

名護市国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)及び
第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月 名護市

目 次

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	1P
2 計画の位置付け	2P
3 計画期間	4P
4 関係者が果たすべき役割と連携	
1) 実施主体と関係部局の役割	4P
2) 外部有職者等の役割	4P
3) 被保険者の役割	5P
5 保険者努力支援制度	6P

第 2 章 第 1 期データヘルス計画に係る評価及び考察と 第 2 期データヘルス計画における健康課題の明確化

1 第 1 期計画に係る評価及び考察	
1) 1.全体の経年変化	7P
2.中長期目標の達成状況	7P
3.短期目標の達成状況	10P
2) 第 1 期に係わる考察	12P
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	13P
2) 健診受診者の実態	16P
3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロールの状況	17P
4) 未受診者の把握	18P
5) 目標の設定	19P

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	20P
2 目標値の設定	20P
3 対象者の見込み	20P
4 特定健診の実施	21P
5 特定保健指導の実施	23P

6 個人情報の保護	26P
7 結果の報告	26P
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	26P

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性	27P
II 重症化予防の取組	27P
1 糖尿病性腎症重症化予防	
1) 基本的な考え方	27P
2) 対象者の明確化	29P
3) 対象者の進捗管理	32P
4) 保健指導の実施	33P
5) 医療との連携	34P
6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	34P
7) 評価	34P
8) 実施機関及びスケジュール	35P
2 虚血性心疾患重症化予防	
1) 基本的な考え方	36P
2) 対象者の明確化	36P
3) 保健指導の実施	38P
4) 医療との連携	39P
5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	39P
6) 評価	39P
7) 実施期間及びスケジュール	40P
3 脳血管疾患重症化予防	
1) 基本的な考え方	41P
2) 対象者の明確化	42P
3) 保健指導の実施	44P
4) 医療との連携	45P
5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携	45P
6) 評価	46P
7) 実施期間及びスケジュール	46P
III ポピュレーションアプローチ	47～49P
IV その他の保健事業	49P

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	．．．．．50P
-------------------	----------

第 6 章 計画の評価・見直し

1 評価の時期	．．．．．52P
2 評価方法・体制	．．．．．52P

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	．．．．．54P
2 個人情報の取り扱い	．．．．．54P

参考資料	．．．．．55P～
------	-----------

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

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

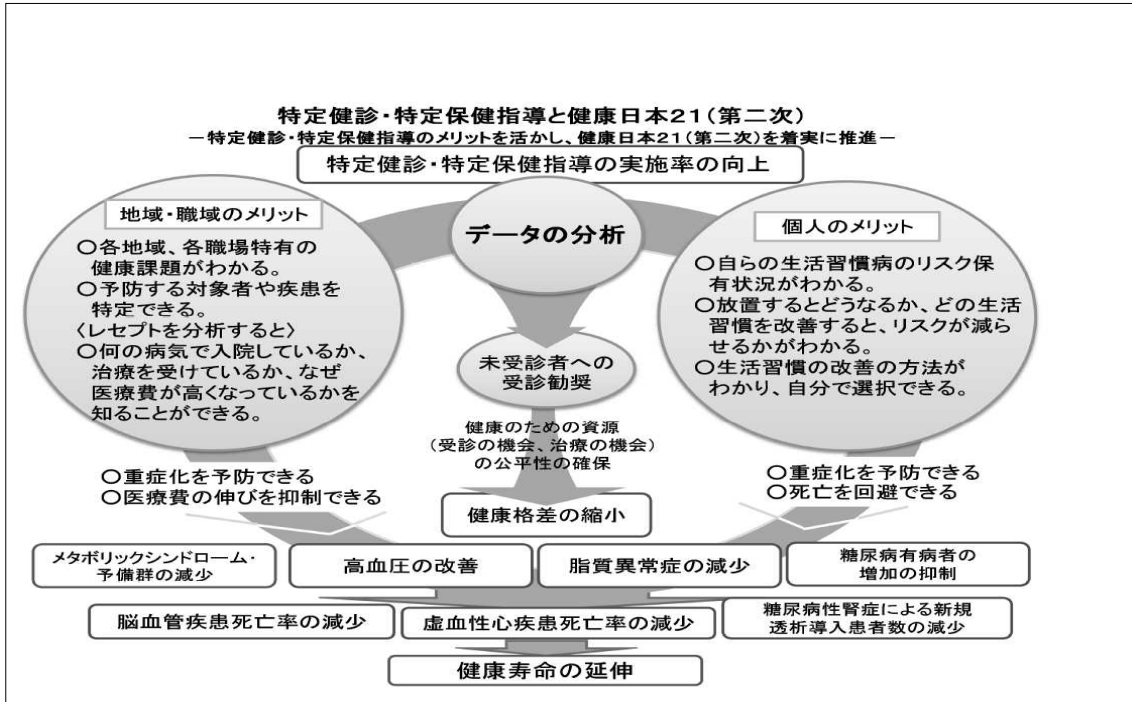
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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）

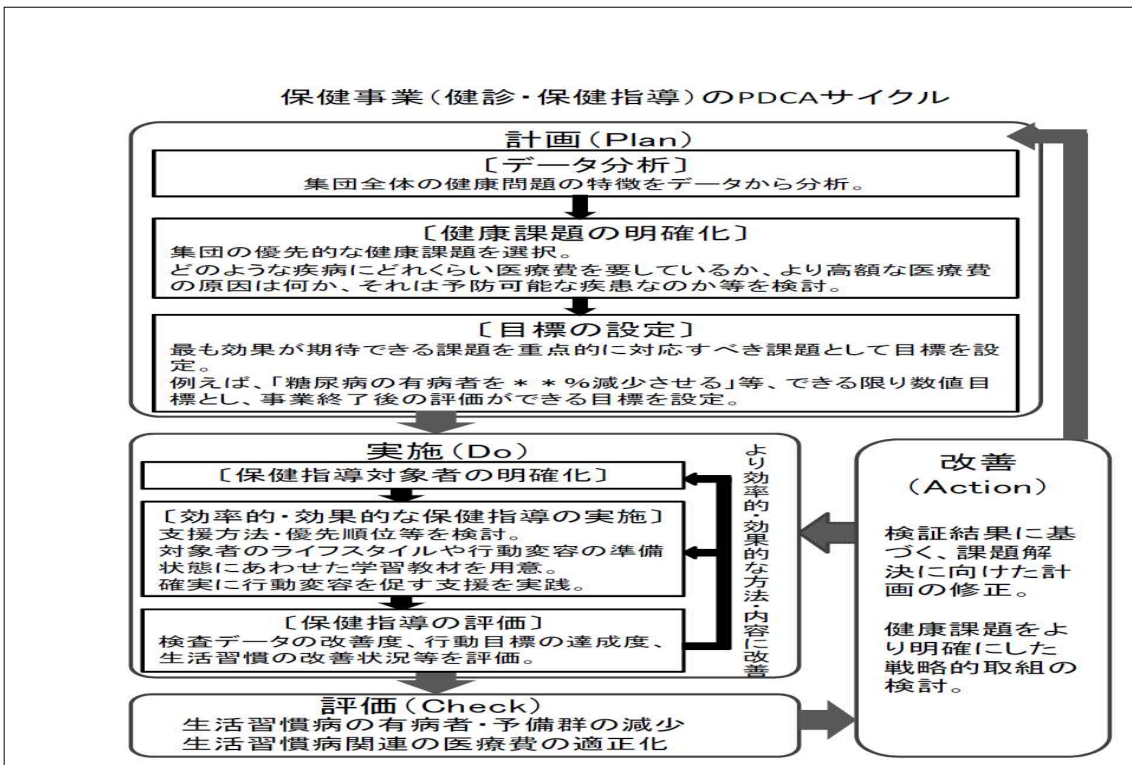
【図表1】

		健康増進法第21条とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法				
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進法基本実施方針）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 特定健康診査及び特定健康診査の適切な 実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 「国民健康保険法」に基づく保険事業の 実施に関する方針（一般改正）	厚生労働省 老健局 平成24年8月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 医療費適正化に関する指針 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成24年8月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第1次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第1次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や重症化予防 施策とともに、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、社会生活 機能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みたいことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 施策を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病 患者を減らすことができ、おこなう健康や命の損失を 軽減し、入院患者を減らすことなどで、ご高齢、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら、国民の健康の維持を 図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重症化や重症化 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重 点をおき、生活習慣を改善するための生活指導を必要とする ものとし、的確に抽出するために取り組んでいく。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取組みについて、医 療者がその支援の中心として、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び被保険者の財政負担軽減化が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護 状態または要支援状態となることへの予防又は、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。	国民生活の維持及び向上を促すこと、医療費 が適度に増加しないようにしていくとともに、良質 かつ適切な医療を効率的に提供するための確保を図 る。	医療機能の分化・連携を推進すること、 を通じて、地域において役割の異なる医療 の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、若年・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 える現在の若年層（若年世代）、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	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 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	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 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 初老の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病、腎臓病併発症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統認知症、痴呆症、認知症 後発脳卒中	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※95項目中 特定健診に関係する項目15項目 ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の発症率に減少 ② がん（悪性腫瘍）発症率に減少 ③ 生活習慣病の予防 ④ 生活習慣病の予防 ⑤ 生活習慣病の予防 ⑥ 特定健康診査受診率 ⑦ 特定健康診査受診率 ⑧ 特定健康診査受診率 ⑨ 特定健康診査受診率 ⑩ 特定健康診査受診率 ⑪ 特定健康診査受診率 ⑫ 特定健康診査受診率 ⑬ 特定健康診査受診率 ⑭ 特定健康診査受診率 ⑮ 特定健康診査受診率 ⑯ 特定健康診査受診率 ⑰ 特定健康診査受診率 ⑱ 特定健康診査受診率 ⑲ 特定健康診査受診率 ⑳ 特定健康診査受診率 ㉑ 特定健康診査受診率 ㉒ 特定健康診査受診率 ㉓ 特定健康診査受診率 ㉔ 特定健康診査受診率 ㉕ 特定健康診査受診率 ㉖ 特定健康診査受診率 ㉗ 特定健康診査受診率 ㉘ 特定健康診査受診率 ㉙ 特定健康診査受診率 ㉚ 特定健康診査受診率 ㉛ 特定健康診査受診率 ㉜ 特定健康診査受診率 ㉝ 特定健康診査受診率 ㉞ 特定健康診査受診率 ㉟ 特定健康診査受診率 ㊱ 特定健康診査受診率 ㊲ 特定健康診査受診率 ㊳ 特定健康診査受診率 ㊴ 特定健康診査受診率 ㊵ 特定健康診査受診率 ㊶ 特定健康診査受診率 ㊷ 特定健康診査受診率 ㊸ 特定健康診査受診率 ㊹ 特定健康診査受診率 ㊺ 特定健康診査受診率 ㊻ 特定健康診査受診率 ㊼ 特定健康診査受診率 ㊽ 特定健康診査受診率 ㊾ 特定健康診査受診率 ㊿ 特定健康診査受診率	① 特定健康診査受診率 ② 特定健康診査受診率 ③ 特定健康診査受診率 ④ 特定健康診査受診率 ⑤ 特定健康診査受診率 ⑥ 特定健康診査受診率 ⑦ 特定健康診査受診率 ⑧ 特定健康診査受診率 ⑨ 特定健康診査受診率 ⑩ 特定健康診査受診率 ⑪ 特定健康診査受診率 ⑫ 特定健康診査受診率 ⑬ 特定健康診査受診率 ⑭ 特定健康診査受診率 ⑮ 特定健康診査受診率 ⑯ 特定健康診査受診率 ⑰ 特定健康診査受診率 ⑱ 特定健康診査受診率 ⑲ 特定健康診査受診率 ⑳ 特定健康診査受診率 ㉑ 特定健康診査受診率 ㉒ 特定健康診査受診率 ㉓ 特定健康診査受診率 ㉔ 特定健康診査受診率 ㉕ 特定健康診査受診率 ㉖ 特定健康診査受診率 ㉗ 特定健康診査受診率 ㉘ 特定健康診査受診率 ㉙ 特定健康診査受診率 ㉚ 特定健康診査受診率 ㉛ 特定健康診査受診率 ㉜ 特定健康診査受診率 ㉝ 特定健康診査受診率 ㉞ 特定健康診査受診率 ㉟ 特定健康診査受診率 ㊱ 特定健康診査受診率 ㊲ 特定健康診査受診率 ㊳ 特定健康診査受診率 ㊴ 特定健康診査受診率 ㊵ 特定健康診査受診率 ㊶ 特定健康診査受診率 ㊷ 特定健康診査受診率 ㊸ 特定健康診査受診率 ㊹ 特定健康診査受診率 ㊺ 特定健康診査受診率 ㊻ 特定健康診査受診率 ㊼ 特定健康診査受診率 ㊽ 特定健康診査受診率 ㊾ 特定健康診査受診率 ㊿ 特定健康診査受診率	健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 ① 生活習慣の状況（特定健診の受診率等） ② 食生活 ③ 日常生活における歩数 ④ アルコー ール摂取量 ⑤ 喫煙 ⑥ 糖尿病等の受診率 ⑦ 特定健康診査 ⑧ 特定健康診査受診率 ⑨ 特定健康診査受診率 ⑩ 特定健康診査受診率 ⑪ 特定健康診査受診率 ⑫ 特定健康診査受診率 ⑬ 特定健康診査受診率 ⑭ 特定健康診査受診率 ⑮ 特定健康診査受診率 ⑯ 特定健康診査受診率 ⑰ 特定健康診査受診率 ⑱ 特定健康診査受診率 ⑲ 特定健康診査受診率 ⑳ 特定健康診査受診率 ㉑ 特定健康診査受診率 ㉒ 特定健康診査受診率 ㉓ 特定健康診査受診率 ㉔ 特定健康診査受診率 ㉕ 特定健康診査受診率 ㉖ 特定健康診査受診率 ㉗ 特定健康診査受診率 ㉘ 特定健康診査受診率 ㉙ 特定健康診査受診率 ㉚ 特定健康診査受診率 ㉛ 特定健康診査受診率 ㉜ 特定健康診査受診率 ㉝ 特定健康診査受診率 ㉞ 特定健康診査受診率 ㉟ 特定健康診査受診率 ㊱ 特定健康診査受診率 ㊲ 特定健康診査受診率 ㊳ 特定健康診査受診率 ㊴ 特定健康診査受診率 ㊵ 特定健康診査受診率 ㊶ 特定健康診査受診率 ㊷ 特定健康診査受診率 ㊸ 特定健康診査受診率 ㊹ 特定健康診査受診率 ㊺ 特定健康診査受診率 ㊻ 特定健康診査受診率 ㊼ 特定健康診査受診率 ㊽ 特定健康診査受診率 ㊾ 特定健康診査受診率 ㊿ 特定健康診査受診率	① 地域における自立した日常生活の支援 ② 要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③ 介護給付費の適正化	① 医療費適正化の取組 外資 ② 一人あたり外資医療費の地域差の縮減 ③ 特定健康診査・特定健康診査の実施率の向上 ④ 特定健康診査・特定健康診査の減少 ⑤ 糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	① 5疾病・5事業 ② 在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて設定）
その他		保健事業支援（評議委員会（事務局、国保連合会）による計画作成支援	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度制度区分】を継続し、保険料率決定		被保険者協議会（事務局、国保連合会）を通じて、被保険者との連携	

【図表 2】



【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

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) 実施主体と関係部局の役割

本市においては、国民健康保険課及び健康増進課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康増進課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、介護保険部局（介護長寿課）企画部局（企画情報課）、生活保護部局（生活支援課）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、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行う為には、

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。

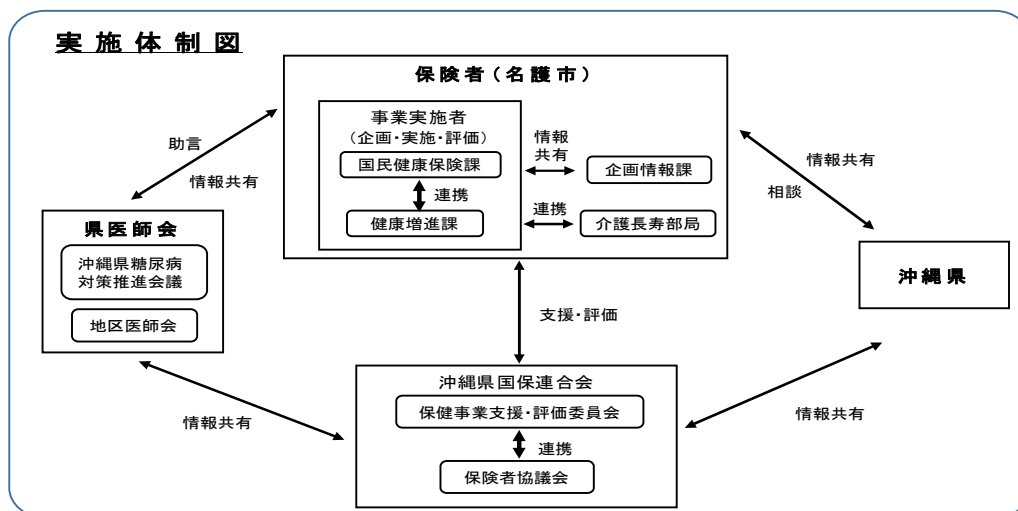
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

本市においては、国民健康保険課に保健師等の専門職が配置されていない為、国民健康保険課と連携を図りながら健康増進課の保健師等が本計画に沿った事業を展開することとする。

【図表4】



部署	職位	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	
市役所	保健分野	課長	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	
		係長	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
		主査	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
		保健師	8	5	5	5	6	6	6	5	6	7	9	8	0	0	0	13	12	11	12
	成人保健	課長	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	0	0	0	0
		係長	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
		主査	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	6	0	0	0	0
		保健師	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	6	0	0	0	0
	母子保健	課長	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	0	0	0	0	0
		係長	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	0	0	0	0
		主査	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
		保健師	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	6	0	0	0	0
	小計	8	6	6	6	7	7	7	6	7	8	10	10	13	13	15	15	15	14	15	
	※一人当たりの受け持ち地区数	6~7	9~10	9~10	9~10	7~8	7~8	7~8	9~10	7~8	7~8	6~7	6~7	14~15	11	9~10	4~5	4~5	4~5	4~5	
	介護保険	小計	0	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	
障害福祉	小計	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0		
国保分野	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0		
児童福祉	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1		
人事行政	小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	1	1	1		
合計		8	8	8	8	10	10	10	10	11	12	14	14	17	19	21	21	20	20		
職位別 人数(再掲)	部長	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1		
	課長	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	1	1	1		
	主幹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
	係長	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2		
	主査	0	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2		
職員	8	6	6	6	8	8	8	7	7	8	10	9	11	13	15	15	14	13			
合計	8	8	8	8	10	10	10	10	11	12	14	14	17	19	21	21	20	20			

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 配点		H29 配点		H30 配点	
		名護市	加点	名護市	加点	名護市	加点
交付額(万円)		853					
全国順位(1,741市町村中)		900					
共通指標	① 特定健診受診率	0	20		35		50
	特定保健指導実施率	15	20		35		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20		35		50
	② がん検診受診率	0	10		20		30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	10		15		25
	③ 糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	40		70		100
	④ 個人へのわかりやすい情報提供	20	20		45		25
	個人インセンティブ提供	0	20		15		70
	⑤ 重複服薬者に対する取組	0	10		25		35
	⑥ 後発医薬品の促進	7	15		25		35
	後発医薬品の使用割合	15	15		30		40
	国保固有指標	① 収納率向上に関する取組実施状況	0	40		70	
② データヘルス計画の取組		10	10		30		40
③ 医療費通知の取組の実施状況		10	10		15		25
④ 地域包括ケアの推進の取組の実施状況		0	5		15		25
⑤ 第三者求償の取組の実施状況		10	10		30		40
⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況							50
体制構築加点(A)		70	70	70	70	60	60
総得点	体制構築加点含まず(B)	127	275		510		790
	体制構築加点含む(C)=(A)+(B)	197	345		580		850

第 2 章

第 1 期データヘルス計画に係わる評価及び考察と
第 2 期データヘルス計画における健康課題の明確化

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していた。死因別にみると心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は減少、腎不全による死亡割合は増加しており、特に、腎不全による死亡は1.7倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定者の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費のうち、入院費用の割合は増加しているが、入院外費用が減少していることがわかった。糖尿病・高血圧・脂質異常症の3疾患の医療費は国と比較すると低い状況にあることから、重症化して医療につながる状況が続いており、健診後の適正な医療機関受診行動につなげる対策を引き続き行っていく必要がある。それと合わせて、特定健診受診率は微増しているものの同規模に比べると伸び率が低く、国の示す目標60%には達成できない状況となっている。医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

平成25年度と平成28年度の比較から、名護市の介護給付費は2億2,923万円増加しているが、1件当たりの給付費は892円減少している。また、施設サービス利用は2,860円減少し、居宅サービス利用は236円増加している。同規模平均との比較では、施設サービス利用は同等であるが、1件当たりの給付費と居宅サービス利用費は高い状況であった。ゆえに、介護認定者の増加、その要因にはどのような背景があるのか検証していく必要がある。今後も高齢化に伴い、介護を必要とする対象が増える見込みがあり、重症化予防に取り組み生活習慣病由来の介護認定者を増加させないことが重要となる。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	名護市				同規模平均		
	介護給付費	1件当たり 給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費 (全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	36億8937万円	69,886円	47,053円	287,362円	63,212円	40,782円	284,377円
H28年度	↑ 39億1860万円	↓ 68,994円	↑ 47,289円	↓ 284,502円	61,245円	40,247円	278,147円

②医療費の状況（図表 7）

本市の総医療費は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると 2,533 万円増加しており、入院では 1 億 5,167 万円増加(伸び率 6.0)、入院外では 1 億 2,633 万円減少(伸び率△4.43)となっている。同規模の一人当たり医療費の伸び率は入院、入院外ともに上昇しているが総医療費は減少している。本市の入院外の伸び率は同規模と比べ減少しているのに対し、入院は同規模よりも高くなっている。

このことから、普段医療機関へかからず、重症化して医療機関へ受診する市民の行動があらわれていると考えられる。重症化する前に適切な受診をすることが優先課題である。

【図表 7】

医療費の変化

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	
			名護市	同規模			名護市	同規模			名護市	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	53億8,159万			25億2,767万				28億5,391万			
	H28年度	54億692万	2,533万	0.47	△2.3	26億7,934万	1億5,167万	6.0	△2.54	27億2,758万	△1億2,633万	△4.43
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	21,900			10,290				11,610			
	H28年度	24,110	2,210	10.0	9.0	11,950	1,660	16.1	8.8	12,160	550	4.7

※KDB一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)

短期目標疾患である糖尿病の医療費割合は増加しているが、高血圧や脂質異常症は低下しており治療の必要な者が医療の中断をしていないか確認が必要である。

短期目標疾患の医療費の割合は国と比較すると低く、中長期目標疾患の割合は高い。これは短期目標疾患の治療が適切につながらず、重症化してから医療につながるケースが多いと考えられる。重症化する前に保健指導を重点的に行う等の対策が必要である。

【図表 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年度と平成28年度との比較)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
		金額	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症							
			同規模	県内							慢性腎不全(透析有)					慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血
H25	名護市	5,381,590,100円	21,902円	186位	12位	8.40%	0.33%	3.08%	2.80%	3.81%	5.05%	2.10%	1,376,181,610円	25.57%	7.10%	18.14%	7.35%
H28		5,406,925,350円	24,110円	179位	14位	8.08%	0.24%	2.78%	2.72%	↑3.83%	3.58%	2.01%	1,256,476,720円	23.24%	↑8.90%	15.99%	6.52%
H28	沖縄県	120,484,405,470円	22,111円	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510円	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190円	24,245円	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310円	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標疾患の占める割合は、脳血管疾患の割合が一番高く、次いで虚血性心疾患、人工透析となっている。平成 25 年と平成 28 年度の割合を比較しても大きな改善はみられない。長期的な目標疾患のいずれの疾患においても高血圧を併せ持つ人の割合が約 7 割以上と多い。その他にも糖尿病を合わせ持つものが 3 割、脂質異常症を併せ持つものは 5 割を超えている。

中長期的な目標疾患の予防のため、短期的な目標疾患の高血圧を中心に 3 疾患の重なりを持つものを適正な医療受診につなげることや生活習慣の改善によりコントロール良好な状態へつなげていく事が必要である。

【図表 9】

厚生労働省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		↓糖尿病		↑脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	20,754	493	2.4%	172	34.9%	44	8.9%	425	86.2%	245	49.7%	369	74.8%	
	64歳以下	16,821	198	1.2%	55	27.8%	26	13.1%	165	83.3%	103	52.0%	145	73.2%	
	65歳以上	3,933	295	7.5%	117	39.7%	18	6.1%	260	88.1%	142	48.1%	224	75.9%	
H28	全体	19,140	477	↑2.5%	141	29.6%	35	7.3%	421	↑88.3%	226	↓47.4%	367	↑76.9%	
	64歳以下	14,610	156	1.1%	39	25.0%	18	11.5%	137	87.8%	72	46.2%	120	76.9%	
	65歳以上	4,530	321	7.1%	102	31.8%	17	5.3%	284	88.5%	154	48.0%	247	76.9%	

厚生労働省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		↓糖尿病		↑脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	20,754	939	4.5%	172	18.3%	31	3.3%	719	76.6%	286	30.5%	552	58.8%	
	64歳以下	16,821	328	1.9%	55	16.8%	19	5.8%	257	78.4%	105	32.0%	193	58.8%	
	65歳以上	3,933	611	15.5%	117	19.1%	12	2.0%	462	75.6%	181	29.6%	359	58.8%	
H28	全体	19,140	817	↓4.3%	141	17.3%	28	3.4%	611	↓74.8%	226	↓27.7%	503	↑61.6%	
	64歳以下	14,610	274	1.9%	39	14.2%	15	5.5%	197	71.9%	68	24.8%	157	57.3%	
	65歳以上	4,530	543	12.0%	102	18.8%	13	2.4%	414	76.2%	158	29.1%	346	63.7%	

厚生労働省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		↓糖尿病		脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	20,754	86	0.4%	31	36.0%	44	51.2%	80	93.0%	41	47.7%	39	45.3%	
	64歳以下	16,821	56	0.3%	19	33.9%	26	46.4%	54	96.4%	25	44.6%	↑25	44.6%	
	65歳以上	3,933	30	0.8%	12	40.0%	18	60.0%	26	86.7%	16	53.3%	14	46.7%	
H28	全体	19,140	77	→0.4%	28	36.4%	35	45.5%	72	↑93.5%	31	↓40.3%	39	↑50.6%	
	64歳以下	14,610	47	0.3%	15	31.9%	18	38.3%	43	91.5%	16	34.0%	22	46.8%	
	65歳以上	4,530	30	0.7%	13	43.3%	17	56.7%	29	96.7%	15	50.0%	17	56.7%	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

生活習慣病である糖尿病、高血圧、脂質異常症を減少させることで、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の発症を抑制できる。平成25年度から平成28年度を比較すると、名護市は虚血性心疾患が増加傾向にあるため、単独要因となる脂質異常症に糖尿病、高血圧も併せて、継続して生活習慣予防や適正な医療受診に繋げていく必要がある。

【図表10】

厚生労働省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標						
		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		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,754	1,262	6.1%	156	12.4%	922	73.1%	792	62.8%	245	19.4%	286	22.7%	41	3.2%	69	5.5%
	64歳以下	16,821	632	3.8%	92	14.6%	434	68.7%	368	58.2%	103	16.3%	105	16.6%	25	4.0%	32	5.1%
	65歳以上	3,933	630	16.0%	64	10.2%	488	77.5%	424	67.3%	142	22.5%	181	28.7%	16	2.5%	37	5.9%
H28	全体	19,140	1,158	→6.1%	140	12.1%	855	73.8%	759	65.5%	226	↑19.5%	226	19.5%	31	↓2.7%	73	↑6.3%
	64歳以下	14,610	502	3.4%	63	12.5%	324	64.5%	299	59.6%	72	14.3%	68	13.5%	16	3.2%	29	5.8%
	65歳以上	4,530	656	14.5%	77	11.7%	531	80.9%	460	70.1%	154	23.5%	158	24.1%	15	2.3%	44	6.7%

厚生労働省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標				
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,754	3,058	14.7%	922	30.2%	1,637	53.5%	425	13.9%	719	23.5%	80	2.6%
	64歳以下	16,821	1,531	9.1%	434	28.3%	741	48.4%	165	10.8%	257	16.8%	54	3.5%
	65歳以上	3,933	1,527	38.8%	488	32.0%	896	58.7%	260	17.0%	462	30.3%	26	1.7%
H28	全体	19,140	2,795	↓14.6%	855	30.6%	1,552	55.5%	421	↑15.1%	611	21.9%	72	2.6%
	64歳以下	14,610	1,215	8.3%	324	26.7%	598	49.2%	137	11.3%	197	16.2%	43	3.5%
	65歳以上	4,530	1,580	34.9%	531	33.6%	954	60.4%	284	18.0%	414	26.2%	29	1.8%

厚生労働省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標				
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	20,754	2,247	10.8%	792	35.2%	1,637	72.9%	369	16.4%	552	24.6%	39	1.7%
	64歳以下	16,821	1,093	6.5%	368	33.7%	741	67.8%	145	13.3%	193	17.7%	25	2.3%
	65歳以上	3,933	1,154	29.3%	424	36.7%	896	77.6%	224	19.4%	359	31.1%	14	1.2%
H28	全体	19,140	2,142	↑11.2%	759	35.4%	1,552	72.5%	367	↑17.1%	503	23.5%	39	1.8%
	64歳以下	14,610	908	6.2%	299	32.9%	598	65.9%	120	13.2%	157	17.3%	22	2.4%
	65歳以上	4,530	1,234	27.2%	460	37.3%	954	77.3%	247	20.0%	346	28.0%	17	1.4%

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

平成 25 年度と平成 28 年度の健診結果を比較すると男性では、拡張期血圧は 2.4% 減少したものの、それ以外の項目では割合が増加している。女性においても中性脂肪・LDL コレステロール・クレアチニンの有所見者は若干減少したものの、それ以外の項目では割合は増加している。メタボリックシンドローム予備群について、男性は 1.5% 減少したが、メタボリックシンドローム該当者は 4%増加している。女性については、メタボリックシンドローム予備群は 2.1%増加、該当者は 0.5%減少している。メタボリックシンドローム該当者の中で 3 項目すべて該当する人の割合が男性は増加、女性は減少している。

40～64 歳の男性では、中性脂肪や GPT の有所見者が 65～74 歳までの人の割合よりも高い傾向にあり、特に若い男性の生活習慣改善への取り組みの強化が必要である。

【図表 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

性別	年齢	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
男性	合計	929	46.2	1,246	61.9	661	32.8	417	20.7	139	6.9	518	25.7	1,300	64.6	527	26.2	915	45.5	474	23.5	1,003	49.8	40	2.0
	H25 40-64歳	466	45.7	605	59.3	375	36.8	269	26.4	68	6.7	215	21.1	618	60.6	305	29.9	447	43.8	292	28.6	547	53.6	15	1.5
	65-74歳	463	46.6	641	64.6	286	28.8	148	14.9	71	7.2	303	30.5	682	68.7	222	22.4	468	47.1	182	18.3	456	45.9	25	2.5
女性	合計	954	47.2	1,316	65.1	683	33.8	502	24.8	155	7.7	591	29.2	1,435	70.9	575	28.4	968	47.8	426	21.1	1,038	51.3	61	3.0
	H28 40-64歳	451	46.7	607	62.9	378	39.2	313	32.4	81	8.4	239	24.8	643	66.6	274	28.4	409	42.4	251	26.0	531	55.0	12	1.2
	65-74歳	503	47.5	709	67.0	305	28.8	189	17.9	74	7.0	352	33.3	792	74.9	301	28.4	559	52.8	175	16.5	507	47.9	49	4.6

性別	年齢	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
女性	合計	783	36.3	634	29.4	466	21.6	256	11.9	39	1.8	301	14.0	1,446	67.1	78	3.6	773	35.9	253	11.7	1,248	57.9	13	0.6
	H25 40-64歳	362	32.2	277	24.6	239	21.2	140	12.4	18	1.6	131	11.6	677	60.2	33	2.9	346	30.8	161	14.3	655	58.2	3	0.3
	65-74歳	421	40.8	357	34.6	227	22.0	116	11.3	21	2.0	170	16.5	769	74.6	45	4.4	427	41.4	92	8.9	593	57.5	10	1.0
女性	合計	768	36.6	639	30.4	432	20.6	261	12.4	43	2.0	360	17.2	1,496	71.3	114	5.4	816	38.9	289	13.8	1,213	57.8	10	0.5
	H28 40-64歳	305	34.5	230	26.0	172	19.5	129	14.6	15	1.7	118	13.3	548	62.0	38	4.3	277	31.3	150	17.0	505	57.1	2	0.2
	65-74歳	463	38.1	409	33.7	260	21.4	132	10.9	28	2.3	242	19.9	948	78.0	76	6.3	539	44.4	139	11.4	708	58.3	8	0.7

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	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		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		
男性	合計	2,013	33.4	142	7.1%	465	23.1%	30	1.5%	317	15.7%	118	5.9%	639	31.7%	107	5.3%	44	2.2%	292	14.5%	196	9.7%
	H25 40-64歳	1,020	25.3	86	8.4%	242	23.7%	14	1.4%	146	14.3%	82	8.0%	277	27.2%	43	4.2%	19	1.9%	135	13.2%	80	7.8%
	65-74歳	993	49.6	56	5.6%	223	22.5%	16	1.6%	171	17.2%	36	3.6%	362	36.5%	64	6.4%	25	2.5%	157	15.8%	116	11.7%
女性	合計	2,023	36.1	157	7.8%	436	21.6%	36	1.8%	303	15.0%	97	4.8%	723	35.7%	107	5.3%	44	2.2%	339	16.8%	233	11.5%
	H28 40-64歳	965	28.4	90	9.3%	209	21.7%	24	2.5%	117	12.1%	68	7.0%	308	31.9%	26	2.7%	30	3.1%	172	17.8%	80	8.3%
	65-74歳	1,058	47.8	67	6.3%	227	21.5%	12	1.1%	186	17.6%	29	2.7%	415	39.2%	81	7.7%	14	1.3%	167	15.8%	153	14.5%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		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				
女性	合計	2,156	40.8	104	4.8%	197	9.1%	11	0.5%	119	5.5%	67	3.1%	333	15.4%	39	1.8%	19	0.9%	156	7.2%	119	5.5%
	H25 40-64歳	1,125	34.0	60	5.3%	89	7.9%	5	0.4%	51	4.5%	33	2.9%	128	11.4%	15	1.3%	9	0.8%	57	5.1%	47	4.2%
	65-74歳	1,031	52.3	44	4.3%	108	10.5%	6	0.6%	68	6.6%	34	3.3%	205	19.9%	24	2.3%	10	1.0%	99	9.6%	72	7.0%
女性	合計	2,099	41.8	91	4.3%	236	11.2%	13	0.6%	156	7.4%	67	3.2%	312	14.9%	45	2.1%	17	0.8%	147	7.0%	103	4.9%
	H28 40-64歳	884	31.8	46	5.2%	104	11.8%	9	1.0%	67	7.6%	28	3.2%	80	9.0%	12	1.4%	10	1.1%	39	4.4%	19	2.1%
	65-74歳	1,215	54.3	45	3.7%	132	10.9%	4	0.3%	89	7.3%	39	3.2%	232	19.1%	33	2.7%	7	0.6%	108	8.9%	84	6.9%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

名護市の特定健診受診率は平成 25 年度よりも平成 28 年度で 39.4%と高くなっているが、国が定める目標値の 60%にはまだ至っておらず、同規模内の順位では下がっている。特定保健指導率は減少しているものの、受診勧奨者の医療機関受診率は上昇している。引き続き、特定健診受診率及び特定保健指導率も目標値(60%)を目指しつつ、受診勧奨者の受診率を高めたい。

【図表 12】

表18)特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.3、No.1

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	修了者数	実施率	医療機関受診率	
								名護市	同規模平均
H25年度	11,294	4,167	36.9%	118位	738	414	56.1%	50.0%	46.6%
H28年度	10,511	4,138	↑ 39.4%	↓ 159位	676	370	↓ 54.7%	↑ 53.6%	51.6%

2) 第 1 期に係る考察

中長期目標疾患である 3 疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）ともに減少または横ばいと改善傾向がみられ医療費適正化効果が得られたと考えられる。このことから今後も保健事業等を含めた評価検証を継続して行い医療費適正化に努めていきたい。しかし、3 疾患とも国と比較すると医療費は高い状況にあり、入院医療費よりも入院外医療費が低いことから症状が悪化してから受診する人が多い状況が続いていると考える。そのため、各健診データにおいて有所見値があった者に対して早期に適切な医療受診を促し、悪化・重症化を防ぐ必要がある。

健診データでは、男性の有所見率が全体的に悪化傾向にあり、メタボリックシンドローム該当者が増加している。この要因として時間の遅い夕食や夕食をメインとした過剰摂取、多量飲酒など生活習慣を起因とした生活背景が関係していると考えられる。

一方、女性は腹囲や食事に影響を受ける中性脂肪の有所見者が減少し、メタボリックシンドローム該当者（特に脂質異常症の重なり）が減少した。しかし、高血糖、高血圧の者は増加していることから肥満や運動不足等による血管内皮障害が増大していると考えられる。

そのため、一年に 1 回は必ず健診を受けるよう促し、適切な生活習慣（食事摂取量や運動、飲酒量等）について個々人が正しく理解出来るよう個別に合わせた保健指導を継続して実施していく必要がある。また、地域的に親戚や友人、伝統行事などの集まりが多いためすべての住民が適切な生活習慣を理解し実践出来るようポピュレーションアプローチも並行して行っていきたい。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

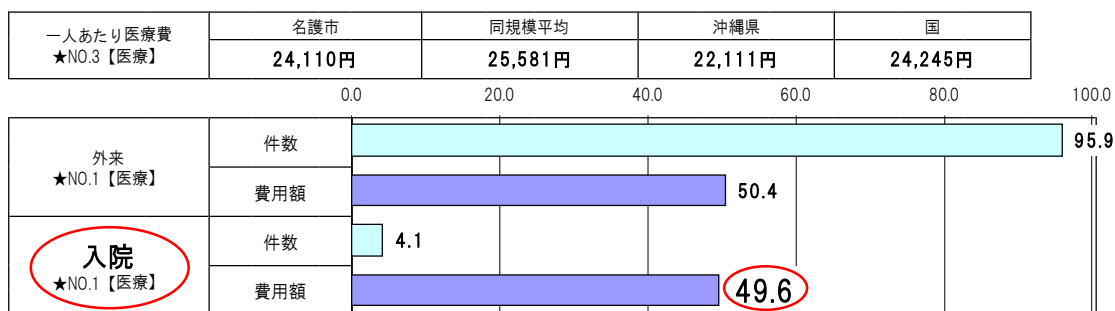
本市の一人あたり医療費は、24,110円で同規模平均、国より低いが県より高くなっている。入院はわずか4.1%の件数で費用額全体の約50%を占めている。重症化予防に取り組むことは、入院を減らすことにもつながり、費用対効果の面からも効率がよいと考える。

「集団の疾患特徴の把握」 ※平成28年度

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 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

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

医療費が高額になっている疾患、長期に入院することによって、医療費の負担が増大している疾患、また長期化する疾患について分析する。

- ①ひと月 200 万円以上の高額になる疾患を分析すると、1 位が虚血性心疾患で全体の 13.2% を占める。重なりは、高血圧が 88.3%で、脂質異常症 76.9%、糖尿病が 47.4%となっており、メタボの多い名護市においては、3 つの疾患の重なりの対象者を明確にすることが重要である。特に図表 11 からメタボ該当者のうち 3 項目全て該当する男性が平成 28 年度は 233 人と増加しており、その方たちを優先して保健指導していく。
- ②6 か月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が高く全体の 15.2%の人数で 16.5%の費用額を占めている。
- ③人工透析は 1 人当たりの年間医療費がおよそ 500~600 万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられない。透析者の 45.5%は虚血性心疾患を合併しており、さらに医療費を増大させる原因となっている。また 40.3%が糖尿病性であり糖尿病の重症者を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか ※平成 28 年度

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	虚血性心疾患	脳血管疾患	糖尿病性腎症		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	91人	12人 13.2%	3人 3.3%	-	
		件数	101件	12件 11.9%	3件 3.0%	-	
			年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	-
				40代	0 0.0%	0 0.0%	-
				50代	5 41.7%	0 0.0%	-
				60代	5 41.7%	3 100%	-
70-74歳	2 16.7%	0 0.0%	-				
費用額	3億2013万円	5848万円 18.3%	958万円 3.0%	-			
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	178人	17人 9.6%	27人 15.2%	-	
		件数	1,654件	151件 9.1%	194件 11.7%	-	
		費用額	8億3342万円	1億1119万円 13.3%	1億3791万円 16.5%	-	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	H28.5 診療分	人数	77人	35人 45.5%	28人 36.4%	31人 40.3%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	件数	1,036件	449件 43.3%	377件 36.4%	399件 38.5%
		費用額	4億8685万円	2億536万円 42.2%	1億8473万円 37.9%	1億7634万円 36.2%	

*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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	虚血性心疾患	脳血管疾患	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	4,953人	477人 9.6%	817人 16.5%	73人 1.5%	
		の基礎 重なる 疾患	高血圧	421人 88.3%	611人 74.8%	63人 86.3%
			糖尿病	226人 47.4%	226人 27.7%	73人 100.0%
			脂質異常症	367人 76.9%	503人 61.6%	61人 83.6%
		高血圧症	2,795人 56.4%	脂質異常症 2,142人 43.2%	糖尿病 1,158人 23.4%	高尿酸血症 658人 13.3%

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

名護市の1号保険者の23.6%が要介護認定を受けており、約5人に1人が要介護認定を受け、75歳以上では39.6%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要介護3から5の重症者が全体の41.1%を占める。さらに75歳以上の高齢者においては、認知症など脳の病変に起因するものや筋骨格系疾患が出現してくる。

本計画の対象者は太枠の75歳未満であり、若い世代においても脳血管疾患等の血管疾患が92.5%を占め、予防可能である血管疾患を守ることが最重要課題となる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より5,313円も高く(第2期特定健康診査等実施計画資料より)、2号認定者はほとんど健診未受診者であり、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のために重要な3つの疾患である高血圧、高血糖、脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

※平成28年度

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	18,337人		4,881人		5,313人		10,194人		28,531人	
認定者数	99人		298人		2,104人		2,402人		2,501人		
	認定率		0.54%		6.1%		39.6%		23.6%		
新規認定者数(*1)	33人		77人		217人		294人		327人		
介護度別人数	要支援1・2	37人	37.4%	108人	36.2%	619人	29.4%	727人	30.3%	764人	30.5%
	要介護1・2	28人	28.3%	104人	34.9%	577人	27.4%	681人	28.4%	709人	28.3%
	要介護3～5	34人	34.3%	86人	28.9%	908人	43.2%	994人	41.4%	1,028人	41.1%

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)	148		450		1,842		2,292		2,440								
再)国保・後期	107		348		1,602		1,950		2,057									
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	79	73.8%	脳卒中	210	60.3%	脳卒中	1,053	65.7%	脳卒中	1,263	64.8%	脳卒中	1,342	65.2%
			2	虚血性心疾患	21	19.6%	虚血性心疾患	102	29.3%	虚血性心疾患	598	37.3%	虚血性心疾患	700	35.9%	虚血性心疾患	721	35.1%
		3	腎不全	15	14.0%	腎不全	50	14.4%	腎不全	275	17.2%	腎不全	325	16.7%	腎不全	340	16.5%	
		合併症	4	糖尿病合併症	15	14.0%	糖尿病合併症	42	12.1%	糖尿病合併症	126	7.9%	糖尿病合併症	168	8.6%	糖尿病合併症	183	8.9%
			基礎疾患	95	88.8%	307	88.2%	1,486	92.8%	1,793	91.9%	1,888	91.8%					
		血管疾患	99	92.5%	320	92.0%	1,541	96.2%	1,861	95.4%	1,960	95.3%						
		認知症	11	10.3%	77	22.1%	777	48.5%	854	43.8%	865	42.1%						
		筋・骨格疾患	91	85.0%	300	86.2%	1,515	94.6%	1,815	93.1%	1,906	92.7%						

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000 (円)
要介護認定者医療費 (40歳以上)	[Bar chart showing distribution]						9,815
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	[Bar chart showing distribution]						4,502

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

男性では、BMI・腹囲・中性脂肪・GPT・HbA1c・LDL コレステロール・クレアチニンの項目において、国や県よりも有所見者の割合が高くなっている。女性においても同様の傾向である。40～64 歳男性の中性脂肪や GPT・HDL・LDL コレステロールについては 65 歳以上よりも有所見者の割合が高い。(図表 16)

本市は男性が 2 人に 1 人、女性は 4 人に 1 人がメタボリックシンドローム該当者または予備群のとなっており、国や県よりも高い割合である。(図表 17) その背景として戦後の欧米化した食事(糖質や動物性脂肪に偏った食事)や車社会による活動量の低下などが考えられる。腎機能低下の指標であるクレアチニン値の有所見者の割合が国や県よりも高いことを考えると、脳・心・腎の臓器障害予防のためにメタボリックシンドローム予備群・該当者へのハイリスクアプローチとあわせて、住民全体への肥満予防のポピュレーションアプローチの両輪で取り組んでいくことが必要である。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省様式6-2~6-7) ※平成28年度

★No.23 (概要)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
	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												
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												
合計	954 47.2	1,316 65.1	683 33.8	502 24.8	155 7.7	591 29.2	1,435 70.9	575 28.4	968 47.8	426 21.1	1,038 51.3	61 3.0												
保険者	45 46.7	607 62.9	378 39.2	313 32.4	81 8.4	239 24.8	643 66.6	274 28.4	409 42.4	251 26.0	531 55.0	12 1.2												
40-64歳	503 47.5	709 67.0	305 28.8	189 17.9	74 7.0	352 33.3	792 74.9	301 28.4	559 52.8	175 16.5	507 47.9	49 4.6												
65-74歳	503 47.5	709 67.0	305 28.8	189 17.9	74 7.0	352 33.3	792 74.9	301 28.4	559 52.8	175 16.5	507 47.9	49 4.6												

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8) ※平成28年度

★No.24 (概要)

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
全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,054	27.1%								
県	45,914	34.7%	3,286	7.2%	9,707	21.1%	633	1.4%	6,639	14.5%	2,408	5.2%	14,346	31.2%	2,329	5.1%	793	1.7%	6,920	15.1%	4,275	9.3%
合計	2,023	36.1%	157	7.8%	436	21.6%	36	1.8%	303	15.0%	97	4.8%	723	35.7%	107	5.3%	44	2.2%	339	16.8%	233	11.5%
保険者	965	28.4%	90	9.3%	209	21.7%	24	2.5%	117	12.1%	68	31.9%	308	31.9%	26	2.7%	30	3.1%	172	17.8%	80	8.3%
40-64歳	1,058	47.8%	67	6.3%	227	21.5%	12	1.1%	186	17.6%	29	39.2%	415	39.2%	81	7.7%	14	1.3%	167	15.8%	153	14.5%
65-74歳	1,058	47.8%	67	6.3%	227	21.5%	12	1.1%	186	17.6%	29	39.2%	415	39.2%	81	7.7%	14	1.3%	167	15.8%	153	14.5%

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8) ※平成28年度

★No.24 (概要)

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
全国	4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%								
県	51,978	43.1%	1,945	3.7%	4,926	9.5%	251	0.5%	3,570	6.9%	1,086	2.1%	6,659	12.8%	922	1.8%	353	0.7%	3,454	6.6%	1,896	3.6%
合計	2,099	41.8%	91	4.3%	236	11.2%	13	0.6%	156	7.4%	67	3.2%	312	14.9%	45	2.1%	17	0.8%	147	7.0%	103	4.9%
保険者	884	31.8%	46	5.2%	104	11.8%	9	1.0%	67	7.6%	28	3.2%	80	9.0%	12	1.4%	10	1.1%	39	4.4%	19	2.1%
40-64歳	1,215	54.3%	45	3.7%	132	10.9%	4	0.3%	89	7.3%	39	3.2%	232	19.1%	33	2.7%	7	0.6%	108	8.9%	84	6.9%
65-74歳	1,215	54.3%	45	3.7%	132	10.9%	4	0.3%	89	7.3%	39	3.2%	232	19.1%	33	2.7%	7	0.6%	108	8.9%	84	6.9%

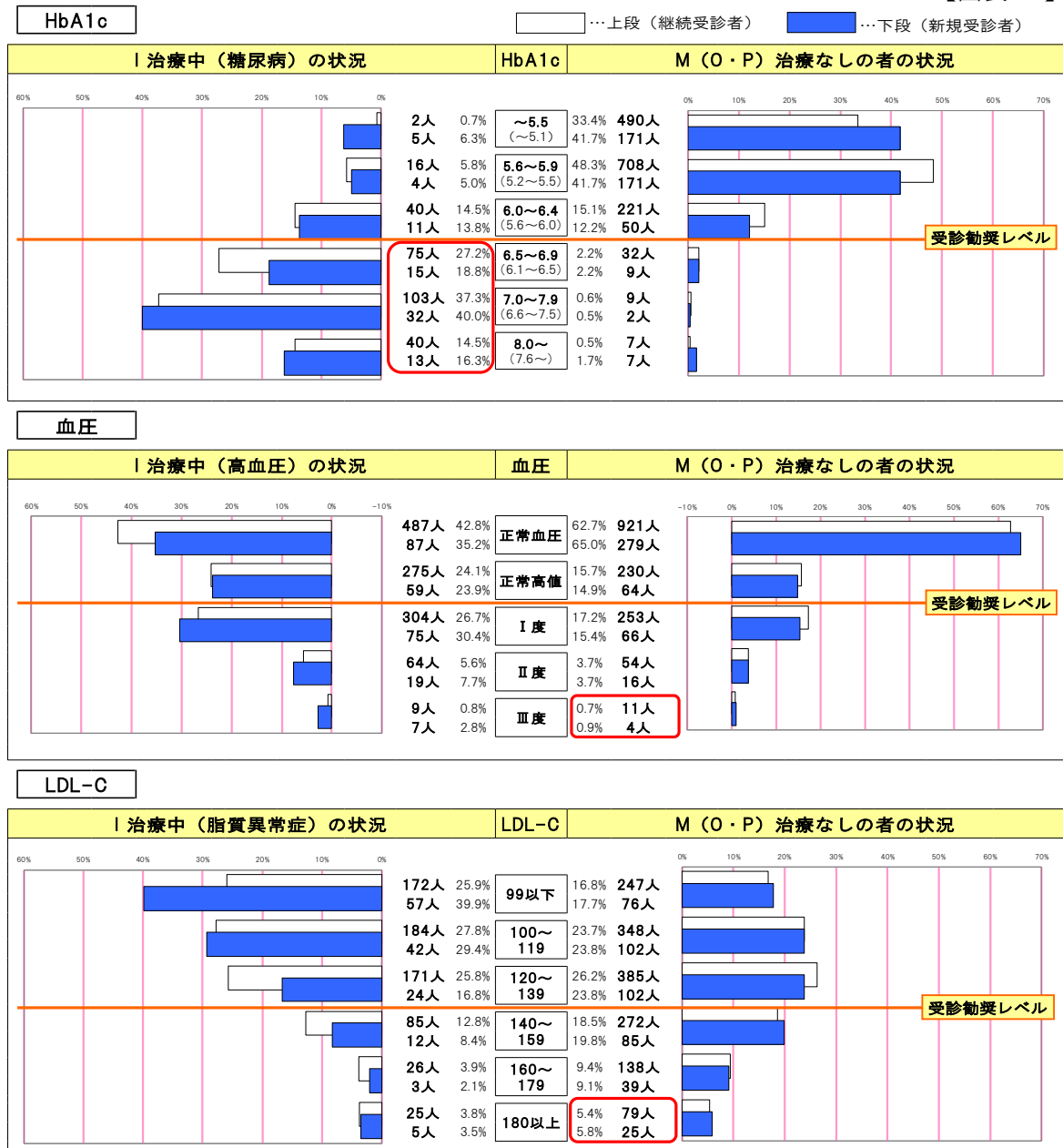
3) 糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況 (図表 18)

糖尿病、血圧、LDL コレステロールの通院状況及びコントロール状況をみていくと血圧や LDL コレステロールに比べて糖尿病は通院中でもコントロールができていない状況にあることがわかる。糖尿病は、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必要がある。

3 疾患ともに、受診勧奨レベルにある治療なしの者を医療機関受診へつなげることで重症化予防を図ることができる。また保健指導の際には必要に応じて、医療機関と十分な連携が必要である。

継続受診者と新規受診者の比較 ※平成 28 年度

【図表 18】



4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診未受診者対策は生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みであるが、図表 19 (図 6) の名護市における特定健診受診率は 38.8% で県や国より高い。

しかし、年齢別でみると 65 歳以上の受診率は 51.1% となっているのに対し、40~64 歳はわずか 29.9% である。特に 40~64 歳の健診も治療も受けていない方 (G) は 2,224 人 (36.0%) あり、重症化しているかどうかの実態が全く分からず、いかにして自身の健康に無関心な人たちに健診を受けてもらうかが重要な課題である。

治療中で健診未受診の方 (H) はどちらの年齢層においても 34~37% いることから引き続き医療機関との連携による未受診者への声掛けを継続していく必要がある。図表 19 (図 7) のように健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人当たり医療費は、健診受診者より 34,254 円も高くなっている。

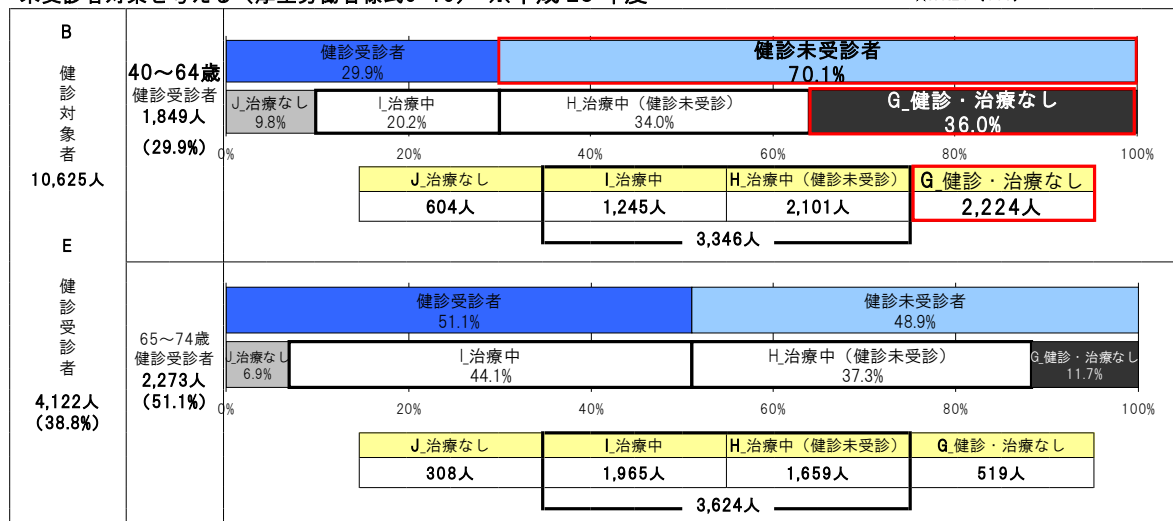
生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会として引き続き受けやすい環境整備 (休日・ナイト健診の実施・周知) を実施し、さらに健康づくりへのきっかけとして個人へのインセンティブなどこれまで以上の取り組みが必要である。

また、健診後は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。特定保健指導の対象者にならないが、生活習慣病の重複するリスクが有るものに対しては、積極的に保健指導を実施する必要がある。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式 6-10) ※平成 28 年度

★NO.26 (CSV)



7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ⑥



平成 30.1 月現在 データ：KDB システムより

5) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、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、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいと考え、医療費の伸び率を抑えることを目標とする。

しかし、本市の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、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指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年毎に血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善へ繋げていく。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行い、その際には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、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で、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章

特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

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

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。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表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	42%	45%	49%	52%	56%	60%
特定保健指導実施率	55%	57%	59%	60%	60%	60%

特定健診受診率の推移

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
特定健診受診率	33.0%	34.5%	37.2%	38.5%	37.3%	36.9%	37.9%	38.9%	39.4%
特定健診対象者	10,976人	10,963人	11,010人	11,193人	11,085人	11,294人	11,040人	10,804人	10,511人
特定健診受信者	3,621人	3,787人	4,094人	4,314人	4,136人	4,167人	4,179人	4,204人	4,138人

特定保健指導実施率の推移

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
保健指導実施率	10.5%	22.7%	23.8%	41.8%	50.2%	56.1%	46.7%	49.6%	54.7%
保健指導対象者	793人	798人	853人	814人	715人	738人	700人	696人	676人
保健指導修了者	83人	181人	203人	340人	359人	414人	327人	345人	370人

リピーター率

	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
リピーター率		68.3%	68.0%	73.0%	75.6%	75.4%	74.2%	75.6%	75.2%
特定健診受診者		3,787人	4,094人	4,314人	4,136人	4,167人	4,179人	4,204人	4,138人
リピート受診者		2,587人	2,783人	3,148人	3,128人	3,141人	3,100人	3,177人	3,113人

3. 対象者の見込み

【図表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	10,906人	10,912人	10,918人	10,912人	10,906人	10,900人
	受診者数	4,581人	4,910人	5,350人	5,674人	6,107人	6,540人
特定保健指導	対象者数	760人	815人	888人	942人	1,014人	1,086人
	実施者数	418人	465人	524人	565人	608人	652人

4. 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(名護市健康増進課)
- 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、沖縄県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.okikoku.or.jp/>

(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。(実施基準第 1 条 4 項)

(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 (治療中だが健診未受診の者 (図表 19(H)) への対策)

治療中だが健診未受診の者が 40-64 歳で 2,101 人 (34.0%) いる。これらの人をおかりつけ医から健診受診勧奨を行ってもらい、本人同意のもとで診療における検査データの提供を受ける (トライアングル事業) ことにより健診受診率が約 20% 上昇する。このことから治療中であっても特定健診の受診対象者であることを、医療機関へ十分な説明を実施していく。また、一度でも健診を受診すれば治療中断や糖尿病等のコントロールが悪くなった場合に、保健師等が家庭訪問を行うことが可能となる。また、かかりつけ医と連携の上、保健指導を実施することで重症化を予防していくことができる。そのため、毎年特定健診委託医療機関へは特定健診結果のデータを円滑に活用できるよう協力及び連携を行い、トライアングル事業へ協力してもらえよう働きかけていく必要がある。

(7) 健診+治療も受診していない者(図表 19(G))の対策について

生活習慣病は自覚症状がなく、健診も医療機関も受診していない人は自身の健康状態が把握できず突然倒れたり、緊急な手術や入院が必要になるなど予測できず、結果高額な医療費を要することへ繋がる。本市は特に若い人の健診受診率が低く、治療にもつなげていない方が36%いる。

本市は第3次産業が77.5%を占めているため、商工会や商工観光局等と連携を図り、若い健診対象者の把握に努め、健診を受けやすい環境づくりや受けることで得られるメリットについてPRを強化していく必要がある。

併せて、健康づくりに積極的に取り組むきっかけとして個人へのインセンティブ等の検討を進めていきたい。

(8) 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。

(9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。

保険者年間実施スケジュール

【図表 22】

保険者名	大項目	小項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
名護市		集団・個別健診 休日・夜間健診					→ 集団健診 →			→ 休日健診 →	→ 夜間健診 →			
			→ 個別健診 →											
	対象者への案内	案内はがき発送					→ 健診日の2週間前までに届くように送付 →							
		電話勧奨					→ 健診日当日に来てなかった人に電話勧奨 →							
		トライアングル事業									→ 健診未受診者で医療機関通院者のデータ取得 →			
	広域的な周知	広報誌への掲載					→ 7月号～1月号まで毎月掲載 →							
		行政無線による区ごとの案内					→ 各公民館から日程、注意事項を前日から放送 →							
		イベントにおける広報					○ 住民健診出発式	→ 各区運動会での案内(うちわ配布) →			○ ツーデーマーチ			

5. 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行う。

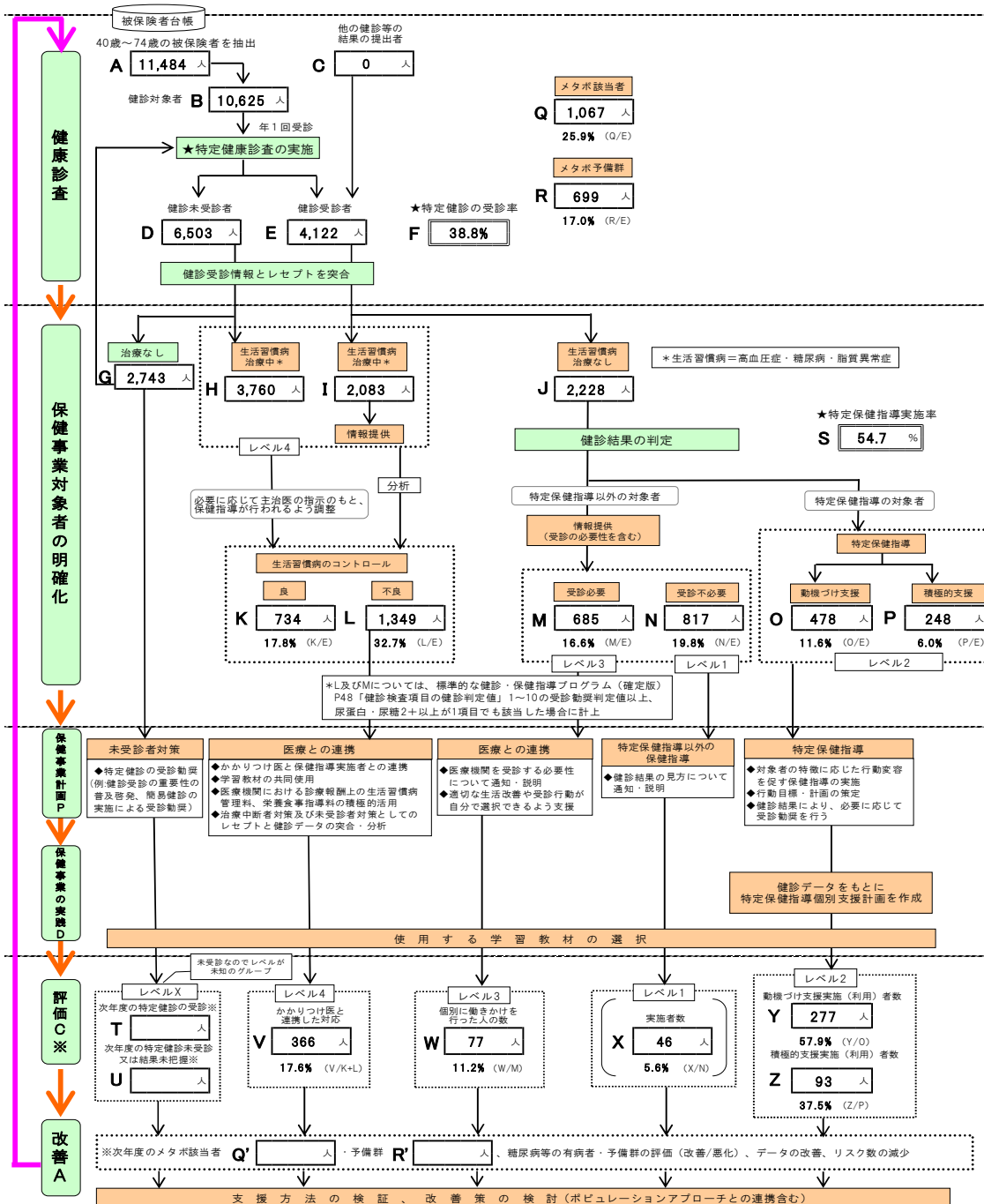
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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。

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6-10

【図表23】



(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

※H30.1月現在 データ：KDB システムより

【図表 24】

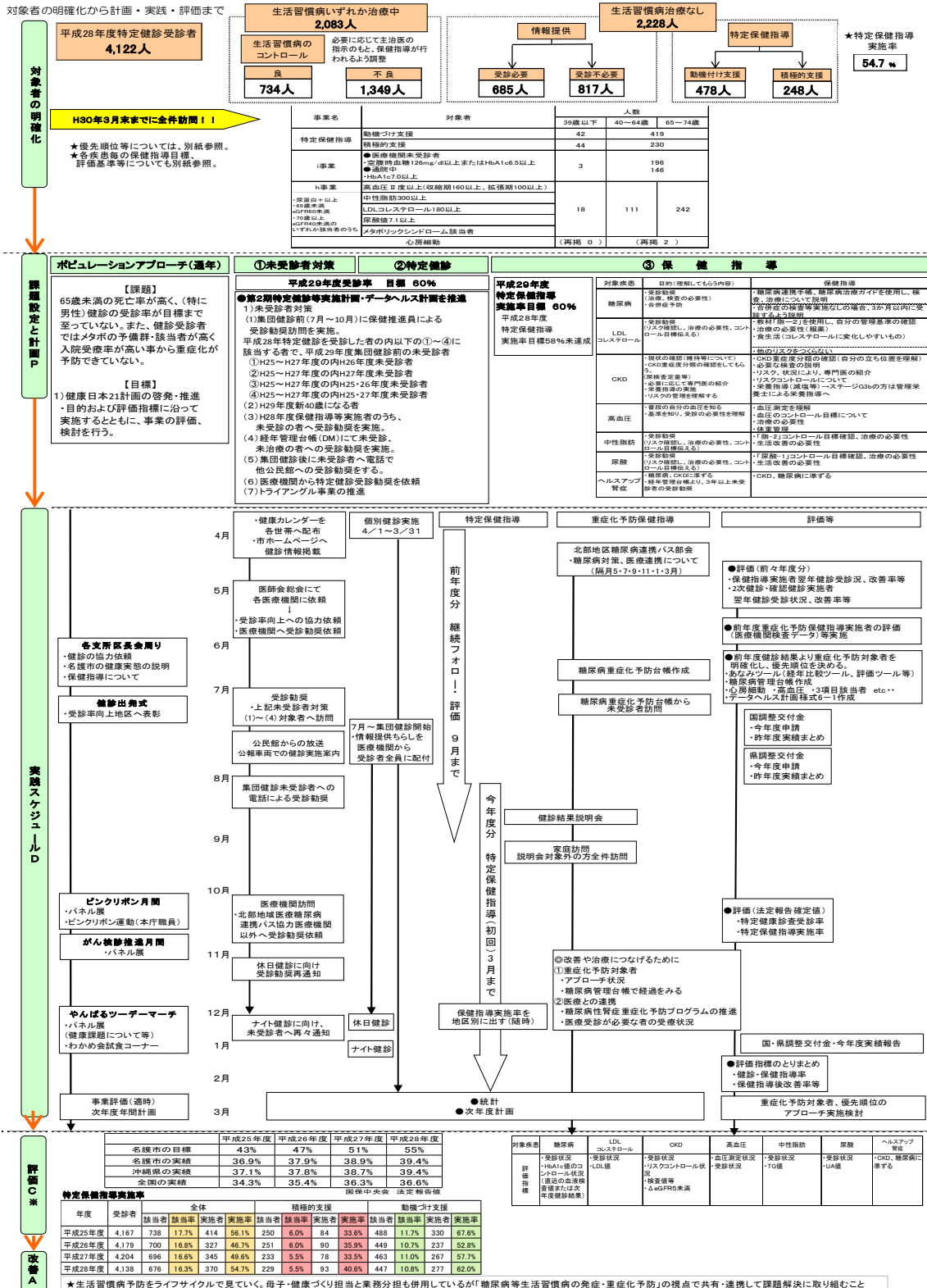
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に 応じて受診勧奨を行う	713 人 (16.6%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が 自分で選択できるよう支援	685 人 (15.9%)	HbA1c6.5 以上は ついては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の 普及啓発、簡易健診の実施 による受診勧奨)	6,540 人 ※受診率目標 達成までに あと 2,240 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について 通知・説明	870 人 (19%)	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	2,212 人 (48.3%)	50%

(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PDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール (平成29年度)

【図表 25】



6. 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名護市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、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。

7. 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。

8. 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、名護市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章

保健事業の内容

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・進行抑制を目指し、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としては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く周知しながら、多くの市民がリスクを軽減することができるよう取り組む。

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26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 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	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	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版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 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 27)

【図表 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 ²)
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。名護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。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い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 28)

本市において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 196 人(32.1%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 1,130 人中、特定健診受診者が 414 人(67.9%・G)、その内 55 人(13.3%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 716 人(63.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 147 人おり、内 27 人は治療中断であることが分かった。また、103 人については継続受診中であるが、健診データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より名護市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・196 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・82 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)・・・359 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)・・・103 人

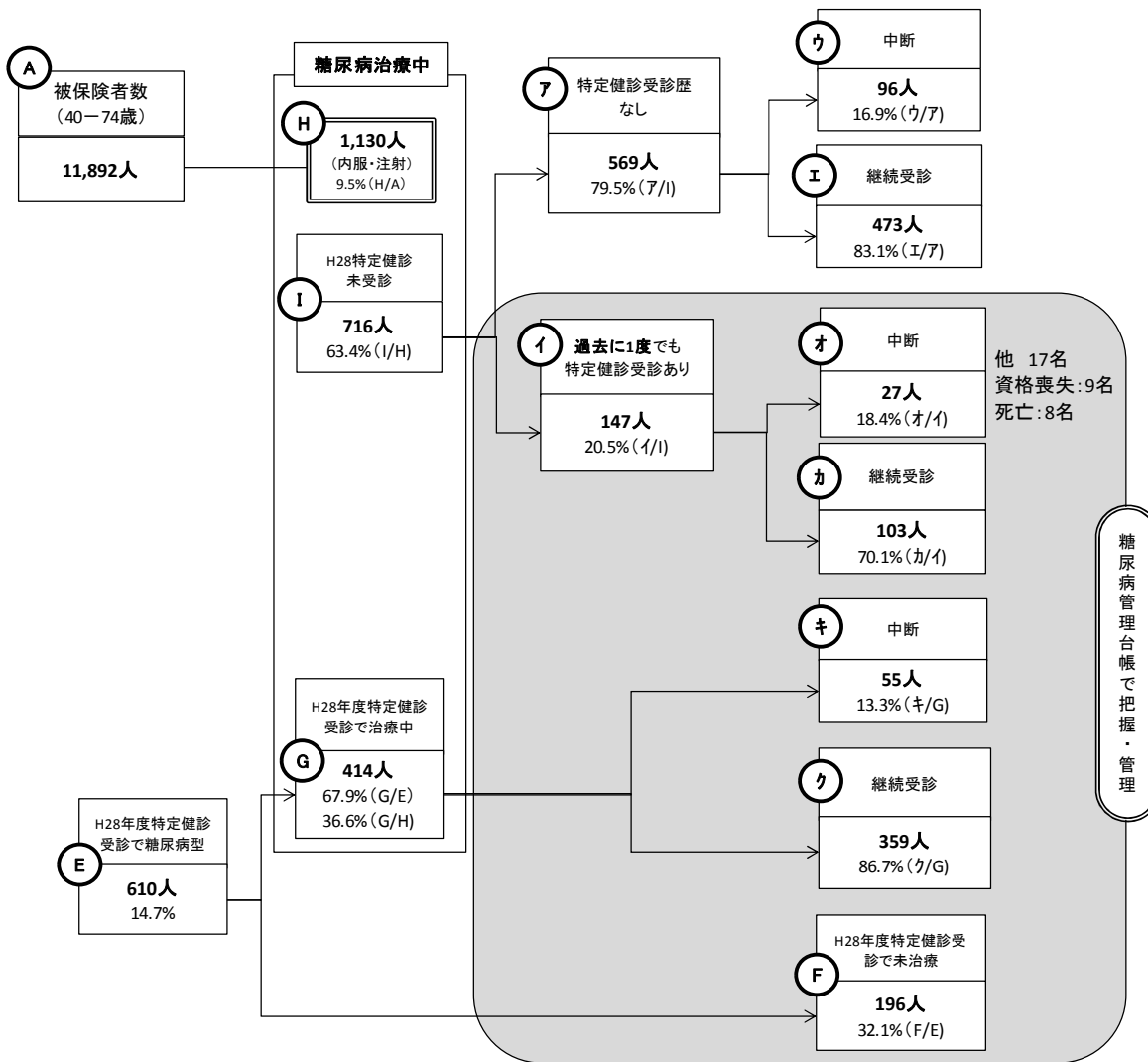
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 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) ※平成28年度

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(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(参考資料 3)及び年次計画表(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 ④eGFR ⑤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)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

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。名護市においては、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 29)

【図表 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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 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"> ①糖尿病による網膜症 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… ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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)
<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"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<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>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもとも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 ビグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

(2) 2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2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版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

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(参考資料5)を用いて行っていく。

(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 m²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)

※P.25と併せてスケジュール作成予定。

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。(参考資料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。(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。名護市において健診受診者4,240人のうち心電図検査実施者は1,796人(42.4%)であり、そのうちST所見があったのは125人であった(図表30)。ST所見あり125人中のうち76人は要精査であり、その後の受診状況をみると2人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの125人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

本市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 30】

心電図検査結果 ※平成 28 年度

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	4,240	100.0%	1,796	42.4%	125	7.0%	1,377	76.7%	294	16.4%

【図表 31】

ST所見ありの医療機関受診状況 ※平成 28 年度

ST所見あり(a)		要精査(b)		軽度異常(c)		異常(d)		医療機関受診あり(e)		受診なし(f)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/a)(%)	(人)	(e/d)(%)	(人)	(f/d)(%)
125	100%	76	60.8%	52	41.6%	24	46.2%	22	91.7%	2	8.3%

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」を基準とした「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 32 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。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握 ※平成 28 年度

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	4240	125	1377	294	2444	
		2.9%	32.5%	6.9%	57.6%	
メタボ該当者	1040	45	487	98	410	
		24.5%	4.3%	46.8%	9.4%	
メタボ予備群	693	30	305	69	289	
		16.3%	4.3%	44.0%	10.0%	
メタボなし	2507	50	585	127	1745	
		59.1%	2.0%	23.3%	5.1%	
LDL-C	140-159	431	9	110	24	
			17.2%	2.1%	25.5%	5.6%
	160-179	196	3	47	8	
			7.8%	1.5%	24.0%	4.1%
	180-	109	2	28	7	
			4.3%	1.8%	25.7%	6.4%
CKD	G3aA1~	879	42	338	49	450
			20.7%	4.8%	38.5%	5.6%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、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、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

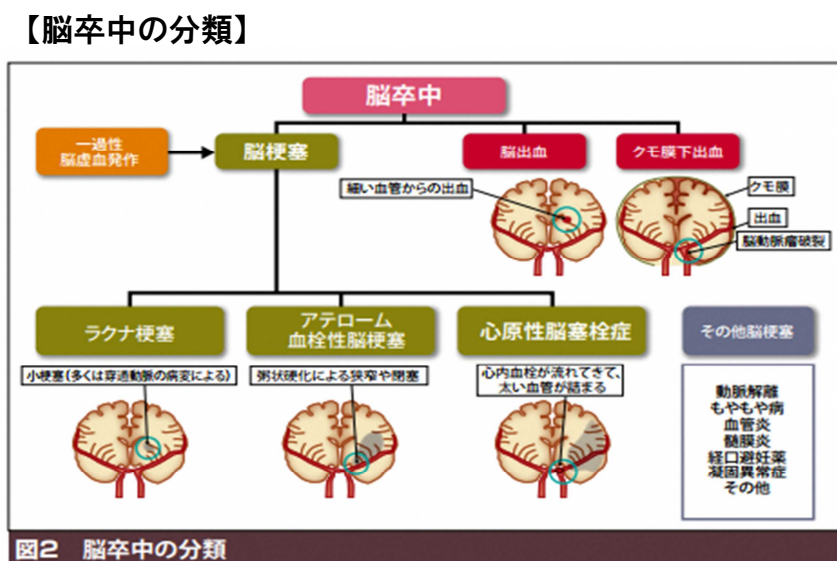
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 34、35)

【図表 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 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 36 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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
心原性脳梗塞	●			●			○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDMB)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(GDK)			
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		236人	5.5%	382人	8.9%	203人	4.7%			1067人	24.8%	182人	4.2%	176人	4.1%
治療なし		115人	4.3%	169人	4.4%	168人	5.0%			222人	10.0%	60人	2.7%	44人	2.0%
治療あり		121人	7.4%	213人	50.8%	35人	3.8%			845人	40.6%	122人	5.9%	132人	6.4%
臓器障害あり		18人	7.4%	27人	50.8%	15人	3.8%			27人	40.6%	60人	5.9%	44人	6.4%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	16人		21人		13人				20人		60人		44人	
	尿蛋白(2+)以上	11人		15人		7人				11人		60人		8人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2人		2人		4人				5人		0人		6人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	8人		5人		4人				6人		8人		44人	
	心電図所見あり	3人		6人		2人				7人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が236人(5.5%)であり、115人は未治療者であった。また未治療者のうち18人(15.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も121人(7.4%)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 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

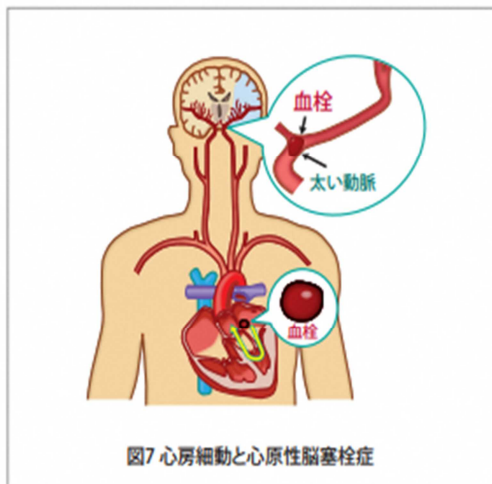
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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
		2,678	1,021	686	419	437	94	21			
		38.1%	25.6%	15.6%	16.3%	3.5%	0.8%				
リスク第1層		339	179	82	39	34	5	0	34	196	322
		12.7%	17.5%	12.0%	9.3%	7.8%	5.3%	0.0%	1.3%	7.3%	12.0%
リスク第2層		1,218	492	314	178	191	35	8	34	5	0
		45.5%	48.2%	45.8%	42.5%	43.7%	37.2%	38.1%	100%	2.6%	0.0%
リスク第3層		1,121	350	290	202	212	54	13	--	191	43
		41.9%	34.3%	42.3%	48.2%	48.5%	57.4%	61.9%	--	97.4%	13.4%
再掲 重複あり	糖尿病	254	69	74	43	51	14	3			
		22.7%	19.7%	25.5%	21.3%	24.1%	25.9%	23.1%			
	慢性腎臓病 (CKD)	666	227	167	110	121	30	11			
		59.4%	64.9%	57.6%	54.5%	57.1%	55.6%	84.6%			
	3個以上の危険因子	516	124	129	109	123	27	4			279
		46.0%	35.4%	44.5%	54.0%	58.0%	50.0%	30.8%			86.6%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 37 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



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 38 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。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	993	793	13	1.3	1	0.1	-	-
40歳代	101	43	1	0.9	0	0	0.2	0.04
50歳代	164	100	1	0.6	0	0	0.8	0.1
60歳代	494	439	6	1.2	0	0	1.9	0.4
70～74歳	234	211	5	2.1	1	0.4	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
14	100	2	14.2	12	85.7

心房細動は日本人の成人集団では0.5～1%に認められ、心房細動があると脳卒中死亡率は2倍、脳梗塞発症率は5倍になる。

本市の心電図検査において14人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。また14人のうち12人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査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。(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。(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プローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化による医療費や介護給付費等の実態を広く周知しながら、多くの市民がリスクを軽減するため、適切な生活習慣を理解し肥満予防等実践できるよう取り組む。(図表 40・41)

名護市の社会保障費と保険者努力支援制度

名護市 人口 6万人
(国保被保険者 1.8万人)



市 197点/345満点
全国順位 900位/1741市町村
県内順位 27位/41市町村

頂いたお金 → 852万9千円
1点当たりのお金 → 4万3千円

名護市		県平均	
H28年度	H28年度(前年度)	H28年度(前年度)	H28年度(前年度)
特定健診受診率	33.0% (県内11市中3位)	39.4%	39.4%
特定保健指導率	10.5% (県内11市中7位)	54.7%	58.7%

社会保障費(28年度)

①医療費

●国保総医療費 54億円 KOB
H28年度 1人あたり医療費 (名護市 28.9万円/年)
※沖縄県平均 26.5万円
国平均 29.1万円

予防可能な生活習慣病にかかるとる医療費	患者割合	患者数	患者数割合
糖尿病	7.0%	1,181人	6.2%
高血圧	6.5%	3,000人	15.7%
慢性腎臓病	14.7%	31人 (透析患者)	0.2%

人工透析の原因疾患 (H28年5月)
→ 糖尿病による透析患者 43.2%

●後期高齢者医療費 59億円 KOB
H27年度 1人あたり医療費 (名護市 105万円/年)
※沖縄県平均 102.2万円(全国12位)
国平均 99万円

②介護費

2号認定者の有病状況
心臓病 35.7%
脳疾患 28.3%
糖尿病 13.3%

※予防可能な疾患が原因となっている

③生活保護費

保護率 23.7% (1,482人)
※沖縄県25% 全国平均17%
医療扶助 73.7% (1,093人)

死亡 沖縄県 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)

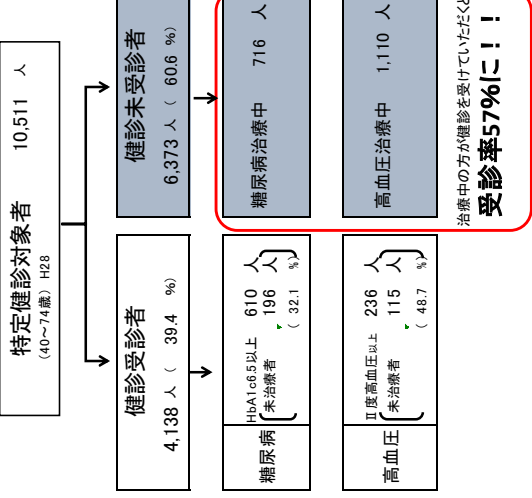
男性 30位
女性 3位

評価指標	30年度		28年度前倒し分	
	満点	30年度	満点	山市
特定健診受診率	850点	345点	197	261
特定保健指導実施率	50	20	0	0
メタボリックシンドローム該当者・予備者の減少率	50	20	15	20
糖尿病等重症化予防の取組	100	40	0	0
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価	(50)	40	40	40
共通	(25)	(25)		
③ 個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20
共通	70	(50)	20	20
④ 個人へのポイント付与等取組、効果検証	(50)	(25)		
共通	(25)	(25)		
面商	40	10	10	10
② 第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
共通	(35)			
② 第2期策定に当たり、現状の定量評価	30	10	0	0
共通	25	10	0	0
② 関係部署、県、医師会等と連携	25	5	0	0
共通	25	5	0	0

H28 保険者努力支援アンケート資料

市町村指標の都道府県単位評価	[200億円]
① 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	100
② 特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	未定
③ 保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	未定
④ 医療費適正化のアウトカム評価	50
⑤ 関係部署、県、医師会等と連携	50

(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)



強化する取り組み

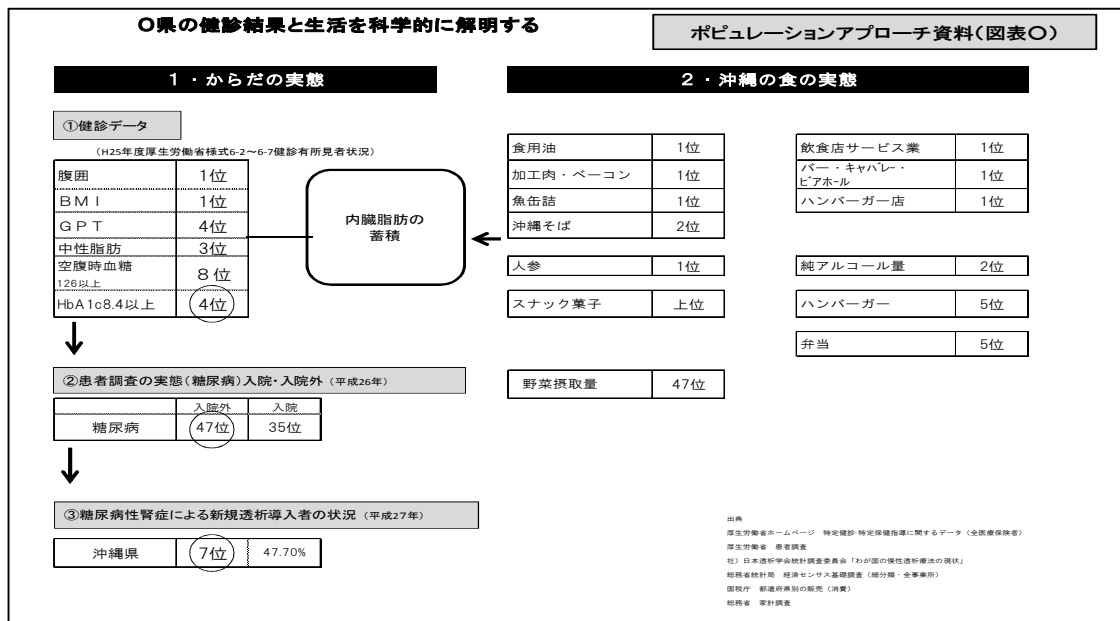
1. 受診率向上の取り組み強化(共通指標①)

①かかりつけ医との連携(トライアングル事業への協力依頼)
②商工会等と連携を図り、個人・事業所などへのインセンティブ
③休日健診(11・12月)/ナイト健診(1月)

2. 生活習慣病重症化予防保健指導の取り組み強化

①糖尿病性腎症重症化予防プログラム(共通指標③)
②高血圧の未治療・治療中断を減らす取り組み

【図表 41】



IV その他の保健事業

1) 後発医薬品の使用促進

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額に関して被保険者に通知を行う。

第5章

地域包括ケアに係わる取組

第5章 地域包括ケアに係る取組

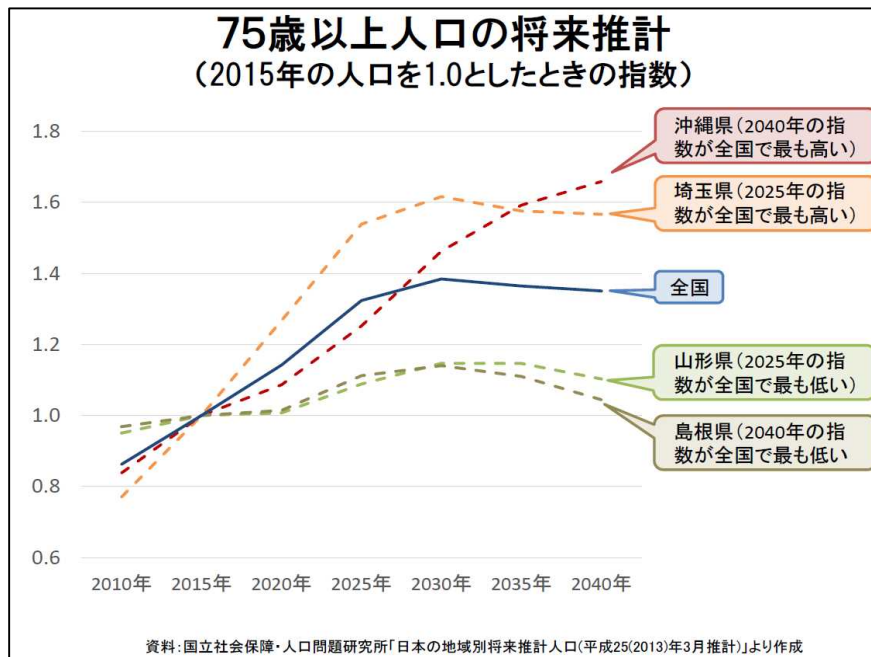
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、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42)

国保では被保険者のうち、65歳以上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。このような状況にかんがみれば、高齢者が本人の状態に応じて必要な医療サービスを適切に利用できるような対策が、重症化予防となり、地域で元気に暮らしていけることに繋がり重要である。

【図表 42】



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システム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。(参考資料 10)

第6章

計画の評価・見直し

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

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表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	評価指標	初期値						最終評価値	現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	中間評価値	H31	H32			H33	H34
データヘルス計画	特定健診受診率は平成25年度より平成28年度で39.4%と高くなっており、健康状態がわかっていない方が2224人(36.0%)おり、健康状態がわかっていないため、未受診者にかかり健診を受けてもらえなかったことが重要な課題である。 ・治療中で健診未受診の方が34~37%おり、本人への受診勧奨や医療機関と連携して支援する必要がある。 ・本市は男性が2人に1人、女性が4人に1人がメタリックバンドROM該当者又は予備群となっており、国や県より高い割合である。 ・メタリックバンドROM予備群については男性は1.5%減少、該当者は4%増加し、女性はメタリックバンドROM予備群は0.5%減少。 ・メタリックバンドROM該当者の中で3項目すべて該当する人の割合が男性は増加、女性は減少。 ・死因別にみると心臓病・脳血管疾患・糖尿病による死亡割合は減少、胃不全による死亡割合は増加(1.7倍)、心臓病・脳血管疾患は対前年より高い。 ・介護認定率の上昇、40~64歳の2号認定者の増加、介護給付費の増加。 ・入院費用の削減は増加し、入院外費用が減少。 ・糖尿病の医療費割合は増加しているが、高血圧や脂質異常症は低下している。治療の必要な者が医療の中断をしていないことが確認が必要。 ・糖尿病・高血圧・高脂血症の医療費の割合は国と比較すると低く、慢性腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は高い。 ・ひと月200万円以上の高額になる患者では、虚血性心疾患で全体の32.9%を占め最も高い。基礎疾患では高血圧が88.3%で脂質異常症76.9%、糖尿病が74.4%となっている。 ・患者の45.9%は虚血性心疾患を合併、また40.3%が糖尿病性腎症となっている。	特定健診受診率	38.9%	40.0%	42.0%	45.0%	49.0%	52.0%	56.0%	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	52.0%	55.0%	55.0%	57.0%	59.0%	60.0%	60.0%	60.0%		特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
		特定保健指導対象者の減少率	14.8%	16.3%	17.8%	19.3%	20.8%	22.3%	23.8%	25.0%			KDBシステム
		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	2.78%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%			
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	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	2.2%	2.1%	2.0%	2.0%				
糖尿病性腎症による透析導入者の減少	20人	20人	19人	19人	19人	19人	18人	18人	18人	18人			
データヘルス計画	健康課題	健康受診者の高血圧の割合減少(140/90mmHg以上) 男性/女性	29.3%	29.0%	29.7%	28.5%	28.2%	27.9%	27.6%	27.3%	名護市健康増進計画		
		健康受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上) 男性/女性	22.6%	22.0%	21.4%	20.8%	20.2%	19.6%	19.0%	18.4%			
		健康受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	10.6%	9.9%	9.2%	8.6%	7.9%	7.2%	6.5%	5.8%			
		健康受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	14.5%	14.4%	14.3%	14.1%	14.0%	13.9%	13.8%	13.7%			
保険者努力支援制度	健康課題	健康受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	11.3%	11.1%	10.9%	10.8%	10.6%	10.4%	10.2%	10.0%	名護市健康増進計画		
		メタリックバンドROMの該当者・予備群の割合減少	41.1%	42.0%	42.0%	42.0%	42.0%	40.0%	38.0%	36.0%			
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加	—	43.4%	50.0%	60.0%	65.0%	70.0%	75.0%	80.0%			
		糖尿病の保健指導を実施した割合増加	80.8%	82.4%	84.0%	85.6%	87.2%	88.8%	90.4%	92.0%			
保険者努力支援制度	健康課題	高血圧の未治療者を治療に結び付ける割合増加	89.2%	90.0%	90.9%	91.7%	92.5%	93.3%	94.2%	95.0%	保健指導評価		
		がん検診受診率 胃がん検診	5.3%	8.0%	14.0%	20.0%	26.0%	32.0%	40.0%	40.0%			
		がん検診受診率 肺がん検診	20.3%	25.0%	28.0%	31.0%	33.0%	36.0%	40.0%	40.0%			
		がん検診受診率 大腸がん検診	15.1%	18.0%	23.0%	28.0%	32.0%	37.0%	40.0%	40.0%			
保険者努力支援制度	健康課題	子宮頸がん検診	22.2%	25.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%	50.0%	地域保健事業報告		
		乳がん検診	23.2%	27.0%	32.0%	37.0%	42.0%	47.0%	50.0%	50.0%			
		歯周疾患検診受診率	10.0%	10.0%	10.0%	11.0%	11.0%	11.0%	12.0%	12.0%			
		後発医薬品の使用割合	78.07%	80.9%	82.0%	83.0%	83.5%	84.0%	84.5%	85.0%			

【図表 43】

第 7 章

計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

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・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた名護市の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 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 4 糖尿病管理台帳

参考資料 5 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 6 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 7 人工透析患者の推移

参考資料 8 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 9 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 10 血圧評価表

参考資料 11 心房細動管理台帳

参考資料 12 評価イメージ 1

参考資料 13 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた名護市の位置

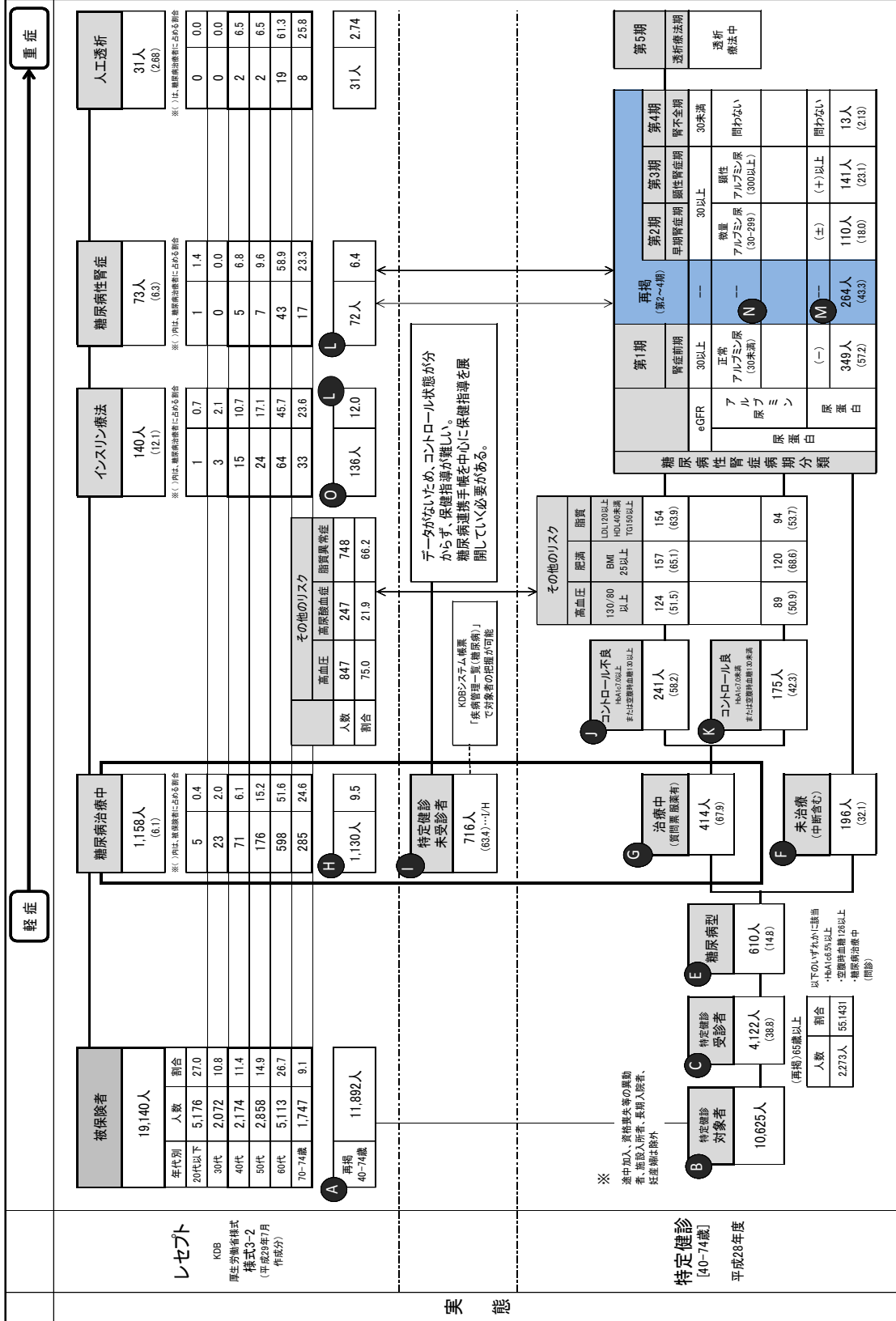
【参考資料1】

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
		名護市		名護市		同規模平均		沖縄県		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	総人口	58,294		62,203		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)	10,194	17.5	12,331	19.8	4,430,444	24.1	239,486	17.4	29,020,766		23.2
		75歳以上	5,313	9.1	6,194	10.0			119,934	8.7	13,989,864		11.2
		65~74歳	4,881	8.4	6,137	9.9			119,552	8.7	15,030,902		12.0
		40~64歳	18,337	31.5	19,628	31.6			448,207	32.6	42,411,922		34.0
	39歳以下	29,763	51.1	30,244	48.6			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		7.6		6.9		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		14.9		13.5		28.9		15.4		25.2	
		第3次産業		77.5		70.3		65.0		79.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性		80.1		80.1		79.6		79.4		79.6	KDB.No.1 地域全体像の把握
女性			86.9		86.9		86.3		87.0		86.4		
④ 健康寿命	男性		64.8		64.8		65.3		64.5		65.2	KDB.No.1 地域全体像の把握	
	女性		66.0		66.0		66.8		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		87.8		88.4 ↑		100.0		97.8		100	KDB.No.1 地域全体像の把握
		男性		81.6		80.5 ↓		100.9		87.5		100	
		女性											
		がん	101	41.2	105	40.5	54,818	48.1	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	75	30.6	78	30.1	30,930	27.1	1,600	25.9	196,768	26.5	
	死因	脳疾患	38	15.5	39	15.1	18,797	16.5	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	8	3.3	3	1.2	2,153	1.9	187	3.0	13,658	1.8	
		腎不全	11	4.5	20	7.7	3,750	3.3	243	3.9	24,763	3.3	
		自殺	12	4.9	14	5.4	3,547	3.1	287	4.6	24,294	3.3	
		合計	100	20.1	68	14.9 ↓				17.0		10.5	
② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	男性		75		27.5		56		20.7 ↓		22.0	厚労省IP 人口動態調査	
	女性		25		11.2		12		6.5 ↓		11.2		
	合計		100		20.1		68		14.9 ↓		17.0		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	2,320	22.8	2,344	23.5 ↑	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	29	0.3	4	0.3	15,306	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	84	0.5	95	0.5	21,986	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	367	15.0	377	15.3 ↑	203,882	22.0	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	1,212	50.0	1,218	48.9 ↓	479,210	51.8	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	571	22.9	643	25.4 ↑	256,268	27.6	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	1,300	54.3	1,327	53.1	546,239	59.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳血管疾患	785	31.9	725	30.3	239,587	26.2	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	149	6.3	178	6.7	93,015	10.0	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格	1,162	47.9	1,203	48.0	469,492	50.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
精神	804	33.0	882	35.7	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)		75,142		68,994 ↓		61,245		71,386		58,284		
	居宅サービス		48,168		47,289		40,247		52,569		39,662		
	施設サービス		284,482		284,502		278,147		282,196		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)		9,551		9,815		8,027		9,703		7,980		
	認定あり 認定なし		4,457		4,502		3,808		4,397		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数		20,100		18,266		4,516,800		444,291		32,587,866	KDB.No.1 地域全体像の把握 KDB.No.5 被保険者の状況
		65~74歳	4,096	20.4	4,660	25.5 ↑			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
		40~64歳	8,035	40.0	6,824	37.4			168,937	38.0	10,946,712	33.6	
		39歳以下	7,969	39.6	6,782	37.1			171,906	38.7	9,179,541	28.2	
		加入率		34.5		31.3		24.7		32.3		26.9	
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	7	0.3	7	0.4	1257	0.3	94	0.2	8,255	0.3	
		診療所数	41	2.0	43	2.4	12,813	2.8	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	1,455	72.4	1,455	79.7	227,288	50.3	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	158	7.9	163	8.9	33,690	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数		497.6		531.4 ↑		688.2		507.9		668.1	
③ 医療費の状況	入院患者数		21.4		22.7 ↑		19.8		20.0		18.2		
	一人当たり医療費	21,902	県内12位 同規模184位	24,110	県内14位 同規模179位	25,581		22,111		24,245			
	受診率		518.957		554.099 ↑		707.975		527.86		686.286		
	外 費用の割合		53.0		50.4		59.3		52.4		60.1		
	来 件数の割合		95.9		95.9		97.2		96.2		97.4		
	入 費用の割合		47.0		49.6 ↑		40.7		47.6		39.9		
	院 件数の割合		4.1		4.1		2.8		3.8		2.6		
④ 医療費分析生活習慣病に占める割合(最大医療費源病名(顕著含む))	1件あたり在院日数		18.3日		17.6日		16.2日		17.1日		15.6日		
	がん		382,371,580	12.2	481,426,110	16.2	25.0		17.3		25.6		
	慢性腎不全(透析あり)		452,066,230	14.4	436,699,950	14.7	9.5		16.0		9.7		
	糖尿病		204,123,200	6.5	207,319,450	7.0 ↑	10.1		7.0		9.7		
	高血圧症		271,103,380	8.6	193,765,780	6.5 ↓	8.9		6.3		8.6		
精神		973,009,980	30.9	864,308,540	29.1	17.6		28.0		16.9			
筋・骨格		394,448,190	12.5	352,568,350	11.9	14.9		13.1		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	551,116	27位 (19)	565,494	30位 (18)					KDB_NO.3 データからみる地域			
				高血圧	540,213	35位 (19)	595,519	24位 (19)								
				脂質異常症	553,756	22位 (19)	561,893	20位 (17)								
				脳血管疾患	617,241	28位 (22)	729,478	8位 (20)								
				心疾患	626,880	25位 (16)	706,014	12位 (15)								
				腎不全	801,775	15位 (14)	948,877	3位 (16)								
				精神	453,733	20位 (27)	495,012	13位 (26)								
				悪性新生物	631,097	31位 (15)	672,196	24位 (15)								
				糖尿病	45,259	6位	42,902	15位								
				高血圧	37,100	5位	34,591	17位								
	外来	脂質異常症	34,981	3位	33,042	13位										
		脳血管疾患	40,398	18位	37,358	23位										
		心疾患	68,720	5位	60,834	21位										
		腎不全	201,110	26位	194,723	23位										
		精神	34,348	22位	33,633	22位										
		悪性新生物	55,112	16位	57,905	22位										
		健診対象者一人当たり	1,901		1,795		2,775		1,919	2,346						
		健診未受診者	12,959		12,032		12,265		10,954	12,339						
		生活習慣病対象者一人当たり	6,311		6,006		7,618		6,836	6,742						
		健診未受診者	43,021		40,260		33,667		39,024	35,459						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,342	56.2	2,427	58.9	692,271	55.8	54,166	55.9	4,427,360	56.1				
		医療機関受診率	2,085	50.0	2,209	53.6	639,185	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	257	6.2	218	5.3	53,086	4.3	4,230	4.4	357,742	4.5				
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	4,169		4,138		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			
			受診率	36.8	県内30位 同規模118位	39.4	県内26位 同規模159位	39.5	37.5	全国25位	36.4					
			特定保健指導終了者(実施率)	413	56.0	369	53.2	44,581	30.2	7,845	50.6	198,683		21.1		
			非肥満高血糖	265	6.4	271	6.6	123,451	10.0	6,227	6.4	737,886		9.3		
			メタボ	該当者	972	23.3	1,035	25.1	217,023	17.5	21,916	22.6		1,365,855	17.3	
				男性	639	31.7	723	35.7	147,338	27.5	15,055	32.9		940,335	27.5	
				女性	333	15.4	312	14.9	69,685	9.9	6,861	13.4		425,520	9.5	
				予備群	662	15.9	672	16.3	133,280	10.8	14,505	15.0		847,733	10.7	
				男性	465	23.1	436	21.6	91,585	17.1	9,655	21.1		588,308	17.2	
			女性	197	9.1	236	11.2	41,695	5.9	4,850	9.5	259,425		5.8		
			メタボ 該当 予備群 レベル	腹囲	総数	1,880	45.1	1,955	47.4	392,620	31.7	41,588		42.9	2,490,581	31.5
					男性	1,246	61.9	1,316	65.1	266,875	49.7	27,902		60.9	1,714,251	50.2
				女性	634	29.4	639	30.4	125,745	17.9	13,686	26.8		776,330	17.3	
				BMI	総数	268	6.4	220	5.3	59,011	4.8	6,193		6.4	372,685	4.7
			男性		45	2.2	26	1.3	8,804	1.6	901	2.0		59,615	1.7	
			女性	223	10.3	194	9.2	50,207	7.1	5,292	10.4	313,070		7.0		
			血糖のみ	41	1.0	49	1.2	8,516	0.7	913	0.9	52,296		0.7		
			血圧のみ	436	10.5	459	11.1	92,153	7.4	10,137	10.5	587,214		7.4		
			脂質のみ	185	4.4	164	4.0	32,611	2.6	3,455	3.6	208,214		2.6		
	血糖・血圧	146	3.5	152	3.7	34,257	2.8	3,328	3.4	212,002	2.7					
血糖・脂質	63	1.5	61	1.5	12,318	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9						
血圧・脂質	448	10.7	486	11.8	104,384	8.4	10,556	10.9	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	315	7.6	336	8.2	66,064	5.3	6,804	7.0	415,310	5.3						
6	生活習慣の 状況	県内順位	服薬	高血圧	1,543	37.0	1,586	38.5	425,898	34.4	35,736	36.9	2,660,283	33.6		
			糖尿病	350	8.4	403	9.8	96,501	7.8	8,886	9.2	589,711	7.5			
			脂質異常症	834	20.0	907	22.0	296,409	23.9	19,747	20.4	1,861,221	23.6			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	130	3.1	121	3.0	38,719	3.3	2,781	3.2	246,252	3.3			
			既往歴	心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	205	4.9	177	4.4	69,715	5.9	3,985	4.5	417,378	5.5		
			腎不全	27	0.7	31	0.8	7,694	0.6	477	0.5	39,184	0.5			
			貧血	35	7.5	53	8.3	119,794	10.1	5,051	6.2	761,573	10.2			
			喫煙	620	14.9	656	15.9	163,058	13.2	14,476	14.9	1,122,649	14.2			
			週3回以上朝食を抜く	52	11.8	85	13.4	74,067	7.1	10,244	18.2	585,344	8.7			
			週3回以上食後間食	39	8.9	69	10.9	114,882	11.0	9,397	16.7	803,966	11.9			
			週3回以上就寝前夕食	79	18.0	137	21.6	153,932	14.5	13,503	23.9	1,054,516	15.5			
			食べる速度が速い	145	33.3	187	29.5	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	206	46.9	278	43.8	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	236	53.8	373	58.6	622,490	58.4	32,954	57.5	4,026,105	58.8			
1日1時間以上運動なし	252	57.4	367	57.9	475,229	44.6	27,541	49.9	3,209,187	47.0						
睡眠不足	131	29.9	166	26.2	256,868	24.3	16,386	30.1	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	69	15.4	118	18.4	286,446	24.6	14,259	22.1	1,886,293	25.6						
時々飲酒	143	31.9	202	31.4	244,207	21.0	18,519	28.7	1,628,466	22.1						
一日 飲酒 量	1合未満	131	52.0	201	48.2	480,326	64.5	22,185	50.1	3,333,836	64.0					
	1~2合	81	32.1	132	31.7	178,086	23.9	12,695	28.7	1,245,341	23.9					
	2~3合	33	13.1	54	12.9	68,324	9.2	5,994	13.5	486,491	9.3					
	3合以上	7	2.8	30	7.2	18,320	2.5	3,385	7.6	142,733	2.7					

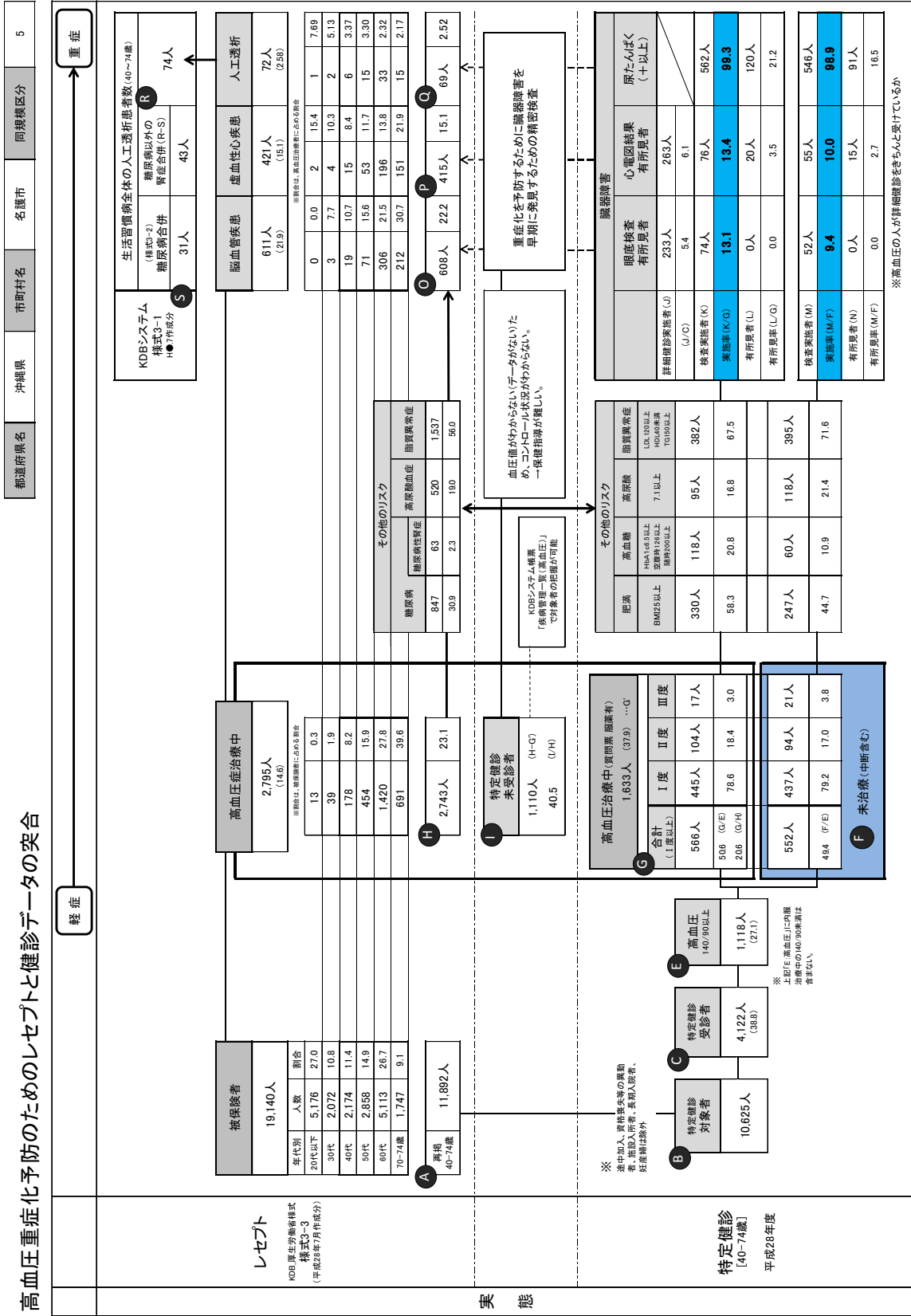
糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

都道府県名 沖縄県 市町村名 名護市 同規模区分 5



【参考資料 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】

※H30.1月現在 データ：KDB システムより

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳
(HbA1c6.5以上)

【対象者抽出基準】
過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考
1		H24			0				糖	服薬		○			
									HbA1c	13.4	6.7				
									CKD	重症度分類	G1A1	G2A1			
									GFR	128.2	77.1				
									尿蛋白	-	-				
2		H24			0				糖	服薬					
									HbA1c	7.1					
									CKD	重症度分類	G1A1				
									GFR	94.4					
									尿蛋白	±					
3		H24			0				糖	服薬		○	○	○	○
									HbA1c	8.7	6.2	6.7	6.9	7.1	
									CKD	重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1
									GFR	104.8	106.2	105.4	102	101.7	
									尿蛋白	-	-	-	±	±	
4		H24			0				糖	服薬					
									HbA1c	7	6.1				
									CKD	重症度分類	G1A1	G1A2			
									GFR	115.2	97.1				
									尿蛋白	-	+				

【参考資料 5】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H29年度

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A+B) 1052人	1. 資格喪失(転出・死亡)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 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	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から かかりつけ医、糖尿病専門医
	A 健診未受診者 432人 結果把握(内訳) ①国保 人 ②後期高齢 人 ③他保険 人 ④住基移動 人 ⑤確認できず 人 ①-1 未治療者(中断者含む) 人 *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		
保健指導の優先づけ	B 結果把握 620人 ①HbA1cが悪化している 94人 (再発)HbA1c7.0%以上で昨年より悪化している 41人 *医師会の先生方と基準を決めておく必要がある ②尿蛋白 (-) 359人 (±) 124人 (+)~顕性腎症 135人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 10人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 163人	栄養士中心 腎専門医	

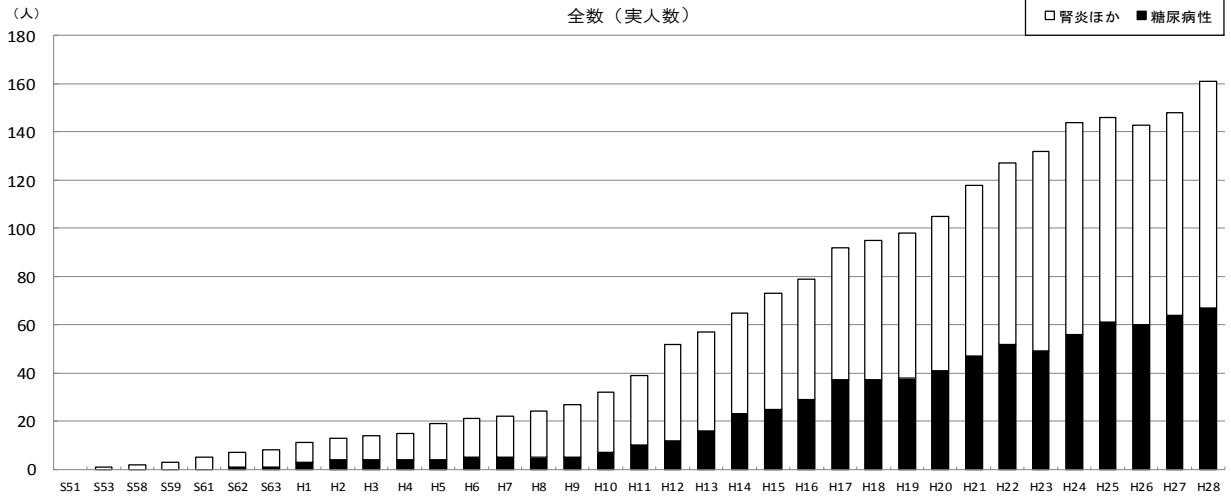
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

【参考資料 6】

項目	実合表	名護市						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	19,140人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳	11,892人								
2	① 特定健診	B	10,511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 対象者数	4,138人								
		③ 受診率	39.4%								
3	① 特定 保健指導		676人								
		② 実施率	54.7%								
4	① 健診 データ	E	610人	14.8%						特定健診結果	
		② 糖尿病型	F	196人	32.1%						
		③ 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	G	414人	67.9%						
		④ 治療中(質問票 服薬あり)	J	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	241人	58.2%					
		⑤ ④のうち		④のうち	④のうち	④のうち					
		⑥ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑦ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑧ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑨ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑩ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑪ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
5	① レセプト	H	1,158人	6.1%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② 糖尿病受療率(被保険者対)	60.5人								
		③ (再掲)40-74歳(被保険者対)	95.0人								
		④ レセプト件数 (40-74歳) (1件は被保険者対)	入院外(件数)	6,296件	(548.2)			9,887件	(770.4)		KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
		⑤ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑥ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑦ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑧ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑨ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑩ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑪ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑫ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑬ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑭ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑮ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑯ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
6	① 医療費	L	73人	6.3%						KDB_厚生労働省様式 様式2-2 ※再掲は糖尿病治療者を計上 KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
		② 糖尿病性腎症	72人 6.4%								
		③ (再掲)40-74歳	31人 2.68%								
		④ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	(再掲)40-74歳	31人	2.74%						
		⑤ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑥ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑦ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑧ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑨ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑩ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑪ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑫ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑬ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		⑭ ④のうち	④のうち	④のうち	④のうち						
		7	① 介護		39億1861万円						
② (2号認定者)糖尿病合併症	8件			13.3%							
8	① 死亡		3人 0.7%							KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

名護市の人工透析患者の推移（昭和51年～平成28年）

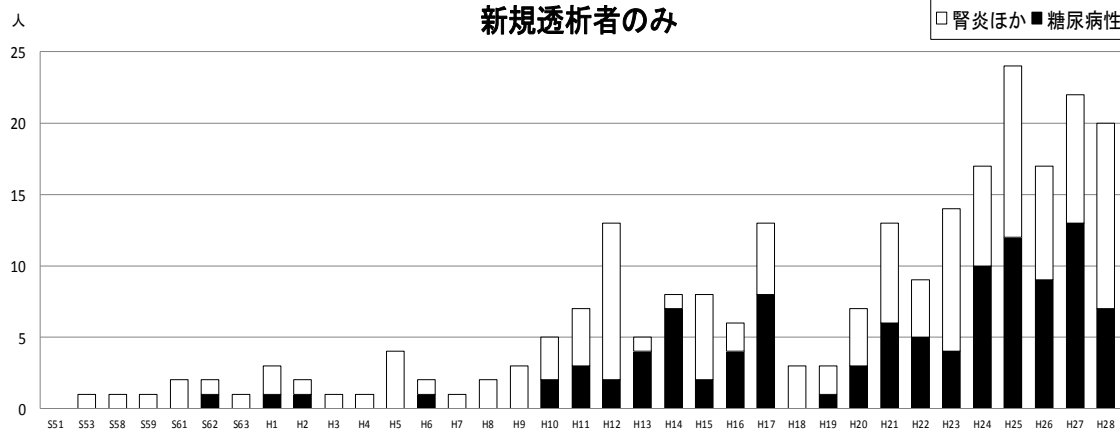
【参考資料 7】



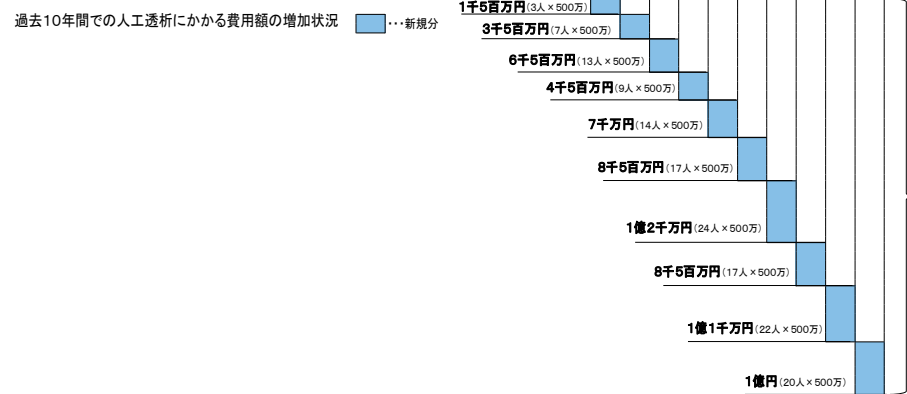
年度	S51	S53	S58	S59	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
腎炎ほか	0	1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	15	16	17	19	22	25	29	40	41	42	48	50	55	58	60	64	71	75	83	88	85	83	84	94
糖尿病性	0	0	0	0	0	1	1	3	4	4	4	4	5	5	5	5	7	10	12	16	23	25	29	37	37	38	41	47	52	49	56	61	60	64	67
合計	0	1	2	3	5	7	8	11	13	14	15	19	21	22	24	27	32	39	52	57	65	73	79	92	95	98	105	118	127	132	144	146	143	148	161

※名護市更正医療より

新規透析者のみ



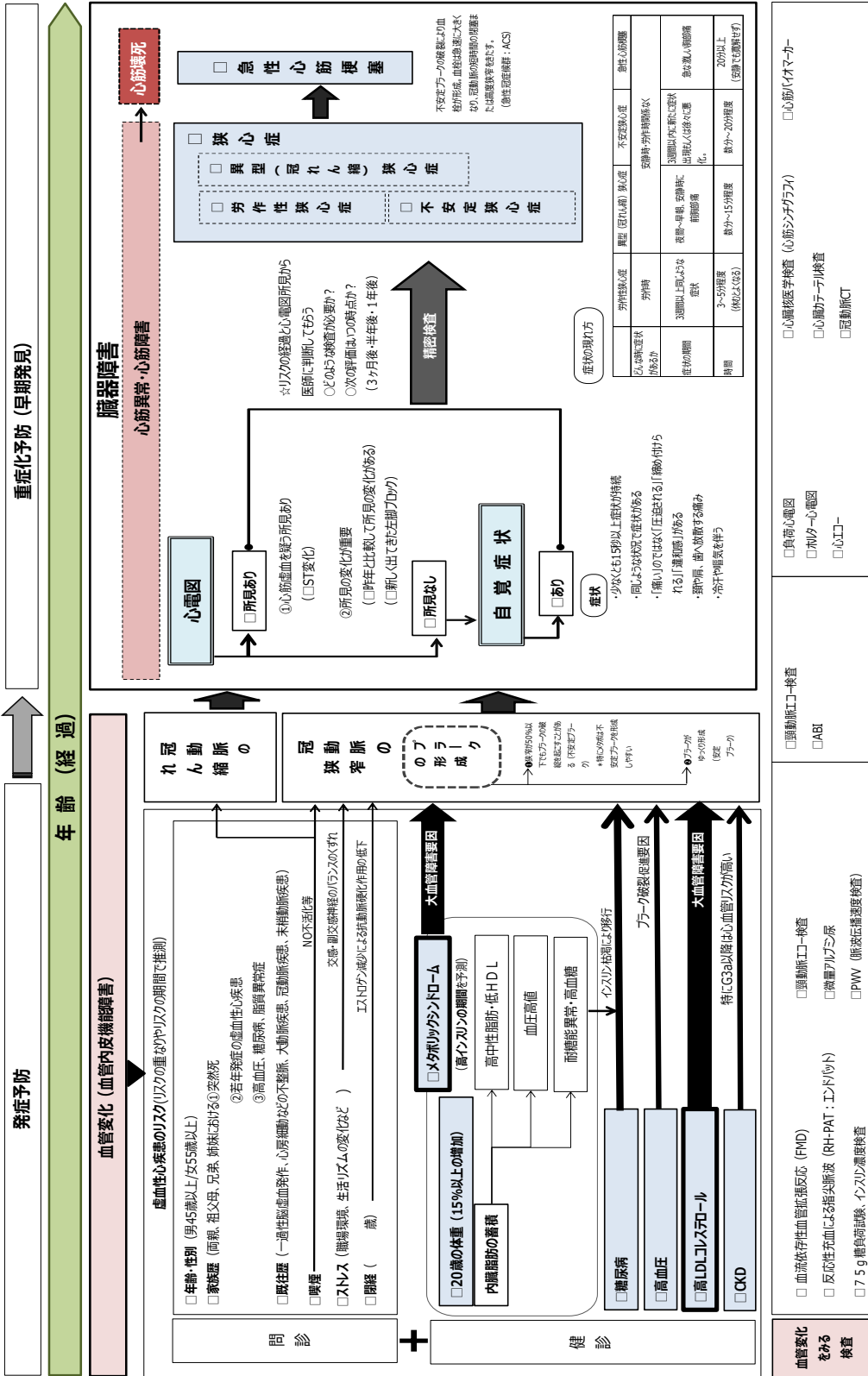
年度	S51	S53	S58	S59	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
腎炎ほか	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	4	1	1	2	3	3	4	11	1	1	6	2	5	3	2	4	7	4	10	7	12	8	9	13
糖尿病性	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	3	2	4	7	2	4	8	0	1	3	6	5	4	10	12	9	13	7
合計(人)	0	1	1	1	2	2	1	3	2	1	1	4	2	1	2	3	5	7	13	5	8	8	6	13	3	3	7	13	9	14	17	24	17	22	20



10年間で新規総額
7億3千万円
内、糖尿病を原因疾患とする人工透析にかかる費用
3億5千万円
(47.9%)

※名護市更正医療より

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者 発症予防対象者		
② 問診	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。					
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～
拡張期		～84	85～89	90～		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 10】

血圧評価表

個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																	
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧												
						HbA1c 判定	LDL	GFR	尿蛋白 ±	尿酸	H25		H26		H27		H28		H29				
											治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期	治療 有無	収縮期 拡張期			
			なし	5.7	159	53.4	—	6.9															
			該当者	9.3	78	93.5	±	6.6	○	111	72	○	124	60									
			なし	5.4	119	92.8	+	8.8		156	89		161	108									
			該当者	7	96	40	—	7					140	98									
			該当者	5.6	72	80.1	—	9.8					160	94	○	138	66	○	132	78			
			予備群	5.7	124	63.2	—	5.5	○	168	97												
			予備群	5.4	103	62.2	—	5.7		160	120												
			予備群	5.5	137	77.1	—	4.1				○	160	80									
			なし	6.1	145	65.1	—	7.8		168	100	○	151	90	○	143	79	○	152	88	○	137	88
			該当者	6.1	116	37.2	—	9					160	83		176	78	○	158	76	○	136	62
			該当者	6.1	124	73.4	±	6.4	○	146	100	○	134	84	○	113	77	○	134	88	○	132	86
			なし	7	112	57.2	+	7.4		145	88		166	104					177	110		147	97
			なし	5.6	140	61.6	—	7.5											154	101		141	97

【参考資料 11】

心房細動管理台帳

基本情報			治療の状況		脳梗塞の有無		毎年度確認すること																
氏名	年齢	性別	医療 機関名	心房細動 の病名	心房細動 診察開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診察日	H26年度					H27年度					H28年度					
								検診 受診日	心電図 判定	治療状況	内服薬	備考	検診 受診日	心電図 判定	治療状況	内服薬	備考	検診 受診日	心電図 判定	治療状況	内服薬	備考	
				非弁膜症性 心房細動	2015/12/4	脳梗塞	H27.11.27	2014/10/2	異常					2015/10/27	異常				2016/10/27	異常	治療中	ワザレル シロキール	
				心房細動	2013/12/12			2014/10/3	異常	受診のみ				2015/10/28	異常	受診のみ			2016/10/28	異常	受診のみ		
				非弁膜症性 心房細動	2016/7/7														2016/10/24	異常	治療中	ワザレル	

平成30年度に向けての全体評価

項目	計画での位置づけ	事業名	事業の概要 (方式)	ストラクチャー評価 ※1	プロセス評価 ※2	成果	アウトプット評価 ※3	成功・推進要因 ※4	張り切り 課題・阻害要因 ※5	評価 ※7
未 受 診 者 対 策	◆生活習慣病は重要課題がいたため、 ◆他の地域と比べ、特設診療所での より生活習慣病の患者発生が、 ◆若い世代の受診率増加、できるだけ 多くの住戸・保護者等と出会う機会を 捉え、早期介入に努むこと。 ◆男性60代、50代の特定受診率が とどまっているため、受診率向上を図る。	電話/ハガキによる コールコール 保健推進員による 受診勧奨訪問	休日診療、11月後半～12月前半の土日 に実施する。 ◆特定受診者の ◆特定受診者の ◆特定受診者の ◆特定受診者の ◆特定受診者の ◆特定受診者の	スケアール、モバイルを謳って 受診する。道 休日診療実施 休日診療実施 休日診療実施	◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4%	◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4%	◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4%	◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4%	◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4%	◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4% ◆2月～6月の特定受診者39.4%
発 生 予 防	◆メタボ疾患者、予備軍の重症化する ため、動脈硬化リスクの高い血 圧、脂質、血糖などの状態を 特定し、必要に応じて重症化 リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	特定受診者 ※重症化リスク ※重症化リスク ※重症化リスク ※重症化リスク	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、
重 症 化 予 防	◆重症化予防対象者明確化する。 ◆特定受診者の重症化予防 のための、動脈硬化リスクの 高い血圧、脂質、血糖などの 状態を特定し、必要に応じて 重症化リスクのある人への 重症化リスクの軽減を図る。 ◆重症化リスクのある人への 重症化リスクの軽減を図る。 ◆重症化リスクのある人への 重症化リスクの軽減を図る。	特定受診者 ※重症化リスク ※重症化リスク ※重症化リスク ※重症化リスク	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、	◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、 ◆重症化リスクのある人への重症化 リスクの軽減を図る。また、

【参考資料12】

平成 29 年度の実践評価を踏まえ、平成 30 年度の取組と課題整理（平成 30 年度進捗状況）

課題・目標		評価結果				評価
		実施計画	プロセス	アウトプット	アウトカム	
<p>【目標】 ●特定保健指導率 平成30年度42%</p> <p>【課題】 1. 特定保健指導率は平成25年度より平成28年度で39.4%と高くなっている</p> <p>2. 40～64歳で健診も治療も受けていない方が2,224人(36.0%)おり、健康状態がわからないため、未受診者にいかにか健診を受けてもらうかが重要な課題である。</p> <p>3. 治療中で健診未受診の方が34～37%おり、本人への受診勧奨や医療機関と連携して支援する必要がある。</p>	<p>【周知・公報】 1.事務担当職員は市民へ個別通知を行う 2.受けやすい健診体制として集団健診・個別健診・休日健診・ナイト健診を実施。 3.事務担当職員は各地区の集団健診終了後に未受診者へ電話による受診勧奨を実施。 4.事務担当職員は休日健診前にはハガキを再通知と併せて電話による受診勧奨を実施する。</p> <p>【未受診者訪問】 1.各地区の集団健診開始前に保健推進員による受診勧奨(3年未受診・新40歳)の実施する。 2.保健指導に携わる保健師等は糖尿病等管理台帳等に掲載されている方へ電話や訪問による受診勧奨を実施する。</p> <p>【医療機関への働きかけ】 1.北部地域医療連携バス会議へ参加し、協力医療機関へ名護市の健康課題や取組状況を伝え、通院者への特定健診受診勧奨を依頼する。 2.協力医療機関以外の医療機関へは訪問し、名護市の健康課題や取組状況を伝え、通院者へ特定健診受診勧奨を依頼する。 3.医療機関へ健診受診勧奨の協力依頼をする際は、トライアングル事業についても周知する。</p> <p>【区・個人へのインセンティブ】 1.健診担当者は特定健診受診率向上地区実施要項に基づき表彰地区等を選定、住民健診出席券に市長による表彰を実施。</p>	<p>○実施のしくみや体制、予算</p> <p>○実施のしくみや体制、予算</p> <p>○実施のしくみや体制、予算</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○健診の実施・通知方法や内容</p> <p>○受診勧奨の方法や内容</p>	<p>○通知数(健診別)</p> <p>○各健診の実施回数</p> <p>○未受診者訪問対象者数/実施数/実施率</p> <p>○北部地区医療連携バス部会への参加状況</p> <p>○医療機関説明会実施状況</p> <p>○トライアングル事業参加医療機関数/情報提供数</p>	<p>○再通知後の受診率</p> <p>○各健診の受診者数、受診率(年代別・男女別)</p> <p>○訪問後の受診率</p> <p>○通院中の方の受診率</p> <p>○個別医療機関の受診率</p>	
	<p>【特定保健指導の実施】 1.メタバおよび予備群は保健指導優先順位の上位とし、メタバ3項目重なりがある方をより優先的に保健指導を実施。 2.特定保健指導強化月間を設け、保健指導率向上に取り組み。 3.保健指導に携わる保健師等は健診現場健康相談実施要項に基づき事前に選定した地区及び対象者へ健診会場で保健指導を実施する。 4.保健指導に携わる保健師等は、健診結果説明会の実施要項に基づき事前に選定した地区及び対象者へ健診会場で保健指導を実施する。 5.保健指導に携わる保健師等は、健診結果より2次健診実施対象となる方については勧奨し、保健指導を実施する 6.成人グループ保健師は、保健指導者の事業の共通理解及び保健指導の力量形成が図れる場として保健指導ミーティングを月1回実施する。</p>	<p>【特定保健指導の実施】 ○保健指導の方法や内容</p> <p>○ミーティング及び研修会の内容</p>	<p>○実施のしくみや体制、予算</p>	<p>発症予防</p> <p>○特定保健指導対象者数/実施者数/実施率</p> <p>○現場健康相談対象者数/実施者数/実施率/実施地区数/初回介入率</p> <p>○健診結果説明会対象者数/実施者数/実施率/実施地区数</p> <p>○ミーティング及び研修会の回数</p>	<p>○保健指導後の健診結果改善率</p> <p>○メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合</p>	
<p>【目標】 ●特定保健指導率 平成30年度5.5%</p> <p>1.本市は男性が2人に1人、女性は4人に1人がメタボリックが0-1該当者又は予備群となっており、やや県よりも高い割合となっている</p> <p>2.メタボリックが0-1予備群については男性は1.5%減少、該当者は4%増加し、女性はメタボ予備群は2.1%増加、該当者は0.5%減少</p> <p>3.項目すべて該当する人の割合が男性は増加、女性は減少。</p>	<p>【特定保健指導の実施】 ○特定保健指導対象者数/実施者数/実施率</p> <p>○現場健康相談対象者数/実施者数/実施率/実施地区数</p> <p>○ミーティング及び研修会の回数</p>	<p>○実施のしくみや体制、予算</p>	<p>発症予防</p> <p>○特定保健指導対象者数/実施者数/実施率</p> <p>○現場健康相談対象者数/実施者数/実施率/実施地区数</p> <p>○ミーティング及び研修会の回数</p>	<p>○保健指導後の健診結果改善率</p> <p>○メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合</p>		

評価結果					
課題・目標	実施計画	評価指標			評価
		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	
<p>【重症化予防】</p> <p>1.死因別にみると心臓病・脳血管疾患・糖尿病による死亡割合は減少、腎不全による死亡割合は増加(1.7倍)。心疾患・脳血管疾患は沖縄県より高い。</p> <p>2.介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定者の増加、介護給付費の増加。</p> <p>3.入院費用の割合は増加し、入院外費用が減少</p> <p>4.糖尿病の医療費割合は増加しているが、高血圧や脂質異常症は低下している。治療の必要な者が医療の中断をしていないか確認が必要。</p>	<p>【糖尿病性腎症重症化予防プログラム】 【生活習慣病重症化予防 保健指導事業】</p> <p>1.事業担当保健師は、保健指導対象者の台帳整備をし、進捗状況管理を行う。</p> <p>2.保健指導に携わる保健師等は健診結果や二次健診、確認健診結果より医療機関への受診が必要な者へ受診勧奨を行う</p> <p>3.保健指導に携わる保健師等は通院中でコントロール不良者については生活習慣改善のための保健指導を行う。保健指導の際には連携バス模式及び糖尿病連携手帳を活用し医療機関と十分な連携を図る。</p> <p>4.保健指導対象者で腎臓書がみられる方については、腎専門医指示のもと管理栄養士と連携し指導を行う。</p>	<p>○実施のしくみや体制、予算</p>	<p>重症化予防</p> <p>○保健指導の方法や内容</p>	<p>○保健指導対象者数/実施者数/実施率</p> <p>○未治療者及び中断者数/受診勧奨数/受診率</p> <p>○保健指導後の健診結果改善率</p> <p>・高血圧の割合(特にIII度以上の割合)</p> <p>・脂質異常者の割合(特にLDL180以上)</p> <p>・糖尿病有病者の割合(特にHbA1c8.0%以上)</p> <p>・あなみ経年比較ツール</p> <p>・様式6-1(参考資料1.5)</p>	
<p>【二次健診】 ※来院予約での取組あり</p> <p>1.保健指導に携わる保健師等は、健診結果より二次健診実施要項の対象となる方については受診勧奨し、健診後は保健指導を実施する。</p>	<p>【医療機関との連携】</p> <p>1.事業担当保健師は、北部地域医療連携バス会議へ参加し、名護市の健康課題や取り組み状況を伝え、協力医療機関へは会議を通じ保健師等の連携が図れるよう協力依頼をする。</p> <p>2.協力医療機関以外の医療機関へは訪問し、名護市の健康課題や取組状況を伝え、保健師等の連携が図れるよう協力依頼をする</p> <p>3.医療機関と共通理解のもと、糖尿病連携手帳を活用し、糖尿病治療者自身のコントロールへ役立てよう活用する。</p>	<p>○実施のしくみや体制、予算</p>	<p>○保健指導の方法や内容</p>	<p>○二次健診実施者数/実施後の結果内訳</p> <p>○次年度健診受診率</p> <p>○二次健診後の受診率/健診結果改善率</p>	
<p>5.糖尿病・高血圧・高脂血症の医療費の割合は国と比較すると低く、慢性腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患の割合は高い</p> <p>6.ひと月200万円以上の高額になる疾患では、虚血性心疾患で全体の13.2%を占め最も高い。基礎疾患では高血圧が88.3%で、脂質異常症76.9%、糖尿病が47.4%となっている。</p> <p>7.透析者の45.5%は虚血性心疾患を合併。また40.3%が糖尿病性腎症となっている</p>	<p>○定期会議(連携バス研修会の前)の機能、プログラム</p> <p>△協力医療機関及び未協力医療機関との連携体制</p>	<p>○定期会議(連携バス研修会の前)の機能、プログラム</p> <p>△協力医療機関及び未協力医療機関との連携体制</p>	<p>○医師会事務局</p> <p>市担当医師、北部保健所との調整及び内容/定期会議・研修会内容</p>	<p>○連携バス会議参加回数/協力医療機関数/医療機関訪問実施数/紹介状発行数/糖尿病連携手帳発行数</p> <p>○連携バス利用者の受診率/返書数/治療中の方の通院状況</p>	