

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 金武町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
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	7
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)	22
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	28
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	49
第6章 計画の評価・見直し	51
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	53
参考資料	54

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。

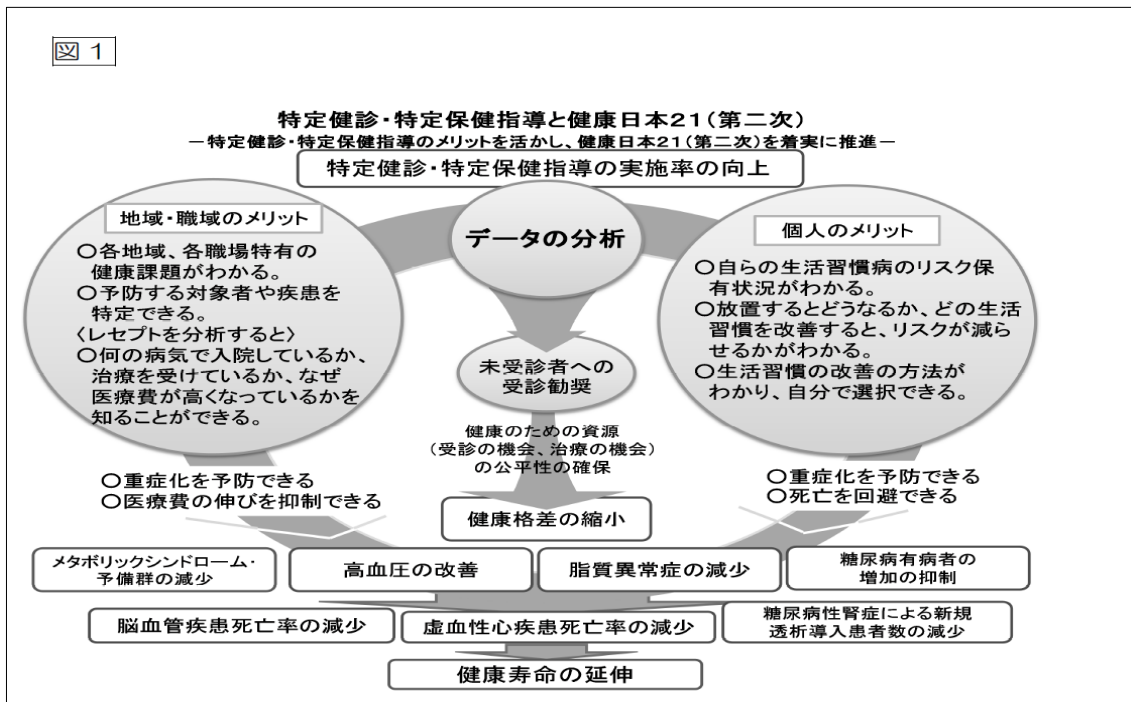
平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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度が創設されることとなった。

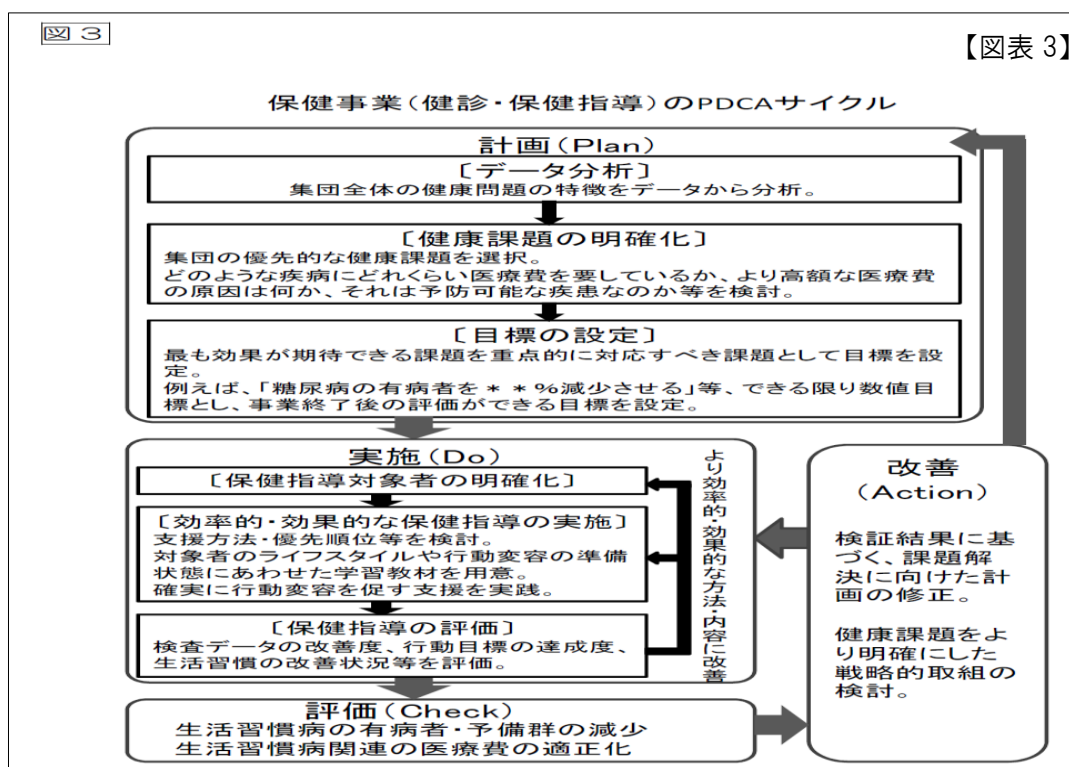
こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

【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



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

金武町においては、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が関わっている。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、高齢者医療部局(住民生活課)、保健衛生部局(保健福祉課)、介護保険部局(保健福祉課)企画部局(企画課)、生活保護部局(保健福祉課)とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成30年度から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。

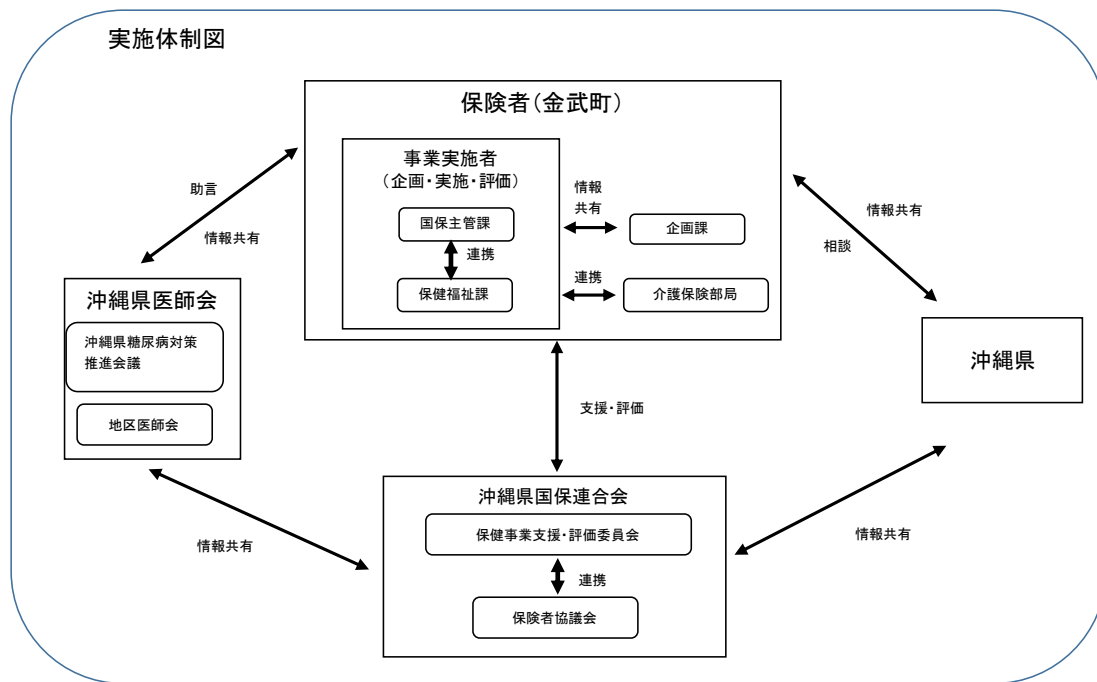
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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。

【図表4】



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)		231.1			
全国順位(1,741市町村中)		323			
共通 ①	特定健診受診率	10			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				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

①介護給付費の状況(図表6)

図表6を見ると、平成28年度の介護給付費は9.77億円と大きな金額であり、平成25年度に比べ、0.5億円増加しています。これは、要介護認定者数の増加に伴うものと予想されます。また内訳をみると「居宅サービス」の金額は増加、「施設サービス」の金額は減少となっており、「居宅サービス」は同規模平均に比べ増加となっています。

また、本町の1件あたりの介護保険給付費は81,506円と、同規模平均および国に比べても高い状況です。その要因として、生活習慣病の悪化により、介護度が重症化しているのか、予防可能な疾患なのか本町の社会保障費の伸びを意識した検証が必要と考えます。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	金武町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	9億2161万円	80,900	56,150	279,216	69,743	42,430	283,377
平成28年度	↑ 9億7701万円	↑ 81,506	57,646	276,304	68,807	42,403	278,098

②医療費の状況（図表7）

図表7を見ると、平成25年に比べ、平成28年は入院の費用は減少していますが、入院外の医療費が増加となっています。このことから入院医療費が減少している要因として特定健診受診者の有所見者への受診勧奨により重症化予防につながっていると考えます。本町の被保険者の特徴として、重症化してから医療にかかるための金額が高くなることが考えられます。

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	13億249万円				6億8319万円				6億1930万円			
	H28年度	12億2607万円	△7642万円	-5.87	-0.41	5億8773万円	△9546万円	-0.86	-0.88	6億3834万円	△1904万円	3.07	-0.06
2 一人当たり 総医療費(円)	H25年度	23,016				12,120				10,990			
	H28年度	↑ 24,353	1,337	5.5		↓ 11,670	-450	-0.37	8.6	↑ 12,680	1,690	13.4	7.6

※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)

図表 8 を見ると、平成 25 年と比較して平成 28 年は、短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は減少していますが一人当たりの医療費については増加しています。中長期目標疾患である腎疾患、脳血管疾患、心疾患では腎疾患が増加となっています。腎疾患では、透析有の腎疾患が増えており、糖尿病を原因とした透析患者が増加し全体の約 7 割を占めています。本町ではこれからの短期目標のコントロールを行うために糖尿病性腎症重症化予防を強化する必要があります。

【図表 8】

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)

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		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	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
			同規模	県内													
H25 金武町	1,302,491,240	23,106	89位	6位	5.65%	0.41%	3.21%	1.54%	3.15%	4.71%	3.03%	282,767,390	21.71%	4.69%	21.17%	6.55%	
	1,226,070,260	24,353	114位	11位	6.57%	0.05%	1.34%	1.43%	2.90%	4.17%	2.99%	238,468,080	19.45%	6.68%	18.40%	6.69%	
H28 沖縄県 国	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)

虚血性心疾患と脳血管疾患についてみると、平成 25 年度より平成 28 年度の患者数は虚血性疾患では増加、脳血管疾患では減少となっています。増加している虚血性心疾患の 65 歳以上を見てみると基礎疾患である糖尿病の割合は H25 年と比較し 8.1%、脂質異常症の割合が 12.0%増加しています。また 64 歳以下の脳血管疾患の基礎疾患をみてみると高血圧では 4.5%、糖尿病では 8.4%、脂質異常症では 8.0%の上昇となっています。若い世代では短期的な目標である基礎疾患を放置し、重症化していると推測されます。

人工透析の患者数は平成 28 年度のデータでは約 3 割は脳血管疾患を合併し、5 割以上が虚血性心疾患を合併しています。基礎疾患で見ると高血圧は減少していますが 93.3%、糖尿病は 13.3%、脂質異常症は 12.9%の増加となっています。

【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						
		虚血性心疾患												
		被保険者数	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	4768	99	2.1	23	23.2	6	6.1	82	82.8	42	42.4	66	66.7
	64歳以下	3764	41	1.1	7	17.1	5	12.2	30	73.2	20	48.8	26	63.4
	65歳以上	1004	58	5.8	16	27.6	1	1.7	52	89.7	22	37.9	40	69.0
H28	全体	4299	100	↑(2.3)	25	↑(25.0)	8	↑(8.0)	80	↓(80.0)	43	↑(43.0)	70	↑(70.0)
	64歳以下	3231	37	1.1	6	16.2	5	13.5	27	73.0	14	37.8	19	51.4
	65歳以上	1068	63	5.9	19	30.2	3	4.8	53	84.1	29	46.0	51	81.0

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患												
		被保険者数	虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症			
人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
H25	全体	4768	147	3.1	23	15.6	3	2.0	122	83.0	60	40.8	101	68.7
	64歳以下	3764	51	1.4	7	13.7	1	2.0	37	72.5	17	33.3	31	60.8
	65歳以上	1004	96	9.6	16	16.7	2	2.1	85	88.5	43	44.8	70	72.9
H28	全体	4299	122	↓(2.8)	25	↑(20.5)	4	↑(3.3)	94	↓(77.0)	51	↑(41.8)	89	↑(73.0)
	64歳以下	3231	48	1.5	6	12.5	1	2.1	39	81.3	20	41.7	33	68.8
	65歳以上	1068	74	6.9	19	25.7	3	4.1	55	74.3	31	41.9	56	75.7

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析												
		被保険者数	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				
H25	全体	4768	13	0.3	3	23.1	6	46.2	13	100.0	7	53.8	7	53.8
	64歳以下	3764	8	0.2	1	12.5	5	62.5	8	100.0	4	50.0	3	37.5
	65歳以上	1004	5	0.5	2	40.0	1	20.0	5	100.0	3	60.0	4	80.0
H28	全体	4299	15	0.3	4	↑(26.7)	8	↑(53.3)	14	↓(93.3)	10	↑(66.7)	10	↑(66.7)
	64歳以下	3231	9	0.3	1	11.1	5	55.6	8	88.9	5	55.6	5	55.6
	65歳以上	1068	6	0.6	3	50.0	3	50.0	6	100.0	5	83.3	5	83.3

(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)

図表 10 より、中長期的目標疾患に共通するリスクの治療状況をみると、糖尿病では、平成 25 年度より増加しており、高血圧や脂質異常症を併発している割合が増加しています。さらに、インスリン療法を受けている割合も増加し、中長期的な目標でみると虚血性心疾患や人工透析の割合が増加しています。糖尿病は自覚症状もないため、重症化して受診する人が多いことが推測されます。また高血圧についてみると平成 25 年度と比較し平成 28 年は減少していますが、糖尿病、脂質異常症の割合が増加しています。中長期的な目標をみてみると虚血性心疾患や人工透析の高血圧の重症化が心臓や腎に影響していると考えられます

脂質異常症についてみると、平成 25 年度と平成 28 年度の割合は増加しており、高血圧の割合は減少していますが、糖尿病の割合は増加しています。中長期的な目標疾患の虚血性心疾患、人工透析は増加しています。この事から短期的な目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症が人工透析の増加に影響していることが考えられるため、それらの重症化を防ぐことが、人工透析の減少につながると考えられます。

【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	4768	342	7.2	12	3.5	252	73.7	225	65.8	42	12.3	60	17.5	7	2.0	43	12.6	
	64歳以下	3764	159	4.2	5	3.1	101	63.5	92	57.9	20	12.6	17	10.7	4	2.5	21	13.2	
	65歳以上	1004	183	18.2	7	3.8	151	82.5	133	72.7	22	12.0	43	23.5	3	1.6	22	12.0	
H28	全体	4299	316	7.4	15	4.7	237	75.0	218	69.0	43	13.6	51	16.1	10	3.2	32	10.1	
	64歳以下	3231	137	4.2	8	5.8	97	70.8	88	64.2	14	10.2	20	14.6	5	3.6	14	10.2	
	65歳以上	1068	179	16.8	7	3.9	140	78.2	130	72.6	29	16.2	31	17.3	5	2.8	18	10.1	

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	4768	736	15.4	252	34.2	419	56.9	82	11.1	122	16.6	13	1.8	
	64歳以下	3764	328	8.7	101	30.8	164	50.0	30	9.1	37	11.3	8	2.4	
	65歳以上	1004	408	40.6	151	37.0	255	62.5	52	12.7	85	20.8	5	1.2	
H28	全体	4299	639	14.9	237	37.1	396	62.0	80	12.5	94	14.7	14	2.2	
	64歳以下	3231	283	8.8	97	34.3	162	57.2	27	9.5	39	13.8	8	2.8	
	65歳以上	1068	356	33.3	140	39.3	234	65.7	53	14.9	55	15.4	6	1.7	

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	4768	561	11.8	225	40.1	419	74.7	66	11.8	101	18.0	7	1.2	
	64歳以下	3764	251	6.7	92	36.7	164	65.3	26	10.4	31	12.4	3	1.2	
	65歳以上	1004	310	30.9	133	42.9	255	82.3	40	12.9	70	22.6	4	1.3	
H28	全体	4299	536	12.5	218	40.7	396	73.9	70	13.1	89	16.6	10	1.9	
	64歳以下	3231	230	7.1	88	38.3	162	70.4	19	8.3	33	14.3	5	2.2	
	65歳以上	1068	306	28.7	130	42.5	234	76.5	51	16.7	56	18.3	5	1.6	

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、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c、LDL-C、男性のみ尿酸値の有所見者が増加していることがわかります。メタボリックシンドローム該当者については本町では男性は増加、女性は減少傾向にあります。

【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

男性		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		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	253	48.7	334	64.4	201	38.7	115	22.2	65	12.5	137	26.4	246	47.4	155	29.9	266	51.3	140	27.0	229	44.1	13	2.5
	40-64	135	48.9	178	64.5	119	43.1	79	28.6	34	12.3	69	25.0	117	42.4	92	33.3	134	48.6	87	31.5	126	45.7	3	1.1
	65-74	118	48.6	156	64.2	82	33.7	36	14.8	31	12.8	68	28.0	129	53.1	63	25.9	132	54.3	53	21.8	103	42.4	10	4.1
H28	合計	246	47.9	333	64.8	168	32.7	142	27.6	41	8.0	151	29.4	327	63.6	155	30.2	249	48.4	111	21.6	252	49.0	19	3.7
	40-64	131	52.6	164	65.9	96	38.6	88	35.3	18	7.2	64	25.7	139	55.8	94	37.8	114	45.8	75	30.1	125	50.2	3	1.2
	65-74	115	43.4	169	63.8	72	27.2	54	20.4	23	8.7	87	32.8	188	70.9	61	23.0	135	50.9	36	13.6	127	47.9	16	6.0

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	
		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	273	46.0	216	36.4	153	25.8	89	15.0	16	2.7	91	15.3	335	56.4	31	5.2	273	46.0	89	15.0	304	51.2	5	0.8
	40-64	116	43.8	83	31.3	73	27.5	50	18.9	10	3.8	31	11.7	129	48.7	9	3.4	105	39.6	44	16.6	144	54.3	1	0.4
	65-74	157	47.7	133	40.4	80	24.3	39	11.9	6	1.8	60	18.2	206	62.6	22	6.7	168	51.1	45	13.7	160	48.6	4	1.2
H28	合計	217	44.1	176	35.8	110	22.4	84	17.1	18	3.7	102	20.7	333	67.7	21	4.3	217	44.1	62	12.6	239	48.6	2	0.4
	40-64	75	38.7	56	28.9	46	23.7	38	19.6	10	5.2	33	17.0	108	55.7	6	3.1	60	30.9	24	12.4	96	49.5	0	0.0
	65-74	142	47.7	120	40.3	64	21.5	46	15.4	8	2.7	69	23.2	225	75.5	15	5.0	157	52.7	38	12.8	143	48.0	2	0.7

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

男性		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	人数	割合
H25	合計	519	37.6	31	6.0%	115	22.2%	4	0.8%	73	14.1%	38	7.3%	188	36.2%	31	6.0%	7	1.3%	97	18.7%	53	10.2%
	40-64	276	29.6	18	6.5%	66	23.9%	2	0.7%	34	12.3%	30	10.9%	94	34.1%	16	5.8%	4	1.4%	50	18.1%	24	8.7%
	65-74	243	54.2	13	5.3%	49	20.2%	2	0.8%	39	16.0%	8	3.3%	94	38.7%	15	6.2%	3	1.2%	47	19.3%	29	11.9%
H28	合計	514	33.3	35	6.8%	111	21.6%	9	1.8%	76	14.8%	26	5.1%	187	36.4%	34	6.6%	8	1.6%	106	20.6%	39	7.6%
	40-64	249	25.4	15	6.0%	65	26.1%	5	2.0%	37	14.9%	23	9.2%	84	33.7%	15	6.0%	2	0.8%	51	20.5%	16	6.4%
	65-74	265	47.3	20	7.5%	46	17.4%	4	1.5%	39	14.7%	3	1.1%	103	38.9%	19	7.2%	6	2.3%	55	20.8%	23	8.7%

女性		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	人数	割合
H25	合計	594	50.6	26	4.4%	58	9.8%	1	0.2%	41	6.9%	16	2.7%	132	22.2%	11	1.9%	4	0.7%	70	11.8%	47	7.9%
	40-64	265	39.4	13	4.9%	20	7.5%	1	0.4%	13	4.9%	6	2.3%	50	18.9%	4	1.5%	1	0.4%	32	12.1%	13	4.9%
	65-74	329	65.7	13	4.0%	38	11.6%	0	0.0%	28	8.5%	10	3.0%	82	24.9%	7	2.1%	3	0.9%	38	11.6%	34	10.3%
H28	合計	492	39.0	29	5.9%	53	10.8%	3	0.6%	39	7.9%	11	2.2%	94	19.1%	11	2.2%	3	0.6%	39	7.9%	41	8.3%
	40-64	194	27.2	13	6.7%	19	9.8%	1	0.5%	12	6.2%	6	3.1%	24	12.4%	1	0.5%	2	1.0%	9	4.6%	12	6.2%
	65-74	298	54.6	16	5.4%	34	11.4%	2	0.7%	27	9.1%	5	1.7%	70	23.5%	10	3.4%	1	0.3%	30	10.1%	29	9.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

【読み取り】

特定健診受診率は平成 25 年度に比べ 26 年度は減少しています。特定保健指導実施率は向上し 60%以上の目標を達成しています。受診勧奨とは健診結果で要医療だった数値です。

【図表 12】

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								金武町	同規模平均
H25年度	2,542	1,115	43.9	22	202	118	58.4	52.7	50.8
H28年度	2,354	1,009	↓ 42.9	25	175	113	↑ 61.1	54.8	51.7

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、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、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。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

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）

金武町の入院件数は 4.2%で、費用額全体の 47.9%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。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」		★KDBで出力可能な帳票NO		
1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較				
一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
	24,353円	26,568円	22,111円	24,245円
	0.0	20.0	40.0	60.0
				80.0
				100.0
外来 ★NO.1【医療】	件数	95.8		
	費用額	52.1		
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.2		
	費用額	47.9		
○入院を重症化した結果としてとらえる				

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

平成 28 年度中の 1 件 200 万以上となった高額レセプトは 5 件となっています。主病名を分析すると、虚血性心疾患が 2 件(40.0%)費用額は 448 万円で 30.1%を占めています。これらの病気を防ぐには動脈硬化のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症及び肥満、とりわけ内臓脂肪型肥満の予防改善が基本となります。

人工透析は 1 人あたり年間医療費がおよそ 500～600 万円と高額であり、1 度導入すると長期療養が避けられません。平成 28 年度の金武町の国保では年間 42 件の人工透析のレセプトがあり、総額 1,969 万円かかっています。透析者の約半数に糖尿病性腎症があり、糖尿病の重症化を予防する事で、新規透析導入者を減らすことができると予想しています。また、透析患者のおよそ半数に虚血性心疾患、約 4 割に脳血管疾患が合併していることから、血管病変の重症化により更なる医療費の増大を招く恐れがあります。

生活習慣病の治療者数は 2,673 人と被保険者約半数を占めます。そのうち高血圧は 53.6%と最も割合が高く、次いで脂質異常症の 45.3%、糖尿病の 27.3%と高くなっています。(重複あるため 100%を超える)。しかしながら、脳血管疾患や虚血性心疾患をすでに発症している場合は、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症を持つ率が高い事がわかりました。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（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	(●年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症			
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	5件	0件 0.0%	2件 40.0%	--			
		費用額	1489万円	--	448万円 30.1%	--			
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	69件	9件 13.0%	3件 4.3%	--			
		費用額	3398万円	556万円 16.4%	179万円 5.3%	--			
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	42件	13件 31.0%	19件 45.2%	19件 45.2%			
		費用額	1969万円	725万円 36.8%	895万円 45.4%	946万円 48.0%			
厚労省様式	対象レセプト	(H●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.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		2,673人	377人 14.1%	273人 10.2%	90人 3.4%			
		基礎疾患 の重なり	高血圧	289人 76.7%	228人 83.5%	71人 78.9%			
			糖尿病	143人 37.9%	124人 45.4%	90人 100%			
			脂質 異常症	256人 67.9%	199人 72.9%	72人 80.0%			
		高血圧症	1,433人 53.6%	糖尿病	730人 27.3%	脂質異常症	1,212人 45.3%	高尿酸血症	341人 12.8%

○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。

図表 15 をみると、金武町の要介護認定率は 8.4%で、そのうち介護度の高い要介護 3～5 が全体の 49.5%を占めています。原因疾患では脳血管疾患が 61.2%と最も多く、他の血管疾患を含めると約 90%を占めています。さらに年齢別で見ると 1号被保険者の認定率は 18.8%で約 5人に 1人が要介護認定を受け、75歳以上に限ると 32.8%と認定率が高くなっています。

3 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		3,449人		1,241人		1,306人		2,547人		5,996人			
	認定者数		23人		52人		428人		480人		503人			
	認定率		0.67%		4.2%		32.8%		18.8%		8.4%			
	新規認定者数（※1）		5人		10人		0人		10人		15人			
	介護度別人数	要支援1・2		10	43.5%	13	25.0%	41	9.6%	54	11.3%	64	12.7%	
要介護1・2		8	34.8%	24	46.2%	158	36.9%	182	37.9%	190	37.8%			
要介護3～5		5	21.7%	15	28.8%	229	53.5%	244	50.8%	249	49.5%			
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）		15		34		0		34		49			
	再：国保・後期		15		34		0		34		49			
	（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	10 66.7%	脳卒中	20 58.8%	脳卒中	0 --	脳卒中	20 58.8%	脳卒中	30 61.2%
				2	虚血性心疾患	4 26.7%	虚血性心疾患	6 17.6%	虚血性心疾患	0 --	虚血性心疾患	6 17.6%	虚血性心疾患	10 20.4%
				3	腎不全	1 6.7%	腎不全	1 2.9%	腎不全	0 --	腎不全	1 2.9%	腎不全	2 4.1%
			4	糖尿病合併症	3 20.0%	糖尿病合併症	8 23.5%	糖尿病合併症	0 --	糖尿病合併症	8 23.5%	糖尿病合併症	11 22.4%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		11 73.3%		31 91.2%		0 --		31 91.2%		42 85.7%		
		血管疾患合計		12 80.0%		31 91.2%		0 --		31 91.2%		43 87.8%		
		認知症		4 26.7%		5 14.7%		0 --		5 14.7%		9 18.4%		
		筋・骨格疾患		10 66.7%		31 91.2%		0 --		31 91.2%		41 83.7%		
		※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)												9,358		
要介護認定なし医療費 (40歳以上)												4,416		

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

図表 24 の健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、肥満の指標でありBMI 25 以上、腹囲基準値異常が全国に比べ顕著に高いです。加えて内臓脂肪の蓄積により影響を受ける中性脂肪、GPT、HDL コレステロール（女性）、空腹時血糖、HbA1c、尿酸(男性)、収縮期血圧、LDL コレステロール、クレアチニン全国よりも高率となっています。また、男性は女性に比べ、有所見率が高く、40～64 歳で数値が悪くなっています。女性では前期高齢者の年代になると有所見率が高くなる傾向が強いため、閉経後の食生活等の指導が必要と考えます。図表 25 ではメタボリックシンドローム該当者が40～64 歳の男女に多く男性では3 項目全て有所見の割合は6.4%、女性では6.2%となっています。そのため脳血管疾患や虚血性心疾患等の危険性が高くなることが考えられます。

【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（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	246	47.9	333	64.8	168	32.7	142	27.6	41	8.0	151	29.4	327	63.6	155	30.2	249	48.4	111	21.6	252	49.0	19	3.7
	40-64	131	52.6	164	65.9	96	38.6	88	35.3	18	7.2	64	25.7	139	55.8	94	37.8	114	45.8	75	30.1	125	50.2	3	1.2
	65-74	115	43.4	169	63.8	72	27.2	54	20.4	23	8.7	87	32.8	188	70.9	61	23.0	135	50.9	36	13.6	127	47.9	16	6.0
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	人数
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	217	44.1	176	35.8	110	22.4	84	17.1	18	3.7	102	20.7	333	67.7	21	4.3	217	44.1	62	12.6	239	48.6	2	0.4
	40-64	75	38.7	56	28.9	46	23.7	38	19.6	10	5.2	33	17.0	108	55.7	6	3.1	60	30.9	24	12.4	96	49.5	0	0.0
	65-74	142	47.7	120	40.3	64	21.5	46	15.4	8	2.7	69	23.2	225	75.5	15	5.0	157	52.7	38	12.8	143	48.0	2	0.7

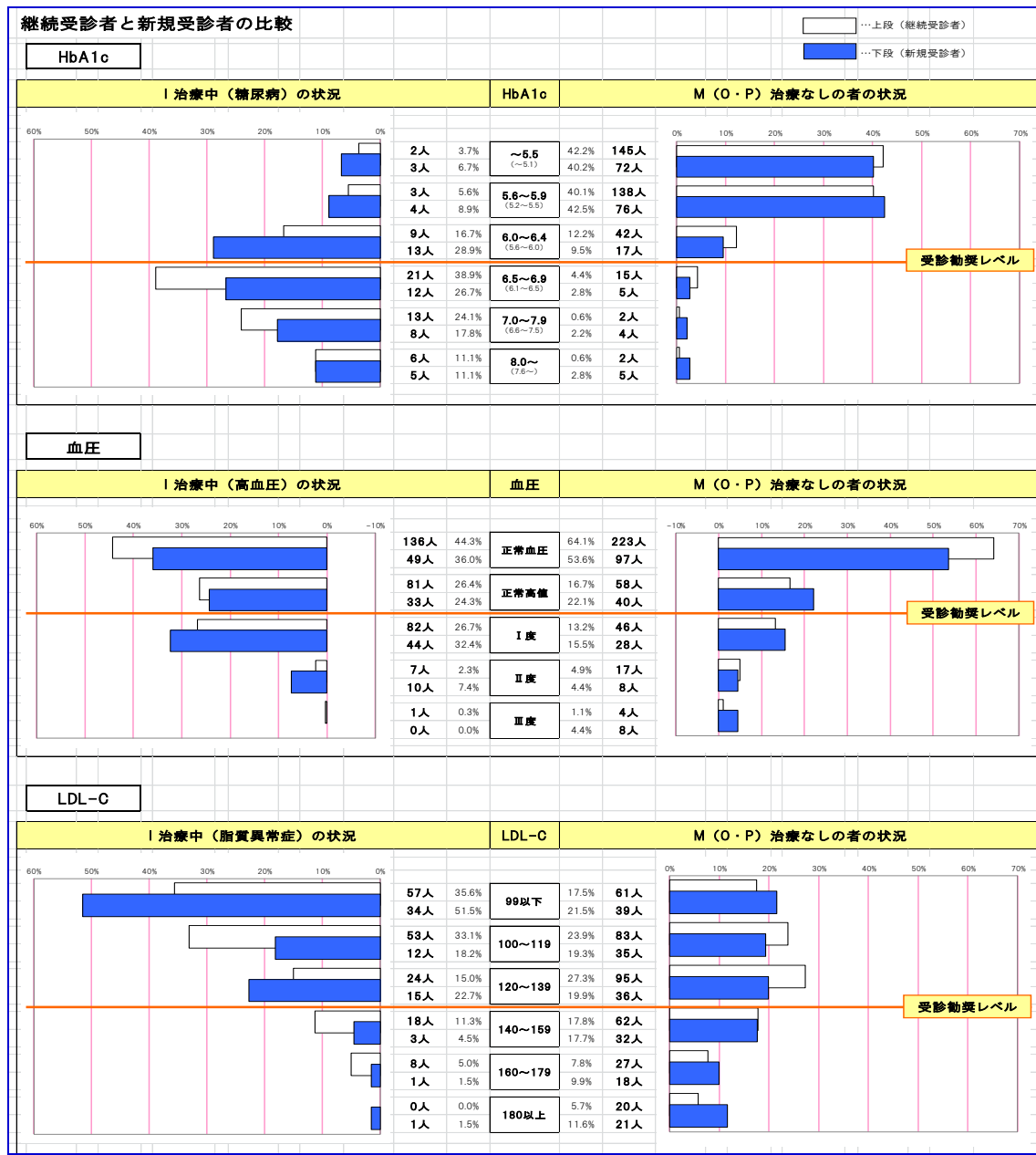
【図表 17】

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
	保険者	合計	514	33.3	35	6.8%	111	21.6%	9	1.8%	76	14.8%	26	5.1%	187	36.4%	34	6.6%	8	1.6%	106	20.6%	39	7.6%
保険者	40-64	249	25.4	15	6.0%	65	26.1%	5	2.0%	37	14.9%	23	9.2%	84	33.7%	15	6.0%	2	0.8%	51	20.5%	16	6.4%	
	65-74	265	47.3	20	7.5%	46	17.4%	4	1.5%	39	14.7%	3	1.1%	103	38.9%	19	7.2%	6	2.3%	55	20.8%	23	8.7%	
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
	保険者	合計	492	39.0	29	5.9%	53	10.8%	3	0.6%	39	7.9%	11	2.2%	94	19.1%	11	2.2%	3	0.6%	39	7.9%	41	8.3%
保険者	40-64	194	27.2	13	6.7%	19	9.8%	1	0.5%	12	6.2%	6	3.1%	24	12.4%	1	0.5%	2	1.0%	9	4.6%	12	6.2%	
	65-74	298	54.6	16	5.4%	34	11.4%	2	0.7%	27	9.1%	5	1.7%	70	23.5%	10	3.4%	1	0.3%	30	10.1%	29	9.7%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

図表 18 をみると、HbA1c では継続受診者と新規受診者に大きな差は見られず、血糖コントロールは難しいことがわかります。継続受診で HbA1c8.0 以上の人が新規受診者より少ないことから、保健指導の介入が血糖改善に効果的だと考えます。しかし、医療機関へ受診していてもなかなか解決しない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があります。これらは、薬物療法だけで数字の改善が難しく、肥満改善のため食事療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であり、栄養指導等の保健指導が必須です。また、受診勧奨レベルでは新規受診者が多いため、早期での掘りおこしのための受診勧奨が必要であることがわかります。血圧では、継続受診者が治療中、治療なしのほとんどにおいて受診勧奨レベルの割合が新規患者より低くなっています。LDL-C では、治療中、治療なしどちらにおいても受診勧奨の割合に差はなく、HbA1c や血圧に比べ、コントロールが難しいと考えられます。

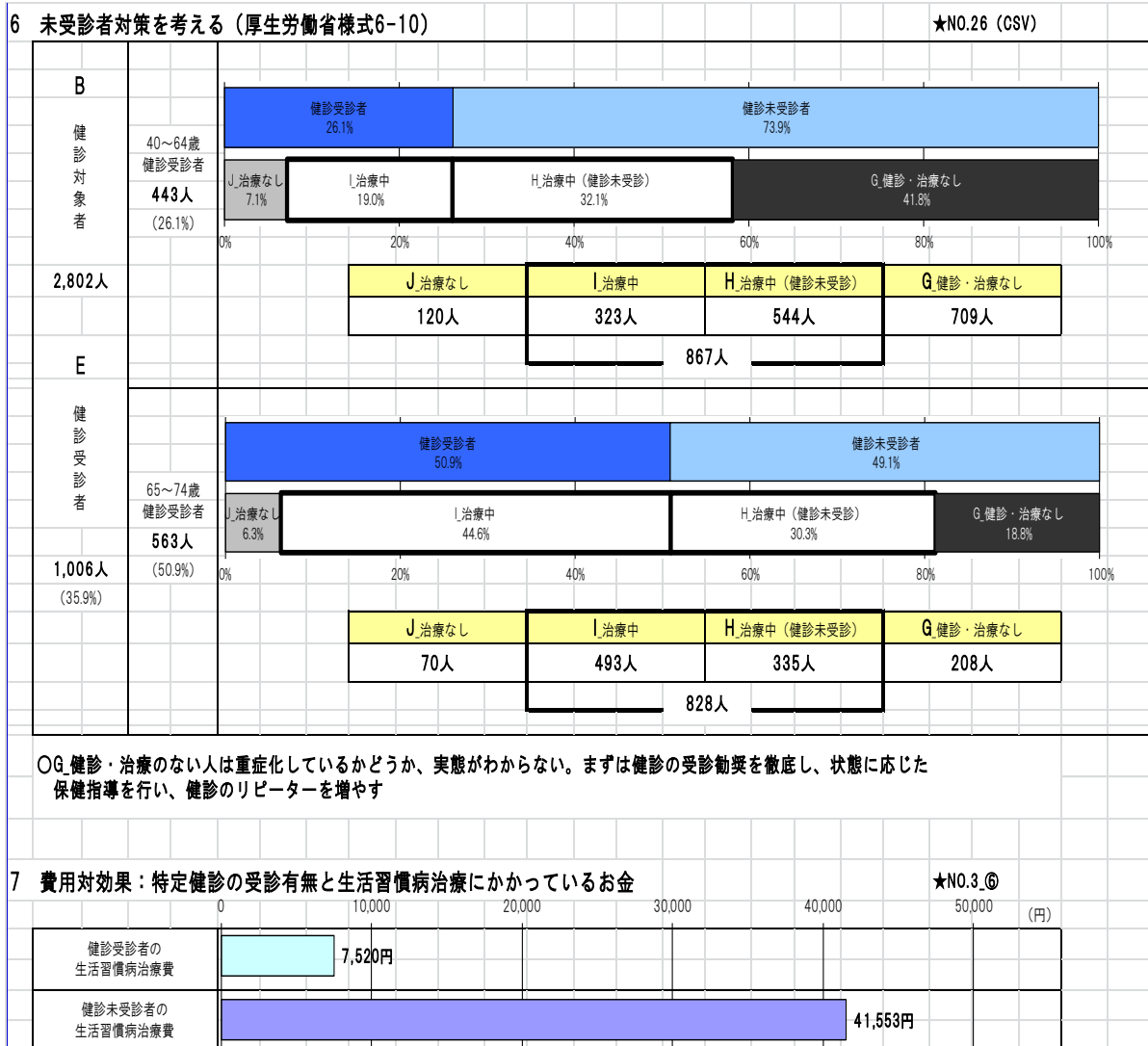
【図表 18】



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すが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年代が若い40歳~64歳の割合が41.8%と高くなっています。健診も治療も受けていないといくことは身体の実態が全くわからない状態です。また健診受診者と未受診者の治療にかかっている金額でも、約5.5倍の違いがあります。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ります。

【図表 19】



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8%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、金武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、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	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
特定保健指導実施率	63.0%	66.0%	69.0%	71.0%	73.0%	75.0%

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	2354人	2354人	2354人	2354人	2354人	2354人
	受診者数	1059人	1130人	1200人	1271人	1341人	1412人
特定保健指導	対象者数	184人	196人	208人	220人	233人	245人
	受診者数	115人	129人	144人	156人	170人	184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(金武町総合保健福祉センター他)
- 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、金武町のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.kin.okinawa.jp/topics/detail//2833>

(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、毎年3月の国保証更新時に、特定健診の受診券が一体となった保険証と共に、特定健診の案内(医療機関一覧表)を同封しています。健診案内チラシの世帯配布、金武町のホームページや広報誌を活用するなど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を実施します。

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		※ 受診券有効期限												
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6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	
金武町		4月1日	→											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。

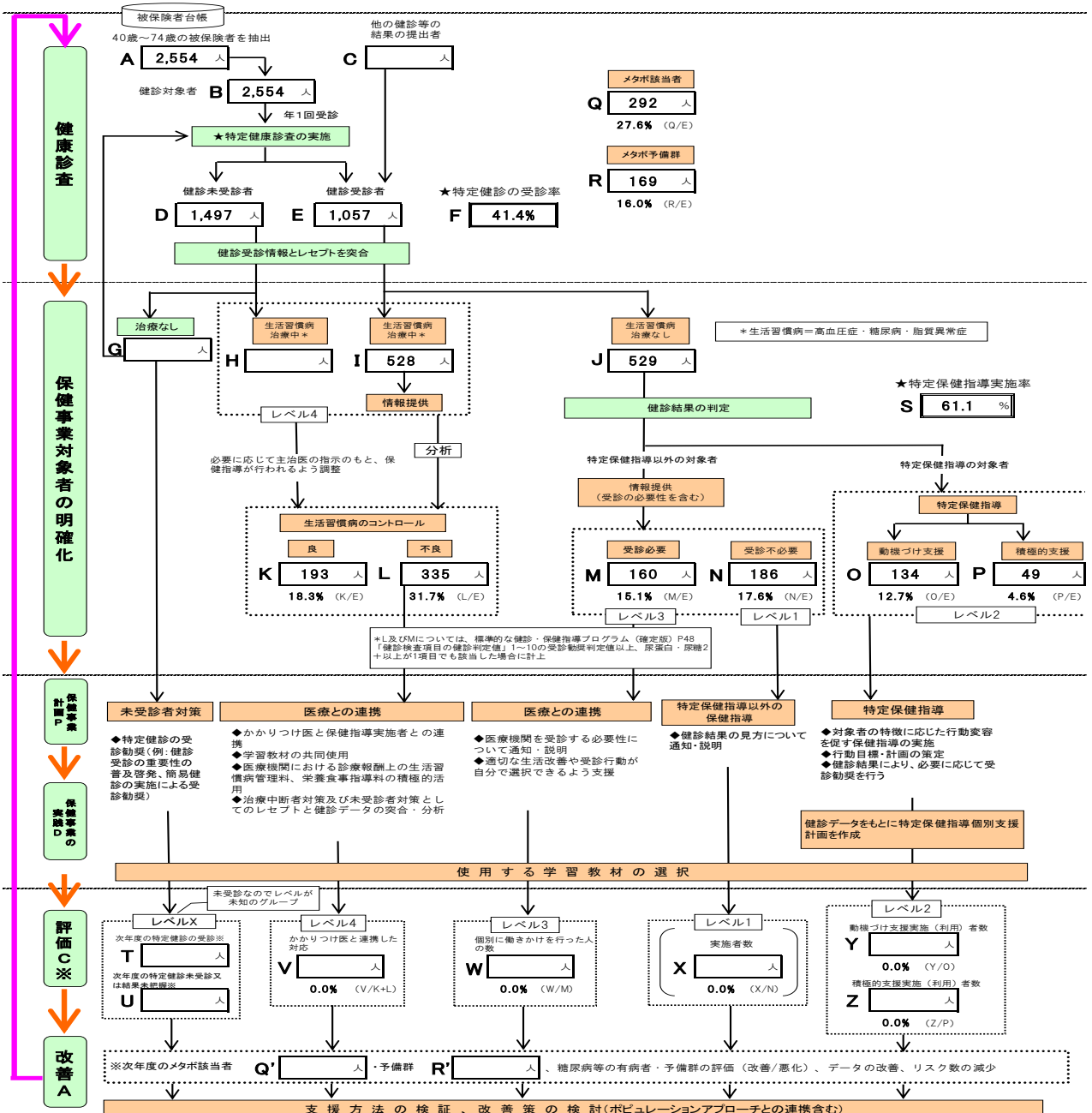
(1) 健診から保健指導実施の流れ

「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)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成28年度実績)

【図表23】

様式6-10



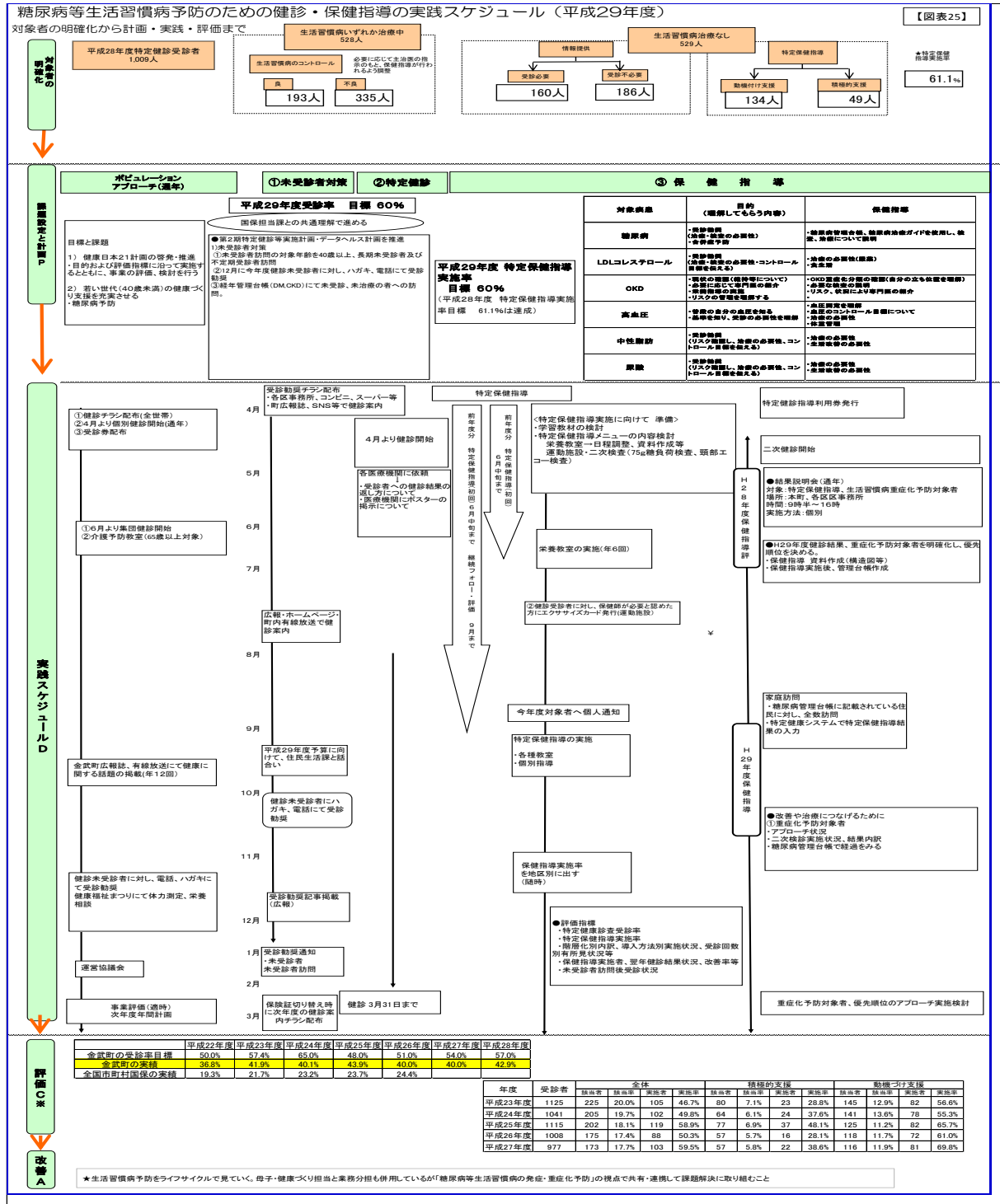
(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

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	184 人 (17.3)	63%
2	L	情報提供(生活習慣病治療中だがコントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実施者の連携 ◆学習教材の共同使用 ◆治療中断者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	335 人 (31.8)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	160 人 (15.1)	HbA1c6.5 以上については 100%
2	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)	1497 人	H29 年未 受診者から 3%増
3	N	情報提供	◆健診結果の見方に付いて通知・説明	186 人 (17.6)	

(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】



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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては沖縄県プログラムに準じ、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。金武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)

金武町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 72 人(24%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 584 人中のうち、特定健診受診者が 208 人(35.6%・G)であったが、20 人(9.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 376 人(64.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 144 人中 46 人は治療中断であることが分かった。また、98 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 A 町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- 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)・・・34 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・11 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)・・・105 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

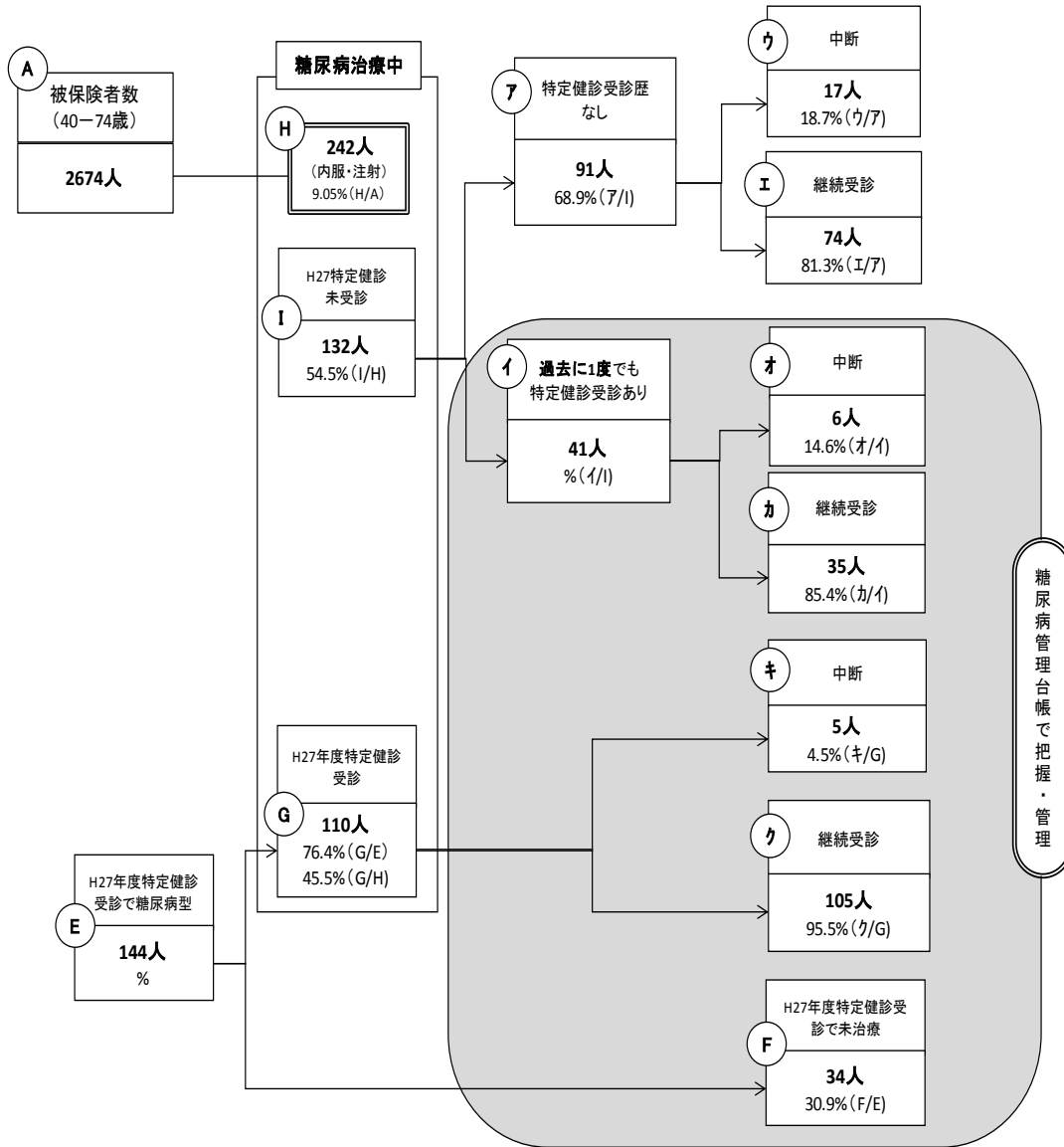
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・35 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

【図表 28】

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)

※「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)……60 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。金武町においては、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？ <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ずみ方 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見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <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プログラムに準じていく。

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 m²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)

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。金武町において健診受診者1.5人のうち心電図検査実施者は1,714人(69.4%)であり、そのうちST所見があったのは256人であった(図表30)。ST所見あり256人中のうち36人は要精査であり、その後の受診状況をみると3人は未受診であった(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220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。

金武町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもある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)							
	人	%	人	%	ST所見あり(c)		他所見(d)		異常なし(e)	
					人	%	人	%	人	%
平成28年度	1009	100	267	26.4	23	8.6	63	23.6	188	70.4

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)(%)
23	100	6	26.1	4	66.7	2	33.3

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、収縮期血圧は 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		
	1103	23 2.1%	68 6.2%	172 15.6%	840 76.2%	
メタボ該当者	304 27.6%	10 2.7%	30 9.9%	45 14.8%	219 72.0%	
メタボ予備群	172 15.6%	2 1.2%	13 7.6%	29 16.9%	128 74.4%	
メタボなし	627 56.9%	11 1.8%	25 4.0%	98 15.6%	493 78.6%	
LDL	140-159	155 14.1%	2 1.3%	6 3.9%	24 15.5%	123 79.4%
	160-179	75 6.8%	2 2.7%	8 10.7%	11 14.7%	54 72.0%
	180-	56 5.1%	3 5.4%	4 7.1%	5 8.9%	44 78.6%

②-1

②-2

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

- ・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

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)

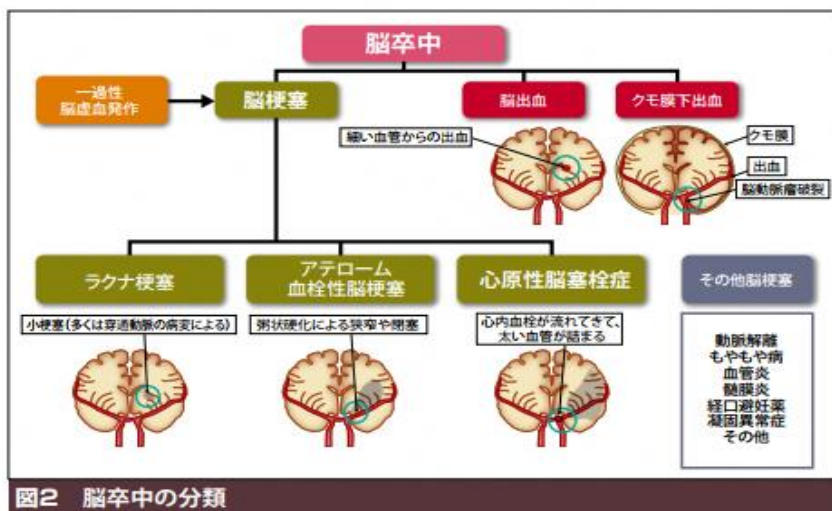
3. 脳血管疾患重症化予防

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。

【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDMB)		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		56人	5.3%	98人	9.3%	56人	5.3%	0人	0.0%	292人	27.6%	31人	2.9%	45人	4.3%
治療なし		38人	6.2%	66人	6.9%	55人	6.6%	0人	0.0%	57人	10.8%	10人	1.9%	9人	1.7%
治療あり		23人	41.1%	24人	24.5%	21人	37.5%	0人	—	57人	19.5%	5人	16.1%	3人	6.7%
臓器障害あり		4人	4.1%	12人	32.3%	5人	0.4%	0人	0.0%	7人	44.5%	10人	4.0%	9人	6.8%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	4人		12人		5人		0人		7人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	1人		8人		3人		0人		2人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2人		1人		1人		0人		3人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		4人		2人		0人		2人		0人		0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56人(5.3%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(10.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も52人(5.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

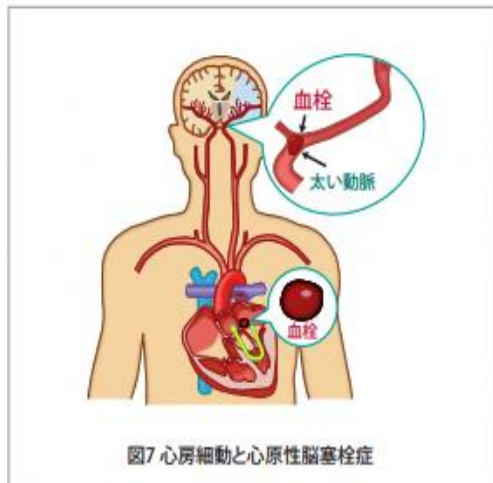
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定								
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）								
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	614	220	152	123	81	26	12	
		35.8%	24.8%	20.0%	13.2%	4.2%	2.0%	
リスク第1層	76	40	18	11	5	2	0	
	12.4%	18.2%	11.8%	8.9%	6.2%	7.7%	0.0%	
リスク第2層	269	105	70	44	35	13	2	
	43.8%	47.7%	46.1%	35.8%	43.2%	50.0%	16.7%	
リスク第3層	269	75	64	68	41	11	10	
	43.8%	34.1%	42.1%	55.3%	50.6%	42.3%	83.3%	
再掲 重複あり	糖尿病	63	14	17	20	10	0	2
		23.4%	18.7%	26.6%	29.4%	24.4%	0.0%	20.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	136	42	32	32	18	5	7
		50.6%	56.0%	50.0%	47.1%	43.9%	45.5%	70.0%
	3個以上の危険因子	147	35	34	40	25	7	6
		54.6%	46.7%	53.1%	58.8%	61.0%	63.6%	60.0%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
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
5	37	77
0.8%	6.0%	12.5%
5	2	0
100%	5.4%	0.0%
--	35	15
--	94.6%	19.5%
--	--	62
--	--	80.5%

(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



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。

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				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	153	114	3	1.9	1	0.9		
40歳代	19	9	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	19	10	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	76	63	2	2.6	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	39	32	1	2.5	1	3.1	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	%
4	100	1	25.0	3	75.0

心電図検査において4人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また4人のうち3人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。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る。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く。(参考資料 8)

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(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行く。

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

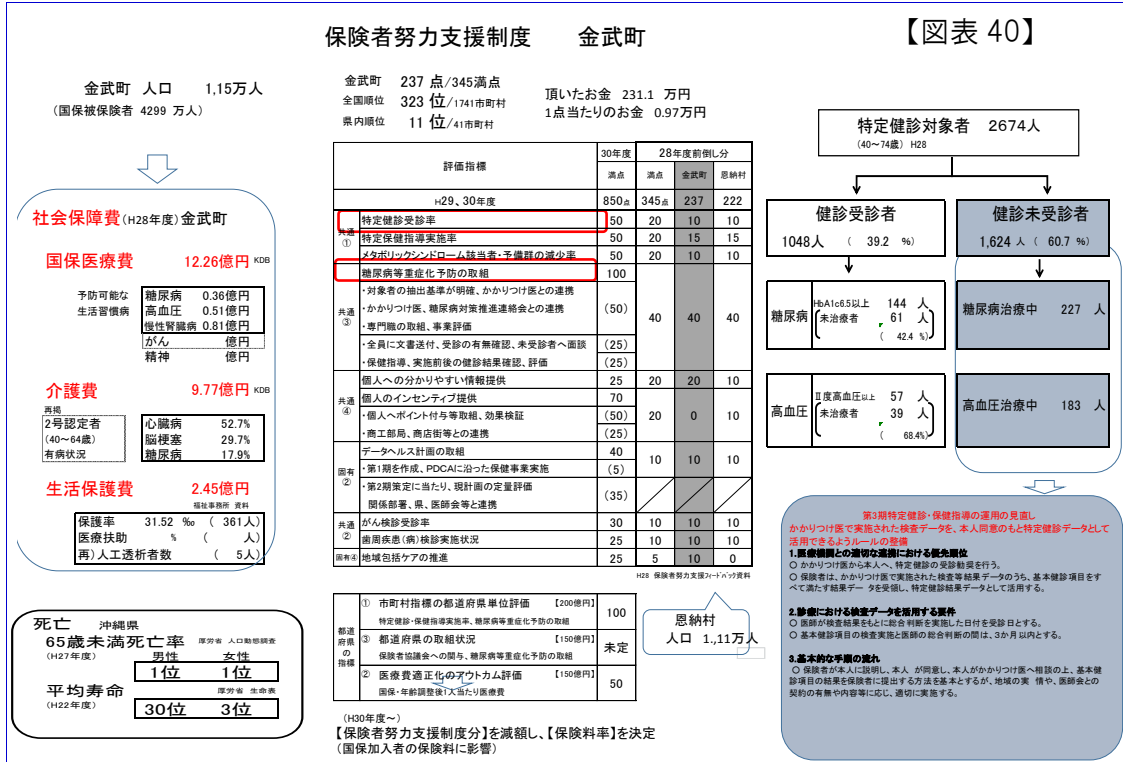
4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

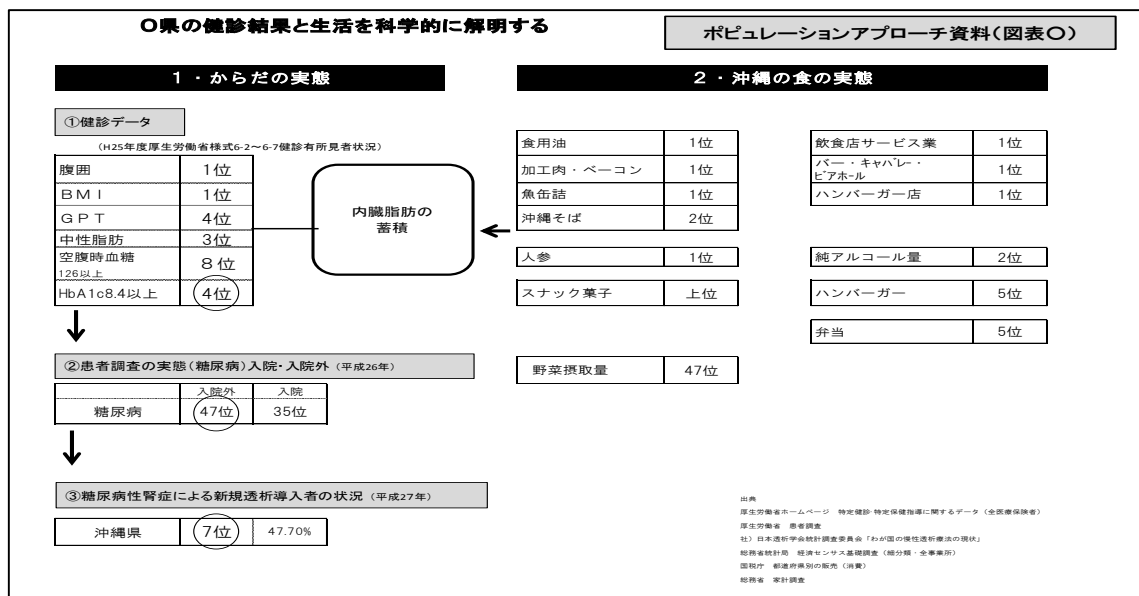
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

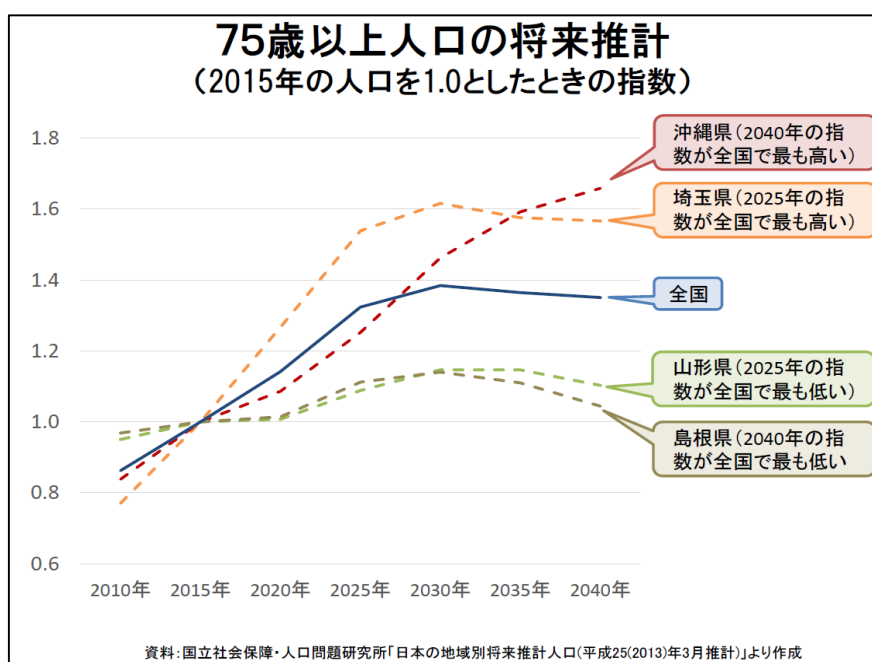
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次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・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		中間評価						現状値の把握方法		
			初期値	目標	H28	H29	H30	H31	H32	H33		H34	最終評価
特定計画 特定健診	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 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	42.9%										特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			61.1%										
データヘルス計画	(金武町の健康課題) ・糖尿病の割合が24%で県内、同規模と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の67%を占めており、増加している。	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	1.3%	脳血管疾患の総医療費に占める割合8%減少									KDBシステム
			1.4%	虚血性心疾患の総医療費に占める割合8%減少									
保険者努力支援制度	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	66.7%	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少8%									KDBシステム
			44.0%	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	5.3%	健診受診者の高血圧の割合減少8%(160/100以上)									KDBシステム
			12.1%	健診受診者の脂質異常者の割合減少8%(LDL160以上)									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	12.5%	健診受診者の糖尿病有病者の割合減少8%(HbA1c6.5以上)									KDBシステム
			44.0%	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	9.8%	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合10%									KDBシステム
			37.3%	糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	12.6%	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上									地域保健事業報告
			29.8%	肺がん検診 50%以上									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	24.4%	大腸がん検診 50%以上									地域保健事業報告
			20.0%	子宮頸がん検診 50%以上									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	34.9%	乳がん検診 50%以上									地域保健事業報告
			0.0%	健康ポイントの取組みを実施する									
短期	がんによる死亡率が高く、検診受診率が低い。	がんの早期発見、早期治療	61.1%	後発医薬品の使用割合80%以上									厚生労働省公表結果

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

【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

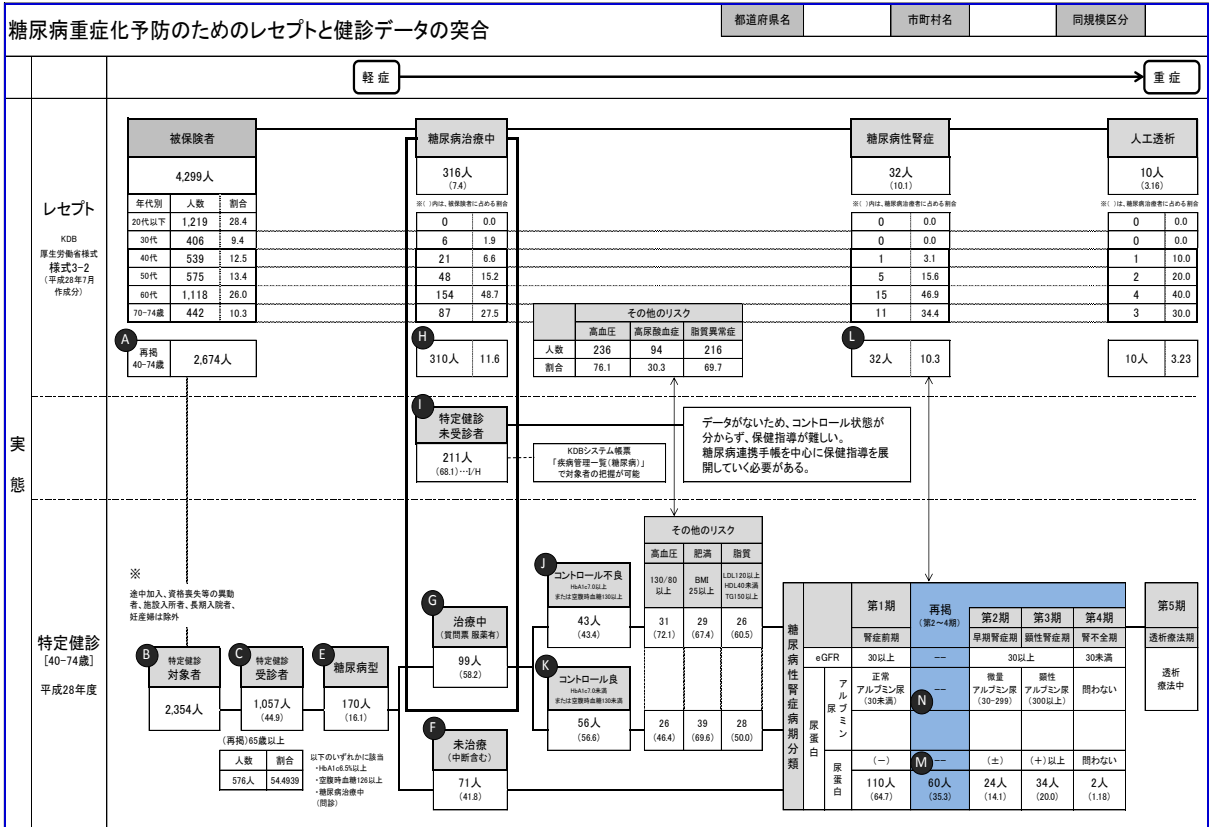
- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた金武町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2

【参考資料1】

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	10,957		1,944,956		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	2,547	23.2	575,439	29.6	239,486	17.4	29,020,766	23.2		
		75歳以上	1,306	11.9			119,934	8.7	13,989,864	11.2		
		65～74歳	1,241	11.3			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳	3,449	31.5			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
		39歳以下	4,961	45.3			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	13.2		14.7		5.4		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	16.8		26.9		15.4		25.2			
		第3次産業	69.9		58.3		79.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	80.0		79.3		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.0		86.4		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性	64.5		65.1		64.5		65.2				
	女性	65.9		66.8		66.5		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	107.7		105.0		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	28	38.9	6,768	45.4	2,965	48.0	367,905	49.6		
		心臓病	18	25.0	4,236	28.4	1,600	25.9	196,768	26.5		
		脳疾患	18	25.0	2,609	17.5	893	14.5	114,122	15.4		
		糖尿病	2	2.8	263	1.8	187	3.0	13,658	1.8		
		腎不全	2	2.8	584	3.9	243	3.9	24,763	3.3		
	自殺	4	5.6	444	3.0	287	4.6	24,294	3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	19		14.7		1989		17.0		厚労省HP 人口動態調査	
		男性	14		20.9		1386		22.0			
		女性	5		8.1		603		11.2			
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	480		20.3		114,846		20.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	2		0.2		1,946		0.3			
		2号認定者	23		0.7		2,492		0.4			
	② 有病状況	糖尿病	124		24.0		25,612		21.3			
		高血圧症	270		53.6		63,835		53.4			
		脂質異常症	179		36.2		31,966		26.7			
		心臓病	292		58.3		72,264		60.6			
		脳疾患	153		29.3		32,398		27.3			
		がん	20		5.3		11,697		9.6			
		筋・骨格	255		51.6		62,083		51.8			
精神	200		39.2		44,206		36.6					
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	81,506		68,807		71,386		58,284				
	居宅サービス	57,646		42,403		52,569		39,662				
	施設サービス	276,304		278,098		282,196		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別	9,358		8,199		9,703		7,980				
	医療費 (40歳以上)	4,416		3,955		4,397		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数	4,078		509,741		444,291		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳	1,041		25.5		103,448		23.3			
		40～64歳	1,513		37.1		168,937		38.0			
		39歳以下	1,524		37.4		171,906		38.7			
		加入率	37.2		26.6		32.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1		0.2		121		0.2		KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	6		1.5		1,138		2.2			
		病床数	406		99.6		17,242		33.8			
		医師数	22		5.4		1,935		3.8			
		外来患者数	524.3		682.6		507.9		668.1			
③ 医療費の状況	入院患者数	22.8		22.4		20.0		18.2		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		
	一人当たり医療費	24,353		26,568		22,111		24,245				
	受診率	547,074		705,038		527,86		686,286				
	外来	52.1		57.2		52.4		60.1				
	入院	95.8		96.8		96.2		97.4				
	費用の割合	47.9		42.8		47.6		39.9				
	件数の割合	4.2		3.2		3.8		2.6				
	1件あたり在院日数	19.3日		16.7日		17.1日		15.6日				
	④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む))	がん	81,842,680		13.0		23.8		17.3		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		慢性腎不全 (透析あり)	80,508,510		12.7		9.5		16.0			
糖尿病		35,505,300		5.6		10.3		7.0				
高血圧症		51,179,900		8.1		9.2		6.3				
精神		225,652,400		35.7		18.8		28.0				
筋・骨格	82,045,080		13.0		15.1		13.1					

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	522,137	36位	(20)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	566,794	32位	(19)						
				脂質異常症	564,019	18位	(23)						
				脳血管疾患	654,015	24位	(20)						
				心疾患	854,691	6位	(11)						
				腎不全	915,263	8位	(17)						
				精神	503,451	11位	(27)						
				悪性新生物	706,197	11位	(15)						
				県内順位 順位総数42	外来	糖尿病	41,684	20位					
						高血圧	33,419	24位					
						脂質異常症	32,128	17位					
						脳血管疾患	33,294	31位					
						心疾患	62,832	16位					
						腎不全	203,562	18位					
精神	38,445	6位											
悪性新生物	65,438	9位											
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	2,155		3,051	1,919	2,346					
			健診未受診者	11,908		11,945	10,954	12,339					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,520		8,266	6,836	6,742					
			健診未受診者	41,553		32,361	39,024	35,459					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	591	58.7	89,238	56.7	54,166	55.9	4,427,360	56.1			
		医療機関受診率	551	54.8	81,322	51.7	49,936	51.6	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	40	4.0	7,916	5.0	4,230	4.4	357,742	4.5			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	1,006		157,335	96,836	7,898,427				
				受診率	35.9	県内34位 同規模117位	43.2	37.5	全国25位	36.4			
				特定保健指導終了者(実施率)	110	63.2	8,184	41.7	7,845	50.6	198,683	21.1	
				非肥満高血糖	62	6.2	17,078	10.9	6,227	6.4	737,886	9.3	
				メタボ	該当者	281	27.9	28,039	17.8	21,916	22.6	1,365,855	17.3
					男性	187	36.4	19,376	27.0	15,055	32.9	940,335	27.5
					女性	94	19.1	8,663	10.1	6,861	13.4	425,520	9.5
					予備群	164	16.3	17,199	10.9	14,505	15.0	847,733	10.7
				BMI	男性	111	21.6	11,819	16.4	9,655	21.1	588,308	17.2
					女性	53	10.8	5,380	6.3	4,850	9.5	259,425	5.8
					総数	509	50.6	50,519	32.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5
					男性	333	64.8	34,664	48.2	27,902	60.9	1,714,251	50.2
				BMI	女性	176	35.8	15,855	18.6	13,686	26.8	776,330	17.3
					総数	65	6.5	8,872	5.6	6,193	6.4	372,685	4.7
				BMI	男性	6	1.2	1,430	2.0	901	2.0	59,615	1.7
					女性	59	12.0	7,442	8.7	5,292	10.4	313,070	7.0
				メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	血糖のみ	12	1.2	1,171	0.7	913	0.9	52,296	0.7
					血圧のみ	115	11.4	12,209	7.8	10,137	10.5	587,214	7.4
					脂質のみ	37	3.7	3,819	2.4	3,455	3.6	208,214	2.6
血糖・血圧	45	4.5	5,194		3.3	3,328	3.4	212,002	2.7				
血糖・脂質	11	1.1	1,482		0.9	1,228	1.3	75,032	0.9				
血圧・脂質	145	14.4	12,677		8.1	10,556	10.9	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質	80	8.0	8,686		5.5	6,804	7.0	415,310	5.3				
腹囲	509	50.6	50,519		32.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5				
男性	333	64.8	34,664		48.2	27,902	60.9	1,714,251	50.2				
女性	176	35.8	15,855		18.6	13,686	26.8	776,330	17.3				
BMI	総数	65	6.5	8,872	5.6	6,193	6.4	372,685	4.7				
	男性	6	1.2	1,430	2.0	901	2.0	59,615	1.7				
女性	59	12.0	7,442	8.7	5,292	10.4	313,070	7.0					
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬 既往 歴	高血圧	429	42.6	55,608	35.4	35,736	36.9	2,650,283	33.6	
				糖尿病	94	9.3	13,020	8.3	8,886	9.2	589,711	7.5	
				脂質異常症	219	21.8	34,949	22.2	19,747	20.4	1,861,221	23.6	
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	26	2.7	4,523	3.0	2,781	3.2	246,252	3.3	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	44	4.6	7,878	5.3	3,985	4.5	417,378	5.5	
				腎不全	8	0.8	780	0.5	477	0.5	39,184	0.5	
				貧血	28	6.3	12,720	8.7	5,051	6.2	761,573	10.2	
				喫煙	171	17.0	22,916	14.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2	
				週3回以上朝食を抜く	91	20.5	10,085	7.0	10,244	18.2	585,344	8.7	
				週3回以上食後間食	86	19.5	17,363	12.0	9,397	16.7	803,966	11.9	
				週3回以上就寝前夕食	107	24.2	22,799	15.8	13,503	23.9	1,054,516	15.5	
				食べる速度が速い	130	29.7	38,905	26.9	17,001	31.4	1,755,597	26.0	
				20歳時体重から10kg以上増加	233	52.6	46,745	32.4	25,674	46.4	2,192,264	32.1	
1回30分以上運動習慣なし	285	64.5	92,627	64.1	32,954	57.5	4,026,105	58.8					
1日1時間以上運動なし	207	46.7	68,134	47.2	27,541	49.9	3,209,187	47.0					
睡眠不足	116	26.3	35,522	24.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1					
毎日飲酒	56	12.7	38,267	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6					
時々飲酒	131	29.8	29,879	20.3	18,519	28.7	1,628,466	22.1					
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	201	58.1	61,172	61.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0			
		1~2合	67	19.4	25,170	25.1	12,695	28.7	1,245,341	23.9			
		2~3合	51	14.7	10,318	10.3	5,994	13.5	486,491	9.3			
		3合以上	27	7.8	3,436	3.4	3,385	7.6	142,733	2.7			

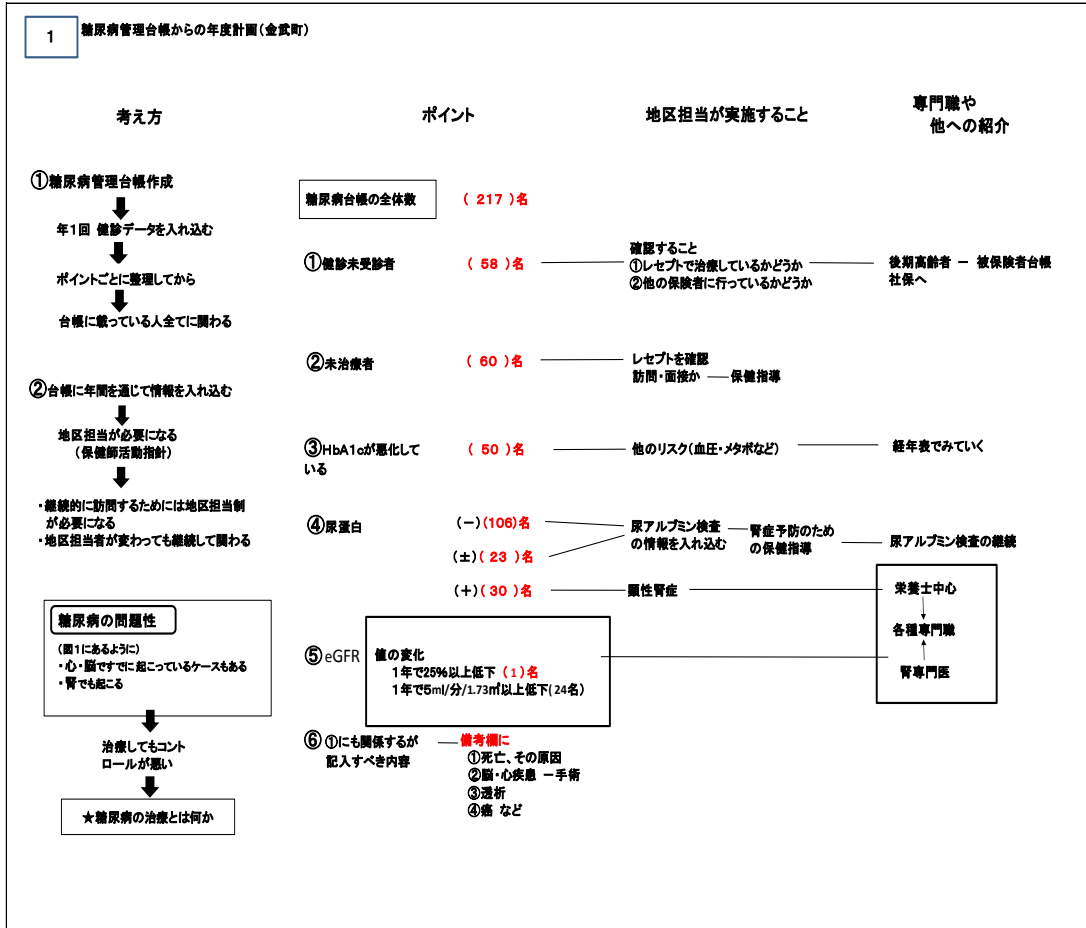
【参考資料 2】



【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	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧	糖	HbA1c							
						虚血性心疾患	糖以外	体重							
						脳血管疾患	糖以外	BMI							
						糖尿病性腎症	糖以外	血圧							
							CKD	GFR							
							CKD	尿蛋白							



【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				同規模 区分	都道 府県	市町村名					
項目	統合 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152			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	4,299人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	A	2,674人							
2	①	対象者数	B	2,354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	1,057人							
	③	受診率	C	44.9%							
3	①	特定 保健指導 対象者数		175人							
	②	実施率		61.1%							
4	①	糖尿病型	E	170人	16.1%					特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	71人	41.8%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	99人	58.2%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	43人	43.4%						
	⑤			血圧 130/80以上	31人	72.1%					
	⑥			肥満 BMI25以上	29人	67.4%					
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	56人	56.6%				
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	110人	64.7%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		24人	14.1%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		34人	20.0%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	1.2%						
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)		73.5人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)		115.9人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,209件	(473.4)			2,076件	(799.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	()内は被保険者対	入院(件数)	3件	(1.2)			16件	(6.0)		
	⑤	糖尿病治療中	H	316人	7.4%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	310人	11.6%						
	⑦	健診未受診者	I	211人	68.1%						
	⑧	インスリン治療	O	15人	4.7%						
	⑨	(再掲)40-74歳	O	15人	4.8%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	32人	10.1%						
	⑪	(再掲)40-74歳	L	32人	10.3%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	3.16%						
	⑬	(再掲)40-74歳		10人	3.23%						
	⑭	新規透析患者数									
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症									
	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)		#REF!	#REF!					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費		12億2607万円				10億9540万円		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		6億3192万円				6億2716万円			
	③	(総医療費に占める割合)		51.5%				57.3%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		7,520円				8,266円		
	⑤		健診未受診者		41,553円				32,361円		
	⑥	糖尿病医療費		3551万円				6466万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		5.6%				10.3%			
	⑧	糖尿病入院総医療費		1億8274万円							
	⑨	1件あたり		41,684円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		1億0913万円							
	⑪	1件あたり		522,137円							
	⑫	在院日数		20日							
	⑬	慢性腎不全医療費		8116万円				6350万円			
	⑭	透析有り		8051万円				5982万円			
	⑮	透析なし		66万円				368万円			
7	①	介護 給付費		9億7701万円				11億9822万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		3件	20.0%						
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		2人	1.9%			2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。この人がどういう経過をたどって、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																																																																																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>判定</th> <th>正常</th> <th>軽度</th> <th>重度</th> <th>追加評価項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">□メタボリックシンドローム</td> <td>□腹囲</td> <td></td> <td>男 85~ 女 90~</td> <td rowspan="10"></td> </tr> <tr> <td>□BMI</td> <td>~24.9</td> <td>25~</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□中性脂肪</td> <td>空腹</td> <td>~149</td> <td>150~299</td> <td>300~</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>~199</td> <td colspan="2">200~</td> </tr> <tr> <td>□nonHDL-C</td> <td>~149</td> <td>150~169</td> <td>170~</td> </tr> <tr> <td>□AST</td> <td>~30</td> <td>31~50</td> <td>51~</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血糖</td> <td>空腹</td> <td>~99</td> <td>100~125</td> <td>126~</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>~139</td> <td>140~199</td> <td>200~</td> </tr> <tr> <td>□HbA1c</td> <td>~5.5</td> <td>5.6~6.4</td> <td>6.5~</td> <td>【軽度】 □75g糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□尿酸</td> <td>~7.0</td> <td>7.1~7.9</td> <td>8.0~</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血圧</td> <td>収縮期</td> <td>~129</td> <td>130~139</td> <td>140~</td> </tr> <tr> <td>拡張期</td> <td>~84</td> <td>85~89</td> <td>90~</td> <td>□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>□LDL-C</td> <td>~119</td> <td>120~139</td> <td>140~</td> <td>□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>eGFR</td> <td></td> <td colspan="2">60未満</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>尿蛋白</td> <td>(-)</td> <td colspan="2">(+) ~</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□CKD重症度分類</td> <td></td> <td colspan="2">G3aA1~</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他</td> <td colspan="3"> <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 </td> <td>⑤ 発症予防対象者</td> </tr> </tbody> </table>	判定	正常			軽度	重度	追加評価項目	□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~		□BMI	~24.9	25~	□中性脂肪	空腹	~149	150~299	300~	食後	~199	200~		□nonHDL-C	~149	150~169	170~	□AST	~30	31~50	51~	□血糖	空腹	~99	100~125	126~	食後	~139	140~199	200~	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~	【軽度】 □75g糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比	□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~	□血圧	収縮期	~129	130~139	140~	拡張期	~84	85~89	90~	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	④	□LDL-C	~119	120~139	140~	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		eGFR		60未満				尿蛋白	(-)	(+) ~			□CKD重症度分類		G3aA1~			その他
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目																																																																																		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~																																																																																			
	□BMI	~24.9	25~																																																																																			
	□中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~																																																																																
		食後	~199		200~																																																																																	
	□nonHDL-C	~149	150~169		170~																																																																																	
	□AST	~30	31~50		51~																																																																																	
	□血糖	空腹	~99		100~125	126~																																																																																
		食後	~139		140~199	200~																																																																																
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~	【軽度】 □75g糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比																																																																																
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~																																																																																	
□血圧		収縮期	~129	130~139	140~																																																																																	
	拡張期	~84	85~89	90~	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)																																																																																	
④	□LDL-C	~119	120~139	140~	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無																																																																																	
	eGFR		60未満																																																																																			
	尿蛋白	(-)	(+) ~																																																																																			
	□CKD重症度分類		G3aA1~																																																																																			
	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

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム、平成28年7月作成分)

【参考資料10】

