

案

## 那覇市国民健康保険

第3期 保健事業実施計画

(データヘルス計画)

第4期特定健康診査等実施計画

令和6年度～令和11年度

令和6年3月 那覇市

# 目次

<b>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</b>	<b>1</b>
1 計画の趣旨・目的	1
2 計画の位置付け	2
3 計画期間	2
4 関係者が果たすべき役割と連携	3
(1) 市町村国保の役割	
(2) 関係機関との連携	
(3) 被保険者とのかかわり	
(4) 保険者努力支援制度	
<b>第2章 現状の整理</b>	<b>4</b>
1 保険者の特性	4
(1) 本市の状況	
(2) 国保の状況	
2 第2期計画にかかる評価及び考察	7
(1) 第2期データヘルス計画の目標の評価	
(2) 第2期データヘルス計画の個別保健事業の評価	
(3) 第2期データヘルス計画の考察	
3 第3期における健康課題の明確化	15
(1) 健康寿命・死因別死亡・健診・医療・介護情報などの分析	
(2) 健康課題の明確化	
(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け	
(4) 目標の設定	
<b>第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)</b>	<b>31</b>
1 第4期特定健康診査等実施計画について	31
2 目標値の設定	31
(1) 第3期計画における目標値の達成状況	
(2) 目標値の設定	
3 対象者の見込み	32
(1) 対象者	
(2) 対象者・受診者見込数	
4 特定健診の実施	33
(1) 実施方法	
(2) 実施場所	
(3) 特定健診委託基準	
(4) 特定健診実施機関リスト及び集団健診日程	
(5) 特定健診実施項目	

(6) 実施時期	
(7) 受診券の発行	
(8) 健診結果表の送付	
(9) 特定健診受診時の自己負担額	
(10) 他健診からのデータ受領方法	
(11) 医療機関との適切な連携	
(12) 代行機関	
(13) 特定健診実施にかかる普及啓発の方法	
<b>5 特定保健指導の実施</b>	<b>36</b>
(1) 実施形態	
(2) 支援方法	
(3) 支援内容	
(4) 評価方法	
(5) 保健指導対象者の重点化	
(6) 健診から保健指導実施の流れ	
(7) 要保健指導対象者の種別・支援方法・見込み	
<b>6 年間実施スケジュール</b>	<b>39</b>
<b>7 個人情報の保護</b>	<b>40</b>
(1) 基本的な考え方	
(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	
<b>8 結果の報告</b>	<b>40</b>
<b>9 特定健康診査等実施計画の公表・周知</b>	<b>40</b>
<b>10 特定健康診査等実施計画の評価・見直し</b>	<b>40</b>
<b>第4章 課題解決するための個別保健事業</b>	<b>41</b>
1 保健事業の方向性	41
2 課題解決に向けた保健事業の選択（優先順位の設定）	42
3 個別の保健事業	43
4 健康づくりの周知啓発の取組（ポピュレーションアプローチ）	59
<b>第5章 計画の評価・見直し</b>	<b>60</b>
1 評価の時期	60
2 評価方法・体制	60
<b>第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い</b>	<b>61</b>
1 計画の公表・周知	61
2 個人情報の取扱い	61
<b>資料</b>	<b>62</b>

# 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 計画の趣旨・目的

我が国では、高齢化の進展や生活スタイルの変化、高度医療技術の進歩等により、生活習慣病を主な要因とする医療費の増大は大きな課題となっています。

こうした中、国民皆保険制度を安定した持続可能なシステムに作り上げていくことを目的として、医療制度改革が進められ、平成20年には、生活習慣病予防を目的として「特定健康診査・特定保健指導」の実施が保険者へ義務づけられました。

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」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。」とされました。

平成26年3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において、健康・医療情報の分析に基づく効果的かつ効率的な保健事業をPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿って実施されるよう「データヘルス計画」が位置づけられました。

その後、令和4年、経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※3</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPI<sup>※4</sup>の設定を推進する。」と示されました。

このような背景を踏まえ、本市においても健診・レセプト等のデータを活用し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画「那覇市国民健康保険データヘルス計画（以下、「データヘルス計画」という。）を平成26（2014）年度から平成29（2017）年度に、第2期データヘルス計画を平成29（2017）年度から令和5（2023）年度に実施し、保健事業の評価・改善に取り組んできました。

引き続き、これまでの成果や健康課題に即した保健事業を実施し、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持向上を図ることにより、健康寿命の延伸を目的とし、医療費の適正化に資する、第3期データヘルス計画を策定いたします。

---

※1 日本再興戦略：我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと（H25.6閣議決定）

※2 PDCAサイクル：P（計画）→D（実施）→C（評価）→A（改善）を繰り返し行うこと

※3 新経済・財政再生計画 改革行程表：新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応とKPI（重要業績評価指標）、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

※4 KPI：Key Performance Indicator の略（重要業績評価指標）。最終的な目標を設定すること

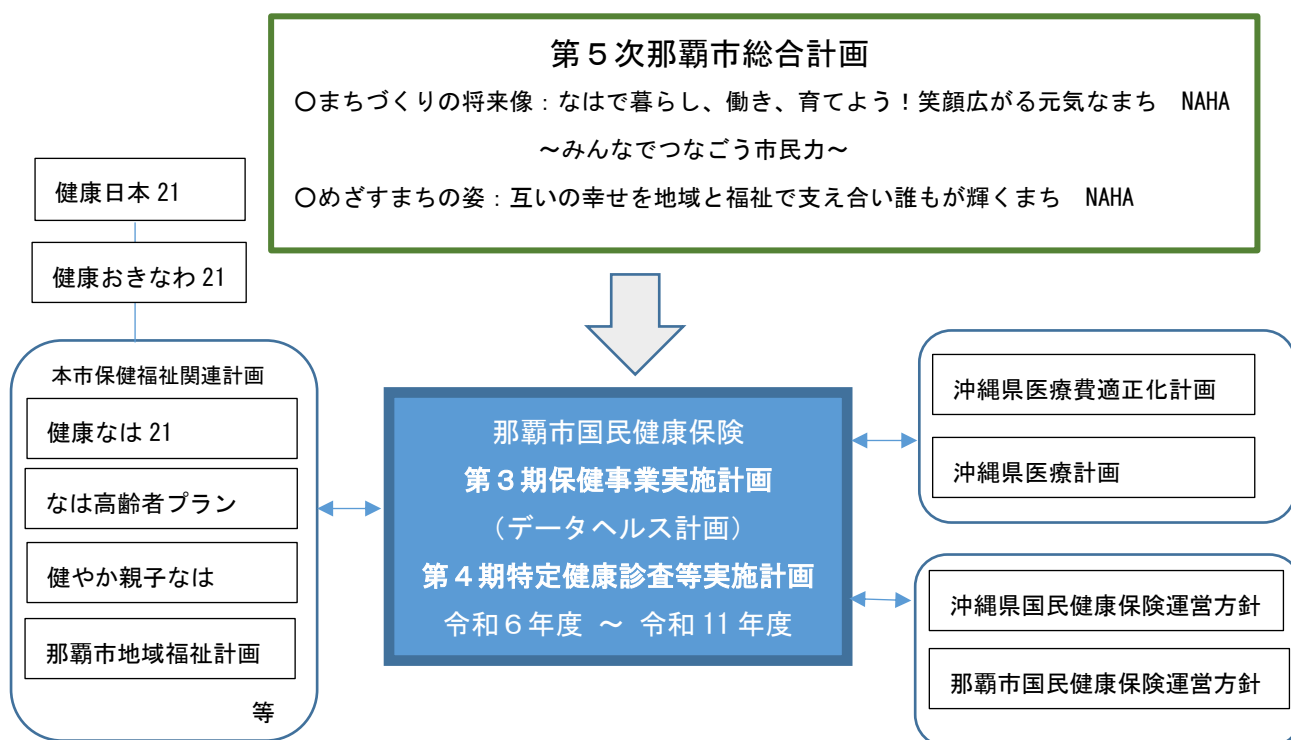
## 2 計画の位置付け

データヘルス計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」及び国民健康保険法の規定に基づく国の指針により、保険者等における策定が努力義務とされています。

第3期データヘルス計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、「第5次那覇市総合計画」、本市健康増進計画「健康なは21」、「なは高齢者プラン」など、本市保健福祉関連計画、また、「沖縄県医療費適正化計画」等と調和のとれたものとし、ほか「国民健康保険運営方針」を踏まえ、計画の推進を行うこととします。

なお、「特定健康診査等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健康診査（以下、「特定健診」という。）及び特定保健指導の具体的な実施方法等を定めるものであることから、保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施することができるよう、一体的に作成しました。

計画の位置づけ（イメージ図）



## 3 計画期間

第3期データヘルス計画の実施期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

## 4 関係者が果たすべき役割と連携

### (1) 市町村国保の役割

本計画は、被保険者の健康の保持増進及び保健事業の積極的な推進を図るため、健康部が中心となって、関連部局と連携を図りながら計画の策定、事業実施、評価、見直し等を進めます。

策定にあたっては、国保データベース（KDB）システム<sup>※5</sup>やその他の健康に関するデータを活用し、本市の被保険者の生活実態から健康課題を明確にし、健康課題の解決に向けた保健事業を展開します。

また、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」<sup>※6</sup>に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施し、評価分析を行いながら、被保険者も参加する那覇市国民健康保険運営協議会（以下「国保運営協議会」という。）での意見も取り入れ、計画の見直しや次期計画に反映させることとします。

### (2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携・協力が重要となります。本市においては、市町村国保の財政責任の運営主体となる沖縄県、保健事業の実施支援等の役割である沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」）や国保連に設置されている保健事業支援・評価委員会等と連携を図り、本計画の推進に努めます。

また、退職や転職等に伴う被用者保険から国保加入者が多いことから、国保運営協議会等を活用して、市町村国保と国保組合、健康保険組合をはじめとする被用者保険の保険者と、健康・医療情報やその分析結果、健康課題、保健事業の実施状況等を共有・連携を行い、保健事業に取り組めます。

### (3) 被保険者とのかかわり

計画は、被保険者の健康寿命の延伸が最終的な目的であり、その実効性を高めるには、被保険者自身が健康的な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を理解するとともに、主体的・積極的に健康増進に取り組むことが重要です。また、計画策定時には、国保運営協議会に被保険者代表委員として、自治会をはじめ各種団体に委員を委嘱し、議論に参画していただきました。

### (4) 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化の取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する制度です。令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」として交付する部分等が追加され、保険者における予防・健康づくりの取組を後押ししています。よって、本制度等は、被保険者の保険料負担の軽減・国保財政の安定化に寄与することから、積極的に活用することとします。

---

※5 KDBシステム：国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報や個人に関するデータを作成・提供するシステムのこと

※6 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）：厚生労働省 健康局 発出。健診・保健指導の具体的内容等が記載されている

## 第2章 現状の整理

### 1 保険者の特性

#### (1) 本市の状況

表1 那覇市の人口動態 ～ 実績と将来推計 ～

	平成30年度	令和3年度	令和5年度	令和6年度	令和12年度	令和22年度
なは高齢者プラン	第7期	第8期	(現状値)	第9期	第11期	第14期
総人口 (人)	322,393	318,510	315,325	313,485	300,412	273,062
0-39歳 (人)	141,388	134,275	129,794	127,448	114,645	96,399
40-64歳 (人)	109,206	108,183	107,911	107,568	103,579	86,616
65歳以上 (人)	71,799	76,052	77,620	78,469	82,188	90,047
65-74歳 (人)	35,341	39,716	38,824	38,365	35,353	40,934
75歳以上 (人)	36,458	36,336	38,796	40,104	46,765	49,113
高齢化率	22.3%	23.9%	24.6%	25.0%	27.3%	33.0%
前期高齢化率	11.0%	12.5%	12.3%	12.2%	11.8%	15.0%
後期高齢化率	11.3%	11.4%	12.3%	12.8%	15.6%	18.0%

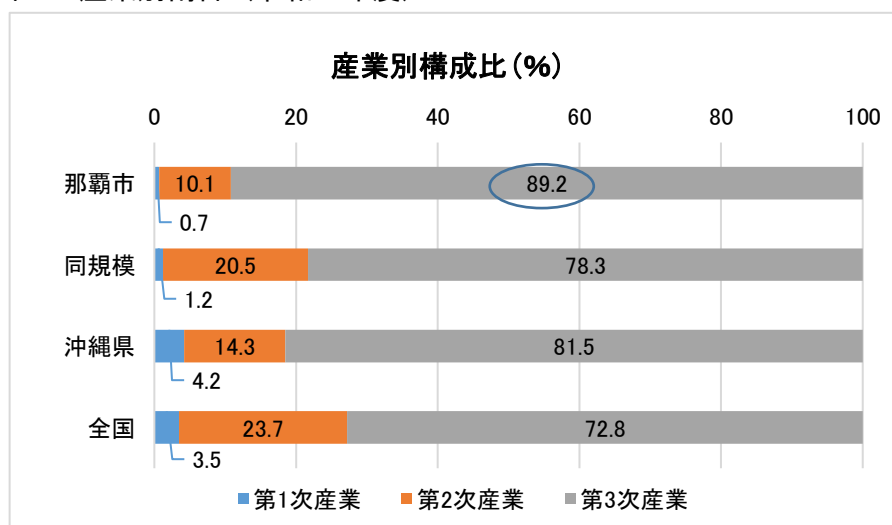
※令和5年度（現状値）：住民基本台帳（10月1日現在）

出典：第9次なは高齢者プラン

本市の人口は、1985(昭和60)年に30万人を超え、増加傾向が続いていましたが、近年は減少に転じています。

65歳以上の高齢化率は令和5年度の24.6%から令和22年度の推計値は33.0%となっており、特に、75歳以上の後期高齢者の大幅な増加がみられるため、今後、高齢化率の上昇で医療・介護の負担が高まることが予想されます。

図1 産業別割合（令和2年度）

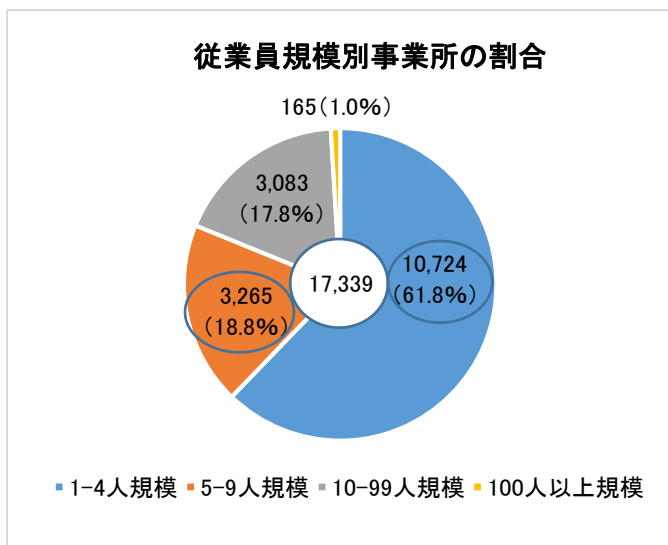


出典：令和3年度 国保財政レポート

※同規模とは、国保被保険者5万人以上の保険者(109)

本市の特徴として、第3次産業(卸売業・飲食サービス・宿泊サービス・不動産業等)が89.2%と、同規模・県・国と比べ高くなっています。

図2 従業員規模別事業所の割合



全体の約8割が10人未満の事業所となっており、小規模事業所が多くなっています。

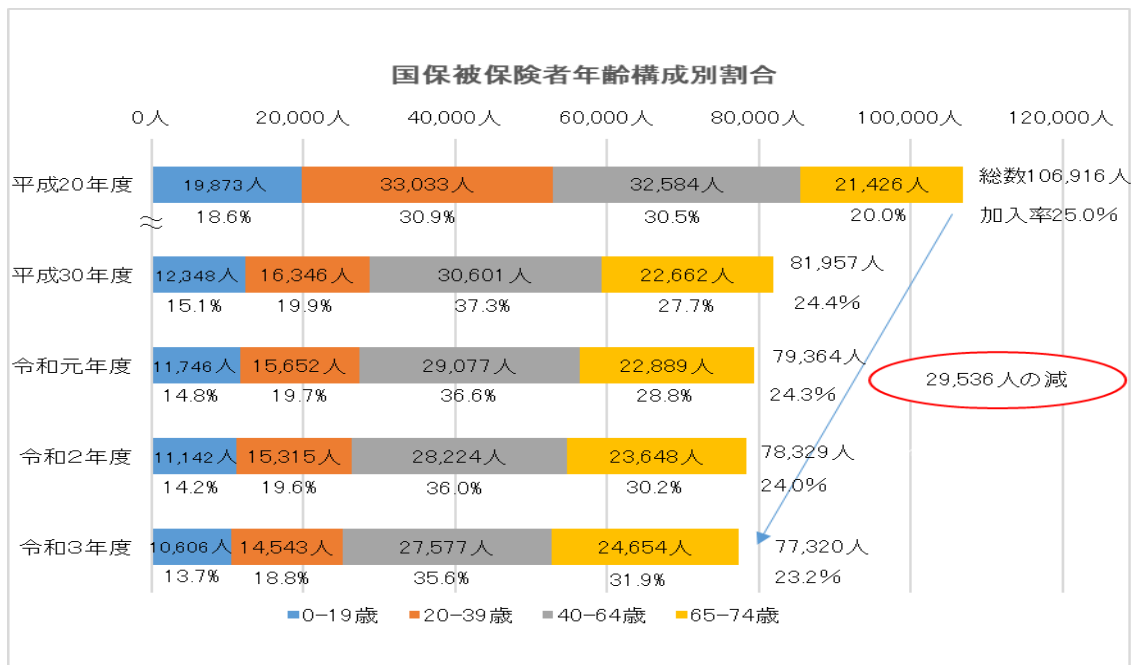
出典：平成28年度 経済センサス

公共交通機関は、バスやタクシーのみだった本市では、自家用車による移動が定着し、沖縄都市モノレール開業(平成15年)後も、徒歩移動する割合が少ないことが指摘されています。

市内医療施設は、病院数17か所、診療所270か所の合計287か所となっており、県全体(1,001か所)の28.7%が本市に所在しています。

(2) 国保の状況

図3 国保 被保険者 年齢構成割合

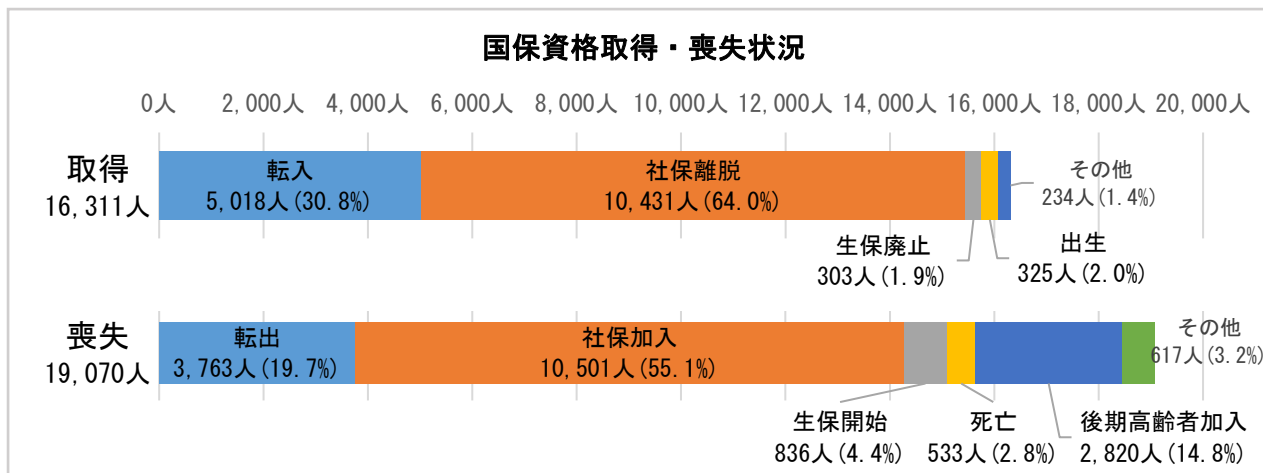


出典：国民健康保険課 資料

近年は、「国保喪失者数」が「国保取得者数」を上回る傾向が続いています。特定健診・特定保健指導制度が始まった平成20年度から令和3年度までに約3万人減少し、令和3年度国保加入率は23.2%となっています。年齢構成の内訳では、20~39歳の働き盛り世代の減少し、65~74歳は加入者数・構成割合とも増加が続いています。



図4 国保資格取得・喪失状況（令和4年度）



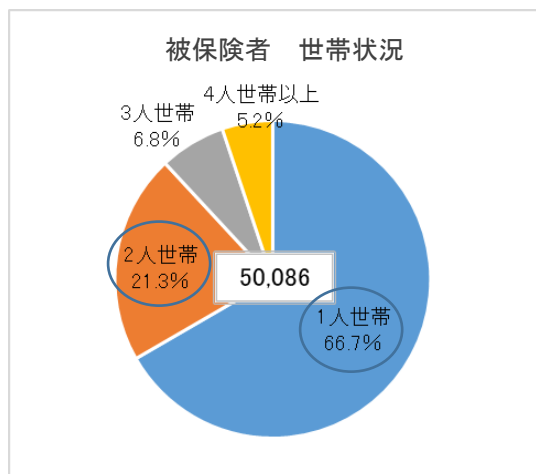
出典：那覇市の国保～令和5年度版～

令和4年度の国保資格取得及び喪失状況をみると、取得状況は社保離脱が64.0%と最も高く、次いで転入が30.8%となっています。喪失状況は、社保加入が55.1%と高く、次いで転出が19.7%、75歳からの保険者となる後期高齢者医療制度への加入の順となっています。

年代別を調べてみると、取得・喪失ともに、20～39歳が約4割、40～64歳で約3割と働き盛り世代が全体の約7割を占めています。その特徴をみると、20～39歳の取得は転入が52.8%と高く、喪失は社保加入が60.9%と高くなっています。一方、40～64歳の取得は社保離脱が74.1%、喪失は社保加入が65.4%と高くなっています。

本市は県内で事業所が集中しているため、若い世代は求職で転入し、就労後は社保加入となり離脱、40歳以降は退職などで国保へ加入するという傾向がみられます。

図5 国保 被保険者 世帯状況（令和4年度）



被保険者世帯状況をみると、1人世帯66.7%、2人世帯21.3%となっており、2人以下世帯で約9割を占めています。

令和2年度の本市の単身世帯は43.3%であるため、国保は単身世帯が多いという特徴がみられます。

出典：那覇市の国保～令和5年度版～

本市の人口減少の継続及び高齢者の増加に伴い、国保被保険者の減少と前期高齢者の増加は、今後も続き、また、被用者保険の適用拡大等の影響により、さらに働き盛り世代の減少が予想されます。低所得者が多い本市の特徴もあり、国保運営はますます難しくなると思われれます。

このような人口動態の推移及び単身世帯が多い等の生活実態を踏まえた上で、被保険者の健康の保持増進・生活の質（QOL）の維持向上・健康寿命の延伸に向けた、効果的かつ効率的な保健事業を実施することが重要となります。

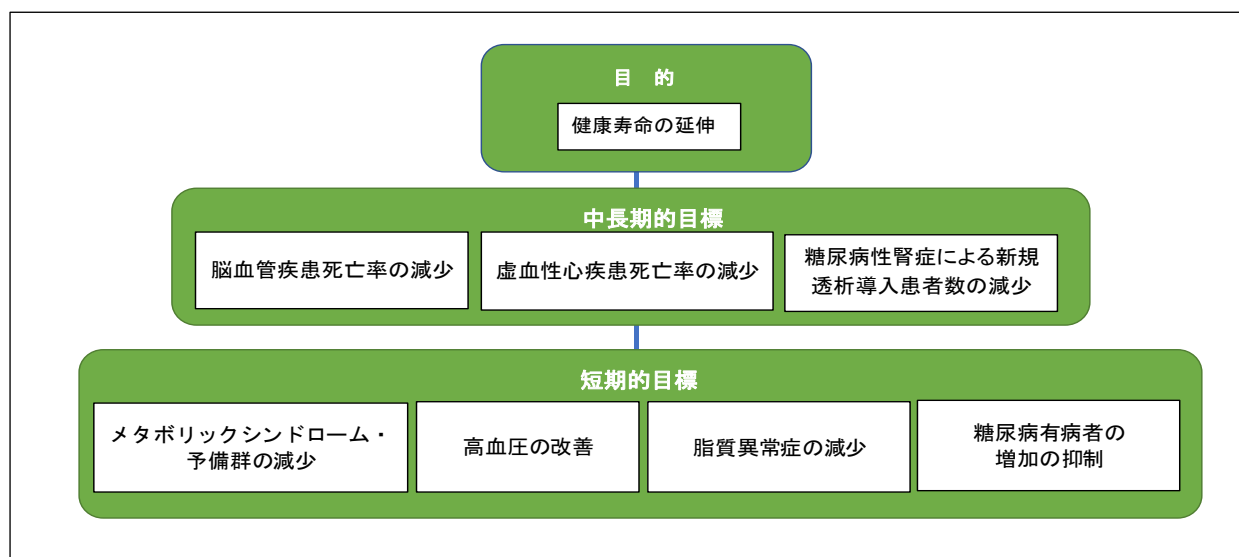
## 2 第2期計画にかかる評価及び考察

### (1) 第2期データヘルス計画の目標の評価

第2期データヘルス計画においては、中長期的目標と短期的目標に分けて、目標達成に向け保健事業に取り組んできました。また、策定時の目標を令和2年度の間評価では、以下の目標に変更しています。

評価は、策定時（平成30年度実績）と、最終年度（令和4年度実績）を比較し、「達成」及び「未達成」としています。

図6 第2期計画の目的及び中長期的・短期的目標



#### 1) 中長期的目標の達成状況

中長期的目標は、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ことを目的と位置づけ、3項目を設置。

表2 中長期的目標

	平成30年度 (実績値)	中間評価（令和2年度）		最終年度（令和4年度）		評 価
		目標値	実績値	目標値	実績値	
脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	2.20%	減少	2.54%	減少	2.58%	未達成
虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	2.20%	減少	1.85%	減少	1.60%	達成
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	44.7%	減少	46.9%	減少	48.0%	未達成

出典・参照：KDB システム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

虚血性心疾患の総医療費に占める割合は、平成30年度2.20%から令和4年度1.60%と減少し、目標は達成しています。しかし、脳血管疾患の総医療費に占める割合、糖尿病性腎症による透析導入者の割合は増加しているため、未達成となっています。

【参考】 医療費の推移

		那覇市		同規模※	県	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
被保険者数（人）		81,916人		74,814人	--	--
前期高齢者割合		22,753人 (27.8%)	23,463人 (31.4%)	--	--	--
総医療費		255億9634万円		252億1842万円	--	--
一人あたり医療費（円）		312,471円 県内16位 同規模39位	337,082円 県内20位 同規模54位	350,112円	318,310円	339,680円
入院	1件あたり費用額（円）	555,720円	633,780円	628,960円	634,340円	617,950円
	費用の割合	47.7%	45.7%	39.2%	46.4%	39.6%
	件数の割合	3.8%	3.3%	2.5%	3.4%	2.5%
外来	1件あたり費用額（円）	24,080円	26,000円	24,570円	25,820円	24,220円
	費用の割合	52.3%	54.3%	60.8%	53.6%	60.4%
	件数の割合	96.2%	96.7%	97.5%	96.6%	97.5%

※同規模とは、中核市・特別区を指します（85市・区）

出典・参照：KDBシステム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

令和4年度の総医療費は、平成30年度と比べ約3億円減少していますが、被保険者の減少により一人あたり医療費は増加しています。

入院と外来の費用額の割合をみると、入院は減少し、外来は増加しています。しかし、入院費用額は、依然として同規模・県・国より高い状況です。

第1期計画においては、入院費用額の割合は増加し、外来費用額の割合は減少していたため、重症化して医療にかかり入院医療費が増加しているとの分析でしたが、第2期計画では、外来費用額の割合が増加していることから、早期の受療行動により重症化予防につながったと考えられます。

【参考】 中長期目標疾患の医療費の状況

		那覇市		同規模※	県	国
		平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
総医療費（円）		255億9634万円	252億1842万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計（円）		30億1624万円	26億8905万円	--	--	--
		11.78%	10.66%	8.39%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	2.20%	2.58%	2.05%	2.40%
	心	狭心症・心筋梗塞	2.20%	1.60%	1.45%	1.61%
	腎	慢性腎不全（透析有）	7.07%	6.20%	4.59%	5.80%
		慢性腎不全（透析無）	0.32%	0.28%	0.30%	0.27%
そ 疾 の 他 の	悪性新生物		10.24%	12.57%	16.43%	12.57%
	筋・骨疾患		7.75%	7.85%	8.56%	7.73%
	精神疾患		12.77%	11.05%	7.85%	10.14%

※同規模とは、中核市・特別区を指します（85市・区）

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）

令和4年度の中長期目標疾患の医療費合計は、平成30年度と比べ約3億円減少し、総医療費に占める割合は10.66%となっていますが、同規模・県・国に比べ高い状況です。

疾患別では、脳（脳梗塞・脳出血）は増加していますが、心（狭心症・心筋梗塞）及び慢性腎不全（透析有）は減少していますが、ほとんどの疾患において、同規模・県・国より高い状況となっています。また、その他の疾患では、悪性新生物の増加がみられます。

【参考】 中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の治療者の状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		平成30年度	令和4年度		平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	平成30年度	令和4年度	
治療者(人) 0～74歳	A	81,916	74,814	a	5,276	5,335	4,512	4,153	461	442	
				a/A	6.4%	7.1%	5.5%	5.6%	0.6%	0.6%	
40歳以上	B	52,725	49,915	b	5,176	5,248	4,424	4,063	461	429	
	B/A	64.4%	66.7%	b/B	9.8%	10.5%	8.4%	8.1%	0.9%	0.9%	
再掲	40～64歳	D	29,972	26,452	d	1,608	1,455	1,395	1,161	204	177
		D/A	36.6%	35.4%	d/D	5.4%	5.5%	4.7%	4.4%	0.7%	0.7%
	65～74歳	C	22,753	23,463	c	3,568	3,793	3,029	2,902	257	252
		C/A	27.8%	31.4%	c/C	15.7%	16.2%	13.3%	12.4%	1.1%	1.1%

出典・参照：KDB システム改変 疾病管理一覧（脳卒中・虚血性心疾患）

介入支援対象者一覧（栄養・重症化予防等）

中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析）の治療者数をみると、脳血管疾患が最も多く、また、平成30年度と比べ増加しています。年代別でみると65～74歳の増加が見られます。

【中長期的目標の評価概要】

中長期目標疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析の医療費をみると、総費用額は減少しているものの、同規模・県・国と比較して高い状況となっています。また、その内訳をみると、脳血管疾患が増加しており、65歳以上の脳血管疾患の治療者の増加が影響しています。

国保において、今後、前期高齢者の増加が予想され高齢化が進んでいきます。これからは、65歳以上の脳血管疾患を重点においた生活習慣病重症化対策が医療費適正化において、より重要となり、効果的な予防対策については短期的目標の評価と併せて分析する必要があります。

また、悪性新生物の医療費も増加していることから、がん対策についても、検討をしていく必要があります。

## 2) 短期的目標の達成状況

短期的目標は6つの目的を設定し、それぞれに目標値を設定しました。

目的1：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

表3-1 短期的目標

	平成30年度 (実績値)	中間評価(令和2年度)		最終年度(令和4年度)		評価
		目標値	実績値	目標値	実績値	
メタボリックシンドローム・予備群の割合の減少	36.1%	減少	39.2%	減少	38.4%	未達成
健診受診者の高血圧症の割合減少(160/110以上)	4.7%	減少	5.3%	減少	5.4%	未達成
健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	29.3%	減少	29.3%	減少	26.1%	達成
健診受診者の血糖異常者の割合減少(HbA1c6.5以上)	9.6%	減少	10.2%	減少	10.5%	未達成
健診受診者のHbA1c8.0以上の未治療者の割合減少	0.53%	減少	0.59%	減少	0.68%	未達成
糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合	30.8%	増加	28.4%	増加	75.0%	達成
特定保健指導対象者の減少率	16.1%	増加	12.1%	増加	14.8%	未達成

出典・参照：特定健診等データ管理システム、KDBシステム改変\_健診結果集計ツール

脂質異常者(LDL:悪玉コレステロール)の割合の減少及び糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合は、目標を達成していますが、その他は未達成となっています。その要因として、令和元年度からの新型コロナウイルス感染症の影響により、外出自粛・家飲み・テレワークの導入等、人との接触を制限する生活スタイルが影響したものと考えられます。

目的2：特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボリックシンドローム該当者、重症化予防対象者を減少する

表3-2 短期的目標

	平成30年度(実績値)		中間評価(令和2年度)		最終年度(令和4年度)		評価
	目標値	実績値	目標値	実績値	目標値	実績値	
特定健診受診率 60%以上	41.0%	38.5%	49.0%	30.4%	57.0%	30.2%	未達成
特定保健指導実施率 60%以上	50.0%	54.7%	54.0%	46.8%	58.0%	47.5%	未達成
糖尿病の保健指導を実施した割合		96.9%	増加	89.1%	増加	98.1%	達成

出典：法定報告・健康増進課 事業報告

糖尿病所見がある者への保健指導を実施した割合は、目標を達成していますが、特定健診及び特定保健指導の実施率は、目標値に達していないため未達成となっています。その要因として、令和元年度からの新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えや医療機関の診療制限等が影響したものと考えられます。

### 目的3：がんの早期発見・早期治療

表3-3 短期的目標

	平成30年度 (実績値)	中間評価(令和2年度)		最終年度(令和4年度)		評価
		目標値	実績値	目標値	実績値	
胃がん検診	10.6%	10.6%	8.5%	10.9%	6.6%	未達成
肺がん検診	8.0%	8.2%	5.6%	8.3%	5.8%	未達成
大腸がん検診	8.5%	8.6%	6.3%	8.7%	6.3%	未達成
子宮頸がん検診	13.1%	13.3%	11.2%	13.4%	10.2%	未達成
乳がん検診	11.1%	11.2%	9.1%	11.3%	7.8%	未達成
5つのがん検診の平均受診率 増加	10.3%	10.4%	8.1%	10.5%	7.3%	未達成

出典：地域保健・健康増進事業報告

全てのがん検診の受診率は、目標値に達していないため未達成となっています。その要因として、令和元年度からの新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えや医療機関の診療制限等が影響したものと考えられます。

### 目的4：歯科健診（歯周病健診）

表3-4 短期的目標

	平成30年度 (実績値)	中間評価(令和2年度)		最終年度(令和4年度)		評価
		目標値	実績値	目標値	実績値	
歯科健診（歯周病健診含む）の受診率 増加	0.5%	増加	0.5%	増加	3.4%	達成

出典：地域保健・健康増進事業報告

歯科健診の受診率は、大幅に増加しており目標を達成しています。令和4年度、未受診者対策として受診勧奨はがきを送付した成果と考えられます。

### 目的5：自己の健康に関心をもつ住民が増える

表3-5 短期的目標

	平成30年度 (実績値)	中間評価(令和2年度)		最終年度(令和4年度)		評価
		目標値	実績値	目標値	実績値	
健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	実施なし	実施	実施なし	実施	実施なし	未達成

出典：健康増進課 事業報告

健康ポイントとは、自主的に健康づくりに取り組む個人に報奨を付与する事業です。モデル事業を実施しましたが、成果がみられず本格的実施には至りませんでした。

目的6：後発医薬品の使用により、医療費の削減

表3-6 短期的目標

	平成30年度 (実績値)	中間評価(令和2年度)		最終年度(令和4年度)		評 価
		目標値	実績値	目標値	実績値	
後発医薬品の使用割合	84.2%	82.0%	89.0%	84.0%	89.7%	達成

出典：厚生労働省\_保険者別の後発医薬品の使用割合

後発医薬品の使用割合は年々増加しており、目標を達成しています。

**【短期的目標の評価概要】**

生活習慣病の予防及び重症化予防を目的とする特定健診・特定保健指導の実施率は低く、また、生活習慣病の発症・重症化疾患へつながるメタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病の割合は増加しています。特に、高血圧の増加は中長期目標疾患である脳血管疾患との関連性が強いことから、発症予防として健診を受け、自身の体の状態を知ること、重症化予防としてメタボリックシンドロームと高血圧を重点とした取組みが、今後、重要となります。

また、数年に渡った新型コロナウイルス感染症の拡大では、被保険者の生活や心身等に様々な影響を与えたことから、これからは健康的な生活習慣への改善・見直しを図る必要があります。

しかし、生活習慣病は、自覚症状がほとんどないまま進行するため、発症予防のための生活習慣の改善・見直しを図ることは容易ではありません。

生活習慣病予防のための保健指導は、対象者が生活習慣における課題に気づき、自らの意志による行動変容によって健康課題を改善し、健康的な生活が維持できるよう、必要な情報の開示と助言等の支援となっています。対象者が保健指導を受け、生活習慣の見直し・改善が図れるよう、生活習慣病発症・重症化予防対策に取り組む必要があります。

併せて、がんの早期発見・早期治療の目的であるがん検診についても、医療費が増加している実態も踏まえ、効率的な受診率向上に向けた取組みを行う必要があります。

## (2) 第2期データヘルス計画の個別保健事業の評価

### 1) 個別保健事業の取組・評価・見直し

保健事業は、「被保険者の健康管理及び疾病の予防に係る自助努力についての支援、その他の被保険者の健康の保持増進のための必要な事業として行うもの」とされており、第2期データヘルス計画では、中長期的目標及び短期的目標の達成に向け、特定健康診査事業や特定健診未受診者対策事業、特定保健指導事業、生活習慣病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の保健事業に取り組んできました。しかし、保健事業への参加（受診）が少ないこと、行動変容への支援・医療機関との連携等の課題があります。保健事業の評価・分析を行い、被保険者の健康の保持増進が図ることができる効果的な取組みを行う必要があります。

なお、個別の保健事業については、取組、実績、評価・分析、見直し等をまとめ、資料「個別保健事業の評価」(P63)として掲載しております。

### 2) 健康づくりの周知啓発の取組（ポピュレーションアプローチ）

本市は、「すべての人が健康で生き生きと暮らせるまちづくり」をめざすまちの姿として、「市民一人ひとりが健康づくりを実践する」まちをつくるため取組みを進めています。

取組内容としては、市ホームページや SNS、国保特定健診だより等を活用した、健康情報の発信、また、生活習慣病の発症・重症化予防について、正しい知識を習得し、健康的な生活行動が選択できるようになることを目的に、事業者や市医師会と協働し、糖尿病や慢性腎臓病（CKD）に関する講演会や出前講座等を開催しました。

#### 【糖尿病予防講演会】

##### ・食に関するグループワークを実施



##### ・自宅でできる筋トレ指導



#### 【慢性腎臓病(CKD)パネル展 in なは健康フェア】





### (3) 第2期データヘルス計画の考察

本市第2期データヘルス計画においては、総医療費は減少しているものの、被保険者一人あたりの医療費は増加しています。医療にかかることは、健康の保持増進及び生活の質(QOL)に影響を与えることから、疾患発症の予測が可能である生活習慣病の予防については、若い年代からの健康的な生活習慣の確立をはじめとした、ライフステージに応じた健康づくりが重要となります。引き続き、関係課・関係機関と連携を図りながら、切れ目ない保健事業を実施する必要があります。

また、生活習慣病の発症・重症化予防対策においては、評価からみえた重点的な取組みを次期計画に生かし、被保険者の健康の保持増進・生活の質(QOL)の維持向上・健康寿命の延伸が図られることで、結果として、医療費の適正化となるよう、より効果的かつ効率的な保健事業を実施していく必要があります。

### 3 第3期における健康課題の明確化

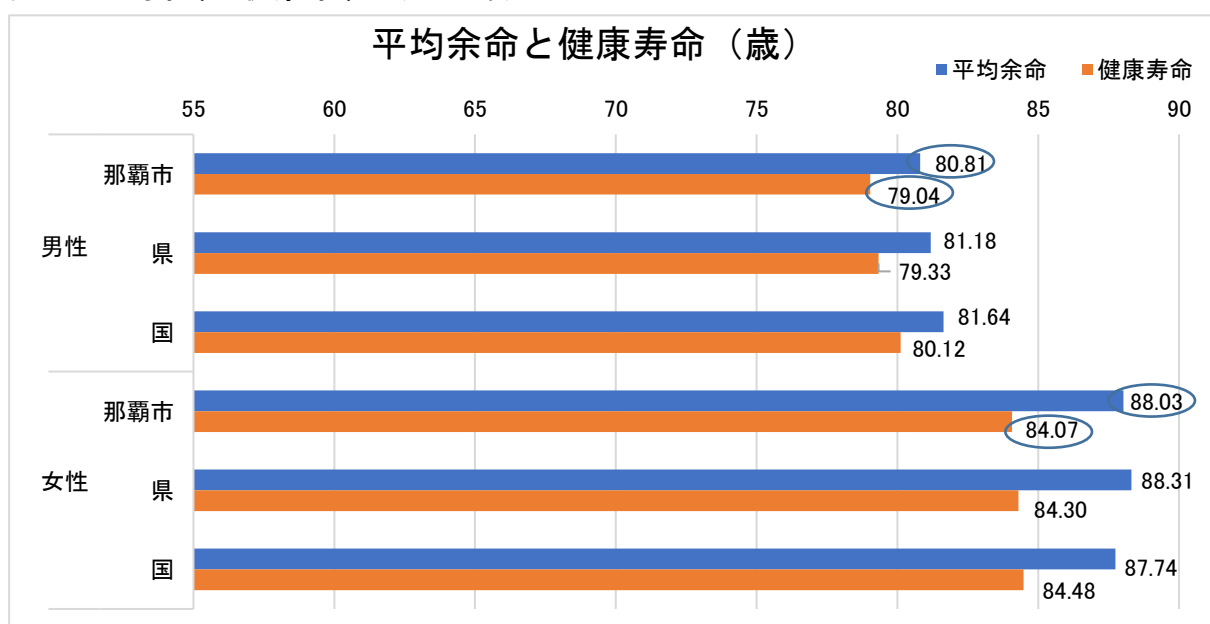
健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等から被保険者の健康状態等の分析を行い、健康課題を抽出・明確化した上で、本計画の目的を基に費用対効果の観点等から優先順位を決定します。

#### (1) 健康寿命・死因別死亡・健診・医療・介護情報などの分析

(注：対象期間や集計方法等の違いにより、同項目であるが数値が異なることがあります。)

##### 1) 平均余命・健康寿命※・死因別死亡

図7 平均余命と健康寿命※(2020年)



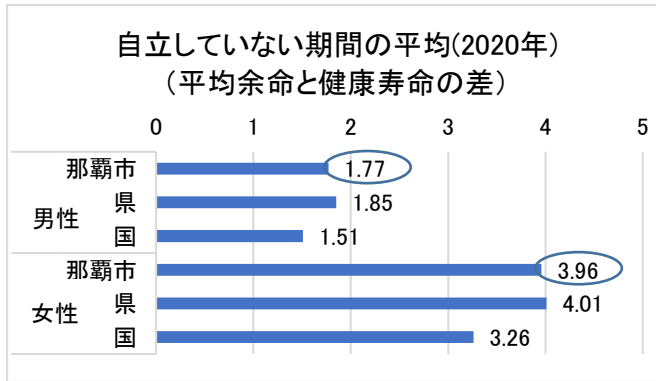
出典：沖縄県市町村別健康指標(令和5年6月)

本市の2020年の平均余命は、男性80.81歳、女性88.03歳となり、前回(2015年)と比べ男性0.78歳、女性1.58歳延びています。国と比較すると、男性は0.83歳下回り、女性は0.29歳上回っています。

本市の2020年の健康寿命※は、男性79.04歳、女性84.07歳となり、前回(2015年)と比べ男性0.73歳、女性1.03歳延びています。しかし、国や県と比較すると、男女とも下回っています。

※健康寿命とは、人の寿命において「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のこと。

図8 自立していない期間の平均（2020年）

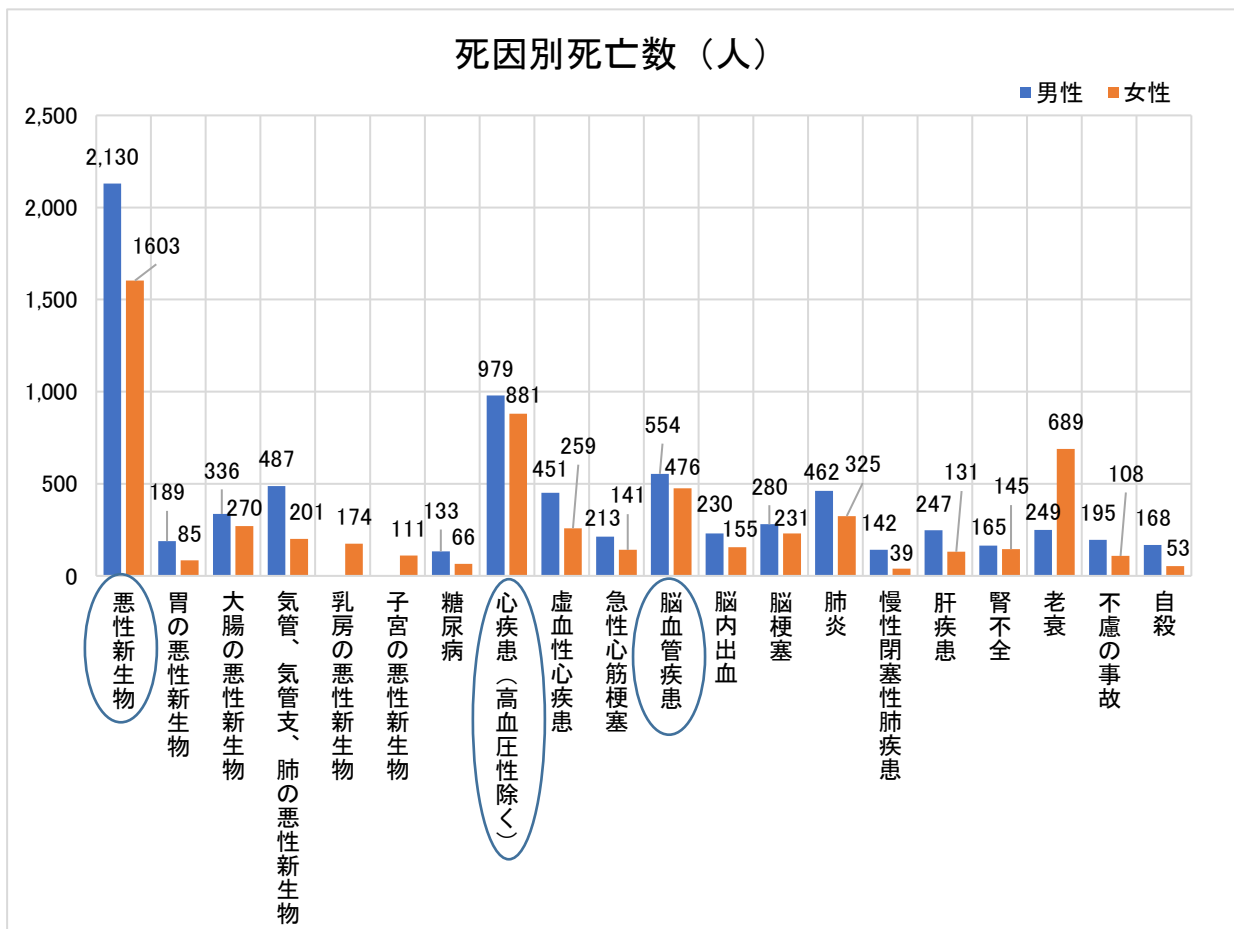


本市の平均余命と健康寿命の差で示す「自立していない期間の平均」は、男性1.77歳、女性3.96歳と、女性が長く、男女ともに国より長い状況です。

本市は医療や介護を要する期間が長く、県も同様の傾向です。

出典：沖縄県市町村別健康指標(令和5年6月)

図9 死因別死亡数（2017～2021年）



出典：沖縄県市町村別健康指標(令和5年6月)

2017～2021年における本市の死因別死亡数は、男性は悪性新生物（2,130人）、心疾患（高血圧性除く）（979人）、脳血管疾患（554人）、女性は悪性新生物（1,603人）、心疾患（高血圧性除く）（881人）、老衰（689人）の順で多くなっており、男女とも生活習慣病※に関する疾患が上位を占めています。

※生活習慣病：食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患の総称(主な疾患として、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などがある)。

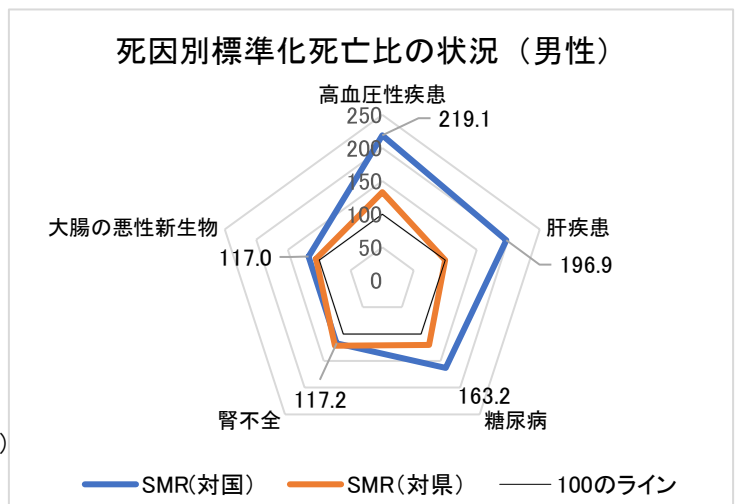
図 10 死因別標準化死亡比（SMR）※（2017～2021年）

※死因別標準化死亡比（SMR）：市町村の実際の死亡数が、基準集団（全国または県）の年齢階級別の死亡率と同じであった場合に予想される死亡数（期待死亡数）の何倍となるかで求められる。例えば、高血圧性疾患をみてみると、国が100とすると、本市は219.1であることから、本市の高血圧性疾患の死亡数は国と比較すると約2倍となる。青グラフは、国を100とした場合の本市の数値であり、オレンジ色は県を100とした場合の本市の数値である。

【男性】

男 性		
	SMR (対国)	SMR (対県)
高血圧性疾患	219.1	133.3
肝疾患	196.9	99.8
糖尿病	163.2	120.1
腎不全	117.2	121.8
大腸の悪性新生物	117.0	105.1

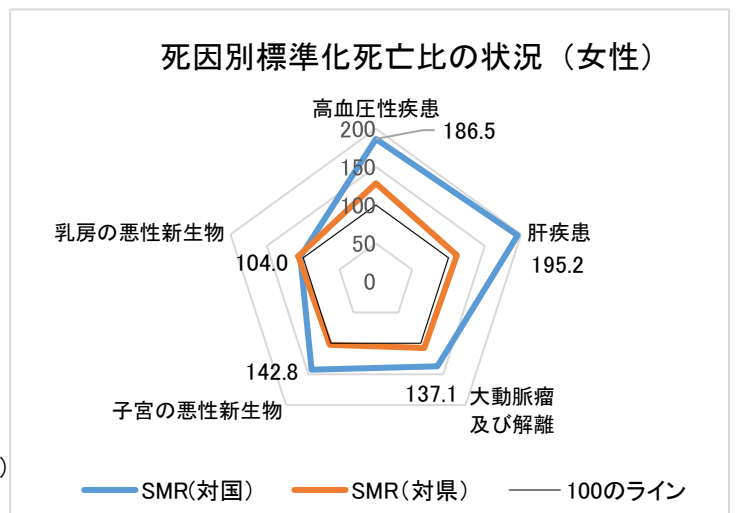
出典：沖縄県市町村別健康指標(令和5年6月)



【女性】

女 性		
	SMR (対国)	SMR (対県)
高血圧性疾患	186.5	128.5
肝疾患	195.2	111.6
大動脈瘤及び解離	137.1	107.6
子宮の悪性新生物	142.8	102.3
乳房の悪性新生物	104.0	106.7

出典：沖縄県市町村別健康指標(令和5年6月)



本市の死因別標準化死亡比は、高血圧性疾患と肝疾患が男女とも国より有意に高く、さらに男性は糖尿病、女性は子宮の悪性新生物が高いことから、生活習慣が起因する疾患で死亡する割合が多いと考えられます。

表4 20-64歳死因別死亡割合（2021年）

選択死因分類	総数 (人)	男			女		
		人数 (人)	再掲		人数 (人)	再掲	
			20-64歳 (人)	20-64歳のうち、死亡割合 (%)		20-64歳 (人)	20-64歳のうち、死亡割合 (%)
死亡総数	3043	1625	267	100	1418	126	100
結核	7	2	—	—	5	—	—
悪性新生物	781	454	67	25.09	327	58	46.03
食道の悪性新生物	17	15	4	—	2	1	—
胃の悪性新生物	50	34	4	1.50	16	1	0.79
(再掲)大腸の悪性新生物	128	74	9	3.37	54	3	2.38
結腸の悪性新生物	91	47	4	1.50	44	2	1.59
直腸S状結腸以降部及び直腸の悪性新生物	37	27	5	1.87	10	1	0.79
肝及び肝内胆管の悪性新生物	53	36	7	—	17	—	—
胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	55	26	4	1.50	29	1	0.79
膵の悪性新生物	74	39	14	5.24	35	6	4.76
気管・気管支及び肺の悪性新生物	135	96	10	3.75	39	5	3.97
乳房の悪性新生物	43	—	—	—	43	24	19.05
子宮の悪性新生物	16	—	—	—	16	6	4.76
白血病	23	14	2	0.75	9	1	0.79
糖尿病	33	20	3	—	13	—	—
高血圧性疾患	42	18	4	1.50	24	2	1.59
心疾患(高血圧性除く)	438	234	40	14.98	204	7	5.56
急性心筋梗塞	88	50	12	4.49	38	2	1.59
その他の虚血性心疾患	74	52	12	4.49	22	1	0.79
不整脈及び伝導障害	41	22	4	1.50	19	1	0.79
心不全	147	67	7	2.62	80	1	0.79
脳血管疾患	203	122	18	6.74	81	6	4.76
くも膜下出血	16	5	2	0.75	11	3	2.38
脳内出血	80	50	13	4.87	30	3	2.38
脳梗塞	104	65	2	—	39	—	—
大動脈瘤及び解離	47	20	1	0.37	27	3	2.38
肺炎	130	86	6	2.25	44	1	0.79
慢性閉塞性肺疾患	28	27	1	—	1	—	—
喘息	4	2	—	—	2	—	—
肝疾患	79	52	31	11.61	27	7	5.56
腎不全	62	28	2	0.75	34	2	1.59
老衰	279	86	—	—	193	—	—
不慮の事故	60	34	10	3.75	26	3	2.38
交通事故	9	6	3	1.12	3	1	0.79
自殺	50	39	27	10.11	11	10	7.94
その他	800	401	57	21.35	399	27	21.43

出典：沖縄県市町村別健康指標(令和5年6月)

本市の2021年死亡総数は、約3,000人であり、そのうち20～64歳は男性267人、女性126人の合計393人となっており、全体の12.9%となっています。

20-64歳の男女別をみると、男性は、悪性新生物が25.09%と約4人に1人という割合が多く、ついで、心疾患（高血圧を除く）、肝疾患、自殺、脳血管疾患の順となっております。

また、20-64歳の女性も、悪性新生物が46.03%と約2人に1人という割合が多く、中でも、乳がんが最も多く、次いで自殺、肝疾患、心疾患（高血圧を除く）、脳血管疾患の順となっております。働き盛り世代においても生活習慣病が関連する疾患が上位を占めております。

## 2) 介護

表5 第1号要支援・要介護認定の推移

第1号認定者数・率		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
認定者数	那覇市	13,865人	14,185人	14,482人	14,744人	14,851人↑
認定率	那覇市	19.0%	19.0%	19.1%	19.2%	19.2%↑
	県	17.8%	17.7%	17.8%	17.8%	17.8%
	国	18.3%	18.4%	18.7%	18.9%	19.0%

出典：第9次なは高齢者プラン

本市の65歳以上の第1号認定者数は、平成30年度から年々増加していますが、認定率は19%台で推移し、65歳以上の5人に1人が要介護認定を受けており、国や県よりも高い認定率となっています。

表6 第2号要支援・要介護認定状況

第2号認定者数・率	那覇市		同規模※	県	国
	平成30年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度	令和4年度
認定者数(新規数)	562(122)人	518(113)人↓	—	—	—
認定率	0.52%	0.49%↓	0.39%	0.45%	0.38%

※同規模とは、中核市・特別区を指します(84市・区)

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

本市の40～64歳の第2号認定者数と認定率は、令和4年度認定者数518人、うち新規113人、認定率0.49%となっており、平成30年度と比較すると減少していますが、いまだ認定率は同規模・県・国より高いことから、介護を必要とする働き盛り世代が多いことが分かります。

表7 平成30年度と令和3年度の新規認定者の要介護度比較

新規認定者の要介護度別(%)	那覇市		中核市	県	国
	平成30年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度
軽度(要支援1～要介護2)	78.9%	76.9%↓	81.0%	74.0%	80.0%
重度(要介護3～5)	21.2%	23.2%↑	19.0%	26.0%	20.1%

出典：第9次なは高齢者プラン

新規認定者の軽度(要支援1～要介護2)と重度(要介護3～要介護5)の割合は、令和3年度は軽度76.9%、重度23.2%となっており、平成30年度と比較する重度が増加しています。また、重度は、中核市・国よりも高く、県も同様に高い状況です。

表8 介護サービス給付費等の状況(令和4年度)

受給者1人あたり給付月額(円)	那覇市	中核市	県	国
軽度(要支援1～要介護2)	49,278円	67,831円	53,682円	63,186円
重度(要介護3～5)	104,637円	71,244円	97,147円	69,804円
重度者・軽度者の給付月額比(重度者÷軽度者)	2.1倍	1.1倍	1.8倍	1.1倍

出典：第9次なは高齢者プラン

本市の介護サービス受給者1人あたりの給付月額について、軽度(要支援1～要介護2)と重度(要介護3～5)の割合は、重度が軽度の2.1倍となっており、中核市、県、国よりも高くなっています。

表9 血管疾患の視点で見た要介護者の有病状況(令和4年度)

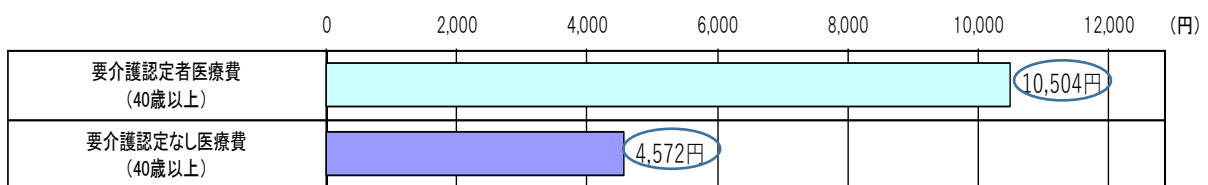
認定者区分		2号		1号				合計					
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数(全体)		518人		2,043人		13,005人		15,048人					
再)国保・後期		205人		1,079人		10,587人		11,666人					
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	149人 72.7%	脳卒中	585人 54.2%	脳卒中	5,991人 56.6%	脳卒中	6,576人 56.4%	脳卒中	6,725人 56.7%
			2	虚血性心疾患	48人 23.4%	虚血性心疾患	301人 27.9%	虚血性心疾患	4,720人 44.6%	虚血性心疾患	5,021人 43.0%	虚血性心疾患	5,069人 42.7%
			3	腎不全	35人 17.1%	腎不全	200人 18.5%	腎不全	2,612人 24.7%	腎不全	2,812人 24.1%	腎不全	2,847人 24.0%
		4	糖尿病合併症	40人 19.5%	糖尿病合併症	194人 18.0%	糖尿病合併症	1,628人 15.4%	糖尿病合併症	1,822人 15.6%	糖尿病合併症	1,862人 15.7%	
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病 脂質異常症)		177人 86.3%		993人 92.0%		10,107人 95.5%		11,100人 95.1%		11,277人 95.0%		
	血管疾患合計		184人 89.8%		1,019人 94.4%		10,301人 97.3%		11,320人 97.0%		11,504人 96.9%		
	認知症		30人 14.6%		309人 28.6%		5,273人 49.8%		5,582人 47.8%		5,612人 47.3%		
	筋・骨格疾患		169人 82.4%		984人 91.2%		10,290人 97.2%		11,274人 96.6%		11,443人 96.4%		

出典・参照:KDBシステム改変

令和4年度受給者区分別有病状況をみると、1号、2号ともに、血管疾患において、脳血管疾患(脳卒中)、虚血性心疾患、腎不全の順位であるが、40～64歳の2号では脳卒中が72.7%と高くなっています。また、75歳以上になると、虚血性心疾患と腎不全、認知症が増加している傾向にあります。

また、高血圧・糖尿病等の基礎疾患がある方が9割以上を占めていることから、予防可能な生活習慣病で要介護状態になっていることが分かり、生活習慣病予防・重症化予防対策が介護・認知症予防にも効果的だと考えます。

図11 介護を受けている者と受けていない者の医療費比較(令和4年度)



出典・参照:KDBシステム改変

令和4年度の要介護認定の有無から医療費をみると、要介護認定者の医療費は、要介護認定なしの2倍以上の医療費がかかっています。要介護状態を予防することは、医療費の抑制においても重要だと考えられます。

### 3) 医療

表 10 国保年齢別医療費(令和4年度)

0-74歳 <sup>※1</sup>		(再掲)0-19歳 <sup>※1, ※2</sup>		(再掲)20-39歳 <sup>※1</sup>		(再掲)40-64歳 <sup>※1</sup>		(再掲)65-74歳 <sup>※1</sup>	
総医療費(円)	25,063,552,880	総医療費(円)	1,186,342,190	総医療費(円)	1,937,773,070	総医療費(円)	8,725,282,680	総医療費(円)	13,214,154,940
割合(%)	100%	割合(%)	4.73%	割合(%)	7.73%	割合(%)	34.81%	割合(%)	52.72%
疾患別(上位10位)	医療費(円)	疾患別(上位10位)	医療費(円)	疾患別(上位10位)	医療費(円)	疾患別(上位10位)	医療費(円)	疾患別(上位10位)	医療費(円)
1 慢性腎臓病(透析あり)	1,562,648,890	1 貧血	7,261,320	1 統合失調症	165,076,760	1 統合失調症	649,713,460	1 慢性腎臓病(透析あり)	905,904,800
2 統合失調症	1,321,512,460	2 クロウン病	6,207,300	2 うつ病	108,245,810	2 慢性腎臓病(透析あり)	606,685,720	2 糖尿病	565,781,940
3 糖尿病	922,576,400	3 インフルエンザ	4,081,230	3 慢性腎臓病(透析あり)	50,058,370	3 糖尿病	334,928,730	3 関節疾患	559,477,190
4 関節疾患	793,136,960	4 うつ病	3,932,490	4 骨折	29,261,660	4 うつ病	328,838,920	4 統合失調症	503,235,980
5 うつ病	659,376,270	5 骨折	3,567,270	5 クロウン病	24,700,210	5 関節疾患	213,133,770	5 高血圧症	377,685,910
6 高血圧症	570,653,610	6 統合失調症	3,486,260	6 気管支喘息	22,354,610	6 肺がん	186,526,480	6 不整脈	342,443,110
7 肺がん	485,655,760	7 気管支喘息	3,151,190	7 潰瘍性腸炎	22,244,680	7 高血圧症	185,954,300	7 肺がん	297,294,900
8 不整脈	452,584,020	8 腎炎・ネフローゼ	2,441,700	8 関節疾患	19,602,640	8 乳がん	151,038,880	8 骨折	273,782,470
9 骨折	424,591,650	9 糖尿病	2,319,740	9 糖尿病	19,545,990	9 大腸がん	149,928,070	9 脳梗塞	258,950,730
10 大腸がん	384,118,250	10 不整脈	2,295,900	10 白血病	19,162,880	10 脳出血	122,500,840	10 脂質異常症	241,091,010

出典:KDB システム(健康増進課調べ)

※1:「その他(分類されなかった15歳以上)」は、各年齢区分で上位だが、除外している

※2:15歳より下はすべて「小児科」として分類(986,788,570円)され、0-74歳と0-19歳では上位だが、除外している

令和4年度国保年齢別医療費の割合は、総医療費250億6,355万円となっており、年代別で見ると、65～74歳で132億1,415万円と全体の約5割、次いで、40～64歳が約3割を占めています。

疾患別をみると、全体では、慢性腎臓病(透析あり)、統合失調症、糖尿病、関節疾患、うつ病の順となっており、年代別で見ると、0～19歳は、貧血が最も多く、20～30代は、統合失調症等の精神疾患や慢性腎臓病(透析あり)が上位を占めています。40～64歳は、統合失調症や慢性腎臓病(透析あり)、糖尿病に加えて、悪性新生物(がん)が上位にあります。65～74歳は、慢性腎臓病(透析あり)や糖尿病が最も多くなっています。各年代において、生活習慣病に関連する疾患が上位を占めていることから、早期の生活習慣の改善や適正な治療を行うことが、国保医療費の抑制においても効果的だと考えられます。



表 11 国保と後期の被保険者数及びレセプトの推移（令和4年度）

対象年度		令和04年度	後期: 令和04年度
被保険者数		74,814人	34,761人
総件数及び 総費用額	件数	545,223件	537,949件
	費用額	252億1842万円	339億7647万円
一人あたり医療費		33.7万円	97.7万円

出典・参照: KDB システム改

令和4年度の後期高齢の一人あたり医療費は97.7万円となり、国保の約3倍と高い状況です。

表 12 国保と後期の高額レセプト（80万円/件以上）の比較（令和4年度）

R04年度		国保		後期		
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	569人	1,491人		
	件数	B	710件	2,136件		
		B/総件数	0.13%	0.40%		
費用額	C	10億2148万円	26億8905万円			
		C/総費用	4.1%	7.9%		
<b>(再掲)脳血管疾患</b>		<b>国保</b>		<b>後期</b>		
人数		D	36人	111人		
		D/A	6.3%	7.4%		
件数		E	45件	167件		
		E/B	6.3%	7.8%		
年代別	40歳未満	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	2	4.4%	70-74歳	2	1.2%
	50代	6	13.3%	75-80歳	32	19.2%
	60代	19	42.2%	80代	93	55.7%
	70-74歳	18	40.0%	90歳以上	40	24.0%
費用額		F	5954万円	1億9633万円		
		F/C	5.8%	7.3%		
<b>(再掲)虚血性心疾患</b>		<b>国保</b>		<b>後期</b>		
人数		G	27人	54人		
		G/A	4.7%	3.6%		
件数		H	28件	55件		
		H/B	3.9%	2.6%		
年代別	40歳未満	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
	40代	2	7.1%	70-74歳	1	1.8%
	50代	4	14.3%	75-80歳	18	32.7%
	60代	7	25.0%	80代	32	58.2%
	70-74歳	15	53.6%	90歳以上	4	7.3%
費用額		I	5654万円	7950万円		
		I/C	5.5%	3.0%		

【参考: 図 15 生活習慣病の発症・重症化予防からみえる優先対象者より抜粋】

- ・虚血性心疾患
  - PTCA 222万円/回
  - バイパス術 432万円/回
- ・脳梗塞 55万円/回
- ・脳出血 153万円/回
- ※リハビリにかかる長期入院  
6ヶ月で700万円以上

出典・参照: KDB システム改変

レセプト1件あたり80万円以上の高額レセプトをみると、後期高齢になると、国保の約3倍に増えています。そのうち、国保の脳血管疾患と虚血性心疾患の年代別をみると、60代と70~74歳で約8割を占めています。

疾患から費用の特徴をみると、虚血性心疾患は、レセプト1件の処置・治療費による高額費用、脳血管疾患は、術後のリハビリ等による長期費用となっています。

表 13 国保の人工透析患者の医療費（令和4年度）

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19(CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	R04年5月 診療分	人数	352人	169人	107人	150人
				48.0%	30.4%	42.6%	
様式2-2 ★NO.12(CSV)		R04年度 累計	件数	4,723件	2,207件	1,340件	1,883件
			費用額	23億1794万円	10億4978万円	6億6495万円	9億1877万円
				45.3%	45.3%	28.7%	39.6%

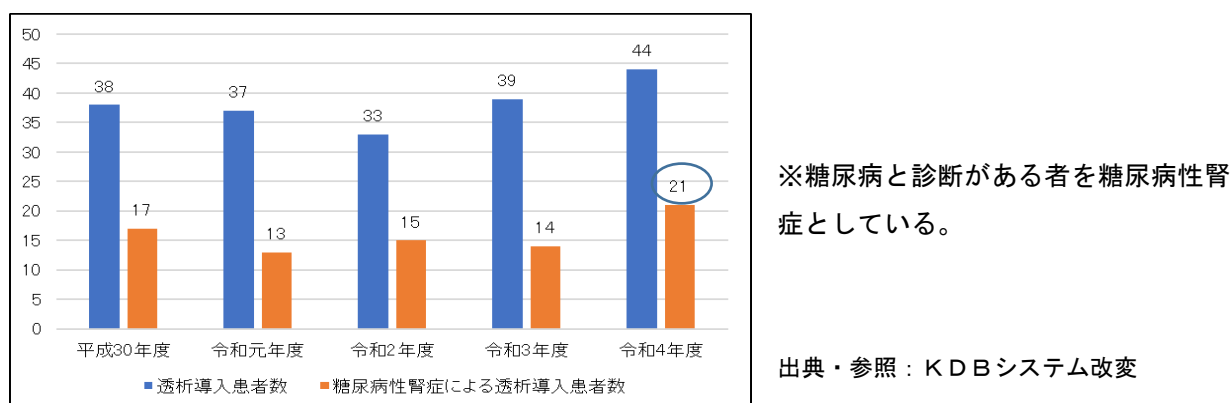
【参考: 図 15 生活習慣病の発症・重症化予防からみえる優先対象者より抜粋】

- ・人工透析 600万円/年

出典・参照: KDB システム改変

令和4年度の国保の人工透析患者352人のうち、糖尿病性腎症が約半数を占め、年間の医療費が10億円を超えています。人工透析は一人あたり年間約600万円と高額であり、人工透析の標準的な頻度は週3回1日4時間とされています。心身への負担が大きいことから、糖尿病性腎症重症化予防の取組みが重要となります。

図12 国保の糖尿病性腎症における透析導入患者（人）の推移



国保の透析導入患者数は、令和2年度までは減少傾向でしたが、その後増加しています。原疾患が糖尿病性腎症の導入患者数は、令和4年度は21人(47.7%)で、前年度より7人増加しています。

表14 国保の年代別新規人工透析患者数（令和4年度）

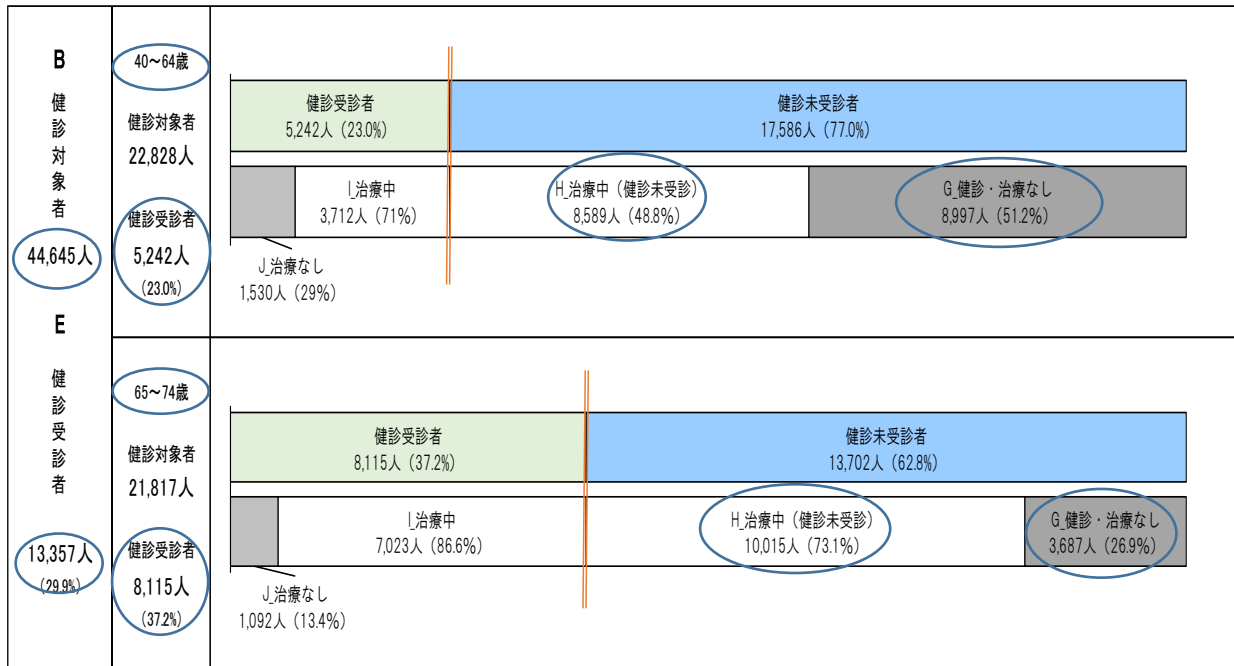
	~20代	30代	40代	50代	60代	70~75歳	合計	割合
男	0人	1人	1人	6人	8人	13人	29人	65.9%
女	0人	0人	0人	2人	5人	8人	15人	34.1%
合計	0人	1人	1人	8人	13人	21人	44人	
割合	0%	2.3%	2.3%	18.2%	29.5%	47.7%		

出典：保険者データヘルス支援システム

本市の国保の新規人工透析患者を年代別で見ると、70代が47.7%と最も多く、60代29.5%、50代18.2%の順に多くなっています。

#### 4) 健診

図 13 健診受診者と未受診者の状況（令和 4 年度）



出典・参照: KDB システム改変

令和 4 年度特定健診対象者 44,645 人のうち、健診受診者は 13,357 人 (29.9%) となっています。

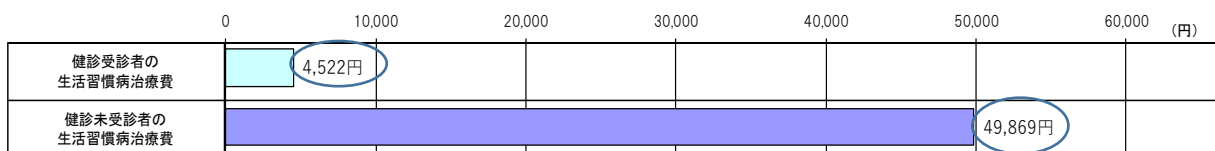
40~64 歳の健診受診者は 5,242 人 (23.0%)、65~74 歳の健診受診者は 8,115 人 (37.2%) と、前期高齢者が多く受診しています

また、健診未受診者をみると、健診も治療ない方が 40~64 歳は 8,997 人 (51.2%)、65~74 歳は 3,687 人 (26.9%) を占めており、その方たちは自身の身体の状態が全く分からない状況となっています。

一方で、健診未受診者のうち治療中が 40~64 歳は 8,589 人 (48.8%)、65~74 歳は 10,015 人 (73.1%) を占めております

健診未受診者対策において、受診対象者のみならず、医療機関との連携を図ることで健診の受診率向上に繋がると考えます。

図 14 健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費比較（令和 4 年度）



出典・参照: KDB システム改変

令和 4 年度の健診受診の有無から生活習慣病治療費をみると、健診未受診者の治療費は、受診者の 10 倍以上の治療費がかかっています。健診を受けることは、医療費の抑制においても重要だと考えられます。

表 15 特定健診の有所見割合（令和 4 年度）

【男性】

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		
	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		
	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
国	34.3	55.3	28.1	21.4	7.1	34.8	57.8	12.4	50.2	26.4	45.6												
県	17,310	46.3	23,976	64.2	11,230	30.1	9,046	24.2	2,720	7.3	15,643	41.9	22,848	61.2	8,023	21.5	19,457	52.1	9,638	25.8	17,297	46.3	
那覇市	合計	2,684	45.3	3,838	64.8	1,765	29.8	1,405	23.7	424	7.2	2,501	42.2	3,824	64.5	1,215	20.5	2,940	49.6	1,471	24.8	2,656	44.8
	40-64	1,199	48.6	1,567	63.6	870	35.3	787	31.9	185	7.5	943	38.3	1,396	56.6	636	25.8	980	39.8	727	29.5	1,177	47.7
	65-74	1,485	42.9	2,271	65.6	895	25.9	618	17.9	239	6.9	1,558	45.0	2,428	70.2	579	16.7	1,960	56.6	744	21.5	1,479	42.7

出典・参照：KDBシステム改変

【女性】

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		
	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		
	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
国	21.4	18.8	15.6	9.0	1.2	21.9	56.5	1.8	45.4	16.9	54.1												
県	13,323	33.1	11,078	27.6	7,019	17.5	4,646	11.6	691	1.7	10,594	26.4	25,041	62.3	1,558	3.9	18,919	47.1	7,166	17.8	21,827	54.3	
那覇市	合計	2,173	29.2	1,944	26.2	1,185	15.9	797	10.7	120	1.6	1,963	26.4	4,861	65.4	262	3.5	3,253	43.8	1,213	16.3	3,929	52.9
	40-64	753	27.1	632	22.8	470	16.9	346	12.5	53	1.9	541	19.5	1,443	52.0	95	3.4	875	31.5	484	17.4	1,416	51.0
	65-74	1,420	30.5	1,312	28.2	715	15.4	451	9.7	67	1.4	1,422	30.6	3,418	73.4	167	3.6	2,378	51.1	729	15.7	2,513	54.0

出典・参照：KDBシステム改変

本市の令和 4 年度特定健診結果をみると、男女とも、BMI・腹囲・血糖・HbA1c・尿酸が国より高く、県も同様の傾向となっています。

また、65 歳以上では、男女とも、血糖・HbA1c・収縮期血圧が急増し、女性は特に尿酸値・収縮期血圧・LDLが大幅に増加していることから、前期高齢者に対しては、生活習慣病重症化予防の取組みが重要となってきます。

表 16 特定健診によるメタボリックシンドローム予備群・該当者（令和4年度）

【男性】

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	人数
那覇市	合計	5,926	27.0	409	6.9%	1,273	21.5%	75	1.3%	918	15.5%	280	4.7%	2,156	36.4%	342	5.8%	111	1.9%	976	16.5%	727	12.3%	
	40-64	2,465	20.4	235	9.5%	520	21.1%	33	1.3%	301	12.2%	186	7.5%	812	32.9%	102	4.1%	55	2.2%	400	16.2%	255	10.3%	
	65-74	3,461	35.0	174	5.0%	753	21.8%	42	1.2%	617	17.8%	94	2.7%	1,344	38.8%	240	6.9%	56	1.6%	576	16.6%	472	13.6%	

出典・参照：KDB システム改変

メタボリックシンドローム予備群と該当者の男性では、予備群が1,273人（21.5%）、該当者が2,156人（36.4%）と、健診受診者の男性2人に1人はメタボリックシンドローム予備群・該当者となります。その詳細をみると、高血圧に関連する所見が多くみられます。

【女性】

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	人数
那覇市	合計	7,431	32.8	258	3.5%	681	9.2%	42	0.6%	489	6.6%	150	2.0%	1,005	13.5%	127	1.7%	48	0.6%	511	6.9%	319	4.3%	
	40-64	2,777	25.9	136	4.9%	236	8.5%	15	0.5%	160	5.8%	61	2.2%	260	9.4%	26	0.9%	22	0.8%	129	4.6%	83	3.0%	
	65-74	4,654	39.0	122	2.6%	445	9.6%	27	0.6%	329	7.1%	89	1.9%	745	16.0%	101	2.2%	26	0.6%	382	8.2%	236	5.1%	

出典・参照：KDB システム改変

メタボリックシンドローム予備群と該当者の女性では、予備群が681人（9.2%）、該当者が1,005人（13.5%）と、健診受診者の女性5人に1人はメタボリックシンドローム予備群・該当者となっており、詳細については、男性と同様、高血圧が多い状況です。

メタボリックシンドローム予備群と該当者へ高血圧対策の保健指導を行い、生活習慣病重症化疾患となる、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症等の発症を予防することが重要となります。

また、40～64歳と比べ65～74歳のメタボリックシンドローム該当者が大幅に増加していることから、前期高齢者に重点をおいた取組みも重要となります。

## (2) 健康課題の明確化

これまでのデータ分析と前期計画の評価から、本市の健康課題を抽出しました。

### 1) データ分析からの主な課題

#### 《健康寿命・死因別死亡》

- ・国や県より健康寿命は短く、介護を要する期間が長い
- ・近年、男女とも悪性新生物・心疾患・脳血管疾患等の生活習慣病による死亡数が多い
- ・SMR から、高血圧性疾患と肝疾患の死亡比は国の約2倍である

#### 《介護》

- ・65歳以上の第1号及び40～64歳の第2号ともに認定率は国・県より高い
- ・新規要介護者のうち、重度(要介護3～5)の割合が増加している
- ・要介護認定者の血管疾患においては、脳血管疾患、心疾患、腎不全が多く、その中で生活習慣病に関する基礎疾患治療中の方が約9割を占めている

#### 《医療》

- ・国保の総医療費の5割が前期高齢者である
- ・全体では、慢性腎臓病(透析あり)、精神疾患、糖尿病、筋骨格系疾患で医療費の上位を占めており、40歳以降から、生活習慣病関連疾患が順位をあげている
- ・人工透析患者の主な原疾患は糖尿病性腎症となっている
- ・健診未受診者の医療費は健診受診者の10倍となっている

#### 《健診》

- ・年代別のうち、40～64歳の健診受診者は2割程度となっている
- ・健診有所見者のうち、男女ともBMI・腹囲・血糖・HbA1c・尿酸が、国よりも高い
- ・健診受診した男性のうち、2人に1人がメタボリックシンドローム予備群・該当者であり、前期高齢者になると、メタボリックシンドローム該当者が増加している
- ・メタボリックシンドローム予備群・該当者の中で高血圧所見がある方が多い

### 2) 前期計画の評価からの主な課題

- ・中長期目標疾患の脳血管疾患の医療費は増加しており、65～74歳の高血圧の治療者が増加している
- ・悪性新生物の医療費が増加している
- ・特定健診及びがん検診の受診率が低い
- ・メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病等は増加している
- ・特定保健指導の実施率が低い

(3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

生活習慣病は、不適切な生活習慣から生活習慣病予備群となり、生活習慣病へ進展し、さらに重症化や合併症、要介護状態へと進みます。血管の状態は長期にわたり徐々に変化しますが、自覚症状がほとんどなく経過するのが特徴です。

生活習慣病発症・重症化の解決には、重症化へ悪化する対象者を減少させること、また、生活習慣病から予備群、さらには健康な状態へ改善する対象者が増加する取組みが重要となります。(図15)

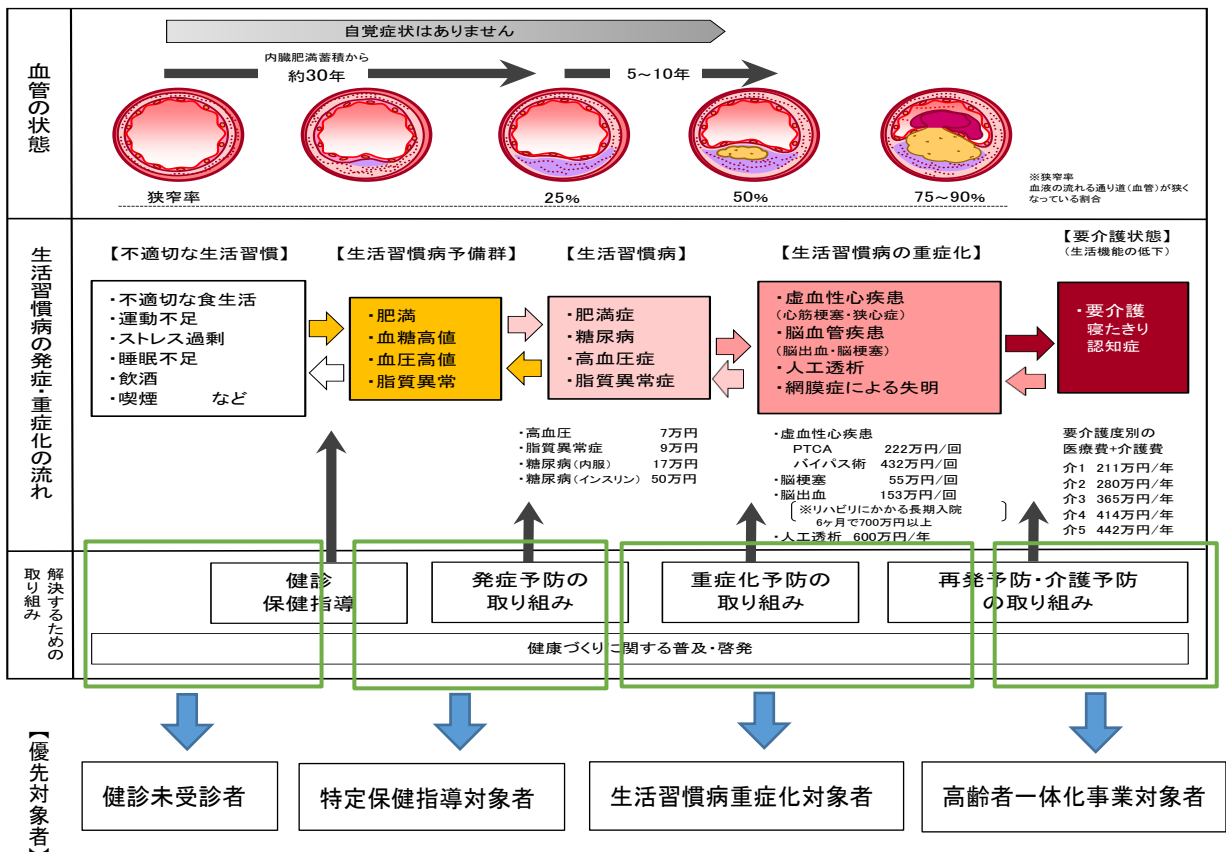
本市における健康課題の結果をみると、中長期目標疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に起因する高血圧の課題があり、特に、65歳以上の前期高齢者の高血圧や糖尿病等の受診勧奨や治療中断を防ぐ取組みが、重症化予防・介護予防につながります。また、40歳から65歳未満の対象者では、受診勧奨や日々の生活習慣行動を見直し・改善する取組みが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。さらに、生涯にわたる健康な生活習慣において、年に一度の健診を受け、自分の体の状態を知ることが重要であるため、若い世代からの未受診者対策への取組みも重要となります。

医療制度において、75歳に到達すると国保から後期高齢者医療制度へ変わります。高齢者の特性を踏まえ、国保保健事業から後期高齢保健事業(高齢者の一体化事業)へと切れ目ない取組みを行うことが、今後、重要となります。

健康課題の解決に向けた個別の保健事業については、第4章に記載します。

図15 生活習慣病の発症・重症化予防の取組みからみえる優先対象者

出典・参照：標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】別紙1(改変版)



#### (4) 目標の設定

##### 1) 成果目標

###### ①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

データヘルス計画の目的は、「健康の保持増進・生活の質(QOL)の維持向上・健康寿命の延伸」としており、結果として、医療費の適正化へつながるとされています。

中長期的な目標については、計画の最終年度までに達成を目指す目標とし、短期的な目標については、原則、年度ごとの目標とし、個別の保健事業の評価指標として設定しPDCAを行いながら、効果的かつ効率的な保健事業として、目標の達成に向け取り組んでいきます。

###### ②中長期的な目標

第2期計画に引き続き、生活習慣病重症化疾患において、医療費が高額となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を目標項目とします。

しかし、今後の人口構成の状況や加齢に伴う身体の変化等を考慮すると、各疾患の医療費においては、現状維持とすることを目標とします。

###### ③短期的な目標

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、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームの減少を短期的な目標とします。

特に、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少を目指します。そのためには、各保健事業において、医療受診が必要な対象者に適切な働きかけや治療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対象者についても適切な保健指導を行い、医療機関と十分な連携を図りながら、取り組んでいきます。

さらに、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健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により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となります。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)」に記載します。



2) 管理目標の設定

表 17 第3期データヘルス計画目標管理一覧

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法	
			初期値 R 6 (R4)	中間評価 R 8 (R7)	最終評価 R 11 (R10)		
中長期目標	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	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.6%	維持	維持	KDBシステム (健診・医療・介護から みる地域の健康課題、 様式3-7)	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	1.6%	維持	維持		
		慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	6.2%	維持	維持		
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少※2	48.0%	減少	減少		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少※3	47.7%	減少	減少	保険者データヘルス支援システム	
短期目標※1	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・予備群の減少	38.0%	35.5%	32.5%	保険者データヘルス支援システム (集計ツール)	
		(再掲) メタボリックシンドローム該当者の減少	23.4%	21.7%	20.0%		
		メタボリックシンドローム予備群の減少	14.7%	13.6%	12.5%		
		(再掲) A メタボ該当者+高血圧者の割合減少 (140/90以上)	9.1%	減少	減少		
		A +高血糖者の割合減少 (HbA1c8.0以上)	0.6%	減少	減少		
		A +脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	1.1%	減少	減少		
		A +尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	0.5%	減少	減少		
		A +高尿酸者の割合減少 (8.0以上)	0.8%	減少	減少		
		健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100以上)	5.4%	4.5%	3.5%		
		健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	10.6%	9.2%	7.8%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少 (HbA1c6.5以上)	10.5%	9.1%	7.7%		
		★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	2.2%	1.7%	1.3%		
		健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少 (2+以上)	1.8%	1.5%	1.3%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	75.0%	77.0%	80.0%		各地区糖尿病管理台帳
		特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	30.2%	41.0%		60.0%
★特定保健指導実施率60%以上	47.5%		54.0%	60.0%			
★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	16.8%		増加	増加			

注) ※1. 短期目標は各個別保健事業にて毎年度評価を行う。

※2. 糖尿病性腎症は診断名が付かない場合も多いため、糖尿病/人工透析で算出 (KDB厚生労働省様式3-7人工透析のレセプト)。

※3. 人工透析 (糖尿病性腎症) /人工透析 (全て) で算出 (保険者データヘルス支援システム、新規患者集計リスト)。

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）

### 1 第4期特定健康診査等実施計画について

この計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条に基づき、本市が国民健康保険の保険者として、厚生労働大臣が定める特定健康診査等基本指針に即し、特定健診等の実施に関する事項を定めるものとなり、「特定健康診査等実施計画作成の手引き」を踏まえながら、第3期データヘルス計画、健康なは21等との調和を図って策定します。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を一期として策定します。

### 2 目標値の設定

#### (1) 第3期計画における目標値の達成状況

##### 1) 特定健診

特定健診受診率は、毎年度若干増加し平成30年度までに38.5%となりましたが、令和元年度末以降の新型コロナウイルス感染症の影響により、30%前後まで減少しています。受診率向上の取組として、集団健診の実施や対象者へのAIを活用したはがきによる受診勧奨、チラシ・ポスター・健診だより等の広報物の配布、ホームページ・SNS等を利用した広報活動等の取組を行いましたが、受診率の回復・前期計画の目標値60%の達成には至っていません。

##### 2) 特定保健指導

特定保健指導実施率は、令和元年度は休日・時間外の取組の成果により、73.4%と最も高い実績をおさめましたが、その後は新型コロナウイルス感染症の影響で50%前後を推移しており、特定健診同様、目標値は達成していません。

表18 第3期計画の目標値と実績

項目		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診	対象者	47,514人	46,490人	46,518人	46,448人	44,219人	-
	受診者	18,285人	16,943人	14,153人	13,660人	13,374人	-
	受診率 (実績)	38.5%	36.4%	30.4%	29.4%	30.2%	-
	目標値	41%	45%	49%	53%	57%	60%以上
特定保健指導	対象者	2,842人	2,542人	2,124人	1,937人	1,912人	-
	終了者	1,554人	1,865人	995人	1,048人	908人	-
	実施率 (実績)	54.7%	73.4%	46.8%	54.1%	47.5%	-
	目標値	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上

参照：各年度法定報告値及び第3期目標値

## (2) 目標値の設定

特定健診受診率及び特定保健指導実施率共に、前期計画において国の示す目標値を達成できていないことから、令和11年度最終目標値も国の示す60%以上を設定します。

表19 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	35%	38%	41%	44%	47%	60%以上
特定保健指導実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上

## 3 対象者の見込み

### (1) 対象者

#### 1) 特定健診

那覇市国民健康保険加入者で各年度内に40～74歳になる者。

#### 2) 特定保健指導

特定健診の結果、腹囲のほか血糖、脂質、血圧が所定の値を上回る者のうち、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を使用している者を除く者。

ただし、次のとおり、追加リスクの多少と喫煙の有無により、動機づけ支援と積極的支援と対象者が異なる。

表20 特定保健指導の対象者（階層化）

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

※喫煙の斜線欄は、階層化の判定が喫煙の有無に関係しないことを意味する。

出典：厚生労働省健康局\_標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

## (2) 対象者・受診者見込数

表 21 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診	対象者数	44,805人	44,386人	43,970人	43,557人	43,146人	42,738人
	受診者数	15,682人	16,867人	18,028人	19,165人	20,279人	25,643人
特定保健指導	対象者数	2,352人	2,530人	2,704人	2,875人	3,042人	3,846人
	実施者数	1,176人	1,316人	1,460人	1,610人	1,764人	2,308人

※特定健診対象者数は、国保被保険者見込数に過去の対象者の割合を乗法して算出

※特定保健指導対象者は、健診受診者の15%で算出

## 4 特定健診の実施

第4期特定健診は、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」（第4版）に基づいて実施します。

### (1) 実施方法

特定健診については、実施医療機関に委託します。

契約については、実施医療機関のとりまとめを行う県医師会と、市町村のとりまとめを行う国保連が集合契約を結び、受託した県内の実施医療機関で同じ内容の健診を実施しています。

### (2) 実施場所

集団健診（那覇市役所本庁舎 他市内公共施設 等）及び個別健診（実施医療機関）

### (3) 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、厚生労働大臣の告示において定められた内容を基準とします。

### (4) 特定健診実施機関リスト及び集団健診日程

実施機関及び集団健診日程については、那覇市のホームページに掲載します。

(参照) URL:<https://www.city.naha.okinawa.jp/fukusi/kenkoiryo/kenkou/tokuteikensin/tokuteikensin.html>

### (5) 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対象者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）を実施します。

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 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。（実施基準第1条第4項）

表 22 特定健診検査項目

健診項目		那覇市	国
身体測定	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○
	拡張期血圧	○	○
肝機能検査	AST (GOT)	○	○
	ALT (GPT)	○	○
	γ-GT (γ-GTP)	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●
	随時中性脂肪	●	●
	HDL コレステロール	○	○
	LDL コレステロール		
	(NON-HDL コレステロール)	○	○
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	○	●
	随時血糖	●	●
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
	尿潜血	○	
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	□
	血色素量	□	□
	赤血球数	□	□
その他	心電図	□	□
	眼底検査	□	□
	血清クレアチニン (eGFR)	○	□
	尿酸	○	

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれの項目の実施で可

(6) 実施時期

各年度4月から翌年3月末まで実施します。

(7) 受診券の発行

令和6年度秋ごろまでは、国民健康保険証と一体化されている受診券を発行し、保険証廃止以降は、特定健診の受診券を単独発行します。

受診券の送付対象者は、前年度末時点で国民健康保険被保険者の資格を有し、かつ対象年度に40～74歳となる者とし、対象年度の前年度末に送付します。

現年度中に新たに国民健康保険に加入した者については、加入時に案内を行い、本人申し出により随時発行します。

(8) 健診結果表の送付

特定健診の結果については、受診した医療機関又は本市より提供を行います。

(9) 特定健診受診時の自己負担額

特定健診にかかる費用は全額公費負担とし、自己負担は無料とします。

(10) 他健診からのデータ受領方法

特定健診対象者が事業者健診を受診した場合、受診者本人が受診結果を提出したとき又は事業者から受診結果を受領することができたときは、そのデータを特定健診の結果として取り込むこととします。

(11) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診の結果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います。

(12) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、国保連に事務処理を委託します。

(13) 特定健診実施にかかる普及啓発の方法

特定健診実施の普及啓発については、主に次の方法により実施します。なお、随時効果的な方法を検証しながら、新たな取組も追加実施していきます。

- 1) 対象者へのはがきによる個別勧奨
- 2) 公共施設や医療機関、商業施設等への啓発ポスターの配布
- 3) 健診だよりやチラシ、小冊子の配布
- 4) 市広報紙による周知・啓発
- 5) ホームページや各種 SNS による広報
- 6) 公共施設等に設置されている広告モニターでの広報
- 7) 医療機関等への訪問による受診勧奨依頼及び広報活動

## 5 特定保健指導の実施

第4期特定保健指導は、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」(第4版)に基づいて実施します。

### (1) 実施形態

本市による直接実施及び医療機関等への委託の形式で行います。

### (2) 支援方法

個別による支援を主とし、対象者の生活実態等を把握する方法で実施します。

- 1) 自宅や職場に出向いての保健指導
- 2) 庁舎・保健所の窓口での保健指導
- 3) 地域の公共施設の間での保健指導(結果説明会)
- 4) 電話・文書による保健指導

### (3) 支援内容

保健指導の目標は、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善することにあるため、次の内容で支援を実施します。

- 1) 特定保健指導の説明
- 2) 健診結果に基づいた体の状態の説明
- 3) 生活習慣行動の確認及び改善すべき行動の見直し
- 4) 行動目標の設定・実践に向けた支援
- 5) 目標達成に向けた評価(終了・継続支援)
- 6) 健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う

### (4) 評価方法

第4期より成果重視のアウトカム評価となり、主要達成目標は腹囲2cm・体重2kg減とされました。また、生活習慣病予防につながる行動変容(食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善)の評価として、腹囲1cm・体重1kg減もその他生活習慣の改善として、評価します。

### (5) 保健指導対象者の重点化

特定保健指導は基本的には動機付け支援、積極的支援となった全員を対象に実施します。

一方で、生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、効果的かつ効率的な保健指導の実施が必要であるため、本市の健康課題より、表23の対象者については重点的に保健指導に取り組めます。

表 23 特定保健指導対象者の重点化

	以下の対象者に対し重点を置き保健指導を行う			
対象者	初めて保健指導対象者となった者	65 歳以上の 3 項目（血糖、脂質、血圧）の追加リスクが多い者	40 歳～64 歳の積極的支援対象者	I 度高血圧（140/90）以上の受診勧奨値の者
参考 (令和 4 年度)		65 歳以上の動機づけ支援対象者 944 人中 3 項目該当者：約 100 人	積極的支援 565 人のうち、前年度動機づけ支援レベルから、当年度積極的支援レベルに移行した者：約 40 人	約 800 人



(6) 健診から保健指導実施の流れ

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・実践評価を行います。(図

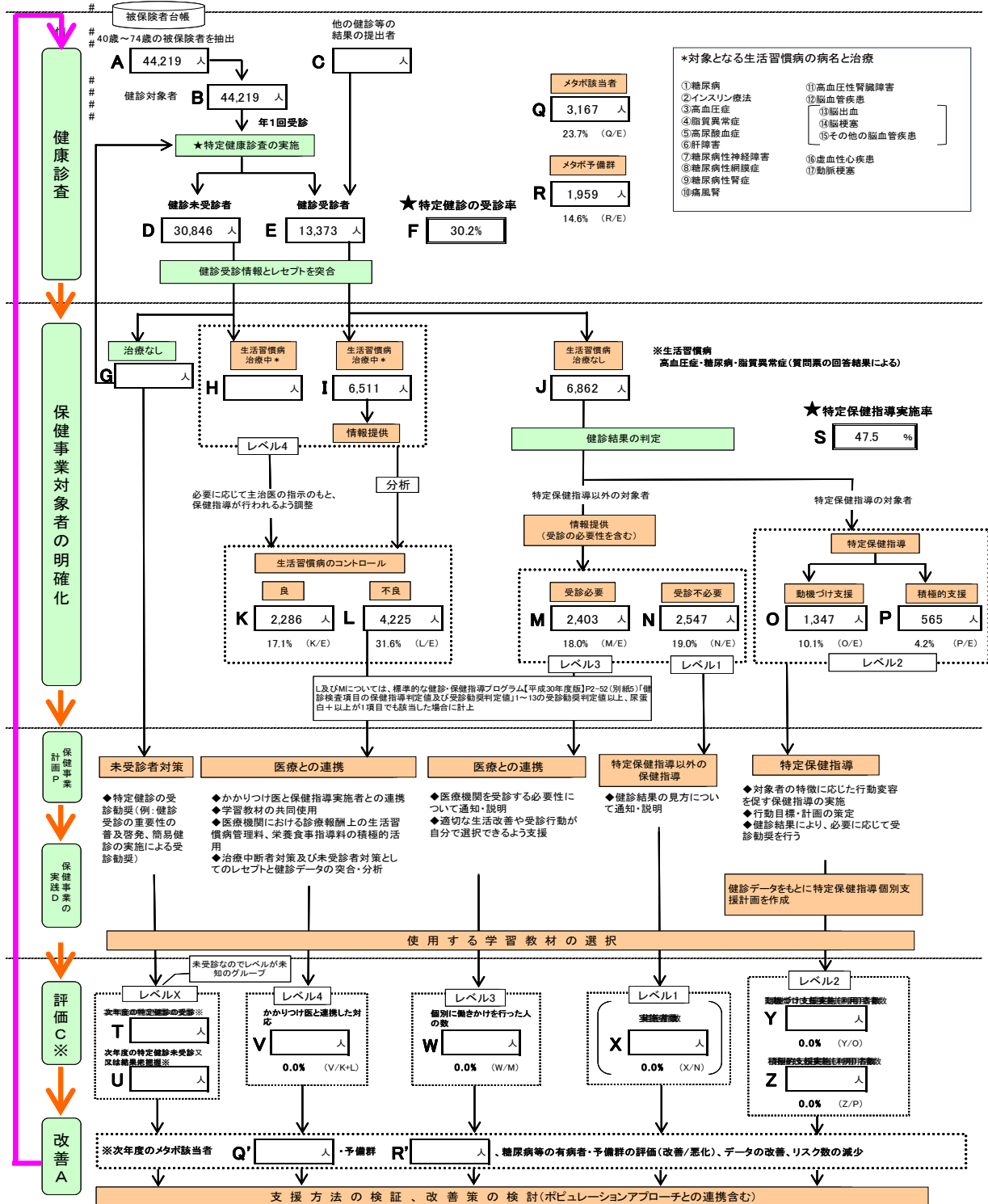
16)

図 16 健診から保健指導へのフローチャート

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

様式5-5

令和04年度



出典・参照：特定健診等データ管理システム

(7) 保健指導対象者の種別・支援方法・見込み

表 24 保健指導対象者の種別・支援方法・見込み

(令和6年度健診受診者見込み数 15,682人より算出)

	保健指導種別	支援方法	対象者数見込 (受診者に対する割合)
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	2,352人 (15.0%)
M	情報提供 (未治療者・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	2,823人 (18.0%)
D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨	29,123人
I	情報提供 (治療中: K+L) K: コントロール良 L: コントロール不良	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の活用	7,637人 (48.7%)
N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	2,980人 (19.0%)

## 6 年間実施スケジュール

表 25 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他	
4月	◎健診機関との契約 ◎特定健診の開始		◎特定健診をはじめとした各種健診の広報(随時)	(特定保健指導の実施)
5月			◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決済の開始	健診データ抽出(前年度)
6月	◎健診データ受取 ◎費用決済	◎対象者の抽出		
7月		◎保健指導の開始		
8月	(特定健診・特定保健指導の実施)			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了	
10月		◎利用券の登録		
11月	◎契約に関わる予算手続き			受診・実施率実績の算出支払基金(国保連)への報告(ファイル作成・送付)
12月				
1月				
2月	◎契約準備			
3月	◎特定健診の終了 ◎特定健診対象者の抽出及び受診券の印刷・送付			

## 7 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健診・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および那覇市個人情報の保護に関する法律施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健診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します。

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健診等データ管理システム及び本市で行います。また、特定健診・特定保健指導の記録の保存は5年以上とします。

## 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により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日までに国へ報告します。

## 9 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、那覇市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 10 特定健康診査等実施計画の評価・見直し

中間評価を令和8年度に、また、最終評価を令和11年度に実施します。

見直しについては、第3期データヘルス計画、健康なは21等との調和を図りながら、法改正や社会情勢等を踏まえ適切に対応します。また、目標値の達成状況及びその経年変化の推移等については、定期的に確認すると共に適宜、国保運営協議会に諮ります。

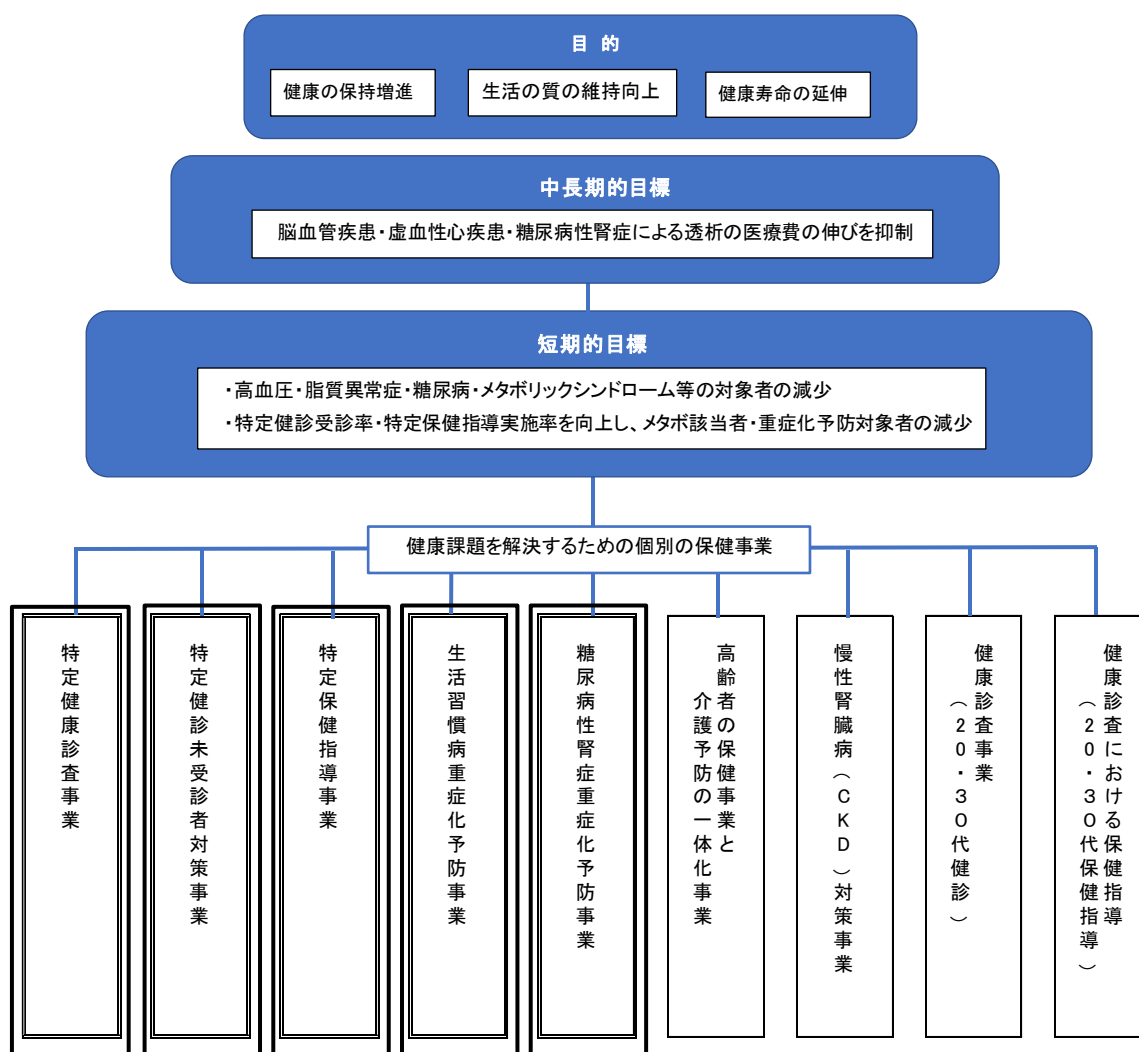
なお、中間評価及び最終評価については、第3期データヘルス計画の評価時に合わせて実施します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### 1 保健事業の方向性

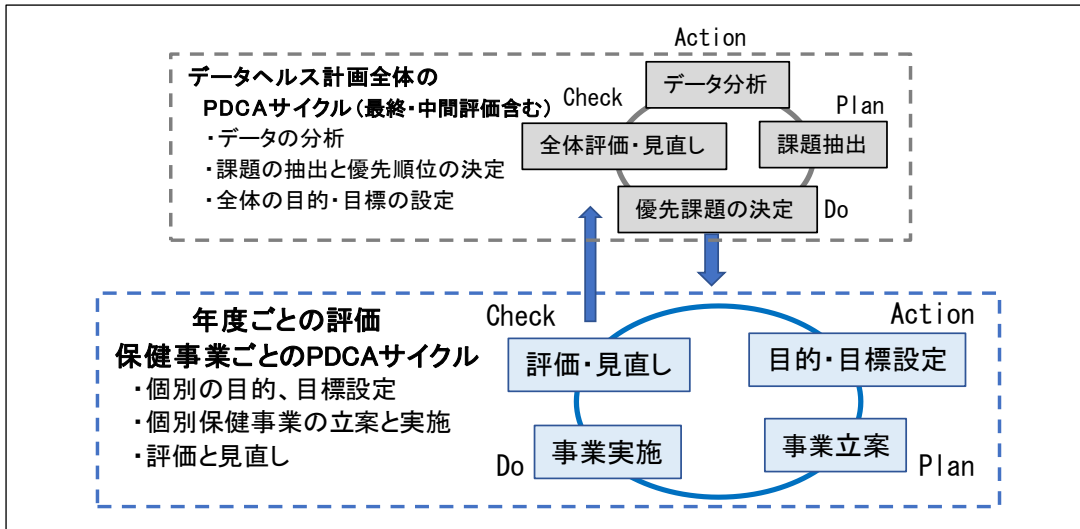
保健事業は、被保険者の健康の保持増進、生活の質（QOL）の維持・向上、健康寿命の延伸を目的とし、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者の減少及び特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上に向け実施します。

図17 保健事業の方向性



なお、具体的な取組みとするため、保健事業毎に計画書を作成し個別の保健事業として進めていきます。個別の保健事業には、前期計画においての改善策を取り入れ、また、健康課題の解決に向けた内容を生かしPDCAサイクルに沿って取組みます。個別の保健事業の評価等が、データヘルス計画全体の目標達成につながるよう、効果的かつ効率的な保健事業を実施していきます。

図 18 保健事業と計画全体のPDCAサイクルの関連図



個別の保健事業の評価は、4つの指標（アウトカム・アウトプット・プロセス・ストラクチャー）を設定し、原則、年度ごとに行います。（第5章に「4つの指標」掲載）

また、健康に関する情報を広く発信することも重要なため、ポピュレーションアプローチの取組みとして市民に対し生活習慣病の発症・重症化予防対策や医療費等の実態を周知していきます。

なお、本計画における保健事業は、生活習慣病対策に関係する事業を掲載しています。

## 2 課題解決に向けた保健事業の選択（優先順位の設定）

「健康課題を解決するための個別の保健事業」において、目標達成のため保険者の健康課題に対応した個別の保健事業を選択し、優先的に取組むこととします。本市は、「第2章3 第3期における健康課題の明確化（3）優先して解決を目指す健康課題の優先順位つけ（P28）」を踏まえ、下記の個別の保健事業を優先として取組むこととします。


### 【優先して取組む保健事業】


特定健康診査事業
特定健診未受診者対策事業
特定保健指導事業
生活習慣病重症化予防事業
糖尿病性腎症重症化予防事業

## 3 個別の保健事業

個別の保健事業の計画表（取組内容、評価指標、目標値等）を基に、令和6年度以降取組んでいきます。

# 個別保健事業計画表

事業名	特定健康診査事業																																																																	
背景	平成20年度より、脳血管疾患、心臓病、腎不全等の生活習慣病の原因となるメタボリックシンドロームを対象にした特定健診・特定保健指導が保険者に義務付けられ、本市でも、制度開始以降、特定健康診査等実施計画をもとに事業が進めており、様々な取組みを行っている。しかし、令和4年度の受診率は30.2%と国の目標値の60%を大きく下回っているため、さらなる受診率の向上を図る必要がある。																																																																	
目的	メタボリックシンドロームに着目した健診を実施し、受診者への健診結果の提供や、特定保健指導実施対象者抽出のための健診データの集積を行い、特定保健指導につなげることで、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いる。																																																																	
具体的内容	<p><b>【対象者】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・那覇市国民健康保険加入者で各年度内に40～74歳になる者。</li> </ul> <p><b>【実施場所】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団健診（那覇市役所本庁舎 他市内公共施設 等） 〈集団健診開催日程案〉</li> </ul> <p>市内4行政地区で実施や土日や夜間の開催により、多様な健診受診の機会の提供を実施。</p> <table border="1" data-bbox="328 772 1248 1238"> <thead> <tr> <th>時期</th> <th>会場</th> <th>地区</th> <th>曜日等</th> <th>特定健診</th> <th>がん検診</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5月</td> <td>沖縄県総合福祉センター</td> <td>首里</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>2種類</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>那覇市保健所</td> <td>真和志</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>2種類</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>沖縄産業支援センター</td> <td>小禄</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>5種類</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>那覇市役所</td> <td>本庁</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>5種類</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>那覇市役所</td> <td>本庁</td> <td>平日(夜)</td> <td>○</td> <td>2種類</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>那覇市役所</td> <td>本庁</td> <td>日</td> <td>○</td> <td>5種類</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>那覇市職員厚生会館</td> <td>真和志</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>5種類</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>那覇市役所</td> <td>本庁</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>2種類</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>沖縄産業支援センター</td> <td>小禄</td> <td>土</td> <td>○</td> <td>5種類</td> </tr> </tbody> </table> <p>・個別健診（県内集合契約により受託している医療機関）</p> <p><b>【検査項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国が定めた項目に加え、追加検査（HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血）の実施。</li> <li>・第4期特定健康診査等実施計画より、血糖値の検査方法追加及び問診事項の一部変更があるため、変更に対応し実施。</li> </ul> <p><b>【受診券の発行】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和6年秋までは国民健康保険証との一体となった受診券発行。</li> <li>・令和6年秋以降は、保険証廃止に伴い受診券の単独発行。</li> </ul> <p><b>【広報活動（周知・啓発）】</b>（特定健診未受診者対策事業と共通事項）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診券発行時の医療機関一覧表配布。 （医療機関一覧表 イメージ）</li> </ul> 						時期	会場	地区	曜日等	特定健診	がん検診	5月	沖縄県総合福祉センター	首里	土	○	2種類	6月	那覇市保健所	真和志	土	○	2種類	7月	沖縄産業支援センター	小禄	土	○	5種類	8月	那覇市役所	本庁	土	○	5種類	9月	那覇市役所	本庁	平日(夜)	○	2種類	11月	那覇市役所	本庁	日	○	5種類	12月	那覇市職員厚生会館	真和志	土	○	5種類	1月	那覇市役所	本庁	土	○	2種類	3月	沖縄産業支援センター	小禄	土	○	5種類
時期	会場	地区	曜日等	特定健診	がん検診																																																													
5月	沖縄県総合福祉センター	首里	土	○	2種類																																																													
6月	那覇市保健所	真和志	土	○	2種類																																																													
7月	沖縄産業支援センター	小禄	土	○	5種類																																																													
8月	那覇市役所	本庁	土	○	5種類																																																													
9月	那覇市役所	本庁	平日(夜)	○	2種類																																																													
11月	那覇市役所	本庁	日	○	5種類																																																													
12月	那覇市職員厚生会館	真和志	土	○	5種類																																																													
1月	那覇市役所	本庁	土	○	2種類																																																													
3月	沖縄産業支援センター	小禄	土	○	5種類																																																													

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公共施設や医療機関、商業施設等への啓発ポスターの配布。</li> <li>・ 市広報誌による周知・啓発及び健診だよりやチラシ、小冊子の配布。</li> <li>・ 市ホームページや各種 SNS による広報。</li> <li>・ 公共施設等に設置されている広告モニターでの広報。</li> <li>・ 医療機関等への訪問による広報活動。</li> <li>・ 出前学習会による健診の重要性の周知・啓発の実施。</li> <li>・ 年度内早期受診促進の周知・啓発及び受診勧奨。</li> </ul> <p>〈ホームページ イメージ〉</p>  <p>【国保連との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診に係る受託医療機関との契約・費用請求・支払、健診結果データのとりまとめ、法定報告業務等を委託。</li> </ul> <p>【実施期間及びスケジュール】</p> <p>3月 実施医療機関との契約（集合契約） 受診券一括発送（令和6年度までは国保証と一体型）</p> <p>4月～翌年3月 特定健診実施（集団健診及び個別健診） 広報活動（周知・啓発）</p>		
評価指標	区分	指標	備考（指標の定義、評価時期など）
	アウトプット	・ 特定健診受診率	・ 年度目標値の達成（法定報告値）
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者への受診券発行</li> <li>・ 健診実施の周知・啓発</li> <li>・ 受診場所の提供（集団健診・個別健診）</li> <li>・ 他健診との同時実施</li> <li>・ 受診者数及び健診結果の把握</li> <li>・ 国保連との連携</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診実施回数</li> <li>・ 実施医療機関数</li> <li>・ 健診実施の普及・啓発状況</li> <li>・ 国保連との連携状況</li> </ul>	

※評価指標詳細

目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
特定健診受診率	30.2%	35%	38%	41%	44%	47%	60%以上

**事業名** 特定健診未受診者対策事業

**背景** 国の特定健診受診率の目標値は60%に設定されているが、本市の直近の受診率は30%前後と低迷しているため、大幅な受診率向上の対策を継続していく必要がある。  
また、本市の未受診者の特性として、40代・50代の受診率の低いことや未受診者のうち生活習慣病の治療中の者が半数以上となるなどの傾向があるため、若い世代への効果的な周知・啓発や医療機関と連携した治療中の者への受診勧奨対策が必要となっている。

**目的** 特定健診未受診者に対し、個別の受診勧奨や広報活動等により特定健診の受診を促すことで、受診率の向上を図ることを目的としている。

**【受診機会の提供】**

- ・ 土日、夜間の集団健診実施、平日本庁舎のまちかど健診の実施。
- ・ 自治会等の地域団体主催のまちかど健診実施。

**【受診勧奨】**

- ・ 対象者の受診歴等に応じた区分を設定し、その特性を踏まえた個別勧奨の実施。  
〈個別受診勧奨はがき イメージ〉

日時と時間	会場	健診 大腸	健診 乳マ
8月14日(月) 13:30~16:00		○	○
10月30日(月) 13:00~15:30	那覇市役所 (駐車場あり)	○	○
11月13日(月) 13:30~16:00		○	○
12月19日(火) 13:00~15:30		○	○

**【広報活動（周知・啓発）】**

- ・ 受診券発行時の医療機関一覧表配布。
- ・ 公共施設や医療機関、商業施設等への啓発ポスターの配布。
- ・ 市広報誌による周知・啓発及び健診だよりやチラシ、小冊子の配布。  
〈集団健診等の案内チラシ イメージ〉

**具体的内容**

- ・ ホームページや各種 SNS による広報。  
〈YouTube 配信用啓発動画 イメージ〉



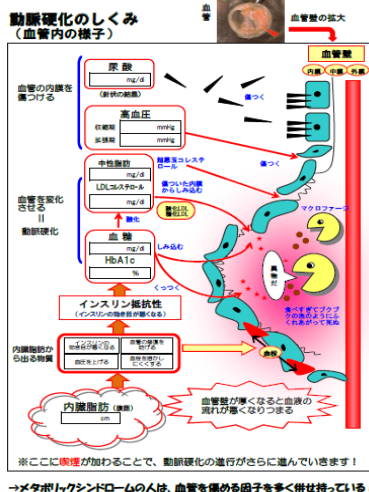
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公共施設等に設置されている広告モニターでの広報。</li> <li>・ 医療機関等への訪問による広報活動。</li> <li>・ 出前学習会による健診の重要性の周知・啓発の実施。</li> <li>・ 年度内早期受診促進の周知・啓発及び受診勧奨。</li> </ul> <p>【他健診等の結果取込】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者健診受診者の健診結果の取込推進。</li> <li>・ トライアングル事業による生活習慣病治療中の対象者の通院時検査結果の取込推進。</li> </ul> <p>【実施期間及びスケジュール】</p> <p>4月～翌年3月 広報活動（周知・啓発）</p> <p>8月 健診日より発行</p> <p>8月～12月 受診勧奨はがき送付</p> <p>3月 ポスター配布</p>		
評価指標	区分	指標	備考（指標の定義、評価時期など）
	アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>①特定健診受診率</li> <li>②40代・50代の受診率</li> <li>③治療中未受診者の受診率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①年度目標値の達成（法定報告値）</li> <li>②③対象者の受診率の向上</li> </ul>
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診等の実施</li> <li>・ 対象者の受診傾向等の分析</li> <li>・ 受診勧奨・広報活動の実施</li> <li>・ 医療機関への広報実施</li> <li>・ 他健診結果取込の取組</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 集団健診等の実施回数</li> <li>・ 広報活動の実績</li> <li>・ 受診勧奨後の受診状況実績</li> <li>・ 医療機関訪問実績数</li> <li>・ 他健診結果取込の実績</li> </ul>	

※評価指標詳細

目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
特定健診受診率	30.2%	35%	38%	41%	44%	47%	60%以上
40代・50代の 受診率	20.9%	23%	25%	27%	29%	31%	33%
治療中未受診者の 受診率	8.6%	10%	12%	14%	16%	18%	20%

事業名	特定保健指導事業
背景	<p>本市の特定健診を受診した男性のうち、2人に1人がメタボリックシンドローム予備群・該当者であり、前期高齢者になると、該当者の割合が増加している。そこで、特定保健指導によるメタボリックシンドロームの改善を図ることが重要と考える。本市の令和4年度の保健指実施率は47.5%と国の目標60%を下回っているため、効果的なアプローチ方法の検討が必要となる。</p>
目的	<p>特定保健指導対象者に対して、特定保健指導（積極的支援および動機付け支援）を行うことで、メタボリックシンドロームの改善を図り、ひいては被保険者全体のメタボリックシンドロームおよび関連する生活習慣病を減少させることを目的とする。</p>
具体的内容	<p>※前期計画の事業評価において、あらたに取組むべき内容を記載。</p> <p><b>【対象者】</b>          特定健診の結果、階層化により特定保健指導が必要とされた者          また、以下の対象者については重点的に保健指導を実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初めて保健指導対象者となった者</li> <li>・65歳以上で、3項目（血糖、脂質、血圧）の追加リスクが多い者</li> <li>・40～64歳の積極的支援対象者</li> <li>・I度高血圧（140/90）以上の受診勧奨値の者</li> </ul> <p><b>【取組内容】</b></p> <p>1 委託医療機関の保健指導の拡充          早期の保健指導は行動変容に効果があるため、委託医療機関の増加に向け、関係機関の情報収集、委託募集の広報の強化を行う</p> <p>2 成果を出す保健指導の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和6年度より導入されるアウトカム評価に対応するため、保健指導の質の向上に取り組む。</li> <li>・ICTによる面談の検討。（他市町村の取組状況の情報収集等）</li> <li>・対象者の特徴に応じた行動変容を促すため、様々な保健指導教材を活用した保健指導の実施。</li> </ul> <p><b>【主な保健指導教材 イメージ】</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div data-bbox="368 1270 767 1818" style="background-color: #003366; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <p>令和4年度版</p> <p><b>なぜ治療が必要なのかを 学習するための教材</b></p> <p>第2期データヘルス計画中間評価から見えてきた課題 ～メタボと高血圧を解決するために～</p> <p>沖縄県ヘルスアップ支援事業</p> </div> <div data-bbox="882 1270 1310 1818" style="background-color: #ff0000; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <p>令和4年度版</p> <p><b>沖縄 食ノート</b></p> <p>肥満を解決するための食の資料 Ver.3</p> <p>令和5年3月</p> <p>沖縄県ヘルスアップ支援事業</p> </div> </div> <p>沖縄県の実態に合わせた保健指導教材を活用し、保健指導を実施。          身体メカニズムや食事に関する多岐にわたる内容を、各市町村の担当者で随時検討、更新しており、対象者のニーズに合わせて効果的に活用している。</p>

メタボリックシンドロームが血管に及ぼす影響



生活習慣病は自覚症状が無いため、特定健診の結果と照らし合わせ、検査項目の異常が体にどのような影響を及ぼすのかをイラストを用いて分かりやすく説明し、自ら正しい生活習慣の改善に向けた行動目標、計画の改善が出来るよう支援している。

3 特定保健指導の周知及び連携

特定健診、特定保健指導の目的を対象者や関係医療機関に周知啓発を行う。また、那覇市医師会との情報共有及び連携を図る仕組みづくり。

4 受診勧奨の実施

受診勧奨判定値の対象者へは、受診の必要性を説明し、受療行動につながるよう支援する。

【実施期間及びスケジュール】 (通年)

- 毎月上旬 確報値取り込み
- 20日頃 利用券送付、保健指導案内通知、経年表、地区名簿作成、保健指導実施
- 3月 事業評価

評価指標	区分	指標	備考(指標の定義、評価時期など)
	アウトカム	・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	・年度目標値の達成(法定報告値)
	アウトプット	・特定保健指導実施率	・年度目標値の達成(法定報告値)
	プロセス	・委託医療機関による初回面接分割実施の有無 ・特定保健指導の内容等の適切さの検討	
	ストラクチャー	・特定保健指導実施者の研修 ・委託医療機関数	

※評価指標詳細

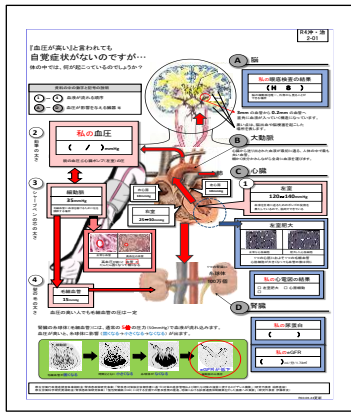
目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
特定保健指導実施率	47.5%	50%	52%	54%	56%	58%	60%以上
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率(総合計画指標)	16.5%	18%	19.4%	20.8%	22.2%	23.6%	25%
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	38.0%	37.1%	36.1%	35.5%	34.3%	33.4%	32.5%

事業名	生活習慣病重症化予防事業																																																																																				
背景	<p>本市は死亡疾患の状況や介護認定状況等より、生活習慣病重症化疾患の予防対策は重要であり、特に脳血管疾患の予防における前期高齢者の高血圧のコントロールは必須と考える。</p> <p>令和4年度健診結果で、男女ともメタボリックシンドローム予備群・該当者が増加しており、血圧の所見が多くなっている。保健指導においては、高血圧による体のメカニズムについて伝え、継続的な受療行動及び健康的な生活習慣行動が取組めるような支援が必要となる。</p>																																																																																				
目的	<p>特定健診の結果から要医療の未治療者及び治療中であるが数値が高い者等に対し、脳・心血管疾患、糖尿病等の合併症及び重症化予防を目的に、受療行動・生活習慣の改善が自分で継続的に行われるよう支援を行う。</p>																																																																																				
具体的内容	<p>※前期計画の事業評価において、あらたに取組むべき内容を記載。</p> <p>【優先対象者の選定】</p> <p>◀脳血管疾患とリスク要因▶</p> <table border="1" data-bbox="316 701 1422 987"> <thead> <tr> <th colspan="2">リスク因子</th> <th>高血圧</th> <th>糖尿病</th> <th>脂質異常(高LDL)</th> <th>心房細動</th> <th>喫煙</th> <th>飲酒</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">脳梗塞</td> <td>ラクナ梗塞</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アテローム血栓性脳梗塞</td> <td>●</td> <td>●</td> <td>●</td> <td></td> <td>●</td> <td>●</td> </tr> <tr> <td>心原性脳梗塞</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td>●</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">脳出血</td> <td>脳出血</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>くも膜下出血</td> <td>●</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>「脳血管疾患とリスク要因」より、<b>脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子</b>である。</p> <p>◀血圧に基づいた脳血管リスク層別化▶</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)</li> </ul> <table border="1" data-bbox="316 1137 1235 1704"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">リスク層 (血圧以外のリスク因子)</th> <th colspan="4">血圧分類 (mmHg)</th> </tr> <tr> <th>高値血圧 130~139 /80~89</th> <th>I度高血圧 140~159 /90~99</th> <th>II度高血圧 160~179 /100~109</th> <th>III度高血圧 180以上 /110以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">リスク層 (血圧以外のリスク因子)</td> <td>4,184</td> <td>2,172 51.9%</td> <td>1,545 36.9%</td> <td>385 9.2%</td> <td>82 2.0%</td> </tr> <tr> <td>リスク第1層 予後影響因子がない</td> <td>308 7.4%</td> <td>179 8.2%</td> <td>105 6.8%</td> <td>20 5.2%</td> <td>4 4.9%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">リスク第2層 高年齢(65歳以上)男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある</td> <td>2,269 54.2%</td> <td>1,210 55.7%</td> <td>809 52.4%</td> <td>212 55.1%</td> <td>38 46.3%</td> </tr> <tr> <td>リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある</td> <td>1,607 38.4%</td> <td>783 36.0%</td> <td>631 40.8%</td> <td>153 39.7%</td> <td>40 48.8%</td> </tr> </tbody> </table> <p> <span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:orange; border:1px solid black;"></span> …高リスク  <span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:yellow; border:1px solid black;"></span> …中等リスク  <span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:lightyellow; border:1px solid black;"></span> …低リスク </p> <p>「血圧に基づいた脳血管リスク層別化」より、脳血管のリスクが高くなるに連れ、高齢や基礎疾患(高血圧・糖尿病や脂質異常症等)の重なりがあり、優先的に保健指導をする必要がある方である。</p> <p>【対象者】</p> <p>※前期計画の事業評価において、あらたに追加した対象者のみ記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>65歳以上で有所見の重なりがある方は生活習慣改善の保健指導を行い、血圧所見がある方でレセプトが無い方へはさらに積極的な受診勧奨を行う</li> <li>eGFR50未満(70歳以上は40未満) ※治療中は30以上を条件に追加</li> </ul>						リスク因子		高血圧	糖尿病	脂質異常(高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	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	●						リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)				高値血圧 130~139 /80~89	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	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	4,184	2,172 51.9%	1,545 36.9%	385 9.2%	82 2.0%	リスク第1層 予後影響因子がない	308 7.4%	179 8.2%	105 6.8%	20 5.2%	4 4.9%	リスク第2層 高年齢(65歳以上)男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	2,269 54.2%	1,210 55.7%	809 52.4%	212 55.1%	38 46.3%	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	1,607 38.4%	783 36.0%	631 40.8%	153 39.7%	40 48.8%
リスク因子		高血圧	糖尿病	脂質異常(高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒																																																																														
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	●																																																																																			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)																																																																																			
		高値血圧 130~139 /80~89	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																																																																																
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	4,184	2,172 51.9%	1,545 36.9%	385 9.2%	82 2.0%																																																																																
	リスク第1層 予後影響因子がない	308 7.4%	179 8.2%	105 6.8%	20 5.2%	4 4.9%																																																																															
リスク第2層 高年齢(65歳以上)男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	2,269 54.2%	1,210 55.7%	809 52.4%	212 55.1%	38 46.3%																																																																																
	リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	1,607 38.4%	783 36.0%	631 40.8%	153 39.7%	40 48.8%																																																																															

【取組内容】

- ・ 医師会をととした市内医療機関との連携の推進（本市の健康課題の共有や事業周知等）
- ・ 保健指導教材を活用した保健指導の実施

【主な保健指導教材 イメージ】



「高血圧の方への指導教材」

多くの対象者は、高血圧でも自覚症状がないため、体の中で何が起きているのか、高血圧による体のメカニズムを分かりやすく伝え、生活習慣改善に向けた保健指導を行う。

- ・ 家庭血圧測定の推進及び血圧手帳の活用の促進



血圧手帳

高血圧の方へは家庭血圧を測定する必要性を説明し、血圧手帳を配布しながら正しい血圧の計り方を伝えています。  
治療中の方へは、通院時にかかりつけ医に必ず確認してもらうよう説明する。

【実施期間及びスケジュール】（通年）

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 毎月上旬 確報値取り込み
- 20日頃 利用券送付、保健指導案内通知、経年表、地区名簿作成、保健指導実施
- 3月 事業評価

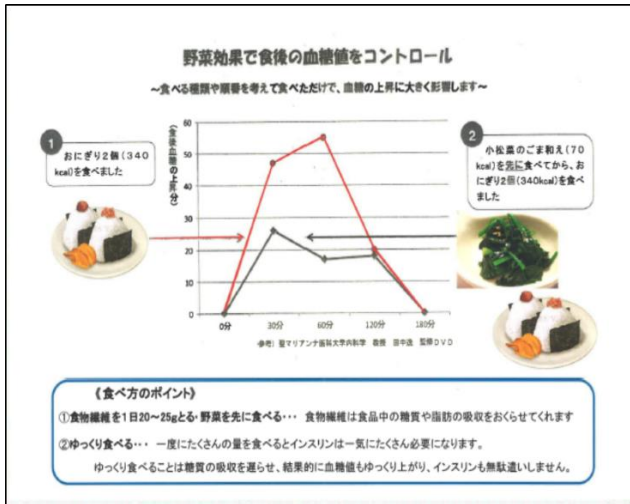
評価指標	区分	指標	備考（指標の定義、評価時期など）
	アウトカム	・ 医療機関への受療率	・ 3か月後をめどにレセプトにて確認
	アウトプット	・ 保健指導実施率	・ 法定報告時（翌年度10月頃）
	プロセス	・ 地区の進捗確認	・ 毎月の支援集計を合わせて実施
	ストラクチャー	・ 医師会・医療機関等との連携回数	・ 会議や個別支援を通して実施した数

※評価指標詳細

目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
高血圧者の割合の減少 (160/100以上)	5.4%	5.1%	4.8%	4.5%	4.2%	3.8%	3.5%
脂質異常者の割合の 減少(LDL160以上)	10.6%	9.9%	9.7%	9.2%	8.8%	8.3%	7.8%
尿蛋白所見者の割合の 減少(2+以上)	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%

事業名	糖尿病性腎症重症化予防事業																																																				
<p>背景</p>	<p>医療費において、人工透析は高額になることから、人工透析へ移行させない対策は重要である。本市の国保の令和4年度新規透析導入患者の約5割が糖尿病性腎症による導入となっており、糖尿病における合併症は、健康状態や生活環境に大きく影響するため、糖尿病の発症および重症化予防は重要である。</p> <p>令和4年度健診結果より、男女とも血糖の有所見者の割合は国よりも高くなっているため、保健指導においては、高血糖による体のメカニズムについて伝え、継続的な受療行動及び健康的な生活習慣行動が取組めるような支援が必要となってくる。</p> <p>本市の取組みは、「糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き（厚労省）」及び「沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、実施している。</p>																																																				
<p>目的</p>	<p>糖尿病の悪化及び慢性腎臓病（CKD）に進行する可能性の高い糖尿病未治療者及び治療中断者に対して、医療機関への受診勧奨や自らが健康的な生活行動を継続的に行えるよう保健指導を実施することで、糖尿病性腎症の重症化を予防する事を目的とする。</p>																																																				
<p>具体的内容</p>	<p>※前期計画の事業評価において、あらたに取組むべき内容を記載。</p> <p>【優先対象者の選定】</p> <p>◀糖尿病性腎症に関する特定健診結果▶</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>令和4年度特定健診受診結果より</li> </ul> <table border="1" data-bbox="368 842 1259 1317"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">糖尿病に関する健診結果</th> <th colspan="2">那覇市</th> </tr> <tr> <th colspan="2">R04年度</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>実数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定健診</td> <td>受診者数</td> <td>14,310人</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="10">健診データ</td> <td>糖尿病型</td> <td>1,985人</td> <td>13.9%</td> </tr> <tr> <td>未治療・中断者（質問票 服薬なし）</td> <td>678人</td> <td>34.2%</td> </tr> <tr> <td>治療中（質問票 服薬あり）</td> <td>1,307人</td> <td>65.8%</td> </tr> <tr> <td>コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上</td> <td>767人</td> <td>58.7%</td> </tr> <tr> <td>  血圧 130/80以上</td> <td>477人</td> <td>62.2%</td> </tr> <tr> <td>  肥満 BMI25以上</td> <td>455人</td> <td>59.3%</td> </tr> <tr> <td>コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満</td> <td>540人</td> <td>41.3%</td> </tr> <tr> <td>第1期</td> <td>尿蛋白（－）</td> <td>1,378人</td> <td>69.4%</td> </tr> <tr> <td>第2期</td> <td>尿蛋白（±）</td> <td>290人</td> <td>14.6%</td> </tr> <tr> <td>第3期</td> <td>尿蛋白（＋）以上</td> <td>291人</td> <td>14.7%</td> </tr> <tr> <td>第4期</td> <td>eGFR30未満</td> <td>18人</td> <td>0.9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>「糖尿病性腎症に関する特定健診結果」より、糖尿病型の未治療・治療中断者・コントロール不良者の中でも、糖尿病性腎症の重症度として第1～4期のうち、重症度が高い第3～4期の方を優先的に保健指導する必要がある。</p> <p>【対象者】</p> <p>※前期計画の事業評価において、あらたに追加した対象者のみ記載</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>65～74歳の前期高齢のうち、HbA1c7.0%以上または、治療中でHbA1c 8.0%以上</li> </ul> <p>【取組内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師会をとおして、市内医療機関との連携の推進（本市の健康課題の共有や事業周知等）</li> <li>糖尿病連携手帳の活用の促進</li> </ul> <div data-bbox="400 1709 687 2033" data-label="Image"> </div> <p><b>糖尿病連携手帳</b></p> <p>健診結果と合わせ、通院時の検査結果を踏まえた保健指導を実施。また、かかりつけ医の他、合併症予防として歯科、眼科との連携にも活用している。</p>	糖尿病に関する健診結果		那覇市		R04年度				実数	割合	特定健診	受診者数	14,310人		健診データ	糖尿病型	1,985人	13.9%	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	678人	34.2%	治療中（質問票 服薬あり）	1,307人	65.8%	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	767人	58.7%	血圧 130/80以上	477人	62.2%	肥満 BMI25以上	455人	59.3%	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	540人	41.3%	第1期	尿蛋白（－）	1,378人	69.4%	第2期	尿蛋白（±）	290人	14.6%	第3期	尿蛋白（＋）以上	291人	14.7%	第4期	eGFR30未満	18人	0.9%
糖尿病に関する健診結果				那覇市																																																	
		R04年度																																																			
		実数	割合																																																		
特定健診	受診者数	14,310人																																																			
健診データ	糖尿病型	1,985人	13.9%																																																		
	未治療・中断者（質問票 服薬なし）	678人	34.2%																																																		
	治療中（質問票 服薬あり）	1,307人	65.8%																																																		
	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	767人	58.7%																																																		
	血圧 130/80以上	477人	62.2%																																																		
	肥満 BMI25以上	455人	59.3%																																																		
	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	540人	41.3%																																																		
	第1期	尿蛋白（－）	1,378人	69.4%																																																	
	第2期	尿蛋白（±）	290人	14.6%																																																	
	第3期	尿蛋白（＋）以上	291人	14.7%																																																	
第4期	eGFR30未満	18人	0.9%																																																		

・保健指導教材を活用した保健指導の実施



野菜効果

食べ物による血糖値、インスリンの関係について資料を使って分かりやすく説明している。

食材の選び方や、同じ内容でも食べ方や食べる時間の違いによる影響などを説明し、個人に合わせた実践しやすい取組みを提案し、行動変容を促している。

・慢性腎臓病 CKD対策事業との連携

那覇市CKD安心カード(病院名: )

CKDステージ(病期)	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
腎臓の働き具合	ほぼ正常	軽度低下	中等度低下	高度低下	末期腎不全	
eGFR	90以上	89～60	59～45	44～30	29～15	15未満
症状	自覚症状はほとんどなし		疲れ、むくみ、息切れなど 透析の準備			

日本腎臓学会(CKD診療ガイドライン2018)より引用。改定腎臓病の結果で、飲めない薬や、量の調整が必要となるお薬があります。お薬を処方してもらう際に提出してください。G3b、G4、G5の患者様は腎臓内科受診が推奨されています。 那覇市慢性腎臓病(CKD)病診連携推進会議・CKD78



CKD カード、シール

腎症のある方へはカードを活用し、重症化の予防を図っている。該当する方へ、かかりつけ医よりお薬手帳にシールを貼付け、薬局や医療機関間で腎臓の状態を伝える取組みを実施している。

・レセプトを活用し、保健指導の評価を行う。

【実施期間及びスケジュール】(通年)

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 毎月上旬 確報値取り込み
- 20日頃 利用券送付、保健指導案内通知、経年表、地区名簿作成、保健指導実施
- 3月 事業評価

評価指標	区分	指標	備考(指標の定義、評価時期など)
	アウトプット	・医療機関への受療率 ・翌年健診結果の改善率	・3か月後をめぐりにレセプトにて確認 ・翌々年度6月以降に確認
アウトカム	・保健指導実施率	・法定報告時(翌年度10月頃)	
プロセス	・地区の進捗確認	・毎月の支援集計を合わせて実施	
ストラクチャー	・医師会・医療機関等との連携回数	・会議や個別支援を通して実施した数	

※評価指標詳細

目標項目	計画策定時(令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度(中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度(最終評価)
糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	47.7%	減少	減少	減少	減少	減少	減少
HbA1c8.0%以上の者の割合の減少	2.2%	2.1%	1.9%	1.7%	1.6%	1.4%	1.3%
糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合	75.0%	75.0%	76.0%	77.0%	78.0%	79.0%	80.0%

事業名	<b>高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業</b>
背景	全国的に高齢化が進展する中で、本市においては要介護3以上の新規認定者の割合が増加し、介護を要する期間が全国平均より長いことから、高齢者の要介護状態やフレイルの予防が重要となっている。令和元年改正の国民健康保険法や介護保険法等のもと、市町村において、地域包括ケアとともに保健事業と介護予防の一体的実施が推進され、本市でも、介護・国保部門と連携し令和2年度から事業を開始。令和6年度までに全18圏域(地域包括支援センター)の展開に向けて、関係課の連携を図っている。
目的	国保・保健・高齢者・介護等の関係部局・外部機関が連携し、通いの場等を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、ひいては高齢者の健康状態の改善を目的とする。
具体的内容	<p>(1) KDBシステム等を活用した地域の健康課題分析</p> <p>前年度の健診・医療・介護データ(E表)を基に、データを経年や年齢別・性別等で比較し、地域の健康課題の分析・把握、重症化予防・介護予防の対象者を把握。</p> <p>≪E表：健診・医療・介護データ イメージ≫</p> <p>(2) 地域包括支援センター(包括)との連携 各包括職員と、圏域の健康課題を共有し、個別支援や健康教室等に連携して取り組む。</p> <p>(3) ハイリスクアプローチ(個別支援) 長寿健診受診者のうち、健康課題を基に対象者を選定・抽出し、自宅に出向き、対象者に合った保健指導を実施。翌年度の健診結果と生活習慣改善・維持の確認。</p> <p>(4) ポピュレーションアプローチ(健康教室) 各圏域の健康課題に沿った健康教室を実施。また、料理教室等の実践型の内容で、参加者同士が地域で繋がるきっかけとなる内容の検討・実施。</p> <p>(5) 庁内連携、沖縄県後期高齢者医療広域連合や那覇市医師会・関係機関等との連携 国保部門の国民健康保険課、保健部門の健康増進課、福祉部門のちやーがんじゅう課の3課が連携し、高齢者の健康課題の把握・事業の見直し等を実施。また、広域連合や医師会等の関係機関と協議する場を設け、高齢者の健康状態の改善に向けた取組・役割の確認・検討実施。</p>



評価指標	区分	指標	備考（指標の定義、評価時期など）
	アウトプット アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健指導（個別支援）実施率 80%以上</li> <li>・健康教室回数（参加人数）、事後アンケート満足度 80%以上</li> <li>・生活習慣が改善・現状維持した者の割合 80%以上</li> <li>・長寿健診検査値（HbA1c・血圧・尿蛋白）の改善または現状維持した割合 80%以上（前年と今年の健診結果比較）</li> <li>・長寿健診受診者率の増加</li> <li>・要介護認定状況の推移</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括と地域課題の共有・対応策の検討実施</li> <li>・KDB等を活用した前期高齢者の健康課題の把握や健康教室等で健康相談を行い、国保部門としての支援実施</li> <li>・国保・後期高齢医療・介護保険のデータ等の統合的分析</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・庁内3課及び医療機関・医師会などの外部機関との連携</li> <li>・外部機関と健康課題を共有・検討する場の設定</li> </ul>	

※評価指標詳細

目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
長寿健診受診率	26.2%	増加	増加	30%	増加	増加	35%
保健指導（個別支援） 実施率	80%	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上	90%以上

事業名	慢性腎臓病 (CKD) 対策事業		
背景	<p>本市は、糖尿病性腎症による透析導入者の割合や健診受診者で高血糖・高血圧者の割合が増加していることから、生活習慣病や人工透析と関連する慢性腎臓病(CKD)の対策が重要である。</p> <p>慢性腎臓病(CKD)は、悪化すると人工透析となり、生命や生活の質に重大な影響を及ぼす重篤な疾患である。重症化すると腎不全以外にも循環器系疾患(心筋梗塞や脳梗塞等)のリスクも高くなるが、腎機能低下が早期に発見し、適切な治療を行うことにより進行を遅らせることが可能である。</p> <p>本市は、平成28年度からCKD病診連携システム(CKD78)を運用し、かかりつけ医(CKD登録医)と腎臓診療医との連携で患者の腎機能維持を目指す取組を進めている。</p>		
目的	<p>「糖尿病性腎症における新規人工透析導入患者数の減少」を目指し、関係機関・団体・行政等が協働して、CKDに関する正しい知識の普及やCKD病診連携システムの推進等に取り組み、CKD対策の推進を図る。</p>		
具体的内容	<p>(1) <b>CKDに関する正しい知識の啓発</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 健診の有所見者への保健指導(血圧・血糖と腎臓との関連について保健指導)</li> <li>2) 市ホームページやSNS等を活用したCKDに関する情報発信。</li> <li>3) 市民向け・医療専門職向け講演会やパネル展開。</li> </ol> <p>(2) <b>CKD病診連携システム(CKD78)の整備・推進</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 那覇市慢性腎臓病(CKD)病診連携推進会議の開催 行政、関係機関等の役割を明確にし、協働で取組みが行えるよう検討を行う。</li> <li>2) CKD登録医・腎臓診療医の申請・登録。</li> <li>3) 医療機関や薬局、保健指導対象者へ、CKDシール・カード・のぼり旗の配布・普及。</li> </ol> <p>(3) <b>医師会・医療機関・企業・関係団体等との連携</b></p> <p>那覇市医師会や企業等と連携し、CKDの正しい知識の普及やCKD78の推進を図る。</p> <p>(4) <b>CKDに関するデータ分析</b></p> <p>新規人工透析患者の人数や原疾患などを把握・分析し、那覇市慢性腎臓病(CKD)病診連携推進会議等で重点的な取組の検討を行う。</p>		
評価指標	区分	指標	備考(指標の定義、評価時期など)
	アウトプット アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CKD登録医・腎臓診療医の数</li> <li>・糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数</li> <li>・慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合</li> </ul>	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CKDに関するデータ分析の実施</li> <li>・企業と連携し市民への周知方法の見直し</li> <li>・保健指導媒体の作成・見直し</li> </ul>	
	ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会や企業と情報共有・取組検討する場の設定</li> </ul>	

※評価指標詳細

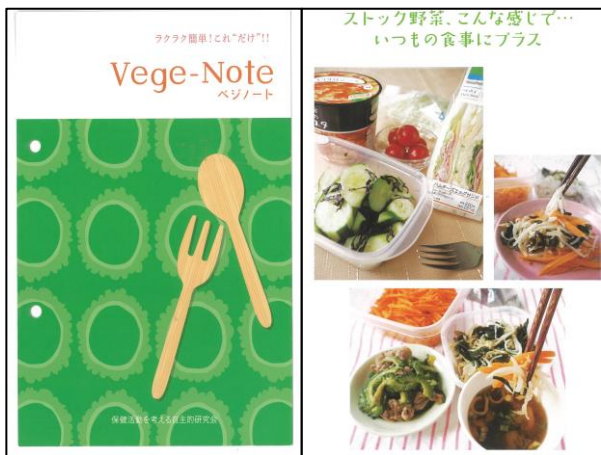
目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
国保の糖尿病性腎症による透析導入者人数の減少	21人	減少	減少	減少	減少	減少	減少
慢性腎不全(透析あり)総医療費に占める割合の維持	6.20%	/	/	維持	/	/	維持

事業名	健康診査事業（20・30代健診）		
背景	働き盛り世代(40・50代)の特定健診の受診率については、令和4年度で20.9%と特に低く、未受診の期間に生活習慣病が進行し重症化する場合があることから、特定健診の対象以前の20・30代を対象とした健診を実施し、健診受診の習慣化を図ることが必要となっています。		
目的	特定健診の対象以前の若い世代を対象とした健診を実施することで、健康意識の向上や生活習慣病の予防・早期発見を図ることを目的としています。		
具体的内容	<p>【健診内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診と同内容の健診</li> </ul> <p>【実施場所】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受託医療機関で個別健診を実施</li> <li>・本市が主催する集団健診の実施</li> </ul> <p>【実施時期】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・4月～翌年3月</li> </ul> <p>【受診勧奨】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳到達前の35～39歳を対象にはがきによる受診勧奨を実施。</li> </ul> <p>【広報活動【周知・啓発】】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診の広報資材に健康診査事業（20・30代健診）の内容も含めて広報を実施。</li> </ul> <p>【国保連との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診と同様に、健診受託医療機関との契約・費用請求・支払、健診結果データのとりまとめ業務等を委託。</li> </ul> <div data-bbox="858 456 1433 882" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">〈35～39歳の対象者への受診勧奨はがき案〉</p> </div>		
評価指標	区分	指標	備考（指標の定義、評価時期など）
	アウトプット	健康診査（20・30代健診）受診者数	
	プロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者への受診券発行</li> <li>・健診実施の周知・啓発</li> <li>・対象者への受診勧奨</li> <li>・受診場所の提供（集団健診・個別健診）</li> <li>・受診者数及び健診結果の把握</li> <li>・国保連との連携</li> </ul>	

※評価指標詳細

目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
健康診査（20・30代健診）受診者数	1,092人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人	1,000人

事業名	健康診査における保健指導（20・30代保健指導）	
背景	20～30代は働き方が多岐に渡り不規則であるため生活リズムが乱れやすく、仕事・家庭・生活と環境の変化が大きい。本市の特定健診を受診した男性のうち、2人に1人がメタボリックシンドローム予備群・該当者であることから、自らの健康状態について危機感が薄い20～30代からの保健指導の早期介入により、生活習慣病予防のための正しい知識を伝え、生涯にわたる健康づくりについて説明する必要がある。	
目的	生活習慣病対策は、若い世代からの取組が重要であるため、健康診査の保健指導対象者へ健診結果の説明や生活習慣改善に向けた保健指導を行い、早期からの生活習慣病の発症予防、重症化予防を図ることを目的とする。	
具体的内容	<p>【対象者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導の基準に該当する者</li> <li>・ 生活習慣病重症化予防対象者 (生活習慣改善が必要な者、医療が必要な者)</li> </ul> <p>【方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 個別支援 令和5年度より実施している面談支援を継続し生活実態に合った保健指導を行う。</li> <li>2 医療機関との連携・紹介 若い世代は仕事や家庭を優先し、体力にも自信があるため受療行動につながりにくい。受診勧奨値の対象者へは保健指導教材を活用しながら、体の変化を伝え受診の重要性を説明する。</li> <li>3 生活習慣改善に向けた指導 自身の健康状態を知ることが健康づくりの第一歩であるため、若いうちから生活習慣に関する正しい知識を伝えることで生涯にわたり自らの健康管理を行えるための支援を実施する。</li> </ol> <p>【保健指導に活用する主な媒体 イメージ】</p>  <p>食のポスター</p> <p>1日の目安量について詳しくまとめたポスターを作成し、分かりやすく説明しながら配布する。 写真を多く活用し、食事バランスのイメージがしやすくなっている。</p>	



### ベジノート

バランスの良い食生活に欠かせない野菜の摂り方について、「忙しくて時間がない」、「調理の仕方が分からない」という方でも簡単に取り入れられるレシピを紹介します。



### 運動資料

生活習慣改善の基本となる運動について、個人の背景に合わせて様々な媒体を活用し、継続した実践が可能な情報を提供できるよう支援する。

- 4 その他事業の紹介  
健康づくりに関する出前講座や関係課窓口等を紹介する。
- 5 関係機関との連携・紹介  
日本語学校との連携や必要時関係機関等を紹介する。

評価指標	区分	指標	備考（指標の定義、評価時期など）
	アウトプット アウトカム		・保健指導実施率

#### ※評価指標詳細

目標項目	計画策定時 (令和4年度)	目標値					
		令和6年度	令和7年度	令和8年度 (中間評価)	令和9年度	令和10年度	令和11年度 (最終評価)
保健指導実施率 (文書以外の実施率)	85.3% (30.83%)	増加	増加	増加	増加	増加	増加

## 4 健康づくりの周知啓発の取組（ポピュレーションアプローチ）

市ホームページや SNS、国保特定健診だより等を活用して、生活習慣病の発症・重症化予防に向け、広く市民への健康情報の発信を行います。また、生活習慣病重症化による医療費等の社会保障費について周知していきます。

### YouTube 配信

**●受診勧奨動画の案内**

**特定健診ダンス**

通院中でも特定健診を？その驚きの理由とは

勇者たちの特定健診

### Instagram 配信

**健康増進課 Instagram @naha\_karada**

食や健康の情報を発信中！  
フォロー&いいねをお願いします。

**こくほニュース** 発行 那覇市役所 国民健康保険課 ☎862-4262 ☎917-0410

**厳しい国保財政状況 令和3年度は約9億の赤字！**

令和3年度決算は、歳入約364億9,200万円、歳出約373億8,000万円、歳入から歳出を差し引いた形式収支は約6,500万円の赤字となりました。しかしながら、歳入歳出は国や県からの交付金等や国保税では見えない歳入不足に対して、一般会計から約6,000万円の繰越金を行っており、実質的には約500万円の赤字となっています。

那覇市では、平成30年度の国保制度改築以降も増加する医療費や加入世帯の所得階層の崩れなどの構造的な問題を抱え、歳入不足に対して、毎年一般会計から歳入補填をしています。今後の新型コロナウイルスによる社会的影響が懸念なか、令和4年度以降も財政赤字が懸念されることが懸念されており、健全な国保財政を目指すため、財政運営の責任主体である市民を中心に国保への財政支援を求めていくことになります。

国保財政の改善には、ご自身のお体のためにも特定健診を受診し、生活習慣病の予防と早期発見・早期治療が大切です。重症化による高額な医療費とならぬよう健康づくりの実践をお願いいたします。

**財政悪化の主な原因**

- ①高齢化は現役世代のうち、脱税能力のない20歳未満の子どもの加入割合が全国平均約2倍という特殊事情があり、前期高齢者の加入割合に重点を置いて算定される。前期高齢者交付金が一当たり交付額では全国平均の半分以下であること。
- ②一人当たり医療費が医療の高度化や高齢化に伴い増加していること。
- ③国保加入者（被保険者）の減少に伴う、税収が減少傾向となっていること。

**国保でも無料で健診が受けられます！**

7,000円相当の健診が無料！  
健康日1枚で受診OK！  
予約は都合に合わせて！

**対象者**：20歳から74歳までの国保加入者

個別健診  
健康日を選ぶ  
希望の医療機関に電話予約をします

集団健診  
健康日を選ぶ  
電話又はWebで予約

国保証（受診券）を持参し予約先で健診受診

健診結果を早く約1か月後

※健康情報は生活習慣病の予防や早期発見の役にたつ場合があります。  
※一部の医療機関へのご利用はできません。  
※健診受診後、体調不良や事故など発生した場合は利用できません。  
※健康日1枚のみの受診はできません。  
※健康日1枚のみの受診はできません。  
※健康日1枚のみの受診はできません。

**お問い合わせ**  
那覇市保健所 健康増進課 ☎853-7961  
詳細については「国保特定健診だより」又は「国保センター」で確認ください。

**※長寿健診は無料で受診できます！**

令和5年度の長寿健診は、3期に受診券を郵送する予定です。健診券は無料となります。  
対象者は、74歳（誕生日）を境にして、4期前まで郵送されますが、詳しくは「健康増進課（☎853-7961）」へお問い合わせください。  
ただし、同一世帯の1期前受診券を郵送できることから、重複して受診した場合は、あらかじめ「長寿健診」は健診日を選択する必要があります。

**令和5年3月より保険証郵送します！**

保険料に更新がない世帯については、那覇市より保険証を郵送します（更新手続き不要）。

3月中にお手元にお届けできない世帯については、ご住所内での配達完了時期についてお問い合わせください。3月下旬までに配達完了の届出が確認できずにお届けできない世帯については、2月に事前受診予約のお申し込みをお待ちください。  
（健康日発行開始時期は令和5年3月17日まで）

※令和5年度窓口でも健康証についてお問い合わせください。  
※健康証が個人持参時や令和5年度3月17日以前に発行された健康証が個人持参時でも健診受診できます。  
※令和5年度3月17日以前に発行された健康証が個人持参時でも健診受診できません。  
※令和5年度3月17日以前に発行された健康証が個人持参時でも健診受診できません。

以下の方は有効期間が短くなります。  
①19年度中に70歳になる方  
②健康日7枚の届出がない世帯（1年度までの届出済みの届出済みの世帯も同様となります）

※有効期間が短くなる前に健康証更新受診をお願いします。  
③健康日7枚の届出がない世帯（1年度までの届出済みの届出済みの世帯も同様となります）

※健康日7枚の届出がない世帯（1年度までの届出済みの届出済みの世帯も同様となります）

※健康日7枚の届出がない世帯（1年度までの届出済みの届出済みの世帯も同様となります）

**国保税の賦課限度額が変わります**

国民健康保険税の賦課限度額については、令和5年度の地方税法等の改正に合わせて、以下のとおり引き上げます。

区分	令和4年度	令和5年度	増減
医療分	65万円	65万円	増えなし
介護分	20万円	22万円	+2万円
介護分	17万円	17万円	増えなし

※健康証については、第2期以降の届出が有効となります。

**国保特定健診だより** 令和4年8月1日発行 発行元：那覇市健康増進課

目指そう「スマートライフ」  
伸ばそう「健康寿命」

新型コロナウイルス感染症の流行で自粛ムードが増えています。初期は自覚症状が無い生活習慣病のリスクも増えています。

働き盛り世代の皆さん、体が資本ですよ。特定健診を受けて、体の状態を確認！

那覇市国保の20歳～74歳 年1回 特定健診 無料

お問い合わせ：那覇市保健所 健康増進課  
☎098-853-7961  
または市ホームページで検索 ▶

※SMSを活用した受診勧奨も実施しています。

**国保特定健診だより**

**特定健診を受けるとこんなお得が!!**

**無料1 特定保健指導**  
健診結果の考え方、生活習慣に関する説明など、みなさんが健康で過ごしていただけるよう、保健師・看護師・管理栄養士が取り組んでいます。

**面談 支援**  
保健所・本庁の窓口で個別に健診結果の説明・アドバイスを行っております。  
数値はまだ高いですが、少しずつ減っていますね。毎日の取り組みの成果ですから、引き続き頑張ってください。

**電話 支援**  
1日のおお・お肉は手のひら程度の量です。かたいものは食べられませんか？7歳の検診も重要です。

**訪問 支援**  
毎年、健診を受けていますが数値がなかなか減りません。ビールは1日1本、休肝日も必要ですよ。

**結果説明会**  
市内の公民館・学校・支所等でもお話しできます。  
※日程・場所についてはお問い合わせください ☎098-853-7961

1日に必要な野菜量は350gです。両手のひら1つ目が目安となります。

思ったよりも野菜足りてなかったな。勉強になりました。今日は、もう少し野菜をとるよう頑張っています。

**那覇市国保2次健診**  
「隠れ糖尿病」と「動脈硬化」を早期に発見するため、「特定健診」や「20～30代健診」を受けた方で以下の対象者は、無料で受診することができます。年齢：20名  
対象者 ①那覇市国保加入者 ②年齢35～69歳 ③肥満、血圧、血糖値、LDL、中性脂肪等の値が基準値を上回っている

**皆様へ**

**歯やお口に関する電話相談**  
歯やお口の健康について、疑問やお悩みに対して無料相談、歯科衛生士が対応いたします。  
那覇市口腔保健支援センター ☎098-917-5066

**がん検診に関する相談**  
がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がんの受診料については下記までお問い合わせください。  
那覇市保健所 健康増進課 ☎098-853-7961

## 第5章 計画の評価・見直し

### 1 評価の時期

令和8年度には目標の達成状況を踏まえ、進捗確認のための中間評価を行い、令和9年度以降に向けた計画の見直しを行います。

また、計画の最終年度の令和11年度は、次期計画の策定を円滑に行うため、早期に最終評価を行います。

### 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ます。

※評価における4つの指標

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)
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
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。
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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システム等から、保健事業に必要なデータ(受診率・受療率、医療の動向等)を用いて行います。

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についても評価していきます。

進捗状況については、国保運営協議会において報告します。

## 第6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うることが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

計画の策定について、市ホームページや広報紙を通じた周知のほか、市医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知し、計画書は市ホームページに掲載します。また、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作成し、配布します。

### 2 個人情報の取扱い

各種保健事業で得られる個人情報の取扱いについては、「那覇市個人情報の保護に関する法律施行条例」「那覇市個人情報の取扱いに関する安全管理要綱」及びこれに基づくガイドラインを遵守します。

また、保健事業を委託する際には、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ます。



## 【資料】

- 個別保健事業の評価
  
- 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた那覇市の位置
  
- 健診・医療・介護の一体的な分析
  - ①40～64 歳（国保）
  - ②65～74 歳（国保）
  - ③65～74 歳（後期）
  - ④75 歳以上（後期）

➤ 個別保健事業の評価

事業名	特定健康診査事業		
目的	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に、メタボリックシンドロームに着目した健診を実施し、受診者への健診結果の提供や、特定保健指導実施対象者抽出のための健診データの集積を実施する。		
対象者	那覇市国民健康保険被保険者のうち 40～74 歳の者		
	具体的な取組内容	実施年度	実績
特定健康診査の実施 (実施場所) 受託医療機関での個別健診実施 本市が主催する集団健診の実施 (実施時期) 4月～翌年3月 ※右記受診者数及び受診率は法定報告値。		平成30年度	受診者数 18,285 人 受診率 38.5%(+0.8 ポイント)
		令和元年度	受診者数 16,943 人 受診率 36.4%(-2.1 ポイント)
		令和2年度	受診者数 14,153 人 受診率 30.4%(-6 ポイント)
		令和3年度	受診者数 13,660 人 受診率 29.4%(-1 ポイント)
		令和4年度	受診者数 13,377 人 受診率 30.2%(+0.8 ポイント)
分析・評価	(特定健診実施状況) 医療機関で実施する個別健診は、集合契約により、市内約 100 医療機関で受診が可能な体制となっています。また、市が主催する集団健診において、土日の市内各行政地区での実施や平日に庁舎内で実施することで、医療機関に行く機会のない者への健診受診機会の提供を行うことができました。 (受診者数の推移) 新型コロナウイルス感染症の影響により、対象者の受診控えや受託医療機関での健診受入数の抑制などが起き、令和元年度末から3年度まで受診者数が減少となりましたが、4年度より受診者数が回復の傾向にあります。 (受診時期の偏り) 沖縄県民の特性として、年度の健診期間が終了する年度末に受診が集中する傾向にあり、年度末の医療機関での健診予約が取れず、未受診となる者が多いと想定されます。		
継続・見直しについて	このまま継続 多少の見直し必要 大幅な見直し必要 継続要検討 法定の事業となるため、継続実施していきます。		
見直し・改善内容	特定健診未受診者対策事業と連携し、コロナ禍で健診受診の途絶えた者の再受診促進や医療機関に余裕のある年度前半の健診受診の促進など、受診率向上を目指しながら、現在の事業体制を維持していきます。		

事業名	特定健診未受診者対策事業		
目的	特定健診未受診者に対し、個別の受診勧奨や広報活動等により特定健診の受診を促すことで、受診率の向上を図ることを目的としています。		
対象者	那覇市国保特定健診未受診者		
	具体的な取組内容	実施年度	実績
① 集団健診・まちかど健診の実施 ② 個別勧奨はがきによる受診勧奨 ※平成30～令和2年度はAIによる受診勧奨事業を実施 ③ ポスター・チラシ・健診だより等の広報物配布 ④ ホームページ・SNS等のWebを活用した広報 ⑤ トライアングル事業による通院時検査結果の取込 ⑥ 地域団体主催のまちかど健診実施の推進 ⑦ 出前学習会等の実施 ⑧ 医療機関訪問による受診勧奨推進協力依頼		平成30年度	①②③⑤⑥⑦の取組を実施
		令和元年度	①②③⑤⑥⑦の取組を実施 ※①は、年度末に一部中止。
		令和2年度	①②③⑤⑥の取組を実施 ※①は、1回のみ実施。
		令和3年度	①～⑦の取組を実施 ※①は一部中止。 ※④ホームページの改修実施、SNSを活用した広報の開始。
		令和4年度	①～⑦の取組を実施
		令和5年度	①～⑧の取組を実施 ※⑧の取組を新たに開始。
	分析・評価	<p>(受診率の状況)</p> <p>受診率については、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和元年度以降30%前後まで減少したが、感染症の影響が落ち着いた令和4年度より回復の傾向にあります。</p> <p>受診状況を分析すると、高年代の対象者ほど受診率が高く、逆に若い世代ほど受診率が低い傾向になります。また、健診の受診経験のある者は再度の受診につながりやすいが、健診の受診経験のない者は受診につながりにくいことや、定期的な医療機関での通院時検査を行っている者は健診受診に繋がりにくいことなどの特性があるため、対象者の状況に応じた取組を実施しましたが、大きな成果を得ることができませんでした。今後も実施・検証・見直しを行いながら事業を進めていく必要があります。</p> <p>(取組の分析・評価)</p> <p>① 集団健診・まちかど健診の実施 集団健診・まちかど健診の実施については、受診者が集まらないことが課題となっていたため、利便性の高い会場での実施や、受診勧奨時に集団健診日時を案内する等方法の見直しにより、開催時の受診者数増を図ることができました。 なお、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和元年度末～令和3年度の間で複数回開催が中止となっています。</p> <p>② 個別勧奨はがきによる受診勧奨 平成30年度から令和2年度までの間、モデル事業としてAIによる対象者の個別特性に応じた勧奨はがきの送付による受診勧奨を実施しましたが、想定された効果が得られず、また感染症の影響もあり受診率の減となりました。そのため、モデル事業の継続を中止し、令和3年度より、モデル事業のノウハウを生かしながら、送付物の内容やタイミング等を調整し受診勧奨を展開したことで、令和4年度以降、受診率の回復・向上が見込める状況となっています。</p> <p>③ ポスター・チラシ・健診だより等の広報物配布 前例踏襲の内容となっていた広報物については、令和3年度より担当者会議等で内容の見直しを行い、マーケティングの手法を参考に、視覚効果の高い構成に変更し、公共施設や医療機関・商業施設への配布・掲示を行い、より効果的な広報を実施することができました。</p> <p>④ ホームページ・SNS等のWebを活用した広報 ホームページの構成見直しを行い、利用者が必要な情報を得られやすいような構成へ修正しました。また、ホームページ内にまちかど健診のWeb受付ページを設置し、24時間予約受付することで利便性の向上を図ることができました。 受診勧奨・啓発用の動画を作成し、本市YouTubeチャンネルでの公開や、Instagramへの投稿、公共施設での放映等、SNSを利用した若い世代へ伝わりやすい広報活動を展開しました。</p> <p>⑧ 医療機関訪問による受診勧奨推進協力依頼 令和5年度より、受託医療機関への訪問活動を実施し、健診実施状況の確認や特定健診の手続き等の案内、啓発物品の提供、受診勧奨の依頼等を行い、医療機関の健診にかかる状況把握等の連携に努めることができました。 ⑤⑥⑦の取組は、関係機関・団体に周知や協力要請を行いながら継続的に実施しています。</p>	
継続・見直しについて	このまま継続 <b>多少の見直し必要</b> 大幅な見直し必要 継続要検討 ①～⑧の取組について、業務改善を行いながら継続的に実施していきます。		
見直し・改善内容	②～④の取組については、随時見直し検討を行います。また、より効果的な取組があれば、追加実施していきます。		

事業名	特定保健指導事業		
目的	内臓脂肪型肥満(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保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。		
対象者	特定健診受診者のうち、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第3.2版)」に基づく階層化(動機付け支援・積極的支援)に該当する対象者。		
	具体的な取組内容	実績	
	<p>① 個別支援 面談(自宅や職場訪問、結果説明会、庁舎や保健所窓口など)、電話、文書等で個別支援を実施。</p> <p>② 医療機関への紹介 受診勧奨判定値の対象者へは、地域の医療機関や専門医を紹介。また、必要に応じて同伴受診を実施。</p> <p>③ 生活習慣改善に向けた指導 対象者ごとに対応した保健指導(栄養・運動等)を実施。</p> <p>④ その他、関係課・関係機関の紹介 必要時に関係機関を紹介。</p>	平成30年度	対象者数 2,842人 実施率 1,554人(54.7%)
		令和元年度	対象者数 2,542人 実施率 1,865人(73.4%)
		令和2年度	対象者数 2,124人 実施率 995人(46.8%)
		令和3年度	対象者数 1,937人 実施率 1,048人(54.1%)
		令和4年度	対象者数 1,912人 実施率 908人(47.5%)
分析・評価	<p>① 個別支援 特定保健指導実施率は近年、50%台を推移し、中核市においては上位を維持しているが、メタボリックシンドローム該当者・高血圧など生活習慣病に関する項目の改善はみられなかった。行動変容となり成果を出す保健指導に実施に向け取り組む必要がある。</p> <p>② 医療機関への紹介 受診勧奨判定値へ対象者は、治療の判断が必要であるため医療機関を勧めるが、なかなか行動変容に結びつかない。また、治療の判断について医療機関によって認識が異なる。保健指導対象者及び医療機関へ保健指導の趣旨について周知が必要。</p> <p>③ 生活習慣改善に向けた指導 特定健診は、保健指導が必要な者を的確に抽出するための健診であることが理解されておらず、保健指導の認識が不十分な例が多い。本来の目的である、生活習慣病予防のための保健指導という周知が必要である。 また、保健指導を実施した中でも、生活背景(介護、夜勤、精神疾患など)や経済的な問題が影響し、なかなか生活改善や受診につながらない。</p> <p>④ その他、関係課・関係機関の紹介 対象者のうち、精神疾患や飲酒問題、経済的な不安を抱えている方もいる。根底にある課題が解決しないと生活習慣病改善に向けての行動に結びつかないため、関係機関・関係課への紹介を実施。今後も連携が必要である。</p>		
継続・見直しについて	このまま継続 <b>多少の見直し必要</b> 大幅な見直し必要 継続要検討		
見直し・改善内容	<p>・特定保健指導の周知及び連携 特定健診に対する保健指導の位置づけについて、対象者及び医療機関へ周知啓発を行う。また、那覇市医師会との情報共有及び連携の実施。</p> <p>・成果を出す保健指導の実施 令和6年度より導入されるアウトカム評価に対応するため、保健指導の質の向上・優先対象者の選定等、見直しを行う。</p> <p>・委託医療機関の保健指導の拡充 早期の保健指導は行動変容に効果があるため、委託医療機関の増加及び利用促進に向けた検討を行う。</p>		

事業名	生活習慣病重症化予防事業	
目的	特定健診の結果から要医療の未治療者及び治療中であるが数値が高い者等に対し、脳・心血管疾患、糖尿病等の合併症及び重症化予防を目的に、受療行動・生活習慣の改善が自分で継続的に行われるよう支援を行い、健康寿命の延伸を図る。	
対象者	特定保健指導対象者以外で、次に示すいずれかの所見がある者。 ・血圧 160/100 以上 ・HbA1c 未治療 7.0 以上、治療中 8.0 以上 (70 歳以上) ・LDL コレステロール 200 以上 (70 歳未満) ・中性脂肪 300 以上かつ腹囲基準値以上 ・尿蛋白(2+) 以上 ・尿蛋白(+) かつ尿潜血(+) 以上 ・GFR50 未満(70 歳以上は 40 未満) ・尿酸値 8.0 以上かつ eGFR60 未満	
	具体的な取組内容	実績
分析・評価	① 個別支援の実施 面談(訪問、結果説明会、窓口など)、電話、文書等で個別支援を実施。	平成 30 年度 対象者 1,425 人 実施者 1,371 人(96.2%) 翌年度改善率 74.6%
	② かかりつけ医との連携 必要時、同伴受診を実施。	令和元年度 対象者 1,482 人 実施者 1,436 人(96.9%) 翌年度改善率 70.4%
	③ 医療機関の紹介 適正治療に繋げるため、近隣の医療機関や専門医などの紹介を実施。	令和2年度 対象者 1,029 人 実施者 989 人(96.1%) 翌年度改善率 83.1%
	④ レセプトの確認 要医療者の指導後の受療状況の確認等実施。	令和3年度 対象者 998 人 実施者 973 人(97.5%) 翌年度改善率 72.0%
	⑤ 生活習慣改善に向けた保健指導 対象者ごとに対応した保健指導(栄養・運動等)を実施。	令和4年度 対象者 998 人 実施者 975 人(97.7%) 翌年度改善率 70.3%
⑥ 二次健診への勧奨 生活習慣病の発症予防、改善への動機付けを目的に実施。		
⑦ その他関係機関の紹介 必要時、関係機関を紹介。		
	未治療者を優先対象とし、受療支援と合わせて生活習慣の必要性を理解し、継続的に自ら行動できるよう支援を行っている。事業評価としては、保健指導を受けた者の翌年度健診結果改善率は目標の 70%を越え、目標達成となっている。 ① 個別支援の実施 自覚症状が無いこと、就労・経済的等の理由から、対象者自身の受診への優先度は低く、早期の受診行動の確立が難しい。生活習慣病重症化疾患を予防し、生活の質(QOL)の維持・向上のためにも、健診結果による身体の状態から、受診が必要であることを分かりやすく伝える必要がある。 ② かかりつけ医との連携 治療内容の確認や、専門医への紹介等の支援が必要な方へは、必要に応じて通院時の同伴受診や連絡票を活用し、医療機関との連携を図っている。 ③ 医療機関の紹介 未受診者への受診勧奨、重症化のリスクのある方へは、かかりつけ医から専門医へ紹介してもらうよう促しを実施 受診しても、医療機関より「問題ない」との判断で治療につながらない場合があるため、生活習慣病重症化予防に向けた役割について医療機関との共有が必要となる。 ④ レセプトの確認 保健指導実施後、本人からの聞き取りやレセプトにより、受診状況の確認を実施。継続支援により適切な治療に結び付けている。 ⑤ 生活習慣改善に向けた保健指導 内服治療中の場合、検査数値がコントロールされているため、医療に頼り、生活習慣の見直し・改善となる行動変容へ結びつかない状況である。体の状態を理解すること及び治療中でも、生活習慣の見直しは重要であることを伝える必要がある。 ⑥ 二次健診への勧奨 生活習慣病は自覚症状がなく動機付けが難しいため、早期発見、重症化予防を目的に二次健診を実施。体の状態から生活習慣改善に向けた保健指導を実施。 ⑦ その他関係機関の紹介 生活習慣の改善が困難となる生活背景(経済的困窮、高齢世帯など)のある方へは、関係機関を紹介するなど連携した支援を実施。	
継続・見直しについて	このまま継続 <b>多少の見直し必要</b> 大幅な見直し必要 継続要検討	
見直し・改善内容	・対象者の選定(階層化) 健康課題解決に向けた対象者の見直し。また、性別、年代等を考慮した支援の実施。	

事業名	糖尿病性腎症重症化予防プログラム		
目的	重症化するリスクの高い糖尿病未治療者及び治療中断者に対し、適正治療の必要性を伝え、自らが受療行動及び健康的な生活行動が継続的に見えるよう保健指導を実施し、糖尿病性腎症による人工透析への移行を防止する。		
対象者	過去3年間の特定健診受診者で、以下の該当者(令和4年度) 【40～69歳】 ・未治療・中断者で HbA1c 6.5%以上かつ尿蛋白(+)以上または eGFR60 未満 ・治療中で HbA1c 8.0%以上かつ尿蛋白(+)以上または eGFR50 未満 【70～74歳】 ・HbA1c 8.0%以上かつ尿蛋白(+)以上または eGFR40 未満		
	具体的な取組内容	実施年度 実績	
分析・評価	① 個別支援の実施 面談(訪問、結果説明会、窓口など)、電話、文書等で個別支援を実施。	平成30年度	対象者数 1,054人 実施者 782人(74.2%) 受療率 26.0%
	② かかりつけ医との連携 治療内容や専門医への紹介等の確認が必要な方は、同伴受診を実施。	令和元年度	対象者数 1,115人 実施者 1,053人(94.4%) 受療率 15.3%
	③ 医療機関の紹介 適正治療に繋げるため、医療機関や専門医等を紹介する。	令和2年度	対象者数 818人 実施者 729人(89.1%) 受療率 28.4%
	④ レセプトの確認 保健指導前後の受療状況から適正医療の確認を行う。	令和3年度	対象者数 813人 実施者 747人(91.9%) 受療率 33.7%
	⑤ 生活習慣改善に向けた保健指導 対象者ごとに対応した保健指導(栄養・運動等)を実施。	令和4年度	対象者数 261人 実施者 256人(98.1%) 受療率 75.0%
	⑥ その他関係機関の紹介 生活改善に向けて、必要時に関係機関を紹介。		
分析・評価	<p>① 個別支援の実施 糖尿病は医療への受診率は高い傾向にあるが、自覚症状は殆どないため、医療を中断する傾向にある。生活習慣病重症化予防及び糖尿病の合併症予防に治療継続は重要であることから、対象者が自ら受療行動ができるよう支援する必要がある。 また、必要時、合併症(歯周病・網膜症等)予防に向けた指導内容も実施。指導にあたり、より専門的な知識を有するため、糖尿病専門医等の助言をうけ、支援方針を決定している。</p> <p>② かかりつけ医との連携 通院中で糖尿病に関連する検査数値が高い方への保健指導は、かかりつけ医との連携を実施している。また、必要時、同伴受診を行い、今後の治療について対象者・かかりつけ医・保健指導専門員間で共有を行っている。しかし、医療機関によっては生活習慣病重症化対策への認識が異なるため、関係者間で差が生じることがある。医療機関へ事業の周知等が必要と考える。</p> <p>ほか、医療機関との連携には、糖尿病連携手帳を活用している。</p> <p>③ 医療機関の紹介 未治療者への受診勧奨や生活習慣病重症化及び糖尿病の合併症のリスクが予想される対象者については、糖尿病・腎専門医を紹介。また、那覇市CKD病診連携システムを活用し、かかりつけ医から腎専門医へ紹介し2人主治医の連携による、糖尿病性腎症による人工透析への移行防止を図っている。</p> <p>④ レセプトの確認 血糖値のコントロールには、内服以外に定期的な検査が必要とされるため、レセプトの確認の際、血液検査等の確認を実施。また、保健指導時に、定期的な検査の必要性を説明している。</p> <p>⑤ 生活習慣改善に向けた保健指導 糖尿病の管理では、特に生活習慣の改善が重要であるが、生活リズムが不規則な対象者等は、改善内容の維持・管理が難しい。糖尿病専門医等の助言を得ながら、各自に応じた保健指導の実施に努めている。また、事例検討会等の勉強会などで保健指導員間の情報共有を図っている。</p>		
継続・見直しについて	このまま継続 <b>多少の見直し必要</b> 大幅な見直し必要 継続要検討		
見直し・改善内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の見直し本市の健康課題の解決に向け、事業目的に沿った対象者を明確にし、基準を見直す。</li> <li>・医療機関との連携 那覇市医師会を通し円滑な連携体制となるよう、医療機関に本事業の周知を行う。</li> </ul>		

事業名	高齢者の保健事業と介護予防の一体化事業		
目的	国保・保健・高齢者・介護等の関係部局が一体となり、国保から後期高齢者医療保険、生活習慣病等の重症化予防、介護予防といった切れ目のない保健指導、地域支援事業との連携等及び支援体制の構築を図り、脳心血管疾患や糖尿病等の合併症・重症化の予防、介護の重度化防止を行うことで、健康寿命の延伸および社会保障制度の維持を目指す。		
対象者	那覇市に住む前期及び後期高齢者		
	具体的な取組内容	実施年度	実績
	① KDB システム等を活用した地域の健康課題分析 ・健診・医療・介護データ(E 表)から地域の健康課題分析・把握する ② 地域包括支援センターとの連携 ・毎年、連携して取り組む圏域(地域包括支援センター)数を増やし、令和6年度までに全 18 圏域で実施することを目指す。 ③ 長寿健診受診後の保健指導(個別支援) ・高血圧、高血糖、低栄養、腎機能低下している有所見者に対して、主に栄養指導を実施 ④ 通いの場等による健康教室 ・地域包括支援センターと連携し、高齢者が集う場所で健康教室を実施 ⑤ 国保・保健・福祉部門との連携した取組 (国民健康保険課、健康増進課、ちゃーがんじゅう課)	令和2年度	・連携して取り組む圏域数 (地域包括支援センター件数) 1圏域 ・個別支援人数: 29 人 ・健康教室回数(参加人数延): 1回(11 人)
		令和3年度	・連携して取り組む圏域数 (地域包括支援センター件数) 3圏域 ・個別支援人数: 54 人 ・健康教室回数(参加人数延): 6回(68 人)
		令和4年度	・連携して取り組む圏域数 (地域包括支援センター件数) 7圏域 ・個別支援人数: 161 人 ・健康教室回数(参加人数延): 32 回(316 人)
分析・評価	① KDB システム等を活用した地域の健康課題分析 本市の高齢化率(令和5年1月時点)は、市24.3%と、県 23.2%より高く、国 28.6%より低い。高齢化は着実に進み、令和22年には高齢者人口がピーク(高齢化率 30%超)を迎えることが予想されている。長寿健診受診率(令和4年度)は 26.2%であり、受診者のうち肥満(BMI25 以上)が約4割、高血圧や慢性腎臓病の有所見者が多い。医療機関受診率(令和4年度)は 95%と高く、そのうち生活習慣病で受診している割合は約8割である。要介護認定数・割合は年々増加し、75 歳以上の要介護認定者の主な疾患が心不全(43.7%)、脳血管疾患(42.2%)、認知症(39.7%)の順に多い。 ② 地域包括支援センターとの連携 本事業は令和2年度の開始以後、連携して取り組む圏域(地域包括支援センター)数が増加し、令和4年度には7圏域で実施。包括スタッフより、「地域の健診・医療・介護情報を把握し、地域の健康課題に合った生活習慣病重症化予防・介護予防をすることができ効果的である」とあり、健康課題解決に向けた取り組みについて連携が図れている。 ③ 長寿健診受診後の保健指導(個別支援) 長寿健診からの保健指導対象者に対して、保健指導専門員が自宅に出向き個別支援を実施。高齢者の特性を踏まえつつ、また、生活環境に沿った保健指導を実施。8割以上の対象者が生活習慣改善・維持することができた。 長年、住み慣れた地域での保健指導は個性が大きい。対象者に合った保健指導が重要と考える。 ④ 通いの場等による健康教室 地域の通いの場等で健康課題解決に向けた内容で健康教室を開催。年々、参加する高齢者も増え、参加者は仲間ができて地域と繋がり、各圏域に暮らす高齢者同士で健康意識が高まり、生活習慣病重症化予防やフレイル予防に取り組むことができています。 ⑤ 国保・保健・福祉部門との連携した取組 国保部門の国民健康保険課、保健部門の健康増進課、福祉部門のちゃーがんじゅう課の3課で年に数回、調整会議を行い、高齢者の健康課題の把握・事業の見直し・関係団体(沖縄県後期高齢者医療広域連合等)との連携等について協議を実施。引き続き、関係課の連携が重要である。また、医療機関や医師会等に対して、事業周知が十分ではないため、外部機関と連携する取組が必要である。		
継続・見直しについて	このまま継続 <b>多少の見直し必要</b> 大幅な見直し必要 継続要検討		
見直し・改善内容	・関係機関との情報共有及び連携 今後、高齢者人口の増加が予想され、本事業の目的達成がますます重要となってくる。関係課のみならず、地域包括支援センターや那覇市医師会等の関係機関との情報共有の場を設け、連携を図りながら取り組める仕組みづくりの検討が必要である。		

事業名	慢性腎臓病(CKD)対策事業		
目的	「糖尿病性腎症における新規人工透析導入患者数の減少」を目指し、関係機関・団体・行政等が協働して、CKDに関する正しい知識の普及やCKD病診連携システムの推進等に取り組み、CKD対策の推進を図る。		
対象者	医療・関係機関、那覇市医師会、企業、保健指導対象者 など		
	具体的な取組内容	実施年度	実績
	<p>① CKD に関する正しい知識の啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページや SNS 等を活用した情報発信</li> <li>・企業と連携し、セミナーや健康フェア等で CKD に関するパネル展開催</li> </ul> <p>② 健診の有所見者への保健指導</p> <p>保健指導対象者へ高血圧・高血糖による腎機能低下について、丁寧に説明する。</p> <p>③ CKD 病診連携システム(CKD78)の整備・推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・那覇市 CKD 病診連携推進会議の開催</li> <li>・CKD 登録医・腎臓診療医の申請・登録</li> <li>・CKD シールとカードの配布・普及</li> </ul> <p>④ CKD に関するデータ分析</p> <p>新規人工透析患者の人数や原疾患などを把握・分析し、重点的な取組の検討</p>	平成 30 年度～令和4年度	<p>【令和4年度】</p> <p>CKD 登録医数 66 名、腎臓診療医数 34 名</p> <p>※平成 30 年度集計なし</p> <p>※上記の人工透析患者数のうち、70 代の人数(令和 2～4年度:6人、10人、16人)</p>
分析・評価	<p>① CKD に関する正しい知識の啓発</p> <p>市ホームページや SNS 等を活用した情報発信及び年1回、全世帯へ配布する国保だより(広報紙折込)に CKD に関する情報を掲載し、市民へ CKD に関する普及啓発を実施。令和4年度は、企業と連携し、市民や職員向けの講演会を企画・実施したが、健康フェアで行った CKD に関するアンケートでは、「透析に比べ CKD の認知度が低い」結果であった。今後もさらなる普及啓発の取組を検討する必要がある。</p> <p>② 健診の有所見者への保健指導</p> <p>生活習慣病重症化予防事業や糖尿病性腎症重症化予防プログラムで eGFR や尿蛋白の有所見者に対して、保健指導を実施しているが、「腎機能低下している対象者への CKD の説明や食事指導、受診勧奨が難しい」と、保健指導員の意見があり、保健指導の方法について検討する必要がある。</p> <p>③ CKD 病診連携システム(CKD78)の整備・推進</p> <p>本市では、平成 28 年度から CKD 病診連携システムを運用し、CKD 登録医と腎臓診療医数も増加して、CKD 登録医から腎臓診療医への紹介件数も新型コロナウイルス感染症拡大により減少したが、令和4年度は 233 件と増加し、病診連携が図れつつある。さらに年に2回、那覇市 CKD 病診連携推進会議を開催し、那覇市医師会、医師、協会けんぽ、沖縄県腎臓病協議会(沖腎協)が集い、CKD78の取組の効果・検討を実施している。一方、令和2年度には CKD カードとシールを作成し、各医療機関・薬局等に配布しているが、市民や医療機関への認知度は低く、いまだ浸透していない状況である。</p> <p>④ CKD に関するデータ分析</p> <p>令和4年度の国保調べでは、「国保糖尿病性腎症による新規人工透析者数」は増加しているが、年代別でみると 70 代が増加し高齢化していることが分かる。また、社会保険加入を含めた市全体の新規人工透析患者数は平成 30 年度 109 人、令和4年度 128 人と増加しており、70 代以上に加え 50 代も増えているため、働き盛り世代への生活習慣病対策が重要である。</p>		
継続・見直しについて	このまま継続 <u>多少の見直し必要</u> 大幅な見直し必要 継続要検討		
見直し・改善内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政・企業・関係機関との役割の明確化及び協働した取組み</li> </ul> <p>それぞれの役割を整理し、連携した取組みを行う。企業の強みを活かしてこれまで実施した取組みを継続し、市民周知の充実を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CKD 病診連携システムの推進</li> </ul> <p>医療機関との連携が重要となるため、那覇市医師会を通し本事業の周知を広げ、システムの推進を図る。また、協会けんぽや関係団体と協働で取組む。</p>		



事業名	健康診査事業(20・30代健診)		
目的	特定健康診査の対象以前の若い世代を対象とした検診を実施することで、健診受診の意識づけや生活習慣病の予防・早期発見を図ることを目的としています。		
対象者	国民健康保険被保険者のうち20歳から39歳までの者		
	具体的な取組内容	実施年度	実績
	健康診査(20・30代健診)の実施 (健診内容) 特定健康診査と同内容の健診 (実施場所) 受託医療機関で個別健診を実施 本市が主催する集団健診の実施 (実施時期) 4月～翌年3月 (受診勧奨) 40歳到達前の35～39歳を対象にはがきによる受診勧奨を実施。	平成30年度	受診者数 1,278人 5,056人に受診勧奨実施
		令和元年度	受診者数 1,105人 2,994人に受診勧奨実施
		令和2年度	受診者数 860人 2,556人に受診勧奨実施
		令和3年度	受診者数 716人 1,316人に受診勧奨実施
		令和4年度	受診者数 1,092人 3,040人に受診勧奨実施
分析・評価	<p>(実施体制) 特定健康診査に準じた集合契約により、特定健診と同内容での健診項目の実施や受診場所(医療機関等)の提供を行うことができます。</p> <p>(実施の効果) 若い世代への健診受診の機会を提供することで、生活習慣病が進行しやすい40代以降でも継続して健診を受診し、自身の健康管理の習慣化を図ることを目的としています。健診受診機会のない者(自営業者等)への健診機会の提供にも繋がっています。</p> <p>(受診者の状況) 39歳以下の若い世代への健康診査実施についての認知度が低いと考えられ、受診者数は約1,000人前後で推移しています。今後も定期的な受診勧奨や特定健康診査と合わせた周知・啓発活動の継続が必要となります。</p> <p>また、近年の外国人労働者の受け入れの影響もあり、令和3年度ごろから外国人の受診者が増加傾向にあるため、受診者数の増加を考慮に入れながら予算編成を行っていく必要があります。</p>		
継続・見直しについて	このまま継続 <u>多少の見直し必要</u> 大幅な見直し必要 継続要検討		
見直し・改善内容	40歳以上の特定健診の対象となった際に受診の習慣化が図れるよう、継続的に受診勧奨を実施し、受診者数の状況に応じて随時目標値等の見直しを行っていきます。		

事業名	健康診査における保健指導(20～30代保健指導)		
目的	生活習慣病対策は、若い世代からの取組が重要であるため、健康診査の保健指導対象者へ健診結果の説明や生活習慣改善に向けた保健指導を行い、早期からの生活習慣病の発症予防、重症化予防を図ることを目的とする。		
対象者	① 特定保健指導の基準に該当する者。 ② 生活習慣病重症化予防対象者(生活習慣改善が必要な者、医療が必要な者)下記の基準に該当する者。 ・血圧 140/90 以上・HbA1c6.5%以上・LDL160 以上・尿蛋白 2+以上または尿蛋白+かつ尿潜血+以上・eGFR60 未満・中性脂肪 300 以上・尿酸 8.0 以上・ $\gamma$ -GTP101 以上		
	具体的な取組内容	実施年度	実績
分析・評価	① 個別支援 面談(自宅や職場訪問、結果説明会、窓口など)、電話、文書等で個別支援を実施。 ② 医療機関との連携・紹介 受診勧奨値の対象者へは近隣の医療機関や専門医を紹介。また、必要に応じて同伴受診を実施。 ③ 生活習慣改善に向けた指導 対象者ごとに対応した保健指導(栄養・運動等)を実施。 ④ その他事業の紹介 健康づくりの出前講座や精神グループへの相談等を実施。 ⑤ 関係機関との連携・紹介 日本語学校との連携や必要時パーソナルサポートセンター等の紹介。	平成30年度	対象者 216人 実施者 211人(97.7%)
		令和元年度	対象者 294人 実施者 274人(93.2%)
		令和2年度	対象者 153人 実施者 141人(92.2%)
		令和3年度	対象者 143人 実施者 135人(94.4%)
		令和4年度	対象者 232人 実施者 198人(85.3%)
	健診結果を見ると、例年、LDL コレステロール・腹囲・BMI の有所見が高く、また HbA1c の数値悪化も増加しており糖尿病への進行が懸念される。また、男性の約4割は腹囲が基準値を超えており、他 LDL コレステロールや肝機能の有所見も多いことから、若い世代から内臓脂肪の蓄積や飲酒が関係していることが考えられる。女性では30代で LDL コレステロール、BMI、腹囲の有所見が20代と比べ約2倍上昇することから、妊娠・出産に伴う体の変化や生活スタイルの変化及び食生活の影響が考えられる。 ① 個別支援 これまで文書による支援が殆どのため、有所見の改善には効果的ではなかった。支援方法を検討し、効果的な保健指導を行う必要がある。 ② 医療機関との連携・紹介 「若いから病気になる」、「何とかなる」という認識が多いため、受療行動へむすびつかない。健診結果から体の変化についてわかりやすく伝え、また、就職や結婚・妊娠等とライフイベントも加味した説明を行い、適正な受診につなげる必要がある。 ③ 生活習慣改善に向けた指導 20～30代は働き方が多岐に渡り不規則であるため生活リズムが乱れやすく、また、空腹を満たすための食事やサプリメントに頼るなど食習慣が偏る傾向がある。仕事・家庭・生活と環境の変化が大きく自分自身の健康状態についての危機感が薄いため早期介入での保健指導が重要である。 情報社会のなかで、健康知識はあるものの認識が極端である対象者や、健康知識は備えておらず指導内容を素直に聞く対象者がいるなど、年代に特徴が見られる。生活習慣病予防のための正しい知識を伝え、生涯にわたる健康づくりについて説明する必要がある。 ④ その他事業の紹介 生活習慣病以外の疾患を抱えている対象者も多く、特に精神疾患が目立ち、関係課への紹介も多く見られた。 ⑤ 関係機関との連携・紹介 最近では、日本語学校生徒の対象者も多いため、学校側と連携した保健指導の検討が必要である。		
継続・見直しについて	このまま継続 多少の見直し必要 大幅な見直し必要 継続要検討		
見直し・改善内容	・面談による保健指導を実施(令和5年度より実施) 面談を基本とし、対象者の生活習慣等を把握し、生活改善に向けた保健指導を実施。 ・日本語学校生徒への保健指導 学校と連携し効果的な保健指導方法を検討する。		

▶ 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた那覇市の位置

R04年度

項目				那覇市		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)								
				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	307,989		31,452,289		1,439,108		123,214,261		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)	72,287	23.5	8,314,675	26.4	324,708	22.6	35,335,805	28.7									
			75歳以上	35,654	11.6	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8									
			65~74歳	36,633	11.9	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9									
			40~64歳	105,148	34.1	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7									
	39歳以下	130,554	42.4	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6											
	②	産業構成	第1次産業	0.7		1.8		4.9		4.0		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	10.9		21.5		15.1		25.0										
			第3次産業	88.4		76.8		80.0		71.0										
	③	平均寿命	男性	80.2		80.9		80.3		80.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			女性	86.9		87.1		87.5		87.0										
	④	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.2		80.1		79.3		80.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握								
			女性	84.3		84.4		84.2		84.4										
2	①	死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	男性	101.3		99.3		99.3		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握							
				女性	97.5		99.4		90.5		100									
			死因	がん	761	50.3	90,510	51.2	3,274	49.7	378,272	50.6								
				心臓病	374	24.7	48,318	27.3	1,669	25.3	205,485	27.5								
				脳疾患	220	14.5	23,515	13.3	978	14.8	102,900	13.8								
				糖尿病	47	3.1	3,382	1.9	193	2.9	13,896	1.9								
				腎不全	74	4.9	6,268	3.5	272	4.1	26,946	3.6								
	自殺	37	2.4	4,928	2.8	205	3.1	20,171	2.7											
	②	早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査								
	3	①	介護保険	1号認定者数(認定率)	15,048		1,702,783		61,945		6,724,030		19.4							
				新規認定者	187		27,537		835		110,289		0.3							
				介護度別総件数	要支援1.2	48,668		5,515,296		177,194		21,785,044		12.9						
					要介護1.2	120,206		20,534,112		546,973		78,107,378		46.3						
要介護3以上					208,589		19,041,017		799,361		68,963,503		40.8							
2号認定者		518		41,864		2,135		156,107		0.38										
②		有病状況	糖尿病	2,956		443,953		11,465		1,712,613		24.3								
			高血圧症	6,997		952,945		28,893		3,744,672		53.3								
			脂質異常症	4,239		602,481		17,395		2,308,216		32.6								
			心臓病	7,780		1,076,085		31,994		4,224,628		60.3								
			脳疾患	3,430		396,610		14,271		1,568,292		22.6								
			がん	1,361		219,003		5,539		837,410		11.8								
			筋・骨格	7,211		961,876		29,667		3,748,372		53.4								
精神	4,928		653,718		37.0		20,229		31.0	2,569,149	36.8									
③	介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	339,673		24,553,950,209		301,091		2,503,469,980,686		324,737	105,444,836,581	290,668	10,074,274,226,869						
		1件当たり給付費(全体)	65,050		55,521		69,211		59,662											
		居宅サービス	51,895		41,018		51,518		41,272											
		施設サービス	304,612		300,596		301,929		296,364											
④	医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	10,504		8,543		11,002		8,610											
		認定あり 認定なし	4,572		3,918		4,796		4,020											
4	①	国保の状況	被保険者数	74,814		6,104,064		388,055		27,488,882										
			65~74歳	23,463		31.4		119,076		30.7		11,129,271		40.5						
			40~64歳	26,452		35.4		134,131		34.6		9,088,015		33.1						
			39歳以下	24,899		33.3		134,848		34.7		7,271,596		26.5						
	加入率				24.3		19.4		27.0		22.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況							
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	17		0.2		2076		0.3		90		0.2		8,237		0.3		
			診療所数	274		3.7		29,803		4.9		890		2.3		102,599		3.7		
			病床数	3,167		42.3		393,610		64.5		18,602		47.9		1,507,471		54.8		
			医師数	820		11.0		109,226		17.9		3,887		10.0		339,611		12.4		
			外来患者数	573.6		704.0		541.1		687.8										
	入院患者数	19.8		17.7		19.0		17.7												
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	337,082		県内20位 同規模54位		350,112		318,310		339,680								
			受診率	593.379		721.674		560.174		705.439										
外来			費用の割合	54.3		60.8		53.6		60.4										
			件数の割合	96.7		97.5		96.6		97.5										
入院			費用の割合	45.7		39.2		46.4		39.6										
			件数の割合	3.3		2.5		3.4		2.5										
1件あたり在院日数				17.2日		15.7日		17.1日		15.7日		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握								

4	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源獲得病名 (調剤含む)	がん	3,169,155,390	25.3	31.9	25.9	32.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題								
			慢性腎不全(透析あり)	1,563,079,160	12.5	8.9	12.0	8.2									
			糖尿病	951,055,770	7.6	10.0	8.3	10.4									
			高血圧症	570,924,460	4.5	5.6	4.8	5.9									
			脂質異常症	349,818,350	2.8	4.0	2.8	4.1									
			脳梗塞・脳出血	651,754,010	5.2	4.0	4.9	3.9									
			狭心症・心筋梗塞	403,479,880	3.3	2.9	3.3	2.8									
			精神	2,785,589,520	22.2	15.2	20.9	14.7									
			筋・骨格	1,980,014,320	15.8	16.6	16.0	16.7									
			5	⑤	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院	高血圧症	183		0.1	241	0.2	313	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費分析(中分類)		
糖尿病	895	0.6					1,146	0.8	896	0.6	1,144	0.9					
脂質異常症	25	0.0					49	0.0	67	0.0	53	0.0					
脳梗塞・脳出血	7,920	5.1					6,274	4.6	6,789	4.6	5,993	4.5					
虚血性心疾患	4,504	2.9					4,079	3.0	4,321	2.9	3,942	2.9					
腎不全	6,982	4.5		4,408	3.2	5,764	3.9	4,051	3.0								
医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来	高血圧症		7,441	4.1	9,803	4.6	7,107	4.2	10,143	4.9						
		糖尿病		12,351	6.7	17,457	8.2	12,437	7.3	17,720	8.6						
		脂質異常症		4,651	2.5	7,157	3.4	4,322	2.5	7,092	3.5						
		脳梗塞・脳出血		761	0.4	829	0.4	689	0.4	825	0.4						
		虚血性心疾患	1,661	0.9	1,782	0.8	1,444	0.8	1,722	0.8							
腎不全	21,325	11.6	17,334	8.1	20,295	11.9	15,781	7.7									
6	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	1,155		2,000		1,408		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題						
				健診未受診者	12,742		13,838		11,533			13,295					
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,522		5,971		5,718			6,142					
				健診未受診者	49,869		41,315		46,845			40,210					
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	7,748	58.0	836,876	56.5	46,750	60.4	3,881,055	57.0	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
				医療機関受診率	7,294	54.6	782,814	52.9	42,965	55.5	3,543,116		52.0				
				医療機関非受診率	454	3.4	54,062	3.7	3,785	4.9	337,939		5.0				
			①	健診受診者	13,361		1,480,374		77,415		6,812,842						
					受診率	29.9	県内40位 同規模71位	36.6	33.7	全国39位	37.1						
			③	特定保健指導終了者(実施率)	318	16.6	12261	7.6	3,636	32.2	107,925		13.4				
			④	非肥満高血糖	890	6.7	125,292	8.5	5,139	6.6	615,549		9.0				
			5	⑤	特定健診の 状況 県内市町村数 42市町村 同規模市区町村数 85市町村	メタボ	該当者	3,163	23.7	301,830	20.4		20,034	25.9	1,382,506	20.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
							男性	2,158	36.4	206,190	33.6		13,894	37.3	965,486	32.0	
							女性	1,005	13.5	95,640	11.0		6,140	15.3	417,020	11.0	
予備群	1,954	14.6					162,946	11.0	11,411	14.7	765,405	11.2					
男性	1,273	21.5					111,262	18.1	7,753	20.8	539,738	17.9					
女性	681	9.2				51,684	6.0	3,658	9.1	225,667	5.9						
メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数				5,784	43.3	513,389	34.7	35,002	45.2	2,380,778	34.9				
		男性				3,840	64.8	349,713	56.9	23,943	64.2	1,666,592	55.3				
		女性				1,944	26.2	163,676	18.9	11,059	27.6	714,186	18.8				
		総数				713	5.3	67,319	4.5	4,644	6.0	320,038	4.7				
		男性	96	1.6	9,332	1.5	717	1.9	51,248	1.7							
女性	617	8.3	57,987	6.7	3,927	9.8	268,790	7.1									
⑬	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	5,094	38.1	537,692	36.3	31,609	40.8	2,428,038	35.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
糖尿病			1,243	9.3	130,670	8.8	8,123	10.5	589,470	8.7							
脂質異常症			3,348	25.1	432,260	29.2	20,477	26.5	1,899,637	27.9							
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)			506	4.1	48,422	3.4	2,472	3.4	207,385	3.1							
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)			874	7.0	82,472	5.7	4,890	6.8	365,407	5.5							
腎不全			94	0.7	12,462	0.9	534	0.7	53,898	0.8							
貧血			1,200	9.6	162,557	11.3	5,769	7.9	702,088	10.7							
④			喫煙	1,730	12.9	189,549	12.8	11,101	14.3	939,212	13.8						
週3回以上朝食を抜く				2,357	19.1	149,747	11.7	10,654	18.1	642,886	10.4						
週3回以上食後間食(～H29)				0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0						
週3回以上就寝前夕食(H30～)	2,720	22.1		196,610	15.5	13,687	23.2	976,348	15.7								
週3回以上就寝前夕食	2,720	22.1		196,610	15.5	13,687	23.2	976,348	15.7								
食べる速度が速い	3,648	29.8		342,542	27.0	17,745	30.1	1,659,705	26.8								
20歳時体重から10kg以上増加	5,511	44.5		445,044	34.7	27,557	46.4	2,175,065	35.0								
1回30分以上運動習慣なし	6,894	55.8		749,454	58.2	34,075	57.8	3,749,069	60.4								
1日1時間以上運動なし	5,027	40.7		610,186	48.1	26,211	44.3	2,982,100	48.0								
睡眠不足	3,497	29.6		319,558	25.0	16,453	28.9	1,587,311	25.6								
⑩	毎日飲酒	2,251	18.7	342,507	24.7	11,814	19.7	1,658,999	25.5	KDB_NO.1 地域全体像の把握							
時々飲酒		3,801	31.5	326,038	23.5	17,885	29.8	1,463,468	22.5								
⑭		一日飲酒量	1合未満	3,320	45.6	688,675	65.9	20,349	50.2		2,978,351	64.1					
1～2合			2,452	33.7	235,087	22.5	12,112	29.9	1,101,465		23.7						
2～3合			1,081	14.9	91,896	8.8	5,818	14.4	434,461		9.4						
3合以上			422	5.8	29,106	2.8	2,219	5.5	128,716		2.8						

