

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 与那原町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

- 1.背景・目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P1
- 2.計画の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P1
- 3.計画期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P4
- 4.関係者が果たすべき役割と連携・・・・・・・・・・・・・・・・P4
 - 1) 実施主体と関係部局の役割・・・・・・・・・・・・・・・・P4
 - 2) 外部有識者等の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P4
 - 3) 被保険者の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P5
- 5.保険者努力支援制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P6

第 2 章 第 1 期データヘルス計画に係る評価及び考察と

第 2 期データヘルス計画における健康課題の明確化

- 1.第 1 期データヘルス計画の概要・・・・・・・・・・・・・・・・P7
 - 1) 中長期目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P7
 - 2) 短期目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P7
- 2.第 1 期データヘルス計画に係る評価及び考察・・・・・・・・P7
 - 1) 第 1 期データヘルス計画にかかる評価・・・・・・・・P7
 - 2) 中長期目標の達成状況・・・・・・・・・・・・・・P8
 - 3) 短期目標の達成状況・・・・・・・・・・・・・・P11
 - 4) 第 1 期データヘルス計画に係る考察・・・・・・・・P13
- 3.第 2 期データヘルス計画における健康課題の明確化・・・・P13
 - 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況・・・・P13
 - 2) 健診受診者の実態・・・・・・・・・・・・・・・・P18
 - 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況・・・・・・・・P19
 - 4) 未受診者の把握・・・・・・・・・・・・・・・・P20
- 4.目標の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P21

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

- 1.特定健康診査及び特定保健指導の対象・・・・・・・・P22
- 2.第 2 期の評価および現状と課題・・・・・・・・P22
 - 1) 実施に関する目標・・・・・・・・・・・・・・・・P22

2) 目標達成に向けた取り組み状況	P23
3.第3期特定健診等実施計画について	P23
1) 目標値の設定	P24
2) 対象者の見込み	P24
3) 目標達成のための取り組みの方針と具体策	P24
4.特定健診の実施	P25
1) 実施方法	P25
2) 外部健診委託基準	P25
3) 健診実施期間リスト	P25
4) 特定健診実施項目	P26
5) 実施時期	P26
6) 医療機関との適切な連携	P26
7) 代行機関	
5.特定保健指導の実施	P27
1) 健診から保健指導実施の流れ	P27
2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法	P28
3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール	P28
6.個人情報の保護	P30
7.結果の報告	P30
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	P30

第4章 保健事業の内容

1.保健事業の方向性	P31
2.重症化予防の取組	P31
1) 糖尿病性腎症重症化予防	P31
(1) 基本的な考え方	P31
(2) 対象者の明確化	P31
(3) 対象者の進捗管理	P33
(4) 保健指導の実施	P36
(5) 医療との連携	P37
(6) 高齢者福祉部門（福祉課）との連携	P38
(7) 評価	P38
(8) 実施期間及びスケジュール	P39
2) 虚血性心疾患重症化予防	P40
(1) 基本的な考え方	P40

(2) 対象者の明確化	P40
(3) 保健指導の実施	P42
(4) 医療と連携	P44
(5) 高齢者福祉部門（福祉課）との連携	P44
(6) 評価	P44
(7) 実施期間及びスケジュール	P44

3) 脳血管疾患重症化予防

(1) 基本的な考え方	P45
(2) 対象者の明確化	P46
(3) 保健指導の実施	P48
(4) 医療との連携	P49
(5) 高齢者福祉部門（福祉課）との連携	P49
(6) 評価	P50
(7) 実施期間及びスケジュール	P50

3. ポピュレーションアプローチ

P50

第5章 地域包括ケアに係る取組

P51

第6章 計画の評価・見直し

P55

1. 評価の時期

P55

2. 評価方法・体制

P55

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

P56

参考資料

P57

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

本町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

第 2 期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に

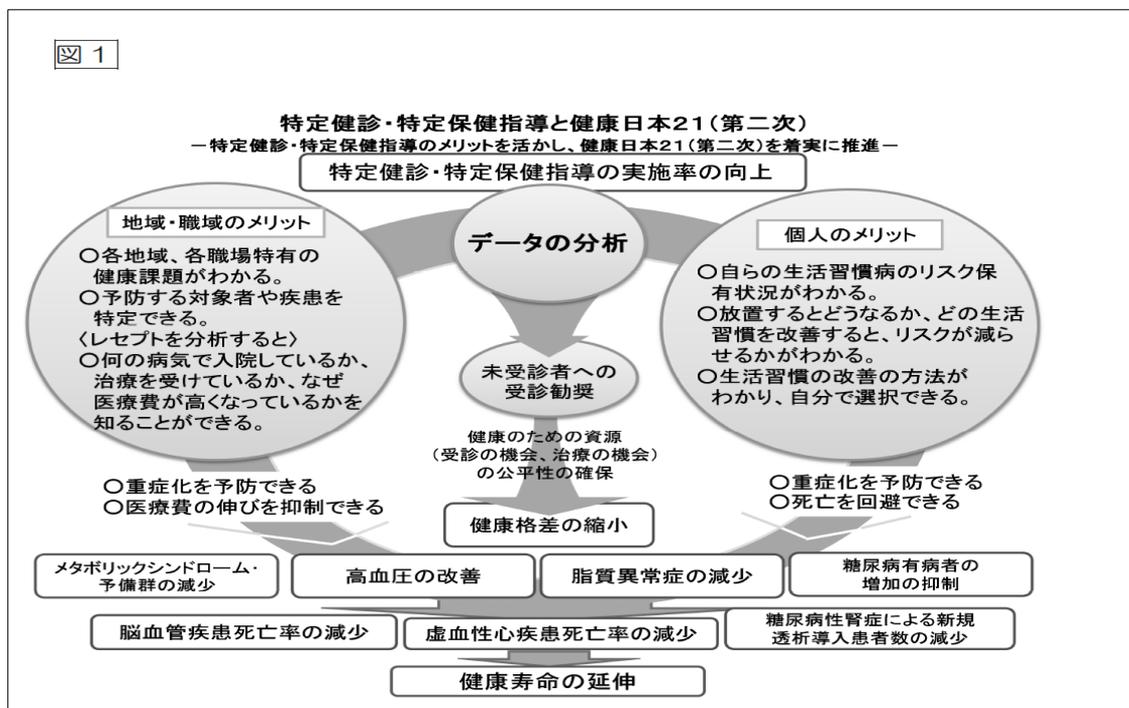
資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

【図表1】

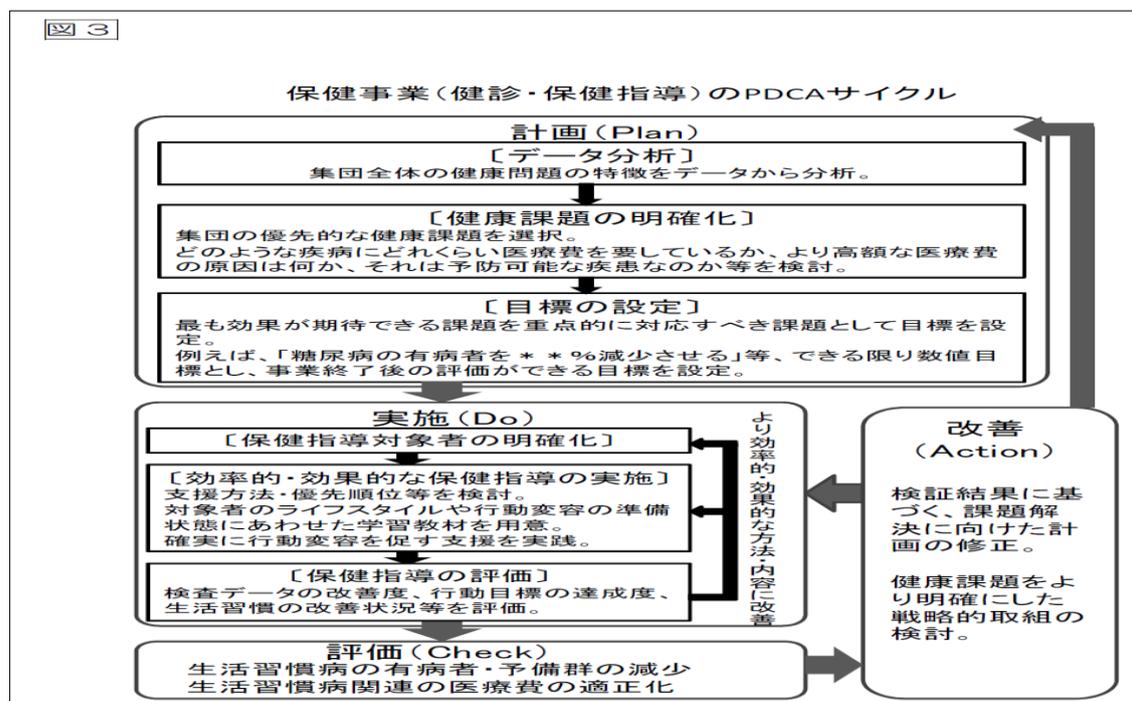
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進法基本法とは、健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 健康局 平成28年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年1月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防 施策とともに、社会生活を営むために必要な機能 の維持及び向上を目指し、その結果、 社会健康 制度が維持可能 ものとなるよう、生活習慣の改善 及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による健康寿命の 生活習慣病の予防 施策を推進し、健康寿命を延ばすことができれば、高齢者 者を減らすことができ、さらには 認知症や社会参加の促進 を促し、入居施設を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図ることができ、 医療費の削減 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 高齢者等の生活習慣病の重症化や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に 見直し、生活習慣を改善するための特定健康診査を必要とす るものを、助産に抽出するために行うものである。	生活習慣病を防止 は、被保険者の 自主 的な健康増進及び重症化予防の取り組み について、 患 者本人の支援 を中心として、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを旨とするのである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 医療費負担の軽減 が図られることは被保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に即した日常生活を 営むことができるように支援することや、 要介護 状態とは要支援状態 となることへの 予防 又は、要介護 状態等の軽減もしくは 認知症の防止 を理念としている	国民健康保険を堅持 し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようしていくとともに、 医療 かつ適切な医療を指針に提供する役割 を担っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において役割の異なる医療の 連携 を表現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(幼児期、 若壮年 、高 齢期)に依り	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期(高齢期)を迎 える現在の若年(若年)期、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
対象疾病	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等		生活習慣病	
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
対象疾病	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん		慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期		がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			痴呆の認知症、早老症 認知症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、早老性骨髄質症 眼瞼下垂症、寛容性眼瞼下垂症 多系統萎縮症、後縦骨髄質硬化症 後縦骨髄質硬化症		精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に実施する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年別罹患率 ②脳血管疾患・虚血性心疾患による年間医療費総額(人患者数) ③脳血管疾患・虚血性心疾患による年間医療費総額(人患者数) ④脳血管疾患・虚血性心疾患による年間医療費総額(人患者数) ⑤脳血管疾患・虚血性心疾患による年間医療費総額(人患者数) ⑥脳血管疾患・虚血性心疾患による年間医療費総額(人患者数)	①特定健康診査率 ②特定健康診査実施率	健診-医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健康診査の実施率) ①受診率 ②日常生活における予防 ③アルコール 摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定健康診査率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外注 ①一人あたり外来医療費の削減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援	保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

与那原町においては、健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定する。具体的には、介護保険・生活保護部局（福祉課）、企画部局（企画政策課）、とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDB*の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に本町の保険者機能の強化については、県の関与が更に重要となる。このため本町は、計画素案について県関係課と意見交換・情報共有を図ることで財政運営主体となる県と連携強化に努める。

また、保険者等と南部地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と県は、ともに保険者を支援する立場にあることから、平素から両者が積

極的に連携に努めることが重要である。

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

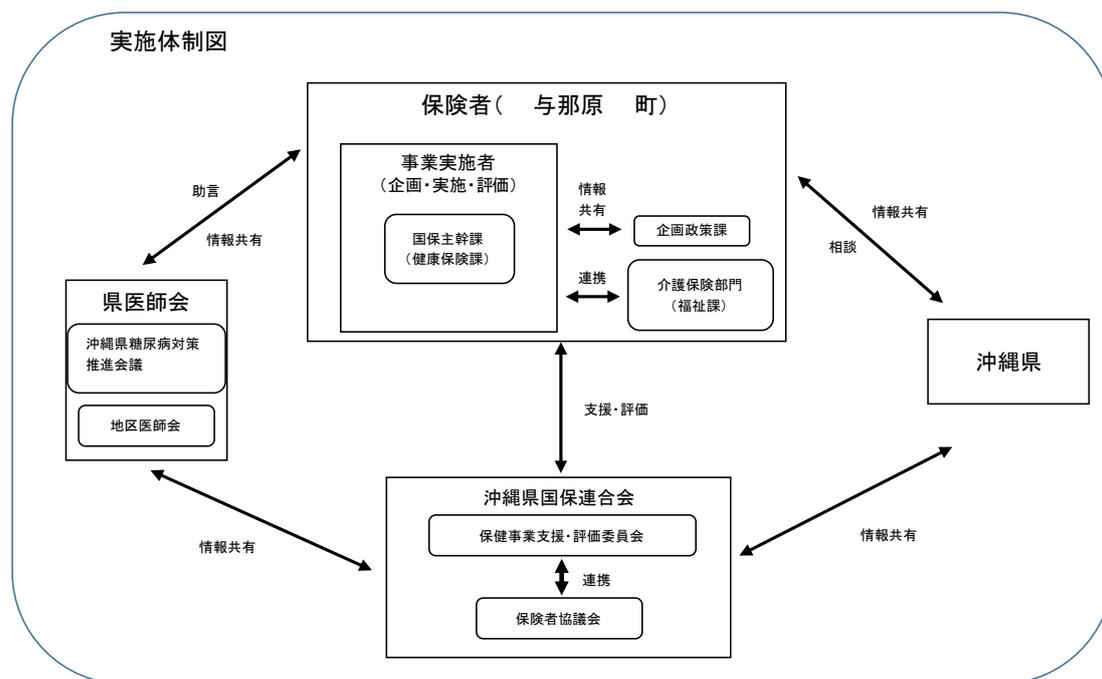
*「KDB」とは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種保険制度の審査支払及び保険者共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療を含む）」、「介護保険」等に係る情報を活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供する事で、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートする事を目的として構築された国保データベースシステム。同システムを活用する事により、これまで保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータの作成が高率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが可能になるとされている。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。そのための取り組みとして、P51の図表42を用いて保険者努力支援制度について、制度や社会保障費の状況についての理解、周知を図る。

与那原町の実施体制図

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している（平成 30 年度から本格実施）。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している（図表 5）。

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)					
全国順位(1,741市町村中)					
共通 ①	特定健診受診率	10		40	50
	特定保健指導実施率	20		30	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0		0	50
共通 ②	がん検診受診率	10		30	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0		0	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40		100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10		40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20		25	25
	個人インセンティブ提供	0		0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0		35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7		10	35
	後発医薬品の使用割合	15		25	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10		100	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10		25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5		8	25
	第三者求償の取組の実施状況	7		26	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			30	50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期データヘルス計画に係る評価及び考察と

第2期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 第1期データヘルス計画の概要

本町では、平成26年度に第1期データヘルス計画を策定し、被保険者の健診・医療・介護・保険等のデータを分析し、優先的に取り組む健康課題を抽出し、被保険者の健康の保持増進を図ることで、医療費の適正化と健康寿命の延伸（疾病・障がい・早世の予防）を目指してきた。第1期の計画期間が平成29年度までとなり、平成30年度からの第2期データヘルス計画を策定するにあたり、第1期の評価を行う。評価項目については、以下のとおりである。

1) 中長期目標

- ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症をそれぞれ5%減らす(平成26年度→平成29年度)
- ・医療費の伸びを抑える

2) 短期目標

- ・メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症の減少
- ・血圧、血糖、脂質、CKDのデータ改善

2. 第1期データヘルス計画に係る評価および考察

1) 第1期データヘルス計画にかかる評価

第1期データのほとんどは平成25年度となっており、評価にあたっては平成25年度と直近のデータである平成28年度データを比較している。なお、文中にある「同規模」とは全国の人口15,000～20,000人の市町村、「国」とは全国市町村の国民健康保険を指す。

(1) 人口及び国保被保険者の変化

本町の人口は平成25年度(平成22年国勢調査)に比べ、平成28年度(平成27年度国勢調査)では1,808人増加し、各年齢ともに増加しているが、65歳以上の高齢者の割合が18.5%と県17.4%より高くなっている。

また、国保の被保険者に占める65歳以上の割合も24.7%と高齢化が進んでいる。被保険者数は減少し、加入率も減少している。

(2) 死亡の状況

平成25年度と平成28年度を比較すると全国を100とした時の標準化死亡比(SMR)は男性が県、国に比べ高くなっている。死因別に見てみると、予防可能な疾患である心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は約4割を占める。特に

腎疾患による死亡割合は同規模・国・県の約2倍と高くなっている。

本町の課題である65歳未満の死亡の割合（早世予防から見た死亡）では男性は減少しているが、女性は微増している。また沖縄県は65歳未満の死亡の割合が全国ワースト1位であり全国に比べるとまだ高い状況にある。本町は65歳未満の死因（平成28年度）を見ると1位 がん（7名）、2位 心疾患（5名）、3位 肝疾患（3名）、4位 脳血管疾患（2名）となっている。

2) 中長期目標の達成状況

(1) 介護給付費の状況（図表6）

平成28年度の介護給付費は10億7千万円であり、平成25年度に比べ1億2千万円増加している。

また1件当たり給付費は国・県・同規模が減少しているのに対し、本町は増加している。その要因として、生活習慣病の悪化により、介護度が重症化していることが考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	与那原町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	9億5,368万円	71,625	51,175	282,723	67,744	41,879	281,910
平成28年度	10億7,734万円	75,449	54,327	282,987	67,108	41,924	276,079

(2) 医療費の状況（図表7）

平成28年度の総医療費は14億7,977万円であり、平成25年度より1,300万円増加している。入院外の伸び率は0.3%減だが、入院は同規模が2.9%減に対し、2.2%増えている状況である。

一人あたり医療費は入院、入院外ともに増加しているものの、伸び率は同規模と比較して小さい。しかし、本町は入院費用額の増加が大きいため、総医療費の増加につながっていることが分かる。今後も、入院費用額の抑制のために、重症化して入院という流れを防ぎ、医療が必要な人を早期につなぐ取り組みをさらに進めていく必要がある。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	14億6,681万円				7億1,411万円				7億6,540万円			
	H28年度	14億7,977万円	1,316万円	0.9	-1.2	7億1,658万円	1,517万円	2.2	-2.9	7億6,319万円	△221万円	-0.3	0.1
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	21,060				10,070				10,990			
	H28年度	22,550	1,490	7.0	8.3	10,920	850	8.4	9.5	11,630	640	5.8	6.7

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

(3) 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

総医療費に占める中長期目標の疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費の割合はそれぞれ4.11%から2.85%、1.83%から1.15%と減少しているが、慢性腎不全(透析有)の割合は8.33%から9.52%と増加している。国5.4%と比較するとかなり高い事がわかる。

総医療費に占める中長期・短期目標疾患医療費合計は約2.7%減少してはいるが、一人あたり医療費は増えていることや腎(透析有)の増加は、平成25年度の腎不全(透析無)が透析へ移行、あるいは短期目標の各疾患のコントロールがうまくいかず重症化したと考えられる。

総医療費に占める短期目標の糖尿病、高血圧の割合は減少しているが、脂質異常は増加。国・県と比較すると糖尿病・高血圧・脂質異常の医療費割合が低い。これは必要な人が治療につながっていないことが考えられる。透析移行を防ぐためには、治療のコントロール状況を良くする事と必要な人を治療につなぐ取り組みを充実させる必要がある。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

【図表 8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患			
		金額	順位	腎		脳		糖尿病	高血圧	脂質異常症							
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)								脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞	
与那原町	H25	1,468,817,410	21,060	118位	21位	8.33%	0.36%	4.11%	1.83%	4.04%	4.81%	1.50%	366,334,400	24.97%	7.50%	13.09%	7.58%
	H28	1,479,778,400	22,546	117位	21位	9.52%	0.12%	2.85%	1.15%	3.57%	3.38%	1.66%	329,156,670	22.24%	11.28%	12.77%	8.02%
H28	沖縄県	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム: 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

(4) 中長期的な疾患 (図表 9)

第1期データヘルス計画では、健診、医療、介護保険情報を分析するにあたり、医療費が高額になる疾患は何か、長期化する事で高額になる疾患は何か、医療と介護を両方必要とする疾患は何か、それは予防可能な疾患であるかという視点で課題を整理し、その解決のための目標設定を行った。この経過を踏まえ、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを中期目標としている。また虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の共通したリスクとなる**糖尿病、高血圧**、脂質異常症の有所見率を減らすこと、メタボ該当者の改善率、特定健診受診率・特定保健指導率の向上を短期目標としている。

中長期目標疾患をH25とH28と比較すると虚血性心疾患、脳血管疾患は人数で5%以上減少しているが、人工透析は増加している。人工透析においては、糖尿病は減っているものの、64歳以下の高血圧の割合と脂質異常症の割合が増加している、脳血管疾患合併が42.3%、虚血性心疾患が30.8%で合併し、高額な医療費が掛かっていると推測される。CKDの対象者の重症化予防のために重要な血圧、脂質のコントロールを行う必要がある。

虚血性心疾患の割合は減少。脳血管疾患、人工透析の合併率、高血圧・糖尿病・脂質異常の3つの共通リスクもすべて減少している。

脳血管疾患の割合は減少しているが、人工透析を合併する割合が増えており、3疾患では脂質異常の割合がふえている。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5800	189	3.3	46	24.3	12	6.3	153	81.0	92	48.7	125	66.1	
	64歳以下	4686	59	1.3	16	27.1	8	13.6	46	78.0	26	44.1	34	57.6	
	65歳以上	1114	130	11.7	30	23.1	4	3.1	107	82.3	66	50.8	91	70.0	
H28	全体	5550	172	3.1	34	19.8	8	4.7	134	77.9	77	44.8	113	65.7	
	64歳以下	4264	58	1.4	11	19.0	3	5.2	38	65.5	18	31.0	34	58.6	
	65歳以上	1286	114	8.9	23	20.2	5	4.4	96	84.2	59	51.8	79	69.3	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5800	194	3.3	46	23.7	10	5.2	148	76.3	85	43.8	110	56.7	
	64歳以下	4686	73	1.6	16	21.9	6	8.2	52	71.2	29	39.7	39	53.4	
	65歳以上	1114	121	10.9	30	24.8	4	3.3	96	79.3	56	46.3	71	58.7	
H28	全体	5550	160	2.9	34	21.3	11	6.9	122	76.3	62	38.8	96	60.0	
	64歳以下	4264	66	1.5	11	16.7	6	9.1	48	72.7	22	33.3	41	62.1	
	65歳以上	1286	94	7.3	23	24.5	5	5.3	74	78.7	40	42.6	55	58.5	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症			
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	5800	22	0.4	10	45.5	12	54.5	20	90.9	11	50.0	4	18.2	
	64歳以下	4686	16	0.3	6	37.5	8	50.0	14	87.5	7	43.8	3	18.8	
	65歳以上	1114	6	0.5	4	66.7	4	66.7	6	100.0	4	66.7	1	16.7	
H28	全体	5550	26	0.5	11	42.3	10	30.8	25	96.2	12	46.2	9	34.6	
	64歳以下	4264	14	0.3	6	42.9	3	21.4	13	92.9	6	42.9	3	21.4	
	65歳以上	1286	12	0.9	5	41.7	5	41.7	12	100.0	6	50.0	6	50.0	

3) 短期目標の達成状況

(1) 共通リスク(様式3-2~3-4) (図表10)

中長期目標疾患における共通するリスクの治療状況を H25 と H28 で比較すると、糖尿病においては、割合は減少、インスリン療法も減ってはいるが、64 歳以下は 8.2%から 8.7%へと増加している。日頃の保健指導の中で、予防的なインスリン療法は行われていない印象があり、これらは糖尿病性腎症へ移行するハイリスクと考えられる。また、高血圧合併は減少しているが、脂質異常症の割合は増加している。中長期的目標の人工透析は増加、糖尿病性腎症合併の割合は 64 歳以下で、8.2%から 13.0%と増加が大きい。

短期的な目標である糖尿病・高血圧・脂質異常の 3 つの疾患のいずれも人工透析の割合が増加している。3 つのリスクをコントロールし重症化を防ぐことが人工透析の減少につながると考えられる。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5800	382	6.6	27	7.1	291	76.2	246	64.4	92	24.1	85	22.3	11	2.9	40	10.5	
	64歳以下	4686	159	3.4	13	8.2	117	73.6	94	59.1	26	16.4	29	18.2	7	4.4	13	8.2	
	65歳以上	1114	223	20.0	14	6.3	174	78.0	152	68.2	66	29.6	56	25.1	4	1.8	27	12.1	
H28	全体	5550	355	6.4	24	6.8	265	74.6	236	66.5	77	21.7	62	17.5	12	3.4	44	12.4	
	64歳以下	4264	138	3.2	12	8.7	95	68.8	85	61.6	18	13.0	22	15.9	6	4.3	18	13.0	
	65歳以上	1286	217	16.9	12	5.5	170	78.3	151	69.6	59	27.2	40	18.4	6	2.8	26	12.0	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標										中長期的な目標			
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5800	801	13.8	291	36.3	407	50.8	153	19.1	148	18.5	20	2.5	
	64歳以下	4686	367	7.8	117	31.9	160	43.6	46	12.5	52	14.2	14	3.8	
	65歳以上	1114	434	39.0	174	40.1	247	56.9	107	24.7	96	22.1	6	1.4	
H28	全体	5550	703	12.7	265	37.7	386	54.9	134	19.1	122	17.4	25	3.6	
	64歳以下	4264	301	7.1	95	31.6	141	46.8	38	12.6	48	15.9	13	4.3	
	65歳以上	1286	402	31.3	170	42.3	245	60.9	96	23.9	74	18.4	12	3.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標			
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5800	577	9.9	246	42.6	407	70.5	125	21.7	110	19.1	4	0.7	
	64歳以下	4686	248	5.3	94	37.9	160	64.5	34	13.7	39	15.7	3	1.2	
	65歳以上	1114	329	29.5	152	46.2	247	75.1	91	27.7	71	21.6	1	0.3	
H28	全体	5550	550	9.9	236	42.9	386	70.2	113	20.5	96	17.5	9	1.6	
	64歳以下	4264	221	5.2	85	38.5	141	63.8	34	15.4	41	18.6	3	1.4	
	65歳以上	1286	329	25.6	151	45.9	245	74.5	79	24.0	55	16.7	6	1.8	

(2) リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

健診結果の経年変化を見ると、男性で、肥満に伴う所見である BMI、腹囲・中性脂肪、GPT、HbA1c、尿酸の割合が増加している。女性でも中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c の所見が高くなっている。中性脂肪と尿酸は 65～74 歳の割合が高くなっている。生活習慣の状況から朝食抜き、毎日飲酒者、3 合以上の多量飲酒者の増加等が影響している事も考えられる。

メタボリックシンドローム該当については男女ともに割合は減少しているが、40～64 歳男性においては、もっとも危険度の高い 3 項目該当の増加が認められ、優先的に取り組む必要がある。

予備群の割合においては、女性は減少しているが 40～64 歳男性は増加し、高血圧・脂質異常症も増加している。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	219	38.8	299	53.0	151	26.8	132	23.4	62	11.0	212	37.6	277	49.1	133	23.6	250	44.3	110	19.5	283	50.2	15	2.7	7	1.2
	40-64	115	37.1	151	48.7	92	29.7	82	26.5	38	12.3	106	34.2	136	43.9	80	25.8	113	36.5	74	23.9	155	50.0	7	2.3	2	0.7
	65-74	104	40.9	148	58.3	59	23.2	50	19.7	24	9.4	106	41.7	141	55.5	53	20.9	137	53.9	36	14.2	128	50.4	8	3.1	3	1.1
H25	合計	254	40.1	357	56.3	180	28.4	151	23.8	51	8.0	221	34.9	357	56.3	171	27.0	274	43.2	115	18.1	323	50.9	13	2.1	5	0.8
	40-64	127	42.5	157	52.5	98	32.8	98	32.8	34	11.4	88	29.4	157	52.5	95	31.8	110	36.8	65	21.7	149	49.8	5	1.7	2	0.7
	65-74	127	37.9	200	59.7	82	24.5	53	15.8	17	5.1	133	39.7	200	59.7	76	22.7	164	49.0	50	14.9	174	51.9	8	2.4	3	0.9

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	209	32.3	166	25.6	100	15.4	74	11.4	16	2.5	148	22.8	328	50.6	30	4.6	232	35.8	65	10.0	404	62.3	4	0.6	3	0.5
	40-64	105	30.2	81	23.3	55	15.8	40	11.5	6	1.7	72	20.7	148	42.5	19	5.5	102	29.3	41	11.8	213	61.2	3	0.9	1	0.3
	65-74	104	34.7	85	28.3	45	15.0	34	11.3	10	3.3	76	25.3	180	60.0	11	3.7	130	43.3	24	8.0	191	63.7	1	0.3	0	0.0
H25	合計	207	30.2	163	23.8	108	15.7	73	10.6	9	1.3	160	23.3	367	53.5	27	3.9	226	32.9	63	9.2	415	60.5	2	0.3	0	0.0
	40-64	90	27.0	72	21.6	49	14.7	38	11.4	4	1.2	71	21.3	145	43.5	9	2.7	91	27.3	34	10.2	196	58.9	1	0.3	0	0.0
	65-74	117	33.1	91	25.8	59	16.7	35	9.9	5	1.4	89	25.2	222	62.9	18	5.1	135	38.2	29	8.2	219	62.0	1	0.3	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	564	37.0	30	5.3%	115	20.4%	6	1.1%	85	15.1%	24	4.3%	154	27.3%	34	6.0%	11	2.0%	74	13.1%	35	6.2%
	40-64	310	30.5	24	7.7%	60	19.4%	4	1.3%	38	12.3%	18	5.8%	67	21.6%	14	4.5%	6	1.9%	36	11.6%	11	3.5%
	65-74	254	49.9	6	2.4%	55	21.7%	2	0.8%	47	18.5%	6	2.4%	87	34.3%	20	7.9%	5	2.0%	38	15.0%	24	9.4%
H25	合計	634	34.8	50	7.9%	152	24.0%	4	0.6%	105	16.6%	43	6.8%	155	24.4%	29	4.6%	11	1.7%	74	11.7%	41	6.5%
	40-64	299	26.6	29	9.7%	70	23.4%	1	0.3%	42	14.0%	27	9.0%	58	19.4%	7	2.3%	5	1.7%	30	10.0%	16	5.4%
	65-74	335	47.8	21	6.3%	82	24.5%	3	0.9%	63	18.8%	16	4.8%	97	29.0%	22	6.6%	6	1.8%	44	13.1%	25	7.5%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	648	45.2	33	5.1%	64	9.9%	2	0.3%	47	7.3%	15	2.3%	69	10.6%	8	1.2%	3	0.5%	35	5.4%	23	3.5%
	40-64	348	40.2	21	6.0%	32	9.2%	1	0.3%	21	6.0%	10	2.9%	28	8.0%	4	1.1%	2	0.6%	11	3.2%	11	3.2%
	65-74	300	52.8	12	4.0%	32	10.7%	1	0.3%	26	8.7%	5	1.7%	41	13.7%	4	1.3%	1	0.3%	24	8.0%	12	4.0%
H25	合計	686	39.4	28	4.1%	63	9.2%	8	1.2%	45	6.6%	10	1.5%	72	10.5%	12	1.7%	5	0.7%	35	5.1%	20	2.9%
	40-64	333	31.8	17	5.1%	31	9.3%	5	1.5%	20	6.0%	6	1.8%	24	7.2%	4	1.2%	4	1.2%	9	2.7%	7	2.1%
	65-74	353	50.9	11	3.1%	32	9.1%	3	0.8%	25	7.1%	4	1.1%	48	13.6%	8	2.3%	1	0.3%	26	7.4%	13	3.7%

(3) 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、受診者数、特定保健指導率、特定保健指導修了者数はいずれも増加している。受診勧奨者の医療機関受診率は同規模平均より低い。H29 年度国保ヘルスアップ事業の実績において、受診勧奨者のうち重症化予防対象者の医療受診率は約 7 割であった。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								与那原町	同規模平均
H25年度	2,947	1,217	41.3	59位	177	108	61.0	49.3%	51.0%
H28年度	2,893	1,327	45.9	89位	196	128	65.3	48.9%	51.1%

4) 第 1 期データヘルス計画に係る考察

第 1 期データヘルス計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、一定の医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など継続して取り組むべき課題も見えてきた。その背景として、治療中断があげられる。治療に繋がったが継続した治療ができていないか、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は継続して取り組むべき課題である。

3. 第 2 期データヘルス計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

医療費に占める入院費用の割合を H25 と H28 を比較すると、47.8%から 48.4%と増加している。入院は重症化の結果と考えられるため、健診受診後の適正な医療受診行動による重症化予防のさらなる取り組みが必要である。また特定健診受診率は上がっているものの 40%台にとどまっており、特に受診率の低い若い世代への特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料 1）

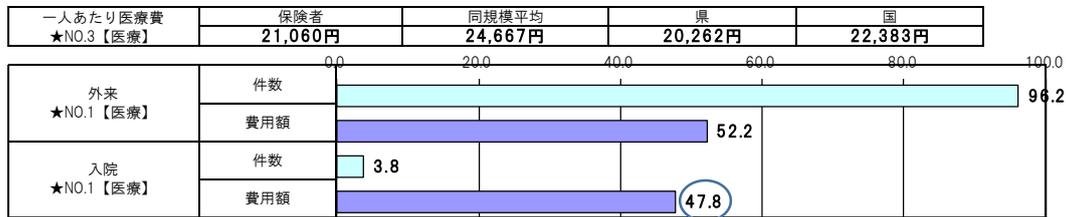
【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

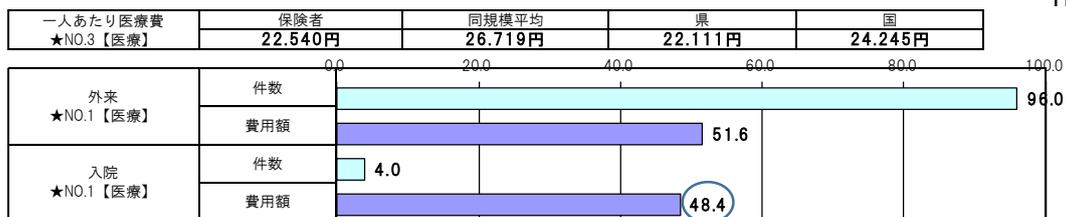
★KDBで出力可能な帳票NO

H25

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



H28



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

平成 28 年度中に 1 件 80 万以上となった高額レセプトは 227 件であった。H25 と比べると、脳血管疾患 28 件→17 件、虚血性心疾患 8 件→4 件と減少しているが、年齢別でみると、60 代の脳血管疾患 57%→70.6%、50、60 代の虚血性心疾患の割合は増え疾患が若年化している。脳血管疾患や虚血性心疾患は動脈硬化を原因とする血管疾患である、これらの病気を防ぐには動脈硬化のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常のコントロールおよび、内臓脂肪型肥満の予防、改善も重要である。長期入院においては、脳血管疾患と虚血性心疾患を合わせ人数の割合で 32.4%→31.8%とわずかに減少がみられる。

人工透析は一人あたりの年間総医療費がおよそ 500～600 万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられない。平成 28 年度与那原町国保では 26 人（H25 より 4 人増）が透析を受け 1 億 5 千万円の医療費がかかっている、透析者の 46.2%が糖尿病性腎症が原因であり、糖尿病の重症化を予防する事で新規透析導入を減らすことができると考えられる。また透析患者の 42.3%に脳血管疾患 30.8%に虚血性心疾患が合併している事から、血管病変の重症化により更なる医療費がかかっている事がわかる。

H28 年度の被保険者 5,350 人のうち生活習慣病治療者は 1,384 人であり、25.9%を占める。そのうち高血圧治療が 703(50.8%)と最も多く、次いで脂質異常症(39.7%)糖尿病(25.7%)となる。

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

【図表 14】

厚生労働省様式	対象レセプト 年度		全体	脳血管疾患	虚血性疾患	糖尿病性腎症		
様式1-1 ★NO. 11(CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	H25年度	人数	127人	13人 10.2%	7人 5.5%	—	
			件数	221件	28件 12.7%	8件 3.6%	—	
				年代別	40歳未満	1 3.6%	0 0.0%	—
					40代	1 3.6%	0 0.0%	—
					50代	3 13.7%	0 0.0%	—
					60代	16 57.1%	4 50.0%	—
		70-74歳	7 25.0%	4 50.0%	—			
		費用額	2億9528万円	3284万円 11.1%	1241万円 4.2%	—		
		H28年度	人数	129人	8人 6.2%	4人 3.1%	—	
			件数	227件	17件 7.5%	4件 1.8%	—	
				年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	—
					40代	0 0.0%	0 0.0%	—
50代	1 5.0%				1 25.0%	—		
60代	12 70.6%				3 75.0%	—		
70-74歳	4 23.5%	0	—					
費用額	2億9104万円	1968万円 6.8%	756万円 2.6%	—				

厚労省様式	対象レセプト (H25年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	37人	8人 21.6%	4人 10.8%
		件数	344件	76件 22.1%	33件 9.6%
		費用額	1億5876万円	4428万円 27.9%	1697万円 10.7%
厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	44人	10人 22.7%	4人 9.1%
		件数	404件	86件 21.3%	37件 9.2%
		費用額	1億9147万円	5282万円 27.6%	1610万円 8.4%

* 脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚生労働省様式	対象レセプト 年度		全体	脳血管疾患	虚血性疾患	糖尿病性腎症	
様式2-2 ★NO. 11(CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H25年度	人数	22人	10人 45.5%	12人 54.5%	11人 50.0%
			費用額	1億3235万円	5566万円 42.1%	6139万円 46.4%	6707万円 50.7%
		H28年度	人数	26人	11人 42.3%	8人 30.8%	12人 46.2%
			費用額	1億5516万円	6179万円 39.8%	4010万円 25.8%	6728万円 43.4%

厚生労働省様式	対象レセプト 年度	全体	脳血管疾患	虚血性疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13～19(帳票)	H25年度	1442人	194人 13.5%	189人 13.1%	40人 2.8%		
		の 基 礎 疾 患 の 重 な り	高血圧	148人 76.3%	153人 81.0%	36人 90.0%	
			糖尿病	85人 43.8%	92人 48.7%	40人 100.0%	
			脂質異常症	110人 56.7%	125人 66.1%	27人 67.5%	
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症		
		801人	382人	577人	148人		
		55.5%	26.5%	40.0%	10.3%		
		H28年度	全体	1384人	160人 11.6%	172人 12.4%	44人 3.2%
			の 基 礎 疾 患 の 重 な り	高血圧	122人 76.3%	134人 77.9%	36人 81.8%
				糖尿病	62人 38.8%	77人 44.8%	44人 100.0%
	脂質異常症			96人 60.0%	113人 65.7%	32人 72.7%	
	高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症		
	703人		355人	550人	161人		
	50.8%		25.7%	39.7%	11.6%		

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

H28年度本町の介護認定率は22.1%、そのうち要介護3～5の重度が全体の46.8%を占める。原因疾患では脳卒中が57.6%と最も多く、心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると92.1%を占める。

40～64歳の2号保険者の認定率は0.62% H25(0.41%)より増加、国0.4%に比べ高くなっている、要介護3～5の重度も50%で増加している(H25:33.3%)。原因疾患として最も多いのは脳卒中(83.3%)で他の年代より高い割合を占めている。2号保険者は長期にわたる介護が必要となり、働けなくなるなど社会的な損失も大きい。特定健診を受診し、健診におけるⅡ度以上高血圧の未治療者を医療につなげる等、保健指導での基礎疾患の介入が予防や重症化を防ぎ介護予防につながると考えられる。

また、介護を受けている人の医療費は、特定健診を受けていない人より6,158円高く2倍以上の医療費が掛かっている、青・壮年期の血管疾患を予防する事は、将来にかかる医療費及び介護費の負担軽減の面からも対策は重要であると考え。

また働き盛り世代の医療保険は国保ばかりとは限らないため、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析、課題共有を図る必要がある。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

年度	受給者区分		2号		1号				合計																
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上																		
H25年度	被保険者数		5128人		1383人		1349人		2732人		7860人														
	認定者数		21人		83人		484人		567人		588人														
	認定率		0.41%		6.0%		35.9%		20.8%		7.5%														
	新規認定者数(*1)		3人		18人		50人		68人		71人														
	介護度別人数	要支援1・2		9 42.9%		24 28.9%		108 22.3%		132 23.3%		141 24.0%													
要介護1・2		5 23.8%		23 27.7%		156 32.2%		179 31.6%		184 31.3%															
要介護3～5		7 33.3%		36 43.4%		220 45.5%		256 45.1%		263 44.7%															
H28年度	被保険者数		5128人		1383人		1349人		2732人		7860人														
	認定者数		32人		85人		520人		605人		637人														
	認定率		0.62%		6.1%		38.5%		22.1%		8.1%														
	新規認定者数(*1)		10人		16人		50人		66人		76人														
	介護度別人数	要支援1・2		11 34.4%		25 29.4%		100 19.2%		125 20.7%		136 21.4%													
要介護1・2		5 15.6%		22 25.9%		176 33.8%		198 32.7%		203 31.9%															
要介護3～5		16 50.0%		38 44.7%		244 46.9%		282 46.6%		298 46.8%															
年度	受給者区分		2号		1号				合計																
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上																		
H25年度	介護件数(全体)		73		191		485		676		749														
	再) 国保・後期		11		56		418		474		485														
H25年度	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	6	54.5%	脳卒中	25	44.6%	脳卒中	178	42.6%	脳卒中	203	42.8%	脳卒中	209	43.1%						
				2	虚血性心疾患	2	18.2%	虚血性心疾患	14	25.0%	虚血性心疾患	144	34.4%	虚血性心疾患	158	33.3%	虚血性心疾患	160	33.0%						
		3	腎不全	2	18.2%	腎不全	6	10.7%	腎不全	44	10.5%	腎不全	50	10.5%	腎不全	52	10.7%								
		合併症	4	糖尿病合併症	3	27.3%	糖尿病合併症	5	8.9%	糖尿病合併症	40	9.6%	糖尿病合併症	45	9.5%	糖尿病合併症	48	9.9%							
		基礎疾患 高血圧・糖尿病・ 脂質異常症		10		90.9%		47		83.9%		357		85.4%		404		85.2%		414		85.4%			
		血管疾患合計		10		90.9%		48		85.7%		373		89.2%		421		88.8%		431		88.9%			
		認知症		0		0.0%		16		28.6%		155		37.1%		171		36.1%		171		35.3%			
		筋・骨格疾患		8		72.7%		46		82.1%		375		89.7%		421		88.8%		429		88.5%			
		H25年度		H28年度		H25年度		H28年度		H25年度		H28年度		H25年度		H28年度		H25年度		H28年度		H25年度		H28年度	
		H25年度	介護件数(全体)		32		85		520		605		637												
再) 国保・後期			18		46		441		487		505														
H28年度	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	15	83.3%	脳卒中	26	56.5%	脳卒中	250	56.7%	脳卒中	276	56.7%	脳卒中	291	57.6%						
				2	虚血性心疾患	4	22.2%	虚血性心疾患	13	28.3%	虚血性心疾患	208	47.2%	虚血性心疾患	221	45.4%	虚血性心疾患	225	44.6%						
		3	腎不全	3	16.7%	腎不全	6	13.0%	腎不全	75	17.0%	腎不全	81	16.6%	腎不全	84	16.6%								
		合併症	4	糖尿病合併症	2	11.1%	糖尿病合併症	12	26.1%	糖尿病合併症	70	15.9%	糖尿病合併症	82	16.8%	糖尿病合併症	84	16.6%							
		基礎疾患 高血圧・糖尿病・ 脂質異常症		18		100.0%		41		87.0%		395		89.6%		435		89.3%		453		89.7%			
		血管疾患合計		18		100.0%		41		89.1%		406		92.1%		447		91.8%		465		92.1%			
		認知症		5		27.8%		12		26.1%		202		45.8%		214		43.9%		219		43.4%			
		筋・骨格疾患		11		61.1%		40		87.0%		417		94.6%		457		93.8%		468		92.7%			

*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

健診データのうち有所見割合の高い項目を性別年代別にみると、肥満の指標であるBMI25以上、腹囲基準該当以上が全国に比べ顕著に高い。加えて内臓脂肪蓄積により影響を受ける中性脂肪、GPT、HDL コレステロール、空腹時血糖、HbA1c、尿酸が全国よりも高くなっている。また男性は女性に比べ有所見割合が高く、特に40～64歳の若い世代が高い。男性は40代もしくはそれ以前に生活習慣病が発症している可能性があるため、女性よりも早い対策が必要と考えられる。女性は前期高齢者の年代になると有所見割合が高くなる傾向があるため、それを見据えた若い世代からの適切な生活習慣の確立が必要と考える。

その取り組みの一つとして、母子事業においても生涯を通じた生活習慣病の予防を意識した子育て世代への健診受診勧奨も継続して取り組んでいく。 【図表 16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
保険者	合計	254	40.1	357	56.3	180	28.4	151	23.8	51	8.0	221	34.9	357	56.3	171	27.0	274	43.2	115	18.1	323	50.9	13	2.1
	40-64	127	42.5	157	52.5	98	32.8	98	32.8	34	11.4	88	29.4	157	52.5	95	31.8	110	36.8	65	21.7	149	49.8	5	1.7
	65-74	127	37.9	200	59.7	82	24.5	53	15.8	17	5.1	133	39.7	200	59.7	76	22.7	164	49.0	50	14.9	174	51.9	8	2.4
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
保険者	合計	207	30.2	163	23.8	108	15.7	73	10.6	9	1.3	160	23.3	367	53.5	27	3.9	226	32.9	63	9.2	415	60.5	2	0.3
	40-64	90	27.0	72	21.6	49	14.7	38	11.4	4	1.2	71	21.3	145	43.5	9	2.7	91	27.3	34	10.2	196	58.9	1	0.3
	65-74	117	33.1	91	25.8	59	16.7	35	9.9	5	1.4	89	25.2	222	62.9	18	5.1	135	38.2	29	8.2	219	62.0	1	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

【図表 17】 ★NO.24 (帳票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	634	34.8	50	7.9%	152	24.0%	4	0.6%	105	16.6%	43	6.8%	155	24.4%	29	4.6%	11	1.7%	74	11.7%	41	6.5%
	40-64	299	26.6	29	9.7%	70	23.4%	1	0.3%	42	14.0%	27	9.0%	58	19.4%	7	2.3%	5	1.7%	30	10.0%	16	5.4%
	65-74	335	47.8	21	6.3%	82	24.5%	3	0.9%	63	18.8%	16	4.8%	97	29.0%	22	6.6%	6	1.8%	44	13.1%	25	7.5%
女性	合計	686	39.4	28	4.1%	63	9.2%	8	1.2%	45	6.6%	10	1.5%	72	10.5%	12	1.7%	5	0.7%	35	5.1%	20	2.9%
	40-64	333	31.8	17	5.1%	31	9.3%	5	1.5%	20	6.0%	6	1.8%	24	7.2%	4	1.2%	4	1.2%	9	2.7%	7	2.1%
	65-74	353	50.9	11	3.1%	32	9.1%	3	0.8%	25	7.1%	4	1.1%	48	13.6%	8	2.3%	1	0.3%	26	7.4%	13	3.7%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c においては、治療有りでも受診勧奨値の者が多い。しかし 7.0 以上のコントロール不良者において新規受診者は 45%、継続受診者は 36.7%と継続受診者が少ない。これは、健診を受診し、保健指導で介入することで血糖改善等に効果があると考えられる。メタボリックシンドロームと糖尿病は、医療機関に受診しても解決しにくい疾患であり、薬物療法だけでは改善が難しい。コントロールするためには、食事療法と運動療法を併用して治療を行うことが重要である。

血圧においては、治療有りには受診勧奨判定値が少ない。Ⅱ度以上高血圧者は治療中の者が 8 人に対し、未治療では 19 人である。未治療者を確実に治療につなぐ取り組みをさらに進める必要がある。

LDL においては、治療中の者の受診勧奨判定値は 37 人に対し未治療の者は 258 人、治療により改善が期待できることがわかる。特に心疾患のリスクとなる LDL180 以上の者 48 人を治療につなぐ取り組みを強化する必要がある。

また、ほとんどの項目で新規受診者は継続受診者に比べ受診勧奨判定値の者が多い。重症化予防のためには、受診勧奨を行い長期連続未受診者の掘り起しを行っていくことも重要である。

【図表 18】



4) 未受診者の把握 (図表 19)

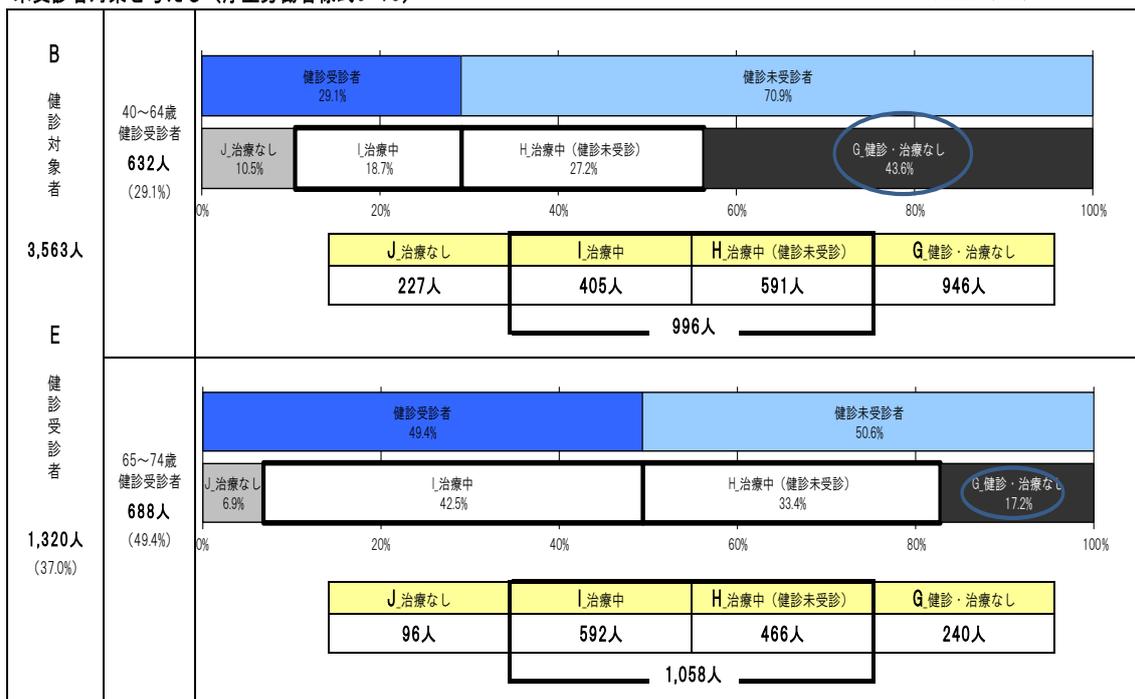
医療費適正化において重症化予防の取り組みは重要である。これまでの健診結果の分析から若い世代の健診結果には課題が多い。体の状態を知るうえで健診を受けることは重要であるが、H28年度健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い 40～64 歳の割合が 43.6%、65歳以上の 17.2%に比べかなり高くなっている。健診も治療も受けていないという事は、体の実態が全くわからない状態であり、重症化が危惧される。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診を受診し、状態に応じた保健指導を実施する事により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげていく。

また健診受診者と健診未受診者の生活習慣病治療にかかっているお金を見ると、健診受診者が 6,549 円、未受診者は 46,930 円と大きな差がある。このことから、健診を受診する事は医療費適正化の面においても有効である事がわかる。

【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

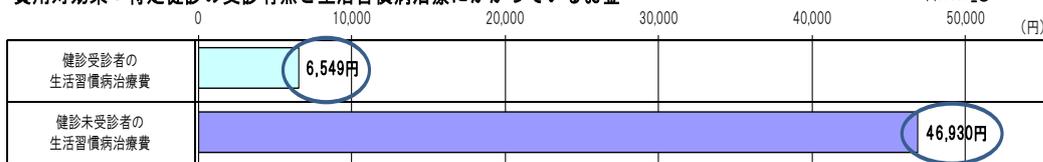
★N0.26 (CSV)



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★N0.3_⑥



4. 目標の設定

1) 成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、人工透析の原因となる糖尿病性腎症を減らしていくこと、医療費が高額となり、6か月以上の長期入院となる脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、それぞれ被保険者数に占める患者数の割合を糖尿病性腎症は10%未満、脳血管疾患は2.7%未満、虚血性心疾患は3%未満とすることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、本町の医療のかかり方は、重症化して入院する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へ向けて、健診受診者のうち重症化予防対象者を医療につなげ、継続受診を支援することで、入院費の伸び率を平成35年度に県並みとすることを目標とする。

(2) 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、経年的に血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 特定健康診査及び特定保健指導の対象

特定健康診査は40～74歳の被保険者を対象に、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防する事を目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目し生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものである。

特定保健指導は内臓脂肪型肥満（腹囲基準値以上）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事が出来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事を目的とするものである。

2. 第2期の評価および現状と課題

1) 実施に関する目標

(1) 特定健診受診率

市町村国保については、平成29年度において40歳～74歳までの対象者の60%以上が特定健康診査を受けることを目標として定められている。

【図表 20】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診目標値	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
特定健診受診率	41.3%	41.0%	44.7%	45.9%	
沖縄県受診率	37.1%	37.8%	38.8%	39.4%	
国受診率	34.3%	35.4%	36.3%		

(2) 特定保健指導実施率

平成29年度において特定保健指導が必要と判断された対象者の60%以上が保健指導を受けることが目標として定められている。

【図表 21】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定保健指導目標値	45.0%	50.0%	55.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	61.0%	65.6%	61.6%	65.3%	
沖縄県実施率	55.5%	55.7%	56.4%	58.7%	
国実施率	23.7%	24.4%	25.1%		

2) 目標達成にむけた取り組み状況

(1) 健診受診率向上に向けた取り組みと課題

第二期特定健診受診率を見ると微増しているものの、いずれの年度も国の目標値を達成していない。年代別では 65～74 歳までの世代で増加がみられるが 40 歳到達者にハガキや電話による受診勧奨を行っているが 40～64 歳までは男女ともに受診者が減っている。

特定健診を 2 年連続して受診した者の割合（リピーター率）は約 68.7% 県の 71.3% を下回っている。継続受診率が 80% を超えないと受診率は安定しないといわれることから、リピーター率の向上にさらに取り組んでいく必要がある。

本町は産業構造で、第三次産業が全体の 8 割を占めるため、商工会等と連携して健診受診の取り組みを検討していくことで受診率向上を目指す。

受診時期をみると、年度末に集中する傾向がある。個別健診においては年度末には健診機関での健診予約が取りにくい状況となる事や保健指導の質の確保のためにも継続して年度前半への受診を促している。

【課題】

- ① 若い世代への受診勧奨
- ② リピーター率の向上
- ③ 生活習慣病通院中の被保険者からのデータ受領
- ④ 事業者健診データ受領
- ⑤ 広報啓発

(2) 特定保健指導実施率向上に向けた取り組みと課題

本町では特定健診の結果返しを原則手渡しで行なっている。保健指導の実施率向上を図るため、日曜結果説明会の開催や通常の訪問、来所相談に加え町民のニーズにあわせ時間外対応も行っている。

特定保健指導率は向上し、効率的に行えていると評価できるものの、保健指導スタッフは非常勤専門職が約 5 割を占め、毎年非常勤専門職の確保に苦慮しており人材の安定確保が課題である。平成 30 年度から保健指導の評価時期が 3 カ月に短縮される事や運用見直しもある事から、実施率向上に向けた調整検討を進めていく必要がある。

3. 第3期特定健診実施計画について

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

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

1) 目標値の設定

【図表 22】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	48.0%	50.4%	52.8%	55.2%	57.6%	60.0%
特定保健指導実施率	66.3%	66.8%	67.3%	67.8%	68.3%	68.8%

2) 対象者の見込み

【図表 23】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	2,890人	2,890人	2,890人	2,890人	2,890人	2,890人
	受診者数	1,387人	1,457人	1,526人	1,595人	1,665人	1,734人
特定保健指導	対象者数	213人	224人	235人	246人	256人	271人
	受診者数	141人	150人	158人	167人	175人	186人

3) 目標達成のための取り組みの方針

- (1) 特定健診の受診率向上を図るため、対象である40～74歳のうち、受診率の低い40～50代の働き盛り世代の受診率向上に重点的に取り組む。また、個別健診を推進しながら、土日の集団健診を行うなど健診を受けやすい環境と機会の提供を実施していく。
- (2) 毎年受診しているまたは、不定期の受診については、リピーター率の向上を図るため、過去の受診履歴、受診勧奨時期を検討するなどその結果から本人の受診への行動につながるよう、最も効果のある内容の勧奨手段を選択し案内する事に取り組む。
- (3) 受診の集中する年度後半は、個別健診の予約が困難な状況が起こる事から、年度早めの受診を促していく。
連続未受診者については、受けない理由を把握しその解消に努める。特に医療にかからず職場健診もない等重症化リスクの高い被保険者には個別訪問等により継続した声掛けを行う。
- (4) 特定健診の新たな対象となる40歳に到達した被保険者や社会保険から新たに国保へ加入した対象者への早い周知、20～30代の一般健診実施を通して若い世代から健診の意識づけを行う。

- (5) 母子事業においても生涯を通じた生活習慣病予防の取り組みとして、あらゆる機会を通じて子育て世代への受診勧奨を行う。
- (6) 生活習慣病で通院している被保険者からのデータの受領に努める。
- (7) 事業者健診のデータ受領
- (8) 広報活動（町広報誌、町ホームページ、電光掲示板、フェイスブック、ポスターなど）

4) 具体策

- (1) 保健指導が利用しやすい環境づくり
初回面接実施率の向上として、特定健診を受診した方で保健指導対象者となった方へは結果を手渡し、初回保健指導を行う。
- (2) 対象者に合わせた保健指導の実施
- (3) 保健指導の充実に向けた資質向上及び体制づくり
健診結果をもとに、対象者に応じた保健指導を行う。代謝のメカニズムと健診結果、生活習慣（食事・運動・働き方等）が結びつけて理解できるよう支援する。わかりやすい保健指導教材の選択（動画を含む）と作成につとめる。
保健指導に対応する保健師や管理栄養士等、人員の確保に努めるとともに、対応する職員の人材育成を図るため、各種研修会への参加や内部学習会、事例検討会の実施等、質の高い保健指導の実施に努める。

4. 特定健診の実施

1) 実施方法

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

- (1) 集団健診
- (2) 個別健診

2) 特定健診委託基準

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

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県医師会のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.okinawa.med.or.jp/>

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はnon-HDL コレステロールの測定に換えられる。（実施基準第1条4項）

5) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

7) 代行機関

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

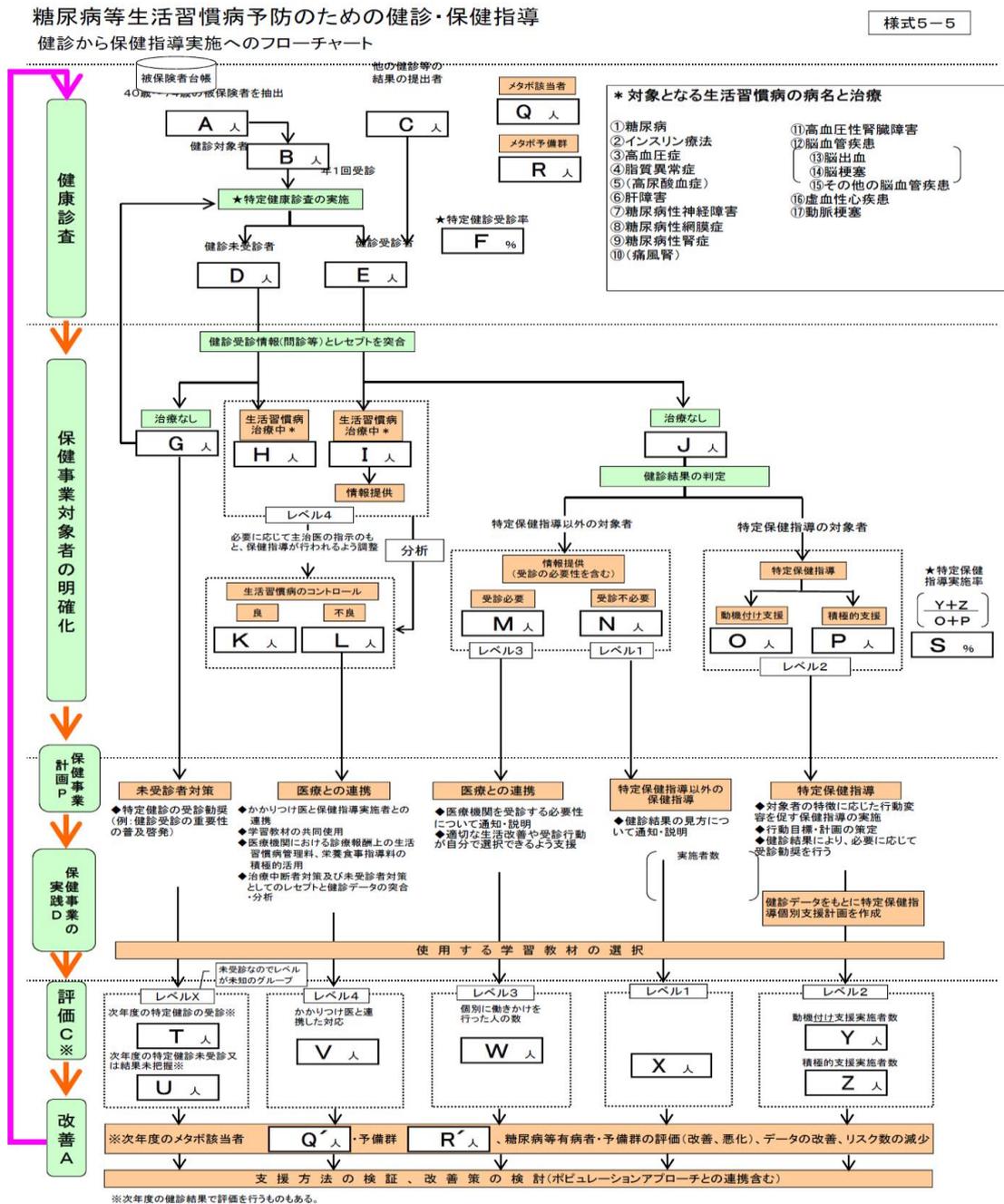
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表24)

【図表24】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 25）

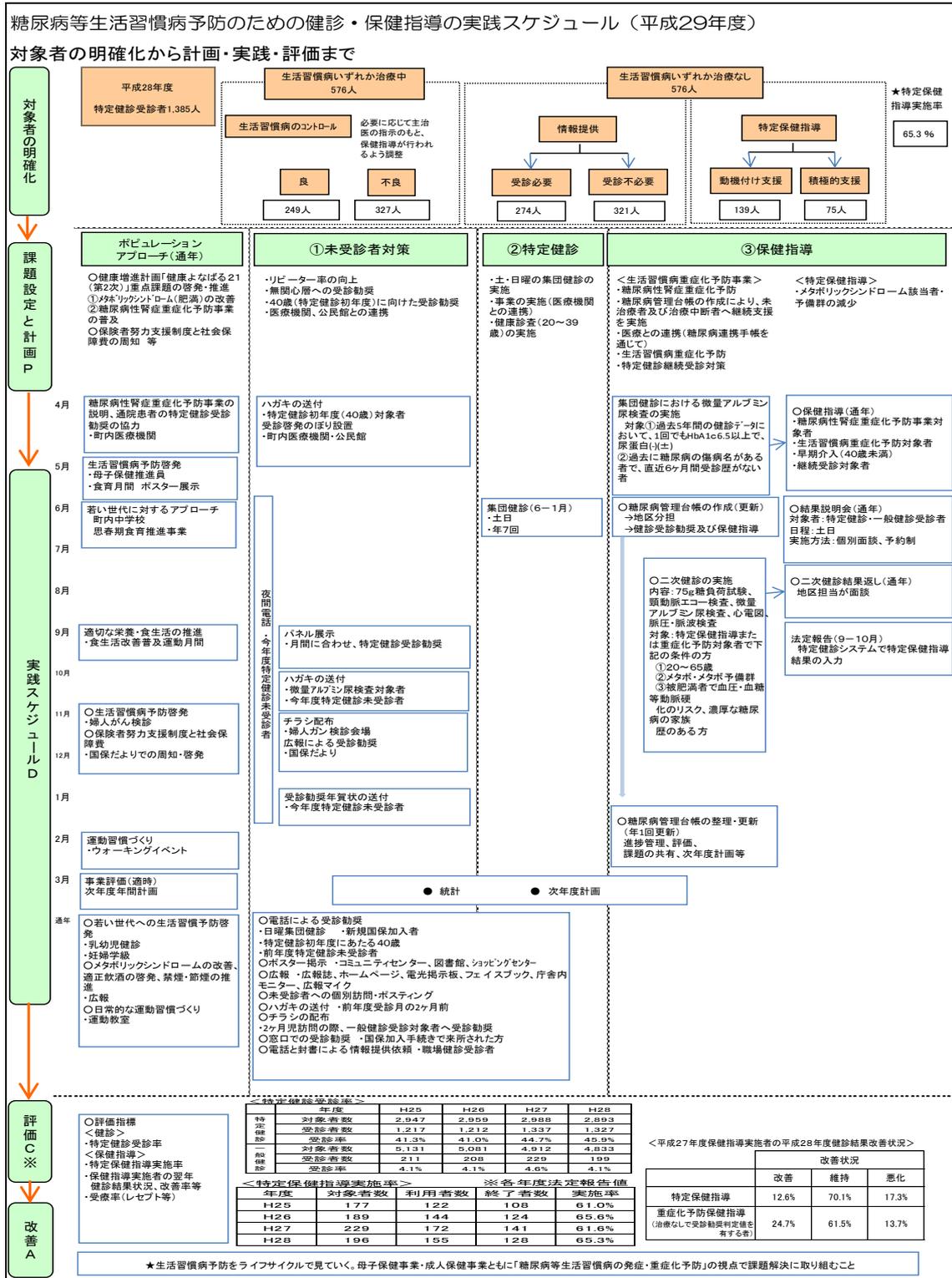
【図表 25】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	213 人 (15.4)	68.8%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について説明・通知 ◆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	279 人 (20.1)	HbA1c6.5 以上については 100%
	L	情報提供(生活習慣病治療中だがコントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	323 人 (23.3)	優先対象者には75%以上
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発)	1,503 人 ※受診率目標達成までにあ と 176 人	50% (主に40~64 歳)
4	N K	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	572 人 (41.2)	50% (初回N・K該当者に実子する)

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 26)

【図表 26】



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および与那原町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

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

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

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

第4章 保健事業の内容

1. 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

2. 重症化予防の取組

1) 糖尿病性腎症重症化予防

(1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び沖縄県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表27に沿って実施する。

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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 27】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 28)

【図表 28】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

与那原町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

※H29 年度は集団健診において微量アルブミン尿検査を 59 名に実施

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 29)

与那原町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 49 人(43%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 290 人中のうち、特定健診受診者が 65 人(22.4%・G)であったが、中断者は 0 人と全員が治療を継続していた。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 173 人(59.7%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 50 人中 9 人は治療中断であることが分かった。また、36 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 29 より与那原町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ・糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・49 人
- ・糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・9 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・65 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

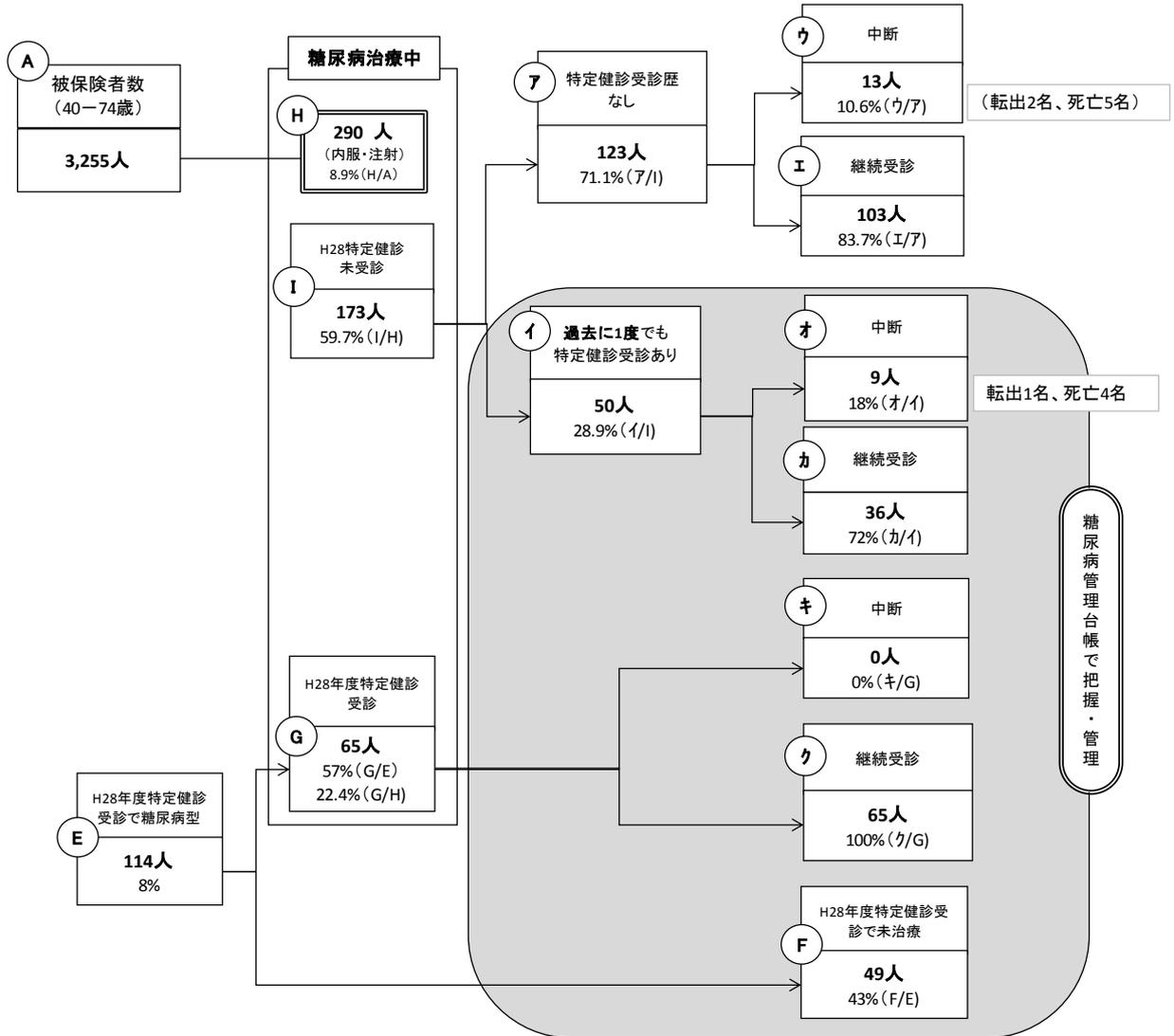
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・36 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

【図表 29】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者

H28年度



3) 対象者の進捗管理

糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。(H29 年度対象者 256 名)

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……58 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……65 人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。与那原町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 30)

【図表 30】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ </p> <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性) <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか?</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは?</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p><input type="checkbox"/> 食の資料 … 別資料</p>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>〔 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 〕</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、ご高診願いの発行や健診結果の意味を理解したうえで受診につなげる。必要時は同伴受診も行う。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県版病性腎症重症化予防プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門(福祉課)との連携

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

7) 評価

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率(アウトプット)
- イ. 医療機関受診率(アウトカム)
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数(アウトプット)

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率(アウトプット)
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較(アウトカム)
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

(2)中長期的評価

様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料 5)を用いて行っていく。

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3 月 事業評価

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。与那原町において健診受診者 1,385 人のうち心電図検査実施者は 36 人(2.6%)とかなり少ない状況である。そのうち ST 所見があったのは 6 人であった(図表 32)。ST 所見あり 6 人中要精査は 0 人であった。このことから、重症化予防のためにより多くの適切な対象に心電図検査を実施していく必要がある。平成 30 年度からは、詳細健診の条件が緩和され、当該年度の健診結果をもとに実施されるため、検査実施者が増え、ST 所見の早期発見につながるものと期待している。

与那原町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもある。虚血性心疾患の早期発見、重症化予防のためには、まず一人でも多く特定健診を受けていただき、リスクの保有状況によって、詳細健診や国保二次健診を勧めていくことが有効だと考える。

心電図検査結果

【図表 31】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)				他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1385	100	36	2.6	6	16.7	14	38.9	16	44.4

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 32】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
6	100	0		0		0	

② 虚血性心疾患のリスク因子からの把握

詳細健診による心電図検査を実施していない被保険者も多く、その場合は、虚血性心疾患のリスク保有状況から、対象者を抽出する。

健診から把握できる虚血性心疾患のリスク因子は、メタボリックシンドロームの有無、糖尿病、高血圧、高LDLコレステロール、慢性腎臓病(CKD)の有無である。CKDは末期腎不全の危険因子だけでなく、脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患の強い危険因子でもある。CKDの重症度に相関することから、重症度分類(ステージ)も加味しながら、虚血性心疾患の重症化予防対象者を把握していく必要がある。(図表 33)

虚血性心疾患のリスク因子からの把握(H28年度)

【図表 33】

リスク因子	対象	対象人数(人)
メタボリックシンドローム該当者	腹囲+血圧・血糖・脂質の2つ以上	239
糖尿病	HbA1c(NGSP)6.5%以上	91
高血圧	Ⅱ度以上160/100以上	36
高LDLコレステロール	180mg/dl以上	69
慢性腎臓病(CKD)	尿蛋白2+以上	19
	eGFR50未満(70歳以上40未満)	37

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 34 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 34】

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

①国保二次健診の対象者

特定保健指導に該当する65歳未満の者など、動脈硬化のリスクのある者(受診勧奨値を有する者、糖尿病の家族歴のある者、肥満など)

②国保二次健診の内容

75g糖負荷試験・頸動脈超音波検査・微量アルブミン尿検査(定量)・血圧脈波検査・心電図検査の5項目とする。※ただし、胃・十二指腸切除のある者や糖尿病を強く疑う者については、糖負荷試験は実施しない

参考:国保二次健診における心電図検査結果から

図35は特定健診受診者1,385人のうち、対象者に対し国保二次健診を実施した結果である。心電図検査を実施した者は27人(1.9%)と特定健診受診者全体からすると少ないが、そのうちST所見のあったのは10人(37.1%)と前述の詳細健診の結果よりも有所見率が高い。これは、肥満をはじめとした動脈硬化の促進リスクが重なる者は、虚血変化を示す率が高いことを示していると考えられる。また、10名中1名は要精査で、医療機関受診も確認できた(図表36)。

国保二次健診の心電図結果 【図表 35】

	健診受診者数(a)		国保二次健診心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1385	100	27	1.9	10	37.1	5	18.5	12	44.4

国保二次健診でST所見ありの医療機関受診状況 【図表 36】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
10	100	1	10	1	100	0	0

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(福祉課)との連携

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

6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

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

(2) 中・長期的評価

データヘルス計画の進捗状況確認時に、虚血性心疾患の患者数の減少にて評価

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5 月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳と健診結果共有ファイルに記載。記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 37、38)

【脳卒中の分類】

【図表 37】

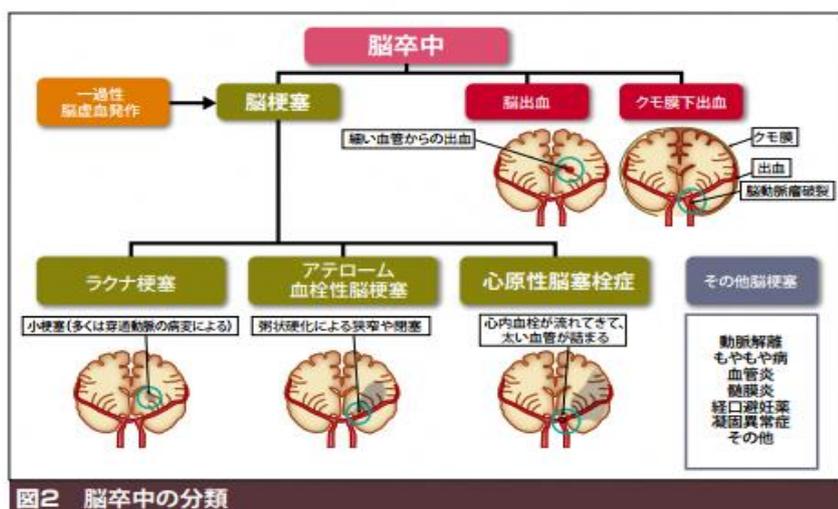


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 38】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 39 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 39】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○			
心原性脳梗塞	●				●		○	○			
脳出血	脳出血	●									
	くも膜下出血	●									
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病(CKD)		
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 1,385人		36人 2.6%	91人 6.6%	69人 5.0%	2人 0.1%	239人 17.3%	19人 1.4%	37人 2.7%			
治療なし		24人 2.6%	49人 3.9%	64人 5.6%	1人 0.1%	60人 7.3%	4人 0.5%	10人 1.2%			
治療あり		12人 2.7%	42人 38.5%	5人 2.1%	1人 0.2%	179人 31.1%	15人 2.6%	27人 4.7%			
臓器障害あり		1人 4.2%	5人 10.2%	5人 7.8%	1人 100.0%	6人 10.0%	4人 100.0%	10人 100.0%			
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人	3人	4人	0人	6人	4人	10人			
	尿蛋白(2+)以上	0人	0人	1人	0人	1人	4人	2人			
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	1人	1人	0人	2人	0人	1人			
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	2人	3人	0人	3人	2人	10人			
	心電図所見あり	0人	2人	1人	1人	0人	1人	0人			

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が36人(2.6%)であり、24人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(2.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も12人(2.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 40)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

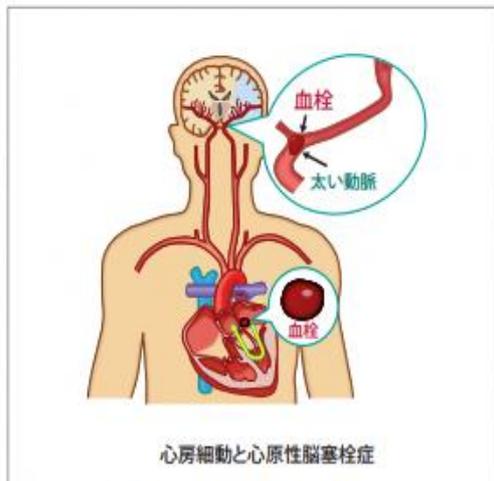
【図表 40】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)							低リスク群	中リスク群	高リスク群
	至適 血圧 ~119 /~79	正常 血圧 120~129 /80~84	正常高値 血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上				
	966	396	267	138	139	24	2	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	41.0%	27.6%	14.3%	14.4%	2.5%	0.2%	5	85	75	
	0.5%	8.8%	7.8%	5	3	0	5	3	0	
リスク第1層	156	95	34	19	5	3	0	5	3	0
	16.1%	24.0%	12.7%	13.8%	3.6%	12.5%	0.0%	100%	3.5%	0.0%
リスク第2層	523	203	152	72	82	12	2	--	82	14
	54.1%	51.3%	56.9%	52.2%	59.0%	50.0%	100.0%	--	96.5%	18.7%
リスク第3層	287	98	81	47	52	9	0	--	--	61
	29.7%	24.7%	30.3%	34.1%	37.4%	37.5%	0.0%	--	--	81.3%
再掲 重複あり	糖尿病	72	29	15	9	16	3	0		
	25.1%	29.6%	18.5%	19.1%	30.8%	33.3%	--			
	慢性腎臓病 (CKD)	127	46	35	19	20	7	0		
	44.3%	46.9%	43.2%	40.4%	38.5%	77.8%	--			
	3個以上の危険因子	155	46	48	27	29	5	0		
	54.0%	46.9%	59.3%	57.4%	55.8%	55.6%	--			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 40 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 41 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表 41】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	34	29	2	5.9	0	0.0	-	-
40歳代	10	4	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	6	5	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	13	13	1	7.7	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	5	7	1	20.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 42】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
2	100	0	0.0	2	100.0

心電図検査において2人が心房細動の所見であった。レセプトにて確認したところ、2人とも治療が開始されていた。うち1人は特定健診の心電図検査受けることで発見できた事例である。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60、70代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

現在地区担当において、受診勧奨や治療状況の確認などを行っているが、高血圧台帳は活用していない。今後はⅡ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨ができるよう、台帳の活用を検討していく。(参考資料 8)

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(福祉課)との連携

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

6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

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

(2) 中・長期的評価

データヘルス計画の進捗状況確認時に、虚血性心疾患の患者数の減少にて評価

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳と健診結果共有ファイルに記載。記載後順次、対象者へ介入(通年)

3. ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 43・44)

【図表 43】

保険者努力支援制度の視点で与那原町の社会保障費と予防・健康管理をみる

① 与那原町人口 19,161人
(国保被保険者 5,550人)

社会保障費 (H28年度)

医療費

KDBシステムより

●国保医療費 14億円 (1人あたり医療費/年27.1万円)

・予防可能な生活習慣病にかかる医療費

	患者割合
糖尿病	5,200万円(3.7%) 12.7%
高血圧	4,900万円(3.5%) 6.4%
慢性腎臓病	1億4,000万円(10%) 0.5%

(透析含む)

・人工透析の原因疾患

糖尿病による透析導入 48%

●後期高齢者医療費 15.6億円 (1人あたり医療費/年101.9万円)

介護費 10億円

KDBシステムより

・2号認定者(40~64歳)

32人 認定率 0.6%

※同規模認定率 0.4%

有病状況	40~64歳 (9号認定者)	65~74歳
心臓病	35.8% (11人)	29.3% (25人)
脳疾患	23.3% (8人)	18.7% (13人)
糖尿病	14.3% (4人)	18.2% (16人)

※予防可能な疾患が原因となっている

生活保護費 2.78億円

保険所概況(H27年度)・福祉保健所資料より

・生活保護率 (千人対) 20.8% (391人)

※沖縄県25% 全国平均17%

・医療扶助を受けている人の割合 74.4% (291人)

・再人工透析者数 7人 (医療扶助受給の2.4%)

重症化

② 保険者努力支援制度(H30~本格実施) 1,000億円

平成28年度前倒し分

与那原町 234点/345満点

全国順位 358位/1741市町村

県内順位 13位/41市町村

頂いたお金 296万円

1点あたりのお金1.2万円

評価指標	30年度		28年度前倒し分	
	満点	345点	与那原町	中城村
平成29、30年度				
特定健診受診率	50	20	10	0
特定健診指導実施率	50	20	20	10
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	50	20	0	15
糖尿病等重症化予防の取組	100			
・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携				
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携	(50)			
・専門職の取組、事業評価		40	40	0
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談	(25)			
・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価	(25)			
個人への分かりやすい情報提供	25	20	20	20
個人のインセンティブ提供	70			
個人へのポイント付与等取組、効果検証	(50)	20	0	20
・商工部局、商店街等との連携	(25)			
データヘルス計画の取組	40		10	10
・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)			
・第2期策定に当たり、現計画の定量評価	(35)			
関係部署、県、医師会等と連携				
がん検診受診率	30	10	10	10
がん検診受診率	25	10	0	0
糖尿病(病)検診実施状況	25	5	5	0
地域包括ケアの推進	25	5	5	0

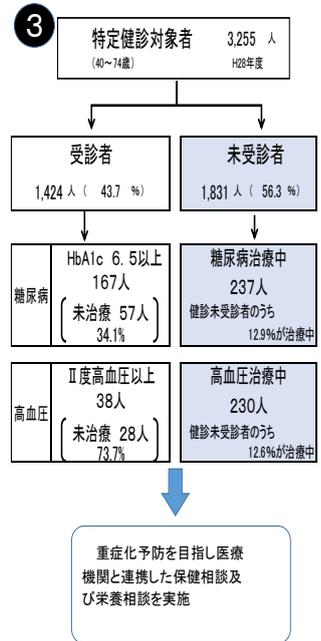
H28 保険者努力支援フォローアップ資料

① 市町村指標の都道府県単位評価	【200億円】	100
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組		
③ 都道府県の取組状況	【150億円】	未定
保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組		
② 医療費適正化のアウトカム評価	【150億円】	50
国保・年齢調整後1人あたり医療費		

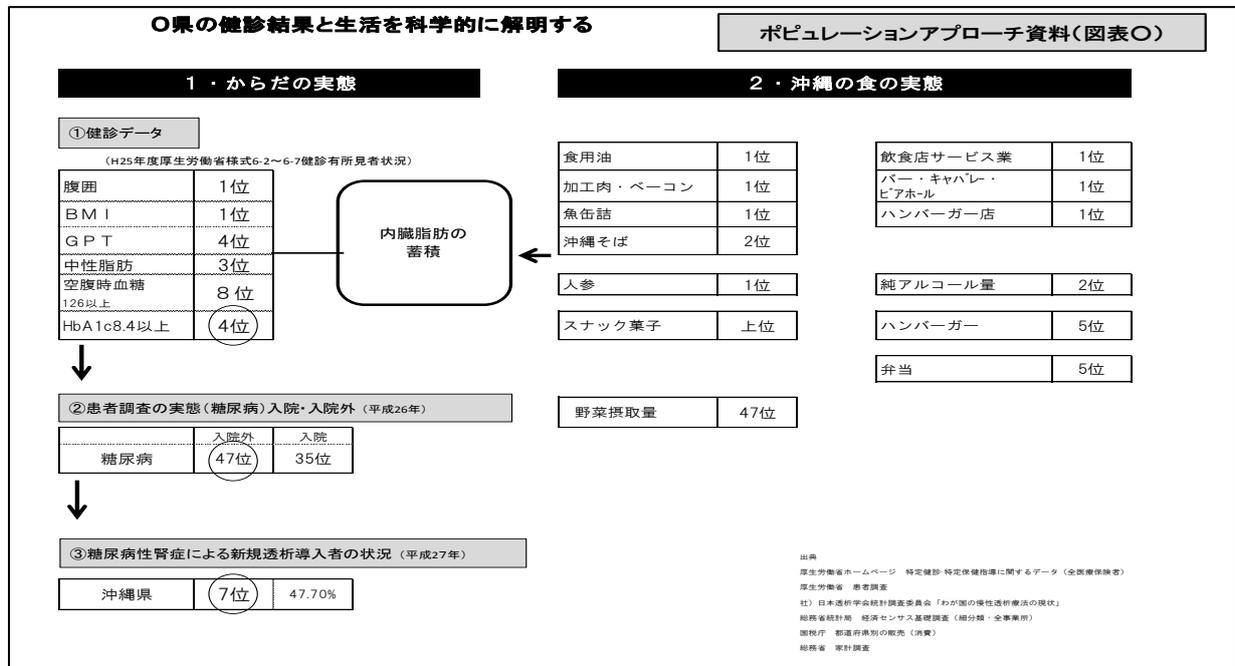
県内同規模
中城村
人口 2万人

(H30年度~)

【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定
(国保加入者の保険料に影響)



【図表 44】



第5章 地域包括ケアに係る取組

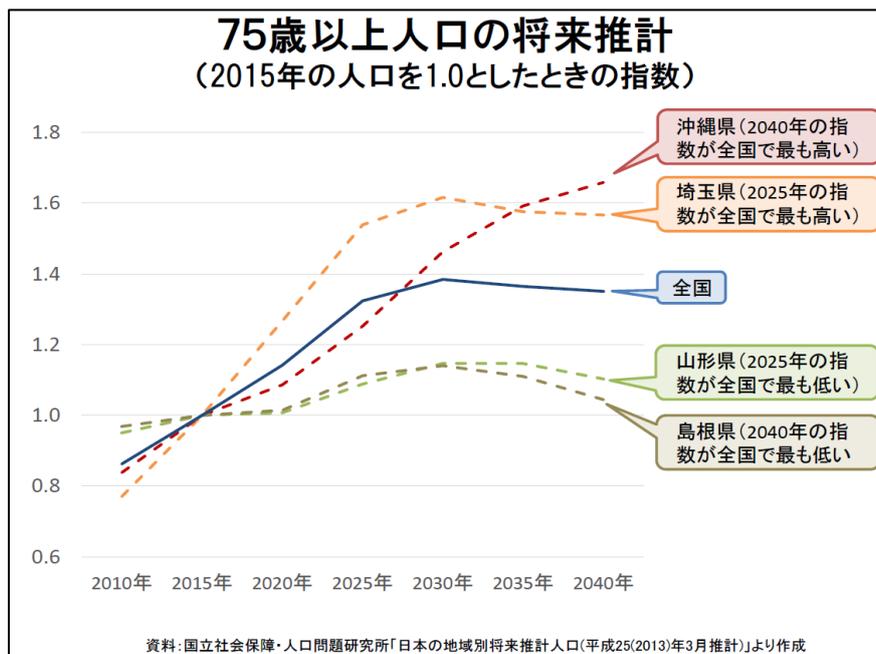
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表45)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 45】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

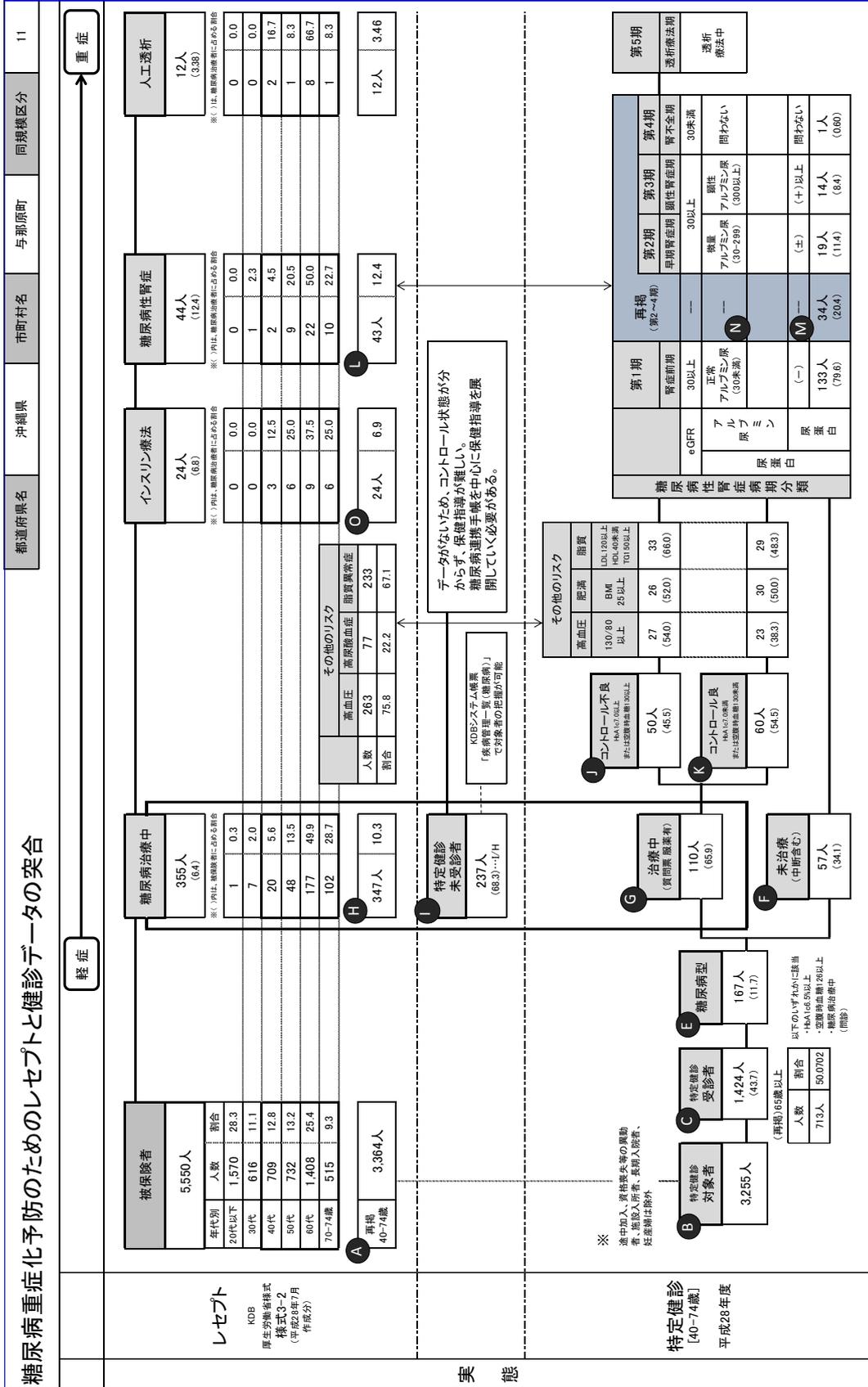
参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた与那原町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2

【参考資料1】

項目		保険者 H25		保険者 H28		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	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	16,247		18,126		2,213,234		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題
		65歳以上 (高齢化率)	2,732	16.8	3,358	18.5	623,636	28.2	239,486	17.4	29,020,766	23.2	
		75歳以上	1,349	8.3	1,667	9.2			119,934	8.7	13,989,864	11.2	
		65~74歳	1,383	8.5	1,691	9.3			119,552	8.7	15,030,902	12.0	
		40~64歳	5,128	31.6	5,714	31.5			448,207	32.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	8,387	51.6	9,054	50.0			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	1.8		1.8		12.2		5.4		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題
		第2次産業	16.4		16.4		27.7		15.4		25.2		
		第3次産業	81.8		81.8		60.1		79.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	80.0		80.0		79.3		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		87.5		87.5		86.3		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.1		65.0		65.1		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	67.0		67.0		66.8		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	96.9		101.6		103.9		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	86.1		81.6		102.0		87.5		100		
		女性	86.1		81.6		102.0		87.5		100		
	死因	がん	28	45.2	37	48.7	7,565	46.0	2,965	48.0	367,905	49.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		心臓病	22	35.5	13	17.1	4,757	29.0	1,600	25.9	160,768	26.5	
		脳疾患	8	12.9	16	21.1	2,675	16.3	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	1	1.3	338	2.1	187	3.0	13,658	1.8	
		腎不全	4	6.5	5	6.6	619	3.8	243	3.9	24,763	3.3	
		自殺	0	0.0	4	5.3	474	2.9	287	4.6	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	35	22.6	29	19.1							厚労省HP 人口動態調査
男性		26	30.2	20	23.8								
女性		9	13	9	13.2								
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	567	20.6	605	22.2	126,477	20.4	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	11	0.3	2	0.3	2,113	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
	② 有病状況	2号認定者	21	0.4	32	0.6	2,818	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		糖尿病	114	21.0	124	19.6	27,976	21.2	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	266	46.5	278	44.5	69,160	52.8	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	151	26.7	152	26.0	35,266	26.8	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	297	51.8	305	49.9	78,851	60.3	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	144	24.2	162	24.7	34,930	26.8	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	69	11.9	62	10.3	13,037	9.8	4,558	7.8	631,950	10.3	
	筋・骨格	287	50.7	270	45.8	67,521	51.7	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
精神	186	32.8	197	32.0	47,722	36.3	19,275	33.0	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	71,625		75,449		67,108		71,386		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	51,175		54,327		41,924		52,569		39,662			
	施設サービス	282,723		282,987		276,079		282,196		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	11,368	認定あり	10,815	認定あり	8,324	認定あり	9,703	認定あり	7,980	認定あり	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	医療費 (40歳以上)	4,599	認定なし	4,657	認定なし	3,994	認定なし	4,397	認定なし	3,816	認定なし		
4	① 国保の状況	被保険者数	5,806		5,350		574,796		444,291		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65~74歳	1,158	19.9	1,321	24.7			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
		40~64歳	2,178	37.5	1,971	36.8			168,937	38.0	10,946,712	33.6	
	39歳以下	2,470	42.5	2,058	38.5			171,906	38.7	9,179,541	28.2		
	加入率	35.7		32.9		26.0		32.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	173	0.3	94	0.2	8,255	0.3	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
		診療所数	11	1.9	11	2.1	1,295	2.3	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	170	29.3	170	31.8	22,850	39.8	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	35	6.0	38	7.1	2,887	5.0	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数	504.6		519.7		686.7		507.9		668.1		
入院患者数	20.1		21.7		22.1		20.0		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	21,060	県内21位 同規模118位	22,546	県内21位 同規模117位	26,719		22,111		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	受診率	524,695		541,388		708,781		527,86		686,286			
	外 費用の割合	52.2		51.6		57.8		52.4		60.1			
	来 件数の割合	96.2		96.0		96.9		96.2		97.4			
	入 費用の割合	47.8		48.4		42.2		47.6		39.9			
院 件数の割合	3.8		4.0		3.1		3.8		2.6				
1件あたり入院日数	16.3日		16.8日		16.6日		17.1日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費医療病名 (調剤含む)	がん	110,041,600	14.0	166,961,710	20.7	24.4	17.3	25.6	9.7	9.7	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)	122,241,450	15.6	140,939,390	17.5	9.4	16.0	9.7	9.7				
	糖尿病	59,224,340	7.5	52,809,230	6.5	10.2	7.0	8.6	16.9				
	高血圧症	70,618,940	9.0	49,956,820	6.2	9.0	6.3	15.2	15.2				
	精神	192,070,970	24.5	189,002,400	23.4	18.4	28.0	16.9	15.2				
筋・骨格	111,183,450	14.2	118,646,150	14.7	15.2	13.1	15.2	15.2					

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	624,783	8位	(17)	584,700	26位	(19)					KDB_NO.3 データからみる地域			
				高血圧	623,529	8位	(19)	622,131	15位	(21)								
				脂質異常症	563,457	20位	(19)	518,632	30位	(19)								
				脳血管疾患	716,069	8位	(23)	661,078	20位	(22)								
				心疾患	662,949	18位	(18)	577,673	34位	(18)								
				腎不全	904,379	9位	(19)	703,279	28位	(20)								
				精神	482,275	8位	(25)	480,225	21位	(25)								
				悪性新生物	655,298	24位	(15)	656,057	27位	(15)								
			入院の()内 は在院日数	糖尿病	39,910	16位		41,307	24位									
				高血圧	34,894	9位		36,678	7位									
			外来	脂質異常症	28,273	28位		31,451	20位									
				脳血管疾患	45,097	8位		44,295	11位									
				心疾患	56,270	21位		49,098	30位									
				腎不全	209,905	16位		200,460	21位									
				精神	34,843	20位		34,158	19位									
				悪性新生物	45,735	27位		55,440	26位									
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,732			1,594	3,095		1,919	2,346			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
健診未受診者				11,148			11,424	12,111	10,954	12,339								
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,959			6,549	8,344		6,836	6,742						
				健診未受診者	38,358			46,930	32,649		39,024	35,459						
	⑦	健診・レセ 突合	受診動向者	663	54.7	719	54.5	94,645	55.9	54,166	55.9	4,427,360	56.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
医療機関受診率				597	49.3	645	48.9	86,525	51.1	49,936	51.6	4,069,618	51.5					
医療機関非受診率				66	5.4	74	5.6	8,120	4.8	4,230	4.4	357,742	4.5					
5	①	特定健診の 状況	健診受診者	1,212		1,320		169,408		96,836		7,898,427			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				②	受診率	41.0	県内25位 同規模59位	37.0	県内30位 同規模89位	41.0	37.5	全国25位	36.4					
				③	特定保健指導終了者(実施率)	108	61.0	131	67.5	7801	37.5	7,845	50.6	198,683		21.1		
				④	非肥満高血糖	80	6.6	73	5.5	16,973	10.0	6,227	6.4	737,886		9.3		
				⑤	メタボ	該当者	223	18.4	227	17.2	29,846	17.6	21,916	22.6		1,365,855	17.3	
						男性	154	27.3	155	24.4	20,491	26.8	15,055	32.9		940,335	27.5	
				⑥	予備群	女性	69	10.6	72	10.5	9,355	10.1	6,861	13.4		425,520	9.5	
						男性	179	14.8	215	16.3	18,586	11.0	14,505	15.0		847,733	10.7	
				⑦	県内順位 順位総数42	メタボ	女性	115	20.4	152	24.0	12,858	16.8	9,655		21.1	588,308	17.2
							女性	64	9.9	63	9.2	5,728	6.2	4,850		9.5	259,425	5.8
				⑧	BMI	総数	465	38.4	520	39.4	54,260	32.0	41,588	42.9		2,490,581	31.5	
				⑨		男性	299	53.0	357	56.3	37,209	48.6	27,902	60.9		1,714,251	50.2	
				⑩		女性	166	25.6	163	23.8	17,051	18.4	13,686	26.8		776,330	17.3	
				⑪	BMI	総数	73	6.0	77	5.8	8,619	5.1	6,193	6.4		372,685	4.7	
				⑫		男性	14	2.5	11	1.7	1,455	1.9	901	2.0		59,615	1.7	
⑬		女性	59	9.1	66	9.6	7,164	7.7	5,292	10.4	313,070	7.0						
⑭	手 備 群 レ ベ ル	血糖のみ	8	0.7	12	0.9	1,182	0.7	913	0.9	52,296	0.7						
⑮		血圧のみ	132	10.9	150	11.4	12,869	7.6	10,137	10.5	587,214	7.4						
⑯		脂質のみ	39	3.2	53	4.0	4,535	2.7	3,455	3.6	208,214	2.6						
⑰		血糖・血圧	42	3.5	41	3.1	5,121	3.0	3,328	3.4	212,002	2.7						
⑱		血糖・脂質	14	1.2	16	1.2	1,656	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9						
⑲		血圧・脂質	109	9.0	109	8.3	13,983	8.3	10,556	10.9	663,512	8.4						
⑳		血糖・血圧・脂質	58	4.8	61	4.6	9,086	5.4	6,804	7.0	415,310	5.3						
6		①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	387	31.9	429	32.5	59,184	34.9	35,736	36.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
					糖尿病	98	8.1	105	8.0	13,759	8.1	8,886	9.2	589,711	7.5			
	脂質異常症				204	16.8	227	17.2	39,061	23.1	19,747	20.4	1,861,221	23.6				
	既往歴			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	49	5.5	39	3.8	5,170	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	39	4.4	53	4.8	9,674	6.0	3,985	4.5	417,378	5.5				
				腎不全	4	0.4	10	0.9	786	0.5	477	0.5	39,184	0.5				
	喫煙			貧血	93	8.1	87	6.8	13,913	8.7	5,051	6.2	761,573	10.2				
				週3回以上朝食を抜く	205	16.9	210	15.9	23,954	14.1	14,476	14.9	1,122,649	14.2				
				週3回以上食後間食	69	14.6	165	15.7	10,390	7.0	10,244	18.2	585,344	8.7				
				週3回以上就寝前夕食	57	12.0	153	14.5	19,183	12.8	9,397	16.7	803,966	11.9				
				食べる速度が遅い	117	24.6	252	23.9	23,753	15.9	13,503	23.9	1,054,516	15.5				
				20歳時体重から10kg以上増加	148	31.2	302	28.5	41,061	27.5	17,001	31.4	1,755,597	26.0				
				1日30分以上運動習慣なし	253	39.5	238	42.4	47,866	32.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1				
				1日1時間以上運動なし	280	57.4	621	57.4	93,973	62.8	32,954	57.5	4,026,105	58.8				
睡眠不足		233	49.1	309	55.3	70,866	47.6	27,541	49.9	3,209,187	47.0							
毎日飲酒		112	23.7	137	24.7	37,567	25.3	16,386	30.1	1,698,104	25.1							
時々飲酒		205	18.9	254	20.7	40,675	25.3	14,259	22.1	1,886,293	25.6							
1合未満	290	26.7	318	26.0	32,629	20.3	18,519	28.7	1,628,466	22.1								
1~2合	330	59.1	384	55.2	65,096	62.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0								
2~3合	135	24.2	200	28.7	26,275	25.0	12,695	28.7	1,245,341	23.9								
3合以上	75	13.4	87	12.5	10,712	10.2	5,994	13.5	486,491	9.3								
⑲		18	3.2	25	3.6	2,960	2.8	3,385	7.6	142,733	2.7							



【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年度計画

H 29 年度

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門医との連携										
結果把握	<p>糖尿病管理台帳の全数(A + B) (257)人</p> <p>① A 健診未受診者 (114)人</p> <table border="1"> <caption>結果把握(内訳)</caption> <tr><td>①国保(生保)</td><td>(198)人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>(30)人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>(12)人</td></tr> <tr><td>④性差異動(死亡・転出)</td><td>(17)人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>(0)人</td></tr> </table> <p>② ①-1未治療者(中断者含む) ()人</p> <p><small>*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</small></p>	①国保(生保)	(198)人	②後期高齢者	(30)人	③他保険	(12)人	④性差異動(死亡・転出)	(17)人	⑤確認できず	(0)人	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん </div> <p>3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認</p> <p>4.結果から動く ○経年数で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導</p>	<p>後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
	①国保(生保)	(198)人											
②後期高齢者	(30)人												
③他保険	(12)人												
④性差異動(死亡・転出)	(17)人												
⑤確認できず	(0)人												
保健指導の優先づけ	<p>① HbA1cが悪化している (42)人</p> <p><small>7.0以上でコントロール不良者をカウント</small></p> <p><small>例) HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</small></p> <p>② 蛋白尿 (-) (50)人 (±) (28)人 (+) ~ 顕性腎症 (32)人</p> <p><small>台帳登録してから1度でもあればカウント</small></p> <p>③ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (4)人 1年で5ml/分以上低下 (29)人</p>												

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者		データ元		
		H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 被保険者数	A	92,018人							KDB厚生労働省様式3-2		
	(再掲)40才-74歳		57,492人									
2	① 特定健診	B								あなみツール ②.1集計ツール .2017.7(DM腎症 (レセ×健診))		
	② 健診対象者数		57,492人									
	③ 健診受診者数	C	19,424人									
	③ 健診受診率		33.8%									
3	① 特定保健指導									市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書		
	② 保健指導対象者数		2,816人									
	② 実施率		47.9%									
4	健診データ									特定健診結果		
	① 糖尿病型	E	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人		%	
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	925人	38.0%	人	%	人	%	人		%	
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人		%	
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	879人	58.3%	人	%	人	%	人		%	
			⑤ 血圧 130/80以上	503人	57.2%	人	%	人	%		人	%
			⑥ 肥満 BMI25.0以上	517人	58.8%	人	%	人	%		人	%
	⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	632人	41.9%	人	%	人	%	人		%	
	⑧ 糖尿病病期分類	M										
	⑨ 尿蛋白(-) 第1期		1,660人	68.2%	人	%	人	%	人		%	
	⑩ (±) 第2期		373人	15.3%	人	%	人	%	人		%	
⑪ (+)以上 第3期	375人		15.4%	人	%	人	%	人	%			
⑪ eGFR(30未満) 第4期		28人	1.2%	人	%	人	%	人	%			
5	レセプト									KDB厚生労働省様式3-2		
	① 糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%	人		%	
	② 入院外		人	%	人	%	人	%	人		%	
	③ 入院		人	%	人	%	人	%	人		%	
	④ 糖尿病治療中	H	6,209人	6.7%	人	%	人	%	人		%	
	⑤ (再掲)40才-74才		6,071人	10.6%	人	%	人	%	人		%	
	⑥ 健診未受診者	I	4,562人	75.1%	人	%	人	%	人		%	
	⑦ 糖尿病性腎症	L	560人	9.0%	人	%	人	%	人		%	
	⑧ (再掲)40才-74才		553人	9.1%	人	%	人	%	人		%	
	⑨ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		215人	3.5%	人	%	人	%	人		%	
	⑩ (再掲)40才-74才		213人	3.5%	人	%	人	%	人		%	
	⑪ 新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人		%	
	⑫ (再掲)糖尿病性腎症											
⑬ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		170人	2.3%									
6	① 医療費	総医療費	a	257.4億円		億円		億円		億円	KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題 同規模保険者比較	
	②	生活習慣病総医療費	b	144.7億円		円		円		円		
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	56.2%								
	④	生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者		5,925円							
			健診未受診者		38,754円		円		円			
	⑤	糖尿病医療費	c	8.9億円		円		円		円		
	⑥	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	6.2%		%		%		%		
	⑦	糖尿病入院外総医療費		34.6億円		円		円		円		
	⑧	1件当たり		41,908円		円		円		円		
	⑨	糖尿病入院総医療費		25.1億円		円		円		円		
	⑩	1件当たり		632,202円		円		円		円		
	⑪	在院日数		18日		日		日		日		
	⑫	慢性腎不全医療費										
	⑬	透析有り		23.6億円		円		円		円		
	⑭	透析なし		0.98億円		円		円		円		
⑮												
7	① 介護	介護給付費		217億円		円		円		円	KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況	
	② (再掲)2号認定者の有所見											
	② 糖尿病合併症			12.7%		%		%		%		
8	① 死亡	死因別死亡者数									KDB 地域の全体像の把握	
		糖尿病		28人	2.1%	人		人		人		

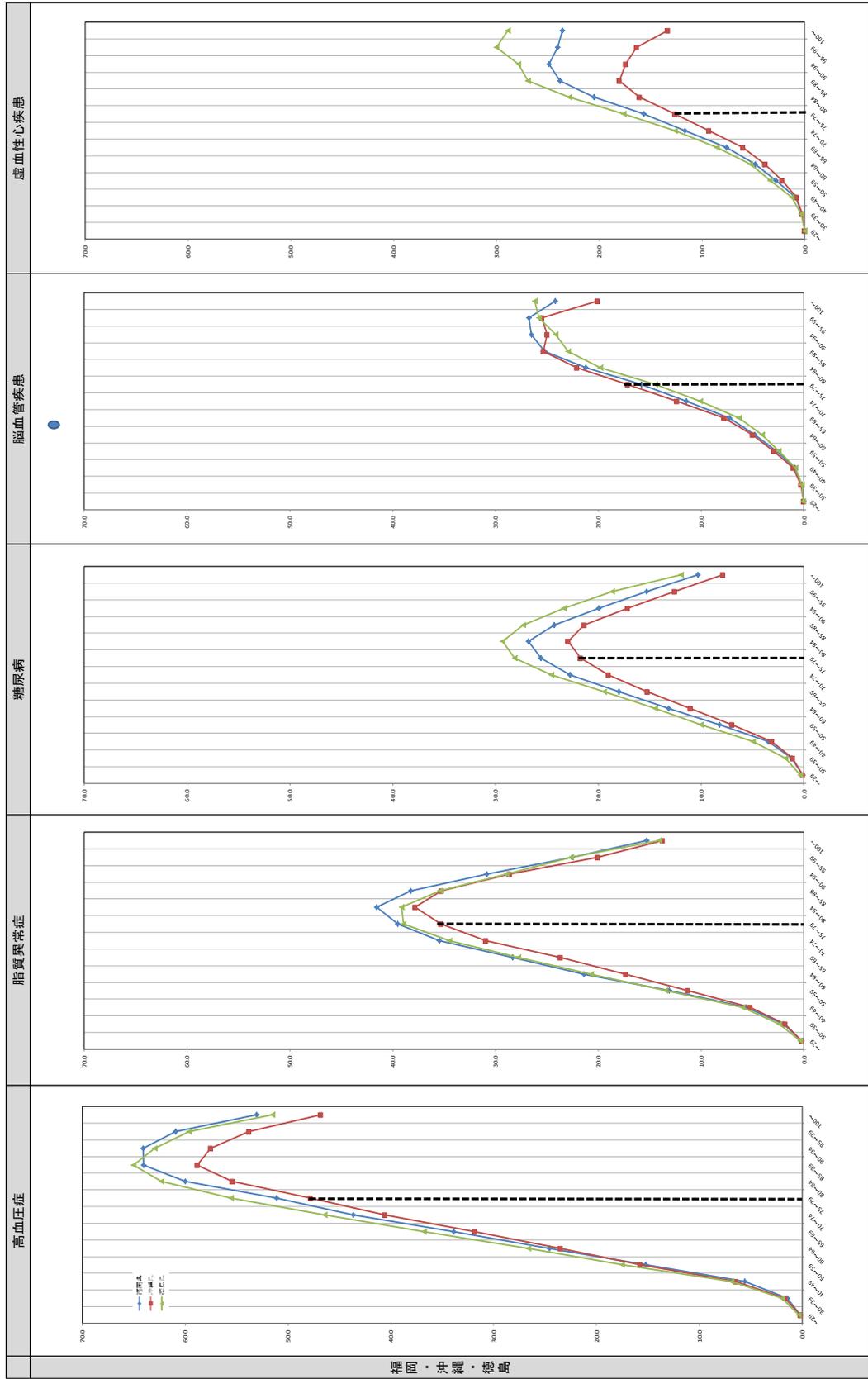
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
		<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑤ 重症化予防対象者 ⑥ 発症予防対象者		
	判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～
拡張期		～84	85～89	90～		
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム、平成29年7月作成分)



福岡・沖縄・徳島

評価(良くなったところ)			
①平成28年度 残っている課題を公表、やってくる実践事項を振り返りみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施)	③アウトカム (結果)	④ストラテジャー (構造)
<p>目標</p> <p>○特定種別診療率 H22年度4.4% H23年度4.0% H24年度目標5.8% ○健康推進率 H22年度57.5% H23年度59.6% ○健康推進率の改善目標 H22年度59.6% H23年度60.7% ○健康推進率の改善目標 H22年度59.6% H23年度60.7% ○健康推進率の改善目標 H22年度59.6% H23年度60.7% ○健康推進率の改善目標 H22年度59.6% H23年度60.7%</p>	<p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれと計画を立案し、目標、事業の仕組みや中身を協議する。 ○成人担当で共通課題を取り、他スタッフへ伝達する。その課題共有ができるよう文書等でも周知、その相違点について確認を促す。 ○成人担当で共通課題を取り、他スタッフへ伝達する。その課題共有ができるよう文書等でも周知、その相違点について確認を促す。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・未受診者対策は、健康推進率の向上のため、受診者に対する健康指導等を実施し、それによって受診率を向上させる。 ・一件毎に健康指導し、H22年度30名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・日中連絡が取れない人は、対面での訪問訪問を行い、健康指導を行った。 ・未受診の方に、電話での健康指導を行う。 ・健康推進率を向上させる。 ・健康推進率を向上させる。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>○医師・看護師 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>	<p>⑤残っている課題</p>
<p>全体</p> <p>○健康推進率の向上のため、病棟中で健康増進事業を実施し、それによって健康増進率を向上させる。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・未受診者対策は、健康推進率の向上のため、受診者に対する健康指導等を実施し、それによって受診率を向上させる。 ・一件毎に健康指導し、H22年度30名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・日中連絡が取れない人は、対面での訪問訪問を行い、健康指導を行った。 ・未受診の方に、電話での健康指導を行う。 ・健康推進率を向上させる。 ・健康推進率を向上させる。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医師・看護師 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○医師・看護師 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>	
<p>重症化予防対策</p> <p>○健康増進率の向上のため、病棟中で健康増進事業を実施し、それによって健康増進率を向上させる。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○健康増進率の向上のため、病棟中で健康増進事業を実施し、それによって健康増進率を向上させる。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○健康増進率の向上のため、病棟中で健康増進事業を実施し、それによって健康増進率を向上させる。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>	<p>重症化予防対策</p> <p>○健康増進率の向上のため、病棟中で健康増進事業を実施し、それによって健康増進率を向上させる。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。 ・H22年度23名、H23年度25名、H24年度20名に健康指導を行った。</p>

平成29年度に向けての全体評価		評価(良くなったところ)		
<p>課題・目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標46% ○特定保健指導実施率 H29年度目標65% ○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD) ○心血管性心疾患・脳血管疾患・糖尿病発症を減少することを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して疾患それぞれ5%減少させる。 ○医療費の伸びを抑える</p> <p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い。 ◆受診動向の対象者、アプローチャ方法等検討。(地区台帳の活用等) ◆医療機関の協力等による取り組み ◆糖尿病台帳記載者、糖尿病治療中断者への受診勧奨(アルプス/原核基実施) ◆対象者の選定、詳細方法等検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◆PDCAサイクルからの計画を立案する。 ◆対象者、方法等の検討。 ◆地区台帳の検討。 ◆訪問、事業の検討。 ◆詳細目標の検討。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>◆糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施に向けて個々の医療機関との具体的な連携の構築が必要。 ◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれ関係の中で、医療機関とのつながりを強めていく。</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 ・未受診者対策は健診推進の受診勧奨と保健指導実施者の継続受診対策をそれぞれ行っていた。受診率向上のため、受診勧奨員も地区担当制とし、様式10で受診勧奨の対応を振り分け効率的に受診勧奨を行う。 ・40歳未満の方に電話・はがき等で受診勧奨を行う。 ・日中業務が取れない人に夜間電話での受診勧奨を行う。 ・未受診の方に治療中の割合が多いため、医療機関へ受診勧奨の依頼を行う。 ・未受診者対策を効果的にするために、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。 ・糖尿病管理台帳等を活用することで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・一般健診の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、若い世代からの生活習慣改善への取り組みが重要。 ・オビエーション対象者を住民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>・糖尿病管理台帳を基に受診勧奨から、健診結果をもとに体の状態と生活習慣の関係についての指導、糖尿病指導手帳を用いた医療機関との連携を行う。 ・様式10のN Kの対象については、評価を置き、その分重症化予防に時間をかけるようにする。 ・保健指導の標準化は十分でない、個々の数値に合わせた対応が必要。 ・2か月訪問時に面談に対し健診の受診勧奨を行う特に妊婦高血圧症候群、妊婦糖尿病既往の方に必要とする。 ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の更化等から優先順位をみていく必要がある。そのために、現在、作成、整理している糖尿病管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 ・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながると思う。 ・重症化予防対策を評価していく指導の検討が必要。 ・若年者、他保険からの関係加入者に重症化予防の必要な人がある。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチャについて(健診結果の悪い状態まま、悪化して関係へ加入してくる？働きなくなつてから等…)。医療費抑制等考えたり、市民の幸せといふことを考えると…)の対策は必要。他保険者であっても、健診結果を待たず、保健指導を希望される方には実施していく。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>・市内医療機関の医師より事例検討会の提案があった。試験的実施として、事例を通して医療機関連携しながら、重症化予防実施の検討を行う。 ・未受診者対策は、地域の医療機関の協力を得ていくことが必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。</p>	<p>②アクトブット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関説明会実施状況 ○未受診者訪問実施状況 ○オビエーション実施状況</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標46%達成状況 ○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況 ○個々の医療機関アプローチャ後受診者数等 ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <p>○業務分任、未受診者対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取組が併行して考えられない。また、計画立案、評価実施しているが、各担当での共通認識が十分図れていない。 ○重症化予防対策を個別進んでいく上で、事業工の役割は重要である。 ○受診勧奨の時間的では、アプローチャにも余りないが、その後のフォローアップも必要。 ○個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつの事例を通して連携を積み重ねていくようにする。(いろんな医療機関との間わりを活用していく。)</p>