

第3章

課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

保健事業の目的は、被保険者自らが生活習慣の問題点を発見し、生活改善への取り組みができるよう、支援することです。保健事業の方向性や実施については「標準的な健診・保健指導プログラム」、「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」の考えを基本にしました。

健康寿命と医療費の適正化を目指し、生活習慣病の発症予防・重症化予防、がんによる早世の防止、高齢者の心身の多様な課題の解決、後発医薬品、重複・多剤投薬訪問等指導等の取り組みなど本市の特性を踏まえた保健事業を効果的かつ効率的に取り組んでいきます。個別保健事業の考え方は各保健事業の項に記載しています。

1) 発症予防の方向性

① ライフサイクルを視点においた発症予防（図表 72）

生活習慣病は乳幼児期からの生活習慣の積み重ねによって引き起こることから、対策はライフサイクルの視点で考えます。妊娠期（胎児）、乳幼児期から成人期へと各ライフステージの現状と課題を踏まえた対策が必要です。各ライフステージに応じた健康課題の共有と取り組みについては市の健康増進計画である「健康とみぐすく 21」と連携します。

② 発症予防の取り組みの対象者

ライフサイクルの視点で考えると全年齢が対象になります。主な取り組みとして「早期介入保健指導事業」「肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」等を実施します。

図表 72 生活習慣病の予防をライフサイクルの視点で考える

（基本的考え方）		発症予防											重症化予防		
1	根拠法 6条 健康増進事業実施	健康増進法													
		母子保健法				児童福祉法		学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>（学校職員は学校保健安全法）</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>（介護保険）</small>		
2	計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
		データヘルズ計画 【保健事業実施計画】（各保険者）													
3	年代	妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳	15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上		
		妊婦健康診査 (13条)	産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園の健康診断	就学時健康診査 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)		後期高齢者健康診査 (第125条)	
5	対象者	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)		標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	

2) 重症化予防の方向性

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、慢性腎臓病（CKD）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きます。そのためには重症化予防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ります。

①重症化予防事業

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、慢性腎臓病重症化予防、脳心血管疾患重症化予防等の取り組みを行います。主に以下の取り組みを行っています。

- 1 慢性腎臓病重症化予防
 - ①糖尿病性腎症重症化予防
 - ②CKD（慢性腎臓病）重症化予防
- 2 脳心血管疾患重症化予防
 - ①受診勧奨判定値を超えている者への対応
 - ②心電図事後フォロー
- 3 ポピュレーションアプローチ

②重症化予防の取り組みの対象者（図表 73）

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、R4年度は1,094人（39.6%）です。そのうち治療なしが243人（19.5%）を占め、さらに臓器障害があり直ちにに取り組むべき対象者が94人です。

また、本市においては、重症化予防対象者（治療なし）と特定保健指導対象者が重なる方が、243人中140人と約6割いることから、特定保健指導を徹底して行うことが重症化予防につながり、効率的であることが分かります。重症化予防の対象者には個々の状態に応じ、医療機関と連携した保健指導を実施していきます。

③ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、地域や被保険者へむけて社会保障制度の存続のために市の健康課題や制度の理解や健診の受診、保健指導を受けることの重要性について情報を発信します。また重症化予防に関する知識の普及啓発を図ります。

④特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上

生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、健診結果に応じた保健指導が重要です。継続受診を促すことで、健康状態の未把握者を減らし、重症化する前に保健指導が可能になり、重症化予防につながります。

図表 73 支援が必要な対象者数 (脳・心・腎を守るために)

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少			<参考> 健診受診者(受診率)																			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)		2,765人	33.5%																	
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データリンク 2016より</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">安静 狭心症</div> </div>									■各疾患の治療状況 <table border="1" style="font-size: x-small; width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>治療中</th> <th>治療なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td>1,164</td> <td>1,601</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>815</td> <td>1,950</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>324</td> <td>2,441</td> </tr> <tr> <td>3疾患 いずれか</td> <td>1,516</td> <td>1,249</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">※問診結果による</p>			治療中	治療なし	高血圧	1,164	1,601	脂質異常症	815	1,950	糖尿病	324	2,441	3疾患 いずれか	1,516	1,249
	治療中	治療なし																											
高血圧	1,164	1,601																											
脂質異常症	815	1,950																											
糖尿病	324	2,441																											
3疾患 いずれか	1,516	1,249																											
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)																						
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)																						
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者		重症化予防対象者 (実人数)																				
該当者数	145 5.2%	8 0.3%	70 2.5%	103 3.7%	699 25.3%	202 7.3%	311 11.2%		1,094 39.6%																				
治療なし	77 4.8%	3 0.2%	63 3.2%	67 3.4%	93 7.4%	63 2.6%	63 5.0%		243 19.5%																				
(再掲) 特定保健指導	34 23.4%	2 25.0%	20 28.6%	24 23.3%	93 13.3%	8 4.0%	26 8.4%		140 12.8%																				
治療中	68 5.8%	5 0.3%	7 0.9%	36 4.4%	606 40.0%	139 42.9%	248 16.4%		851 56.1%																				
臓器障害 あり	23 29.9%	3 100.0%	12 19.0%	16 23.9%	24 25.8%	20 31.7%	63 100.0%		94 38.7%																				
CKD(専門医対象者)	6	1	5	11	9	12	63		63																				
心電図所見あり	19	3	8	6	15	9	6		37																				
臓器障害 なし	54 70.1%	—	51 81.0%	51 76.1%	69 74.2%	43 68.3%	—		—																				

治療中

臓器障害 あり	21 30.9%	5 100.0%	2 28.6%	8 22.2%	191 31.5%	37 26.6%	248 100.0%		326 38.3%	
CKD(専門医対象者)	17	1	2	5	127	28	248		248	
心電図所見あり	9	5	0	4	77	11	20		98	
臓器障害 なし	47 69.1%	—	5 71.4%	28 77.8%	415 68.5%	102 73.4%	—		—	

出典・参照：特定健診等データ管理システム

2. 保健事業の実施体制

①人材の確保・保健事業の従事者の力量形成

計画の目標達成のためには人材の確保、質の向上が重要です。企画・実施・評価などPDCAに沿った業務の遂行をするためには、本計画及び事業の内容の理解が必要です。

国保、衛生、介護の各部門が共通認識を持って、保健事業を効率的かつ効果的に実施していくことが必要です。このため市は三部門が連携して、市民や地域の実態やニーズに即した保健事業等を運営できる、技能・知識を有する人材を育成していくことが重要です。

- ・保健師、管理栄養士、看護師、事務職は最新の科学的知見に基づいた効果的な保健指導の知識・技術を習得するために研修や、保健指導の事例検討など研修に参加し、力量形成に努めます。
- ・沖縄県国保連合会等が実施する研修に参加し、常に自己研鑽に努めます。
- ・委託先の保健指導機関も含めた人材育成の為、研修の案内や情報交換等を行います。

②人員体制（ストラクチャー）の整備

支援対象者の増加や制度改正に伴い新たな取り組みが必要となる場合等に職員の増員やアウトソーシングの導入を検討し、十分な支援と保健指導の質の確保ができるよう、人員体制の強化に努めます。

③引継ぎについて

各業務のマニュアル等や支援対象者の名簿の管理などスムーズな引き継ぎができるよう努めます。

④関係機関との連携体制

保健事業の実施について医師会、医療・健診機関、委託事業所、沖縄県国保連合会（沖縄県評価委員会）、保健所、保険者協議会など関係機関と情報共有や連携を図り、効率的な実施に努めます。

3. 保健事業の記載（ロジックモデルを活用した事業の見える化）

本計画では「データヘルス計画の全体図」を作成し、めざす目標と中長期目標、短期目標を階層的に整理し、取り組み（個別保健事業）と健康課題を図で示すことで、計画の全体像を見える化しています。（参照 P7）

個別保健事業の記載については、国の計画策定の手引きにある様式（ロジックモデル）を活用し、スタート（健康課題）からゴール（目的・目標）へたどり着くための取り組み（個別保健事業）をわかりやすく理論的に記載しています。

記載内容としては、事業の考え方、目的、目標、課題、事業結果、実施方法、改善案などがあります。しっかり評価し、改善点や課題について、関係者と情報共有や意見交換し、目標達成にむけて、次の計画につなげられるように努めます。

4. 個別保健事業

(1) 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

●事業の考え方・目的

(考え方)

「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必要です。

(目的)

メタボリックシンドロームは、高血圧・高血糖・脂質異常を引き起こし、血管を傷め動脈硬化を招きます。心筋梗塞や脳梗塞などの重大な疾患を予防するため、メタボ該当者・予備群の減少を目指します。

【メタボリックシンドローム（以下、メタボ）とは】

内臓脂肪に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態を指します。

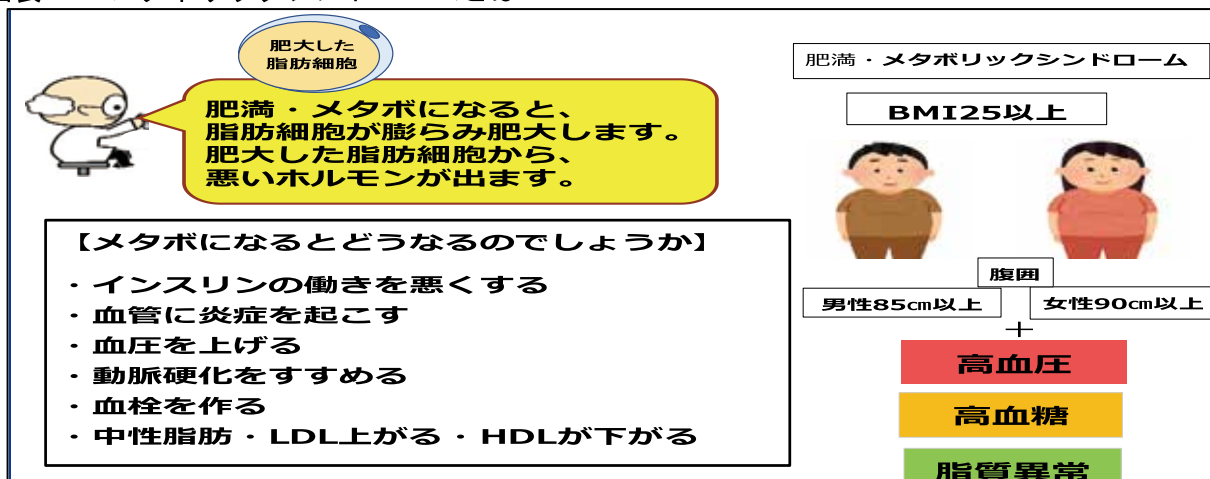
・なぜメタボになるのでしょうか？

飲みすぎ、食べすぎ、栄養の偏り、運動不足などの生活習慣の乱れにより内臓などに脂肪が過剰に蓄積していきます。生活習慣の乱れは、高血圧、高血糖、脂質異常症も起こしやすい状態であり、内臓脂肪型肥満＋高血圧＋高血糖＋脂質異常などの状態、つまりメタボ症候群へとつながっていきます。

・改善するには

ドミノ倒しの出発点は「肥満」です。この内臓脂肪型肥満は、生活習慣の乱れや偏った食生活、運動不足などが原因で起こるため、バランスの良い食事や適度な運動、質の良い睡眠など生活習慣を見直し取り組むことで高血圧・高血糖・血清脂質の検査値の改善が可能となります。

図表 74 メタボリックシンドロームとは



● 状況・健康課題

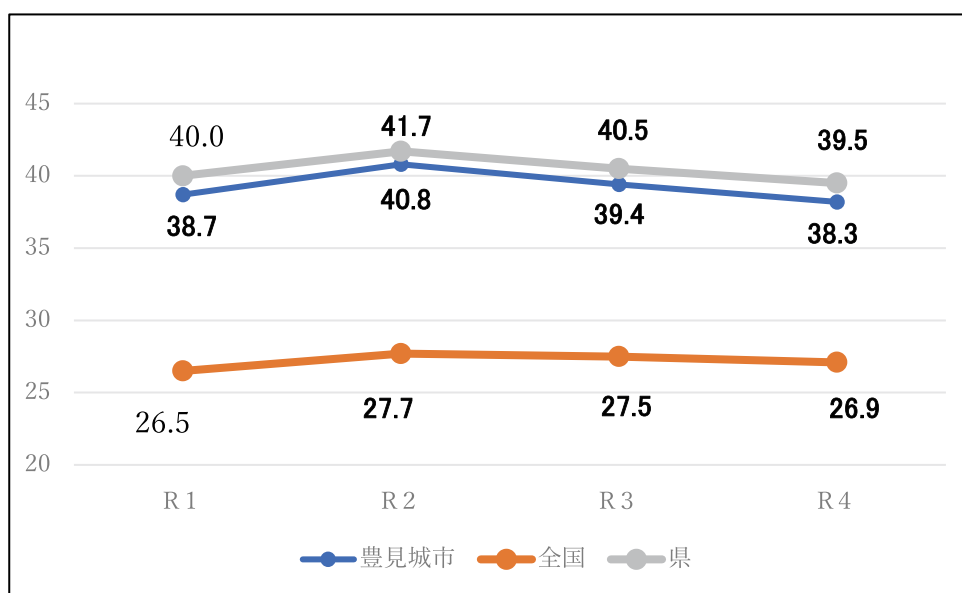
本市の特定健診受診者(40～74歳)のうち、BMI25以上該当者は約4割を占めています。特に40～64歳の男性の47.5%がBMI25以上に該当しており、働き盛り世代は忙しく、食事内容や生活リズムの乱れ、運動不足等が肥満の原因の一つであると考えます。(図表75) また、肥満該当者は、県と同様に高く、国よりも1.4倍高い状態であります。肥満やメタボについて、専門職による保健指導を重点的に行う必要があります。(図表76)

図表 75 肥満度分類別の該当者数 (性・年齢別)

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	1,061	1,704	412	647	299	547	88	88	19	9	6	3	
				38.8%	38.0%	28.2%	32.1%	8.3%	5.2%	1.8%	0.5%	0.6%	0.2%
再掲	男性	530	775	252	342	186	298	52	40	10	3	4	1
					47.5%	44.1%	35.1%	38.5%	9.8%	5.2%	1.9%	0.4%	0.8%
再掲	女性	531	929	160	305	113	249	36	48	9	6	2	2
					30.1%	32.8%	21.3%	26.8%	6.8%	5.2%	1.7%	0.6%	0.4%

出典：特定健診等データ管理システム

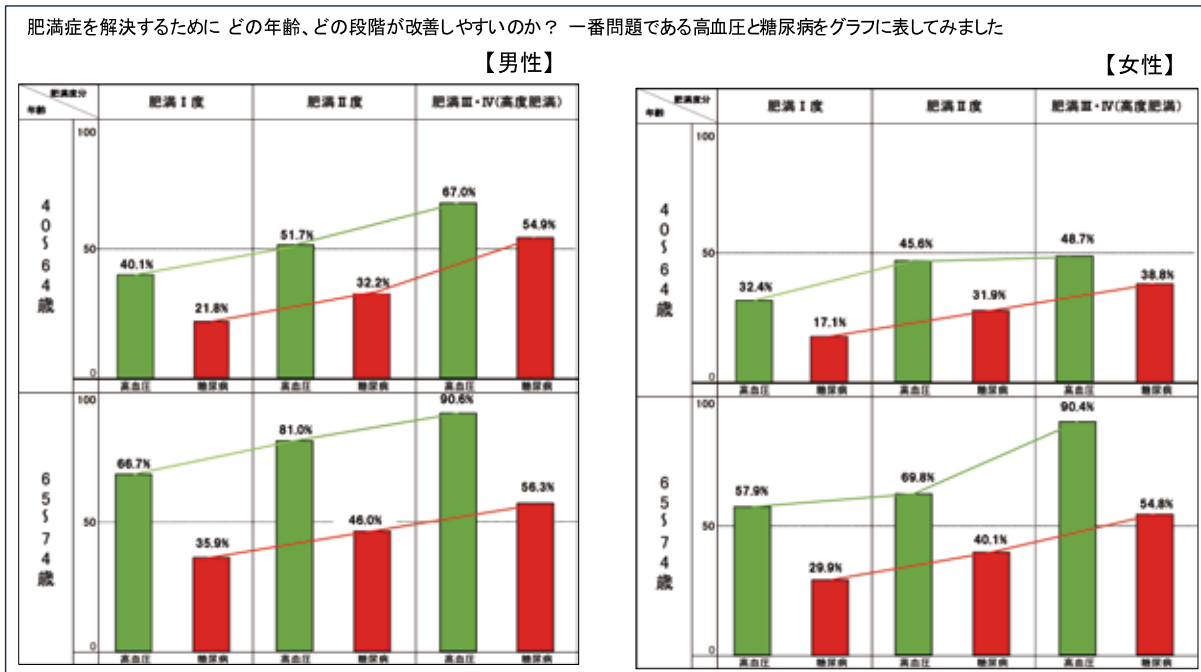
図表 76 40歳以上男女の肥満該当者 (BMI25以上) の割合 (%)



出典：KDB厚生労働省様式5-2

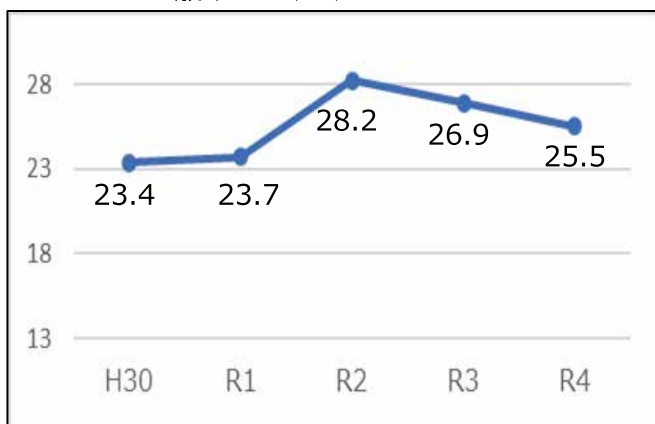
肥満度や年齢が高くなるほど、高血圧や糖尿病を合併する割合が高くなることから、若い年代から健診を受けて自身のデータの把握・改善を行い、適正体重を維持することで重症化予防のみならず認知症発症リスク予防に繋がります。(図表 77)

図表 77 肥満度を解決するための どの年齢、どの段階が改善しやすいのか？

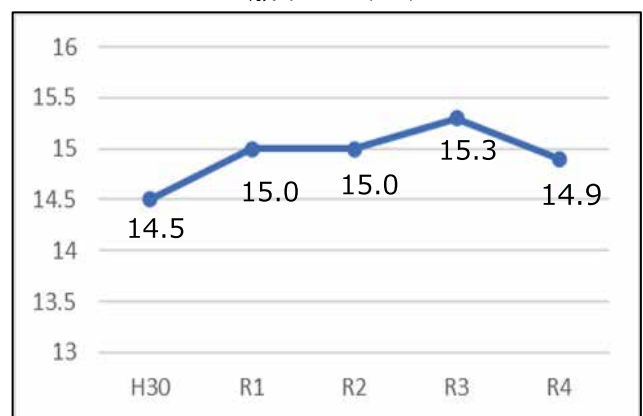


本市のメタボ該当者の割合は、H30 年、R1 年度はほぼ横ばいで経過していますが、R2 年度に高くなり、その後は低くなっています。メタボ予備群の割合は、H30 年度と比較して高くなっています。(図表 78・79)

図表 78 メタボリックシンドローム該当者の割合
40 歳以上 (%)



図表 79 メタボリックシンドローム予備群の割合
40 歳以上 (%)



※目標数値は保険者支援ツールで出しています。
出典元の違いで数値が若干異なります。

出典：特定健診・特定保健指導実施結果総括表

●現在での事業結果・考察

R4年度のメタボ該当者のうち、男性の50代～70代は、3～4割を超え、女性で50代から該当者が増加しています。また、血圧・血糖・脂質の3項目の内、特に血圧+脂質の該当者が男性4割、女性6割超えている状態であります。(図表 80-1, 80-2)

(考察)

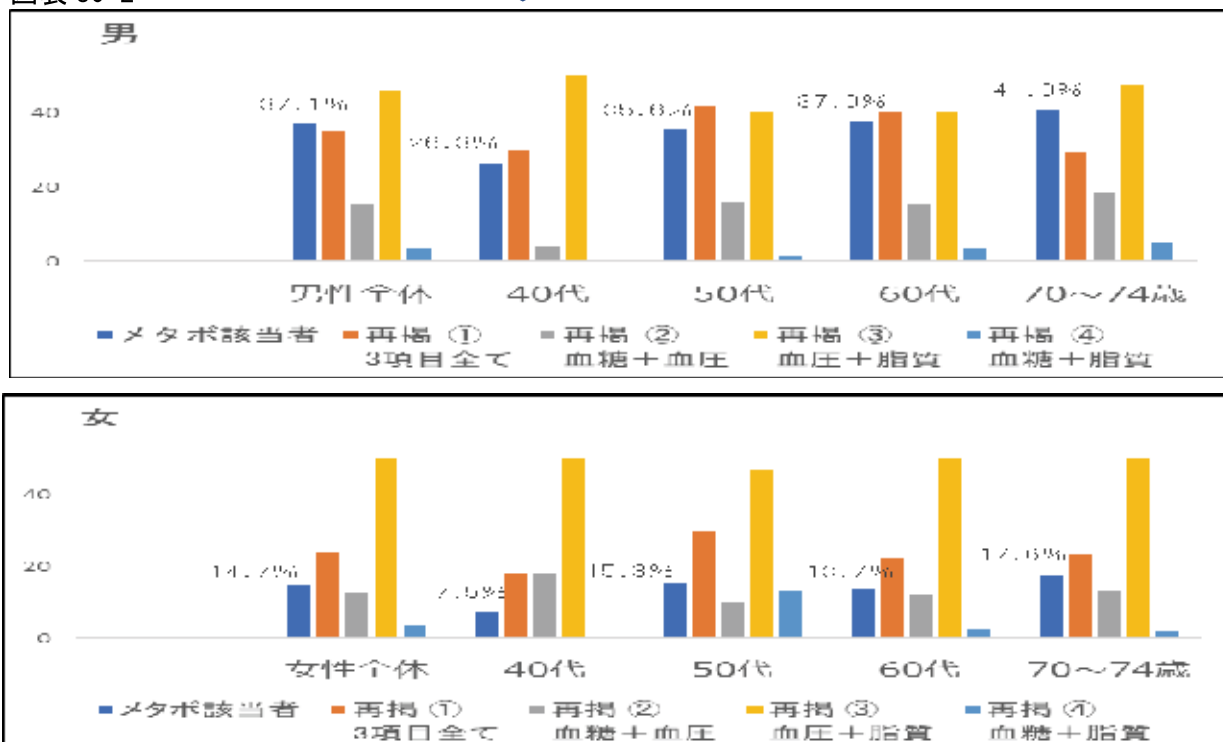
さまざまな環境から、飲酒機会に伴う高カロリー・高脂肪食の摂取が多く、運動不足などの生活習慣の乱れから肥満となり、健康に深刻な影響を自ら作り出しています。下記の表からもわかるように、男性・女性とも肥満をベースにした生活習慣病が大きな健康課題となっていることから、脳卒中、心筋梗塞、腎不全などを起こすリスクが高くなることが推測されます。

図表 80-1 メタボ該当者の状況 (性・年代別)

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	1,305	179	194	456	476	1,460	146	196	591	527	
メタボ該当者	B	484	47	69	173	195	215	11	30	81	93	
	B/A	37.1%	26.3%	35.6%	37.9%	41.0%	14.7%	7.5%	15.3%	13.7%	17.6%	
再掲	① 3項目全て	C	170	14	29	70	57	51	2	9	18	22
		C/B	35.1%	29.8%	42.0%	40.5%	29.2%	23.7%	18.2%	30.0%	22.2%	23.7%
	② 血糖+血圧	D	76	2	11	27	36	27	2	3	10	12
		D/B	15.7%	4.3%	15.9%	15.6%	18.5%	12.6%	18.2%	10.0%	12.3%	12.9%
	③ 血圧+脂質	E	221	31	28	70	92	129	7	14	51	57
		E/B	45.7%	66.0%	40.6%	40.5%	47.2%	60.0%	63.6%	46.7%	63.0%	61.3%
	④ 血糖+脂質	F	17	0	1	6	10	8	0	4	2	2
		F/B	3.5%	0.0%	1.4%	3.5%	5.1%	3.7%	0.0%	13.3%	2.5%	2.2%

出典：特定健診データ管理システム

図表 80-2



メタボ該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況は、男性が8割、女性の9割が治療をしています。生活習慣病の薬物療法だけでなく、食生活や運動習慣の見直しを同時に行っていくことが重要となります。(図表 81)

図表 81 メタボ該当者の治療状況 (性・年代別)

	男性							女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				
		人数	割合	あり		なし			人数	割合	あり		なし		
				人数	割合	人数	割合					人数	割合	人数	割合
総数	1,305	484	37.1%	407	84.1%	77	15.9%	1,460	215	14.7%	199	92.6%	16	7.4%	
40代	179	47	26.3%	24	51.1%	23	48.9%	146	11	7.5%	8	72.7%	3	27.3%	
50代	194	69	35.6%	54	78.3%	15	21.7%	196	30	15.3%	25	83.3%	5	16.7%	
60代	456	173	37.9%	153	88.4%	20	11.6%	591	81	13.7%	76	93.8%	5	6.2%	
70~74歳	476	195	41.0%	176	90.3%	19	9.7%	527	93	17.6%	90	96.8%	3	3.2%	

出典：特定健診データ管理システム

●対象者の選定基準と考え方

・メタボの診断基準

へそ周り(内臓脂肪) 男性 85 cm以上・女性 90 cm以上を必須項目とし、下記①~③のうち、2項目以上該当する方は、メタボ該当者です。

①高血圧 130 または 85 mmHg 以上

②高血糖：空腹時血糖値 110mmHg 以上

③脂質異常：中性脂肪 150mg/dl 以上、HDL コレステロール 40mg/dl 未満の方または両方

※ 1項目でも該当する場合は、メタボ予備群になります。

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎メタボ該当者・予備群の割合	40.1%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎メタボ該当者の割合	25.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎メタボ予備群の割合	14.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	A：メタボ該当者+高血圧者の割合(140/90以上)	10.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	A+高血糖者の割合減少(HbA1c8.0以上)	0.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	A+脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	0.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	A+尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	0.4%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット (実施量指標)	A+高尿酸者の割合減少(8.0以上)	0.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少

●目標を達成するための主な戦略

- ①保健指導の必要性について周知します。
(結果説明会の案内や個別訪問の実施、広報や市のホームページ、LINE等の活用)
- ②働き盛り世代への介入方法を工夫します。(夕方以降の訪問や休日健診の場を活用した個別対応等)

●現在までの実施方法（プロセス）

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義や診断基準、メカニズム等を中心に説明し、生活習慣の改善（食事や運動など）に向けた支援や受診勧奨判定値の場合は病院受診案内などを行っています。

- ①対象者の選定
 - ②結果説明会の案内通知（電話・個別通知など）
 - ③集団健診における初回面接の実施
 - ④休日健診や時間帯を考慮した保健指導の実施
 - ⑤他事業を活用した保健指導の実施
 - ・運動教室：健診結果から生活習慣の改善が必要な方へ3ヵ月間ジムで運動指導士からの助言を受け、プールや運動器具を使用し数値改善と健康増進を図ります。
 - ・二次健診：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づ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します。
- (内容)・75g糖負荷検査（血糖値を正常に保つ能力を調べる検査）
- ・尿微量アルブミン検査（初期の腎機能低下を調べる検査）
 - ・頸動脈超音波検査（心臓から脳へ向かう太い血管の状態を調べる検査）
 - ・血圧脈波（動脈の硬さや詰まりを測定し、動脈硬化の進行の程度を調べる検査）
 - ・心電図（心臓の状態を調べる検査）
- ⑥実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①働き盛り世代からの健康づくりを促します。
- ②保健指導を受けやすい環境づくり（土日等を活用した保健指導）をします。
- ③健康意識を高めるために、広報や市のホームページ、LINE等を活用して市の健康課題や健診・保健指導の必要性を周知していきます。
- ④生活習慣病予防に繋がる保健指導を行い、保健指導受診者の生活習慣および数値改善を目指します。
- ⑤保健指導受診者の数値改善を目指します。

●評価計画

該当年度数値と目標値を年度毎に評価します。

評価については、短期的評価及び中長期的評価の視点で行います。

なお、短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせて、年1回以上行うものとしします。

(2) 糖尿病性腎症重症化予防事業 (慢性腎臓病重症化予防)

●事業の考え方・目的

(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プログラム (H31年4月25日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)」及び「沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

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

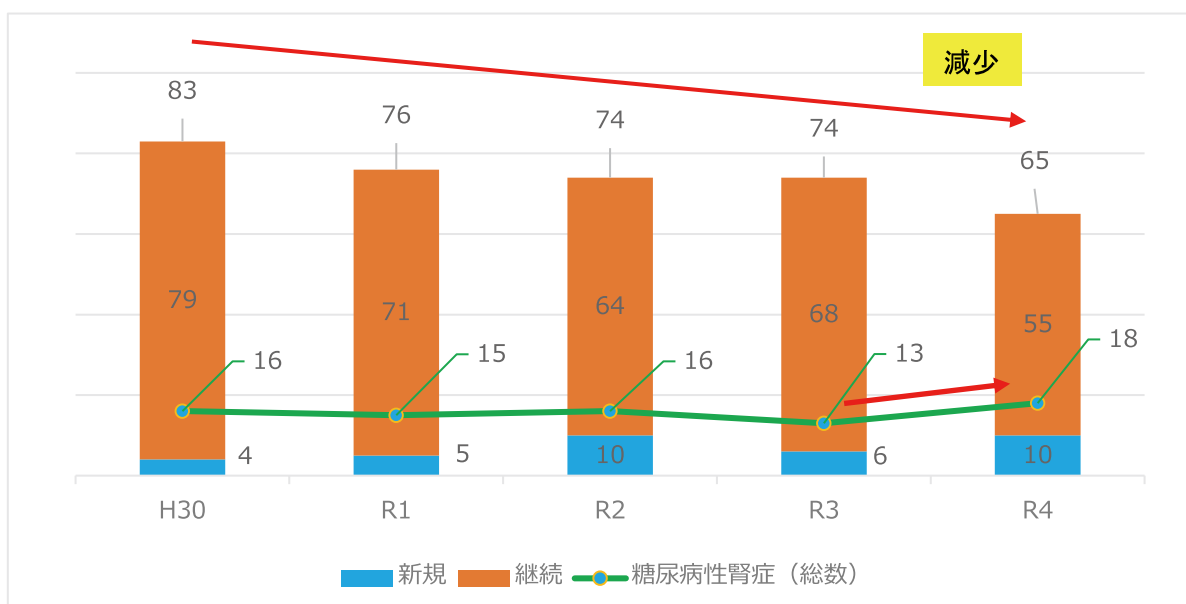
(目的)

糖尿病性腎症を重症化させないためのシステムを構築するとともに、発症・重症化の予防を図り、新規人工透析導入者の減少及び導入の遅延に寄与することで、患者本人のQOLの維持と市の社会保障費の適正化を図ることを目的とします。

(状況・健康課題)

人工透析者数は減少していますが、糖尿病性腎症を基礎疾患に持つ方が増加しています。(図表 82)

図表 82 豊見城市国保加入者 人工透析の状況と糖尿病性腎症合併の推移 (人)



参考：厚生労働省様式（様式 3-7）人工透析のレセプト分析（KDB）、新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）

●対象者

対象者選定基準の考え方及び優先順位

※対象者については、優先度等により変更の可能性があります。

(1) 糖尿病性腎症の重症度が高いと考えられる対象者

- ①尿蛋白(+)以上かつHbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖値126(随時血糖値200)以上
- ②eGFR60(70歳以上はeGFR50)未満かつHbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖値126(随時血糖値200)以上

(2) 未治療

血糖内服「いいえ」かつHbA1c6.5%以上もしくは空腹時血糖値126(随時血糖値200)以上

(3) コントロール不良

血糖内服「はい」かつHbA1c7.0%以上

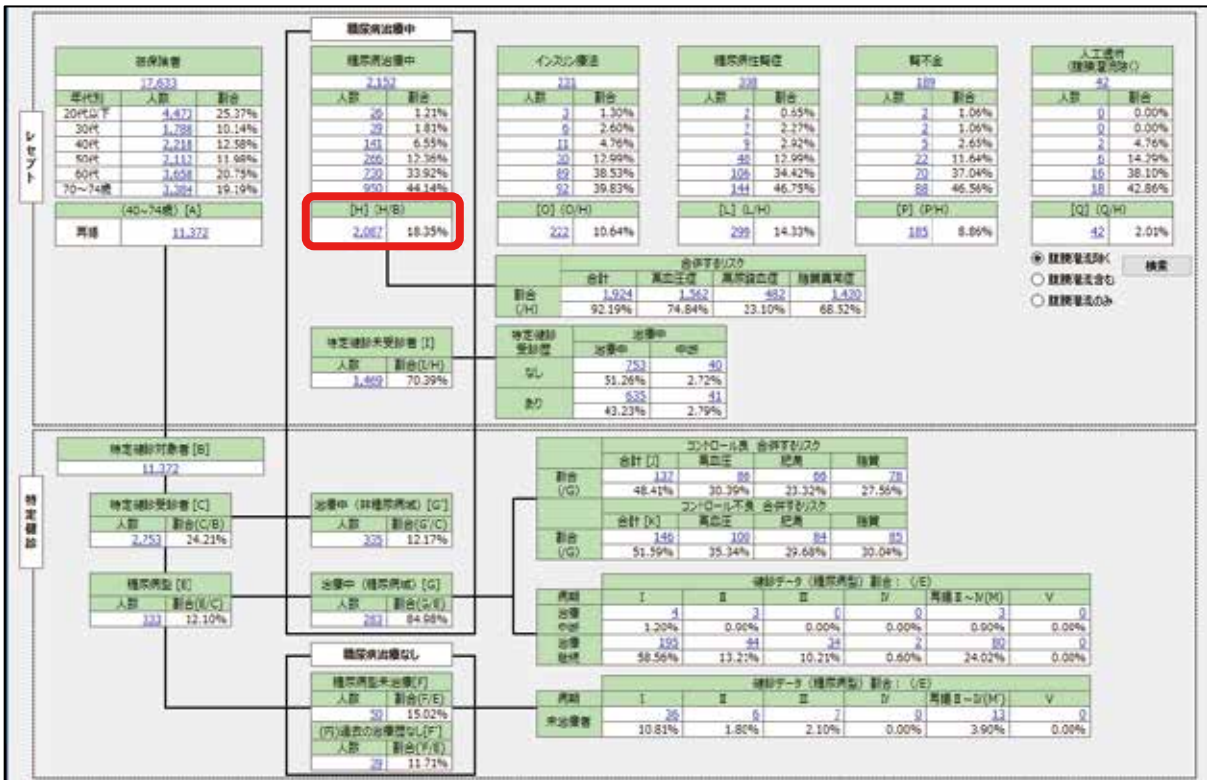
(4) 治療中断者

直近1年間、糖尿病受療歴がない方

図表 83 について

被保険者 11,372 人中、約 2 割の 2,087 人が糖尿病治療中です。今後の分析等で活用していくことが必要です。

図表 83 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



出典：保険者データヘルス支援システム

●現在までの事業結果・考察

- ①HbA1c7.0以上の割合は、策定時 H30 年度と比較すると、R4 年度には減少しています。このうち、未治療者の割合を見ると、H30 年度には 20.4%でしたが、R4 年度には 10.3%と約半数にまで減少しており、重症化予防の取組による成果が出たものと考えます。(図表 84)
- ②新規透析者のうち、糖尿病性腎症を持つ方の割合が、R3 年度には 50%と増加傾向にありましたが、糖尿病の重症化予防の観点から、早期の治療開始や生活習慣改善を促す保健指導の取組強化により、R4 年度には割合の減少につながったと考えます。しかしながら、新規透析者数は増加しているため、糖尿病性腎症だけでなく、CKD 重症化予防の取り組みについても強化していく必要があります。(図表 85)
- ③HbA1c8.0%以上の未治療者の割合は、R2 年度に 19 人 (0.7%) と R1 年度と比べて大きく増加しておりましたが、以降は減少が続き、R4 年度には 6 人 (0.2%) まで減少しました。HbA1c6.5~6.9%及び 7.0~7.9%の未治療者についても、減少傾向となっております。(図表 86)
- ④R4 年度の医療機関受診率は 78%と、事業目標である 50%を超えて、達成しており、アウトカム指標 (糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合) についても達成 (減少) しています。

図表 84 アウトカム (結果) 評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の 25%減少を目指して重症化しやすい HbA1c6.5 以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	再掲
					再) 7.0以上	未治療	治療		
H29	3,350	1,561 46.6%	1,065 31.8%	390 11.6%	334 10.0%	94 28.1%	240 71.9%	10.0%	5.1%
					171 5.1%	35 20.5%	136 79.5%		
H30	3,087	1,388 45.0%	1,011 32.8%	378 12.2%	310 10.0%	83 26.8%	227 73.2%	10.0%	5.9%
					181 5.9%	37 20.4%	144 79.6%		
R01	3,080	1,352 43.9%	996 32.3%	399 13.0%	333 10.8%	97 29.1%	236 70.9%	10.8%	5.7%
					177 5.7%	33 18.6%	144 81.4%		
R02	2,917	1,259 43.2%	954 32.7%	352 12.1%	352 12.1%	100 28.4%	252 71.6%	12.1%	6.8%
					199 6.8%	42 21.1%	157 78.9%		
R03	2,750	1,155 42.0%	901 32.8%	369 13.4%	325 11.8%	88 27.1%	237 72.9%	11.8%	6.3%
					174 6.3%	30 17.2%	144 82.8%		
R04	2,760	1,232 44.6%	895 32.4%	351 12.7%	282 10.2%	63 22.3%	219 77.7%	10.2%	5.6%
					155 5.6%	16 10.3%	139 89.7%		

出典・参考：保健指導実践ツール (6年データ突合ツール)

図表 85 新規透析者の基礎疾患の状況

(人数)	H30	R1	R2	R3	R4
新規透析者	4	5	10	6	10
糖尿病性腎症	2	1	3	3	1
割合	50%	20%	30%	50%	10%
糖尿病	3	2	5	3	3
割合	75%	40%	50%	50%	30%
高血圧	3	5	9	6	9
割合	75%	100%	90%	100%	90%

参考：新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）改変

図表 86 HbA1c の年次比較（治療と未治療の状況）

		健診受診者 (HbA1c測定)		受診勧奨判定値					
				糖尿病					
				合併症予防の ための目標		最低限達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる	
				6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A		E	E/A	F	F/A	G	G/A		
治療中	H30	364	11.8%	83	22.8%	100	27.5%	44	12.1%
	R01	337	10.9%	92	27.3%	99	29.4%	45	13.4%
	R02	350	12.0%	95	27.1%	110	31.4%	47	13.4%
	R03	330	12.0%	93	28.2%	97	29.4%	47	14.2%
	R04	323	11.7%	80	24.8%	94	29.1%	45	13.9%
治療なし	H30	2,723	88.2%	46	1.7%	26	1.0%	11	0.4%
	R01	2,743	89.1%	64	2.3%	22	0.8%	11	0.4%
	R02	2,567	88.0%	58	2.3%	23	0.9%	19	0.7%
	R03	2,420	88.0%	58	2.4%	19	0.8%	11	0.5%
	R04	2,437	88.3%	47	1.9%	10	0.4%	6	0.2%

出典・参考：保健指導実践ツール（6年データ突合ツール）改変

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	27.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	10.0%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5%以上)	10.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎健診受診者のHbA1c8.0% (NGSP値) 以上の者の 割合の減少	1.8%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	78.0%	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加
アウトカム (成果指標)	継続受診者の前年度からの改善率 (HbA1c6.5%以 上)	16.3%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量指標)	保健指導率	98.0%	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加

●目標を達成 するための主な戦略

- ①保健指導の実施（受診勧奨、生活指導）
- ②ポピュレーションアプローチ
- ③受診勧奨通知の送付
- ④医療機関との連携

●現在までの実施方法（プロセス）

(1) 事業の計画作成

(2) 実践

①対象者の選定

②文書通知

③保健指導（面談、電話）

・糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。本市においては、生活習慣病のリスク因子の重なりを考慮し、対象者に応じた保健指導を行っています。

・治療中の対象者へは、糖尿病連携手帳を活用した保健指導を実施しています。

・未受診者へは受診勧奨を行っています。

④ポピュレーションアプローチ

健康パネル展、市広報誌、市公式 LINE 等で健康知識の普及啓発を行っています。

(3) 医療機関との連携

糖尿病連携手帳を活用し、連携しています。

(4) 実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

①受診勧奨後に受診確認（訪問、電話、レセプト）を行い、未受診者へは再度受診勧奨を行います。

②対象者が糖尿病の管理に取り組むことについて理解し、実践できるような保健指導を行います。

③必要な検査の実施について、レセプトデータや糖尿病連携手帳等を活用して確認します。

④対象者割合の内訳や保健指導の実績、医療費の動向を結び付けたデータ分析を定期的に実施し、保健事業の効果を確認します。

●評価計画

該当年度数値と目標値を年度毎に、短期的評価及び中長期的評価の視点で行います。

なお、短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ、年1回以上行うものとし、また、中長期的評価においては、糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を用いて行います。(図表 87)

図表 87 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数250		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	14,534人		14,486人		14,380人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	② (再掲)40-74歳	A	9,406人		9,507人		9,534人				
2	① 対象者数	B	8,373人		8,398人		8,154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	2,917人		2,750人		2,767人				
	③ 受診率	C	—		—		—				
3	① 特定保健指導対象者数		375人		347人		344人				
	② 実施率		73.1%		74.4%		74.7%				
4	① 糖尿病型	E	474人	16.2%	452人	16.4%	415人	15.0%			特定健診結果
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	124人	26.2%	122人	27.0%	91人	21.9%			
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	350人	73.8%	330人	73.0%	324人	78.1%			
	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	196人	56.0%	182人	55.2%	175人	54.0%			
	⑤ 血圧 130/80以上	J	119人	60.7%	113人	62.1%	112人	64.0%			
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	110人	56.1%	95人	52.2%	89人	50.9%			
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	154人	44.0%	148人	44.8%	149人	46.0%			
	⑧ 第1期 尿蛋白(一)	M	347人	73.2%	327人	72.3%	303人	73.0%			
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	M	60人	12.7%	66人	14.6%	60人	14.5%			
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上	M	61人	12.9%	54人	11.9%	45人	10.8%			
	⑪ 第4期 eGFR30未満	M	3人	0.6%	3人	0.7%	4人	1.0%			
5	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		67.5人		76.0人		76.6人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		101.6人		112.5人		112.6人				
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は健康診査対象	入院(件数)	5,952件	(634.4)	6,310件	(668.9)	6,203件	(675.6)	9,923件	(835.1)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④ 入院(件数)	25件	(2.7)	47件	(5.0)	26件	(2.8)	42件	(4.1)		
	⑤ 糖尿病治療中	H	981人	6.7%	1,101人	7.6%	1,101人	7.7%			KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥ (再掲)40-74歳	H	956人	10.2%	1,070人	11.3%	1,074人	11.3%			
	⑦ 健診未受診者	I	606人	63.4%	740人	69.2%	750人	69.8%			
	⑧ インスリン治療	O	93人	9.5%	99人	9.0%	94人	8.5%			
	⑨ (再掲)40-74歳	O	86人	9.0%	91人	8.5%	88人	8.2%			
	⑩ 糖尿病性腎症	L	114人	11.6%	142人	12.9%	163人	14.8%			
	⑪ (再掲)40-74歳	L	112人	11.7%	139人	13.0%	158人	14.7%			
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)		33人	3.4%	32人	2.9%	34人	3.1%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
	⑬ (再掲)40-74歳		33人	3.5%	32人	3.0%	34人	3.2%			
	⑭ 新規透析患者数		10	30.3%	6	18.8%	10	29.4%			
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3	30.0%	3	50.0%	1	10.0%			
	⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病性腎症中に占める割合)		27人	2.7%	34人	3.1%	33人	2.8%			
6	① 総医療費		44億5676万円		48億2220万円		47億7237万円		50億8753万円		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		22億3492万円		22億7013万円		21億4126万円		27億0662万円		
	③ (総医療費に占める割合)		50.1%		47.1%		44.9%		53.2%		
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,188円		3,571円		5,263円		5,580円		
	⑤ 健診未受診者		47,360円		47,453円		44,335円		38,833円		
	⑥ 糖尿病医療費		1億8481万円		2億0227万円		1億8586万円		2億9434万円		
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.3%		8.9%		8.7%		10.9%		
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		6億5325万円		6億5802万円		6億1571万円				
	⑨ 1件あたり		46,218円		43,728円		42,533円				
	⑩ 糖尿病入院総医療費		4億9134万円		5億6378万円		5億7930万円				
	⑪ 1件あたり		739,970円		736,002円		769,317円				
	⑫ 在院日数		18日		17日		18日				
	⑬ 慢性腎不全医療費		3億3278万円		3億3055万円		2億9613万円		2億2640万円		
	⑭ 透析有り		3億0778万円		3億1091万円		2億8689万円		2億1152万円		
	⑮ 透析なし		2500万円		1964万円		924万円		1487万円		
7	① 介護給付費		33億5576万円		35億3444万円		36億4413万円		56億7154万円		
	② (2号認定者)糖尿病合併症		8件	16.0%	6件	13.0%	7件	14.3%			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	10人	2.6%	4人	1.0%	4人	1.0%	8人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題

出典・参考：KDB システム改変

(3) CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業

●事業の考え方・目的

【CKD（慢性腎臓病）とは】

腎臓の障害（たんぱく尿など）または、腎機能低下（腎臓の働きが健康な人の60%以下に低下）が3か月以上続く、下記のような状態のことを言います。

- ①腎臓の尿をつくる機能が悪くなっている状態
- ②尿に「たんぱく」や「血液」が出ている状態

（考え方）

CKD重症化予防の取組にあたっては、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023」や「南部地区医師会糖尿病・慢性腎臓病診療ガイド」に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②医療と連携した再検査の実施及び腎症（CKD）治療機関への紹介

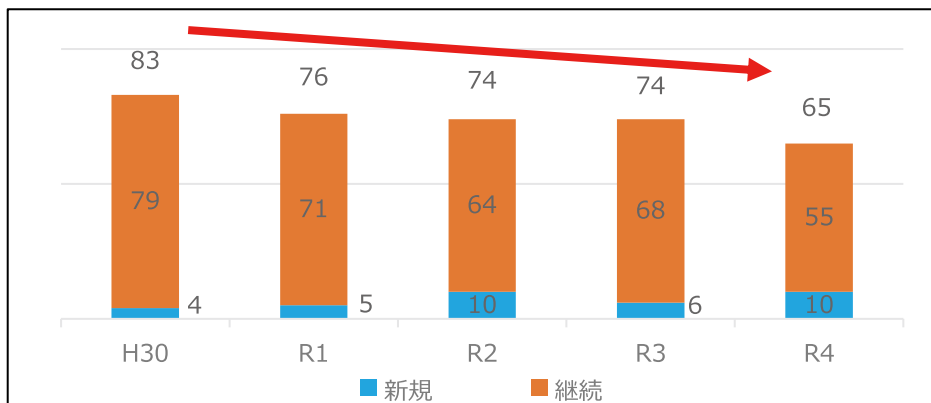
（目的）

CKDを重症化させないためのシステムを構築するとともに、発症・重症化の予防を図り、新規人工透析患者の減少及び導入の遅延に寄与することで、患者本人のQOLの維持と市の社会保障費の適正化を図ることを目的とします。

（状況・健康課題）

- ①人工透析者数は減少傾向にあります。（図表 88）
- ②新規透析者のうち、R1年度からの4年間で見ると高血圧を基礎疾患に持つ方が90～100%と高い割合で推移しており、CKD重症化予防の取組強化が重要です。（図表 89）
- ③本市の総医療費に占める人工透析の割合は減少していますが、国や県と比べると高い状態が続いています。CKD重症化予防のためには、早めに介入し、対象者が生活習慣改善や必要な検査・治療が受けられるように医療機関との連携等の仕組みづくりが必要です。（図表 90、91）

図表 88 豊見城市国保加入者 人工透析の状況 （人）



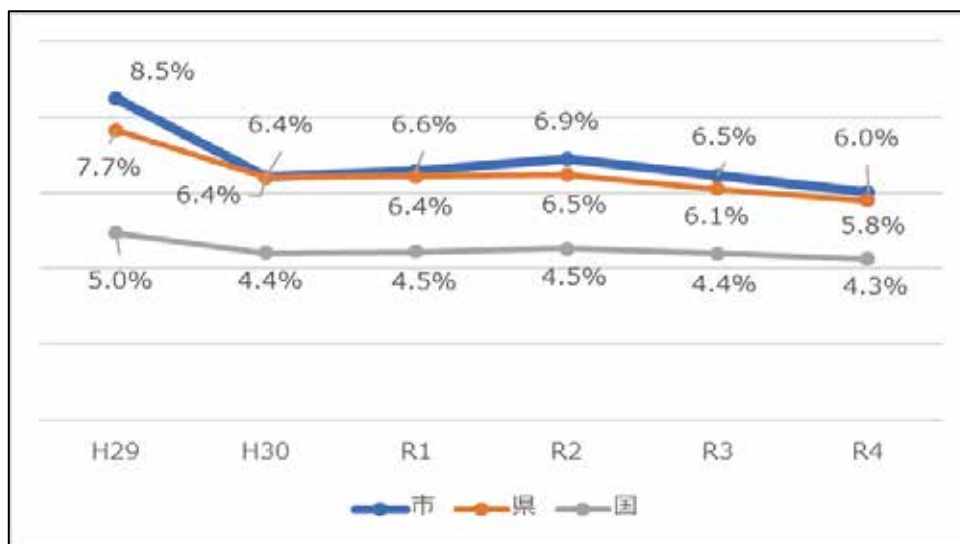
参考：
厚生労働省様式（様式 3-7）
人工透析のレセプト分析
（KDB）、新規患者集計リス
ト（データヘルス支援シ
ステム固定帳票）

図表 89 新規透析導入者の基礎疾患の状況

(人数)	H30	R1	R2	R3	R4
新規透析者	4	5	10	6	10
糖尿病性腎症	2	1	3	3	1
割合	50%	20%	30%	50%	10%
糖尿病	3	2	5	3	3
割合	75%	40%	50%	50%	30%
高血圧	3	5	9	6	9
割合	75%	100%	90%	100%	90%

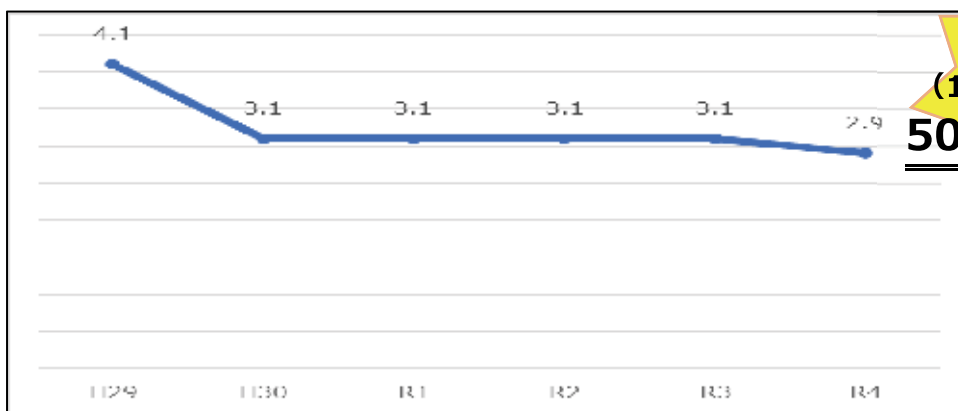
参考：新規患者集計リスト（データヘルス支援システム固定帳票）改変

図表 90 総医療費に占める透析の割合



出典・参考：健診・医療・介護データから見る健康課題（KDB）改変

図表 91 透析医療費（億円）



人工透析の費用
(1人当たり・年間)
500~600万円

出典・参考：健診・医療・介護データから見る健康課題（KDB）改変

●対象者

(対象者の明確化)

(1) 対象者選定基準の考え方

※対象者については、優先度等により変更の可能性があります。

特定健診及び健康診査（一般健診）受診者のうち、健診結果が以下①～⑦のいずれかに該当する方を事業の対象者とします。

①尿蛋白（+）かつ併存疾患※等あり

※併存疾患：高血圧、脂質異常、耐糖能異常、高尿酸値

②尿蛋白（+）かつ尿潜血（+）以上

③尿蛋白（2+）以上

④eGFR60 未満（40 歳未満）

⑤eGFR45 未満（40 歳以上）

⑥eGFR45～59（G3a 区分）かつ前年度健診と比較して eGFR5 以上低下

⑦尿蛋白（+）の場合、2 年以上連続で出ているもしくは健診初受診の方

(2) 選定基準に基づく該当者の把握

取組を進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータおよび特定健診データを活用し、該当者数把握を行います。

●現在までの事業結果・考察

人工透析者数が 83 人（H30 年度）から 65 人（R4 年度）と 18 人減少しており、医療費が約 2 千万円減少しました。事業の実施によるものも一因と考えられますが、今後は人工透析者一人ひとりの細やかな分析を行う必要があります。（図表 88、91）

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎新規透析導入者の割合の減少	10人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.0%	維持・ 減少	維持・ 減少	維持・ 減少	維持・ 減少	維持・ 減少	維持・ 減少
アウトカム (成果指標)	未治療者の医療受診率	56.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量指標)	保健指導率	43.9%	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加	維持・ 増加

●目標を達成 するための主な戦略

- ①医療機関との連携
- ②保健指導の実施（受診勧奨、生活指導）
- ③ポピュレーションアプローチ

●現在までの実施方法（プロセス）

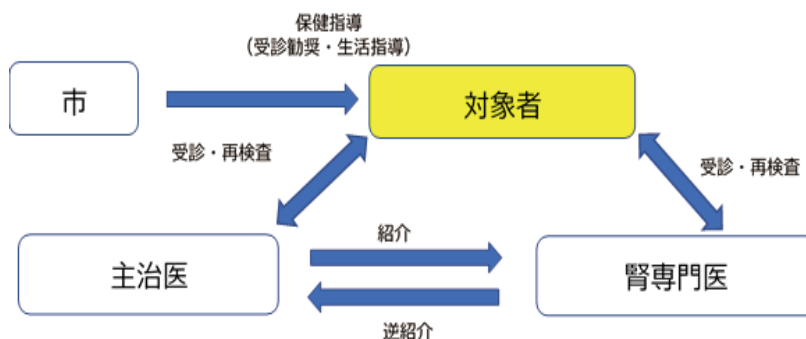
- (1) 事業の計画作成
- (2) 実践
 - ①対象者の選定
 - ②「情報提供のお願い」の発行
 - ③重症化予防を目的とした保健指導（生活指導、受診勧奨）
 - ④ポピュレーションアプローチ（健康パネル展等で健康知識の普及啓発）
- (3) 医療機関との連携
「情報提供のお願い」を活用し、連携しています。
- (4) 実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

(改善案)

- ①対象者が必要な検査や治療を受けられるよう、医療機関と連携し、対象者の選定方法や「情報提供のお願い」様式の変更、受診勧奨の仕組み作りを行います。(図表 92)
- ②受診勧奨後に受診確認（電話、レセプト）を行い、未受診者へは再度受診勧奨を行います。
- ③対象者割合の内訳や保健指導の実績、医療費の動向を結び付けたデータ分析を定期的実施し、保健事業の効果を確認します。
- ④人工透析者数の増減について、国保加入状況や、転出入の状況と合わせて分析を行う必要があります。

図表 92 医療機関との連携、仕組みづくりについて（イメージ）



●評価計画

該当年度数値と目標値を年度毎に、短期的評価及び中長期的評価の視点で行います。なお、短期的評価については、データヘルス計画の評価等と合わせ、年1回以上行うものとしします。

(4) 受診勧奨判定値を超えている者への対応（脳心血管疾患重症化予防）

●事業の考え方・目的

（考え方）

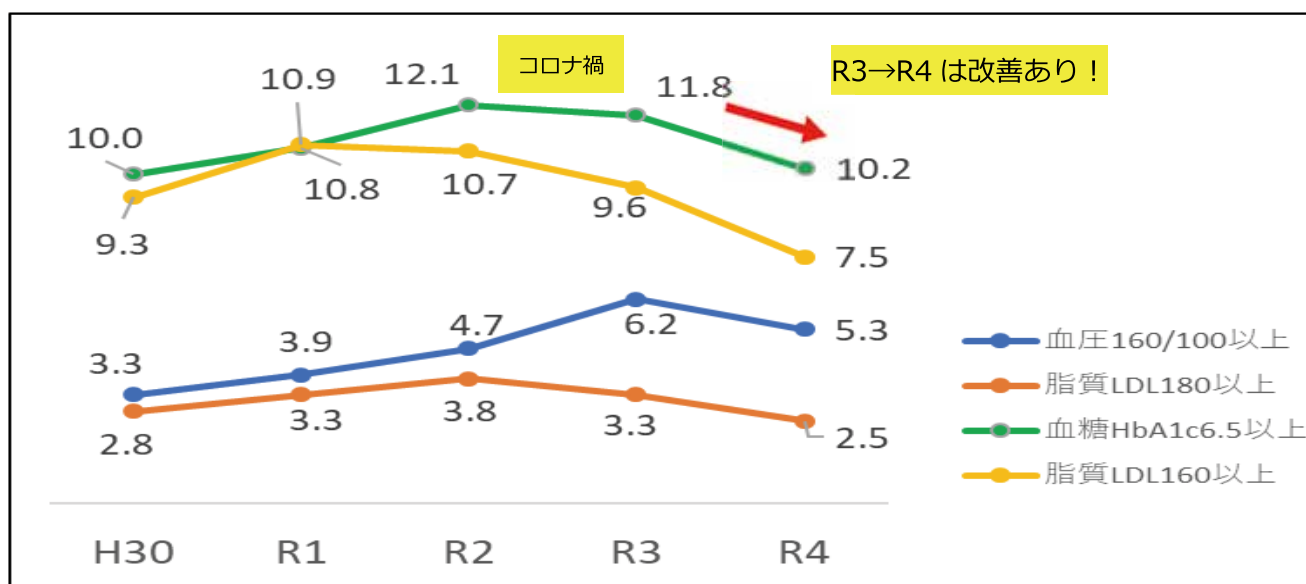
高血圧、脂質異常症、糖尿病等を放置することで、脳心血管疾患等の循環器疾患を発症する可能性が高まります。これらは、特定健診等により早期に発見することができ、必要に応じて医療機関の受診や治療、及び生活習慣の改善により、重症化を予防することが可能です。

（目的）

受診勧奨判定値に該当する方が必要な治療に繋がること、生活習慣病重症化による合併症の発症を予防することにより、脳・心臓・腎臓を守ることを目的とします。

（状況・健康課題）

- ① H30年度とR4年度の数値を比較した場合、血圧、血糖の項目で受診勧奨判定値に該当する方の割合が増加しています。R2、3年度はコロナ禍で生活習慣が大きく変わった（外出・受診控え、活動量の低下など）ことが要因と考えられます。（図表 93）
- ② 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症へと重症化リスクが高まり、医療費の増加が危惧されます。
- ③ 高額医療費や長期入院費用の伸びを抑制するために、重症化を予防します。
- ④ 医療機関と連携した受診勧奨が必要です。
- ⑤ 受診勧奨対象者を明確にする必要があります。健診未受診者対策も重要です。
- ⑥ 生活習慣病の早期発見・早期治療が重要となります。



出典：保健指導実践ツール（6年データ突合ツールの年次比較）改変

●対象者

※対象者については、優先度等により変更の可能性があります。

①血圧 160/100mmg 以上(R4 年度 II 度 124 人、III 度 21 人、全体 145 人)

②LDL180mg/dl 以上 (R4 年度 70 人)

③尿酸値 9.0mg/dl 以上 (R4 年度 10 人)

※血糖 HbA1c6.5%以上 (R4 年度 282 人)

参照：P 62 糖尿病性腎症重症化予防事業

●現在までの事業結果

①アウトプット (医療受診勧奨率は 98%、目標数値 50%)

②アウトカム (医療受診率は 48%、目標 47%)

受診勧奨判定値に該当する方の割合は、R2 年度、R3 年度にピークを迎え高くなっていますが、R3 年度、R4 年度にかけて改善傾向にあります。しかし、血圧、血糖の項目は初期値と比べると高くなっており、血圧に関しては初期値の 1.6 倍高い状況にあります。(図表 93)

コロナ禍で外出量が減り、食生活の変化等で悪化したことが要因と考えられます。脳心血管疾患 (血管ダメージ) の発症・重症化を予防するために、受診勧奨判定値に該当する方の割合を下げる為の取組が必要です。

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎健診受診者の高血圧が占める割合の減少 (血圧160/100以上)	5.3%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎健診受診者の脂質異常者が占める割合の減少 (LDL180以上)	2.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	健診受診者の脂質異常者が占める割合の減少 (LDL160以上)	7.5%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎健診受診者の血糖異常者が占める割合の減少 (HbA1c6.5以上)	10.2%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	医療受診率	48%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量指標)	受診勧奨率	98%	維持 ・ 増加	維持 ・ 増加	維持 ・ 増加	維持 ・ 増加	維持 ・ 増加	維持 ・ 増加

●目標を達成するための主な戦略

- ①受診勧奨通知の郵送
- ②個別指導

●現在までの実施方法（プロセス）

- (1) 事業の計画作成
- (2) 実践
 - ①対象者の選定
 - ②受診勧奨通知
 - ③健診結果説明会等での個別指導
 - ④未受診者へは再受診勧奨
 - ⑤ポピュレーションアプローチ（血圧の基準値の紹介）として健康パネル展、講演会等で健康知識の普及啓発
- (3) 実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①高血圧・肥満予防など健康知識の普及啓発を行います。
- ②メタボリックシンドローム（肥満）+高血圧の解決を目指します。
- ③ポピュレーションアプローチ：健診データの基準値について市民に知識の普及啓発を行います。（健康パネル展・広報など）

●評価計画

R4 年度を初期値とし、初期値と当該年度の数値を比較します。

(5) 心電図事後フォロー（脳心血管疾患重症化予防）

●事業の考え方・目的

（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 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。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ます。

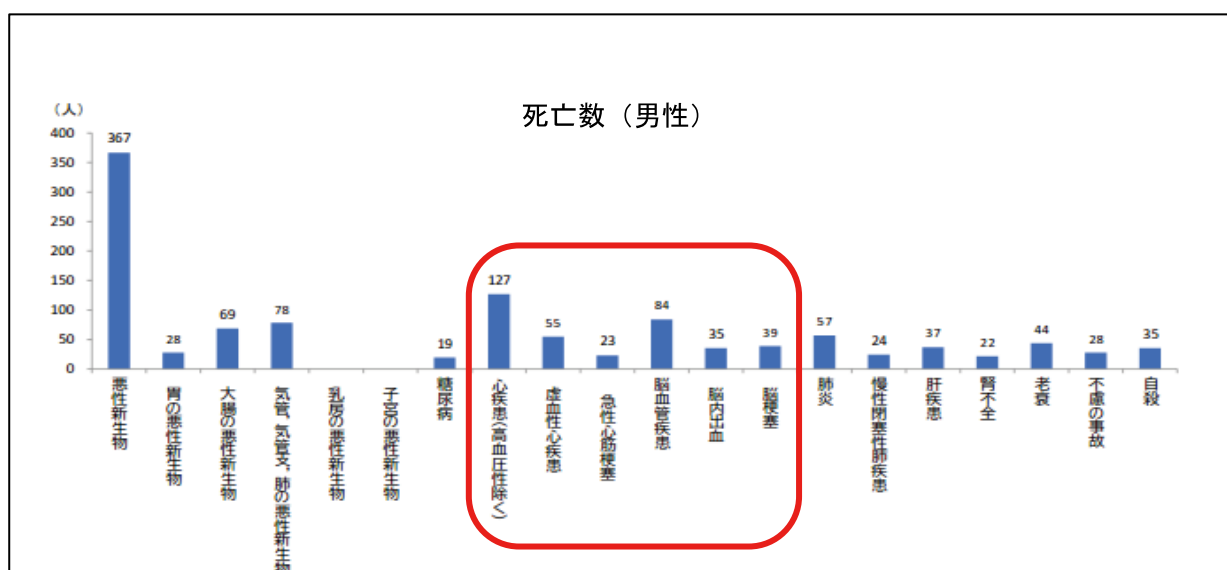
（目的）

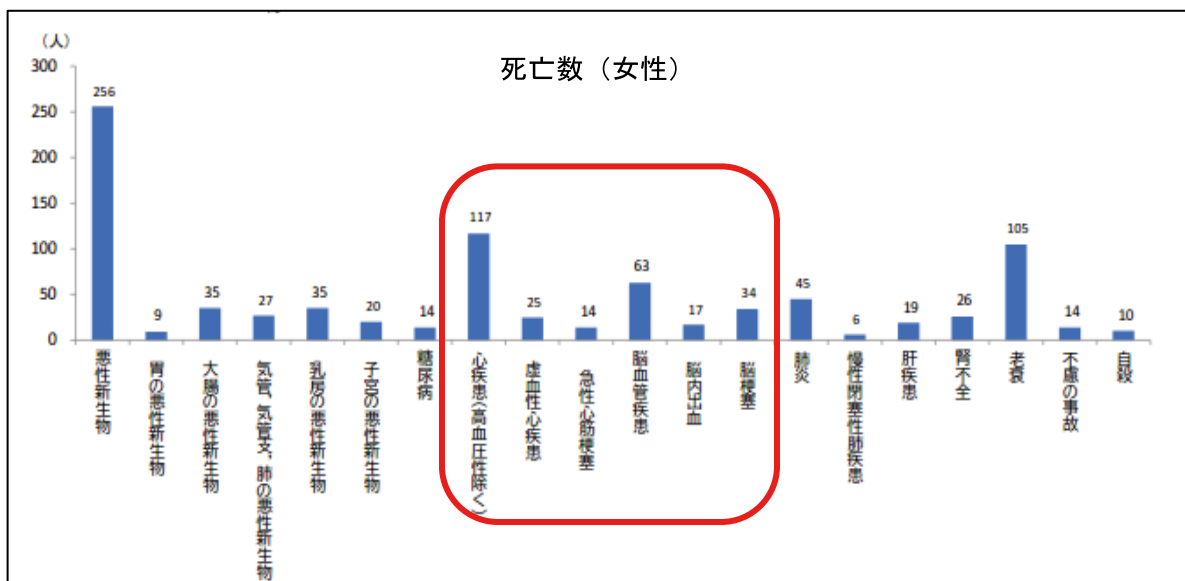
早期の血管変化を発見し、脳心血管疾患の予防と早期発見、早世予防を目的に、心電図検査を行い、その後の保健指導を行います。

（状況・健康課題）

- ①脳心血管疾患は、本市の男女の死因の上位を占めます。(図表 94 P76-77)
 - ・20～64 歳の選択別死亡数において、男性の死因の上位は脳血管疾患となっています。(参照 P22 図表 24)
- ②脳心血管疾患のリスク因子には、メタボリックシンドロームがありますが、本市はメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い状況があり、20～30 代からの早期介入が重要です。(P82～参照)
- ③脳心血管疾患は、医療費が高額となり、要介護状態となる原因疾病でもあります。要介護認定者の有病状況をみると、脳卒中が 1 位、虚血性心疾患が 2 位となっており、脳血管疾患の重症化を予防し、医療費と介護給付費の増額を抑制する必要があります。
- ④R3 年度から集団健診において心電図検査を全数実施（40 歳以上国保特定健診受診者）し、心電図検査の事後フォローを始めました。

図表 94 豊見城市 死因別死亡数 (H29～R3 年)

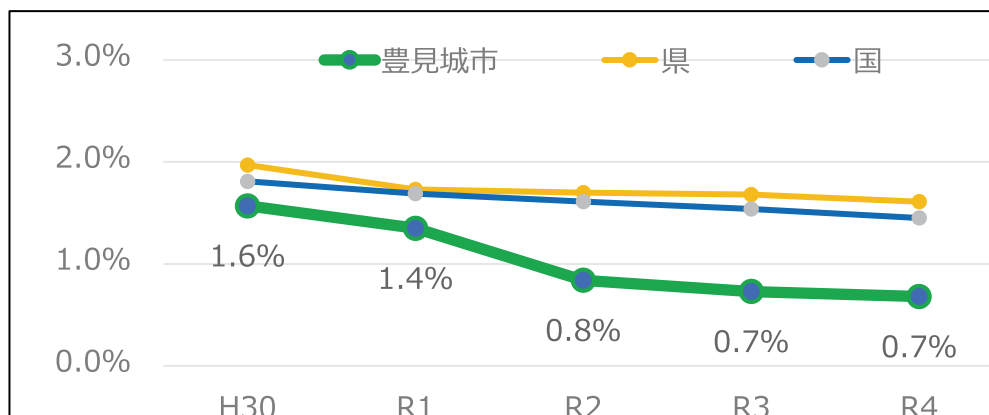




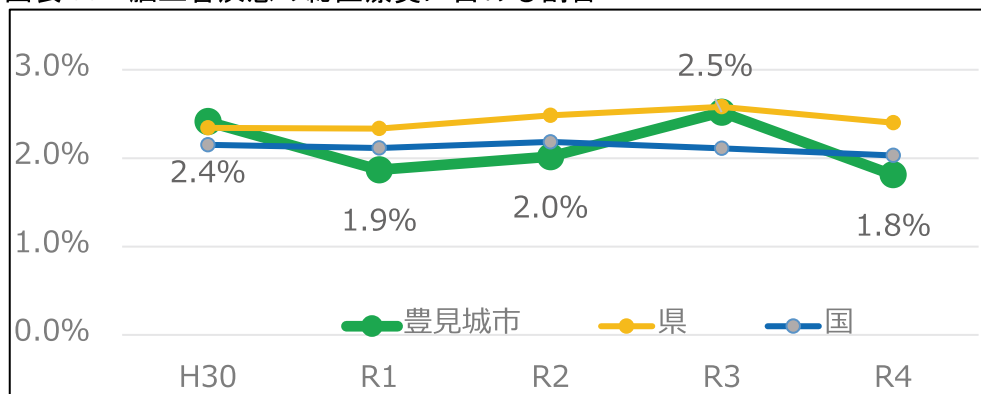
出典：沖縄県市町村別健康指標（令和4年3月）

虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、初期値と比較すると減少しています。（図表 95）また、県・国と比較しても低い割合で推移しています。脳血管疾患の総医療費に占める割合は、R1年度減少していますが、R2年度再び増加し、増減を繰り返しています。R4年度は県・国と比較すると低い割合となっています。（図表 96）

図表 95 虚血性心疾患の総医療費に占める割合

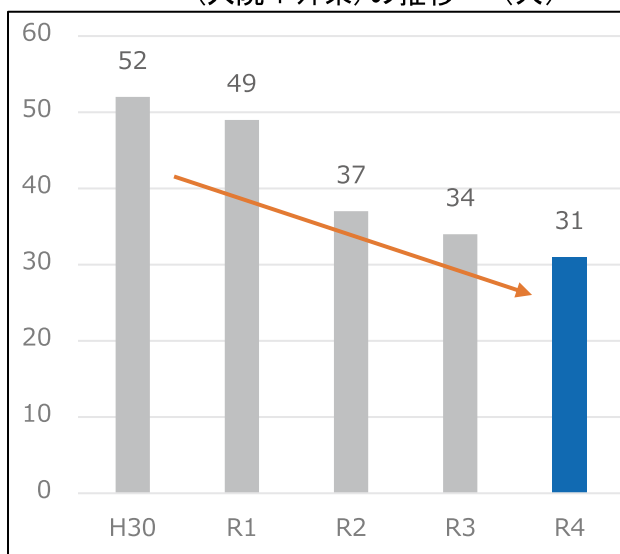


図表 96 脳血管疾患の総医療費に占める割合

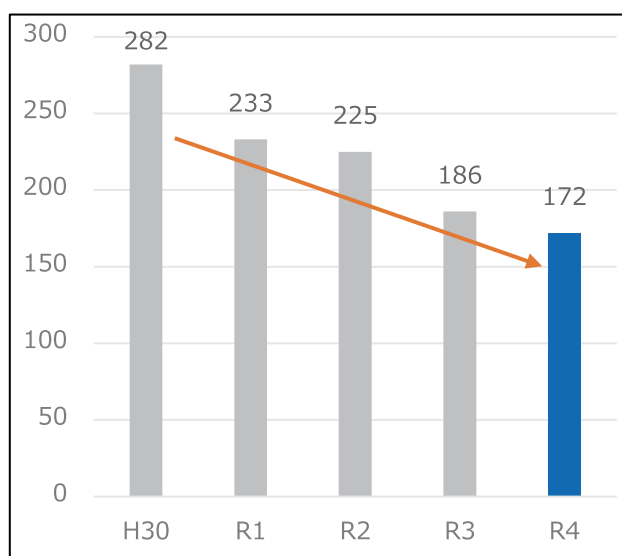


図表 95, 96 出典
KDB_健診・医療介護データ
から見る地域の健康課題

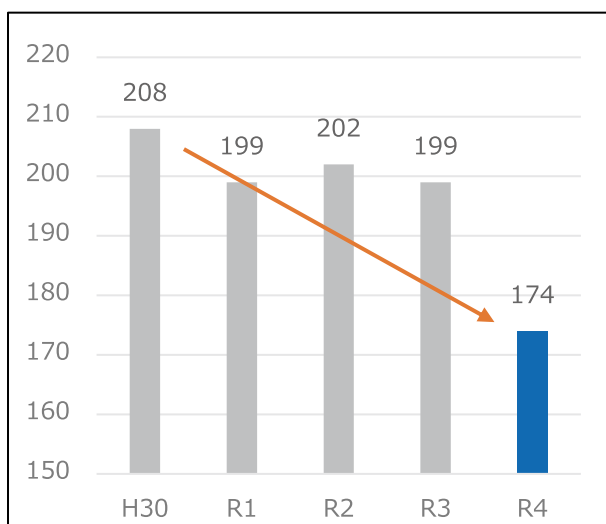
図表 97 脳梗塞の新規患者発生
(入院+外来)の推移 (人)



図表 98 虚血性心疾患の新規患者発生
(入院+外来)の推移 (人)



図表 99 脳出血の
新規患者発生(入院+外来)の推移 (人)



脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患の新規患者発生数は H30 年度と比べると R4 年度で全て減少しています。

図表 97, 98, 99 の出典
保険者支援ツール新規患者発生リスト

●対象者

(心電図事後フォロー対象者の選定)

- ①医師が要精査、要医療、要観察と判定した場合。
- ②「豊見城市心電図事後フォロー者のふるいわけマニュアル」で D1 (要治療)、D2 (要精密検査) の場合。
- ③②以外でも心疾患が疑われる自覚・他覚症状 (胸痛や動悸、不整脈など) がある場合。
症状がなくても既往歴 (参照: 図表 100 CHADS2 スコア) や血液検査データ、喫煙等総合的にみてフォローが必要な場合。

上記、①～③のいずれかに該当する者を心電図事後フォロー対象者として抽出し、保健指導や受診勧奨を行っています。

図表 100 ^{チャスツ} CHADS2スコア

C	心不全	1点
H	高血圧	1点
A	年齢 75 歳以上 近年は 65 歳以上の考え方	1点
D	糖尿病	1点
S	脳梗塞、一過性脳虚血発作の既往	2点

出典：脳心血管病予防に関する包括的管理リスクチャート 2019 年版

^{チャスツ} CHADS2スコア

心房細動による脳梗塞発症リスクを評価するスコアとして提唱され、脳梗塞発症に関連する5つの危険因子の頭文字から命名されました。各因子の点数を合計し点数が高いほど脳梗塞の発症リスクは高くなります。

(心電図検査で着目する所見)

①心房細動

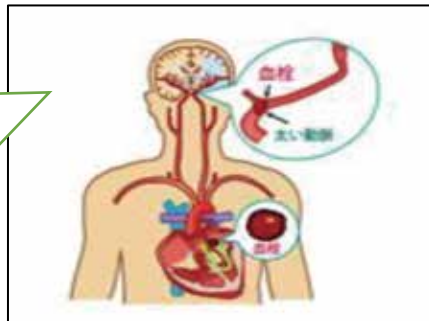
心房細動は、心原性脳塞栓症の危険因子です。心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも死亡や要介護になる頻度が高くなります。

②ST 変化

ST 変化は、心筋虚血を推測する所見です。高血圧や高血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

図表 101 心房細動と心原性脳塞栓症

心房細動により心臓内でできた血栓が脳の血管につまって起こる脳梗塞のことです。脳へのダメージが大きく後遺症が残りやすいです。



出典：脳卒中予防の提言

●現在までの事業結果・考察

①心電図実施率は、集団健診で 90%、個別健診で 25%となっています。(図表 102)

②R4 年度の心電図検査受検者 929 人のうち、事後フォロー対象者となったのは、130 人 (14%)でした。(図表 103)

・心電図事後フォロー対象者のうち、D2 (要精査) である方は、76 人 (58.5%) で、そのうち ST 変化は 17 人 (22%)、心房細動は 7 人 (9%) となっており、そのうち、心房細動を有する方は、100%医療機関を受診することができました。

③保健指導実施率は 91%、医療機関受診率は 76%でした。(図表 104)

④保健指導担当者に心電図事後フォロー対象者リストを配布することで、優先的に保健指導に入ることができたため、指導済み割合と医療受診率において高い実績をあげることができました。また、要精査と判定された所見のうち、心筋虚血を推測する ST 変化が 22%を占めていることから、動脈硬化を予防する為の取組を強化する必要があります。

図表 102 R4 年度 40～74 歳特定健診受診者の心電図検査実施状況

健診の種類	受診者	心電図検査	実施率
集団健診	521	467	90%
個別健診	1,833	462	25%
全体	2,354	929	39%

図表 116、117、118 参考：R4 年度心電図台帳

図表 103 心電図事後フォロー対象者、D2（要精査）の ST 変化、心房細動を占める割合

	心電図 事後フォロー対象者		D2（要精査）		ST 変化		心房細動	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	929	130	14%	76	58.5%	17	22%	7
							医療機関 受診あり	
							人数	割合
							7	100%

図表 104 令和 4 年度心電図事後フォロー対象者の
保健指導実施率と医療受診率

心電図 事後フォロー対象 者		指導済み		医療機関受診あり		未受診	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
130	14%	118	91%	99	76%	29	22%

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎虚血性心疾患総医療費に占める割合の減少	0.70%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトカム (成果指標)	◎脳血管疾患総医療費に占める割合の減少	1.80%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
アウトプット (実施量指標)	心電図事後フォロー対象者の指導率	91%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (実施量指標)	医療機関受診率	76%	増加	増加	増加	増加	増加	増加

●目標を達成するための主な戦略

- ①心電図事後フォロー対象者を抽出
- ②個別指導
- ③ポピュレーションアプローチ

●現在までの実施方法（プロセス）

- (1) 事業の計画作成
- (2) 実践
 - ①対象者の選定
心電図受検者を「豊見城市心電図事後フォロー者ふるい分けマニュアル」に沿って対象者を抽出し、心電図事後フォロー台帳を作成します。
 - ②地区担当保健指導者が個別指導や受診勧奨を行います。
 - ③受診状況の確認を行い、未受診者へは再受診勧奨を行います。
 - ④ポピュレーションアプローチとして、パネル展や説明会会場に健康知識に関するパンフレットを配布します。
- (3) 実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

（改善案）

- ①循環器内科を受診する必要がある方を確実に医療に繋げるために、事後フォロー対象者の中でも更に優先度の高い方から受診勧奨できる体制を整えます。
- ②脳心血管疾患重症化リスク対策として、メタボリックシンドローム、肥満、高血圧、耐糖能異常、脂質異常症、慢性腎臓病の予防に強化した保健指導の実践を行います。
- ③経年的にみていく必要がある方は、内服や治療の中断がないかなど継続して支援する必要があるため、支援体制を整えます。
- ④個別健診での心電図受検率が低いため、個別健診においても心電図検査全数実施を検討していく必要があります。より多くの脳心血管疾患のハイリスク者を抽出し、早期介入することで、重症化予防が可能となります。

（目標）

医療機関受診率、心電図事後フォロー対象者の指導率を目標値に近づけます。

●評価計画

目標値を年度毎に評価します。

(6) 20～30 代の保健指導（早期介入保健指導事業）

●事業の考え方・目的

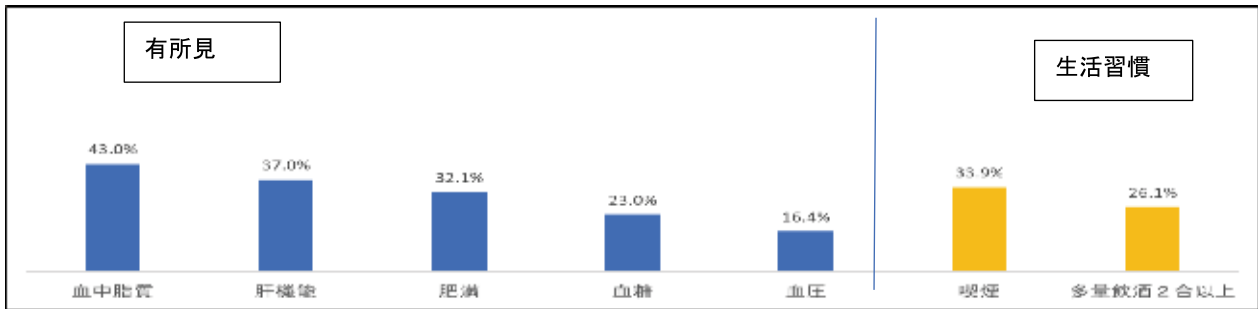
20～30代は就労、結婚、出産、子育てなど生活環境などの変化がおこる時期となります。自身の健康状態を確認しないまま、不適切な生活習慣を続けると、生活習慣病を発症し始める時期でもあります。定期的に健診を受診し、望ましい生活習慣の改善を継続することが大切です。

特定健診は40歳からですが、受診到達年齢前にすでに肥満や生活習慣病などに罹患した方も多いため、本市では20歳～30代健診を実施し、生活習慣病の発症予防と重症化予防を目指します。

（健康課題）

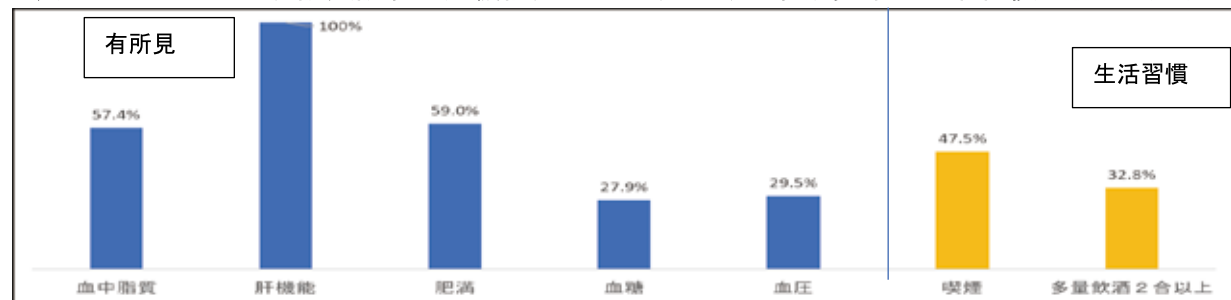
- ①20～30代の保健指導対象者は仕事や用事を優先し、保健指導を断る方が多く、介入が難しい世代です。保健指導の必要性やメリットを理解しやすい案内方法を検討し、利用しやすい健診や保健指導等の環境整備が必要です。
- ②20～30代健診受診者の有所見率と生活習慣の状況（R4年度）をみると血圧・血糖の有所見率が低い一方で、脂質代謝、肝機能の有所見率が高いです。特に健診受診者全体と、肝機能検査に異常値がある方の有所見率を比較すると、殆どの項目で肝機能検査に異常値がある方の有所見率が高く、喫煙や多量飲酒などの割合も高いことがわかりました。（図表 105, 106）
- ③早世率（65歳未満の死亡者割合）をみると男女ともに県・国より高く、選択別死因の総数の上位にがん、自殺、肝疾患、脳血管疾患があります。（参照：P22）
- ④健診時会場で肥満、飲酒、喫煙と将来生活習慣病の発病リスクについて情報提供過剰飲酒している方へは肝疾患のリスクを伝えるとともに、心の健康を守るための適正飲酒や休肝日、休養、睡眠など健康意識の普及啓発も必要です。
- ⑤労働環境や社会環境を含めた支援
個人への働きかけだけでなく、地域、職場環境なども含めた健康の意識高揚、普及啓発を関係者と連携し、取り組む必要があります。

図表 105 20～30 代健診受診者 165 人の有所見率と生活習慣の状況 (R4)



参照：健康管理台帳より算出

図表 106 20～30 代健診受診者の肝機能異常の方(61 人)の有所見率と生活習慣の状況 (R4)



●対象者

※対象者については優先度等により変更の可能性あり

前年度、当該年度の 20～30 代健診受診結果で、肥満、受診勧奨値等に判定された方
生活習慣病予備群、生活習慣病コントロール不良者 (対象者：72 人)

●現在までの事業結果

①20 代・30 代健診の実施 (受診者 168 人)

周知広報による健診受診勧奨 (市広報、LINE、保険証切り替え時案内資料送)

②対象者の把握・結果説明会の案内通知の発送 (対象者：72 人)

③保健指導実施状況

- ・保健指導実数：50 人 (69.4%) ・受診勧奨：42 人 (58.3%)
- ・医療受診できた方：9 人 (21.4%)

(考察)

- ・20～30 代の健診受診者 168 人のうち、31 人 (18.6%) に肥満の所見がありました。
- ・早期からの肥満対策が必要であり、適正体重の維持に向けた啓発活動や保健指導を行い、生活習慣病の発症予防することが重要です。
- ・生活習慣の改善を意識し行動できる仕組みづくりやきっかけとして運動教室事業、二次健診の活用もあります。
- ・健康への関心が薄く保健指導の利用が少ない傾向があります。個人への働きかけだけでなく、企業や地域社会に健診や健康管理の重要性について知識の普及啓もうを働きかけ、健診や保健指導を受けやすい社会環境の整備を図る必要があります。

●今後の目標値

指標	評価指標	計画策 定 時実 績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム（成果）指標	対象者の保健指導率	69.4%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトカム（成果）指標	医療未受診者の医療機関受 診率	21%	増加	増加	増加	増加	増加	増加

●目標を達成 するための主な戦略

個別指導とポピュレーションアプローチ

●現在までの実施方法（プロセス）

- 1) 事業の計画作成
- 2) 実践
 - ①20代 30代健診の実施
 - ②対象者の選定
 - ③受診勧奨通知
 - ④健診結果説明会等での個別指導
 - ⑤未受診者へは再受診勧奨
 - ⑥ポピュレーションアプローチ（健康パネル展講演会等で健康知識の普及啓発）
- 3) 実績まとめ・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

- ①20～30代の方へ届く伝え方（媒体の工夫）
- ②受診しやすい健診や保健指導の設定。（健診日を利用した土日の保健指導の実施、イベントと共催した健診、夜間健診や夜間の結果説明会の開催の検討など）

●評価計画

R4年度を初期値とし、初期値と当該年度の数値を比較します。また有所見者率と生活習慣の状況を確認します

(7) 重複・多剤投与者訪問等指導事業 (適正受診・適正服薬促進)

●事業の考え方・目的

(考え方)

壮年～中年層にかけて、生活習慣病罹患率の高まりにより多科受診が増えることで、多剤・重複・併用禁忌投薬などの服薬に関するリスクの上昇が懸念されます。服薬に関する正しい知識の普及啓発を行い、服薬リスクの回避および医療費の適正化が必要です。

(目的)

健康被害の防止と医療費適正化

(状況)

- ①複数の医療機関から同様の効能の薬を処方されている（重複投与）、または多数の薬を処方されている（多剤投与）、飲み合わせが悪い薬を処方されている（併用禁忌）現状があります。
- ②誤った服薬や適量以上の服薬で、副作用が出現したり、症状が悪化する危険性があります。（例：肝障害、腎障害、眠気、低体温、血圧低下等）
- ③医療費が増えると医療保険制度の財政が圧迫され、国民皆保険制度の揺らぎの原因となります。

●対象者

※状況に応じて基準を変更する場合があります。

20歳以上 75歳未満の国民健康保険加入者で以下に該当する方

- (1) 重複投与：3か月連続して、同一薬剤または同様の効能・効果を持つ薬剤を2か所以上の医療機関から処方されている方
- (2) 多剤投与：2か月以上11種類以上の薬を処方されている方
- (3) その他：併用禁忌など

●現在までの事業結果

(事業の流れ) (図表 107)

R4年度の本市の重複・多剤投与の該当者は、68人いました。そのうち、45人について地域の薬剤師と連携し事例検討を行い、通知郵送対象者13人を選定しました。内訳は重複投与8人、多剤投与5人となっています。該当者を抽出した月の半年後を目安に、適正受診システムで効果測定を行った結果、8人は薬剤費や処方内容に変化がみられませんでした。そのうち2人に保健指導を実施することができました。

図表 107 R4 年度 適正受診システム抽出結果及び指導結果

抽出 時期	システム抽出数 (対象者)			事例 検討	文書 郵送 対象外	文書案内			効果 測定	保健 指導
	実人員 合計	重複	多剤			実人員 合計	重複	多剤		
合計	68	47	29	45	34	13	8	5	8	2
実施 割合	100%	-	-	66.2 %	50.0 %	19.1%	-	-	11.8 %	1.5 %

参考：R4 年度重複・多剤服薬者訪問等指導事業実績

(薬剤費変化)

R4 年 11 月～R5 年 3 月に郵送した全体（10 件）の薬剤費変化をみたところ、文書郵送前後で 98,360 円減少しました。（図表 108）

(行動変容)

対象 10 件のうち、通知指導後に重複投与が改善された、医療機関が一つに統一されたなどの行動変容がみられた件数が 5 件ありました。

行動変容：重複処方が改善された、お薬手帳の使用・1 冊にまとめる、かかりつけ医・かかりつけ薬局をもつ、主治医や薬剤師に相談したなどを判断基準にします。

図表 108 薬剤費変化と行動変容結果

対象	文書郵送前の 薬剤費	文書郵送後の 薬剤費	差額	薬剤費結果	行動 変容 あり
10 件	808,290	711,240	-98,360	減少	5 件

参考：R4・R5 年度重複・多剤服薬者訪問等指導事業実績

●今後の目標値

指標	評価指標	計画策 定時実 績	目標値					
			R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10
アウトカム (成果)指標	薬剤費の変化	減少	減少	減少	減少	減少	減少	減少

●目標を達成するための主な戦略

- ①対象者の明確化
- ②個別指導
- ③効果測定
- ④ポピュレーションアプローチ

●現在までの実施方法（プロセス）

- (1) 事業の計画作成
- (2) 実践

①対象者の選定

適正受診システムで対象者の抽出を行った後、地域の薬剤師と連携し、事例検討会を行い、通知郵送対象者を選定します。

②①の方へ内服情報に関するお知らせを郵送します。

③通知郵送前後3か月分の薬剤費変化をシステムで効果測定します。

④行動変容に変化がみられない方に対する訪問等指導を行います。

⑤ポピュレーションアプローチとして窓口や広報、国保だより、健康パネル展等のイベント時にパンフレットを配布し、重複多剤投与のリスクやお薬手帳の活用、セルフメディケーションについて知識の普及啓発を行います。

- (3) 実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

(改善案)

- ①対象者が少ない場合は、適正受診システムの条件設定を変更し、対象者の抽出数を増やす必要があります。
- ②薬剤費変化の分析はシステムで行っていますが、薬剤に内服薬以外の注射等が含まれる場合があり、分析に時間がかかるという課題があります。分析方法については、他自治体の取り組みを参考に検討していく必要があります。

●評価計画

年度毎に薬剤費変化、行動変容の有無を評価します。

(8) 後発医薬品（ジェネリック）の使用促進（医療の効率化）

●事業の考え方・目的

（考え方）

我が国は医療技術の進歩、高齢化等により、将来的にも医療費の上昇が見込まれます。国民皆保険を存続するためには、医療の効率的な提供をしていく必要があります。後発医薬品は、先発医薬品に比べて薬価が安いにもかかわらず、品質、安全性及び有効性は先発医薬品と変わりません。後発医薬品の使用を促進することは患者さんの薬剤費の自己負担の軽減、医療の効率化(医療費の削減)になります。

本市においても国と同様に後発医薬品の使用促進に積極的に努めていく考えです。

（目的）

国民健康保険財政の改善及び患者費用負担の軽減

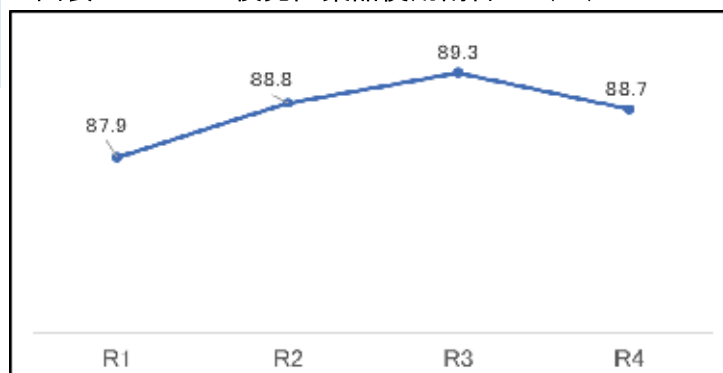
●対象者

国民健康保険被保険者

●現在までの事業結果

後発医薬品の使用割合は目標の80%を達成しました。

図表 109 後発医薬品使用割合（％）



出典：保険者別の後発医薬品の使用割合

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎は管理目標	計画策 定時実 績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム （成果）指標	◎後発医薬品 の使用割合	88.70%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
アウトプット （実施量・ 率）指標	ジェネリック医薬品 希望カード配布 及び医療費差 額通知書送付 の実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

●目標を達成するための主な戦略

医療費差額通知書等印刷物の作成を沖縄県国保連合会等へ委託することで効率的な事業を行います。

●現在までの実施方法（プロセス）

医療費差額通知書等印刷物の作成を沖縄県国保連合会等へ委託し、本市から対象者へ郵送しています。後発医薬品に関するパンフレットや国保だより等で後発医薬品の普及啓発を図ります。

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

目標の達成に向け効果のあったこれまでの手法を、引き続き実施します。

●現在までの実施体制（ストラクチャー）

医療費差額通知書等印刷物の作成を県国保連等へ委託し、本市から対象者へ郵送します。

●今後の実施体制（ストラクチャー）の改善案、目標

目標の達成に向け効果のあったこれまでの手法を、引き続き実施します。

●評価計画

年度毎に比較します。

(9) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業

●事業の考え方・目的

(目的)

高齢者が身近な場所で健康づくりに参加でき、フレイル状態にある高齢者が適切な医療や介護サービスにつながることによって、疾病予防・重症化予防の促進や健康寿命の延伸を図り、地域全体で高齢者を支える地域づくり・まちづくりに寄与することを目的とします。

(状況・健康課題)

高齢化が進展していく事が予想される中、社会保障の存続のため、高齢者が重症化予防、医療費・介護費適正化を図る必要があります。(図表 110)

図表 110 豊見城市の高齢者人口 ※高齢者人口は年々増加傾向にあります。

	R2	R3	R4
人口	65,644人	65,594人	65,690人
高齢者人口 (65歳以上)	12,693人 (19.3%)	13,064人 (19.9%)	13,258人 (20.2%)
後期高齢者人口 (75歳以上)	5,510人 (8.4%)	5,628人 (8.6%)	6,007人 (9.1%)

出典：豊見城市統計データ年齢 (5 歳階級) 別人口 各年共 3 月 31 日現在

フレイルとは

健康な状態と介護が必要な状態間の状態を指します。フレイルになると身体的機能や認知機能の低下がみられます。フレイルの状態の間に予防の取組を行う事で、健康な状態に戻す事ができると言われています。



●対象者

【ハイリスクアプローチ対象者】

※対象者の条件・年齢については優先度等により変更の可能性があります。

(1) 長寿健診受診者のうち下記に該当する 75～85 歳未満の方

- ① HbA1c7.4%以上
- ② 随時血糖 140mg/dl 以上
- ③ 空腹時血糖 140mg/dl 以上
- ④ 血圧 160/100mmHg 以上

(2) 医療・介護につながっていない健康状態不明者のうち、75 歳の方

(3) 特定健診受診後に 75 歳に到達し継続支援が必要な方

【ポピュレーションアプローチ対象地区】

長寿健診の内容から地区分析を行った結果、フレイルリスクが高い地区

●現在までの事業結果・考察

R3～5年度においては事業を実施する事が目標指標に設定されていました。
R3年度から事業を継続して実施しているため、目標は達成されました。
R6年度以降は、事業の実施に加え、評価のための具体的な数値の設定が必要となります。

【R3・R4年度実績】

	R3	R4
対象圏域	2圏域	1圏域
ハイリスク支援者数	62人	68人
健康教育を実施した 通いの場数（実施回数）	2か所（7回）	7か所（16回）
健康教育参加者数（延数）	35人（87人）	56人（116人）

健康教室の様子



握力測定

フレイル予防実践の様子



●今後の目標値

指標	評価指標 ◎管理目標	計画策定 時実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎支援後に数値が維持・改善した対象者の割合	67.6%	維持・増加	維持・増加	維持・増加	維持・増加	維持・増加	維持・増加
アウトプット (実施量)	支援件数	68	維持・増加	維持・増加	維持・増加	維持・増加	維持・増加	維持・増加

●目標を達成するための主な戦略

- ① ハイリスクアプローチ
- ② ポピュレーションアプローチ

●現在までの実施方法（プロセス）

（１）事業の計画作成

- ① 健診結果分析

（２）実践

- ① 対象者の選定
- ② 個別支援通知
- ③ 訪問・電話による個別指導
- ④ 通いの場（自治会）にてフレイル予防に関する健康教育を実施

（３）関係機関との連携

- ① 豊見城市社会福祉協議会
- ② 地域包括支援センター（市内２か所）
- ③ 市内医療機関
- ④ 連携会議（国民健康保険課・健康推進課・障がい長寿課）
- ⑤ 実務者会議（国民健康保険課・健康推進課・障がい長寿課）毎月

（４）実績まとめ・評価・報告

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

改善案：現時点の業務を継続し、以下についても検討します。

【ポピュレーションアプローチ】

- ① フレイル予防教室の指導内容の充実を図ります。
- ② 各通いの場の課題に合わせた内容を取り入れます。

●評価計画

【ハイリスクアプローチ】

- ① 分析結果に基づく計画に沿って対象者に介入できているか確認します。
- ② 対象者に対し、実際に介入した件数を確認します。
- ③ 介入後に数値が改善した方の件数を確認します。
- ④ 数値変化の割合を算出し、評価を行います。
- ⑤ 必要時、適切なサービスへ接続した件数を確認します。

【ポピュレーションアプローチ】

- ① 分析結果に基づく計画に沿ってポピュレーションアプローチを実施しているか確認します。
- ② 計画時に設定した介入地区に対し、健康教育を実施した通いの場数、参加者数を確認します。
- ③ 必要時、適切なサービスへ接続した件数を確認します。

(10) ①がん検診 ②歯周病検診

●事業の考え方・目的

①がん検診

がんは日本人の死因の1位であり、生涯のうちに2人に1人ががんに罹患すると推計されています。また、高齢化に伴いがんの罹患者や死亡者は増加していくことが見込まれます。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療に繋がり、がんの死亡率を減少させるためには受診率向上が必要不可欠です。被保険者が検診を受診することで、がん・歯周病等の早期発見・治療ができ、医療費の適正化、QOLの低下を防止、健康寿命の延伸や早世の予防、医療費の適正化へとつながることが期待される重要な保健事業です。また、がん検診事業担当者と特定健診事業担当者が双方に連携し、未受診者対策を行う事で、事業の効率化や努力者支援制度の取組み評価にもつながります。

②歯周病検診

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要の原因疾患です。歯を喪失することで咀嚼機能が低下し、口腔機能の低下にもつながります。口腔機能は健康的な生活を営むために必要な食事摂取や言葉の発声に影響し、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係しています。口腔機能の低下がある場合、特に高齢者においては、やせ、低栄養などを引き起こしフレイル※のリスクに繋がります。また、歯周病は糖尿病や循環器疾患等との関連性も指摘されており、口腔内だけでなく全身へ影響を及ぼす疾患です。

歯周病検診事業を推進することで、歯の喪失を防ぐだけでなく、全身疾患の重症化予防、全身の健康の保持・増進に寄与します。

※フレイル：健康な状態と介護が必要な状態の間の状態を指します。フレイルになると、身体的機能や認知機能の低下が見られます。

●対象者

①がん検診：国民健康保険・後期高齢者医療制度・社会保険被扶養（20～30代）
生活保護

②歯周病検診：当該年度に40、50、60、70歳になる方

●現在までの事業結果

①がん検診

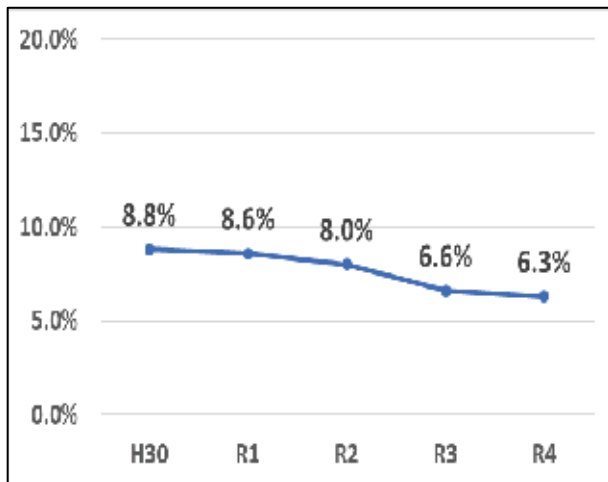
集団健診は市役所で行い、およそ月1～2回のペースで実施しました。R2年以降、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、受診率が低下しています。直近のR4年では、低下した受診率は概ね維持か微増となっています。感染予防対策を取りながら、集団健診を実施しました。個別健診は、市内外の個別医療機関と契約を結び、検診機関市内6か所、市外19か所を確保しました。

②歯周病検診

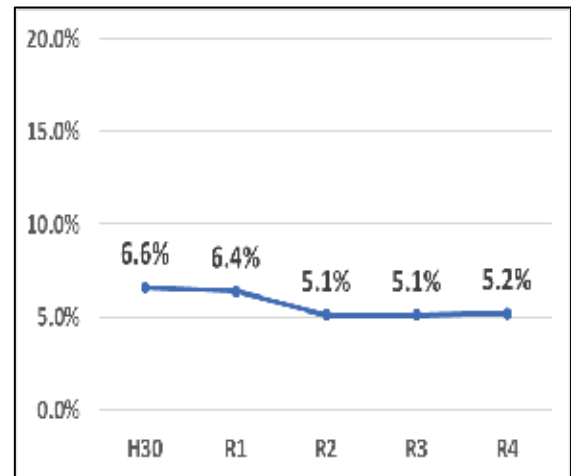
本市にある10医療機関と契約を結び、歯周病検診を実施しました。

図表 111 各種がん検診受診率

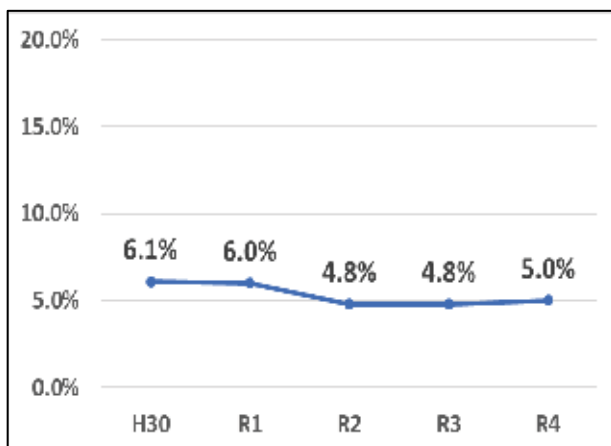
胃がん検診受診率



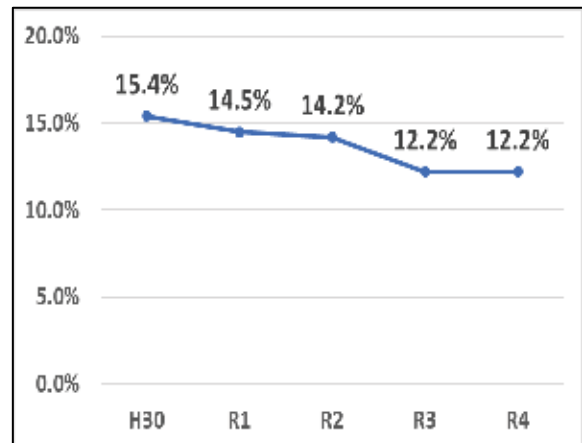
肺がん検診受診率



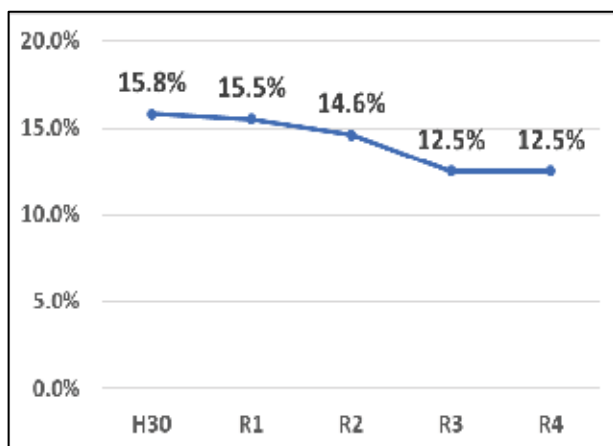
大腸がん検診受診率



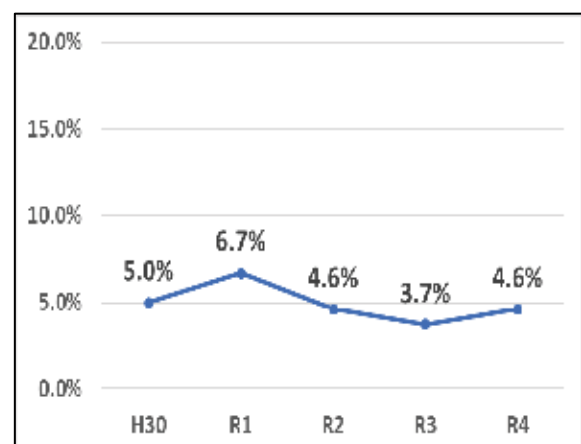
子宮頸がん検診受診率



乳がん検診受診率



歯周病検診受診率



出典：地域保健報告より算出

●今後の目標値

指標	評価指標 ◎管理目標	計画策定時 実績	目標値					
		R4 初期値	R6	R7	R8 中間	R9	R10	R11 最終
アウトカム (成果指標)	◎胃がん検診受診率	6.3%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトカム (成果指標)	◎肺がん	5.2%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトカム (成果指標)	◎大腸がん	5.0%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトカム (成果指標)	◎子宮頸がん	12.2%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトカム (成果指標)	◎乳がん	12.5%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトカム (成果指標)	◎歯周病健診	4.6%	増加	増加	増加	増加	増加	増加
アウトプット (成果指標)	集団検診・個別検診の実施	集団検診14回、 個別健診実施。	計画策定時規模で集団検診や個別検診を実施。個別医療機関で契約の受託可能な医療機関を増やす					

●目標を達成するための主な戦略

- ①受診券発送
- ②再勧奨通知発送
- ③「広報とみぐすく」に、がん検診案内チラシの折込
- ④本市公式 LINE の活用（検診受診勧奨、知識啓発、集団健診の日程・予約の案内）

●現在までの実施方法（プロセス）

- ①がん検診受診券・婦人がん検診無料クーポン・歯周病検診受診券の発送
年度初めの4～5月に発送し、未受診者への再勧奨通知は12月と2月に発送しました。
- ②がんの知識啓発と受診勧奨
がんのリーフレットとがん検診案内チラシを広報とみぐすくに折込み、全世帯へ配布しました。
- ③検診の実施
集団検診と個別検診で実施しました。集団検診は、平日・土日に実施しました。女性が受診しやすい環境づくりとして、婦人がんのみ受診できる日やレディース総合検診などの日程も設けました。

●今後の実施方法（プロセス）の改善案、目標

受診券や再勧奨通知の発送、広報とみぐすくへの案内チラシ折込などに加え、新たにLINEでの周知を行います。新たなルートでの周知啓発により、市民が情報を受け取る機会を増やし、受診者数の増加を目指します。

●評価計画

- ①受診券、再勧奨、広報とみぐすく折込等の通知をスケジュールに沿って発送しているか確認します。
- ②毎年受診率を算出し、増減の確認、評価を行います。



集団健診(市役所)の検診風景(胃がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん検診車両)

5. ポピュレーションアプローチ

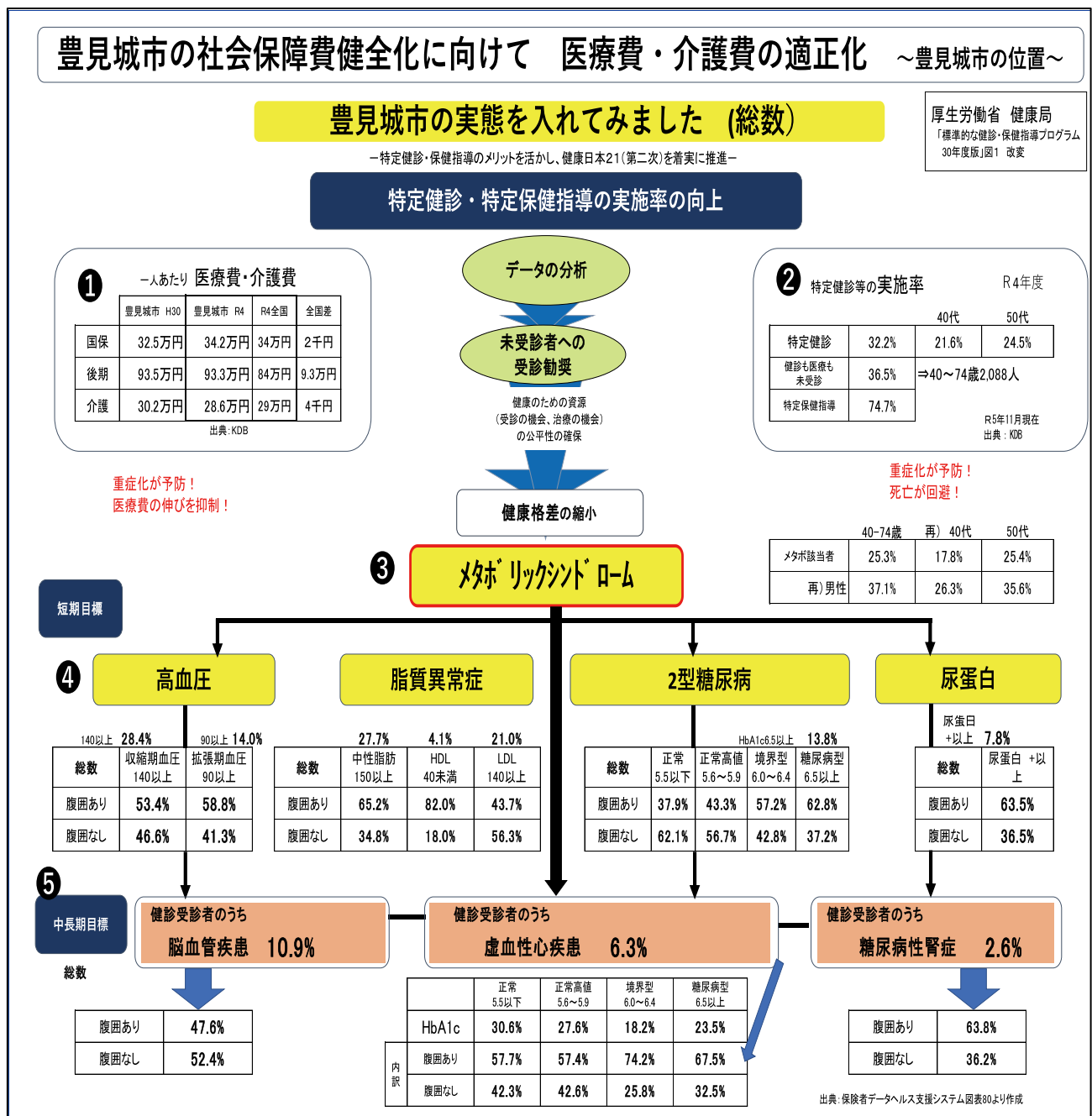
生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組みます。

生活習慣病の重症化により医療費や介護費等の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市民の健康実態と市民を取り巻く社会環境等について市民へ周知していきます。

また、各個別保健事業においても、ポピュレーションアプローチを取り入れます。

図表 112 をみると、医療費や介護費等の要因となっている脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病性腎症などに罹患している方は「腹囲あり」の有所見者の割合が高いという特徴があり、メタボの改善、生活改善が重要です。そのためには、特定健診の受診と特定保健指導の利用が大切です。

図表 112 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



④ 高血圧

	140以上	90以上
総数	28.4%	14.0%
収縮期血圧 140以上		
拡張期血圧 90以上		
腹囲あり	53.4%	58.8%
腹囲なし	46.6%	41.3%

脂質異常症

	中性脂肪 150以上	HDL 40未満	LDL 140以上
総数	27.7%	4.1%	21.0%
腹囲あり	65.2%	82.0%	43.7%
腹囲なし	34.8%	18.0%	56.3%

2型糖尿病

	HbA1c6.5以上
総数	13.8%
正常 5.5以下	
正常高値 5.6~5.9	
境界型 6.0~6.4	
糖尿病型 6.5以上	
腹囲あり	37.9%
腹囲なし	62.1%

尿蛋白

	尿蛋白 +以上
総数	7.8%
腹囲あり	63.5%
腹囲なし	36.5%

⑤ 中長期目標

健診受診者のうち **脳血管疾患 10.9%**

腹囲あり	47.6%
腹囲なし	52.4%

健診受診者のうち **虚血性心疾患 6.3%**

	正常 5.5以下	正常高値 5.6~5.9	境界型 6.0~6.4	糖尿病型 6.5以上
HbA1c	30.6%	27.6%	18.2%	23.5%
腹囲あり	57.7%	57.4%	74.2%	67.5%
腹囲なし	42.3%	42.6%	25.8%	32.5%

健診受診者のうち **糖尿病性腎症 2.6%**

腹囲あり	63.8%
腹囲なし	36.2%

図表 113 は糖尿病にかかる経済的な影響をみてみました。

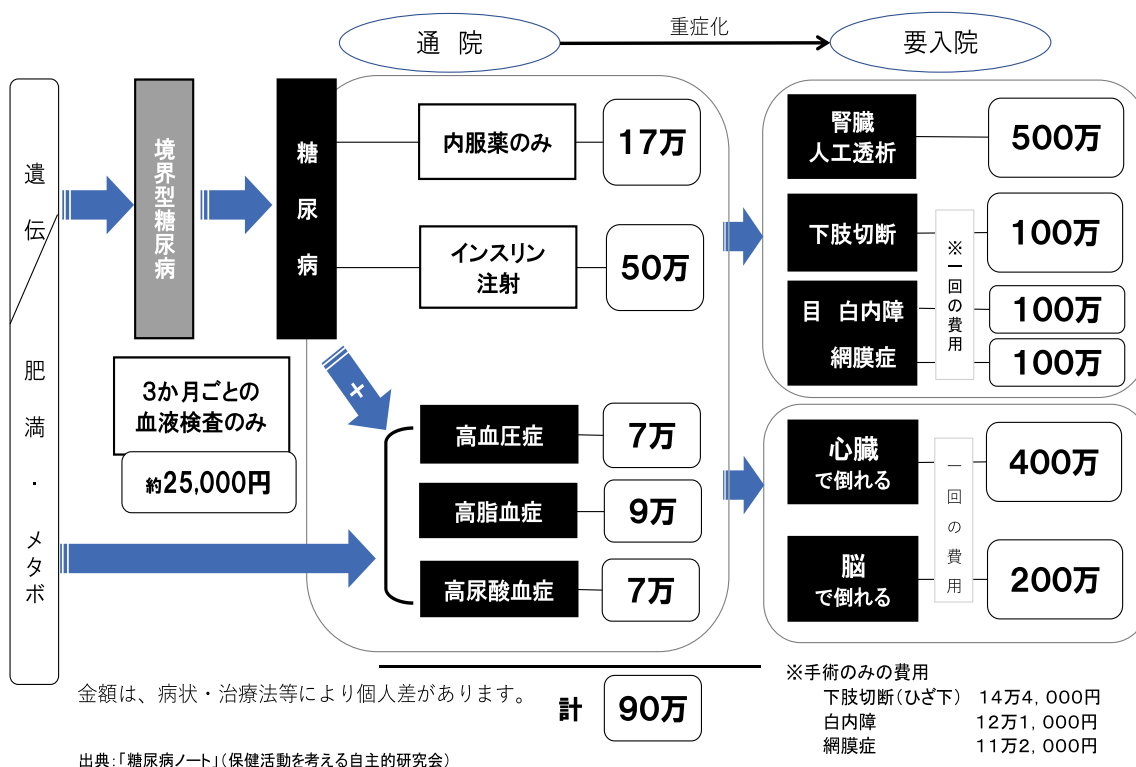
1年でかかる医療費は糖尿病以外にも、高血圧や脂質異常症、慢性腎臓病などの生活習慣病が重症化すると、脳・心臓・腎臓などの臓器障害がおり、入院や処置・手術など多額な医療費がかかります。例えば、人工透析は500万、心臓病は400万、脳血管疾患は200万等。

医療費の財源は市民（被保険者）の納める保険料や税金などの医療保険で賄われますが、医療費が増加することで、医療保険制度にも影響してきます。

図表 113

糖尿病・・・経済的な影響をみてみました

一年でかかる医療費はいくら？



生活はどうなるのだろうか？

重症化すると さまざまな負担が・・・

- ・長期通院・入院など医療費の負担
- ・体調不良・突然死の危険・生活不安
- ・体のマヒなど後遺症、寝たきり、介護負担
- ・仕事への影響、経済的負担

第4章

地域包括ケアシステムに係る取り組み

団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築と、自立生活を支え合う地域づくりの推進が求められています。本市では以下の取り組みを行っています。

①被保険者を支える連携の促進

- ・「地域ケア会議」（主催：障がい長寿課）において、介護や福祉、法律等の関係者が集まり、課題を抱える高齢者の効果的な支援や連携について協議を行います。
- ・「市内医療機関との連携会議」「健康づくり推進協議会」（主催：健康推進課）において医療機関、保健所等の関係者と健康課題の情報共有と保健・医療の連携体制を構築します。

②課題を抱える被保険者層の把握・分析

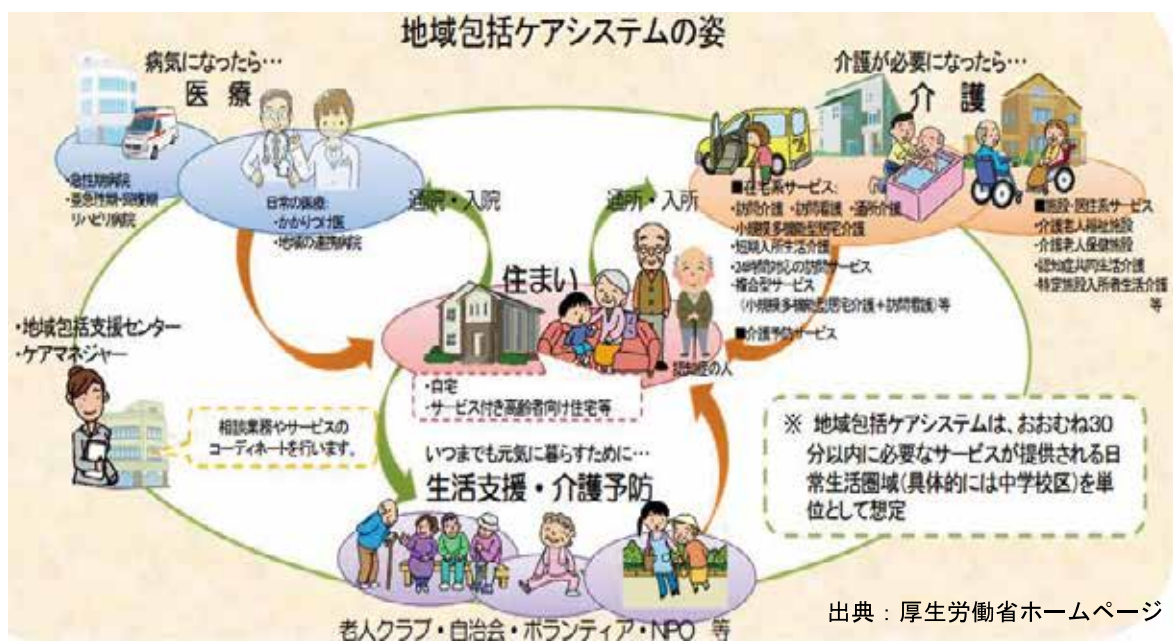
- ・健康推進課、国民健康保険課、障がい長寿課の三課で定期的に会議をもち健康課題や取り組みについて、情報共有や意見交換を行っています。
- ・KDBを活用した「健診・医療・介護の一体的分析」を行い、被保険者の年齢層ごとに健康課題の分析を行います。（詳細は※P47）
- ・介護・医療、市統計情報等のデータを分析し、被保険者を支えるための介護予防事業の企画と事業の実施をしています。
- ・高齢者の一体的事業においては、KDB等を利用し、健診結果の分析、ハイリスク群のターゲット層や地区分析を行い、事業計画に活用し、関係者を集めた実務者会議を開催し、健康課題の情報共有を定期的に行っています。

③地域で被保険者を支える事業の実施

- ・要介護認定者や認知症高齢者への支援として、運動教室、料理教室、パソコン教室、認知症初期集中支援事業、認知症カフェの開催等
- ・要支援1、2及び事業対象者に対する筋力向上トレーニング事業、訪問家事援助事業、介護予防通所介護、介護予防訪問介護「食」の自立支援事業等があります。
- ・保健師・看護師・管理栄養士等の専門職による、介護予防・フレイル予防を目的とした運動や栄養講話等の取り組み
- ・ハイリスク者や健康状態不明者に対する個別訪問等を行い、保健指導の実施と必要に応じ、福祉サービスや地域包括支援センター等を案内しています。

現在、単身の高齢者の増加や地域とのつながりが希薄な方、支援やサービスにアクセスできないまま、生活課題の課題が複合化・複雑化している方もみられます。

今後、世帯単位が小さくなりつつある中で、こうした課題は一層増加していくことが予想されます。こうしたニーズへの対応に向けて、高齢者の自立を支え、見守る体制づくりが必要です。地域包括ケアシステムは福祉や介護事業者だけでなく、様々な分野への展開も課題です。また、地域住民の理解とボランティア活動など住民主体の取り組みも地域でできるような支援も重要と考えます。



地域包括ケアシステムについては、「地域における保健師の保健活動に関する指針※」を参考に、高齢者の特性や個人の状況に応じた包括的な支援につなげるための医療・介護・保健・福祉・地域等の横断的な支援体制の整備について、取り組んでいきます。

※「地域における保健師の保健活動に関する指針」(厚生労働省健康局長通知 H25 年 4 月)

- ・保健活動の実施に当たって、訪問指導、健康相談、健康教育、その他の直接的な保健サービス等の提供、住民の主体的活動の支援、災害時支援、健康危機管理、関係機関とのネットワークづくり、包括的な保健、医療、福祉、介護等のシステムの構築等を実施できるような体制を整備すること。
- ・地区に分けて担当保健師を配置し、保健師がその担当地区に責任をもって活動する地区担当制の推進に努めること。また、各種保健医療福祉に係る計画(健康増進計画、がん対策推進計画、医療費適正化計画、特定健康診査等実施計画、母子保健計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画、医療計画等)の策定等に保健師が十分に関わることができるよう体制を整備すること。
- ・保健師はこの住民の健康問題の把握にとどまらず、地域特性を踏まえて集団に共通する地域の健康課題や地域保健関連施策を総合的に捉える視点を持って活動すること。また健康課題の解決に向けて住民や組織同士をつなぎ、自助及び共助など住民の主体的な行動を促進し、そのような住民主体の取り組みが地域において持続するよう支援すること。