

# 第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)



## 第3期特定健康診査実施計画



平成30年3月 豊見城市

## はじめに

～人も元気 地域も元気 生き生き輝き  
みんなでつくる 健康文化都市・とみぐすくを目指して～



豊見城市長 宜保晴毅

市民の皆様には、市政運営並びに国民健康保険事業の運営に対し、ご理解とご協力を賜り、厚く感謝申し上げます。

豊見城市は、「健康とみぐすく 21（第二次・改定）健康増進計画」の目標「健康寿命の延伸」「早世の予防」を掲げ、「健康文化都市・とみぐすく」を目指し、様々な施策を展開しているところです。

平成 20 年「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、市民の健診データ及びレセプト情報等を活用し、平成 20 年 3 月「特定健康診査等実施計画」、平成 25 年 3 月「第 2 期特定健康診査等実施計画」、平成 27 年 3 月「保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定し、市の健康課題「生活習慣病に関する医療費の増加」「65 歳未満者の死亡割合が高い」等の改善のために保健事業を実施してきました。そして沖縄県や国保連合会、沖縄県医師会等と一体となり、特定健診・特定保健指導等の生活習慣病対策に取組み、その結果毎年受診率は向上し、健診受診者については、生活習慣改善や健診結果の改善、また健診受診者は、生活習慣病等一人当たり医療費の軽減という一定の効果が表れてきております。

しかし 65 歳未満の働き盛り世代の死亡割合は、平成 28 年本市 17.4%(平成 27 年 22.6%)、全国 10.5% (平成 27 年 11.0%)、沖縄県 17.0% (平成 27 年 18.1%) で、平成 27 年度より割合は減少したものの、全国や県より高い割合になっており、今後もその死因である心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病予防対策が重要であります。

平成 30 年度からは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及び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に伴い、特定健診・特定保健指導の見直し、保険者努力者支援制度の本格実施により、糖尿病性腎症重症化予防事業、インセンティブ事業等新たな事業の取組みが、保険者へ求められます。

本市としましては、今回その国の改正に合わせて、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「第 3 期特定健康診査実施計画」を一体的に策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施し、市民の健康長寿に向けて一層推進していく所存です。つきましては、今後とも市民の皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。



## 目次

### 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	1
2.計画の位置付け	2
3.計画期間	6
4.関係者が果たすべき役割と連携	6
5.保険者努力支援制度	8

#### 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	9
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	21
3.目標の設定	33

### 第 3 期特定健康診査実施計画

#### 第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1.第三期特定健診等実施計画について	35
2.特定健康診査	36
3.特定保健指導	37
4.目標値の設定	38
5.対象者の見込み	39
6.特定健診の実施	39
7.特定保健指導の実施	42
8.個人情報の保護	46
9.結果の報告	46
10.特定健康診査等実施計画の公表・周知	46

#### 第 4 章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性	48
II 重症化予防の取組	48
1.糖尿病性腎症重症化予防	48
2.虚血性心疾患重症化予防	57
3.脳血管疾患重症化予防	61
III ポピュレーションアプローチ	67
第 5 章 地域包括ケアに係る取組	69
第 6 章 計画の評価・見直し	71
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	74

参考資料 ..... 75

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた豊見城市の位置
- 参考資料 2-1 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 2-2 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 平成 30 年度に向けての全体評価
- 参考資料 12 平成 28 年度の実績評価をふまえ、平成 29 年度の取組みと課題整理(平成 29 年度進捗状況)
- 参考資料 13 豊見城市特定健診受診勧奨戸別訪問業務実施要項
- 参考資料 14 豊見城市糖尿病性腎症重症化予防事業実施要項
- 参考資料 15 豊見城市生活習慣病予防二次健診事業実施要項
- 参考資料 16 豊見城市国保栄養教室 実施要項
- 参考資料 17 豊見城市国民健康保険運動教室事業実施要項
- 参考資料 18-1 市町村国保 年次推移 平成 20 年度～平成 28 年度 市町村国保法  
定報告値 特定健康診査
- 参考資料 18-2 市町村国保 年次推移 平成 20 年度～平成 28 年度 市町村国保法  
定報告値 特定保健指導
- 参考資料 19-1～3 (早世) 65 歳未満死亡数と割合 沖縄県市町村 2012～2016
- 参考資料 20 市町村国保 内臓脂肪症候群の年次推移 平成 20 年度～平成 28 年度
- 参考資料 21 内臓脂肪症候群の該当者 アウトカム ～保健指導で住民は答えてくれました!～
- 参考資料 22 平成 28 年度 特定健診受診率・特定保健指導実施率(確報値)
- 参考資料 23 健康とみぐすく 21 の概要図
- 参考資料 24 データヘルス計画にみる健康推進課・国保年金課・障がい・長寿課の関  
連図 ～予防可能な生活習慣病の視点から～
- 参考資料 25 KDB (H28) 分析資料
- 参考資料 26 特定健診・特定保健指導はどのように見直されるのか?

# 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が創設されることとなった。

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 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した。

本市においては、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ことを目的とする。

## 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ことを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

2017.10.11

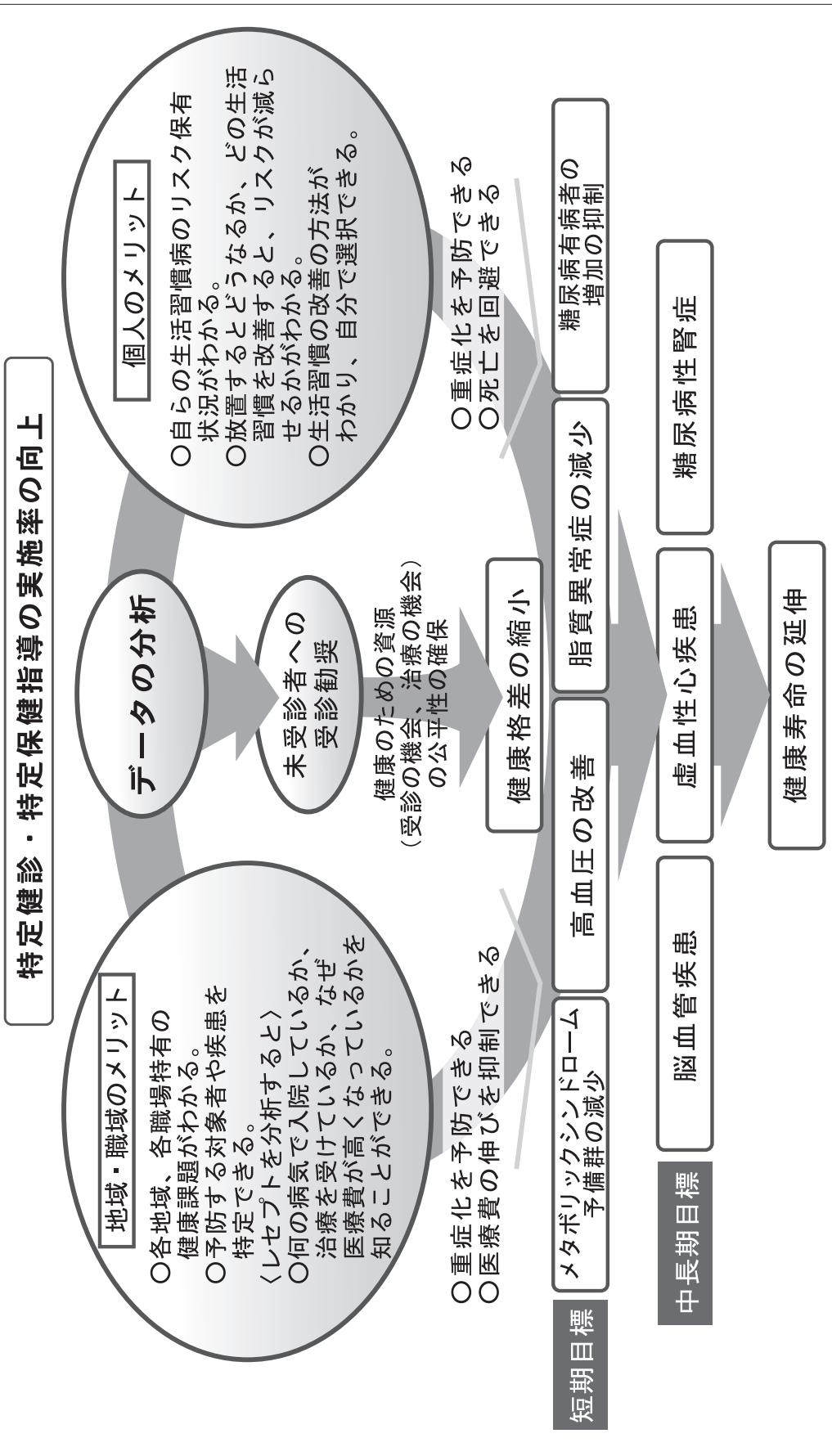
「健康日本21」計画		「特定健康診査等実施計画」		「データヘルス計画」		「介護保険事業(支援)計画」		「医療費適正化計画」		「医療計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	国民健康保険法 第116条、第117条、第118条	介護保険法 第99条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	
基本的な指針	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	健康増進法 第19条	国民健康保険法 第82条	国民健康保険法 第116条、第117条、第118条	介護保険法 第99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	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	厚生労働省 医政局 平成28年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針	厚生労働省 医政局 平成28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)	法定 平成30～35年(第2期)	法定 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)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35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	医療保険者	市町村: 義務、都道府県: 義務	市町村: 義務、都道府県: 義務	都道府県: 義務	都道府県: 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、社会保険料率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実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発症予防の取り組みについて、被保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とするものである。 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料率の財政負担軽減が図られることは保険者自身にとっても重要である。	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える現在の(若年期・壮年期世代)小児期からの生活習慣づくり	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	国民健康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、医療費が適度に増大しないよう適切に、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	国民健康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、医療費が適度に増大しないよう適切に、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	国民健康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、医療費が適度に増大しないよう適切に、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	国民健康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、医療費が適度に増大しないよう適切に、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	国民健康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、医療費が適度に増大しないよう適切に、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	国民健康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、医療費が適度に増大しないよう適切に、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、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高くなる時期に高齢期を迎える現在の(若年期・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	すべて	すべて	すべて	すべて	すべて	
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん 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 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 閉鎖性胸膜炎、脊髄管狭窄症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	
評価	※53項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②全疾患(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数) ③治療費の削減 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 ⑥特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドローム該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な科と質の医療を受ける 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	①特定健康診査実施率 ②特定保健指導実施率 ③健康診査等の受診率 ④特定保健指導率 ⑤健康結果の変化 ⑥生活習慣病の有病者・予備群 ⑦医療費等 ⑧医療費⑨介護費 ⑩健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費	①健康増進情報を用いて、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の受診率を参照する) 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 ⑤健康診査等の受診率 ⑥特定保健指導率 ⑦健康結果の変化 ⑧生活習慣病の有病者・予備群 ⑨医療費等 ⑩介護費
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	



【図表2】

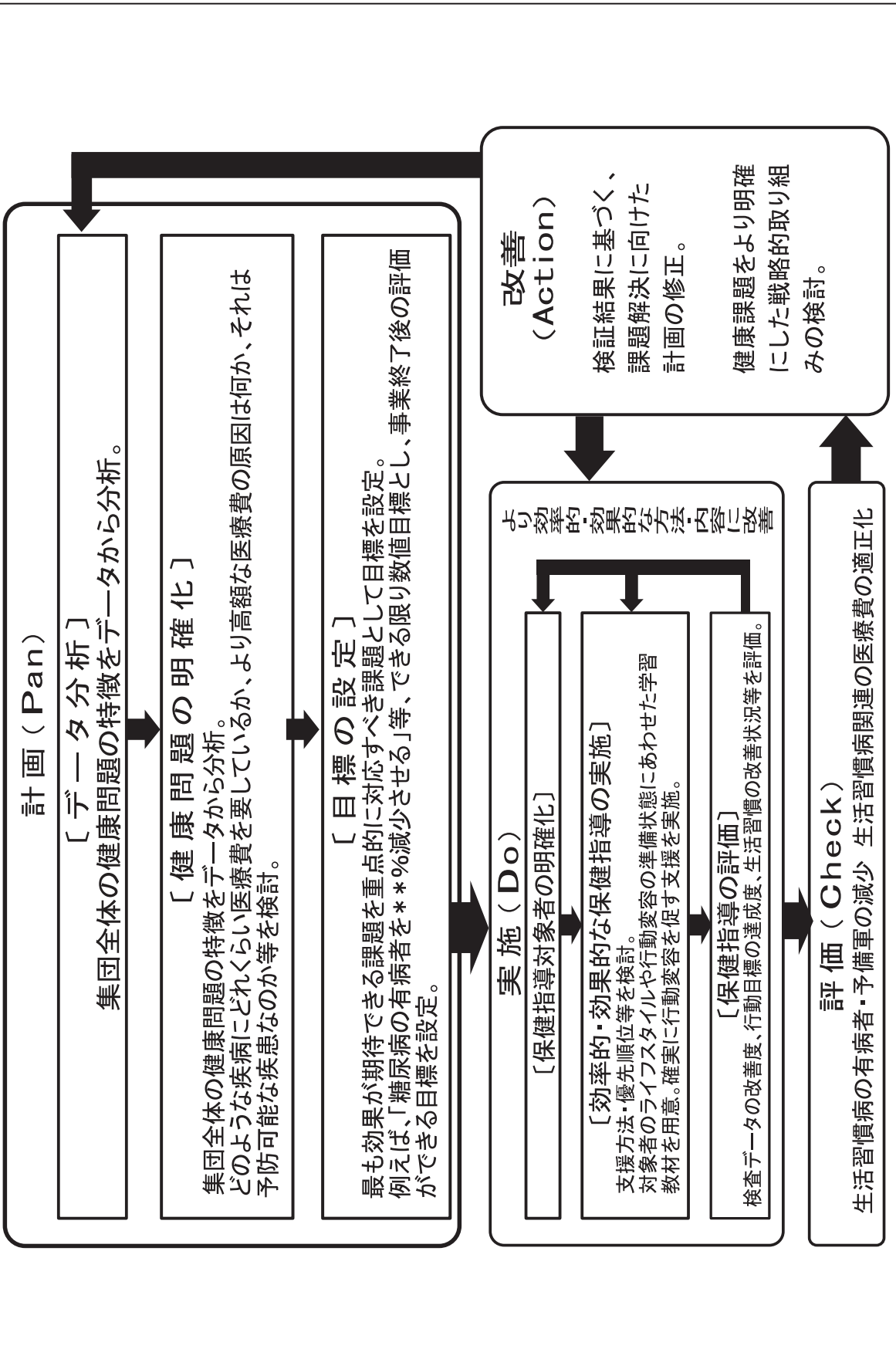
特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

ー 特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進ー



【図表3】

# 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



標準的な健診・保健プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

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

### 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

データヘルス計画は保険者（国保年金課）が策定するが、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る。本市においては、特に健康推進課の保健師等の専門職と連携をして計画策定を進めていく。具体的には、高齢者医療部局（国保年金課）、保健衛生部局（健康推進課）、介護保険部局（障がい・長寿課）とも十分連携することが望ましい。

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ることも重要である（図表4）

#### 2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・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・評価委員会等のことをいう。

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る。

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る。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

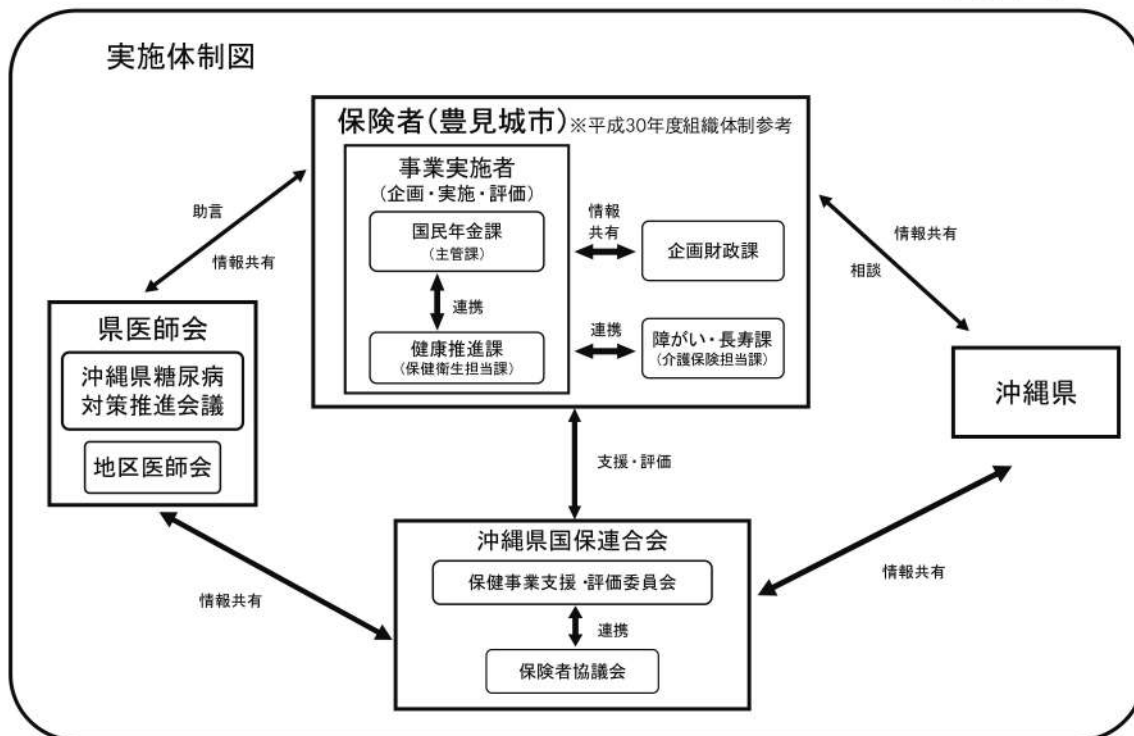
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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、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ることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 3) 被保険者の役割

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る。

【図表 4】



## 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 5)

### 保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28	H29 予定	H30 予定
総得点		224/345	/580	479/850
交付額(千円)		8,290		25,608
全国順位(1,741市町村中)		512位		
県内順位(41市町村中)		17位		17位
共通 ①	特定健診受診率	0/20		0/50
	特定保健指導実施率	10/20		25/50
	メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0/20		0/50
共通 ②	がん検診受診率	0/10		15/30
	歯周疾患(病)検診の実施	0/10		0/25
固有 ②	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40/40		100/100
	データヘルス計画策定状況	10/10		40/40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20/20		25/25
	個人インセンティブ提供	0/20		0/70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0/10		0/35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7/15		10/35
	後発医薬品の使用割合	15/15		40/60
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	30/40		50/100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10/10		25/25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5/5		21/25
	第三者求償の取組の実施状況	7/10		34/40
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	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

第1期計画に使用したデータのほとんどが平成25年度となっており、評価にあたっては、平成25年度データと直近のデータである平成28年度データを比較した。

なお、文中や表中にある「同規模」とは人口5万～10万人の自治体を指しており、「国」とは、全国区市町村の国民健康保険を指す。

#### 1) 第1期計画に係る評価

##### (1) 全体の経年変化 (P75・76 参考資料1)

##### ①人口および国保被保険者の変化

本市の人口は、平成25年度に比べ、平成28年度では2,298人増加しており、39歳以下の割合が減少し65歳以上の高齢者の割合が増加している。高齢化率は16.3%となっており、国、県、同規模平均に比べると低いが高齢化が進んでいる。

国保の状況では、被保険者数は平成25年度に比べ、平成28年度では1,583人減少しており、加入率も減少している。また、被保険者に占める65歳以上の割合は25.2%と4分の1を占めており、人口構成の変化を受けて被保険者の構成も変化している。データの評価を行う際には、人口の高齢化による変化も考慮する必要がある。

【図表6】(P75 参考資料1より)

		H25		H28		H28					
		豊見城市		豊見城市		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
人口構成 豊見城市統計 情報 H25：H25.4月 H28：H28.4月	総人口	60,155		62,453 ↑		18,346,852		1,373,576		124,852,975	
	65歳以上(高齢化率)	8,696	14.5	10,203	16.3 ↑	4,430,444	24.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2
	75歳以上	3,927	6.5	4,601	7.4			119,934	8.7	13,989,864	11.2
	65～74歳	4,769	7.9	5,602	9.0			119,552	8.7	15,030,902	12.0
	40～64歳	19,158	31.8	19,985	32.0			448,207	32.6	42,411,922	34.0
	39歳以下	32,301	53.7	32,265	51.7			685,883	49.9	53,420,287	42.8
国保の状況	被保険者数	17,092		15,509 ↓		4,516,800		444,291		32,587,866	
	65～74歳	3,514	20.6	3,912	25.2 ↑			103,448	23.3	12,461,613	38.2
	40～64歳	6,543	38.3	5,716	36.9			168,937	38.0	10,946,712	33.6
	39歳以下	7,035	41.2	5,881	37.9			171,906	38.7	9,179,541	28.2
	加入率	29.9		27.2 ↓		24.7		32.3		26.9	

出典：豊見城市統計情報、KDB システム

## ②死亡の状況

全国を100とした時の標準化死亡比<sup>※1</sup>（SMR）は、国、県、同規模平均と比べて低くなっている。平成25年度と平成28年度を比較すると男性で高くなっているが、女性で低くなっている。死因別より、死因の半分近くを占める「がん」は減少し、「糖尿病」「腎不全」の死亡割合が増加している。腎不全には糖尿病が大きく影響しており、対策として糖尿病性腎症重症化予防事業による重点的な取り組みが必要である。また、「心臓病」「脳疾患」に関しては割合が減少しており、特定健診事業を介した保健指導による生活習慣病の重症化予防の取り組みによるものと推測できる。

早世予防からみた死亡の割合（65歳未満）は、低下したが国や県と比べて高かった。特に沖縄県は65歳未満の死亡割合が「全国ワースト1位」であり、本市は、県よりも割合が高いことから早世予防の対策が重要である。

【図表7】（P75 参考資料1より）

			H25		H28		H28					
			豊見城市		豊見城市		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	83.9		89.8 ↑		100.0		97.8		100	
		女性	70.9		70.2		100.9		87.5		100	
	死因	がん	96	49.0	95	46.6 ↓	54,818	48.1	2,965	48.0	367,905	49.6
		心臓病	58	29.6	60	29.4 ↓	30,930	27.1	1,600	25.9	196,768	26.5
		脳疾患	24	12.2	19	9.3 ↓	18,797	16.5	893	14.5	114,122	15.4
		糖尿病	2	1.0	9	4.4 ↑	2,153	1.9	187	3.0	13,658	1.8
		腎不全	5	2.6	11	5.4 ↑	3,750	3.3	243	3.9	24,763	3.3
		自殺	11	5.6	10	4.9	3,547	3.1	287	4.6	24,294	3.3
早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計	72	22.1	63	17.4 ↓			1,989	17.0	136,944	10.5	
	男性	44	26.0	37	18.8 ↓			1,386	22.0	91,123	13.5	
	女性	28	17.8	26	15.8 ↓			603	11.2	45,821	7.2	

出典：厚労省 HP 人口動態調査、KDB システム

※1 標準化死亡比（SMR）：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率（全国を100とする）。年齢構成の相違を気にせず、より正しく地域比較を行うことが可能。

### ③介護保険の状況

65歳以上（1号認定者）の要介護認定率は、21.0%と平成25年度より3.2%上昇し、認定者は280人増加した。また、国、県より低い同規模平均よりも高い状況である。

40～64歳（2号認定者）の要介護認定率は、0.6%と平成25年度より0.1%上昇し、国、県、同規模平均よりも高い状況である。

要介護認定者の有病状況（率）は、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病、脳疾患、がんの項目で平成25年度より増加しており、特に高血圧症、心臓病、脳疾患は県よりも高い状況である。糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病が増加傾向にあることから、今後も心臓病や脳疾患の有病者が増える恐れがあるため、特定健診事業による保健予防の取組の強化と要介護者への疾病管理も重要になると考えられる。

【図表8】(P75 参考資料1より)

	H25		H28		H28						
	豊見城市		豊見城市		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	
介護保険	1号認定者数（認定率）	1,495	17.8	1,775	21.0 ↑	891,869	20.2	54,602	22.9	5,885,270	21.2
	新規認定者	26	0.3	4	0.3	15,306	0.3	122	0.3	105,636	0.3
	2号認定者	101	0.5	110	0.6 ↑	21,986	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4
有病状況	糖尿病	283	17.9	368	18.3 ↑	203,882	22.0	10,612	18.3	1,350,152	22.1
	高血圧症	750	47.1	923	47.7 ↑	479,210	51.8	27,224	47.1	3,101,200	50.9
	脂質異常症	373	23.2	478	24.5 ↑	256,268	27.6	14,881	25.6	1,741,866	28.4
	心臓病	829	52.4	1,007	52.6 ↑	546,239	59.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0
	脳疾患	410	26.5	493	26.6 ↑	239,587	26.2	15,052	26.1	1,538,683	25.5
	がん	143	7.9	169	8.8 ↑	93,015	10.0	4,558	7.8	631,950	10.3
	筋・骨格	734	46.5	890	46.5	469,492	50.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3
	精神	463	29.2	626	32.3	331,335	35.6	19,275	33.0	2,154,214	35.2
介護給付費	1件当たり給付費（全体）	73,835		79,309 ↑		61,245		71,386		58,284	
	居宅サービス	51,794		56,942 ↑		40,247		52,569		39,662	
	施設サービス	280,723		274,228		278,147		282,196		281,186	

出典：KDB システム



#### ④医療費の状況

医療費の状況は、平成25年度より外来費用の割合は減少し入院費用割合が増加しており、疾病が重症化してから医療受診を行っていると考えられる。また、疾患別にみるとがんや慢性腎不全（透析あり）が増加していることから、これらの疾病に対して悪化（重症化）する前に早期発見、早期治療のための取り組みが重要である。

【図表 9】(P75 参考資料 1 より)

項目	H25		H28		H28						
	豊見城市		豊見城市		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	
一人当たり医療費	21,620	県内17位 同規模202位	23,715	県内19位 同規模190位	25,581		22,111		24,245		
受診率	555.87		566.691		707.975		527.86		686.286		
医療費の 状況	外来	費用の割合	55.4	52.4 ↓	59.3		52.4		60.1		
		件数の割合	96.6	96.4	97.2		96.2		97.4		
	入院	費用の割合	44.6	47.6 ↑	40.7		47.6		39.9		
		件数の割合	3.4	3.6	2.8		3.8		2.6		
	1件あたり在院日数	15.8日		16.4日		16.2日		17.1日		15.6日	
医療費分析 生活習慣病に 占める割合  最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん	400,931,580	16.6	462,947,440	19.1 ↑	25.0		17.3		25.6	
	慢性腎不全（透析あり）	425,652,250	17.6	479,263,420	19.7 ↑	9.5		16.0		9.7	
	糖尿病	182,813,410	7.6	164,110,050	6.8	10.1		7.0		9.7	
	高血圧症	225,453,300	9.3	148,118,480	6.1	8.9		6.3		8.6	
	精神	578,629,360	24.0	601,675,240	24.8	17.6		28.0		16.9	
	筋・骨格	305,870,920	12.7	292,906,360	12.1	14.9		13.1		15.2	

出典：KDB システム

#### ⑤特定健診受診者の状況

特定健診受診者の状況より、医療受診の必要な者の割合（受診勧奨者）が増加しているとともに医療機関受診率も増加していることから、特定健診事業を通じて要医療者を医療に繋げることができたと考えられる。また、特定健診受診率は増加しているが、医療費適正化の観点からも更なる特定健診受診率向上への取組を継続することが重要となる。

【図表 10】(P76 参考資料 1 より)

項目	H25		H28		H28						
	豊見城市		豊見城市		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	
健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	1,892		1,505		2,775		1,919		2,346	
	一人当たり	健診受診者	10,069		11,509		12,265		10,954		12,339
	生活習慣病対象者	健診未受診者	5,936		4,992		7,618		6,836		6,742
	一人当たり	健診受診者	31,586		38,190		33,667		39,024		35,459
健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,587	52.5	1,770	53.5 ↑	692,271	55.8	54,166	55.9	4,427,360	56.1
	医療機関受診率	1,463	48.4	1,656	50.1 ↑	639,185	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5
	医療機関非受診率	124	4.1	114	3.4	53,086	4.3	4,230	4.4	357,742	4.5
特定健診の 状況	健診受診者	3,025		3,307		1,239,776		96,836		7,898,427	
	受診率	32.8	県内37位 同規模180位	37.0 ↑	県内31位 同規模163位	39.5		37.5	全国25位	36.4	
	特定保健指導終了者（実施率）	220	52.3	181	39.1	44,581	30.2	7,845	50.6	198,683	21.1

※KDB データの為、特定健診受診率及び特定保健指導率は法定報告値と異なる

出典：KDB システム

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況 (図表 11)

介護給付費は、平成25年度より3億円増加しており、1件あたりの給付費についても5千円増加している。給付費の内訳では居宅サービスが増加し、施設サービスが低下している。

介護給付費の変化

【図表 11】(国保連合会図表番号 6)

年度	豊見城市				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	25億6,067万円	73,835	51,794	280,723	63,212	40,782	284,377
平成28年度	<b>28億6,606万円↑</b>	<b>79,309↑</b>	<b>56,942↑</b>	<b>274,228↓</b>	61,245	40,247	278,147

② 医療費の状況 (図表 12)

医療費の変化について、平成25年度と比べて平成28年度の総医療費は5,392万円増加しており、一人当たり総医療費は2,110円増加している。また、入院外の総医療費は1億749万円減少しているのに対し入院の総医療費は1億6,142万円増加していることから、本市では外来治療が可能な段階での受診が少なく、疾患が重症化して入院治療を受診する者が多いことが総医療費の増大に関係していると推察される。

医療費の変化

【図表 12】(国保連合会図表番号 7)

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	県	国			保 険 者	同 規 模	県	国			保 険 者	同 規 模	県	国
1 総医療費 (円)	H25 年度	44億8,238万円					19億9,963万円						24億8,274万円						
	H28 年度	<b>45億3,630万円↑</b>	<b>+5,392万円</b>	1.20	-2.30	0.04	-0.29	<b>21億6,105万円↑</b>	<b>+1億6,142万円</b>	8.07	-2.54	2.37	-0.74	<b>23億7,525万円↓</b>	<b>-1億749万円</b>	-4.33	-2.13	-1.98	0.01
2 一人当たり 総医療費 (円)	H25 年度	21,610					9,640						11,970						
	H28 年度	<b>23,720↑</b>	<b>+2,110円</b>	9.76	9.04	9.13	8.31	<b>11,300↑</b>	<b>+1,660万円</b>	17.22	8.79	11.68	7.80	<b>12,420↑</b>	<b>+450万円</b>	3.76	9.21	6.92	8.64

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。 KDB帳票No.4同規模保険者比較、No.1地域の全体像の把握

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的疾患) (図表 13)

本市の平成 28 年度の総医療費は平成 25 年度と比較して増加しており、被保険者数の減少を考慮すると一人あたり医療費の増加に伴ったものであり、一人あたり医療費の県内順位も下がっている。また、予防可能な生活習慣病に関する目標疾患医療費計では減少しているが、平成 25 年度の一人あたり医療費の基準を 100 としてみると 105 と増加している。

疾患別にみると、中長期目標疾患である脳血管疾患に係る医療費は減少しているが、慢性腎不全(透析有)、虚血性心疾患では増加している。短期目標疾患である糖尿病、高血圧では減少しているが、脂質異常症では増加している。また、新生物の医療費割合は増加していた。

短期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用の割合については、国と比較すると低くなっている。

【図表 13】 (国保連合会調査番号 8)

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合 ※平成25年度の一人あたり医療費を100として、被保険者数の減少を考慮して算出 (H28年度一人あたり医療費÷H25年度一人あたり医療費)

市町村名	総医療費	被保険者数 (人)	一人あたり医療費(円)		中長期目標疾患										短期目標疾患					新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患			
			金額	順位	脳		心		腎		糖尿病	高血圧	脂質 異常症	糖尿病	高血圧	脂質 異常症	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
					脳梗塞 脳出血	脳出血	狭心症 心筋梗塞	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	慢性腎不全 (透析有)													慢性腎不全 (透析無)		
国	H25 9兆7,159億円 100	35,851,766	22,383	--	2,534億円 100	2.61%	2,294億円 100	2.36%	5,237億円 100	5.39%	384億円 100	0.40%	5,201億円 100	5.35%	6,098億円 100	6.28%	3,057億円 100	3.15%	1兆2,183億円 100	12.54%	9,119億円 100	9.39%	8,174億円 100	8.41%	
H28	9兆6,880億円 110	32,587,866	24,245	--	2,157億円 94	2.23%	1,976億円 95	2.04%	5,232億円 110	5.40%	338億円 97	0.35%	5,235億円 111	5.40%	4,606億円 83	4.75%	2,853億円 103	2.95%	1兆3,767億円 124	14.21%	9,090億円 110	9.38%	8,180億円 110	8.45%	
沖縄県	H25 1204億3069 100	490,333	20,282	--	34億7900 100	2.89%	22億5338 100	1.88%	98億8787 100	8.21%	4億0365 100	0.34%	46億4675 100	3.86%	57億2081 100	4.75%	24億4918 100	2.03%	102億7436 100	8.53%	192億4763 100	15.98%	83億6055 100	6.94%	
H28	1204億8441 110	444,291	22,111	--	28億7027 91	2.38%	22億3938 109	1.86%	105億5568 118	8.79%	4億2494 116	0.35%	45億9477 109	3.81%	41億3091 80	3.43%	22億6492 102	1.88%	114億3333 123	9.47%	185億2469 106	15.38%	86億8795 115	7.21%	
豊見城市	H25 44億8238 100	17,092	21,620	202位	17位	1億2834 100	2.86%	4,664 100	1.04%	4億2565 100	9.30%	1,107 100	0.25%	1億8281 100	4.08%	2億2545 100	5.03%	9,234 100	2.06%	4億0093 100	8.94%	5億7862 100	12.91%	3億0587 100	6.82%
H28	45億3630 112	15,509	23,715	190位	19位	8,557 73	1.89%	7,128 168	1.57%	4億7926 124	10.57%	1,869 186	0.41%	1億6411 99	3.62%	1億4811 72	3.27%	9,252 110	2.04%	4億8295 127	10.21%	6億0167 115	13.28%	2億2900 106	6.46%

※-(ハイフ)・・・H25年医療費が0のため、計算上算出不可

最大医療資源(脳梗塞・脳出血)による分類結果

◆「最大医療資源(脳梗塞・脳出血)」は、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

④ 中長期的な疾患（図表 14）

平成 25 年度と比べて平成 28 年度の中長期目標疾患別に治療状況をみると、虚血性心疾患治療者(様式 3-5)の割合は減少しており、高血圧・糖尿病・脂質異常症の割合が減少していることから早期の保健指導の介入により重症化予防ができたと推測される。

脳血管疾患治療者(様式 3-6)の割合は増加しており、65 歳以上の高血圧の割合が増加していることから重点的な保健指導の介入が必要であると考えられる。

人工透析治療者(様式 3-7)の割合は変化がないが、透析治療をしている者は脳血管疾患、虚血性心疾患の治療をしている割合が高くなっている。慢性腎疾患（CKD）は透析予備群であると同時に重大な心血管疾患の危険因子であるため、今後も慢性腎疾患（CKD）及び人工透析予防事業の取組を継続していくことが重要である。

【図表 14】（国保連合会図表番号 9）

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				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	17419	486	2.8	105	21.6	18	3.7	393	80.9	196	40.3	301	61.9	
	64歳以下	13984	192	1.4	32	16.7	12	6.3	156	81.3	81	42.2	113	58.9	
	65歳以上	3435	294	8.6	73	24.8	6	2.0	237	80.6	115	39.1	188	63.9	
H28	全体	16376	495	3.0 ↑	90	18.2 ↓	25	5.1 ↑	389	78.6 ↓	162	32.7 ↓	283	57.2 ↓	
	64歳以下	12521	170	1.4	30	17.6	11	6.5	119	70.0	48	28.2	89	52.4	
	65歳以上	3855	325	8.4	60	18.5	14	4.3	270	83.1 ↑	114	35.1	194	59.7	

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				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	17419	445	2.6	105	23.6	38	8.5	376	84.5	214	48.1	302	67.9	
	64歳以下	13984	178	1.3	32	18.0	25	14.0	140	78.7	85	47.8	114	64.0	
	65歳以上	3435	267	7.8	73	27.3	13	4.9	236	88.4	129	48.3	188	70.4	
H28	全体	16376	381	2.3 ↓	90	23.6 →	36	9.4 ↑	312	81.9 ↓	176	46.2 ↓	255	66.9 ↓	
	64歳以下	12521	134	1.1	30	22.4	16	11.9	103	76.9	60	44.8	81	60.4	
	65歳以上	3855	247	6.4	60	24.3	20	8.1	209	84.6	116	47.0	174	70.4	

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				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		
H25	全体	17419	79	0.5	18	22.8	38	48.1	73	92.4	40	50.6	28	35.4	
	64歳以下	13984	53	0.4	12	22.6	25	47.2	49	92.5	27	50.9	20	37.7	
	65歳以上	3435	26	0.8	6	23.1	13	50.0	24	92.3	13	50.0	8	30.8	
H28	全体	16376	80	0.5 →	25	31.3 ↑	36	45.0 ↓	77	96.3 ↑	39	48.8 ↓	27	33.8 ↓	
	64歳以下	12521	43	0.3	11	25.6	16	37.2	41	95.3 ↑	19	44.2	15	34.9	
	65歳以上	3855	37	1.0	14	37.8	20	54.1	36	97.3 ↑	20	54.1 ↑	12	32.4 ↑	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表15)

平成25年度と比べて平成28年度の短期目標疾患別に治療状況をみると、糖尿病治療者(様式3-2)の割合は減少しているが、インスリン療法の治療者数が増加しており既に糖尿病治療中であった者の重症化が推測される。また、糖尿病性腎症の割合が増加しているため糖尿病性腎症重症化予防プログラム事業を通じて通院者への介入が重要であると考えられる。

高血圧治療者(様式3-3)及び脂質異常症治療者(様式3-4)の割合は減少しているが、脳血管疾患・人工透析の割合が増加しているため引続き特定保健指導を通じた介入が必要である。

【図表15】(国保連合会図表番号10)

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標									
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	17419	1268	7.3	119	9.4	952	75.1	801	63.2	214	16.9	196	15.5	40	3.2	94	7.4	
	64歳以下	13984	632	4.5	69	10.9	444	70.3	375	59.3	85	13.4	81	12.8	27	4.3	49	7.8	
	65歳以上	3435	636	18.5	50	7.9	508	79.9	426	67.0	129	20.3	115	18.1	13	2.0	45	7.1	
H28	全体	16376	1082	6.6↓	106	9.8↑	787	72.7↓	683	63.1↓	176	16.3↓	162	15.0↓	39	3.6↑	84	7.8↑	
	64歳以下	12521	438	3.5	55	12.6↑	288	65.8	251	57.3	60	13.7↑	48	11.0	19	4.3	31	7.1	
	65歳以上	3855	644	16.7	51	7.9	499	77.5	432	67.1↑	116	18.0	114	17.7	20	3.1↑	53	8.2↑	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	17419	2650	15.2	952	35.9	1383	52.2	376	14.2	393	14.8	73	2.8	
	64歳以下	13984	1261	9.0	444	35.2	601	47.7	140	11.1	156	12.4	49	3.9	
	65歳以上	3435	1389	40.4	508	36.6	782	56.3	236	17.0	237	17.1	24	1.7	
H28	全体	16376	2335	14.3↓	787	33.7↓	1229	52.6↑	312	13.4↓	389	16.7↑	77	3.3↑	
	64歳以下	12521	945	7.5	288	30.5	459	48.6↑	103	10.9	119	12.6↑	41	4.3↑	
	65歳以上	3855	1390	36.1	499	35.9	770	55.4	209	15.0	270	19.4↑	36	2.6↑	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	17419	1880	10.8	801	42.6	1383	73.6	302	16.1	301	16.0	28	1.5	
	64歳以下	13984	879	6.3	375	42.7	601	68.4	114	13.0	113	12.9	20	2.3	
	65歳以上	3435	1001	29.1	426	42.6	782	78.1	188	18.8	188	18.8	8	0.8	
H28	全体	16376	1715	10.5↓	683	39.8↓	1229	71.7↓	255	14.9↓	283	16.5↑	27	1.6↑	
	64歳以下	12521	712	5.7	251	35.3	459	64.5	81	11.4	89	12.5	15	2.1	
	65歳以上	3855	1003	26.0	432	43.1↑	770	76.8	174	17.3	194	19.3↑	12	1.2↑	

②健診結果の経年変化（図表 16、17）

健診結果の経年変化より、男女ともに中性脂肪、GPT、HbA1c、クレアチニンが増加していることがわかった。一方、空腹時血糖では減少がみられることから、特定健診だけではみつけられない食後高血糖を調べるために二次健診の糖負荷検査を実施しながら保健指導の介入を継続することが有効であると考えられる。

【図表 16】（国保連合会図表番号 11）

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

☆No.23帳票

男性	摂取エネルギーの過剰												血管を傷つける												内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因				臓器障害	
	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						
合計	634	45.1	835	59.4	379	27.0	326	23.2	115	8.2	506	36.0	664	47.2	359	25.5	665	47.3	306	21.8	605	43.0	29	2.1						
H25	306	46.7	387	59.1	214	32.7	200	30.5	57	8.7	211	32.2	263	40.2	185	28.2	278	42.4	164	25.0	302	46.1	8	1.2						
65-74	328	43.7	448	59.7	165	22.0	126	16.8	58	7.7	295	39.3	401	53.4	174	23.2	387	51.5	142	18.9	303	40.3	21	2.8						
合計	663	44.3	928	62.1	461	30.8	367	24.5	116	7.8	473	31.6	778	52.0	363	24.3	703	47.0	350	23.4	651	43.5	34	2.3						
H28	316	47.0	427	63.5	250	37.2	212	31.5	57	8.5	194	28.9	309	46.0	163	24.3	271	40.3	182	27.1	321	47.6	10	1.5						
65-74	347	42.2	501	60.9	211	25.6	155	18.8	59	7.2	279	33.9	469	57.0	200	24.3	432	52.5	168	20.4	330	40.1	24	2.9						

女性	摂取エネルギーの過剰												血管を傷つける												内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因				臓器障害	
	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						
合計	559	34.5	388	24.0	287	17.7	167	10.3	35	2.2	331	20.4	779	48.1	65	4.0	669	41.3	246	15.2	883	54.5	6	0.4						
H25	257	32.1	156	19.5	132	16.5	105	13.1	9	1.1	135	16.9	322	40.3	24	3.0	283	35.4	135	16.9	434	54.3	1	0.1						
65-74	302	36.9	232	28.3	155	18.9	62	7.6	26	3.2	196	23.9	457	55.8	41	5.0	386	47.1	111	13.6	449	54.8	5	0.6						
合計	603	33.3	490	27.0	367	20.3	238	13.1	35	1.9	333	18.4	953	52.6	85	4.7	735	40.6	243	13.4	930	51.3	11	0.6						
H28	262	32.9	202	25.4	151	19.0	127	16.0	12	1.5	119	14.9	333	41.8	28	3.5	260	32.7	117	14.7	395	49.6	3	0.4						
65-74	341	33.6	288	28.3	216	21.3	111	10.9	23	2.3	214	21.1	620	61.0	57	5.6	475	46.8	126	12.4	535	52.7	8	0.8						



メタボリックシンドローム（以下メタボ）予備群・該当者は男女ともに増加傾向にあり、メタボ該当者の中で3項目該当者の割合も増加している。特に65～74歳の3項目該当者に対しては、血管障害のリスクが高いことを考慮し重点的な特定保健指導による介入が必要である。

【図表 17】（国保連合会図表番号 11）

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8） ☆No.24帳票

性別	健診受診者 人数 割合	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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
合計	1,406	29.3	116	8.3%	280	19.9%	15	1.1%	205	14.6%	60	4.3%	90	6.4%	26	1.8%	217	15.4%	106	7.5%	
H25 40-64	655	20.7	70	10.7%	121	18.5%	4	0.6%	79	12.1%	38	5.8%	36	5.5%	12	1.8%	104	15.9%	44	6.7%	
65-74	751	46.2	46	6.1%	159	21.2%	11	1.5%	126	16.8%	22	2.9%	54	7.2%	14	1.9%	113	15.0%	62	8.3%	
合計	1,495	32.4	116	7.8%	300	20.1%	26	1.7%	216	14.4%	58	3.9%	73	4.9%	29	1.9%	242	16.2%	168	11.2%	
H28 40-64	672	23.8	70	10.4%	146	21.7%	16	2.4%	90	13.4%	40	6.0%	24	3.6%	20	3.0%	97	14.4%	70	10.4%	
65-74	823	46.0	46	5.6%	154	18.7%	10	1.2%	126	15.3%	18	2.2%	49	6.0%	9	1.1%	145	17.6%	98	11.9%	

性別	健診受診者 人数 割合	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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
合計	1,619	36.6	64	4.0%	133	8.2%	4	0.2%	91	5.6%	38	2.3%	13	0.8%	7	0.4%	123	7.6%	48	3.0%	
H25 40-64	800	29.6	40	5.0%	55	6.9%	2	0.3%	37	4.6%	16	2.0%	3	0.4%	4	0.5%	41	5.1%	13	1.6%	
65-74	819	47.7	24	2.9%	78	9.5%	2	0.2%	54	6.6%	22	2.7%	10	1.2%	3	0.4%	82	10.0%	35	4.3%	
合計	1,812	41.9	65	3.6%	155	8.6%	6	0.3%	108	6.0%	41	2.3%	24	1.3%	13	0.7%	142	7.8%	91	5.0%	
H28 40-64	796	33.7	36	4.5%	76	9.5%	3	0.4%	49	6.2%	24	3.0%	9	1.1%	6	0.8%	52	6.5%	23	2.9%	
65-74	1,016	51.8	29	2.9%	79	7.8%	3	0.3%	59	5.8%	17	1.7%	15	1.5%	7	0.7%	90	8.9%	68	6.7%	

### ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 18-1）

#### 特定健診受診率の推移・特定健診の経年受診状況（図表 18-2）

平成 28 年度の特定健診受診率は平成 25 年度に比べて増加しており、同規模内の順位も上がっている（図表 18-1）。また、平成 27 年度と平成 28 年度の継続受診者の割合は 66.8%となっており県平均の 71.3%よりも低い状況にあり、受診率を安定的に向上していくためには継続受診を推進する取組が必要である（図表 18-2）。

特定保健指導率は増加しているが目標値の 60%には達していないため、引き続き保健指導率の向上へ取り組む必要がある（図表 18-1）。

#### 特定健診受診率・特定保健指導実施率

【図表 18-1】(国保連合会図表番号 12)

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	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	実施率	医療機関受診率	
								豊見城市	同規模平均
H25年度	9,159	3,024	33.0%	37位	421	253	52.9%	52.5%	55.9%
H28年度	8,793	3,313	<b>37.7%↑</b>	<b>31位↑</b>	462	265	<b>57.4%↑</b>	<b>53.5%↑</b>	55.8%

出典：法定報告値、KDB システム

#### 特定健診受診率の推移

【図表 18-2】

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	9,928	3,385	34.1%	2,143	<b>66.8%</b>	738	<b>21.8%</b>	504	<b>14.9%</b>

\*対象者数：H28年4月時点（行政システムより）

※保健指導ツール（あなみツール）④-2「評価ツール」より

\*継続受診者は前年度と比較して算出

\*新規受診者は過去に1回も受診したことがない者

\*不定期受診者とは前年度には受診していないものの、過去に健診を受診したことがある者



#### 特定健診の経年受診状況（同規模区分市町村比較）

	H28年度 特定健診 受診率	継続受診者 (H27-H28) の割合	*1 受診者総数		5年連続受診者		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	
			沖縄県	39.4%	71.3%	167,454	34,216	22.2%	22,603	15.0%	24,034	14.6%	31,597	17.8%
名護市	39.4%	70.3%	6,713	1,676	25.0%	988	14.7%	914	13.6%	1,105	16.5%	2,030	30.2%	
宮古島市	39.3%	64.8%	7,295	1,492	20.5%	1,088	14.9%	1,154	15.8%	1,389	19.0%	2,172	29.8%	
豊見城市	<b>37.7%</b>	<b>66.8%</b>	<b>5,815</b>	<b>961</b>	<b>16.5%</b>	<b>713</b>	<b>12.3%</b>	<b>823</b>	<b>14.2%</b>	<b>1,123</b>	<b>19.3%</b>	<b>2,195</b>	<b>37.7%</b>	
糸満市	37.6%	65.8%	6,400	1,169	18.3%	840	13.1%	919	14.4%	1,209	18.9%	2,263	35.4%	
宜野湾市	34.3%	65.3%	9,814	1,698	17.3%	1,155	11.8%	1,328	13.5%	2,004	20.4%	3,629	37.0%	

\*1 上記受診者は、5年間一度でも健診を受診した者かつ最終年度の年度末年齢40～74歳で計上

\*2 受診率は法定報告値。それ以降は保健指導ツール（あなみツール）④-2「評価ツール（H24-28）」で集計

\*3 受診者数は、法定報告値ではなく、健診を受けた40～74歳の全受診者（年度内保険異動者等も含む）



## 2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、予防可能な生活習慣病の予防を目的に保健事業を実施してきたが、その中でもKDBのデータ分析により医療費の負担が大きい疾患や治療が長期化する疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析を中長期目標、糖尿病、高血圧、脂質異常症を短期目標として取り組んできた。

虚血性心疾患の割合は減少、脳血管疾患の割合は増加、人工透析の割合は横ばいであった。また、糖尿病・高血圧・脂質異常症の割合はそれぞれ減少しており、特定健診事業により生活習慣病の予防効果が確認された。しかし、脳血管疾患については依然と増加傾向にあり、また、介護認定率及び2号認定者の増加がみられることから脳血管疾患を予防するための原因分析を進め効果的なアプローチが必要である。

また、総医療費については増加したが、中長期・短期目標疾患医療費では減少しており医療費適正化に効果があった。そのうち、脳血管疾患については医療費の割合は減少していたが、慢性腎不全及び虚血性心疾患については増加していた。また、糖尿病・高血圧・脂質異常症の割合はそれぞれ減少していた。このことから、医療費適正化に向けて引き続き慢性腎不全及び虚血性心疾患への予防の取組が重要である。

特定健診事業は、住民が自らの健康状態を確認する機会として大変重要な場であり、今後も特定健診の受診率向上の取組が必要である。また、健診未受診者で医療受診もない者は、特に健康状態の確認が優先されるため特定健診の受診勧奨を重点的に取組が必要がある。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

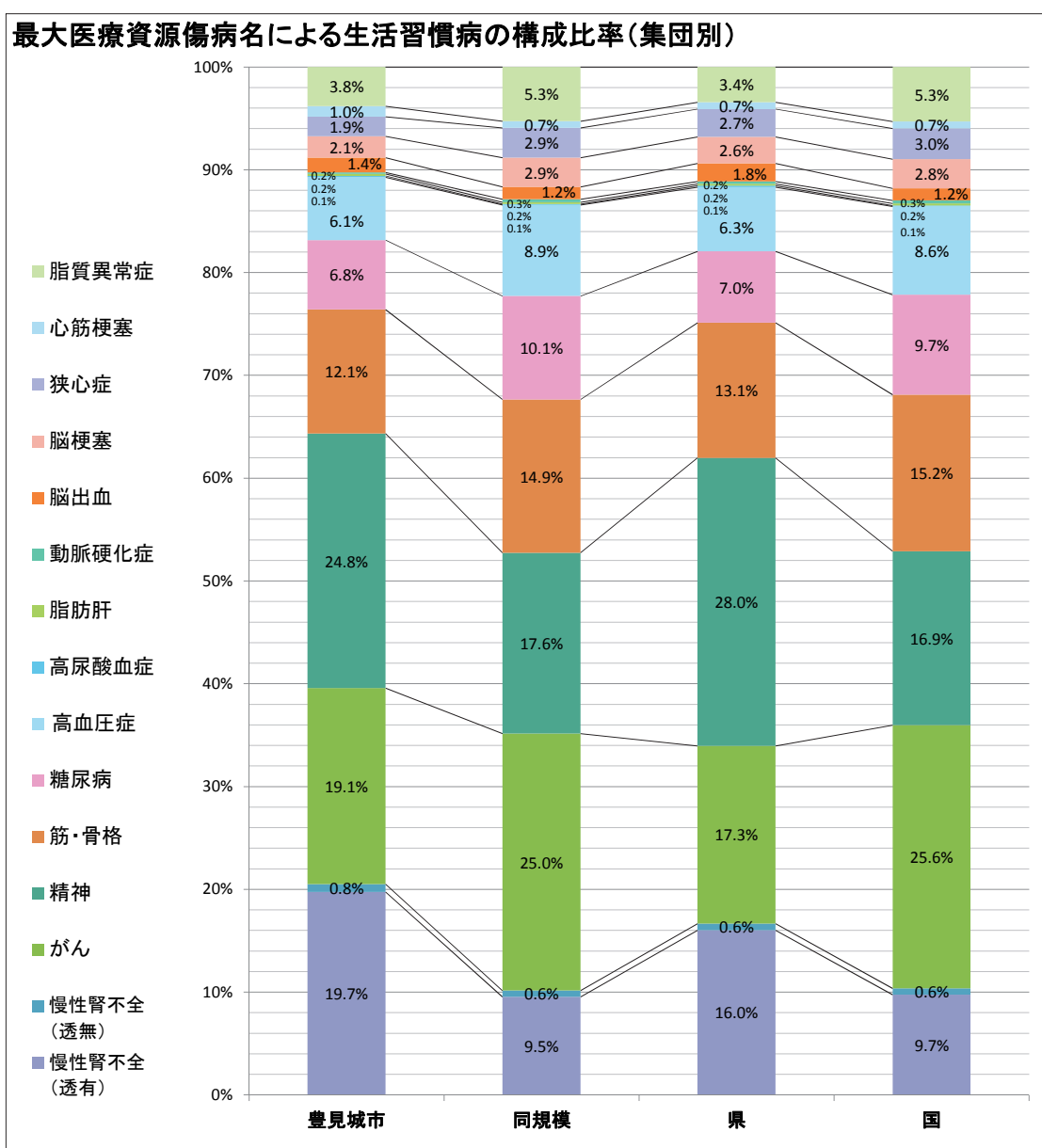
### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1) 将来的に医療費の増大が予測される疾患と生活習慣病との関連性 (図表 19)

平成28年度の医療費を疾患別より、最も割合が高いのは精神疾患24.8%、次いで慢性腎不全(透有・無)20.5%、がん19.1%となっている。特に予防可能な生活習慣病に起因する慢性腎不全は国や県、同規模と比較しても高く、慢性腎不全の対策が医療費適正化に向けて特に取り組むべき課題である。

【図表 19】

H28年度(累計)



最大医療資源の構成比を集団毎に比較しています(保険者だけ特異性疾患の把握が出来ます)

★NO.1(CSV)地域の全体像の把握

(2)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 20)

本市の入院件数は 3.6%で費用額全体の 47.6%を占めている。その為、入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり医療費適正化の面からも重要である。

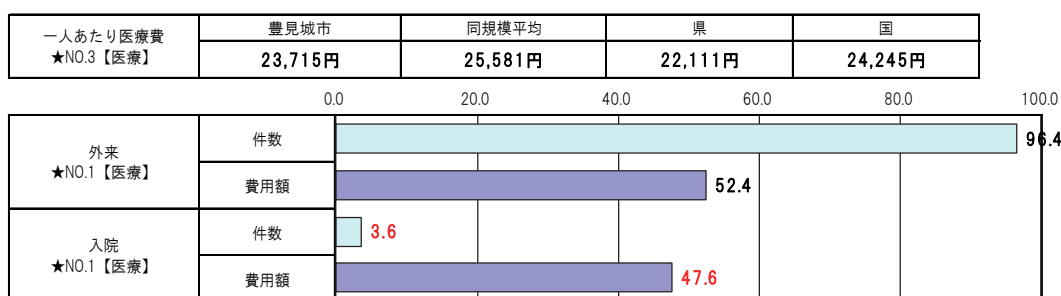
入院件数は 1 件あたりの費用額が大きいいため、入院を必要とする病状に「悪化させない」こと、長期入院となる疾患を「予防」していくことが必要である。

【図表 20】 (国保連合会図表番号 13)

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(3)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

(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)

200 万円以上の高額になる疾患のレセプト状況より、予防可能である生活習慣病に起因する脳血管疾患 6.3%と虚血性心疾患 5.0%の人数の割合は併せて 11.3%となっており、費用額は 3,486 万円 (10.4%) である。また対象の年代は 40~60 代がほとんどであることから、若い世代への特定健診・特定保健指導のアプローチの重点的な取り組みが必要である。また、がんの人数の割合は 17.5%と多く、費用額も 4,636 万円 (13.8%) と多いため今後もがん検診事業に取り組む必要がある。(図表 21)

【図表 21】 (国保連合会図表番号 14)

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	80人	5人 6.3%	4人 5.0%	14人 17.5%	60人 75.0%	
		件数	105件	5件 4.8%	4件 3.8%	18件 17.1%	78件 74.3%	
			年代別	40歳未満	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	21 26.9%
				40代	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 5.1%
				50代	1 20.0%	2 50.0%	1 5.6%	4 5.1%
				60代	3 60.0%	0 0.0%	15 83.3%	34 43.6%
		70-74歳	0 0.0%	1 25.0%	2 11.1%	15 19.2%		
費用額	3億3511万円	2026万円 6.0%	1460万円 4.4%	4636万円 13.8%	2億5389万円 75.8%			

\*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。

6 カ月以上の長期入院のレセプト状況より、脳血管疾患と虚血性心疾患の人数の割合は併せて 30.4%となっており、費用額では脳血管疾患が虚血性心疾患よりも高額になっている。(図表 22)

【図表 22】(国保連合会図表番号 14)

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	115人	72人 62.6%	30人 26.1%	5人 4.3%
		件数	1,070件	658件 61.5%	223件 20.8%	19件 1.8%
		費用額	5億3487万円	2億6176万円 48.9%	1億1871万円 22.2%	1186万円 2.2%

\*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)

治療が長期化する人工透析患者のレセプト状況より、1年間の費用額は約5億円となっており、人数の内訳では糖尿病性腎症が半数を占めている。その為、医療費適正化を効果的に取り組むために糖尿病性腎症重症化予防事業を推進し、医療と連携した治療中の者への介入が重要である。(図表 23)

【図表 23】(国保連合会図表番号 14)

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	80人	39人 48.8%	25人 31.3%	36人 45.0%
		H28年度 累計	件数	1,060件	498件 47.0%	316件 29.8%	436件 41.1%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)			費用額	5億1431万円	2億4537万円 47.7%	1億5452万円 30.0%	1億9776万円 38.5%

\*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

生活習慣病の治療者数の構成割合より、平成 28 年度の生活習慣病対象者は 4,248 人おり、被保険者全体 (16,376 人) の 25.9%が生活習慣病の治療を受療していた。また、最も多い疾患は高血圧で 55.0%であり、次が脂質異常症の 40.4%となっている。さらに、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症のそれぞれで『高血圧』を既往に持つ者の割合が多く、高血圧の状態による脳・心臓・腎臓への血管障害により虚血性心疾患等の重篤な状態を引き起こしたことが推察される。その為、特定健診・特定保健指導により高血圧者の継続的な状態の確認と医療受診の勧奨に引き続き取り組んでいくことが重要である。(図表 24)

【図表 24】(国保連合会図表番号 14)

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	の基礎 な疾 患	全体	4,248人	495人 11.7%	381人 9.0%	84人 2.0%
			高血圧	389人 78.6%	312人 81.9%	79人 94.0%	
			糖尿病	162人 32.7%	176人 46.2%	84人 100.0%	
			脂質異常症	283人 57.2%	255人 66.9%	49人 58.3%	
			高血圧症	2,335人 55.0%	1,082人 25.5%	1,715人 40.4%	592人 13.9%
			糖尿病				

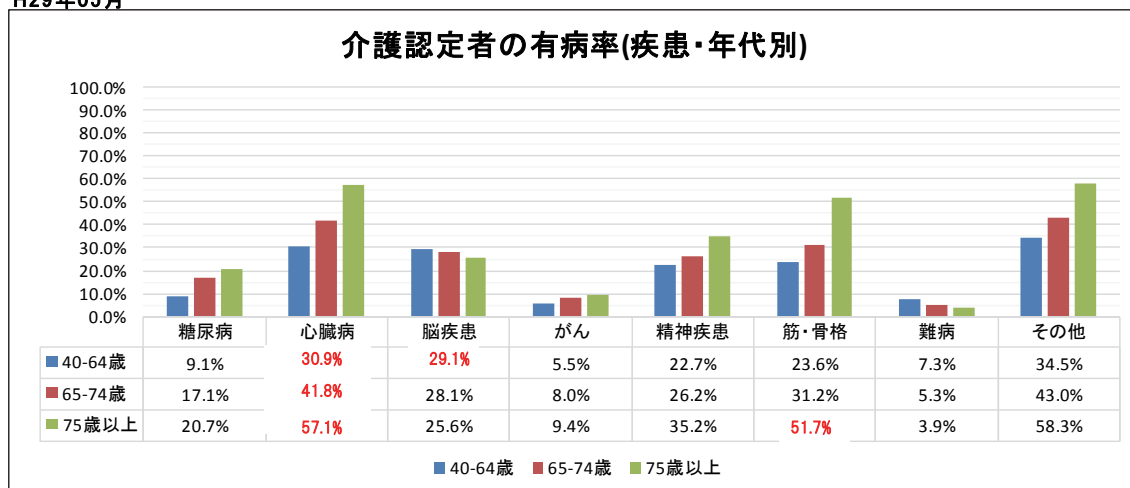
○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(4)何の疾患で介護保険をうけているのか(図表25・26)

介護認定者の有病率より、40～64歳(2号)では心臓病や脳疾患が多く、65～74歳では心臓病が顕著に高い。また、75歳以上では心臓病、筋・骨格が半数以上と高い割合であった。

【図表25】

H29年05月



★NO.47(CSV)要介護(支援)者認定状況

国保及び後期高齢者医療の被保険者の介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患による者が94.0%、筋・骨格疾患による者が91.5%と多くを占めていた。また、2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低い者ほど、血管疾患により介護認定を受けていた。また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは介護予防に繋がる。

【図表 26】(国保連合会図表番号 15)

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		17,735人		4,468人		3,766人		8,234人		25,969人											
	認定者数		110人		263人		1,512人		1,775人		1,885人											
	認定率		0.62%		5.9%		40.1%		21.6%		7.3%											
	新規認定者数(*1)		28人		64人		208人		272人		300人											
介護度別人数	要支援1・2		25		22.7%		103		39.2%		380		25.1%		483		27.2%		508		26.9%	
	要介護1・2		32		29.1%		66		25.1%		451		29.8%		517		29.1%		549		29.1%	
	要介護3~5		53		48.2%		94		35.7%		681		45.0%		775		43.7%		828		43.9%	
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)		110		263		1,512		1,775		1,885											
	再)国保・後期		61		169		1,317		1,486		1,547											
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数										
				割合		割合		割合		割合		割合										
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	46	脳卒中	95	脳卒中	657	脳卒中	752	脳卒中	798									
					75.4%		56.2%		49.9%		50.6%		51.6%									
			2	虚血性心疾患	10	虚血性心疾患	48	虚血性心疾患	428	虚血性心疾患	476	虚血性心疾患	486									
					16.4%		28.4%		32.5%		32.0%		31.4%									
	合併症	3	腎不全	6	腎不全	24	腎不全	177	腎不全	201	腎不全	207										
						9.8%		14.2%		13.4%		13.5%		13.4%								
	合併症	4	糖尿病合併症	11	糖尿病合併症	29	糖尿病合併症	151	糖尿病合併症	180	糖尿病合併症	191										
						18.0%		17.2%		11.5%		12.1%		12.3%								
基礎疾患			56	153	1,192	1,345	1,401															
高血圧・糖尿病 脂質異常症			91.8%	90.5%	90.5%	90.5%	90.6%															
血管疾患合計			58	160	1,236	1,396	1,454															
			95.1%	94.7%	93.8%	93.9%	94.0%															
認知症			15	46	516	562	577															
			24.6%	27.2%	39.2%	37.8%	37.3%															
筋・骨格疾患			47	142	1,226	1,368	1,415															
			77.0%	84.0%	93.1%	92.1%	91.5%															

\*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

又、KDBでは新規認定者を前月との差分で判断

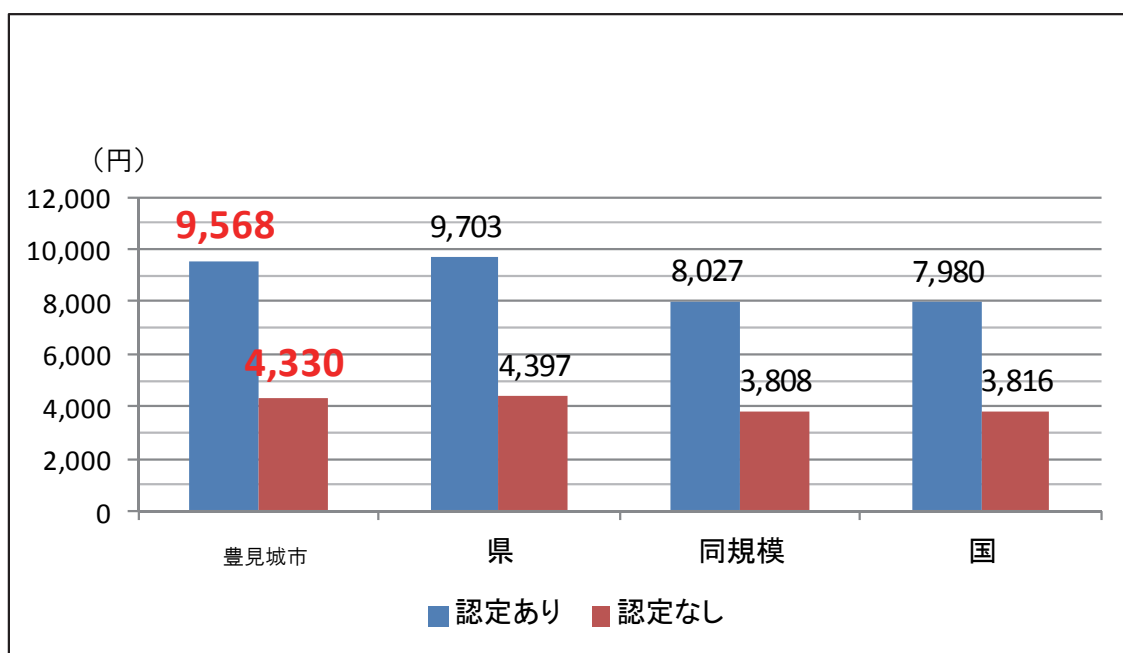
\*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

(5)介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較（図表 27）

全国的に介護認定のある者は、認定を受けていない者に比べて医療費が高く、何らかの疾患により ADL が低下し介護サービスを利用していると推察される。

沖縄県は国よりも医療費が高く、その差も大きくなっている。また、本市では、心臓病、脳血管疾患等の生活習慣病で介護を受けている者が多く、今後も医療費適正化及び介護給付費の抑制を目的に特定健診事業に取り組んでいくことが重要である。

【図表 27】



★NO.1 (CSV) 地域の全体像の把握

## 2) 健診受診者の実態

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（図表 28・29）

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなるため、危険因子の重複が多い者へは積極的に保健指導を実施する必要がある。

本市においては、全国と比較してメタボ予備群・該当者が多く、有所見状況においても中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸の割合が高くなっており、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

メタボ予備群・該当者では、女性に比べて男性に多く、また、男女共に高血圧・脂質異常症の割合が高くなっており重点的な介入が必要である。



【図表 28】 (国保連合会図表番号 16)

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

★NO.23 (帳票)

性別	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける						内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害							
	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	
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	663	44.3	928	62.1	461	30.8	367	24.5	116	7.8	473	31.6	778	52.0	363	24.3	703	47.0	350	23.4	651	43.5	34	2.3
	40-64	316	47.0	427	63.5	250	37.2	212	31.5	57	8.5	194	28.9	309	46.0	163	24.3	271	40.3	182	27.1	321	47.8	10	1.5
	65-74	347	42.2	501	60.9	211	25.6	155	18.8	59	7.2	279	33.9	469	57.0	200	24.3	432	52.5	168	20.4	330	40.1	24	2.9

性別	摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける						内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因	臓器障害							
	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	
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	603	33.3	490	27.0	367	20.3	238	13.1	35	1.9	333	18.4	953	52.6	85	4.7	735	40.6	243	13.4	930	51.3	11	0.6
	40-64	262	32.9	202	25.4	151	19.0	127	16.0	12	1.5	119	14.9	333	41.8	28	3.5	260	32.7	117	14.7	395	49.6	3	0.4
	65-74	341	33.6	288	28.3	216	21.3	111	10.9	23	2.3	214	21.1	620	61.0	57	5.6	475	46.8	126	12.4	535	52.7	8	0.8

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 29】 (国保連合会図表番号 17)

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (帳票)

性別	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	1,495	32.4	116	7.8%	300	20.1%	26	1.7%	216	14.4%	58	3.9%	512	34.2%	73	4.9%	29	1.9%	242	16.2%	168	11.2%
	40-64	672	23.8	70	10.4%	146	21.7%	16	2.4%	90	13.4%	40	6.0%	211	31.4%	24	3.6%	20	3.0%	97	14.4%	70	10.4%
	65-74	823	46.0	46	5.6%	154	18.7%	10	1.2%	126	15.3%	18	2.2%	301	36.6%	49	6.0%	9	1.1%	145	17.6%	98	11.9%

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	1,812	41.9	65	3.6%	155	8.6%	6	0.3%	106	6.0%	41	2.3%	270	14.9%	24	1.3%	13	0.7%	142	7.8%	91	5.0%
	40-64	796	33.7	36	4.5%	76	9.5%	3	0.4%	49	6.2%	24	3.0%	90	11.3%	9	1.1%	6	0.8%	52	6.5%	23	2.9%
	65-74	1,016	51.8	29	2.9%	79	7.8%	3	0.3%	59	5.8%	17	1.7%	180	17.7%	15	1.5%	7	0.7%	90	8.9%	68	6.7%

### 3) 糖尿病 (HbA1c)、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 30)

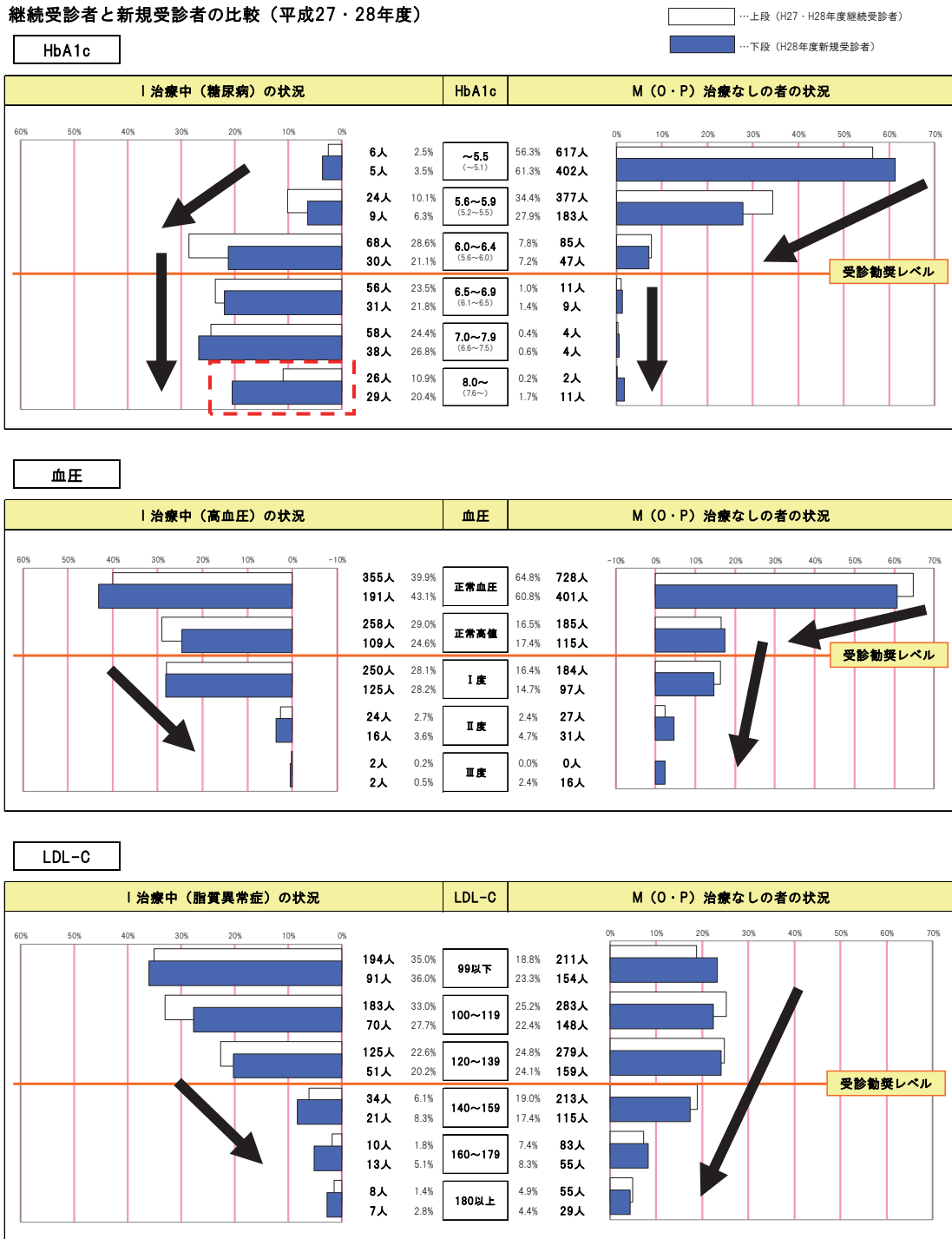
高血圧と脂質異常を治療している者の割合はコントロール良好のである者が多いが、糖尿病 (HbA1c) を治療している者の割合はコントロール不良の者が多い。

糖尿病は薬物療法だけでは病状の改善が難しく、食事・運動療法と併用して治療を行うことが必要な疾患である。その為、治療中であっても健診の受診勧奨を行い、保健指導による生活習慣の改善や栄養士による栄養指導を実施することが必要である。

また、特定健診の継続受診者数と新規受診者数を比べると、糖尿病 (HbA1c) を治療している者の HbA1c8.0%以上の割合で10%の差がみられることから、治療中の者への保健指導で一定の効果がみられたと推察される。また、糖尿病 (HbA1c) を治療している者の割合で治療の目標値である 7.0%を上回っている者が新規受診で多く、また、継続受診においても 3 割程度いることから糖尿病性腎症重症化予防事業による介入が必要である。

【図表 30】(国保連合会図表番号 18)

継続受診者と新規受診者の比較 (平成27・28年度)



#### 4) 未受診者の把握 (図表 31・32)

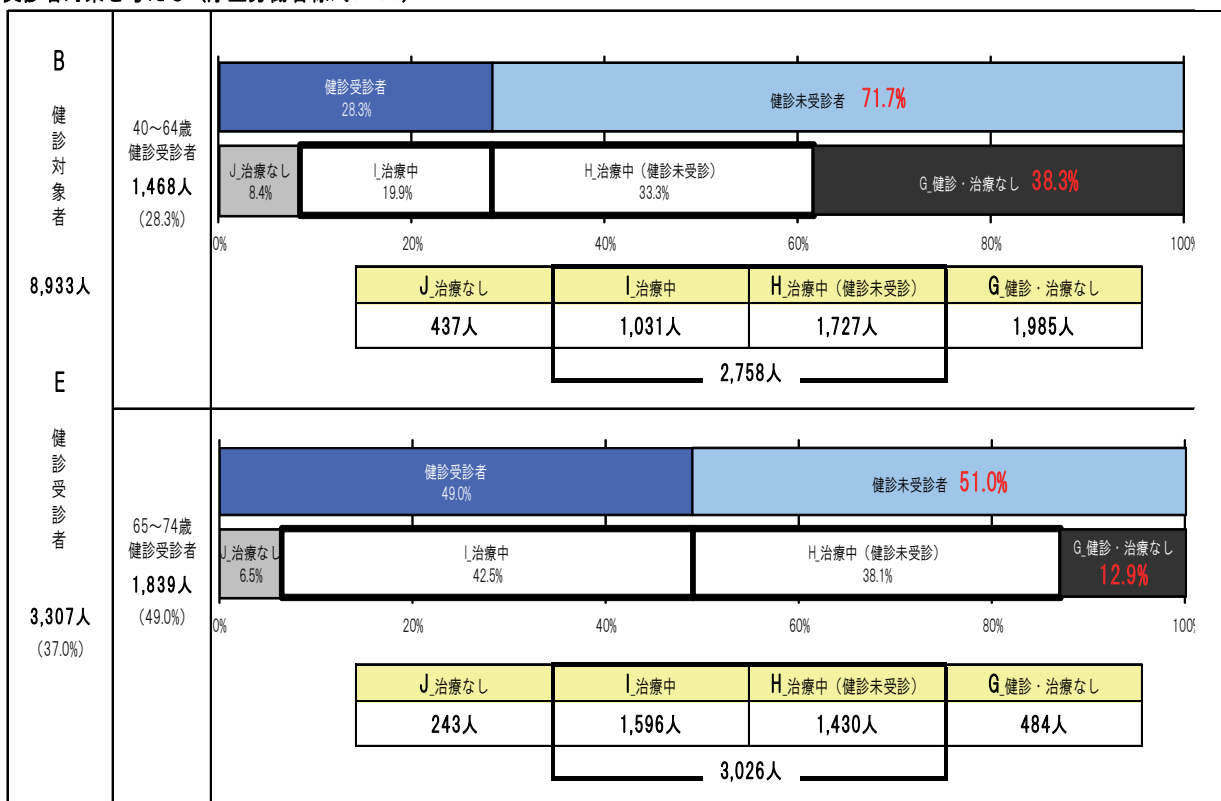
年齢別に健診未受診者をみると、40～64歳では71.7%、65～74歳では51.0%となっており40～64歳への積極的な受診勧奨が必要である。また、健診と医療の状況より、40～64歳では健診も治療も受けていない割合(G)が38.3%おり、健診や医療での健康状態の確認ができていない状況となっている。生活習慣病は自覚症状がなく病状が進行する危険性が高いことから、特定健診を活用して健康管理を進めていくことが重要である。また、医療機関へ通院し治療を受けているが健診を受けていない割合(H)は、40～64歳及び65～74歳の両方で3割いることから、市内の医療機関と連携し沖縄県国保連合会が実施している特定健診項目情報提供事業(トライアングル事業)を推進していく取り組みが必要である。

※特定健診項目情報提供事業(トライアングル事業)・・・通院中患者の検査結果から、特定健診に該当する検査項目のみを整理し、それを保険者に提供することで当該患者が特定健診を受診したとみなす事業。

【図表 31】 (国保連合会図表番号 19)

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



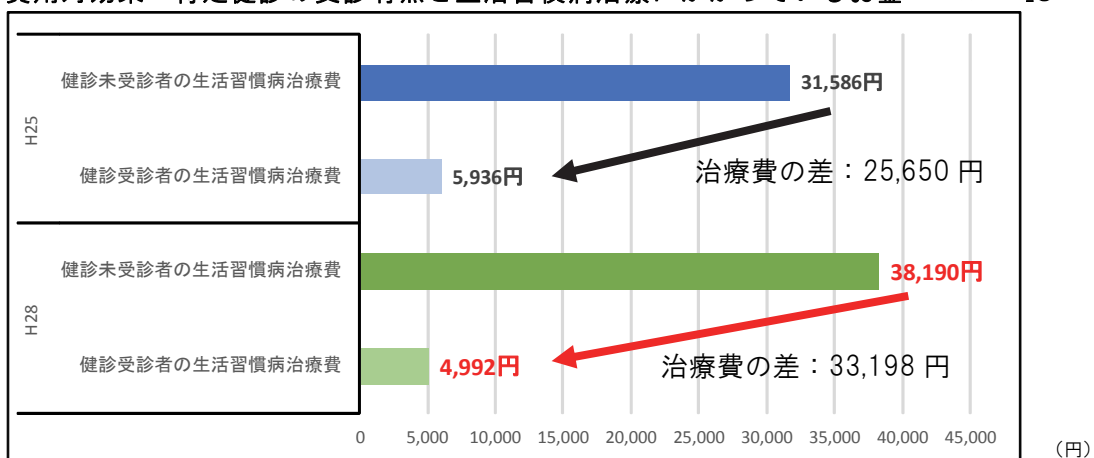
OG\_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

生活習慣病に係る治療費を健診受診別より、平成 28 年度の健診受診者と健診未受診者の治療費の差は 33,198 円となっており、さらに平成 28 年度は平成 25 年度に比べて治療費の差は大きくなっている。

特定健診受診率及び特定保健指導率の増加を考慮すると、特定健診事業による医療費適正化の一定の効果があつたと推察される。今後も、効果的に医療費適正化を進めていくために特定健診・特定保健指導を拡充していくことが有用である。

【図表 32】 (国保連合会図表番号 19)

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



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

### 3. 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定（図表 33）

これまでの健診・医療情報の分析により「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」、「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する。特に本市の医療状況から、予防の観点での医療費適正化が難しい疾患である精神疾患を除いて慢性腎不全が最も高いため「慢性腎臓病（CKD）及び人工透析予防事業」や「糖尿病性腎症重症化予防事業」を継続し医療費適正化に取り組む。

また、35年度には30年度と比較して、総医療費に占める3つの疾患の割合をそれぞれ減少させることを目標とし、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い計画及び評価の見直しを行う。

今後、高齢化が進展するとともに対象の脳・心臓・腎臓の3つの臓器の血管が障害される者が増加することが予想される。その為、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率を抑えることを目標とする。

本市の医療のかかり方を分析すると、軽症の段階で医療受診を行わず、重症化して医療受診を行うために入院に至る特徴がある。その為、重症化予防及び医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目標とする。

【図表 33】

目標管理表

	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
虚血性心疾患	1.57%							
脳血管疾患	1.89%							
糖尿病性腎症※	48.8%							
総医療費の伸び率（帳票 No1）	1.2%							
入院医療費の伸び率（帳票 No1）	8.07%							
入院外医療費の伸び率（帳票 No1）	-4.33%							

※糖尿病性腎症は人工透析に占める割合

## ②短期的な目標の設定（図表 34）

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、糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームを減らしていくことを短期的な目標とする。

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)の基本的な考え方を基に保健指導を行い、1年毎に血圧、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する。

そのためには、医療受診が必要な者や医療受診を中断している者へ、医療受診及び治療を継続する重要性を伝えるとともに、市民が検査値の改善に向けて主体的に取り組むことができる様に保健指導することが重要である。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する。

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く。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、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が、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるため、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)」に記載する。

【図表 34】

目標管理表

	H28年度	H29年度	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
糖尿病 (様式 3-2)	6.6%							
高血圧 (様式 3-3)	14.3%							
脂質異常症 (様式 3-4)	10.5%							
メタボ該当 (帳票 No1)	23.6%							
メタボ予備群 (帳票 No1)	13.8%							

# 第 3 期特定健康診査実施計画

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

#### (1) 実施計画とは

##### ①法的根拠

医療保険者は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 19 条において、実施計画を定めるものとされている。

実施計画に記載すべき内容は、同条第 2 項に定められており、第 18 条の基本指針第三の 7 項目に即して作成する。

##### ②実施時期

第 1 期及び 2 期は 5 年を 1 期としていたが、医療費適正化計画が、6 年 1 期に見直されたことを踏まえ、第三期からは 6 年を 1 期として作成する。

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

(特定健康診査実施計画)

第十九条 保険者は、特定健康診査基本指針に即して、六年ごとに、六年を一基として、特定健康診査等の実施に関する計画（以下「特定健上新実施計画」という。）を定めるものとする。

2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項

二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標

三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要事項

3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又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。

#### (2) 実施計画策の背景

##### ①生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展とともに、生活習慣病が増加し、全国でも、死亡原因では生活習慣病が約 6 割を占め、本市においても同様に、主な死因は、がん、心臓病、脳疾患が占め、医療費でもがん、慢性腎不全、糖尿病等の生活習慣病が過半数以上占めている。

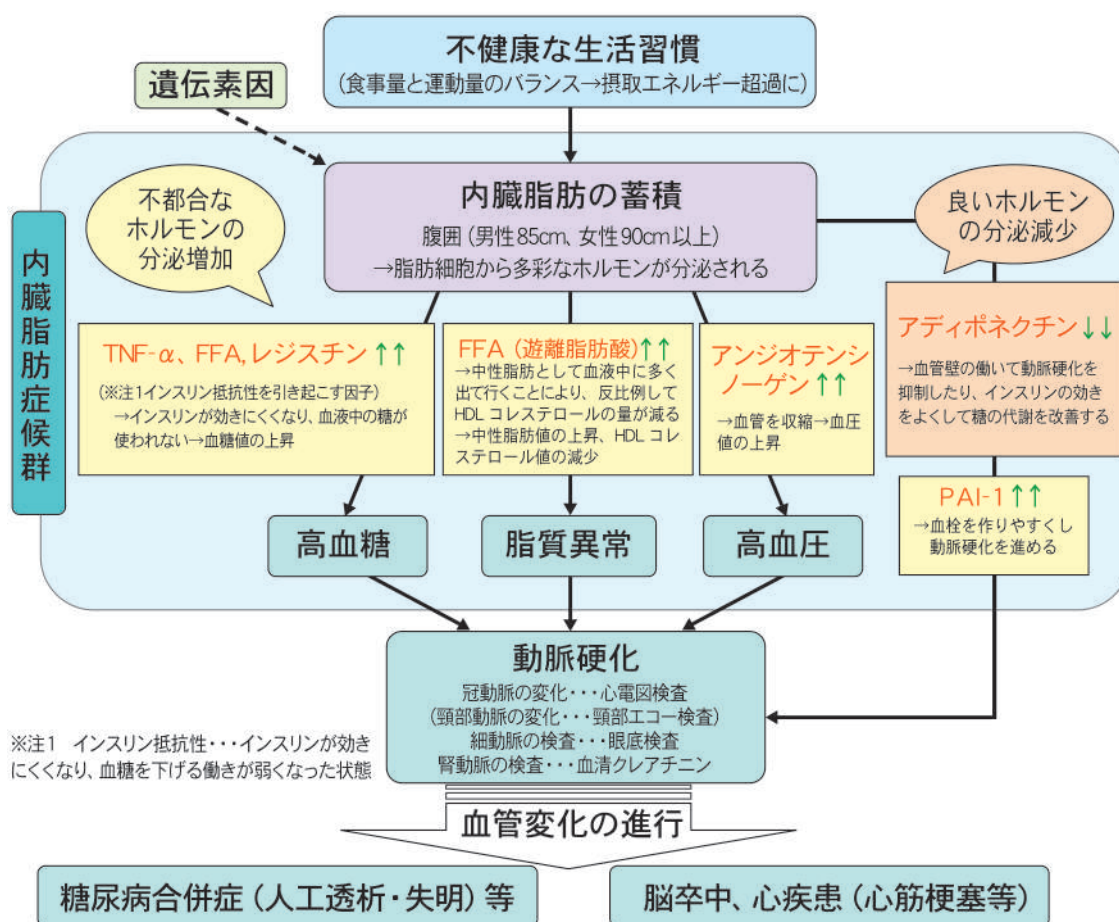
生活習慣病は、早期に生活習慣改善等の対策により、生活習慣病の発症予防、又は重症化予防により、医療費の抑制等が可能であるため、対策が必要である。



## ②メタボリックシンドロームへの着目

「特定健康診査基本指針」にも記載されているように、糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血圧、高血糖等の症状が生活習慣病の発症や重症化への経過をたどる傾向があるため、生活習慣の改善のための保健指導の実施等の対策が急務である。

## メタボリックシンドロームのメカニズム



参考資料:今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)平成17年9月15日厚生科学審議会健康推進栄養部会

## 2. 特定健康診査

### (1) 定義

平成20年4月から、医療保険者(国保・被用者保険)が、40歳～74歳の加入者(被保険者・被扶養者)を対象として、毎年度、計画的に(特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき)実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査を「特定健康診査」という。

(2) 特定健康診査における対象者

特定健康診査の実施年度中に 40 歳から 74 歳となる加入者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）のうち、妊産婦等除外規定の該当者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等）を除いた者が対象となる（「円滑な実施に向けた手引き」1-1参照）

3. 特定保健指導

(1) 特定保健指導の定義

医療保険者（国保・被用者保険）が、特定健康診査の結果により健康の保持増進に努める必要があるものに対し、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する。動機付け支援・積極的支援を特定保健指導という。

(高齢者の医療の確保に関する法律)  
第二十四条 保険者は、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省で定めるところにより、特定保健指導を行うものとする。

(2) 特定保健指導における対象者

特定健康診査の結果、腹囲の他、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症脂質異常症の治療に係る薬剤を服用しているものを除くものである。

（「円滑な実施に向けた手引き 1-3-2 参照）

次の図表にあるように、追加リスクの多少の喫煙歴の有無により、動機付けの対象者となるのかが異なる。

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対 象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外で BMI≥25	3つ該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	1つ該当					

(注)喫煙歴の斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

- ①空腹時血糖：HbA1c100mg/dl 以上または HbA1c（NGSP 値）5.6%以上
- ②脂質 中性脂肪 150mg/dl 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

図表 5: 特定健診・特定保健指導の基本的な考え方

	かつての健診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<p>最新の科学的知識と、課題抽出のための分析</p> <p>→</p> <p>行動変容を促す手法</p>	内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	検診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	検診結果で「要指導」と指摘された者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保管指導の必要性に応じて「動機付け支援」「積極的支援」を行う
方法	主に検診結果に基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量) 評価を重視		アウトプット評価に加え、アウトカム評価やプロセス評価、ストラクチャー評価を含めた総合的な評価
実施主体	市町村		医療保険者

「(標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】)」より

#### 4. 目標値の設定 (図表 35・36)

目標については基本指針の第三の一に示された法定の記載事項であり、第二に示した目標値に即して設定することとされている。

基本指針において、各医療保険者が設定すべき2つの目標と、平成35年度時点における目標値を掲げており、各保険者の目標値はその値を踏まえて設定することとされている。

【図表 35】(国保連合会図表番号 20)

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	40%	45%	50%	55%	60%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

(平成 25 年度～平成 29 年度までの実績及び目標値)

【図表 36】

		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
特定健診実施率	目標値	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
	実績	33.0%	33.2%	35.9%	37.7%	
特定保健指導実施率	目標値	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
	実績	60.1%	45.7%	48.7%	57.4%	

## 5. 対象者の見込み (図表 37)

【図表 37】(国保連合会図表番号 21)

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	9,336人	9,019人	8,712人	8,712人	8,416人	8,130人
	受診者数	4,014人	4,139人	4,510人	4,617人	4,629人	4,878人
特定保健指導	対象者数	581人	622人	679人	717人	744人	812人
	実施者数	349人	373人	406人	430人	446人	487人

## 6. 特定健診の実施

### (1)実施方法

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

- ① 集団健診(豊見城市中央公民館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

### (2)特定健診委託基準

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

### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、豊見城市ホームページ(<http://www.city.tomigusuku.okinawa.jp>)  
沖縄県医師会ホームページ(<http://www.okinawa.mea.or.jp/chiihoken/tokuteikenshim/tokutei.ntml>)に掲載する。

### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査 (HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血) を実施する。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変えられる。

図表 2：基本的な健診の項目(実施基準第1条第1項第1号から第9号)

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査(質問票 <sup>*1</sup> )を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査(身体診察)
身長、体重及び腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準(BMIが20未満の者、もしくはBMIが22kg/m <sup>2</sup> 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者)に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略 <sup>*2</sup> 可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$ の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミックオキサロアセチクトランスアミラーゼ(GOD(AST)) 血清グルタミックピルピクトランスアミラーゼ(GPT(ALT)) ガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ( $\gamma$ -GTP)
血中脂質検査	血清トリグリセライド(中性脂肪)の量 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(HbA1c)、やむを得ない場合は随時血糖 <sup>*3</sup>
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

(特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き第3版)

図表 3：詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目:告示で規定)

追加項目	実施できる条件(判断基準)				
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査(12誘導心電図) <sup>*1*2</sup>	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 <sup>*1*3</sup>	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)又は6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>ただし、当該年度の特定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、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。</p>	血 圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上	血 糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)又は6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上
血 圧	収縮期140mmHg以上又は拡張期90mmHg以上				
血 糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)又は6.5%以上又は随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査(eGFR)による腎機能の評価含む)	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血 圧</td> <td>収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上</td> </tr> <tr> <td>血 糖</td> <td>空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血 圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血 糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上
血 圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血 糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c(NGSP値)5.6%以上又は随時血糖値が100mg/dl以上				

(特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き第3版)

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(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。

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール（図表 38）

- ①保険証と同封するチラシへ案内記事を掲載
- ②毎年4月広報と同時配布の健康カレンダーに受診方法や集団特定健診の日程及び委託医療機関リストを掲載。
- ③毎月市広報紙へ受診勧奨記事を掲載
- ④年1回国保だより掲載
- ⑤受診勧奨戸別訪問（特定健診受診勧奨協力員に委託）

（年間スケジュール平成30年度予定）

【図表 38】（国保連合会図表番号 22）

事業名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
集団健診日程		5/27(日)	6/26(火)ナド健診	7/22(日)	8/9(木)	9/19(水)	10/10(水)		12/18(火)	1/20(日)		
個別健診	4/1(日)										2/3(日) 2/10(日)	
受診勧奨個別通知	5/27(日)集団健診ハガキ	圧着ハガキ	7/22(日)集団健診ハガキ	暑中見舞い		10/10(日)集団健診ハガキ			年賀状通知		3月集団健診ハガキ	
戸別訪問事業				訪問支援員へ委託契約								
確定申告時の未受診者対策											個別ハガキ通知	3/4(月)3/5(火) 3/6(水)
市広報紙掲載	毎月掲載											
2月保険証切り替え時チラシ掲載											保険証と送付	
こくほだより掲載							国保だよりへの記事掲載					

## 7. 特定保健指導の実施

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の形態でおこなう。

### (1)健診から保健指導実施の流れ

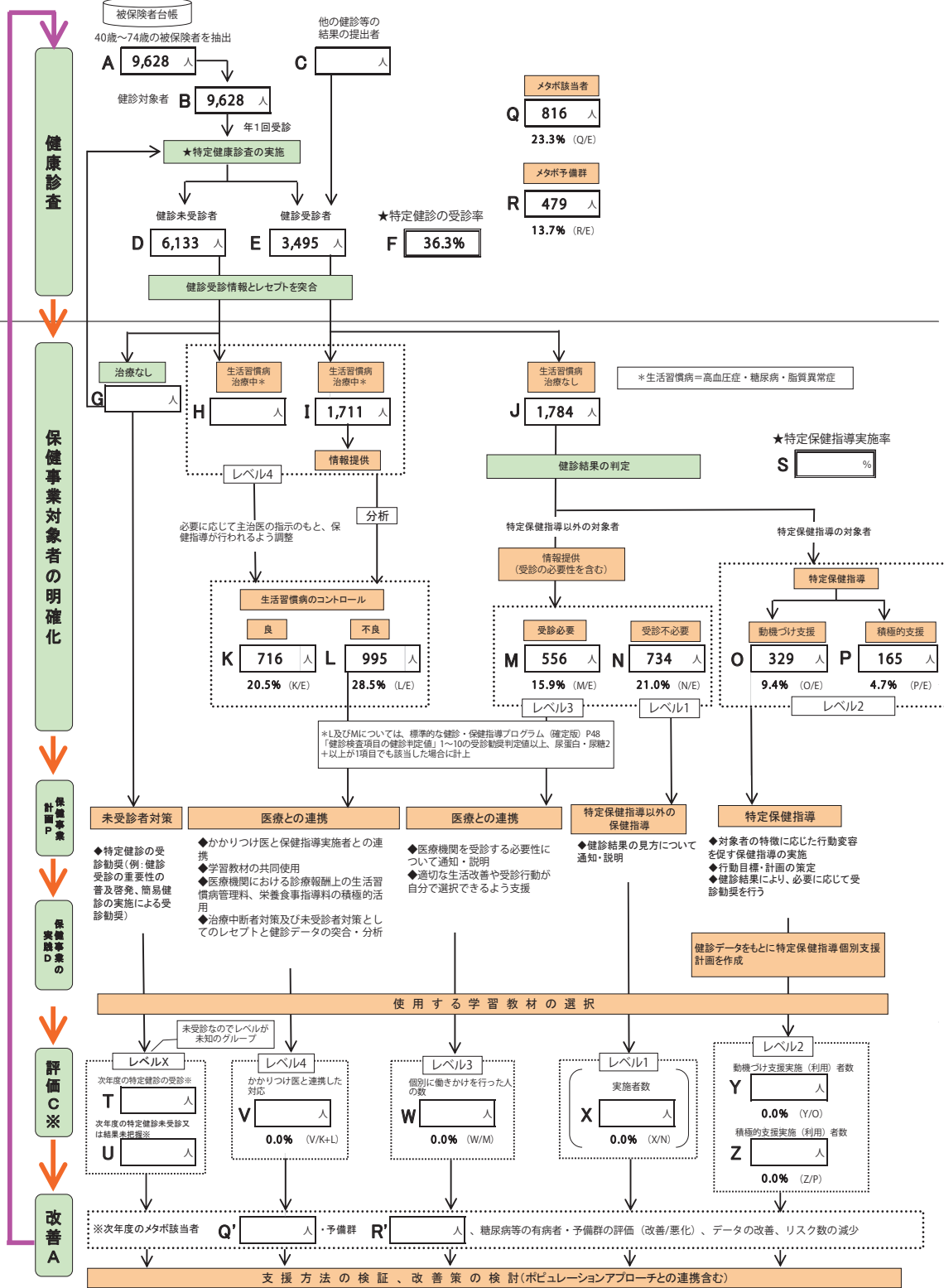
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表39)



【図表 39】 (国保連合会図表番号 23)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成28年度実績)

様式5-5





(2)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 40）

（平成 28 年度実績で試算）

【図表 40】（国保連合会図表番号 24）

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の ○%)	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	494 人 (14.1)	保健指導率 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	556 人 (15.9)	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（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）	6,133 人 ※受診率目標 達成までにあ と 1,524 人	受診勧 奨率 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	734 人 (21.0)	100%
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	1,711 人 (49.0)	100%

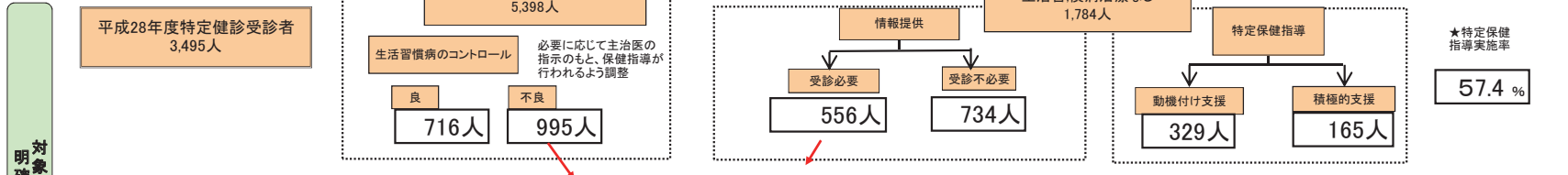
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と P D C 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。（図表 41）

# 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30年度）

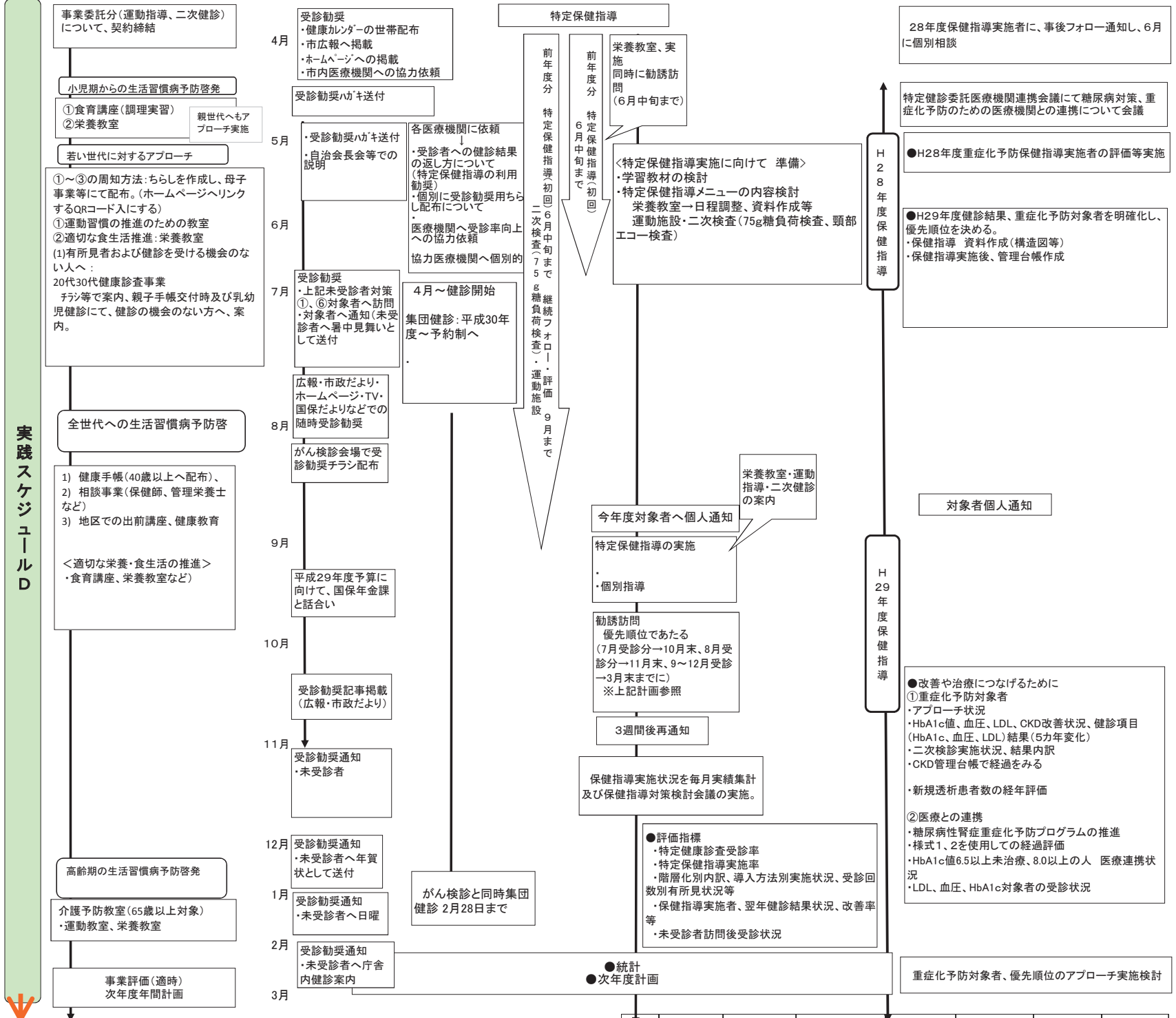
【図表25】

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	【1】糖尿病未治療で、HbA1c6.5%以上 【2】糖尿病未治療で、40歳～69歳HbA1c 7.0%以上 70歳以上HbA1c8.0%以上	85
LDL コレステロール	脂質異常症未治療で、LDLコレステロール180mg/d以上 【1】①～④のいずれかに該当するもの ①冠動脈疾患の既往あり ② HbA1c6.5 %以上 ③ eGFR60未満 ④ 尿蛋白++以上	94
CKD	【Ⅰ】①～④のリスクがないかつHbA1c5.6%から6.4% (男性50歳、女性60歳以上) CKD重症化分類で、ステージが赤とオレンジに該当するもので ステージ赤: G4A1・G5A1・G3bA2・G4A2・G5A2・ G3aA3・G3bA3・G5A3 ステージオレンジ: G3bA1・G3aA2・G1bA3・G4A2・G2A3	435
	【Ⅱ】高血圧・糖尿病・脂質異常の治療なし 【Ⅲ】高血圧・糖尿病・脂質異常の治療中	381
		345

ポピュレーション アプローチ(通年)	①未受診者対策	②特定健診	③保健指導																								
<p>目標と課題</p> <p>1) 健康とみくずく21(第二次・改定)計画の啓発・推進 ・目的および評価指標に沿って実施するとともに、事業の評価、検討を行う</p> <p>2) ライフステージに応じた健康づくり支援に取り組み、生活習慣病予防と重症化予防の普及</p>	<p>平成29年度受診率 目標 60%</p> <p>国保担当課との共通理解で進める</p> <p>●第2期特定健診等実施計画・データヘルス計画を推進 1)未受診者対策 ①H27年度特定保健指導実施者のうち、H28年度特定健康診査未受診者への訪問。 ②H27年度HbA1c値6.5以上でH28年度特定健康診査未受診者への通知。 ③H27年度重症化予防保健指導実施者のうち、H28年度特定健康診査未受診者へのアプローチ実施。 ④H28年度特定保健指導実施者のうち、積極的支援を実施した者への電話。 ⑤特定健診委託医療機関連携会議での受診率向上への協力依頼を実施。 ⑥特定健康診査対象者40歳～60歳未満のうち、未受診の者への全数訪問。 ⑦経年管理台帳(DM,CKD)にて3年間未受診、未治療の者への訪問。</p>	<p>平成29年度 特定保健指導実施率 目標 60%</p> <p>(平成28年度 特定保健指導実施率目標 58%は未達成)</p> <p>6月下旬まで継続して28年度対象者へ特定保健指導(初回)を実施し、29年度指導数に計上する。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対象疾患</th> <th>目的(理解してもらう内容)</th> <th>保健指導</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>糖尿病</td> <td>・受診動機(治療、検査の必要性) ・合併症予防</td> <td>・糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療について説明 ・合併症の検査等実施なしの場合、3か月以内に受診するよう説明</td> </tr> <tr> <td>LDL コレステロール</td> <td>・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)</td> <td>・教材「脂-2」を使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性(薬服) ・食生活(コレステロールに変化しやすいもの) ・他のリスクをつくらない</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>・現状の確認(維持等について) ・CKD重症化分類の確認(自分の立ち位置を理解)</td> <td>・CKD重症化分類の確認(自分の立ち位置を理解) ・必要な検査の説明 ・リスク、状況により、専門医の紹介 ・リスクコントロールについて ・栄養指導(減塩等)ステージG3bの方は管理栄養士による栄養指導へ</td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td>・普段の自分の血圧を知る ・基準を知り、受診の必要性を理解</td> <td>・血圧測定を理解 ・血圧のコントロール目標について ・治療の必要性 ・体重管理</td> </tr> <tr> <td>中性脂肪</td> <td>・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)</td> <td>・「脂-2」コントロール目標確認、治療の必要性 ・生活改善の必要性</td> </tr> <tr> <td>尿酸</td> <td>・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)</td> <td>・「尿酸-1」コントロール目標確認、治療の必要性 ・生活改善の必要性</td> </tr> <tr> <td>ヘルスアップ 腎症</td> <td>・糖尿病、CKDに準ずる ・経年管理台帳より、3年以上未受診者の受診動機</td> <td>・CKD、糖尿病に準ずる</td> </tr> </tbody> </table>	対象疾患	目的(理解してもらう内容)	保健指導	糖尿病	・受診動機(治療、検査の必要性) ・合併症予防	・糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療について説明 ・合併症の検査等実施なしの場合、3か月以内に受診するよう説明	LDL コレステロール	・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・教材「脂-2」を使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性(薬服) ・食生活(コレステロールに変化しやすいもの) ・他のリスクをつくらない	CKD	・現状の確認(維持等について) ・CKD重症化分類の確認(自分の立ち位置を理解)	・CKD重症化分類の確認(自分の立ち位置を理解) ・必要な検査の説明 ・リスク、状況により、専門医の紹介 ・リスクコントロールについて ・栄養指導(減塩等)ステージG3bの方は管理栄養士による栄養指導へ	高血圧	・普段の自分の血圧を知る ・基準を知り、受診の必要性を理解	・血圧測定を理解 ・血圧のコントロール目標について ・治療の必要性 ・体重管理	中性脂肪	・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・「脂-2」コントロール目標確認、治療の必要性 ・生活改善の必要性	尿酸	・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・「尿酸-1」コントロール目標確認、治療の必要性 ・生活改善の必要性	ヘルスアップ 腎症	・糖尿病、CKDに準ずる ・経年管理台帳より、3年以上未受診者の受診動機	・CKD、糖尿病に準ずる
対象疾患	目的(理解してもらう内容)	保健指導																									
糖尿病	・受診動機(治療、検査の必要性) ・合併症予防	・糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査、治療について説明 ・合併症の検査等実施なしの場合、3か月以内に受診するよう説明																									
LDL コレステロール	・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・教材「脂-2」を使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性(薬服) ・食生活(コレステロールに変化しやすいもの) ・他のリスクをつくらない																									
CKD	・現状の確認(維持等について) ・CKD重症化分類の確認(自分の立ち位置を理解)	・CKD重症化分類の確認(自分の立ち位置を理解) ・必要な検査の説明 ・リスク、状況により、専門医の紹介 ・リスクコントロールについて ・栄養指導(減塩等)ステージG3bの方は管理栄養士による栄養指導へ																									
高血圧	・普段の自分の血圧を知る ・基準を知り、受診の必要性を理解	・血圧測定を理解 ・血圧のコントロール目標について ・治療の必要性 ・体重管理																									
中性脂肪	・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・「脂-2」コントロール目標確認、治療の必要性 ・生活改善の必要性																									
尿酸	・受診動機(リスク確認し、治療の必要性、コントロール目標伝える)	・「尿酸-1」コントロール目標確認、治療の必要性 ・生活改善の必要性																									
ヘルスアップ 腎症	・糖尿病、CKDに準ずる ・経年管理台帳より、3年以上未受診者の受診動機	・CKD、糖尿病に準ずる																									



年度	受診者	平成22年度				平成23年度				平成24年度				平成25年度				平成26年度				平成27年度				平成28年度			
		受診率	目標	実績	市町村	受診率	目標	実績	市町村	受診率	目標	実績	市町村	受診率	目標	実績	市町村	受診率	目標	実績	市町村	受診率	目標	実績	市町村				
平成23年度	2,960	45%	30.9%	34.4%	476	51.1%	243	51.1%	145	4.9%	55	37.9%	331	12.3%	188	56.8%													
平成24年度	3,015	55%	32.3%	35.8%	446	52.9%	236	52.9%	138	4.6%	56	40.6%	308	10.2%	180	58.4%													
平成25年度	3,024	65%	33.0%	37.3%	421	60.1%	253	60.1%	124	4.1%	48	38.7%	297	9.8%	205	69.0%													
平成26年度	3,024	40%	33.0%	37.1%	446	44.4%	198	44.4%	151	5.0%	29	19.2%	295	9.8%	169	57.3%													
平成27年度	3,226	45%	33.2%	37.8%	493	48.3%	238	48.3%	164	5.1%	65	39.6%	329	10.2%	173	52.6%													
平成28年度	3,316	50%	35.9%	38.7%	462	57.4%	265	57.4%	151	4.6%	60	33.8%	311	9.4%	205	58.5%													

★生活習慣病予防をライフサイクルで見ている。母子・健康づくり担当と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

## 8. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および「豊見城市情報公開及び個人情報保護条例」（平成 14 年 9 月 17 日条例第 35 号）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ともに、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。

特定健診・保健指導のデータは、保健指導の参考となる経年変化等の分析、中長期的な発症予測等への活用によるメリットがあるため、できる限り長期的保管が望ましいが、記録の管理・保存期間は「特定健康診査等実施計画作成の手引き（第 3 版）」により最低 5 年は保存するものとする。

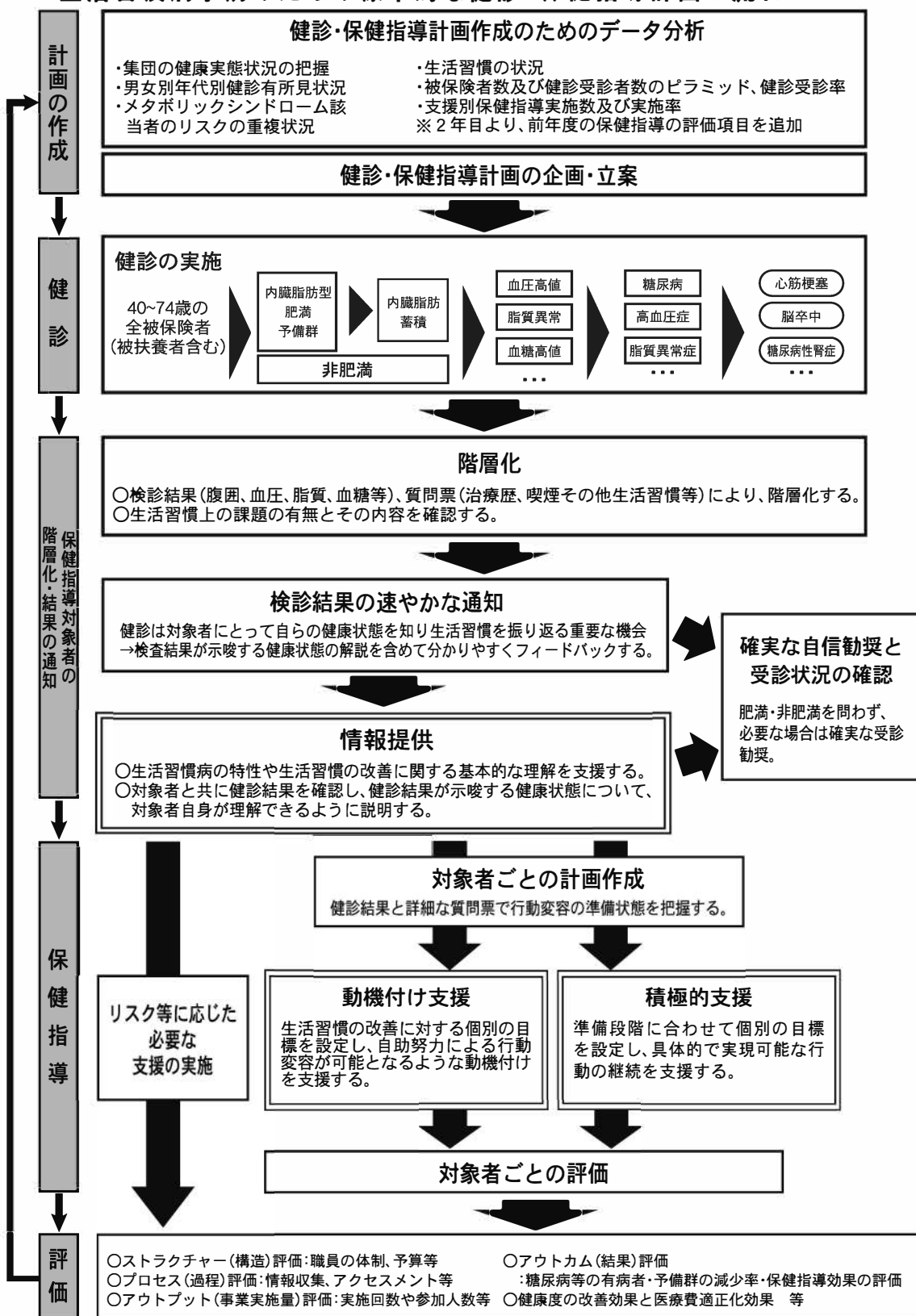
## 9. 結果の報告

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

## 10. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)



## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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

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になってくる。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」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」「豊見城市糖尿病性腎症重症化予防実施要項」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42に沿って実施する。

- (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

【図表 42】(国保連合会図表番号 26)

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては「沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」及び「豊見城市糖尿病性腎症重症化予防事業実施要項」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 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。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 43)

【図表 43】(国保連合会図表番号 27)

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <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及び腎機能(eGFR)で把握していく。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、尿アルブミン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(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(P77 参考資料 2-1)

## ② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 44)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 81人(25.8%・F)であった。また 40～74歳における糖尿病治療者 926人中のうち、特定健診受診者が 233人(25.2%・G)であったが、18人(7.7%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 555人(59.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者138人中 15人は治療中断であることが分かった。また、123人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

## ③ 介入方法と優先順位

図表 44 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)・・・81人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・33人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

### 優先順位2

#### 【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・215人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・123人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

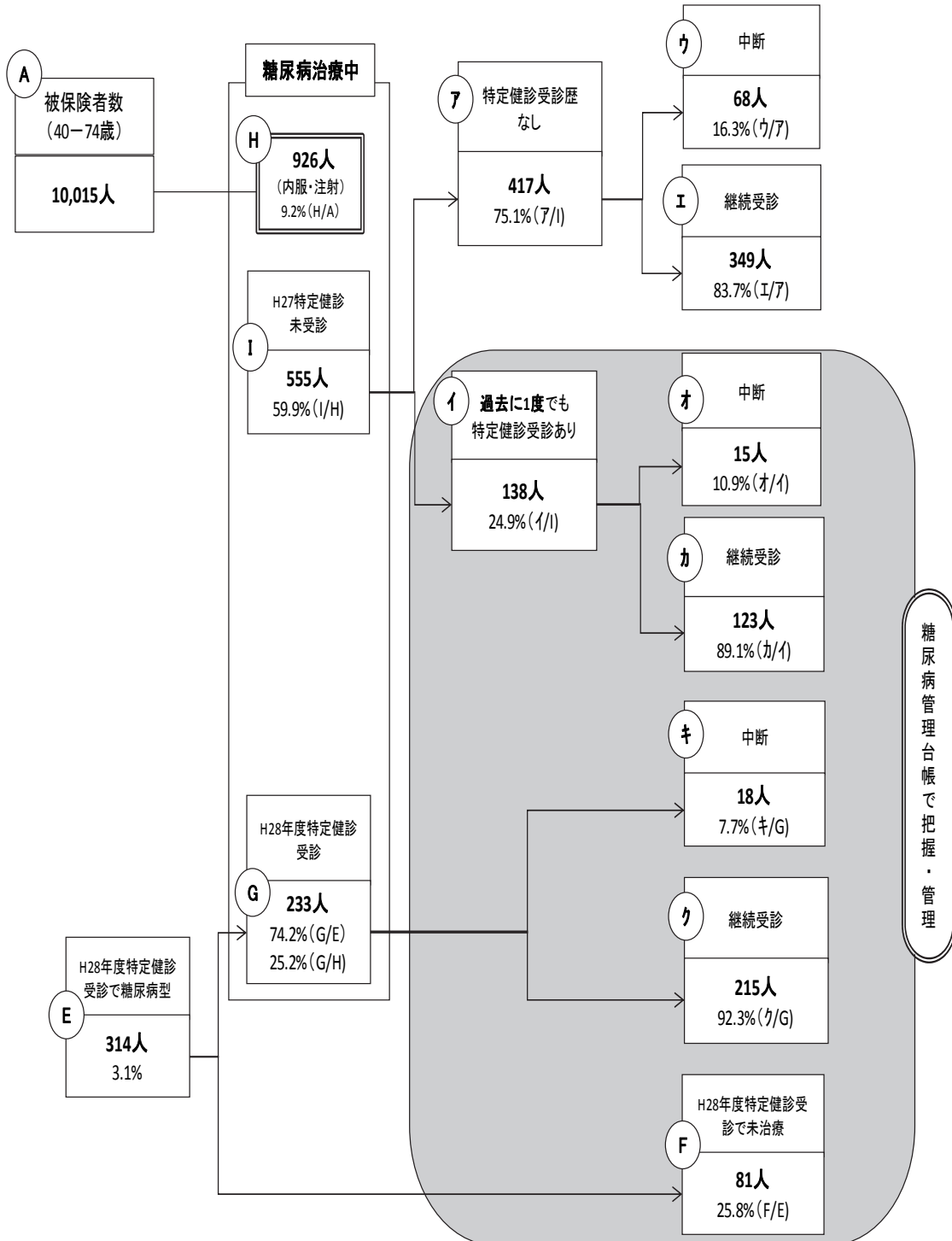
・医療機関と連携した保健指導



【図表 44】 (国保連合会図表番号 28)

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)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



☆データ引用元  
 KDB-疾病管理一覧・KDB-被保険者台帳・KDB-厚生労働省様式1-1 (H29年10月作成・H29年11月作成・H29年12月作成)

### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(P79 参考資料 3)及び年次計画表(P80 参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

#### 【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④BMI ⑤eGFR ⑥尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

## 4) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。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する。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行っていく。(図表 45)

【図表 45】(国保連合会図表番号 29)

#### 糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><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 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <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見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> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p><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. チアゾリジン薬とは</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期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等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す。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

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

### (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う。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じていく。

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 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く。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(P81 参考資料5)を用いていく。

### (1) 短期的評価

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

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(P 82 考資料 6)

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(P83 参考資料 7)

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

本市では、心電図は詳細健診対象の方及び希望者のみの実施である。しかし、平成 30 年度からは、当日の血圧や診察所見等で、心電図を詳細健診として案内できるようになるため、虚血性心疾患のリスクが高い方を、詳細健診として案内し、早期の受診を勧め、保健指導を実施し、心疾患通院者の減少を目指し、事業を実施する。

本市も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心電図検査の全数実施が望まれる。

### 心電図検査結果

【図表 46】(国保連合会図表番号 30)

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
平成28年度	3313	37.7								

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 47】(国保連合会図表番号 31)

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)(%)

## ② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」が「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 48 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。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。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 48】(国保連合会図表番号 32)

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	
	3495				
メタボ該当者	816 23.3%				②-1
メタボ予備群	479 13.7%				
メタボなし	2,200 62.9%				
LDL	140-159	399 11.4%			
	160-179	316 9.0%			
	180-	112 3.2%			②-2

## 【参考】

Non-HDL	190-				
	170-189				

CKD	G3aA1~	731			
		20.9%			

### 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 49 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を行う。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る。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、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も同様に受診勧奨を行う。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う。

【図表 49】(国保連合会図表番号 33)

#### 虚血性心疾患に関する症状

<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、P83参考資料7に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。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、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。



### (3) 対象者の管理

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

### (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ことを把握した場合に受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。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く。

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

### 6) 評価

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

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っていく。

#### (1) 短期的評価

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

### 7) 実施期間及びスケジュール

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

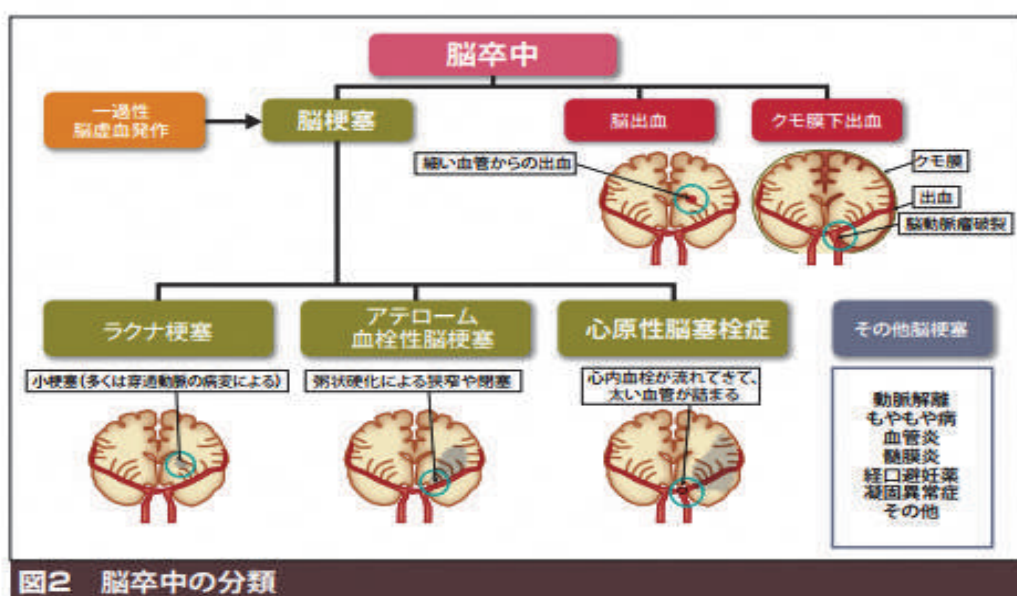
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 50・51)

【脳卒中の分類】

【図表 50】(国保連合会図表番号 34)



(脳卒中予防の提言より引用)

#### 脳血管疾患とリスク因子

【図表 51】(国保連合会図表番号 35)

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 52 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の把握が明確になる。

【図表 52】 (国保連合会図表番号 36)

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BMDBM)	心房細動	メタリックシンド ローム	慢性腎臓病(CDK)
特定健診受診者における重症化予 防対象者		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 3495		123人 3.5%	236人 6.8%	112人 3.2%		816人 23.3%	70人 2.0% 140人 4.0%
治療なし		79人 3.7%	85人 2.8%	97人 3.6%		146人 8.2%	10人 0.6% 43人 2.4%
治療あり		44人 3.3%	151人 39.7%	15人 1.9%		670人 39.2%	60人 3.5% 97人 5.7%
臓器障害あり		12人 15.2%	13人 15.3%	7人 7.2%		15人 10.3%	10人 100.0% 43人 100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	9人	6人	5人		12人	10人 43人
	尿蛋白(2+)以上	2人	3人	0人		4人	10人 2人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人	1人	2人		2人	0人 0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	4人	3人	3人		7人	2人 43人
	心電図所見あり	3人	7人	2人		3人	0人 1人

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 123 人(3.5%)であり、79 人は未治療者であった。また未治療者のうち 12 人(15.2%)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 44 人(3.3%)いることがわかった。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ってくる。

### (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危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。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 53)

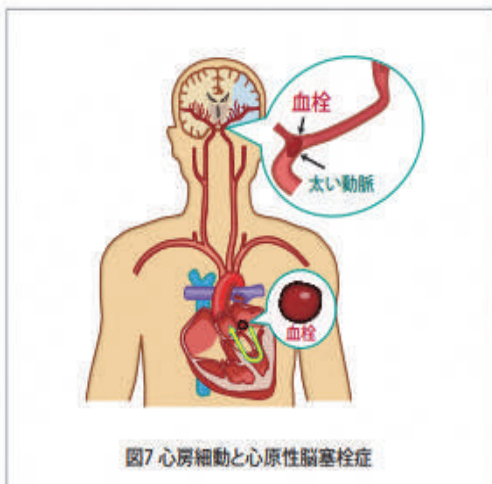
【図表 53】(国保連合会図表番号 37)

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定											
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)											
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	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	
	2,163	807	548	383	346	63	16				
		37.3%	25.3%	17.7%	16.0%	2.9%	0.7%				
リスク第1層	295	168	68	28	28	2	1	28	2	1	
		13.6%	20.8%	12.4%	7.3%	8.1%	3.2%	6.3%	100%	1.2%	
リスク第2層	1,091	389	305	190	169	29	9	--	169	38	
		50.4%	48.2%	55.7%	49.6%	48.8%	46.0%	56.3%	98.8%	16.8%	
リスク第3層	777	250	175	165	149	32	6	--	--	187	
		35.9%	31.0%	31.9%	43.1%	43.1%	50.8%	37.5%		82.7%	
再掲 重複 あり	糖尿病	206	52	59	51	37	5	2			
			26.5%	20.8%	33.7%	30.9%	24.8%	15.6%	33.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	423	145	97	80	82	16	3			
		54.4%	58.0%	55.4%	48.5%	55.0%	50.0%	50.0%			
3個以上の危険因子	337	85	71	83	78	16	4				
		43.4%	34.0%	40.6%	50.3%	52.3%	50.0%	66.7%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

【図表 53】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。

### (3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 54 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表 54】(国保連合会図表番号 38)

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								
40歳代								
50歳代								
60歳代								
70～74歳								

\* 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 55】(国保連合会図表番号 39)

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

心電図検査においては、詳細健診として、希望者及び有所見所のみの実施である。しかし、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、【図表 48】に沿って虚血性心疾患の重症化予防の対象者の把握や問診等による症状の把握により、通院中の方へ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る。そのような対象者を早期発見・早期介入するために、今後心電図検査の全数実施が望まれる。

### 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対象者に応じた保健指導を行う。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る。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。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う。

#### (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る。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓

足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

### (3) 対象者の管理

#### ① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(P84 参考資料 8)

#### ② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(P84 参考資料 9)

## 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。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く。

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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っていく。

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

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

### Ⅲ ポピュレーションアクションアプローチ

ポピュレーションアク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く。(図表 56・57)

【図表 56】 (国保連合会図表番号 40)

#### 保険者努力支援制度 豊見城市

市	224点/345満点	829.9万円
全国順位	512位/1741市町村	3.7万円
県内順位	17位/41市町村	

頂いたお金  
1点当たりのお金

評価指標	30年度	28年度前倒し分
共通	満点	満点
①	850点	224点
②	50	0
③	50	10
④	50	0
⑤	100	0
⑥	(50)	40
⑦	(25)	
⑧	(25)	
⑨	25	20
⑩	70	
⑪	(50)	0
⑫	(25)	
⑬	40	10
⑭	(5)	
⑮	(35)	
⑯	30	0
⑰	25	0
⑱	25	5
⑲	5	5

H28: 保険者努力支援ポイント化資料

① 市町村指標の都道府県単位評価	【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		
③ 都道府県の取組状況	【150億円】	未定
保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組		
② 医療費適正化のアウトカム評価	【150億円】	50
国保・年齢調整後1人当たり医療費		

市人口 6.2万人

(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)

**社会保障費 (H28年度) 豊見城市**

市人口 6.2万人  
(国保被保険者 1.6万人)

**45億円**

予防可能な生活習慣病	糖尿病 1億円 (6.8%)
	高血圧 1億円 (6.1%)
	慢性腎臓病 4億円 (19.7%)
	がん 4億円 (19.0%)
	精神 6億円 (24.8%)

**28億円**

介護費	28億円
-----	------

**11億円**

生活保護費	11億円
-------	------

豊見城市社会福祉事務所 集計データ

保護率	11.25%	(706人)
医療扶助	56.8%	(592人)
再)人工透析者数	8人	(1.13%)

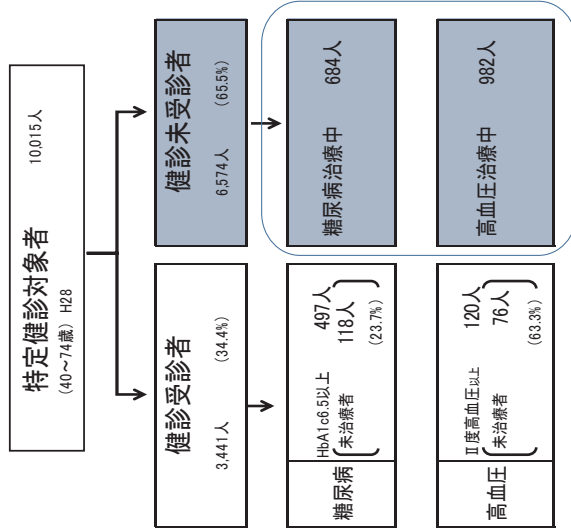
**死亡 沖縄県 (H27年度)**

65歳未満死亡率  
(H27年度)

男性	1位
女性	1位

**平均寿命 (H22年度)**

男性	30位
女性	3位



**第3期特定健診・保健指導の運用の原直し**  
**かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備**

**1 医療機関との適切な連携における優先順位**

- かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
- 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データをのち、基本健診項目をすべて満たす結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

**2 診療における検査データを活用する条件**

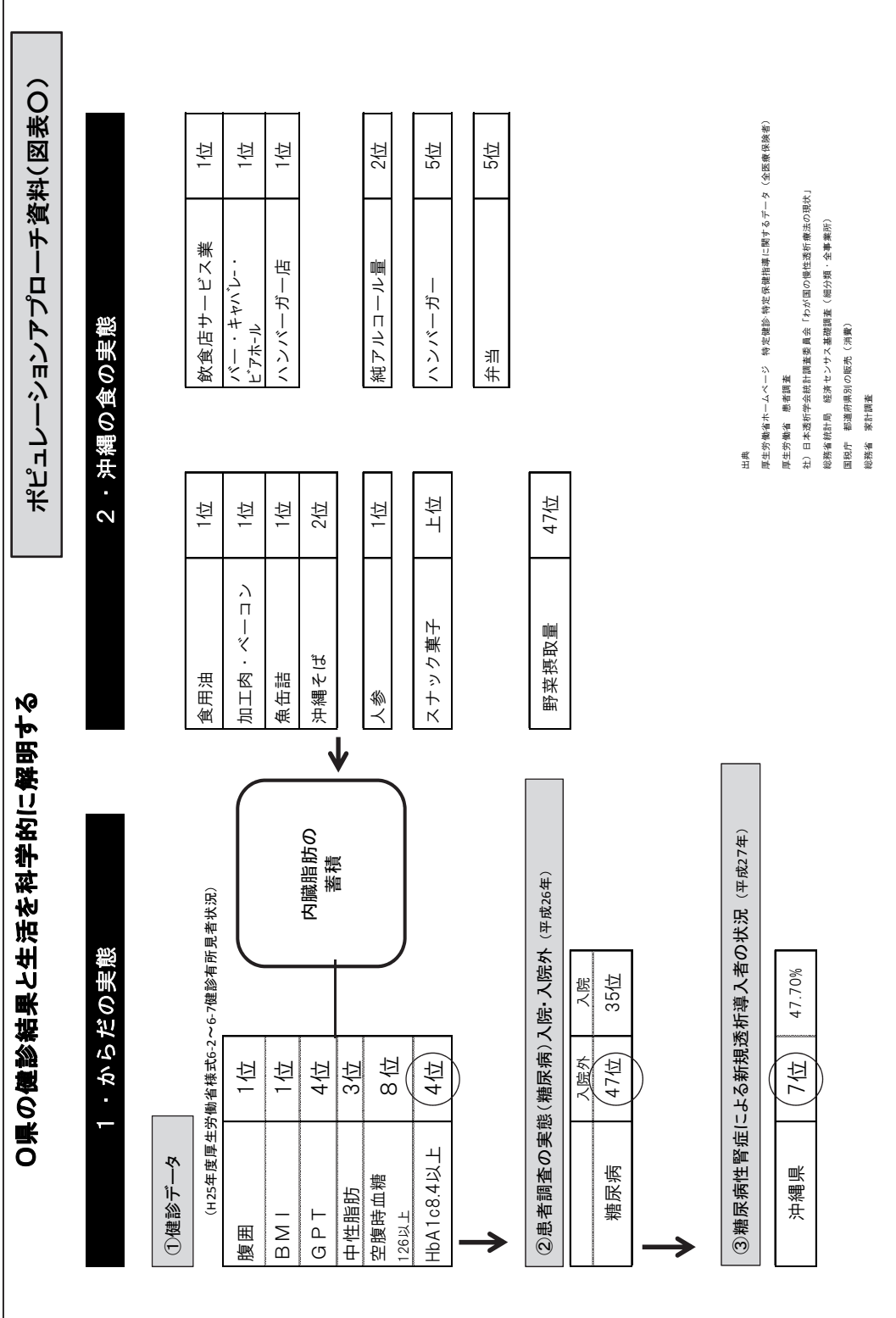
- 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
- 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

**3 基本的な手順の流れ**

- 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。



【図表 57】(国保連合会図表番号 41)



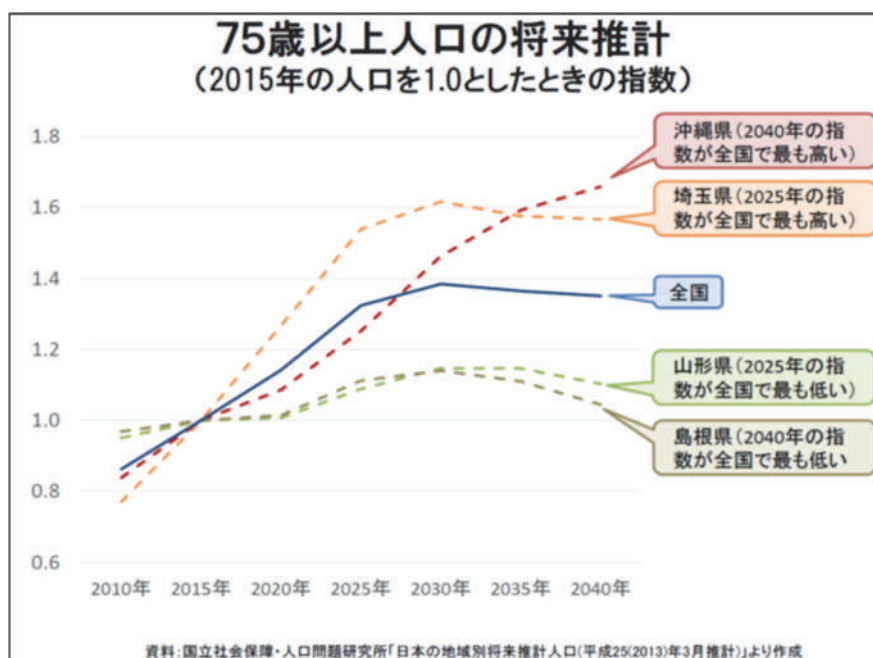
## 第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。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、介護部門の関係課との情報共有や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保健事業を展開していく必要がある、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ができる。また、保健指導を実施していくなかで生活支援や介護予防が必要な方には、介護部門の関係課や関係機関との連携を行う。

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る。(図表 58)

【図表 58】(国保連合会図表番号 42)



本市では、第2章の図表25・26「何の疾患で介護保険をうけているか」(P24・25)で示しているとおり、介護認定を受けている者の実態として40～64歳の若い世代で脳卒中が75.4%、虚血性心疾患が16.4%、糖尿病合併症が18.0%となっており予防可能な生活習慣病が介護の要因となっていた。その為、介護を予防するための対策として、健診の受診勧奨を推進し生活習慣病を重症化させない取り組みが重要である。

国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況を踏まえ、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としない状態にするための対策は保険者としてだけでなく、豊見城市全体として非常に重要である。その為、平成28年度より障がい・長寿課（地域包括支援班）が開催する『地域ケア会議』に市の国保保険者として参加し、また、平成29年度には『データヘルス推進会議』を開催し、障がい・長寿課（地域包括支援班）及び国保年金課（高齢者医療班）と市の現状と課題の共有を行った（参考資料24）。今後もデータヘルス推進会議を開催し、関係部署と連携を深めながら重症化予防の取組を行っていく。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。（P85 参考資料10）

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

### 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る。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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、経年比較を行うとともに、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・助言を受けるものとする。

# データヘルス計画の目標管理一覧

【図表 59】(国保連合会図表番号 42)

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値					最終評価値		現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H30	H31	H32	H33		H34	H35
特定 等 計 画	(市の健康課題) ・本市の特定健診受診率及び 特定保健指導率はいずれも県 平均以下であるため、特定健診 受診率及び保健指導率向上に 努める必要がある。 ・65歳以上の高血圧者の割合 が36.1%で県内、同規模と比較 して高い。 ・糖尿病性腎症を原因とする透 析者が透析者の48.8%を占め ているが、平成25年度は50.6% で、わずかながら減少している が、透析者の約半数を占めるた め、継続して、糖尿病通院者の 重症化予防に取り組む必要が ある。	医療費削減のために、特定健診受 診率、特定保健指導率の向上によ り、重症化予防対象者を減らす。  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  がんの早期発見、早期治療	特定健診受診率60%以上	37.7%	60.0%	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特 定保健指導結 果(厚生労働 省)		
			特定保健指導実施率80%以上	57.4%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特 定保健指導結 果(厚生労働 省)	
デー タ ヘル ス 計 画		がんの早期発見、早期治療	特定保健指導対象者の減少率25%	17.8%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	1.89%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.57%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	KDBシステム
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	48.8%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	37.4%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	
			健診受診者の高血圧の割合減少10%以下(160/100以上)	0.9%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少40%以下(LDL160以上)	47.8%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	40.0%	豊見城市 健康増進計画
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少9%以下(HbA1c6.5以上)	9.9%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	健康とみぐすく 21
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	82.1%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
			糖尿病の保健指導を実施した割合%以上	-	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	
短 期		がんの早期発見、早期治療	がん健診受診率 胃がん検診 30%以上	5.4%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%		
			肺がん検診 30%以上	8.8%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	地域保健事業 報告	
			大腸がん検診 30%以上	7.9%	17.5%	20.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	30.0%	地域保健事業 報告	
			子宮頸がん検診 34%以上	17.9%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%		
			乳がん検診 35%以上	19.0%	22.5%	25.0%	27.5%	30.0%	32.5%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%	35.0%		
後発医薬品の使用割合62%以上	80.7%	81.8%	82.8%	83.9%	84.9%	86.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	87.0%	88.1%	厚生労働省公 表結果			

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※各市独自の設定目標があればそれぞれ追加する

# 保健師の配置状況（変遷）

【図表 60】

		H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	
基本とする法律	母子保健	H9～母子保健法改正 市町村移譲					H28～母子保健法改正 H24子ども・子育て支援事法 (乳幼児全戸訪問等) H25未熟児等市町村移譲 H26～母子保健計画						
	健康増進 生活習慣病	H15～健康増進法 ⇒ H24基本指針改正 H25～34健康日本21(第二次) H20～がん対策基本法					H20～高齢者の医療の確保に関する法律 H20～H24特定健診実施計画 H25～H29第2期特定健診実施計画 H30～H35第3期特定健診実施計画 H26～H29 第1期保健事業実施計画 (データヘルス計画) H30～H35第2期保健事業実施計画 (データヘルス計画)						
	介護	H9～介護保険法 ⇒ H17～介護法改正					H26～医療介護総合確保推進法 H27～H29介護保険事業計画 (地域包括ケアシステム) H30～H32介護保険事業(支援)計画						
	障害者保健・福祉	H17～障害者自立支援法					H24～障害者総合支援法						
部署	職位	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29		
保健部署	特定健診	班長	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	
		職員	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	
		小計	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	
	保健予防	班長	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
		職員	1	1	1(1)	1(1)	1(1)	1(1)	3	3	1(1)	2(1)	
		小計	2	2	2	2	2	2	4	4	1	2	
	母子保健	班長	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
		職員	2	2	3	3	3	3	4(1)	4(1)	4	4	
		小計	2	2	3	3	3	3	4	4	5	5	
福祉部署	障がい・長寿課 (地域包括)	班長	/				0	0	0	0	0	0	
		職員					1	1	1	1	1	1	
		小計					1	1	1	1	1	1	
	障がい・長寿課 (精神)	班長	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		職員	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	
		小計	1	2	2	2	2	2	0	0	0	0	
<b>合計</b>		<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9(1)</b>	<b>9(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>10(1)</b>	<b>11(1)</b>		
職位別 人数(再掲)	班長級	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2		
	主査級	4	5	5	6	6	5	5	9(1)	8(1)	8(1)		
	職員	2	1	2(1)	2(1)	4(1)	4(1)	4(1)	1	1	1		
	<b>合計</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9(1)</b>	<b>9(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>11(1)</b>	<b>10(1)</b>	<b>11(1)</b>		

※( )内は管理栄養士の数

## 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、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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・豊見城市情報公開及び個人情報の保護に関する条例（平成14年9月17日条例35号）に基づき、庁内での利用、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



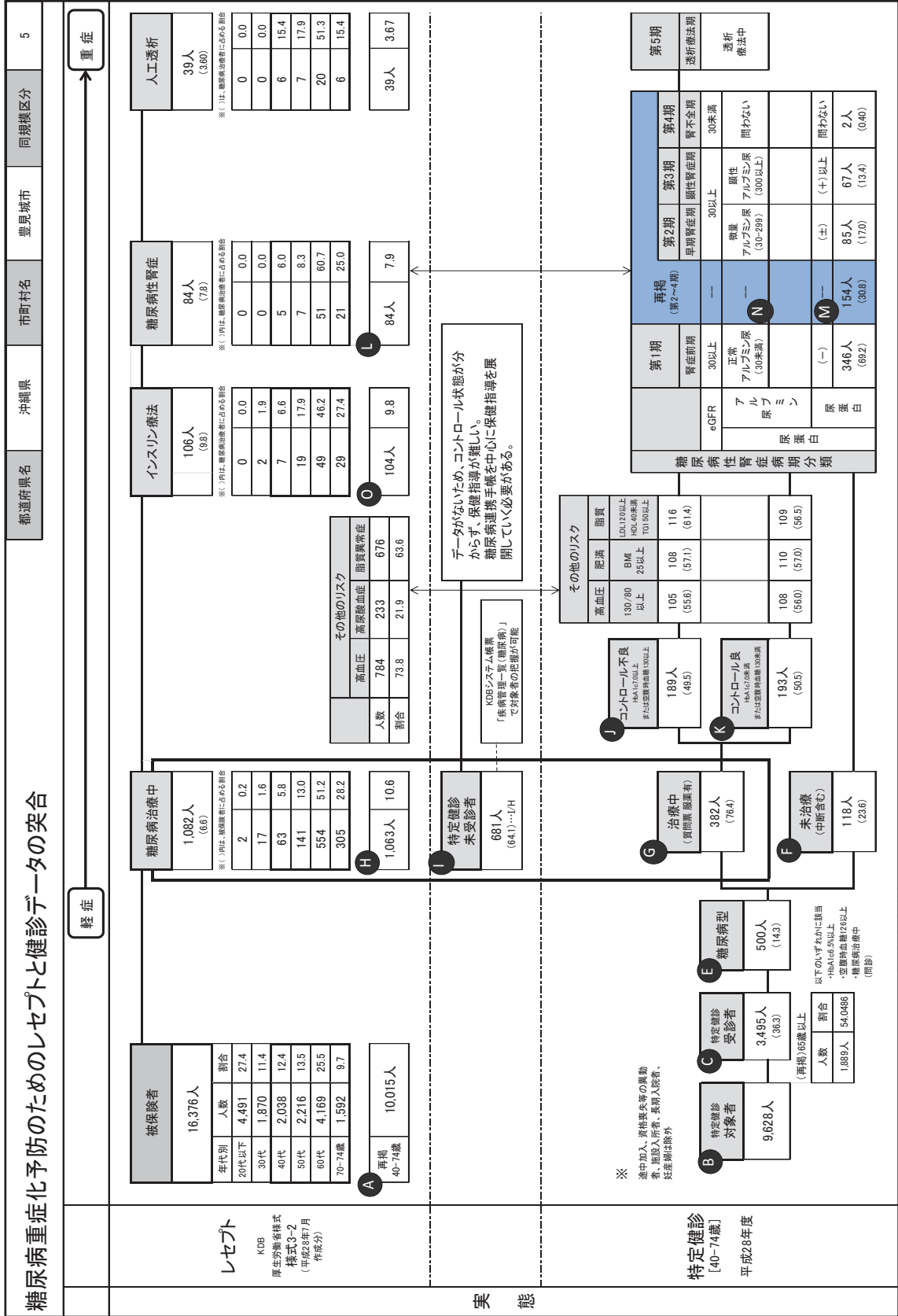
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた豊見城市の位置

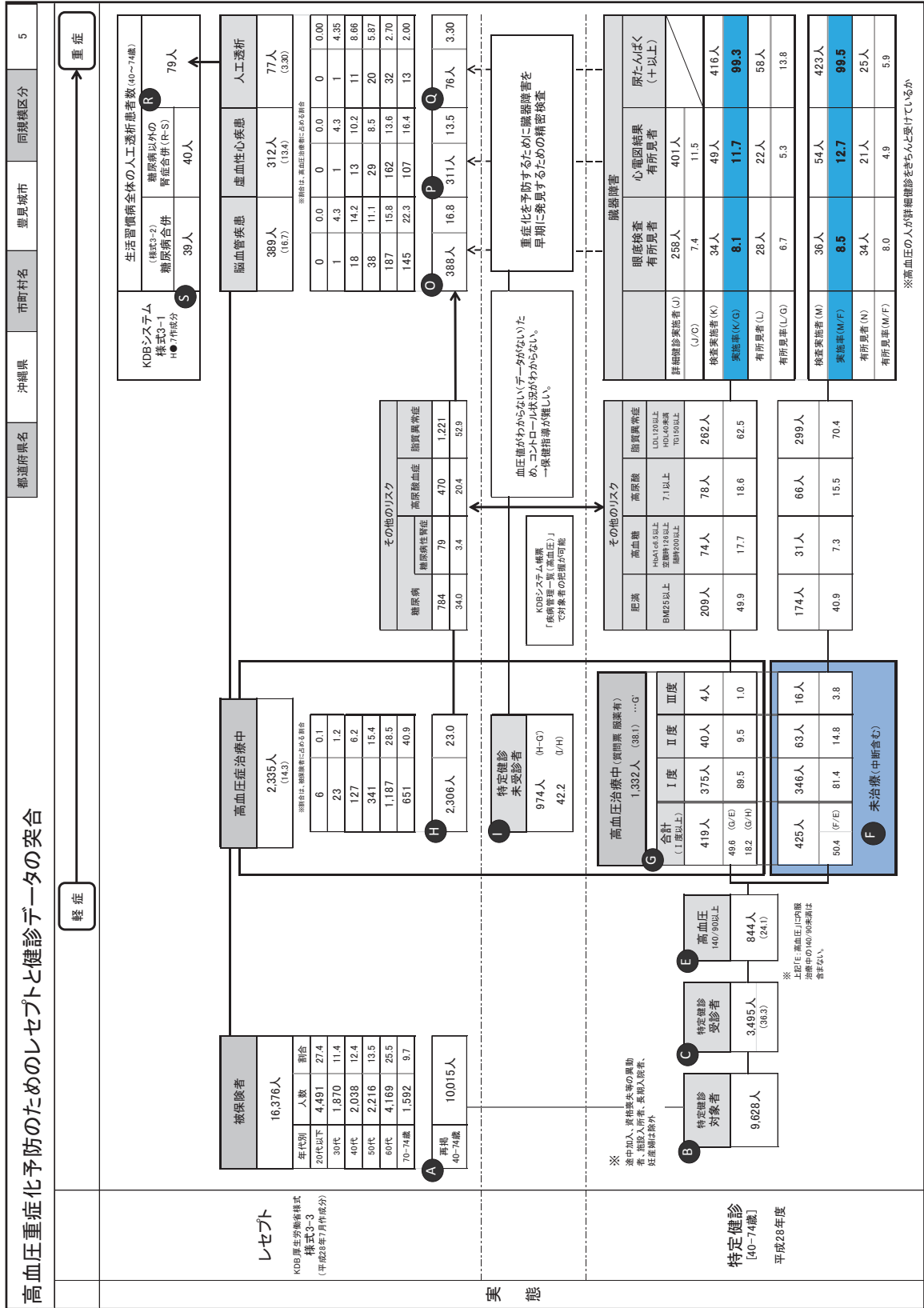
項目	H25		H28		H28		H28		H28		データ元 (CSV)		
	本市		本市		同規模平均		県		国				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成 豊見城市 統計情報 H25：H25.4月 H28：H28.4月	総人口	60,155		62,453		18,346,852		1,373,576		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	8,696	14.5	10,203	16.3	4,430,444	24.1	239,486	17.4	29,020,766		23.2
		75歳以上	3,927	6.5	4,601	7.4			119,934	8.7	13,989,864		11.2
		65～74歳	4,769	7.9	5,602	9.0			119,552	8.7	15,030,902		12.0
		40～64歳	19,158	31.8	19,985	32.0			448,207	32.6	42,411,922		34.0
	39歳以下	32,301	53.7	32,265	51.7			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
2	② 産業構成	第1次産業	4.1		4.1		6.1		5.4		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第2次産業	13.4		13.4		28.9		15.4		25.2		
		第3次産業	82.5		82.5		65.0		79.2		70.6		
3	③ 平均寿命	男性	80.0		80.0		79.6		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	88.3		88.3		86.3		87.0		86.4		
4	④ 健康寿命	男性	65.0		65.0		65.3		64.5		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	66.6		66.6		66.8		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	83.9		89.8		100.0		97.8		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	70.9		70.2		100.9		87.5		100		
		女性											
		がん	96	49.0	95	46.6	54,818	48.1	2,965	48.0	367,905		49.6
		心臓病	58	29.6	60	29.4	30,930	27.1	1,600	25.9	196,768		26.5
		脳疾患	24	12.2	19	9.3	18,797	16.5	893	14.5	114,122		15.4
		糖尿病	2	1.0	9	4.4	2,153	1.9	187	3.0	13,658		1.8
		腎不全	5	2.6	11	5.4	3,750	3.3	243	3.9	24,763		3.3
		自殺	11	5.6	10	4.9	3,547	3.1	287	4.6	24,294		3.3
			合計	72	22.1	63	17.4			1,989	17.0		136,944
2	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性	44	26.0	37	18.8			1,386	22.0	91,123	13.5	厚労省HP 人口動態調査
		女性	28	17.8	26	15.8			603	11.2	45,821	7.2	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	1,495	17.8	1,775	21.0	891,869	20.2	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	26	0.3	4	0.3	15,306	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	101	0.5	110	0.6	21,986	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	283	17.9	368	18.3	203,882	22.0	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	750	47.1	923	47.7	479,210	51.8	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	373	23.2	478	24.5	256,268	27.6	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	829	52.4	1,007	52.6	546,239	59.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	410	26.5	493	26.6	239,587	26.2	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	143	7.9	169	8.8	93,015	10.0	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格 精神	734	46.5	890	46.5	469,492	50.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
463	29.2	626	32.3	331,335	35.6	19,275	33.0	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	73,835		79,309		61,245		71,386		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス	51,794		56,942		40,247		52,569		39,662			
	施設サービス	280,723		274,228		278,147		282,196		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	10,063		9,568		8,027		9,703		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定あり 認定なし	4,223		4,330		3,808		4,397		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	17,092		15,509		4,516,800		444,291		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	3,514	20.6	3,912	25.2			103,448	23.3	12,461,613		38.2
		40～64歳	6,543	38.3	5,716	36.9			168,937	38.0	10,946,712		33.6
		39歳以下	7,035	41.2	5,881	37.9			171,906	38.7	9,179,541		28.2
		加入率	29.9		27.2		24.7		32.3		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	3	0.2	3	0.2	1257	0.3	94	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	32	1.9	36	2.3	12,813	2.8	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	618	36.2	638	41.1	227,288	50.3	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	192	11.2	198	12.8	33,690	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数	537.1		546.6		688.2		507.9		668.1		
入院患者数	18.8		20.1		19.8		20.0		18.2				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	21,620	県内17位 同規模202位	23,715	県内19位 同規模190位	25,581		22,111		24,245	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率	555.87		566.691		707.975		527.86		686.286			
	外 費用の割合	55.4		52.4		59.3		52.4		60.1			
	来 件数の割合	96.6		96.4		97.2		96.2		97.4			
	入 費用の割合	44.6		47.6		40.7		47.6		39.9			
	院 件数の割合	3.4		3.6		2.8		3.8		2.6			
	1件あたり在院日数	15.8日		16.4日		16.2日		17.1日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源傷病 名（顕割合含む）	がん	400,931,580	16.6	462,947,440	19.1	25.0		17.3		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
	慢性腎不全（透析あり）	425,652,250	17.6	479,263,420	19.7	9.5		16.0		9.7			
	糖尿病	182,813,410	7.6	164,110,050	6.8	10.1		7.0		9.7			
	高血圧症	225,453,300	9.3	148,118,480	6.1	8.9		6.3		8.6			
	精神	578,629,360	24.0	601,675,240	24.8	17.6		28.0		16.9			
筋・骨格	305,870,920	12.7	292,906,360	12.1	14.9		13.1		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	634,924	5位	(16)	639,207	9位	(15)									KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	685,090	4位	(17)	644,136	9位	(16)												
				脂質異常症	598,709	10位	(18)	608,169	9位	(17)												
				脳血管疾患	707,720	10位	(22)	675,814	15位	(21)												
				心疾患	767,665	6位	(15)	860,937	5位	(12)												
				腎不全	886,352	10位	(17)	808,223	18位	(17)												
				精神	494,272	5位	(25)	478,244	22位	(25)												
				悪性新生物	707,440	9位	(15)	747,591	6位	(13)												
				入院の( )内 は入院日数	外来	糖尿病	38,351	24位		41,400										22位		
						高血圧	34,234	14位		35,908										12位		
						脂質異常症	29,859	22位		30,285										25位		
						脳血管疾患	41,746	15位		45,641										9位		
						心疾患	67,954	6位		67,738										8位		
						腎不全	215,367	12位		223,735										10位		
精神	36,929	11位				33,795	21位															
悪性新生物	61,278	6位		64,556	11位																	
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,892			1,505			2,775			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	10,069			11,509			12,265			10,954			12,339						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,936			4,992			7,618			6,836			6,742						
		健診未受診者	31,586			38,190			33,667			39,024			35,459							
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,587	52.5	1,770	53.5	692,271	55.8	54,166	55.9	4,427,360	56.1						KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	1,463	48.4	1,656	50.1	639,185	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5										
		医療機関非受診率	124	4.1	114	3.4	53,086	4.3	4,230	4.4	357,742	4.5										
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	3,025			3,307			1,239,776			96,836			7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	32.8	県内37位 同規模180位	37.0	県内31位 同規模163位	39.5	37.5	全国25位	36.4										
				特定保健指導終了者(実施率)	220	52.3	181	39.1	44,581	30.2	7,845	50.6	198,683	21.1								
				非肥満高血糖	189	6.2	203	6.1	123,451	10.0	6,227	6.4	737,886	9.3								
				メタボ	該当者	630	20.8	782	23.6	217,023	17.5	21,916	22.6	1,365,855	17.3							
					男性	439	31.2	512	34.2	147,338	27.5	15,055	32.9	940,335	27.5							
					女性	191	11.8	270	14.9	69,685	9.9	6,861	13.4	425,520	9.5							
					予備群	413	13.7	455	13.8	133,280	10.8	14,505	15.0	847,733	10.7							
				メタボ該当・予備群 レベル	BMI	男性	280	19.9	300	20.1	91,585	17.1	9,655	21.1	588,308	17.2						
						女性	133	8.2	155	8.6	41,695	5.9	4,850	9.5	259,425	5.8						
					腹部	総数	1,223	40.4	1,418	42.9	392,620	31.7	41,588	42.9	2,490,581	31.5						
						男性	835	59.4	928	62.1	266,875	49.7	27,902	60.9	1,714,251	50.2						
						女性	388	24.0	490	27.0	125,745	17.9	13,686	26.8	776,330	17.3						
						総数	235	7.8	224	6.8	59,011	4.8	6,193	6.4	372,685	4.7						
				男性	34	2.4	34	2.3	8,804	1.6	901	2.0	59,615	1.7								
				女性	201	12.4	190	10.5	50,207	7.1	5,292	10.4	313,070	7.0								
				血糖のみ	19	0.6	32	1.0	8,516	0.7	913	0.9	52,296	0.7								
				血圧のみ	296	9.8	324	9.8	92,153	7.4	10,137	10.5	587,214	7.4								
				脂質のみ	98	3.2	99	3.0	32,611	2.6	3,455	3.6	208,214	2.6								
血糖・血圧	103	3.4	97	2.9	34,257	2.8	3,328	3.4	212,002	2.7												
血糖・脂質	33	1.1	42	1.3	12,318	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9												
血圧・脂質	340	11.2	384	11.6	104,384	8.4	10,556	10.9	663,512	8.4												
血糖・血圧・脂質	154	5.1	259	7.8	66,064	5.3	6,804	7.0	415,310	5.3												
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	1,182	39.1	1,284	38.8	425,898	34.4	35,736	36.9	2,650,283	33.6								
				糖尿病	217	7.2	372	11.2	96,501	7.8	8,886	9.2	589,711	7.5								
				脂質異常症	621	20.5	780	23.6	296,409	23.9	19,747	20.4	1,861,221	23.6								
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	82	3.4	101	3.7	38,719	3.3	2,781	3.2	246,252	3.3								
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	115	4.8	150	5.5	69,715	5.9	3,985	4.5	417,378	5.5								
				腎不全	11	0.5	24	0.8	7,694	0.6	477	0.5	39,184	0.5								
				貧血	197	8.2	242	8.9	119,794	10.1	5,051	6.2	761,573	10.2								
				喫煙	331	10.9	403	12.2	163,058	13.2	14,476	14.9	1,122,649	14.2								
				週3回以上朝食を抜く	222	14.3	334	16.7	74,067	7.1	10,244	18.2	585,344	8.7								
				週3回以上食後間食	223	14.4	371	18.5	114,882	11.0	9,397	16.7	803,966	11.9								
				週3回以上就寝前夕食	427	27.4	596	29.3	153,932	14.5	13,503	23.9	1,054,516	15.5								
				食べる速度が速い	444	28.5	694	33.1	261,903	25.1	17,001	31.4	1,755,597	26.0								
				20歳時体重から10kg以上増加	783	49.3	1,073	51.5	335,672	31.7	25,674	46.4	2,192,264	32.1								
				1回30分以上運動習慣なし	926	58.0	1,110	52.3	622,490	58.4	32,954	57.5	4,026,105	58.8								
1日1時間以上運動なし	868	54.5	1,022	49.4	475,229	44.6	27,541	49.9	3,209,187	47.0												
睡眠不足	415	26.1	503	25.6	256,868	24.3	16,386	30.1	1,698,104	25.1												
毎日飲酒	398	19.4	524	20.5	286,446	24.6	14,259	22.1	1,886,293	25.6												
時々飲酒	622	30.3	814	31.8	244,207	21.0	18,519	28.7	1,628,466	22.1												
一日飲酒量	1合未満	1,106	65.7	1,150	57.6	480,326	64.5	22,185	50.1	3,333,836	64.0											
	1～2合	389	23.1	540	27.1	178,086	23.9	12,695	28.7	1,245,341	23.9											
	2～3合	129	7.7	225	11.3	68,324	9.2	5,994	13.5	486,491	9.3											
	3合以上	59	3.5	81	4.1	18,320	2.5	3,385	7.6	142,733	2.7											

【参考資料 2-1】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 2-2】 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）																	
番号	追加 年度	地域	氏名	性別	年度 年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		CKD	血圧								
									GFR								
									尿蛋白								
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		CKD	血圧								
									GFR								
									尿蛋白								

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 28年度

【参考資料 4】

対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門医との連携
<p><b>結果把握</b> →</p> <p>糖尿病管理台帳の全数 (A + B) ( 538 ) 人</p> <p>A 健診未受診者 ( 138 ) 人</p> <p>①-1 未治療者(中断者含む) ( 102 ) 人</p> <p>* 対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p> <p><b>保健指導の優先づけ</b> →</p> <p>B 健診未受診者 ( 400 ) 人</p> <p>① HbA1cが悪化している ( 56 ) 人</p> <p>例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>② 蛋白尿 ( - ) ( 249 ) 人 ( ± ) ( 65 ) 人 ( + ) ~顕性腎症 ( 54 ) 人</p> <p>③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( 1 ) 人 1年で5ml/m以上低下 ( 53 ) 人</p>	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>3.全いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認</p> <p>4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導</p>	<p>後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力</p> <p>合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>尿アルブミン検査の継続</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>

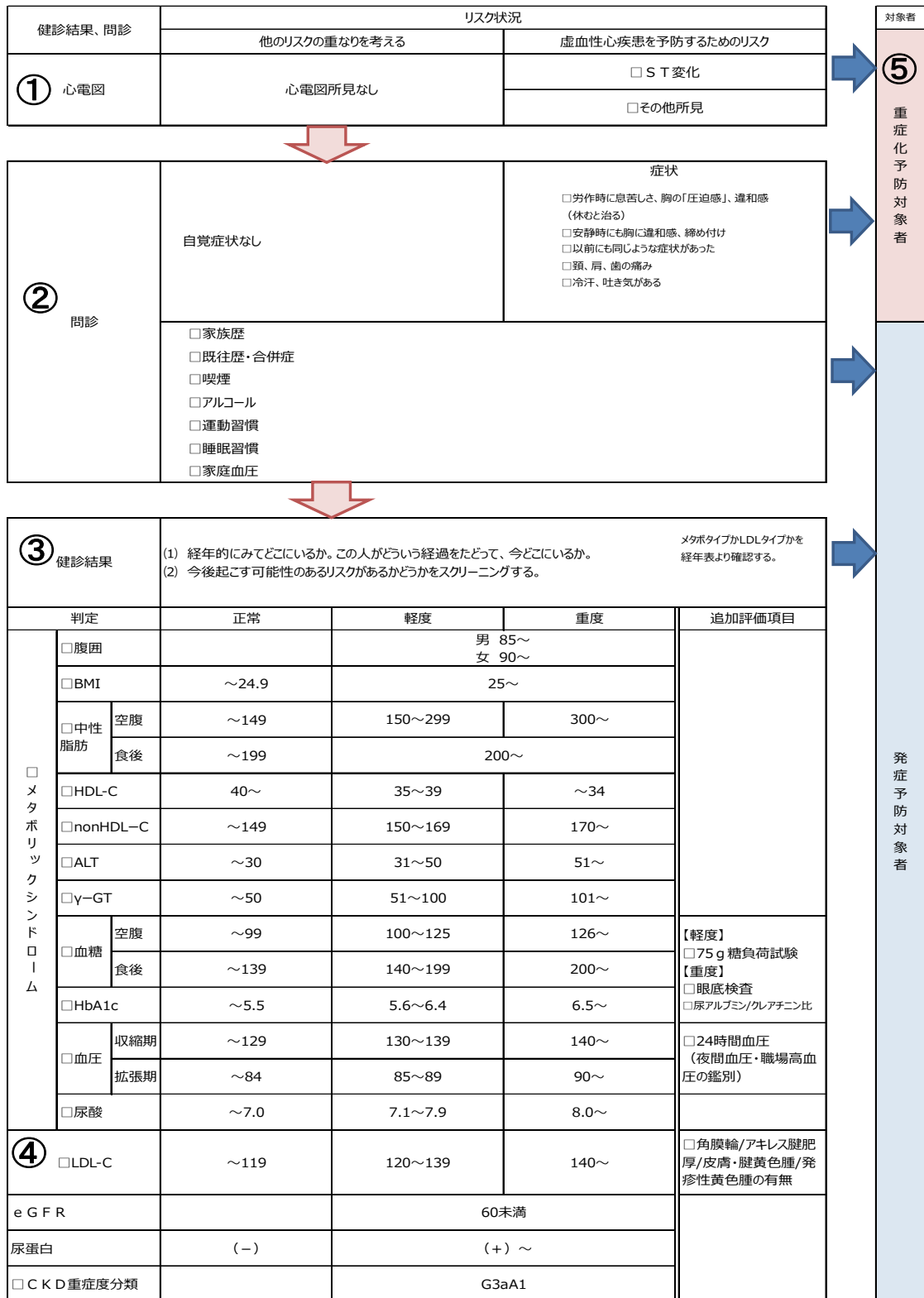
【参考資料5】

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	5	都道府県	沖縄県	市町村名	豊見城市		
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266			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	16,376人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	A	10,015人							
2	①	対象者数	B	9,628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	受診者数	C	3,495人							
	③	受診率	C	36.3%							
3	①	特定保健指導									
	②	実施率									
4	①	糖尿病型	E	500人	14.3%					特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	118人	23.6%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	382人	76.4%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	189人 49.5%							
	⑤			血圧 130/80以上	105人 55.6%						
	⑥			肥満 BMI25以上	108人 57.1%						
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	M	193人 50.5%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	346人 69.2%								
	⑨	第2期 尿蛋白(±)	85人 17.0%								
	⑩	第3期 尿蛋白(+)	67人 13.4%								
	⑪	第4期 eGFR30未満	2人 0.4%								
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		66.1人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		106.1人							
	③	レセプト件数 (40-74歳) ( )内は被保険者対	入院外(件数)		5,347件	(555.4)		9,887件	(770.4)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④		入院(件数)		34件	(3.5)		65件	(5.0)		
	⑤	糖尿病治療中	H	1,082人 6.6%						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	1,063人 10.6%							
	⑦	健診未受診者	I	681人 64.1%							
	⑧	インスリン治療	O	106人 9.8%							
	⑨	(再掲)40-74歳	O	104人 9.8%							
	⑩	糖尿病性腎症	L	84人 7.8%							
	⑪	(再掲)40-74歳	L	84人 7.9%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		39人	3.60%						
	⑬	(再掲)40-74歳		39人	3.67%						
	⑭	新規透析患者数									
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症									
	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)		27人	4.2%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費		45億3631万円				53億6462万円		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		24億2875万円				30億4443万円			
	③	(総医療費に占める割合)		53.5%				56.8%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		4,992円			7,618円			
	⑤		健診未受診者		38,190円			33,667円			
	⑥	糖尿病医療費		1億6411万円				3億0618万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		6.8%				10.1%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費		6億0630万円							
	⑨	1件あたり		41,400円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		3億5923万円							
	⑪	1件あたり		639,207円							
	⑫	在院日数		15日							
	⑬	慢性腎不全医療費		4億9796万円				3億0863万円			
	⑭	透析有り		4億7926万円				2億8998万円			
	⑮	透析なし		1869万円				1864万円			
7	①	介護給付費		28億6606万円				49億7433万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		9件	15.5%						
8	①	死亡		9人	2.9%			8人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	





虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

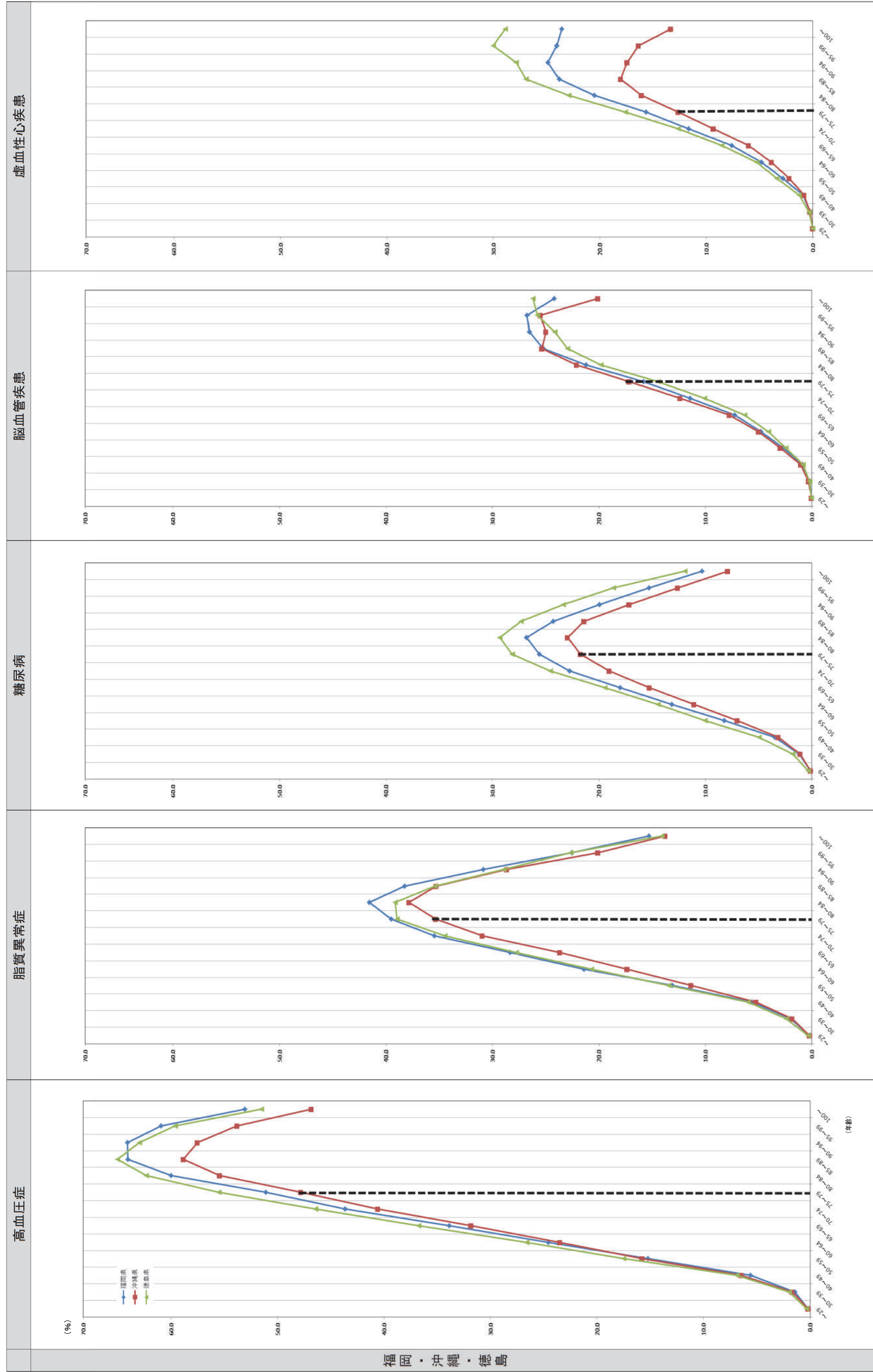


参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート



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)



評価(良くなったところ)	
<p><b>課題・目標</b></p> <p><b>①プロセス</b> (やってきた実践の過程)</p> <p><b>②アウトプット</b> (事業実施量)</p> <p><b>③アウトカム</b> (結果)</p> <p><b>④ストラクチャー</b> (構造)</p> <p><b>⑤残っている課題</b></p>	<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>○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する。</li> <li>○医療費の伸びを抑える</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い。</li> <li>◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。</li> <li>◆受診率向上について、特定健診委託医療機関連携会議や個別に医療機関への協力依頼の実施。</li> <li>○個別訪問受診勧奨事業。受診率が受診率の低い、40歳～60歳未満者を</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。</li> <li>◆対象者、方法等の検討。</li> <li>◆台帳の検討。</li> <li>◆訪問、事業の目標、評価等検討。</li> <li>◆評価指標の検討。</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆平成28年度から特定健診委託医療機関との連携会議を開催し、本市の実態等の説明により、受診率向上に向けて理解を求めた。</li> <li>・個々の医療機関との具体的な連携が進んでいない。</li> <li>◆市内各医療機関を個別に訪問し、話し合い、事業方針や、事業の進め方、連携方法について、協議し、実践を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ関わりの中で、医療機関</li> </ul>
<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診</li> <li>・未受診者対策は、コールコールが効果的という調査結果や実証事例を参考に、通知内容や通知回数等を検討改善し、未受診者の方へ全数通知を実施した。</li> <li>・未受診の方に生活習慣病等で通院している割合が多いことから、医療機関への対策として「特定健診委託医療機関との連携会議」を開催し、受診勧奨の協力依頼と、通院中の方の検査結果の情報提供により受診率に反映させる「トライアングル事業」について説明し、協力依頼を行った。</li> </ul> <p>➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的にを行うために、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、対象者の健康管理を推進していくために、台帳の活用が重要である。</li> <li>・20代30代健診の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等ポピュレーションアプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。ポピュレーション対象者を住民にするだけ</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防対象者として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診後できるだけ早期に介入していくようにした。</li> <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、台帳作成してきた。</li> <li>・保健指導の標準化は十分ではない。個々の教材使用に任ざられていたり、共通認識十分図れていない現状がある。</li> </ul> <p>➡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、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必要がある。そのために、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく中でも、台帳の活用が重要である。</li> <li>・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながると思う。</li> <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。現在は事業実施量が中心の評価。</li> <li>・若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がいる。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて(健診結果の悪い状態のまま、悪化して国保へ加入してくる方、働けなくなつてから等・・・。医療費抑制等考えたり、市民ということを考えて・・・)の対策は必要。他保険者であっても、健診結果を待参し、保健指導を希望される方には実施していく。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関説明会実施状況</li> <li>○個々の医療機関へのアプローチ状況</li> <li>○未受診者訪問実施状況</li> <li>○ポピュレーション(実施状況)</li> <li>○早期介入保健指導実施状況</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防事業の実施状況</li> <li>○保健指導(所内、訪問)実施状況</li> <li>○他保険者に対する保健指導実施状況</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式使用状況</li> <li>○個々の医療機関との連携状況</li> <li>○試験的事業の実施状況</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>
<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○業務分担制</li> <li>未受診者対策、重症化予防対策等担当を決め、内容や実施要項等職員で話し合い事業を進める。○重症化予防を兼ねて、未受診者への受診勧奨を地区担当で実施している。○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況、対象者数等によって、栄養士の確保も検討が必要となる。○通常業務の時間帯では、アプローチしても会えない人がいる。不在票等活用しているが、連絡をくれない方も多い。対象者の要望に応じて、時間帯での保健指導業務を対応できる職員で実施。</li> <li>○医師会との会議等の連携は進んできている。個々の医療機関との連携をすすめていく上で、ひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。(いろんな医療機関との関わりを活用していく。)</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健指導実施者の翌年の健診結果状況</li> <li>○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況</li> <li>○経年評価(評価項目毎)集団、個別両方</li> <li>○健診結果の状況(各対象者毎の高値割合減少状況)</li> <li>○重症化予防対象者数(3疾患治療なしの者)</li> <li>○重症化予防評価実施(別紙1)</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式にてすすめた検査、専門医への受診行動等</li> <li>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況)</li> <li>○試験的事業の実施状況(対象者の検査値、受診行動、生活状況等)</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等)</li> </ul>	<p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDC Aサイクルに基づいて事業を計画する。</li> <li>○地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行うていく。</li> <li>○事業実施等について、随時会議を開き、全員で話し合いをし、共通認識を図っていく。</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関への協力依頼(医療機関数が多いので、市内医療機関を中心に実施していく。</li> <li>○未受診者訪問の対象者の検討(全くの未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等)</li> <li>○ポピュレーションの取り組みを検討(医療機関、住民等対象をどうしていくか等)</li> <li>○評価項目の検討(受診率、受診行動等)</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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)</li> <li>○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)</li> <li>○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)</li> </ul> <p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○各医療機関と連携会議を年1回開催し、また、個別に各医療機関と事例等を積み重ねて、協力体制を広げていく。</li> </ul>



# 平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

平成29年度 課題		評価（良くなったところ）		残っている課題						
目標	全体	①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる（プロセス）	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>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD）</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病症を減らすことを目標に、平成29年度は、糖尿病性腎症重症化予防事業に取組み精査未受診者、医療中断</p>	<p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○職員全員で年間目標及び年事業計画、主担当者について検討し、共通認識を図った。また毎月班会議の中で、事業の進捗管理を行い、随時事業ごとの会議を開催。進捗管理の中で、担当者の調整や、事業の業務量に応じて、担当者の変更または協力体制を編成する。</p> <p>○年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。</p>	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる（プロセス）</p> <p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。</p> <p>○職員全員で年間目標及び年事業計画、主担当者について検討し、共通認識を図った。また毎月班会議の中で、事業の進捗管理を行い、随時事業ごとの会議を開催。進捗管理の中で、担当者の調整や、事業の業務量に応じて、担当者の変更または協力体制を編成する。</p> <p>○年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未受診訪問の対象年齢を40歳から60歳未満者を対象に戸別受診勧奨訪問の実施。</li> <li>・糖尿病管理台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨訪問。</li> <li>・医療機関への働きかけとして             <ul style="list-style-type: none"> <li>①生活習慣病で通院治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。（文書）</li> <li>②医療機関へ個別に訪問し、重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施。</li> </ul> </li> </ul> <p>未受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらうようにしていくかが今後の課題。受診勧奨訪問を行うことで若干の受診率向上につながっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病管理台帳を活用し、継続受診、治療につながるよう関わっていく。</li> <li>・医療機関への個別訪問を実施し、少しずつだが、顔の見える関係づくりができるようになっていく。</li> </ul> <p>20代、30代健診については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診委託医療機関との連携会議にて、特定健診の受診に</li> </ul> <table border="1"> <tr> <td>会議開催回数</td> <td>参加医療機関</td> </tr> <tr> <td>1回</td> <td>6か所</td> </tr> </table> <p>・個々の医療機関へ訪問。</p> <p>・市内医療機関(7か所)</p> <p>○未受診者訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前々年度保健指導実施者で前年度未受診者へ訪問。</li> <li>・未受診・未治療へ受診勧奨訪問を実施。</li> <li>・糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。</li> </ul>	会議開催回数	参加医療機関	1回	6か所	<p>③アウトカム（結果）</p> <p>***未受診者対策***</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率向上のために、通院治療中で健康診査未受診者への受診をすすめてもらうために、特定健診委託医療機関との連携会議で協力依頼を行った。医療機関より、少しでも声かけ等行っていたとき、受診勧奨することやまた、トライアングル事業で、生活習慣病で通院中の方等の検査結果の情報提供により受診率に反映できることへの協力依頼を実施。</li> <li>○平成30年度より、集団健診を予約制にすることへの変更等の周知及び多くの機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、受診率向上に努める。</li> <li>○特定健診対象者で、過去5年以内の健診未受診または生活習慣病未治療者へ圧着ハガキ通知による受診勧奨の実施。全く受診の意思がない人へどのようにして保健指導を実施し、受診医つなげるか、見当が必要。</li> <li>○糖尿病管理台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。</li> <li>○20代、30代健診を実施し、40歳未満者へもがん検診の補助を実施してから少数ながら受診者は増加しているが、まだ目標人数に達していない。若い層へ健診の必要性等どう伝えていくか等の課題がある。</li> </ul>	<p>④ストラクチャー（構造）</p>	<p>⑤残っている課題</p>
会議開催回数	参加医療機関									
1回	6か所									
<p>平成29年度 課題</p> <p>○保健指導の内容、優先順位の検討。</p> <p>・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。</p> <p>・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。</p> <p>・糖尿病管理台帳の活用について</p> <p>・CKD重症度分類のいりによりは、栄養指導が重要であるが、なかなか栄養指導までつなげられていない。</p> <p>◎評価方法の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導の評価可能な指標(アウトカム)</li> </ul>	<p>全体</p> <p>◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。</p> <p>◆職員全員で、事業実施計画、及び実施、評価を行う。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○20歳～40歳未満者への健康診査（平成28年度実績：197人）</p> <p>◆国保以外は希望者へ受診券を発行。国保被保険者は保険証一体型であり、自己負担なしで受診できる</p> <p>・増ながら受診者は増加しているが今後、若年層への健診の必要性等理解が得られるようなアプローチが重要と考えられる。</p> <p>◆事業参加者の健診受診行動につ</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○40歳未満健康診査（H291月未実績110人）</p> <p>◆保険証一体型受診券</p> <p>・40歳未満国保加入者全員に通知。</p> <p>◆受診結果により、保健指導実施。</p> <p>・受診者197人のうち、84名（42.6%）に保健指導を実施。（H28年度実績）</p> <p>◆H29年度保健指導</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）</p> <p>◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わるができる。今年度は、過去5年間未健診・未受診者訪問を実施していくことから始めた。今後、地区毎での課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要となってくる。</p> <p>○医療連携の一步として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていくように体制づくりが必要と思われる。</p> <p>○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p> <p>○今年度からの重症化予防の保健指導後評価も作成したので、これから実践していく。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）</p> <p>◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）</p> <p>◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>			
<p>目標</p> <p>◎個々の医療機関との連携が難しい。しかし、個別に話し合いをしながら、各医療機関と事例を通して、個別に相談し、少しずつ連携体制を整えていく。今後検討が必要。</p>	<p>全体</p> <p>◎個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え等を聞く機会となった。直接話をいくことで、少しでも取り組みを理解していただけたら、協力していただけたら医療機関が増えていくと実感した。今後、取り組み継続していくにあたって検討が必要である。</p> <p>・連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を確認して評価していくようにする。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○PDCAサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に職員全員で今年度の事業計画を確認し、共通認識を図った。</p> <p>・対象者選定について検討し、評価指標について疾患毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討。</p> <p>・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行っていくようにした。</p> <p>・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）し、未受診者には再アプローチを行っていく。</p> <p>・栄養指導の強化として、糖尿病性腎症病期分類第3期以降の方に栄養指導を実施していく。</p> <p>・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。</p> <p>・医療機関へ個々に訪問。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）</p> <p>◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）</p> <p>◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。</p> <p>◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。（まずは未受診・未治療者へ受診勧奨）</p> <p>◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>					

## 豊見城市特定健診受診勧奨戸別訪問業務実施要項

### 1. 事業の目的

平成 20 年 4 月から高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号)により医療保険者に対して特定健診及び特定保健指導の実施が義務づけられた。国保被保険者の健康管理のために特定健診を受診することは必須である。特定健診未受診者を戸別訪問し受診勧奨を行うことで、1 人でも多くの被保険者が受診し、受診率の向上に資することを目的とする。

### 2. 実施方法

国保納税相談員及び業務に協力できる方に業務を委託し、特定健診受診勧奨を戸別訪問にて実施する。

### 3. 対象者

特定健診対象者（国保加入の 40 歳～74 歳）のうち、特定健診未受診の者

### 4. 業務内容

- ① 受診歴の確認（職場健診等の有無）
- ② 受診方法の周知
- ③ 通院状況の確認
- ④ 受診の意思確認
- ⑤ 受診しない方へ（未受診理由の調査：聞き取り）

### 5. 業務の委託

事業の実施にあたっては、事業の一部または全部を委託できるものとする。

委託料単価 本人又は家族と面談し受診勧奨した場合 600 円/件

チラシ等のポスティングのみ実施した場合 200 円/件

### 6. 証票の携行

協力員は戸別訪問を行う際には市が交付する「豊見城市特定健診受診勧奨協力員証」（様式 1）を携行し、対象者に対して掲示するものとする。

### 7. 戸別訪問の実施時期

協力員が個別訪問を行う際は、在宅率が高いと思われる時刻や曜日を考慮して効果的に実施するとともに、対象者の生活の妨げとならないようにする。

## 8. 実績報告

協力員は、個別訪問の実施状況を月毎に豊見城市特定受診勧奨戸別訪問リスト（様式2）に記入し、翌月の10日までに請求書（様式3）を添えて市長に報告する。

## 9. 事故等への対応

業務実施中に事故やトラブル等が発生した場合は、乙の責任において適切な措置を講じるとともに、直ちに甲に報告するものとする。

## 10. 守秘義務と個人情報の管理

協力員は、本業務を行う中で知り得た個人情報を他人に漏らしてはならない。これは契約期間終了後についても同様とする。また、個人情報の管理にあたっては最新の注意を払うとともに、業務に使用する訪問リスト等を許可無く複写してはならないものとする。

### 11. 実施主体

豊見城市 健康推進課

### 12. その他

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

## 附則

この要項は平成29年5月1日から施行する。

豊見城市糖尿病性腎症重症化予防事業実施要項

1. 目的

糖尿病の重症化予防及び人工透析への移行を防止することを目的として、「【沖縄県版】糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、糖尿病患者及び糖尿病性腎症患者に対し、適切な受診勧奨、保健指導を行い、治療に結びつけ、継続的に支援を行う。

2. 対象者

豊見城市国民健康保険被保険者であって、下記の（１）または（２）に該当する者

- （１）糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病治療中断者
- （２）糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者

3. 対象者の抽出基準

- （１）糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・糖尿病治療中断者

健診結果から下記①又は②の者を抽出した上でレセプト情報を照合し、受診の有無を確認する。糖尿病治療中断者については、レセプト情報等から下記③の者を抽出する。

①空腹時血糖 126mg/d l（随時血糖 200mg/d l）以上

②HbA1c（NGSP）6.5%以上

③過去に糖尿病治療歴がある者で、直近1年間において糖尿病受診歴がない者。

なお、上記①又は②を満たすもののうち、以下のいずれかの結果値を示す場合には、重症度が高いと考えられるため、強めの受診勧奨を行う。

ア) 尿蛋白（1+）以上を認める者

イ) 推算糸球体ろ過率（eGFR）が以下の者

i 70歳未満の場合：eGFR 60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

ii 70歳以上の場合：eGFR 50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

- （２）糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者

健診結果やレセプト情報等において、以下のいずれかの基準を満たす者

①糖尿病腎症で通院している者

ア) 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

イ) 糖尿病治療中で、尿蛋白定性（1+）以上の者

ウ) 糖尿病治療中で、血清クレアチニン検査を行っている場合、eGFRが以下の者

i 70歳未満の場合：eGFR 60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

ii 70歳以上の場合：eGFR 50ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

エ) 糖尿病治療中で、 $\Delta$ eGFR 5/年以上の低下を示す者

オ) 糖尿病治療中で、家族歴に透析導入者がいる者



②糖尿病患者のうち、糖尿病性腎症を発症していない者

以下のいずれかのリスク要因を有する者のうち、市が必要と認めた者

ア) メタボリックシンドローム該当者

イ) I 度高血圧 (140/90) 以上の者

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

エ) 高尿酸血症 (7.1mg/d l 以上) の者

オ) 糖尿病の家族歴を有する者

カ) 生活習慣の改善が困難な者 (減塩、禁煙など)

#### 4. 保健指導の方法

(1) 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者に対する受診勧奨、保健指導

保健師、看護師、管理栄養士による個別面談や訪問、電話、文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を行う。

(2) 糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者への保健指導

①糖尿病性腎症で通院している患者

ア) 第2期の患者については、継続受診勧奨及び関係医療機関と連携して、保健指導を実施する。

イ) 第3期の患者については、継続受診勧奨を行うとともに、かかりつけ医に相談の上、専門医を紹介する。

ウ) 第4期の患者については、継続受診勧奨を行うとともに、かかりつけ医に相談の上、確実に腎専門医を紹介する。

②糖尿病性腎症を発症していない者

優先順位を検討し、保健師、看護師、管理栄養士による個別面談や訪問、電話、文書の郵送にて受診勧奨、保健指導を行う。

(3) 保健指導の方法

①個別相談や家庭訪問、集団による保健・栄養指導などによる方法により、対象者の病期に応じて柔軟に対応する。市は、保健指導を実施するに当たり、かかりつけ医(南部地区医師会等)と必要な連携をする。

②保健相談、栄養相談を実施するに当たりかかりつけ医と連携をしたり、専門医を紹介するときには、様式1及び様式2を用いる。

③糖尿病連携手帳を活用し、受診日や受診医療機関、検査値を把握し、受診勧奨や栄養指導など、必要な支援を行う。

④定期受診が継続できているか否か、また、検査値の改善が見られるか否かを確認するため、3～6ヶ月間の間隔を目安に定期的に支援を継続する。

⑤かかりつけ医(南部地区医師会等)から包括的に了解を取得する。

ア) 市は、本プログラム内容等について、事前にかかりつけ医(南部地区医師会等)に説

明し、包括的に了解を得た後に、保健指導を実施する。

イ) 市は、保健指導の実施の有無や指導内容等について、糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医に情報提供する。

⑥保健指導対象者毎にかかりつけ医から個別に了解を取得する。

市は、保健指導対象者毎に、かかりつけ医と連携の上、保健指導を実施する。

## 5. 市・かかりつけ医・専門医等との連携

(1) 市は、かかりつけ医等との連携について、あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等の地域の関係者と十分協議の上、推進体制を構築する。

(2) 市は、保健指導中もできる限り、かかりつけ医及び専門医と実施状況を共有する。

(3) 市は、保健指導等の終了後も、特定健診受診勧奨やその後の保健指導を通して、継続的な治療、継続的な支援につなげる。

## 6. 事業評価

事業評価は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う。

### 【アウトカム評価の項目】

(1) 新規人工透析導入患者・糖尿病性腎症患者数の推移

(2) 人工透析にかかる医療費の推移

(3) 健診受診者の糖尿病性腎症の進行にかかるリスク管理状況の改善

・血圧・血糖・脂質コントロールの達成率

・肥満の改善率

・禁煙の達成率

(4) CKD 重症度推移の検証（改善・維持・悪化）、蛋白尿（アルブミン尿）の改善率  
e-GFR 低下の抑制

(5) 医療機関未受診者の割合の減少

(6) 治療中断者（糖尿病性及び糖尿病性腎症）の割合の減少

対象者の特定健診受診率の向上

## 豊見城市生活習慣病予防二次健診事業実施要項

### 1 目的

特定健診または健康診査の結果より、有所見者に二次健診を行い生活習慣病の予防及び医療費軽減のための予防対策として、二次健診を実施する。

糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病は動脈硬化を進行させ脳卒中や心筋梗塞を発症させる。動脈硬化やインスリン分泌能力を検査することにより、早期の動脈硬化や糖尿病を発見し、生活習慣改善への動機付けを効果的に行うことで、当該疾病の発症や重症化予防を目指す。

### 2 実施主体

豊見城市

### 3 実施方法

市内及び近隣の医療機関に委託し、医療機関の施設内において実施する。

### 4 実施時期

毎年5月1日～翌年3月31日

### 5 対象者

市内に住所を有する者で、国民健康保険被保険者。30才～75才未満の特定健康診査または健康診査（一般健診）受診者のうち二次健診が必要と思われる者で、健診所見等が次のいずれかに該当する者（ただし、空腹時血糖が126 mg/dl以上、またはHbA1cが6.5%以上の者は除く）。

①肥満：腹囲 男性85 cm以上、女性90 cm以上

BMI25以上

②血糖（空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1c5.6%（NGSP値）以上）

③脂質異常症（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）

④高血圧（収縮期血圧130 mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上）

⑤喫煙歴あり

⑥糖尿病の家族歴のあるもの

⑦その他必要と認められるもの

### 6 健診実施予定者数

50人

## 7 検査項目

- ① 75g 糖負荷試験（血糖・インスリン・HbA1c）
- ② 尿検査（尿中アルブミン換算）
- ③ 動脈硬化（頸部超音波・血圧脈波）
- ④ 身体測定（BMI・身長・体重・腹囲）
- ⑤ 循環器の検査（血圧測定）
- ⑥ 血液検査（中性脂肪・HDL・LDL）
- ⑦ 医師の診断及び所見の記載

## 8 検査費用

個人負担なし（市負担）

## 9 二次健診事業申請書、二次健診事業受診承認書及び二次健診結果報告書について

受診希望者は、豊見城市生活習慣病予防二次健診事業申請書を市へ提出する。市は、これを承認した場合に、豊見城市生活習慣病予防二次健診事業受診承認書（様式2）を交付する。検査終了後、委託医療機関は、受診者から提出された二次健診事業承認書を二次健診結果報告書と併せて市へ送付する。

## 10 二次健診結果報告書に基づく保健指導及び医療機関への受診勧奨について

市は、二次健診結果報告書に基づき、受診者に対し結果通知、結果説明及び保健指導を実施する。特に、「要医療」と判定された者については「ご高診願い」を発行し、医療機関への受診勧奨を行い、受診後に医療機関から返信された「市町村への返書」に基づき、保健指導を実施する。

## 11 事業評価

- ① 二次健診の結果、医療機関紹介が必要と判断された者の100%受診を目標とする。
- ② 二次健診受診者へ保健指導後、生活習慣改善率60%を目標とする。

## 平成 29 年度 豊見城市国保栄養教室 実施要項

## (目的)

近年、メタボリックシンドローム及び生活習慣病予備群の方が増加しており、本市においても生活習慣病が占める医療費は年々増加傾向にある。特定健康診査受診者の中で栄養指導が必要な方を教室に案内し、正しい食習慣や調理法について理解してもらうことで、効果的な生活習慣の改善及び生活習慣病発症の予防につなげる。

## (対象者)

国保被保険者で BMI25 以上の者、働き盛りの若い世代（40 代前後）、1 人世帯・夫婦 2 人世帯など少人数の世帯、その他栄養指導が必要な者（肥満、高血圧、高血糖など）

## (日時及び内容、場所、予定対象者数)

	日時	内容	場所	予定対象者数
①	6 月 9 日（金） 9：30～13：00	栄養教室 （講習、調理実習）	中央公民館 調理室	15 名
②	8 月 4 日（金） 9：30～13：00	栄養教室 （講習、調理実習）	中央公民館 調理室	15 名

## (案内方法)

- ・平成 28 年度及び平成 29 年度健診受診者に、結果説明会や個別でチラシ配布
- ・平成 28 年度健診受診者のうち必要な者にハガキにて案内

## (実施体制)

管理栄養士 2 名、保健師・看護師、その他職員

## (事業評価)

- ① 教室受講前後の意識の変化 → 教室受講前・終了後にアンケートを実施

豊見城市国民健康保険運動教室事業実施要項

(目 的)

この要項は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に定める特定健康診査（以下「特定健診」という。）受診者及び同等の健康診査を受診した者のうち、健診結果により生活習慣を改善する必要があると判定された者で、運動施設を利用して運動する者（以下「利用者」という。）に対し、運動施設の利用料を助成することにより、利用者の健康増進を図ることを目的とする。

(対象者)

利用対象者は、豊見城市国民健康保険被保険者で特定健診または健康診査を受診した者のうち、次のいずれにも該当する者とする。

1. 健診受診者のうち生活習慣を改善する必要があると認められる者
2. 運動する意思がある者

(実施体制)

健康推進課で対象者の抽出や案内、施設利用券などの発行を行い、運動施設へ運動指導の業務委託を行う。

(内 容)

市の指定施設で利用できる利用許可書又は利用券を発行し運動を支援する。

<利用許可証>

- ・ 初回カウンセリング（問診、体組成測定及び結果説明、目標の設定、運動計画、各マシン、プログラムの説明）
- ・ 中間カウンセリング（運動計画・減量されているか確認、目標値・計画の見直し、自宅における運動実施の指導）
- ・ 終了時カウンセリング（問診、運動計画・減量されているか確認、目標値・計画の評価、自宅における運動実施の指導）
- ・ 許可証の利用期限は 3 ヶ月以内とする
- ・ 登録期間中は、施設内の全運動メニューの利用が可能

<利用券>

- ・ 初回カウンセリング（問診、体組成測定及び結果説明、目標の設定、運動計画、各マシン、プログラムの説明）
- ・ 終了時カウンセリング（問診、運動計画・減量されているか確認、目標値・計画の評価、自宅における運動実施の指導）
- ・ 利用券は3ヶ月以内で一人10回の利用が可能
- ・ 登録期間中は、施設内の全運動メニューの利用が可能

（事業評価）

参加者の身体的変化、行動及び意識の変化をみる（様式1）

- ① 運動施設利用の初回と最終回で、血圧・体重等の測定値を比較
- ② 運動施設利用前後の行動及び意識の変化

市町村国保 年次推移 平成20年度～平成28年度 市町村国保法定報告値

特定健康診査

Table with columns for fiscal year (平成20年度 to 平成28年度) and rows for municipalities (1-43). Each cell contains data for '対象者数' (Number of subjects) and '受診率' (Rate). Specific values are highlighted in yellow, such as 29.1 for 那覇市 in 平成21年度 and 37.7 for 豊見城市 in 平成28年度.



# 市町村国保 年次推移 平成20年度～平成28年度 市町村国保法定報告値

## 特定保健指導

【参考資料 18-2】

NO	平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		H20-H28 (増減率)	H20-H28 (増減率)																			
	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率	対象者数	終了率																					
1	北大東村	11	10	90.9	伊平屋村	37	34	91.9	渡嘉敷村	11	10	90.9	今帰仁村	181	179	98.9	伊平屋村	27	27	100.0	栗国村	26	24	92.3	5.77	30.6	1												
2	伊平屋村	41	30	73.2	南大東村	51	37	72.5	国頭村	108	77	71.3	伊平屋村	32	30	93.8	今帰仁村	177	165	93.2	国頭村	99	90	90.9	-4.46	48.2	2												
3	渡嘉敷村	12	8	66.7	南城市	633	439	69.4	南城市	637	444	71.3	国頭村	110	95	86.4	東村	57	48	84.2	伊平屋村	41	36	87.8	6.25	26.8	3												
4	瀬手納町	242	147	60.7	瀬手納町	239	145	60.7	南大東村	50	32	64.0	南大東村	34	29	85.3	久米島町	162	136	84.0	読谷村	478	405	84.7	-0.62	55.4	4												
5	渡名嘉村	13	7	53.8	米満市	564	332	58.9	米満市	647	411	63.5	国頭村	114	73	64.0	今帰仁村	211	157	74.4	南大東村	31	26	83.9	8.47	37.4	5												
6	南大東村	50	26	52.0	渡名嘉村	17	10	58.8	北谷町	263	160	60.8	南風原町	202	163	80.7	国頭村	105	86	81.9	与那国町	49	41	83.7	-7.52	33.4	6												
7	恩納村	228	116	50.9	八重瀬町	313	166	53.0	北中城村	188	114	60.6	米満市	611	369	60.4	読谷村	44	32	72.7	渡嘉敷村	10	8	80.0	-5.67	83.9	7												
8	南城市	601	294	48.9	豊見城市	430	218	50.7	読谷村	582	339	58.2	伊是名村	58	35	60.3	大宜味村	624	413	66.2	与那国町	624	413	66.2	64.6	71.3	8												
9	伊是名村	40	19	47.5	西原町	464	235	50.6	本部町	219	125	57.1	読谷村	652	381	58.4	渡嘉敷村	11	7	63.6	浦添市	879	628	71.4	竹富町	87	66	75.9	-2.69	24.2	9								
10	浦添市	768	361	47.0	渡嘉敷村	16	8	50.0	瀬手納町	209	119	56.9	北大東村	16	9	56.3	米満市	576	365	63.4	読谷村	32	22	68.8	南城市	550	417	75.8	74.5	21.6	10								
11	八重瀬町	273	128	46.9	与那国町	115	57	49.6	伊是名村	39	22	56.4	南風原町	473	258	54.5	多良間村	38	26	68.4	与那国町	52	37	71.2	南城市	573	419	73.1	竹富町	77	56	72.7	-19.20	42.8	11				
12	座間味村	29	13	44.8	竹富町	132	65	49.2	西原町	419	233	55.6	北谷町	257	140	54.5	瀬手納町	157	93	59.2	大宜味村	891	629	70.6	浦添市	14	10	71.4	-1.11	-30.9	12								
13	栗国村	9	4	44.4	中城村	248	117	47.2	渡嘉敷村	11	6	54.5	伊江村	145	77	53.1	伊江村	111	65	58.6	豊見城市	140	89	63.6	栗国村	13	9	69.2	西原町	392	269	68.6	西原町	366	261	71.3	8.78	45.5	13
14	与那国町	95	42	44.2	浦添市	865	408	47.2	恩納村	217	113	52.1	瀬手納町	184	97	52.7	うるま市	1,453	809	55.7	米満市	560	346	61.8	南風原町	428	282	65.9	与那国町	80	57	71.3	-17.91	12.4	14				
15	金武町	171	74	43.3	豊見城市	119	55	46.2	今帰仁村	238	123	51.7	竹富町	117	60	51.3	浦添市	906	501	55.3	恩納村	197	121	61.4	米満市	555	365	65.8	米満市	639	399	62.4	北谷町	271	191	70.5	8.39	52.0	15
16	米満市	536	202	37.7	南風原町	359	159	44.3	浦添市	1,158	587	50.7	久米島町	199	102	51.3	中城村	221	118	53.4	与那国町	177	108	61.0	与那国町	189	124	65.6	豊見城市	122	76	62.3	米満市	610	422	69.2	-3.32	24.8	16
17	南風原町	417	154	36.9	東村	72	31	43.1	伊江村	141	71	50.4	豊見城市	476	243	51.1	伊是名村	45	24	53.3	本部町	177	107	60.5	東村	57	36	63.2	うるま市	1,526	941	61.7	南大東村	34	23	67.6	-1.42	31.9	17
18	豊見城市	356	125	35.1	恩納村	212	90	42.5	中城村	202	101	50.0	豊見城市	737	370	50.2	豊見城市	446	236	52.9	豊見城市	421	253	60.1	北大東村	18	11	61.1	与那国町	229	141	61.6	渡嘉敷村	6	4	66.7	-30.00	-16.7	18
19	那覇市	2,333	795	34.1	北中城村	214	90	42.1	北中城村	465	232	49.9	うるま市	1,457	725	49.8	八重瀬町	332	175	52.7	金武町	202	118	58.4	豊見城市	144	87	60.4	北谷町	248	151	60.9	東村	76	50	65.8	21.05	61.8	19
20	国頭村	163	55	33.7	栗国村	12	5	41.7	豊見城市	771	377	48.9	中城村	185	91	49.2	名護市	715	359	50.2	石垣市	897	517	57.6	本部町	164	99	60.4	北大東村	15	9	60.0	与那国町	196	128	65.3	-4.04	17.4	20
21	うるま市	1,521	493	32.4	金武町	208	86	41.3	金武町	207	101	48.8	八重瀬町	323	158	48.9	金武町	205	102	49.8	南大東村	42	24	57.1	うるま市	1,618	973	60.1	宮古島市	582	347	59.6	八重瀬町	298	192	64.4	-5.49	5.2	21
22	豊見城市	116	36	31.0	豊見城市	720	278	38.6	豊見城市	129	62	48.1	北中城村	176	83	47.2	宮古島市	650	319	49.1	西原町	371	222	59.8	金武町	173	103	59.5	伊江村	118	76	64.4	-0.08	23.4	22				
23	与那国町	53	16	30.2	宮古島市	703	267	38.0	南風原町	445	212	47.6	恩納村	191	90	47.1	恩納村	191	90	47.1	豊見城市	1,589	903	56.8	石垣市	995	592	59.5	石垣市	915	519	56.7	恩納村	160	98	61.3	0.73	5.0	23
24	中城村	215	64	29.8	本部町	191	70	36.6	八重瀬町	295	131	44.4	浦添市	998	467	46.8	久米島町	214	104	48.6	北谷町	295	166	56.3	宮古島市	649	383	59.0	竹富町	90	51	56.7	金武町	175	107	61.1	9.25	16.3	24
25	沖繩県	15,512	4,385	28.3	沖繩県	16,460	5,930	36.0	沖繩県	17,173	7,234	42.1	金武町	225	105	46.7	名護市	738	414	56.1	多良間村	26	15	57.7	沖繩県	15,727	8,869	56.4	うるま市	1,495	910	60.9	1.53	29.3	25				
26	本部町	182	51	28.0	伊是名村	31	11	35.5	竹富町	106	43	40.6	沖繩県	16,895	7,864	46.5	南大東村	60	28	46.7	瀬手納町	155	86	55.5	八重瀬町	318	183	57.5	恩納村	145	81	55.9	豊見城市	136	82	60.3	1.88	31.3	26
27	宮古島市	788	215	27.3	今帰仁村	207	70	33.8	久米島町	180	72	40.0	西原町	409	187	45.7	北中城村	196	91	46.4	沖繩県	16,023	8,890	55.5	沖繩県	16,101	8,975	55.7	八重瀬町	340	177	52.1	座間味村	25	15	60.0	-39.86	-1.3	27
28	大宜味村	95	24	25.3	那覇市	3,121	993	31.8	座間味村	28	11	39.3	宮古島市	730	330	45.2	恩納村	203	94	46.3	栗国村	11	6	54.5	大宜味村	72	40	55.6	中城村	247	127	51.4	沖繩県	15,361	9,012	58.7	0.65	28.1	28
29	西原町	350	81	23.1	うるま市	1,595	486	30.5	宮古島市	740	283	38.2	与那国町	187	82	43.9	西原町	409	188	46.0	北大東村	11	6	54.5	恩納村	156	86	55.1	豊見城市	787	404	51.3	浦添市	871	505	58.0	1.41	25.0	29
30	東村	67	15	22.4	与那国町	53	15	28.3	栗国村	11	4	36.4	南大東村	57	24	42.1	与那国町	57	26	45.6	久米島町	200	109	54.5	北谷町	280	147	52.5	渡嘉敷村	4	2	50.0	豊見城市	462	265	57.4	2.94	13.6	30
31	読谷村	538	110	20.4	石垣市	872	244	28.0	うるま市	1,566	543	34.7	名護市	814	340	41.8	豊見城市	957	436	45.6	八重瀬町	346	187	54.0	豊見城市	836	431	51.6	伊是名村	34	17	50.0	多良間村	29	16	55.2	15.84	56.5	31
32	北中城村	223	40	17.9	読谷村	534	141	26.4	与那国町	140	47	33.6	豊見城市	12	5	41.7	座間味村	27	12	44.4	西原町	392	202	51.5	金武町	175	88	50.3	名護市	696	345	49.6	沖繩県	1,367	751	54.9	2.23	20.2	32
33	多良間村	53	9	17.0	国頭村	157	40	25.5	石垣市	811	268	33.0	座間味村	34	14	41.2	与那国町	193	85	44.0	宮野湾市	824	423	51.3	那覇市	3,011	1,420	47.2	豊見城市	493	240	48.7	名護市	676	370	54.7	2.85	39.2	33
34	沖繩県	1,375	228	16.6	名護市	798	181	22.7	北大東村	13	4	30.8	多良間村	39	16	41.0	竹富町	117	50	42.7	竹富町	108	55	50.9	名護市	700	327	46.7	北中城村	163	79	48.5	伊是名村	50	26	52.0	34.21	2.5	34
35	全 国	1,058,217	156,101	14.8	全 国	985,597	211,988	21.4	那覇市	3,418	1,034	30.3	渡名嘉村	10	4	40.0	沖繩県	1,584	627	39.6	伊是名村	46	23	50.0	瀬手納町	167	78	46.7	宮古島市	2,833	1,356	47.9	宮古島市	614	318	51.8	0.61		

(早世) 65歳未満死亡数と割合

沖繩県市町村 2012・2013

【参考資料 19-1】

順位	2012年												2013年																							
	総数						男性						女性						総数						男性						女性					
	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合				
1	全国	1,256,359	167,763	13.4	全国	655,526	113,407	17.3	全国	600,833	54,356	9.0	全国	1,268,436	159,863	12.6	全国	658,684	107,414	16.3	全国	609,752	52,449	8.6	全国	1,268,436	159,863	12.6	全国	658,684	107,414	16.3				
2	沖縄県	106,266	21,066	19.8	沖縄県	56,377	14,977	26.6	沖縄県	49,899	6,099	12.2	沖縄県	109,546	21,644	19.8	沖縄県	57,699	15,211	26.4	沖縄県	51,877	6,433	12.4	沖縄県	109,546	21,644	19.8	沖縄県	57,699	15,211	26.4				
3	那覇市	2,470	483	19.6	那覇市	1,328	336	25.3	那覇市	1,142	147	12.9	那覇市	2,492	496	19.9	那覇市	1,268	332	26.2	那覇市	1,224	164	13.4	那覇市	2,492	496	19.9	那覇市	1,268	332	26.2				
4	うるま市	924	204	22.1	うるま市	464	145	31.3	うるま市	460	59	12.8	うるま市	1,012	184	18.2	うるま市	548	134	24.5	うるま市	464	50	10.8	うるま市	1,012	184	18.2	うるま市	548	134	24.5				
5	沖繩市	850	176	20.7	沖繩市	453	126	27.8	沖繩市	397	50	12.6	沖繩市	927	200	21.6	沖繩市	491	138	28.1	沖繩市	436	62	14.2	沖繩市	927	200	21.6	沖繩市	491	138	28.1				
6	宜野湾市	592	117	19.8	宜野湾市	321	85	26.5	宜野湾市	271	32	11.8	宜野湾市	547	121	22.1	宜野湾市	308	87	28.2	宜野湾市	239	34	14.2	宜野湾市	547	121	22.1	宜野湾市	308	87	28.2				
7	宮古島市	597	88	14.7	宮古島市	323	67	20.7	宮古島市	274	21	7.7	宮古島市	584	104	17.8	宮古島市	316	80	25.3	宮古島市	268	24	9.0	宮古島市	584	104	17.8	宮古島市	316	80	25.3				
8	石垣市	405	83	20.5	石垣市	208	64	30.8	石垣市	197	19	9.6	石垣市	402	88	21.9	石垣市	212	63	29.7	石垣市	190	25	13.2	石垣市	402	88	21.9	石垣市	212	63	29.7				
9	浦添市	636	155	24.4	浦添市	342	107	31.3	浦添市	294	48	16.3	浦添市	642	152	23.7	浦添市	344	98	28.5	浦添市	298	54	18.1	浦添市	642	152	23.7	浦添市	344	98	28.5				
10	名護市	464	95	20.5	名護市	254	69	27.2	名護市	210	26	12.4	名護市	497	100	20.1	名護市	273	75	27.5	名護市	224	25	11.2	名護市	497	100	20.1	名護市	273	75	27.5				
11	糸満市	453	97	21.4	糸満市	241	71	29.5	糸満市	212	26	12.3	糸満市	474	105	22.2	糸満市	253	76	30.0	糸満市	221	29	13.1	糸満市	474	105	22.2	糸満市	253	76	30.0				
12	国頭村	73	10	13.7	国頭村	31	8	25.8	国頭村	42	2	4.8	国頭村	85	10	11.8	国頭村	49	9	18.4	国頭村	36	1	2.8	国頭村	85	10	11.8	国頭村	49	9	18.4				
13	大宜味村	52	9	17.3	大宜味村	24	8	33.3	大宜味村	28	1	3.6	大宜味村	56	5	8.9	大宜味村	24	3	12.5	大宜味村	32	2	6.3	大宜味村	56	5	8.9	大宜味村	24	3	12.5				
14	東村	17	3	17.6	東村	11	3	27.3	東村	6	0	-	東村	20	4	20.0	東村	9	4	44.4	東村	11	0	-	東村	20	4	20.0	東村	9	4	44.4				
15	今帰仁村	121	15	12.4	今帰仁村	60	9	15.0	今帰仁村	61	6	9.8	今帰仁村	109	14	12.8	今帰仁村	48	9	18.8	今帰仁村	61	5	8.2	今帰仁村	109	14	12.8	今帰仁村	48	9	18.8				
16	本部町	163	35	21.5	本部町	75	23	30.7	本部町	88	12	13.6	本部町	208	28	13.5	本部町	90	17	18.9	本部町	118	11	9.3	本部町	208	28	13.5	本部町	90	17	18.9				
17	恩納村	109	25	22.9	恩納村	58	16	27.6	恩納村	51	9	17.6	恩納村	102	13	12.7	恩納村	59	10	16.9	恩納村	43	3	7.0	恩納村	102	13	12.7	恩納村	59	10	16.9				
18	宜野座村	55	6	10.9	宜野座村	28	5	17.9	宜野座村	27	1	3.7	宜野座村	64	6	9.4	宜野座村	26	5	19.2	宜野座村	38	1	2.6	宜野座村	64	6	9.4	宜野座村	26	5	19.2				
19	金武町	94	14	14.9	金武町	52	9	17.3	金武町	42	5	11.9	金武町	117	22	18.8	金武町	63	17	27.0	金武町	54	5	9.3	金武町	117	22	18.8	金武町	63	17	27.0				
20	伊江村	51	10	19.6	伊江村	26	7	26.9	伊江村	25	3	12.0	伊江村	59	15	25.4	伊江村	32	10	31.3	伊江村	27	5	18.5	伊江村	59	15	25.4	伊江村	32	10	31.3				
21	読谷村	255	49	19.2	読谷村	127	27	21.3	読谷村	128	22	17.2	読谷村	280	49	17.5	読谷村	140	30	21.4	読谷村	140	19	13.6	読谷村	280	49	17.5	読谷村	140	30	21.4				
22	嘉手納町	123	20	16.3	嘉手納町	65	19	29.2	嘉手納町	58	1	1.7	嘉手納町	131	24	18.3	嘉手納町	75	19	25.3	嘉手納町	56	5	8.9	嘉手納町	131	24	18.3	嘉手納町	75	19	25.3				
23	北谷町	180	34	18.9	北谷町	100	20	20.0	北谷町	80	14	17.5	北谷町	171	35	20.5	北谷町	97	27	27.8	北谷町	74	8	10.8	北谷町	171	35	20.5	北谷町	97	27	27.8				
24	北中城村	108	22	20.4	北中城村	66	17	25.8	北中城村	42	5	11.9	北中城村	127	25	19.7	北中城村	64	15	23.4	北中城村	63	10	15.9	北中城村	127	25	19.7	北中城村	64	15	23.4				
25	中城村	131	26	19.8	中城村	65	15	23.1	中城村	66	11	16.7	中城村	125	24	19.2	中城村	58	18	31.0	中城村	67	6	9.0	中城村	125	24	19.2	中城村	58	18	31.0				
26	西原町	200	44	22.0	西原町	105	29	27.6	西原町	95	15	15.8	西原町	192	24	12.5	西原町	103	33	32.0	西原町	89	12	13.5	西原町	192	24	12.5	西原町	103	33	32.0				
27	豊見城市	326	76	23.3	豊見城市	175	54	30.9	豊見城市	151	22	14.6	豊見城市	326	72	22.1	豊見城市	169	44	26.0	豊見城市	157	28	17.8	豊見城市	326	72	22.1	豊見城市	169	44	26.0				
28	八重瀬町	210	36	17.1	八重瀬町	113	27	23.9	八重瀬町	97	9	9.3	八重瀬町	252	47	18.7	八重瀬町	149	35	23.5	八重瀬町	103	12	11.7	八重瀬町	252	47	18.7	八重瀬町	149	35	23.5				
29	与那原町	119	15	12.6	与那原町	57	8	14.0	与那原町	62	7	11.3	与那原町	155	35	22.6	与那原町	86	26	30.2	与那原町	69	9	13.0	与那原町	155	35	22.6	与那原町	86	26	30.2				
30	南風原町	201	51	25.4	南風原町	109	38	34.9	南風原町	92	13	14.1	南風原町	170	42	24.7	南風原町	92	34	37.0	南風原町	78	8	10.3	南風原町	170	42	24.7	南風原町	92	34	37.0				
31	久米島町	95	15	15.8	久米島町	53	12	22.6	久米島町	42	3	7.1	久米島町	114	20	17.5	久米島町	54	16	29.6	久米島町	60	4	6.7	久米島町	114	20	17.5	久米島町	54	16	29.6				
32	渡嘉敷村	6	2	33.3	渡嘉敷村	3	2	66.7	渡嘉敷村	3	0	-	渡嘉敷村	5	1	20.0	渡嘉敷村	4	1	25.0	渡嘉敷村	1	0	-	渡嘉敷村	5	1	20.0	渡嘉敷村	4	1	25.0				
33	座間味村	8	2	25.0	座間味村	7	1	14.3	座間味村	1	1	100.0	座間味村	9	2	22.2	座間味村	5	1	20.0	座間味村	4	1	25.0	座間味村	9	2	22.2	座間味村	5	1	20.0				
34	粟国村	13	2	15.4	粟国村	4	0	0.0	粟国村	9	2	22.2	粟国村	23	2	8.7	粟国村	7	1	14.3	粟国村	16	1	6.3	粟国村	23	2	8.7	粟国村	7	1	14.3				
35	渡名喜村	3	1	33.3	渡名喜村	2	1	50.0	渡名喜村	1	0	-	渡名喜村	6	0	0.0	渡名喜村	3	0	-	渡名喜村	3	0	-	渡名喜村	6	0	0.0	渡名喜村	3	0	-				
36	南大東村	14	1	7.1	南大東村	9	1	11.1	南大東村	5	0	-	南大東村	10	1	10.0	南大東村	3	1	33.3	南大東村	7	0	-	南大東村	10	1	10.0	南大東村	3	1	33.3				
37	北大東村	1	1	100.0	北大東村	1	1	100.0	北大東村	0	0	-	北大東村	8	3	37.5	北大東村	7	3	42.9	北大東村	1	0	-	北大東村	8	3	37.5	北大東村	7	3	42.9				
38	伊平屋村	21	2	9.5	伊平屋村	13	2	15.4	伊平屋村	8	0	-	伊平屋村	13	0	0.0	伊平屋村	5	0	-	伊平屋村	8	0	-	伊平屋村	13	0	0.0	伊平屋村	5	0	-				
39	伊是名村	18	1	5.6	伊是名村	9	1	11.1	伊是名村	9	0	-	伊是名村	22	4	18.2	伊是名村	14	3	21.4	伊是名村	8	1	12.5	伊是名村	22	4	18.2	伊是名村	14	3	21.4				
40	多良間村	11	1	9.1	多良間村	6	1	16.7	多良間村	5	0	-	多良間村	12																						

(早世) 65歳未満死亡数と割合

沖縄県市町村 2014・2015

【参考資料19-2】

2015年											
総数				男性				女性			
市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合
全国	1,273,004	151,274	11.9	全国	612,670	50,383	8.2	全国	1,290,444	142,481	11.0
沖縄県	11,361	2,164	19.0	沖縄県	5,310	699	13.2	沖縄県	11,326	2,049	18.1
那覇市	2,520	490	19.4	那覇市	1,217	189	15.5	那覇市	2,633	462	17.5
うるま市	1,003	211	21.0	うるま市	457	60	13.1	うるま市	1,010	194	19.2
沖縄市	933	205	22.0	沖縄市	427	56	13.1	沖縄市	980	201	20.5
宜野湾市	567	118	20.8	宜野湾市	249	40	16.1	宜野湾市	566	113	20.0
宮古島市	630	86	13.7	宮古島市	301	25	8.3	宮古島市	623	82	13.2
石垣市	450	96	21.3	石垣市	205	33	16.1	石垣市	416	64	15.4
浦添市	671	157	23.4	浦添市	273	51	18.7	浦添市	686	155	22.6
名護市	479	93	19.4	名護市	221	23	10.4	名護市	486	81	16.7
糸満市	508	103	20.3	糸満市	227	29	12.8	糸満市	494	91	18.4
国頭村	75	8	10.7	国頭村	39	2	5.1	国頭村	80	12	15.0
大宜味村	55	4	7.3	大宜味村	30	1	3.3	大宜味村	55	6	10.9
東村	28	11	39.3	東村	11	3	27.3	東村	14	2	14.3
今帰仁村	112	18	16.1	今帰仁村	69	7	10.1	今帰仁村	103	7	6.8
本部町	182	26	14.3	本部町	85	4	4.7	本部町	165	25	15.2
恩納村	114	15	13.2	恩納村	56	5	8.9	恩納村	127	15	11.8
宜野座村	62	2	3.2	宜野座村	34	0	-	宜野座村	63	8	12.7
金武町	127	21	16.5	金武町	61	5	8.2	金武町	114	25	21.9
伊江村	55	9	16.4	伊江村	27	3	11.1	伊江村	61	10	16.4
読谷村	311	62	19.9	読谷村	141	18	12.8	読谷村	283	55	19.4
嘉手納町	139	18	12.9	嘉手納町	72	5	6.9	嘉手納町	132	25	18.9
北谷町	179	40	22.3	北谷町	84	15	17.9	北谷町	190	36	18.9
北中城村	110	20	18.2	北中城村	58	8	13.8	北中城村	121	27	22.3
中城村	131	15	11.5	中城村	52	6	11.5	中城村	146	31	21.2
西原町	211	43	20.4	西原町	98	15	15.3	西原町	180	36	20.0
豊見城市	366	70	19.1	豊見城市	158	23	14.6	豊見城市	390	88	22.6
八重瀬町	270	38	14.1	八重瀬町	128	9	7.0	八重瀬町	234	41	17.5
与那原町	132	25	18.9	与那原町	74	9	12.2	与那原町	116	25	21.6
南風原町	248	53	21.4	南風原町	126	27	21.4	南風原町	202	46	22.8
久米島町	113	20	17.7	久米島町	51	7	13.7	久米島町	94	12	12.8
渡嘉敷村	5	1	20.0	渡嘉敷村	2	0	0.0	渡嘉敷村	12	2	16.7
座間味村	16	1	6.3	座間味村	8	0	-	座間味村	11	0	-
粟国村	10	0	0.0	粟国村	8	0	-	粟国村	20	2	10.0
渡名喜村	9	1	11.1	渡名喜村	3	0	0.0	渡名喜村	7	1	14.3
南大東村	11	1	9.1	南大東村	4	0	0.0	南大東村	11	2	18.2
北大東村	5	2	40.0	北大東村	2	2	100.0	北大東村	4	0	-
伊平屋村	17	1	5.9	伊平屋村	10	0	0.0	伊平屋村	17	2	11.8
伊是名村	22	4	18.2	伊是名村	12	0	0.0	伊是名村	21	4	19.0
多良間村	27	5	18.5	多良間村	15	1	6.7	多良間村	13	2	15.4
竹富町	35	6	17.1	竹富町	19	2	10.5	竹富町	32	7	21.9
与那国町	17	5	29.4	与那国町	7	0	0.0	与那国町	20	3	15.0
南城市	406	60	14.8	南城市	189	16	8.5	南城市	394	49	12.4



# (早世) 65歳未満死亡数と割合 沖縄県市町村 2016

【参考資料 19-3】

市町村		総数				男性				女性				順位
		総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	総死亡数	65未満死亡数	割合	市町村	
全	国	1,307,748	136,944	10.5	全	674,733	91,123	13.5	全	633,015	45,821	7.2	1	
沖	縄	11,706	1,989	17.0	沖	6,300	1,386	22.0	沖	5,406	603	11.2	2	
那	覇	2,604	449	17.2	那	1,384	312	22.5	那	1,220	137	11.2	3	
うる	ま	1,046	157	15.0	うる	580	112	19.3	うる	466	45	9.7	4	
沖	縄	1,003	200	19.9	沖	543	141	26.0	沖	460	59	12.8	5	
宜	野	625	124	19.8	宜	358	86	24.0	宜	267	38	14.2	6	
宮	古	631	78	12.4	宮	340	58	17.1	宮	291	20	6.9	7	
石	垣	439	89	20.3	石	223	52	23.3	石	216	37	17.1	8	
浦	添	727	130	17.9	浦	391	90	23.0	浦	336	40	11.9	9	
名	護	517	75	14.5	名	304	60	19.7	名	213	15	7.0	10	
糸	満	453	95	21.0	糸	236	66	28.0	糸	217	29	13.4	11	
国	頭	74	9	12.2	国	30	8	26.7	国	44	1	2.3	12	
大	宜	38	8	21.1	大	20	5	25.0	大	18	3	16.7	13	
東	村	27	5	18.5	東	17	4	23.5	東	10	1	10.0	14	
今	帰	131	18	13.7	今	67	13	19.4	今	64	5	7.8	15	
本	部	170	21	12.4	本	96	15	15.6	本	74	6	8.1	16	
恩	納	120	16	13.3	恩	63	11	17.5	恩	57	5	8.8	17	
宜	野	54	7	13.0	宜	23	6	26.1	宜	31	1	3.2	18	
金	武	129	19	14.7	金	67	14	20.9	金	62	5	8.1	19	
伊	江	67	10	14.9	伊	26	9	34.6	伊	41	1	2.4	20	
読	谷	312	56	17.9	読	160	38	23.8	読	152	18	11.8	21	
嘉	手	149	26	17.4	嘉	85	21	24.7	嘉	64	5	7.8	22	
北	谷	200	42	21.0	北	100	22	22.0	北	100	20	20.0	23	
北	中	123	26	21.1	北	72	16	22.2	北	51	10	19.6	24	
中	城	130	18	13.8	中	67	11	16.4	中	63	7	11.1	25	
西	原	224	37	16.5	西	122	26	21.3	西	102	11	10.8	26	
豊	見	362	63	17.4	豊	197	37	18.8	豊	165	26	15.8	27	
八	重	152	29	19.1	八	84	20	23.8	八	68	9	13.2	28	
与	那	230	37	16.1	与	112	30	26.8	与	118	7	5.9	29	
南	風	230	40	17.4	南	127	26	20.5	南	103	14	13.6	30	
久	米	109	18	16.5	久	51	14	27.5	久	58	4	6.9	31	
渡	嘉	9	2	22.2	渡	5	2	40.0	渡	4	0	0.0	32	
座	間	9	0	-	座	4	0	0.0	座	5	0	0.0	33	
栗	国	10	1	10.0	栗	3	1	33.3	栗	7	0	0.0	34	
渡	名	6	1	16.7	渡	3	1	33.3	渡	3	0	0.0	35	
南	大	13	4	30.8	南	10	2	20.0	南	3	2	66.7	36	
北	大	3	0	-	北	2	0	0.0	北	1	0	0.0	37	
伊	平	17	3	17.6	伊	10	3	30.0	伊	7	0	0.0	38	
伊	是	24	2	8.3	伊	11	1	9.1	伊	13	1	7.7	39	
多	良	15	2	13.3	多	12	2	16.7	多	3	0	0.0	40	
竹	富	48	7	14.6	竹	25	5	20.0	竹	23	2	8.7	41	
与	那	21	4	19.0	与	11	4	36.4	与	10	0	0.0	42	
南	城	455	61	13.4	南	259	42	16.2	南	196	19	9.7	43	

厚生労働省 人口動態

# 市町村国保内臓脂肪症候群の年次推移 平成20年度～平成28年度

## 該当者十予備群者

【参考資料 20】

NO	平成20年度		平成21年度		平成22年度		平成23年度		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		H26-H28 H20-H28 (増減率) NO																				
	市町村	評価対象者 人	割合	市町村	評価対象者 人	割合	市町村	評価対象者 人	割合	市町村	評価対象者 人	割合	市町村	評価対象者 人	割合	市町村	評価対象者 人	割合																					
1	渡名喜村	51	29	56.9	渡名喜村	53	31	58.5	渡名喜村	56	38	67.9	渡名喜村	60	37	61.7	渡名喜村	63	35	55.6	渡名喜村	51	31	60.8	5.23	3.92	1												
2	栗国村	63	33	52.4	栗国村	63	33	52.4	伊是名村	63	37	58.7	多良間村	166	86	51.8	北大東村	60	32	53.3	栗国村	58	32	55.2	伊是名村	172	92	53.5	3.15	11.47	2								
3	多良間村	218	113	51.8	北大東村	186	92	49.3	栗国村	72	41	56.9	伊是名村	174	86	49.4	栗国村	56	29	51.8	北大東村	64	34	53.1	栗国村	98	50	51.0	-4.15	-1.36	3								
4	栗国村	271	131	48.3	多良間村	231	113	48.3	栗国村	54	26	48.1	北大東村	71	37	52.1	多良間村	201	110	54.7	栗国村	149	75	50.3	北大東村	56	28	50.0	-3.13	2.17	4								
5	北大東村	69	33	47.8	伊是名村	123	60	48.8	栗国村	335	161	48.1	北大東村	202	101	50.0	伊是名村	175	85	48.6	北大東村	747	366	49.0	伊平屋村	186	89	47.8	2.74	12.68	5								
6	伊江村	682	322	47.2	伊江村	721	327	45.4	伊是名村	139	66	47.5	伊江村	730	346	47.4	伊江村	650	314	48.3	宣野座村	701	327	46.6	伊江村	663	317	47.8	2.53	3.04	6								
7	与那国町	196	90	45.9	北大東村	61	27	44.3	多良間村	234	107	45.7	多良間村	220	102	46.4	北大東村	214	98	45.8	与那国町	178	83	47.2	与那国町	196	93	47.4	4.31	1.53	7								
8	南大東村	194	88	45.4	宣野座村	505	219	43.4	伊平屋村	171	78	45.6	渡嘉敷村	212	97	45.8	渡嘉敷村	64	29	45.3	与那国町	595	271	45.5	国頭村	170	80	47.1	-0.10	-4.78	8								
9	宣野座村	478	214	44.8	与那国町	224	96	42.9	与那国町	214	95	44.4	久米島町	853	388	45.5	与那国町	210	95	45.2	久米島町	625	283	45.3	宣野座村	982	462	47.0	5.35	5.94	9								
10	宮古島市	3,595	1,526	42.4	国頭村	701	297	42.4	久米島町	803	345	43.0	伊平屋村	162	71	43.8	栗国村	291	130	44.7	金武町	1,007	450	44.7	伊平屋村	913	424	46.4	1.35	7.66	10								
11	金武町	760	322	42.4	名瀬市	3,806	1,594	41.9	名瀬市	4,094	1,756	42.9	栗国村	314	136	43.3	久米島町	981	437	44.5	北大東村	996	435	43.7	久米島町	711	329	46.3	-2.72	-0.94	11								
12	国頭村	640	270	42.2	栗国村	305	127	41.6	恩納村	1,042	444	42.6	宮古島市	4,481	1,914	42.7	宮古島市	4,425	1,967	44.5	恩納村	414	179	43.2	宮古島市	170	76	44.7	3.04	-0.65	12								
13	伊是名村	119	50	42.0	石垣市	3,850	1,597	41.5	国頭村	646	274	42.4	伊平屋村	632	268	42.4	伊平屋村	160	71	44.4	宮古島市	4,485	1,908	42.5	与那国町	349	156	44.7	-2.97	-3.64	13								
14	恩納村	956	393	41.1	金武町	914	378	41.4	金武町	930	393	42.3	大宜味村	509	215	42.2	宣野座村	624	275	44.1	栗国村	283	116	41.0	恩納村	1,009	447	44.3	3.67	1.93	14								
15	名瀬市	3,625	1,484	40.9	宮古島市	3,896	1,597	41.0	宣野座村	561	235	41.9	恩納村	1,030	434	42.1	大宜味村	496	212	42.7	渡嘉敷村	64	26	40.6	南大東村	612	271	44.3	-1.16	2.09	15								
16	今帰仁村	923	376	40.7	恩納村	1,035	414	40.0	宮古島市	4,371	1,828	41.8	恩納村	1,071	451	42.1	国頭村	639	272	42.6	伊平屋村	194	81	41.8	与那国町	4,204	1,815	43.0	-0.54	0.56	16								
17	中城村	781	312	39.9	渡嘉敷村	75	30	40.0	南大東村	198	82	41.4	渡嘉敷村	74	31	41.9	恩納村	1,074	455	42.4	大宜味村	977	397	40.6	大宜味村	442	190	43.0	2.41	5.10	17								
18	嘉手納町	1,023	402	39.3	本部町	900	354	39.3	今帰仁村	1,046	432	41.3	国頭村	657	270	41.1	金武町	508	202	42.4	大宜味村	5,028	2,025	40.3	金武町	977	397	40.6	0.62	0.39	18								
19	石垣市	3,609	1,418	39.3	うるま市	7,185	2,813	39.2	大宜味村	418	170	40.7	名瀬市	4,315	1,747	40.5	名瀬市	4,141	1,639	39.6	石垣市	4,665	1,836	39.4	石垣市	4,950	1,962	39.6	本部町	1,269	519	40.9	1.55	3.29	19				
20	うるま市	6,744	2,627	39.0	西原町	2,100	822	39.1	本部町	1,007	407	40.4	石垣市	4,021	1,609	40.0	今帰仁村	1,015	399	39.3	名瀬市	4,170	1,633	39.2	金武町	1,008	392	38.9	本部町	1,197	471	39.3	糸満市	3,642	1,478	40.6	1.69	3.46	20
21	久米島町	771	299	38.8	大宜味村	447	174	38.9	石垣市	3,757	1,487	39.6	本部町	1,118	444	39.7	西原町	2,240	870	38.8	うるま市	8,167	3,173	38.9	渡嘉敷村	56	22	39.3	今帰仁村	1,093	440	40.3	2.57	-0.48	21				
22	大宜味村	425	161	37.9	中城村	1,090	420	38.5	西原町	2,147	847	39.5	今帰仁村	1,005	399	39.7	うるま市	7,874	3,003	38.1	今帰仁村	1,035	399	38.6	うるま市	8,829	3,281	37.2	糸満市	3,785	1,472	38.9	石垣市	4,978	2,003	40.2	0.60	0.95	22
23	八重瀬町	1,337	506	37.8	今帰仁村	932	359	38.5	うるま市	7,459	2,890	38.7	南城市	3,738	1,432	38.3	石垣市	4,378	1,669	38.1	西原町	2,263	864	38.2	糸満市	3,513	1,281	36.5	今帰仁村	1,096	413	37.7	中城村	1,260	497	39.4	2.95	-0.50	23
24	本部町	888	334	37.6	久米島町	857	326	38.0	南城市	3,510	1,316	37.5	西原町	2,211	847	38.3	糸満市	3,374	1,284	38.1	糸満市	3,293	1,251	38.0	北中城村	1,391	506	36.4	うるま市	8,660	3,241	37.4	うるま市	8,534	3,259	38.2	0.76	-0.76	24
25	糸満市	2,497	927	37.1	伊平屋村	179	68	38.0	糸満市	3,500	1,307	37.3	うるま市	7,349	2,813	38.3	本部町	1,186	449	37.9	沖繩県	96,836	35,227	36.4	西原町	2,443	896	36.7	八重瀬町	1,885	709	37.6	1.29	-0.23	25				
26	北中城村	987	363	36.8	八重瀬町	1,610	608	37.8	沖繩県	90,006	33,281	37.0	糸満市	3,591	1,358	37.8	沖繩県	97,842	35,865	36.7	北谷町	1,613	575	35.6	本部町	1,140	412	36.1	中城村	1,277	466	36.5	沖繩県	97,143	36,532	37.6	1.22	0.88	26
27	沖繩県	72,042	26,457	36.7	糸満市	3,006	1,120	37.3	中城村	1,023	373	36.5	沖繩県	94,072	34,849	37.0	南城市	3,717	1,343	36.1	本部町	1,240	442	35.6	沖繩県	97,775	35,179	36.0	沖繩県	98,214	35,736	36.4	豊見城市	3,314	1,241	37.4	2.29	3.59	27
28	南風原町	1,954	705	36.1	南城市	3,437	1,258	36.6	嘉手納町	1,056	377	35.7	北中城村	1,071	382	35.7	北中城村	1,138	409	35.9	南城市	3,443	1,237	35.9	八重瀬町	1,886	685	36.3	南城市	3,358	1,249	37.2	1.35	2.91	28				
29	読谷村	2,512	906	36.1	沖繩県	83,498	30,548	36.6	読谷村	2,995	1,067	35.6	読谷村	3,289	1,172	35.6	豊見城市	3,015	1,073	35.6	中城村	1,154	409	35.4	南城市	3,599	1,290	35.8	西原町	2,346	871	37.1	0.45	1.31	29				
30	西原町	1,600	573	35.8	読谷村	2,615	955	36.5	南風原町	2,339	827	35.4	豊見城市	2,961	1,050	35.5	読谷村	3,402	1,191	35.0	八重瀬町	1,907	664	34.8	八重瀬町	944	337	35.7	渡嘉敷村	57	21	36.8	-2.44	3.51	30				
31	沖繩市	6,473	2,296	35.5	嘉手納町	1,099	392	35.7	八重瀬町	1,688	593	35.1	竹富町	591	209	35.4	嘉手納町	974	338	34.7	読谷村	3,303	1,149	34.8	南風原町	2,703	941	34.8	豊見城市	3,228	1,135	35.2	浦添市	5,846	2,104	36.0	1.99	2.57	31
32	伊平屋村	145	51	35.2	沖繩市	6,412	2,204	34.4	渡嘉敷村	66	23	34.8	南風原町	2,697	952	35.3	南風原町	2,568	891	34.7	読谷村	3,024	1,043	34.5	今帰仁村	1,044	358	34.3	南風原町	2,681	921	34.4	北谷町	1,697	609	35.9	2.10	2.08	32
33	南城市	2,972	1,019	34.3	北谷町	1,478	507	34.3	北谷町	1,367	475	34.7	浦添市	6,220	2,181	35.1	沖繩市	8,683	3,012	34.7	嘉手納町	1,009	348	34.5	豊見城市	3,027	1,029	34.0	与那国町	1,337	458	34.3	嘉手納町	997	353	35.4	-0.29	-3.89	33
34	豊見城市	1,852	627	33.9	南風原町	2,035	695	34.2	那覇市	19,069	6,611	34.7	那覇市	19,600	6,834	34.9	那覇市	20,575	7,106	34.5	浦添市	6,111	2,104	34.4	沖繩市	8,667	2,940	33.9	読谷村	3,154	1,106	35.1	1.48	-1.00	34				
35	座間味村	130	44	33.8	宣野座村	3,934	1,333	33.9	浦添市	6,282	2,174	34.6	八重瀬町	1,786	622	34.8	八重瀬町	1,906	655	34.4	北中城村	1,249	430	34.4	浦添市	5,936	2,018	34.0	那覇市	18,693	6,549	35.0	1.77	1.90	35				
36	北谷町	1,269	429	33.8	与那国町	671	227	33.8	北中城村	1,068	369	34.6	中城村	7,739	2,681	34.6	中城村	1,144	392	34.3	南風原町	2,777	952	34.3	読谷村	3,387	1,136	33.5	宣野座村	5,087	1,722	33.9	北中城村	1,222	428	35.0	1.95	-1.75	36
37	浦添市	3,779	1,263	33.4	北中城村	1,130	377	33.4	豊見城市	2,797	962	34.4	与那国町	1,072	370	34.5	宣野座村	5,476	1,861	34.0	竹富町	601	206	34.3	北谷町	1,610	544	33.8	沖繩市	8,758	3,060	34.9	0.73	-0.53	37				
38	渡嘉敷村	60	20	33.3	那覇市	17,423	5,811	33.4	沖繩市	6,820	2,313	33.9	中城村	988	341	34.5	竹富町	613	208	33.9	沖繩市	19,175	6,372	33.2	読谷村	3,415	1,147	33.6	宣野座村	5,107	1,777	34.8	0.94	2.57	38				
39	那覇市	12,493	4,140	33.1	豊見城市	2,598	861	33.1	座間味村	150	50	33.3	嘉手納町	1,034	356	34.4	北谷町	1,5																					

# アウトカム ～保健指導で住民は応えてくれました！～

★ 並び替え

【参考資料 21】

## 内臓脂肪症候群 該当者

順位	市町村	H25年度							H26年度							H27年度							H28年度								
		H24該当者のうち			内臓脂肪症候群該当者の 数	H25該当者のうち			H26該当者のうち			市町村	H26該当者のうち			H27該当者のうち			H28該当者のうち			H27該当者のうち 予備群にいた者の 数	H27該当者のうち			H28該当者のうち					
		A	B/A	C		A	B/A	C/A	A	B/A	C/A		A	B/A	C/A	A	B/A	C/A	A	B/A	C/A		A	B/A	C/A	A	B/A	C/A			
1	伊平屋村	38	5	13.2	7	18.4	31.6	1	与那国町	53	12	22.6	5	9.4	32.1	1	今帰仁村	184	33	17.9	13	7.1	25.0	1	東	75	14	18.7	10	13.3	32.0
2	本部町	237	34	14.3	30	12.7	27.0	2	粟国村	15	3	20.0	1	6.7	26.7	2	竹富町	97	14	14.4	10	10.3	24.7	2	粟国村	22	5	22.7	1	4.5	27.3
3	伊是名村	52	9	17.3	5	9.6	26.9	3	座間味村	31	4	12.9	4	12.9	25.8	3	八重瀬町	349	53	15.2	31	8.9	24.1	3	医師国保	53	5	9.4	9	17.0	26.4
4	与那原町	186	25	13.4	21	11.3	24.7	4	南城市	659	84	12.7	83	12.6	25.3	4	西原町	425	51	12.0	46	10.8	22.8	4	石垣市	1,085	152	14.0	93	8.6	22.6
5	今帰仁村	221	31	14.0	23	10.4	24.4	5	与那原町	195	26	13.3	23	11.8	25.1	5	多良間村	57	7	12.3	6	10.5	22.8	5	北中城村	201	26	12.9	19	9.5	22.4
6	久米島町	269	38	14.1	26	9.7	23.8	6	竹富町	124	17	13.7	14	11.3	25.0	6	東	66	11	16.7	4	6.1	22.7	6	本部町	260	34	13.1	22	8.5	21.5
7	国頭村	152	22	14.5	14	9.2	23.7	7	久米島町	273	34	12.5	34	12.5	24.9	7	国頭村	146	22	15.1	11	7.5	22.6	7	沖縄市	1,608	179	11.1	162	10.1	21.2
8	渡嘉敷村	17	3	17.6	1	5.9	23.5	8	今帰仁村	199	24	12.1	23	11.6	23.6	8	渡嘉敷村	18	3	16.7	1	5.6	22.2	8	与那原町	213	22	10.3	23	10.8	21.1
9	南城市	740	96	13.0	75	10.1	23.1	9	嘉手納町	193	21	10.9	24	12.4	23.3	9	座間味村	18	3	16.7	1	5.6	22.2	9	与那国町	43	6	14.0	3	7.0	20.9
10	北谷町	250	34	13.6	23	9.2	22.8	10	南風原町	507	71	14.0	47	9.3	23.3	10	豊見城市	529	57	10.8	58	11.0	21.7	10	浦添市	1,036	112	10.8	104	10.0	20.8
11	伊江村	176	24	13.6	15	8.5	22.2	11	沖縄市	1,498	161	10.7	171	11.4	22.2	11	石垣市	1,100	149	13.5	89	8.1	21.6	11	伊是名村	34	5	14.7	2	5.9	20.6
12	宮古島市	1,129	163	14.4	87	7.7	22.1	12	東	68	10	14.7	5	7.4	22.1	12	本部町	222	28	12.6	19	8.6	21.2	12	国頭村	147	19	12.9	11	7.5	20.4
13	石垣市	925	124	13.4	80	8.6	22.1	13	本部町	224	27	12.1	22	9.8	21.9	13	嘉手納町	209	21	10.0	23	11.0	21.1	13	宮古島市	1,019	116	11.4	91	8.9	20.3
14	与那国町	50	6	12.0	5	10.0	22.0	14	宮古島市	1,070	138	12.9	96	9.0	21.9	14	読谷村	591	66	11.2	58	9.8	21.0	14	嘉手納町	193	16	8.3	23	11.9	20.2
15	読谷村	596	73	12.2	57	9.6	21.8	15	名護市	898	126	14.0	68	7.6	21.6	15	北大東村	24	3	12.5	2	8.3	20.8	15	北大東村	20	4	20.0	0	0.0	20.0
16	名護市	899	106	11.8	90	10.0	21.8	16	金武町	284	37	13.0	24	8.5	21.5	16	糸満市	702	68	9.7	78	11.1	20.8	16	糸満市	813	98	12.1	62	7.6	19.7
17	豊見城市	573	63	11.0	60	10.5	21.5	17	医師国保	42	4	9.5	5	11.9	21.4	17	南城市	642	68	10.6	65	10.1	20.7	17	読谷村	602	69	11.5	48	8.0	19.4
18	粟国村	19	2	10.5	2	10.5	21.1	18	糸満市	661	67	10.1	72	10.9	21.0	18	浦添市	1,017	112	11.0	96	9.4	20.5	18	久米島町	223	24	10.8	19	8.5	19.3
19	糸満市	694	74	10.7	72	10.4	21.0	19	うるま市	1,708	176	10.3	183	10.7	21.0	19	与那原町	196	22	11.2	18	9.2	20.4	19	沖縄県	18,837	2,037	10.8	1,593	8.5	19.3
20	東	72	6	8.3	9	12.5	20.8	20	伊江村	162	19	11.7	15	9.3	21.0	20	医師国保	49	7	14.3	3	6.1	20.4	20	市町村計	26,484	2,943	11.1	2,295	8.7	19.3
21	浦添市	1,034	111	10.7	103	10.0	20.7	21	読谷村	590	55	9.3	68	11.5	20.8	21	中城村	222	29	13.1	16	7.2	20.3	21	南風原町	501	51	10.2	44	8.8	19.0
22	市町村計	18,945	2,093	11.0	1,720	9.1	20.1	22	石垣市	984	111	11.3	91	9.2	20.5	22	名護市	887	99	11.2	78	8.8	20.0	22	中城村	238	29	12.2	16	6.7	18.9
23	沖縄県	18,988	2,095	11.0	1,724	9.1	20.1	23	市町村計	18,600	2,022	10.9	1,779	9.6	20.4	23	大宜味村	106	12	11.3	9	8.5	19.8	23	金武町	213	24	11.3	16	7.5	18.8
24	北中城村	199	25	12.6	15	7.5	20.1	24	沖縄県	18,642	2,026	10.9	1,784	9.6	20.4	24	沖縄県	18,379	1,997	10.9	1,634	8.9	19.8	24	南城市	684	60	8.8	68	9.9	18.7
25	宜野湾市	924	97	10.5	84	9.1	19.6	25	伊是名村	45	4	8.9	5	11.1	20.0	25	市町村計	18,330	1,990	10.8	1,631	8.9	19.7	25	南大東村	43	4	9.3	4	9.3	18.6
26	那覇市	3,674	354	9.6	359	9.8	19.4	26	浦添市	1,100	129	11.7	90	8.2	19.9	26	浦縄市	1,532	150	9.8	150	9.8	19.6	26	伊平屋村	54	4	7.4	6	11.1	18.5
27	南風原町	476	60	12.6	32	6.7	19.3	27	豊見城市	571	57	10.0	55	9.6	19.6	27	宮古島市	1,015	123	12.1	74	7.3	19.4	27	うるま市	1,719	169	9.8	147	8.6	18.4
28	竹富町	138	17	12.3	9	6.5	18.8	28	北谷町	291	30	10.3	26	8.9	19.2	28	宜野湾市	811	92	11.3	64	7.9	19.2	28	名護市	914	117	12.8	50	5.5	18.3
29	金武町	214	17	7.9	23	10.7	18.7	29	八重瀬町	347	34	9.8	32	9.2	19.0	29	久米島町	255	33	12.9	16	6.3	19.2	29	那覇市	3,169	312	9.8	267	8.4	18.3
30	中城村	198	25	12.6	12	6.1	18.7	30	南大東村	48	5	10.4	4	8.3	18.8	30	与那国町	37	5	13.5	2	5.4	18.9	30	西原町	412	48	11.7	27	6.6	18.2
31	宜野湾市	1,594	163	10.2	127	8.0	18.4	31	那覇市	3,287	316	9.6	295	9.0	18.6	31	うるま市	1,758	187	10.6	143	8.1	18.8	31	宜野湾市	165	21	12.7	9	5.5	18.2
32	うるま市	358	29	8.1	36	10.1	18.2	32	国頭村	140	16	11.4	10	7.1	18.6	32	那覇市	3,151	281	8.9	296	9.4	18.3	32	豊見城市	612	64	10.5	45	7.4	17.8
33	八重瀬町	185	18	9.7	15	8.1	17.8	33	中城村	208	23	11.1	15	7.2	18.3	33	宜野湾市	186	21	11.3	13	7.0	18.3	33	北谷町	301	26	8.6	27	9.0	17.6
34	嘉手納町	1,554	131	8.4	133	8.6	17.0	34	宜野湾市	841	74	8.8	75	8.9	17.7	34	南風原町	467	40	8.6	45	9.6	18.2	34	宜野湾市	859	73	8.5	78	9.1	17.6
35	沖縄市	420	43	10.2	28	6.7	16.9	35	西原町	407	37	9.1	34	8.4	17.4	35	伊平屋村	55	4	7.3	6	10.9	18.2	35	八重瀬町	327	29	8.9	28	8.6	17.4
36	西原町	117	12	10.3	7	6.0	16.2	36	多良間村	53	6	11.3	3	5.7	17.0	36	伊江村	174	22	12.6	9	5.2	17.8	36	竹富町	110	10	9.1	9	8.2	17.3
37	大宜味村	25	4	16.0	0	0.0	16.0	37	北中城村	231	17	7.4	22	9.5	16.9	37	北中城村	277	26	9.4	23	8.3	17.7	37	今帰仁村	221	28	12.7	10	4.5	17.2
38	渡名喜村	239	21	8.8	17	7.1	15.9	38	恩納村	101	8	7.9	21	8.3	16.1	38	北谷町	262	22	8.4	24	9.2	17.6	38	多良間村	53	4	7.5	5	9.4	17.0
39	恩納村	21	1	4.8	2	9.5	14.3	39	大宜味村	185	19	10.3	8	4.3	14.6	39	恩納村	232	23	9.9	16	6.9	16.8	39	渡嘉敷村	12	1	8.3	1	8.3	16.7
40	座間味村	64	6	9.4	3	4.7	14.1	40	宜野湾市	21	1	4.8	1	4.8	9.5	41	渡名喜村	18	3	16.7	0	0.0	16.7	40	伊江村	211	19	9.0	16	7.6	16.6
41	多良間村	43	2	4.7	4	9.3	14.0	42	伊平屋村	43	3	7.0	1	2.3	9.3	42	伊平屋村	211	21	10.0	13	6.2	16.1	42	大宜味村	94	9	9.6	6	6.4	16.0
42	医師国保	22	2	9.1	1	4.5	13.6	43	北大東村	14	0	0.0	1	7.1	7.1	43	伊是名村	38	3	7.9	3	7.9	15.8	43	恩納村	230	23	10.0	11	4.8	14.8
44	南大東村	47	3	6.4	1	2.1	8.5	44	渡嘉敷村	17	0	0.0	1	5.9	5.9	44	渡名喜村	14	0	0.0	0	0.0	0.0	44	渡名喜村	23	3	13.0	0	0.0	13.0

特定健診等データ管理システム・KDB (特定健診・特定保健指導実施結果総括表)  
全国に東京は入っていません

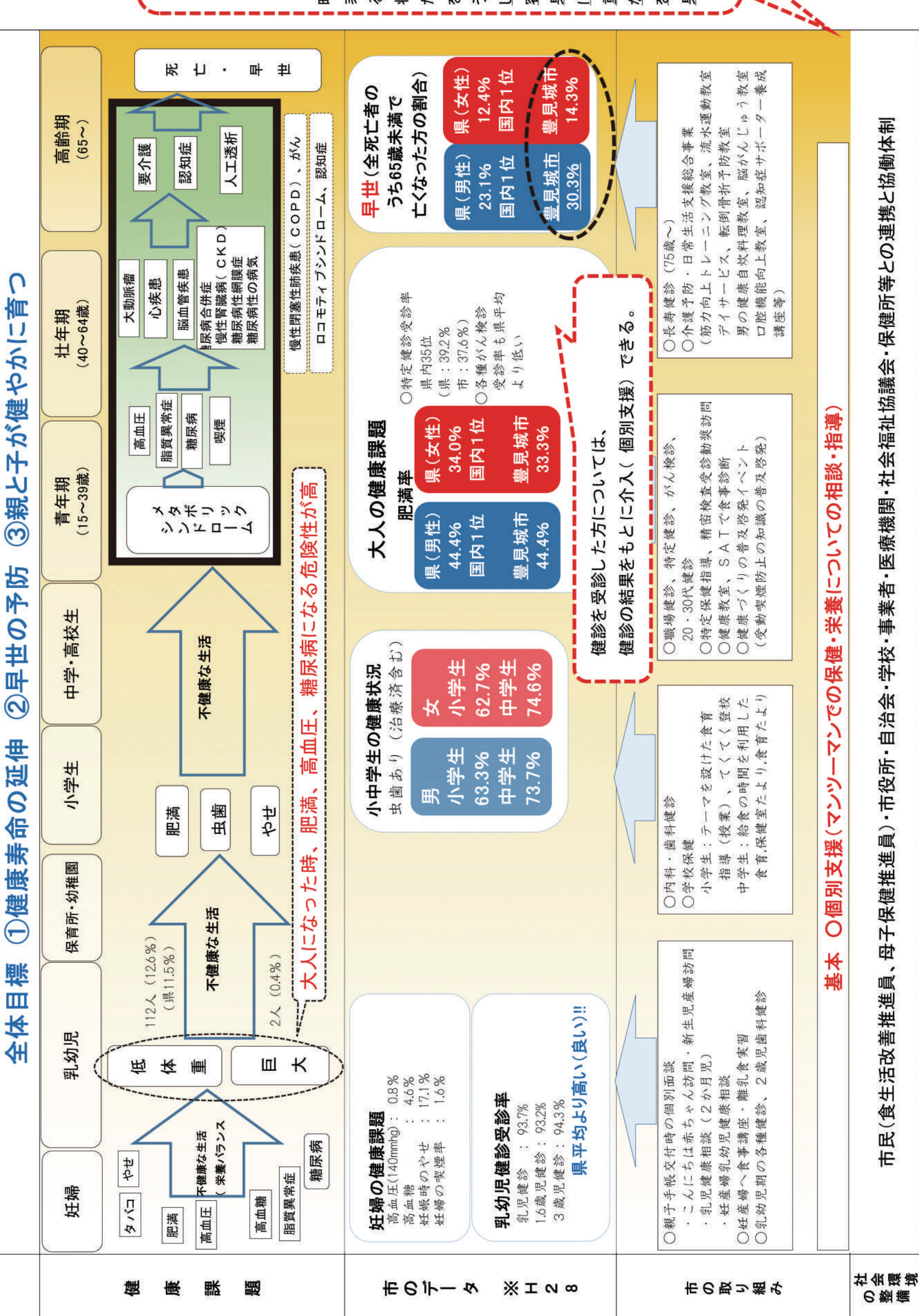
【参考資料 22】

平成28年度特定健診受診率・特定保健指導実施率（確報値）											2017.10.16時点							
NO	市町村	対象者数	受診者数	受診率	保健指導 実施率	参考：平成27年度		増減		積極的支援				動機づけ支援				
						受診率	保健指導 実施率	受診率	保健指導 実施率	対象者数	利用者数	終了者数	終了率	対象者数	利用者数	終了者数	終了率	
1	那覇市	50,310	18,693	37.2	47.9	35.9	47.9	1.3	0.0	901	417	328	36.4	1,915	1,094	1,021	53.3	
2	うるま市	23,012	8,534	37.1	60.9	36.2	61.7	0.9	-0.8	492	315	194	39.4	1,003	738	716	71.4	
3	沖縄市	23,885	8,758	36.7	54.9	36.6	36.7	0.1	18.2	476	171	150	31.5	891	617	601	67.5	
4	宜野湾市	14,870	5,106	34.3	42.0	33.2	51.3	1.1	-9.3	285	133	64	22.5	499	286	265	53.1	
5	宮古島市	10,725	4,219	39.3	51.8	40.0	59.6	-0.7	-7.8	208	118	76	36.5	406	285	242	59.6	
6	石垣市	9,354	4,978	53.2	50.4	52.0	56.7	1.2	-6.3	361	178	160	44.3	572	307	310	54.2	
7	浦添市	16,545	5,842	35.3	58.0	34.1	72.0	1.2	-14.0	274	154	149	54.4	597	365	356	59.6	
8	名護市	10,511	4,138	39.4	54.7	38.9	49.6	0.5	5.1	229	135	93	40.6	447	291	277	62.0	
9	糸満市	9,693	3,642	37.6	69.2	38.3	62.4	-0.7	6.8	218	177	116	53.2	392	338	306	78.1	
10	国頭村	1,142	612	53.6	90.9	49.4	81.9	4.2	9.0	34	33	31	91.2	65	59	59	90.8	
11	大宜味村	789	442	56.0	71.3	51.8	37.6	4.2	33.7	28	15	15	53.6	52	42	42	80.8	
12	東村	483	349	72.3	65.8	56.5	84.2	15.8	-18.4	37	24	20	54.1	39	30	30	76.9	
13	今帰仁村	2,279	1,093	48.0	80.4	47.3	93.2	0.7	-12.8	71	60	53	74.6	113	99	95	84.1	
14	本部町	2,944	1,269	43.1	33.3	40.3	25.5	2.8	7.8	60	25	14	23.3	93	39	37	39.8	
15	恩納村	2,276	982	43.1	61.3	41.1	55.9	2.0	5.4	60	39	23	38.3	100	77	75	75.0	
16	宜野座村	1,127	663	58.8	60.3	54.0	62.3	4.8	-2.0	56	47	25	44.6	80	57	57	71.3	
17	金武町	2,354	1,009	42.9	61.1	40.0	59.5	2.9	1.6	46	29	13	28.3	129	94	94	72.9	
18	伊江村	1,371	711	51.9	64.4	52.6	31.0	-0.7	33.4	54	34	28	51.9	64	48	48	75.0	
19	読谷村	7,385	3,154	42.7	84.7	44.3	75.8	-1.6	8.9	153	138	107	69.9	325	304	298	91.7	
20	嘉手納町	2,618	997	38.1	45.2	34.7	47.0	3.4	-1.8	54	28	16	29.6	101	67	54	53.5	
21	北谷町	4,928	1,697	34.4	70.5	31.8	60.9	2.6	9.6	96	79	53	55.2	175	144	138	78.9	
22	北中城村	3,076	1,222	39.7	48.2	36.4	48.5	3.3	-0.3	60	29	18	30.0	133	75	75	56.4	
23	中城村	3,073	1,260	41.0	74.5	41.0	51.4	0.0	23.1	93	79	61	65.6	142	123	114	80.3	
24	西原町	5,567	2,346	42.1	71.3	42.7	68.6	-0.6	2.7	103	73	60	58.3	263	203	201	76.4	
25	豊見城市	8,793	3,313	37.7	57.4	35.9	48.7	1.8	8.7	151	101	60	39.7	311	206	205	65.9	
26	八重瀬町	4,901	1,884	38.4	64.4	38.0	52.1	0.4	12.3	103	64	32	31.1	195	164	160	82.1	
27	与那原町	2,893	1,327	45.9	65.3	44.7	61.6	1.2	3.7	65	47	25	38.5	131	108	103	78.6	
28	南風原町	5,438	2,389	43.9	84.0	48.0	74.4	-4.1	9.6	108	97	70	64.8	248	228	229	92.3	
29	久米島町	1,947	913	46.9	77.3	43.7	84.0	3.2	-6.7	66	62	55	83.3	106	93	78	73.6	
30	渡嘉敷村	115	57	49.6	66.7	47.9	50.0	1.7	16.7	2	2	1	50.0	4	3	3	75.0	
31	座間味村	279	175	62.7	60.0	62.5	43.5	0.2	16.5	11	5	4	36.4	14	10	11	78.6	
32	粟国村	132	98	74.2	92.3	41.4	75.0	32.8	17.3	10	9	9	90.0	16	15	15	93.8	
33	渡名喜村	98	51	52.0	20.0	61.8	25.0	-9.8	-5.0	2	0	0	0.0	3	1	1	33.3	
34	南大東村	301	170	56.5	67.6	60.0	83.9	-3.5	-16.3	13	10	5	38.5	21	20	18	85.7	
35	北大東村	103	55	53.4	71.4	59.8	60.0	-6.4	11.4	7	6	5	71.4	7	5	5	71.4	
36	伊平屋村	288	186	64.6	87.8	63.7	100.0	0.9	-12.2	21	21	18	85.7	20	19	18	90.0	
37	伊是名村	329	172	52.3	52.0	44.2	50.0	8.1	2.0	24	8	7	29.2	26	24	19	73.1	
38	多良間村	312	170	54.5	55.2	56.4	73.5	-1.9	-18.3	12	10	5	41.7	17	14	11	64.7	
39	竹富町	1,073	576	53.7	72.7	53.8	56.7	-0.1	16.0	27	22	16	59.3	50	40	40	80.0	
40	与那国町	330	193	58.5	83.7	60.5	63.6	-2.0	20.1	22	19	16	72.7	27	25	25	92.6	
41	南城市	7,802	3,358	43.0	76.7	44.7	73.1	-1.7	3.6	155	139	86	55.5	321	297	279	86.9	
42	市町村計	245,451	96,803	39.4	58.7	38.7	56.4	0.7	2.3	5,248	3,152	2,281	43.5	10,113	7,054	6,731	66.6	
42	医師国保 組合	752	325	43.2	4.3	42.2	2.1	1.0	2.2	11	0	0	0.0	35	0	2	5.7	
※ 特定健診受診率		= 特定健診受診者数 ÷ 特定健診対象者数 × 100																
特定保健指導実施率		= 特定保健指導終了者数 ÷ 特定保健指導対象者数 × 100																
H27年度報告値																		
市町村合計		253,021	97,892	38.7	56.4	37.8	55.7	0.9	0.7	5,621	3,300	2,276	40.5	10,106	6,829	6,593	65.2	



# 健康とみぐすく21の概要図

：市全体でめざす姿「人も元氣 地域も元氣 生き生き輝き みんなでつくる 健康文化都市」とみぐすく







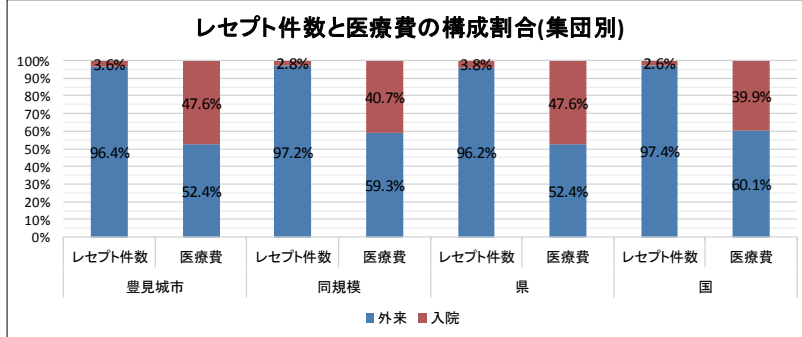
# KDB (H28) 分析資料

【参考資料 25】

## 豊見城市

### 1 外来と入院のレセプトと医療費について

H28年度(累計)

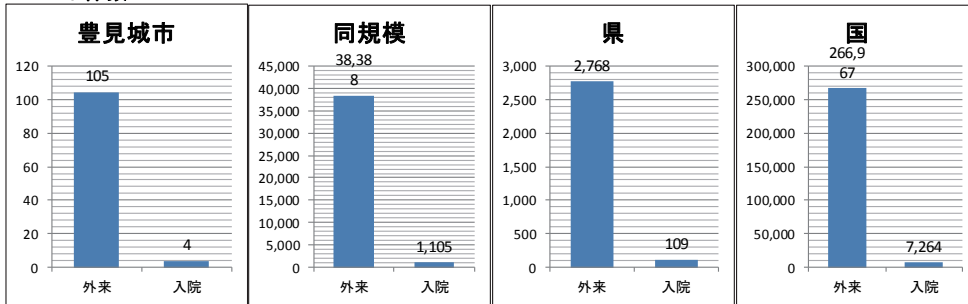


★NO.1 (CSV) 地域の全体像の把握

H28年度(累計)

#### レセプト件数

(単位:千件)※千の位以下四捨五入

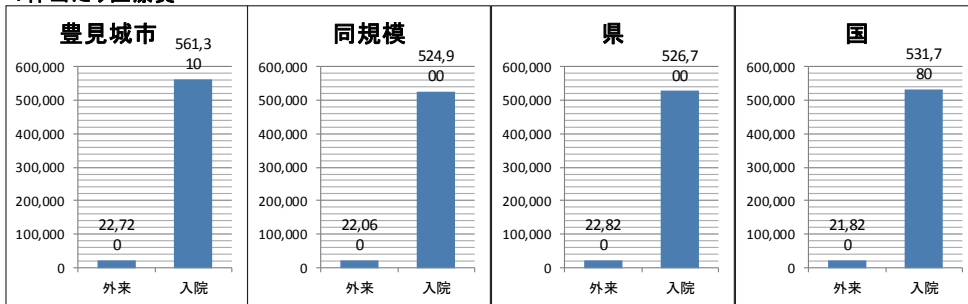


★NO.1 (CSV) 地域の全体像の把握

H28年度(累計)

#### 1件当たり医療費

(単位:円)

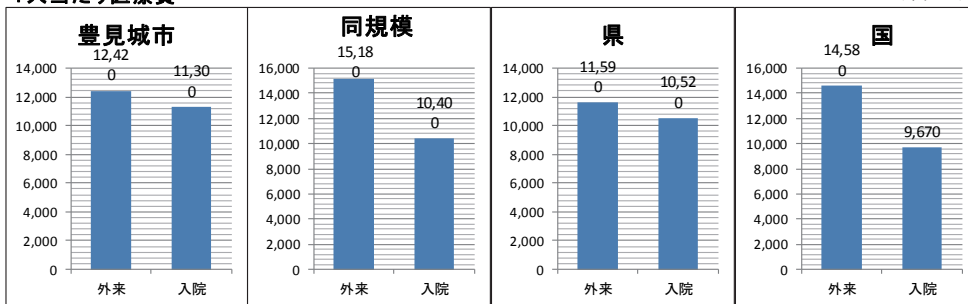


★NO.1 (CSV) 地域の全体像の把握

H28年度(累計)

#### 1人当たり医療費

(単位:円)

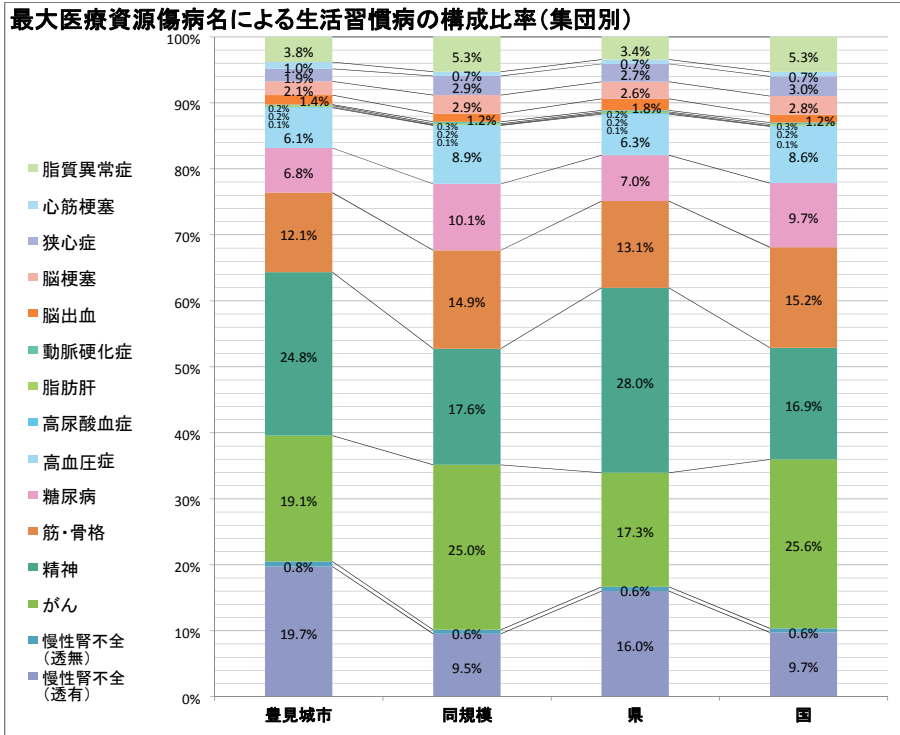


★NO.1 (CSV) 地域の全体像の把握

## 2 将来的に医療費の増大が予測される疾患と生活習慣病との関連性

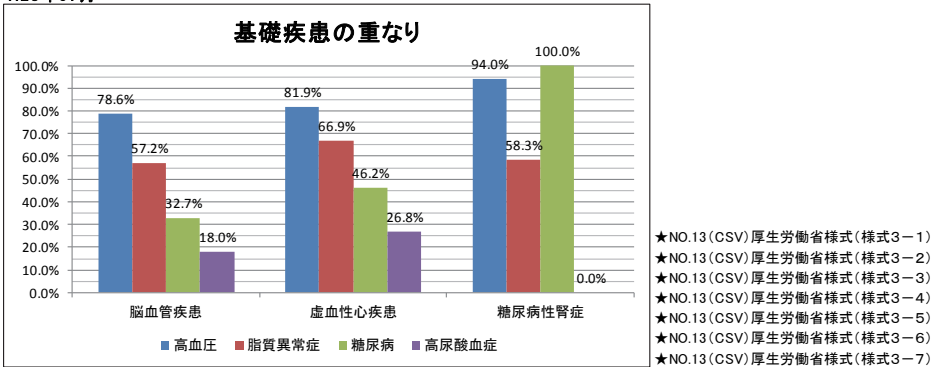
最大医療資源の構成比を集団毎に比較しています(保険者だけ特異性疾患の把握が出来ます)

H28年度(累計)



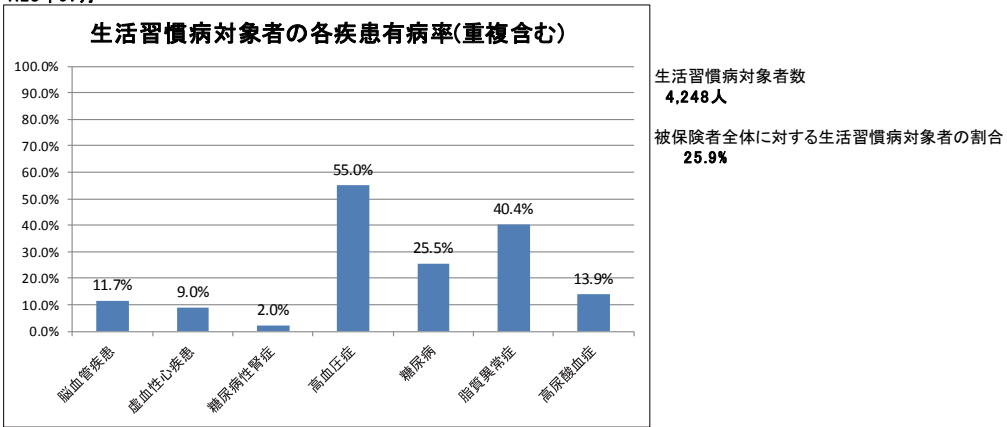
★NO.1(CSV)地域の全体像の把握

H28年07月



生活習慣病対象者のうち、疾患別の有病率(同じ人が複数の疾患がある場合、別々にカウントしています)

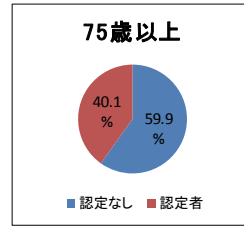
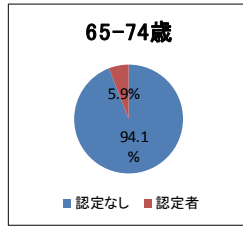
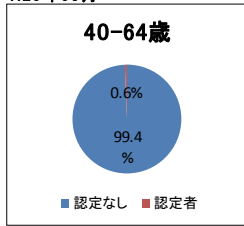
H28年07月



★NO.13(CSV)厚生労働省様式(様式3-1)

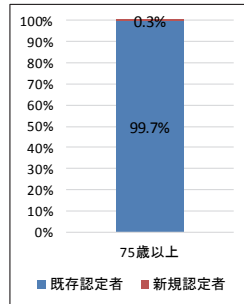
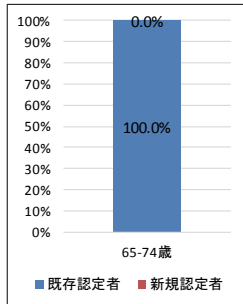
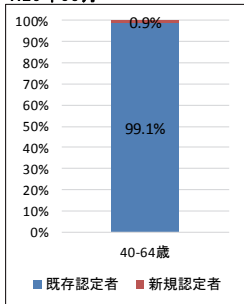
### 3 介護の認定状況と介護認定者の疾患別有病率

年代別での介護認定者割合について  
H29年05月



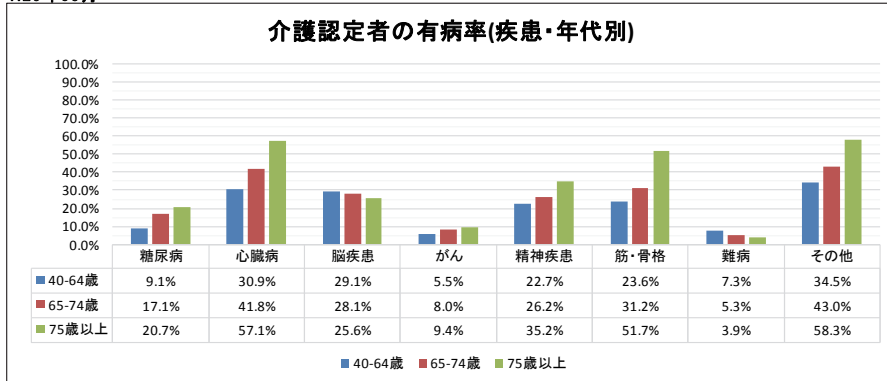
★NO.47(CSV) 要介護(支援)者認定状況

年代別での既に介護認定者になっている人と新規に介護認定者になった人の割合について  
H29年05月



★NO.47(CSV) 要介護(支援)者認定状況

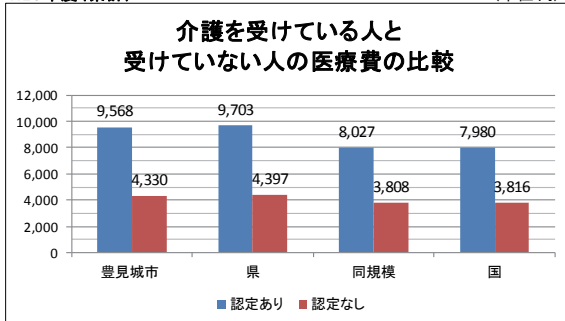
H29年05月



★NO.47(CSV) 要介護(支援)者認定状況

H28年度(累計)

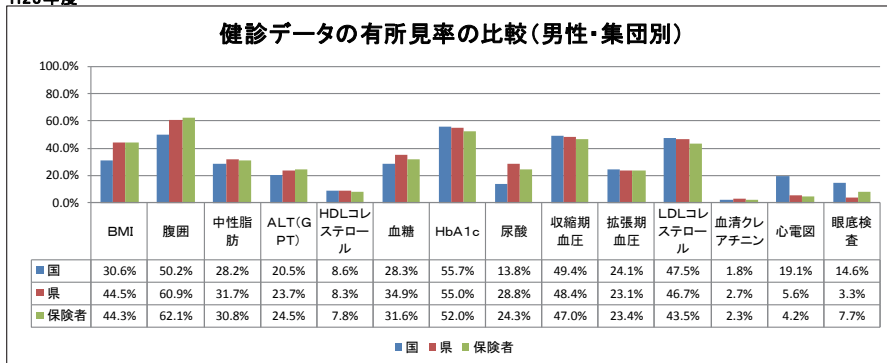
(単位:円)



★NO.1(CSV) 地域の全体像の把握

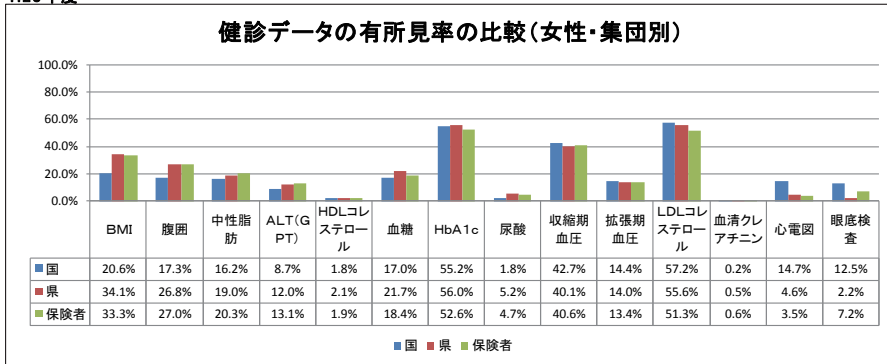
#### 4 健診データの有所見率

H28年度



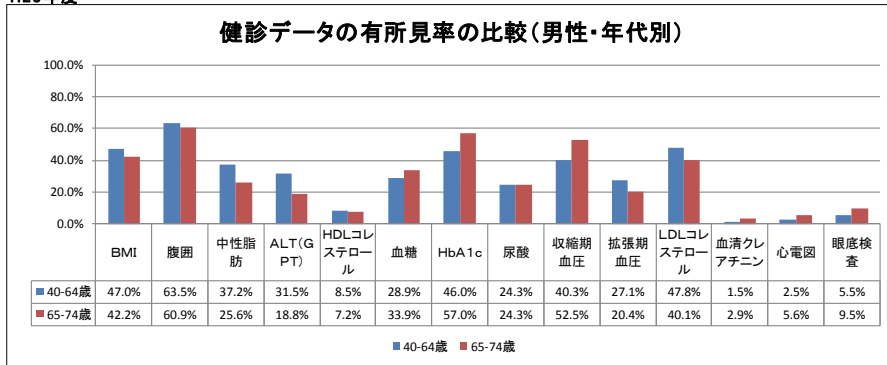
★NO.23(CSV)厚生労働省様式(様式6-2~7)

H28年度



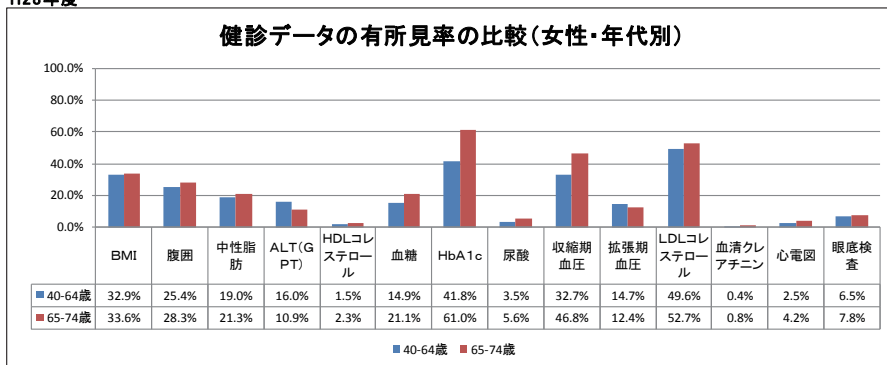
★NO.23(CSV)厚生労働省様式(様式6-2~7)

H28年度



★NO.23(CSV)厚生労働省様式(様式6-2~7)

H28年度

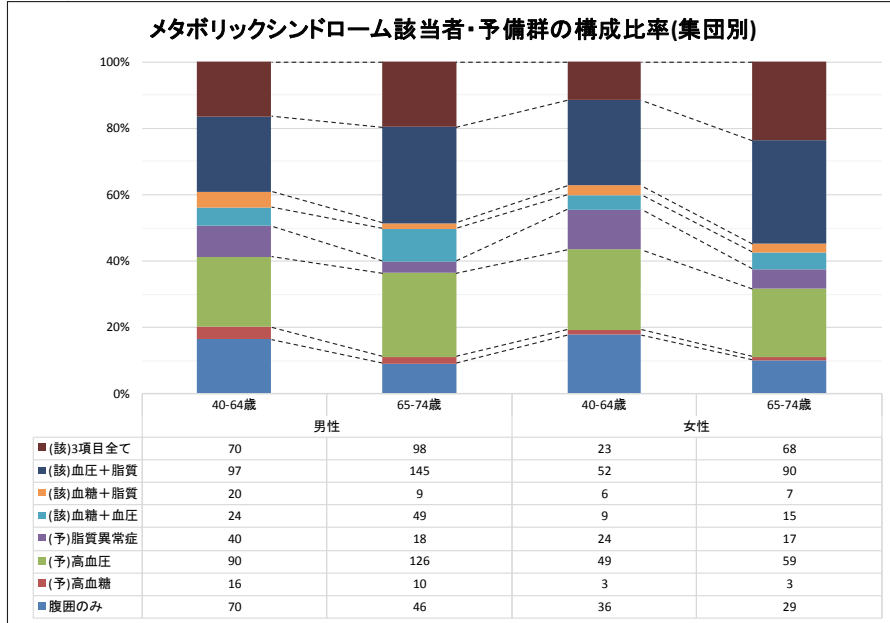


★NO.23(CSV)厚生労働省様式(様式6-2~7)

## 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

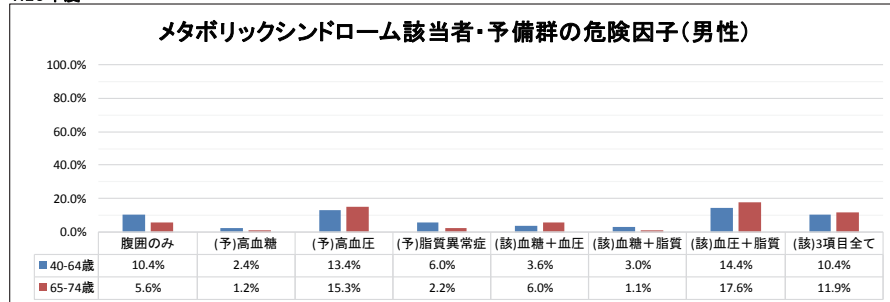
メタボリックシンドローム予備群は(予)を危険因子疾患名の前に付加しています  
メタボリックシンドローム該当者は(該)を危険因子疾患名の前に付加しています

H28年度



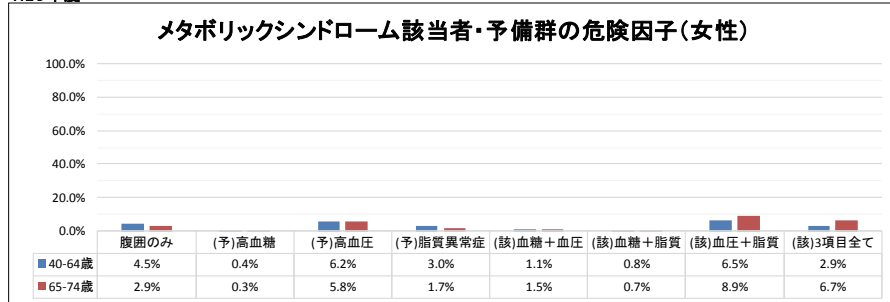
★NO.24(CSV)厚生労働省様式(様式6-8)

H28年度



★NO.24(CSV)厚生労働省様式(様式6-8)

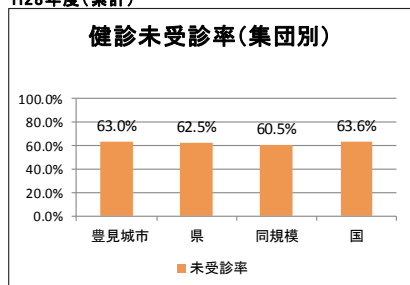
H28年度



★NO.24(CSV)厚生労働省様式(様式6-8)

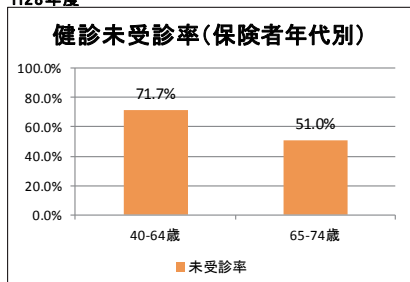
## 6 健診未受診者の状況

H28年度(累計)



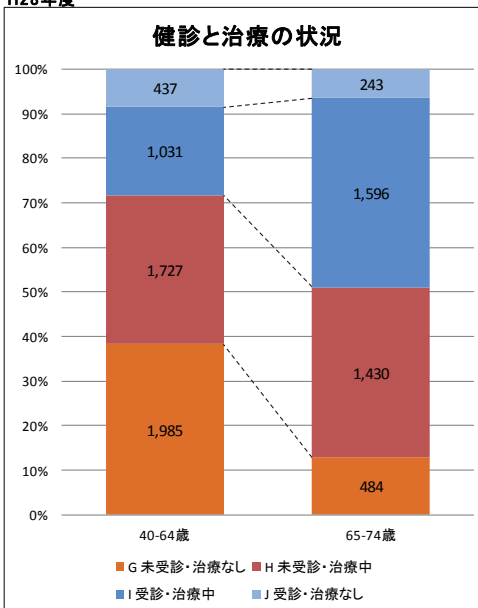
★NO.1(CSV)地域の全体像の把握

H28年度



★NO.25(CSV)厚生労働省様式(様式6-10)

H28年度

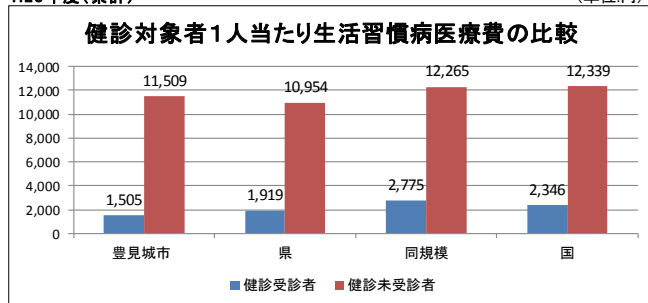


★NO.25(CSV)厚生労働省様式(様式6-10)

## 7 健診受診者と健診未受診者の医療費の比較

H28年度(累計)

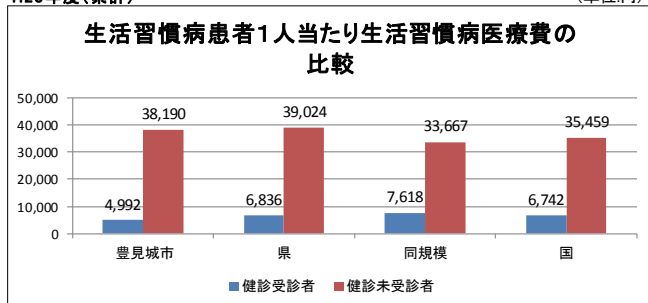
(単位:円)



★NO.3(CSV)健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

H28年度(累計)

(単位:円)



★NO.3(CSV)健診・医療・介護データからみる地域の健康課題



# 特定健診・特定保健指導はどのように見直されるのか？

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等の一部改正について」H29年8月1日付け都道府県知事宛、健康局長、保健局長連名通知

「平成30年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診機関等により作成された記録の取扱いについて」平成29年10月30日付け厚労省健康局長・保健局長連名通知

厚生労働省の2つの局で検討  
 技術的事項 健康局：特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会  
 制度的事項 保険局：保険者による健診・保健指導等に関する検討会

計画期間 5年⇒6年

	第一期		第二期		第三期		備考	
	H20-24 (5年)		H25-29 (5年)		H30-35 (6年)			
特定健康診査の実施率	単一健保	80%	90%	90%	90%	保険者「セテイク」共通指標① H29年度から全医療保険者公表		
	共済	80%	90%	90%	90%			
	協会けんぽ	70%	65%	65%	65%			
	国保組合	70%	70%	70%	70%			
	市町村国保	65%	60%	60%	60%			
基 本 的 な 健 診 の 項 目	質問票	服薬歴及び喫煙習慣の状況調査	変更なし	質問票の項目数は維持 (追加) 歯科口腔保健 (削除) 1年間の体重増減	変更なし	かかりつけ医等の検査データの活用(3か月以内)できるようなデータ受領のルールを整備		
	身体計測	身長						
		体重						
		腹囲						
		BMI						
	血圧測定	収縮期、拡張期血圧						
	肝機能検査	GOT、GPT、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				non-HDLでも可 ①中性脂肪400以上または②食後				
尿検査	尿糖							
	尿蛋白							
血糖検査	空腹時血糖							
	HbA1c (空腹時でないとき実施)	HbA1c表記の見直しにより JDS値⇒NGSP値に	やむを得ず空腹時以外において HbA1cを測定しない場合、食直後を除き 随時血糖でも可	食直後 食後3.5時間未満				
血清クレアチニン	血清尿酸、血清クレアチニン、 HbA1c等について、必要に応じ実施 することが望ましい	血清クレアチニンの健診項目追加に ついては、第三期に向けて調整	詳細な健診項目に追加し、eGFR で腎機能を評価 対象者は血圧または血糖値が保健 指導判定値以上	①拡張期130以上または ②拡張期85以上 血糖 ①100以上または②HbA1c 5.6以上	保険者「セテイク」共通指標③ 糖尿病性腎症重症化予防の取組み推進			
詳細な健診の項目	ヘマトクリット、色素、赤血球数	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者	変更なし	変更なし				
	心電図検査	前年度の健診結果等において、血糖、脂質、血圧及び腹囲等の全てについて、告示基準に該当した者		当該年の健診結果等において心電図、血圧が受診勧奨判定値以上、問診で不整脈疑い	①拡張期140以上または ②拡張期90以上			
	眼底検査			当該年の健診結果等において血圧または代謝系の検査が受診勧奨判定値以上	①126以上または②HbA1c 6.5以上 ※			
特定保健指導	特定保健指導の実施率	単一健保	60%	55%	保険者「セテイク」共通指標① H29年度から全医療保険者公表			
		共済	40%	45%				
		協会けんぽ	30%	35%				
		国保組合	30%	30%				
		市町村国保	60%	60%				
	メタボ該当者・予備群の減少率	平成20年度比 10%減少	保険者の目標には使用しない	特定保健指導対象者H20・H35比25%減少				
	特定保健指導の対象者	腹囲を対象者選定の第一基準とする	変更なし	選定基準に随時血糖追加				
	特定保健指導の実施者	医師、保健師、管理栄養士	変更なし	変更なし				
	看護師が保健指導を行える暫定期間	平成24年度まで	平成29年度まで延長	平成35年度まで延長				
	初回面接と評価実施者	同一機関	同一機関	保険者が総括・管理の場合は、同一機関でなくても可				
実施要件	動機付け支援	面接による支援と6カ月後の評価	変更なし	・初回面接の分割実施 可 ・評価 3ヶ月後でも可	H30健診受診者からの特定保健指導対象者			
	積極的支援	面接による支援と3ヶ月以上の継続的な支援(支援A160ポイント、支援B20ポイントの計180ポイント以上)と6カ月後の評価	・面接による支援と3ヶ月以上の継続的な支援と6カ月後の評価 ・ポイント制は維持するが、支援Bを必須条件から外し、支援Aのみで180ポイントを達成可とする	・初回面接の分割実施 可 ・評価 3か月後でも可 (180ポイント必須) ・2年連続の積極的支援該当者へ2年目動機付け支援相当でも可(任意)	・動機づけ支援相当 1年目 →2年目 改善 BMI<30 腹囲1㍉以上かつ体重1㍉以上 BMI≥30 腹囲2㍉以上かつ体重2㍉以上			
	モデル実施(任意)	-	-	・積極的支援のモデル実施 体重と腹囲 健診・評価比減少 (180ポイント以下でも可)	体重2㍉以上かつ腹囲2㍉以上 (計画書と報告書が必要)			
非肥満でリスクのある者、治療中の者	特定保健指導の対象とはしない	変更なし	変更なし		保険者「セテイク」共通指標③			
情報提供	特定保健指導の対象とはしない	変更なし	実施義務はないが法定報告の項目と位置づけ		保険者「セテイク」共通指標④			

※眼底検査 高血糖の場合は原則両眼撮影 (所見の判定は重症な所見を記載)



