

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。

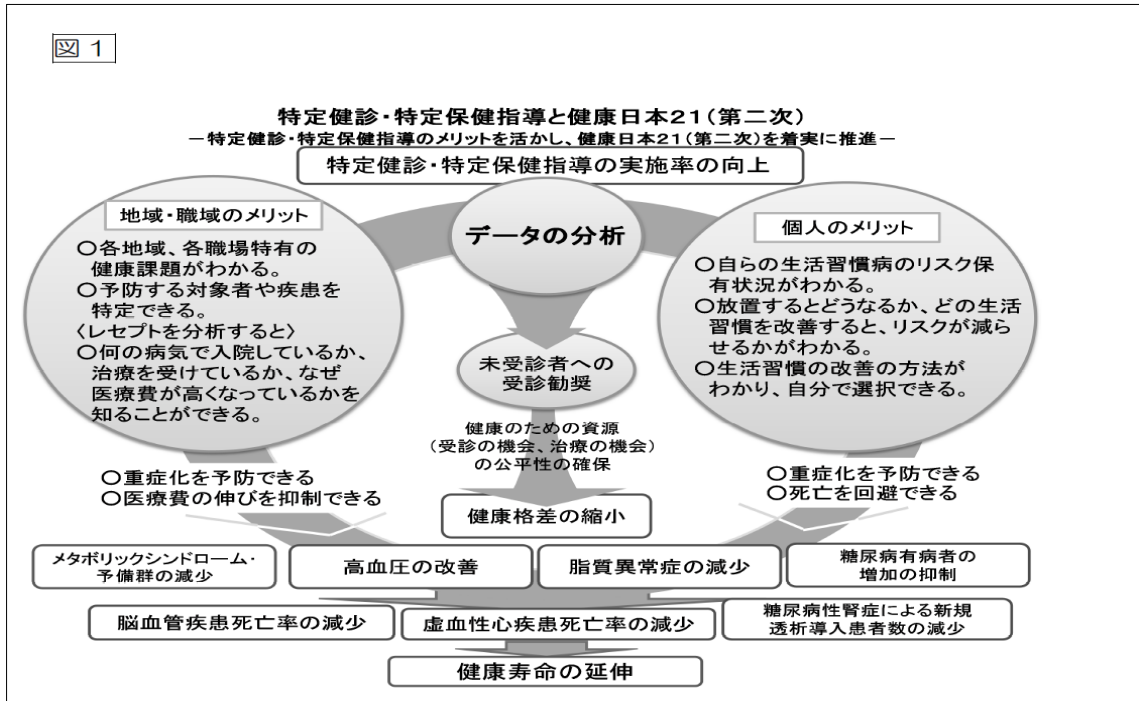
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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）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。

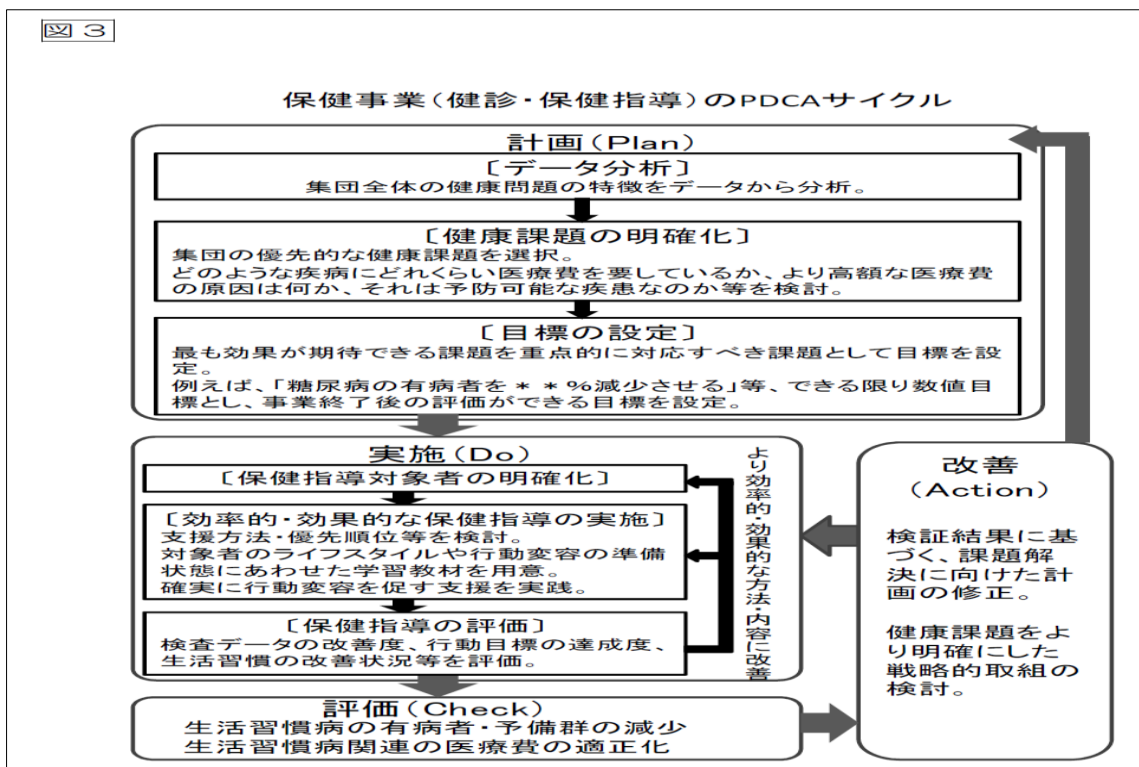
座間味村においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

【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

座間味村においては、総務・福祉課国民健康保険係と保健衛生担当保健師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関係者が関わっており、特に65歳以上の高齢者の健康管理、介護予防を担う地域包括支援センター担当の保健師とも連携をして、村一体となって計画策定を進めていく。

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、担当者が替わる際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

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

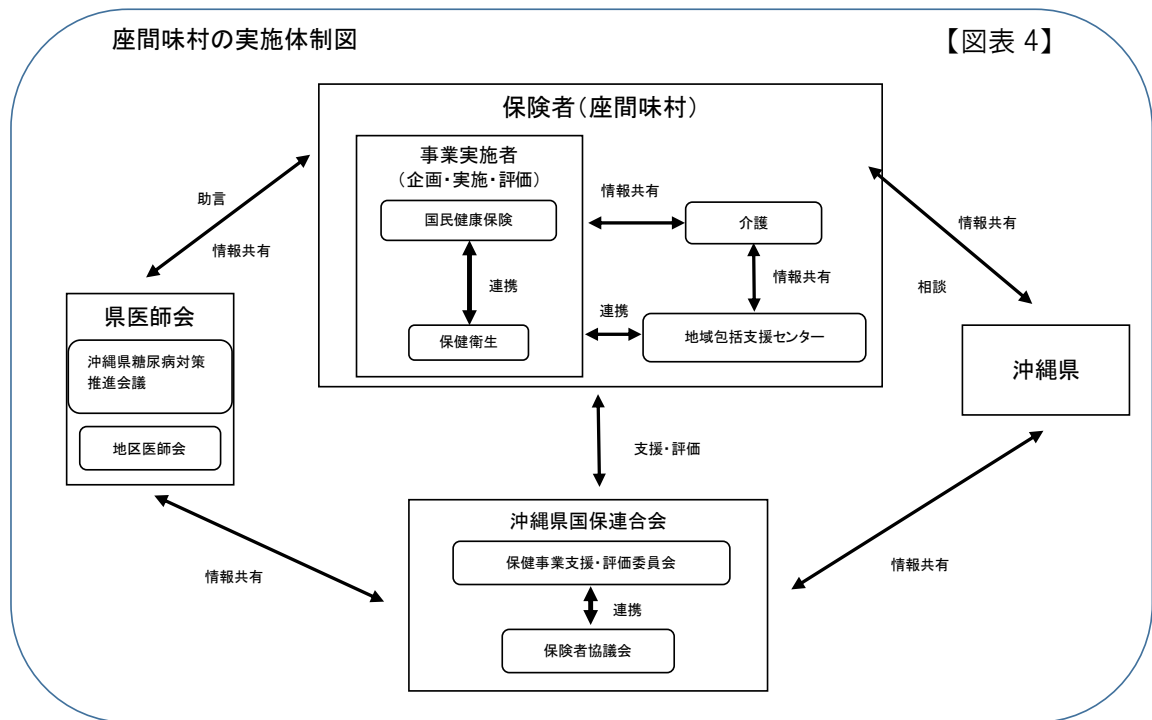
また、保険者等と医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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 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)		27.4		70	
全国順位(1,741市町村中)		337位			
共通 ①	特定健診受診率	20		30	50
	特定保健指導実施率	20		20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20		30	50
共通 ②	がん検診受診率	10		15	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		0	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	0		0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0		0	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		17	25
	第三者求償の取組の実施状況	4		0	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			4	50
体制構築加算		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2名から0名となっている。重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると40～64歳の2号認定者はいなかったが、介護認定は28.8%から30.1%に上昇しており、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増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。H28年度は悪性新生物の医療費の伸びが見られ入院費の割合が増加していることが考えられる。入院外の割合は健診受診後の適正な医療受診行動の結果と関係し、重症化予防につながっていくため経過をみていく。また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

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の変化については、平成25年度から平成28年度では約1,000万円の増加がみられ、同規模平均と比較すると1件あたりの給付費は横ばい状態であり、施設サービスに比べ居宅サービスの給付費の増加がみられている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	座間味村				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	1億1,179万円	95,302	58,143	282,818	75,804	39,649	273,932
平成28年度	1億2,060万円	95,410	66,032	285,759	73,752	40,098	279,554

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費、一人当たり医療費が入院、入院外ともに大幅な増加を示している。これは悪性新生物にかかった医療費がH25年度 13.5%から H28年度 36.9%に増加している影響も考えられる。（参考資料 1）

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	7,547万円				3,693万円				3,854万円			
	H28年度	1億134万円	2,587万円	34.3	3.4	5,977万円	2,284万円	61.8	3.1	4,156万円	303万円	78.6	3.6
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	12,260				6,000				6,260			
	H28年度	16,570	4,310	35.2	5.8	9,770	3,770	62.8	5.5	6,800	540	8.6	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）

1人あたりの医療費は全国や県と比較すると依然低いが、徐々に増加傾向にある。特に中長期目標の虚血性心疾患の占める割合が県、全国に比べ2倍になっており、短期目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症の医療費が低いことを考えると、適切な医療を受けず、重症化してから受診している状況が考えられる。特に糖尿病、高血圧の医療費は減少しているため、適正に医療を受診しているか、中断者がいないか等精査するとともに、早期に適切な医療につなげるよう受診勧奨が重要となってくる。

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		心	糖尿病	高血圧	脂質異常症							
				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						
H25	75,470,050	12,264	230位	41位	1.88%	3.49%	1.09%	5.47%	2.56%	6.77%	1.42%	17,122,550	22.69%	4.42%	14.50%	7.56%
H28	101,337,210	16,569	238位	38位	0.00%	0.01%	2.76%	4.60%	1.73%	3.99%	1.33%	14,615,040	14.42%	14.16%	5.96%	3.75%
H28	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病名のうち最も費用を要した病名

【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）

虚血性心疾患と脳血管疾患についてみると、平成28年度では基礎疾患に高血圧と脂質異常症がある者が100%を占めている。再発作予防のためには基礎疾患の早期の治療及び継続治療は必要であるため、医療機関と保健指導の連携が必要になってくる。

【図表 9】

【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		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	512	7	1.4	1	14.3	0	0.0	3	42.9	2	28.6	3	42.9	
	64歳以下	455	4	0.9	0	0.0	0	0.0	2	50.0	2	50.0	3	75.0	
	65歳以上	57	3	5.3	1	33.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	519	7	1.3	2	28.6	0	0.0	7	100.0	3	42.9	7	100.0	
	64歳以下	444	3	0.7	1	33.3	0	0.0	3	100.0	1	33.3	3	100.0	
	65歳以上	75	4	5.3	1	25.0	0	0.0	4	100.0	2	50.0	4	100.0	

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		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	512	10	2.0	1	10.0	0	0.0	9	90.0	2	20.0	3	30.0	
	64歳以下	455	3	0.7	0	0.0	0	0.0	2	66.7	0	0.0	1	33.3	
	65歳以上	57	7	12.3	1	14.3	0	0.0	7	100.0	2	28.6	2	28.6	
H28	全体	519	7	1.3	2	28.6	0	0.0	7	100.0	1	14.3	5	71.4	
	64歳以下	444	2	0.5	1	50.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0	
	65歳以上	75	5	6.7	1	20.0	0	0.0	5	100.0	0	0.0	3	60.0	

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		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	512	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	455	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	57	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	519	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	444	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	75	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	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)

平成28年度は平成25年度と比較して3疾患とも治療者が増加している。特に脂質異常症の治療は増加しているが、これは早期に適切に治療につながっていることが考えられる。

また基礎疾患に糖尿病がある者の糖尿病性腎症が0人から5人に増加しているが、早期発見のために糖尿病性腎症の検査を実施するようになってきていることが考えられる。今後も保健指導を継続し重症化予防、発症予防に努めていく。

【図表 10】

【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							
		糖尿病																
		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症				
被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	512	12	2.3	2	16.7	9	75.0	7	58.3	2	16.7	2	16.7	0	0.0	0	0.0
	64歳以下	455	6	1.3	1	16.7	4	66.7	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	65歳以上	57	6	10.5	1	16.7	5	83.3	3	50.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0	0	0.0
H28	全体	519	17	3.3	4	23.5	15	88.2	14	82.4	3	17.6	1	5.9	0	0.0	5	29.4
	64歳以下	444	9	2.0	3	33.3	7	77.8	6	88.9	1	11.1	1	11.1	0	0.0	3	33.3
	65歳以上	75	8	10.7	1	12.5	8	100.0	8	75.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	2	25.0

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧												
		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析				
被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	512	63	12.3	9	14.3	23	36.5	3	4.8	9	14.3	0	0.0
	64歳以下	455	30	6.6	4	13.3	7	23.3	2	6.7	2	6.7	0	0.0
	65歳以上	57	33	57.9	5	15.2	16	48.5	1	3.0	7	21.2	0	0.0
H28	全体	519	76	14.6	15	19.7	33	43.4	7	9.2	7	9.2	0	0.0
	64歳以下	444	30	6.8	7	23.3	13	43.3	3	10.0	2	6.7	0	0.0
	65歳以上	75	46	61.3	8	17.4	20	43.5	4	8.7	5	10.9	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						
		脂質異常症												
		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析				
被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	512	33	6.4	7	21.2	23	69.7	3	9.1	3	9.1	0	0.0
	64歳以下	455	16	3.5	4	25.0	7	43.8	3	18.8	1	6.3	0	0.0
	65歳以上	57	17	29.8	3	17.6	16	94.1	0	0.0	2	11.8	0	0.0
H28	全体	519	40	7.7	14	35.0	33	82.5	7	17.5	5	12.5	0	0.0
	64歳以下	444	19	4.3	8	42.1	13	68.4	3	15.8	2	10.5	0	0.0
	65歳以上	75	21	28.0	6	28.6	20	95.2	4	19.0	3	14.3	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見ると、男性、女性ともにメタボリックシンドローム該当者は減少し予備軍が増加している。血圧のデータは改善されている。これは健診受診後の保健指導時に受診勧奨を行い、早期に医療につながりコントロールが良好になったためと思われる。

該当者、予備軍ともに血圧、脂質リスクの重なった者が多く見られているが、血糖、血圧、脂質の3項目の重なりが見られる者はH25年度7.7%からH28年度3.4%に減少している。

【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	項目	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
H25	合計	31	30.1	49	47.6	38	36.9	33	32.0	4	3.9	32	31.1	26	25.2	32	31.1	51	49.5	28	27.2	50	48.5	0	0.0
	40-64	24	30.4	37	46.8	28	35.4	30	38.0	2	2.5	17	21.5	14	17.7	26	32.9	32	40.5	23	29.1	39	49.4	0	0.0
	65-74	7	29.2	12	50.0	10	41.7	3	12.5	2	8.3	15	62.5	12	50.0	6	25.0	19	79.2	5	20.8	11	45.8	0	0.0
H28	合計	34	33.7	44	43.6	35	34.7	26	25.7	5	5.0	34	33.7	32	31.7	30	29.7	32	31.7	16	15.8	44	43.6	2	2.0
	40-64	22	31.4	26	37.1	26	37.1	21	30.0	4	5.7	21	30.0	17	24.3	23	32.9	16	22.9	13	18.6	32	45.7	2	2.9
	65-74	12	38.7	18	58.1	9	29.0	5	16.1	1	3.2	13	41.9	15	48.4	7	22.6	16	51.6	3	9.7	12	38.7	0	0.0

性別	項目	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
H25	合計	17	21.8	16	20.5	10	12.8	11	14.1	0	0.0	14	17.9	36	46.2	2	2.6	33	42.3	12	15.4	35	44.9	1	1.3
	40-64	12	20.0	11	18.3	6	10.0	8	13.3	0	0.0	9	15.0	25	41.7	0	0.0	22	36.7	10	16.7	29	48.3	0	0.0
	65-74	5	27.8	5	27.8	4	22.2	3	16.7	0	0.0	5	27.8	11	61.1	2	11.1	11	61.1	2	11.1	6	33.3	1	5.6
H28	合計	13	17.6	16	21.6	10	13.5	4	5.4	0	0.0	6	8.1	28	35.1	4	5.4	29	39.2	6	8.1	31	41.9	1	1.4
	40-64	7	14.3	8	16.3	5	10.2	1	2.0	0	0.0	2	4.1	13	26.5	1	2.0	17	34.7	3	6.1	20	40.8	1	2.0
	65-74	6	24.0	8	32.0	5	20.0	3	12.0	0	0.0	4	16.0	13	52.0	3	12.0	12	48.0	3	12.0	11	44.0	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	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		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				
H25	合計	103	64.8	11	10.7%	14	13.6%	3	2.9%	8	7.8%	3	2.9%	24	23.3%	2	1.9%	0	0.0%	12	11.7%	10	9.7%
	40-64	79	61.7	9	11.4%	12	15.2%	3	3.8%	6	7.6%	3	3.8%	16	20.3%	1	1.3%	0	0.0%	7	8.9%	8	10.1%
	65-74	24	77.4	2	8.3%	2	8.3%	0	0.0%	2	8.3%	0	0.0%	8	33.3%	1	4.2%	0	0.0%	5	20.8%	2	8.3%
H28	合計	101	53.4	4	4.0%	18	17.8%	2	2.0%	9	8.9%	7	6.9%	22	21.8%	7	6.9%	0	0.0%	11	10.9%	4	4.0%
	40-64	70	50.7	4	5.7%	13	18.6%	2	2.9%	4	5.7%	7	10.0%	9	12.9%	2	2.9%	0	0.0%	4	5.7%	3	4.3%
	65-74	31	60.8	0	0.0%	5	16.1%	0	0.0%	5	16.1%	0	0.0%	13	41.9%	5	16.1%	0	0.0%	7	22.6%	1	3.2%

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		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				
H25	合計	78	75.7	5	6.4%	3	3.8%	0	0.0%	3	3.8%	0	0.0%	8	10.3%	1	1.3%	0	0.0%	3	3.8%	4	5.1%
	40-64	60	76.9	5	8.3%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	5	8.3%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%	3	5.0%
	65-74	18	72.0	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	11.1%	1	5.6%
H28	合計	74	60.2	6	8.1%	4	5.4%	1	1.4%	3	4.1%	0	0.0%	6	8.1%	1	1.4%	0	0.0%	3	4.1%	2	2.7%
	40-64	49	54.4	4	8.2%	1	2.0%	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	6.1%	1	2.0%	0	0.0%	1	2.0%	1	2.0%
	65-74	25	75.8	2	8.0%	3	12.0%	0	0.0%	3	12.0%	0	0.0%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	1	4.0%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は平成 25 年度をピークに減少している。集団健診時に修学旅行の受け入れが重なったり、天候の関係で健診が延期になった場合等に受診率に影響が出ている。座間味村では個別健診を受診する者が少ないことから、今後集団健診後の個別健診受診勧奨を強化する必要がある。また継続受診者が 73.8%と高く住民の健康への意識の高さがうかがわれるが、新規受診者は 21.8%と低いため長期未受診者へのアプローチが課題となっている。

重症化を予防していくためには、保健指導や適切な受診が必要であるが、特定保健指導率は 60%前後で横ばい、医療機関受診勧奨者が医療につながった割合は約半数となっている。

【図表 12】

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

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	
								座間味村	同規模平均
H25年度	262	181	69.1	10	32	22	68.8	48.6	50.4
H28年度	279	175	62.7	74	25	15	60.0	48.6	51.6

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、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。その結果として虚血性疾患は微減、糖尿病性腎症による新規透析者はでていないが、脳血管疾患の医療費は増加している。脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症者には、健診未受診者または健診で生活習慣病の何らかの所見が現れているが医療を受診していない者が見られていることから、未受診者対策及び医療機関への受診勧奨の強化が必要である。また治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など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。

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)

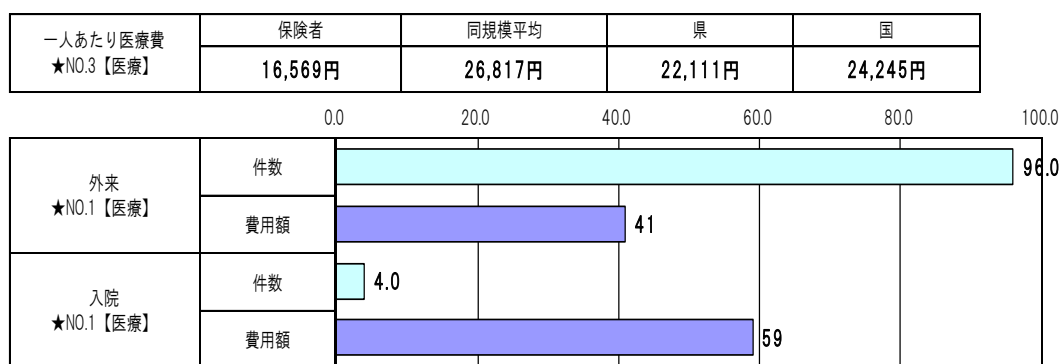
座間味村の1人あたりの医療費は16,569円でH25年度同様同規模平均及び国、県より低く推移している。入院件数は4.0%で、費用額全体の59.0%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよいと言える。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

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

- ① 月80万以上になる疾患を分析すると、今回ターゲットにしている予防可能な疾患虚血性心疾患2件(2名)で18.2%、脳血管疾患1件(1名)で9.1%であり第1期計画時に比べ減少している。(様式1-1)
- ② 6ヶ月以上の長期入院レセプトは脳血管疾患1名、精神疾患1名となっている。(様式2-1)
- ③ 長期療養する疾患である人工透析は0人であった。(様式2-2)
- ④ 中長期的な3疾患とも基礎疾患として高血圧が100%あり、特に高血圧と脂質異常症の重なりが大部分を占めている。また糖尿病性腎症に関しては3つの基礎疾患の重なりが80%にも及んでいる。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	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	11人	1人	2人	2人	7人			
				9.1%	18.2%	18.2%	63.6%			
		件数	年 代 別	22件	1件	2件	8件	11件		
					4.5%	9.1%	36.4%	50.0%		
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
				50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
60代	1	100.0%	2	100.0%	8	100.0%	5	45.5%		
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	54.5%		
費用額	2775万円	134万円	397万円	891万円	1354万円					
		4.8%	14.3%	32.1%	48.8%					

*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 (H28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
			100.0%	100.0%	0.0%
		件数	33件	12件	9件
		36.4%	27.3%	0.0%	
費用額	1583万円	469万円	523万円	--	
		29.6%	33.0%	--	

*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)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	0人	0人	0人
				--	--	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	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 (H28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	の基 礎 疾 患	118人	7人	7人	5人
				5.9%	5.9%	4.2%
			高血圧	7人	7人	5人
				100.0%	100.0%	100.0%
			糖尿病	1人	3人	5人
				14.3%	42.9%	100.0%
			脂質異常症	5人	7人	4人
	71.4%	100.0%	80.0%			
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
76人	17人	40人	19人			
64.4%	14.4%	33.9%	16.1%			

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

図表 15 をみると、座間味村の介護認定率は 29.3%でそのうち 88.0%が後期高齢者である。介護認定者の 51.7%が要介護 3~5 であり 29.3%が要介護 1~2 となっている。

中長期目標に挙げている疾患に大差はないが、これらの診断を受けている者すべてに高血圧症が基礎疾患にあることが特徴的である。

また介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 5,577 円高く、約 2 倍の医療費となっている。青、壮年期の血管疾患を予防することは、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が重要であると考えられる。また、働き盛り世代の他の医療保険加入者の生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況等の情報を把握し対策を考えていく必要がある。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

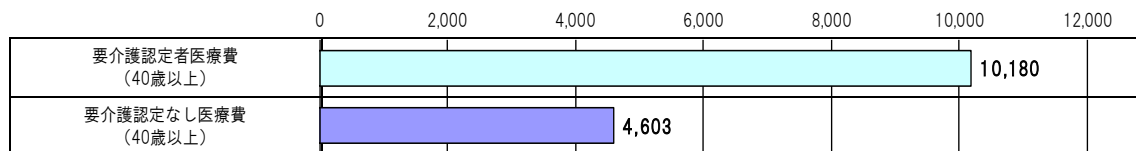
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計						
	被保険者数		293人	69人	129人	198人				491人		
	認定者数		0人	7人	51人	58人				58人		
	認定率		0.00%	10.1%	39.5%	29.3%				11.8%		
	新規認定者数 (*1)		0人	3人	7人	10人				10人		
介護度別人数	要支援1・2		0	--	1	14.3%	10	19.6%	11	19.0%	11	19.0%
	要介護1・2		0	--	3	42.9%	14	27.5%	17	29.3%	17	29.3%
	要介護3～5		0	--	3	42.9%	27	52.9%	30	51.7%	30	51.7%

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	51	58				58					
	再) 国保・後期		0	6	46	52				52					
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	0	--	脳卒中	4	66.7%	脳卒中	20	43.5%	脳卒中	24	46.2%
			2	虚血性心疾患	0	--	虚血性心疾患	3	50.0%	虚血性心疾患	16	34.8%	虚血性心疾患	19	36.5%
			3	腎不全	0	--	腎不全	2	33.3%	腎不全	2	4.3%	腎不全	4	7.7%
			4	糖尿病合併症	0	--	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	7	15.2%	糖尿病合併症	7	13.5%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	0	--	6	100.0%	37	80.4%	43	82.7%	43	82.7%			
		血管疾患合計	0	--	6	100.0%	39	84.8%	45	86.5%	45	86.5%			
		認知症	0	--	2	33.3%	20	43.5%	22	42.3%	22	42.3%			
		筋・骨格疾患	0	--	6	100.0%	45	97.8%	51	98.1%	51	98.1%			

*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】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

本村における健診データは、ほぼ全項目において全国より高く、沖縄県より低い傾向にある。メタボリックシンドローム該当者は少ないが予備群は多く、特に65歳以上の割合が高い。また血圧、脂質の2項目の重なりが最も多くなっている。

【図表 16】

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

★NO.23（帳票）

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
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
座間味村	合計	34	33.7	44	43.6	35	34.7	26	25.7	5	5.0	34	33.7	32	31.7	30	29.7	32	31.7	16	15.8	44	43.6	2	2.0
	40-64	22	31.4	26	37.1	26	37.1	21	30.0	4	5.7	21	30.0	17	24.3	23	32.9	16	22.9	13	18.6	32	45.7	2	2.9
	65-74	12	38.7	18	58.1	9	29.0	5	16.1	1	3.2	13	41.9	15	48.4	7	22.6	16	51.6	3	9.7	12	38.7	0	0.0

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		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
座間味村	合計	13	17.6	16	21.6	10	13.5	4	5.4	0	0.0	6	8.1	26	35.1	4	5.4	29	39.2	6	8.1	31	41.9	1	1.4
	40-64	7	14.3	8	16.3	5	10.2	1	2.0	0	0.0	2	4.1	13	26.5	1	2.0	17	34.7	3	6.1	20	40.8	1	2.0
	65-74	6	24.0	8	32.0	5	20.0	3	12.0	0	0.0	4	16.0	13	52.0	3	12.0	12	48.0	3	12.0	11	44.0	0	0.0

*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
		座間味村	合計	101	53.4	4	4.0%	18	17.8%	2	2.0%	9	8.9%	7	6.9%	22	21.8%	7	6.9%	0	0.0%	11	10.9%
座間味村	40-64	70	50.7	4	5.7%	13	18.6%	2	2.9%	4	5.7%	7	10.0%	9	12.9%	2	2.9%	0	0.0%	4	5.7%	3	4.3%
	65-74	31	60.8	0	0.0%	5	16.1%	0	0.0%	5	16.1%	0	0.0%	13	41.9%	5	16.1%	0	0.0%	7	22.6%	1	3.2%

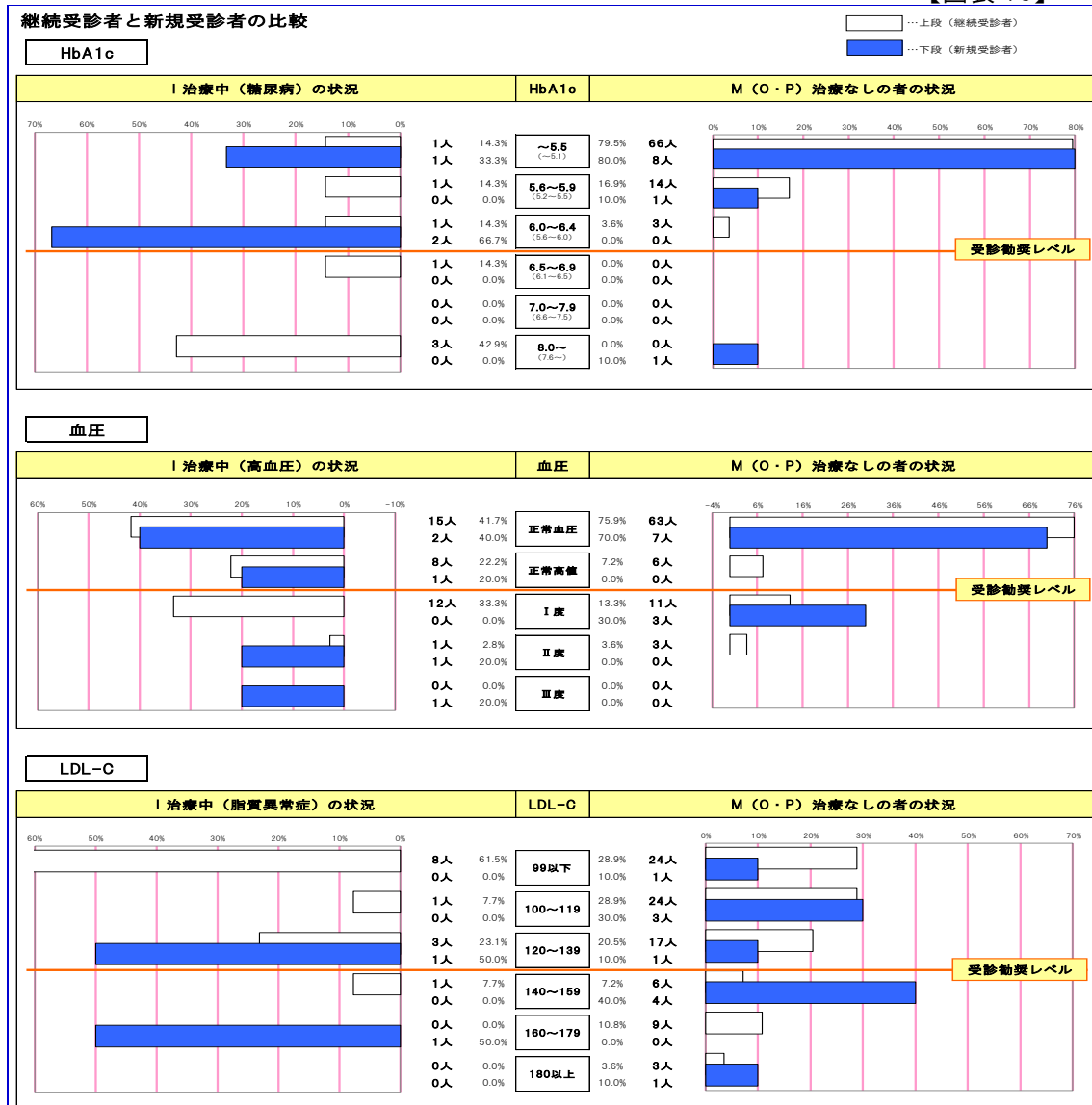
性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		座間味村	合計	74	60.2	6	8.1%	4	5.4%	1	1.4%	3	4.1%	0	0.0%	6	8.1%	1	1.4%	0	0.0%	3	4.1%
座間味村	40-64	49	54.4	4	8.2%	1	2.0%	1	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	6.1%	1	2.0%	0	0.0%	1	2.0%	1	2.0%
	65-74	25	75.8	2	8.0%	3	12.0%	0	0.0%	3	12.0%	0	0.0%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.0%	1	4.0%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

図 18 をみると新規受診者の中に受診勧奨レベルの人が見られている。適正な医療につなげるためには、住民自ら体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重要な取り組むべき課題である。

また継続受診者の中に糖尿病治療中であるが HbA1c8.0%以上のコントロール不良者が複数名おり、糖尿病は治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。保健指導を実施するにあたり医療機関との連携の際、糖尿病連携手帳の活用を図っていく。

【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が、「G_健診も治療も受けていない」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が29.8%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。健診受診者(3,181円)と未受診者(36,654円)の治療にかかっている費用でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

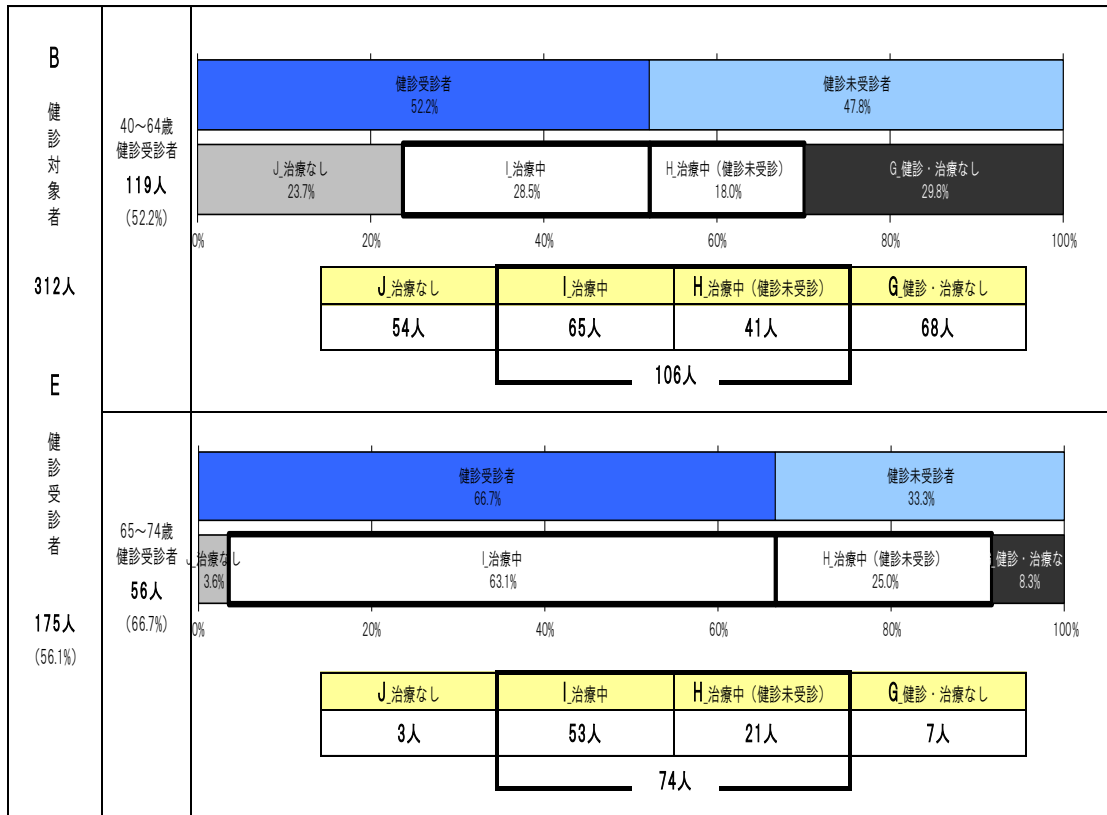
また、「H_治療中であるが健診未受診である」も18.0~25.0%と高いため、医療機関と連携し、糖尿病連携手帳の活用し健診受診に結び付けていく対策が必要である。

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。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

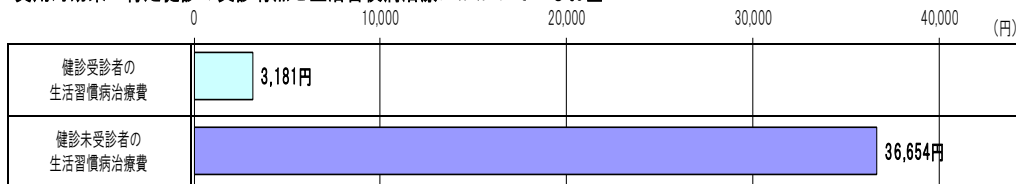
★NO.26 (GSV)



OG_健康診断・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。まずは健康診断の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健康診断のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健康診断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



3) 目標の設定

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

これまでの健康診断・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、虚血性心疾患を減らしていくこと、糖尿病性腎症発症させないことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の新たな発症を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、座間味村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目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年毎、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	65%	65%	65%	68%	68%	70%
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	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	285人	290人	295人	300人	300人	300人
	受診者数	185人	189人	192人	204人	204人	210人
特定保健指導	対象者数	25人	27人	29人	30人	30人	30人
	受診者数	18人	19人	21人	23人	23人	23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(座間味・阿嘉離島振興総合センター)
- 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、沖縄県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。
(参照)URL：http://www.okikoku.or.jp/

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4月から翌年2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】

年間実施スケジュール

		受診券発行月日※												受診券有効期限											
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年4月1日現在)	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												
座間味村	保険証と一体型	4月1日	→										2月28日												
		* 前年度3月末から行う保険証の切り替え時に 集団健診の日程を案内する						* 3年未受診者受診勧奨 * ポスターの掲示・HP掲載						* 今年度未受診者受診勧奨											

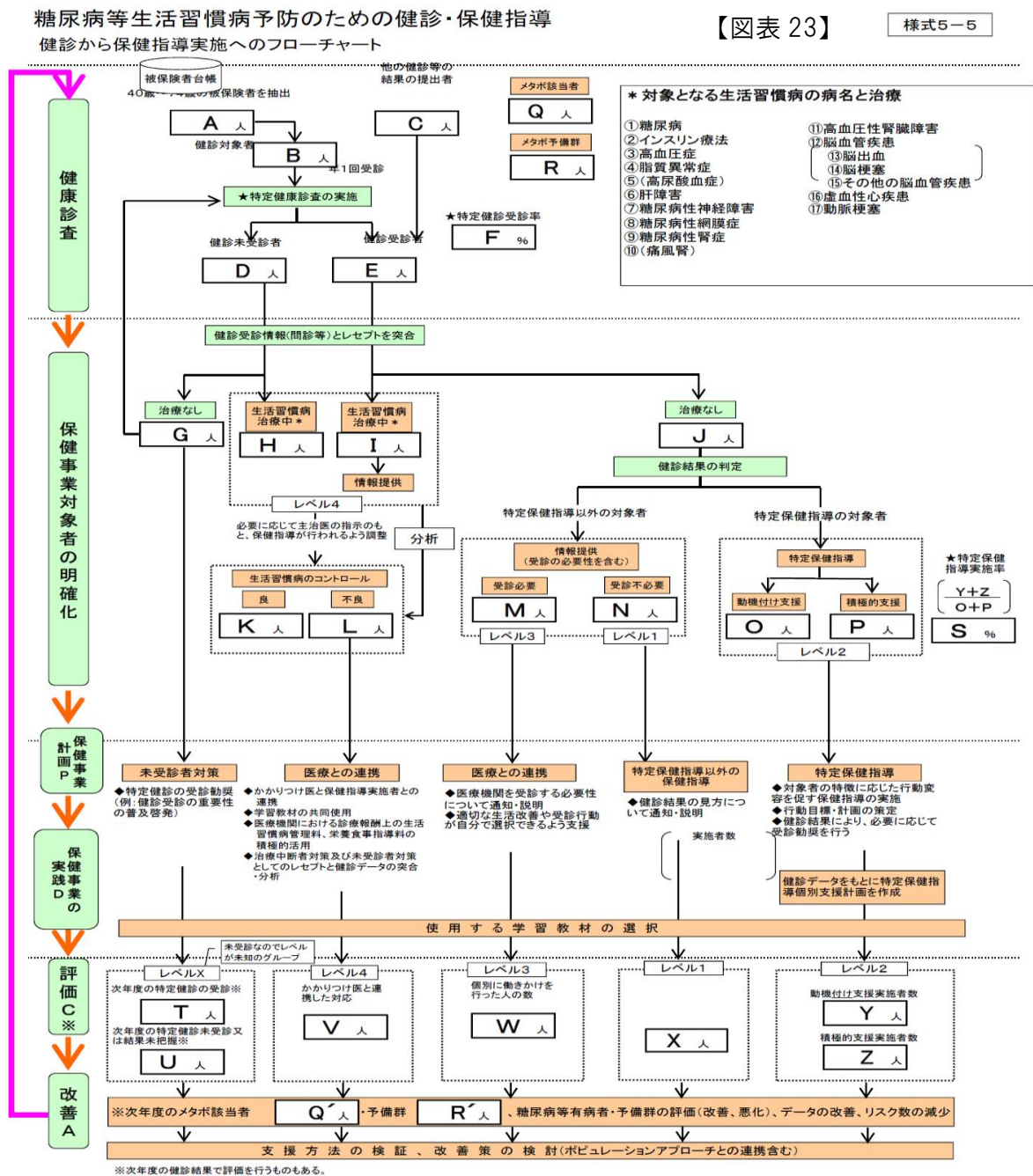
※受診券は保険証と一体型となるため保険証交付日が受診券発行日となります。
(注) 平成29年度中に75歳に到達する方については有効期限は誕生日の前日となります。

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導については、国保、保健衛生、包括支援センターの専門職の連携のもと実施する。

(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)



(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】

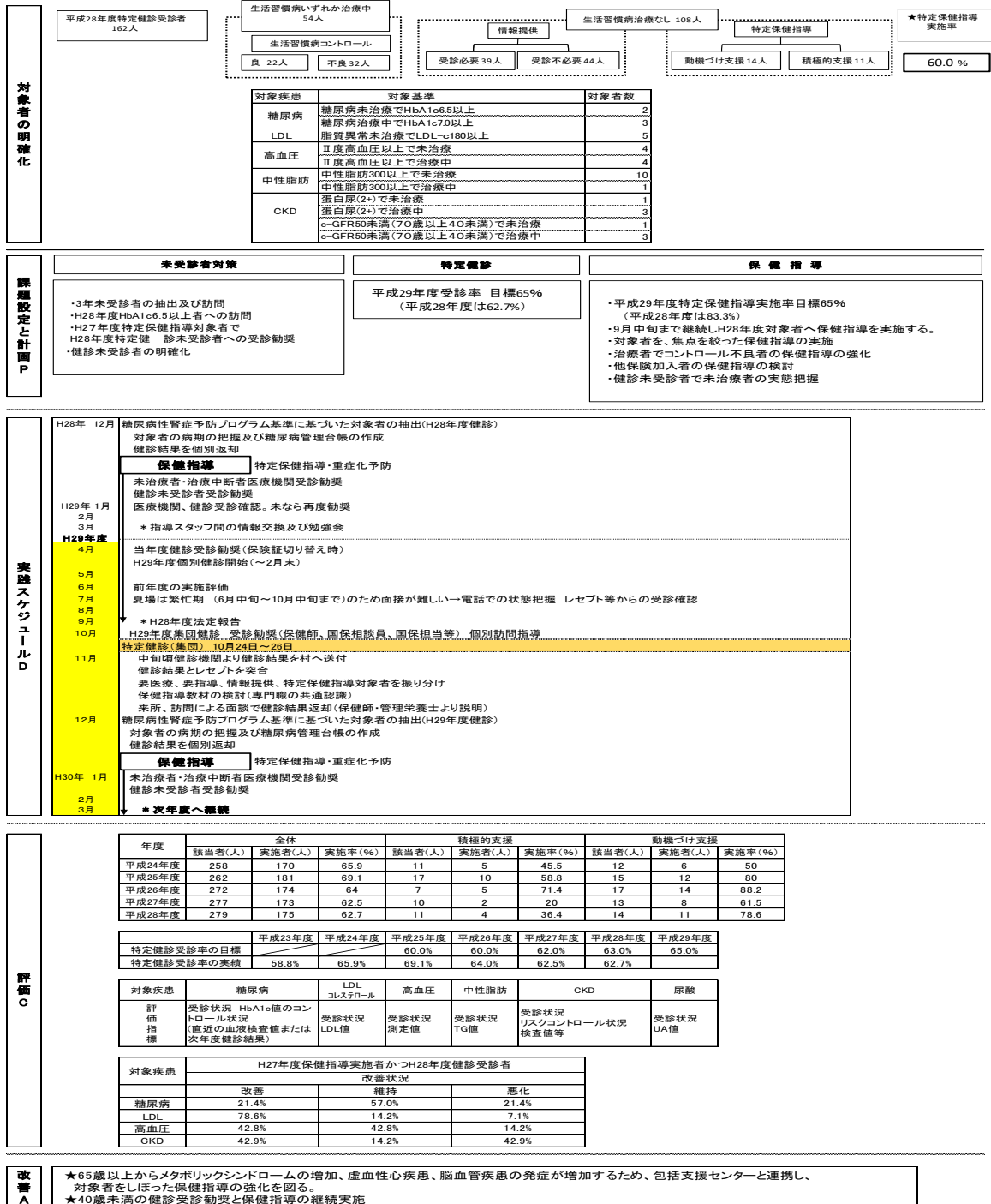
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	25人 (15.4)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	39人 (24.1)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	118人 ※受診率目標 達成までにあ と20人	65.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	44人 (27.2)	100.0%
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	54人 (33.3)	90.0%

(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



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座間味村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等で行う。

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、座間味村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村民へ周知する。

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)及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

『図表15 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)	○				<input type="checkbox"/>
2	健康課題の把握	○				<input type="checkbox"/>
3	チーム内での情報共有	○				<input type="checkbox"/>
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				<input type="checkbox"/>
5	医師会等への相談(情報提供)	○				<input type="checkbox"/>
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				<input type="checkbox"/>
7	情報連携方法の確認	○				<input type="checkbox"/>
8	対象者選定基準検討		○			<input type="checkbox"/>
9	基準に基づく該当者数試算		○			<input type="checkbox"/>
10	介入方法の検討		○			<input type="checkbox"/>
11	予算・人員配置の確認	○				<input type="checkbox"/>
12	実施方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
13	計画書作成		○			<input type="checkbox"/>
14	募集方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
15	マニュアル作成		○			<input type="checkbox"/>
16	保健指導等の準備		○			<input type="checkbox"/>
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				<input type="checkbox"/>
18	個人情報の取り決め	○				<input type="checkbox"/>
19	苦情、トラブル対応	○				<input type="checkbox"/>
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			<input type="checkbox"/>
21	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			<input type="checkbox"/>
23	D レセプトにて受診状況把握				○	<input type="checkbox"/>
24	D 募集(複数の手段で)		○			<input type="checkbox"/>
25	D 対象者決定		○			<input type="checkbox"/>
26	D 介入開始(初回面接)		○			<input type="checkbox"/>
27	D 継続的支援		○			<input type="checkbox"/>
28	D カンファレンス、安全管理		○			<input type="checkbox"/>
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			<input type="checkbox"/>
30	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	<input type="checkbox"/>
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
34	C 医師会等への事業報告	○				<input type="checkbox"/>
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				<input type="checkbox"/>
36	A 改善点の検討		○			<input type="checkbox"/>
37	A マニュアル修正		○			<input type="checkbox"/>
38	A 次年度計画策定		○			<input type="checkbox"/>

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。座間味村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)

座間味村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は1人(16.7%・F)であった。また40～74歳における糖尿病治療者17人の中のうち、特定健診受診者が5人(29.4%・G)おり、治療中断者は0人(キ)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者6人(35.3%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者5人(イ)中1人(オ)は治療中断であることが分かった。また、2人(カ)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 より座間味村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】

- 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)・・・1人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・1人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応

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

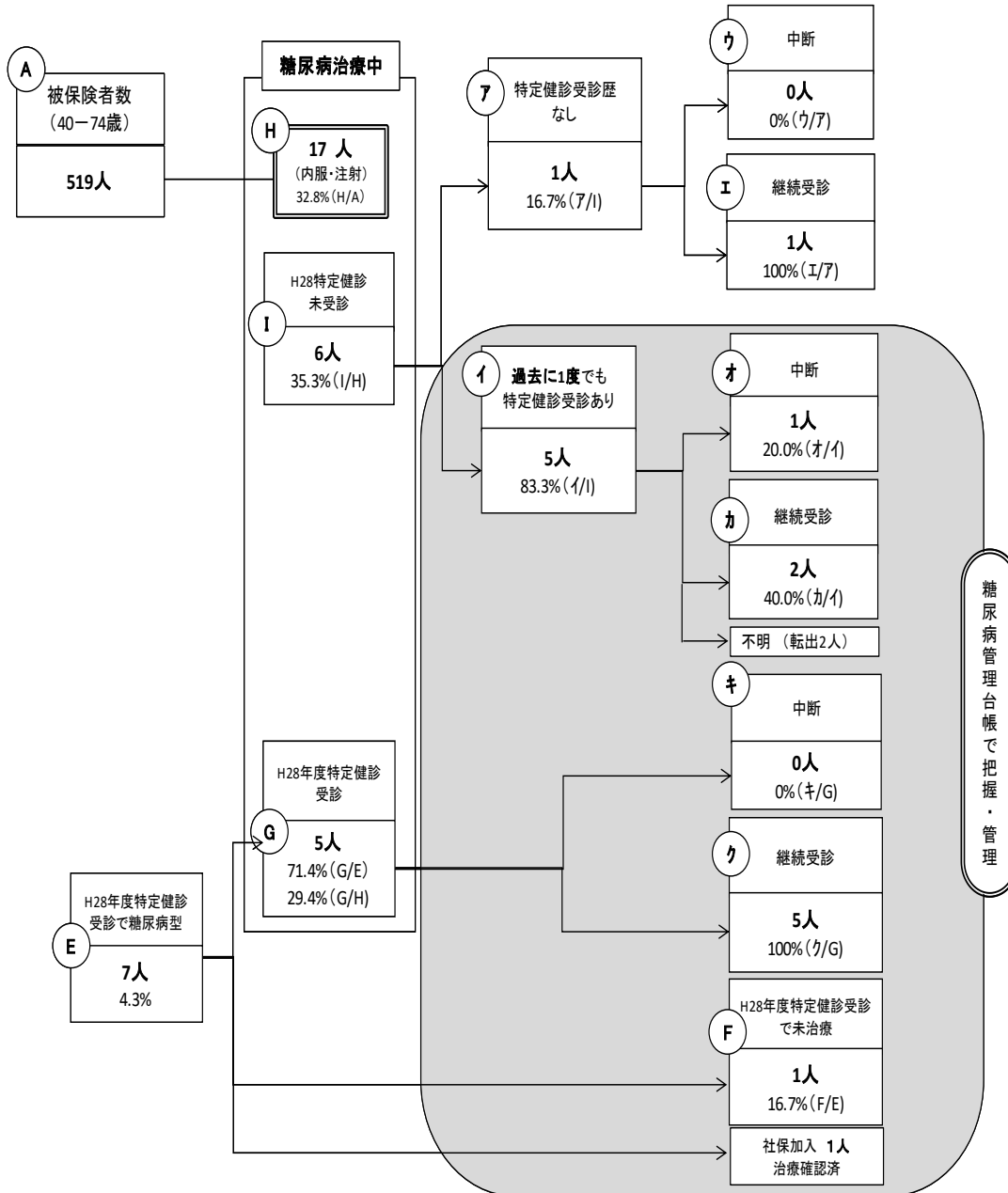
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・2人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・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

- ・特定健診の間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

前年度のデータと比較し介入対象者を確認する。

(5) 対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……4 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……3 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。座間味村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資 料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</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？ <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くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

65歳～74歳高齢者の受診勧奨や保健指導の実施、また生活支援等に関しては地域包括支援センターと連携していく。

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/1.73m²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

- 9月 対象者の選定基準の決定
- 10月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 11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(当年度～次年度にかけて)
- 3月 中間まとめ
- 8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。

座間味村においては詳細健診の他、H27年度より40歳以上の心電図の自己負担額を下げたことにより、心電図の受診者が増加している。集団健診受診者153人のうち心電図検査実施者は76人(49.7%)であり、そのうちST所見があったのは0人であった(図表30)。

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、該当者及び予備軍は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)		他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	153	100	76	49.7	0	0.0	20	26.3	56	73.7

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)(%)
0	0	0	0	0	0	0	0

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		
	153	0 0%	20 13.1%	56 36.6%	77 50.3%	
メタボ該当者	20 13.1%	0 0%	7 35.0%	9 45.0%	4 20.0%	
メタボ予備群	24 15.7%	0 0.0%	6 25.0%	10 41.7%	8 33.3%	
メタボなし	109 71.2%	0 0%	7 6.4%	37 33.9%	65 59.6%	
LDL	140-159	12 11.0%	0 0%	1 8.3%	6 50.0%	5 41.7%
	160-179	10 9.2%	0 0%	1 10.0%	2 20.0%	7 70.0%
	180-	3 2.8%	0 0%	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%

【参考】

CKD	G3aA1~	35	0	5	10	20
		22.9%	0%	14.3%	28.6%	57.1%

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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

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

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

65 歳～74 歳高齢者の受診勧奨や保健指導の実施、また生活支援等に関しては地域包括支援センターと連携していく。

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

9 月 対象者の選定基準の決定

10 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

11 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(当年度～次年度にかけて)

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】

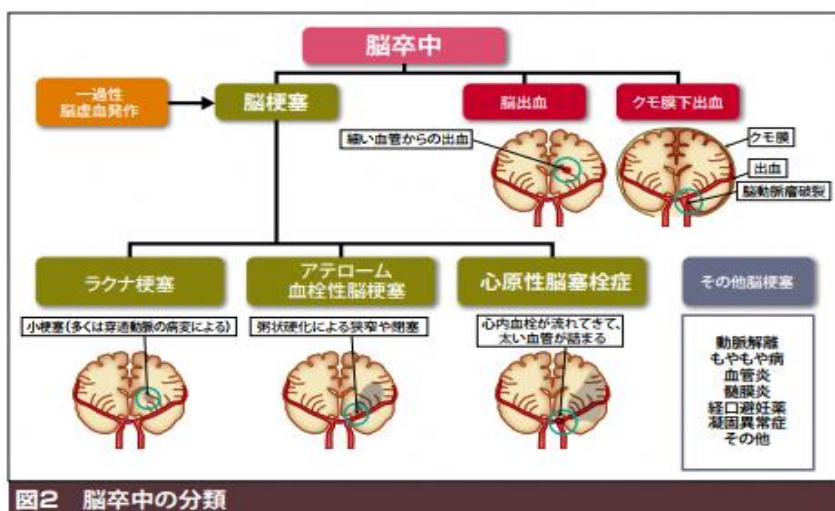


図2 脳卒中の分類

(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 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BMDBM)	心房細動	メタリックシンドローム	慢性腎臓病(CDK)								
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		8人	4.9%	5人	3.1%	5人	3.1%	0人	0.0%	28人	17.3%	4人	2.5%	4人	2.5%
治療なし		4人	3.6%	2人	1.3%	5人	3.4%	0人	0.0%	7人	6.5%	1人	1.0%	1人	0.9%
治療あり		4人	8.0%	3人	30.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	21人	38.9%	3人	5.6%	3人	5.6%
臓器障害あり		0人	0.0%	0人	0.0%	0人	0.0%	0人	--	0人	0.0%	1人	100.0%	1人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		0人		0人		0人		1人		1人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		1人		0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)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		1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8人(4.9%)であり、4人は未治療者であった。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も4人(8.0%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

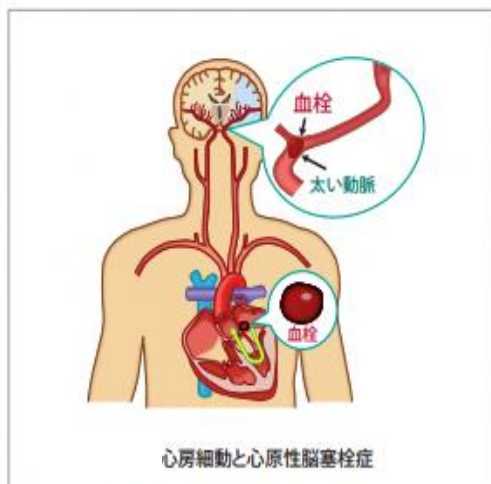
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	至速血圧	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
1,583		632	385	261	249	38	18	18	127	160
		39.9%	24.3%	16.5%	15.7%	2.4%	1.1%	1.1%	8.0%	10.1%
リスク第1層		224	123	59	20	4	0	18	4	0
		14.2%	19.5%	15.3%	7.7%	7.2%	0.0%	100%	3.1%	0.0%
リスク第2層		780	298	187	143	19	10	---	123	29
		49.3%	47.2%	48.6%	54.8%	49.4%	55.6%	---	96.9%	18.1%
リスク第3層		579	211	139	98	15	8	---	---	131
		36.6%	33.4%	36.1%	37.5%	39.5%	44.4%	---	---	81.9%
再掲 重複あり	糖尿病	139	42	39	23	4	1	---	---	---
		24.0%	19.9%	28.1%	23.5%	27.8%	12.5%	---	---	---
	慢性腎臓病 (CKD)	309	133	67	44	6	6	---	---	---
		53.4%	63.0%	48.2%	44.9%	49.1%	75.0%	---	---	---
	3個以上の危険因子	258	72	64	52	7	5	---	---	---
		44.6%	34.1%	46.0%	53.1%	53.7%	62.5%	---	---	---

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



(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 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。

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	48	29	0	0	0	0	-	-
40歳代	12	6	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	10	6	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	22	8	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74歳	4	9	0	0	0	0	3.1	0.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

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

心電図検査において心房細動の所見が見られた者はいなかった。しかし心房細動は脳梗塞のリスクであるため、医療機関の受診勧奨と継続受診の必要性を行う必要があり、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。

(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できる体制を。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

① 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

65 歳～74 歳高齢者の受診勧奨や保健指導の実施、また生活支援等に関しては地域包括支援センターと連携していく。

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

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。

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

9 月 対象者の選定基準の決定

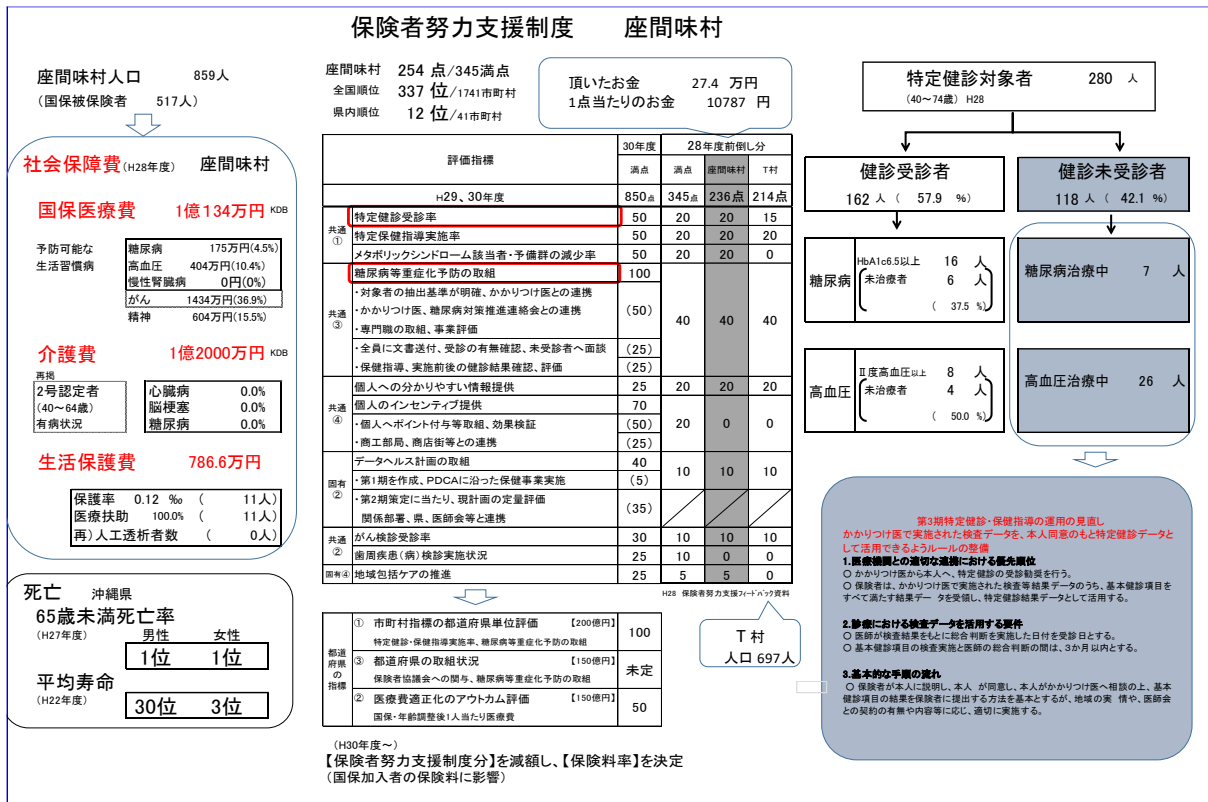
10 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

11 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(前年度～次年度にかけて)

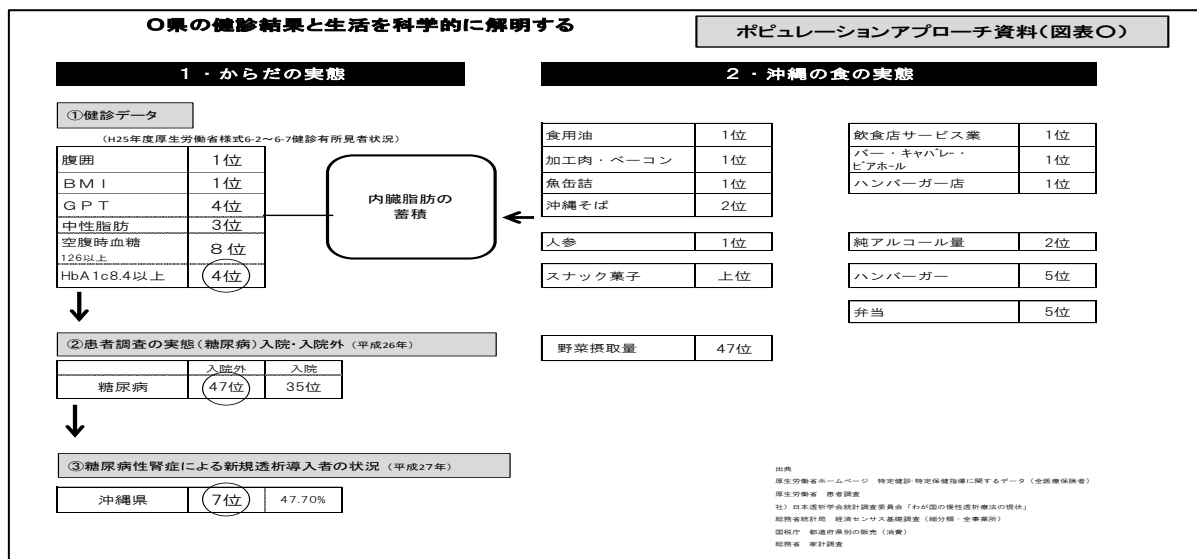
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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町民へ周知していく。(図表40・41)

【図表40】



【図表41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

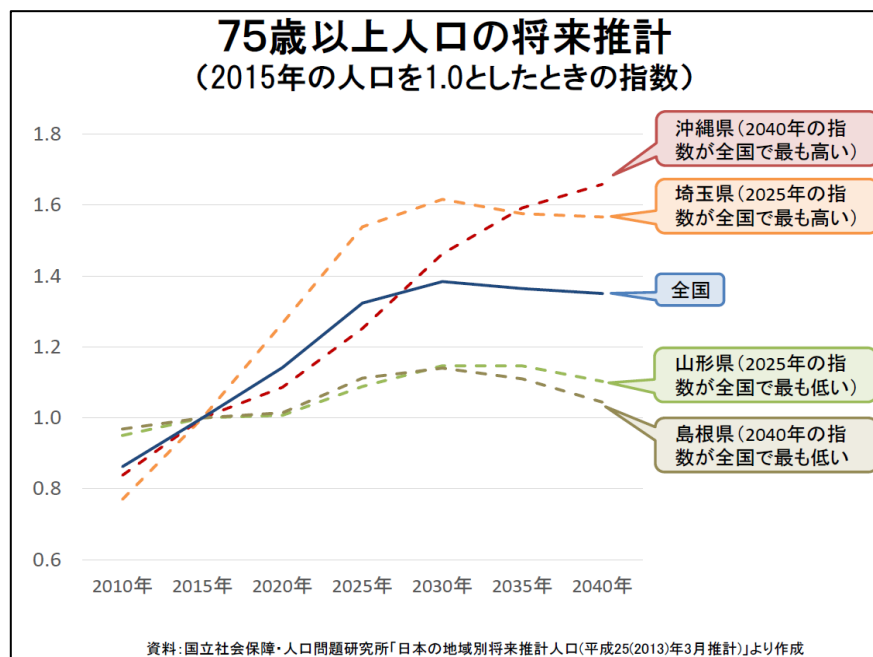
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、村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市町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)	・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・看護師等が自身の担当の被保険者分については定期的に行う。

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

【図表 43】

達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値				
		H28	H29	H30	H31	H32	H				
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 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、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	62.7%									
	特定保健指導実施率60%以上	60.0%									
	特定保健指導対象者の減少率25%	25人									
	脳血管疾患の総医療費に占める割合を国並みにする	2.8%									
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合を国並みにする	4.6%									
	糖尿病性腎症による透析導入者を出さない	0.0%									
	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	28.6%									
	健診受診者の高血圧の割合減少30% (160/100以上)	4.9%									
	健診受診者の脂質異常者の割合減少30% (LDL160以上)	12.3%									
	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少10% (HbA1c6.5以上)	9.9%									
がんの早期発見、早期治療 未受診者への受診勧奨	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	28.6%									
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%	2人									
	糖尿病の保健指導を実施した割合90%以上	83.3%									
	がん検診受診率 胃がん検診 10%以上	2.8%									
	肺がん検診 30%以上	22.6%									
大腸がん検診 30%以上 子宮頸がん検診 50%以上	大腸がん検診 30%以上	20.9%									
	子宮頸がん検診 50%以上	40.9%									

第7章 計画の公表・周知及び個人情報取扱い

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座間味村の位置

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 評価イメージ 1

参考資料 11 評価イメージ 2

【参考資料1】

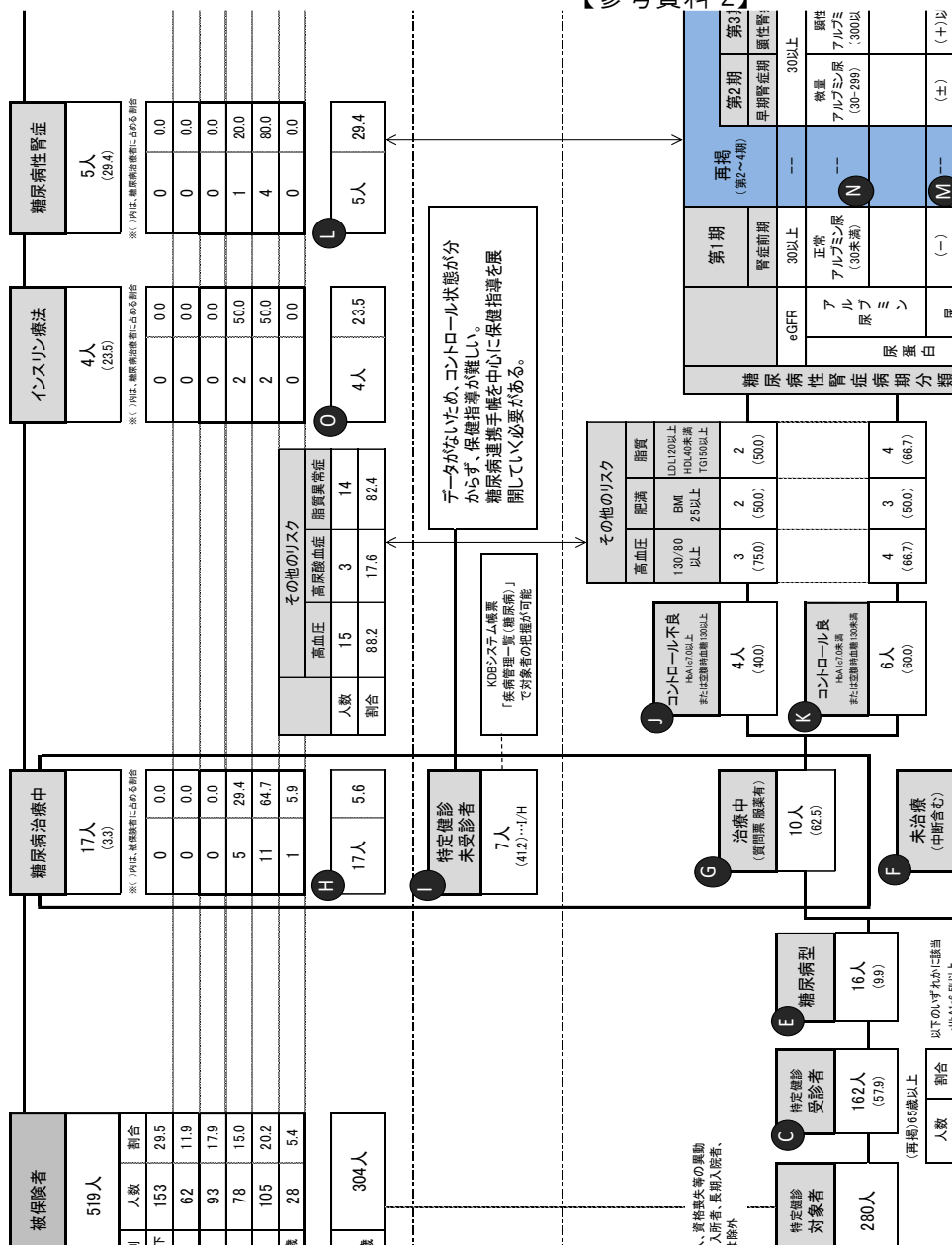
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた座間味村の位置

項目		H25 座間味村		H28 座間味村		同規模平均		沖縄県		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	859		859		712,964		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・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）	198	23.1	198	23.1	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,766	23.2		
		75歳以上	129	15.0	129	15.0		20.5	119,934	8.7	13,989,864	11.2		
		65～74歳	69	8.0	69	8.0		14.6	119,552	8.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳	293	34.1	293	34.1		34.0	448,207	32.6	42,411,922	34.0		
		39歳以下	368	42.8	368	42.8		30.9	685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	2.5		2.5		22.7		5.4		4.2		KDB_NO.3	
		第2次産業	4.8		4.8		21.7		15.4		25.2		健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第3次産業	92.6		92.6		55.6		79.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	78.9		78.9		79.4		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.7		86.7		86.5		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性	64.2		64.1		65.1		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.0		66.2		66.7		66.5		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	98.7		120.4		102.6		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性												
		女性	86.9		81.9		98.2		87.5		100			
		がん	4	80.0	2	50.0	2,874	44.3	2,965	48.0	367,905	49.6		
		心臓病	1	20.0	1	25.0	1,917	29.6	1,600	25.9	196,768	26.5		
		脳疾患	0	0.0	1	25.0	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		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	2	22.2	0	0 ↓			1,989	17.0	136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	1	20.0	0	0			1,386	22.0	91,123	13.5		
		女性	1	25.0	0	0			603	11.2	45,821	7.2		
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	61	30.3	58	30.1	49,966	20.0	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	1	0.4	0	0.4	781	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者	1	0.1	0	0.0	856	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
		② 有病状況	糖尿病	7	13.3	7	9.9	10,599	20.4	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
			高血圧症	33	52.6	26	47.3	28,380	55.1	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
脂質異常症			13	23.7	10	16.4	14,058	27.1	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
心臓病			37	58.0	29	50.8	31,946	62.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
脳疾患			15	19.8	14	20.6	13,362	26.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
がん			6	6.9	6	8.0	4,857	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3		
筋・骨格			37	57.0	36	58.3	28,320	55.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
		精神	21	34.6	18	31.6	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)	95,302		95,410		73,752		71,386		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		居宅サービス	58,143		66,032		39,649		52,569		39,662			
	施設サービス	282,818		285,759		273,932		282,196		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	10,350	10,180	8,522	9,703	7,980							
	医療費 (40歳以上)	認定なし	3,693	4,603	4,224	4,397	3,816							
4	① 国保の状況	被保険者数	523		517		198,805		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	56	10.7	80	15.5 ↑	40.4	103,448	23.3	12,461,613	38.2			
		40～64歳	221	42.3	220	42.6	36.5	168,937	38.0	10,946,712	33.6			
		39歳以下	246	47.0	217	42.0 ↓	23.2	171,906	38.7	9,179,541	28.2			
		加入率	60.9		60.2		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	3.8	2	3.9	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	2	3.8	2	3.9	541	2.7	3,552	8.0	299,792	9.2		
		外来患者数	421.8		427.6		652.3		507.9		668.1			
入院患者数	13.5		17.8		23.7		20.0		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	12,264	県内41位 同規模230位	16,569	県内38位 同規模238位	26,817		22,111		24,245		KDB_NO.3 健康・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	435,327		445,389		676,037		527,86		686,286				
	外来費用の割合	51.1		41.0 ↓		55.3		52.4		60.1				
	外来件数の割合	96.9		96.0		96.5		96.2		97.4				
	入院費用の割合	48.9		59.0 ↑		44.7		47.6		39.9				
	入院件数の割合	3.1		4.0		3.5		3.8		2.6				
	1件あたり在院日数	16.2日		17.0日		16.3日		17.1日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源薬病名 (調別含む)	がん	3,334,880	9.0	14,345,300	36.9 ↑	24.2	17.3	25.6			KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題			
	慢性腎不全 (透析あり)	1,422,290	3.8	0	0.0	7.9	16.0	9.7						
	糖尿病	1,934,200	5.2	1,753,880	4.5	10.1	7.0	9.7						
	高血圧症	5,108,040	13.7	4,042,170	10.4 ↓	9.4	6.3	8.6						
	精神	10,942,860	29.4	6,040,420	15.5	18.6	28.0	16.9						
	筋・骨格	5,702,990	15.3	3,795,590	9.8 ↓	16.4	13.1	15.2						

4	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数42	入院	糖尿病	552,824	27位	(11)	703,082	3位	(23)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
				高血圧	578,842	25位	(16)	777,075	4位	(14)				
				脂質異常症	596,809	12位	(12)	980,725	1位	(10)				
				脳血管疾患	596,539	34位	(20)	577,900	35位	(23)				
				心疾患	950,273	1位	(7)	740,622	10位	(10)				
				腎不全	721,738	24位	(17)	614,106	34位	(27)				
	外来	糖尿病	37,639	25位		25,082	↓		36位					
		高血圧	18,191	36位		21,320	↑		34位					
		脂質異常症	25,195	34位		28,479	↑		30位					
		脳血管疾患	20,417	37位		35,677	↑		26位					
		心疾患	34,256	33位		29,040	↓		35位					
		腎不全	116,168	35位		135,055	↑		31位					
		精神	17,149	40位		25,655	↑		34位					
悪性新生物	29,788	39位		56,193	↑		24位							
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者	1,282		795	↓		3,151	1,919	2,346				
		健診未受診者	4,521		9,159	↑		12,337	10,954	12,339				
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者	4,804		3,181	↑		8,737	6,836	6,742				
		健診未受診者	16,946		36,654	↑		34,206	39,024	35,459				
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	103	56.9	95	54.3	37,189	56.9	54,166	55.9	4,427,360	56.1		
		医療機関受診率	88	48.6	85	48.6	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5		
		医療機関非受診率	15	8.3	10	5.7	3,443	5.3	4,230	4.4	357,742	4.5		
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数42	メタボ該当・ 予備群 レベル	健診受診者	181		175	65,384		96,836		7,898,427			
			受診率	69.1	県内1位 同規模10位	62.7	46.4	37.5	全国25位	36.4				
			特定保健指導終了者(実施率)	23	71.9	15	60.0	3904	45.4	7,845	50.6	198,683	21.1	
			非肥満高血糖	8	4.4	8	4.6	6,352	9.7	6,227	6.4	737,886	9.3	
			メタボ	該当者	32	17.7	28	16.0	12,200	18.7	21,916	22.6	1,365,855	17.3
				男性	24	23.3	22	21.8	8,464	27.7	15,055	32.9	940,335	27.5
				女性	8	10.3	6	8.1	3,736	10.7	6,861	13.4	425,520	9.5
				予備群	17	9.4	22	12.6	7,622	11.7	14,505	15.0	847,733	10.7
			BMI	男性	14	13.6	18	17.8	5,264	17.2	9,655	21.1	588,308	17.2
				女性	3	3.8	4	5.4	2,358	6.8	4,850	9.5	259,425	5.8
				総数	65	35.9	60	34.3	22,315	34.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5
				腹囲	男性	49	47.6	44	43.6	15,455	50.5	27,902	60.9	1,714,251
			女性	16	20.5	16	21.6	6,860	19.7	13,686	26.8	776,330	17.3	
			総数	5	2.8	5	2.9	4,378	6.7	6,193	6.4	372,685	4.7	
			男性	1	1.0	2	2.0	814	2.7	901	2.0	59,615	1.7	
			女性	4	5.1	3	4.1	3,564	10.2	5,292	10.4	313,070	7.0	
			血糖のみ	3	1.7	3	1.7	530	0.8	913	0.9	52,296	0.7	
			血圧のみ	11	6.1	12	6.9	5,287	8.1	10,137	10.5	587,214	7.4	
			脂質のみ	3	1.7	7	4.0	1,805	2.8	3,455	3.6	208,214	2.6	
血糖・血圧	3	1.7	8	4.6	2,183	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7				
血糖・脂質	0	0.0	0	0.0	681	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9				
血圧・脂質	15	8.3	14	8.0	5,537	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質	14	7.7	6	3.4	3,799	5.8	6,804	7.0	415,310	5.3				
6	生活習慣の 状況	服薬 既往症 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量 3合以上	高血圧	50	27.6	51	29.1	23,752	36.3	35,736	36.9	2,650,283	33.6	
			糖尿病	4	2.2	10	5.7	5,883	9.0	8,886	9.2	589,711	7.5	
			脂質異常症	15	8.3	18	10.3	14,929	22.8	19,747	20.4	1,861,221	23.6	
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	4	2.2	2	1.2	1,997	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	5	2.8	9	5.3	3,427	5.5	3,985	4.5	417,378	5.5	
			腎不全	2	1.1	1	0.6	373	0.6	477	0.5	39,184	0.5	
			貧血	11	6.3	7	4.2	5,122	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2	
			喫煙	40	22.1	33	18.9	10,886	16.7	14,476	14.9	1,122,649	14.2	
			週3回以上朝食を抜く	3	18.8	2	10.5	4,442	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7	
			週3回以上食後間食	5	31.3	2	10.5	7,977	13.9	9,397	16.7	803,966	11.9	
			週3回以上就寝前夕食	3	18.8	2	10.5	9,245	16.1	13,503	23.9	1,054,516	15.5	
			食べる速度が速い	8	50.0	10	52.6	16,109	28.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0	
			20歳時体重から10kg以上増加	4	25.0	7	36.8	19,703	34.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1	
			1回30分以上運動習慣なし	11	64.7	10	50.0	39,568	67.9	32,954	57.5	4,026,105	58.8	
1日1時間以上運動なし	10	62.5	6	31.6	28,954	50.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0				
睡眠不足	7	43.8	11	57.9	13,994	24.2	16,386	30.1	1,698,104	25.1				
毎日飲酒	69	59.5	74	65.5	16,174	26.7	14,259	22.1	1,886,293	25.6				
時々飲酒	39	33.6	30	26.5	13,654	22.6	18,519	28.7	1,628,466	22.1				
一日飲酒量	1合未満	23	20.4	29	25.9	23,418	57.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0			
1~2合	50	44.2	50	44.6	11,323	27.6	12,695	28.7	1,245,341	23.9				
2~3合	25	22.1	18	16.1	4,591	11.2	5,994	13.5	486,491	9.3				
3合以上	15	13.3	15	13.4	1,750	4.3	3,385	7.6	142,733	2.7				

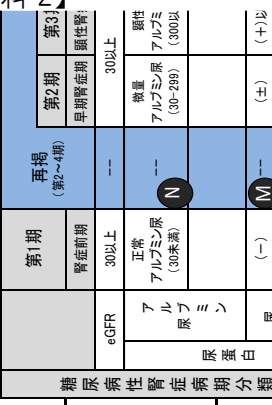
方のためのレセプトと健診データの実合

軽症



【参考資料3】

【参考資料2】



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	CKD 尿蛋白	血圧							
								GFR							
						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	CKD 尿蛋白	血圧							
								GFR							

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年度計画（座間味村）

H28年度

考え方	ポイント	地区担当が実施すること	専門職や他への紹介
<p>①糖尿病管理台帳作成</p> <p>↓</p> <p>年1回 健診データを入れ込む</p> <p>↓</p> <p>ポイントごとに整理してから</p> <p>↓</p> <p>台帳に載っている人全てに関わる</p> <p>②台帳に年間を通じて情報を入れ込む</p> <p>↓</p> <p>地区担当が必要になる (保健師活動指針)</p> <p>↓</p> <p>・継続的に訪問するためには地区担当制が必要になる ・地区担当者が変わっても継続して関わる</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>糖尿病の問題性</p> <p>(図1にあるように)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心・脳ですでに起こっているケースもある ・腎でも起こる </div> <p>↓</p> <p>治療してもコントロールが悪い</p> <p>↓</p> <p>★糖尿病の治療とは何か</p>	<p>糖尿病台帳の全体数 (12)名</p> <p>①健診未受診者 (4)名</p> <p>②未治療者 (4)名</p> <p>③HbA1cコントロール不良 (2)名</p> <p>④尿蛋白 (-(7)名 (±)(0)名 (+)(1)名)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>⑤eGFR 値の変化</p> <p>1年で25%以上低下(0)名</p> <p>1年で6ml/分/1.73m²以上低下(2名)</p> </div> <p>⑥①にも関係するが 記入すべき内容</p>	<p>確認すること</p> <p>①レセプトで治療しているかどうか</p> <p>②他の保険者に行っているかどうか</p> <p>レセプトを確認 訪問・面談か — 保健指導</p> <p>他のリスク(血圧・メタボなど)</p> <p>尿アルブミン検査 — 腎症予防のための 情報を入れ込む — 保健指導</p> <p>顕性腎症</p>	<p>後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ</p> <p>経年表でみていく</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>尿アルブミン検査の継続</p> <p>↓</p> <p>栄養士中心</p> <p>↓</p> <p>各種専門職</p> <p>↑</p> <p>腎専門医</p> </div>

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	実合表	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245						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	①	被保険者数	A		519人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2					
	②	(再掲)40-74歳	A		304人									
2	①	特定健診	対象者数	B		280人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書				
	②		受診者数	C		162人								
	③		受診率	C		57.9%								
3	①	特定保健指導	対象者数			25人								
	②	実施率			60.0%									
4	①	健診データ	糖尿病型	E		16人 9.9%				特定健診結果				
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F		6人 37.5%								
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G		10人 62.5%								
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	コントロール不良	J		4人 40.0%							
	⑤			血圧 130/80以上	J		3人 75.0%							
	⑥			肥満 BMI25以上	J		2人 50.0%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K		6人 60.0%								
	⑧		第1期 尿蛋白(-)	M	M		14人 87.5%							
	⑨				第2期 尿蛋白(±)	M		0人 0.0%						
	⑩				第3期 尿蛋白(+)以上	M		1人 6.3%						
	⑪				第4期 eGFR30未満	M		1人 6.3%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)			32.8人				KDB 厚生労働省様式 様式3-2				
	②		(再掲)40-74歳(被保険者対)			55.9人								
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者対	入院外(件数)			99件 (330.0)		472件 (757.6)		KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④			入院(件数)					(5.9)					
	⑤		糖尿病治療中	H	H		17人 3.3%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2			
	⑥				(再掲)40-74歳	H		17人 5.6%						
	⑦				健診未受診者	I		7人 41.2%						
	⑧				インスリン治療	O	O		4人 23.5%					
	⑨						(再掲)40-74歳	O		4人 23.5%				
	⑩				糖尿病性腎症	L	L		5人 29.4%					
	⑪						(再掲)40-74歳	L		5人 29.4%				
	⑫				慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				0人 0.00%					
	⑬						(再掲)40-74歳			0人 0.00%				
	⑭				新規透析患者数				0 0					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症				0 0							
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			15人 0.0%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー				
6	①	医療費	総医療費			1億0134万円		2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				
	②		生活習慣病総医療費			3887万円		1億5163万円						
	③		(総医療費に占める割合)			38.4%		56.9%						
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者			3,181円		8,737円					
	⑤			健診未受診者			36,654円		34,206円					
	⑥		糖尿病医療費			175万円		1526万円						
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			4.5%		10.1%						
	⑧		糖尿病入院外総医療費				552万円							
	⑨				1件あたり			25,082円						
	⑩		糖尿病入院総医療費				1195万円							
	⑪				1件あたり			703,082円						
	⑫		慢性腎不全医療費				23日							
	⑬				透析有り			1万円			1315万円			
	⑭				透析なし			1万円			116万円			
	⑮						1万円		116万円					
7	①	介護	介護給付費			1億2060万円		3億1509万円						
	②		(2号認定者)糖尿病合併症			0件 0.0%								
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			0人 0.0%		0人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				

虚血性心疾患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	⑤ 重症化予防対象者		
				<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、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	⑤ 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。この人がどういった経過をたどって、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。	⑤ 重症化予防対象者	
		判定	正常	軽度			重度
④	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"/> 75g糖負荷試験 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
		<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~			
	eGFR		60未満				
	尿蛋白	(-)	(+) ~				
	<input type="checkbox"/> CKD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			⑤ 発症予防対象者		

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

特定健診、保健指導、保健事業への取り組み	アウトプット 事業実施量	未受診者対策	アウトカム 結果
<p>プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>
<p>プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>

成29年度の取り組みと課題整理（平成29年度進捗状況）

プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み	アウトプット	アウトカム
<p>プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>
<p>プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>

プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み	アウトプット	アウトカム
<p>プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>
<p>プロセス 特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>	<p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p> <p>特定健診、保健指導、保健事業への取り組み</p>