

健康課題	うるま市の健康課題をまとめました。その解決のためには、効果的かつ効率的に保健事業を進めることが重要です。	
【内 容】		【取 り 組 み】
1) 特定健診受診率が低い。特に男性の４０代、５０代の受診が少ない。		特定健診未受診者対策
2) 特定保健指導実施率（積極的・動機付け支援）が低い		特定保健指導の利用促進
3) メタボリックシンドローム該当・予備群が多い。		特定保健指導の利用促進、生活習慣病予防対策
4) 人工透析導入患者の増加（国保総医療費に占める割合が高い）		生活習慣病予防対策

中長期 目的・目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制することを（中長期の）目的とし、それを達成するため５つの中長期目標を設定しました。			
【内 容】		【実績値】 初期値 R6（R4）	【今後の目標値】	
【目標】	【目標項目】		中 間 【R8（R7）】	最終評価 【R11（R10）】
1) 脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	脳血管疾患の総医療費に占める割合	2.5%	2.4%	2.4%
2) 虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	脳血管疾患の総医療費に占める割合	1.5%	1.5%	1.5%
3) 慢性腎不全（透析あり）の総医療費に占める割合の減少	慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合	7.3%	7.0%	6.7%
4) 透析導入者の糖尿病性腎症割合の減少	透析導入者の糖尿病性腎症割合	23.8%	22.0%	20.0%
5) 糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合	58.3%	53.3%	48.3%

短期 目的・目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らすことを（短期の）目的とします。達成するために健診・保健指導などの保健事業を実施し、経年的に健診からの高血圧や血糖異常の割合（アウトカム指標）ほか、短期目標を達成できているか評価していきます。				
	達成すべき目的：特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上させ、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者の減少につなげる				
【アウトプット指標】	【内容】		【実績値】 R6（R4）	【今後の目標値】	
	【目標】	【目標項目】		中間 【R8（R7）】	最終評価 【R11（R10）】
	1）特定健診受診率60%以上	特定健診受診率	28.9%	40.2%	50.0%
	2）特定保健指導実施率60%以上	特定保健指導実施率	59.7%	60.0%	60.0%
	3）特定保健指導による 特定保健指導対象者の減少	特定保健指導後の 特定保健指導対象者の減少率	19.6%	20.0%	21.0%

達成すべき目的：脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減少させる

【アウトカム指標】	【内容】		【実績値】 初期値 R6（R4）	【今後の目標値】	
	【目標】	【目標項目】		中間 【R8（R7）】	最終評価 【R11（R10）】
	1）メタボリックシンドローム 該当者・予備群の減少	メタボリックシンドローム 該当者・予備群の割合	41.0%	38.0%	35.0%
2）健診受診者の高血圧の割合減少 （160/100以上）	健診受診者の高血圧の割合	8.7%	8.1%	7.5%	
3）健診受診者の脂質異常の割合減少 （LDL160以上）	健診受診者の脂質異常の割合	12.5%	11.9%	11.3%	
4）健診受診者の血糖異常の割合減少 （HbA1c6.5%以上）	健診受診者の血糖異常の割合	11.7%	11.1%	10.5%	
5）健診受診者のHbA1c8.0%（NGSP）以上の割合の減少	健診受診者のHbA1c8.0%以上の割合	2.3%	2.2%	2.0%	
6）健診受診者の尿蛋白有所見（2＋以上）の割合の減少	健診受診者の尿蛋白有所見の割合	2.0%	1.9%	1.7%	
7）高血糖要医療のうち保健指導後の医療受診割合の増加	高血糖要医療のうち保健指導後の医療受診割合	69.8%	70.0%	70.0%	
8）高血圧要医療のうち保健指導後の医療受診割合の増加	高血圧要医療のうち保健指導後の医療受診割合	55.5%	60.0%	60.0%	

保健事業計画	健康課題の解決に向けて設定した目的と目標を達成するため、次の取り組みを実施します。		
【短期目標】 特定健診受診率60%以上	課題：特定健診受診率が低い。中でも特に男性の４０代、５０代の受診が少ない。		
	1) 目 的	特定健診は、生活習慣病やその傾向がある者を早期に発見し、予防・治療につなぐことが可能であるため、健康習慣の足がかりとして若い年代層から健診受診行動が定着することをめざす。受診率向上により、将来的な生活習慣病発症予防や重症化予防、医療費の適正化をめざす。	
	2) 取 り 組 み	受診勧奨	特定健診未受診者を対象に、受診勧奨ハガキを送付、SMS送信、架電による勧奨に努める。
		医療機関連携	定期通院患者かつ健診未受診者への受診勧奨を実施する。
		市商工会との連携	事業者健診後の健診結果の提供依頼及び未受診者への受診勧奨を実施する。
		インセンティブ活用	インセンティブを活用した自治会への助成やTポイント事業等を実施する。
		受診しやすい環境づくり	市公式ＬＩＮＥを活用した受診勧奨やＷＥＢ予約の推進、また休日・ナイト健診や健診時の託児サービスを実施する。
【短期目標】 特定保健指導率60%以上	普及啓発	看板・横断幕の設置や広報誌やホームページへの掲載、市内に設置されている大型ビジョンで受診勧奨動画を配信する。	

【短期目標】 特定保健指導率60%以上	課題：特定保健指導実施率（積極的・動機付け支援）が低い			
	1) 事業(対策)	特定保健指導の利用促進対策		
	2) 目 的	内臓脂肪の蓄積により血糖高値、脂質異常、血圧高値が引き起こされ、これらが重複すると様々な形で血管を損傷し虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高まる。このことから、特定保健指導は内臓脂肪に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するため対象者に生活習慣と健診結果、疾病発症との関係を理解してもらい、生活習慣改善に向かうきっかけを提供することを目的とする。		
	3) 取 り 組 み	・集団健診会場での個別説明（メタボリックシンドローム啓発と家庭血圧測定の促しによる保健指導へのつなぎ） ・特定保健指導を利用しやすい環境の整備（架電やショートメールによる面談日の予約等） ・特定保健指導業務の外部委託（一部の個別健診実施機関）		
	4) 評価指標	・特定保健指導実施率 ・Aメタボ該当＋高血圧割合(140/90以上) ・A＋尿蛋白有所見の割合(2＋以上)、 ・特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率 ・A＋高血糖の割合(HbA1c8.0以上) ・A＋脂質異常の割合(LDL160以上) ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の割合 ・A＋高尿酸の割合(8.0以上)		

課題：人工透析導入患者の増加に加え、脳血管疾患・虚血性心疾患などの重症化疾患患者が増加している。その背景としてメタボリックシンドローム該当・予備群割合や高血圧・血糖異常など、有所見割合の高さが挙げられる。

【短期目標】 高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	1) 事業(対策)	糖尿病性腎症重症化予防	肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	虚血性心疾患重症化予防	脳血管疾患重症化予防
	2) 目的	生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康の保持増進を図ることで健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化をめざす。内臓脂肪の蓄積を始めとし、高血糖、高血圧、脂質異常等のリスクのある対象者に対し、保健師・管理栄養士等が早期介入し、生活習慣改善につながる保健指導を行う。医療を要する対象者へは早期の医療受診を促す。			
	3) 対象者	①健診から糖尿病要医療の医療機関未受診者 ②特定健診未受診の糖尿病治療中断者(KDBより把握) ③糖尿病治療中でコントロール不良の者 ※糖尿病性腎症診断ありを優先とする	①特定保健指導対象者 ②生活習慣病予防健診からのメタボリックシンドローム該当者等	①健診から心電図要精査判定の者	①健診から高血圧Ⅱ度以上 ②特定健診未受診の高血圧治療中断者(KDBより把握) ②眼底要精査の者
	4) 取り組み	・各種診療ガイドラインなどを元に、重症化を防ぐための選定基準を定める（科学的根拠に基づく医療：EBM）。 ・基準に沿って支援対象を抽出し該当者数を把握、ハイリスク者の優先順位を設定する。・台帳を作成し、支援の進捗状況を経年管理する。 ・特定保健指導の実施、対象者への二次健診 ・特定健診からの有所見者への医療受診勧奨、保健指導 ・（各）重症化予防対象者を国保データベースシステムより抽出・把握し、健診・医療受診勧奨、保健指導を行う。 ・治療中の場合には、糖尿病連携手帳や血圧記録手帳などを活用し、保健指導内容や検査データ等を医療機関と共有し、連携に努める。 ・高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携について：取り組みにあたり、介護予防・介護保険等の福祉サービスへのつながが必要と考えられる対象者に関しては、地域包括支援センター・介護長寿課（高齢者福祉部門）等と連携に努める。 ・前年度の保健指導対象者には、継続して健診を受けるよう受診勧奨する。 ・短期的（1/年）、中長期的（データヘルス計画の評価と合わせ）に評価を行う。			
	5) 実施時期	(上記対象) ①③は通年 ②健診未受診・医療中断者は対象抽出の上8月-2月に介入。	(上記対象) ①②は通年	(上記対象) ①通年	(上記対象) ①②通年
	6) 評価指標 ※短期目標(アウトカム)	・メタボリックシンドローム該当者、予備群の割合 ・健診受診者の血糖異常（HbA1c6.5%以上）の割合 ・健診受診者のHbA1c8.0%以上の者の割合 ・健診受診者の尿蛋白(2+以上)有所見割合 ・高血糖要医療者のうち保健指導後の医療受診割合 ・メタボリックシンドローム該当者割合 ・メタボリックシンドローム予備群割合 ・Aメタボ該当+高血圧割合(140/90以上) ・A +高血糖の割合(HbA1c8.0以上) ・A +脂質異常の割合(LDL160以上) ・A +尿蛋白有所見の割合(2+以上) ・A +高尿酸の割合(8.0以上) ・健診受診者の高血圧（160/100以上）の割合 ・高血圧要医療のうち保健指導後の医療受診割合 ・健診受診者の脂質異常（LDL160以上）の割合			

