%	9.0%	5.8%	6.9%	100%	2.8%	0.0%
リスク第2層	3,209	1,271	697	648	481	97	15	--	481	112
		54.4%	54.9%	56.0%	55.8%	51.8%	47.5%	--	97.2%	18.1%
リスク第3層	1,846	538	393	408	385	93	29	--	--	507
		31.3%	23.2%	31.6%	35.1%	41.4%	45.5%	--	--	81.9%
再掲 重複あり	糖尿病	480	125	104	105	118	21	7		
		26.0%	23.2%	26.5%	25.7%	30.6%	22.6%	24.1%		
	慢性腎臓病 (CKD)	711	245	144	142	129	36	15		
		38.5%	45.5%	36.6%	34.8%	33.5%	38.7%	51.7%		
	3個以上の危険因子	1,063	245	232	252	259	59	16		
		57.5%	45.5%	59.0%	61.8%	67.3%	63.4%	55.2%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

## (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」になる頻度が高い疾患です。その原因として最も多い心房細動は、心電図検査によって早期に発見することが可能です。【図表 91】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)

心電図検査において、30人が心房細動の所見でした。有所見率を見ると、男性では年齢が高くなるにつれ増加していました。また50歳代から74歳までの年代においては、日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかりました。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表 91】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	1098	1316	27	2.5%	3	0.2%	—	—
39歳以下	1	2	0	0.0%	0	0.0%	—	—
40歳代	114	114	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	167	213	3	1.8%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	539	689	13	2.4%	3	0.4%	1.9%	0.4%
70～74歳	277	298	11	4.0%	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

また30人のうち28人は既に治療が開始されていましたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができ、受診勧奨が必要な対象者です。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和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は大切な検査です。

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 92】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
30	100	2	6.7%	28	93.3%

### 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。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合、または過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合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。血圧・脈拍の測定方法や、脳卒中の自覚症状を伝え、早期発見や重症化予防に向けて日常生活で体調を把握する習慣を促します。また、健診の活用や減塩、運動、禁煙を促し、高血圧や脂質異常、肥満や大量飲酒などの危険因子を減らすように健康管理を勧めます。

## (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。対象者へは虚血性心疾患重症化予防と同様に、二次健診にて、頸動脈超音波検査(エコー)と微量アルブミン尿検査を実施していきます。

## (3) 対象者の管理

脳血管疾患重症化予防対象者(高血圧者・心房細動)の管理は、糖尿病性管理、虚血性心疾患と合わせてハイリスク管理台帳で行うこととし、経年管理を実施します。

## 4) 医療との連携

治療中の方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ていきます。

## 5) 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)や保護課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。その際はハイリスク管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していきます。

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨(再勧奨も含む)率・保健指導率(アウトプット)
- ② 医療機関未受診者の割合の減少(アウトカム)
- ③ 治療中断者(心房細動・高血圧等)割合の減少(アウトカム)
- ④ 保健指導・受診勧奨後の検査値の変化(高血圧等)(アウトカム)
- ⑤ 健診受診者の高血圧・糖尿病・脂質異常症・メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少(アウトカム)

### (2) 中長期的評価

- ① 脳血管疾患の新規患者数の割合

## 7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～対象者へ介入(通年)
- 10月 事業反省にて中間評価
- 3 月 事業評

生活習慣病の改善が必要である者や治療の必要性がある者を優先的に選定し、重症化予防のための保健指導を実施します。本市では【図表 93】に選定した対象者・優先順位をまとめて評価をしています。

【図表 93】

成人保健指導の対象像と優先順位

優先順位	様式6-10	対象者	判定値	項目・基準値	H28 実績		H30-35 対象者数見込み(人)						H35 目標実施率	指導方法	
					対象者数(人)	実施数(人)	H30	H31	H32	H33	H34	H35			
特定健診・生活習慣病予防健診受診者	義務	A	特定健診		問診、身体計測、血圧測定、血液検査、尿検査	23,012	8534 (37.1%)	受診: 8,415 対象: 22,440 率: 37.5%	受診: 8,832 対象: 22,081 率: 40.0%	受診: 9,234 対象: 21,728 率: 42.5%	受診: 9,621 対象: 21,380 率: 45.0%	受診: 9,993 対象: 21,038 率: 47.5%	受診: 10,350 対象: 20,701 率: 50.0%	50.0%	特定健診案内通知、再勧奨通知、広報紙等による受診勧奨の実施
	義務	P+O	特定保健指導		腹囲+項目(血糖、脂質、血圧、喫煙)の重なり1つ以上	1,495	910 (60.9%)	1,515	1,590	1,662	1,732	1,799	1,863	60.0%	
	1		当日紹介・緊急値		各健診項目(血圧・糖・脂質・肝機能・腎機能)、がん、結核	66	66 (100%)	65	68	71	74	77	80	100%	早急に訪問(1週間以内)
	2	M	ハイリスク	要医療	心電図精査	95	67 (70.5%)	94	98	103	107	111	115	75%	訪問または来所形式で健診結果を手渡し、早期の受診勧奨
					眼底精査	25	19 (76.0%)	25	26	27	28	29	30		
					CKD(腎専門医該当)	83	63 (75.9%)	82	86	90	94	97	101		
					血圧 II度・III度	89	69 (77.5%)	88	92	96	100	104	108		
					HbA1c 6.5以上・空腹時126以上・随時200以上	41	31 (75.6%)	40	42	44	46	48	50		
					LDL 180以上	144	106 (73.6%)	142	149	156	162	169	175		
	3	L	ハイリスク	コントロール不良(治療中)	CKD(腎専門医該当)	191	120 (62.8%)	188	198	207	215	224	232	70%	治療状況の確認と主治医と連携し保健指導
					糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者 *糖尿病治療中 ①eGFR60未満(70歳以上50未満) ②尿蛋白(1+) ③メボ3項目	見込み 357人	実績なし	352	369	386	402	418	433		
					血圧 II度・III度	130	96 (73.8%)	128	135	141	147	152	158		
HbA1c8.0以上					100	68 (68.0%)	99	103	108	113	117	121			
4	M		要医療(Lレベル3)	LDL160-179・TG300以上・HDL29以下・尿酸8以上 GOT81以上・GPT81以上・γ-GTP101以上	581	478 (82.3%)	573	601	629	655	680	705	75%	訪問、電話での受診勧奨	
5	L		コントロール不良	糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者 *糖尿病治療中 ①血圧I度 ②TG300以上 ③尿酸7.1以上	見込み 211人	実績なし	208	218	228	238	247	256	70%	治療状況の確認と主治医と連携し保健指導	
				HbA1c7-7.9・LDL160以上	199	161 (80.9%)	196	206	215	224	233	241			
6	N		要指導	尿蛋白1+・血圧I度・HbA1c6-6.4	371	270 (72.8%)	366	384	401	418	434	450	50%	電話にて生活習慣改善を促す	
未受診者	G	ハイリスク	リスクの高い未受診者	過去に糖尿病治療歴があり、直近1年間に於いて糖尿病治療中断者	96	実績なし	95	99	104	108	112	116	35%	訪問にて現状を把握継続的な病院受診勧奨、特定健診受診勧奨	
				H20-H27年度の特定健診にてHbA1c6.5以上で、H28年度の特定健診未受診者	523	実績なし	516	541	566	590	612	634	35%		
				過去に糖尿病治療歴があり、直近1年間に於いて糖尿病治療中断者(糖尿病性腎症)	10	実績なし	10	10	11	11	12	12	35%		
				過去の二次健診結果にてハイリスク所見があり、平成28年度に治療中断者・未受診者	202	実績なし	199	209	219	228	237	245	50%		
ハイリスク管理台帳	経年管理		ハイリスク	H26年以降に健診を受診した者のうち、次のリスク要因がある者。 ・HbA1c 6.5以上の者(治療中7%以上) ・GFR50未満(70歳以上GFR40未満) ・尿蛋白2+以上 ・血圧II度以上 ・中性脂肪300以上 ・心電図検査要精査者 ・二次健診要精査者		実績なし	実績なし	記載人数 15,539人(H29年3月末時点) うち、上記対象者と一部重なりあり ・毎年度、対象者データの積み上げを行う					地区担当にて、対象者の状況に応じ、介入の有無や方法を判断。 健診・レセプトの確認、訪問、電話での、受診勧奨又は治療状況の確認等		

## 第5章 地域包括ケアに係る取組

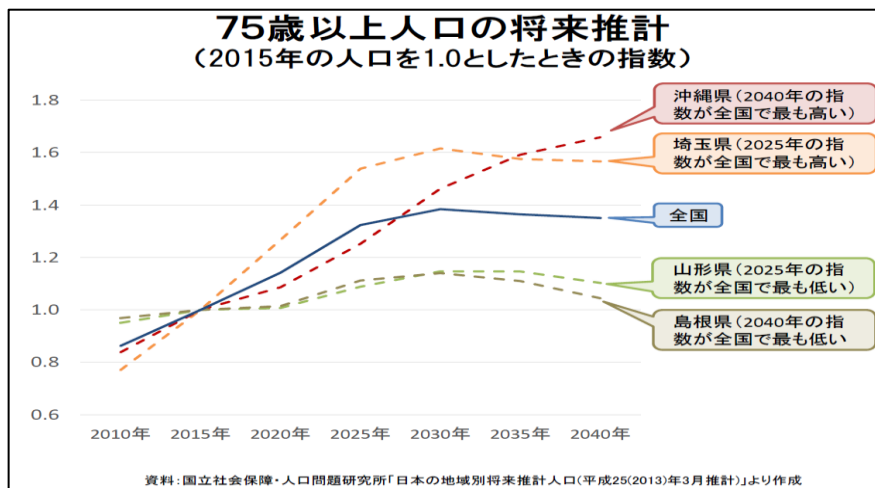
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を遅らせることができるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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うち、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、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していきます。第4章で述べた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。

沖縄県は、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 94】

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が年々高くなっており、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も 5 割を超えています。また、生活習慣病有病状況【図表 95】から脳血管疾患、虚血性心疾患の有病率が 75 歳以上において急激に高くなる状況がみられることから医療・介護サービスをできるだけ必要としない元気な高齢者を増やすようにするための対策は非常に重要です。

【図表 94】

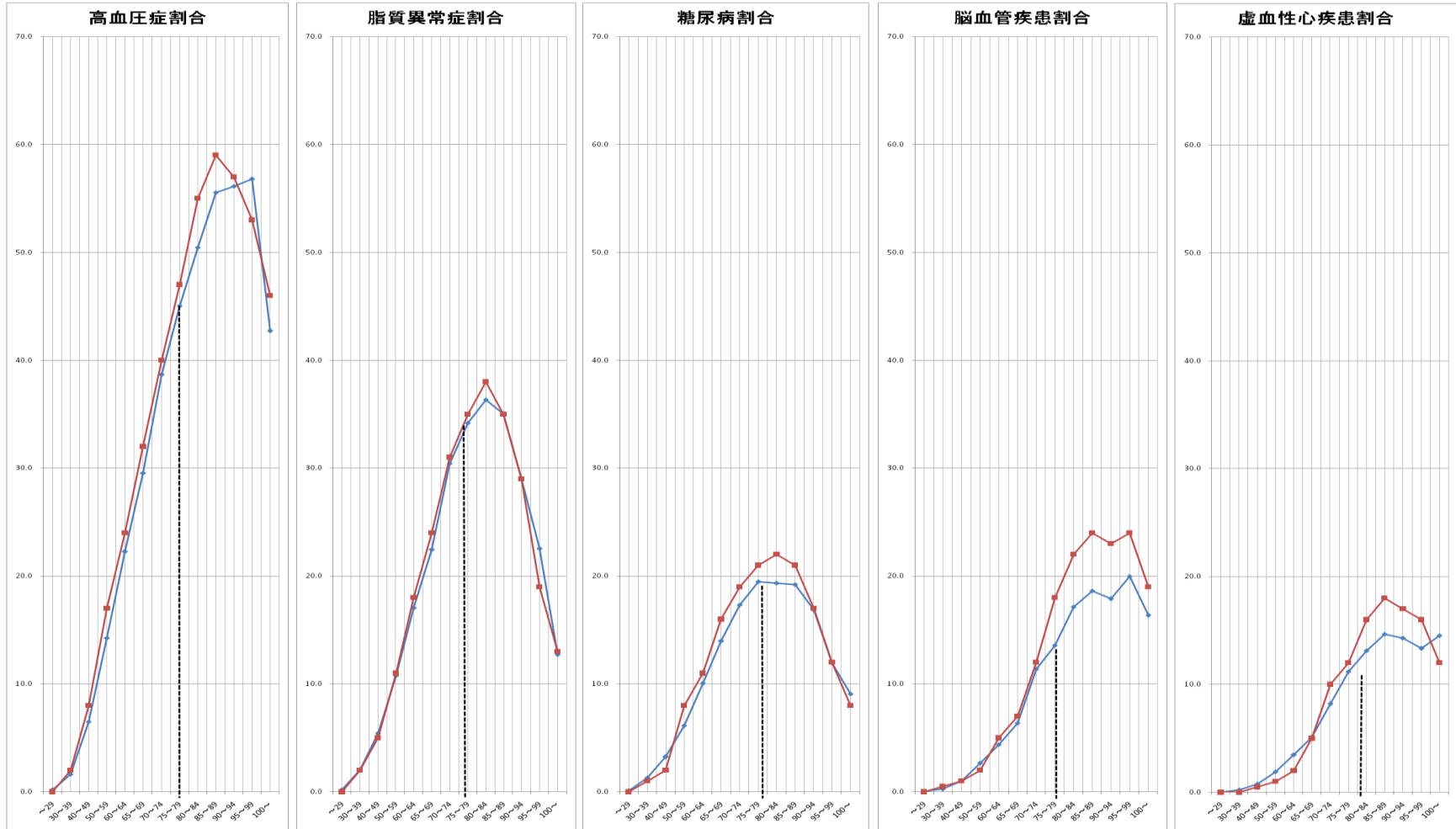


高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく高齢者を増やしていくことにつながっていきます。

【図表 95】

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム 平成29年7月作成分)



赤：沖縄県 青：うるま市



## 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2021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2023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。【図表96・97】

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・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、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

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ていきます。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

【図表96】

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							最終評価値	現状値の把握方法
				2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
データヘルス計画・特定健診等計画	中長期	①平成27年度において、全死亡における65歳未満の割合(早世)は国・県と比較して高い状況 ②介護認定者の有病状況を見てみると、脳卒中が42.2%で、脳卒中を含む血管疾患は、92.1% ③総医療費における入院費と外来費の割合をみると、本市と県は、外来費の割合が国・同規模と比較すると低い、入院費の割合は高い	入院外医療費を伸ばし、入院医療費を抑える	入院:51億7,802万円								KDBシステム
			入院外:58億7,595万円									
			脳血管疾患新規患者数(患者千人あたり)の5%減少	3.4								
			虚血性心疾患新規患者数(患者千人あたり)の5%減少	3.4								
	短期	④総医療費に占める慢性腎不全の割合が国と比較すると1.7倍高く、総医療費の約1割を占めている ⑤本市における10万人あたりの透析人口は、360.4と全国と比べ約1.4倍多い状況 ⑥特定健診受診率が低い ⑦健診結果より、メタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合は、県・同規模、国より高い状況 ⑧健診有所見項目別では男女ともに、BMI、尿酸が国より高い状況	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	37.1%							KDBシステム /マルチマーカーシステム
			特定保健指導実施率60%以上	60.9%								
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合30%未満に減少	38.2%								
			健診受診者の高血圧の割合4%未満に減少(160/100以上)	4.7%								
			健診受診者の糖尿病有病者の割合を5%台にする(HbA1c6.5以上/治療中7.0以上)	7.1%								
			健診受診者の脂質異常者の割合4%未満に減少(LDL180以上)	4.3%								
努力者支援制度	①男性は「気管・気管支及び肺」と「肝及び肝内胆管」の死亡者数が増加。女性は「子宮」が増加。 ②標準化罹患比を見てみると、男性は大腸がん・肺がんが県より有意に高く、女性は大腸がん・胃がん・乳がん・子宮頸部(上皮内がん含む)が県より有意に高い状況 ③がん健診受診率が低い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 毎年200人増加	2,543人							地域保健事業報告	
			肺がん検診 17%以上	11.4%								
			大腸がん検診 14%以上	7.5%								
			子宮頸がん検診 19%以上	14.5%								
			乳がん検診 毎年200人増加	2,470人								
	・数量シェアの向上	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合86%以上	79.4%							国保課集計	

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

平成29年度の取り組み状況及び全体評価

【図表97】

<p>目標</p> <p>《中長期目標》</p> <p>○医療費(入院)の伸びを抑える</p> <p>○糖尿病性腎症・虚血性心疾患・脳血管疾患の新規患者数の減少</p> <p>《短期目標》</p> <p>○特定健診受診率 60%</p> <p>○重症化予防対象者の減少</p> <p>○特定保健指導率 60%</p> <p>○メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少</p>					
課題	評価(良くなったところ)				残っている課題
	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)	
<p>未受診者対策</p> <p>○全体の受診率が低い</p> <p>○働き世代の受診率が低い</p> <p>○自治会と協力した受診勧奨の強化</p> <p>○受診勧奨通知など、勧奨方法の見直し</p> <p>○医療機関と協力した受診勧奨の検討</p>	<p>未受診者対策</p> <p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診においては平成28年度で37.1%と低かったため、受診勧奨の強化が必要であった。そのため、平成29年度においても引き続き地元ラジオ局協力のもと、毎週第3金曜日にラジオ放送による受診勧奨を実施。集団健診日程、各種健康づくり教室の案内のほか、健診の重要性についても積極的にPRした。</li> <li>自治会と協力した戸別訪問による受診勧奨について、平成28年度は協力自治会が63自治会中60自治会であったが、平成29年度においては62自治会とその数を伸ばした。また、協力自治会を対象にした、戸別訪問事業の勉強会を実施し、受診勧奨に必要な健診に関する情報を提供した。</li> </ul> <p>【働き世代】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>働き世代の対象者へ健診受診の機会を提供するため、9月から11月にかけて夜間健診を月1回実施。</li> </ul> <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>お知らせセンターから対象者へ架電による受診勧奨を実施しているが、受診拒否の理由として「通院しているから」が多い。そのため、医療機関を訪問し、個別健診の受診勧奨やトライアングル事業の活用について協力依頼を実施した。</li> </ul> <p style="text-align: center;">⇓</p> <p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受診勧奨においては、未受診者全てを対象にしたもの以外にも、ターゲットを絞り内容を工夫した受診勧奨が必要である。</li> <li>自治会と協力した戸別訪問による受診勧奨については、勉強会において受診勧奨に必要な情報以外にも、特定健診の必要性について、その内容を盛り込むなど工夫し、自治会関係者の特定健診への理解を促す必要もある。</li> </ul> <p>【働き世代】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>とりわけ働き世代においては、受診率向上のために夜間健診や休日健診の安定的な実施など、機会の提供も含めた工夫が重要である。</li> </ul> <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関へは引き続き個別健診やトライアングル事業の活用について協力を依頼していくことが重要である。</li> </ul>	<p>未受診者対策</p> <p>○医療機関への個別健診受診勧奨依頼の実施</p> <p>○自治会による未受診者訪問実施状況</p> <p>○受診勧奨通知の実施状況</p> <p>○未受診者に対し、地区毎の健診日に合わせ、訪問・受診勧奨</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率</p> <p>H29年度目標50%達成状況</p> <p>○未受診者訪問後の各自治会の受診率</p> <p>○個別健診の受診者数</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○受診勧奨は幅広く実施していく必要があるため、健診担当者のみならず、健康づくりの各教室担当者の協力も得ながら、対象者と接する様々な機会を利用して実施していく。</p> <p>○自治会と協力した受診勧奨や医療機関への協力依頼については、健診担当者が主な担当となり、自治会等の協力を得るよう働きかけていく。</p> <p>○未受診者対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取り組みを共通理解する必要がある。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○対象者への受診勧奨について、勧奨通知の内容を改善するなど、効果的な方法を健診の機会の提供方法も含め検討。</p> <p>○自治会と協力した受診勧奨について、勉強会の内容に、特定健診の必要性について理解を促すような内容を盛り込むことを検討。</p> <p>○医療機関への個別健診受診勧奨、トライアングル事業の活用について協力依頼の継続。</p>
<p>重症化予防対策</p> <p>○短期目標である「メタボリックシンドローム等の重症化予防対象者数の減少」は変化なし</p> <p>○対象者の検討</p> <p>○ハイリスク管理台帳の検討</p> <p>○訪問、事業の目標等検討</p> <p>○評価指標の検討</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>【対象者の抽出】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、優先順位を設定。</li> <li>ハイリスク管理台帳を作成して、当該年度の健診結果だけをみるのではなく、経年管理を実施していくとしていたが、個々の地区担当の判断にて優先順位の管理を実施。優先順位の考え方が地区担当によって違う。</li> </ul> <p>【保健指導者の質の向上】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導の標準化を図っている。経験年数の違いもあるため、個々の力量も個人差がある。</li> </ul> <p>【評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現在は事業実施量の主な評価指標となっている。</li> </ul> <p style="text-align: center;">⇓</p> <p>【対象者の抽出】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ハイリスク管理台帳にて経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていくためにも、地区担当にて優先順位の考え方等の共通認識を図る必要がある。</li> <li>治療中断者の抽出を評価も考慮し、経年的に実施が必要</li> </ul> <p>【保健指導者の質の向上】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通理解を図ることにつながる。</li> </ul> <p>【評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。</li> </ul>	<p>重症化予防対策</p> <p>○重症化予防事業の実施状況</p> <p>○保健指導・受診勧奨実施状況</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導実施者の翌年の健診結果状況</p> <p>○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況</p> <p>○経年評価(評価項目毎)</p> <p>○健診結果の状況(重症化予防対象者数等)</p> <p>○医療機関中断率</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○職員6人+嘱託11人にて、保健指導実施。</p> <p>実働にあたる職員体制を考慮し、優先順位を決め対象者を選定。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討。(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等)</p> <p>○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p> <p>○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</p>
<p>医療とのつながり</p> <p>◆CKD病診連携会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、地域と医療機関との具体的な連携となると、進んでいないのが現状。</p> <p>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</p>	<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>H29年度から、うるま市・沖縄市CKD病診連携推進・評価委員会にて、紹介基準や様式の統一を図り、病診連携体制を構築。</li> <li>未受診者対策も含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく必要がある。</li> <li>医療機関と「顔の見える連携」となるために、医療機関まわりを実施。</li> <li>個々の医療機関との連携においては、糖尿病連携手帳を活用していく。</li> </ul>	<p>医療とのつながり</p> <p>○CKD連携数</p> <p>○個々の医療機関との連携状況(糖尿病連携手帳の活用件数)</p> <p>○協力体制づくりに向けたのアプローチ状況(糖尿病性腎症重症化予防プログラムの説明にて、医療機関まわり)</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○受診勧奨後の受療状況</p>	<p>医療とのつながり</p> <p>○試験的事業等個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。</p>	

## 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紙を通じた周知のほか、中部地区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扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたうるま市の位置

【図表98】

項目			H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)
			保険者		保険者								
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
地域の概要	① 人口構成	総人口	120,860		116,533		12,672,078		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 介護・医療・介護 データからみる地域の 健康状態
		65歳以上 (高齢化率)	22,014	18.2	20,394	17.5 ↓	2,924,766	23.1	239,486	17.4	28,020,766	23.2	
		75歳以上	11,470	9.5	10,371	8.9			119,934	8.7	13,888,864	11.2	
		65~74歳	10,544	8.7	10,023	8.6			119,552	8.7	15,030,802	12.0	
		40~64歳	39,894	33.0	37,549	32.2			448,207	32.6	42,411,822	34.0	
	39歳以下	58,952	48.8	58,590	50.3			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	4.2		4.6		3.8		5.4		4.2		KDB_NO.3 介護・医療・介護 データからみる地域の 健康状態
		第2次産業	18.9		20.4 ↑		27.7		15.4		25.2		
		第3次産業	69.2		75.0		68.5		79.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.8		79.8		79.7		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体での把握
女性		87.2		87.2		86.4		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.5		64.5		65.3		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体での把握	
	女性	66.8		66.8		66.9		66.5		66.8			
死亡	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	98.2		98.2		99.1		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体での把握
		がん	257	51.1	262	46.5 ↓	36,947	49.6	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	137	27.2	149	26.5	19,873	26.7	1,600	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	50	9.9	75	13.3 ↑	11,361	15.3	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	12	2.4	30	5.3 ↑	1,352	1.8	187	3.0	13,658	1.8	
		腎不全	19	3.8	21	3.7	2,517	3.4	243	3.9	24,763	3.3	
		自殺	28	5.6	26	4.6 ↓	2,408	3.2	287	4.6	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	186	18.5	158	15.1 ↓							厚労省HP 人口動態調査
		男性	135	24.6	113	19.4 ↓							
	介護	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	4,253	20.7	4,781	23.8 ↑	606,911	20.6	54,602	22.9	5,885,270	21.2
新規認定者			62	0.3	5	0.4	10,532	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
2号認定者			193	0.5	197	0.5	16,126	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
② 有病状況		糖尿病	865	20.6	851	17.2 ↓	131,492	20.8	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	2,080	48.3	2,290	45.8 ↓	305,339	48.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	1,196	26.9	1,299	26.1 ↓	170,230	26.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	2,348	54.4	2,539	51.1 ↓	348,224	55.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	991	23.2	1,049	20.7 ↓	154,233	24.7	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	394	9.2	376	7.5 ↓	59,555	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格	2,029	46.4	2,307	45.8 ↓	298,840	47.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
精神		1,158	26.3	1,623	32.3 ↑	212,198	33.5	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)	70,306		69,946		58,724		71,386		58,284		
		居宅サービス	49,633		51,919		39,936		52,569		39,662		
		施設サービス	280,914		276,682		280,447		282,196		281,186		
④ 医療費等		要介護認定別医療費 (40歳以上)	13,438	認定あり	9,920	↓	7,890	9,703	7,980				
			4,414	認定なし	4,696	↓	3,777	4,397	3,816				
医療		① 国保の状況	被保険者数	48,316		42,760		3,125,566		444,291		32,587,866	
	65~74歳		8,196	17.0	9,083	21.2 ↑			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
	40~64歳		18,821	39.0	16,175	37.8 ↓			168,937	38.0	10,846,712	33.6	
	39歳以下		21,299	44.1	17,502	40.9 ↓			171,906	38.7	9,179,541	28.2	
	加入率	41.5		36.7 ↓		24.7		32.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	6	0.1	6	0.1	859	0.3	94	0.2	8,255	0.3	
		診療所数	48	1.0	45	1.1	9,318	3.0	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	1,434	29.7	1,434	33.5	160,666	51.4	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	277	5.7	260	6.1	26,206	8.4	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数	435.1		455.5 ↑		686.1		507.9		668.1		
入院患者数		17.9		18.1		19.2		20.0		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	18,717	県内28位 同規模72位	20,973 ↑	県内27位 同規模103位	25,233	22,111	24,245				KDB_NO.3 介護・医療・介護 データからみる地域の 健康状態 KDB_NO.1 地域全体での把握	
	受診率	453073		473,572 ↑		705,382		527.86		686.286			
	外来	費用の割合	53.5		53.2		59.7		52.4		60.1		
		件数の割合	96.0		96.2		97.3		96.2		97.4		
	入院	費用の割合	46.5		46.8		40.3		47.6		39.9		
		件数の割合	4.0		3.8		2.7		3.8		2.6		
	1件あたり在院日数	17.2日		17.7日		16.1日		17.1日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 数大医療費負担病 名 (調剤含む)	がん	915,333,900	14.6	1,094,807,850	17.9 ↑	25.2	17.3	25.6				KDB_NO.3 介護・医療・介護 データからみる地域の 健康状態	
	慢性腎不全 (透析あり)	1,020,907,960	16.3	1,027,783,540	16.8	9.9	16.0	9.7					
	糖尿病	423,816,050	6.8	438,931,440	7.2 ↓	9.7	7.0	9.7					
	高血圧症	490,100,160	7.8	374,121,340	6.1 ↓	8.6	6.3	8.6					
	精神	1,969,998,960	31.5	1,847,168,850	30.1 ↓	17.7	28.0	16.9					
	筋・骨格	649,611,040	10.4	662,841,240	10.8	14.6	13.1	15.2					

項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)					
	保険者		保険者		同規模平均		県		国							
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
医療	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数42  入院の( )内 は入院日数	入院	糖尿病	558,716	19位 (21)	624,575	14位 (19)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	605,430	16位 (20)	628,945	13位 (18)								
				脂質異常症	571,475	16位 (19)	630,411	5位 (18)								
				脳血管疾患	611,071	27位 (22)	641,979	28位 (21)								
				心疾患	683,940	13位 (18)	695,520	13位 (15)								
				腎不全	821,822	14位 (17)	927,130	6位 (17)								
				精神	447,245	24位 (26)	483,832	17位 (26)								
				悪性新生物	619,603	23位 (14)	708,934	9位 (14)								
			外来	糖尿病	40,728	13位	45,407	7位								
				高血圧	37,817	2位	39,538	3位								
				脂質異常症	32,329	10位	35,271	3位								
				脳血管疾患	43,328	11位	53,987	1位								
				心疾患	57,828	11位	63,955	15位								
				腎不全	218,621	4位	232,228	4位								
				精神	34,327	20位	35,436	14位								
				悪性新生物	51,086	9位	69,767	5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	3,140		2,093		2,644	1,919	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
			健診未受診者	7,966		10,228		12,275	10,954	12,339						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	11,926		7,616		7,366	6,836	6,742						
			健診未受診者	30,255		37,214		34,199	39,024	35,459						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	4,578	56.0	4,599	54.3	459,110	56.2	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体での把握			
		医療機関受診率	4,163	50.9	4,200	49.5	428,089	52.4	49,936	51.6	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	410	5.0	399	4.7	31,021	3.8	4,230	4.4	357,742	4.5				
健診	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況  県内順位 順位総数42	健診受診者	8,330		8,534		816,649	96,836	7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康状態 KDB_NO.1 地域全体での把握				
			受診率	32.8	県内40位 同規模38位	37.1	県内33位 同規模57位	38.1	37.5	全国25位	36.4					
			特定保健指導終了者 (実施率)	1,100	56.8	1,053	60.9	23,770	25.1	7,845	50.6		198,683	21.1		
			非肥満高血圧	372	4.6	543	6.4	80,374	9.8	6,227	6.4		737,886	9.3		
			メタボ	該当者	1,889	23.1	1,942	22.9	143,656	17.6	21,916		22.6	1,365,855	17.3	
				男性	1,232	32.5	1,259	31.3	97,174	27.9	15,055		32.9	940,335	27.5	
				女性	657	15.0	683	15.3	46,482	9.9	6,861		13.4	425,520	9.5	
				予備群	1,288	15.8	1,293	15.3	86,963	10.6	14,505		15.0	847,733	10.7	
			メタボ該当・予備群 レベル	BMI	総数	3,689	45.1	3,714	43.8	257,908	31.6		41,588	42.9	2,490,581	31.5
					男性	2,306	60.8	2,391	59.5	174,806	50.3		27,902	60.9	1,714,251	50.2
					女性	1,383	31.6	1,323	29.7	83,102	17.7		13,686	26.8	776,330	17.3
					総数	554	6.8	564	6.7	38,944	4.8		6,193	6.4	372,685	4.7
				男性	125	3.3	97	2.4	5,769	1.7	901		2.0	59,615	1.7	
				女性	427	9.8	467	10.5	33,175	7.1	5,292		10.4	313,070	7.0	
				血糖のみ	76	0.9	67	0.8	5,346	0.7	913		0.9	52,296	0.7	
				血圧のみ	874	10.7	905	10.7	60,298	7.4	10,137		10.5	587,214	7.4	
			脂質のみ	338	4.1	321	3.8	21,319	2.6	3,455	3.6		208,214	2.6		
			血糖・血圧	282	3.5	274	3.2	21,665	2.7	3,328	3.4		212,002	2.7		
			血糖・脂質	98	1.2	101	1.2	7,896	1.0	1,228	1.3		75,032	0.9		
血圧・脂質	901	11.0	967	11.4	69,601	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	609	7.5	600	7.1	44,494	5.4	6,804	7.0	415,310	5.3						
生活習慣の 状況	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	眼薬	高血圧	2,718	33.3	2,898	34.2	283,574	34.7	35,736	36.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体での把握		
			糖尿病	667	8.2	801	9.4	64,128	7.9	8,886	9.2	589,711	7.5			
			脂質異常症	1,572	19.2	1,775	20.9	203,875	25.0	19,747	20.4	1,861,221	23.6			
		既往歴	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	76	1.1	110	1.4	26,393	3.5	2,781	3.2	246,252	3.3			
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	126	1.8	179	2.3	42,955	5.7	3,985	4.5	417,378	5.5			
			腎不全	24	0.3	36	0.5	3,558	0.5	477	0.5	39,184	0.5			
			貧血	199	2.8	257	3.3	77,916	10.5	5,051	6.2	761,573	10.2			
		喫煙	1,240	15.2	1,344	15.9	106,332	13.0	14,476	14.9	1,122,649	14.2				
		週3回以上朝食を抜く	1,282	16.9	601	16.7	49,905	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7				
		週3回以上食後間食	1,111	14.6	478	13.3	73,477	11.3	9,397	16.7	803,966	11.9				
		週3回以上就寝前夕食	1,826	24.1	792	22.0	92,491	14.2	13,503	23.9	1,054,516	15.5				
		食べる速度が速い	1,594	21.0	921	31.0	161,704	25.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0				
		20歳時体重から10kg以上増加	3,381	43.2	1,794	49.7	208,703	32.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1				
		1回30分以上運動習慣なし	4,632	60.4	2,208	61.3	371,402	57.2	32,954	57.5	4,026,105	58.8				
1日1時間以上運動なし	3,094	40.4	1,590	44.2	305,765	46.8	27,541	49.9	3,209,187	47.0						
睡眠不足	2,849	35.7	1,067	29.5	152,056	23.7	16,386	30.1	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	1,369	16.9	680	18.6	176,973	24.5	14,259	22.1	1,886,293	25.6						
時々飲酒	1,943	24.0	726	19.8	152,085	21.1	18,519	28.7	1,628,466	22.1						
一日飲酒量	1合未満	2,798	62.8	1,654	58.6	339,498	67.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0					
	1~2合	961	21.6	601	21.3	114,077	22.5	12,695	28.7	1,245,341	23.9					
	2~3合	476	10.7	354	12.5	41,560	8.2	5,994	13.5	486,491	9.3					
	3合以上	221	5.0	215	7.6	11,194	2.2	3,385	7.6	142,733	2.7					

## 用語解説

総医療費	医科診療費と診療費を含めた費用
虚血性心疾患	冠動脈の閉塞や狭窄などにより、心筋への血流が阻害され心臓に障がいが起こる疾患の総称。狭心症や心筋梗塞がこの分類に含まれます。
脳血管疾患	脳動脈に異常が起こることが原因でおこる病気の総称。脳卒中が含まれます。
糖尿病性腎症	糖尿病の3大合併症の一つです。腎臓の状態が悪化すると、人工透析が必要になります。
重症化予防対象者	特定健診結果から高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム等で重症化予防が必要な対象者
メタボリックシンドローム	内臓脂肪型症候群とも呼ばれ、複数の病気や異常が重なっている状態のことをいいます。
第1号被保険者認定率	65歳以上の被保険者に対する要介護・要支援認定者の割合
同規模市町村	全国市町村の10～15万人口の一般市(110市)
第2号被保険者認定率	40歳以上65歳未満の被保険者に対する要介護・要支援認定者の割合
慢性腎不全	腎臓の障害が慢性的に続いている状態のことをいいます。
HbA1c	ヘモグロビンにグルコースが結合した糖化物のこと。血糖値が高ければ高いほど増加します。
収縮期血圧	心臓が収縮した時の血圧。
拡張期血圧	心臓が拡張した時の血圧。
LDL-C	食べ過ぎなどで血管壁にたまり、動脈硬化を促進し、虚血性心疾患、脳血管疾患などを引き起こす危険因子です。悪玉コレステロールとも呼ばれています。
HDL-C	動脈に蓄積された悪玉コレステロールを回収して、肝臓へ戻す役割をしています。善玉コレステロールとも呼ばれています。
BMI	体重と身長の関係から算出される肥満度を表す体格指数です。
GPT	何らかの異常で肝細胞が破壊されることにより、血液中に漏れ出します。その数値が高いということは、それだけ肝臓が障害を受けているという状態を反映しています。
クレアチニン	体に不要なものの一つです。筋肉を動かすためのエネルギーを使うと発生します。血液に含まれるクレアチニンは、腎臓でろ過されて、尿として排泄されます。基準値よりも高い場合、腎臓の働きが悪くなっている可能性があります。
ポピュレーションアプローチ	高いリスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりすることです。
尿アルブミン値	アルブミンは尿蛋白の主な成分です。糖尿病や高血圧による腎障害などの極めて初期に、微量アルブミンが尿中に排泄されます。
プラーク	動脈硬化などの血管壁に見られる、扁平もしくは隆起したかたまり

