

浦添市国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)



浦 添 市

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

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
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 KDB からみえる第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	9
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)	23
1.第3期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.特定健診・保健指導の実践スケジュール	
7.個人情報の保護	
8.結果の報告	
9.特定健康診査等実施計画の公表・周知	

第4章 保健事業の内容	30
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取り組み	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患予防	
3.脳血管疾患予防	
III ポピュレーションアプローチ	
1.普及啓発の取り組み	
2.個人へのインセンティブ提供の取り組み	
IV その他の保健事業	
1.重複受診・頻回受診者への保健指導	
2.柔道整復の適正受療	
3.ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用促進	
4.医療費通知の実施	
第5章 地域包括ケアに係る取り組み	49
第6章 計画の評価・見直し	50
1.評価の時期	
2.評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
1.計画の公表・周知	
2.個人情報の取扱い	
資料編 目次	53

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。）等の電子化の進展により、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（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、2015 年（平成 27 年）5 月には「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」が成立し、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や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うこととなったが、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こととされている。さらに、医療保険加入者の健康づくりや重症化予防の取り組みを進め、ひいては医療費の適正化を図るため、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、2018 年度（平成 30 年度）から新たなインセンティブ制度として保険者努力支援制度が創設されることとなり、これまで以上に成果を出す保健事業の取り組みが求められている。

浦添市では、2013 年（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り組みを行うことを推進する。」とされたことを踏まえ、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。）の一部改正等に基づき、2014 年度（平成 26 年度）に浦添市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「第 1 期計画」という。）を策定し、保健事業の実施・評価・改善等を行ってきたところである。

第 1 期計画は 2017 年度（平成 29 年度）までの計画となっているが、今後は、更なる被保険者の健康保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら、ターゲットを絞った保健事業を展開し、ポピュレーションアプローチから重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくために、第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定し、PDCA サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施していくこととする。

本計画では、健診結果やレセプト等の分析から予防可能な疾患に着目し、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患への重症化を予防することを中長期的な目標、重症化の共通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の発症を予防することを短期的な目標とし、医療費適正化及び健康寿命の延伸を目指していく。

2. 計画の位置付け

第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）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、特定健診等の結果や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。

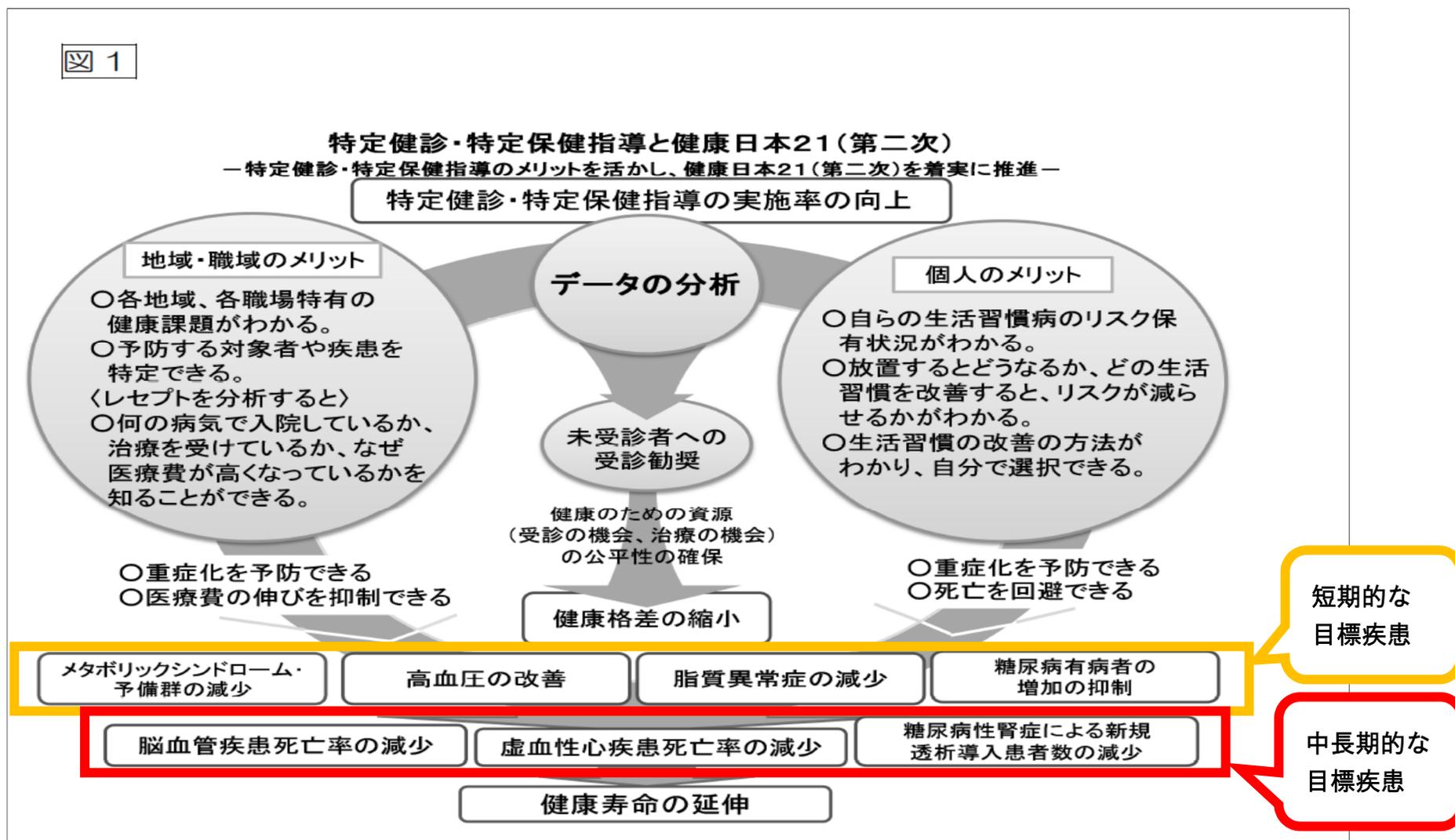
計画は、国指針において特定健康診査等実施計画と一体的に策定することが望ましいとされていることから、計画第3章として一体的に策定するほか、健康・食育うらそえ21、てだこ高齢者プラン、沖縄県医療費適正化計画等とも調和のとれたものとする（図表1-1・1-2・1-3）。

【図表1-1】2018年度（平成30年度）に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

※健康増進事業実施者とは 健康保険法、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）、学校保健安全法			
	「健康日本21」計画 (健康・食育うらそえ21)	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」
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)
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
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機 能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障 制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を 抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を現 現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保 険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化 及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者 自身にとっても重要である。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり
対象疾病	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">虚血性心疾患 脳血管疾患</div> 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 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">虚血性心疾患 脳血管疾患</div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">虚血性心疾患 脳血管疾患</div> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん </div>
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> 保険者努力支援制度 </div>	健診・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(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費②介護費
その他	保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		

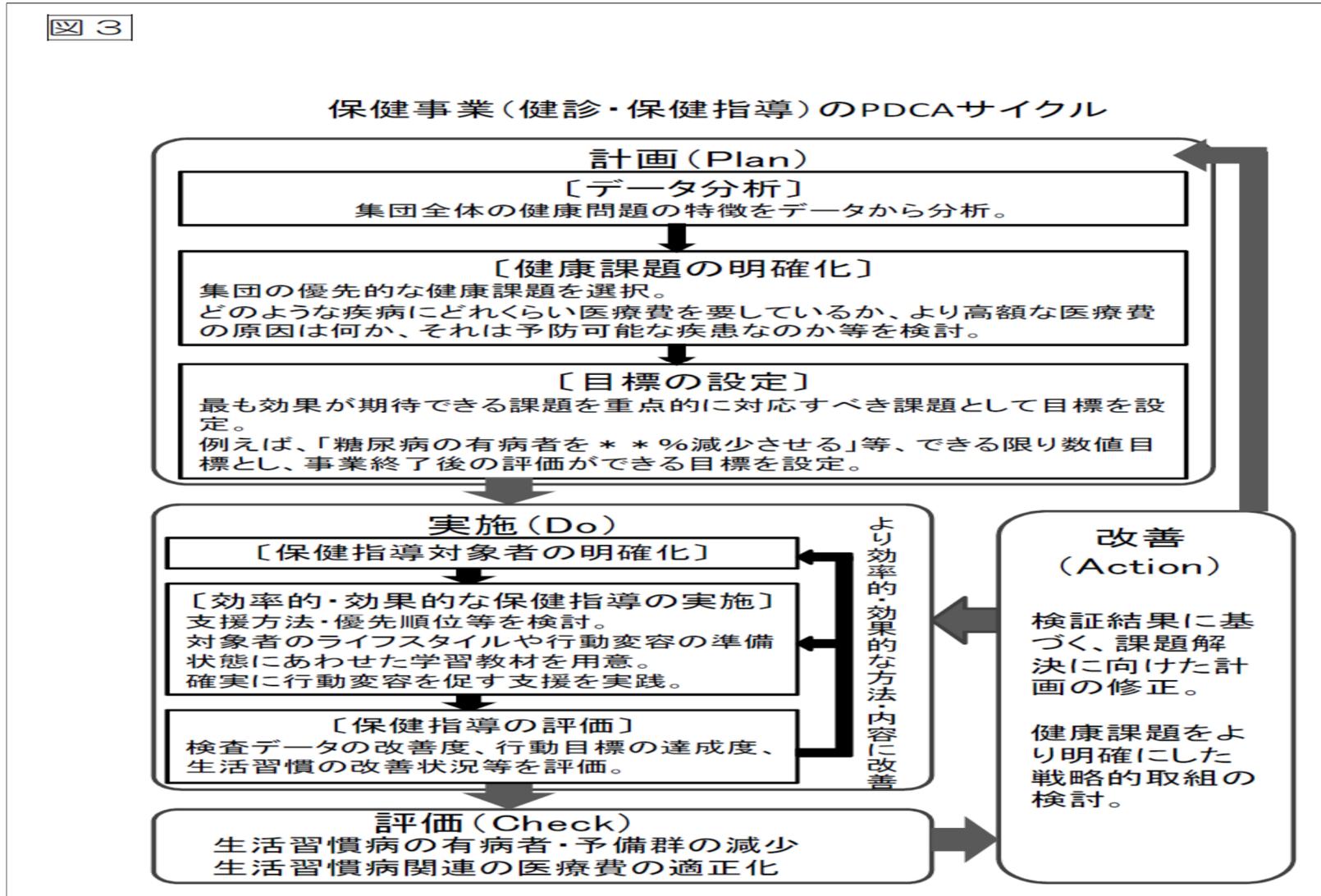
	「介護保険事業(支援)計画」 (てだこ高齢者プラン)	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	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	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	国民皆保険を堅持 し続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大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果的に提供する体制の確保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において切れ目のない医療の提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	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	<p>脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症</p> <p>慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期</p> <p>初老期の認知症、早老症 骨折+骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症</p>	<p>メタボリックシンドローム</p> <p>糖尿病</p> <p>生活習慣病</p>	<p>糖尿病</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中</p> <p>がん</p> <p>精神疾患</p>
評価	<p>①地域における自立した日常生活の支援</p> <p>②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止</p> <p>③介護給付費の適正化</p>	<p>○医療費適正化の取組 外来</p> <p>①一人あたり外来医療費の地域差の縮減</p> <p>②特定健診・特定保健指導の実施率の向上</p> <p>③メタボ該当者・予備群の減少</p> <p>③糖尿病重症化予防の推進</p> <p>入院 病床機能分化・連携の推進</p>	<p>①5疾病・5事業</p> <p>②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)</p>
その他		↑ 保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 1-2】 特定健診・特定保健指導と健康日本 21（第二次）



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 1-3】 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



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、本計画策定の手引き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、沖縄県における医療費適正化計画や医療計画が2018年度（平成30年度）から2023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ため、計画期間を2018年度（平成30年度）から2023年度の6年間とする。

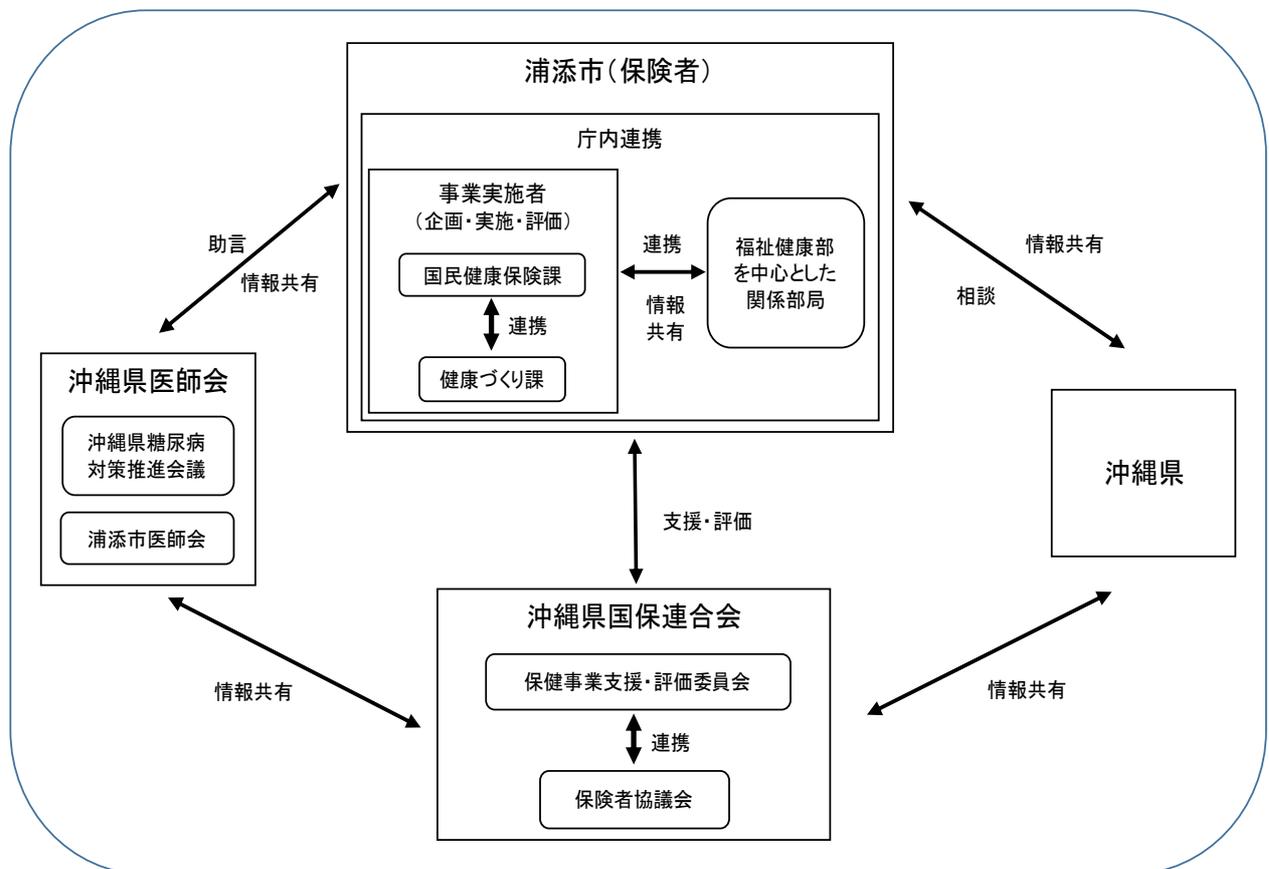
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体・関係部局の役割

浦添市においては、健康づくり課及び国民健康保険課が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、福祉健康部を中心に庁内連携にて関係部局と連携していく。庁内連携では、関係部局と計画の策定内容やその他の健康づくりの取り組みについて定期的に情報共有を行い、連携体制を構築していくことが重要である。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者や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1-4）。

【図表1-4】浦添市の実施体制図



※2018年（平成30年）3月31日時点の実施体制図

2) 外部有識者等の役割と連携

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、沖縄県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、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベース（以下「KDB」という。）システムを活用した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。

2018年度（平成30年度）から都道府県が市町村国保の財政運営の責任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、沖縄県の関与が更に重要となる。このため、計画素案について沖縄県と意見交換を行い連携に努めることが重要である。

また、浦添市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、沖縄県が沖縄県医師会（以下「県医師会」という。）等との連携を推進することが重要である。国保連と沖縄県は、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ことが重要である。

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。そのためには、全国健康保険協会や健康保険組合等、各保険者の代表で構成される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、被保険者が自身の状況を理解し、主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。また、浦添市国民健康保険運営協議会等の場に参画してもらい、被保険者としての立場から意見を述べることも重要である。

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、新たに保険者努力支援制度が創設され、2016年度（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（2018年度（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（税）収納率の実施状況を高く評価している。国の情勢も踏まえ、効果的かつ効率的に保健事業を実施することが重要である（図表1-5）。

【図表 1-5】 保険者努力支援制度

		浦添市 (2017、2018年分は予定)			国基準 加点
		2016年 (H28)	2017年 (H29)	2018年 (H30)	
総得点(満点)		345	580	850	850
浦添市総得点		242	353	506	
交付額(万円)		1,748		5,198	
全国順位(1,741市町村中)		268位			
共通 ①	特定健診受診率	0	0	0	50
	特定保健指導実施率	20	20	30	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	14	20	35
	後発医薬品の使用割合	15	20	25	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	15	30	50	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	8	25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	24	32	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			31	50
体制構築加点		70	70	60	60

※2018年(平成30年)1月31日時点の状況、空欄については現時点で未定。

第2章 KDBからみえる第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年度を比較すると、死亡の状況では、心臓病・腎不全・糖尿病による死亡割合は減少しており、全死亡に占める65歳未満の死亡割合（以下「早世の割合」という。）は23.7%から19.3%へ減少している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、1号認定者数（認定率）及び介護給付費の増加がみられた。また、医療費に占める外来費用の割合は54.8%から52.5%へ減少しているが、入院費用の割合は45.2%から47.5%へ増加していた。

国保の被保険者数は平成25年度と平成28年度を比較すると、約2,700人減少、加入率も2.6%減少しており、今後も減少することが想定される。年齢構成をみても65～74歳の割合が増加していることから、高齢化を考慮しデータの評価を行う（参考資料1）。

(2) 中長期的な目標に対する達成状況

①介護給付費の状況

平成25年度と平成28年度を比較すると、3年間で介護給付費は7億6,024万円増加、1件当たり給付費（全体）¹も616円増加している。また、同規模の市²と比較し1件当たり給付費（全体）は13,159円高く、居宅サービスは15,511円、施設サービスも7,653円高くなっている（図表2-1）。

【図表2-1】介護給付費の変化

単位：円

	浦添市				同規模の市		
	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	51億4,764万	71,267	54,429	291,150	60,837	40,700	286,602
H28	59億788万	71,883	55,447	288,100	58,724	39,936	280,447

※1 件当たり給付費（全体）は、年度内平均月額を示す

KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（年度累計、CSV・帳票）」

¹ 1件当たり給付費（全体）とは、介護給付費累計額をサービス利用者実人数（居宅サービス、施設サービス両方利用している場合は、利用者数1となる）で除した数であり、年度内平均月額を示す。

² 同規模の市とは、人口10万～15万未満の102市（H28年度版）を示す。詳細は参考資料9参照。

②医療費の状況

平成25年度と平成28年度を比較すると、全体では総医療費³が3,998万円増加、一人当たり医療費も1,507円増加している。入院の総医療費は2億1,189万円増加、伸び率5.6%に対し、外来は1億7,192万円減少し、伸び率-3.8%となっている。総医療費の伸び率を同規模の市と比較すると、同規模の市においては全体、入院、外来の全てで減少しているが、浦添市においては外来は減少し入院は増えている（図表2-2）。

【図表2-2】医療費の変化

単位：円

		全体				入院				外来			
		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)		費用額	増減	伸び率(%)	
				浦添市	同規模の市			浦添市	同規模の市			浦添市	同規模の市
総医療費	H25	83億1,563万	-			37億5,583万	-			45億5,980万	-		
	H28	83億5,561万	3,998万	0.5	-1.6	39億6,772万	2億1,189万	5.6	-1.8	43億8,788万	-1億7,192万	-3.8	-1.4
一人当たり医療費	H25	19,714	-			8,900	-			10,810	-		
	H28	21,221	1,507	7.6	8.5	10,080	1,180	13.3	8.4	11,140	330	3.1	8.6

※総医療費は、年度累計額を示す

※一人当たり医療費は年度内平均月額を示す

KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（年度累計、CSV）」

「同規模保険者比較（年度累計、CSV）」

「地域の全体像の把握（年度累計、帳票）」

³ 総医療費とは、KDBにおけるDPC、医科、調剤レセプトの決定点数の合計×10で算出した医療費で、年度累計額を示す。

③総医療費に占める状況（中長期的な目標疾患⁴、短期的な目標疾患⁵）

中長期的な目標疾患の総医療費に占める割合を平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、慢性腎不全の割合は透析有が 0.68%、透析無が 0.05%増加しているが、虚血性心疾患は 0.06%、脳血管疾患は 0.22%減少している。しかし、脳血管疾患の総医療費に占める割合は、減少傾向とはいえ沖縄県や全国と比較して高い状況である。

また、短期的な目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は減少しており、目標疾患医療費計も減少していることから、医療にかからず重症化した結果が中長期的な目標疾患の割合に影響していると考えられる。（図表 2-3）。

【図表 2-3】 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

	一人当たり医療費			中長期的な目標疾患				短期的な目標疾患			(中長期・短期的) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
	金額	順位		腎		心	脳	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
		同規模 の市	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	狭心症 心筋梗塞	脳梗塞 脳出血									
H25	浦添市	19,714	95位	24位	7.21%	0.21%	1.74%	2.93%	3.90%	4.98%	2.21%	19億2,711万	23.17%	8.88%	14.83%	7.08%
H28		21,221	102位	25位	↑7.89%	0.26%	1.68%	2.71%	3.68%	3.44%	1.90%	↓18億90万	21.55%	8.91%	14.62%	7.89%
H28	沖縄県	22,111	-	-	8.79%	0.35%	1.86%	2.38%	3.81%	3.43%	1.88%	271億1,089万	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	全国	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.04%	2.23%	5.40%	4.75%	2.95%	2兆2,399億893万	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

※最大医療資源傷病⁶による分類結果

※一人当たり医療費は年度内平均月額を示す

※目標疾患医療費計は年度累計額を示す

KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（年度累計、CSV）」

⁴ 中長期的な目標疾患とは、計画において中長期的な目標に掲げている糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を示す。

⁵ 短期的な目標疾患とは、計画において短期的な目標に掲げている高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームを示す。

⁶ 最大医療資源傷病とは、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のこと（調剤含む）。

④中長期的な目標疾患

被保険者数に占める虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析の割合は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較しても大きな変化はない。

虚血性心疾患では、人工透析の割合が 3.9%から 6.7%と増加しており、特に 64 歳以下の占める割合が高くなっていった。

また、虚血性心疾患、脳血管疾患では 60%以上が高血圧と脂質異常症があり、人工透析では 90%以上が高血圧であった（図表 2-4）。

【図表 2-4】中長期的な目標疾患の状況

	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	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	35,251	789	2.2%	217	27.5%	31	3.9%	602	76.3%	417	52.9%	540	68.4%							
	0-64歳	28,936	303	1.0%	67	22.1%	20	6.6%	220	72.6%	155	51.2%	192	63.4%							
	65-74歳	6,315	486	7.7%	150	30.9%	11	2.3%	382	78.6%	262	53.9%	348	71.6%							
H28	全体	33,322	732	2.2%	205	28.0%	49	6.7%	592	80.9%	391	53.4%	517	70.6%							
	0-64歳	26,278	266	1.0%	56	21.1%	31	11.7%	208	78.2%	131	49.2%	179	67.3%							
	65-74歳	7,044	466	6.6%	149	32.0%	18	3.9%	384	82.4%	260	55.8%	338	72.5%							

	被保険者数	脳血管疾患						人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症				
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	35,251	996	2.8%	217	21.8%	30	3.0%	780	78.3%	407	40.9%	606	60.8%				
	0-64歳	28,936	367	1.3%	67	18.3%	16	4.4%	271	73.8%	134	36.5%	200	54.5%				
	65-74歳	6,315	629	10.0%	150	23.8%	14	2.2%	509	80.9%	273	43.4%	406	64.5%				
H28	全体	33,322	898	2.7%	205	22.8%	34	3.8%	672	74.8%	377	42.0%	539	60.0%				
	0-64歳	26,278	287	1.1%	56	19.5%	16	5.6%	191	66.6%	101	35.2%	152	53.0%				
	65-74歳	7,044	611	8.7%	149	24.4%	18	2.9%	481	78.7%	276	45.2%	387	63.3%				

	被保険者数	人工透析						高血圧		糖尿病		脂質異常症		
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	35,251	96	0.3%	30	31.3%	31	32.3%	93	96.9%	53	55.2%	45	46.9%
	0-64歳	28,936	61	0.2%	16	26.2%	20	32.8%	60	98.4%	28	45.9%	26	42.6%
	65-74歳	6,315	35	0.6%	14	40.0%	11	31.4%	33	94.3%	25	71.4%	19	54.3%
H28	全体	33,322	111	0.3%	34	30.6%	49	44.1%	101	91.0%	62	55.9%	49	44.1%
	0-64歳	26,278	65	0.2%	16	24.6%	31	47.7%	57	87.7%	32	49.2%	25	38.5%
	65-74歳	7,044	46	0.7%	18	39.1%	18	39.1%	44	95.7%	30	65.2%	24	52.2%

KDB「厚生労働省様式 様式 3-5、3-6、3-7（7月作成分（5月診療分）、CSV・帳票）」

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク

被保険者に占める糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は、平成25年度と平成28年度を比較してわずかに減っているが、糖尿病では、インスリン療法、人工透析、糖尿病性腎症の割合が増えている。

また、高血圧では、虚血性心疾患、人工透析の割合が増えている（図表2-5）。

【図表2-5】短期的目標疾患の状況

	被保険者数	糖尿病																
		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	35,251	2,316	6.6%	181	7.8%	1,679	72.5%	1,529	66.0%	417	18.0%	407	17.6%	53	2.3%	185	8.0%
	0-64歳	28,936	1,081	3.7%	108	10.0%	726	67.2%	667	61.7%	155	14.3%	134	12.4%	28	2.6%	90	8.3%
	65-74歳	6,315	1,235	19.6%	73	5.9%	953	77.2%	862	69.8%	262	21.2%	273	22.1%	25	2.0%	95	7.7%
H28	全体	33,322	2,135	6.4%	191	8.9%↑	1,489	69.7%	1,400	65.6%	391	18.3%	377	17.7%	62	2.9%↑	187	8.8%↑
	0-64歳	26,278	894	3.4%	92	10.3%	555	62.1%	565	63.2%	131	14.7%	101	11.3%	32	3.6%	77	8.6%
	65-74歳	7,044	1,241	17.6%	99	8.0%	934	75.3%	835	67.3%	260	21.0%	276	22.2%	30	2.4%	110	8.9%

	被保険者数	高血圧												
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	35,251	4,781	13.6%	1,679	35.1%	2,603	54.4%	602	12.6%	780	16.3%	93	1.9%
	0-64歳	28,936	2,244	7.8%	726	32.4%	1,101	49.1%	220	9.8%	271	12.1%	60	2.7%
	65-74歳	6,315	2,537	40.2%	953	37.6%	1,502	59.2%	382	15.1%	509	20.1%	33	1.3%
H28	全体	33,322	4,204	12.6%	1,489	35.4%	2,333	55.5%	592	14.1%↑	672	16.0%	101	2.4%↑
	0-64歳	26,278	1,737	6.6%	555	32.0%	868	50.0%	208	12.0%	191	11.0%	57	3.3%
	65-74歳	7,044	2,467	35.0%	934	37.9%	1,465	59.4%	384	15.6%	481	19.5%	44	1.8%

	被保険者数	脂質異常症												
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	35,251	3,665	10.4%	1,529	41.7%	2,603	71.0%	540	14.7%	606	16.5%	45	1.2%
	0-64歳	28,936	1,667	5.8%	667	40.0%	1,101	66.0%	192	11.5%	200	12.0%	26	1.6%
	65-74歳	6,315	1,998	31.6%	862	43.1%	1,502	75.2%	348	17.4%	406	20.3%	19	1.0%
H28	全体	33,322	3,363	10.1%	1,400	41.6%	2,333	69.4%	517	15.4%	539	16.0%	49	1.5%
	0-64歳	26,278	1,409	5.4%	565	40.1%	868	61.6%	179	12.7%	152	10.8%	25	1.8%
	65-74歳	7,044	1,954	27.7%	835	42.7%	1,465	75.0%	338	17.3%	387	19.8%	24	1.2%

KDB「厚生労働省様式 様式3-2、3-3、3-4（7月作成分（5月診療分）、CSV・帳票）」

②リスクの健診結果経年変化

平成25年度と平成28年度を比較すると、メタボリックシンドローム該当者は男女とも増加しており、男性はメタボリックシンドローム予備群も増加している。また、メタボリックシンドローム該当者のうち、健診結果で血糖・血圧・脂質の3項目すべてにおいて基準値を超えていた方の割合が男女ともに増加している（図表2-6）。

有所見者の割合の高い項目では、男女ともに空腹時血糖、HbA1cは増加し、特に男性は腹囲、中性脂肪、収縮期血圧などが増加している（図表2-7）。

【図表2-6】メタボリックシンドロームの状況

性別	年齢	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
男性	合計	2,777	30.4	209	7.5	578	20.8	41	1.5	396	14.3	141	5.1	807	29.1	127	4.6	64	2.3	385	13.9	231	8.3
	40-64歳	1,441	23.2	137	9.5	273	18.9	23	1.6	151	10.5	99	6.9	400	27.8	58	4.0	40	2.8	200	13.9	102	7.1
	65-74歳	1,336	46.0	72	5.4	305	22.8	18	1.3	245	18.3	42	3.1	407	30.5	69	5.2	24	1.8	185	13.8	129	9.7
H28	合計	2,613	25.0	188	7.2	583	22.3↑	59	2.3↑	378	14.5	146	5.6	815	31.2↑	123	4.7	42	1.6	372	14.2	278	10.6↑
	40-64歳	1,202	17.4	104	8.7	264	22.0	27	2.2	140	11.6	97	8.1	362	30.1	40	3.3	23	1.9	185	15.4	114	9.5
	65-74歳	1,411	39.9	84	6.0	319	22.6	32	2.3	238	16.9	49	3.5	453	32.1	83	5.9	19	1.3	187	13.3	164	11.6

性別	年齢	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
女性	合計	3,334	37.0	119	3.6	312	9.4	14	0.4	221	6.6	77	2.3	405	12.1	49	1.5	28	0.8	222	6.7	106	3.2
	40-64歳	1,700	30.0	63	3.7	129	7.6	5	0.3	85	5.0	39	2.3	163	9.6	19	1.1	19	1.1	86	5.1	39	2.3
	65-74歳	1,634	48.9	56	3.4	183	11.2	9	0.6	136	8.3	38	2.3	242	14.8	30	1.8	9	0.6	136	8.3	67	4.1
H28	合計	3,224	31.6	103	3.2	292	9.1↓	20	0.6	200	6.2	72	2.2	406	12.6↑	59	1.8	32	1.0	188	5.8	127	3.9↑
	40-64歳	1,429	23.0	61	4.3	110	7.7	9	0.6	74	5.2	27	1.9	128	9.0	15	1	20	1.4	59	4.1	34	2.4
	65-74歳	1,795	45.0	42	2.3	182	10.1	11	0.6	126	7.0	45	2.5	278	15.5	44	2.5	12	0.7	129	7.2	93	5.2

KDB「厚生労働省様式 様式6-8（年度、CSV・帳票）」

【図表2-7】有所見の状況

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												
男性	合計	1,226	44.1	1,594	57.4	793	28.6	653	23.5	255	9.2	1,064	38.3	1,337	48.1	724	26.1	1,149	41.4	589	21.2	1,356	48.8	71	2.6
	40-64歳	648	45.0	810	56.2	489	33.9	446	31.0	130	9.0	517	35.9	609	42.3	435	30.2	539	37.4	364	25.3	733	50.9	21	1.5
	65-74歳	578	43.3	784	58.7	304	22.8	207	15.5	125	9.4	547	40.9	728	54.5	289	21.6	610	45.7	225	16.8	623	46.6	50	3.7
H28	合計	1,162	44.5	1,586	60.7↑	820	31.4↑	637	24.4	183	7.0	1,117	42.7↑	1,444	53.3↑	676	25.9	1,166	44.6↑	581	22.2	1,302	49.8	73	2.8
	40-64歳	568	47.3	730	60.7	458	38.1	364	30.3	99	8.2	462	38.4	586	48.8	364	30.3	465	38.7	340	28.3	641	53.3	22	1.8
	65-74歳	594	42.1	856	60.7	362	25.7	273	19.3	84	6.0	655	46.4	858	60.8	312	22.1	701	49.7	241	17.1	661	46.8	51	3.6

性別	年齢	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	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												
女性	合計	1,116	33.5	836	25.1	584	17.5	394	11.8	83	2.5	730	21.9	1,628	48.8	166	5.0	1,174	35.2	421	12.6	1,900	57.0	12	0.4
	40-64歳	511	30.1	355	20.9	313	18.4	236	13.9	42	2.5	321	18.9	670	39.4	71	4.2	472	27.8	235	13.8	963	56.6	3	0.2
	65-74歳	605	37.0	481	29.4	271	16.6	158	9.7	41	2.5	409	25.0	958	58.6	95	5.8	702	43.0	186	11.4	937	57.3	9	0.6
H28	合計	1,096	34.0	801	24.8	575	17.8	390	12.1	46	1.4	807	25.0↑	1,799	53.8↑	183	5.7	1,144	35.5	405	12.6	1,841	57.1	18	0.6
	40-64歳	442	30.9	299	20.9	263	18.4	183	12.8	15	1.0	296	20.7	639	44.7	66	4.6	384	26.9	204	14.3	836	58.5	5	0.3
	65-74歳	654	36.4	502	28.0	312	17.4	207	11.5	31	1.7	511	28.5	1,160	64.6	117	6.5	760	42.3	201	11.2	1,005	56.0	13	0.7

KDB「厚生労働省様式 様式6-2～7（年度、CSV・帳票）」

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると健診受診率は 1.4%増加、継続受診率も 1.6%増加していた。しかし、健診受診率は沖縄県平均よりも 4.1%低い状態である。

保健指導実施率は平成 28 年度に 58.0%となり、沖縄県の平均よりも低い。平成 28 年度の健診受診率と保健指導実施率は、国の定める目標（60%）に達していない（図表 2-8）。

【図表 2-8】 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	特定健診					特定保健指導			
	対象者数	受診者数	受診率		継続受診率	対象者数	終了者数	保健指導実施率	
			浦添市	沖縄県				浦添市	沖縄県
H25	18,018	6,105	33.9%	37.1%	65.5%	879	628	71.4%	55.5%
H28	16,545	5,842	35.3%	39.4%	67.1%	871	505	58.0%	58.7%

※継続受診率は、2 年連続健診受診者（H24～H25 年、H27～H28 年）

特定健診受診率・特定保健指導実施率（法定報告値）

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期的な目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を中心に重症化予防を進めてきた。平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると総医療費は増加傾向であるが、中長期的な目標疾患である虚血性心疾患や脳血管疾患が総医療費に占める割合は減少していた。

しかし、総医療費に占める外来の割合は減少し入院の割合が増加していることや、総医療費に占める慢性腎不全の割合が増加していること、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は増加していること等、解決できていない課題も明確となった。これまでの健診・医療情報を分析した結果を踏まえると、今後さらに一人当たり医療費や介護給付費が増加すると予想されるため、重症化予防及び介護予防を見据えた取り組みを引き続き行う。

生活習慣病の発症及び重症化を予防するためには、市民が特定健診を受診し、その後の保健指導を通して自身の体の状態を正しく理解し、検査値の改善に向けて取り組むことや、医療受診が必要な方に対し医療受診を勧奨する等、メタボリックシンドロームを中心とした保健指導を今後も強化することが必要である。

そのためには、特定健診受診者の増加が第一歩であり、医療費適正化の観点からも特定健診受診率及び特定保健指導率向上の取り組みを引き続き実施していく。また、中長期的な目標疾患では 65 歳未満の占める割合が高くなっている疾患もあることから、受診率の低い 40～50 歳代への受診勧奨強化に加え、早期介入による生活習慣病予防対策として、30 歳代にも特定健診及び特定保健指導と同様の健康診査等を実施していく。生活習慣病予防のためには、健診受診後の保健指導と継続的な健診受診が重要であり、市民に保健指導を通して伝えていく。

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) 入院と外来の件数・費用額の割合の比較

一人当たり医療費は、同規模の市や沖縄県、全国と比較し低くなっている（図表 2-9）。

入院と外来の件数割合においては、9割以上が外来にもかかわらず、費用額割合は入院と外来で大きな差がないことから、入院が高額となる疾患が何であるかを分析し、予防できる疾患であれば治療を継続することで重症化を予防し、入院による医療費を抑えていく（図表 2-10）。

【図表 2-9】一人当たり医療費の状況（平成 28 年度）

単位：円

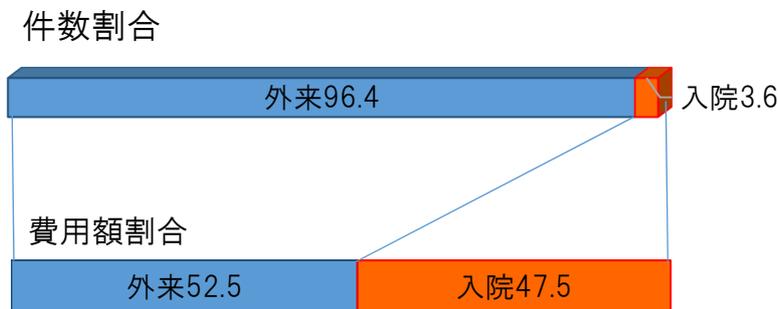
浦添市	同規模の市	沖縄県	全国
21,221	25,233	22,111	24,245

※一人当たり医療費は年度内平均月額を示す

KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（年度累計、CSV・帳票）」
あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール（特徴の把握 1～2）」

【図表 2-10】入院と外来の件数・費用額の割合の比較（平成 28 年度）

単位：%



KDB「地域の全体像の把握（年度累計、CSV・帳票）」

あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール（特徴の把握 1～2）」

(2) 医療費の負担が大きくなる疾患

ひと月 80 万円以上の高額になる疾患は、全体で 1,396 件、19 億 8,197 万円であり、脳血管疾患に 1 億 2,032 万円（件数：96 件）、虚血性心疾患に 7,186 万円（件数：51 件）の費用がかかっている。

脳血管疾患はひと月 80 万円以上と高額になるだけでなく、6 か月以上の長期入院に 2 億 1,715 万円の費用がかかっていることから、医療費の負担が大きくなる疾患である。

また、人工透析は一人当たりの年間医療費が約 500～600 万円と高額で、長期化する疾患でもあり 7 億 7,273 万円（件数：1,540 件）の費用がかかっている。また、脳血管疾患、虚血性心疾患や様々な合併症を引き起こす糖尿病の治療歴がある方も多い。

生活習慣病の治療者数構成割合をみると、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の方は、

基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症をもっているため、高血圧、糖尿病、脂質異常症の発症予防の取り組みに努める。さらに医療受診が必要な方への受診勧奨に加え、治療中の方を重症化させないための取り組みを行っていく（図表 2-11）。

【図表 2-11】医療費の負担額が大きくなる疾患（平成 28 年度）

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病
様式1-1	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	1,396件	96件 6.9%	51件 3.7%	-
		費用額	19億8,197万円	1億2,032万円 6.1%	7,186万円 3.6%	-
様式2-1	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	2,483件	400件 16.1%	128件 5.2%	-
		費用額	11億6,017万円	2億1,715万円 18.7%	6,566万円 5.7%	-
様式2-2	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1,540件	429件 27.9%	597件 38.8%	816件 53.0%
		費用額	7億7,273万円	2億2,355万円 28.9%	2億9,504万円 38.2%	3億9,880万円 51.6%

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3	生活習慣病の治療者数 構成割合	基礎疾患	8,073人	898人 11.1%	732人 9.1%	187人 2.3%
			高血圧	672人 74.8%	592人 80.9%	150人 80.2%
		糖尿病	377人 42.0%	391人 53.4%	187人 100.0%	
		脂質異常症	539人 60.0%	517人 70.6%	145人 77.5%	
		高血圧症	4,204人 52.1%	糖尿病 2,135人 26.4%	脂質異常症 3,363人 41.7%	高尿酸血症 1,041人 12.9%

KDB「厚生労働省様式 様式 1-1、2-1、2-2（年度分（6月～5月作成分）、CSV）」

「厚生労働省様式 様式 3-1～6（7月作成分（5月診療分）、CSV・帳票）」

あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール（特徴の把握 1～2）」

(3) 何の疾患で介護認定をうけているのか

介護件数（全体）の 55.9%が脳卒中、35.0%が虚血性心疾患であり 91.0%の方が基礎疾患に糖尿病や高血圧、脂質異常症をもっている。要介護突合状況において、血管疾患⁷は 93.9%を超え、第 2 号被保険者においても血管疾患が 88.5%を占める。

また、認知症有病状況も 44.6%と多くなっている（図表 2-12）。

要介護認定者医療費は要介護認定なし医療費と比較し、2.4 倍も高くなっている（図表 2-13）。

⁷ 血管疾患とは…循環器疾患の「脳卒中・虚血性心疾患・腎不全」、その基礎疾患となる「糖尿病、高血圧、脂質異常症」、糖尿病の合併症である「神経障害・網膜症・腎症」をさす。

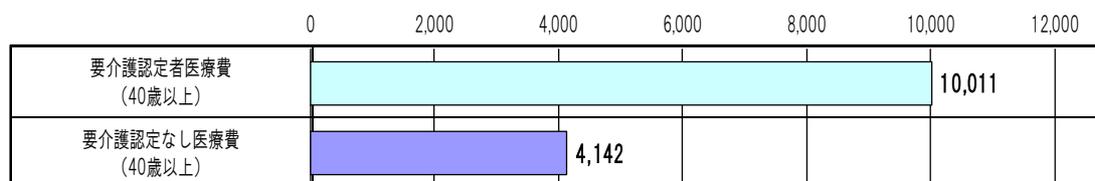
【図表 2-12】 介護認定の分析（平成 28 年度）

要介護認定状況	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	35,199人		8,777人		7,021人		15,798人		50,997人		
認定者数	134人		412人		2,721人		3,133人		3,267人			
	認定率	0.38%		4.7%		38.8%		19.8%		6.4%		
新規認定者数 (*1)		5人		21人		59人		80人		85人		
介護度別人数	要支援1・2	30	22.4%	82	19.9%	356	13.1%	438	14.0%	468	14.3%	
	要介護1・2	43	32.1%	139	33.7%	949	34.9%	1,088	34.7%	1,131	34.6%	
	要介護3~5	61	45.5%	191	46.4%	1,416	52.0%	1,607	51.3%	1,668	51.1%	
要介護突合状況	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)	133		406		2,678		3,084		3,217		
再) 国保・後期		61		252		2,283		2,535		2,596		
セプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	41 67.2%	脳卒中	153 60.7%	脳卒中	1,257 55.1%	脳卒中	1,410 55.6%	脳卒中	1,451 55.9%
		2	虚血性心疾患	15 24.6%	虚血性心疾患	73 29.0%	虚血性心疾患	820 35.9%	虚血性心疾患	893 35.2%	虚血性心疾患	908 35.0%
	合併症	3	腎不全	8 13.1%	腎不全	32 12.7%	腎不全	343 15.0%	腎不全	375 14.8%	腎不全	383 14.8%
		4	糖尿病合併症	11 18.0%	糖尿病合併症	32 12.7%	糖尿病合併症	307 13.4%	糖尿病合併症	339 13.4%	糖尿病合併症	350 13.5%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		51 83.6%		226 89.7%		2,085 91.3%		2,311 91.2%		2,362 91.0%	
	血管疾患 合計		54 88.5%		234 92.9%		2,149 94.1%		2,383 94.0%		2,437 93.9%	
	認知症		6 9.8%		68 27.0%		1,085 47.5%		1,153 45.5%		1,159 44.6%	
	筋・骨格疾患		50 82.0%		208 82.5%		2,116 92.7%		2,324 91.7%		2,374 91.4%	

KDB「要介護（支援）者認定状況（4月作成分）、CSV・帳票）」
 「要介護（支援）者突合状況（5月作成分）、CSV）」
 あなみツール「KDB_CSV2次加工ツール（特徴の把握3）」

【図表 2-13】 要介護認定者の医療の現状（平成 28 年度）

単位（円）



※医療費は年度内平均月額を示す

KDB「地域の全体像の把握（年度累計、CSV・帳票）」
 あなみツール「KDB_CSV2次加工ツール（特徴の把握3）」

2) 健診受診者の実態

(1) 有所見者の状況

男女ともにメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、全国より高く沖縄県とほぼ同等である（図表 2-14）。

また、健診結果の有所見者割合は多くの項目で全国より高く、特に空腹時血糖と LDL コレステロールの割合は男女ともに沖縄県より高くなっている（図表 2-15）。

これらは内臓脂肪の蓄積が背景にあると推測されるため、肥満対策の取り組みを引き続き行っていく。

【図表 2-14】メタボリックシンドロームの状況（平成 28 年度）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者						3項目全て										
							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%									
沖縄県	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%	
浦添市	合計	2,613	25.0%	188	7.2%	583	22.3%	59	2.3%	378	14.5%	146	5.6%	815	31.2%	123	4.7%	42	1.6%	372	14.2%	278	10.6%
	40-64歳	1,202	17.4%	104	8.7%	264	22.0%	27	2.2%	140	11.6%	97	8.1%	362	30.1%	40	3.3%	23	1.9%	185	15.4%	114	9.5%
	65-74歳	1,411	39.9%	84	6.0%	319	22.6%	32	2.3%	238	16.9%	49	3.5%	453	32.1%	83	5.9%	19	1.3%	187	13.3%	164	11.6%

KDB「厚生労働省様式 様式 6-8（年度、CSV・帳票）」
あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール（特徴の把握 5～8）」

【図表 2-15】有所見者の状況（平成 28 年度）

性別	BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDLコレステロール	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステロール	クレアチン	
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	
	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	
全国	30.6%	50.2%	28.2%	20.5%	8.6%	28.3%	55.7%	13.8%	49.4%	24.1%	47.5%	1.8%	
沖縄県	20,395 44.5%	27,902 60.9%	14,513 31.7%	10,862 23.7%	3,802 8.3%	15,977 34.9%	25,201 55.0%	13,169 28.8%	22,161 48.4%	10,595 23.1%	21,390 46.7%	1,238 2.7%	
保険者	合計	1,162 44.5%	1,586 60.7%	820 31.4%	637 24.4%	183 7.0%	1,117 42.7%	1,444 55.3%	676 25.9%	1,166 44.6%	581 22.2%	1,302 49.8%	73 2.8%
	40-64歳	568 47.3%	730 60.7%	458 38.1%	364 30.3%	99 8.2%	462 38.4%	586 48.8%	364 30.3%	465 38.7%	340 28.3%	641 53.3%	22 1.8%
	65-74歳	594 42.1%	856 60.7%	362 25.7%	273 19.3%	84 6.0%	655 46.4%	858 60.8%	312 22.1%	701 49.7%	241 17.1%	661 46.8%	51 3.6%

KDB「厚生労働省様式 様式 6-2～7（年度、CSV・帳票）」
あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール（特徴の把握 5～8）」

(2) 血糖、血圧、脂質のコントロール状況

特定健診受診者の中で、高血圧と脂質異常症治療中の方はコントロール良好群が多く、糖尿病は治療中であってもHbA1cのコントロール不良群が特に新規受診者に多い（図表 2-16）。

糖尿病の治療は薬物療法だけでは改善が難しく、食事・運動療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、治療中であっても健診の受診勧奨を行い、コントロール不良群の方へは栄養指導等を実施していく。

【図表 2-16】 特定健診継続受診者と新規受診者の比較（平成 27・28 年度）



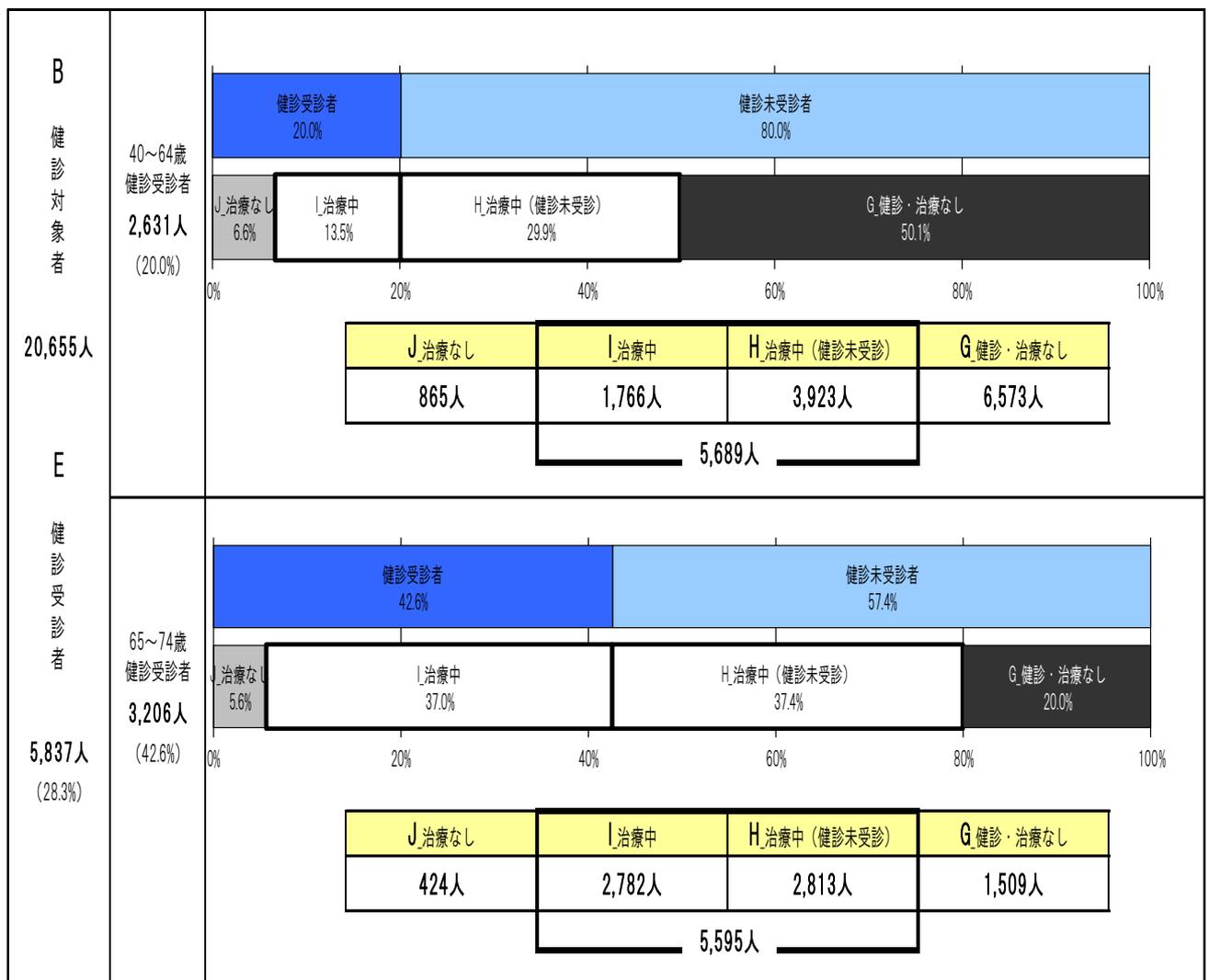
FKAC131、164、167（年度）
 あなみツール（経年比較ツール）

3) 健診未受診者の状況

健診未受診者の状況を KDB でみると（図表 2-17）、40～64 歳の 80%は健診未受診であり、特に健診も治療も受けていない方（G）は 40～64 歳の 50.1%を占めており、重症化しているかどうかの実態が把握できない。生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診を受診し自身の体の状態を把握することが重要であり、受診率向上に向けた取り組みを引き続き強化していく。また、対象者全体の約 30%は治療中の健診未受診（H）であるため、受診率向上に向けた医療機関との連携に努めていく（図表 2-17）。

健診受診者と健診未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の 1 人当たりの医療費は 38,237 円高くなっており、医療費適正化の視点からも健診を受診し、対象者に応じた保健指導を実施していく（図表 2-18）。

【図表 2-17】 健診受診者と未受診者の状況（平成 28 年度）

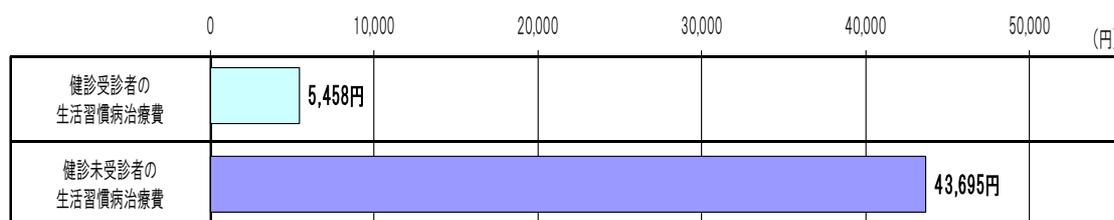


※KDB から把握できる特定健診受診者の状況となるため、受診率は法定報告値と異なる。

KDB「厚生労働省様式 様式 6-10 (年度、CSV)」

あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール (特徴の把握 5～8)」

【図表 2-18】 健診受診者と未受診者の医療費の比較（平成 28 年度）



※生活習慣病治療費は年度内平均月額を示す

KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（年度累計、CSV・帳票）」
あなみツール「KDB_CSV2 次加工ツール（特徴の把握 5～8）」

3. 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・医療情報等の分析から、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患は 1 件当たりの医療費が高額となることや、長期化することで医療費が高額となること、要介護認定者に有病の多い状況であることが明らかとなった。

これらのことから、本計画では糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を減らしていくことで、入院医療費を抑え、2023 年度には 2018 年度（平成 30 年度）と比較して、総医療費に占める 3 つの疾患の割合をそれぞれ 0.1%減少させることを目標にする。また、3 年後の 2020 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時には計画及び評価の見直しをする。

②短期的な目標の設定

糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームは、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の共通の基礎疾患であるが、浦添市の医療受診の特徴として、普段医療にかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、これらの基礎疾患の発症予防に加え、重症化予防の取り組みが重要であることが明らかとなった。

そのため、本計画では、糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドロームを減らしていくことを短期的な目標とする（数値目標は、P51 の図表 6-2 参照）。

具体的には、各ガイドラインや日本人の食事摂取基準の基本的な考え方を基に保健指導を行い、1 年ごとに血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な方や医療受診を中断している方へ、医療受診及び治療を継続する重要性を伝えるとともに、被保険者が検査値の改善に向けて主体的に取り組むことができる様な保健指導を実施する。その際には、必要に応じて医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、課題解決が困難な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、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と運動療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく進行するため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが生活習慣病の発症予防・重症化予防につながるため、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3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、特定健診等実施計画を定めるものとされている。なお、第1期及び第2期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3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

特定健診受診率は、初期値（2016年度受診率 35.3%）から2023年度の目標 60.0%を達成するために、段階的な受診率上昇を目指していく。

特定保健指導実施率は、初期値（2016年度実施率 58.0%）から2018年度には目標 60.0%を達成し、それ以降も計画期間をとおして60.0%を下回らないように実施していく。

【図表 3-1】

	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診受診率	40.0%	44.0%	48.0%	52.0%	56.0%	60.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導対象者の減少率	17.0%	18.5%	20.0%	21.5%	23.0%	25.0%

3. 対象者の見込み

【図表 3-2】

		2018年度 (平成30年度)	2019年度 (平成31年度)	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	16,319人	16,027人	15,735人	15,443人	15,151人	14,859人
	受診者数	6,528人	7,052人	7,553人	8,030人	8,485人	8,915人
特定保健指導	対象者数	898人	910人	921人	933人	944人	960人
	実施者数	538人	546人	552人	559人	566人	576人

※特定健診対象者は、平成23年度から平成28年度法定報告の特定健診対象者数の推移から近似直線をもとめ、そこから算出（参考資料2）。

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。

県医師会加入実施機関・・・県医師会が実施機関のとりまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連が集合契約を行う。

県医師会未加入実施機関・・・実施機関と市町村国保側とりまとめ機関である国保連が集合契約を行う。

①集団健診（浦添市保健相談センター等）

②個別健診（委託実施機関）

(2) 特定健診委託基準

委託先は、「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」(平成19年厚生労働省令第157号)で定められた基準を満たした機関とする。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、国保連、県医師会及び浦添市のホームページに掲載する。

(参考) URL

沖縄県国保連合会 <http://www.okikoku.or.jp/>

沖縄県医師会 <http://www.okinawa.med.or.jp/>

浦添市 <http://www.city.urasoe.lg.jp/>

(4) 特定健診実施項目

国の定めたものに沖縄県及び浦添市が追加した以下の項目を実施する。

問診、身体測定(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はnon-HDLコレステロール)、肝機能検査(AST、ALT、 γ -GT)、血糖検査(空腹時または随時血糖、HbA1c)、尿検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血)、腎機能検査(血清クレアチニン)、血清尿酸検査、貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)、心電図検査、眼底検査

(5) 実施時期

5月から翌年3月末まで実施する。

(6) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、国保連に事務処理を委託する。

(7) 特定健診受診率向上の取り組み

特定健診受診券は、被保険者証と一体型になっており、その利便性を活用していく。その周知も含め、対象者に下記の主な取り組みや健診実施をスケジュールに基づいて行う(図表3-6)。

・対象者全体へポスター掲示やパンフレットの送付、市ホームページやSNS等の活用などを行い、広く普及啓発を実施する。

・未受診者に対して、電話や訪問など個別の受診勧奨を実施する。また、過去の受診状況を確認しながら、受診勧奨方法の工夫をしていく。

・治療中の未受診者がいるため、医療機関との連携に努めていく。治療中であっても特定健診の受診対象であることから、かかりつけ医から対象者へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。また、本人同意のもとで、浦添市が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

・事業所との連携を図り、働き世代の受診率向上を図るため、事業所の協力及び連携を行う。具体的には、事業所訪問等による受診勧奨や事業者健診を受診した方の同意の上、健診結果を提供してもらう。

5. 特定保健指導の実施

(1) 実施方法

特定保健指導の実施方法は、保険者の直接実施及び一部委託の形式で行う。

(2) 特定保健指導委託基準

委託先は、「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成 19 年厚生労働省令第 157 号）に関する大臣告示で定められた基準を満たした機関とする。

(3) 実施時期

特定保健指導は、4 月から翌年 3 月末の通年実施とする。

(4) 特定保健指導対象者

特定健診の結果において、以下の基準の該当者を特定保健指導対象者（積極的支援または動機付け支援）として選定する。

ただし、服薬中の方は特定保健指導対象者とはならない。

「腹囲が男性で 85 cm 以上、女性で 90 cm 以上の方」または「腹囲は該当しないが BMI25 以上の方」のうち、以下のリスク要因を持つ方を対象者とする。

- ①血糖（空腹時血糖 100 mg/dl 以上または HbA1c5.6%以上）
- ②脂質（中性脂肪 150 mg/dl 以上または HDL コレステロール 40 mg/dl 未満）
- ③血圧（収縮期 130mmHg 以上または拡張期 85mmHg 以上）

また、上記①～③のリスクの多少と喫煙歴の有無により、積極的支援と動機づけ支援に階層化される（図表 3-3）。

【図表 3-3】 特定保健指導の対象者（階層化）

	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖②脂質③血圧		40～64歳	65～74歳
腹囲 ≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
腹囲は該当しないが BMI≥25kg/m ²	3つ該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

(5) 特定保健指導率向上の取り組み

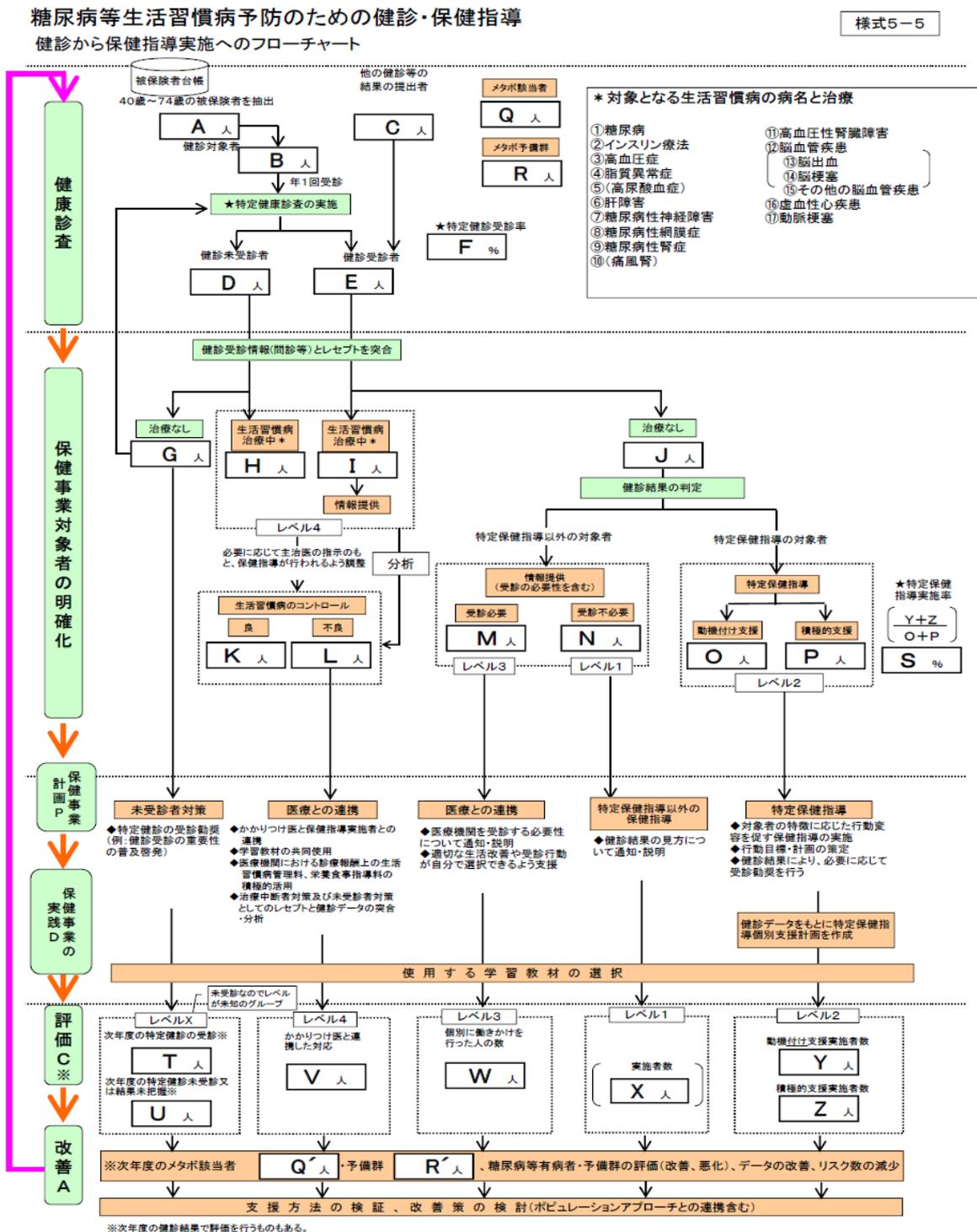
- ・ 集団健診受診者には、対面方式にて健診結果を直接返却し、保健指導を実施する。
- ・ 個別健診受診者には、委託医療機関において健診受診時に初回面談を行うほか、保険者においても実施方法（訪問や来所）や実施時間（夜間や休日の結果説明会等）を工夫し、被保険者が保健指導を受けやすい体制づくりに努める。

(6) 特定保健指導及びその他の保健指導の流れ

中長期的な目標、短期的な目標達成に向けて、特定保健指導に加え、重症化のリスクがある対象者を抽出し保健指導を実施していく。

「標準的な健診・保健指導のプログラム（平成30年度版）」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う（図表3-4）。

【図表3-4】



(7) 保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 3-5】

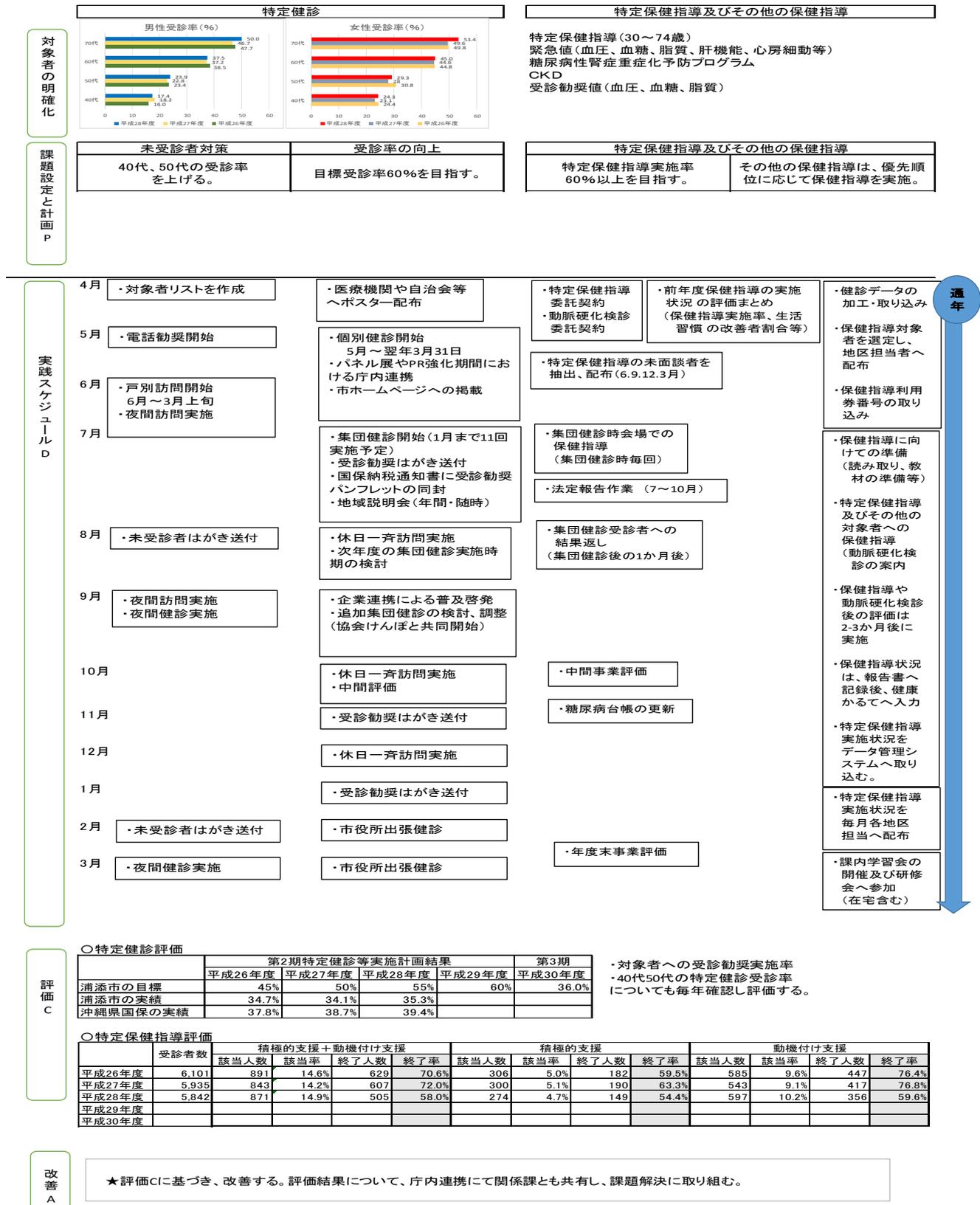
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者に占める割合%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応 じて受診勧奨を行う	940 人 (15.0%)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	1,015 人 (16.2%)	HbA1c6.5 以上の方は 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例： 健診受診の重要性の普及啓 発、訪問・電話・ハガキによ る受診勧奨）	12,602 人 (66.8%) 目標まであと 5,058 人	未受診者へ の受診勧奨 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	1,371 人 (21.9%)	集団健診 受診者は 90%
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	2,930 人 (46.8%)	集団健診受 診者は 90%

※対象者数の見込みは、平成 28 年度の健診結果より算出。

6. 特定健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する（図表 3-6）。

【図表 3-6】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



7. 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及び浦添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・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及び保健指導記録（紙媒体）で行う。

保存期間は、支援終了から5年保存とする。ただし、必要があると認めるときにはその限りではない。

8. 結果の報告

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

9. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

特定健康診査等実施計画は、速やかに浦添市ホームページ等への掲載により公表・周知する。変更があったときも同様とする。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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等の減少を目指すことを中長期的な目標として掲げている。それらを達成するためには、効果的な保健指導を行い、一人ひとりの血糖、血圧、脂質等の検査値および肥満を改善していくことが重要である。

生活習慣病の重症化予防と合わせて、メタボリックシンドローム対策も重要である。特定健診及び特定保健指導がそれにあたるが、浦添市の健診受診率は約35%であり、残りの約65%は健診未受診者である。健診受診後の保健指導だけでなく、65%の未受診者に対する対策が市の健康課題解決の鍵になる。健診受診率向上対策を中心としたポピュレーションアプローチと保健指導等を組み合わせた保健事業を実施していくこととする。

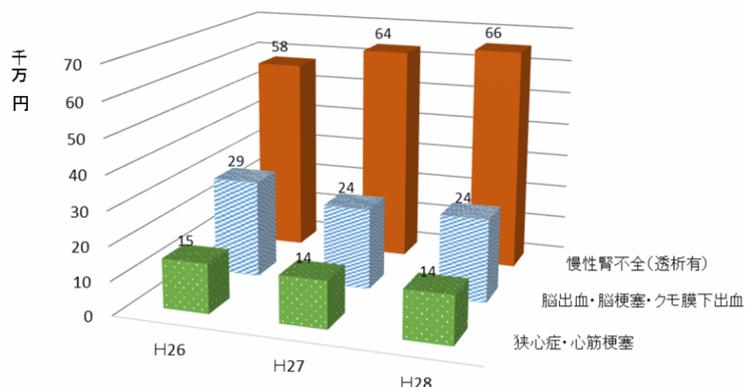
II 重症化予防の取り組み

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 背景

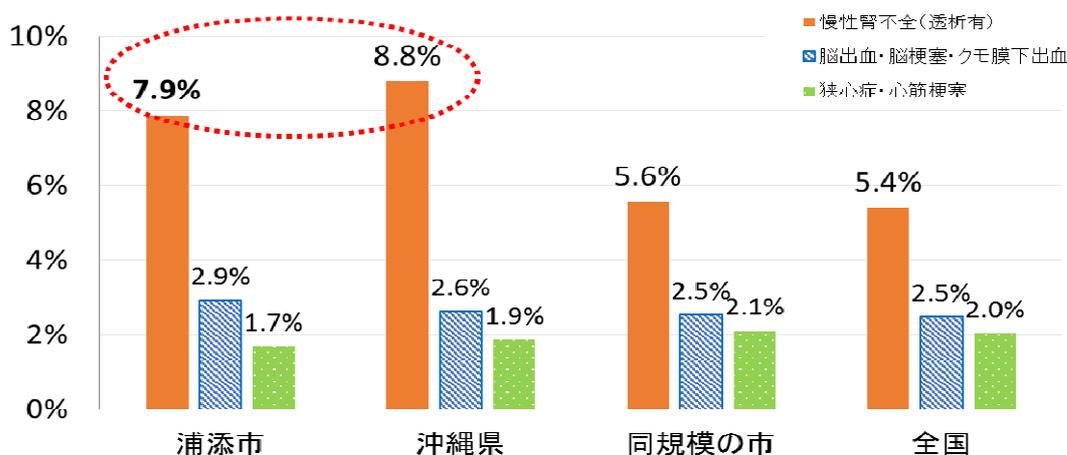
人工透析は1人当たりの医療費として年間500～600万円かかり、その原因疾患の約4割は糖尿病性腎症である。浦添市の人工透析にかかる医療費は脳血管疾患、心疾患と比べると多く年間6億6千万円に上る(図表4-1)。また総医療費に占める割合で見ても7.9%と同規模の市と比べても多い状況である(図表4-2)。糖尿病が疑われる者(HbA1c 6.5%以上)の割合は、平成28年度10.0%であり、5年前と比較して1.3ポイント増加している(図表4-3)。

【図表4-1】医療費の推移



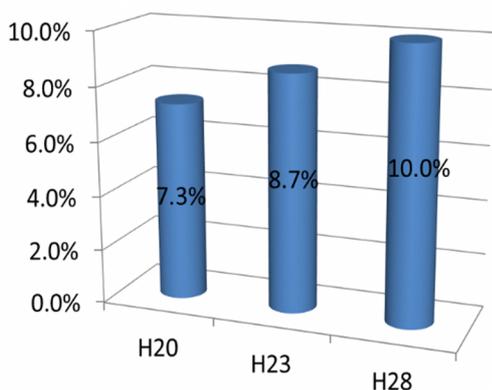
KDB「疾病別医療費分析 細小82分類(各年度累計)」

【図表 4-2】 総医療費に占める割合

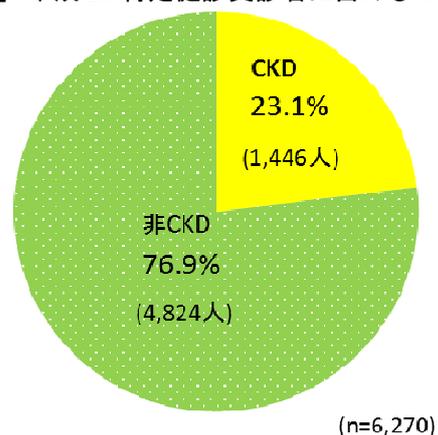


KDB「疾病別医療費分析 細小 82 分類(平成 28 年度累計)」

【図表 4-3】特定健診受診者のうちHbA1c 6.5%以上の割合



【図表 4-4】 平成 28 特定健診受診者に占める CKD の割合

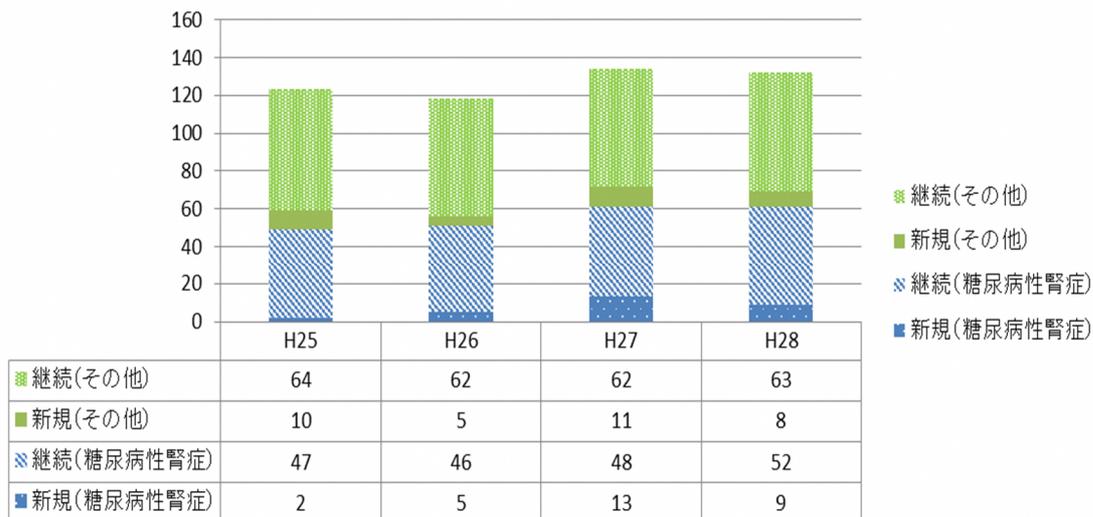


腎機能を示す eGFR の低下、蛋白尿の一方または両方が 3 か月以上続くものが慢性腎臓病（以下「CKD」という。）と定義され、全国では成人の 8 人に 1 人（12.9%）が CKD といわれている。浦添市の健診受診者に占める CKD 該当者は 23.1%であり、全国に比べ 1.8 倍多い（図表 4-4）。CKD が重症化し腎不全に至ると透析が必要となるが、特に糖尿病を有するとそのリスクは高くなる。

平成 28 年度の透析者 132 人のうち、61 人（46%）が糖尿病性腎症によるものであった。また新規透析者においても同様に約半数が糖尿病性腎症を占めている（図表 4-5）。

糖尿病性腎症の病期は図表 4-6 のように分類される。特定健診では尿蛋白（定性）および eGFR から 3～5 期の把握が可能であるが、1 期および 2 期の区別については、微量アルブミン尿の検査が必要となるため、医療機関または二次検診（動脈硬化検診）における検査で判明する。平成 28 年度健診受診者で HbA1c6.5%以上の者のうち、透析のハイリスク者である 3 期、4 期はそれぞれ 107 人（17%）、3 人（0.5%）であった（図表 4-7）。

【図表 4-5】 人工透析者患者数



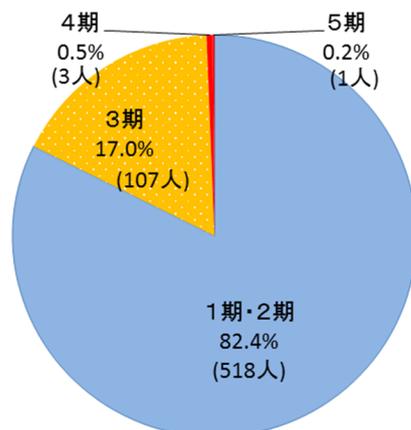
*3 か月未満の透析者は除く。新規者に転入・他保険からの加入は含まない。
KDB 「厚生労働省様式 2-2 人工透析者一覧」(各年度:6月～5月作成)

【図表 4-6】 糖尿病性腎症病期分類

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

(2013年12月 糖尿病性腎症合同委員会)

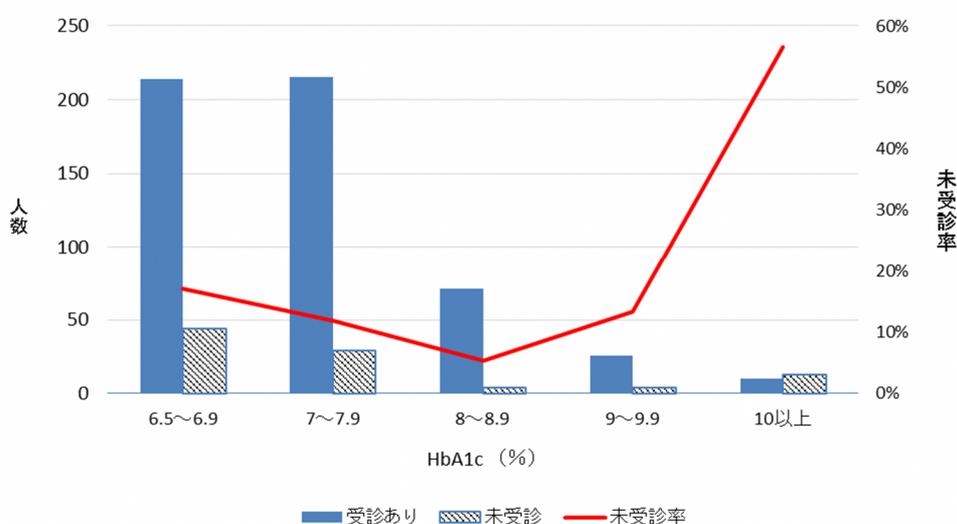
【図表 4-7】平成 28 年度特定健診受診者のうち
HbA1c6.5%以上の糖尿病性腎症病期分類内訳
(n=629)



医療機関未受診および受診中断は、糖尿病性腎症の重症化を招く大きな要因の1つである。平成28年度特定健診においてHbA1c 6.5%以上のうち、15%(94人)が医療機関未受診であった。HbA1cの値が上がるにつれ未受診者は増え、HbA1c 10%以上では50%を超える割合となっている(図表4-8)。医療機関未受診者の多くが特定保健指導対象者であり、通常の特健指導に加え、医療機関への受診勧奨から受診状況の確認まで行うことが必要となる。

治療中断について、健診受診者に関しては、健診時に中断している場合は把握が可能である。一方でレセプトから抽出する場合、約2,000人の糖尿病患者について治療中断をどのように把握するかが課題であるが、糖尿病管理台帳を活用することで可能な限り把握に努めることとする。

【図表4-8】



2) 目的

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・中断者について、医療機関への受診勧奨・保健指導を行うことにより治療に結び付けるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高いものに対して主治医と連携して保健指導を行うことで腎不全、人工透析への移行を防止することを目的とする。

3) 取組方策

取り組みにあたっては「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)を参考に沖縄県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下「沖縄県版プログラム」という。)に沿って実施する。

基本的な取り組みは、以下のとおりである。

- (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医療機関への受診勧奨、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

4) 対象者・抽出方法

対象者の選定基準にあたっては沖縄県版プログラムに準じ、健診・レセプトから抽出すべき対象者を以下とする。

【医療機関未受診者】

健診結果が①、②のいずれかに該当

- ①空腹時血糖 126 mg/dl（随時血糖 200 mg/dl）以上
- ②HbA1c6.5%以上

【治療中断者】

健診結果およびレセプト情報から、過去に糖尿病治療歴がある方で、直近1年間において糖尿病受療歴がない方

【糖尿病治療中】

糖尿病治療中であって健診結果等が以下のいずれかに該当する方とする。

- ①尿蛋白定性（+）以上
- ②eGFR50 未満（70 歳以上は 40 未満）
- ③HbA1c7.0%以上
- ④家族歴に透析導入者がいる方
- ⑤その他保健指導が必要な方

*ただし次は保健指導対象外とする

- ア) がん等の終末期
- イ) 認知機能障害
- ウ) かかりつけ医が除外することが望ましいと判断した者

5) 介入方法

(1) 受診勧奨

面談、電話、手紙のいずれかにより医療機関への受診勧奨を行い、病状・検査値等に応じて指導の濃淡をつける。対象者全員に対し受診勧奨を行い、一度勧奨して未受診の場合でも再度勧奨を続けて行う。

(2) 糖尿病治療中

糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド、日本人の食事摂取基準等の各種ガイドラインおよび主治医の指示に従って指導を行う。

可能な限り初回は面談指導とし、2 回目以降は面談又は電話で指導を行う。指導回数、方法については対象者の状況に応じて設定する。

継続受診の支援、眼科及び歯科の受診確認、受診勧奨を行う。

腎症 3 期・4 期の場合は、かかりつけ医から腎臓専門医へ紹介されるよう情報提供を行う。

6) 医療との連携

(1) 糖尿病患者への保健指導にかかる連携

浦添市医師会及びかかりつけ医了解のもと保健指導を行う。連携方法としては、糖尿病連携

手帳等を介して行い、かかりつ

け医から対象者の検査データの提供と保健指導への助言を受け、市から保健指導の報告を行う。

(2) CKD 病診連携

かかりつけ医と腎臓専門医が連携できる体制を、浦添市医師会と共に構築する。

CKD を対象に、紹介基準に該当した者をおかかりつけ医から腎臓専門医に紹介・逆紹介を行い、医療の連携により人工透析への移行を防止する取り組みを行う。

7) 進捗管理

糖尿病管理台帳に健診結果および医療受診状況を記載することで、検査値が悪化した方や治療中断者を把握し、経年的な管理を行う。

8) スケジュール

4 月 年間計画の策定

5 月 健診開始

7 月～3 月 健診結果が届き次第、対象者の抽出、保健指導を実施（通年）

糖尿病管理台帳の情報更新作業（年 1 回）

9) 評価

評価としては、図表 4-9 に従いストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）に沿って行う。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

- ・ 受診勧奨者数・率
- ・ 医療機関受診者数・率
- ・ CKD 病診連携紹介件数

②保健指導に対する評価

- ・ 保健指導者数・率
- ・ 介入前後検査値等の変化（HbA1c、eGFR、尿蛋白、血圧、体重等）

(2) 中・長期的評価

- ・ 透析者数、うち糖尿病性腎症による新規透析者数の推移
- ・ 人工透析にかかる医療費、総医療費に占める割合
- ・ 糖尿病（外来・入院）にかかる医療費、総医療費に占める割合
- ・ HbA1c 8%以上の割合
- ・ 糖尿病性腎症各期の人数・率
- ・ 未治療者数・率

【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	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 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. 虚血性心疾患予防

1) 基本的な考え方

これまでの健診・医療情報の分析をふまえ、浦添市の医療受診の特徴として重症化して入院する実態が明らかになり、虚血性心疾患に関してはレセプト一件当たりの費用額が高く、早世要因の上位を占めることがわかっている。虚血性心疾患予防の取り組みにあたっては虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版等各ガイドラインに基づいて進めていく。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

虚血性心疾患予防のため、受診勧奨者及び保健指導対象者の選定は以下の基準とする（図表 4-10）。

【図表 4-10】 受診勧奨者及び保健指導対象者の選定

保健指導レベル	対象者
緊急値	・収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上 ・空腹時血糖400mg/dl以上 ・中性脂肪1000mg/dl以上 ・心房細動等不整脈
特定保健指導	健診結果が動機付け支援・積極的支援に該当する方
受診勧奨	血圧・血糖・脂質の薬3種類とも服薬がなく、以下に該当する方 ・収縮期血圧140mmHg以上、拡張期血圧90mmHg以上 ・空腹時血糖126mg/dl以上、随時血糖200mg/dl以上、HbA1c6.5%以上 ・中性脂肪300mg/dl以上、HDLコレステロール34mg/dl以下、LDLコレステロール160mg/dl以上
CKD	尿蛋白、eGFRから判定されるCKD重症度分類に基づき、CKDに該当する方

※いずれも対象者は 30 歳～74 歳の被保険者とする。

(2) 対象者の抽出

① 検査データからの把握

虚血性心疾患は、メタボリックシンドロームまたは LDL コレステロール、CKD ステージにも関連することから、それらについても把握していく（図表 4-11）。

【図表 4-11】心電図以外の対象者の把握（平成 28 年度）

平成28年度		受診者	心電図検査実施		未実施
			有所見者	所見なし	
		6,256	1,974 31.6%	3,801 60.8%	621 9.9%
メタボ該当者		1,298 21.1%	475 36.6%	658 50.7%	165 12.7%
メタボ予備群		930 14.9%	323 34.7%	522 56.1%	85 9.1%
メタボなし		4,028 64.0%	1,125 27.9%	2,539 63.0%	364 9.0%
LDL-C	140-159	652 15.5%	188 28.8%	407 62.4%	57 8.7%
	160-179	304 7.2%	77 25.3%	204 67.1%	23 7.6%
	180-	167 4.0%	45 26.9%	104 62.3%	18 10.8%
CKD	G3aA1～	1,412 20.9%	487 34.5%	801 56.7%	124 8.8%

FKAC131,164,167（年度）

② 心電図検査からの把握

心電図検査は簡便でありつつ、不整脈、心筋の異常など多様な情報が得られる有意義な検査である。所見がみられる場合は血圧や血糖、脂質などの項目も加味して、医療機関で判断してもらう必要がある。

本来、心電図検査は「詳細な健診」として一定の条件を満たし、かつ医師が必要と判断した方のみが受けられる検査であるが、浦添市においては病気の早期発見と生活習慣改善などの見直しに役立てるため、平成 23 年度より全ての健診受診者に心電図検査を実施している。平成 28 年度健診受診者 6,256 人のうち心電図検査実施者は 5,642 人（90.2%）であった。そのうち有所見者であったのは 1,923 人（34.2%）であった（図表 4-12）。有所見の方の中には血圧、脂質などのリスクを有する方もいることから対象者の状態に応じて医療機関への受診勧奨を行う必要があり、また、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。

【図表 4-12】心電図検査結果（平成 28 年度）

健診受診者 (a)	心電図検査 (b)		有所見者 (c)		所見なし (d)	
	人	% (b/a)	人	% (c/b)	人	% (d/b)
6,256	5,642	90.2	1,923	34.2	3,719	65.9

FKAC131,164,167（年度）

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

30～74歳の特定健診受診者の健診結果から優先順位を定め、対象者を抽出し、対象に応じた保健指導を行い、評価を行う。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工夫する。治療が必要である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。加えて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。また、健診受診者の中でメタボリックシンドロームに該当する方々を中心に動脈硬化検診受診を積極的に勧めていき、結果返却の際に虚血性心疾患に着目した保健指導の実施やその評価、専門医の紹介等を行っていく（図表 4-13）。

【図表 4-13】

保健指導レベル	支援方法
緊急値	速やかに本人に連絡し、医療機関の情報提供を行い、受診勧奨する。その後も医療機関に受診したかなど確認を行う。
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・必要に応じて受診勧奨を行う。 ・心電図に有所見がある場合は、メタボリックシンドロームに着目した保健指導及び心電図についての受診勧奨を行う。 ・動脈硬化検診受診が適当である方に受診を促し、返却の際には虚血性心疾患に着目した保健指導の実施やその評価、専門医の紹介等を行っていく。
受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施を行うと同時に受診勧奨を行う。 ・受診勧奨後、3か月後に本人、レセプトで医療機関に受診したか確認を行う。 ・特に30歳～64歳のLDLコレステロールが180mg/dlの方には家族性高コレステロール血症に着目した保健指導を実施していく。
CKD	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施を行うと同時に高血圧、高血糖、脂質異常症を伴う場合はそれらに対する保健指導を行い、腎機能の悪化を防ぐ。 ・腎専門医受診レベルは、受診勧奨を行う。

(2) 動脈硬化検診の実施

浦添市では糖尿病や動脈硬化及び早期腎症を改善可能な段階から発見し、生活習慣改善への動機付けを行い、実践を支援することで、糖尿病、心筋梗塞、脳梗塞及び腎機能障害（透析）等の発症予防を図ることを目的とした動脈硬化検診（頸動脈エコー、尿中微量アルブミン検査、75g糖負荷検査）を実施している。

頸動脈における動脈硬化性病変は全身の動脈硬化の程度を反映し、虚血性心疾患との関係が深い。検査方法も非観血的で簡便でありながら、心血管イベントの予測因子にもなりうる。尿中微量アルブミン検査に関しては微量アルブミン尿がみられる症例は心血管イベントの発症が多いことが報告されている。加えて75g糖負荷検査もインスリン抵抗性や高インスリン血症の状態は動脈硬化を促進することがわかっている。これらのことから虚血性心疾患予防の観点からも動脈硬化検診は有用と考え、これらの検査を実施していく。

4) 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、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第、対象者へ介入（通年）

5) 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

- ・メタボリックシンドローム予備群及び該当者数・率
- ・血圧、血糖、HbA1c、LDL コレステロール値等の受診勧奨値を有する人数・率
- ・医療機関受診者数・率
- ・保健指導後の生活習慣の改善状況
- ・保健指導者数・率

(2) 長期的評価

- ・虚血性心疾患にかかる医療費、総医療費に占める割合

3. 脳血管疾患予防

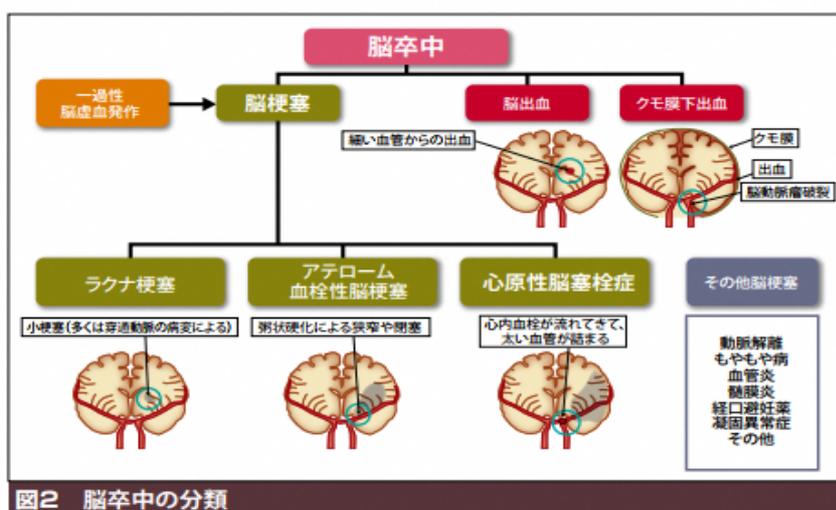
1) 基本的な考え方

前述したように、脳血管疾患に罹患すると高額な医療費がかかり、6 か月以上の長期入院となる割合も多いことや、介護件数の6割は脳血管疾患が原因であることが明らかになった。このことより脳血管疾患に罹患するという事は身体的にも経済的にもより大きな負担となることがわかる。

本計画における脳血管疾患とは、脳出血、クモ膜下出血、脳梗塞をさすが、脳梗塞はさらにラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症に分類される。その中でも近年心原性脳塞栓症が増加傾向であることが指摘されている。この心原性脳塞栓症は心房細動という不整脈の一種と大きな関連があり、心房細動がある場合は心房細動がない場合に比べ、脳梗塞が約5倍高まるといわれている。脳梗塞の中でもダメージを受ける脳の範囲が広く、死亡率も高く、重度の後遺症が残り介護を要する場合が多い為、心房細動による脳梗塞への対策は早急に取り組むべき課題といえる。

脳血管疾患予防の取り組みにあたっては、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく（図表 4-14、4-15）。

【図表 4-14】脳卒中の分類



引用文献：脳卒中予防の提言-心原性脳塞栓症の制圧を目指すために - 初版

【図表 4-15】脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常症 (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	●							
	クモ膜下出血	●							

病気が見える Vol.7 脳・神経、脳卒中ガイドライン 2014 より作成

2) 対象者の明確化

(1) 対象者の抽出

対象者の抽出にあたっては図表 4-16 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。また、受診勧奨者及び保健指導対象者の選定は虚血性心疾患と準ずる。

【図表 4-16】 特定健診受診者における脳血管疾患予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○			○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○			○			○		
	心原性脳梗塞	●				●	○			○			○		
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
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		217人	3.5%	493人	7.9%	272人	4.3%	23人	0.4%	1298人	20.8%	99人	1.6%	230人	3.7%
治療なし		126人	3.2%	230人	4.1%	242人	4.9%	5人	0.2%	257人	7.7%	21人	0.6%	68人	2.1%
治療あり		91人	3.9%	263人	48.0%	30人	2.2%	18人	0.6%	1041人	35.5%	78人	2.7%	162人	5.6%
臓器障害あり		59人	46.8%	74人	32.2%	77人	31.8%	5人	100.0%	91人	35.4%	21人	100.0%	68人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	10人		16人		9人		0人		9人		21人		68人	
	尿蛋白(2+)以上	5人		9人		5人		0人		4人		21人		4人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		2人		1人		0人		1人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	6人		6人		5人		0人		5人		4人		68人	
	心電図所見あり	53人		65人		70人		5人		86人		8人		17人	

あなみツール

脳血管疾患において高血圧は最も重要なリスク因子である。対象者をみるとⅡ度高血圧以上が217人(3.5%)であり、126人(58.1%)は未治療者であった。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も91人(3.9%)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を行う。

(2) リスク層別化による対象者の把握

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 4-17）。

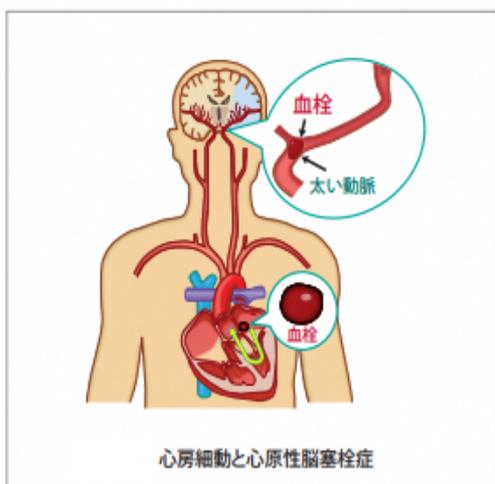
【図表 4-17】 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化（平成 28 年）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上			
	3,949	1,702	956	616	549	99	27		
		43.1%	24.2%	15.6%	13.9%	2.5%	0.7%		
リスク第1層	547	360	94	49	38	5	1		
	13.9%	21.2%	9.8%	8.0%	6.9%	5.1%	3.7%		
リスク第2層	1,937	821	513	299	251	44	9		
	49.1%	48.2%	53.7%	48.5%	45.7%	44.4%	33.3%		
リスク第3層	1,465	521	349	268	260	50	17		
	37.1%	30.6%	36.5%	43.5%	47.4%	50.5%	63.0%		
再掲 重複あり	糖尿病	335	110	86	65	63	10	1	
		22.9%	21.1%	24.6%	24.3%	24.2%	20.0%	5.9%	
	慢性腎臓病 (CKD)	808	319	193	140	123	24	9	
		55.2%	61.2%	55.3%	52.2%	47.3%	48.0%	52.9%	
	3個以上の危険因子	662	176	173	139	141	23	10	
		45.2%	33.8%	49.6%	51.9%	54.2%	46.0%	58.8%	

参考) 高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学会

図表 4-17 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については早急な医療機関への受診勧奨に努める。

(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 4-18 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。

引用文献；脳卒中予防の提言-心原性脳塞栓症の制圧を目指すために - 初版

【図表 4-18】 特定健診における心房細動有所見状況 (平成 28 年度)

年代	心電図検査受診者 (40歳～74歳)		心房細動有所見者			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
40歳代	395	438	0	0.0	0	0.0
50歳代	514	524	0	0.0	1	0.2
60歳代	1,280	1,723	10	0.8	2	0.1
70～74歳	643	854	8	1.2	4	0.5
合計	2,832	3,539	18	0.6	7	0.2

平成 28 年度 特定健診データ

【図表 4-19】 心房細動有所見者の治療の状況 (平成 28 年度)

心房細動有所見者	保健指導済		医療機関に通院中		心房細動にて内服通院中								保健指導を受けた が未治療		未把握(転出)	
					高血圧		糖尿病		脂質異常							
	人(A)	% (B/A)	人(C)	% (C/A)	人(D)	% (D/C)	人(E)	% (E/C)	人(F)	% (F/C)	人(G)	% (G/C)	人(H)	% (H/B)	人(I)	% (I/A)
26	22	84.6	25	96.2	23	92.0	22	88.0	11	44.0	11	44.0	1	4.5	2	7.7

平成 28 年度 特定健診データ

心電図検査において 26 人が心房細動の所見であった。これまででも述べたように、有所見率は年齢が高くなるにつれ増加している。浦添市では心電図で心房細動の所見が出た方は全員保健指導を行う様に努めている。平成 28 年度は 84.6%と高い保健指導実施率を保っており、医療機関につながっている方々がほとんどである。しかし、この方々は高い割合で高血圧や糖尿病、脂質異常症の治療もしており、血管を痛める因子を重ね合わせて持っていることがわかる。このため、継続受診の必要性を伝える必要があり、その後もフォローしていく必要がある。また、保健指導につながっていない方々への働きかけに関しても引き続きフォローにつながるように努めていく。

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工夫する。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。治療中であるにもかかわらず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。

また、健診受診者の中でメタボリックシンドロームに該当する方々を中心に動脈硬化検診受診を積極的に勧めていき、結果返却の際に脳血管疾患に着目した保健指導の実施やその評価、専門医の紹介等を行っていく(図表 4-20)。

【図表 4-20】

保健指導レベル	支援方法
緊急値	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに本人に連絡し、医療機関の情報提供を行い、受診勧奨する。その後も医療機関に受診したかなど確認を行う。 ・心電図で心房細動の所見がある方、レセプト確認の際に心房細動の傷病名がある方は緊急値とし、医療機関への受診を勧奨や医療受診の継続を伝え、受診後も内服中断をしないようにフォローしていく。
特定保健指導	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・必要に応じて受診勧奨を行う。 ・動脈硬化検診受診が適当である方に受診を促し、返却の際には脳血管疾患に着目した保健指導の実施やその評価、専門医の紹介等を行っていく。
受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施を行うと同時に受診勧奨を行う。 ・受診勧奨後、3か月後に本人、レセプトで医療機関に受診したか確認を行う。 ・特に血圧がⅡ度～Ⅲ度に分類される方は脳血管疾患に着目した保健指導を実施していく。
CKD	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施を行うと同時に高血圧、高血糖、脂質異常症を伴う場合はそれらに対する保健指導を行い、腎機能の悪化を防ぐ。 ・腎専門医受診レベルは、受診勧奨を行う。

(2) 動脈硬化検診の実施

脳血管疾患予防対象者においても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。動脈硬化検診の項目の一つである頸動脈エコー検査は非侵襲的にかつ局所の血管病変をリアルタイムに評価できる特徴がある。また、糖尿病や慢性腎臓病は脳血管疾患の確立した危険因子であるため、動脈硬化検診は頸部エコー検査だけでなく、75g 糖負荷検査と尿中アルブミン検査の結果も踏まえながら保健指導していくことは重要である。動脈硬化検診を通して異常を早期に発見・治療につなげ、生活習慣の改善を促していくことは非常に大切であるため今後も対象者へ動脈硬化健診を実施していく。

4) 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、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き対象者へ介入（通年）

5) 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・虚血性心疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

- ・メタボリックシンドローム予備群及び該当者数・率
- ・血圧、血糖、HbA1c、LDL コレステロール値等の受診勧奨値を有する人数・率
- ・医療機関受診者数・率

- ・保健指導者数・率
- ・保健指導後の生活習慣の改善状況

(2) 長期的評価

- ・脳血管疾患にかかる医療費、割合

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

浦添市においては、人口の高齢化や生活習慣病等の増加、重症化を背景に、医療費や介護給付費等の社会保障費の増加が課題となっており、健康課題の解決や医療費適正化が急務となっている。これら健康課題の解決には、被保険者のみならず、市民全体を対象として健康づくりに取り組むことが重要であり、効果的な保健事業の実施や創意工夫に加え、市民一人ひとりの健康意識の向上、健康づくりの実践が課題となっている。

健康リスクの高い方へのアプローチ（ハイリスクアプローチ）として、特定保健指導の実施や生活習慣病重症化予防の保健事業を強化しているが、健診未受診者や保健事業に参加しない方に対しては直接的なアプローチが難しいことから、市民を対象にした普及啓発等、ポピュレーションアプローチによる取り組みを行っていく。

ポピュレーションアプローチによる取り組みについては、本計画のほか、健康増進・食育計画である「健康・食育うらそえ21」に基づき、妊娠期・乳幼児期から高齢者までの各ライフステージに沿った取り組みを行っていることから、これらの計画との整合性を図り、一体となった保健事業を実施する。その内容として、本市の健康課題の背景には、食や運動の地域特性や喫煙の状況が関係していることを、保健事業等を通じて市民に広く周知する（図表4-21・4-22）。なお、事業実施にあたっては、福祉健康部をはじめ、関係部局と連携し次の取り組みを実施する。

1. 普及啓発の取り組み

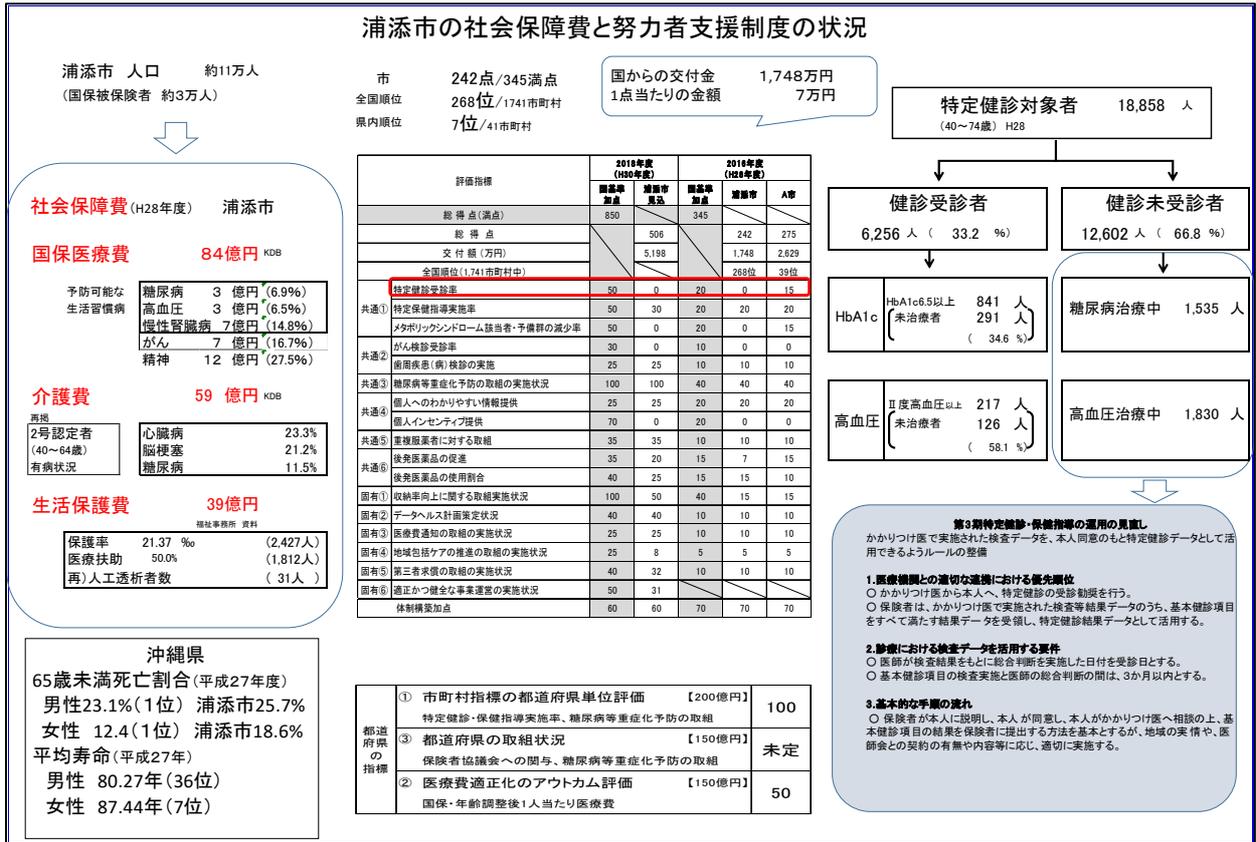
市民の健康意識の向上、普及啓発を図ることを目的に健康講演会の開催のほか、関係団体等が主催する講演会や健康関連のイベント等への協力、各自治会における地域での健康講話を開催する。また、広報やホームページ、SNS等を活用した健康情報の発信を行う。

2. 個人へのインセンティブ提供の取り組み

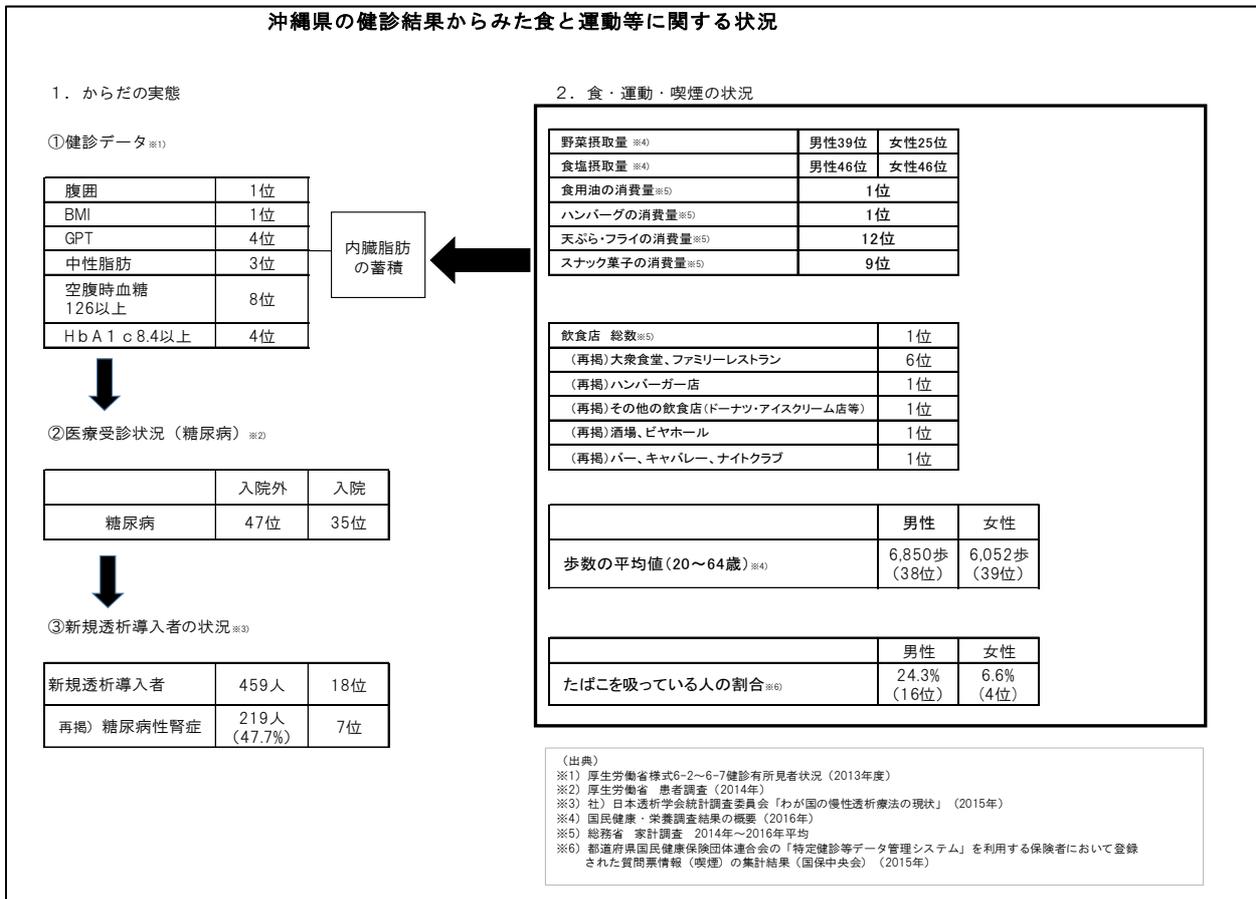
被保険者に対する健康づくりの一環として、特定健診をはじめ様々な保健事業を実施しているが、保健事業や健康に関心を示さない「健康無関心層」と呼ばれる方々も存在している。

「健康無関心層」の方々が健康に関心をもち、健康づくりの実践につなげるには、健康に関心を向けて頂くような仕組みづくり、保健事業の創意工夫が重要となっており、今回、その取り組みの一環として、個人へのインセンティブ提供の取り組みである「健康ポイント事業」を実施する。「健康ポイント事業」は、被保険者が保健事業への参加や健康づくりに取り組んだ際にポイントを付与し、ポイントに応じて特典を付与する仕組みとなっており、健康意識の向上や健康づくりを実践する被保険者の増加が期待される。

【図表 4-21】



【図表 4-22】



IV その他の保健事業

浦添市では、市民全員を対象にした健康づくり事業のほか、保険者の責務として医療費適正化の取り組み等、次の保健事業を実施する。

1. 重複受診・頻回受診者への保健指導

医療機関への重複・頻回受診、重複服薬を防ぐ観点から保健師等による保健指導を実施する。

重複・頻回受診及び重複服薬については、重複検査による心身への負担や重複処方・服薬による副反応の恐れがあるほか、医療費適正化の視点からも保健指導が重要となっている。

レセプト等の情報から、同一疾病による2カ所の医療機関を継続的または断続的に受診している方、1か月につき10日以上かつ3か月以上継続的または断続的に受診している方を対象に、保健師等による保健指導を実施する。

保健指導にあたっては、受診状況だけでなく心身の状態把握に努め、適切な医療受診につながるよう情報提供を行う。関係各課と連携のもと、訪問記録等による情報共有を図るほか、その後の受診状況についても把握する。

2. 柔道整復の適正受療

柔道整復師による施術の受療には、保険適用となる場合とならない場合がある。

保険適用となるのは、外傷によって生じた骨折・不全骨折（ひび）・脱臼・打撲・捻挫・肉ばなれとなっている。3か月以上施術を受けている方や、数か月ごとに傷病名を変えて施術を受けている方に対し、適正受療に向けた保健指導が重要となってくる。受療状況だけでなく心身の状態把握に努め、適正な医療受診や施術につながるよう被保険者へ情報提供を行うとともに、関係各課と連携し情報共有を図る。

3. ジェネリック医薬品（後発医薬品）の利用促進

ジェネリック医薬品は、先発医薬品と有効成分や効能・効果が同じで、価格が安いいため、ジェネリック医薬品の利用が進めば、患者の負担軽減や医療保険財政の改善を図ることが期待できる。国の「経済財政運営と改革の基本方針2017」では、平成32年9月までにジェネリック医薬品の使用割合を80%とするとされており、浦添市においては平成29年10月診療分における使用割合は79.51%となっている。

被保険者が安心してジェネリック医薬品を使用できるよう、リーフレットやシール等を活用し、ジェネリック医薬品の普及・啓発を図るとともに、先発医薬品からジェネリック医薬品へ切り替えた場合の差額通知を送付し、ジェネリック医薬品の普及・促進を図る。

4. 医療費通知の実施

医療費通知とは、被保険者が医療機関を受診した際の年月、受診者名、医療機関名、医療費額等が記載された通知のことで、自らの受診状況を確認することができるため、健康への意識の向上及び医療費負担の軽減が期待できる。本市においては、2か月分の受診状況を記載した医療費通知を年6回送付しており、受け取る側がわかりやすい医療費通知の実施に努める。

第5章 地域包括ケアに係る取り組み

浦添市における地域包括ケアシステムの考え方については、浦添市高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画（第五次てだこ高齢者プラン）のなかで、市民が「地域で健やかに安心のできる生活」を送るためには、保健・医療・介護・福祉・住まい等といった生活に密着したサービスの提供を包括的に受けることができる仕組みづくりが必要であることを示している。ケア体制の充実に向けて、行政内外の各種機能の連携強化が重要であるため、国保の実態をふまえその役割に努めていく必要がある。国保の実態として、65歳以上の被保険者数の国保加入率が高く、医療や介護サービスを必要とする方も増えてくる状況にある。そのことから浦添市の介護保険・高齢者医療の安定的運営も念頭に置き、地域包括ケアシステムの構築を推進する取り組みを行う。

第2章における分析にて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た。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、継続した健診受診と生活習慣病を重症化させない取り組みが介護に移行させず、医療費の適正化や限られた資源を効率的に活用するために重要なことである。

具体的には、次のような取り組みを行うことにより地域包括ケアを推進する。

在宅医療・介護連携推進事業調整会議や浦添市地域包括支援センター職員連絡会等の議論の場へ国保部局としても積極的に参加し、国保が保有する医療費等分析結果の情報提供など介護部門の関係課や地域サービス関係機関との情報共有や意見交換により、要介護に至る背景を分析していく。地域の課題について議論を行うことにより、連携体制を構築し、被保険者を支えるまちづくりを推進していく。また、KDB・レセプトデータ等を活用した保健指導、受診勧奨を展開していくなかで、横断的な連携により課題解決の効果を高めていきたい。介護予防及び自立支援・重度化防止や生活支援などが必要となった場合にも、スムーズな連携体制は市民の安心感につながっていく。

さらに、地域をつなぐ仕組みづくりに向けて協力できることを検討する。現在、特定健診受診率向上を目的に自治会と連携しているところであるが、それを発展させた企画・仕掛けづくりにより、国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりへつながる支援を目指していく。

要介護者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、介護をする家族（以下「介護者」という。）への健康管理を含めた支援も重要である。介護者のなかには、生活習慣病を有する人もおり、介護者に対する重症化予防を実施していくことも、地域を支える人材を失わないための大事な取り組みとなる。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援が必要となってくる。地域包括ケアに係るこれらの取り組みを推進していくうえで、浦添市医師会、浦添市在宅医療ネットワーク、地域包括支援センター、地域保健福祉センター、後期高齢者医療広域連合等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワーク構築を図り、将来の浦添市の動向を見据えた議論から対策を講じ、地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことを目指していく。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

進捗確認のための中間評価を3年後の2020年度に実施し、必要に応じて計画及び評価の見直しを行う。

また計画最終年度の2023年度には、次期計画策定を踏まえて評価を行う。

2. 評価方法・体制

保険者等は、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、以下の4つの指標で評価を行う（図表6-1）。

具体的には、保健指導に係る保健師・栄養士等がKDBシステム等のデータを活用し、健診の受診状況や医療・介護の動向等を定期的に評価し、PDCAサイクルに沿って保健事業を展開していく（参考資料8）。

また、特定健診の国への実績報告データを用いて全体の経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善状況も評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

【図表6-1】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)

【図表 6-2】 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	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値						最終評価値	現状値の把握方法		
				2016年(H28)	2017年(H29)	2018年(H30)	2019年(H31)	2020年	2021年	2022年	2023年				
特定健診	・特定健診受診率、特定保健指導率が国の目標に達していない。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。	特定健診受診率60%以上	35.3%	37.1%	40.0%	44.0%	48.0%	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60%以上	58.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%				
			特定保健指導対象者の減少率25%	13.8%	15.5%	17.0%	18.5%	20.0%	21.5%	23.0%	25.0%				
データヘルス計画	・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は同規模の市や全国と比較して高い。 ・総医療費に占める外来の割合は減少し、入院の割合が増加している。 ・総医療費に占める脳血管疾患の割合は減少しているが、沖縄県や全国と比較して高い。 ・総医療費に占める慢性腎不全の割合が増加している。 ・1件あたりの介護給付費は、同規模の市や沖縄県、全国と比較して高い。	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。	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.1%減少	2.71%	/			2.65%	/			2.60%	KDBシステム		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.1%減少	1.68%				1.59%				1.50%			
			糖尿病性腎症による新規透析者数の減少(前年比10%減)	9人				7人				5人			
			・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合25%減少	健診受診者の高血圧の割合減少2%(140/90以上)	男性	28.5%	28.2%	27.9%	27.6%	27.3%	27.0%	26.7%	26.5%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
						女性	21.6%	21.3%	21.0%	20.7%	20.4%	20.1%	19.8%	19.5%	
					健診受診者の脂質異常者の割合減少2%(LDL160以上)	男性	10.1%	9.8%	9.5%	9.2%	8.9%	8.6%	8.3%	8.0%	
						女性	13.6%	13.3%	13.0%	12.7%	12.4%	12.1%	11.8%	11.5%	
					健診受診者の糖尿病有病者の割合減少0.3%(HbA1c6.5以上)	10.0%	10.0%	9.9%	9.9%	9.8%	9.8%	9.7%	9.7%		
					糖尿病の未受診者が医療機関を受診した割合の増加	57.5%	58.0%	59.0%	60.0%	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%		
					糖尿病の保健指導を実施した割合25%以上	18.6%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	24.5%	25.0%		
保険者努力支援制度	・沖縄県は、男性の大腸がんによる年齢調整死亡率が25.8%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療。	がん検診受診率 胃がん検診 男性25%、女性30%	男性	4.6%	7.0%	10.0%	13.0%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%	地域保健事業報告		
				女性	6.3%	10.0%	13.5%	17.0%	20.5%	24.0%	27.5%	30.0%			
			肺がん検診 男性25%、女性30%	男性	6.3%	9.0%	11.5%	14.0%	16.5%	19.0%	21.5%	25.0%			
				女性	9.5%	13.0%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%			
			大腸がん検診 男性25%、女性30%	男性	5.8%	8.0%	11.0%	14.0%	17.0%	20.0%	23.0%	25.0%			
				女性	9.2%	13.0%	16.0%	19.0%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%			
			子宮頸がん検診 20%以上	13.5%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%				
			乳がん検診 20%以上	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%				
			自己の健康に関心を持つ住民が増える。	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合3%以上	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.0%	3.0%		事業反省	
			・数量シェアH28年度70%	後発医薬品の使用により、医療費の削減。	後発医薬品の使用割合80%以上	79.5%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	国保総合システム

※2020年に2019年のデータで中間評価を行う。

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得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、浦添市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予定である。

2. 個人情報の取扱い

浦添市においては、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。

資料編 目次

- 参考資料 1 様式 6-1 全国・沖縄県・同規模の市と比べてみた浦添市の位置
- 参考資料 2 特定健診対象者の見込み
- 参考資料 3 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 4 糖尿病重症化予防のための対象者の明確化
- 参考資料 5 糖尿病管理台帳
- 参考資料 6 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 7 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 8 平成 28 年度評価をふまえた、平成 29 年度保健事業実施計画（一部抜粋）
- 参考資料 9 都道府県別同規模市一覧（区分 6：人口 100,000 以上～150,000 未満）
- 参考資料 10 （資料 A）KDB システムにおける介護の有病状況に関するレセプト表記区分の設定条件
（資料 B）KDB システムにおける生活習慣病区分の設定条件一覧
（資料 C）KDB システムにおける入院・外来の費用額に関するレセプト表記区分の設定条件
- 参考資料 11 用語解説

【参考資料1】様式6-1 全国・沖縄県・同規模の市と比べてみた浦添市の位置

KDB 帳票 No.1：地域の全体像の把握

帳票 No.3：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

帳票 No.5：人口及び被保険者の状況

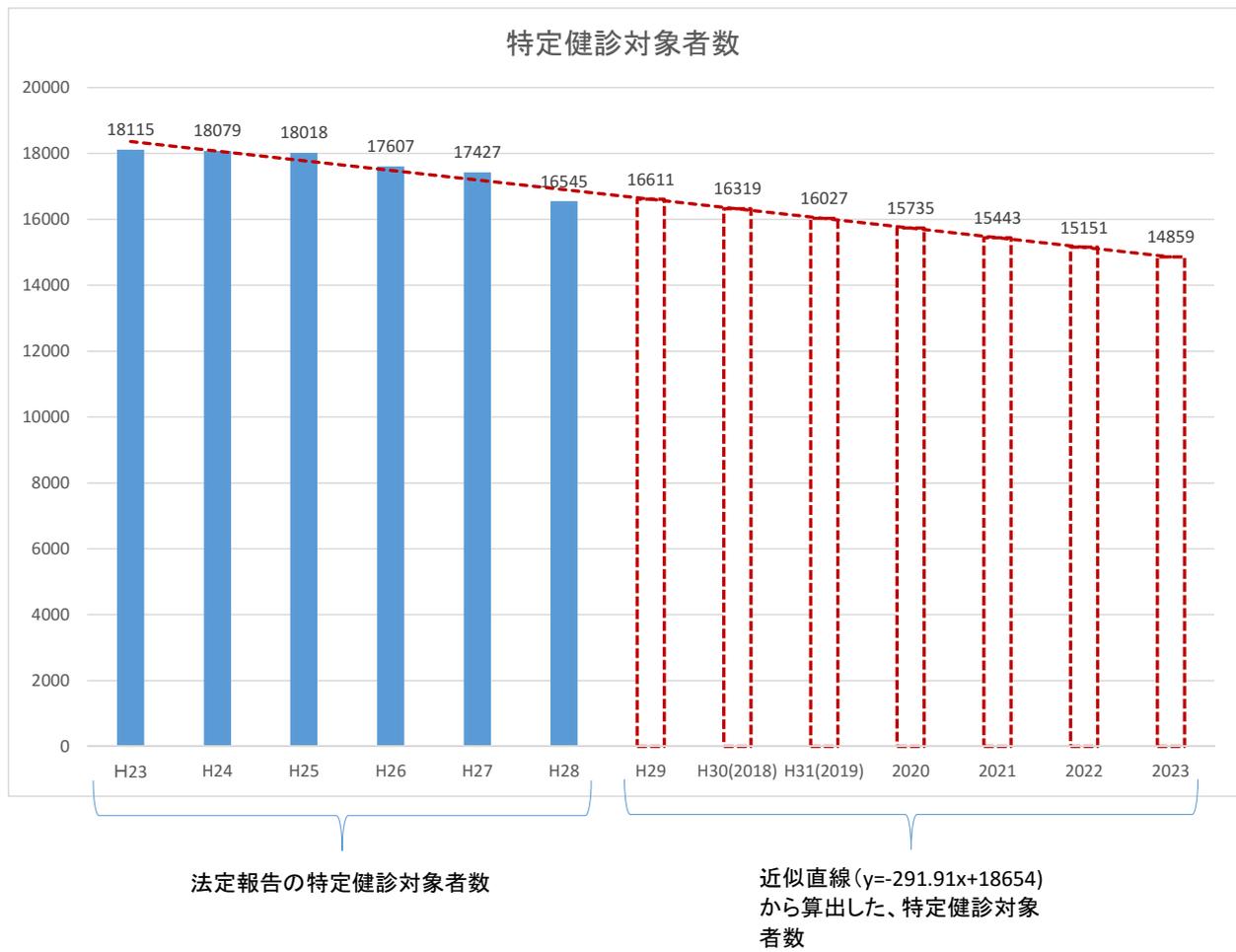
帳票 No.47：要介護（支援）者認定状況

項目	H25年度		H28年度		H28年度				備考							
	浦添市				同規模の市		沖縄県		全国		実務年度 【 】内は、KDB抽出時 に使用した作成年月					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		H25年度	H28年度			
1	① 人口構成	総人口	109,113		113,012		120,884		1,417,652		125,640,987		国勢調査 人口等基本集計	KDB No.3		
		65歳以上（高齢化率）	16,798	14.5	19,476	17.2	26.8	27.8337	19.6	33,465,441	26.6			実数		
		75歳以上	7,021	6.4	9,416	8.3	12.7	143,443	10.1	16,125,763	12.8			割合		
		65～74歳	8,777	8.0	10,060	8.9	14.1	134,894	9.5	17,339,678	13.8					
		40～64歳	35,199	32.3	38,077	33.7	33.6	474,416	33.5	42,295,574	33.7					
	39歳以下	58,116	53.3	55,459	49.1	39.7	664,899	46.9	49,879,972	39.7						
	② 産業構成	第1次産業	0.5		0.5		3.8		5.4		4.2			構成割合		
		第2次産業	15.0		15.0		27.7		15.4		25.2					
		第3次産業	84.5		84.5		68.5		79.2		70.6					
	③ 平均寿命	男性	79.6		79.6		79.7		79.4		79.6			厚労省 市区町村別生命表		
女性		86.2		86.2		86.4		87.0		86.4						
④ 健康寿命	男性	64.7		64.7		65.3		64.5		65.2			市区町村別生命表より、下記式にて算出 0歳平均寿命-65歳平均余命-（1-介護認定者数 ÷40歳以上の人口）×定常人口÷65歳生存数			
	女性	66.8		66.7		66.9		66.5		66.8						
2	① 死亡の状況	標準化死亡比（SMR）											厚労省 人口動態保健所・市区町村別統計	KDB No.1		
		男性	95.7		93.6		99.1		97.8		100					
		女性	91.9		93.5		100.7		87.5		100					
		がん	182	50.4	198	52.9	49.6	2,965	48.0	367,905	49.6			実数		
		心臓病	87	24.1	86	23.0	26.7	1,600	25.9	196,768	26.5					
		脳疾患	45	12.5	56	15.0	15.3	893	14.5	114,122	15.4					
	死因	糖尿病	9	2.5	5	1.3	1.8	187	3.0	13,658	1.8			割合		
		腎不全	13	3.6	10	2.7	3.4	243	3.9	24,763	3.3					
		自殺	25	6.9	19	5.1	3.2	287	4.6	24,294	3.3					
		合計	152	23.7	130	19.3		1,989	17.0	136,944	10.5					
② 早世の割合（65歳未満死亡）	男性	98	28.5	90	23.0		1,386	22.0	91,123	13.5			厚労省 人口動態調査	e-stat	H25年	H28年
	女性	54	18.1	40	11.9		603	11.2	45,821	7.2						
	合計	152	23.7	130	19.3		1,989	17.0	136,944	10.5						
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	2,841	17.6	3,133	19.8	20.6	54,602	22.9	5,885,270	21.2			実数		
		新規認定者	50	0.3	80	0.5	0.3	122	0.3	105,636	0.3					
		2号認定者	157	0.5	134	0.4	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4			割合		
		合計	3,048	18.1	3,347	20.3	21.0	56,890	23.4	5,986,903	21.6					
	② 有病状況	糖尿病	598	20.0	673	20.6	20.8	10,612	18.3	1,350,152	22.1			実数		
		高血圧症	1,344	44.4	1,468	45.5	48.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9					
		脂質異常症	740	24.2	842	26.0	26.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4					
		心臓病	1,519	50.2	1,646	51.1	55.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0					
		脳疾患	813	27.1	885	27.2	24.7	15,052	26.1	1,538,683	25.5			割合		
		がん	180	6.3	227	7.0	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3					
筋・骨格		1,377	45.8	1,489	45.7	47.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3						
精神		1,023	33.0	1,157	35.3	33.5	19,275	33.0	2,154,214	35.2						
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	71,267		71,883		58,724		71,386		58,284			全体：介護給付費の合算÷介護レセプト件数 ・ 居宅：居宅サービスの介護給付費の合算÷居宅サービスの介護レセプト件数 ・ 施設：施設サービスの介護給付費の合算÷施設サービスの介護レセプト件数	KDB No.1		
	居宅サービス	54,429		55,447		39,936		52,669		39,662						
	施設サービス	291,150		288,100		280,447		282,196		281,186						
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）												・ 認定あり：介護受給者の医療レセプト総点数×10÷介護受給者の医療レセプト数 ・ 認定なし：介護受給者以外の医療レセプト総点数×10÷介護受給者以外の医療レセプト数			
	認定あり	10,353		10,011		7,890		9,703		7,980						
	認定なし	3,963		4,142		3,777		4,397		3,816						

項目	H25年度		H28年度		H28年度				備考						
	浦添市				同規模の市		沖縄県		全国		KDB No.	実績年度 【 】内は、KDB抽出時に使用した作成年月			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		H25年度	H28年度		
① 国保の状況	被保険者数	34,897		32,107		29,767		444,291		32,587,866		KDB No.1	H26年3月 【H25累計】	H29年3月 【H28累計】	
	65～74歳	6,538	18.7	7,193	22.4	41.9	103,448	23.3	12,461,613	38.2					
	40～64歳	13,126	37.6	11,665	36.3	32.4	168,937	38.0	10,946,712	33.6					
	39歳以下	15,233	43.7	13,249	41.3	25.7	171,906	38.7	9,179,541	28.2					
	加入率	32.0		29.4 ↓		24.7		32.3		26.9		KDB No.5			
② 医療の概況 (人口千対)	病院数	8	0.2	8	0.2	0.3	94	0.2	8,255	0.3	KDB No.1	H24年 【H25累計】	H26年 【H28累計】		
	診療所数	72	2.1	84	2.6	3.0	874	2.0	96,727	3.0					
	病床数	1,369	39.2	1,378	42.9	51.4	18,893	42.5	1,524,378	46.8	KDB No.1	H25年度内 月平均 【H25累計】	H28年度内 月平均 【H28累計】		
	医師数	276	7.9	290	9.0	8.4	3,552	8.0	299,792	9.2					
	外来患者数	519.3		511.2		686.1		507.9		668.1		KDB No.3	H25年度内 月平均 【H25累計】	H28年度内 月平均 【H28累計】	
	入院患者数	17.7		19.0		19.2		20.0		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	19,714	県内24位 同規模95位	21,221 ↑	県内25位 同規模102位	25,233	22,111	24,245	レセプト総点数×10÷被保険者数		KDB No.3	H25年度内 月平均 【H25累計】	H28年度内 月平均 【H28累計】		
	受診率	536.96		530.108		705.382		527.86		686.286					
	外来	費用の割合	54.8		52.5 ↓		59.7		52.4		60.1		KDB No.1	H25年 【H25累計】	H28年 【H28累計】
		件数の割合	96.7		96.4		97.3		96.2		97.4				
	入院	費用の割合	45.2		47.5 ↑		40.3		47.6		39.9		KDB No.1	H25年 【H25累計】	H28年 【H28累計】
		件数の割合	3.3		3.6		2.7		3.8		2.6				
	1件あたり在院日数	17.2日		17.5日		16.1日		17.1日		15.6日		入院レセプト診療実日数合計÷入院レセプト総件数			
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源 傷病名 (頭割含む)	がん	738,564,610	16.4	744,573,630	16.7	25.2	17.3	25.6	レセプト記載の傷病名と摘要から、レセプト内で金額が最も高いと算出した傷病名が左記疾患に該当した場合、その額を合計し全体に占める割合を算出。 (該当傷病名については、参考資料10(表B)参照)		KDB No.3	H25年 年度内平均 【H25累計】	H28年 年度内平均 【H28累計】		
	慢性腎不全(透析あり)	599,495,850	13.3	659,227,010	14.8 ↑	9.9	16.0	9.7							
	糖尿病	324,476,160	7.2	307,251,820	6.9 ↓	9.7	7.0	9.7							
	高血圧症	413,827,660	9.2	287,018,090	6.4 ↓	8.6	6.3	8.6							
	精神	1,233,016,980	27.3	1,221,629,450	27.4	17.7	28.0	16.9							
	筋・骨格	588,937,770	13.0	658,873,180	14.8	14.6	13.1	15.2							
⑤ 費用額 (1件あたり) 入院 県内順位 順位総数42 入院の()内 は在院日数	入院	糖尿病	585,760	16位 (19)	559,140	31位 (18)	KDB No.3	H25年 年度内平均 【H25累計】	H28年 年度内平均 【H28累計】						
		高血圧	601,471	19位 (19)	652,108	8位 (19)									
		脂質異常症	597,826	11位 (19)	565,726	17位 (19)									
		脳血管疾患	701,675	12位 (21)	675,603	16位 (21)									
		心疾患	674,443	15位 (15)	744,014	9位 (15)									
		腎不全	904,778	8位 (18)	927,293	5位 (17)									
	外来	精神	461,430	15位 (25)	495,930	12位 (26)									
		悪性新生物	682,312	17位 (14)	674,725	22位 (14)									
		糖尿病	35,316	29位 (41,639)	21位	KDB No.3	H25年 年度内平均 【H25累計】	H28年 年度内平均 【H28累計】							
		高血圧	31,969	25位 (34,071)	20位										
		脂質異常症	27,730	30位 (28,907)	29位										
		脳血管疾患	45,860	5位 (49,203)	4位										
心疾患	47,507	27位 (52,117)	28位												
腎不全	220,430	10位 (229,377)	8位												
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,895		1,421 ↓		2,644		1,919		2,346		KDB No.1	H25年度内 月平均 【H25累計】	H28年度内 月平均 【H28累計】
		健診未受診者	10,291		11,375 ↑		12,275		10,954		12,339				
	生活習慣病対象 者 一人当たり	健診受診者	6,124		5,458 ↓		7,366		6,836		6,742				
		健診未受診者	33,258		43,695 ↑		34,199		39,024		35,459				
⑦ 健診・レセ 実合	受診勧奨者	実数	3,352	54.9	3,230	55.3	459,110	56.2	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB No.1	H25年 【H25累計】	H28年 【H28累計】
		割合	受診勧奨者÷健診受診者												
	医療機関受診率	実数	3,156	51.6	3,016	51.7	428,089	52.4	49,936	51.6	4,069,618	51.5			
		割合	受診勧奨者かつ医療機関を受診した健診受診者÷健診受診者×100												
医療機関非受診率	実数	196	3.2	214	3.7 ↑	31,021	3.8	4,230	4.4	357,742	4.5				
	割合	受診勧奨者かつ医療機関を受診していない健診受診者÷健診受診者×100													

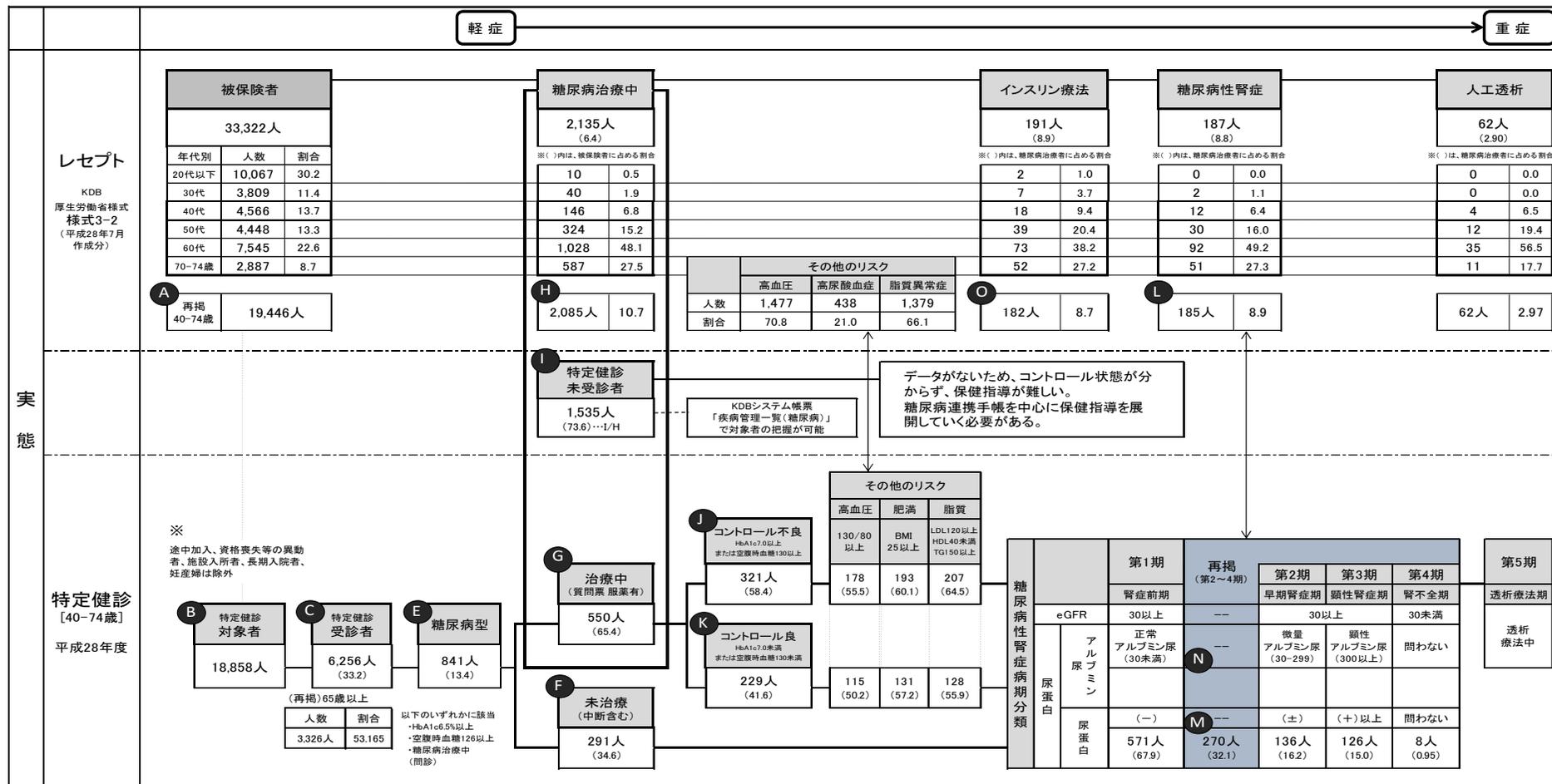
項目		H25年度		H28年度		H28年度				備考		KDB No.3	実績年度 【 】内は、KDB抽出時 に使用した作成年月				
		浦添市		同規模の市		沖縄県		全国					H25年度	H28年度			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合								
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数42	①	健診受診者		6,111		5,837		816,649		96,836		7,898,427		健診受診者数 ※法定報告値とは異なる。	H25年 【H25累計】	H28年 【H28累計】
		②	受診率		33.7 県内35位 同規模59位		28.3 県内42位 同規模98位		38.1		37.5 全国25位		36.4		健診受診者÷健診対象者×100 ※法定報告値とは異なる。		
		③	特定保健指導終了者(実施率)		629 71.5		327 37.2		23770 25.1		7,845 50.6		198,683 21.1		特定保健指導終了者÷(動機づけ支援対象者+積極 的支援対象者)×100 ※法定報告値とは異なる。		
		④	非肥満高血糖		357 5.8		418 7.2		80,374 9.8		6,227 6.4		737,886 9.3		実数 腹囲が基準値以内かつ問診情報より服薬な しの中で、下記のいずれかに該当する者① 空腹時血糖110以上 ②HbA1c (NGSP) 6.0以上 割合 上記に該当する者÷健診受診者数×100		
		⑤	メタボ	該当者	1,212	19.8	1,221	20.9	143,656	17.6	21,916	22.6	1,365,855	17.3	実数 実数 メタボリックシンドローム該当者数(合計、男女別)		
		男性		807	29.1	815	31.2	97,174	27.9	15,055	32.9	940,335	27.5	割合 割合 メタボリックシンドローム該当者数÷ 健診受診者数×100			
		⑥	メタボ	女性	405	12.1	406	12.6	46,482	9.9	6,861	13.4	425,520	9.5	割合 割合 メタボリックシンドローム予備群数÷ 健診受診者数×100		
		予備群		890	14.6	875	15.0	86,963	10.6	14,505	15.0	847,733	10.7	実数 実数 メタボリックシンドローム予備群数(合計、男女別)			
		⑦	腹囲	男性	578	20.8	583	22.3	59,568	17.1	9,655	21.1	588,308	17.2	割合 割合 メタボリックシンドローム予備群数÷ 健診受診者数×100		
		⑧		女性	312	9.4	292	9.1	27,395	5.8	4,850	9.5	259,425	5.8	割合 割合 メタボリックシンドローム予備群数÷ 健診受診者数×100		
		⑨	BMI	総数	2,430	39.8	2,387	40.9	257,908	31.6	41,588	42.9	2,490,581	31.5	実数 実数 腹囲の基準を超えた受診者数(合計、男女別)		
		⑩		男性	1,594	57.4	1,586	60.7	174,806	50.3	27,902	60.9	1,714,251	50.2	割合 割合 腹囲の基準を超えた受診者数÷ 健診受診者数×100		
⑪	BMI	女性	836	25.1	801	24.8	83,102	17.7	13,686	26.8	776,330	17.3	割合 割合 腹囲の基準を超えていないかつBMIの基準 を超えた受診者数(合計、男女別)				
⑫		総数	450	7.4	426	7.3	38,944	4.8	6,193	6.4	372,685	4.7	実数 実数 腹囲の基準を超えていないかつBMIの基準 を超えた受診者数÷健診受診者数×100				
⑬	血糖のみ	男性	80	2.9	59	2.3	5,769	1.7	901	2.0	59,615	1.7	割合 割合 腹囲の基準を超えていないかつBMIの基準 を超えた受診者数÷健診受診者数×100				
⑭		女性	370	11.1	367	11.4	33,175	7.1	5,292	10.4	313,070	7.0	割合 割合 腹囲の基準を超えていないかつBMIの基準 を超えた受診者数÷健診受診者数×100				
⑮	血糖のみ	総数	55	0.9	79	1.4	5,346	0.7	913	0.9	52,296	0.7	実数 実数 血糖リスクのみ保有している受診者数(下 記いずれかを満たす者)①空腹時血糖 110mg/dl以上 ②HbA1c (NGSP) 6.0%以 上③問診で糖尿病の服薬ありと回答 割合 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
⑯		男性	617	10.1	578	9.9	60,298	7.4	10,137	10.5	587,214	7.4	割合 割合 血糖リスクのみ保有している受診者数(下 記いずれかを満たす者) ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧 85mmHg以上③問診で高血圧の服薬ありと 回答 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
⑰	血圧のみ	女性	218	3.6	218	3.7	21,319	2.6	3,455	3.6	208,214	2.6	実数 実数 脂質リスクのみ保有している受診者数(下 記いずれかを満たす者) ①中性脂肪150mg/dl以上 ②HDLコレステ ロール40mg/dl未満③問診で脂質異常症の 服薬ありと回答 割合 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
⑱		総数	176	2.9	182	3.1	21,665	2.7	3,328	3.4	212,002	2.7	割合 割合 血糖・血圧リスクありかつ脂質リスクなし の受診者数 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
⑲	血糖・血圧	男性	92	1.5	74	1.3	7,896	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9	実数 実数 血糖・脂質リスクありかつ血圧リスクなし の受診者数 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
⑳		女性	607	9.9	560	9.6	69,601	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4	割合 割合 血糖・脂質リスクありかつ血圧リスクなし の受診者数 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
㉑	血糖・血圧・脂質	男性	337	5.5	405	6.9	44,494	5.4	6,804	7.0	415,310	5.3	実数 実数 血糖・血圧・脂質全てのリスクがある受診 者数 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
㉒		女性	2,272	37.2	2,181	37.4	283,574	34.7	35,736	36.9	2,650,283	33.6	割合 割合 血糖・血圧・脂質全てのリスクがある受診 者数 上記に該当する者÷健診受診者数×100				
6	生活習慣の 状況	①	服薬	2,272	37.2	2,181	37.4	283,574	34.7	35,736	36.9	2,650,283	33.6	実数 実数 質問票の各項目該当件数 (該当件数は、年度内の合計で算出)			
		②	既住歴	441	7.2	523	9.0	64,128	7.9	8,886	9.2	589,711	7.5	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		③	脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	1,234	20.2	1,286	22.0	203,875	25.0	19,747	20.4	1,861,221	23.6	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		④	心臓病(狭心症、心筋梗塞等)	220	3.7	175	3.3	26,393	3.5	2,781	3.2	246,252	3.3	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑤	腎不全	288	4.9	264	4.8	42,955	5.7	3,985	4.5	417,378	5.5	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑥	貧血	26	0.4	22	0.4	3,558	0.5	477	0.5	39,184	0.5	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑦	喫煙	329	5.6	372	6.8	77,916	10.5	5,051	6.2	761,573	10.2	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑧	週3回以上朝食を抜く	788	12.9	751	12.9	106,332	13.0	14,476	14.9	1,122,649	14.2	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑨	週3回以上食後間食	679	14.9	754	17.0	49,905	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑩	週3回以上就寝前夕食	678	14.9	695	15.7	73,477	11.3	9,397	16.7	803,966	11.9	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑪	食べる速度が速い	921	20.3	944	21.2	92,491	14.2	13,503	23.9	1,054,516	15.5	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑫	20歳時体重から10kg以上増加	1,418	31.2	1,363	30.9	161,704	25.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑬	1日1時間以上運動なし	2,020	44.2	1,948	43.8	208,703	32.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
		⑭	睡眠不足	2,577	56.5	2,662	59.9	371,402	57.2	32,954	57.5	4,026,105	58.8	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)			
⑮	毎日飲酒	2,435	53.4	2,669	60.1	305,765	46.8	27,541	49.9	3,209,187	47.0	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
⑯	時々飲酒	1,867	40.9	1,930	43.6	152,056	23.7	16,386	30.1	1,698,104	25.1	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
⑰	毎々飲酒	936	17.7	922	19.3	176,973	24.5	14,259	22.1	1,886,293	25.6	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
⑱	1合未満	1,411	26.7	1,319	27.7	152,085	21.1	18,519	28.7	1,628,466	22.1	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
⑳	1~2合	1,401	47.1	1,313	45.2	339,498	67.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
㉑	2~3合	941	31.6	987	33.9	114,077	22.5	12,695	28.7	1,245,341	23.9	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
㉒	3合以上	413	13.9	413	14.2	41,560	8.2	5,994	13.5	486,491	9.3	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					
㉓	3合以上	221	7.4	195	6.7	11,194	2.2	3,385	7.6	142,733	2.7	割合 割合 質問票の各項目該当件数÷質問票の各項目 回答件数×100 (該当件数及び回答件数は、年度内の合計 で算出)					

【参考資料 2】特定健診対象者の見込み



【参考資料 3】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	浦添市	同規模区分	6
-------	-----	------	-----	-------	---



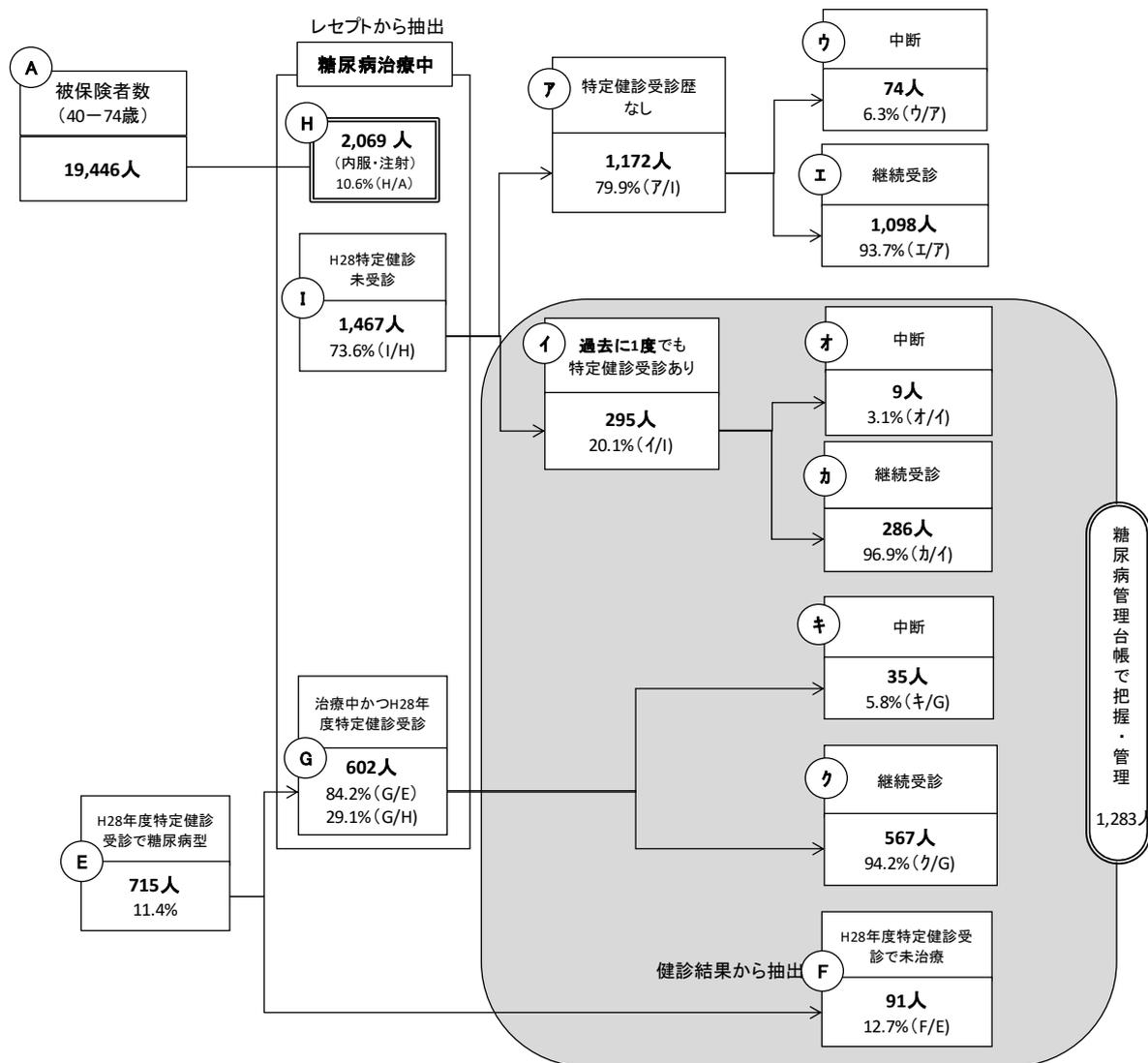
データ元： KDB 厚生労働省様式 3-2 (H28 年 7 月作成分)、FKAC131・164・167 (H28 年度)、KDB 帳票 No5 人口及び被保険者の状況 (平成 28 年度)

あなみツール (集計ツール_20171228 (レセ×健診 インスリン追加)) にて集計

※被保険者数について: 「レセプト」は H28 年 5 月の被保険者数 (KDB 厚生労働省様式 3-2 使用)。「特定健診」では H29 年 3 月の被保険者数 (KDB 帳票 No5 使用)。

【参考資料 4】

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）



データ: KDB「厚生労働省様式1-1」平成29年9月~12月作成分
 糖尿病治療中は平成29年9月作成分から集計し、治療中断は3か月間(平成29年10月~12月)レセプトがない者とした。

【参考資料 5】糖尿病管理台帳（例）

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

【参考資料 6】糖尿病管理台帳からの年次計画（例）

糖尿病管理台帳からの年度計画

H 年度

担当地区

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門医との連携												
結果把握	<p>糖尿病管理台帳の全数 (A + B) ()人</p> <p>A 健診未受診者 ()人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>()人</td> </tr> </table> <p>①-1未治療者(中断者含む) ()人</p> <p>*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認</p>	<p>後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力</p>
	結果把握(内訳)														
①国保(生保)	()人														
②後期高齢者	()人														
③他保険	()人														
④住基異動(死亡・転出)	()人														
⑤確認できず	()人														
保健指導の優先づけ	<p>B 健診受診者 ()人</p> <p>①HbA1cが悪化している ()人</p> <p>例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②蛋白尿 (-) ()人 (±) ()人 (+)~顕性腎症 ()人</p> <p>③eGFR値の悪化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/㎡以上低下 ()人</p>	<p>4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導</p>	<p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>												

【参考資料 7】様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	浦添市						同規模の市		データ元
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数105		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	33,322人							KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		19,446人								
2	① 特定健診 対象者数	B	18,858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	6,256人								
	③ 受診率		--								
3	① 特定保健指導 対象者数		871人								
	② 実施率		58.0%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	841人	13.4%					特定健診結果	
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	291人	34.6%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	550人	65.4%						
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	321人 58.4%							
		⑤ 血圧 130/80以上		178人 55.5%							
		⑥ 肥満 BMI25以上		193人 60.1%							
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	229人 41.6%							
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	571人 67.9%							
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		136人 16.2%							
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		126人 15.0%							
		⑪ 第4期 eGFR30未満		8人 1.0%							
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		64.1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)		107.2人							
		③ レセプト件数(40-74歳)	入院外(件数)	10,803件 (572.9)				16,628件 (752.2)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)		
		④ ()内は被保険者千対		入院(件数)	56件 (3.0)					102件 (4.6)	
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,135人 6.4%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑥ (再掲)40-74歳		2,085人 10.7%							
		⑦ 健診未受診者	I	1,535人 73.6%							
		⑧ インスリン治療	O	191人 8.9%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑨ (再掲)40-74歳		182人 8.7%							
		⑩ 糖尿病性腎症	L	187人 8.8%					KDB_厚生労働省様式様式3-2		
		⑪ (再掲)40-74歳		185人 8.9%							
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		62人 2.9%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー		
		⑬ (再掲)40-74歳		62人 3.0%							
		⑭ 新規透析患者数		17人 12.9%							
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		9人 52.9%							
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		48人 2.3%							
6	医療費	① 総医療費		83億5561万円				92億8161万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		② 生活習慣病医療費		44億5191万円				52億3304万円			
		③ (総医療費に占める割合)		53.3%				56.4%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	5,458円				7,366円			
		⑤ 健診未受診者		43,695円				34,199円			
		⑥ 糖尿病医療費		3億0725万円				5億0688万円			
		⑦ (生活習慣病医療費に占める割合)		6.9%				9.7%			
		⑧ 糖尿病入院外医療費		11億6736万円							
		⑨ 1件あたり		41,639円							
		⑩ 糖尿病入院医療費		7億7497万円							
		⑪ 1件あたり		559,140円							
		⑫ 在院日数		18日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		6億8067万円				5億5018万円			
		⑭ 透析有り		6億5923万円				5億1631万円			
		⑮ 透析なし		2144万円				3387万円			
7	介護	① 介護給付費		59億0788万円				84億5436万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症		11件 18.0%							
8	① 死亡		5人 0.8%				13人 1.1%		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

あなみツール (DM 評価 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価_20171228(インスリン追加)) にて集計

【参考資料 8】平成 28 年度評価をふまえた、平成 29 年度保健事業実施計画（一部抜粋）

	事業名 事業区分	中長期目標	P（計画） 健康課題の分析・事業の企画・短期目標	D（実施） 保健事業の実施	C（評価） 保健事業の検証 ※ストラクチャー・プロセス・アウトプット・ アウトカム指標で評価。	A（改善） 計画修正
国保ヘルス アップ事業 (1)必須事業	(a) 特定健診 未受診者対策	生活習慣病 予防	<p><分析></p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診の受診率が横ばい。40～50歳代の受診率が特に低い。 <p><企画></p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診状況を分析し、ターゲットを明確にし訪問等のアプローチを実施する。 <p><短期目標></p> <ul style="list-style-type: none"> 40代50代の健診受診率の向上。 	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> 40～59歳の特定健診対象者。 <p><実施内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 過去5年間の特定健診受診状況にて区分し、対象者の受診状況に合わせた受診勧奨（訪問、電話）を実施する。 <p><実施期間>5月～3月</p>	40代50代の受診状況で評価する。	C（評価）に基づき、改善する。
	(d) 特定健診受診者のフォローアップ（特定健診継続受診対策）	臓器障害 予防（脳、心、腎）	<p><分析></p> <ul style="list-style-type: none"> 65～74歳の特定健診受診率は43.5%、そのうちメタボ予備群が455人、（14.7%）、メタボ該当者が671人（21.7%）、非該当者が1,961人（63.5%）である。 <p><企画></p> <ul style="list-style-type: none"> 健診結果の手渡しによる丁寧な情報提供を実施し、メタボ予備群や該当者にならない様、健診継続受診の必要性を伝える。 <p><短期目標></p> <ul style="list-style-type: none"> 健診継続受診率の向上。 	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> 65歳～74歳の特定健診受診者で、健診結果の保健指導判定値が情報提供でかつ内服（血圧・脂質・血糖）していない者。（情報提供治療無） <p><実施内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 健診結果説明会を設け、健診結果の手渡しを行い、結果について経年表を活用した検査値の見方を説明する等、丁寧な情報提供を行う。 健診継続受診の必要性を伝える。 <p><実施期間>通年</p>	健診継続受診状況で評価する。	C（評価）に基づき、改善する。
	(e) 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組（早期介入保健指導事業）	臓器障害 予防（脳、心、腎）	<p><分析></p> <ul style="list-style-type: none"> メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合が、全国の平均値を上回っている（H27 34%）。 65歳未満の死亡の割合が沖縄県や全国の平均よりも高い（H27 23.5%）。 <p><企画></p> <ul style="list-style-type: none"> 早期介入として30代国保被保険者に対する健診および保健指導の実施。 <p><短期目標></p> <ul style="list-style-type: none"> 30代国保被保険者の健診受診率の向上。 	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> 30代の健診受診者のうち、特定保健指導の階層化に準じた方法で積極的支援と動機づけ支援に該当する者及び生活習慣病の発症予防対象者。 <p><実施内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師・管理栄養士等による保健指導の実施（健診結果の確認、内臓肥満症候群について、検査結果と体のメカニズムについて等）。 <p><実施期間> 通年</p>	健診受診状況、保健指導実施率で評価する。	C（評価）に基づき、改善する。

	事業名 事業区分	中長期目標	P (計画) 健康課題の分析・事業の企画・短期目標	D (実施) 保健事業の実施	C (評価) 保健事業の検証 ※ストラクチャー・プロセス・アウトプット・ アウトカム指標で評価。	A (改善) 計画修正
国保ヘルス アップ事業 (2)国保一般 事業	(h)保健指導 ①重複・頻回 受診者への訪 問指導	医療費の適 正化	<p><分析></p> <ul style="list-style-type: none"> 平成27年度は医療の重複頻回受診者（重複服薬含む）60人中45人へ訪問し、約178万円の医療費効果がある。 <p><企画></p> <ul style="list-style-type: none"> 疾病の早期回復と健康の保持増進、適正受診に着目した保健指導の実施。 <p><短期目標></p> <ul style="list-style-type: none"> 適正受診。 	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険被保険者のうち、同一疾病について同月内に2カ所以上の保険医療機関に継続又は断続的に受診している者及び同一診療科を月に10日以上かつ3か月以上の受診があった者等で、保健師等による訪問指導が必要と認められる者。 <p><実施内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師等による訪問指導の実施。 <p><実施期間> 通年</p>	訪問日をはさむ前後6ヶ月でレセプト等を確認し改善の有無等で評価する。	C (評価) に基づき、改善する。
	(h)保健指導 ②重複服薬者 への訪問指導	医療費の適 正化	<p><分析></p> <ul style="list-style-type: none"> 平成27年度は医療の重複頻回受診者（重複服薬含む）60人中45人へ訪問し、約178万円の医療費効果がある。 <p><企画></p> <ul style="list-style-type: none"> 疾病の早期回復と健康の保持増進、適正服薬に着目した保健指導の実施。 <p><短期目標></p> <ul style="list-style-type: none"> 適正服薬。 	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険被保険者のうち、月に2カ所以上の保険医療機関から同薬効の薬剤を継続的又は断続的に処方されている者であって、保健師等による訪問指導が必要と認められる者。 <p><実施内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 保健師等による訪問指導の実施。 <p><実施期間> 通年</p>	訪問日をはさむ前後6ヶ月でレセプト等を確認し改善の有無等で評価する。	C (評価) に基づき、改善する。
	(h)保健指導 ③生活習慣病 重症化予防 (糖尿病性腎 症を除く)	臓器障害予 防(脳、 心、腎)	<p><分析></p> <ul style="list-style-type: none"> 80万円以上の高額レセプトは、脳血管疾患7.0%、虚血性心疾患3.2%を占めており、6か月以上の長期入院は脳血管疾患15.2%、虚血性心疾患5.5%となっている(H27)。 人工透析を行っている者のうち、糖尿病性腎症のレセプトをもつ者が半数以上を占めている(H27 54.4%)。 <p><企画></p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防に着目した保健指導の実施。 <p><短期目標></p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の重症化予防。 	<p><対象者></p> <ul style="list-style-type: none"> 65歳～74歳の健診受診者のうち、健診結果の保健指導判定値が内服中(血圧・脂質・血糖)のため情報提供となっている者、又は健診結果データが受診勧奨判定値を超えている者。 <p><実施内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 健診受診者から保健指導対象者を選定。 保健師等にて面談による保健指導の実施。 <p><実施期間> 通年</p>	保健指導実施率、生活習慣の改善状況等を確認し、評価する。	C (評価) に基づき、改善する。

【参考資料 9】 都道府県別同規模市一覧（区分 6：人口 100,000 以上～150,000 未満）

同規模の市：102市（H28年度版）

	都道府県	市
1	北海道	小樽市
2		北見市
3		江別市
4	岩手県	石巻市
5		一関市
6		奥州市
7	宮城県	大崎市
8	山形県	鶴岡市
9		酒田市
10	福島県	会津若松市
11	茨城県	土浦市
12		古河市
13		取手市
14		筑西市
15	栃木県	佐野市
16		那須塩原市
17	群馬県	桐生市
18	埼玉県	加須市
19		鴻巣市
20		深谷市
21		戸田市
22		坂戸市
23		朝霞市
24		富士見市
25		三郷市
26		ふじみ野市
27		入間市
28	千葉県	木更津市
29		成田市
30		我孫子市
31		鎌ヶ谷市
32	東京都	武蔵野市
33		青梅市
34		昭島市
35		小金井市
36		国分寺市
37		東久留米市
38		多摩市
39	神奈川県	海老名市
40		座間市
41	新潟県	三条市
42		新発田市
43	石川県	小松市
44		白山市
45	長野県	飯田市
46	岐阜県	多治見市
47		各務原市
48		可児市
49	静岡県	三島市
50		富士宮市
51		島田市
52		焼津市
53		掛川市
54		藤枝市

	都道府県	市
55	愛知県	瀬戸市
56		半田市
57		刈谷市
58		江南市
59		稲沢市
60		東海市
61	三重県	伊勢市
62		桑名市
63	滋賀県	彦根市
64		長浜市
65		草津市
66	大阪府	池田市
67		守口市
68		泉佐野市
69		富田林市
70		河内長野市
71		松原市
72		大東市
73		箕面市
74		羽曳野市
75		門真市
76	奈良県	橿原市
77		生駒市
78	鳥取県	米子市
79	岡山県	津山市
80	広島県	尾道市
81		廿日市市
82	山口県	防府市
83		岩国市
84		周南市
85	香川県	丸亀市
86	愛媛県	新居浜市
87		西条市
88	福岡県	大牟田市
89		飯塚市
90		筑紫野市
91		春日市
92		糸島市
93	佐賀県	唐津市
94	長崎県	諫早市
95	熊本県	八代市
96	大分県	別府市
97	宮崎県	延岡市
98	鹿児島県	鹿屋市
99		霧島市
100	沖縄県	浦添市
101		沖縄市
102		うるま市

【参考資料 10】

(資料 A) KDB システムにおける介護の有病状況に関するレセプト表記区分の設定条件

	疾患名	ICD10
1	糖尿病	E10(インスリン依存性糖尿病) E11(インスリン非依存性糖尿病) E12(その他の糖尿病) E13(その他の糖尿病) E14(その他の糖尿病)
2	高血圧	I10(本態性(原発性)高血圧症) I11(高血圧性心疾患) I12(高血圧性腎疾患) I13(高血圧性心腎疾患) I15(二次性(続発性)高血圧症)
3	脂質異常症	E78(高脂血症)
4	心臓病	I10(本態性(原発性<一次性>)高血圧(症))~I15(二次性<続発性>高血圧(症)) I20(狭心症)~I25(冠動脈硬化症、陳旧性心筋梗塞、その他の虚血性心疾患) I01(その他の循環器系の疾患)~I020(その他の循環器系の疾患) I05(その他の循環器系の疾患)~I09(その他の循環器系の疾患) I27(その他の循環器系の疾患) I30(その他の循環器系の疾患)~I52(その他の循環器系の疾患)
5	脳疾患	I60(くも膜下出血) I61(脳内出血) I63(脳梗塞) I64(その他の脳血管疾患) I65(その他の脳血管疾患) I66(その他の脳血管疾患) I67(脳動脈硬化症、その他の脳血管疾患) I68(その他の脳血管疾患) I69(脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患)
6	がん	C00~D48(新生物)
7	筋・骨格	M00~M99(筋骨格系及び結合組織の疾患)
8	精神	F00~F99(精神および行動の障害)

(資料 B) KDB システムにおける生活習慣病区分の設定条件一覧

	疾患名	ICD10
1	糖尿病	E11~E14
2	高血圧	I10~I13、I15
3	脂質異常症	E78
4	高尿酸血症	E79
5	脂肪肝	K76_0
6	動脈硬化症	I70
7	脳出血	I61、I69_1、I64、I69_4
8	脳梗塞	I63、I69_3
9	狭心症	I20
10	心筋梗塞	I21、I22
11	悪性新生物	C、D0、D1、D2、D3、D40、D41、D42、D43、D44、D45、D46、D47、D48
12	筋・骨格	M
13	精神	F
	慢性腎不全 (透析なし、透析あり)	N18

(資料 C) KDB システムにおける入院・外来の費用額に関するレセプト表記区分の設定条件

	疾患名	ICD10
1	2型糖尿病	E11(インスリン非依存性糖尿病) E12(その他の糖尿病) E13(その他の糖尿病) E14(その他の糖尿病)
2	高血圧	I10(本態性(原発性)高血圧症) I11(高血圧性心疾患) I12(高血圧性腎疾患) I13(高血圧性心腎疾患) I15(二次性(続発性)高血圧症)
3	脂質異常症	E78(高脂血症)
4	脳血管疾患	I60(くも膜下出血) I61(脳内出血) I63(脳梗塞) I64(その他の脳血管疾患) I65(その他の脳血管疾患) I66(その他の脳血管疾患) I67(脳動脈硬化症、その他の脳血管疾患) I68(その他の脳血管疾患) I69(脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患)
5	虚血性心疾患	I20(狭心症) I21(急性心筋梗塞) I22(急性心筋梗塞) I23(その他の虚血性心疾患) I24(その他の虚血性心疾患) I25(冠動脈硬化症、その他の虚血性心疾患)
6	腎不全	N17(その他の腎不全) N18(慢性腎不全) N19(その他の腎不全)
7	精神	F00～F99(精神および行動の障害)
8	がん	C00～D48(新生物)

用語	解説
ALT (GPT)	肝機能検査項目の一つ。アミノ酸の代謝に関与する酵素。AST (GOT) が他臓器に分布するのに対し、ALT (GPT) は肝臓に多く含まれる。肝臓、胆道系の病気の診断に有効な検査。
BMI	体格指数のことで、肥満の程度を知るための指数。 BMI=体重(kg)÷(身長(m)×身長(m)) 一般的に 18.5 未満は「やせ」、18.5 以上 25 未満は「標準」、25 以上 30 未満は「肥満」、30 以上は「高度肥満」。
CKD	慢性腎臓病のこと。腎臓の働き (eGFR) が健康な人の 60%以下に低下する (eGFR が 60ml/分/1.73 m ²) か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が 3 か月以上続く状態をいう。
DPC	“Diagnosis Procedure Combination” の頭文字。2002 年の閣議決定に基づき 2003 年 4 月より急性期入院医療を対象とする 1 日当たり包括評価 (DPC 制度) が導入された。DPC では、入院期間中に治療した病気の中で最も医療資源を投入した一疾患に対して 1 日当たりの定額点数が定められている。定額点数は、厚生労働省が定めたもので、506 の疾患を基本として、手術・処置・副傷病名の有無などによってさらに 4,918 の分類がある (2016 年 4 月改正時点)。
eGFR	腎臓の機能を表す指標で、血清クレアチニン値をもとに糸球体濾過量を推定した値。 *18 歳以上の場合の計算式 eGFR=194×クレアチニン(mg/dℓ)-1.094×年齢(才)-0.287 (女性は×0.739)
HbA1c (NGSP 値)	ヘモグロビンエーワンシーは、赤血球のタンパクであるヘモグロビン (Hb) とブドウ糖が結合したもので、過去 1 か月~2 か月の平均血糖値を知ることができる。 2013 年 4 月 1 日以降に国際基準となる NGSP 値を用いることに統一された。
HDL コレステロール	俗に善玉コレステロールと呼ばれる。タンパク質と結合したコレステロールの一種。血管の壁などに余分に付着しているコレステロールを回収する働きをする。

用語	解説
KDB システム	<p>国保データベースシステムの略称。</p> <p>国民健康保険制度や後期高齢者医療制度における診療報酬明細書と特定健康診査及び特定保健指導等に関する記録、また、介護保険制度における介護給付費明細書等の情報について、それぞれの情報を合わせて加工することにより「統計情報」や「個人の健康に関するデータ」を作成し、各制度の保険者がこれらの統計情報を閲覧できるようにしたもの。</p> <p>各保険者が国保連合会との間で合意し委託した範囲内で、加入する被保険者の「個人の健康に関するデータ」を利用できるようにされている。</p>
LDL コレステロール	<p>俗に悪玉コレステロールと呼ばれる。タンパク質と結合したコレステロールの一種。HDL コレステロールが血管の壁などに余分に付着しているコレステロールを回収する働きをすることに対して、LDL コレステロールは肝臓から末梢組織へコレステロールを運搬する働きをするため、値が基準値より高い場合、動脈硬化などを誘発する危険性がある。</p>
non-HDL コレステロール	<p>動脈硬化のリスクを総合的に管理できる指標。総コレステロールからHDL コレステロールを引いた式で表される。</p>
PDCA サイクル	<p>典型的なマネジメントサイクルの1つで、計画(plan)、実行(do)、評価(check)、改善(action)のプロセスを順に実行する。最後の action では check の結果から、最初の plan の内容を継続(定着)・修正・破棄のいずれかにして、次回の plan に結び付ける。このらせん状のプロセスを繰り返すことによって、維持・向上及び継続的な業務改善活動を推進するマネジメント手法のこと。</p>
あなみツール	<p>福岡県国民保険団体連合会が開発した保健指導支援ツールの通称名。特定健診の有所見者（腹囲、BMI、HbA1c、空腹時血糖、血圧、LDL コレステロール値、GFR 値等に異常のある者）の結果を経年的に見ることができ、評価ができるようにしたツールのこと。</p>
インセンティブ制度	<p>業務の成果や実績に応じて奨励金などを変化させる制度。</p>
血清クレアチニン	<p>筋肉運動のエネルギーとして代謝されるクレアチンの代謝後に残る老廃物のことで、腎機能が正常に機能しているかを知ることができる。</p>

用語	解説
受療率	推計患者数を人口10万対で表した値。 受療率＝推計患者数÷推計人口×10万
地域包括ケア	厚生労働省において、2025年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）。
中性脂肪	主に食事に含まれる脂肪が分解、吸収されたもの。エネルギーを体内に貯蔵するための形態で、血液中の中性脂肪が増加した状態が続くと動脈硬化を促進する一因になる。
二次検診 (動脈硬化検診)	特定健康診査を受診した者の中から動脈硬化のリスクの高い者を抽出し、実施している検診のこと。検査項目は、75g糖負荷検査、頸動脈エコー検査、尿中微量アルブミン検査である。糖尿病や動脈硬化、早期腎症を改善可能な段階から発見し、生活習慣改善への動機づけや実践を行うことで、その後の脳血管疾患、心疾患、腎機能障害等の発症予防を目的に実施している。
尿中微量アルブミン	尿に出現する微量のタンパク（アルブミン）を定量測定するもので、糖尿病の早期腎障害の指標となる。
保険者努力支援制度	医療費の適正化に向けた取り組みなど、保険者としての努力を行う自治体に対し、支援を行う制度。
ポピュレーションアプローチ	集団全体に予防介入を行うことを通じて、その集団全体におけるリスクのレベルを低下させ、集団全体での疾病予防・健康増進を図る組織的な取り組みのこと。
メタボリックシンドローム	内臓脂肪症候群のこと。内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態のこと。(略称:メタボ)
リスクファクター	危険因子とも呼ばれる。ある病気を引き起こす、あるいは、ある病気に付加的に働く因子のこと。本計画では、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を引き起こす要因である耐糖能異常、高血圧、高中性脂肪血症のことをいう。
レセプト	診療報酬明細書の略称。保険医療機関が保険者に保険請求するための請求明細書のこと。

浦添市国民健康保険 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

発行／浦添市健康部
発行月日／平成30年3月
編集／浦添市健康部

〒901-2501 沖縄県浦添市安波茶一丁目1番1号
電話 098-875-2100(健康づくり課)
098-876-1234(国民健康保険課)
