

第2期沖縄市保健事業実施計画(データヘルス計画)及び 第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画

第1章 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る。

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、評価等を求めると共に、市町村国保が同様の取組を行う事を推進する。」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事とされた。

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共に、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化する事となったが、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う。

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

沖縄市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化

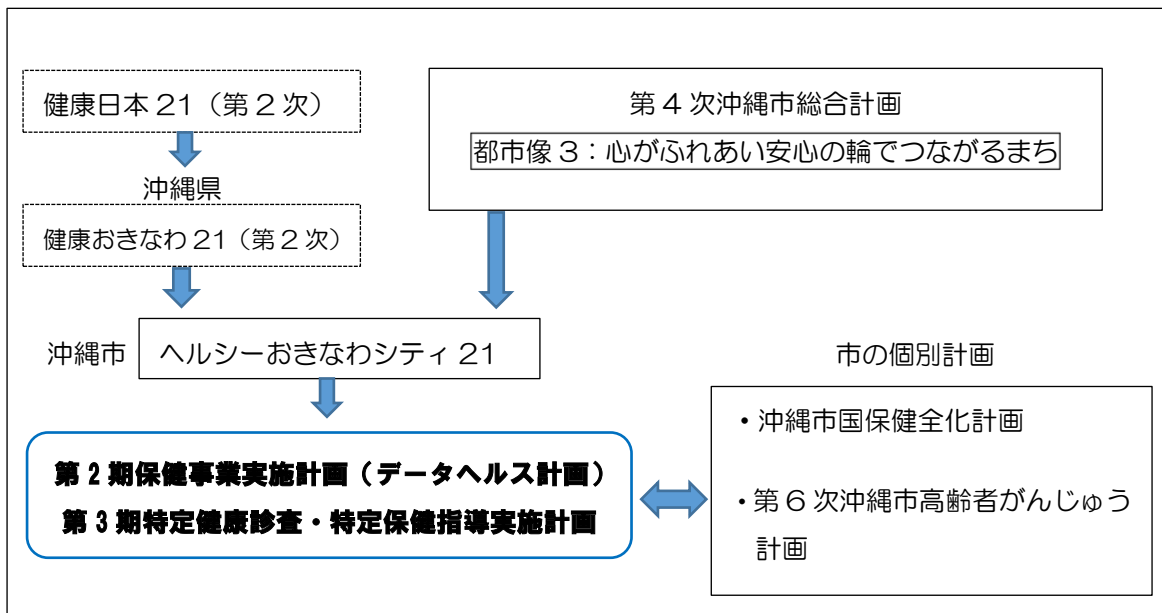
及び保険者の財政基盤強化が図られる事を目的とする。

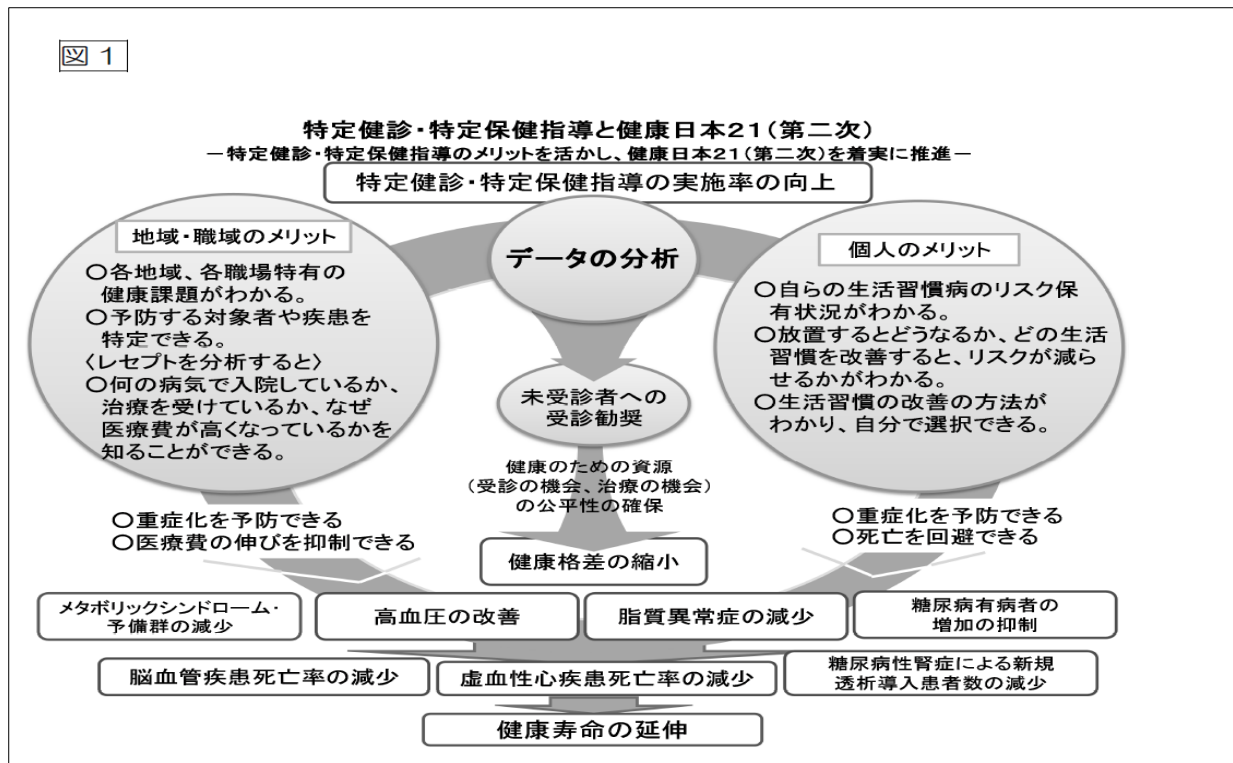
2. 計画の位置付け

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

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえると共に、沖縄県健康増進計画「健康おきなわ21（第2次）～健康・長寿おきなわ復活プラン～」や沖縄市健康増進計画「ヘルシーおきなわシティ21」、第3期沖縄県医療費適正化計画、沖縄市高齢者がんじゅう計画と調和のとれたものとする必要がある（図表1-1、1-2、1-3）。

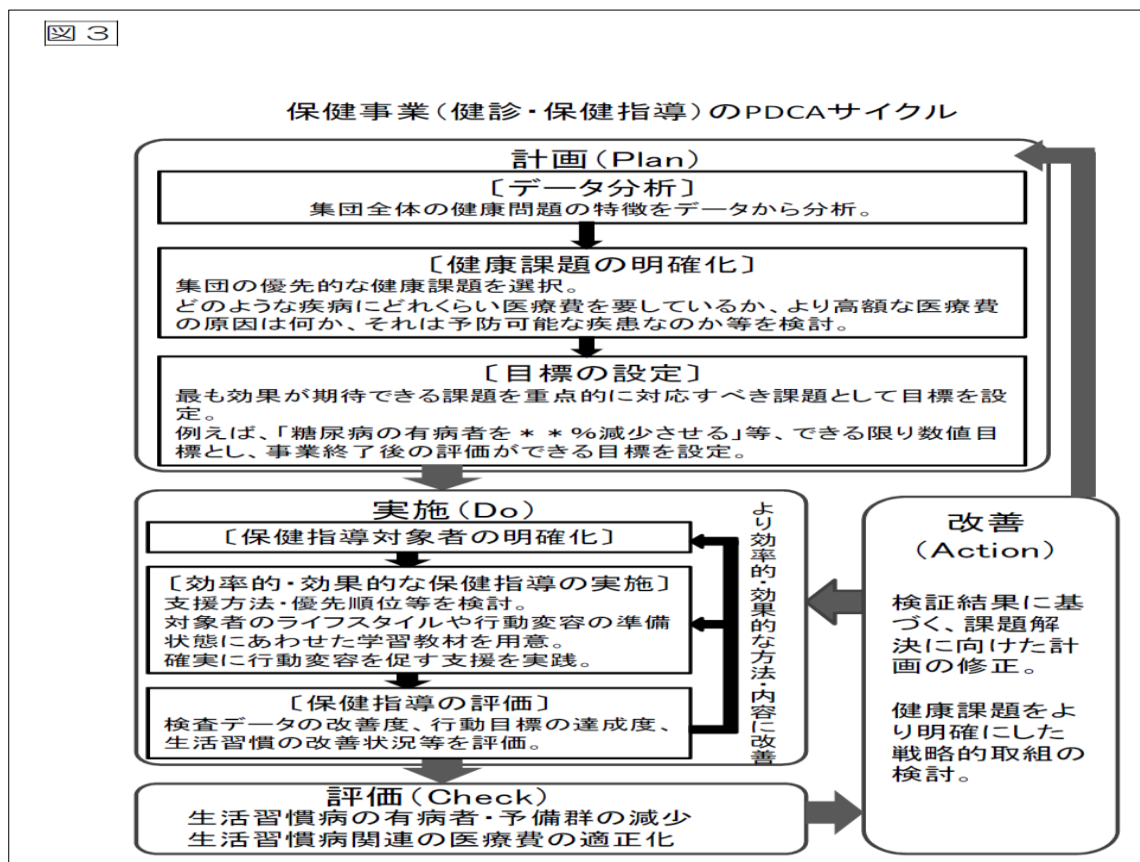
（参考）本計画の位置づけ





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 1-3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、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、複数年とする事」とあり、他の保健医療関係の法定計画との整合性を図り、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6年間を一期として次期計画期間を定めていることから、計画期間を平成30年度（2018年度）から平成35年度（2023年度）までの6年間とする。

(参考)

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
健康日本21（第2次）	H25～H34 健康日本21（第2次）					
健康おきなわ21（第2次）	H26～H34 健康おきなわ21（第2次）					
ヘルシーおきなわシティ21	現行	H31～H35 ヘルシーおきなわシティ21				
第4次沖縄市総合計画	H28～H32 後期基本計画			H33～H43 次期計画		
第2次沖縄市保健事業実施計画 第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画	H30～H35年度					

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局及び関係団体の役割

本市においては、市民健康課及び国民健康保険課が主体となり第2期データヘルス計画及び第3期特定健康診査・特定保健指導実施計画を策定するが、市民の健康保持増進には庁内の関係部局、関係団体と連携を図り計画策定を進めていく。

具体的には、高齢福祉課、関係団体としては沖縄市国民健康保険運営協議会の協力、連携を図りながら作成する。

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・標準化すると共に、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づくりにも努める（図表1-4）。

2) 外部有識者等の役割

データヘルス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・協力が重要となる。

外部有識者等とは、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・評価委員会等が挙げられる。

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、保険者等への支援や助言を積極的に行う事が期待される。

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、KDB等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事も期待される。

また、平成30年度から沖縄県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となる事から、特に市町村国保の保険者機能の強化については、沖縄県との連携が更に重要となり、本市も本計画に基づく事業実施については沖縄県関係課と連携を図る。

また、本市と沖縄県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、沖縄県と沖縄県医師会等及び国保連の連携が重要である事から、本市としては、沖縄県と各有識者の連携推進を図る。

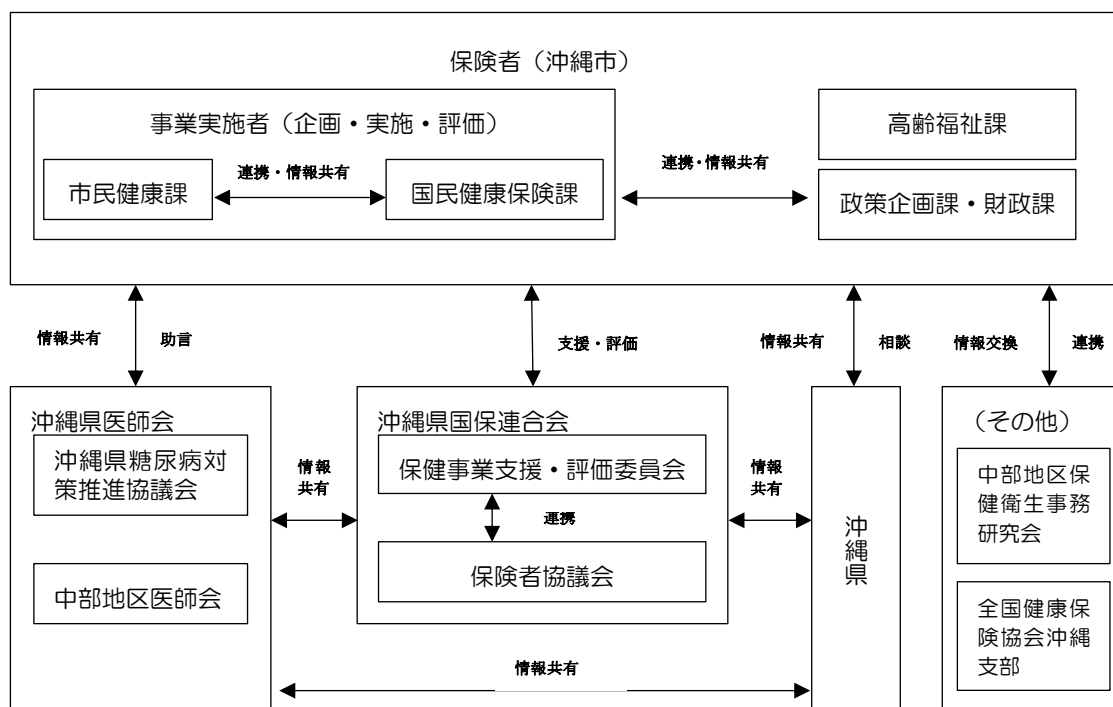
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多い事から、他の医療保険者との連携・協力を図る。具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努める事が重要である。このためには、沖縄県保険者協議会、中部地区保健衛生事務研究会等の活用及び全国健康保険協会沖縄支部（以下「協会けんぽ」という。）と連携を図る。

3) 被保険者の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高めるために、被保険者が自身の健康状態を理解して主体的に積極的に取り組む事が重要である。

【図表 1-4】

沖縄市の実施体制図



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、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る（図表 1-5）。

保険者努力支援制度（評価指標：市町村分）

【図表 1-5】

	評価指標	2016年 (平成28年度) 配点		2017年 (平成29年度) 配点		2018年 (平成30年度) 配点	
		沖縄市	加点	沖縄市	加点	沖縄市	加点
		19,417		39,679			
	全国順位（1,741市町村中）	1,133					
共通指標	① (1) 特定健診受診率	0	20	0	35		50
	(2) 特定保健指導実施率	10	20	10	35		50
	(3) メリットプログラム該当者及び予備群の減少率	10	20	10	35		50
	② (1) がん検診受診率	0	10	0	20		30
	(2) 歯周疾患（病）検診	0	10	0	15		25
	③ 重症化予防の取組	0	40	70	70		100
	④ (1) 個人へのインセンティブ提供	0	20	45	45		70
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15		25
	⑤ 重複服薬者に対する取組	10	10	25	25		35
	⑥ (1) 後発医薬品の促進の取組	7	15	7	25		35
(2) 後発医薬品の使用割合	15	15	30	30		40	
国保固有指標	① 収納率向上	10	40	0	70		100
	② データヘルス計画の取組	10	10	30	30		40
	③ 医療費通知の取組	10	10	15	15		25
	④ 地域包括ケアの推進	0	5	7	15		25
	⑤ 第三者求償の取組	7	10	16	30		40
	⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況						50
	体制構築加点	70	70	70	70		60
	合計	179	345	350	580		850

※2017年（平成29年度）の全国順位は未公表（H30.3月時点）

第2章 第一期計画に係る評価及び考察と

第二期計画における健康課題の明確化

1. 第一期計画に係る評価及び考察

1) 第一期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1）

参考資料1（別添資料）は、平成25年度と注1)平成28年度について、全体の経年比較を行った。

注1)一部、平成28年度分の集計データが無いものは、国勢調査(平成27年度)との比較を行っている。

① 人口動態及び国民健康被保険者の状況（図表2-1）

沖縄市の人口は平成25年度（H26年3月）と比較して、平成28年度（H29年3月）では、2,755人増加している。しかし、近年の少子高齢化の影響から39歳以下の割合が減り、65歳以上の高齢化率が高くなっている。国の高齢化率と比較すると低いが、県平均（以下、県とする。）と比較すると高い状況にある。

また本市の国保の状況を見ると、少子高齢化などの社会的背景や、経済状況の好転等の要因から、被保険者数は減少しており、内訳は被保険者に占める高齢者が増え、39歳以下は減少となっている。今後さらに進展が予測される少子高齢化も踏まえて、健康課題の整理と対策について検討する必要がある。

【図表2-1】

		H25年度		H28年度		H28年度						
		沖縄市				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	
①	人口構成	総人口	138,962		141,717 ↑		12,672,078		1,373,576		124,852,975	
		65歳以上(高齢化率)	23,072	16.6%	26,444	18.7% ↑	2,924,766	23.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2
		75歳以上	11,735	8.4%	13,262	9.4%			119,934	8.7	13,989,864	11.2
		65～74歳	11,337	8.2%	13,182	9.3%			119,552	8.7	15,030,902	12.0
		40～64歳	45,567	32.8%	46,357	32.7%			448,207	32.6	42,411,922	34.0
	39歳以下	70,323	50.6%	68,916	48.6% ↓			685,883	49.9	53,420,287	42.8	
①	国保の状況	被保険者数	51,168		46,231 ↓		3,125,566		444,291		32,587,866	
		65～74歳	8,162	16.0	9,091	19.7 ↑			103,448	23.3	12,461,613	38.2
		40～64歳	19,259	37.6	17,108	37.0			168,937	38.0	10,946,712	33.6
		39歳以下	23,747	46.4	20,032	43.3 ↓			171,906	38.7	9,179,541	28.2
		加入率	39.6		35.8 ↓		24.7		32.3		26.9	

② 死亡の状況（図表2-2）

標準化死亡比（SMR）は、平成25年度の男性103.1、女性94.9から、平成28年度は男性101.9、女性98.7と男性が下降し、女性は上昇を示した。全国基準を100とした場合の指標である事から、男性は下降しているが依然として全国より高く、女性は全国より下回るが上昇傾向であった。早世（65歳未満）の死亡者数を見ると平成25年度200名（21.6%）から注2)平成28年度201名（20.5%）と割合は

減少しているが、県と国と比較して高い割合を示す。また女性と比べて男性の割合が高い状況にあり、後述する生活習慣病でも男性の有所見割合が高い事からも強い相関が示唆される。

平成 28 年度の主な死因を見ると、がん、心臓病、脳疾患の順になり、平成 25 年度と比較して割合が増えている死因は、脳疾患、糖尿病、腎不全が該当し、これらの疾患は生活習慣との関連が大きい。

注2) 一部、平成 28 年度分の集計データが無いものは、人口動態調査(平成 27 年度)との比較を行っている。

【図表 2-2】

			H25年度		H28年度		H28年度					
			沖縄市				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
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	103.1		101.9		99.1		97.8		100	
		女性	94.9		98.7		100.7		87.5		100	
	死因	がん	247	51.1	258	50.6	36,947	49.6	2,965	48.0	367,905	49.6
		心臓病	129	26.7	134	26.3	19,873	26.7	1,600	25.9	196,768	26.5
		脳疾患	49	10.1	56	11.0	11,361	15.3	893	14.5	114,122	15.4
		糖尿病	17	3.5	20	3.9	1,352	1.8	187	3.0	13,658	1.8
		腎不全	18	3.7	21	4.1	2,517	3.4	243	3.9	24,763	3.3
		自殺	23	4.8	21	4.1	2,408	3.2	287	4.6	24,294	3.3
早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	200	21.6	201	20.5			2,049	18.1	136,944	10.5	
	男性	138	28.1	124	24.7			1,386	23.1	91,123	13.5	
	女性	62	14.2	77	16.1			663	12.4	45,821	7.2	

③介護保険の状況 (図表 2-3)

1号認定者数(認定率)は、平成 25 年度の 22.5%から平成 28 年度は 24.0%と 1.5%の増加が見られ、同規模、県、国と比較しても高い割合である。40 歳～64 歳の 2号認定者を見ると、平成 25 年度 204 名 (0.5%) から平成 28 年度 226 名 (0.5%) と割合は同じだが人数は増加しており、割合も同規模、国と比較して高い。

介護給付費の一件当たりの給付費を見ると、平成 25 年度は 64,566 円、平成 28 年度は 63,737 円と微減だが、内訳を見ると居宅サービスで平成 25 年度 48,574 円から平成 28 年度 49,811 円と微増であった。今後の医療・介護施設から居宅等への地域移行の流れを踏まえると、さらに増加する傾向が予測される事から、要介護または要支援認定者数の伸びを抑制する対策について、担当部署(高齢福祉課)と連携を図る必要がある。

【図表 2-3】

介護保険及び認定者の有病状況			H25年度		H28年度		H28年度					
			沖縄市				同規模平均		県		国	
介護保険	1号認定者数(認定率)		4,602	22.5	4,803	24.0	606,911	20.6	54,602	22.9	5,885,270	21.2
	※新規認定者		80	0.3	9	0.3	10,532	0.3	122	0.3	105,636	0.3
	2号認定者		204	0.5	226	0.5	16,126	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4
有病状況	糖尿病		883	18.5	906	17.9	131,492	20.8	10,612	18.3	1,350,152	22.1
	高血圧症		2,095	42.4	2,158	42.4	305,339	48.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9
	脂質異常症		1,269	25.9	1,354	26.6	170,230	26.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4
	心臓病		2,311	47.0	2,386	47.0	348,224	55.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0
	脳疾患		1,221	24.8	1,255	24.5	154,233	24.7	15,052	26.1	1,538,683	25.5
	がん		366	7.7	423	8.1	59,555	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3
	筋・骨格		2,124	43.6	2,213	42.9	298,840	47.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3
精神		1,426	28.8	1,599	30.2	212,198	33.5	19,275	33.0	2,154,214	35.2	
介護給付費	1件当たり給付費(全体)		64,566		63,737		58,724		71,386		58,284	
	居宅サービス		48,574		49,811		39,936		52,569		39,662	
	施設サービス		287,026		279,636		280,447		282,196		281,186	
医療費等	要介護認定別	認定あり	10,315		10,207		7,890		9,703		7,990	
	医療費(40歳以上)	認定なし	4,319	10	4,538		3,777		4,397		3,816	

④国保及び医療費の状況

○医療費、外来・入院の費用と件数の割合（図表 2-4）

国民健康保険の被保険者数の減少等の影響もあり、平成 25 年度と平成 28 年度の総医療費を比較すると、平成 25 年度 112.31 億円から平成 28 年度 110.64 億円に減少している。

しかし、一人当たりの医療費を見ると平成 25 年度 18,108 円から平成 28 年度 19,540 円と増加していた。さらに外来と入院に占める件数の割合は、平成 25 年度と 28 年度共に外来 96.4%に対して入院 3.6%であるが、費用の占める割合では、入院が増え(44.8%から 46.2%)外来がわずかに減少している(55.2%から 53.8%)事から、入院を伴う重症化疾患による影響が推測される。また、1 件当たりの在院日数の増加(15.9 日から 16.7 日)からも示唆される。

重症化疾患の総医療費に占める割合を高い順から示すと、精神疾患が 17.8 億円(29.8%)、慢性腎不全(透析あり)が 9.9 億円(16.6%)、がんが 9.8 億円(16.5%)となっている。また、がん、慢性腎不全(透析あり)、精神疾患、筋骨格系(骨粗しょう症など)では平成 25 年度と比べて、総医療費に占める割合が増加している。

【図表 2-4】

医療費の状況 (総額、1人あたり)	H25年度		H28年度		H28年度					
	沖縄市				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
総医療費	112.31億円		110.64億円↓							
一人当たり医療費	18,108	県内31位 同規模103位	19,540↑	県内34位 同規模105位	25,233		22,111		24,245	
※1 受診率	465,855		470,853↑		705,382		527,86		686,286	
外来	費用の割合	55.2	53.8	59.7	52.4	60.1				
	件数の割合	96.4	96.4	97.3	96.2	97.4				
入院	費用の割合	44.8	46.2↑	40.3	47.6	39.9				
	件数の割合	3.6	3.6	2.7	3.8	2.6				
1件あたり在院日数	15.9日		16.7日↑		16.1日		17.1日		15.6日	
※2 医療費分析	がん	896,972,710	14.4	987,834,520	16.5↑	25.2	17.3	25.6		
	慢性腎不全(透析あり)	996,403,640	16.0	992,306,020	16.6↑	9.9	16.0	9.7		
	糖尿病	397,638,560	6.4	383,774,260	6.4	9.7	7.0	9.7		
	高血圧症	468,041,760	7.5	347,062,200	5.8	8.6	6.3	8.6		
	精神	1,852,772,280	29.7	1,780,636,050	29.8↑	17.7	28.0	16.9		
	筋・骨格	689,565,170	11.1	765,563,480	12.8↑	14.6	13.1	15.2		

※1) 受診率：一人当たり件数の事で、医療保険制度に加入している者が一定期間にどの位の頻度で医療機関を受診したかを示す指標。診療件数(レセプト枚数)を被保険者数で除したもの。

式：受診率(%) = (診療件数/被保険者数) × 100 ※ 百分率換算の為、100人当たりで換算できる

※2) 医療費分析：総医療費(生活習慣病)に占める割合。最大医療資源傷病名(調剤含む)を基に算出。

○外来と入院に占める割合と詳細について（図表 2-5）

入院状況を見ると1件あたりの在院日数が増えている（15.9日から16.7日）。これは、心疾患、腎不全、悪性新生物の入院日数の増加も主な要因として考えられる。また、糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病と、脳血管疾患、腎不全、悪性新生物の1件あたりの医療費の割合は増加した。特に増額と併せて順位も上がった疾患を見ると、糖尿病は592,650円から639,363円、脳血管疾患は669,389円から734,686円、(慢性)腎不全は742,953円から821,677円、悪性新生物は679,008円から693,719円となっている。

外来では、特に脂質異常症、脳血管疾患、悪性新生物で医療費及び順位も顕著に上がり、入院の原因となる生活習慣病の重症化との関連も示唆される。

【図表 2-5】

入院と外来に係る 医療費分析		H25年度		H28年度		H28年度							
		沖縄市						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		
1件あたり在院日数		15.9日		16.7日 ↑		16.1日	17.1日	15.6日					
入院	費用の割合	44.8		46.2 ↑		40.3	47.6	39.9					
	件数の割合	3.6		3.6		2.7	3.8	2.6					
	1件あたり費用額	糖尿病	592,650	13位 ^{※(18)}	639,363	8位 (18)							
		高血圧	620,279	10位 (18)	637,290	12位 (18)							
		脂質異常症	608,901	7位 (18)	618,643	7位 (17)							
		脳血管疾患	669,389	16位 (20)	734,686	7位 ↑ (20)							
		心疾患	714,969	11位 (13)	640,855	24位 (15)							
		腎不全	742,953	23位 (16)	821,677	16位 ↑ (17)							
		精神	465,221	14位 (26)	493,907	15位 (26)							
		悪性新生物	679,008	19位 (13)	693,719	16位 ↑ (14)							
費用の割合		55.2		53.8		59.7	52.4	60.1					
件数の割合		96.4		96.4		97.3	96.2	97.4					
外来	1件あたり費用額	糖尿病	43,295	8位	42,948	14位							
		高血圧	37,156	4位	38,599	4位							
		脂質異常症	31,759	14位	34,163	4位 ↑							
		脳血管疾患	42,845	13位	49,828	3位 ↑							
		心疾患	60,976	11位	64,368	13位							
		腎不全	228,160	7位	213,673	12位							
		精神	35,620	16位	34,857	17位							
		悪性新生物	53,749	19位	63,604	13位 ↑							

※入院の()は在院日数

⑤生活習慣の状況（図表 2-6）

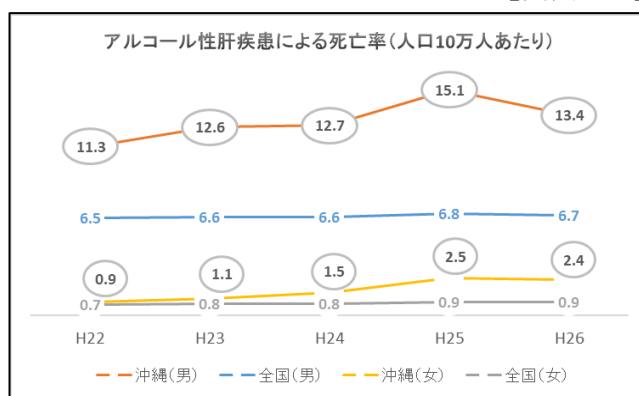
国、同規模と比較して高血圧と脂質異常症の割合は少ないが、服薬3項目全てにおいて内服中の割合が平成25年度と比べて増えており、問診を見ると最も顕著な伸びを示した項目が「20歳時体重から10kg以上増加」が44.5%から51.3%と

高い伸びを示した。体重増加の要因となる生活習慣を見ると、他の項目と比べて食生活（週3回以上の朝食欠食、食後間食、就寝前夕食、食事の速さ）は国、同規模と比べて大きな差があると共に高く、さらに県よりも高い。喫煙と身体活動（1回30分以上運動習慣なし）も、国、同規模、県と比較しても高い割合を示した。また、アルコール性肝疾患の死亡率が高い沖縄（図表2-7）において、健診時に回答した1日飲酒量を見ると、3合以上が6.7%から7.8%に、2～3合も11.9%から14.1%に増えており、国、同規模、県よりも多量飲酒に占める割合は高い。

【図表2-6】

問診	H25年度		H28年度		H28年度						
	沖縄市				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	
服薬	高血圧	2,614	31.6	2,853	33.0↑	283,574	34.7	35,736	36.9	2,650,283	33.6
	糖尿病	619	7.5	776	9.0↑	64,128	7.9	8,886	9.2	589,711	7.5
	脂質異常症	1,573	19.0	1,758	20.3↑	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）	95	1.3	115	1.5	26,393	3.5	2,781	3.2	246,252	3.3
	心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	156	2.1	172	2.2	42,955	5.7	3,985	4.5	417,378	5.5
	腎不全	27	0.4	28	0.4	3,558	0.5	477	0.5	39,184	0.5
	貧血	214	2.9	255	3.3	77,916	10.5	5,051	6.2	761,573	10.2
喫煙	1,250	15.1	1,382	16.0	106,332	13.0	14,476	14.9	1,122,649	14.2	
週3回以上朝食を抜く	1,546	19.1	1,281	21.0↑	49,905	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7	
週3回以上食後間食	1,348	16.7	1,173	19.3↑	73,477	11.3	9,397	16.7	803,966	11.9	
週3回以上就寝前夕食	1,943	24.0	1,505	24.7↑	92,491	14.2	13,503	23.9	1,054,516	15.5	
食べる速度が速い	1,926	26.4	1,706	32.1↑	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	3,627	44.5	3,108	51.3↑	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	4,702	57.8	3,586	59.0↑	371,402	57.2	32,954	57.5	4,026,105	58.8	
1日1時間以上運動なし	3,064	37.6	2,406	39.6↑	305,765	46.8	27,541	49.9	3,209,187	47.0	
睡眠不足	2,606	32.0	1,648	27.8	152,056	23.7	16,386	30.1	1,698,104	25.1	
毎日飲酒	1,391	17.0	1,131	18.3↑	176,973	24.5	14,259	22.1	1,886,293	25.6	
時々飲酒	2,207	26.9	1,543	25.0	152,085	21.1	18,519	28.7	1,628,466	22.1	
1日飲酒量	1合未満	2,666	56.1	2,077	51.9	339,498	67.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0
	1～2合	1,198	25.2	1,051	26.3	114,077	22.5	12,695	28.7	1,245,341	23.9
	2～3合	567	11.9	563	14.1↑	41,560	8.2	5,994	13.5	486,491	9.3
	3合以上	319	6.7	312	7.8↑	11,194	2.2	3,385	7.6	142,733	2.7

【図表2-7】



参考) 厚生労働省「人口動態調査」

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況 (図表 2-8)

平成 25 年度と平成 28 年度の介護給付費の変化 (図表 2-8) を見ると、平成 25 年度の介護給付費は 73 億 8374 万円から、平成 28 年度は 81 億 8636 万円と、8 億 262 万円増加している。1 件当たりの給付費では、沖縄市と同規模平均共に減少していた。内訳を見ると、同規模平均では居宅及び施設サービスで減少傾向である事に対して、沖縄市では居宅サービスでは微増であった。

主な要因として、全体の介護給付費増は介護認定率の増加によるものと推測される事から、可能な限り介護度の進展を防ぐと共に、生活習慣病の重症化を予防する事で介護給付費の伸びを抑える対策が必要である。

介護給付費の変化

【図表 2-8】

年度	沖縄市				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	73億8374万円	64,566	48,574	287,026	60,837	40,700	286,602
平成28年度	81億8636万円	63,737	49,811	279,636	58,724	39,936	280,447

②医療費の状況 (図表 2-9)

平成 25 年度と平成 28 年度の医療費の推移を見ると、総医療費は 1.67 億円(-1.5%) 減少しているが、一人当たりの医療費は 8.0%増加している。

総医療費における入院外と入院の内訳は、入院外の伸び率は沖縄市と同規模共に減少しているが、入院の伸び率は同規模では減少し、沖縄市は増加している。また、一人当たりの総医療費で内訳を見ると、入院外の伸び率は共に増加し、入院の伸び率は沖縄市では 11.2%と高い (同規模は 8.4%)。

【図表 2-9】

項目		全体			入院				入院外				
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	112.31億	-1.67億	-1.5	-1.6	50.33億	7576.9万	1.5	-1.8	61.99億	-2.43億	-3.9	-1.4
	H28年度	110.64億				51.09億				59.56億			
2 ※一人当たり 総医療費(円)	H25年度	18,100	1,440	8.0	8.5	8,110	910	11.2	8.4	9,990	530	5.3	8.6
	H28年度	19,540				9,020				10,520			

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 2-10)

平成 25 年度と平成 28 年度の医療費について、本計画でターゲットとなる中長期目標疾患(重症化疾患)及び短期目標疾患が総医療費に占める割合を図表 2-10 に示した。総医療費をはじめ、全体の中長期及び短期目標疾患の医療費は概ね減少しているが、一人当たり医療費、慢性腎不全(透析有)、悪性新生物、筋・骨格系疾患では増加している。また、県や国との比較では、慢性腎不全(透析有)と虚血性心疾患では本市の方が割合は高い。短期目標疾患はどの項目も国よりは低く、糖尿病、高血圧では県よりも低い。

予防可能な段階で受診せず重症化疾患を発症後に、医療機関を受診する沖縄県及び本市の特徴が示唆された。

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 年度と平成 28 年度との比較)

【図表 2-10】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨格系疾患	
		金額	順位		腎(慢性腎不全)		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内	透析有	透析無	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25	11,231,382,210	18,108	103位	31位	8.87%	0.39%	2.58%	2.56%	3.54%	4.17%	2.45%	2,758,154,780	24.56%	7.99%	16.50%	6.14%	
H28		19,540↓	105位	34位	8.97%↑	0.25%	2.02%	2.08%	3.47%	3.14%↓	1.97%						2,422,547,140↓
H28	沖縄県	120,484,405,470	22,111	-	-	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【出典】 KDB システム「健診・医療介護データからみる地域の健康課題

※「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費やした傷病

④中長期的な疾患(図表 2-11. 様式 3-5~3-7)

平成 25 年度と平成 28 年度の中長期的目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全の人数を見ると、各疾患の総数では被保険者数に占める割合では大きな変化が見られないが、重症化疾患同士の合併症を見ると、人工透析は脳血管疾患と虚血性心疾患との重複者が増加した。

また、短期的目標疾患との重なりを見ると、脂質異常症はどの重症化疾患においても増加が見られた。さらに脳血管疾患では高血圧、糖尿病の割合も増加を示すと共に、特徴として 3 項目共に 65 歳以上の割合に増加が見られた。

特に、高血圧が重症化疾患との併発に占める割合が約 8~9 割と最も高く、次いで脂質異常症も虚血性心疾患や脳血管疾患では約 7 割併発しており、糖尿病は人工透析との併発では 5 割近くに昇る。このことから、効果的な保健指導や受診勧奨等の生活習慣病及び重症化対策が今後さらに重要となる。

【図表 2-11】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	52060	1001	1.9	221	22.1	71	7.1	820	81.9	496	49.6	729	72.8
	64歳以下	44113	439	1.0	77	17.5	45	10.3	342	77.9	200	45.6	295	67.2
	65歳以上	7947	562	7.1	144	25.6	26	4.6	478	85.1	296	52.7	434	77.2
H28	全体	48068	934	1.9	226	24.2	78	8.4	773	82.8	433	46.4	683	73.1
	64歳以下	39146	367	0.9	74	20.2	43	11.7	288	78.5	157	42.8	239	65.1
	65歳以上	8922	567	6.4	152	26.8	35	6.2	485	85.5	276	48.7	444	78.3

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	52060	1235	2.4	221	17.9	50	4.0	998	80.8	469	38.0	812	65.7
	64歳以下	44113	515	1.2	77	15.0	28	5.4	404	78.4	174	33.8	306	59.4
	65歳以上	7947	720	9.1	144	20.0	22	3.1	594	82.5	295	41.0	506	70.3
H28	全体	48068	1252	2.6	226	18.1	62	5.0	1014	81.0	494	39.5	831	66.4
	64歳以下	39146	485	1.2	74	15.3	31	6.4	371	76.5	162	33.4	284	58.6
	65歳以上	8922	767	8.6	152	19.8	31	4.0	643	83.8	332	43.3	547	71.3

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	52060	180	0.3	50	27.8	71	39.4	170	94.4	92	51.1	65	36.1
	64歳以下	44113	118	0.3	28	23.7	45	38.1	110	93.2	52	44.1	42	35.6
	65歳以上	7947	62	0.8	22	35.5	26	41.9	60	96.8	40	64.5	23	37.1
H28	全体	48068	165	0.3	62	37.6	78	47.3	156	94.5	84	50.9	74	44.8
	64歳以下	39146	98	0.3	31	31.6	43	43.9	92	93.9	44	44.9	41	41.8
	65歳以上	8922	67	0.8	31	46.3	35	52.2	64	95.5	40	59.7	33	49.3

③ 短期目標の達成状況（図表 2-12. 様式 3-2～3-4）

平成 25 年度と平成 28 年度の短期的目標疾患（糖尿病、高血圧、脂質異常症）の推移を見ると、糖尿病では短期的目標疾患との併発では、割合では全体的に減少傾向だが、インスリン療法を受ける者、高血圧との併発の割合は増加している。また、重症化疾患との合併症では脳血管疾患、人工透析及び糖尿病性腎症は割合が増加した。特に糖尿病性腎症と脳血管疾患の伸びが大きく、糖尿病がこれら疾患を引き起こす要因の一つである事が示唆される。

高血圧では、総数の割合が微減またはほぼ変化なしだが、短期的目標疾患との併発を見ると、糖尿病は 3 割以上、脂質異常症は 6 割前後見られた。重症化疾患との合併症では虚血性心疾患と脳血管疾患で割合の増加が見られた。

脂質異常症も高血圧と同様、総数の割合にほぼ変化が見られないが、中長期的な疾患との合併症を見ると、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析全てにおいて割合の増加を

示した。この事から、糖尿病、高血圧、脂質異常症を早い段階で発見し、保健指導や必要に応じて適切な医療受診に繋げる事で、将来の重症化疾患の発症や併発を防ぐ対策が重要となる。

【図表 2-12】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病						脂質異常症				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	52,060	2,832	5.4	221	7.8	2,007	70.9	1,971	69.6	496	17.5	469	16.6	92	3.2	216	7.6	
	64歳以下	44,113	1,417	3.2	130	9.2	916	64.6	966	68.2	200	14.1	174	12.3	52	3.7	101	7.1	
	65歳以上	7,947	1,415	17.8	91	6.4	1,091	77.1	1,005	71.0	296	20.9	295	20.8	40	2.8	115	8.1	
H28	全体	48,068	2,526	5.3	199	7.9	1,839	72.8	1,746	69.1	433	17.1	494	19.6	84	3.3	276	10.9	
	64歳以下	39,146	1,131	2.9	96	8.5	753	66.6	744	65.8	157	13.9	162	14.3	44	3.9	121	10.7	
	65歳以上	8,922	1,395	15.6	103	7.4	1,086	77.8	1,002	71.8	276	19.8	332	23.8	40	2.9	155	11.1	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標									
		高血圧				糖尿病				脂質異常症				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	52,060	5,576	10.7	2,007	36.0	3,320	59.5	820	14.7	998	17.9	170	3.0					
	64歳以下	44,113	2,784	6.3	916	32.9	1,517	54.5	342	12.3	404	14.5	110	4.0					
	65歳以上	7,947	2,792	35.1	1,091	39.1	1,803	64.6	478	17.1	594	21.3	60	2.1					
H28	全体	48,068	5,161	10.7	1,839	35.6	3,004	58.2	773	15.0	1,014	19.6	156	3.0					
	64歳以下	39,146	2,330	6.0	753	32.3	1,213	52.1	288	12.4	371	15.9	92	3.9					
	65歳以上	8,922	2,831	31.7	1,086	38.4	1,791	63.3	485	17.1	643	22.7	64	2.3					

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標									
		脂質異常症				糖尿病				高血圧				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	52,060	4,790	9.2	1,971	41.1	3,320	69.3	729	15.2	812	17.0	65	1.4					
	64歳以下	44,113	2,458	5.6	966	39.3	1,517	61.7	295	12.0	306	12.4	42	1.7					
	65歳以上	7,947	2,332	29.3	1,005	43.1	1,803	77.3	434	18.6	506	21.7	23	1.0					
H28	全体	48,068	4,319	9.0	1,746	40.4	3,004	69.6	683	15.8	831	19.2	74	1.7					
	64歳以下	39,146	1,993	5.1	744	37.3	1,213	60.9	239	12.0	284	14.2	41	2.1					
	65歳以上	8,922	2,326	26.1	1,002	43.1	1,791	77.0	444	19.1	547	23.5	33	1.4					

⑥ リスクの健診結果経年変化（図表 2-13. 様式 6-2～6-7、6-8）

リスクの健診結果経年変化を見ると、男女共に共通して割合が増加した項目は、BMI、GPT、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、クレアチニンであった。特に、HbA1cはこの中で増加の割合が最も大きい。男性でメタボリックシンドローム予備群と該当者がやや増加し、女性はメタボリックシンドローム予備群と該当者は減少しているが、内訳を見ると40～64歳では予備群と該当者共に増加している。また、血糖、血圧、脂質の3項目全て有所見のハイリスク者が男女共に増加が見られた。重症化発症リスクが高い者への介入について、対象者抽出など優先課題の明確化と保健事業の展開を検討する必要がある。

【図表 2-13】

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

☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,580	43.2	2,055	56.2	1,142	31.3	774	21.2	398	10.9	1,294	35.4	1,789	49.0	999	27.3	1,753	48.0	768	21.0	1,867	51.1	102	2.8
	40-64	892	43.2	1,126	54.5	762	36.9	552	26.7	225	10.9	646	31.3	856	41.4	624	30.2	891	43.1	519	25.1	1,099	53.2	38	1.8
	65-74	688	43.4	929	58.5	380	23.9	222	14.0	173	10.9	648	40.8	933	58.8	375	23.6	862	54.3	249	15.7	768	48.4	64	4.0
H28	合計	1,732	↑43.9	2,277	↑57.7	1,180	↑29.9	909	↑23.0	326	8.3	1,483	↑37.6	2,123	↑53.8	1,178	↑29.8	1,898	↑48.1	888	↑22.5	1,956	↑49.5	118	↑3.0
	40-64	873	↑44.4	1,083	↑55.0	699	↑35.5	569	↑28.9	170	8.6	636	↑32.3	891	↑45.3	645	↑32.8	836	↑42.5	515	↑26.2	1,023	↑52.0	32	1.6
	65-74	859	↑43.4	1,194	↑60.3	481	↑24.3	340	↑17.2	156	7.9	847	↑42.8	1,232	↑62.2	533	↑26.9	1,062	↑53.6	373	↑18.8	933	↑47.1	86	↑4.3

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	1,565	33.9	1,235	26.7	884	19.1	475	10.3	113	2.4	996	21.6	2,265	49.0	211	4.6	1,746	37.8	691	15.0	2,724	59.0	16	0.3
	40-64	769	29.5	570	21.9	483	18.6	294	11.3	62	2.4	464	17.8	1,038	39.9	108	4.1	792	30.4	443	17.0	1,521	58.4	6	0.2
	65-74	796	39.5	665	33.0	401	19.9	181	9.0	51	2.5	532	26.4	1,227	60.9	103	5.1	954	47.3	248	12.3	1,203	59.7	10	0.5
H28	合計	1,611	↑34.3	1,236	↑26.3	863	↑18.4	550	↑11.7	92	2.0	1,019	↑21.7	2,487	↑52.9	264	↑5.6	1,799	↑38.3	668	↑14.2	2,604	↑55.4	23	↑0.5
	40-64	734	↑30.9	547	↑23.1	430	↑18.1	302	↑12.7	43	1.8	418	↑17.6	1,006	↑42.4	129	↑5.4	673	↑28.4	365	↑15.4	1,293	↑54.5	9	↑0.4
	65-74	877	↑37.7	689	↑29.6	433	↑18.6	248	↑10.7	49	2.1	601	↑25.8	1,481	↑63.7	135	↑5.8	1,126	↑48.4	303	↑13.0	1,311	↑56.4	14	↑0.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	3,654	28.8	265	7.3%	693	19.0%	38	1.0%	449	12.3%	206	5.6%	1097	30.0%	161	4.4%	79	2.2%	539	14.8%	318	8.7%
	40-64	2,067	22.9	174	8.4%	383	18.5%	20	1.0%	205	9.9%	158	7.6%	569	27.5%	60	2.9%	55	2.7%	298	14.4%	156	7.5%
	65-74	1,587	43.7	91	5.7%	310	19.5%	18	1.1%	244	15.4%	48	3.0%	528	33.3%	101	6.4%	24	1.5%	241	15.2%	162	10.2%
H28	合計	3,949	32.3	285	7.2%	789	↑20.0%	48	↑1.2%	521	↑13.2%	220	5.6%	1,203	↑30.5%	194	↑4.9%	69	1.7%	549	↑13.9%	391	↑9.9%
	40-64	1,968	24.3	179	↑9.1%	388	↑19.7%	27	↑1.4%	215	↑10.9%	146	7.4%	516	↑26.2%	63	↑3.2%	35	1.8%	254	↑12.9%	164	↑8.3%
	65-74	1,981	48.1	106	5.4%	401	↑20.2%	21	1.1%	306	↑15.4%	74	↑3.7%	687	↑34.7%	131	↑6.6%	34	1.7%	295	↑14.9%	227	↑11.5%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	4,618	36.8	193	4.2%	460	10.0%	24	0.5%	312	6.8%	124	2.7%	582	12.6%	79	1.7%	28	0.6%	311	6.7%	164	3.6%
	40-64	2,603	30.9	120	4.6%	229	8.8%	13	0.5%	145	5.6%	71	2.7%	221	8.5%	28	1.1%	17	0.7%	112	4.3%	64	2.5%
	65-74	2,015	48.9	73	3.6%	231	11.5%	11	0.5%	167	8.3%	53	2.6%	361	17.9%	51	2.5%	11	0.5%	199	9.9%	100	5.0%
H28	合計	4,699	39.2	192	4.1%	453	↓9.6%	28	0.6%	309	↓6.6%	116	↓2.5%	591	↓12.6%	93	↓2.0%	32	↓0.7%	278	5.9%	188	↓4.0%
	40-64	2,373	31.9	120	5.1%	213	↓9.0%	15	0.6%	132	↓5.6%	66	↓2.8%	214	↓9.0%	31	↓1.3%	20	↓0.8%	95	4.0%	68	↓2.9%
	65-74	2,326	51.0	72	3.1%	240	↓10.3%	13	0.6%	177	↓7.6%	50	↓2.1%	377	↓16.2%	62	↓2.7%	12	↓0.5%	183	7.9%	120	↓5.2%

⑦特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 2-14）

特定健診受診率と特定保健指導実施率は共に上昇傾向である。受診勧奨者の医療機関受診率も平成 25 年度と平成 28 年度共におよそ 5 割で、同規模平均と比べて低い状況にある。

生活習慣病や重症化疾患を予防していく為には、今後も引き続き特定健診受診率及び特定保健指導実施率、さらに健診結果で要精査判定者の医療機関受診率の向上を図る取り組みが必要である。

【図表 2-14】

項目	特定健診				特定保健指導			※精査判定者の医療機関受診率	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	沖縄市	同規模平均
H25年度	25,243	8,275	32.8	64	1350	547	40.5	50.7%	52.6%
H28年度	23,885	8,758	↑36.7	64	1367	751	↑54.9	51.0%	52.4%

※特定健診判定結果から

2) 考察

国保被保険者数の減少に伴い総医療費も減少しているが、1人及び1件当たりの生活習慣病の医療費を見ると、全体的に増加傾向であり悪化している。入院と外来件数の割合に大きな変化は見られないが、医療費に占める割合を見ると、外来は減少し費用が高額となる入院は増加している。さらに入院日数の増加も見られ、重症化疾患が増えている事が示唆された。また、早世の死亡割合が、同規模、県、国と比べて高く生活習慣病との関連も高いと考えられる。

介護との関連を見ると、認定者のうち生活習慣病の有病状況は高い割合を示し、介護給付費と認定率も増加している事から、介護予防や進展を防ぐ対策を講じる必要がある。

健診有所見者は女性よりも男性が高く、特に HbA1c の所見率の伸びは大きい。メタボリックシンドローム及び予備群共に男性では増加しており、女性は予備群では減少が見られたが該当者は維持している。3項目（血糖、血圧、脂質）全て重なる有所見者の割合も男女共に増加している事や、生活習慣病と重症化疾患が併発する割合も高い事を踏まえ、予防可能な段階で介入を行う為に、健診未受診者対策、要精査者への受診勧奨及び必要に応じた保健指導の強化、医療機関との連携が非常に重要となる。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 2-15)

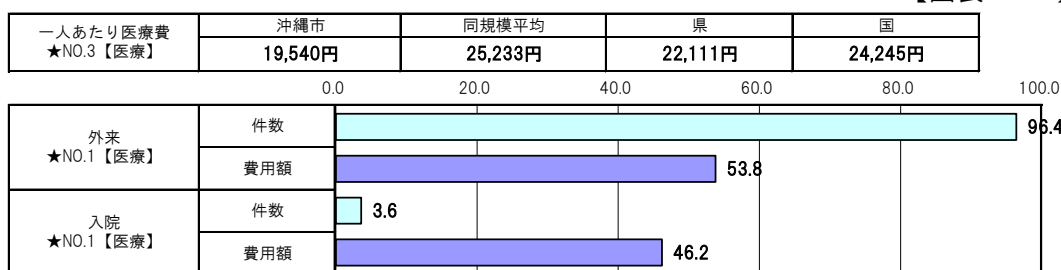
平成28年度(2016年度)の沖縄市一人あたりの医療費は19,540円で同規模平均・県・国より低い。しかし入院件数3.6%に対し、費用額は医療費全体の46.2%を占めている。入院を減らしていく事は費用対効果の面からも効率がよく、そのためには予防可能な段階で生活習慣の改善及び適切な医療に繋げる等、重症化予防に取り組む必要がある。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 2-15】



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 2-16~19)

①高額になる疾患 (200万円以上のレセプト、図表 2-16)

平成28年度(2016年度)中に1件200万円以上となった高額レセプトは216件となっている。主病名を分析すると、がんが34件(15.7%)、次いで虚血性心疾患が14件(6.5%)、脳血管疾患が10件(4.6%)となっている。費用額はがんが9,306万円(13.7%)、虚血性心疾患が4,486万円(6.6%)、脳血管疾患が3,356万円(4.9%)となっている。また血管疾患である脳血管疾患と虚血性心疾患を合わせると費用額は7,842万円となり、全体の11.5%を占めている。脳血管疾患や虚血性心疾患は動脈硬化を原因とする血管の病気であり、これらの病気を防ぐには、動脈硬化のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症及び内臓脂肪型肥満といった生活習慣病の予防が重要である。

【図表 2-16】

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 (200万円以上レセ)	人数	172人	10人	14人	30人	124人					
		件数	全体	216件	10件	14件	34件	158件				
			割合	4.6%	4.6%	6.5%	15.7%	73.1%				
			年代別	40歳未満	2	20.0%	0	0.0%	2	5.9%	40	25.3%
			40代	2	20.0%	2	14.3%	5	14.7%	8	5.1%	
			50代	2	20.0%	3	21.4%	1	2.9%	25	15.8%	
			60代	4	40.0%	4	28.6%	23	67.6%	58	36.7%	
		70-74歳	0	0.0%	5	35.7%	3	8.8%	26	16.5%		
		費用額	6億7929万円	3356万円	4486万円	9306万円	5億0781万円					
		割合	4.9%	6.6%	13.7%	74.8%						

*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。

②長期入院（6か月以上の入院、図表 2-17）

6か月以上の長期入院レセプトの分析では、精神疾患が1,874件（70.0%）、次いで脳血管疾患が277件（10.3%）、虚血性心疾患が173件（6.5%）となっている。また費用額は精神疾患が7億3041万円（59.1%）、脳血管疾患が1億4277万円（11.5%）、虚血性心疾患が8,560万円（6.9%）となっている。予防が可能な疾患である脳血管疾患と虚血性心疾患を合わせると2億2837万円となり、全体の18.5%を占めている。

【図表 2-17】

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	288人	199人 69.1%	33人 11.5%	20人 6.9%
		件数	2,678件	1,874件 70.0%	277件 10.3%	173件 6.5%
		費用額	12億3660万円	7億3041万円 59.1%	1億4277万円 11.5%	8560万円 6.9%

*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）

③人工透析患者（長期化する疾患、図表 2-18）

人工透析は1人あたり年間の医療費がおよそ500万円～600万円と高額である。また人工透析の段階では腎機能障害は大半がほぼ不可逆的な状態であり、一度導入すると長期療養は避けられない。沖縄市国保の平成28年5月診療分における人工透析患者は165人で、平成28年度における費用額は10億8603万円と高額である。透析患者のうちおよそ半分の50.9%に糖尿病性腎症があり、糖尿病の重症化を予防する事で新規透析導入者を減らす事ができると考えられる。また、人工透析患者のうち脳血管疾患が62人（37.6%）に、虚血性心疾患が78人（47.3%）に合併している事から、血管病変の重症化により更に医療費の増大を招く恐れがある。

【図表 2-18】

厚労省様式	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）	H28.5 診療分	人数 165人	84人 50.9%	62人 37.6%	78人 47.3%	
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	2,295件	1,166件 50.8%	823件 35.9%	1,033件 45.0%
			費用額	10億8603万円	5億5178万円 50.8%	3億8439万円 35.4%	4億7528万円 43.8%

*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計上

④生活習慣病の治療者数・構成割合（図表 2-19）

平成28年5月診療分における生活習慣の治療者数では10,131人で、高血圧症が5,161人（50.9%）と最も割合が多く、次いで脂質異常症が4,319人（42.6%）、糖尿病が2,526人（24.9%）となっている。また脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性

腎症を既に発症した者は、基礎疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症を持つ割合が多く、その中でも脳血管疾患では高血圧が 1,014 人（81.0%）、虚血性心疾患では高血圧が 773 人（82.8%）の割合が高い。また糖尿病性腎症では糖尿病だけでなく、高血圧または脂質異常症を持つ者がどちらも 7 割以上おり、基礎疾患の重複割合が高くなっている。

【図表 2-19】

厚労省様式	対象レセプト（H28年5月診療分）	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	10,131人	1,252人 12.4%	934人 9.2%	276人 2.7%	
		の基礎 な疾患	高血圧	1,014人 81.0%	773人 82.8%	216人 78.3%
			糖尿病	494人 39.5%	433人 46.4%	276人 100.0%
			脂質異常症	831人 66.4%	683人 73.1%	198人 71.7%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		5,161人 50.9%	2,526人 24.9%	4,319人 42.6%	1,048人 10.3%	

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 2-20）

沖縄市の介護認定率は 8.2%で、そのうち 1 号認定者の介護認定率は 24.0%と約 4 人に 1 人が介護認定を受けている。また介護度の高い要介護 3～5 が全体の 41.4%を占めている。

介護認定者におけるレセプト分析における有病状況では、脳血管疾患が 51.6%と最も多く、心疾患や腎疾患などを含む血管疾患全体でみると 93.5%を占めており、認知症の 42.2%を大きく上回っている。またそのうち高血圧や糖尿病、脂質異常症の基礎疾患のある方は 90.3%となっており、重症化疾患との関連が大きい。そのため基礎疾患の予防が介護予防につながると考えられる。

年齢別に見てみると、2 号被保険者である 40 歳～64 歳の介護認定率は 0.55%、1 号被保険者のうち 65 歳～74 歳の介護認定率は 6.2%だが、75 歳以上になると介護認定率は 43.9%と割合が大幅に高くなる。

また 2 号被保険者の有病状況では、血管疾患である脳血管疾患が 66.4%、腎不全が 19.5%、糖尿病合併症が 22.1%と他の年齢の割合より高くなっており、特定健診・特定保健指導で積極的な介入を図る事で、重症化及び介護予防にもつながると考えられる。

また介護認定を受けた者の医療費と介護認定を受けていない者の医療費を比較すると、介護認定を受けた者が 10,207 円、介護認定を受けていない者が 4,538 円と、約 2.2 倍の差がある。働き盛り世代から血管疾患を予防する事は、将来にかかる医療費及び介護費の負担軽減からも重要である。また働き盛り世代の医療保険は国保以外の場合も多いため、他の医療保険者とも課題共有を図る必要がある。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 2-20】

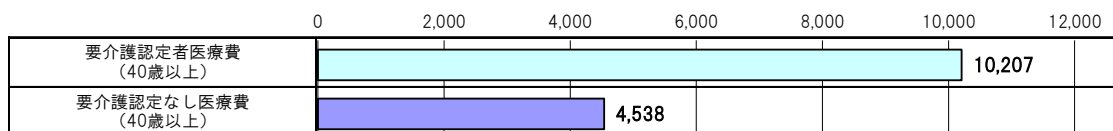
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号		合計				
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計						
	被保険者数	41,039人	10,547人	9,470人	20,017人	61,056人					
	認定者数	226人	650人	4,153人	4,803人	5,029人					
	認定率	0.55%	6.2%	43.9%	24.0%	8.2%					
	新規認定者数(*1)	57人	134人	421人	555人	612人					
介護度別人数	要支援1・2	65	28.8%	196	30.2%	949	22.9%	1,145	23.8%	1,210	24.1%
	要介護1・2	75	33.2%	206	31.7%	1,455	35.0%	1,661	34.6%	1,736	34.5%
	要介護3~5	86	38.1%	248	38.2%	1,749	42.1%	1,997	41.6%	2,083	41.4%

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号		合計						
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計								
	介護件数(全体)	226	651	4,153	4,804	5,030							
	再) 国保・後期	113	384	3,292	3,676	3,789							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1 脳卒中	75	66.4%	200	52.1%	1,679	51.0%	1,879	51.1%	1,954	51.6%
			2 虚血性心疾患	29	25.7%	89	23.2%	1,074	32.6%	1,163	31.6%	1,192	31.5%
			3 腎不全	22	19.5%	63	16.4%	513	15.6%	576	15.7%	598	15.8%
			4 糖尿病合併症	25	22.1%	66	17.2%	357	10.8%	423	11.5%	448	11.8%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	102	90.3%	330	85.9%	2,991	90.9%	3,321	90.3%	3,423	90.3%	
		血管疾患 合計	106	93.8%	349	90.9%	3,089	93.8%	3,438	93.5%	3,544	93.5%	
		認知症	9	8.0%	97	25.3%	1,493	45.4%	1,590	43.3%	1,599	42.2%	
		筋・骨格疾患	95	84.1%	321	83.6%	3,103	94.3%	3,424	93.1%	3,519	92.9%	

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 特定健診受診者の実態 (図表 2-21、2-22)

(図表 2-21)の健診データのうち有所見者割合の高い項目を性別、年代別で見ると、沖縄市では肥満の指標である BMI25 以上、内臓脂肪型肥満の指標である腹囲が基準値以上の者が男女共に全国と比べてとても高い割合を占める。また内臓脂肪の蓄積と関連性のある中性脂肪、GPT、空腹時血糖、尿酸、クレアチニンが男女ともに全国と比較し高い割合となっている。また男性では LDL-C、女性では HDL-C も全国と比較し高い割合となっている。性別で見ると、LDL-C を除く他の項目全てで男性の方が女性より有所見者の割合が高い。また年齢別で見ると、男性は 65 歳~74 歳より 40 歳~64 歳の方が有所見者の割合が高い項目が多く見られ(女性は GTP・拡張期血圧のみ)、働き盛り世代の健康状態に問題がある事が示唆される。

(図表 2-22) のメタボリックシンドローム該当者・予備群では、予備群は高血圧の

有所見者の割合が高く、該当者では血圧+脂質、次に3項目全ての有所見者の割合が高い。年齢別で見ると男女共に65歳～74歳の方がメタボリックシンドローム該当者・予備群共に高い割合となっている。また男女別で見ると、男性の方が女性よりメタボリックシンドローム予備群・該当者共に高い割合となっている。また女性はメタボリックシンドローム該当者が40歳～64歳では9.0%で65歳～74歳にかけて16.2%と増加するのに対して、男性は40歳～64歳でも26.2%と高い割合となっている。この表からも、男性は働き盛り世代から生活習慣病を発症している者が多く、女性よりも早い年代からの対策が必要と考えられる。

【図表 2-21】

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

★NO.23（概票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
保険者	合計	1,732	43.9	2,277	57.7	1,180	29.9	909	23.0	326	8.3	1,483	37.6	2,123	53.8	1,178	29.8	1,898	48.1	888	22.5	1,956	49.5	118	3.0
	40-64	873	44.4	1,083	55.0	699	35.5	569	28.9	170	8.6	636	32.3	891	45.3	645	32.8	836	42.5	515	26.2	1,023	52.0	32	1.6
	65-74	859	43.4	1,194	60.3	481	24.3	340	17.2	156	7.9	847	42.8	1,232	62.2	533	26.9	1,062	53.6	373	18.8	933	47.1	86	4.3

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
保険者	合計	1,611	34.3	1,236	26.3	863	18.4	550	11.7	92	2.0	1,019	21.7	2,487	52.9	264	5.6	1,799	38.3	668	14.2	2,604	55.4	23	0.5
	40-64	734	30.9	547	23.1	430	18.1	302	12.7	43	1.8	418	17.6	1,006	42.4	129	5.4	673	28.4	365	15.4	1,293	54.5	9	0.4
	65-74	877	37.7	689	29.6	433	18.6	248	10.7	49	2.1	601	25.8	1,481	63.7	135	5.8	1,126	48.4	303	13.0	1,311	56.4	14	0.6

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 2-22】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概票）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	3,949	32.3	285	7.2%	789	20.0%	48	1.2%	521	13.2%	220	5.6%	1,203	30.5%	194	4.9%	69	1.7%	549	13.9%	391	9.9%
	40-64	1,968	24.3	179	9.1%	388	19.7%	27	1.4%	215	10.9%	146	7.4%	516	26.2%	63	3.2%	35	1.8%	254	12.9%	164	8.3%
	65-74	1,981	48.1	106	5.4%	401	20.2%	21	1.1%	306	15.4%	74	3.7%	687	34.7%	131	6.6%	34	1.7%	295	14.9%	227	11.5%
女性	合計	4,699	39.2	192	4.1%	453	9.6%	28	0.6%	309	6.6%	116	2.5%	591	12.6%	93	2.0%	32	0.7%	278	5.9%	188	4.0%
	40-64	2,373	31.9	120	5.1%	213	9.0%	15	0.6%	132	5.6%	66	2.8%	214	9.0%	31	1.3%	20	0.8%	95	4.0%	68	2.9%
	65-74	2,326	51.0	72	3.1%	240	10.3%	13	0.6%	177	7.6%	50	2.1%	377	16.2%	62	2.7%	12	0.5%	183	7.9%	120	5.2%

*全国については、有所見割合のみ表示

3) 40歳未満健診受診者の状況（図表 2-23）

図表の40歳未満の健診データを平成25年度（2013年度）と平成28年度（2016年度）で比較してみると、平成28年度は個別医療機関でがん検診の同時受診が可能となり受診者が増加している。また、有所見者割合の高い項目を性別、年度別で比較して見ると、肥満の指標であるBMI25以上、内臓脂肪型肥満の指標である腹囲基準値以上が

男女共に平成 25 年度に比べて高い割合となっている。また内臓脂肪の蓄積と関連性のある HbA1c、LDL-C、GPT、尿酸も H25 年度と比較し高い割合となっている。性別で見ると、全ての項目で男性の方が女性より有所見者の割合が高くなっている。また 20 歳代の有所見者割合も高く、H25 年度と比較してもほぼ全ての項目で所見の割合は高くなっている。特定健診対象となる前の若い世代からの健康対策を継続実施していく必要がある。

〈40 歳未満の健診受診状況〉

【図表 2-23】

男性			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
			25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	年齢	合計	163	32.0%	183	36.0%	131	25.7%	181	35.6%	60	11.8%	71	13.9%	55	10.8%	137	26.9%	94	18.5%	54	10.6%	234	46.0%	1	0.2%	
		30~39	357	122	34.2%	144	40.3%	106	29.7%	140	39.2%	52	14.6%	58	16.2%	47	13.2%	104	29.1%	74	20.7%	44	12.3%	188	52.7%	1	0.3%
		29以下	152	41	27.0%	39	25.7%	25	16.4%	41	27.0%	8	5.3%	13	8.6%	8	5.3%	33	21.7%	20	13.2%	10	6.6%	46	30.3%	0	0.0%
H28	年齢	合計	291	36.3%	315	39.3%	199	24.8%	296	37.0%	74	9.2%	111	13.9%	134	16.7%	284	35.5%	133	16.6%	80	10.0%	367	45.8%	5	0.6%	
		30~39	587	215	36.6%	242	41.2%	160	27.3%	224	38.2%	49	8.3%	99	16.9%	117	19.9%	207	35.3%	97	16.5%	67	11.4%	297	50.6%	3	0.5%
		29以下	214	76	35.5%	73	34.1%	39	18.2%	72	33.6%	25	11.7%	12	5.6%	17	7.9%	77	36.0%	36	16.8%	13	6.1%	70	32.7%	2	0.9%

女性			BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
			25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	年齢	合計	133	12.5%	153	14.4%	67	6.3%	63	5.9%	23	2.2%	58	5.5%	61	5.7%	12	1.1%	31	2.9%	39	3.7%	255	24.0%	0	0.0%	
		30~39	798	106	13.3%	129	16.2%	53	6.6%	47	5.9%	16	2.0%	41	5.1%	51	6.4%	10	1.3%	29	3.6%	34	4.3%	205	25.7%	0	0.0%
		29以下	264	27	10.2%	24	9.1%	14	5.3%	16	6.1%	7	2.7%	17	6.4%	10	3.8%	2	0.8%	2	0.8%	5	1.9%	50	18.9%	0	0.0%
H28	年齢	合計	238	15.3%	257	16.6%	91	5.9%	108	7.0%	15	1.0%	67	4.3%	197	12.7%	28	1.8%	44	2.8%	52	3.4%	391	25.2%	0	0.0%	
		30~39	1212	198	16.3%	213	17.6%	76	6.3%	92	7.6%	11	0.9%	59	4.9%	164	13.5%	24	2.0%	39	3.2%	43	3.5%	317	26.2%	0	0.0%
		29以下	340	40	11.8%	44	12.9%	15	4.4%	16	4.7%	4	1.2%	8	2.4%	33	9.7%	4	1.2%	5	1.5%	9	2.6%	74	21.8%	0	0.0%

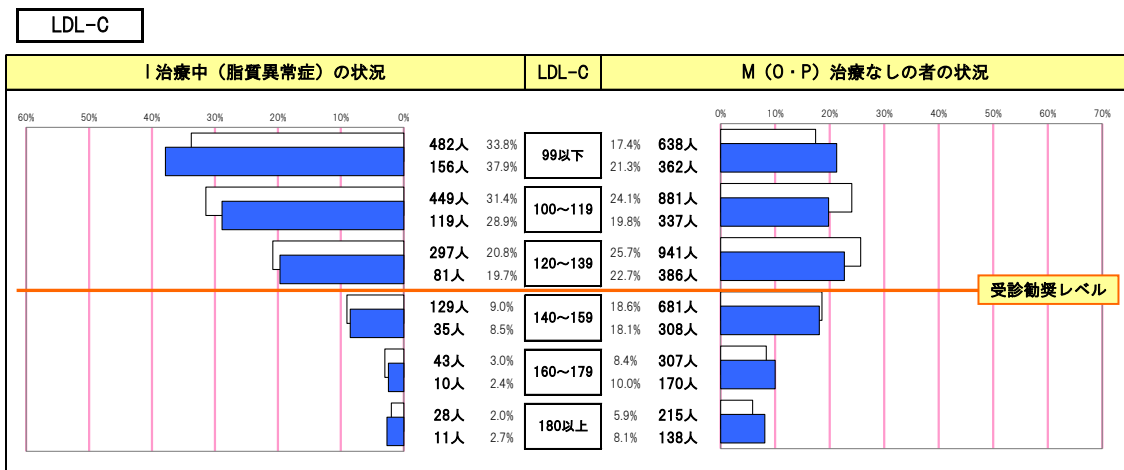
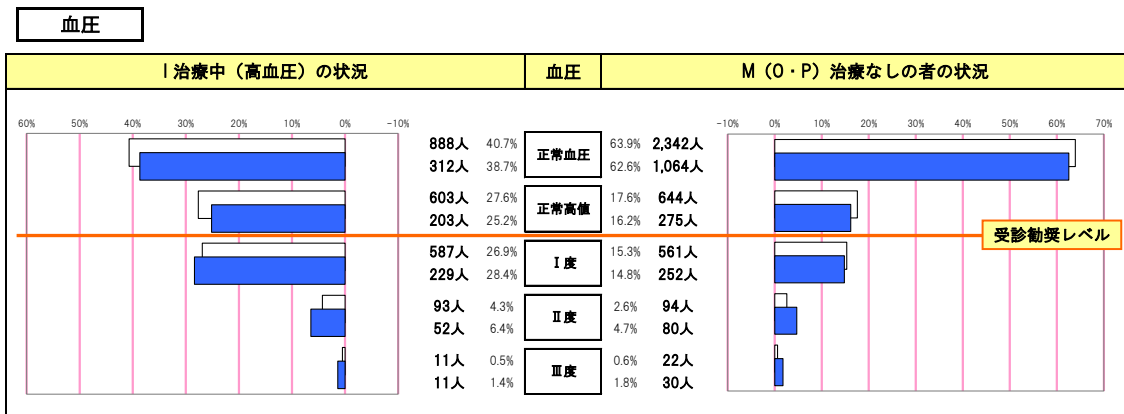
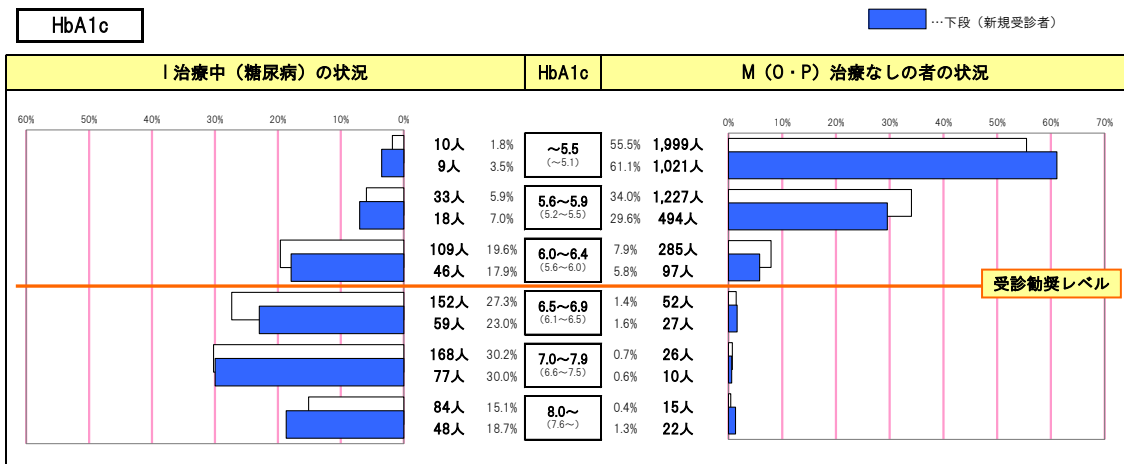
4) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 2-24)

治療中の状況では、継続受診者と新規受診者共に高血圧や脂質異常症はコントロールができていますが、糖尿病では治療中にも関わらず HbA1c の値が高い方の割合が多く、HbA1c8.0 以上の継続受診者で 15.1%、新規受診者で 18.7%と、適正なコントロールに課題が残る。糖尿病は肥満との関連性が強く、内服治療だけでなく肥満改善のため食事療法等を併用して治療を行う必要がある。一方で、食事や運動療法の継続が難しい状況も考えられることから、効果的な保健指導について検証する必要がある。

治療なしの者の状況では、高血圧、糖尿病では数値の高い者の割合は少ないが、脂質異常症の LDL-C では数値が高いにも関わらず治療を行っていない者の割合が多く、180 以上の者も継続受診者で 5.9%、新規受診者で 8.1%おり、他の疾患と比べ高い割合となっている。受診勧奨レベルでは、糖尿病では治療なしの者は少ないが、高血圧 I 度や LDL-C 140 以上では治療なしの者が多くみられる。早期治療の為に、受診勧奨をさらに強化する必要があると考えられる。

【図表 2-24】

継続受診者と新規受診者の比較



※参考

- I 度高血圧…収縮期血圧 140~159 mm Hg 又は拡張期血圧 90~99 mm Hg
- II 度高血圧…収縮期血圧 160~179 mm Hg 又は拡張期血圧 100~109 mm Hg
- III 度高血圧…収縮期血圧 180 mm Hg 以上又は拡張期血圧 110 mm Hg 以上

5) 未受診者の把握 (図表 2-25)

未受診者対策は医療費適正化において、生活習慣病の発症予防、重症化予防のための重要な取り組みであるが、平成 28 年度の特定健康診査の受診率は 36.7%(法定報告値)と県平均(39.4%)より低くなっている。また図表 2-25 では 65 歳~74 歳の受診率は 49.7%だが、40 歳~64 歳の受診率は 28.0%と働き盛り世代の受診率が低い事がわかる。

そして健診も治療も受けていない「G」を見ると、40~64 歳で 40.5%、65 歳~74 歳で 14.5%となっている。「G」に該当する方は健診も治療も受けておらず、生活習慣病の有無や重症化しているかどうか等の実態が全く分からない状態である。「G」の対象者への健診の受診勧奨を重点的に行う必要があると考えられる。

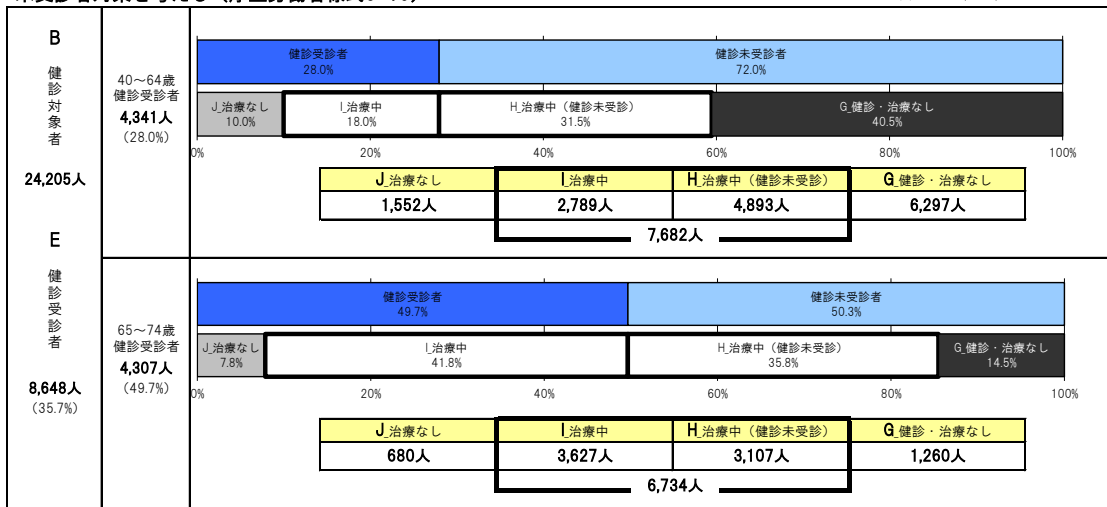
また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費の比較を見ても、健診受診者の治療費が 6,597 円に対し、未受診者の治療費は 39,028 円と約 6 倍となっており、健診を受診する事は医療費適正化の面において有用である事が考えられる。

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事により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 2-25】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



6) がん検診の状況 (図表 2-26、2-27)

健康増進事業において、胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん検診を実施している。図表のがん検診データを H25 年度と H28 年度を比較してみると、H28 年度は個別がん検診での胃がん・肺がん・大腸がん検診が受診可能となり受診率が増加している。H29 年度からはさらに、国保人間ドックのがん検診費用を個別がん検診費用として補助する事ができ、受診率の向上が期待できる。

子宮頸がん・乳がん検診については、H25 年度より受診率が低下している。これは、H28 年度よりこれまでの受診券通知を個別ハガキからがん検診等受診券として、一体化して送付しているため、それが浸透していない事が受診率に影響していると思われる。

がん検診の国の目標は受診率 50%と定められていることから、今後も受診率の向上のため、特に個別健診において、特定健診との同時実施周知を強化していきたい。

H28 年度の医療費分析の中分類疾病別統計 (図表 2-27) において、患者一人当たりの高額上位疾患に直腸の悪性新生物が 4 位、乳がんの悪性新生物が 10 位を占めている。また、検診後の精密検査の受診率の割合は低い状況にあり、がん検診後の精査受診勧奨も今後、検診機関と連携しながら強化していきたい。

◆がん検診比較

【図表 2-26】

	胃がん検診		肺がん検診		大腸がん検診		子宮頸がん検診		乳がん検診	
	H25年度	H28年度	H25年度	H28年度	H25年度	H28年度	H25年度	H28年度	H25年度	H28年度
対象者数	67,276	71,583	67,276	71,583	67,276	71,583	53,878	55,545	35,634	37,948
受診者数	2,817	3,909	6,685	8,366	4,411	6,160	4,255	2,722	2,736	2,443
検診受診率	4.19%	5.46%	9.94%	11.69%	6.56%	8.61%	7.90%	4.90%	7.68%	6.44%
要精密検査者数	143	225	139	258	307	435	83	64	413	393
精密検査受診者数※	122	145	123	143	251	218	70	50	361	336
精密検査受診率※	85.31%	64.44%	88.49%	55.43%	81.76%	50.11%	84.34%	78.13%	87.41%	85.50%
要精密検査率※	5.08%	5.76%	2.08%	3.08%	6.96%	7.06%	1.95%	2.35%	15.10%	16.09%
がん発見者数※	2	2	1	1	10	9	1	1	9	17
がん発見率(対受診者数)※	0.071%	0.051%	0.015%	0.012%	0.227%	0.146%	0.024%	0.037%	0.329%	0.696%

※備考：胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは 40 歳以上、子宮頸がんは 20 歳以上

※H28 年度の精密検査受診の精度管理については、速報値。

レセプト分析による疾病別統計(中分類)

【図表 2-27】

・患者＝人当たりの医療費(円)

順位	中分類疾病項目	医療費※ (円)	患者数※	平成28年度
				患者一人 当たりの 医療費(円)
1	1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害	86,219,109	98	879,787
2	1402 腎不全	849,698,512	997	852,255
3	0904 くも膜下出血	42,099,610	70	601,423
4	0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	66,582,117	112	594,483
5	0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	136,594,751	238	573,928
6	0503 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	889,595,464	1,714	519,017
7	0501 血管性及び詳細不明の認知症	37,559,613	79	475,438
8	0602 アルツハイマー病	46,207,595	141	327,713
9	0209 白血病	68,646,726	215	319,287
10	0206 乳房の悪性新生物<腫瘍>	125,942,445	424	297,034

※医療費…中分類における疾病区分毎に集計するため、データ化時点で医科レセプトが存在しない(画像レセプト、月遅れ等)場合、集計できない。

※患者数…中分類における疾病分類毎に集計(実患者数)する為、合計人数は縦の合計と一致しない。

3. 目標の設定

(1) 成果目標 (P.72 図表 6-1 データヘルス計画の目標管理一覧表に別掲)

①中長期的な目標の設定 (図表 2-28)

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、糖尿病性腎症の抑制及び減少する事を目標とする。具体的には、平成 35 年度 (2023 年度) には平成 30 年度 (2018 年度) と比較して、脳血管疾患と虚血性心疾患は総医療費に占める各疾患の医療費を 2.0%に抑制する事、糖尿病性腎症は慢性腎不全の総医療費に占める医療費の割合の 0.4%減少を目指す。

また、3年後の平成 32 年度 (2020 年度) には、進捗管理のための中間評価を行い、必要に応じて計画及び評価の見直しを図る。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の該当者の減少を短期的な目標とする (数値目標はデータヘルス計画の目標管理一覧表 (P.72) を参照)。

具体的には、各ガイドラインや日本人の食事摂取基準(2015 年版)等を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目的とした介入を行う。

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共に、医療受診を中断している者についても適切な保健指導と受診継続を促す。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図る事とする。

また、治療中のデータから、主な課題としてメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。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事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く。

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の実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげる事が重要となる。

特定健診及び特定保健指導の目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方

少子高齢化や生活環境等の様々な変化のもとで、国民医療費は増加の一途をたどっており、その要因には糖尿病等の生活習慣病による影響も大きい。このような状況に対応していくために国は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年度より糖尿病等の生活習慣病に着目した「特定健康診査・特定保健指導」の実施を保険者に義務づけた。

2. 特定健診・特定保健指導の目的

主として、内臓脂肪の蓄積に着目し、健診によって保健指導対象者を抽出して対象者の持つリスクの数に応じた個別の保健指導を行う事で、その要因となっている生活習慣を改善し、生活習慣病予防を行う事を目的としている。

(標準的な健診・保健指導プログラムより抜粋)

3. 第2期の目標達成状況

(1) 実施に関する目標

① 特定健診 (図表 3-1)

第2期計画では、国の定める特定健康診査等基本指針に基づき、平成29年度(2017年度)までに特定健診受診率60%を目標とした。 【図表 3-1】

	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)
目標値	40%	45%	50%	55%	60%
実績	32.8%	34.8%	36.6%	36.7%	—

(実績は法定報告値)

② 特定保健指導 (図表 3-2)

特定健診同様、平成29年度までに特定保健指導実施率60%を目標とした。

【図表 3-2】

	平成25年度 (2013年度)	平成26年度 (2014年度)	平成27年度 (2015年度)	平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)
目標値	48%	51%	54%	57%	60%
実績	40.5%	34.5%	36.7%	54.9%	—

(実績は法定報告値)

(2) 目標達成に向けての取り組み状況

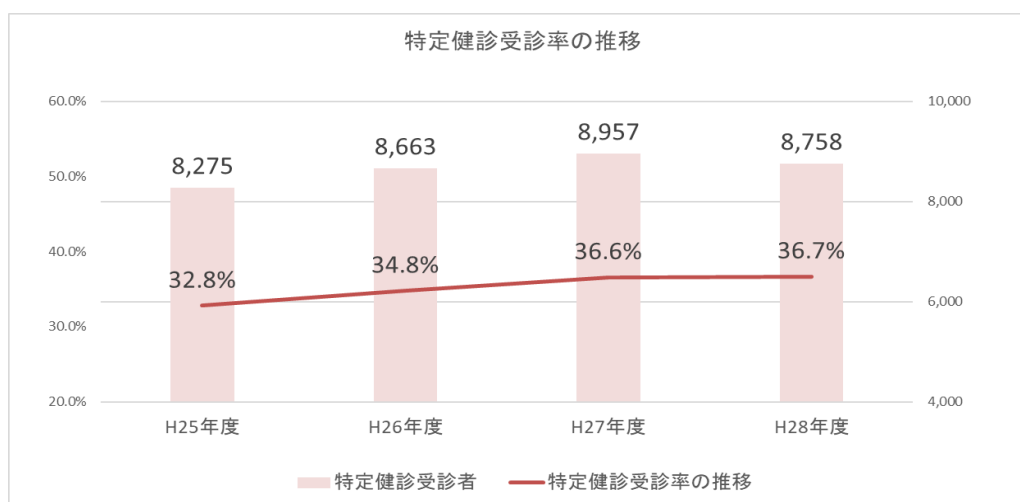
①特定健診受診率の向上に向けた取り組みと課題

第2期の特定健診受診率の推移（図表3-3）をみると、ほぼ横ばいでいずれの年度も国の目標には達していない。

年齢別（図表3-4）では65歳～74歳までの受診率が45～50%と高いが、40歳～49歳までが、17%～26%と最も低く、とりわけ男性の受診率が低いのが現状である。

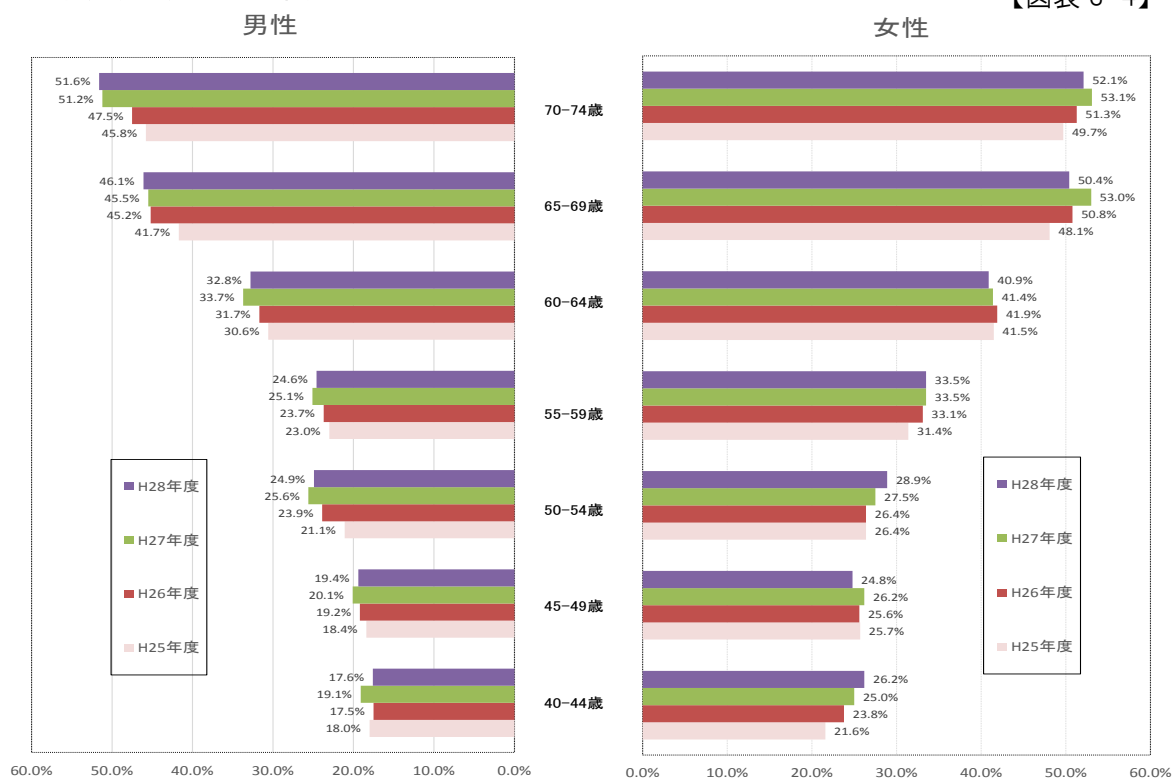
特定健診の経年受診状況（図表3-5）を見てみると、5年連続受診者は全体の2割にとどまっている。継続受診者の割合が少ない現状である。

【図表3-3】



< 特定健診受診率の推移（年代別） >

【図表3-4】



【図表 3-5】

	H28年度 受診率	継続受診者 (H27-H28) の割合	受診者 総数	5年連続 受診		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ 受診	
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
沖繩市	36.7%	69.4%	15,351	3,171	20.7%	1,899	12.4%	2,127	13.9%	2,948	19.2%	5,206	33.9%
沖繩県	39.4%	71.3%	167,454	34,216	22.2%	22,603	15.0%	24,034	14.6%	31,597	17.8%	55,004	30.3%

受診率向上対策として、下記の様々な事業を実施している。

健診受診率向上に向けた取り組み

【図表 3-6】

	内 容	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
		通知	受診券の一斉通知	○	○	○	○	○	○	○	○
	特定健診・がん検診受診券を同封通知									○	○
	受診券の表紙にカラーを使って見やすくする。				○	○	○	○	○	○	○
	日曜健診の全地区未受診者へハガキ通知(集団・個別健診勧奨)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	各自治会健診の直前に、自治会対象者へハガキ通知										
	健診実施月の変更(6月から4月へ)受診期間を拡大										○
健診形態	健診前、自治会住民に全戸チラシ配布(医師会が実施)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	特定健診契約医療機関での個別健診実施(県内の集合契約に参加)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胃がん同時実施(集団)					○	○	○	○	○	○
	一般健診契約医療機関での個別健診実施(県内の集合契約に参加)									○	○
	肺・胃・大腸がん検診との同時実施(個別健診にて)									○	○
	集団健診での胃がんリスク・前立腺がん検診・オプション検査等の実施							○ オプションのみ	○	○	○
電 話	電話での受診勧奨(過去受診歴がある方より対象抽出)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		専門嘱託員を配置									
媒体広報	のぼりや横断幕による周知(庁舎駐車場・各自治会公民館・病院等及びその周辺)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	申告会場で健診案内										○
	自治会放送による広報(自治会へ放送の呼びかけを依頼、吹き込みテープの配布)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	健康展、イベント、選挙会場で周知(ポケットティッシュの配布、のぼり、横断幕でのPR)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ラジオ(コミュニティ放送)や県民テレビ(うまんちゅ広場)での広報	○	○ (ラジオ)	○ (TV・ラジオ)	○	○	○	○	○	○	○
紙面広報	来庁者へのチラシ配布(市民課、国保課、市民税課窓口での特定健診の案内)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	健診のお知らせチラシを各世帯へ配布	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	受診券ガイドの作成配布(受診券と同封健診対象者全員へ配布)										○
	小学校保護者向けチラシ配布(市内全小学校)										○
	国保保険証郵送時健診案内チラシの同封										○
	市の広報誌の活用(広報おきなわ・国保だより)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
訪 問	未受診者への訪問受診勧奨(専門嘱託員)				○	○	○	○	○	○	○
	食生活改善推進員にて実施。H23年度より、受診勧奨嘱託員を配置し個別訪問	H20年度 未受診者		2年連続 未受診者	2年連続 未受診者	2年連続 未受診者					
	未受診者アンケート調査及び受診勧奨の訪問(特定健診訪問員にて実施)	○ 前年度 未受診者									
	消防の個別訪問時のチラシ配布(消防職員による火災装置設置確認訪問時に実施)			○							
無料化	特定健診自己負担無料			○	○	○	○	○	○	○	○
	がん健診自己負担無料										
	H29～集団健診無料										
	H28～個別健診(胃・肺・大腸)										
	個別検診無料対象者【生活保護世帯・前年度非課税世帯・70歳以上の方・後期高齢者医療制度加入の者】										
追加実施	追加健診及びナイト健診の実施	○	○	○	追加のみ	追加のみ	追加のみ	追加のみ	追加のみ	追加のみ	追加のみ
	日曜										
	夕方日曜										
	夕方土曜										
地域との連携	特定健診開始式(キックオフの実施)				○	○	○	○	○	○	○
	自治会長や食生活改善推進員等協力関係者の参加				○	○	○	○	○	○	○
	健康づくりをがんばる自治会表彰(特定健診受診率を表彰基準)				○	○	○	○	○	○	○
特 典	BOXティッシュ配布							○			
医療機関と共同	トライアングル事業データの受領・医療機関への協力呼びかけ									○	○
	通院者への受診呼びかけ、および受診条件の整備を依頼(市内主要医療機関に依頼)				○	○	○	○	○	○	○
職域への働きかけ	商工会議所の健診と共同で市の健診を実施							○	○	○	○
	事業主健診データの受領(就労中の国保加入者の健診データを事業主の同意を得て受領する)							○	○	○	○
	市内の主要職域(1箇所)に、職員への呼びかけ・チラシでの広報を依頼				○	○	○				
地域商業店舗へ働きかけ	コンビニや店舗への集団健診案内ポスターの掲示										○

平成 27 年度に比べ平成 28 年度受診率が僅かに増加している理由として、社会保険加入等による国保資格喪失のため、対象者が年々減少している事が挙げられる(図表 3-7)。

〈年度別国保特定健診対象者の推移〉

【図表 3-7】

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
対象者数	25,243	24,894	24,454	23,885
対象者対前年増減	▲234	▲349	▲440	▲569

②受診率向上の主な課題

《受診しやすい環境整備》

年間通して県内医療機関での個別健診の実施や、休日健診、駐車場確保・冷房完備を考慮した市役所・市体育館等公共施設での集団健診実施等受診しやすい環境整備を行っている。また都合のよい日にがん検診も含めて健診が受けられるよう個別健診でのがん検診同時実施を平成 28 年度から実施しているが、個別健診実施がまだ浸透しておらず、集団健診での受診者が 60%を占めており、40 歳代～50 歳代の健診受診者を確保するため、がん検診を含めた個別健診の周知が課題となっている。

《未受診者への受診勧奨》

受診勧奨嘱託員を配置し、電話掛け、戸別訪問、未受診者健診直前ハガキ送付等の実施。電話や戸別訪問等での未受診理由が通院中のため、健康だから、忙しい等あり、未受診理由にそったアプローチが必要である。

受診に至る文書やハガキの工夫、健診未受診者で治療なし群等未受診理由の状況にあわせた新たな勧奨方法の検討が今後必要である。

《特定健診情報提供事業（トライアングル事業）による健診データ受領》

定期通院している被保険者の同意を得た上で、特定健診に該当する検査項目の結果を市に提供する事で、特定健診を受診したとみなす事ができる。データ受領を増やす事ができれば受診率の向上にもつながる。平成 27 年度より事業の協力依頼を医療機関へ実施しているが、本事業の周知不足もあり、実施している医療機関が少ない状況である。今後、協力できる医療機関を増やすため、医師会との連携や周知について検討が必要である。

《事業者健診データの受領》

パート等で事業所に勤めている国保加入者も多く、事業所で受けた健診データを事業所の同意を基に特定健診を共通するデータが受領できれば、特定健診を受けたとみなす事ができ、今後もデータの受領を継続して実施していく事が必要である。

《広報啓発》

国保日より、市ホームページ、全戸新聞折り込みチラシ配布、小学校保護者向けチラシ配布、商業店舗へのポスター掲示、集団健診委託検診機関によるポスティング等での特定健診の周知をおこなっている。

毎年対象者の6割強が受診していない状況にあり、未受診者や40歳未満の若い世代も含めた健診受診勧奨案内等の周知も必要となる。

③特定保健指導実施率の向上に向けた取り組みと課題

特定保健指導利用者の利便性等を考慮し、市職員（嘱託を含む）と外部委託の併用で特定保健指導を実施している。

《市直営での対策》

- 平成26年度に、保健事業を業務分担制から地区分担制に移行（特定保健指導と糖尿病等対策事業の各担当専門職をまとめ、地区分担による配置の見直しを図った。対象となる市民の世帯支援も以前と比べて実施しやすい）
- 結果説明会の開催（平日、休日）
 - ・健康運動指導士による運動相談
 - ・展示物の掲示（油の多い食品、アルコール、フードモデル）
 - ・普段食べるご飯、使用する油などの計量コーナー
- 健康行動の継続に向けた取り組み
 - ・実践的な健康教育（ウォーキング・動作法等の運動教室、調理実習を交えた栄養教室）
 - ・希望者に、健康づくりの媒体配布または郵送対応（健康づくりノート、健康情報誌など）
 - ・二次検査（平成28年度から段階的に心電図検査も追加）及び血液検査の実施
- 対象者に合わせた時間外対応（平日夕方や祝祭日に、来所や訪問による個別対応、電話等による保健指導利用勧奨及び精査受診確認）
- 未介入者への再通知（年末年始と年度末に、未介入者へ保健指導利用勧奨及び精査受診確認）
- 保健指導利用者への特典（メジャー、計量スプーン、計量茶碗、歩数計等の健康グッズ配布）

《委託機関での対策》

- 健診当日に階層化と特定保健指導を実施
- 一部委託機関で、土曜日または平日夜間保健指導の実施
- 一部委託機関で、禁煙指導、運動教室、調理実習等のグループ支援の実施
- 脱落防止を目的に連絡が付きにくい対象者に、一定の条件下で市と連携した対応

これまで、上記の対策を行い保健指導実施率向上に取り組んだが、委託機関の減少等の影響から保健指導実施率が伸び悩み、平成 25 年度（2013 年度）～平成 27 年度は県内 11 市で最も低い実施率であった。

他市の対策等を参考に、平成 28 年度より集団健診のみ健康診査の結果手渡しと同時に保健指導を実施した結果、これまでと比べて実施率が上昇した。直接対象者に健診結果の手渡しを行う事で、保健指導の実施だけではなく、健診結果の見方を伝える事が出来る。また、健診結果から要精査判定者の方に効果的な精査受診勧奨が可能となり、予防可能な段階で医療機関へ繋ぐ事が期待される。

4. 第 3 期特定健診・特定保健指導実施計画について

第 1 期及び第 2 期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直された事や「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」の一部改正に基づき、第 3 期は平成 30 年度（2018 年度）から 6 年一期として策定する。

（1）目標値の設定

国の目標値に合わせ平成 35 年度において、特定健診受診率、特定保健指導実施率 60%を目標とする（図表 3-8、3-9）。

【図表 3-8】

	平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)	平成 33 年度 (2021 年度)	平成 34 年度 (2022 年度)	平成 35 年度 (2023 年度)
特定健診 受診率	41%	45%	49%	53%	57%	60%
特定保健指導 実施率	55%	56%	57%	58%	59%	60%

(法定報告値)

（2）対象者数の見込み

【図表 3-9】

		平成 30 年度 (2018 年度)	平成 31 年度 (2019 年度)	平成 32 年度 (2020 年度)	平成 33 年度 (2021 年度)	平成 34 年度 (2022 年度)	平成 35 年度 (2023 年度)
特定健診	対象者数	25,749	25,493	25,408	25,495	25,276	24,563
	受診者数	10,557	11,472	12,450	13,512	14,407	14,738
特定 保健指導	対象者数	1,689	1,836	1,992	2,162	2,305	2,358
	受診者数	929	1,028	1,135	1,254	1,360	1,415

※特定保健指導対象者数は特定健診受診者見込みの 16%として算出する。

※小数点以下四捨五入

(3) 目標達成のための取り組み方針と具体策

①特定健診

特定健診の受診率の向上を図るため、40歳から74歳のうち、最も受診率の低い40歳代～50歳代の働き盛り世代を重点的に働きかける事を方針とし、次の具体策について取り組む。

《受診しやすい環境整備》

集団健診及び個別健診でがん検診も同時実施できる健診体制、集団健診での休日健診の実施等を継続して提供する。

《受診率の向上対策》

受診者について、毎年健診を受けている、不定期受診しているなど受診履歴や動向を分析し、継続受診につながる効果的な受診勧奨の手段等について取り組む。

健診長期未受診者については、未受診理由を把握しその対策に努める。

特に、医療にもかかわらず、健診を受診していない未受診者について把握し、受診に繋げる対策にも取り組む。

20代、30代の若年層への健康診査を継続実施し、特定健診を受ける前段階から健康への意識づけを行う。

《特定健診情報提供事業（トライアングル事業）による健診データ受領》

県・市町村、国保連、医師会、各医療機関と連携し事業の定着、推進していく。

《事業者健診データの受領》

協会けんぽ等関係機関と連携し、事業主の協力が得られるよう働きかける。

《広報活動》

健診受診の広報や必要性を広く浸透させるため、地域や国保事業所への勧奨文書やパンフレットの配布等の取り組みを実施していく。

市民へ健診情報発信としてSNSを活用した広報の検討を行う。

②特定保健指導

《特定保健指導実施率向上へ向けて》

○集団健診のみ健診結果の手渡しと同時に健診結果の説明及び保健指導の実施

平成28年度から開始して、特定保健指導実施率が前年度より大きく上昇したため、今後も継続実施を図る。

○特定保健指導委託機関との情報交換

委託機関と契約時や年度末に情報交換会を行っているが、今後も継続し情報交換や

連携を密に行う事で、特定保健指導利用率向上を図る。

《特定保健指導の内容充実へ向けて》

○血液検査（クレアチニン、eGFR）の追加

糖尿病性腎症重症化予防対策にもつながるが、特定保健指導対象者への血液検査としてクレアチニンと可能な医療機関についてはeGFRを追加し、慢性腎臓病の早期発見に繋げる。

○健康教室の開催

特定保健指導利用者への指導内容の充実、生活習慣改善を継続支援しやすい環境づくりを目的に食事バランス教室、減塩教室、運動相談を開催する。また、若い方が運動しやすい環境整備として夜間の運動相談を開催する。

○保健指導実施者の資質向上へ向けて

沖縄県、国保連及び中部地区医師会主催の研修会等へ参加する事で、保健指導実施者の資質向上を図る。また、二次検査の見方等について、課内研修を定期的に行う。さらに保健指導担当者の情報共有を図るために、毎月課内定例会議を実施する。

（４）特定健診の実施

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

- ① 集団健診（沖縄市役所、沖縄市体育館、産業交流センター他）
- ② 個別健診（県内契約医療機関）

《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る。

《健診実施機関リスト》

特定健診実施機関については、沖縄市のホームページに掲載する。

沖縄市 URL : <http://www.city.okinawa.okinawa.jp>

《特定健診実施項目》

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人

を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。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換えられる。（実施基準第1条4項）

《実施時期》

4月から翌年3月末まで実施する。

《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事から、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する。

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

《代行機関》

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

《健診の案内方法・健診実施スケジュール》

受診率を高めるためには、対象者に認知してもらう事が不可欠である事から、3月中旬に特定健診受診券とがん検診等受診券、さらに特定健診を含むすべての健診についての案内（健診ガイド）を同封し、対象者へ個別に郵送する。また、窓口や郵送での交付に対応し、市民課での転入者への周知や市ホームページや国保だより等の広報誌を活用するなど、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を実施する。

（5）特定保健指導の実施

《実施形態》

特定保健指導の実施については、保険者直接実施（一般衛生部門への執行委任）及び外部委託実施の形態で行う。

《特定保健指導委託基準》

外部委託基準については、高齢者の医療の確保に関する法律及び特定健診・特定保健指導実施基準に基づくものとする。具体的に委託できる者については厚生労働省の定める基準に従う。

《特定保健指導対象者の選定基準》

高齢者の医療の確保に関する法律及び特定健診・特定保健指導実施基準に基づき、下記の方法で特定保健指導のレベルの階層化を行う（図表 3-10）。

【図表 3-10】

腹囲	追加リスク			喫煙歴	対象	
	ア血糖	イ脂質	ウ血压		40歳～64歳	65歳～74歳
≥85 cm (男性)	2つ以上該当			あり	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当					
≥90 cm (女性)	3つ該当			あり	積極的支援	
	2つ該当					
上記以外 でBMI≤ 25	1つ該当					

※上記に該当した者でも、健診受診時に糖尿病・脂質異常症・高血圧症のいずれかで内服治療中の者は特定保健指導の対象とならない。

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

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

ウ血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85 mmHg 以上

要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 3-12）

※2018年度

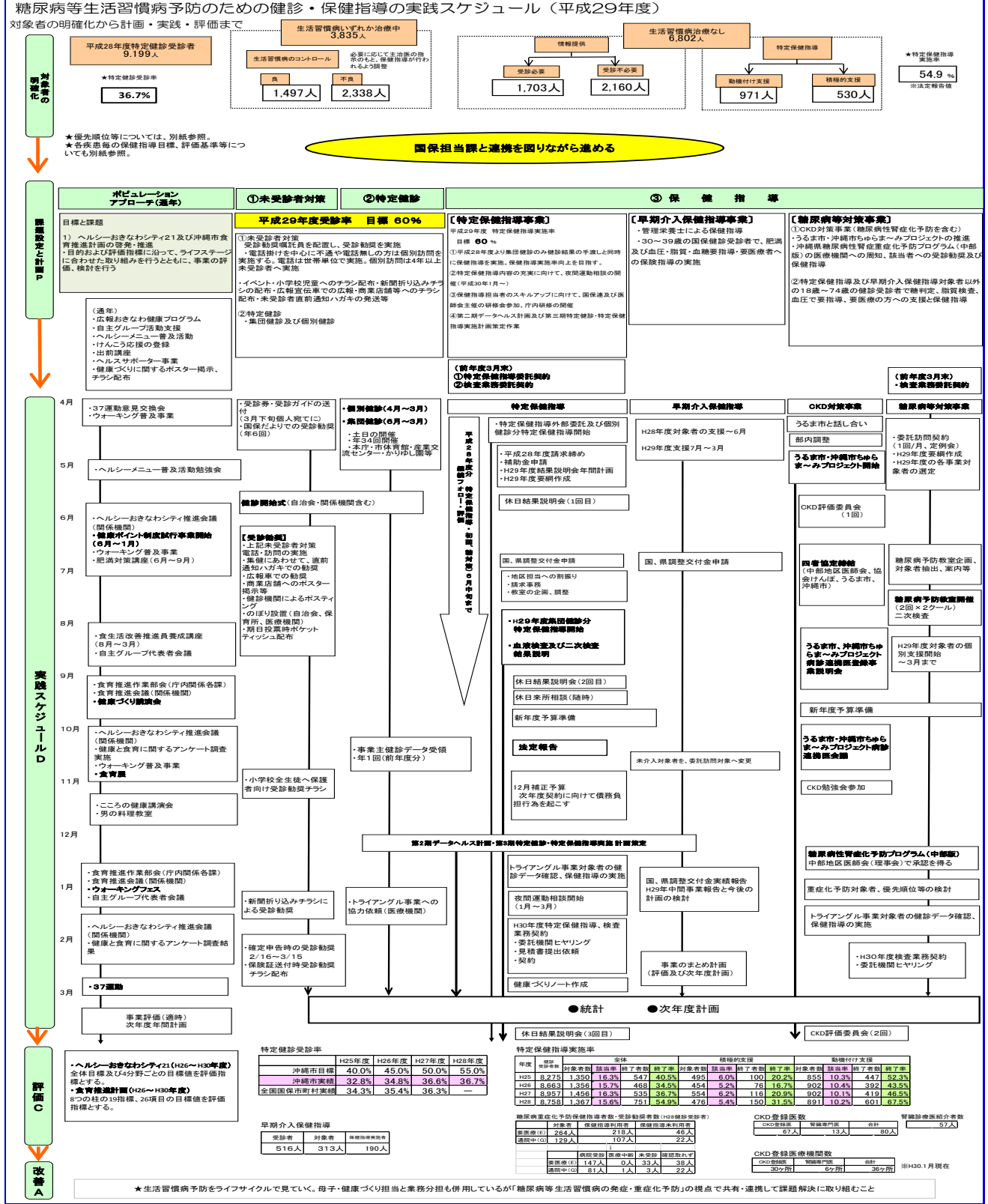
【図表 3-12】

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	1,689人 (16.0%)	55%
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 【具体策】 糖尿病等対策事業での個別支援（訪問・来所・電話）	1,953人 (18.5%)	HbA1c6.5以上については100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（健診受診の重要性の普及啓発、受診勧奨） 【具体策】 電話や訪問による個別受診勧奨広報周知活動、医療機関や職域との連携	15,192人 (59%)	健診未受診者へ電話、訪問、文書等で受診勧奨を実施
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明 【具体策】 血圧、脂質、糖判定で要指導者へ教室等、課事業の案内実施	2,481人 (23.5%)	
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 【具体策】 通院中だがHbA1c 8.0以上の方へ保健指導を実施	4,402人 (41.7%)	

(7) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 3-13)

【図表 3-13】



5. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および沖縄市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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共に、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

6. 結果の報告

実績報告については、特定健康診査等データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

7. 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、遅滞なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、沖縄市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

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、脂質等の検査結果を改善していく事とする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

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、糖尿病等対策事業、うるま市・沖縄市CKD（慢性腎臓病）病診連携医登録事業及び特定保健指導事業において、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診へ働きかける受診勧奨を、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する。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態について広く市民へ周知する。

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となる。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る。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する。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」（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〔中部地区医師会版〕（以下、「沖縄県版プログラム」という。）に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。

なお、取組にあたっては図表4-1を参考に実施する。

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

『重症化予防の基本的な取組の流れ』

【図表 4-1】

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)	○				<input type="checkbox"/>
2	健康課題の把握	○				<input type="checkbox"/>
3	チーム内での情報共有	○				<input type="checkbox"/>
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				<input type="checkbox"/>
5	医師会等への相談(情報提供)	○				<input type="checkbox"/>
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				<input type="checkbox"/>
7	情報連携方法の確認	○				<input type="checkbox"/>
8	対象者選定基準検討		○			<input type="checkbox"/>
9	基準に基づく該当者数試算		○			<input type="checkbox"/>
10	介入方法の検討		○			<input type="checkbox"/>
11	予算・人員配置の確認	○				<input type="checkbox"/>
12	実施方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
13	計画書作成		○			<input type="checkbox"/>
14	募集方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
15	マニュアル作成		○			<input type="checkbox"/>
16	保健指導等の準備		○			<input type="checkbox"/>
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				<input type="checkbox"/>
18	個人情報の取り決め	○				<input type="checkbox"/>
19	苦情、トラブル対応	○				<input type="checkbox"/>
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			<input type="checkbox"/>
21	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			<input type="checkbox"/>
23	D レセプトにて受診状況把握				○	<input type="checkbox"/>
24	D 募集(複数の手段で)		○			<input type="checkbox"/>
25	D 対象者決定		○			<input type="checkbox"/>
26	D 介入開始(初回面接)		○			<input type="checkbox"/>
27	D 継続的支援		○			<input type="checkbox"/>
28	D カンファレンス、安全管理		○			<input type="checkbox"/>
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			<input type="checkbox"/>
30	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	<input type="checkbox"/>
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
34	C 医師会等への事業報告	○				<input type="checkbox"/>
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				<input type="checkbox"/>
36	A 改善点の検討		○			<input type="checkbox"/>
37	A マニュアル修正		○			<input type="checkbox"/>
38	A 次年度計画策定		○			<input type="checkbox"/>

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

2) 対象者の明確化及び進捗管理

(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する。

- ① 医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
- 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数の把握

①対象者の抽出

取組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る。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う。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)を基盤とする(図表 4-2)。

糖尿病性腎症 病期分類(改訂) 【図表 4-2】

病期	尿アルブミン検査 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299)	
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)	
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

「糖尿病性腎症病期分類」では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で病期分類をしている。本市においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、アルブミン尿検査は実施していないため、尿アルブミン値については把

握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では、尿アルブミン定量 (mg/dl) に対応する尿蛋白を、正常アルブミン尿と尿蛋白 (-)、微量アルブミン尿と尿蛋白 (±)、顕性アルブミン尿と尿蛋白 (+) 以上としている事から尿蛋白 (定性) 検査でも腎症病期の推測が可能となる (参考資料 2)。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用いて医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った (図表 4-3)。

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は F:287 人 (32.3%) であった。また、40~74 歳における糖尿病治療者 2,423 人の中のうち、特定健診受診者が G:601 人 (24.8%) であったが、そのうちキ:72 人 (12.0%) は治療中断者であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 I:1,554 人 (64.1%) の中から、過去 (平成 24 年度~) に 1 度でも特定健診受診歴がある者イ:356 人 (22.9%) のうち、オ:112 人 (31.5%) は治療中断者である事が分かった。また、カ:244 人については継続受診中であるが健診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となる。さらに、ウ:339 人は特定健診受診歴がない治療中断者であるため、まずは健診受診勧奨により実態把握に努め、必要に応じて医療機関と連携した介入を行う。

③ 介入方法と優先順位

図表 4-3 より本市においての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)・・・287 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断した者 (オ・キ)・・・184 人
- ・専門職 (保健師、看護師、管理栄養士等) による個別面談、訪問、電話、文書の郵送等で介入し、受診勧奨を行う。

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・529 人
- ・専門職 (保健師、看護師、管理栄養士等) による個別面談、訪問、電話、文書の郵送等で介入し、医療機関と連携した保健指導を実施する。

優先順位 3

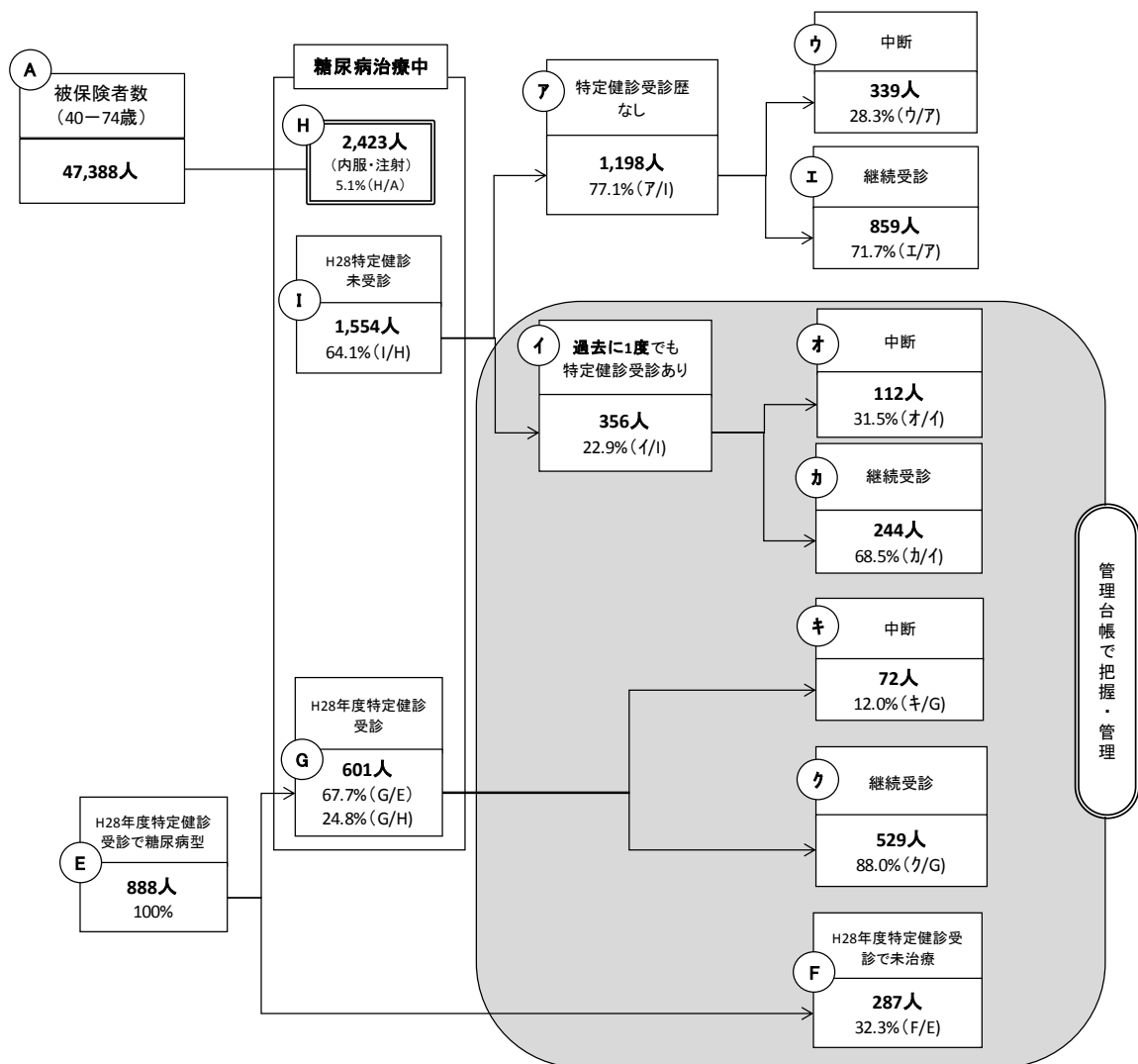
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・244人
- ・専門職（保健師、看護師、管理栄養士等）による個別面談、訪問、電話、文書の郵送等で介入し、医療機関と連携した保健指導を実施する。

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)

【図表 4-3】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



(3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳等の管理用台帳を作成し管理していく。

3) 保健指導の実施

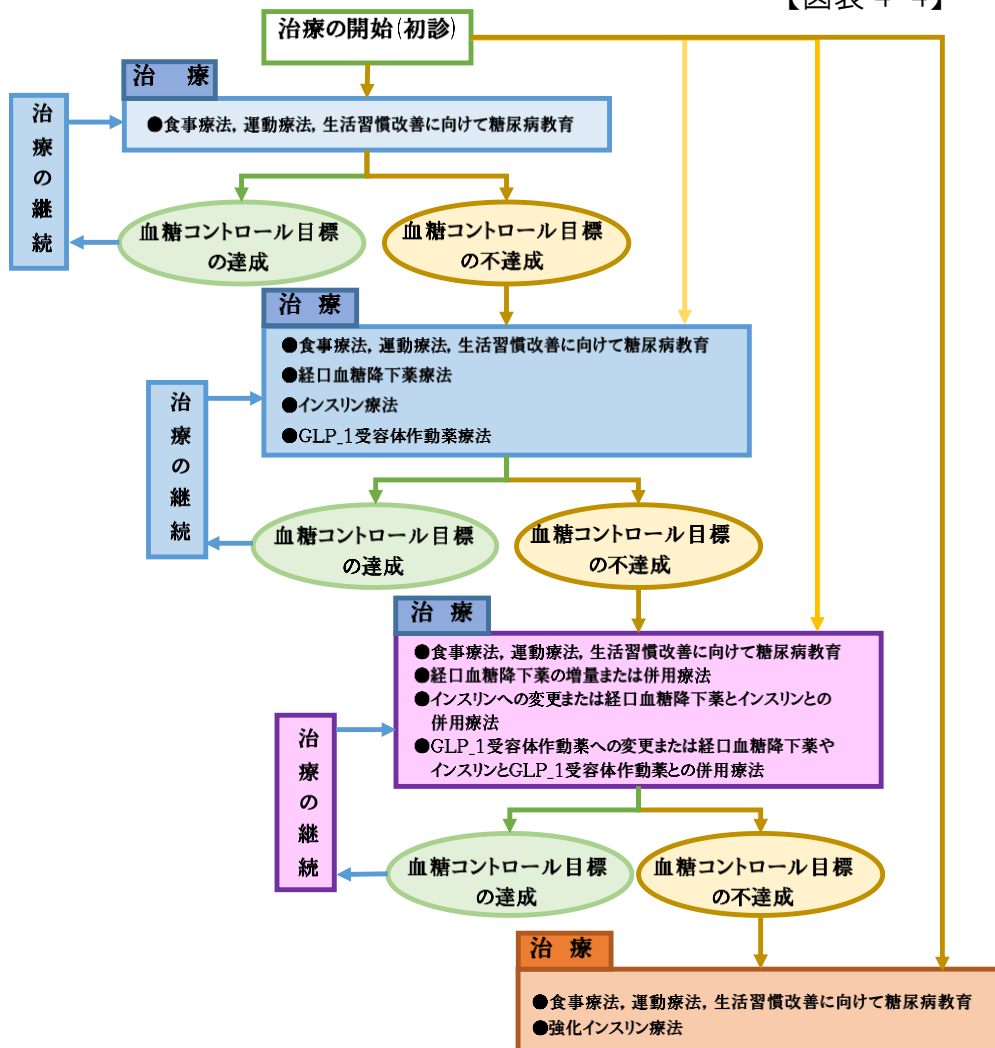
(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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ある。また、腎症の進展と共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くる。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、生活習慣病のリスク因子の有無、尿所見等の検査結果を踏まえ、糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に対象者に応じた保健指導を実施する。

(図表 4-4、4-5 参照)

インスリン非依存状態の治療

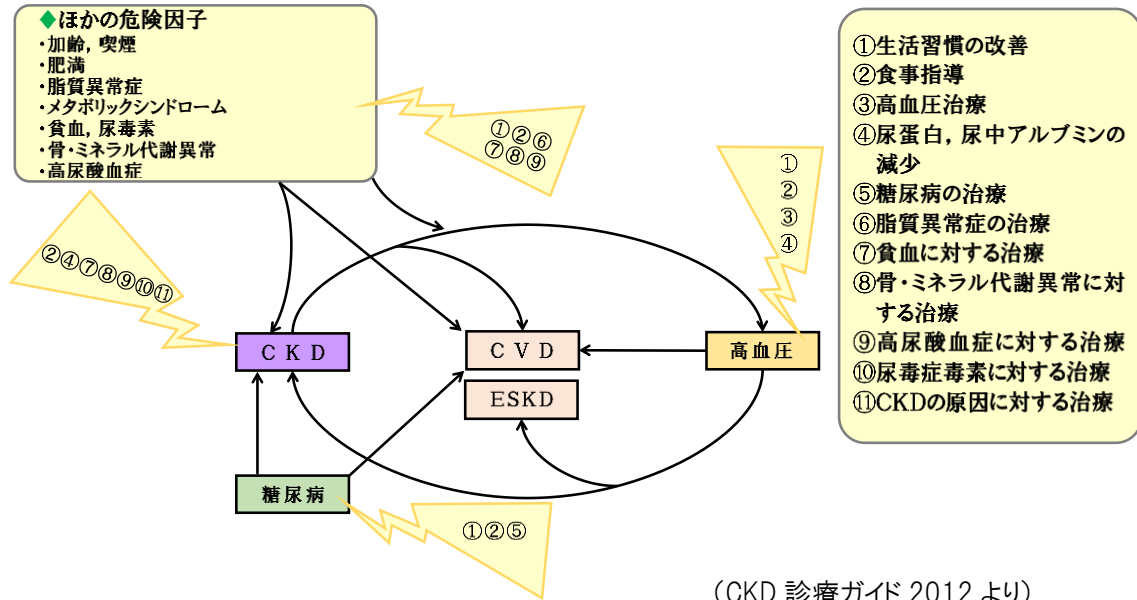
【図表 4-4】



(糖尿病治療ガイド 2016-2017 より)

CKD の 2 つのエンドポイント(ESKD と CVD)をめぐる病態の連鎖と治療介入

【図表 4-5】



(CKD 診療ガイド 2012 より)

(2) 二次検査の活用

特定健診では尿試験紙法による尿蛋白定性検査を実施しており、尿希釈の影響を受け、必ずしも正確な尿蛋白量を反映する結果とはならない事がある。そのため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期の対象者を見逃す恐れがある。糖尿病性腎症重症化ハイリスク者の増加抑制の為、対象者のうち尿蛋白定性 (-)・(±) の者へは、二次検査を活用して、アルブミン尿検査を実施できるようにし、結果に基づき早期介入を行う事で糖尿病性腎症重症化予防を目指す。

<二次検査について>

①対象者

特定保健指導利用者のうち、40 歳～69 歳までの者。

②検査内容

アルブミン尿検査、頸動脈超音波検査、安静時心電図検査、75g ブドウ糖負荷試験
 ※糖尿病を強く疑う者については、75g ブドウ糖負荷試験は実施不可。

【参考】平成 28 年度二次検査におけるアルブミン尿検査の結果より

図表 4-6 は、平成 28 年度の特定保健指導利用者 819 人のうち、二次検査対象となり検査を実施した者の結果である。検査を実施した 336 人のうち、微量アルブミン尿は 36 人 (10.7%)、顕性アルブミン尿は 3 人 (0.9%) であった。これらの有所見者の健診時の尿蛋白定性検査の結果をみみると(図表 4-7)、健診時は尿蛋白(-)

と判定されていたが、アルブミン尿検査の結果、微量アルブミン尿の所見が出た者が27人（75.0%）、顕性アルブミン尿の所見が出た者が1人（33.3%）であった。この結果より、健診結果のみでは糖尿病性腎症重症化予防に向けての早期介入が困難な場合がある事が示唆されたため、二次検査の対象者には積極的にアルブミン尿検査の実施を促していく事が重要である。

二次検査のアルブミン尿検査結果（平成28年度） 【図表 4-6】

検査受診者数 336 (A)		アルブミン尿検査					
		正常範囲		微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿	
		人数(B)	割合(B/A)	人数(C)	割合(C/A)	人数(D)	割合(D/A)
合計		297	88.4%	36	10.7%	3	0.9%
年代	40代	68	20.2%	5	1.5%	1	0.3%
	50代	68	20.2%	9	2.7%	1	0.3%
	60代	161	47.9%	22	6.5%	1	0.3%

二次検査アルブミン尿検査で微量・顕性アルブミン尿の所見が出た者の健診時尿蛋白定性検査の結果 【図表 4-7】

			健診時尿蛋白定性検査（平成28年度）							
			(-)		(±)		(+)		(2+)	
アルブミン尿検査	所見	合計a	人数b	割合b/a	人数c	割合c/a	人数d	割合d/a	人数e	割合e/a
	微量アルブミン尿	36	27	75.0%	2	5.6%	6	16.7%	1	2.8%
	顕性アルブミン尿	3	1	33.3%	0	0.0%	1	33.3%	1	33.3%

4) 医療との連携

うるま市・沖縄市CKD（慢性腎臓病）病診連携医登録事業における病診連携システム等を活用し、医療機関受診後においてもかかりつけ医と腎臓専門医が連携して重症化予防を図る体制づくりに努める。治療中の者については糖尿病連携手帳等を活用し、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うなど、情報共有を図り支援を行う。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

65歳以上の対象者において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、高齢福祉課、地域包括支援センター等の関係機関と連携を図る。

6) 評価

評価を行うにあたり、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて、年1回行うものとする。その際は管理用台帳及びKDB等の情報を活用する。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防取組評価（参考資料3）を活用する。

(1) 短期的評価

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

- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳等から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で20%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

7) 実施期間及びスケジュール

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 5月 | 対象者の選定基準の決定 |
| 5月 | 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定 |
| 6月～ | 特定健診結果が届き次第、管理台帳に記載し、順次対象者へ介入（通年） |
| 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組にあたっては「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」、「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版」等を参考にする（参考資料 4 参照）。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては「脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」等を参考にする。（参考資料 5 参照）

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 安静時心電図検査からの把握

安静時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つである。「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）事から、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

沖縄市において平成 28 年度（2016 年度）の健診受診者 9,397 人のうち心電図検査実施者は 118 人（1.3%）であり、そのうち ST 所見があったのは 1 人であった（図表 4-8）。また ST 所見ありの 1 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると医療機関受診有であった（図表 4-9）。

沖縄市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、安静時心電図検査は重要な検査と考えられる。平成 30 年度（2018 年度）から特定健診における詳細健診では安静時心電図検査の条件が緩和される事で検査実施者が増加し、ST 所見の早期発見につながる事が期待される。また、「二次検査」も引き続き積極的に勧めていく事が有効である。

安静時心電図検査結果

【図表 4-8】

	健診受診者数(a)		安静時心電図検査(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	9,397	100.0%	118	1.3%	1	0.8%	30	25.4%	87	73.7%

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 4-9】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%

② 安静時心電図以外からの把握

特定健診の詳細健診による安静時心電図検査を実施していない被保険者も多い。安静時心電図検査を実施していない場合、図表 4-10 に沿って虚血性心疾患のリスクのある対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム (②-1) 又は LDL コレステロール (②-2) に関連する事からタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

安静時心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 4-10】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	9,397	1 0.0%	30 0.3%	87 0.9%	9,279 98.7%
メタボ該当者	1934 20.6%	0 0.0%	3 0.2%	10 0.5%	1921 99.3%
メタボ予備群	1,340 14.3%	0 0.0%	3 0.2%	14 1.0%	1,323 98.7%
メタボなし	6,123 65.2%	1 0.0%	24 0.4%	63 1.0%	6,035 98.6%
LDL	140-159 16.7%	0 0.0%	5 0.5%	9 0.9%	1,007 98.6%
	160-179 7.2%	0 0.0%	2 0.5%	6 1.4%	431 98.2%
	180- 4.6%	0 0.0%	1 0.4%	6 2.1%	274 97.5%

【参考】

CKD	G3aA1~	1,379	0	2	3	1,374
		14.7%	0.0%	0.1%	0.2%	99.6%

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 4-11 の問診が重要である。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る。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導と受診勧奨を行う。特に治療が必要にもかかわらず医療機関未受診または治療中断者に対して受診勧奨を行う。また、治療中でリスクが高い者に対して、医療機関と連携した支援を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 4-11】

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

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

(2) 二次検査の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、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るため、対象者には二次検査にて安静時心電図検査、頸動脈超音波検査及びアルブミン尿検査を実施していく。

参考：二次検査における安静時心電図検査結果から

図表 4-12 は、特定保健指導利用者のうち、二次検査として安静時心電図検査を実施した結果となっている。平成 28 年度（2016 年度）の特定保健指導利用者 805 人中、安静時心電図検査を実施した者は 100 人（12.4%）で、そのうち ST 所見が見られたのは 5 人（5.0%）となっている。これは前述の詳細健診より有所見率が高い。二次検査の安静時心電図検査は特定保健指導利用者を対象としており、肥満をはじめ何らかの動脈硬化の促進リスクが重なる者は、虚血性疾患のリスクが高い事が示唆された。

また平成 28 年度（2016 年度）は安静時心電図検査を年度途中の平成 28 年 9 月より実施したが、平成 29 年度（2017 年度）以降は年度初めより実施している。そのため安静時心電図検査実施者が増える事が考えられ、ST 所見の早期発見につながるものと想定される。

平成28年度(2016年度)の二次検査における安静時心電図検査結果

【図表 4-12】

※平成28年9月～実施

検査受診者数 100人 (a)		安静時心電図検査					
		異常なし		ST所見あり		その他所見	
		人(b)	% (b/a)	人(c)	% (c/a)	人(d)	% (d/a)
合計		59	59.0%	5	5.0%	36	36.0%
年代	40代	23	23.0%	0	0.0%	7	7.0%
	50代	15	15.0%	2	2.0%	15	15.0%
	60代	21	21.0%	3	3.0%	19	19.0%

二次検査でST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
5	100.0%	3	60.0%	3	100.0%	0	0.0%

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)、LDL コレステロール等が高リスクである事から、虚血性心疾患重症化予防対象者の管理は、それらに関連させた管理用台帳を今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断である事を把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは医療機関と連携を図る体制づくりに努める。医療情報については、個人情報に配慮した上で医療機関と対象者、KDB 等のシステムを活用しデータの情報収集を図る。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

65歳以上の対象者において、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、高齢福祉課、地域包括支援センター等の関係機関と連携を図る。

6) 評価

評価を行うにあたり、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて年1回行うものとする。その際は管理用台帳やKDB等の情報を活用する。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第、管理台帳に記載し、順次対象者へ介入（通年）
- 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組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 4-13、4-14)

【脳卒中の分類】

【図表 4-13】

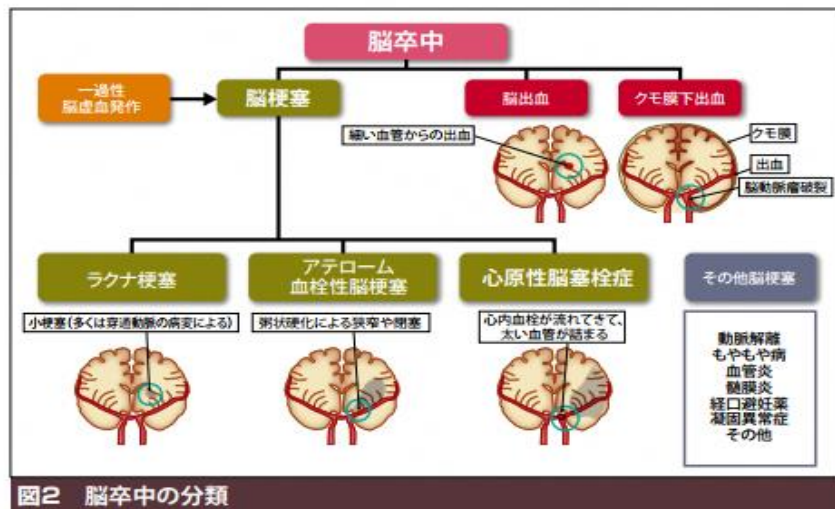


図2 脳卒中の分類

(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 4-14】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 4-15 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。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を明確にしていく。

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 4-15】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○
	心原性脳梗塞	●			●		○	○
脳出血	脳出血	●						
	くも膜下出血	●						
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタ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40未満)
受診者数 9,199人		411人 4.5%	656人 7.1%	435人 4.7%	1人 0.0%	1877人 20.4%	182人 2.0%	284人 3.1%
治療なし		244人 3.9%	279人 3.4%	396人 5.4%	0人 0.0%	418人 7.8%	47人 0.9%	76人 1.4%
治療あり		167人 5.6%	377人 46.4%	39人 2.1%	1人 0.0%	1459人 38.0%	135人 3.5%	208人 5.5%
臓器障害あり		20人 8.2%	27人 9.7%	21人 5.3%	0人 --	28人 6.7%	47人 100.0%	76人 100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	20人	26人	20人	0人	28人	47人	76人
	尿蛋白(2+)以上	12人	16人	5人	0人	13人	47人	6人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	5人	4人	8人	0人	8人	0人	5人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	6人	10人	9人	0人	10人	6人	76人
	心電図所見あり	0人	1人	1人	0人	0人	0人	0人

脳血管疾患において、高血圧は最も重要なリスク因子である。図表 36 の重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 411 人 (4.5%) であり、そのうち 244 人 (3.9%) は未治療者であった。また、未治療者のうち 20 人 (8.2%) 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ある。また、治療中であってもⅡ度高血圧である者も 167 人 (5.6%) いる事がわかった。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る。

(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リスク因子であるが、高血圧以外のリスク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

る。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る。(図表 4-16)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 4-16】

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	6,210	2,593	1,326	1,107	940	190	54	
	41.8%	21.4%	17.8%	15.1%	3.1%	0.9%		
リスク第1層	964	616	165	90	80	10	3	
	15.5%	23.8%	12.4%	8.1%	8.5%	5.3%	5.6%	
リスク第2層	3,341	1,391	743	583	502	99	23	
	53.8%	53.6%	56.0%	52.7%	53.4%	52.1%	42.6%	
リスク第3層	1,905	586	418	434	358	81	28	
	30.7%	22.6%	31.5%	39.2%	38.1%	42.6%	51.9%	
再掲 重複あり	糖尿病	503	139	105	116	113	23	7
		26.4%	23.7%	25.1%	26.7%	31.6%	28.4%	25.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	816	280	174	164	143	39	16
	42.8%	47.8%	41.6%	37.8%	39.9%	48.1%	57.1%	
3個以上の危険因子	1,018	257	235	263	204	48	11	
	53.4%	43.9%	56.2%	60.6%	57.0%	59.3%	39.3%	

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
80	512	592
1.3%	8.2%	9.5%
80	10	3
100%	2.0%	0.5%
--	502	122
	98.0%	20.6%
--	--	467
		78.9%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 4-16 は血圧に基づいた脳・心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いた人数となっ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ってくる。

【参考】リスク層(血圧以外の予後影響因子)について (表3-1参照)

- ・リスク第1層: 予後影響因子がない
- ・リスク第2層: 糖尿病以外の1~2個の危険因子、3項目を満たすメタボリックシンドロームのいずれかがある
- ・リスク第3層: 糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、4項目を満たすメタボリックシンドローム、3個以上の危険因子のいずれかがある

表3-1 高血圧管理計画のためのリスク層別化に用いる予後影響因子

A. 心血管病の血圧値以外の危険因子	B. 臓器障害/心血管病
高齢 (65歳以上)	脳 脳出血・脳梗塞 無症候性脳血管障害 一過性脳虚血発作
喫煙	心臓 左室肥大 (心電図, 心エコー) 狭心症, 心筋梗塞, 冠動脈再建術後 心不全
脂質異常症¹⁾ 低HDLコレステロール血症 (<40mg/dL) 高LDLコレステロール血症 (≥140mg/dL) 高トリグリセリド血症 (≥150mg/dL)	腎臓 蛋白尿・アルブミン尿 低いeGFR*2 (<60mL/分/1.73m ²) 慢性腎臓病 (CKD), 確立された腎疾患 (糖尿病性腎症, 腎不全など)
肥満 (BMI ≥ 25) (特に内臓脂肪型肥満)	血管 動脈硬化性プラーク 頸動脈内中膜複合体厚 ≥ 1.1mm 大血管疾患 末梢動脈疾患 (足関節上腕血圧比値: ABI ≤ 0.9)
メタボリックシンドローム	眼底 高血圧性網膜症
若年 (50歳未満) 発症の心血管病の家族歴	
糖尿病 空腹時血糖 ≥ 126mg/dL 負荷後血糖2時間値 ≥ 200mg/dL 随時血糖 ≥ 200mg/dL HbA _{1c} ≥ 6.5% (NGSP)	

¹⁾ 空腹時採血によりLDLコレステロールはFriedewaldの式 (TC-HDL-C - TG/5) で計算する。TG400 mg/dL以上や食後採血の場合にはnonHDL-C (TC-HDL-C) を使用し、その基準はLDL-C + 30 mg/dLとする

²⁾ eGFR (推算糸球体濾過量) は下記の血清クレアチニンを用いた推算式 (eGFR_{crea}) で算出するが、筋肉量が極端に少ない場合は、血清シスタチンを用いた推算式 (eGFR_{cys}) がより適切である。
eGFR_{crea} (mL/分/1.73m²) = 194 × Cr^{-1.094} × 年齢^{-0.287} (女性は × 0.739)
eGFR_{cys} (mL/分/1.73m²) = (104 × Cys^{-1.019} × 0.996^男) (女性は × 0.929) - 8

(高血圧治療ガイドライン 2014 より引用)

(3) 心電図検査における心房細動の実態

脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる割合が高い心原性脳塞栓症は、心臓にできた血栓が血流に乗って脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然つまらせて発症するタイプの脳梗塞である。心原性脳塞栓症の主な原因と言われているのが、不整脈の一種であり高齢者ほど有病率が高いといわれる心房細動である。心房細動があると心臓内に血栓ができやすく、それが剥がれて脳血管に流れ込むと太い部分でつまって心原性脳梗塞を発症させると言われている。心原性脳塞栓症の発症予防には、心房細動の早期発見が重要であり、心電図検査によって検出する事が可能である。図表 4-17 は特定健診（詳細健診）受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 4-17】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	22	96	1	4.5%	0	0.0%	-	-
40歳代	2	27	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	6	32	0	0.0%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	8	35	0	0.0%	0	0.0%	1.9	0.4
70～74歳	6	2	1	16.7%	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

心房細動有所見者の治療の有無 【図表 4-18】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%

※未治療者1人:医療機関で経過観察中。

心電図検査受診者 118 人のうち、心房細動有所見者は 1 人 (0.8%) であった。心房細動は脳梗塞発症のリスク因子であるため、有所見者には医療機関の受診勧奨を行う。また、対象者を早期発見・早期介入するために、特定健診及び二次検査において心電図検査を活用する。

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、治療が必要にも関わらず医療機関未受診である場合は受診勧奨と対象者に応じた保健指導を行う。また、過去に治療中だったが、現在中断している事が把握できた場合も同様に受診勧奨を行う。治療中だ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う。

(2) 二次検査の実施

脳血管疾患重症化予防対象者においては、健診結果と合わせて血管変化を早期に捉えて介入していく必要があるため、対象者には二次検査で心電図検査、頸動脈エコー検査及びアルブミン尿検査を実施していく。

【参考】二次検査：心電図検査及び頸動脈超音波検査（平成28年度）より

二次検査での心電図検査の結果（図表4-19）、心房細動の有所見者はいなかったが、心房細動と同様に脳梗塞発症のリスク因子となる心房粗動の有所見者が1人（1.0%）いた。また、頸動脈超音波検査の結果（図表4-20）、軽度動脈硬化は142人（42.3%）、中等度動脈硬化は22人（6.5%）、高度動脈硬化は5人（1.5%）であった。各所見において年代が上がるにつれて有所見者の割合も高くなる傾向がみられた。要医療判定の有所見者に対して医療機関への受診勧奨を行うと共に、動脈硬化の悪化及び脳血管疾患発症の予防のため、必要に応じて保健指導を行い生活習慣の改善を図り、支援していく必要がある。

二次検査：心電図検査（平成28年度）における心房細動有所見者状況【図表4-19】

検査受診者数(人)	心房細動		心房粗動	
	人数(B)	割合(B/A)	人数(C)	割合(C/A)
100 (A)				
60代	0	0.0%	1	1.0%

※現在治療中。

二次検査：頸動脈超音波検査における動脈硬化の評価結果（平成28年度）

【図表4-20】

検査受診者数(人)	動脈硬化の評価							
	正常		軽度動脈硬化		中等度動脈硬化		高度動脈硬化	
	人数(B)	割合(B/A)	人数(C)	割合(C/A)	人数(D)	割合(D/A)	人数(E)	割合(E/A)
336 (A)								
合計	166	49.4%	142	42.3%	22	6.5%	5	1.5%
40代	56	16.7%	17	5.1%	1	0.3%	0	0.0%
50代	37	11.0%	37	11.0%	4	1.2%	0	0.0%
60代	73	21.7%	88	26.2%	17	5.1%	5	1.5%

(3) 対象者の管理

対象者の管理は、管理台帳等を活用する。過去の健診受診歴なども踏まえ、血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、安静時心電図検査、頸動脈超音波検査、服薬状況等の経過を確認し、未治療者や治療中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断である事を把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けて医療機関と連携を図り保健指導を実施する。医療情報については、個人情報に配慮した上で医療機関や対象者、KDB等のシステムを活用しデータの情報収集を図る。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

65歳以上の対象者において、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、高齢福祉課、地域包括支援センター等の関係機関と連携を図る。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて、年1回行うものとする。その際は管理台帳やKDB等の情報を活用する。また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行う。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

- 5月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
- 6月～ 特定健診結果が届き次第、管理台帳に記載し、順次対象者へ介入（通年）
- 3月 評価

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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として（図表 4-21・4-22）、沖縄県は 35 歳～64 歳の早世死亡率は各年代で全国上位（1 位～6 位）となっている（図表 4-23）。

医療機関への受診状況をみると、入院受療率が全国の 1.16 倍に対し、外来受療率は全国の 0.76 倍と重症化疾患発症後の医療受療率が多い（図表 4-24）。さらに特定健診結果では肥満の割合が全国一高い（図表 4-25）等の特性や健康課題があり、若い世代からの健診受診の勧めや生活習慣の振り返り、必要な場合は早めの医療機関受診を勧める事等を市民へ周知していく。（参考資料：第 7 次沖縄県医療計画より）

また、健康寿命の延伸を全体目標とした「ヘルシーおきなわシティ 21」に基づき、健康行動や生活習慣の変容を支援する施策及び取り組みを実施する。

（1）広報・ホームページ等を活用した周知・啓発

生活習慣病の予防と重症化予防についての情報・知識を広く市民に周知啓発する。

（2）個人へのインセンティブの実施

「おきはくん健康ポイント事業」を実施し、健診やがん検診の受診、健康づくり事業へ参加してもらう事で、市民が自主的にまた継続して健康づくりに取り組むための仕組みをつくり、継続して実施する。

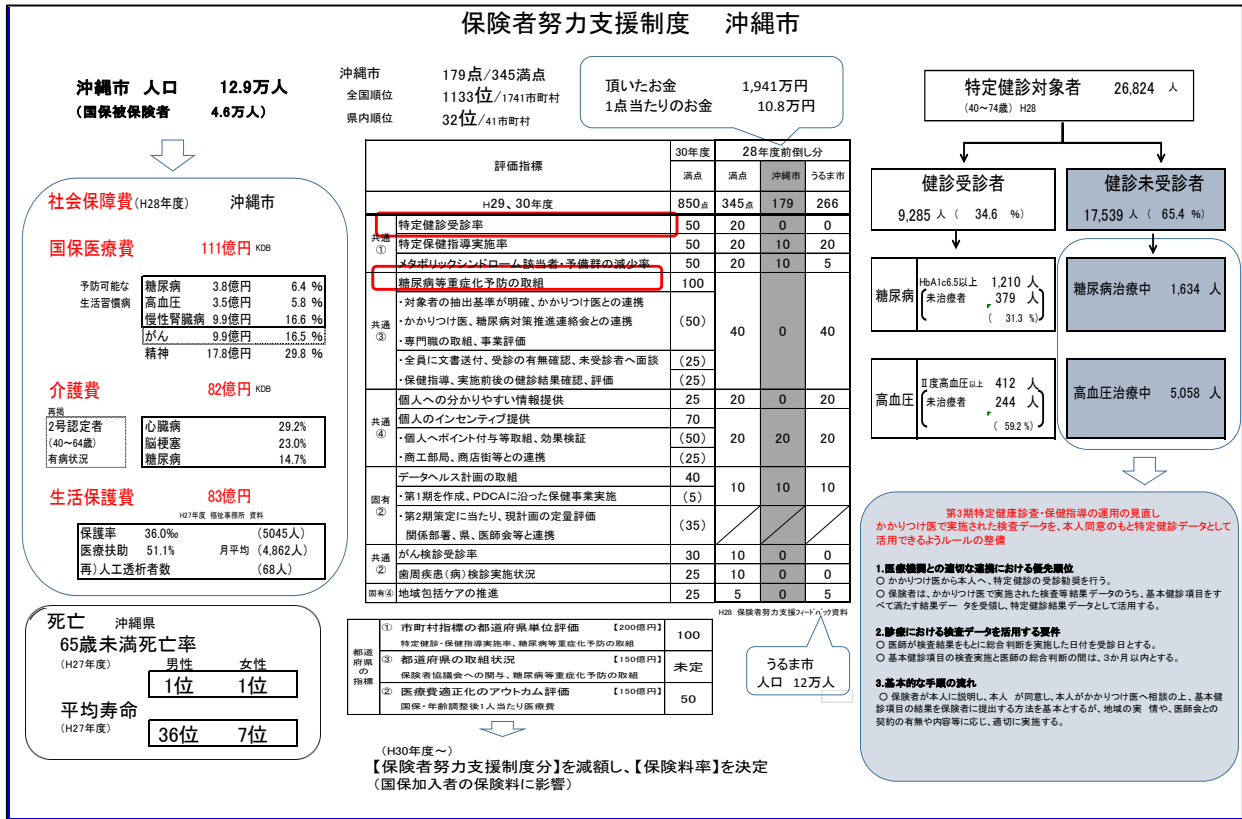
（3）健康づくり講演会や各種健康教室の開催

健康づくり講演会、ウォーキング普及事業、肥満対策講座、自主グループ活動支援等、広く市民が参加できるイベントや健康教室を開催する。

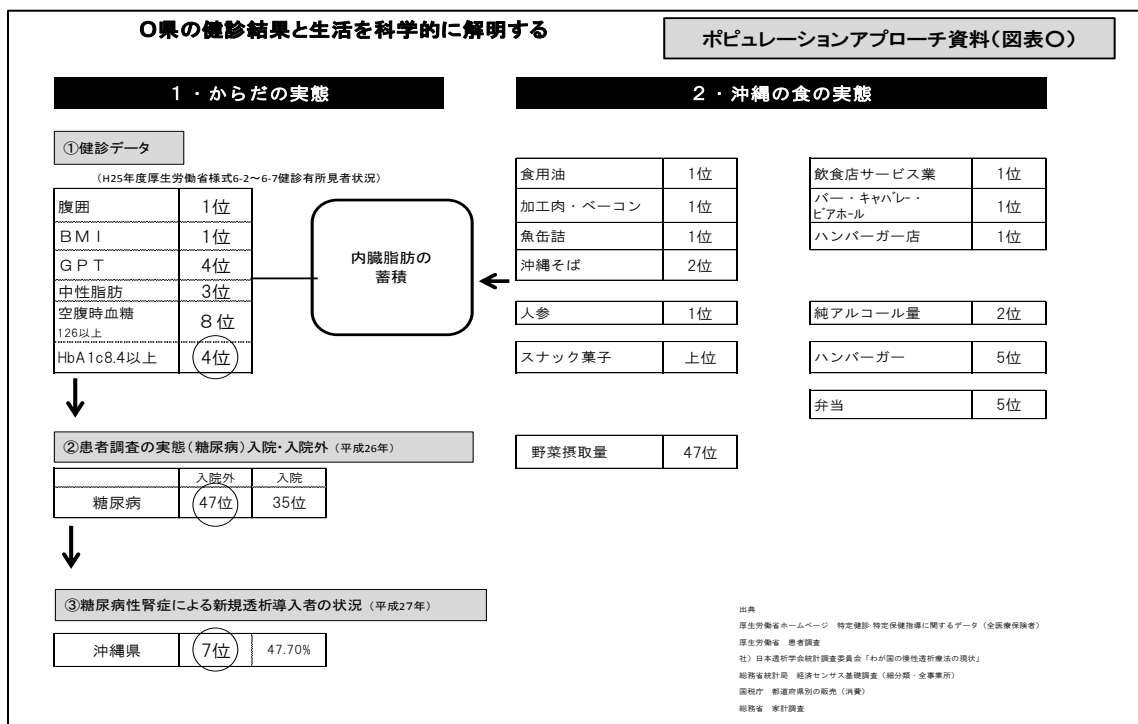
（4）地域を拠点とした健康づくりの実施

自治会を拠点として、医師等による健康講話、ヘルシーメニューの調理実習、運動実技、健康づくりイベント等を実施する。

【図表 4-21】



【図表 4-22】



年齢階層別死亡率（沖縄県）

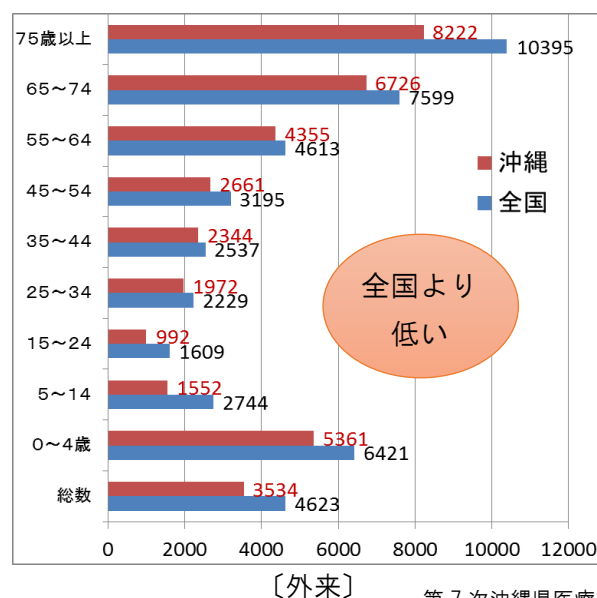
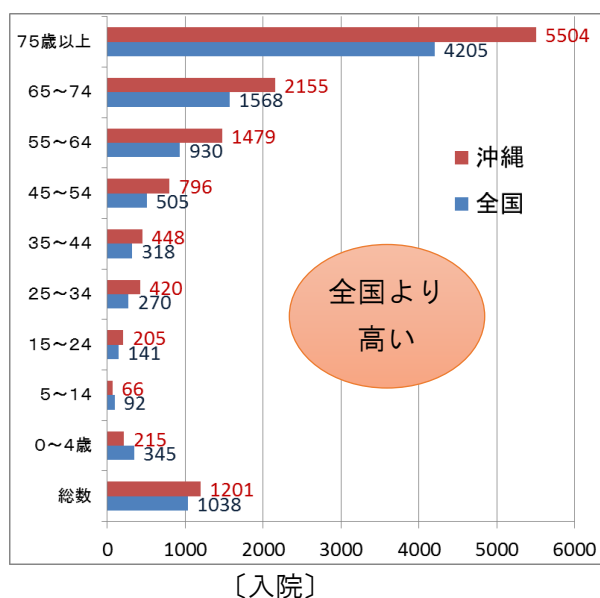
【図表 4-23】

		年齢階層別死亡率																	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-
男	値	62.1	11.8	9.5	36.1	50.5	61.6	63.7	119.0	157.7	252.0	439.2	637.7	1,037.0	1,344.8	2,141.0	3,189.6	5,517.0	13,098.2
	順位	19	17	22	10	30	24	27	1	3	3	2	3	3	12	20	42	47	47
女	値	44.4	17.3	10	10.1	20.1	20.2	41.6	73.5	121.1	134.1	204.8	279.1	448.0	440.7	813.0	1,522.0	2,757.4	9,677.4
	順位	31	12	17	36	22	38	10	1	1	6	5	4	3	46	43	36	47	47

出典：人口動態統計特殊報告（第7次沖縄県医療計画より）

疾病・受療の動向（沖縄県） H26年10月調査

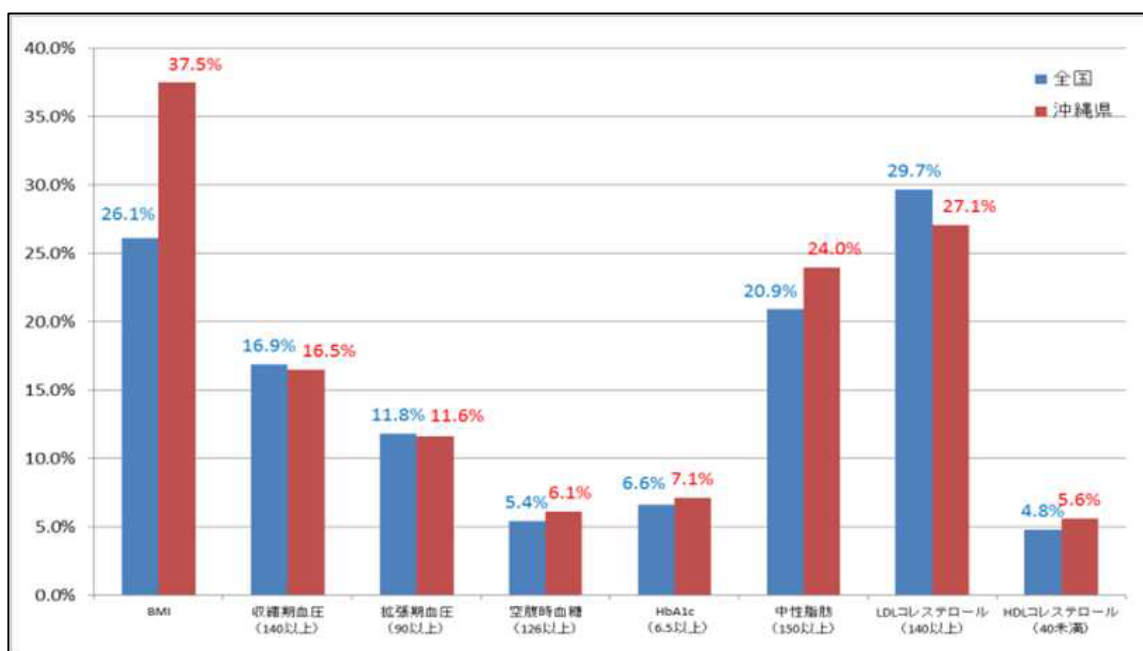
【図表 4-24】



第7次沖縄県医療計画より

特定健診での有所見率（平成26年度）

【図表 4-25】



※BMIが高く（全国1位）、血糖値や中性脂肪も全国を上回る。

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平成52年（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後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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る。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、国保加入者の重症化予防を推進する事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る。要介護状態になる事がないよう、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータ等を活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事もできる。

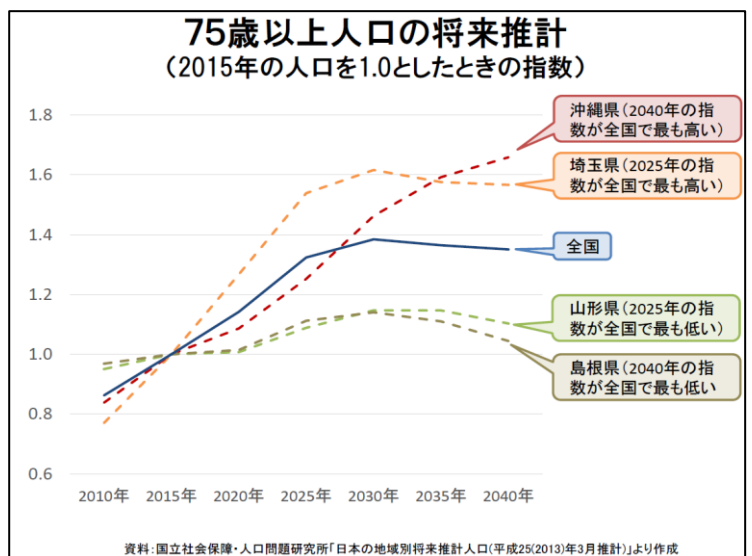
本県は、75歳以上人口の将来推計は、平成27年（2015年）の人口を1.0としたときの指数で平成42年（2040年）が1.66と全国一高くなると推計されている。（図表5-1）

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、総医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況を踏まえ、高齢者が地域で元気に暮らす為にも、生活習慣病の予防と重症化予防の対策は国保または市にとっても非常に重要である。

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、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける事ができるよう、個人の状況に応じて医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要である。

かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていく事につながる。

【図表5-1】



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度（2020年度）に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度（2023年度）においては、次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る。

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事が求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標から評価が求められている（図表6-1）。

※評価における4つの指標（参考資料6）

【図表6-1】

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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・設定した目標に達する事ができたか （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う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うと共に、個々の健診結果の改善度を評価する。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。

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事が重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、中部地区医師会などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・周知に当たっては、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ある。

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る。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた沖縄市の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 4 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 5 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 6 評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた沖縄市の位置

↑は悪化、↑は改善、↑は傾向など。

*変更箇所は黄色、特徴は灰色セル

項目	H25年度		H28年度		H28年度		H28年度		H28年度		データ元 (CSV)				
	沖縄市		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					
1	人口構成	総人口	138,962		141,717 ↑		12,672,078		1,373,576		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 ※沖縄市人口は年度末3月時点。 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題			
		65歳以上 (高齢化率)	23,072	16.6%	26,444	18.7% ↑	2,924,766	23.1	239,486	17.4	28,020,766		23.2		
		75歳以上	11,735	8.4%	13,262	9.4%			119,934	8.7	13,989,864		11.2		
		65~74歳	11,337	8.2%	13,182	9.3%			119,552	8.7	15,030,902		12.0		
		40~64歳	45,567	32.8%	46,357	32.7%			448,207	32.6	42,411,922		34.0		
39歳以下	70,323	50.6%	68,916	48.6% ↓			685,883	49.9	53,420,287	42.8					
2	産業構成	第1次産業	1.4		1.3		3.8		4.9		4.0	KDB_NO.3及び 国勢調査(H27)より			
		第2次産業	16.9		16.6		27.7		15.1		25.0				
		第3次産業	81.8		82.1		68.5		80.0		71.0				
3	平均寿命	男性	79.4(30位)		80.3(36位) ↓		79.7		80.3(36位) ↓		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握 ※平均寿命は都道府県別生命表(H27/H27)。健康寿命は厚労省より(※は全国順位)			
		女性	87.0(3位)		87.4(7位) ↓		86.4		87.4(7位) ↓		87.0				
4	健康寿命	男性	63.5		63.5		65.3		64.5		65.2				
		女性	66.8		66.8		66.9		66.5		66.8				
2	死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性 103.1		101.9 ↓		99.1		97.8		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			女性 94.9		98.7 ↓		100.7		87.5		100				
		死因	がん	247	51.1	258	50.6	36,947	49.6	2,965	48.0		367,905	49.6	
			心臓病	129	26.7	134	26.3	19,873	26.7	1,600	25.9		196,768	26.5	
			脳疾患	49	10.1	56	11.0	11,361	15.3	893	14.5		114,122	15.4	
			糖尿病	17	3.5	20	3.9	1,352	1.8	187	3.0		13,658	1.8	
			腎不全	18	3.7	21	4.1	2,517	3.4	243	3.9		24,763	3.3	
			自殺	23	4.8	21	4.1	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	200	21.6	201	20.5			2,049		18.1	136,944	10.5
				男性	138	28.1	124	24.7			1,386		23.1	91,123	13.5
		女性	62	14.2	77	16.1			663	12.4	45,821	7.2			
3	①	介護保険	1号認定者数 (認定率)	4,602	22.5	4,803 ↑	24.0	606,911	20.6	54,602	22.9	5,885,270	21.2		
			新規認定者	80	0.3	9	0.3	10,532	0.3	122	0.3	105,636	0.3		
			2号認定者	204	0.5	226	0.5	16,126	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	883	18.5	906	17.9	131,492	20.8	10,612	18.3	1,350,152	22.1		
			高血圧症	2,095	42.4	2,158	42.4	305,339	48.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	1,269	25.9	1,354	26.6	170,230	26.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
			心臓病	2,311	47.0	2,386	47.0	348,224	55.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
			脳疾患	1,221	24.8	1,255	24.5	154,233	24.7	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
			がん	366	7.7	423	8.1	59,555	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3		
			筋・骨格	2,124	43.6	2,213	42.9	298,840	47.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
精神	1,426	28.8	1,599	30.2	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)	64,566		63,737		58,724		71,386		58,284				
		居宅サービス	48,574		49,811		39,936		52,569		39,662				
		施設サービス	287,026		279,636		280,447		282,196		281,186				
④	医療費等	要介護認定別	10,315		10,207		7,890		9,703		7,980				
		医療費 (40歳以上)	4,319		4,538		3,777		4,397		3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数	51,168		46,231 ↓		3,125,566		444,291		32,587,866			
			65~74歳	8,162	16.0	9,091	19.7 ↑			103,448	23.3	12,461,613	38.2		
			40~64歳	19,259	37.6	17,108	37.0			168,937	38.0	10,946,712	33.6		
	39歳以下	23,747	46.4	20,032	43.3 ↓			171,906	38.7	9,179,541	28.2				
		加入率	39.6		35.8 ↓		24.7		32.3		26.9				
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	11	0.2	11	0.2	859	0.3	94	0.2	8,255	0.3		
			診療所数	69	1.3	70	1.5	9,318	3.0	874	2.0	96,727	3.0		
			病床数	2,018	39.4	2,040	44.1	160,666	51.4	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
			医師数	369	7.2	391	8.5	26,206	8.4	3,552	8.0	299,792	9.2		
			外来患者数	448.9		454.0		686.1		507.9		668.1			
	入院患者数	17.0		16.9		19.2		20.0		18.2					
③	医療費の状況	一人当たり医療費	18,108		19,540 ↑		25,233		22,111		24,245				
				県内31位 同規模103位											
		受診率	465,855		470,853 ↑		705,382		527,86		686,286				
		外来	費用の割合	55.2		53.8		59.7		52.4		60.1			
			件数の割合	96.4		96.4		97.3		96.2		97.4			
		入院	費用の割合	44.8		46.2 ↑		40.3		47.6		39.9			
			件数の割合	3.6		3.6		2.7		3.8		2.6			
	1件あたり在院日数	15.9日		16.7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 最大医療資源疾病名 (調剤含む)	がん	896,972,710	14.4	987,834,520	16.5	25.2		17.3		25.6				
		慢性腎不全 (透析あり)	996,403,640	16.0	992,306,020	16.6	9.9		16.0		9.7				
		糖尿病	397,638,560	6.4	383,774,260	6.4	9.7		7.0		9.7				
		高血圧症	468,041,760	7.5	347,062,200	5.8	8.6		6.3		8.6				
		精神	1,852,772,280	29.7	1,780,636,050	29.9	17.7		28.0		16.9				
	筋・骨格	689,565,170	11.1	765,563,480	12.8 ↑	14.6		13.1		15.2					

【参考資料3】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 6

都道府県 沖縄県

市町村名

沖縄市

項目	統合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
		28年度		29年度		30年度		28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	48,068人							KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	② (再掲)40-74歳		26,824人									
2	① 対象者数	B	23,885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	9,199人									
	③ 受診率		38.5%									
3	① 特定保健指導 対象者数		1,367人									
	② 実施率		54.9%									
4	健診データ	① 糖尿病型	E	1,179人	12.8%						特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	367人	31.1%							
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	812人	68.9%							
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上かつ空腹時血糖130以上	J	491人	60.5%							
		⑤ 血圧 130/80以上		300人	61.1%							
		⑥ 肥満 BMI25以上		324人	66.0%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	323人	39.8%							
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M		820人	69.6%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)			174人	14.8%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)			163人	13.8%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満			24人	2.0%						
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		52.6人						KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		91.9人								
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)		12,222件	(466.5)			16,628件	(752.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ (再掲)40-74歳 (内)は糖尿病者対	入院(件数)		59件	(2.3)			102件	(4.6)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,526人	5.3%						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		2,465人	9.2%							
		⑦ 健診未受診者	I	1,653人	67.1%							
		⑧ インスリン治療	O	199人	7.9%							
		⑨ (再掲)40-74歳		193人	7.8%							
		⑩ 糖尿病性腎症	L	276人	10.9%							
		⑪ (再掲)40-74歳		269人	10.9%							
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		84人	3.33%							
		⑬ (再掲)40-74歳		83人	3.37%							
		⑭ 新規透析患者数		12	14.3%							
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		7	58.3%							
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		74人	3.0%						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		110億6448万円				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		59億8271万円				52億3304万円				
		③ (総医療費に占める割合)		54.1%				56.4%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		6,597円				7,366円			
		⑤ 健診未受診者		39,028円				34,199円				
		⑥ 糖尿病医療費		3億8377万円				5億0688万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		6.4%				9.7%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		14億0097万円								
		⑨ 1件あたり		42,948円								
		⑩ 糖尿病入院総医療費		10億2362万円								
		⑪ 1件あたり		639,363円								
		⑫ 在院日数		18日								
		⑬ 慢性腎不全医療費		10億2006万円				5億5018万円				
		⑭ 透析有り		9億9231万円				5億1631万円				
		⑮ 透析なし		2776万円				3387万円				
7	介護	① 介護給付費		81億8637万円				84億5436万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	11.1%							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		20人	2.4%			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		

※5-⑭新規透析患者数：平成28年度沖縄市国民健康保険特定疾病療養受領証交付者のうち、レセプトで糖尿病の診断名があった者(レセプト照会ができない社会保険離脱者・転入者を除く)。

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況		対象者				
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者				
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頰や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。		⑥ 発症予防対象者				
判定	正常	軽度		重度	追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム ④ <input type="checkbox"/> LDL-C	<input type="checkbox"/> 腹囲			男 85~ 女 90~		【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比 <input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別) <input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9		25~			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹		~149	150~299		300~
		食後		~199	200~		
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149		150~169	170~		
	<input type="checkbox"/> AST	~30		31~50	51~		
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹		~99	100~125		126~
		食後		~139	140~199		200~
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~			
	拡張期	~84	85~89	90~			
<input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~				
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1~					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24						

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

平成29年度までの全体評価（評価イメージ）		評価（良くなったところ）			参考資料6
平成29年度課題	①プロセス【実践の過程】	②アウトプット（事業実施量）	③アウトカム（結果）	④ストラクチャー（構造）	⑤残っている課題
<p>目 標</p> <p>※現状値は、H26年度分。 H29年度目標60%（現状36.7%） ○特定高齢受診率 H29年度目標60%（現状54.9%） ○特定高齢指導受診率 H29年度目標60%（現状54.9%） ○健康診査者の検査結果の改善 （体重・腹囲・血圧・血糖・脂質等） ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病 性腎症を減らすことを目標に、H29年度 にH26年度比で3疾患を減少。 ○医療費の適正化を図る。</p>	<p>全 体</p> <p>○前年度の計画を行い今年度の方針を確認。方針を基に、計画立案、目標設定、事業内容を検討する。 ○アータヘルス計画及び特定高齢・特定保健指導事業計画の次期計画の策定。</p> <p>全 体</p> <p>○新たな取り組み ・健診広域啓発 商業店舗へのポスター掲示、小学校保護者向けのチラシ配布の実施</p> <p>○未受診者受診対策 電話名中心に不在や不通の方へは戸別訪問の実施 戸別訪問は長期未受診者を絞り訪問</p> <p>・トライアングル事業への協力依頼(5医療機関)</p> <p>・早期介入保健指導事業の実施及び40歳以下健診の受診勧奨</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○未受診者受診勧奨 ・電話件数 ・訪問件数</p> <p>○医療機関へのアプローチ状況</p> <p>○早期介入保健指導 健診受診数 40歳未満健康診査受診者数</p> <p>重症化予防対策 医療機関との連携</p> <p>○うるま市・沖縄市ちゅらま〜み(腎)プロジェクト 【H30年3月現在】 ・CKD登録医数(67人) ・腎臓病医数(13人) ・医療機関数(36か所)</p> <p>○保健事業【特定保健指導、糖尿病等対策事業】 ・対象者(要精査者(糖、血圧、脂質、腎)への受診勧奨数) ・保健指導導入状況(訪問、来所、電話) ・実施状況(保健指導実施率) ・二次検査受診者、検査結果</p>	<p>【組織体制】</p> <p>○業務分担制(推進係、健診係、保健指導係) ○H26年度から保健指導担当は地域別に移行(福原等対策事業と保健指導を一本化)。継続した対象者支援を行う。 ○協議との連携(地域包括等の対象者との情報共有及び連携)</p> <p>【重症化対策】</p> <p>○重症化対象者への受診勧奨及び進捗確認について、全体の流れ等の検討が必要。</p> <p>【関係機関との連携】</p> <p>○中部地区医師会 ・ちゅらま〜み(腎)プロジェクト登録医療機関(CKD登録医、腎臓診療医)</p>	<p>全 体</p> <p>○健康管理システム導入の検討 健診から保健指導まで連動した管理システムを導入し、効率的な課内業務の実施と、保健事業の拡大を図る。 ○課全体で事業実施等の確認と情報共有を図るため、定期的な連絡会議を継続する。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○うるま市・沖縄市ちゅらま〜み(腎)プロジェクトに関する業務及び予算の調整 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム ・中部地区医師会(沖縄市内の医療機関)、中部地区市町内等の関係機関との調整 ・糖尿病連携手帳活用に向けた体制構築(市担当者、医療機関)、評価について検討</p>	
<p>全 体</p> <p>保健活動名PDCAサイクルに基づいて計画実施する(アータヘルス計画及び特定健診・特定保健指導実施計画)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率が低い。 ○健診受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。 ○健診周知の方法検討 ○医療機関の協力等による取り組み(トライアングル事業) ○早期介入保健指導事業の継続及び40歳未満の健診事業</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○うるま市・沖縄市ちゅらま〜み(腎)プロジェクトの推進 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム【中期版】(対象者の抽出条件、方法等の検討) ○保健指導の内容、優先順位の検討。 ○担当者のスキルアップ ○評価方法の検討(アウトプット、アウトカム)</p> <p>医療機関との連携</p> <p>○中部地区医師会、協会けんぽ沖縄支部、うるま市、沖縄市との連携体制の構築。 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて、中部地区医師会を通して、個々の医療機関と連携を図り、効果的な重症化予防を図る。 ○個人情報保護の観点</p>	<p>全 体</p> <p>健診周知は前年度の内容に加え、実施した。今後は、職域や医療機関への周知に広げたい。未受診者対策として、戸別訪問を長期未受診者へ絞り実施する。いかに受診しない受診者への対策も必要。トライアングル事業へ参加しているが、アータヘルス計画で今年度は訪問したが、今後は事業への参加を促す対策を検討していく必要がある。 40歳未満健診受診を促し、早期に生活習慣病予防につなげたい。</p> <p>重症化予防対策、医療機関との連携</p> <p>○中部地区医師会、全国健康保険協会沖縄支部、うるま市、沖縄市でCKD対策の四者協定を締結。 ・糖尿病連携啓発事業(うるま市・沖縄市ちゅらま〜み(腎)プロジェクト)を開始。健診連携医療機関を呼びかけ、中部地区医師会管内医療機関(主に内科)への登録医(かかりつけ)と腎臓病診療医の登録を呼びかける。 ・登録医間の連携を目的とし、登録医合同会議(勉強会)を開催。 ・医療機関へ、市の栄養相談や保健指導の案内を行う。</p> <p>○糖尿病性腎症重症化予防プログラム(中期版) ・中部地区の保健衛生事務研究会で協議し、中部地区医師会から承認を得る。 ○保健指導の手帳の活用、対象者支援など医療機関との連携について検討。 ・糖尿病連携手帳の活用、対象者支援など医療機関との連携について検討。</p> <p>○糖尿病等対策事業、その他取り組み ・HbA1c5.5以上の要精査者、HbA1c8.0以上の高治療者(通院中だがコントロール不良者)へ受診勧奨と保健指導を実施。 ・CKDに関する栄養相談への対応を図る為、専門医療機関の研修(調理実習等)や課内研修等を実施。 ・市内総合病院との連携について(半年以上通院歴が無い対象者への介入)</p>				