

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画



サンゴの村宣言
Onna Village in Okinawa

平成 30 年 3 月

恩 納 村

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

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	1
2.計画の位置付け	2
3.計画期間	4
4.関係者が果たすべき役割と連携	4
5.保険者努力支援制度	6
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	8
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	8
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	21
3.目標の設定	29
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	31
1.第三期特定健診等実施計画について	31
2.目標値の設定	31
3.対象者の見込み	31
4.特定健診の実施	31
5.特定保健指導の実施	34
6.個人情報保護	37
7.結果の報告	37
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	37
第 4 章 保健事業の内容	38
I 保健事業の方向性	37
II 重症化予防の取組	37
1.糖尿病性腎症重症化予防	38
2.虚血性心疾患重症化予防	47
3.脳血管疾患重症化予防	51

Ⅲ ポピュレーションアプローチ	57
第5章 地域包括ケアに係る取組	60
第6章 計画の評価・見直し	62
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	64
参考資料	65

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付け

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

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

【図1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進法施行令とは 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支那)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施法)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進と社会的な 福祉を高めるための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の選択 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成24年6月 介護保険事業に関する保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年3月 医療費適正化に関する基本指針	厚生労働省 医政局 平成24年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第1次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の 実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な 機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活 機能の維持及び向上を図るとともに、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による難病等の生活習慣病の予防 策を進め、難病等を予防することができれば、遺伝 性を減らすことができ、さらに遺伝性や発症の 病態、人疾患を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持及び向上を図ることが期待される。 特定健康診査は、健康増進法の生活習慣病の発症予防策を 主要な手段として、メタボリックシンドロームに着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものとして、法的に抽出するために用いられるものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、医 療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び保険者の財政負担軽減が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護状 態または要支援状態となることへの予防又は、要介 護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている	国民健康保険を維持し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保し、つつ、医療費 が過度に増大しないようしていくと、国民 かつ適切な医療を効率的に提供するための制度の 構築を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、地域において役割の異なる医療の 提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ(幼児・児童・若年層)・高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期(高齢期)を選 べる現在の若年層・壮年層世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※52項目中 特定健診に関係する項目 15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症・糖尿病性神経障害・糖尿病性網膜症)による入院・手術・外来受診者数 ③慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者数 ④がん患者数 ⑤認知症患者数 ⑥生活習慣病を併発している者の増加(肥満、やせの減少) ⑦適切な栄養摂取の改善率 ⑧日常生活における歩数 ⑨運動習慣の割合 ⑩成人の喫煙率 ⑪飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 ①生活習慣の状況(特定健診の結果)の改善 (1)食生活 (2)日常生活における歩数 (3)アルコー ル摂取量 (4)喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化、④生活習慣病の有病者・予備病 者 ①医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外 ①一人あたりの外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③予防医療・生活習慣病の減少 ④糖尿病発症予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度区分を減額し、保険料率決定	保険事業文庫・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図 2】

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第2次)

— 特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第2次)を着実に推進 —

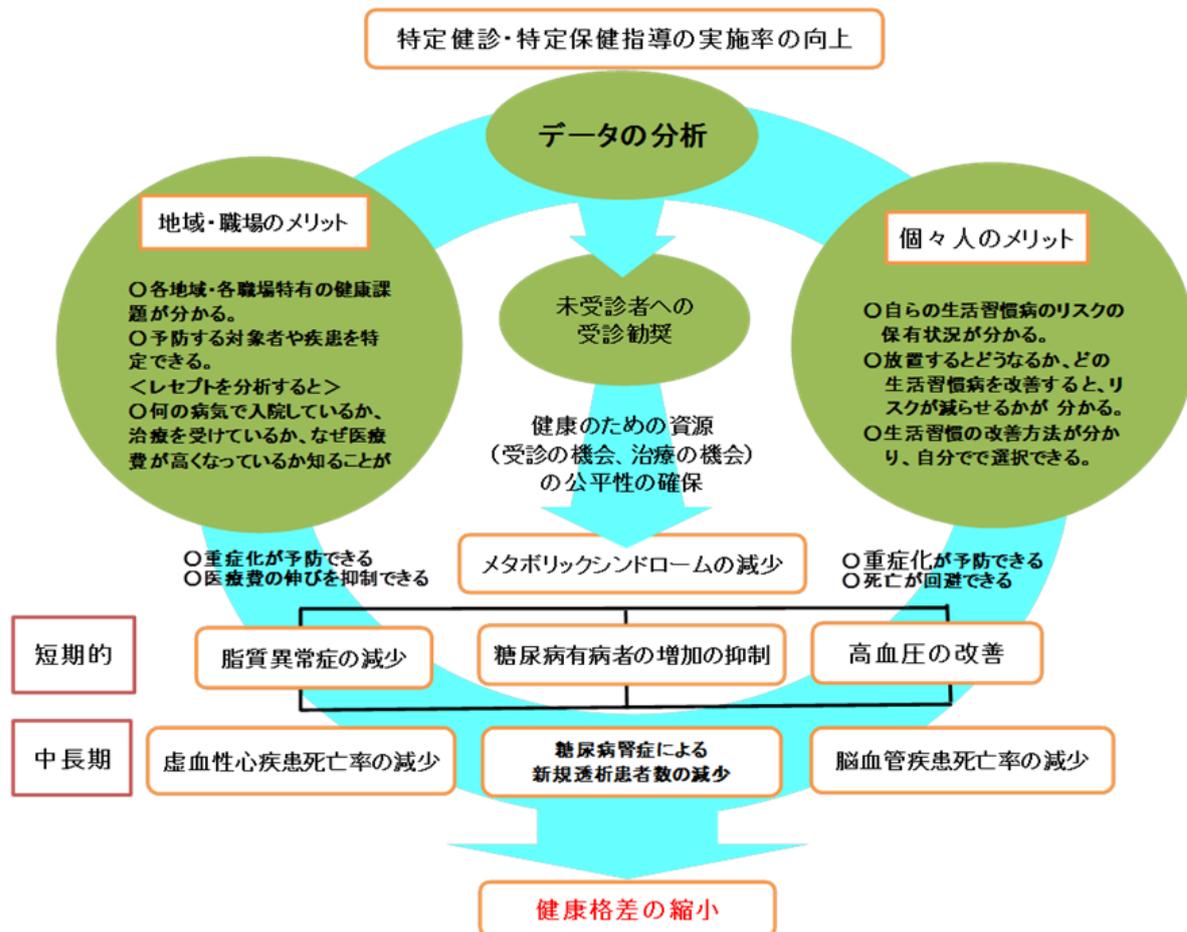
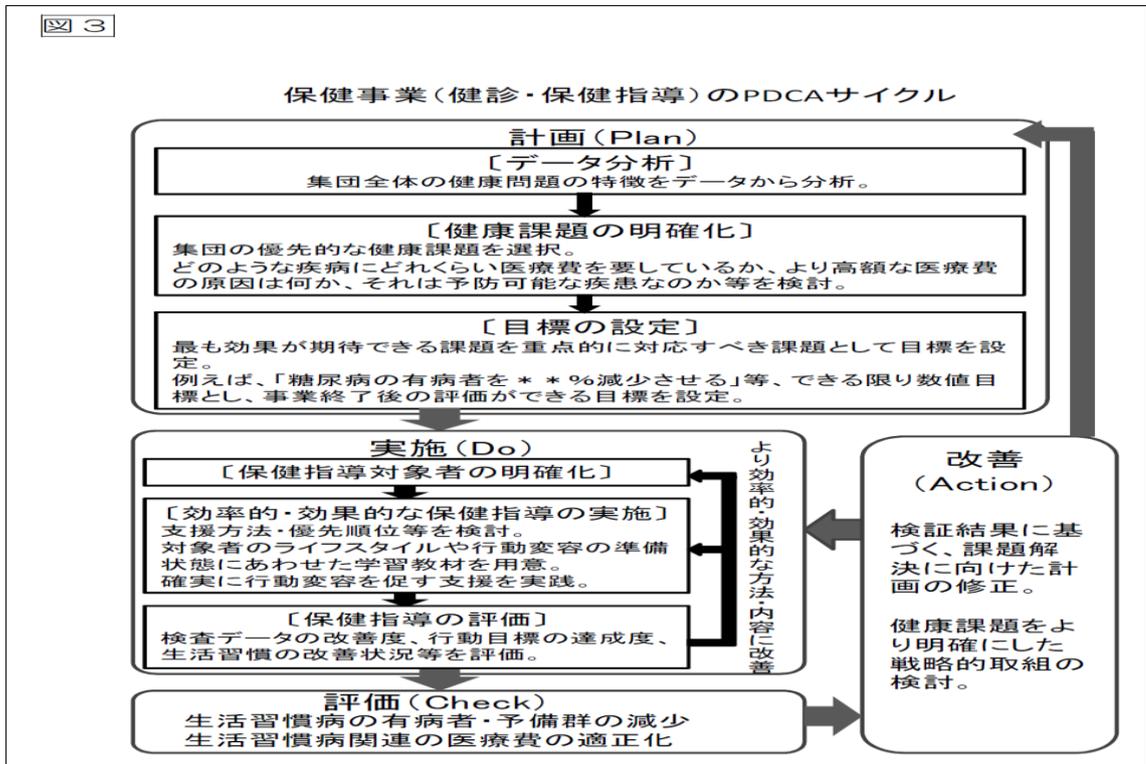


図3



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) 実施主体関係部の役割

恩納村においては、福祉健康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、福祉健康課内の保健師・管理栄養士の専門職は連携をして、村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、健康づくり係、母子保健係、高齢者福祉係及び地域福祉係、また、総務課(財政係)、企画課とも十分連携することが望まれます。

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。

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 年度から沖縄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、沖縄県の関与が更に重要となる。このため、恩納村国保は、計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い、沖縄県との連携に努める。また、保険者等と北部地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、沖縄県が沖縄県医師会等との連携を推進することが重要である。

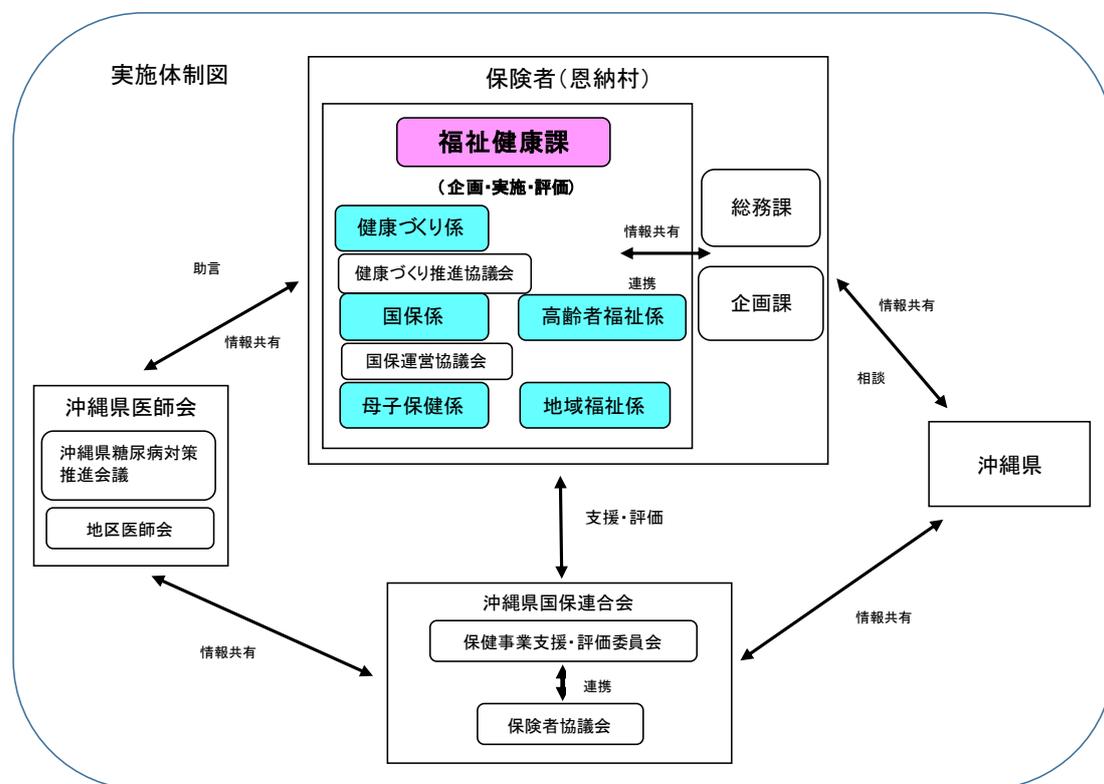
国保連と沖縄県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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、被保険者自身が自らの健康状況を理解して主体的かつ積極的に取り組むことが重要である。そのため保険者は、特定健康診査の受診勧奨および結果説明のみならず村の健康状況、国保保健事業、健康づくり事業などをあらゆる機会を通じて保険者に周知・参加を呼びかけていく必要がある。

【図 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。(表 1)

【表 1】

恩納村の保険者努力支援制度の実施状況

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		
合計得点		222	70	410			
交付額(千円)		2,120		5,686			
全国順位(1,741市町村中)		530					
共通指標	1	(1) 特定健診受診率	10		20	50	
		(2) 特定保健指導実施率	15		25	50	
		(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5		20	50	
	2	(1) がん検診受診率	10		15	30	
		(2) 歯周疾患(病)検診の実施	0		0	20	
	3	(1) 糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40		100	100	
	4	(1) 個人へのインセンティブ提供	20		0	25	
		(2) 個人へのわかりやすい情報提供	0		25	70	
	5	(1) 重複服薬者に対する取組	0		0	35	
	6	(1) 後発医薬品の促進	7		10	35	
		(2) 後発医薬品の使用割合	0		0	40	
	国保固有指標	1	収納率向上に関する取組実施状況	15		50	100
		2	データヘルス計画策定状況	10		40	40
		3	医療費通知の取組の実施状況	10		25	25
4		地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0		0	25	
		第三者求償の取組の実施状況	10		15	40	
5	適正かつ健全な事業運営の実施状況			5	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

第2章 第1期計画にかか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

1、人口・産業・寿命

本村の産業構成は第三次産業（観光・サービス業）が72.7%で主産業となっており続いて第一次産業（農業・漁業等）が14.7%、第二次産業（製造業等）が12.6%の順となっている。

本村の男性の平均寿命は、79.9歳と同規模、県、国の中で最も長い。一方、女性は86.2歳で最も短くなっている。

健康寿命では、男性64.8歳、女性66.0歳となっている。男性は、県より高いが同規模、国より低くなっており、女性は同規模、県、国のなかでもっと低くなっている。

（※国保データベースシステムの人口状況のデータは、第1期計画と同一の値となっています。）

2、死亡統計

平成28年度の早世予防から見た死亡(65歳未満)の割合は、13.3%となっており、県の17.0%同規模の14.8%に比べ低くなっていたが、国の10.5%と比べると高い位置にある。

死亡の状況の死因では、第1期計画(P5、表1「恩納村の特徴を理解する 様式6-1」)の平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病・糖尿病による死亡の割合は減少していたが、脳疾患・腎不全の割合は増加しており、脳疾患・腎不全による死亡は約3倍の増加がみられた。

3、介護保険

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると第1期計画時の平成25年度の介護保険1号認定数は481人で平成28年度は463人へと減少しているが、認定率は24.4%と同規模、県、国と比較してもっとも高い結果であった。一方、40～64歳の2号認定者数には大きな変化はみられなかった。介護給付費では1件あたりの給付費は85,973円から91,992円と増加がみられるとともに、1件あたりの給付費も同規模、県、国のう

ち最も高かった。

4、国民健康保険医療費

国民健康保険加入者は、近年の景気回復や国の社会保障制度改革の影響等から国保加入者は減少している。本村においても 4,240 人から 4,133 人と 107 人の減少となっている。

医療費の状況では、1 人当たりの医療費は平成 25 年度の 17,973 円から 19,650 円と 1,677 円増加しているが、同規模、県、国と比較すると最も低い医療費となっている。また、健診有無別一人あたりの点数では、平成 25 年度健診受診者の 1 件あたりの点数は 3,904 点であったが平成 28 年度は 1,757 点と大幅に減少していた。一方、健診未受診者では 5,673 点から 10,449 点と 1.8 倍の増加がみられた。

医療費分析（生活習慣病に占める割合）では、がん、慢性腎臓病、高血圧症、筋・骨格疾患で上昇し、糖尿病、特に精神疾患で大きな減少がみられた。

健診・レセプト突合による医療機関受療率は 54.1%から 54.4%と 0.3%増加し、非受療率は 5.2%から 3.2%と減少がみられた。

特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率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、重症化予防につながっていくと推測できる。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）

【表 2-1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた恩納村の位置①

項目		恩納村		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 (人口・産業・寿命)	① 人口構成	総人口	10,012		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)	2,009	20.1	575,439	29.6	239,486	17.4	29,020,766	23.2		
		75歳以上	1,155	11.5			119,934	8.7	13,989,864	11.2		
		65~74歳	854	8.5			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
		40~64歳	3,281	32.8			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下	4,722	47.2			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	14.7		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	12.6		26.9		15.4		25.2			
		第3次産業	72.7		58.3		79.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.9		79.3		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	86.2		86.4		87.0		86.4			
	④ 健康寿命	男性	64.8		65.1		64.5		65.2			
		女性	66.0		66.8		66.5		66.8			
2 (死亡統計)	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	85.2		105.0		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	20	37.7	6,768	45.4	2,965	48.0	367,905	49.6		
		心臓病	15	28.3	4,236	28.4	1,600	25.9	196,768	26.5		
		脳疾患	10	18.9	2,609	17.5	893	14.5	114,122	15.4		
		糖尿病	1	1.9	263	1.8	187	3.0	13,658	1.8		
		腎不全	5	9.4	584	3.9	243	3.9	24,763	3.3		
		自殺	2	3.8	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	16	13.3	22	14.8	1,989	17.0	136,944	10.5	国保連合会 早世予防事業実施件数と割合 健康寿命期待値2012-2018	
		男性	11	17.5	17	20.5	1,386	22.0	91,123	13.5		
		女性	5	8.8	5	7.5	603	11.2	45,821	7.2		
		1号認定者数(認定率)	463	24.4	114,846	20.2	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	2	0.2	1,946	0.3	122	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	18	0.5	2,492	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
② 有病状況	糖尿病	75	16.6	25,612	21.3	10,612	18.3	1,350,152	22.1			
	高血圧症	225	47.9	63,835	53.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9			
	脂質異常症	109	22.7	31,966	26.7	14,881	25.6	1,741,866	28.4			
	心臓病	247	52.7	72,264	60.6	30,191	52.3	3,529,682	58.0			
	脳疾患	120	24.4	32,398	27.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5			
	がん	33	6.5	11,697	9.6	4,558	7.8	631,950	10.3			
	筋・骨格	238	52.5	62,083	51.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3			
③ 介護給付費	精神	162	34.0	44,206	36.6	19,275	33.0	2,154,214	35.2			
	1件当たり給付費(全体)	91,992		68,807		71,386		58,284				
	居宅サービス	57,030		42,403		52,569		39,662				
④ 医療費等	施設サービス	299,649		278,098		282,196		281,186				
	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	9,485	8,199	9,703	7,980	認定なし	4,471	3,955	4,397	3,816	
4 (国保医療費)	① 国保の状況	被保険者数	4,133		509,741		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	898	21.7			103,448	23.3	12,461,613	38.2		
		40~64歳	1,598	38.7			168,937	38.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下	1,637	39.6			171,906	38.7	9,179,541	28.2		
	加入率		41.3		26.6		32.3		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	121	0.2	94	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	3	0.7	1,138	2.2	874	2.0	96,727	3.0		
		病床数	0	0.0	17,242	33.8	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
		医師数	3	0.7	1,935	3.8	3,552	8.0	299,792	9.2		
		外来患者数	453.1		682.6		507.9		668.1			
		入院患者数	18.4		22.4		20.0		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	19,650	県内32位 同規模151位	26,568		22,111		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		受診率	471.516		705.038		527.86		686.286			
		外 費用の割合	53.7		57.2		52.4		60.1			
		来 件数の割合	96.1		96.8		96.2		97.4			
		入 費用の割合	46.3		42.8		47.6		39.9			
		院 件数の割合	3.9		3.2		3.8		2.6			
1件あたり在院日数		18.0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 最大医療資源疾患名(調剤含む)	がん	84,554,810	15.0	23.8		17.3		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
	慢性腎不全(透析あり)	85,710,890	15.2	9.5		16.0		9.7				
	糖尿病	45,389,620	8.0	10.3		7.0		9.7				
	高血圧症	39,798,830	7.0	9.2		6.3		8.6				
	精神	165,431,000	29.3	18.8		28.0		16.9				
筋・骨格	82,891,080	14.7	15.1		13.1		15.2					

【表 2-2】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた恩納村の位置②

項目			恩納村		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			
5 (国保医療費)	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数42	入院	糖尿病	609,415	19位 (20)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
			入院	高血圧	588,881	25位 (17)							
			入院	脂質異常症	480,414	35位 (18)							
			入院	脳血管疾患	763,111	5位 (22)							
			入院	心疾患	591,394	32位 (17)							
			入院	腎不全	823,210	15位 (18)							
			入院	精神	454,036	27位 (26)							
			入院	悪性新生物	698,606	14位 (15)							
			外来	糖尿病	48,190	4位							
			外来	高血圧	33,884	22位							
			外来	脂質異常症	34,084	6位							
			外来	脳血管疾患	32,014	33位							
			外来	心疾患	66,741	11位							
			⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,757		3,051		1,919		
健診未受診者	10,449					11,945		10,954		12,339			
生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,315				8,266		6,836		6,742			
	健診未受診者	43,506				32,361		39,024		35,459			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	564	57.6	89,238	56.7	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	533	54.4	81,322	51.7	49,936	51.6	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	31	3.2	7,916	5.0	4,230	4.4	357,742	4.5			
6 (特定健診)	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	980		157,335		96,836		7,898,427	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	35.6	県内36位 同規模118位	43.2		37.5	全国25位	36.4			
			特定保健指導終了者(実施率)	97	59.5	8,184	41.7	7,845	50.6	198,683		21.1	
			非肥満高血糖	該当者	54	5.5	17,078	10.9	6,227	6.4		737,886	9.3
				男性	279	28.5	28,039	17.8	21,916	22.6		1,365,855	17.3
			メタボ	男性	194	36.7	19,376	27.0	15,055	32.9		940,335	27.5
				女性	85	18.8	8,663	10.1	6,861	13.4		425,520	9.5
			予備群	男性	181	18.5	17,199	10.9	14,505	15.0		847,733	10.7
				女性	122	23.1	11,819	16.4	9,655	21.1		588,308	17.2
			メタボ該当・予備群レベル	男性	59	13.1	5,380	6.3	4,850	9.5		259,425	5.8
				女性	506	51.6	50,519	32.1	41,588	42.9		2,490,581	31.5
			BMI	総数	345	65.3	34,664	48.2	27,902	60.9		1,714,251	50.2
				男性	161	35.6	15,855	18.6	13,686	26.8		776,330	17.3
			血糖のみ	男性	65	6.6	8,872	5.6	6,193	6.4		372,685	4.7
				女性	12	2.3	1,430	2.0	901	2.0		59,615	1.7
			血圧のみ	男性	53	11.7	7,442	8.7	5,292	10.4		313,070	7.0
				女性	7	0.7	1,171	0.7	913	0.9		52,296	0.7
			脂質のみ	男性	129	13.2	12,209	7.8	10,137	10.5		587,214	7.4
				女性	45	4.6	3,819	2.4	3,455	3.6		208,214	2.6
血糖・血圧	男性	30	3.1	5,194	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7				
	女性	17	1.7	1,482	0.9	1,228	1.3	75,032	0.9				
血糖・脂質	男性	162	16.5	12,677	8.1	10,556	10.9	663,512	8.4				
	女性	70	7.1	8,686	5.5	6,804	7.0	415,310	5.3				
7 (生活習慣)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	419	42.8	55,608	35.4	35,736	36.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			服薬	糖尿病	90	9.2	13,020	8.3	8,886	9.2	589,711	7.5	
			服薬	脂質異常症	249	25.4	34,949	22.2	19,747	20.4	1,861,221	23.6	
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	10	1.1	4,523	3.0	2,781	3.2	246,252	3.3	
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	23	2.5	7,878	5.3	3,985	4.5	417,378	5.5	
				腎不全	1	0.1	780	0.5	477	0.5	39,184	0.5	
				貧血	20	2.2	12,720	8.7	5,051	6.2	761,573	10.2	
			喫煙	週3回以上朝食を抜く	152	15.5	22,916	14.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2	
				週3回以上食後間食	23	18.5	10,085	7.0	10,244	18.2	585,344	8.7	
				週3回以上就寝前夕食	24	19.4	17,363	12.0	9,397	16.7	803,966	11.9	
				食べる速度が速い	18	14.6	22,799	15.8	13,503	23.9	1,054,516	15.5	
				20歳時体重から10kg以上増加	32	36.8	38,905	26.9	17,001	31.4	1,755,597	26.0	
				1回30分以上運動習慣なし	72	58.1	46,745	32.4	25,674	46.4	2,192,264	32.1	
				1日1時間以上運動なし	93	75.0	92,627	64.1	32,954	57.5	4,026,105	58.8	
睡眠不足	61	49.6		68,134	47.2	27,541	49.9	3,209,187	47.0				
毎日飲酒	43	34.7		35,522	24.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1				
時々飲酒	109	36.3		38,267	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6				
一日飲酒量	1合未満	106	35.3	29,879	20.3	18,519	28.7	1,628,466	22.1				
	1～2合	128	40.5	61,172	61.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0				
	2～3合	102	32.3	25,170	25.1	12,695	28.7	1,245,341	23.9				
	3合以上	47	14.9	10,318	10.3	5,994	13.5	486,491	9.3				

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況 (表 3)

表 3 を見ると、平成 28 年度の総給付費は 9 億 1863 万円となっており平成 25 年度比べると 488 万円減少している。1 件当たりの給付費では、7,844 円増加しており、同規模平均と比べても高い状況が続いている。

給付費の内訳をみると施設サービスの給付費は減少していたが 居宅サービスの給付費は増加している。これは居宅サービスの利用が増加しているものと考えられる。

恩納村の 1 件当たりの介護給付費は 9 万 1992 円と同規模平均と比べてかなり高い状況である。その要因として生活習慣病の悪化・介護度の重症化が考えられる。今後、さらなる高齢者の増加により介護給付費の増加が予想される。急激な負担増加を防ぐためにも健康寿命を延伸し自立した生活を送ることができる高齢者を増やすことが重要である。

【表 3】

介護給付費の状況

単位: 円

	恩納村				同規模平均		
	総給付費	1 件当たり給付費	1 件当たり給付費		1 件当たり給付費	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	923,520,703	84,148	49,854	308,707	69,743	42,430	283,377
平成28年度	918,633,651	91,992	57,030	299,649	68,807	42,403	278,098

② 医療費の状況 (表 4)

恩納村の総医療費は、平成 25 年度に比べ平成 28 年度は 6,171 万円の増加がみられ、1 人当たりの医療費は、19,650 円と 1,610 円 (8.9%) の増加となった。伸び率を同規模保険者と比較するとほぼ同率の伸びであった。

入院の医療費は、9,090 円と 650 円の増となっており、伸び率は 7.7%で同規模に比べ 2.3%低かった。一方、入院外の医療費は 10,560 円と 960 円の増となっており、伸び率は 10.0%で同規模と同様の傾向にあった。

【表 4】

医療費の変化

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	921,014,920			430,893,410				490,121,510			
	H28年度	982,728,680	61,713,760	6.7	0.9	454,617,260	23,723,850	5.5	1.4	528,111,420	37,989,910	7.75
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	18,040			8,440				9,600			
	H28年度	19,650	1,610	8.9	8.8	9,090	650	7.7	10.0	10,560	960	10.0

※KDBの一人あたりの医療費は、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) (表 5-1、5-2)

表 5-1、5-2 は、中長期・短期目標疾患医療費を平成 25 年度の医療費と同規模、県、国とを比較した表である。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(透析)にかかる目標疾患医療費計では、577 万円減少した。疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費が減少しており、慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

平成 25 年度の目標疾患医療費の総計を 100 とした場合、被保険者数の減少を考慮した平成 28 年度の医療費で比較すると同じく 100 となっており医療費の増加及び総医療費に占める割合に大きな変化はみられなかった。疾患別にみると慢性腎不全で増加がみられており特に腎不全(透析無)の医療費が 170 と大幅に増加しており他の同規模町村と比べても最も高い増加であった。又、腎不全(透析有)も 112 と増加しており腎不全による医療費の増加が顕著であった。本部町を除く同規模町村、県、国においても人工透析にかかる医療費に増加傾向がみられた。反面、平成 28 年度心疾患にかかる医療費は 74 と減少がみられたが、心疾患は 1 件あたりの医療費が高額となることから詳細な分析が必要である。

図表 5-2 は短期目標疾患の医療費比較であるが、中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症の一人あたりの医療費は国に比較すると低くなっている。平成 25 年度比較では、糖尿病は 100 (4.56%) から 110 (4.62%) へと増加し、高血圧は 100 (5.74%) から 77 (4.05)、脂質異常症では 100 (2.34%) から 95 (2.04%) と減少がみられた。特に高血圧の減少については同規模町村、県、国ともに減少していることから被保険者数の減少と合わせジェネリック医薬品等の普及による効果も考えられる。

○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 年度の一人あたり医療費を 100 として、被保険者数の減少を考慮して算出 (H28 年度一人あたり医療費÷H25 年度一人あたり医療)

【表 5-1】 総医療費及び中長期目標疾患の医療費

単位:万円

市町村名	年度	総医療費		被保険者数 (人)	一人あたり医療費(円)			中長期目標疾患															
					金額	順位		(中長期・短期) 目標疾患医療費計			腎						脳			心			
						同規模	県内				慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
同規模区分	恩納村	H25	9億2101	100	4,236	18,049	143位	32位	2億3533	100	25.6%	7,834	100	8.51%	508	100	0.55%	1,999	100	2.17%	1,515	100	1.65%
	H28	9億8272	109	4,133	19,650	151位	32位	2億2956	100	23.4%	8,571	112	8.72%	843	170	0.86%	1,919	98	1.95%	1,100	74	1.12%	
	本部町	H25	13億9898	100	5,078	22,975	94位	7位	3億5305	100	25.2%	1億2163	100	8.69%	283	100	0.20%	3,754	100	2.68%	3,176	100	2.27%
	H28	15億3472	118	4,738	26,724	73位	2位	3億2433	98	21.1%	1億0926	96	7.12%	412	156	0.27%	3,234	92	2.11%	3,903	132	2.54%	
	金武町	H25	13億0249	100	4,612	23,106	89位	6位	2億8277	100	21.7%	7,364	100	5.65%	530	100	0.41%	4,179	100	3.21%	2,007	100	1.54%
	H28	12億2607	106	4,078	24,353	114位	11位	2億3847	95	19.4%	8,050	124	6.57%	65	14	0.05%	1,644	44	1.34%	1,748	98	1.43%	
嘉手納町	H25	13億2482	100	5,374	20,260	128位	22位	3億1340	100	23.7%	1億0720	100	8.09%	185	100	0.14%	4,007	100	3.02%	1,867	100	1.41%	
	H28	12億4971	109	4,635	21,790	141位	22位	3億1032	115	24.8%	1億2233	132	9.79%	268	168	0.22%	5,708	165	4.57%	1,954	121	1.56%	
沖縄県	H25	1204億3069	100	490,333	20,262	--	--	288億4867	100	24.0%	98億8787	100	8.21%	4億0365	100	0.34%	34億7900	100	2.89%	22億5938	100	1.88%	
	H28	1204億8441	110	444,291	22,111	--	--	271億1089	104	22.5%	105億8568	118	8.79%	4億2494	116	0.35%	28億7027	91	2.38%	22億3938	109	1.86%	
国	H25	9兆7,159億円	100	35,851,786	22,383	--	--	2兆4,805億円	100	25.5%	5,237億円	100	5.39%	384億円	100	0.40%	2,534億円	100	2.61%	2,294億円	100	2.36%	
	H28	9兆6,880億円	110	32,587,866	24,245	--	--	2兆2,399億円	99	23.1%	5,232億円	110	5.40%	338億円	97	0.35%	2,157億円	94	2.23%	1,976億円	95	2.04%	

最大医療資源傷病(調別含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

※-(ハイフン)--H25年医療費が0のため、計算上算出不可

【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

【表 5-2】短期目標疾患及び目標疾患以外の医療費

単位:万円

市町村名	年度	短期目標疾患						新生物	精神疾患	筋・骨疾患										
		糖尿病		高血圧		脂質異常症														
同規模区分	恩納村	H25	4,229	100	4.59%	5,289	100	5.74%	2,156	100	2.34%	5,022	100	5.45%	1億9,578	100	21.26%	5,730	100	6.22%
		H28	4,538	110	4.62%	3,979	77	4.05%	2,002	95	2.04%	8,455	173	8.60%	1億6,543	87	16.83%	8,289	148	8.43%
	本部町	H25	4,863	100	3.48%	7,827	100	5.59%	3,236	100	2.31%	1億1,830	100	8.46%	2億8,837	100	20.61%	9,553	100	6.83%
		H28	5,799	128	3.78%	5,227	72	3.41%	2,929	97	1.91%	1億4,134	128	9.21%	2億7,494	102	17.92%	1億0,570	119	6.89%
	金武町	H25	4,108	100	3.15%	6,132	100	4.71%	3,952	100	3.03%	6,111	100	4.69%	2億7,579	100	21.17%	8,525	100	6.55%
		H28	3,550	98	2.90%	5,117	94	4.17%	3,668	105	2.99%	8,184	151	6.68%	2億2,565	93	18.40%	8,205	109	6.69%
嘉手納町	H25	5,369	100	4.05%	6,370	100	4.81%	2,820	100	2.13%	9,801	100	7.40%	2億1,600	100	16.30%	8,443	100	6.37%	
	H28	4,716	102	3.77%	3,946	72	3.16%	2,203	91	1.76%	9,591	113	7.67%	2億2,461	121	17.97%	8,886	122	7.11%	
沖縄県	H25	46億4,875	100	3.86%	57億2,061	100	4.75%	24億4,918	100	2.03%	102億7,436	100	8.53%	192億4,763	100	15.98%	83億6,055	100	6.94%	
	H28	45億9,477	109	3.81%	41億3,061	80	3.43%	22億6,492	102	1.88%	114億1,333	123	9.47%	185億2,469	106	15.38%	86億8,795	115	7.21%	
国	H25	5,201億円	100	5.35%	6,098億円	100	6.28%	3,057億円	100	3.15%	1兆2,183億円	100	12.54%	9,119億円	100	9.39%	8,174億円	100	8.41%	
	H28	5,235億円	111	5.40%	4,808億円	83	4.75%	2,855億円	103	2.95%	1兆3,767億円	124	14.21%	9,090億円	110	9.38%	8,190億円	110	8.45%	

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【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

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名
 ※-(ハイフン)…H25年医療費が0のため、計算上算出不可

④ 中長期的な疾患 (表 6-1、6-2、6-3)

平成 28 年度の虚血性心疾患の患者数は 79 人であり、平成 25 年度と平成 28 年度の患者数を比較すると 13 人減少した。虚血性心疾患のうちの高血圧の者は 63 人(79.7%)で脂質異常症 49 人 (62%)、糖尿病 26 人 (32.9%) で高血圧が最も多かった。

脳血管疾患の患者数は 25 人増加しており、いずれも基礎疾患に高血圧や脂質異常症、糖尿病がある人の割合が多い。脳血管疾患のうちの高血圧の割合は 82.4% で平成 25 年度比較で 5.9%増加となっている。これらは高齢による動脈硬化の進展や高血圧を放置し重症化した結果であると推測される。

人工透析の患者数は、平成 25 年度の 15 人から増減なく平成 28 年度も 15 人で変化はなかった。その内、脳血管疾患を合併している者は 1 人、虚血性心疾患の合併のある者は 7 名(46.7%)であった。基礎疾患では、高血圧を合併している者が 13 人(86.7%)とほとんどの者にみられ、糖尿病を合併している者が 9 名 (60%) おり、虚血性心疾患、脳血管疾患の糖尿病合併者の割合の 2 倍となっている。脂質異常症がある人は増加しているが、上記の 2 疾患とは違い、脂質異常症がある人の割合は低くなっている。

虚血性心疾患と脳血管疾患については、高血圧や脂質異常症が基礎疾患にある割合が高い。人工透析では高血圧や糖尿病が基礎疾患にある割合が高い。全体的にみると、高血圧がどの疾患にも多いことがわかる。このことから、高血圧や糖尿病、脂質異常症の重症化予防の取り組みが必須である。

【図表 6-1】

虚血性心疾患のレセプト分析

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	4262	92	2.2	14	15.2	8	8.7	71	77.2	37	40.2	59	64.1
	64歳以下	3543	42	1.2	3	7.1	5	11.9	29	69.0	14	33.3	29	69.0
	65歳以上	719	50	7.0	11	22.0	3	6.0	42	84.0	23	46.0	30	60.0
H28	全体	4167	79	1.9	10	12.7	7	8.9	63	79.7	26	32.9	49	62.0
	64歳以下	3304	35	1.1	3	8.6	2	5.7	23	65.7	9	25.7	21	60.0
	65歳以上	863	44	5.1	7	15.9	5	11.4	40	90.9	17	38.6	28	63.6

【図表 6-2】

脳血管疾患のレセプト分析

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	4262	104	2.4	14	13.5	2	1.9	80	76.9	36	34.6	67	64.4
	64歳以下	3543	36	1.0	3	8.3	0	0.0	28	77.8	12	33.3	21	58.3
	65歳以上	719	68	9.5	11	16.2	2	2.9	52	76.5	24	35.3	46	67.6
H28	全体	4167	129	3.1	10	7.8	1	0.8	98	76.0	45	34.9	83	64.3
	64歳以下	3304	44	1.3	3	6.8	0	0.0	28	63.6	17	38.6	28	63.6
	65歳以上	863	85	9.8	7	8.2	1	1.2	70	82.4	28	32.9	55	64.7

【図表 6-3】

人工透析のレセプト分析

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	4262	15	0.4	2	13.3	8	53.3	13	86.7	7	46.7	6	40.0
	64歳以下	3543	11	0.3	0	0.0	5	45.5	10	90.9	5	45.5	5	45.5
	65歳以上	719	4	0.6	2	50.0	3	75.0	3	75.0	2	50.0	1	25.0
H28	全体	4167	15	0.4	1	6.7	7	46.7	13	86.7	9	60.0	7	46.7
	64歳以下	3304	8	0.2	0	0.0	2	25.0	8	100.0	6	75.0	3	37.5
	65歳以上	863	7	0.8	1	14.3	5	71.4	5	71.4	3	42.9	4	57.1

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(表 7-1~7-3)

表 7-1 より平成 28 年度の被保険者数は減少しているが、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の患者数は増加している。糖尿病治療者は 218 名から 227 人と 9 名増加しているが、インスリン療法的人数は 30 人から 23 名へ減少している。これはインスリン治療者の後期高齢者医療への移動と 2 型糖尿病の治療コントロールの改善によりインスリン治療者が減少していることが考えられる。早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし中長期的な目標疾患を見ると人工透析や糖尿病性腎症の人数も増加している。透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか確認していく必要がある。

高血圧については、525 人から 530 人へ増加がみられるとともに糖尿病、脂質異常症の併発割合が増加していることから患者数は増加傾向にある。中長期的な目標疾患で

見ると虚血性心疾患数は減少しているが、脳血管疾患の割合は増加しているため高血圧症の重症化が影響していると考えられる。

脂質異常症については、糖尿病の併発割合が増加しており、高血圧の併発割合は減少している。中長期的な目標疾患で見ると、脳血管疾患、人工透析が増加している。また、中長期的な目標である虚血性心疾患の割合は糖尿病、高血圧、脂質異常症全てにおいて減少している。

このことから、短期的な目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症は自覚症状もないため、重症化して受診する人が多く、人工透析や脳血管疾患の増加に影響していることが考えられる。それらの重症化を防ぐことが、人工透析、脳血管疾患の減少につながると考えられる。糖尿病、高血圧、脂質異常症いずれの患者数も増加している。

糖尿病のレセプト分析【表 7-1】

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										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	
H25	全体		4262	218	5.1	30	13.8	148	67.9	130	59.6	37	17.0	36	16.5	7	3.2	23	10.6	
	64歳以下	3543	108	3.0	18	16.7	66	61.1	61	56.5	14	13.0	12	11.1	5	4.6	13	12.0		
	65歳以上	719	110	15.3	12	10.9	82	74.5	69	62.7	23	20.9	24	21.8	2	1.8	10	9.1		
H28	全体	4167	227	5.4	23	10.1	156	68.7	139	61.2	26	11.5	45	19.8	9	4.0	26	11.5		
	64歳以下	3304	118	3.6	12	10.2	73	61.9	67	56.8	9	7.6	17	14.4	6	5.1	12	10.2		
	65歳以上	863	109	12.6	11	10.1	83	76.1	72	66.1	17	15.6	28	25.7	3	2.8	14	12.8		

高血圧症のレセプト分析【表 7-2】

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										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		
H25	全体		4262	525	12.3	148	28.2	271	51.6	71	13.5	80	15.2	13	2.5				
	64歳以下	3543	264	7.5	66	25.0	123	46.6	29	11.0	28	10.6	10	3.8					
	65歳以上	719	261	36.3	82	31.4	148	56.7	42	16.1	52	19.9	3	1.1					
H28	全体	4167	530	12.7	156	29.4	273	51.5	63	11.9	98	18.5	13	2.5					
	64歳以下	3304	247	7.5	73	29.6	110	44.5	23	9.3	28	11.3	8	3.2					
	65歳以上	863	283	32.8	83	29.3	163	57.6	40	14.1	70	24.7	5	1.8					

脂質異常症のレセプト分析【表 7-3】

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										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		
H25	全体		4262	367	8.6	130	35.4	271	73.8	59	16.1	67	18.3	6	1.6				
	64歳以下	3543	183	5.2	61	33.3	123	67.2	29	15.8	21	11.5	5	2.7					
	65歳以上	719	184	25.6	69	37.5	148	80.4	30	16.3	46	25.0	1	0.5					
H28	全体	4167	382	9.2	139	36.4	273	71.5	49	12.8	83	21.7	7	1.8					
	64歳以下	3304	176	5.3	67	38.1	110	62.5	21	11.9	28	15.9	3	1.7					
	65歳以上	863	206	23.9	72	35.0	163	79.1	28	13.6	55	26.7	4	1.9					

② リスクの健診結果経年変化（表 8-1、8-2）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c

の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

表 8-1 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、平成 25 年と比較し平成 28 年度は男女ともに BMI、腹囲、中性脂肪、GPT、HDL-C、HbA1c の項目の割合が増加している。その他、男性においては拡張期血圧、女性においては収縮期血圧の項目の割合が増加している。

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握をみると、該当者は平成 25 年と比較し平成 28 年度は男性の場合は 36.7%であり年齢であまり差は見られない。重なっている項目をみると、血糖+脂質、血圧+脂質、3 項目全ての項目が増加している。一方、女性の場合は 40~64 歳で 12.8%、65~74 歳で 24.1%と若い層の約 1.9 倍という結果である。重なる項目は、血圧と脂質の項目が増加している。

第一期と比較すると、予備群・該当者の割合が増加傾向であり、メタボリックシンドローム症候群の対策が早急の課題となっている。

【表 8-1】

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	
		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	256	46.5	343	62.4	170	30.9	115	20.9	38	6.9	203	36.9	245	44.5	172	31.3	317	57.6	176	32.0	262	47.6	18	3.3
	40-64	162	48.6	213	64.0	117	35.1	86	25.8	22	6.6	120	36.0	129	38.7	104	31.2	180	54.1	121	36.3	165	49.5	7	2.1
	65-74	94	43.3	130	59.9	53	24.4	29	13.4	16	7.4	83	38.2	116	53.5	68	31.3	137	63.1	55	25.3	97	44.7	11	5.1
H28	合計	267	50.6	345	65.3	169	32.0	149	28.2	41	7.8	178	33.7	256	48.5	145	27.5	293	55.5	172	32.6	228	43.2	13	2.5
	40-64	149	52.1	185	64.7	111	38.8	107	37.4	19	6.6	97	33.9	114	39.9	84	29.4	137	47.9	105	36.7	128	44.8	4	1.4
	65-74	118	48.8	160	66.1	58	24.0	42	17.4	22	9.1	81	33.5	142	58.7	61	25.2	156	64.5	67	27.7	100	41.3	9	3.7

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	
		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	189	38.6	160	32.7	78	15.9	59	12.0	7	1.4	110	22.4	239	48.8	20	4.1	236	48.2	99	20.2	254	51.8	3	0.6
	40-64	92	33.1	76	27.3	42	15.1	35	12.6	3	1.1	53	19.1	110	39.6	8	2.9	107	38.5	57	20.5	153	55.0	2	0.7
	65-74	97	45.8	84	39.6	36	17.0	24	11.3	4	1.9	57	26.9	129	60.8	12	5.7	129	60.8	42	19.8	101	47.6	1	0.5
H28	合計	195	43.1	161	35.6	73	16.2	71	15.7	7	1.5	91	20.1	231	51.1	18	4.0	239	52.9	81	17.9	228	50.4	3	0.7
	40-64	82	38.9	64	30.3	41	19.4	38	18.0	5	2.4	39	18.5	93	44.1	9	4.3	97	46.0	45	21.3	114	54.0	1	0.5
	65-74	113	46.9	97	40.2	32	13.3	33	13.7	2	0.8	52	21.6	138	57.3	9	3.7	142	58.9	36	14.9	114	47.3	2	0.8

【表 8-2】

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				
合計	550	40.7	33	6.0%	123	22.4%	4	0.7%	92	16.7%	27	4.9%	187	34.0%	30	5.5%	12	2.2%	92	16.7%	53	9.6%
H25																						
40-64	333	34.0	24	7.2%	79	23.7%	2	0.6%	54	16.2%	23	6.9%	110	33.0%	17	5.1%	8	2.4%	59	17.7%	26	7.8%
65-74	217	58.5	9	4.1%	44	20.3%	2	0.9%	38	17.5%	4	1.8%	77	35.5%	13	6.0%	4	1.8%	33	15.2%	27	12.4%
H28																						
合計	528	33.7	29	5.5%	122	23.1%	5	0.9%	84	15.9%	33	6.3%	194	36.7%	20	3.8%	14	2.7%	107	20.3%	53	10.0%
40-64	286	27.4	22	7.7%	65	22.7%	2	0.7%	37	12.9%	26	9.1%	98	34.3%	11	3.8%	9	3.1%	53	18.5%	25	8.7%
65-74	242	46.2	7	2.9%	57	23.6%	3	1.2%	47	19.4%	7	2.9%	96	39.7%	9	3.7%	5	2.1%	54	22.3%	28	11.6%

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				
合計	490	49.4	13	2.7%	60	12.2%	5	1.0%	45	9.2%	10	2.0%	87	17.8%	15	3.1%	5	1.0%	44	9.0%	23	4.7%
H25																						
40-64	278	41.9	10	3.6%	36	12.9%	3	1.1%	26	9.4%	7	2.5%	30	10.8%	9	3.2%	1	0.4%	12	4.3%	8	2.9%
65-74	212	64.8	3	1.4%	24	11.3%	2	0.9%	19	9.0%	3	1.4%	57	26.9%	6	2.8%	4	1.9%	32	15.1%	15	7.1%
H28																						
合計	452	38.2	17	3.8%	59	13.1%	2	0.4%	45	10.0%	12	2.7%	85	18.8%	10	2.2%	3	0.7%	55	12.2%	17	3.8%
40-64	211	28.3	10	4.7%	27	12.8%	1	0.5%	21	10.0%	5	2.4%	27	12.8%	5	2.4%	2	0.9%	14	6.6%	6	2.8%
65-74	241	55.3	7	2.9%	32	13.3%	1	0.4%	24	10.0%	7	2.9%	58	24.1%	5	2.1%	1	0.4%	41	17.0%	11	4.6%

平成 28 年の特定健診受診者数は 989 人であり、平成 25 年と比較し 107 人減少している。減少した要因として、国保加入者（特定健診対象者）の減少および集団健診の地域健診、未受診者健診の実施回数の減少が考えられる。

高血圧症についてみると、対象者数の割合は変わらないが、治療なしの割合が 1.1% 減少し、治療中の割合が 1.4% 増加、特定保健指導の割合は 21.3% 減少となっている。

脂質異常症についてみると、LDL-C 180mg/dl 以上は対象者数は 0.1% 減少しているが、治療なしの割合は変化なく、特定保健指導の割合は 1.3% 増加している。中性脂肪 300mg/dl 以上は 0.6% 増加し、治療なしの割合は 1.2% 増加、治療中の割合は 1.5% 減少しているため、特定保健指導の割合が 3.5% 増加している。メタボリックシンドロームについてみると、治療なしの割合は 0.9% 減少し、治療中の割合は 1.1% 増加しているが、該当者が 2.0% 増えているため特定保健指導の割合も 1.1% 増えていると考えられる。糖尿病についてみると、対象者数は 0.4% 増加しているが、治療なしの割合が 1.0% 減少しており、治療中の割合が 10.7% 増加しているため、特定保健指導の割合は 8.5% 減少していると考えられる。

慢性腎臓病では蛋白尿(2+)以上についてみると、対象者が 0.4% 増加し、治療なしの割合が 1.4% 増加、治療中の割合が 0.9% 減少、特定保健指導の割合が 10.6% 増加している。eGFR50 未満(70 歳以上 40 未満)についてみると、対象者、治療なしの割合は変化しないが、治療中、特定保健指導の割合は減少している。

重症化予防対象者についてみると、対象者は 3.1% 増加し、治療なしの割合が 1.3% 増加、治療中の割合が 1.4% 増加、特定保健指導の割合が 5.4% 減少となっている。

第一期の短期目標は高血圧、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だったが、達成できたのは脂質異常症の LDL-C180mg/dl 以上のみであった。

【図 5-1】重症化予防のための保健指導対象者(平成 25 年度)

優先すべき課題の明確化	高血圧症	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		重症化予防対象者(実人数)
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009(日本高血圧学会)	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド2012-2013(日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012(日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者(2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上(治療中:7.0以上)	蛋白尿(2+)以上	eGFR50未満70歳以上40未満	
受診者数 1,096 対象者数	64 5.8%	41 3.7%	45 4.1%	282 25.7%	67 6.1%	24 2.2%	39 3.6%	401 36.6%
治療なし	38 5.5%	37 4.3%	36 4.2%	73 12.2%	38 3.8%	3 0.5%	12 2.1%	141 23.5%
(再掲) 特定保健指導	26 40.6%	12 29.3%	19 42.2%	73 25.9%	12 17.9%	3 12.5%	7 17.9%	99 24.7%
治療中	26 6.3%	4 1.7%	9 3.9%	209 42.1%	29 32.2%	21 4.3%	27 5.5%	260 52.4%

資料：あなみツール集計ツール資料Bより抜粋

【図 5-2】重症化予防のための保健指導対象者(平成 28 年度)

優先すべき課題の明確化	高血圧症	脂質異常症		メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		重症化予防対象者(実人数)
科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	高血圧治療ガイドライン2009(日本高血圧学会)	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの診断基準	糖尿病治療ガイド2012-2013(日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012(日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者(2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上(治療中:7.0以上)	蛋白尿(2+)以上	eGFR50未満70歳以上40未満	
受診者数 989 対象者数	57 5.8%	36 3.6%	46 4.7%	274 27.7%	64 6.5%	26 2.6%	36 3.6%	393 39.7%
治療なし	25 4.4%	32 4.3%	40 5.4%	54 11.3%	25 2.8%	9 1.9%	10 2.1%	119 24.8%
(再掲) 特定保健指導	11 19.3%	11 30.6%	21 45.7%	54 19.7%	6 9.4%	6 23.1%	3 8.3%	76 19.3%
治療中	32 7.7%	4 1.6%	6 2.4%	220 43.2%	39 42.9%	17 3.4%	26 5.1%	274 53.8%

⑤ 特定健診受診率・特定保健指導実施率

特定健診受診率は減少し、特定保健指導率が増加していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

平成 28 年度の特定健診対象者数は 2,276 人で平成 25 年度に比べ 66 人減少、健診受診者数が 982 人と 56 人の減少となっており、平成 28 年度の特定健診受診率は、平成 25 年度に比べ 1.2%減少しており、同規模内の順位は 25 年度の 19 位から 28 年度は 22 位へ低下した。

特定保健指導対象者数は、197 人から 160 人と 37 人減少していたが、対象者数が減少しており保健指導の効果があつたかどうかさらに詳細な分析が必要である。特定保健指導実施率では対象者数及び終了者数が減少しており実施率では 61.3%と平成 25 年度とほぼ同率であり一定程度の実施率は維持しているが、さらなる実施率の向上に努めていく必要がある。

受診勧奨者の医療機関受診率は、平成 25 年度の 53.6%に比べ、平成 28 年度は 54.4%と増加しており、同規模の 51.7%比べても、高い受診率である。この事で、全対象者数の半数以上は健診を受診しておらず、医療費の適正を考えると、健診受診率を上げていかなければ 特定保健指導、受診勧奨へ繋がらず重症化を予防することは

困難と考えられる。

【表 9】

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	実施率	医療機関受診率	
								恩納村	同規模平均
H25年度	2,342	1,038	44.3%	19	197	121	61.4%	53.6	50.8%
H28年度	2,276	982	43.1%	22	160	98	61.3%	54.4	51.7%

資料：受診勧奨者、同規模順位は、KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」
特定健診・特定保健指導率は、「市町村法定報告値」より

2) 第1期に係る考察

第1期計画は、中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患による死亡率の減少および糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少を中長期目標の疾患として、脂質市場症、高血圧症、糖尿病患者数の減少を短期目標として保健事業を展開してきた。

中長期目標疾患の医療費の面からみると慢性腎不全にかかる医療費（特に透析無し）の増加が大きく腎臓疾患が増加していると考えられる。脳血管疾患にかかる医療費はやや減少し、心疾患においては大きな減少がみられた。患者数からみると中長期的な目標疾患である虚血性心疾患患者数は減少し、脳血管疾患の患者数は増加、人工透析患者数は同数を維持していることから一定程度目標を達成したと考えられる。しかし、計画の実施期間が4年間であること、短期目標の患者数はすべて増加傾向がみられていることから予断を許さない状況である。

短期目標疾患における一人あたり医療費は、糖尿病で増加し、高血圧症、脂質異常症で減少し、患者数ではいずれの疾患でも増加している。このことから糖尿病については患者数の増加や薬剤の併用使用および高価な薬価の薬剤の普及が要因と思われる。一方、高血圧症、脂質異常症では、ジェネリック薬剤の普及が進んでいることが予測される。本村のメタボリックシンドローム該当者・予備群の大幅な増加や高血圧、脂質異常、血糖高値など動脈硬化のリスク要因保持者の割合の高さから短期目標の達成には至っていないだけでなくむしろ将来の被保険者の健康状態が非常に危惧される状況といえる。

第2期計画においては、より一層の健診受診勧奨の工夫と一人一人の健康状態に合わせた質の高い保健指導・栄養指導の充実、さらには重症化予防を行うための保健・栄養指導の取り組み、さらには、ポピュレーションによる健康意識の啓発普及の強化が求められている。

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6)

恩納村の一人あたり医療費は、19,650円で同規模平均、県、国と比較しても低い。また入院件数は3.9%で、費用額全体の46.3%であり、医療費の半数を占めていた。そのため、入院を減らすことは重症化予防にもつながり、費用対効果からも効率が良いと考えられる。

【図6】

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 (表10-1~10-4)

表10-1

平成28年度中にひと月100万円以上の高額になった疾患は、全体で95件であり、予防可能な疾患である脳血管疾患と虚血性心疾患はそれぞれ3件(3.2%)あり、年代別で見ると、40歳未満の脳血管疾患が1件(33.3%)、60代の脳血管疾患が2件(66.7%)、虚血性心疾患が3件(100%)と多くを占めている。費用額で見ると脳血管疾患は580万円(3.9%)、虚血性心疾患は351万円(2.3%)で合計931万円(6.2%)となっていた。脳血管疾患や虚血性心疾患は、動脈硬化を原因とする血管の病気であり、血液の循環不全をまねくため重症化すると治療が高額となるため、重症化予防を行うことは医療費負担の減少につながると考えられる。

表10-2

6ヶ月以上長期入院は、年間で318件、費用額は1億3,236万円であり、そのうち脳血管疾患による長期入院件数は43件(13.5%)、虚血性心疾患による長期入院件数は24件(7.5%)であった。また費用額で見ると、脳血管疾患が2,896万円(21.9%)、虚血性心疾患が835万円(6.3%)であった。

表10-3

人工透析は一人当たりの年間医療費がおおよそ500万円と高額であり、一度人工透析を導入すると長期療養が避けられない現状がある。平成28年度の人工透析件数は198件で、そのうち糖尿病性腎症が107件(54.0%)、虚血性心疾患が93件(47.0%)となっており、費用額で見ると、糖尿病性腎症が5,632万円(61.4%)、虚血性心疾患が4,158

万円（45.3%）であった。人工透析者のおよそ過半数に糖尿病性腎症があり、糖尿病の重症化を予防することで、新規人工透析導入者及び費用額を減らすことができるとともに、虚血性心疾患や脳血管疾患の原因となる高血圧症、脂質異常症の重症化予防も人工透析導入者を減らすためには重要である。

表 10-4

生活習慣病の治療者数は 1,015 人と被保険者の約 2 割を占めており、そのうち脳血管疾患 129 人（12.7%）、虚血性心疾患 79 人（7.8%）、糖尿病性腎症 26 人（2.6%）であった。また高血圧症が 52.2%と最も割合が高く、次いで脂質異常症 37.6%、糖尿病が 22.4%となっている。

基礎疾患の重なりでみると、いずれの疾患においても高血圧症は約 70%、糖尿病は約 30%（糖尿病性腎症除く）、脂質異常症は約 60%で脳血管疾患や虚血性心疾患をすでに発症している場合に基礎疾患の重なりを持つ確率が高い。さらに、糖尿病性腎症は基礎疾患の重なりを持っている割合が高血圧・糖尿病・脂質異常症の 3 疾患とも約 60%以上と高くなっている。これら基礎疾患を悪化防止することは糖尿病性腎症等の重症化予防につながる。重症化予防として基礎疾患に対して早期発見・早期介入することが重要な課題である。

【表 10-1】 基準金額以上となったレセプト一覧（様式 1-1）

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 （100万円以上レセ）	人数	62人	2人		3人		14人		47人		
				3.2%		4.8%		22.6%		75.8%		
		件数	年代別	95件	3件		3件		15件		74件	
					3.2%		3.2%		15.8%		77.9%	
				40歳未満	1	33.3%	0	0.0%	3	20.0%	8	10.8%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	5	6.8%
50代	0			0.0%	0	0.0%	2	13.3%	11	14.9%		
60代	2	66.7%	3	100.0%	4	26.7%	33	44.6%				
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	5	33.3%	17	23.0%				
費用額		1億5039万円	580万円		351万円		2302万円		1億1807万円			
			3.9%		2.3%		15.3%		78.5%			

*最大医療資源傷病名（主病）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。

【表 10-2】6 ヶ月以上入院しているレセプト一覧（様式 2-1）

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	34人	27人 79.4%	5人 14.7%	2人 5.9%
		件数	318件	259件 81.4%	43件 13.5%	24件 7.5%
		費用額	1億3236万円	9527万円 72.0%	2896万円 21.9%	835万円 6.3%

* 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）

【表 10-3】人工透析患者及び人工透析のレセプト分析（様式 3-7、2-2）

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	15人	9人 60.0%	1人 6.7%	7人 46.7%
		H28年度 累計	件数	198件	107件 54.0%	14件 7.1%	93件 47.0%
様式2-2 ★NO.12（CSV）			費用額	9173万円	5632万円 61.4%	631万円 6.9%	4158万円 45.3%

* 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

【表 10-4】生活習慣病全体及び糖尿病・高血圧症・脂質異常症・虚血性心疾患・脳血管疾患のレセプト分析（様式 3-1～3-6）

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	1,015人	129人 12.7%	79人 7.8%	26人 2.6%	
		の基礎 な疾 り患	高血圧	98人 76.0%	63人 79.7%	18人 69.2%
			糖尿病	45人 34.9%	26人 32.9%	26人 100.0%
			脂質異常症	83人 64.3%	49人 62.0%	16人 61.5%
		高血圧症	530人 52.2%	227人 22.4%	382人 37.6%	117人 11.5%

○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（表 11）

恩納村の介護認定率は9.1%で、そのうち介護度が高い要介護3～5が全体の51.4%を占めている。原因疾患では脳血管疾患45.3%と最も多く、虚血性心疾患や腎不全などの血管疾患を含めると92.8%を占めている。また年齢別に見てみると、1号被保険者の認定率は23.0%で、約5人に1人が要介護認定を受け、75歳以上に限ると36.5%と認定率は高くなっている。原因疾患では脳血管疾患が44.9%と最も多く、虚血性心疾患や腎不全などの

血管疾患を含めると93.1%を占めている。さらに、1号被保険者の65～74歳では認定率は4.8%であるが、そのうち51.2%が要介護3～5の介護度であり、原因疾患も脳血管疾患が65.6%、糖尿病合併症が21.9%と他の年齢よりも高く、血管疾患全体で見ても96.9%と他の年齢に比べ高くなっている。2号被保険者の認定率は0.6%だが、そのうち44.4%が要介護3～5であり、原因疾患も脳血管疾患が63.6%、虚血性心疾患、腎不全ともに18.2%であった。2号被保険者の介護が必要となった原因疾患の中で腎不全が他の年齢に比べ高かった。特定健診・保健指導での基礎疾患の早期発見や早期介入が重症化予防を防ぎ、介護予防へもつながると考えられる。

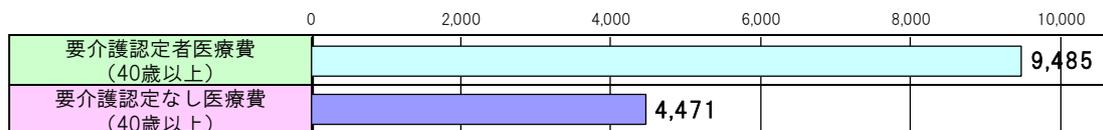
また介護を受けている人の医療費は、受けていない人より5,014円高く、約2倍の医療費が掛かっている。青・壮年期などの働き盛り世代の生活習慣病等の基礎疾患の予防を図ることで、将来にかかる医療費及び介護費の負担軽減につながる。

【表11】 何の疾患で介護保険を受けているか

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		3,281人		854人		1,155人		2,009人								
認定者数	18人		41人		422人		463人		481人								
	認定率		0.6%		4.8%		36.5%		23.0%								
新規認定者数(*1)		3人		12人		39人		51人		54人							
介護度別 人数	要支援1・2		3	16.7%	12	29.3%	65	15.4%	77	16.6%	80	16.6%					
	要介護1・2		7	38.9%	8	19.5%	139	32.9%	147	31.7%	154	32.0%					
	要介護3～5		8	44.4%	21	51.2%	218	51.7%	239	51.6%	247	51.4%					
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)		18		41		422		463								
再) 国保・後期		11		32		387		419		430							
(レセプトの診断名より 重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			脳卒中	7	63.6%	脳卒中	21	65.6%	脳卒中	167	43.2%	脳卒中	188	44.9%	脳卒中	195	45.3%
	循環器 疾患	2	虚血性心疾患	2	18.2%	虚血性心疾患	8	25.0%	虚血性心疾患	99	25.6%	虚血性心疾患	107	25.5%	虚血性心疾患	109	25.3%
		3	腎不全	2	18.2%	腎不全	5	15.6%	腎不全	41	10.6%	腎不全	46	11.0%	腎不全	48	11.2%
		4	糖尿病合併症	1	9.1%	糖尿病合併症	7	21.9%	糖尿病合併症	33	8.5%	糖尿病合併症	40	9.5%	糖尿病合併症	41	9.5%
	合併症	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		8	72.7%	31	96.9%	350	90.4%	381	90.9%	389	90.5%				
		血管疾患 合計		9	81.8%	31	96.9%	359	92.8%	390	93.1%	399	92.8%				
	認知症		2	18.2%	10	31.3%	162	41.9%	172	41.1%	174	40.5%					
	筋・骨格疾患		8	72.7%	25	78.1%	365	94.3%	390	93.1%	398	92.6%					

*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

【図 7】 介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較



2) 健診受診者の実態 (表 12、13)

健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別で見ると、12項目のうち男性では9項目で全国より高く、特にBMI (50.6%)、腹囲 (65.3%)、尿酸 (27.5%) で顕著に高くみられ、女性では8項目で全国より高く、特にBMI(43.1%)、腹囲(35.6%)、尿酸(4.0%)、クレアチニン (0.7%) で顕著に高い割合で、女性より男性の方が高い割合である。これらは内臓脂肪の蓄積によって影響を受けるため、食事・運動などの生活習慣の改善への介入が必要である。

【表 12】

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

★NO.23 (概算)

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
		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												
男性	恩納村	149	52.1	185	64.7	111	38.8	107	37.4	19	6.6	97	33.9	114	39.9	84	29.4	137	47.9	105	36.7	128	44.8	4	1.4
	65-74	118	48.8	160	66.1	58	24.0	42	17.4	22	9.1	81	33.5	142	58.7	61	25.2	156	64.5	67	27.7	100	41.3	9	3.7
	合計	267	50.6	345	65.3	169	32.0	149	28.2	41	7.8	178	33.7	256	48.5	145	27.5	293	55.5	172	32.6	228	43.2	13	2.5
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	
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													
女性	恩納村	82	38.9	64	30.3	41	19.4	38	18.0	5	2.4	39	18.5	93	44.1	9	4.3	97	46.0	45	21.3	114	54.0	1	0.5
	65-74	113	46.9	97	40.2	32	13.3	33	13.7	2	0.8	52	21.6	138	57.3	9	3.7	142	58.9	36	14.9	114	47.3	2	0.8
	合計	195	43.1	161	35.6	73	16.2	71	15.7	7	1.5	91	20.1	231	51.1	18	4.0	239	52.9	81	17.9	228	50.4	3	0.7
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	
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													

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム予備群では男性合計が 23.1%となっており、年齢別では大きな差は見られない。重なっている項目としては、高血圧が 15.9%と高い。女性も同様の傾向を示し、予備群が 13.1%となっており、高血圧が 10.0%と重なっている。メタボリックシンドローム該当者の結果をみると、男性合計が 36.7%となっているが、65~74 歳の割合が 39.7%と高めになっている。重なっている項目をみると、血圧+脂質が 20.3%で一番多く、次に3項目すべてで 10.0%となっている。どちらも 65~74 歳の割合が高くなっている。

女性も同様の傾向を示し、該当者が 18.8%となっているが、65~74 歳の割合が 24.1%と高い。重なっている項目でも、血圧+脂質が 12.2%で一番多く、次に3項目すべてで 3.8%となっている。どちらも 65~74 歳の割合が高くなっている。

また、上記の数値すべてにおいて、男性が女性に比べて2倍以上の値となっている。

男女ともに40～64歳の健診受診率が低く、健診の受診勧奨対策を考える必要がある。薬物での改善が難しい疾患にメタボリックシンドロームがあり、恩納村では、メタボリックシンドロームの該当者がかなり多いことから、肥満改善の食事療法や運動療法が必須と思われる。

【表 13】

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（標準）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	528	33.7	29	5.5%	122	23.1%	5	0.9%	84	15.9%	33	6.3%	194	36.7%	20	3.8%	14	2.7%	107	20.3%	53	10.0%
	40-64	286	27.4	22	7.7%	65	22.7%	2	0.7%	37	12.9%	26	9.1%	98	34.3%	11	3.8%	9	3.1%	53	18.5%	25	8.7%
	65-74	242	46.2	7	2.9%	57	23.6%	3	1.2%	47	19.4%	7	2.9%	96	39.7%	9	3.7%	5	2.1%	54	22.3%	28	11.6%
女性	合計	452	38.2	17	3.8%	59	13.1%	2	0.4%	45	10.0%	12	2.7%	85	18.8%	10	2.2%	3	0.7%	55	12.2%	17	3.8%
	40-64	211	28.3	10	4.7%	27	12.8%	1	0.5%	21	10.0%	5	2.4%	27	12.8%	5	2.4%	2	0.9%	14	6.6%	6	2.8%
	65-74	241	55.3	7	2.9%	32	13.3%	1	0.4%	24	10.0%	7	2.9%	58	24.1%	5	2.1%	1	0.4%	41	17.0%	11	4.6%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図 8）

図 8 より、HbA1c では、継続受診者と新規受診者に大きな差は見られず、血糖コントロールが難しいことがわかる。治療中の 7.0～7.9 に関しては、継続受診者に比べて新規受診者の割合が 7.3%高い。

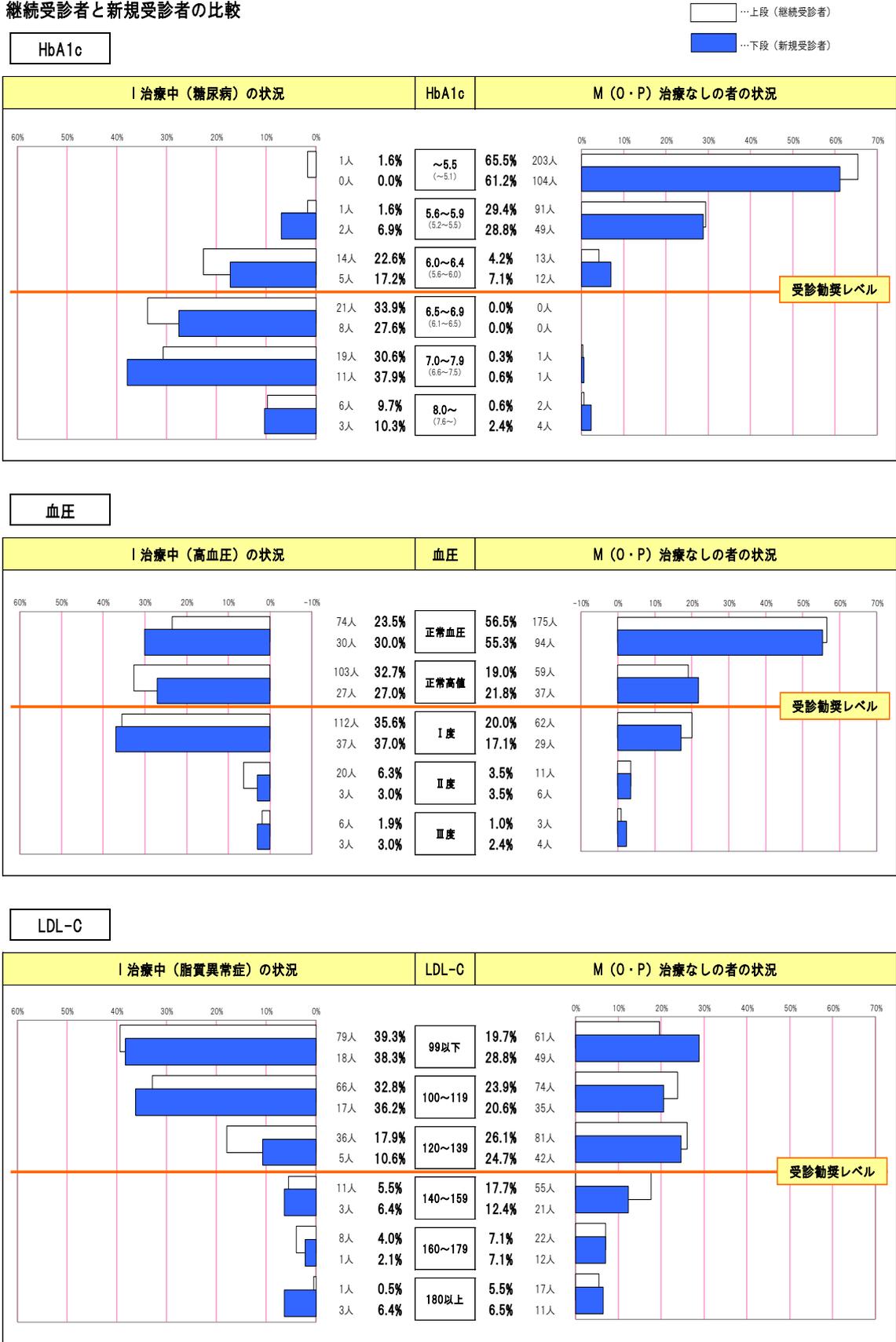
血圧では、継続受診者と新規受診者に大きな差は見られない。

LDL-C でも同様に継続受診者と新規受診者に大きな差は見られないが、治療中の 180 以上では、新規受診者の割合が 5.9%高くなっている。

上記の結果から、薬物療法だけのコントロールは難しいと思われる。継続受診者に関しては、継続した保健指導の介入があるため、少しではあるが、新規受診に比べてコントロールに効果がでていると思われる。治療中については、服薬中断をしないような保健指導とともにコントロールをするための栄養指導等の保健指導、治療なしについては、早めに医療機関へつなぐことが重要と考える。

【図 8】

継続受診者と新規受診者の比較



3) 未受診者の把握

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。特定健診の受診率は近年伸び悩んでおり、特に未受診者対策は重要課題である。図9より年齢別でみると65歳以上の受診率は50.3%に対し、40～64歳は27.8%となっている。特に健診も治療も受けていない(G)は、健康なのか重症化しているかどうかの実態が全くわからない。

治療中ではあるが健診未受診(H)についても、40～64歳は28.3%、65～74歳は29.0%と割合が高い。治療中であっても、特定健診の対象者であることから、かかりつけ医から本人への受診勧奨を依頼するとともに、本人同意のもとで、保険者が診療における検査のデータ提供を受けられるようかかりつけ医の協力及び連携を行う必要がある。

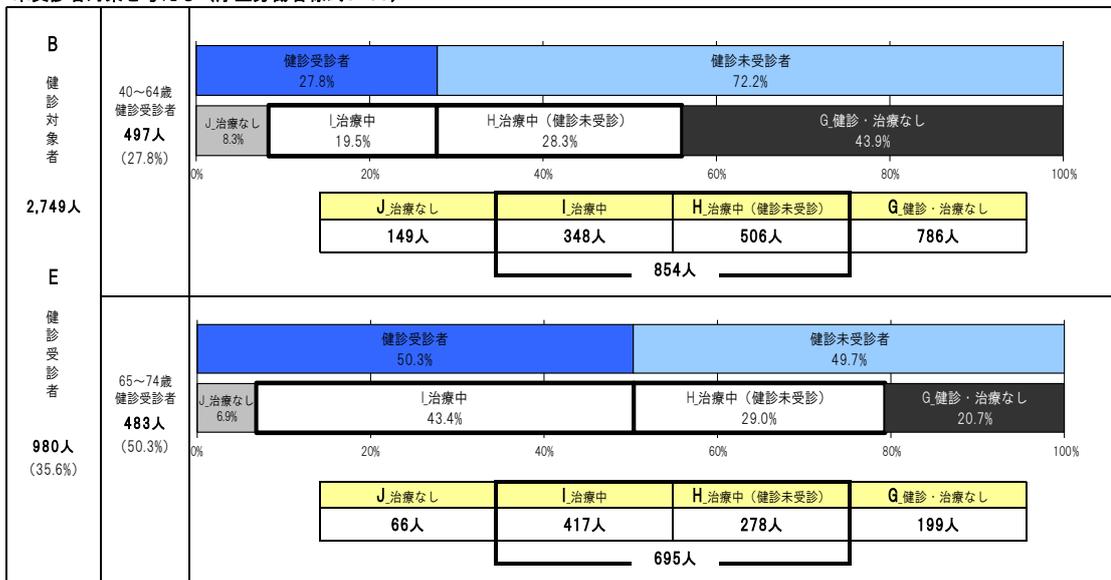
また図10から、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の一人当たり医療費は、健診受診者より36,191円高くなっている。健診を受診することは医療費適正化の面において非常に有用であることがわかる。

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と考えられる。

【図9】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)

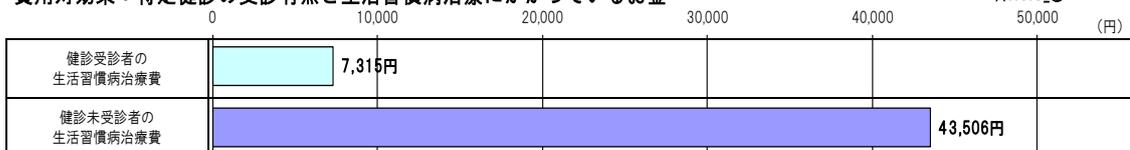


○G 健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

【図10】

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ㊦



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」の医療費を減らしていくこと、「糖尿病性腎症」の新規患者数の増加を抑制することを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の医療費に占める割合をそれぞれ減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しを行うものとする。

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、恩納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、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あり、特定健康診査実施計画、保険者努力支援制度に関する目標値は、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。

【表 14】 中長期・短期目標の指標

	課題を解決するための目標		初期値	最終 評価値	
			H28	H35	
中 長 期	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少		3.2%	減少	
	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少		1.5%	減少	
	糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少		2名	1名	
短 期	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合減少25%	該当者	男性	36.6%	22.0%
			女性	18.1%	13.0%
		予備群	男性	23.3%	19.0%
			女性	12.8%	9.0%
	健診受診者のⅡ度高血圧の割合減少(40～74歳)		5.8%	5.0%	
	脂質異常症の減少①LDLコレステロール高値の者の減少(160以上)	男性	8.0%	6.0%	
		女性	10.5%	8.0%	
	脂質異常症の減少②中性脂肪高値の者の減少(300以上)		3.7%	1.5%	
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合(NGSP値)の減少	①HbA1c8.4以上の者	1.1%	0.7%		
	②HbA1c6.5以上の者	9.4%	4.0%		

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

【表15】

	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%	46%	47%	48%	49%	50%
特定保健指導実施率	62%	63%	65%	67%	69%	70%

3. 対象者の見込み

【表16】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	2,270人	2,270人	2,260人	2,260人	2,250人	2,250人
	受診者数	1,022人	1,044人	1,062人	1,084人	1,102人	1,124人
特定保健指導	対象者数	160人	162人	163人	165人	166人	168人
	受診者数	99人	102人	106人	110人	115人	118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(恩納村総合保健福祉センター、各公民館)
- 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、恩納村ホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.vill.onna.okinawa.jp/index.php>

(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。ただし平成 31 年度より 3 月末を実施期間とするよう改善を行っていく。

(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 11】

保険者年間スケジュール一覧

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診事務	<ul style="list-style-type: none"> 受診券処理依頼 (OCC) 5/⑤受診券郵送(全庁) 	<ul style="list-style-type: none"> 委託契約(健康づくり財団) 学校に施設借用申請 各公民館に借用申請 	<p>特定健診受診券有効期間(2/28まで)</p>						<ul style="list-style-type: none"> 未受診者受診券再送付調整(胃・肺・大腸がん検診) OCC 	<ul style="list-style-type: none"> 1月(申)未受診者へ再診勧奨(2月末日まで) 	<ul style="list-style-type: none"> 保険証(受診券)発送 受診券窓口交付 マイペース健診委託契約準備 	<ul style="list-style-type: none"> 集合契約締結(沖縄県医師会) 集合契約委任状送付(沖縄県医師会) 次年度健診日程決定。字・学校に通知 受診券校正(OCC)
集団・個別特定健診			<ul style="list-style-type: none"> 6/12瀬良垣区交流施設 7/13名嘉真区多目的施設 6/27安富祖公民館 	<ul style="list-style-type: none"> 8/16仲泊小中学校 8/20前兼久区交流施設 	<ul style="list-style-type: none"> 9/11保健福祉センター 	<ul style="list-style-type: none"> 10/4山田公民館 10/14保健福祉センター(日曜) 	<ul style="list-style-type: none"> 11/5喜瀬武原公民館 11/21真栄田公民館 11/27塩屋公民館 11/28恩納公民館 	<ul style="list-style-type: none"> 2/24保健福祉センター(日曜) 				
マイペース健診		<ul style="list-style-type: none"> 委託契約締結(5/1までに!) 受付簿、承認証作成 マイペース健診受診勧奨広報、チラシ、字だより等(中旬ごろ) 		<ul style="list-style-type: none"> 8月村広報へ掲載依頼 			<ul style="list-style-type: none"> 10月号村広報へ掲載依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 11月未受診者へ予約するよう電話かけ 				
未受診者対策												<ul style="list-style-type: none"> 窓口用特定健診チラシ作成(集団日程表)

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態でおこなう。

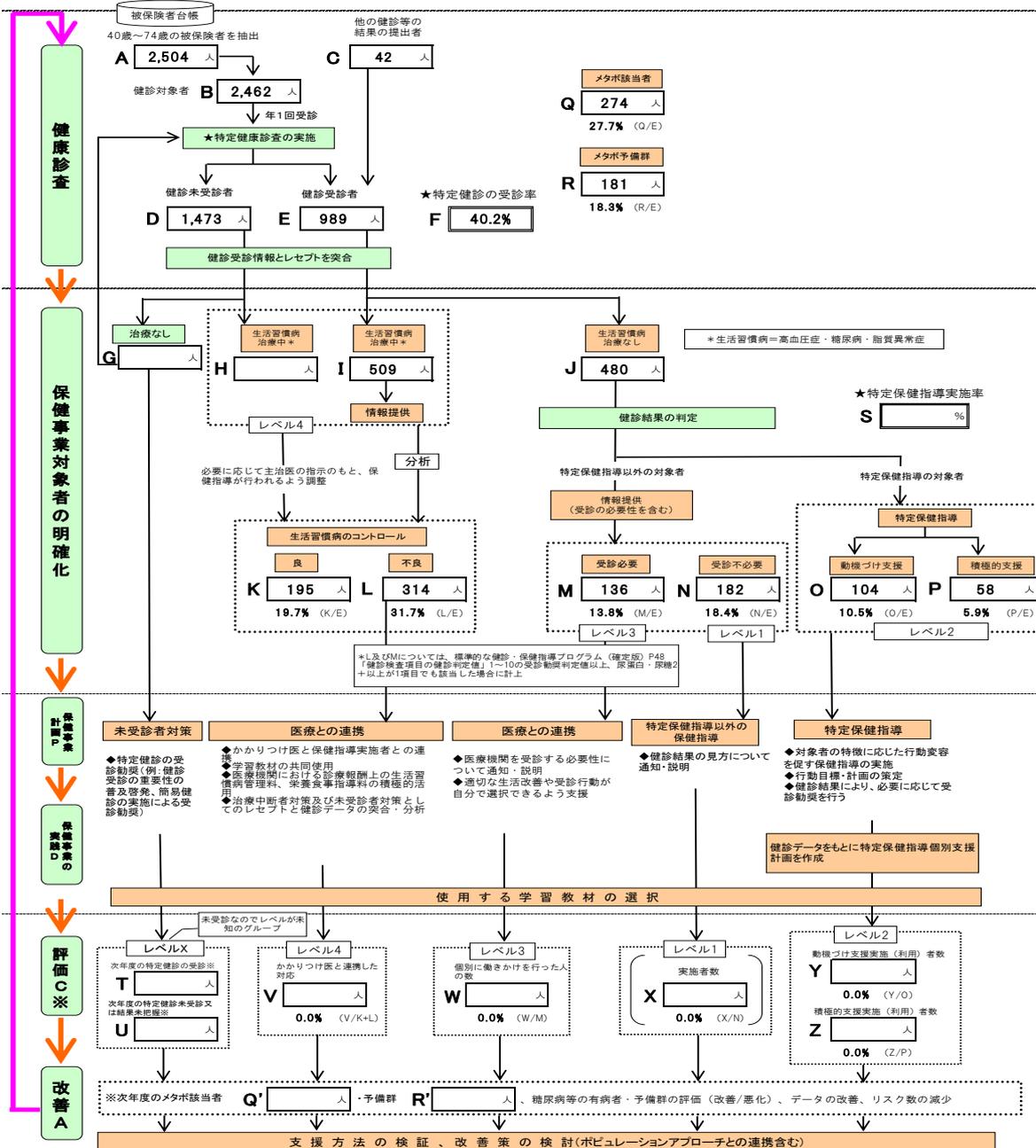
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図12】

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）

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

【表 17】 優先順位と支援方法

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	162人 (16.4%)	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	136人 (13.8%)	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)	1,473人 ※受診率目標達成までにあと 242人	80%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	182人 (20.8%)	100%
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	L：コントロール不良 314人 (51.5%)	5%

注) 法定報告における健診対象者の基準とことなるため対象者数は異なります。

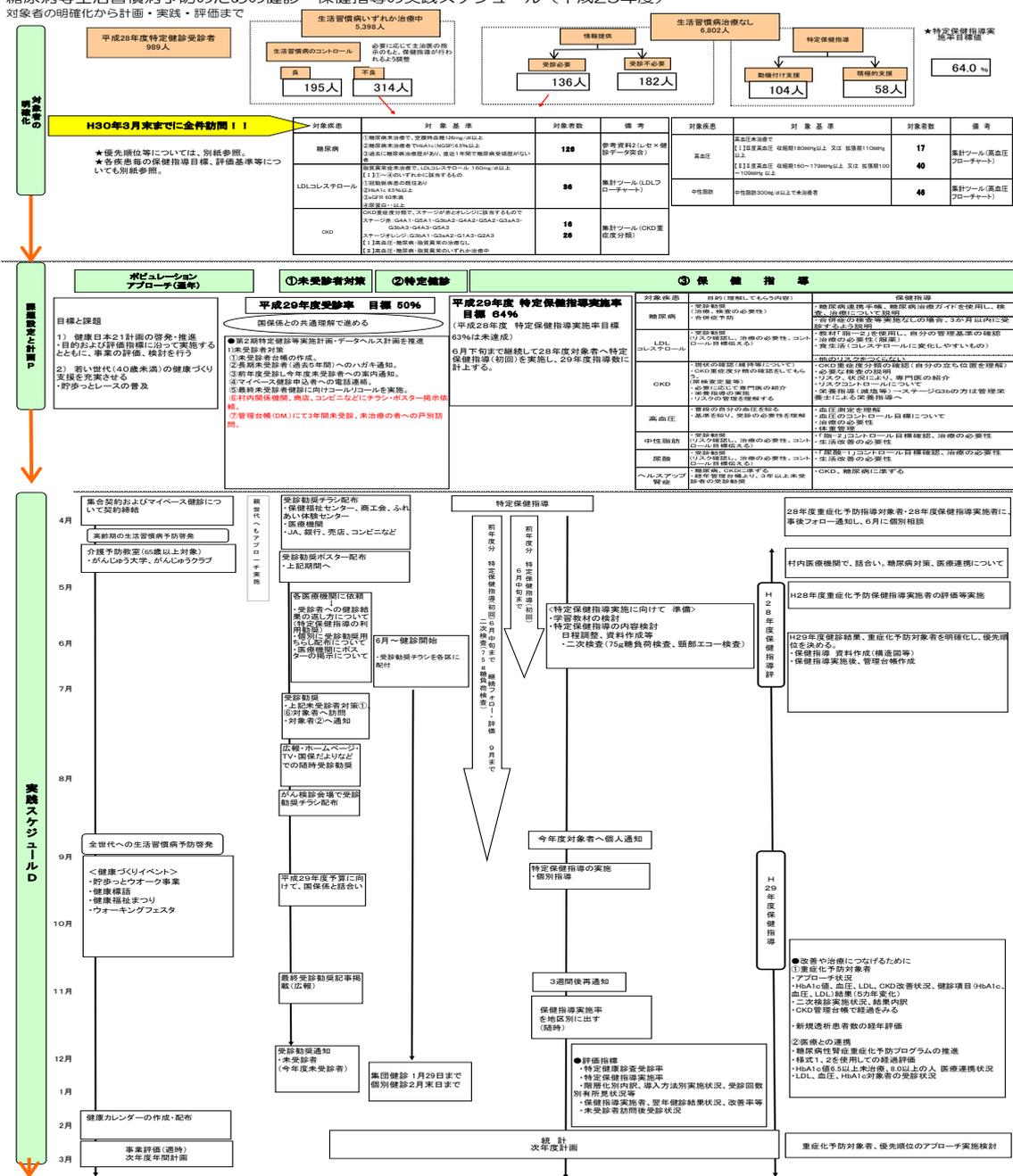
(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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13)

【図13】

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

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



★生活習慣病予防をライフスタイルで見ている。母子・親子づきり関係と取組も併用している。H27糖尿病等生活習慣病の発生・重症化予防の観点で共有・連携して課題解決に取り組む。

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

【表 18】

【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版プログラムに準じ、空腹時血糖 126 mg/dl(随時血糖 200 mg/dl)以上、HbA1c6.5%以上、過去に糖尿病治療歴がある者で、直近1年間に於いて糖尿病受療歴がない者から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 19)

【表 19】

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。恩納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 14)

恩納村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 42 人(F・33.6%)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 223 人中のうち、特定健診受診者が 83 人(G・37.2%)であったが、1 人(キ・1.2%)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 140 人(I・62.8%)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 119 人中 67 人は治療中断であることが分かった。また、31 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 14 より恩納村における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・42 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・68 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)・・・74 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)・・・31 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4

【健診受診勧奨】

- ① 糖尿病治療中だが、健診受診が過去に1度もない者(エ)
- ② 健診受診が過去に1度もなく、糖尿病治療も中断している者(ウ)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応。治療中に関してはかかりつけ医からの受診勧奨等の依頼や連携

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)……………○人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○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。恩納村においては、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 15)

【図 15】

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 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・腎機能の評価</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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <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導入し、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版プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉係(介護保険担当)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。

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)

翌年度4月～ 評価を実施

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。恩納村において健診受診者 962 人のうち心電図検査実施者は 673 人(70.0%)であり、そのうち ST 所見があったのは 14 人であった(表 20)。ST 所見あり 14 人の中のうち 3 人は要精査であり、その後の受診状況をみると全員医療機関への受診があった。(表 21)。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 11 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。

恩納村は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれるが、個別健診では実施できていない。今後は個別健診での心電図導入が課題である。

【表 20】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	962	100	673	70.0	14	2.1	333	49.5	326	48.4

☆ST変化:ST上昇・ST低下・ST異常をカウント

【表 21】

ST所見ありの医療機関受診状況

	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)(%)
平成28年度	14	100	3	21.4	3	100	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、表22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。

【表 22】

心電図以外の保健指導対象者の把握

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		
	962	14	333	326	357	
		1.5	34.6	33.9	37.1	
メタボ該当者	244 25.4%	2 0.8%	60 24.6%	78 32.0%	104 42.6%	
メタボ予備群	190 19.8%	5 2.6%	55 28.9%	66 34.7%	64 33.7%	
メタボなし	528 54.9%	7 1.3%	218 41.3%	182 34.5%	121 22.9%	
LDL	140-159	71 13.4%	2 2.8%	30 42.3%	30 42.3%	9 12.7%
	160-179	30 5.7%	0 0.0%	15 50.0%	9 30.0%	6 20.0%
	180-	21 4.0%	0 0.0%	8 38.1%	7 33.3%	6 28.6%
CKD	G3aA1~	172	3	68	59	42
		17.9%	1.7%	39.5%	34.3%	24.4%

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、表 23 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。

【表 23】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 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) 高齢者福祉係(介護保険担当)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、虚血性心疾患管理台帳に記載。台帳記載後
順次、対象者へ介入(通年)

翌年度 4 月～ 評価を実施

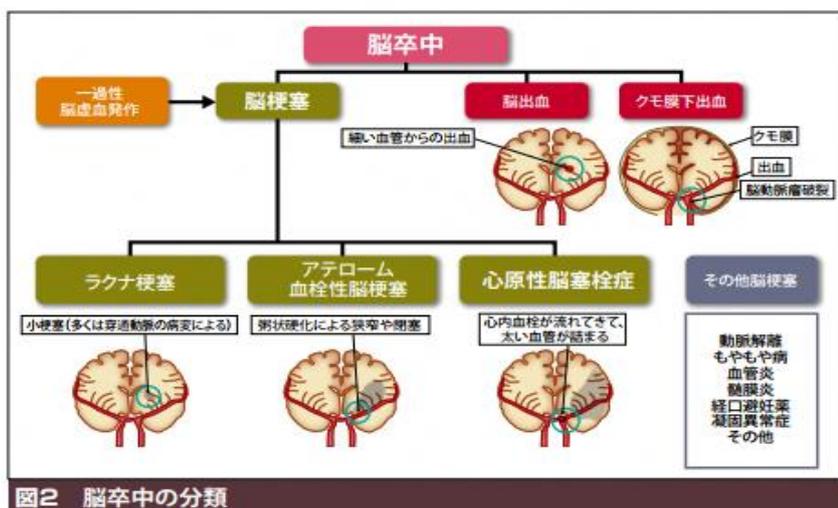
3. 脳血管疾患重症化予防

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 16、表 24)

【図 16】

【脳卒中の分類】



(脳卒中予防の提言より引用)

【表 24】

脳血管疾患とリスク因子

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表 25 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。

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 57 人(5.8%)であり、25 人(4.4%)は未治療者であった。また未治療者のうち 4 人(7.7%)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 32 人(7.7%)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。

【表 25】

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BMDBM)		心房細動		メタリックシント 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		57人	5.8%	64人	6.5%	36人	3.6%	0人	0.0%	274人	27.7%	26人	2.6%	36人	3.6%
治療なし		25人	4.4%	25人	2.8%	32人	4.3%	0人	0.0%	54人	11.3%	9人	1.9%	10人	2.1%
治療あり		32人	7.7%	39人	42.9%	4人	1.6%	0人	0.0%	220人	43.2%	17人	3.4%	26人	5.1%
臓器障害あり		4人	7.7%	5人	42.9%	0人	1.6%	0人	0.0%	7人	43.2%	9人	3.4%	10人	5.1%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	4人		5人		0人		0人		5人		9人		10人	
	尿蛋白(2+)以上	4人		2人		0人		0人		3人		9人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		2人		0人		0人		2人		0人		10人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		2人		0人		0人	

(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。(表 26)

表①～④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。

【表 26】

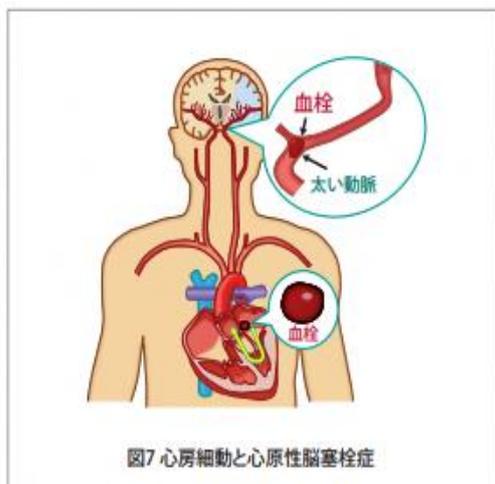
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

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)						低リスク群	中リスク群	高リスク群	
	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上				
574	195	139	112	103	17	8	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	
	34.0%	24.2%	19.5%	17.9%	3.0%	1.4%	7	52	69	
	1.2%	9.1%	12.0%				7	1	0	
リスク第1層	86	50	19	9	7	1	0	7	1	0
	15.0%	25.6%	13.7%	8.0%	6.8%	5.9%	0.0%	100%	1.9%	0.0%
リスク第2層	279	94	69	51	51	10	4	--	51	14
	48.6%	48.2%	49.6%	45.5%	49.5%	58.8%	50.0%	--	98.1%	20.3%
リスク第3層	209	51	51	52	45	6	4	--	--	55
	36.4%	26.2%	36.7%	46.4%	43.7%	35.3%	50.0%	--	--	79.7%
再掲 重複あり	糖尿病	53	9	15	10	15	1	3		
	25.4%	17.6%	29.4%	19.2%	33.3%	16.7%	75.0%			
	慢性腎臓病 (CKD)	97	26	23	27	14	4	3		
	46.4%	51.0%	45.1%	51.9%	31.1%	66.7%	75.0%			
	3個以上の危険因子	111	25	24	31	28	1	2		
	53.1%	49.0%	47.1%	59.6%	62.2%	16.7%	50.0%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(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。表 27 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。また、表 28 は心房細胞有所見者の治療の状況となっている。

(脳卒中予防の提言より引用)

【表 27】

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	358	315	3	0.8	2	0.6	-	-
40歳代	57	49	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	74	45	1	1.4	0	0	0.8	0.1
60歳代	169	155	1	0.6	2	1.3	1.9	0.4
70～74歳	58	66	1	1.7	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【表 28】

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	割合	人	割合	人	割合
5	100%	0	0%	5	100%

心電図検査において5人が心房細動の所見であった。50代男性と60代女性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5人すべてが治療開始されている。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が課題である。

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

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) 高齢者福祉係(介護保険担当)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第、脳血管疾患管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

翌年度 4月 評価を実施

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していく。(図 17、18) また、個人へのインセンティブ提供により健康意識を高めるきっかけづくりを行っていく。

【図 17】

保険者努力支援制度 恩納村

恩納村 人口 10,921人
(国保被保険者 4,029人) 平成28年3月末

恩納村 222点/345満点
全国順位 530位/1741市町村
県内順位 19位/41市町村

交付見込額 568万円
1人当たり交付額 1,414円

交付された金額 212万円
1点当たりのお金 9,563円

恩納村

社会保障費 (H28年度)

9億8272万円 KOB

予防可能な生活習慣病	4548万円 (8.0 %)
糖尿病	3989万円 (7.1 %)
高血圧	8571万円 (15.2 %)
慢性腎臓病	8455万円 (15.0 %)
がん	1億6550万円 (29.0 %)
精神	

介護費

9億1863万円 KOB

再掲	2号認定者 18名 (40~64歳)	有病状況
心臓病	5名 24.8%	
脳疾患	3名 21.8%	
糖尿病	3名 16.8%	

生活保護費

※データなし 億円

保護率	8.4%	福祉事務所 資料
医療扶助率	71.7%	79世帯 (92人)
(再)人工透析者数		59世帯 (66人)
		(1人)

H29年3月分保護の状況: 中部福祉事務所

死亡

65歳未満死亡

(H27年度)

男性 1位

女性 1位

平均寿命

(H27年度)

男性 36位

女性 7位

厚生労働省: H27都道府県別生命表

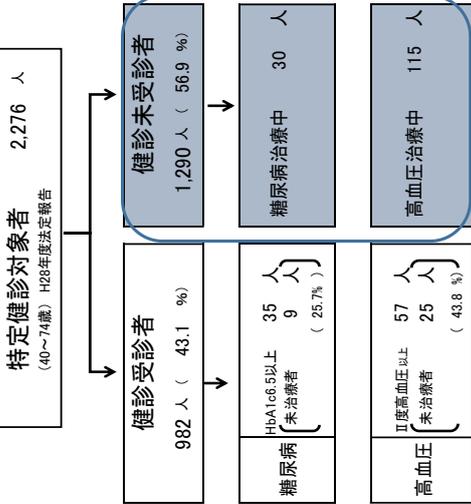
評価指標	30年度		28年度前倒し分	
	満点	30年度	満点	恩納村
		850点	345点	222
H29、30年度				237
特定健診受診率		50	20	10
特定保健指導実施率		50	20	15
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50	20	10
糖尿病等重症化予防の取組		100		
対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携		(50)		
・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携				
・専門職の取組、事業評価			40	40
・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談		(25)		
・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価		(25)		
個人への分かりやすい情報提供		25	20	10
個人のインセンティブ提供		70		
個人へポイント付与等取組、効果検証		(50)		
・商店街等との連携		(25)		
データヘルズ計画の取組		40	10	10
・第一期を作成、PDCAに沿った保健事業実施		(5)		
・第二期策定に当たり、現状の定量評価		(35)		
関係部署、県、医師会等と連携		30	10	10
がん検診受診率		25	10	0
歯周疾患(病)検査実施状況		25	5	0
地域包括ケアの推進		25	5	0

H28 保険者努力支援費アンケート資料

評価項目	取組内容	取組状況	評価
① 市町村指標の 都道府県単位の評価	【200億円】	100	
特定健診・保健指導実施率、糖尿病等重症化予防の取組	【150億円】	未定	
③ 都道府県の取組状況	【150億円】		
保険者協議会への関与、糖尿病等重症化予防の取組	【150億円】		
② 医療費適正化のアウトカム評価		50	
④ 関係部署、医師会等と連携			
⑤ 関係部署、県、医師会等と連携			
⑥ がん検診受診率			
⑦ 歯周疾患(病)検査実施状況			
⑧ 地域包括ケアの推進			

【保険者努力支援制度をH30年度へ本格実施】

- 1,000億円を交付(市町村500億、都道府県500億)
- 保険者努力支援制度のお金が増える分、住民の保険料の上昇を抑える仕組み



第3期特定健診・保健指導の運用の見直し
かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールを整備

1. 医療機関との適切な連携における優先順位

- かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診勧奨を行う。
- 保険者は、かかりつけ医で実施された検査等結果データをのち、基本健診項目すべてを踏まえ結果データを受領し、特定健診結果データとして活用する。

2. 診療における検査データを活用する条件

- 医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付を受診日とする。
- 基本健診項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

3. 基本的な手順の流れ

- 原簿者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を原簿者に提出する方法を基本とするが、地域の要請や、医師会との契約の有無や内容等に依り、適切に実施する。

〇県の健診結果と生活を科学的に説明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表〇)

1・からの実態

①健診データ

(H25年度厚生労働省様式6-2～6-7健診有所見者状況)

腹囲	1位
BMI	1位
GPT	4位
中性脂肪	3位
空腹時血糖 126以上	8位
HbA1c8.4以上	4位



2・沖縄の食の実態

食用油	1位
加工肉・ベーコン	1位
魚缶詰	1位
沖縄そば	2位
人参	1位
スナック菓子	上位

飲食店サービス業	1位
バー・キャバレー・ ピアホール	1位
ハンバーガー店	1位

純アルコール量	2位
ハンバーガー	5位
弁当	5位

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外(平成26年)

糖尿病	入院外	47位
	入院	35位

野菜摂取量	47位
-------	-----

③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況(平成27年)

沖縄県	7位	47.70%
-----	----	--------

出典
厚生労働省 ホームページ 特定健診・特定保健指導に関するデータ(全医療保険者)
厚生労働省 患者調査
社)日本透析学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の実状」
総務省統計局 経済センサス基礎調査(細分類・全事業所)
国府庁 都道府県別の販売(消費)
総務省 家計調査

第5章 地域包括ケアに係る取組

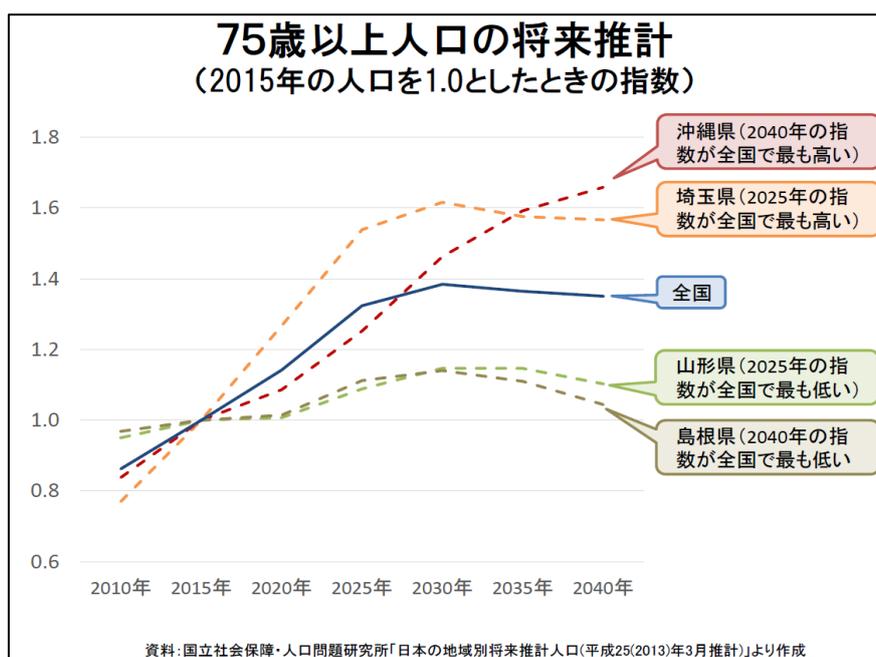
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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うち、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19)

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19】



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。(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年1回行う。

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。

【表 29】

データヘルス計画の目標管理一覽表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標		初期値					中間評価値					最終評価値	現状値の把握方法
			該当者	予備群	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
特定計画 健康診断	<p>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</p> <p>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</p>	<p>特定健診受診率50%以上</p> <p>特定保健指導実施率70%以上</p> <p>特定保健指導対象者の減少率25%（値：人）</p>	課題を解決するための目標		H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	特定健診・特定保健指導法定報告(厚生労働省)			
			43.1%											50.0%		
中長期 データヘルス計画	<p><平均寿命></p> <p>①心臓病、脳疾患、腎不全による死亡率が県・同規模・国より高い。</p> <p><健診></p> <p>②メタボリックシンドローム該当・予備群の割合が、同規模・国より高い。</p> <p>③高血圧・血中脂質の高い者の割合が県内、同規模と比較して高い。</p> <p>※糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の60%を占めており増加している。</p>	<p>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</p>	課題を解決するための目標		36.6%								22.0%	<p>特定健診・特定保健指導法定報告(厚生労働省)</p> <p>国保ポータルサイト及びKOBシステム(厚生労働省様式3-7)</p> <p>厚生労働省様式3-72-2</p>		
			18.1%												13.0%	
短期 保険者努力支援制度	<p><標準化死亡比></p> <p>①男性：気管支・肺がんが126.5、大腸がんが118.4で県と比較して高い。</p> <p>②女性：胃がん177.6、乳がん140.5、大腸がん128で県と比較して高い。</p>	<p>がんの早期発見、早期治療</p>	課題を解決するための目標		23.3%								19.0%	<p>第2次健康おんな21 ～恩納村健康増進計画～ (※あなみずーる集計ツール) ※高血圧・特定健診結果(表25)</p>		
			12.8%												9.0%	
短期 保険者努力支援制度	<p>がん検診受診率 胃がん検診 20%以上</p> <p>肺がん検診 40%以上</p> <p>大腸がん検診 30%以上</p> <p>子宮頸がん検診 25%以上</p> <p>乳がん検診 30%以上</p>	<p>がん検診受診率 胃がん検診 20%以上</p> <p>肺がん検診 40%以上</p> <p>大腸がん検診 30%以上</p> <p>子宮頸がん検診 25%以上</p> <p>乳がん検診 30%以上</p>	課題を解決するための目標		5.8%								5.0%	<p>第2次健康おんな21 ～恩納村健康増進計画～ (※あなみずーる集計ツール) ※高血圧・特定健診結果(表25)</p>		
			8.0%													6.0%
短期 保険者努力支援制度	<p>血糖コントロール指値におけるコントロール不良者の割合(NGSP値)の減少</p> <p>①HbA1c8.4以上の者</p> <p>②HbA1c6.5以上の者</p>	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>	課題を解決するための目標		10.5%								8.0%	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>		
			3.7%												1.5%	
短期 保険者努力支援制度	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>	課題を解決するための目標		1.1%								0.7%	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>		
			9.4%												4.0%	
短期 保険者努力支援制度	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>	課題を解決するための目標		28%								35.0%	<p>糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合</p>		
			45.4%												60.0%	
短期 保険者努力支援制度	<p>がん検診受診率 胃がん検診 20%以上</p> <p>肺がん検診 40%以上</p> <p>大腸がん検診 30%以上</p> <p>子宮頸がん検診 25%以上</p> <p>乳がん検診 30%以上</p>	<p>がん検診受診率 胃がん検診 20%以上</p> <p>肺がん検診 40%以上</p> <p>大腸がん検診 30%以上</p> <p>子宮頸がん検診 25%以上</p> <p>乳がん検診 30%以上</p>	課題を解決するための目標		15.1%								20.0%	<p>第2次健康おんな21 (地域保健・健康増進事業報告)</p>		
			13.5%													40.0%
短期 保険者努力支援制度	<p>自己の健康に関心を持つ住民が増える</p>	<p>自己の健康に関心を持つ住民が増える</p>	課題を解決するための目標		11.6%								30.0%	<p>第2次健康おんな21 (地域保健・健康増進事業報告)</p>		
			23.0%													25.0%
短期 保険者努力支援制度	<p>健康ポイントの取組みを行う実施者の割合○%以上</p>	<p>健康ポイントの取組みを行う実施者の割合○%以上</p>	課題を解決するための目標		18.7%								30.0%	<p>福祉健康課</p>		
			0.0%													50.0%
短期 保険者努力支援制度	<p>後発医薬品の使用の削減</p>	<p>後発医薬品の使用により、医療費の削減</p>	課題を解決するための目標												<p>厚生労働省公表結果(※恩納村公衆薬局無し)</p>	

※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

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し周知する必要がある。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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恩納村の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 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】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた恩納村の位置①

項目		恩納村		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	10,012		1,944,956		1,373,576		124,852,975		
		65歳以上（高齢化率）	2,009	20.1	575,439	29.6	239,486	17.4	29,020,768	23.2	KDB_NO.5 人口の状況
		75歳以上	1,155	11.5			119,934	8.7	13,959,884	11.2	KDB_NO.3 高齢・医療・介護 データから見る地域の 課題課題
		65～74歳	854	8.5			119,552	8.7	15,030,902	12.0	
		40～64歳	3,281	32.8			448,207	32.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	4,722	47.2			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		14.7		14.7		5.4		4.2	KDB_NO.3 高齢・医療・介護 データから見る地域の 課題課題
		第2次産業		12.6		26.9		15.4		25.2	
		第3次産業		72.7		58.3		79.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.9		79.3		79.4		79.6	
女性			86.2		86.4		87.0		86.4	KDB_NO.1 地域全体の指標	
④ 健康寿命	男性		64.8		65.1		64.5		65.2		
	女性		66.0		66.8		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)									
		男性		85.2		105.0		97.8		100	
		女性		96.8		102.7		87.5		100	
		がん	20	37.7	6,768	45.4	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	15	28.3	4,236	28.4	1,600	25.9	196,768	26.5	KDB_NO.1 地域全体の指標
		脳疾患	10	18.9	2,609	17.5	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	1	1.9	263	1.8	187	3.0	13,658	1.8	
	腎不全	5	9.4	584	3.9	243	3.9	24,763	3.3		
	自殺	2	3.8	444	3.0	287	4.6	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (55歳未満)	合計	16	13.3	22	14.8	1,989	17.0	136,944	10.5	
男性		11	17.5	17	20.5	1,386	22.0	91,123	13.5		
女性		5	8.8	5	7.5	603	11.2	45,821	7.2		
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	463	24.4	114,846	20.2	54,602	22.9	5,885,270	21.2	
		新規認定者	2	0.2	1,946	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	18	0.5	2,492	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	75	16.6	25,612	21.3	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	225	47.9	63,835	53.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	109	22.7	31,966	26.7	14,881	25.6	1,741,566	28.4	
		心臓病	247	52.7	72,264	60.6	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	120	24.4	32,398	27.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5	KDB_NO.1 地域全体の指標
		がん	33	6.5	11,697	9.6	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格	238	52.5	62,083	51.8	27,292	47.3	3,067,195	50.3	
精神	162	34.0	44,206	36.6	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）		91,992		68,807		71,386		58,284		
	居宅サービス		57,030		42,403		52,569		39,662		
④ 医療費等	施設サービス		299,649		278,098		282,196		281,186		
	単介認定別 医療費（40歳以上）		9,485		8,199		9,703		7,980		
	認定あり		4,471		3,955		4,397		3,816		
	認定なし										
4	① 国保の状況	被保険者数		4,133		509,741		444,291		32,587,866	
		65～74歳	898	21.7			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
		40～64歳	1,598	38.7			168,937	38.0	10,946,712	33.6	
		39歳以下	1,637	39.6			171,906	38.7	9,179,541	28.2	
	加入率		41.3		26.6		32.3		26.9	KDB_NO.1 地域全体の指標	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	121	0.2	94	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.5 訪問診療の状況
		診療所数	3	0.7	1,138	2.2	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	17,242	33.8	18,893	42.5	1,524,375	46.8	
		医師数	3	0.7	1,935	3.8	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数		453.1		682.6		507.9		668.1	
入院患者数		18.4		22.4		20.0		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	19,650	県内32位 同規模151位	26,568		22,111		24,245			
	受診率		471.516		705.038		527.86		686.286	KDB_NO.3 高齢・医療・介護 データから見る地域の 課題課題	
	外費用の割合		53.7		57.2		52.4		60.1		
	未件数の割合		96.1		96.8		96.2		97.4		
	入費用の割合		46.3		42.8		47.6		39.9	KDB_NO.1 地域全体の指標	
	入院件数の割合		3.9		3.2		3.8		2.6		
1件あたり在院日数		18.0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 最大医療費疾患 5（顕割合）	がん	84,554,810	15.0	23.8		17.3		25.6			
	慢性腎不全（透析あり）	85,710,890	15.2	9.5		16.0		9.7			
	糖尿病	45,389,620	8.0	10.3		7.0		9.7	KDB_NO.3 高齢・医療・介護 データから見る地域の 課題課題		
	高血圧症	39,798,830	7.0	9.2		6.3		8.6			
	精神	165,431,000	29.3	18.8		28.0		16.9			
筋・骨格	82,891,080	14.7	15.1		13.1		15.2				

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた恩納村の位置②

項目			恩納村		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		
5	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	609,415	19位 (20)						KDE_NO.3 健診・医療・介護 データからなる地域	
			高血圧	588,881	25位 (17)							
			脂質異常症	480,414	35位 (18)							
			脳血管疾患	763,111	5位 (22)							
			心疾患	591,394	32位 (17)							
			腎不全	823,210	15位 (18)							
	県内順位 順位総数42	精神	454,036	27位 (26)								
		悪性新生物	698,606	14位 (15)								
	入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	48,190	4位							
			高血圧	33,884	22位							
			脂質異常症	34,084	6位							
			脳血管疾患	32,014	33位							
			心疾患	66,741	11位							
			腎不全	230,689	6位							
精神	33,276	24位										
	悪性新生物	61,927	17位									
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	1,757		3,051		1,919		2,346	KDE_NO.3 健診・医療・介護 データからなる地域		
		健診未受診者	10,449		11,945		10,954		12,339			
	生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者	7,315		8,266		6,836		6,742	KDE_NO.1 地域全体での把握		
		健診未受診者	43,506		32,361		39,024		35,459			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	564	57.6	89,238	56.7	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDE_NO.1 地域全体での把握	
		医療機関受診率	533	54.4	81,322	51.7	49,936	51.6	4,059,618	51.5		
		医療機関非受診率	31	3.2	7,916	5.0	4,230	4.4	357,742	4.5		
6	特定健診の 状況 県内順位 順位総数42	健診受診者	980		157,335		96,836		7,898,427	KDE_NO.3 健診・医療・介護 データからなる地域 の調査結果 KDE_NO.1 地域全体での把握		
		受診率	35.6	県内36位 同規模118位	43.2		37.5	全国25位	36.4			
		特定保健指導終了者(実施率)	97	59.5	8184	41.7	7,845	50.6	198,683		21.1	
		非肥満高血糖	54	5.5	17,078	10.9	6,227	6.4	737,886		9.3	
		メタボ	該当者	279	28.5	28,039	17.8	21,916	22.6		1,365,855	17.3
			男性	194	36.7	19,376	27.0	15,055	32.9		940,336	27.5
			女性	85	18.8	8,663	10.1	6,861	13.4		425,520	9.5
			予備群	181	18.5	17,199	10.9	14,505	15.0		847,733	10.7
		メタボ該当・予備群 レベル	男性	122	23.1	11,819	16.4	9,655	21.1		588,308	17.2
			女性	59	13.1	5,380	6.3	4,850	9.5		259,426	5.8
			総数	506	51.6	50,519	32.1	41,588	42.9		2,490,581	31.5
			男性	345	65.3	34,664	48.2	27,902	60.9		1,714,251	50.2
		BMI	女性	161	35.6	15,855	18.6	13,686	26.8		776,330	17.3
			総数	65	6.6	8,872	5.6	6,193	6.4		372,685	4.7
			男性	12	2.3	1,430	2.0	901	2.0		59,615	1.7
			女性	53	11.7	7,442	8.7	5,292	10.4		313,070	7.0
		生活習慣の 状況	血糖のみ	7	0.7	1,171	0.7	913	0.9		52,296	0.7
			血圧のみ	129	13.2	12,209	7.8	10,137	10.5		587,214	7.4
			脂質のみ	45	4.6	3,819	2.4	3,455	3.6		208,214	2.6
血糖・血圧	30		3.1	5,194	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7			
血糖・脂質	17		1.7	1,482	0.9	1,228	1.3	75,032	0.9			
血圧・脂質	162		16.5	12,677	8.1	10,556	10.9	663,512	8.4			
血糖・血圧・脂質	70		7.1	8,686	5.5	6,804	7.0	415,310	5.3			
高血圧	419		42.8	55,608	35.4	35,736	36.9	2,850,283	33.6			
糖尿病	90		9.2	13,020	8.3	8,886	9.2	589,711	7.5			
脂質異常症	249		25.4	34,949	22.2	19,747	20.4	1,861,221	23.6			
生活習慣の 状況	既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	10	1.1	4,523	3.0	2,781	3.2	246,252	3.3		
		心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	23	2.5	7,878	5.3	3,985	4.5	417,378	5.5		
		腎不全	1	0.1	780	0.5	477	0.5	39,184	0.5		
		貧血	20	2.2	12,720	8.7	5,051	6.2	761,573	10.2		
	喫煙	152	15.5	22,916	14.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2			
		週3回以上朝食を抜く	23	18.5	10,085	7.0	10,244	18.2	585,344	8.7		
		週3回以上食後間食	24	19.4	17,363	12.0	9,397	16.7	803,966	11.9		
		週3回以上就寝前夕食	18	14.6	22,799	15.8	13,503	23.9	1,054,516	15.5		
		食べる速度が速い	32	36.8	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	72	58.1	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	93	75.0	92,627	64.1	32,954	57.5	4,026,105	58.8		
		1日1時間以上運動なし	61	49.6	68,134	47.2	27,541	49.9	3,209,187	47.0		
		睡眠不足	43	34.7	35,522	24.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1		
		毎日飲酒	109	36.3	38,267	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6		
時々飲酒	106	35.3	29,879	20.3	18,519	28.7	1,628,466	22.1				
	一日1合未満	128	40.5	61,172	61.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0			
	1~2合	102	32.3	25,170	25.1	12,695	28.7	1,245,341	23.9			
	2~3合	47	14.9	10,318	10.3	5,994	13.5	486,491	9.3			
3合以上	39	12.3	3,436	3.4	3,385	7.6	142,733	2.7				

H28年度糖尿病管理台帳 (治療中断者一覧67名)
(HbA1c5以上)

※糖尿病療養は医師結果による。
※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す。
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え。

【参考資料 3】

番号	追加年度	H28	性別	住所	名前	生年月日	H28年度末年齢	治療中断理由	治療中断期間	項目	H28	H24	H25	H26	H27	H28	H27特定療養状況	H28特定療養状況	H28糖尿病の治療(レセプト確認)	備考① フォロー状況	備考② KODで糖尿病以外の病状を特定	医師機関	支援計画・目標	支援後のケース 好転・悪化・変化
1	H23						53			糖尿病	73						支援終了	支援終了						
2	H23						53			糖尿病	73						支援終了	支援終了						
3	H23						54			糖尿病	61	63	65	67	69	60	受診	受診	未治療(療養不全)		H28年度健診受診し、HbA1c 8.1、重症	専任医師が Oクリニック	療養の継続 後、2次健診 の予定。	現在悪化なし
4	H23						57			糖尿病	66	7	63	66	67	67	受診	受診	治療中		前立腺肥大症 経過観察 専任医師が Oクリニック	療養の継続 後、2次健診 の予定。	現在悪化なし	
5	H23						57			糖尿病	69	6	63	65	67	61	受診	受診	治療中		糖尿病で生活指導 中。専任医師が Oクリニック	経過確認 する。家事 中絶なし。 生活改善 継続中。	現在悪化なし	

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	
	④健診未受診者 ()人		<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん 	かかりつけ医、糖尿病専門医
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保) ()人			
	②後期高齢者 ()人			
	③他保険 ()人			
	④住基異動(死亡・転出) ()人			
	⑤確認できず ()人			
	①-1. 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	⑥結果把握 ()人			
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人		栄養士中心		
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人		腎専門医		

【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 10

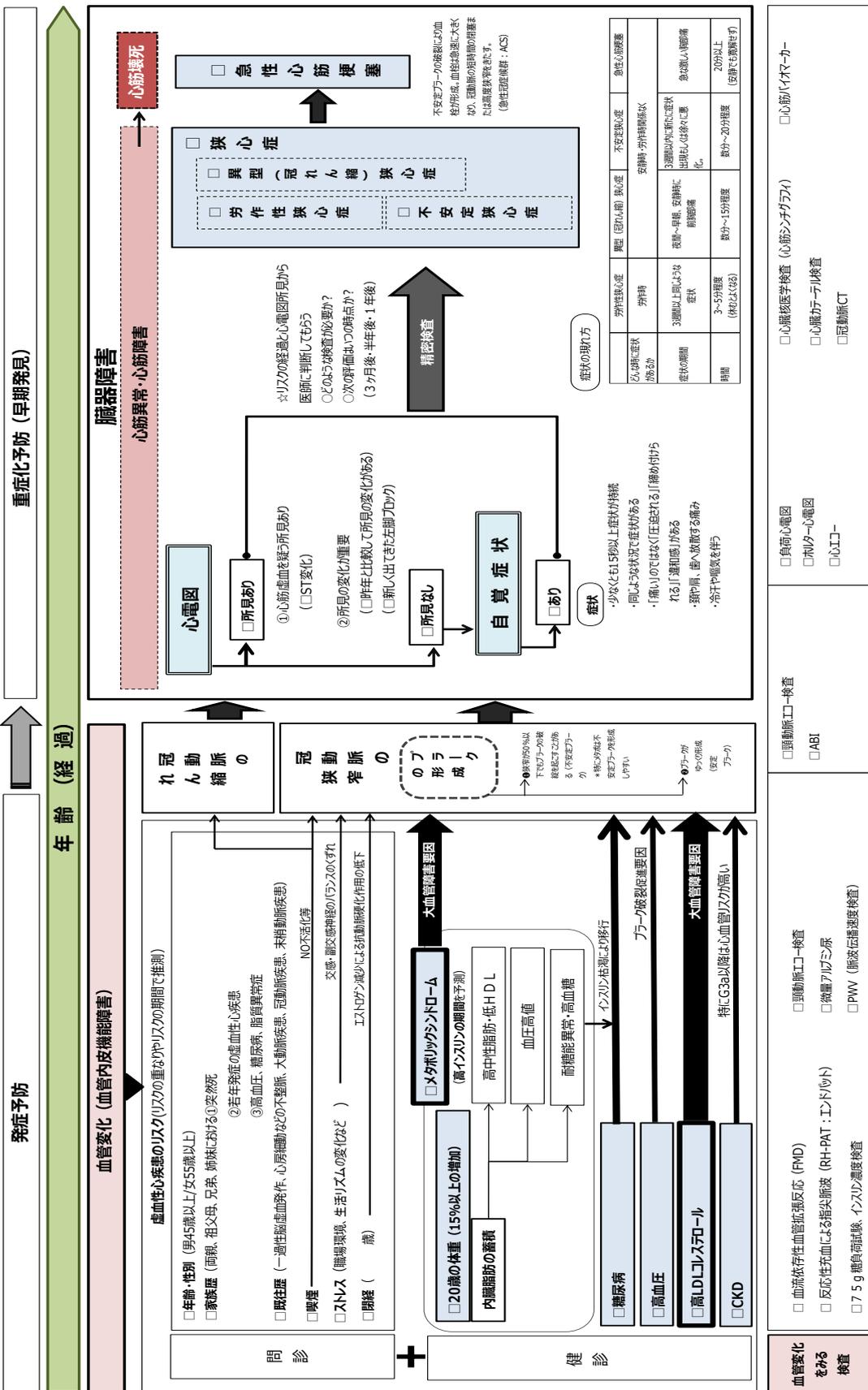
都道府県 沖縄県

市町村名

恩納村

項目	突合表	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192			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	4,167人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	2,528人								
2	① 対象者数	B	2,276人							市町村国保法定報告値	
	② 特定健診 受診者数	C	982人								
	③ 受診率	C	43.1%								
3	① 特定保健指導 対象者数		160人								
	② 実施率		61.3%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	126人	12.8%						特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	37人	29.4%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	89人	70.6%						
		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	50人	56.2%						
		⑤ 血圧 130/80以上	J	33人	66.0%						
		⑥ 肥満 BMI25以上	J	39人	78.0%						
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	39人	43.8%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	91人	72.2%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		14人	11.1%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		20人	15.9%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人	0.8%						
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		54.5人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		88.2人							
		③ レセプト件数 (40-74歳) 1)内訳(被保険者対)	入院外(件数)	1,221件	(489.2)			2,076件	(799.2)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院(件数)	18件	(7.2)			16件	(6.0)			
		⑤ 糖尿病治療中	H	227人	5.4%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳	H	223人	8.8%						
		⑦ 健診未受診者	I	134人	60.1%						
		⑧ インスリン治療	O	23人	10.1%						
		⑨ (再掲)40-74歳	O	22人	9.9%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	26人	11.5%						
		⑪ (再掲)40-74歳	L	26人	11.7%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		9人	4.0%						
		⑬ (再掲)40-74歳		9人	4.0%						
		⑭ 新規透析患者数		2人	0.9%						
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		1人	0.4%						
		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)		2人	1.1%						
6	医療費	① 総医療費		9億8273万円			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		5億6518万円			6億2716万円				
		③ (総医療費に占める割合)		57.5%			57.3%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,315円			8,266円				
		⑤ 健診未受診者	43,506円			32,361円					
		⑥ 糖尿病医療費		4539万円			6466万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.0%			10.3%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億3175万円							
		⑨ 1件あたり		48,190円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		9873万円							
		⑪ 1件あたり		609,415円							
		⑫ 在院日数		20日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		9415万円			6350万円				
		⑭ 透析有り		8571万円			5982万円				
		⑮ 透析なし		844万円			368万円				
7	介護	① 介護給付費		9億1863万円			11億9822万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	9.1%						
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.0%		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		

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <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	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	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、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			⑥ 発症予防対象者	
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～			
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149			150～299
		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
		食後	～139			140～199
	<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～	
	<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9		8.0～	
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139			
	拡張期	～84	85～89			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 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	(-)	(+)～				
<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		

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

血圧評価表

【参考資料 8】

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧															
						メタ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	H24		H25		H26		H27		H28							
											治療有無	収縮期	拡張期													
				男	64	該当者	6	117	66	+	6.6	○	145	80	○	170	90	○	157	92	○	156	95	○	140	95
				男	66	該当者	6	161	58.3	-	4.6	○	120	66	○	123	75	○	164	99	○	125	76	○	151	80
				男	64	なし	5.2	87	77.2	-	7.7	○	146	95	○	146	91	○	172	101	○	134	87	○	113	73
				男	64	該当者	5.4	69	57.5	-	5.9					168	101	○	124	80	○	141	90	○	146	92
				女	67	なし	5.3	137	84.2	-	4.1										165	80		180	98	

【参考資料 9】

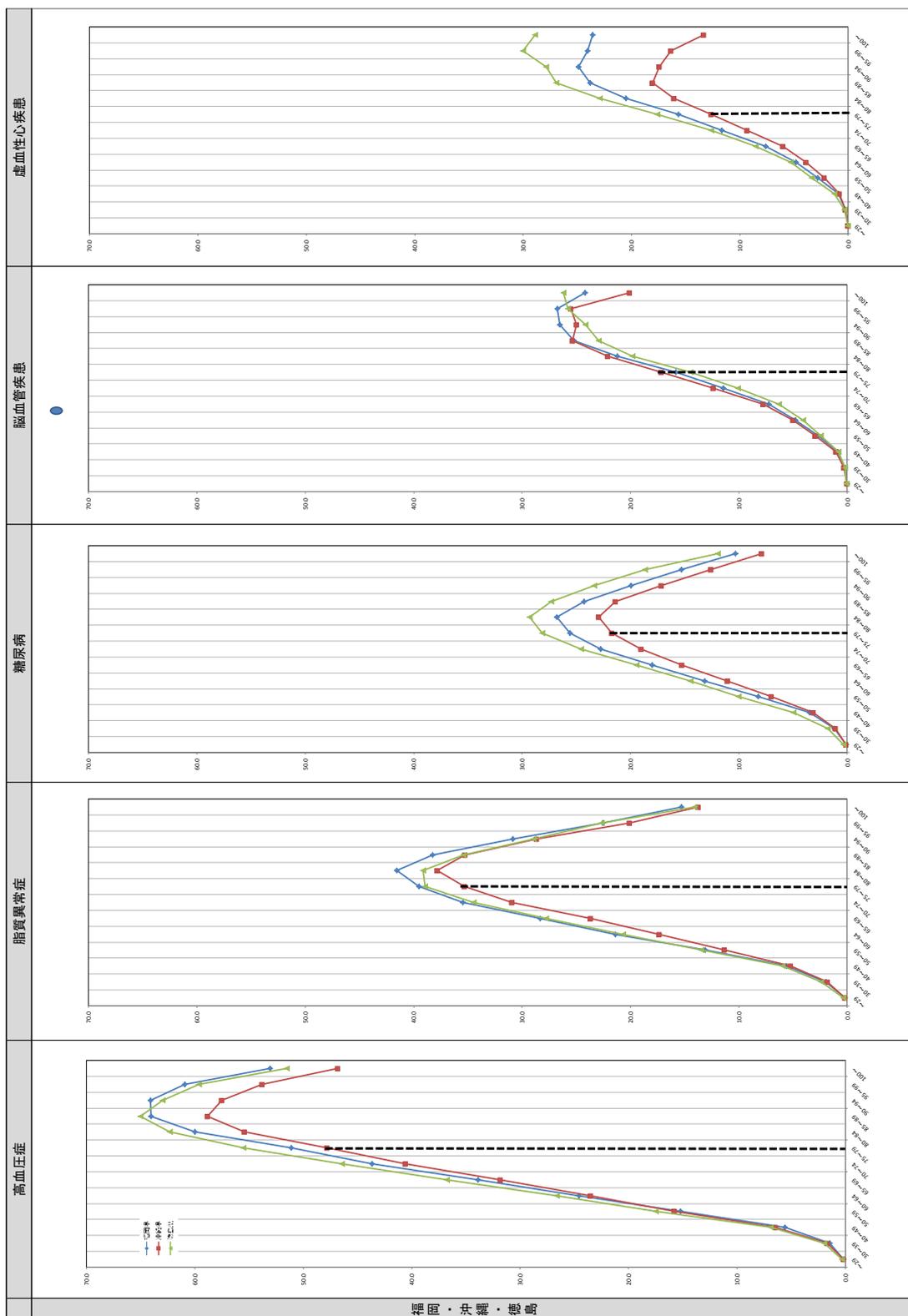
【管理台帳】健診で「心房細動」の所見があった方

健診受診・心電図実施なし○ 健診受診・心電図実施●

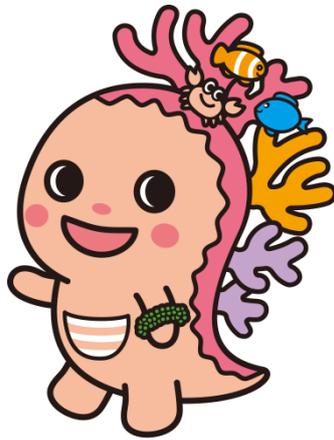
NO	年度	行政区	個人番号	名前	生年月日	年齢	性別	特定健診その他のECG所見とセット												その他心疾患			備考	備考			
								H26年度			H27年度			H28年度			心不全	虚血性心疾患	弁膜症								
								その他のECG所見	心臓病診療年月	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞											
1						69	男	その他のECG所見	心臓病診療年月	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	-	H27.9月	狭心症	-							
								発作性心房細動	平成26年08月	H18.3.1	異常性期外収縮(H27.10月)			H27.9月													
								薬	内服開始	健診受診	○	薬	内服開始	健診受診	○	薬							内服開始	健診受診	未受診		
								ワファリン	-	① 治療中	ワファリン	① 治療中	ワファリン	① 治療中	ワファリン	① 治療中											
								NOAK	H25.5	2 治療開始(月~)	NOAK	H25.5	2 治療開始(月~)	NOAK		NOAK								2 治療開始(月~)			
								APA	-	3 中断(月~)	APA		APA		APA								APA		3 中断(月~)		
								抗不整脈薬	H26.6	4 受診のみ	抗不整脈薬		抗不整脈薬		抗不整脈薬								抗不整脈薬		4 受診のみ		
								異状クリニック	-	5 病院受診無	異状クリニック		異状クリニック		異状クリニック								異状クリニック		5 病院受診無		
								その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞											
								完全閉塞ブロック	-	-																	
2						68	男	その他のECG所見	心臓病診療年月	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	その他のECG所見	診察開始	脳梗塞	H27.2月	心房性心不全	H28.2月	心房性心不全	-	H27.2月	へん-ア-M-3種	え込み			
								薬	内服開始	健診受診	-	薬	内服開始	健診受診	未受診	薬									内服開始	健診受診	未受診
								ワファリン	-	① 治療中	ワファリン	① 治療中	ワファリン	① 治療中	ワファリン	① 治療中											
								NOAK	-	2 治療開始(月~)	NOAK		NOAK		NOAK										NOAK		2 治療開始(月~)
								APA	-	3 中断(月~)	APA		APA		APA										APA		3 中断(月~)
								抗不整脈薬	-	④ 受診のみ	抗不整脈薬		抗不整脈薬		抗不整脈薬										抗不整脈薬		4 受診のみ
								異状クリニック	-	5 病院受診無	異状クリニック		異状クリニック		異状クリニック										異状クリニック		5 病院受診無

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)



平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理（平成29年度進捗状況）		評価（良かったところ）		課題																				
<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる（プロセス）</p> <p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画を立案し、目標、事業の達成率を把握し、進捗状況を把握し、必要に応じて、治療中の方への個別対応の協力依頼を実施。 ○成り上り担当は、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フォローアップしていくことが重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み ・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に薄やし実施。 ・糖尿病管理台帳を活用し、3年4回検診・未治療者への受診勧奨訪問。 ・医療機関の診察・検査結果を共有し、個別に訪問。重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施。 ・早期介入検診の対象年齢を39歳に変更。</p> <p>○課題 ・未受診者訪問の対象者年齢を個別に、いかに受診してもらうようしていくかが今後の課題。受診勧奨訪問を行うことで若干の受診率向上はつながっている。 ・糖尿病管理台帳の活用を促進し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ・後援者（医師、薬剤師）の協力を得ることで、治療中の方への個別対応の協力依頼を実施。 ・99歳検診については、受診率特待健康診査の受診勧奨等と併せていくようにする。若年層へ健康診査の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○55歳健康診査 ○対象者（個人）通知発行しても、健診受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p>	<p>②アウトプット（事業実施量）</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ ・糖尿病管理台帳の活用を促進し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ・後援者（医師、薬剤師）の協力を得ることで、治療中の方への個別対応の協力依頼を実施。 ・99歳検診については、受診率特待健康診査の受診勧奨等と併せていくようにする。若年層へ健康診査の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p> <p>医療機関別回数</p> <table border="1"> <tr> <td>回数</td> <td>4回</td> <td>185</td> </tr> <tr> <td>・相手の医療機関へ訪問（90分前）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>○55歳健康診査 ○対象者（個人）通知発行しても、健診受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>重症化予防対策</p> <table border="1"> <tr> <td>対象者数</td> <td>アプローチ方法</td> <td>対象者数</td> </tr> <tr> <td>① 訪問</td> <td>188人</td> <td>70人</td> </tr> <tr> <td>② 通知</td> <td>170人</td> <td>未</td> </tr> <tr> <td>③ 電話</td> <td>未</td> <td>未</td> </tr> <tr> <td>④ 訪問</td> <td>856人</td> <td>未</td> </tr> </table> <p>○55歳健康診査 ○対象者（個人）通知発行しても、健診受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p>	回数	4回	185	・相手の医療機関へ訪問（90分前）			対象者数	アプローチ方法	対象者数	① 訪問	188人	70人	② 通知	170人	未	③ 電話	未	未	④ 訪問	856人	未	<p>③アウトカム（結果）</p> <p>***未受診者対策*** ○特定健康診査率向上のために、限定的な事業を活用し、治療中で健康診査未受診者への受診をすすめてもらうためには、個別対応の活用を促進し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ○成り上り担当は、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フォローアップしていくことが重要である。 ○糖尿病管理台帳の活用を促進し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ○後援者（医師、薬剤師）の協力を得ることで、治療中の方への個別対応の協力依頼を実施。 ○99歳検診については、受診率特待健康診査の受診勧奨等と併せていくようにする。若年層へ健康診査の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p> <p>***重症化予防対策*** ○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>***医療とのつながり*** ○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p> <p>医療とのつながり</p> <p>○糖尿病管理台帳の活用、要配慮者の個別対応の強化 ○健康診査の受診率向上と申込みがあるのは、約1.5割程度である。若年層への健康診査の必要性を理解が得られるようアプローチが重要と考えられる。健診受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。</p>
回数	4回	185																						
・相手の医療機関へ訪問（90分前）																								
対象者数	アプローチ方法	対象者数																						
① 訪問	188人	70人																						
② 通知	170人	未																						
③ 電話	未	未																						
④ 訪問	856人	未																						



名前：Sunna^{さんな}ちゃん