

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

令和5年 4月 栗国村

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
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	10
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	23
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	29
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第5章 地域包括ケアに係る取組	48

第6章 計画の評価・見直し	49
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
参考資料	53

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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（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。

栗国村においては、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を図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

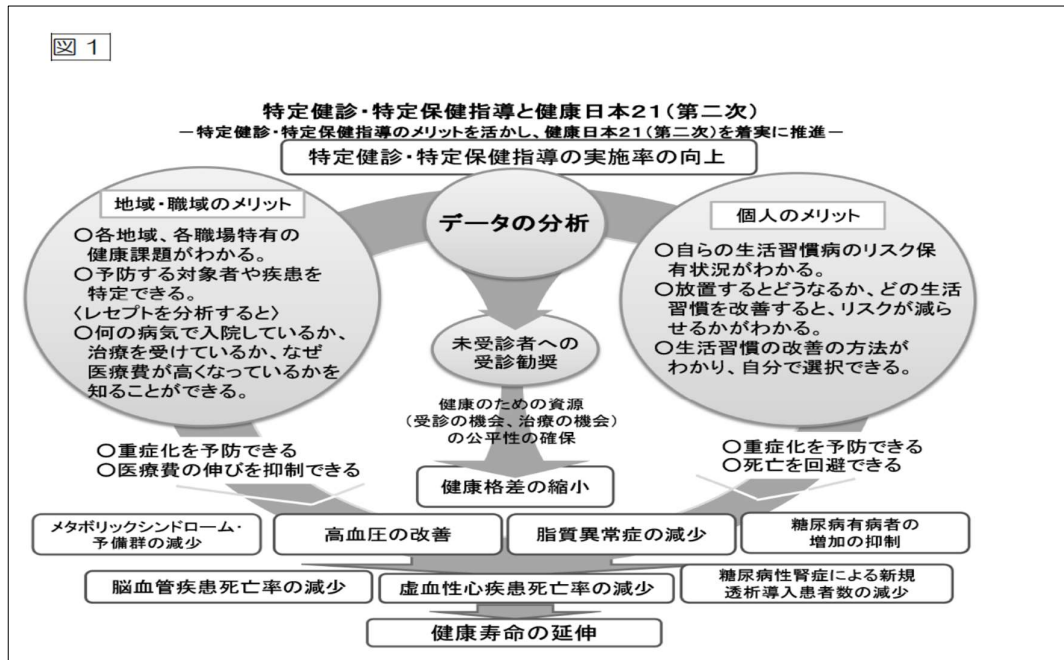
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

【図表 1】

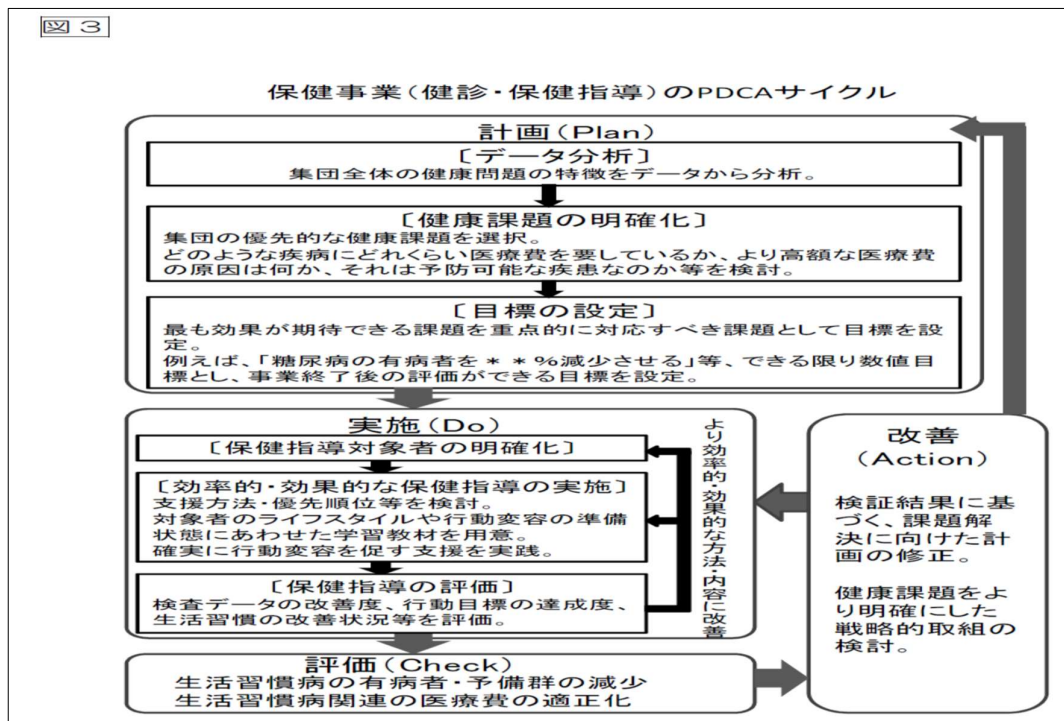
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 <u>医療費適正化推進法</u>	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第92条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成26年告示 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成26年告示 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成26年告示 「国民健康保険法に基づき保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成26年告示 介護保険事業にも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26年告示 医療費適正化に関する指針（について基本指針）【全部改正】	厚生労働省 健康局 平成26年告示 医療提供体制の確保に関する基本指針
視覚・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質の高い健康寿命の実現に向けて、生活習慣病の予防や生活習慣病の予防と並行して、社会生活や労働環境の改善を目的とした健康増進活動の推進を図る。その結果、社会参加が促進され、健康寿命の延伸を図ることが期待される。特定健康診査は、国民の健康の保持増進に資する重要な手段として、自治体の活動の中心として実施され、生活習慣病を予防するための効果的な手段として活用される。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸が最大の期待され、健康寿命を伸ばすことができ、さらには生活習慣病の予防と並行して、社会生活や労働環境の改善を図ることが期待される。特定健康診査は、国民の健康の保持増進に資する重要な手段として、自治体の活動の中心として実施され、生活習慣病を予防するための効果的な手段として活用される。	生活習慣の改善による健康寿命の延伸が最大の期待され、健康寿命を伸ばすことができ、さらには生活習慣病の予防と並行して、社会生活や労働環境の改善を図ることが期待される。特定健康診査は、国民の健康の保持増進に資する重要な手段として、自治体の活動の中心として実施され、生活習慣病を予防するための効果的な手段として活用される。	高齢者がその有する能力に即して自立した日常生活を送ることができるよう支援すること、要介護状態または要支援状態となること、介護状態となること、認知症の発症防止等を目的として、生活習慣病の予防や生活習慣病の予防と並行して、社会生活や労働環境の改善を図ることが期待される。特定健康診査は、国民の健康の保持増進に資する重要な手段として、自治体の活動の中心として実施され、生活習慣病を予防するための効果的な手段として活用される。	国民健康保険法に基づき、国民の健康の増進を図るとともに、国民の健康の保持増進に資する重要な手段として、自治体の活動の中心として実施され、生活習慣病を予防するための効果的な手段として活用される。	医療機関の機能分化・連携を推進することを通じて、高齢者が安心して暮らせるような医療の実現を図るとともに、国民健康保険法に基づき、国民の健康の増進を図るとともに、国民の健康の保持増進に資する重要な手段として、自治体の活動の中心として実施され、生活習慣病を予防するための効果的な手段として活用される。
対象年齢	ライフステージ（ <u>特別期</u> 、 <u>現役期</u> 、 <u>高齢期</u> ）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える世代（若年層・壮年層・小児期からの生活習慣病予防）	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 60～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病 脂質異常症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 肥満 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
詳細	注35項目中 特定健診に関する項目は15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の本邦発症状況 ②がん発症（特定健診等によるがん検出率向上による発症人数増加） ③慢性閉塞性肺疾患 ④糖尿病 ⑤メタボリックシンドローム ⑥認知症 ⑦ロコモティブシンドローム ⑧メンタルヘルス ⑨特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑩特定健康診査の受診率 ⑪特定健康診査の実施率 ⑫特定健康診査の実施率 ⑬特定健康診査の実施率 ⑭特定健康診査の実施率 ⑮特定健康診査の実施率 ⑯特定健康診査の実施率 ⑰特定健康診査の実施率 ⑱特定健康診査の実施率 ⑲特定健康診査の実施率 ⑳特定健康診査の実施率	①特定健康診査 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用し、費用対効果の観点も考慮 (1) 生活習慣病の予防・健康増進の推進等 (2) 特定健康診査等の実施率 (3) 医療費等 ④特定健康診査 ⑤特定保健指導実施率 ⑥特定健康診査の実施率 ⑦特定健康診査の実施率 ⑧特定健康診査の実施率 ⑨特定健康診査の実施率 ⑩特定健康診査の実施率 ⑪特定健康診査の実施率 ⑫特定健康診査の実施率 ⑬特定健康診査の実施率 ⑭特定健康診査の実施率 ⑮特定健康診査の実施率 ⑯特定健康診査の実施率 ⑰特定健康診査の実施率 ⑱特定健康診査の実施率 ⑲特定健康診査の実施率 ⑳特定健康診査の実施率 ㉑特定健康診査の実施率 ㉒特定健康診査の実施率 ㉓特定健康診査の実施率 ㉔特定健康診査の実施率 ㉕特定健康診査の実施率 ㉖特定健康診査の実施率 ㉗特定健康診査の実施率 ㉘特定健康診査の実施率 ㉙特定健康診査の実施率 ㉚特定健康診査の実施率 ㉛特定健康診査の実施率 ㉜特定健康診査の実施率 ㉝特定健康診査の実施率 ㉞特定健康診査の実施率 ㉟特定健康診査の実施率 ㊱特定健康診査の実施率 ㊲特定健康診査の実施率 ㊳特定健康診査の実施率 ㊴特定健康診査の実施率 ㊵特定健康診査の実施率 ㊶特定健康診査の実施率 ㊷特定健康診査の実施率 ㊸特定健康診査の実施率 ㊹特定健康診査の実施率 ㊺特定健康診査の実施率 ㊻特定健康診査の実施率 ㊼特定健康診査の実施率 ㊽特定健康診査の実施率 ㊾特定健康診査の実施率 ㊿特定健康診査の実施率	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付の適正化	①医療費適正化の推進 ②医療費適正化の推進 ③医療費適正化の推進 ④医療費適正化の推進 ⑤医療費適正化の推進 ⑥医療費適正化の推進 ⑦医療費適正化の推進 ⑧医療費適正化の推進 ⑨医療費適正化の推進 ⑩医療費適正化の推進 ⑪医療費適正化の推進 ⑫医療費適正化の推進 ⑬医療費適正化の推進 ⑭医療費適正化の推進 ⑮医療費適正化の推進 ⑯医療費適正化の推進 ⑰医療費適正化の推進 ⑱医療費適正化の推進 ⑲医療費適正化の推進 ⑳医療費適正化の推進 ㉑医療費適正化の推進 ㉒医療費適正化の推進 ㉓医療費適正化の推進 ㉔医療費適正化の推進 ㉕医療費適正化の推進 ㉖医療費適正化の推進 ㉗医療費適正化の推進 ㉘医療費適正化の推進 ㉙医療費適正化の推進 ㉚医療費適正化の推進 ㉛医療費適正化の推進 ㉜医療費適正化の推進 ㉝医療費適正化の推進 ㉞医療費適正化の推進 ㉟医療費適正化の推進 ㊱医療費適正化の推進 ㊲医療費適正化の推進 ㊳医療費適正化の推進 ㊴医療費適正化の推進 ㊵医療費適正化の推進 ㊶医療費適正化の推進 ㊷医療費適正化の推進 ㊸医療費適正化の推進 ㊹医療費適正化の推進 ㊺医療費適正化の推進 ㊻医療費適正化の推進 ㊼医療費適正化の推進 ㊽医療費適正化の推進 ㊾医療費適正化の推進 ㊿医療費適正化の推進	①疾病-5事業 ②在宅医療連携体制 ③在宅医療連携体制 ④在宅医療連携体制 ⑤在宅医療連携体制 ⑥在宅医療連携体制 ⑦在宅医療連携体制 ⑧在宅医療連携体制 ⑨在宅医療連携体制 ⑩在宅医療連携体制 ⑪在宅医療連携体制 ⑫在宅医療連携体制 ⑬在宅医療連携体制 ⑭在宅医療連携体制 ⑮在宅医療連携体制 ⑯在宅医療連携体制 ⑰在宅医療連携体制 ⑱在宅医療連携体制 ⑲在宅医療連携体制 ⑳在宅医療連携体制 ㉑在宅医療連携体制 ㉒在宅医療連携体制 ㉓在宅医療連携体制 ㉔在宅医療連携体制 ㉕在宅医療連携体制 ㉖在宅医療連携体制 ㉗在宅医療連携体制 ㉘在宅医療連携体制 ㉙在宅医療連携体制 ㉚在宅医療連携体制 ㉛在宅医療連携体制 ㉜在宅医療連携体制 ㉝在宅医療連携体制 ㉞在宅医療連携体制 ㉟在宅医療連携体制 ㊱在宅医療連携体制 ㊲在宅医療連携体制 ㊳在宅医療連携体制 ㊴在宅医療連携体制 ㊵在宅医療連携体制 ㊶在宅医療連携体制 ㊷在宅医療連携体制 ㊸在宅医療連携体制 ㊹在宅医療連携体制 ㊺在宅医療連携体制 ㊻在宅医療連携体制 ㊼在宅医療連携体制 ㊽在宅医療連携体制 ㊾在宅医療連携体制 ㊿在宅医療連携体制
その他		健康増進法に基づき「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 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

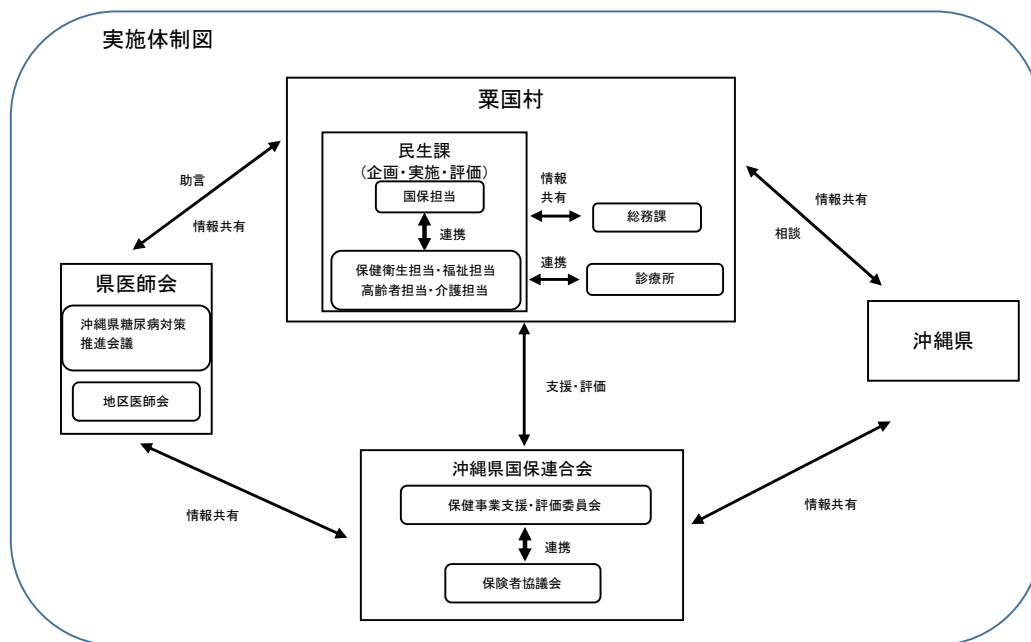
1) 実施主体関係部の役割

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

具体的には、診療所、国民健康保険係、後期高齢者医療係、保健衛生係、介護保険係、障害者福祉係等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）

【図表4】



2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成 30 年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

4. 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)

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28年度		H29年度		H30年度	
		栗国村の得点	国の配点	栗国村の得点	国の配点	栗国村の得点	国の配点
総得点(満点)		159	345	216	580	298	850
交付額(万円)		7.3				20	
全国順位(1,741市町村中)		1489					
共通 ①	特定健診受診率	10	20	10	35	20	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	35	50	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20	0	35	0	50
共通 ②	がん検診受診率	5	10	10	20	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	10	15	15	25	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	40	0	70	0	100
	データヘルス計画策定状況	10	10	30	30	0	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	3	20	0	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	20	0	45	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	10	0	15	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	15	7	25	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	15	0	30	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10	40	20	70	75	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	5	0	15	0	25
	第三者求償の取組の実施状況	4	10	4	30	5	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					3	50
体制構築加点		70	70	70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。

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

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について平成28年度の介護給付費が約1600万円減少しているものの、同規模平均の1件当たり給付金に比べて高い水準となっている。施設サービスの割合が高い傾向も変わらずみられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	栗国村				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	1億6942	135,213	42,766	306,031	75,804	40,098	279,554
平成28年度	1億5336	122,789	44,294	291,871	73,752	39,649	273,932

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化については、同規模と比較しても全体的に減少しており、特に入院費の大幅な減少が総医療費 33.3%、1人当たりの医療費 18%の削減につながっている。

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	
				栗国村	同規模			栗国村	同規模			栗国村	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	60,025,840				33,045,970				26,979,870			
	H28年度	40,045,800	-19,980,040	-33.3	-2.4	18,790,230	-14,255,740	-43.1	-2.7	21,255,570	-5,724,300	-21.2	-2.2
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	19,690				10,840				8,850			
	H28年度	16,150	-3,540	-18.0	5.8	7,580	-3,260	-30.1	5.5	8,570	-280	-3.2	6.2

※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）

中長期目標疾患である慢性腎不全・脳血管疾患、心疾患にかかる医療費は平成 25 年と比べて減少している。しかし、疾患別に見ると、脳血管疾患と心疾患においては医療費の増加がみられる。

短期目標疾患においては糖尿病、高血圧にかかる医療費は減少しているが、脂質異常症は増加している。一人当たりの医療費は沖縄県や国と比べると医療費は低くはなっているが、平成 25 年度と比べると順位は下がっている。

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	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内							慢性腎不全(透析有)					
H25 栗国村	60,025,840	19,687	211位	25位	0.00%	0.77%	2.26%	0.98%	4.52%	8.47%	2.15%	11,494,820	19.15%	7.78%	23.26%	3.51%
	40,045,800	16,148	240位	39位	0.00%	0.00%	8.85%	1.19%	3.89%	7.34%	2.74%	9,614,320	24.01%	3.23%	14.53%	12.54%
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%
	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(傷病(調剤含む))による分類結果

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

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

疾患別に見てみると、虚血性心疾患は平成 25 年と比較し、人数が増加しており、基礎疾患の高血圧、糖尿病、脂質異常症の 3 疾患の割合も増加している。脳血管疾患の患者数は平成 25 年と比較し、減少しているが、基礎疾患の糖尿病、脂質異常症の割合が増加している。虚血性心疾患や脳血管疾患を患っている人は高血圧、糖尿病、脂質異常症の 3 疾患を基礎疾患に持つ割合が増加していることから、それらの重症化予防の取り組みが重要である。

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								
H25	全体	258	7	2.7	1	14.3	0	0.0	6	85.7	4	57.1	6	85.7	
	64歳以下	203	4	2.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0	2	50.0	3	75.0	
	65歳以上	55	3	5.5	0	0.0	0	0.0	2	66.7	2	66.7	3	100.0	
H28	全体	208	8	3.8	1	12.5	0	0.0	8	100.0	5	62.5	7	87.5	
	64歳以下	145	3	2.1	1	33.3	0	0.0	3	100.0	1	33.3	3	100.0	
	65歳以上	63	5	7.9	0	0.0	0	0.0	5	100.0	4	80.0	4	80.0	

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								
H25	全体	258	12	4.7	1	8.3	0	0.0	11	91.7	0	0.0	1	8.3	
	64歳以下	203	4	2.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0	1	25.0	
	65歳以上	55	8	14.5	0	0.0	0	0.0	7	87.5	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	208	9	4.3	1	11.1	0	0.0	9	100.0	1	11.1	5	55.6	
	64歳以下	145	3	2.1	1	33.3	0	0.0	3	100.0	0	0.0	2	66.7	
	65歳以上	63	6	9.5	0	0.0	0	0.0	6	100.0	1	16.7	3	50.0	

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								
H25	全体	258	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
	64歳以下	203	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
	65歳以上	55	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
H28	全体	208	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
	64歳以下	145	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
	65歳以上	63	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	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)

糖尿病の割合が増加しており、短期的・中長期的目標の疾患やインスリン治療を受けている割合も増加している。糖尿病は自覚症状もないため重症化して受診につながることも多く、血糖コントロール不良にもつながりやすい疾患である。また、糖尿病を患って、高血圧、脂質異常症も患っている人数も増加していることから糖尿病、高血圧、脂質異常症の重症化を防ぐことが糖尿病性腎症を予防し、人工透析へ移行させないこと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	258	11	4.3	1	9.1	6	54.5	7	63.6	4	36.4	0	0.0	0	0.0	2	18.2	
	64歳以下	203	6	3.0	0	0.0	4	66.7	5	83.3	2	33.3	0	0.0	0	0.0	1	16.7	
	65歳以上	55	5	9.1	1	20.0	2	40.0	2	40.0	2	40.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	
H28	全体	208	14	6.7	2	14.3	11	78.6	10	71.4	5	35.7	1	7.1	0	0.0	2	14.3	
	64歳以下	145	7	4.8	0	0.0	5	71.4	4	57.1	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	63	7	11.1	2	28.6	6	85.7	6	85.7	4	57.1	1	14.3	0	0.0	2	28.6	

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	258	57	22.1	6	10.5	18	31.6	6	10.5	11	19.3	0	0.0			
	64歳以下	203	31	15.3	4	12.9	13	41.9	4	12.9	4	12.9	0	0.0			
	65歳以上	55	26	47.3	2	7.7	5	19.2	2	7.7	7	26.9	0	0.0			
H28	全体	208	42	20.2	11	26.2	18	42.9	8	19.0	9	21.4	0	0.0			
	64歳以下	145	19	13.1	5	26.3	10	52.6	3	15.8	3	15.8	0	0.0			
	65歳以上	63	23	36.5	6	26.1	8	34.8	5	21.7	6	26.1	0	0.0			

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	258	26	10.1	7	26.9	18	69.2	6	23.1	1	3.8	0	0.0			
	64歳以下	203	20	9.9	5	25.0	13	65.0	3	15.0	1	5.0	0	0.0			
	65歳以上	55	6	10.9	2	33.3	5	83.3	3	50.0	0	0.0	0	0.0			
H28	全体	208	23	11.1	10	43.5	18	78.3	7	30.4	5	21.7	0	0.0			
	64歳以下	145	13	9.0	4	30.8	10	76.9	3	23.1	2	15.4	0	0.0			
	65歳以上	63	10	15.9	6	60.0	8	80.0	4	40.0	3	30.0	0	0.0			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化をみると、全年代で有所見者の割合が増加しているのは、男性ではHbA1c、尿酸、血圧、LDL、Crとなっており、女性ではBMI、腹囲、中性脂肪、HDL、血圧となっている。有所見者の割合が減少している項目は男性ではBMI、女性では空腹時血糖となっている。

メタボリックシンドローム該当者は3項目すべてに当てはまっている割合が男女とも増加している。 【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	21	50.0	29	69.0	12	28.6	12	28.6	4	9.5	9	21.4	17	40.5	5	11.9	21	50.0	12	28.6	20	47.6	1	2.4		
	40-64	14	53.8	17	65.4	9	34.6	7	26.9	4	15.4	6	23.1	9	34.6	4	15.4	13	50.0	9	34.6	13	50.0	1	3.8		
	65-74	7	43.8	12	75.0	3	18.8	5	31.3	0	0.0	3	18.8	8	50.0	1	6.3	8	50.0	3	18.8	7	43.8	0	0.0		
H28	合計	27	40.3	41	61.2	20	29.9	17	25.4	5	7.5	19	28.4	42	62.7	23	34.3	44	65.7	25	37.3	40	59.7	2	3.0		
	40-64	15	44.1	23	67.6	9	26.5	10	29.4	1	2.9	12	35.3	21	61.8	14	41.2	20	58.8	15	44.1	21	61.8	0	0.0		
	65-74	12	36.4	18	54.5	11	33.3	7	21.2	4	12.1	7	21.2	21	63.6	9	27.3	24	72.7	10	30.3	19	57.6	2	6.1		

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	9	47.4	6	31.6	2	10.5	4	21.1	0	0.0	7	36.8	14	73.7	0	0.0	7	36.8	3	15.8	11	57.9	0	0.0		
	40-64	7	70.0	5	50.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	5	50.0	6	60.0	0	0.0	3	30.0	2	20.0	5	50.0	0	0.0		
	65-74	2	22.2	1	11.1	2	22.2	2	22.2	0	0.0	2	22.2	8	88.9	0	0.0	4	44.4	1	11.1	6	66.7	0	0.0		
H28	合計	20	64.5	17	54.8	8	25.8	6	19.4	2	6.5	7	22.6	25	80.6	0	0.0	19	61.3	7	22.6	20	64.5	0	0.0		
	40-64	13	86.7	10	66.7	4	26.7	5	33.3	1	6.7	5	33.3	13	86.7	0	0.0	7	46.7	4	26.7	11	73.3	0	0.0		
	65-74	7	43.8	7	43.8	4	25.0	1	6.3	1	6.3	2	12.5	12	75.0	0	0.0	12	75.0	3	18.8	9	56.3	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	42	41.2	5	11.9%	7	16.7%	0	0.0%	6	14.3%	1	2.4%	17	40.5%	1	2.4%	0	0.0%	13	31.0%	3	7.1%
	40-64	26	38.8	4	15.4%	2	7.7%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	11	42.3%	1	3.8%	0	0.0%	10	38.5%	0	0.0%
	65-74	16	45.7	1	6.3%	5	31.3%	0	0.0%	4	25.0%	1	6.3%	6	37.5%	0	0.0%	0	0.0%	3	18.8%	3	18.8%
H28	合計	67	57.8	4	6.0%	16	23.9%	1	1.5%	14	20.9%	1	1.5%	21	31.3%	0	0.0%	1	1.5%	10	14.9%	10	14.9%
	40-64	34	51.5	3	8.8%	10	29.4%	1	2.9%	8	23.5%	1	2.9%	10	29.4%	0	0.0%	1	2.9%	5	14.7%	4	11.8%
	65-74	33	66.0	1	3.0%	6	18.2%	0	0.0%	6	18.2%	0	0.0%	11	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	5	15.2%	6	18.2%

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		
女性	合計	19	42.2	1	5.3%	4	21.1%	1	5.3%	2	10.5%	1	5.3%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%
	40-64	10	33.3	1	10.0%	3	30.0%	1	10.0%	2	20.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%
	65-74	9	60.0	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
H28	合計	31	64.6	4	12.9%	5	16.1%	1	3.2%	4	12.9%	0	0.0%	8	25.8%	1	3.2%	0	0.0%	3	9.7%	4	12.9%
	40-64	15	60.0	4	26.7%	2	13.3%	1	6.7%	1	6.7%	0	0.0%	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	2	13.3%
	65-74	16	69.6	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	4	25.0%	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%	2	12.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、特定健診受診率と特定保健指導実施率ともに向上している。また、受診勧奨者の医療機関受診率は 10% 近く伸びており、同規模平均を上回っており、治療に結びついている。

【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	実施率	医療機関受診率	
								粟国村	同規模平均
H25年度	149	61	40.9	148位	11	6	54.5	57.4	50.4
H28年度	132	98	74.2	45位	26	24	92.3	67.3	51.6

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画では、特定健診受診率・特定保健指導の実施率の向上をはかり、短期目標疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症について保健指導や医療受診勧奨等を実施し、中期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の発症予防に取り組んだ。その結果、特定健診受診率・特定保健指導の実施率ともに増加した。しかし、メタボリックシンドローム該当者やその予備軍は増加している。脳血管疾患は減少しているが、高血圧、糖尿病、脂質異常症が増加し、虚血性心疾患は増加、慢性腎不全は横ばいである。糖尿病や脂質異常症は自覚症状が出にくい疾患のため医療受診につながりにくく、血糖コントロールの維持や食生活の見直しのための栄養指導なども必要である。

また、総医療費や一人当たりの医療費は減少しているが、高齢化の進んでいる本村では介護給付費が同規模平均の 1 件当たり給付金に比べて高い水準となっている。

本村の今後の取り組みとしては特定健診や特定保健指導の受診率の維持や向上に努め、メタボリックシンドローム予備軍や該当者を減少させること。必要な場合には早期に医療機関受診を勧奨し、重症化を防ぐことが必要である。また、医療機関受診勧奨だけでなく、治療の継続状況や生活習慣の改善のための指導の実施が望まれる。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

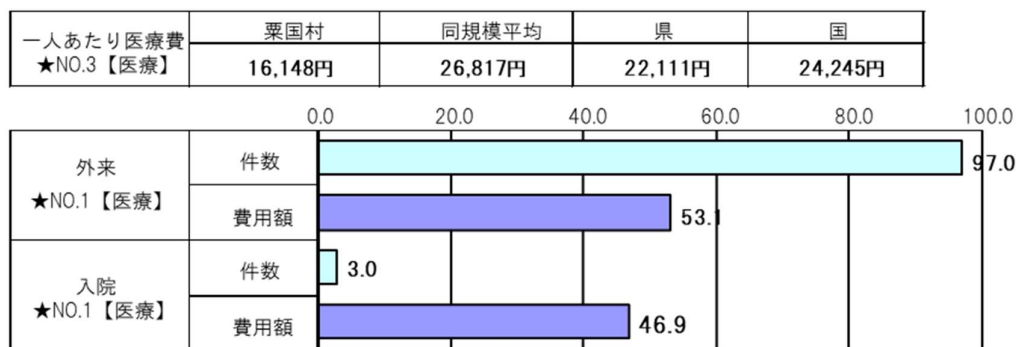
本村の一人当たりの医療費は、16,148 円で、同規模自治体の平均 26,817 円、県の平均 22,111 円、国平均 24,245 円に比べて低い傾向にある。また、本村の入院件数は 3.0%で、費用額全体の 46.9%を占めている。重症化予防に取り組むことが、入院を減らしていくことにもつながり、費用対効果の面からも効率的だと考えられる。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可・ネ帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

生活習慣病の治療者数は 69 人で、被保険者の 4 割以上を占める。そのうち、高血圧が全体の 6 割以上と最も多く、次いで脂質異常症が 4 割、糖尿病が 2 割となっている。また、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症等の中長期目標疾患は、高血圧をはじめとする基礎疾患が重複していることが多い。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H●年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他				
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	5人	1人	0人	0人	4人			
				20.0%	0.0%	0.0%	80.0%			
		件数	6件	1件	0件	0件	5件			
				16.7%	0.0%	0.0%	83.3%			
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	--	0	0.0%
				40代	0	0.0%	0	--	1	20.0%
				50代	0	0.0%	0	--	1	20.0%
60代	1	100.0%		0	--	3	60.0%			
70-74歳	0	0.0%	0	--	0	0.0%				
費用額	688万円	202万円			485万円					
		29.4%	--	--	70.6%					

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H●年度)	全体	精神疾患	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	1人	1人	0人	0人
				100.0%	0.0%	0.0%
		件数	7件	7件	0件	0件
			100.0%	0.0%	0.0%	
費用額	279万円	279万円				
		100.0%	--	--		

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*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)	H●5 診療分	人数	0人	0人	0人	0人
				--	--	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H●年度 累計	件数	0件	0件	0件	0件
		費用額		--	--	--

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H●年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	68人	9人	8人	2人	
			13.2%	11.8%	2.9%	
		の基礎 な疾 り患	高血圧	9人	8人	2人
				100.0%	100.0%	100.0%
			糖尿病	1人	5人	2人
			11.1%	62.5%	100.0%	
		脂質異常症	5人	7人	2人	
	55.6%	87.5%	100.0%			
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
42人	14人	23人	8人			
	61.8%	20.6%	33.8%	11.8%		

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

(3)どんな疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが95.1%であり、筋・骨格疾患の96.3%に次いで2番目に多い。2号認定者の介護認定者はなく、75歳以上の1号認定者では血管疾患、筋・骨格疾患で介護認定を受けている割合が95%以上と高くなっている。高齢化に伴う筋委縮・筋力低下により転倒・骨折し、介護認定を受けているケースが多い。本村は女性のメタボリックシンドローム該当者の割合が高いため肥満による転倒は寝たきりなどの重度の骨折となることも予想される。また、介護を受けている人の医療費は介護を受けていない人より5,870円高く医療費がかかっている。後期高齢者となる前の血管疾患の重症化予防や肥満、筋委縮・筋力低下の予防することは将来の医療費及び介護給付費軽減の面からも対策が重要であると考えられる。

何の疾患で介護保険を受けているのか												【図表 15】	
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号				1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	被保険者数		282人		89人		200人		289人		571人		
	認定者数		0人		7人		86人		93人		93人		
	認定率		0.00%		7.9%		43.0%		32.2%		16.3%		
	新規認定者数 (*1)		0人		1人		6人		7人		7人		
	介護度 別人数	要支援1・2		0		1		28		29		29	
		要介護1・2		0		2		20		22		22	
		要介護3～5		0		4		38		42		42	
	要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号				1号				合計	
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計					
介護件数 (全体)		0		7		86		93		93			
再) 国保・後期		0		5		76		81		81			
(レセプトの 診断名より 重複して計上 有病状況)		疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
					割合		割合		割合		割合		割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	0	脳卒中	4	脳卒中	36	脳卒中	40	脳卒中	40
					--		80.0%		47.4%		49.4%		49.4%
			2	虚血性 心疾患	0	虚血性 心疾患	1	虚血性 心疾患	23	虚血性 心疾患	24	虚血性 心疾患	24
					--		20.0%		30.3%		29.6%		29.6%
	合併症	3	腎不全	0	腎不全	0	腎不全	8	腎不全	8	腎不全	8	
				--		0.0%		10.5%		9.9%		9.9%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	4	糖尿病 合併症	0	糖尿病 合併症	0	糖尿病 合併症	4	糖尿病 合併症	4	糖尿病 合併症	4	
				--		0.0%		5.3%		4.9%		4.9%	
血管疾患 合計			0		3		69		72		72		
			--		60.0%		90.8%		88.9%		88.9%		
認知症			0		0		22		22		22		
			--		0.0%		28.9%		27.2%		27.2%		
筋・骨格疾患			0		3		75		78		78		
			--		60.0%		98.7%		96.3%		96.3%		

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	9,393					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,523					

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

生活習慣病の発症には内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、糖尿病、脂質異常症が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高い。本村においては、全国と比較して、メタボリックシンドローム予備軍・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪、GPT、空腹時血糖、尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7)													★NO.23 (概要)												
性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	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	27	40.3	41	61.2	20	29.9	17	25.4	5	7.5	19	28.4	42	62.7	23	34.3	44	65.7	25	37.3	40	59.7	2	3.0
	40-64	15	44.1	23	67.6	9	26.5	10	29.4	1	2.9	12	35.3	21	61.8	14	41.2	20	58.8	15	44.1	21	61.8	0	0.0
	65-74	12	36.4	18	54.5	11	33.3	7	21.2	4	12.1	7	21.2	21	63.6	9	27.3	24	72.7	10	30.3	19	57.6	2	6.1
	合計	27	40.3	41	61.2	20	29.9	17	25.4	5	7.5	19	28.4	42	62.7	23	34.3	44	65.7	25	37.3	40	59.7	2	3.0
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			
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	20	64.5	17	54.8	8	25.8	6	19.4	2	6.5	7	22.6	25	80.6	0	0.0	19	61.3	7	22.6	20	64.5	0	0.0
	40-64	13	86.7	10	66.7	4	26.7	5	33.3	1	6.7	5	33.3	13	86.7	0	0.0	7	46.7	4	26.7	11	73.3	0	0.0
	65-74	7	43.8	7	43.8	4	25.0	1	6.3	1	6.3	2	12.5	12	75.0	0	0.0	12	75.0	3	18.8	9	56.3	0	0.0
	合計	20	64.5	17	54.8	8	25.8	6	19.4	2	6.5	7	22.6	25	80.6	0	0.0	19	61.3	7	22.6	20	64.5	0	0.0

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)													★NO.24 (概要)											
性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	男性	67	57.8	4	6.0%	16	23.9%	1	1.5%	14	20.9%	1	1.5%	21	31.3%	0	0.0%	1	1.5%	10	14.9%	10	14.9%	
保険者	合計	67	57.8	4	6.0%	16	23.9%	1	1.5%	14	20.9%	1	1.5%	21	31.3%	0	0.0%	1	1.5%	10	14.9%	10	14.9%	
	40-64	34	51.5	3	8.8%	10	29.4%	1	2.9%	8	23.5%	1	2.9%	10	29.4%	0	0.0%	1	2.9%	5	14.7%	4	11.8%	
	65-74	33	66.0	1	3.0%	6	18.2%	0	0.0%	6	18.2%	0	0.0%	11	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	5	15.2%	6	18.2%	
女性	31	64.6	4	12.9%	5	16.1%	1	3.2%	4	12.9%	0	0.0%	8	25.8%	1	3.2%	0	0.0%	3	9.7%	4	12.9%		
保険者	合計	31	64.6	4	12.9%	5	16.1%	1	3.2%	4	12.9%	0	0.0%	8	25.8%	1	3.2%	0	0.0%	3	9.7%	4	12.9%	
	40-64	15	60.0	4	26.7%	2	13.3%	1	6.7%	1	6.7%	0	0.0%	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	2	13.3%	
	65-74	16	69.6	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	4	25.0%	1	6.3%	0	0.0%	1	6.3%	2	12.5%	

糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

継続受診者と新規受診者の比較をすると、HbA1c では新規受診者、継続受診者ともに治療なしで受診勧奨レベルは少ないが、治療中で受診勧奨レベルが両者 66%を超えている。血圧では受診勧奨レベルが治療あり・なしともに 50%近くとなっている。この様にコントロール不良となっている要因は適切な服薬がされてない、暴飲暴食、運動不足などの日常生活習慣が影響していると考えられる。そのため重症化予防の観点から生活習慣改善のため栄養指導や保健指導が必要である。また、継続受診者には健診を受けるだけでなく、早期の医療機関受診を促し、重症化予防につなげていく必要性がある。

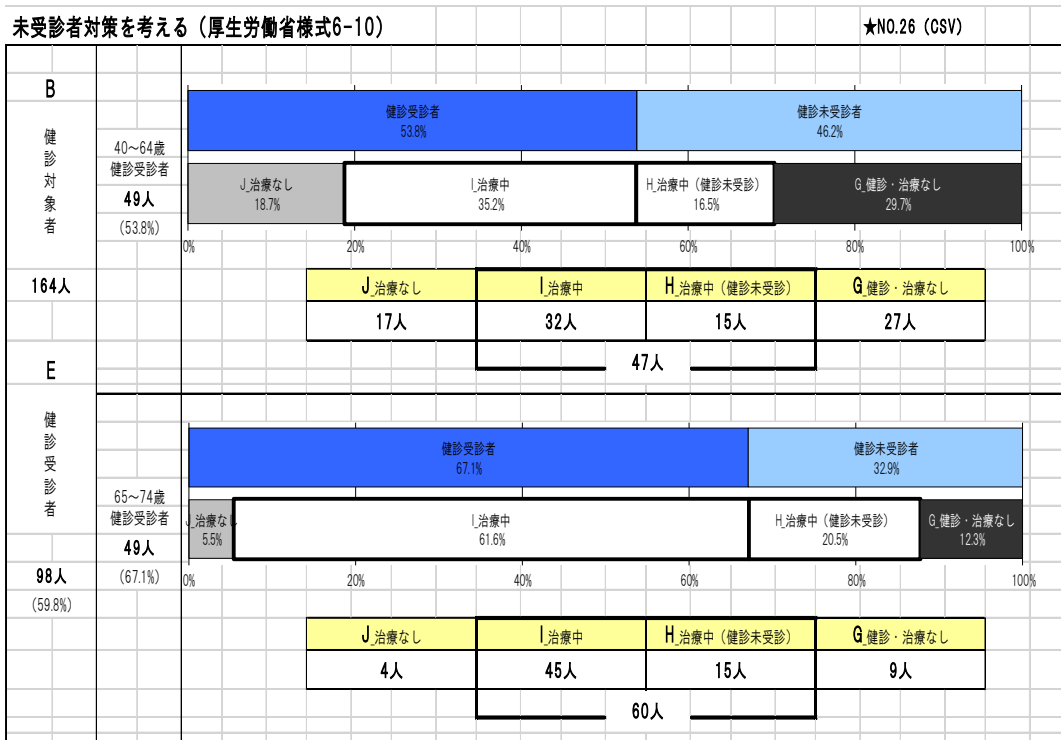
【図表 18】



3) 未受診者の把握 (図表 19)

40～64 歳の働き盛り世代で健診・治療なしが、27 名 (29.7%) おり、健康状態未把握のため健康状態の把握が必須である。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかっているお金をみても健診を受診することは医療費適正化の面においても有用であることがわかる。

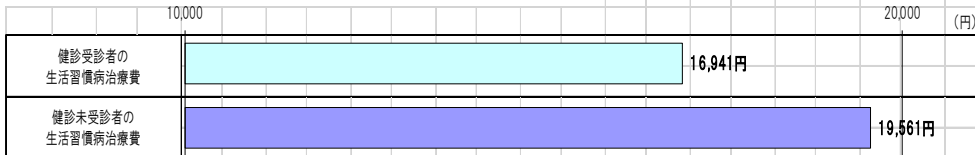
【図表 19】



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

★NO.3.⑥



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を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、A町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを旨とする。

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、1年、1年、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. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	75%	75%	75%	75%	75%	75%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	126人	125人	124人	123人	122人	121人
	受診者数	63人	66人	69人	74人	78人	85人
特定保健指導	対象者数	14人	15人	15人	17人	17人	19人
	受診者数	11人	11人	11人	13人	13人	14人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

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

- ① 集団健診(離島総合センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、一覧表を庁舎内窓口に設置しています。

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中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。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表 22】

	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
受診券有効期限	4月1日						特定健診					3月31日

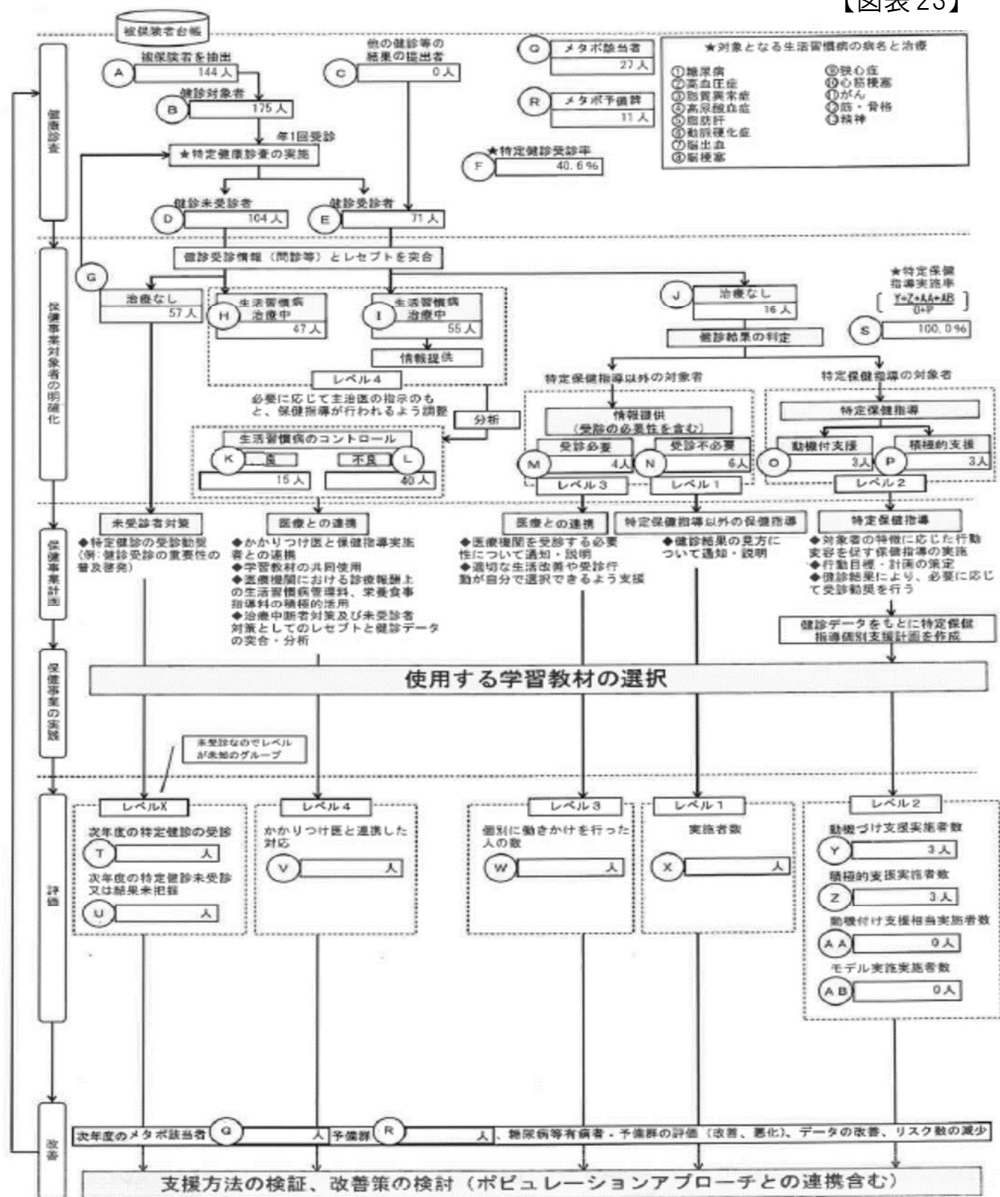
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(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23)

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	6人 (8.4%)	100%
2	M	情報提供（受診 必要）	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	4人 (5.6%)	HbA1c6.5 以上につい ては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例： 健診受診の重要性の普及啓 発、簡易健診の実施による受 診勧奨）	104人	通知につい ては 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	6人 (8.4%)	希望者
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬 上の生活習慣病管理料、栄養 食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診 者対策としてのレセプトと健 診データの突合・分析	55人 (77.4%)	

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表25)

【図表 25】

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

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

生活習慣病予防の目標 34人

生活習慣病予防済 34人

生活習慣病予防未済 7人

生活習慣病予防未済 12人

生活習慣病予防済 9人

生活習慣病予防未済 6人

対象者の割合 92.3%

H30年3月未まで全戸訪問!!

大最優先順位等については、別紙参照。
大最優先順位保健指導目標、評価基準等について別紙参照。

生活習慣病予防の目標 34人

生活習慣病予防済 34人

生活習慣病予防未済 7人

生活習慣病予防未済 12人

生活習慣病予防済 9人

生活習慣病予防未済 6人

対象疾患	対象基準	対象者数
高血圧	高血圧未治療で、 【I】収縮期血圧 180mmHg以上または拡張期100mmHg以上 【II】収縮期血圧 160~179または100~109mmHg以上 かつ、脂質異常(LDL-C、TGのいずれかが基準値)で治療済	0
中性脂肪	脂質異常症未治療で、中性脂肪 500mg/dl以上	0
尿酸	尿酸値 9.0mg/dl以上	2
ヘルニア	40FR45~59で、HbA1c 8.5%以上または空腹血糖 126mg/dl以上 (治療中・未治療かわからず)	0

①未受診者対策 ②特定健診 ③保健指導

平成29年度受診率 目標 60%

平成29年度 特定保健指導実施率 目標 60%

目標と課題

1) 糖尿病(血糖)100mg/dl以上の患者の検出
1) 糖尿病(血糖)100mg/dl以上の患者の検出
2) 若い世代(40歳未満)の糖尿病検出率を向上させる
2) 若い世代(40歳未満)の糖尿病検出率を向上させる

特定保健指導

1) 糖尿病(血糖)100mg/dl以上の患者の検出
1) 糖尿病(血糖)100mg/dl以上の患者の検出
2) 若い世代(40歳未満)の糖尿病検出率を向上させる
2) 若い世代(40歳未満)の糖尿病検出率を向上させる

保健指導

1) 糖尿病(血糖)100mg/dl以上の患者の検出
1) 糖尿病(血糖)100mg/dl以上の患者の検出
2) 若い世代(40歳未満)の糖尿病検出率を向上させる
2) 若い世代(40歳未満)の糖尿病検出率を向上させる

実践スケジュール

4月 特定健診実施(医師相談)について、医師相談
4月 特定健診実施(医師相談)について、医師相談

5月 小児科からの生活習慣病予防管理
5月 小児科からの生活習慣病予防管理

6月 1) 若い世代に対するアプローチ
6月 1) 若い世代に対するアプローチ

7月 1) 若い世代に対するアプローチ
7月 1) 若い世代に対するアプローチ

8月 1) 若い世代に対するアプローチ
8月 1) 若い世代に対するアプローチ

9月 1) 若い世代に対するアプローチ
9月 1) 若い世代に対するアプローチ

10月 1) 若い世代に対するアプローチ
10月 1) 若い世代に対するアプローチ

11月 1) 若い世代に対するアプローチ
11月 1) 若い世代に対するアプローチ

12月 1) 若い世代に対するアプローチ
12月 1) 若い世代に対するアプローチ

1月 1) 若い世代に対するアプローチ
1月 1) 若い世代に対するアプローチ

2月 1) 若い世代に対するアプローチ
2月 1) 若い世代に対するアプローチ

3月 1) 若い世代に対するアプローチ
3月 1) 若い世代に対するアプローチ

評価C表

年度	受診者数	糖尿病	高血圧	脂質異常	尿酸	ヘルニア
平成22年度	74人	4.1%	4.1%	4.1%	4.1%	4.1%
平成23年度	81人	4.9%	4.9%	4.9%	4.9%	4.9%
平成24年度	84人	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%
平成25年度	94人	6.3%	6.3%	6.3%	6.3%	6.3%
平成26年度	94人	6.8%	6.8%	6.8%	6.8%	6.8%
平成27年度	108人	7.4%	7.4%	7.4%	7.4%	7.4%
平成28年度	118人	8.5%	8.5%	8.5%	8.5%	8.5%
平成29年度	128人	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%

生活習慣病予防の目標 34人

生活習慣病予防済 34人

生活習慣病予防未済 7人

生活習慣病予防未済 12人

生活習慣病予防済 9人

生活習慣病予防未済 6人

対象者の割合 92.3%

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A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、A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

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、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。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び0県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 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プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

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

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

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

粟国村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は4人(40%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者13人の中のうち、特定健診受診者が6人(46.1%・G)であったが、1人(16.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者4人(30.7%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者1人は治療中断であることが分かった。また、3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 28 より粟国村における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・4人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・2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)・・・5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)・・・0人

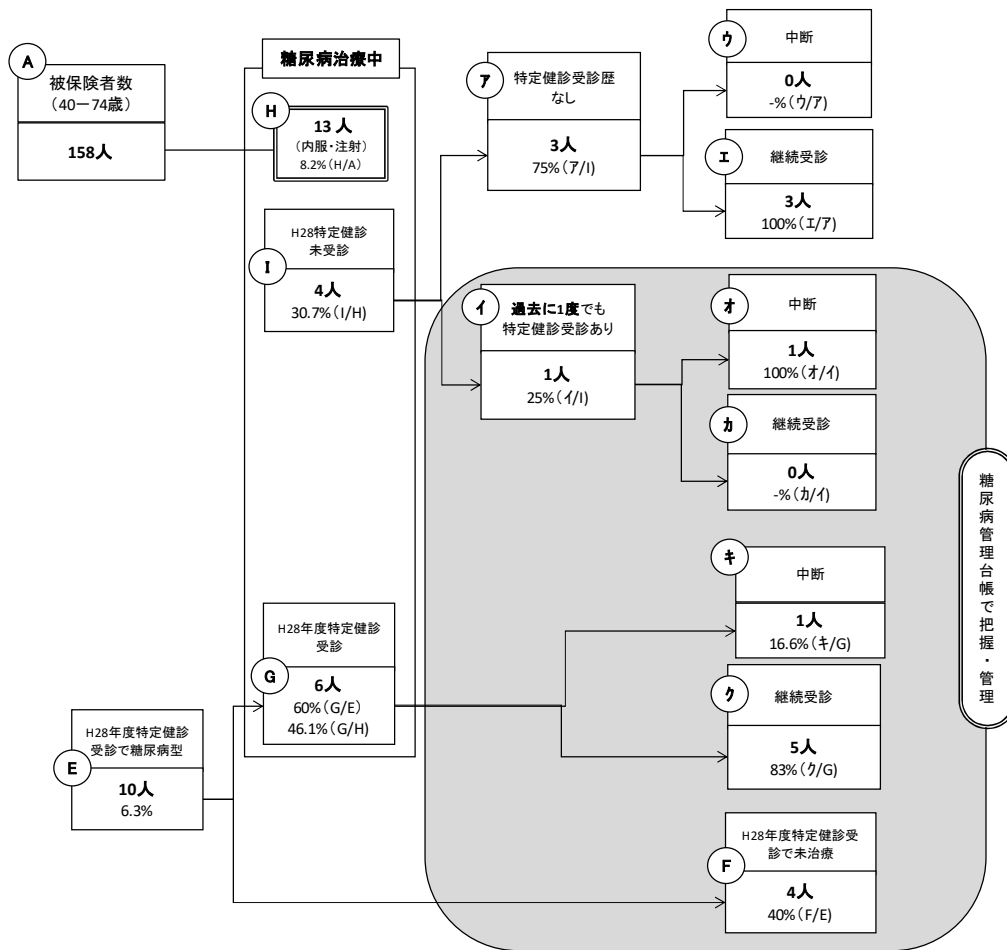
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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 28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

- ①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……6人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……5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。A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 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <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？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 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～ 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>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) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 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？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみ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けど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体の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 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

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

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

10 月 集団検診実施(場所:離島総合センター)

11 月 結果返却、対象者への保健指導・介入

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 2)

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 6)

(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。栗国村において健診受診者 101 人のうち心電図検査実施者は 13 人(12.9%)であり、そのうち ST 所見があったのは 1 人であった(図表 30)。ST 所見あった 1 人は要精査であり、その後の受診状況をみると未受診であった(図表 31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

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

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)				ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
平成28年度	101	100	13	12.9	1	7.7	1	7.7	11	84.6		

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表31】

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)(%)
1	100	1	100	0	0	1	100

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	101	1 1.0%	1 1.0%	11 10.9%	88 87.1%	
メタボ該当者	29 28.7%	1 3.4%	1 3.4%	5 17.2%	22 75.9%	
メタボ予備群	21 20.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.8%	20 95.2%	
メタボなし	51 50.5%	0 0.0%	0 0.0%	5 9.8%	46 90.2%	
LDL	140-159	15 29.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.7%	14 93.3%
	160-179	3 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%
	180-	1 2.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%

【参考】

Non-HDL	190-	-				
	170-189	-				

CKD	G3aA1~	3	0	0	0	3
		3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

10月 集団検診実施(場所:離島総合センター)

11月 結果返却、対象者への保健指導・介入

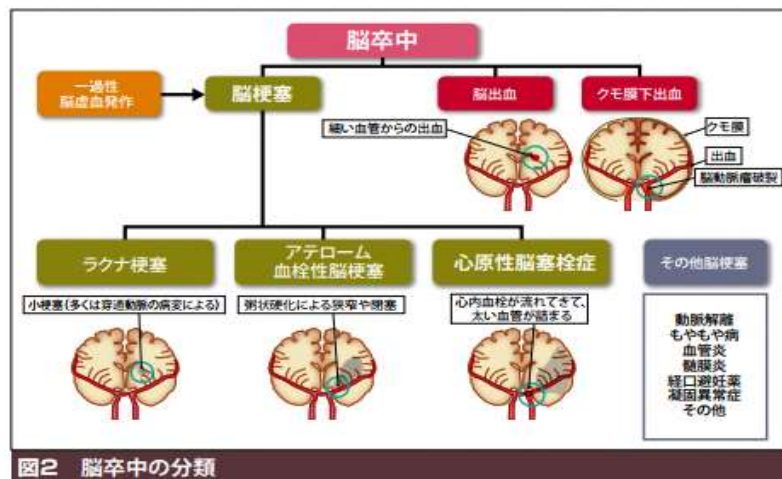
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
心原性脳梗塞	●				●		○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病		脂質異常 (高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		12人	11.9%	7人	6.9%	3人	3.0%	0人	0.0%	29人	28.7%	8人	7.9%	5人	5.0%
治療なし		9人	14.8%	4人	4.3%	3人	3.8%	0人	0.0%	7人	12.1%	5人	8.6%	4人	6.9%
治療あり		3人	7.5%	3人	33.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	22人	51.2%	3人	7.0%	1人	2.3%
臓器障害あり		3人	33.3%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	—	0人	0.0%	5人	100.0%	4人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	3人		0人		0人		0人		0人		5人		4人	
	尿蛋白(2+)以上	2人		0人		0人		0人		0人		5人		1人	
	尿蛋白(+) and 尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		0人		0人		0人		0人		1人		4人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が12人(11.9%)であり、9人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(33.3%)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3人(7.5%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

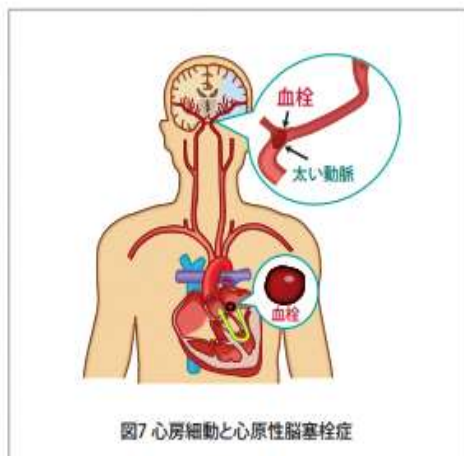
【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化														
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）														
	リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群			
			~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	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			
	61	10	14	8	20	6	3	0	10	19				
		16.4%	23.0%	13.1%	32.8%	9.8%	4.9%	0.0%	16.4%	31.1%				
リスク第1層	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0				
		3.3%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%			
リスク第2層	33	6	9	4	10	3	1	--	10	4				
		54.1%	60.0%	64.3%	50.0%	50.0%	50.0%	33.3%	--	100.0%	21.1%			
リスク第3層	26	2	5	4	10	3	2	--	--	15				
		42.6%	20.0%	35.7%	50.0%	50.0%	66.7%	--	--	78.9%				
再掲 重複あり	糖尿病	1	1	0	0	0	0							
			3.8%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%						
	慢性腎臓病 (CKD)	14	1	2	2	5	2	2						
		53.8%	50.0%	40.0%	50.0%	50.0%	66.7%	100.0%						
3個以上の危険因子	14	0	3	2	7	1	1							
		53.8%	0.0%	60.0%	50.0%	70.0%	33.3%	50.0%						

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(2) 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

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	11	2	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	1	2	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	1	0	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	8	0	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	1	0	0	0.0	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39】

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

心電図検査の受診者は13人であり、心房細動の有所見者は認められないが、検査受診者が少ない状況である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓

足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っている。(参考資料 8)

③ 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

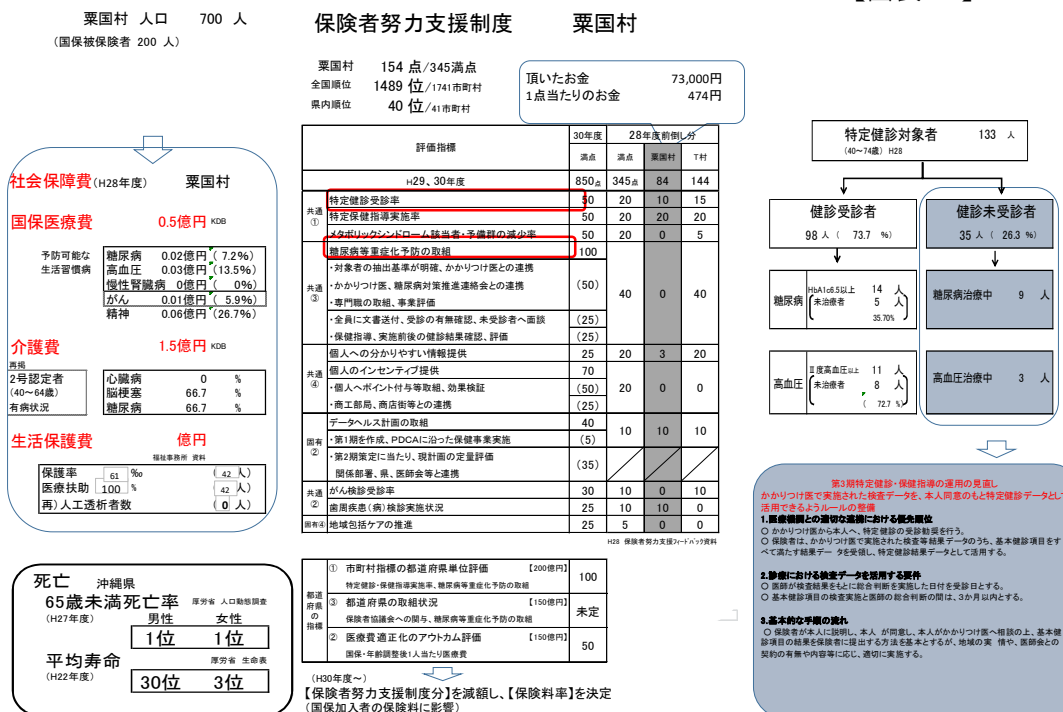
7) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)
- 10月 集団検診実施(場所:離島総合センター)
- 11月 結果返却、対象者への保健指導・介入

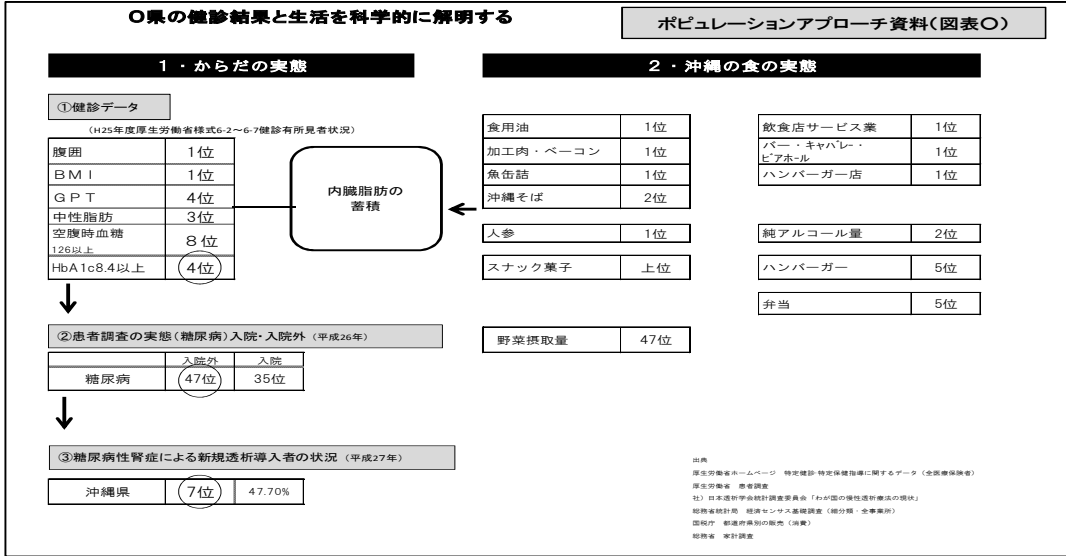
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化によ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村民へ周知していく。(図表40・41)

【図表40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

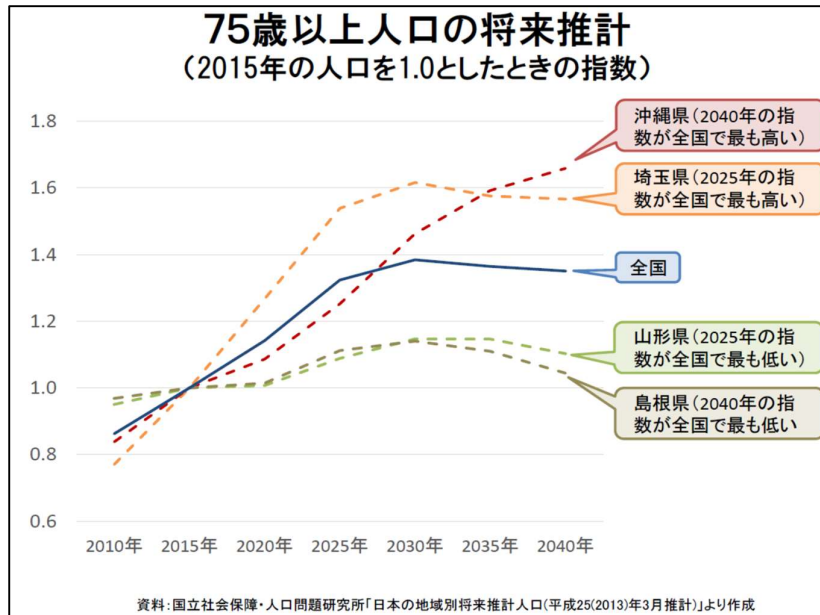
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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42)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が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栗国村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標（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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		実績		中間評価値		実績			最終評価値	現状値の把握方法	
				H28	H29	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5			
特定健診 等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす ・メタボリックシンドローム該当者と予備軍の割合が県内、同規模と比較して高い。 ・高血糖・高血圧・高脂血症の3項目重複している割合が県内、同規模と比較して高い ・糖尿病治療中のコントロール不良者が多い	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	74.2%	50.0%	56.5%	55.6%	52.1%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)			60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	92.3%	92.9%	86.7%	88.2%	86.7%	80%(目標)	75.0%	4人				5人
データヘルス計画	・メタボリックシンドローム該当者と予備軍の割合が県内、同規模と比較して高い。 ・高血糖・高血圧・高脂血症の3項目重複している割合が県内、同規模と比較して高い ・糖尿病治療中のコントロール不良者が多い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	16.3%			22.3%			18人			14人	20.0%	KDB/ATM
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	2.2%			1.0%				17人			4人	
ヘルス計画	・メタボリックシンドローム該当者と予備軍の割合が県内、同規模と比較して高い ・糖尿病治療中のコントロール不良者が多い	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	0.0%			0.0%			14人			14人	0.0%	データヘルス計画
			メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少	51.0%	53.7%	53.5%	56.5%	61.5%	61.3%	60.0%	15人			14人	
保険者努力支援制度	・がん検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の高血圧の割合減少 (LDL160以上)	4.7%	3.0%	0.0%	1.3%	1.5%	0.0%	17人			14人	0.0%	データヘルス計画
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上)	8.5%	10.4%	7.8%	7.7%	4.4%	7.1%	1.5%	17人			14人	
短期	・がん検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 (HbA1c6.5以上)	10.4%	7.5%	13.0%	9.0%	7.4%	14.3%	17人			14人	10.0%	データヘルス計画
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17人			14人	
短期	・がん検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の保健指導を実施した割合60%以上	3.6%	86.7%	88.2%	78.9%	38.9%	33.3%	17人			14人	35.0%	地域保健事業報告
			がん検診受診率	18.0%	15.5%	14.9%	6.0%	5.0%	3.7%	4.5%	17人			14人	
短期	・がん検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	胃がん検診 30%以上	23.6%	35.5%	34.2	17.1%	16.0%	19.1%	17人			14人	15.0%	地域保健事業報告
			肺がん検診 30%以上	15.2%	24.4%	22.2%	12.6%	13.1%	13.5%	9.8%	17人			14人	
短期	・がん検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 30%以上	20.8%	16.8%	16.3%	3.1%	1.6%	10.2%	17人			14人	15.0%	地域保健事業報告
			子宮頸がん検診 30%以上	22.0%	18.9%	16.7%	40.3%	2.4%	7.2%	10.2%	17人			14人	
短期	・がん検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 30%以上	93.1%	95.8%	90.9%	93.5%	94.3%	93.1%	17人			14人	95.0%	厚生労働省公表結果
			後発医薬品の使用割合90%以上	93.1%	95.8%	90.9%	93.5%	94.3%	93.1%	94.0%	17人			14人	

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

※H28とH30のがん検診受診率は国保加入者以外も含めたデータを使用。

【図表 43】

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、ホームページや村内放送、広報誌を通じた周知のほか、診療所等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

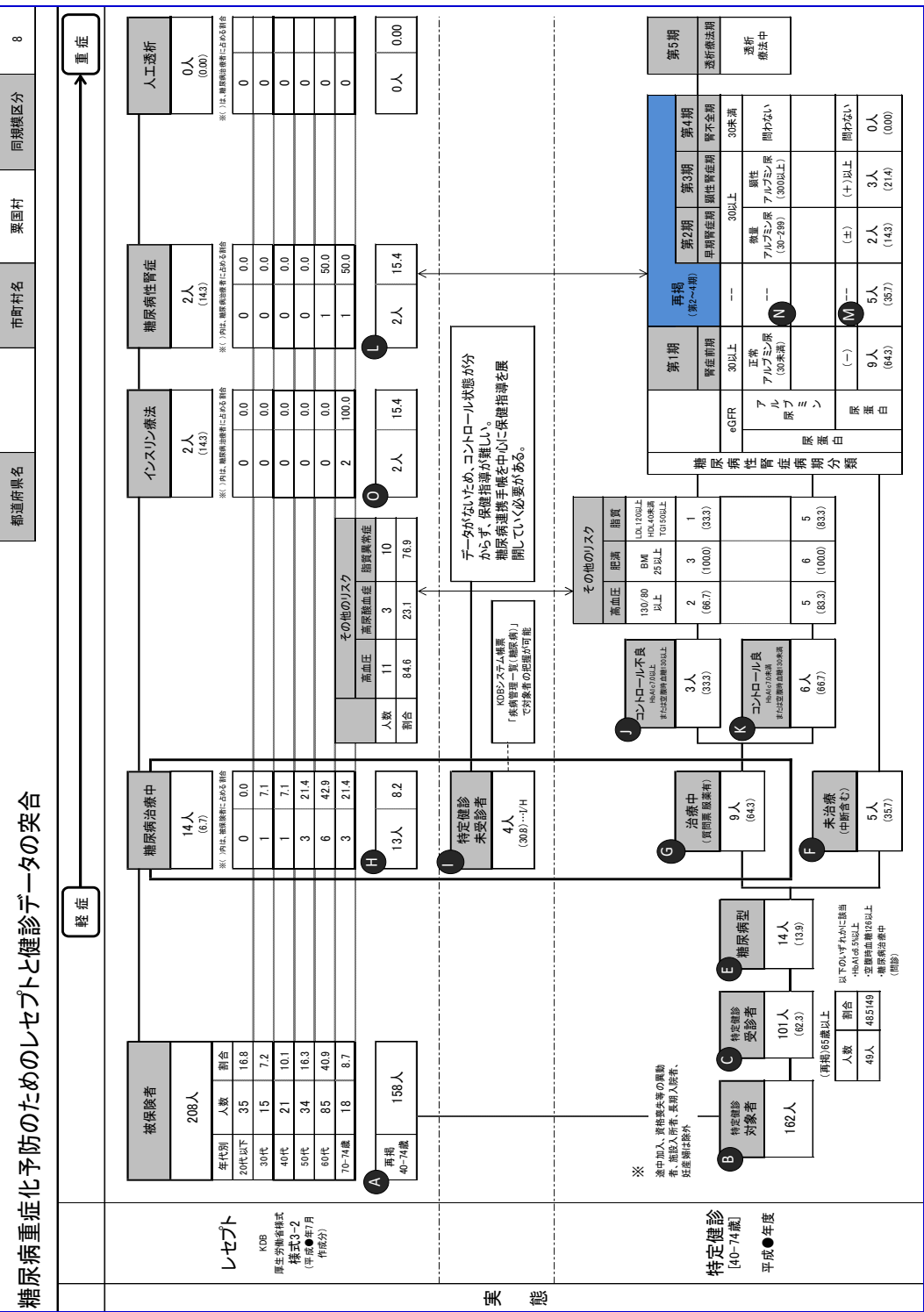
参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた粟国村の位置
- 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 生活習慣病状況
- 参考資料 11 平成 29 年に向けての全体評価
- 参考資料 12 平成 28 年度の実績をふまえ、平成 29 年度の取組みと課題整理

【参考資料1】

項目	H25		H28		同規模平均		H28		国	データ元 (CSV)		
	粟国村		粟国村		同規模平均		県					
	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	858		858		712,964	1,373,576	124,852,975			
		65歳以上 (高齢化率)	289	33.7	289	33.7	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2
		75歳以上	200	23.3	200	23.3			119,934	8.7	13,989,864	11.2
		65~74歳	89	10.4	89	10.4			119,552	8.7	15,030,902	12.0
		40~64歳	282	32.9	282	32.9			448,207	32.6	42,411,922	34.0
		39歳以下	287	33.4	287	33.4			685,883	49.9	53,420,287	42.8
2	② 産業構成	第1次産業	10.5		10.5		22.7		5.4		4.2	
		第2次産業	20.1		20.1		21.7		15.4		25.2	
		第3次産業	69.4		69.4		55.6		79.2		70.6	
3	③ 平均寿命	男性	78.9		78.9		79.4		79.4		79.6	
		女性	87.1		87.1		86.5		87.0		86.4	
4	④ 健康寿命	男性	64.1		64.1		65.1		64.5		65.2	
		女性	66.2		66.0		66.7		66.5		66.8	
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	98.6		87.9		102.6		97.8		100	
			男性	84.2		85.3		98.2		87.5		100
			女性									
		がん	3	50.0	2	40.0	2,874	44.3	2,965	48.0	367,905	49.6
		心臓病	1	16.7	1	20.0	1,917	29.6	1,600	25.9	196,768	26.5
		脳疾患	1	16.7	1	20.0	1,158	17.9	893	14.5	114,122	15.4
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	187	3.0	13,658	1.8
		腎不全	0	0.0	1	20.0	231	3.6	243	3.9	24,763	3.3
		自殺	1	16.7	0	0.0	187	2.9	287	4.6	24,294	3.3
			合計	2	8.7	1	10.0					
3	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	1	14.3	1	33.3						
		女性	1	6.3	0	0						
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	84	29.4	93	31.1	49,966	20.0	54,602	22.9	5,885,270	21.2
		新規認定者	2	0.5	0	0.3	781	0.3	122	0.3	105,636	0.3
		2号認定者	0	0.2	0	0.2	856	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4
	② 有病状況	糖尿病	5	4.2	6	4.7	10,599	20.4	10,612	18.3	1,350,152	22.1
		高血圧症	40	46.4	56	56.3	28,380	55.1	27,224	47.1	3,101,200	50.9
		脂質異常症	7	9.0	15	14.6	14,058	27.1	14,881	25.6	1,741,866	28.4
		心臓病	43	52.4	60	59.2	31,946	62.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0
		脳疾患	24	30.7	23	21.1	13,362	26.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5
		がん	3	4.6	2	2.2	4,857	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3
		筋・骨格	42	50.1	51	48.6	28,320	55.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3
精神		19	25.5	28	23.9	19,128	37.0	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)	135,213		122,789		73,752		71,386		58,284		
	居宅サービス	42,766		44,294		39,649		52,569		39,662		
	施設サービス	306,031		291,871		273,932		282,196		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	10,268		9,393		8,522		9,703		7,980	
	医療費 (40歳以上)	認定なし	4,043		3,523		4,224		4,397		3,816	
4	① 国保の状況	被保険者数	248		208		198,805		444,291		32,587,866	
		65~74歳	55	22.2	67	32.2			103,448	23.3	12,461,613	38.2
		40~64歳	110	44.4	81	38.9			168,937	38.0	10,946,712	33.6
		39歳以下	83	33.5	60	28.8			171,906	38.7	9,179,541	28.2
		加入率	28.9		24.2		28.1		32.3		26.9	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	94	0.2	8,255	0.3
		診療所数	2	8.1	2	9.6	621	3.1	874	2.0	96,727	3.0
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	18,893	42.5	1,524,378	46.8
		医師数	1	4.0	1	4.8	541	2.7	3,552	8.0	299,792	9.2
		外来患者数	556.6		536.7		652.3		507.9		668.1	
	入院患者数	26.2		16.5		23.7		20.0		18.2		
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	19,687		16,148		26,817		22,111		24,245		
		県内25位 同規模211位		県内39位 同規模240位								
	受診率	582.814		553.226		676.037		527.86		686.286		
	外来	費用の割合	44.9		53.1		55.3		52.4		60.1	
	未	件数の割合	95.5		97.0		96.5		96.2		97.4	
	入院	費用の割合	55.1		46.9		44.7		47.6		39.9	
	件数の割合	4.5		3.0		3.5		3.8		2.6		
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療資源消費病名 (調剤含む))	がん	4,668,360	14.4	1,295,210	5.9	242		17.3		25.6		
	慢性腎不全 (透析あり)	0	0.0	0	0.0	7.9		16.0		9.7		
	糖尿病	2,713,280	8.4	1,559,500	7.2	10.1		7.0		9.7		
	高血圧症	5,082,980	15.7	2,939,820	13.5	9.4		6.3		8.6		
	精神	13,960,670	43.0	5,818,310	26.7	18.6		28.0		16.9		
	筋・骨格	2,106,140	6.5	5,022,970	23.1	16.4		13.1		15.2		

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	317,064	42位 (4)	454,243	40位 (10)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	111,998	42位 (3)	844,253	2位 (17)												
				脂質異常症	429,738	40位 (10)	415,914	40位 (24)												
				脳血管疾患	303,216	42位 (7)	890,850	3位 (20)												
				心疾患	130,280	41位 (5)	150,050	42位 (2)												
				腎不全	29,850	41位 (1)	0	41位 (0)												
				精神	358,767	42位 (28)	422,141	39位 (26)												
				悪性新生物	357,610	42位 (4)	256,728	41位 (5)												
				県内順位	糖尿病	38,839		20位	32,966	32位										
					高血圧	17,555		38位	21,259	35位										
					脂質異常症	24,442		35位	27,615	32位										
					脳血管疾患	15,299		42位	19,319	41位										
					心疾患	40,084		31位	39,179	34位										
					腎不全	45,539		38位	63,806	37位										
精神	14,346		42位		15,883	41位														
入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	41,615	33位	26,076	42位														
		高血圧																		
		脂質異常症																		
		脳血管疾患																		
		心疾患																		
		腎不全																		
		精神																		
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	3,207		4,437		3,151		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	8,193		5,123		12,337		10,954		12,339								
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,462		16,941		8,737		6,836		6,742								
			健診未受診者	21,619		19,561		34,206		39,024		35,459								
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	36	59.0	72	73.5	37,189	56.9	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	35	57.4	66	67.3	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5								
		医療機関非受診率	1	1.6	6	6.1	3,443	5.3	4,230	4.4	357,742	4.5								
5	①-⑱	特定健診の 状況	県内順位	①	健診受診者	61		98		65,384		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	41.5	県内23位 同規模148位	59.8	県内1位 同規模45位	46.4	37.5	全国25位	36.4						
					③	特定保健指導終了者(実施率)	5	45.5	24	92.3	3904	45.4	7,845	50.6		198,683	21.1			
					④	非肥満高血糖	2	3.3	2	2.0	6,352	9.7	6,227	6.4		737,886	9.3			
					⑤	メタボ	該当者	18	29.5	29	29.6	12,200	18.7	21,916		22.6	1,365,855	17.3		
							男性	17	40.5	21	31.3	8,464	27.7	15,055		32.9	940,335	27.5		
							女性	1	5.3	8	25.8	3,736	10.7	6,861		13.4	425,520	9.5		
							予備群	11	18.0	21	21.4	7,622	11.7	14,505		15.0	847,733	10.7		
					⑥	メタボ	男性	7	16.7	16	23.9	5,264	17.2	9,655		21.1	588,308	17.2		
							女性	4	21.1	5	16.1	2,358	6.8	4,850		9.5	259,425	5.8		
					⑦	⑦	⑦	総数	35	57.4	58	59.2	22,315	34.1		41,588	42.9	2,490,581	31.5	
					⑧	メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	腹囲	男性	29	69.0	41	61.2	15,455	50.5		27,902	60.9	1,714,251	50.2	
					女性			6	31.6	17	54.8	6,860	19.7	13,686		26.8	776,330	17.3		
					⑨			BMI	総数	4	6.6	4	4.1	4,378		6.7	6,193	6.4	372,685	4.7
					⑩				男性	0	0.0	0	0.0	814		2.7	901	2.0	59,615	1.7
					⑪	女性	4		21.1	4	12.9	3,564	10.2	5,292		10.4	313,070	7.0		
					⑫	血糖のみ	1		1.6	2	2.0	530	0.8	913		0.9	52,296	0.7		
					⑬	血糖のみ	8	13.1	18	18.4	5,287	8.1	10,137	10.5		587,214	7.4			
					⑭	脂質のみ	2	3.3	1	1.0	1,805	2.8	3,455	3.6		208,214	2.6			
⑮	血糖・血圧	1	1.6	1	1.0	2,183	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7									
⑯	血糖・脂質	0	0.0	1	1.0	681	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9									
⑰	血圧・脂質	13	21.3	13	13.3	5,537	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4									
⑱	血糖・血圧・脂質	4	6.6	14	14.3	3,799	5.8	6,804	7.0	415,310	5.3									
6	①-⑱	生活習慣の 状況	服薬	①	高血圧	25	41.0	39	39.8	23,752	36.3	35,736	36.9	2,650,283	33.6					
				②	糖尿病	4	6.6	9	9.2	5,883	9.0	8,886	9.2	589,711	7.5					
				③	脂質異常症	15	24.6	21	21.4	14,929	22.8	19,747	20.4	1,861,221	23.6					
				④	既往 歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1	1.7	1	1.0	1,997	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3				
						心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	0	0.0	1	1.0	3,427	5.5	3,985	4.5	417,378	5.5				
						腎不全	1	1.7	0	0.0	373	0.6	477	0.5	39,184	0.5				
						貧血	1	7.7	2	10.0	5,122	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2				
				⑤	喫煙	10	16.4	28	28.6	10,886	16.7	14,476	14.9	1,122,649	14.2					
				⑥	週3回以上朝食を抜く	3	25.0	4	20.0	4,442	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7					
				⑦	週3回以上食後間食	1	8.3	6	30.0	7,977	13.9	9,397	16.7	803,966	11.9					
				⑧	週3回以上就寝前夕食	0	0.0	4	20.0	9,245	16.1	13,503	23.9	1,054,516	15.5					
				⑨	食べる速度が速い	6	50.0	7	35.0	16,109	28.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0					
				⑩	20歳時体重から10kg以上増加	6	50.0	15	75.0	19,703	34.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1					
				⑪	1回30分以上運動習慣なし	8	66.7	14	70.0	39,568	67.9	32,954	57.5	4,026,105	58.8					
⑫	1日1時間以上運動なし	5	41.7	13	65.0	28,954	50.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0									
⑬	睡眠不足	4	33.3	4	20.0	13,994	24.2	16,386	30.1	1,698,104	25.1									
⑭	毎日飲酒	2	15.4	3	15.0	16,174	26.7	14,259	22.1	1,886,293	25.6									
⑮	時々飲酒	1合未満	4	40.0	6	46.2	23,418	57.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0								
		1~2合	1	10.0	6	46.2	11,323	27.6	12,695	28.7	1,245,341	23.9								
		2~3合	4	40.0	1	7.7	4,591	11.2	5,994	13.5	486,491	9.3								
		3合以上	1	10.0	0	0.0	1,750	4.3	3,385	7.6	142,733	2.7								



【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）																
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	体重							
						脳血管疾患		以外	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	体重							
						脳血管疾患		以外	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次計画 平成 28 年度		担当者名：	担当地区：
対象者把握		地区担当が実施すること	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) (18 人)	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん 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 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 ----- 尿アルブミン検査の継続 ----- 栄養士中心 ----- 腎専門医	
	㉔健診未受診者 (4 人)		
	結果把握(内訳)		
	①国保(生保) ()人		
	②後期高齢者 ()人		
	③他保険 ()人		
	④住基異動(死亡・転出) ()人		
	⑤確認できず ()人		
	①-1 未治療者(中断者含む) (1 人)		
	*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である		
㉕結果把握 (14 人)			
①HbA1cが悪化している			
㉖HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (3 人)			
*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
②尿蛋白 (-) (9 人)			
(±) (2 人)			
(+) ~顕性腎症 (3 人)			
③eGFR値の変化			
1年で25%以上低下 (0 人)			
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (0 人)			

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化・の取り組み評価				同規模 区分	8	都道 ・県	沖縄県	市町村名	栗園村		
項目	実施 状況	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数(平均)			
		実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合		
1	◎ ◎	放保険者数	A	208人		229人		222人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		(再掲)40-74歳	A	158人		164人		166人			
2	◎ ◎ ◎	特定健診 対象者数	B	182人		164人		166人		市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
		受診者数	C	101人		65人		75人			
		受診率	C	62.3%		50%		45.2%			
3	◎ ◎	特定 保健指導 対象者数		26人		14人		15人			
		実施率		92.3%		82.8%		86.7%			
4	◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎	健診 データ	E	14人	13.9%	5人	7.69%	12人	18.0%	特定健診結果	
		糖尿病型	F	5人	35.7%	0人	0.00%	2人	18.67%		
		未治療・中断者 <small>(既病者 既薬なし)</small>	G	9人	64.3%	5人	100%	10人	83.33%		
		治療中 <small>(既病者 既薬あり)</small>	H	3人	33.3%	2人	40.0%	5人	50.0%		
		コントロール不良 <small>(HbA1cが20.0%以上または20.0%未満で2回以上)</small>	I	2人	66.7%	1人	20.0%	4人	40.0%		
		血圧 130/80以上	J	3人	100.0%	3人	40.0%	5人	50.0%		
		肥満 BMI25以上	K	8人	88.7%	3人	60.0%	5人	50.0%		
		コントロール良 <small>(HbA1cが20.0%未満で2回以上)</small>	L	9人	84.3%	2人	40%	6人	50%		
		第1期 尿蛋白(-)	M	2人	14.3%	2人	40%	2人	16.7%		
		第2期 尿蛋白(±)	M	3人	21.4%	1人	20%	4人	33.34%		
第3期 尿蛋白(+)以上	M	0人	0.0%	0人	0.00%	0人	0%				
第4期 eGFR30未満	M	0人	0.0%	0人	0.00%	0人	0%				
5	◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎	レセプト		67.3人		81.70人		108.1人		KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		糖尿病受療率 <small>(糖尿病患者)</small>		82.3人		122人		144.5人			
		(再掲)40-74歳 <small>(糖尿病患者)</small>		51件	(344.6)	67件	(435.0)	53件	(297.2)	472件	(757.6)
		レセプト件数 (40-74歳) <small>(糖尿病患者)</small>				件		0件			(5.9)
		入院(件数)									
		糖尿病治療中	H	14人	8.7%	21人	9.2%	24人	14.46%		
		(再掲)40-74歳	I	13人	8.2%	20人	12.0%	24人	14.45%		
		健診未受診者	I	4人	30.8%	8人	40.0%	8人	33.3%		
		インスリン治療	O	2人	14.3%	1人	4.76%	1人	4.17%		
		(再掲)40-74歳	O	2人	15.4%	1人	5%	1人	4.17%		
糖尿病性腎症	L	2人	14.3%	2人	9.52%	3人	12.50%				
(再掲)40-74歳	L	2人	15.4%	2人	10.0%	3人	12.50%				
慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病患者)</small>		0人	0.00%	1人	4.76%	0人	0.00%				
(再掲)40-74歳		0人	0.00%	1人	5%	0人	0.00%				
新規透析患者数				0人	0.00%						
(再掲)糖尿病性腎症				0人	0.00%						
【参考】14期糖尿病患者慢性人工透析患者数 <small>(糖尿病患者)</small>											
6	◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎ ◎	医療費		4005万円				6124万円	2億843万円	KDB 健診・医療・介護サービスからみ る地域の健康課題	
		総医療費		2178万円				3347万円	1億5163万円		
		生活習慣病総医療費		54.4%				54.7%	56.9%		
		(総医療費に占める割合)		16,841円				17,878円	8,737円		
		健診受診者		18,561円				48,500円	34,209円		
		健診未受診者		156万円				152万円	1526万円		
		糖尿病医療費		7.2%				2.5%	10.1%		
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		541万円				1280万円			
		糖尿病入院外総医療費		32,966円				32,450円			
		1件あたり		182万円				0万円			
糖尿病入院総医療費		45,424円				103,087円					
1件あたり		10日				12日					
在院日数											
慢性腎不全医療費						4,024,760円	1,315万円				
透析有り						1,316,570円	1,198万円				
透析なし						2,708,190円	116万円				
7	◎ ◎	介護		1億5,336万円			1億2,230万円	3億5,009万円			
		介護給付費 (2号認定者)糖尿病併症		0件	#####		0件				
8	◎	死亡		0人	0.00%		0人	0.00%	0人	1.0%	
		糖尿病(死因別死亡数)								KDB 健診・医療・介護サービスからみ る地域の健康課題	

【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

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	虚血性心疾患を予防するためのリスク		⑤		
			<input type="checkbox"/> S T 変化	<input type="checkbox"/> その他所見			
②	問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある		重症化予防対象者		
		<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙					
③	健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。	発症予防対象者	
		判定	正常	軽度			重度
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲			男 85～ 女 90～		<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別) <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	
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9		25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299			300～
		食後	～199	200～			
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～			
	<input type="checkbox"/> AST	～30	31～50	51～			
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125			126～
		食後	～139	140～199			200～
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～			
	拡張期	～84	85～89	90～			
④	<input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～			
e G F R		60未満					
尿蛋白		(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類		G3aA1～					
その他		<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		表 2	
課題	評価(良かったところ)	②アウトプット(事業実施量)	④ストラクチャー(構造)
<p>平成29年度課題</p> <p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返りみてみる(プロセス)</p> <p>全体</p> <p>○今年当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認していく。</p> <p>○成人3担当にて、共通認識を促したが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フォローアップしていくことが重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み <ul style="list-style-type: none"> -未受診者対策の対症年齢を40、65、67歳に薄やし実施。 -個別管理型台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨訪問。 -1人1人健診後経過観察委員会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 -1人1人健診後経過観察委員会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 -早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。 </p> <p>○未受診者対策の対症年齢を40、65、67歳に薄やし実施。いかに発現してもうよういかに今後の課題、受診勧奨訪問を行うことで早期の対応を向上とはなっている。</p> <p>○個別管理型台帳の活用を推進し、継続受診、治療途、治療途、治療途となるよう取り組みはしている。今後継続し、医療機関間も連携していくことが重要である。</p> <p>○39歳未満については、個別管理型台帳の活用状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取組の強化が必要。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。</p> <p>○対象者の理解、健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。 ○対象者の理解、健康増進法 </p> <p>○健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。 ○対象者の理解、健康増進法 </p> <p>○健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。 ○対象者の理解、健康増進法 </p>	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返りみてみる(プロセス)</p> <p>全体</p> <p>○今年当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認していく。</p> <p>○成人3担当にて、共通認識を促したが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フォローアップしていくことが重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み <ul style="list-style-type: none"> -未受診者対策の対症年齢を40、65、67歳に薄やし実施。 -個別管理型台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨訪問。 -1人1人健診後経過観察委員会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 -1人1人健診後経過観察委員会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 -早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。 </p> <p>○未受診者対策の対症年齢を40、65、67歳に薄やし実施。いかに発現してもうよういかに今後の課題、受診勧奨訪問を行うことで早期の対応を向上とはなっている。</p> <p>○個別管理型台帳の活用を推進し、継続受診、治療途、治療途、治療途となるよう取り組みはしている。今後継続し、医療機関間も連携していくことが重要である。</p> <p>○39歳未満については、個別管理型台帳の活用状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取組の強化が必要。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。</p> <p>○対象者の理解、健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。 ○対象者の理解、健康増進法 </p> <p>○健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。 ○対象者の理解、健康増進法 </p> <p>○健康増進法 <ul style="list-style-type: none"> ○対象者に個人通知を行っても、健診受診しようと思いがあっても、約15割程度である。若年層への健診の必要性を普及させる必要がある。 ○対象者の理解、健康増進法 </p>	<p>②アウトプット(事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関間連携推進委員会にて、特定受診者に対する協力依頼を実施する。 ○医療機関間の連携を促進する。 </p> <p>回数 医療機関数 4回 185</p> <p>県での医療機関へ訪問、160(前)</p> <p>○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 </p> <p>○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 </p> <p>○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 <ul style="list-style-type: none"> ○各医療機関 </p>	<p>③アウトカム(結果)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p>
<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p>	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p>	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p>	<p>④ストラクチャー(構造)</p> <p>⑤残っている課題</p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p> <p>○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診者対策 </p>