

宜野座村国民健康保険

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

平成 30 年 3 月 宜野座村

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章	保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項	1
1.	背景・目的	1
2.	計画の位置づけ	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	7
1.	第1期計画に係る評価及び考察	7
2.	第2期計画における健康課題の明確化	13
3.	目標の設定	19
第3章	特定健診・特定保健指導の実施（法定義務）	20
1.	第3期特定健診等実施計画について	20
2.	目標値の設定	20
3.	対象者の見込み	20
4.	特定健診の実施	20
5.	特定保健指導の実施	22
6.	個人情報の保護	25
7.	結果の報告	25
8.	特定健康診査等実施計画の公表・周知	25
第4章	保健事業の内容	26
I	保健事業の方向性	26
II	重症化予防の取り組み	26
1.	糖尿病性腎症重症化予防	26
2.	虚血性心疾患重症化予防	35
3.	脳血管疾患重症化予防	39
III	ポピュレーションアプローチ	45

第5章	地域包括ケアに係る取組	46
第6章	計画の評価・見直し	48
第7章	計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い	50
参考資料		51

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 P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

宜野座村においては、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

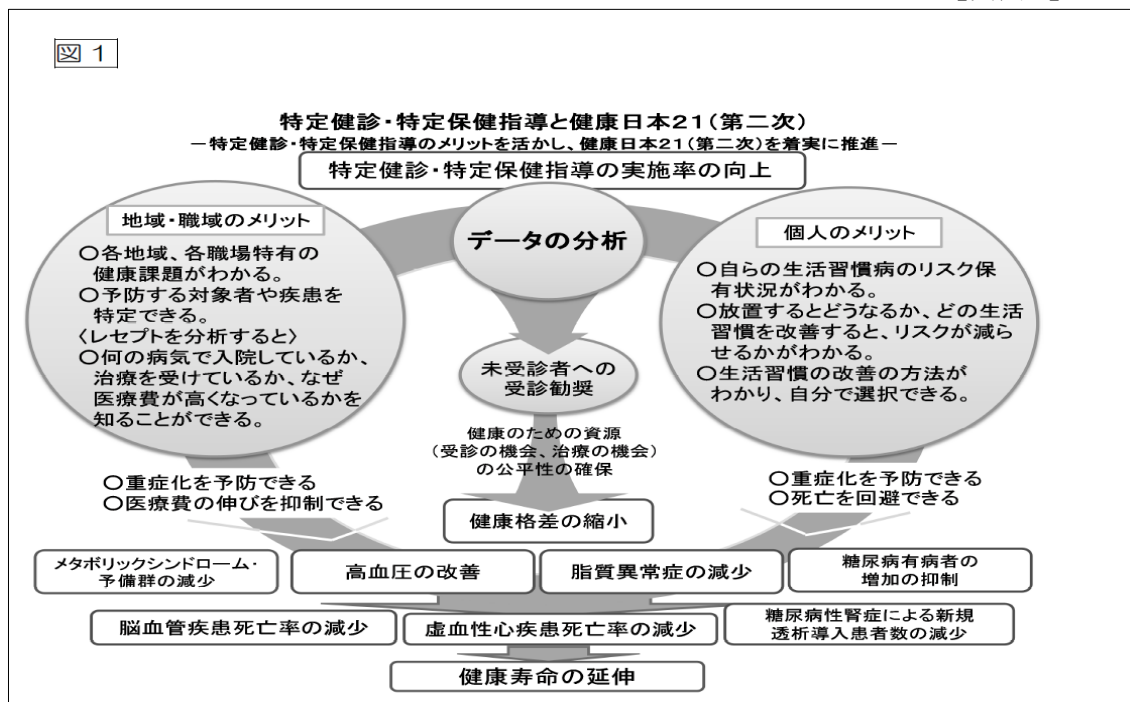
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、沖縄県健康増進計画や宜野座村健康増進計画（健康ぎのぞ21）、沖縄県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

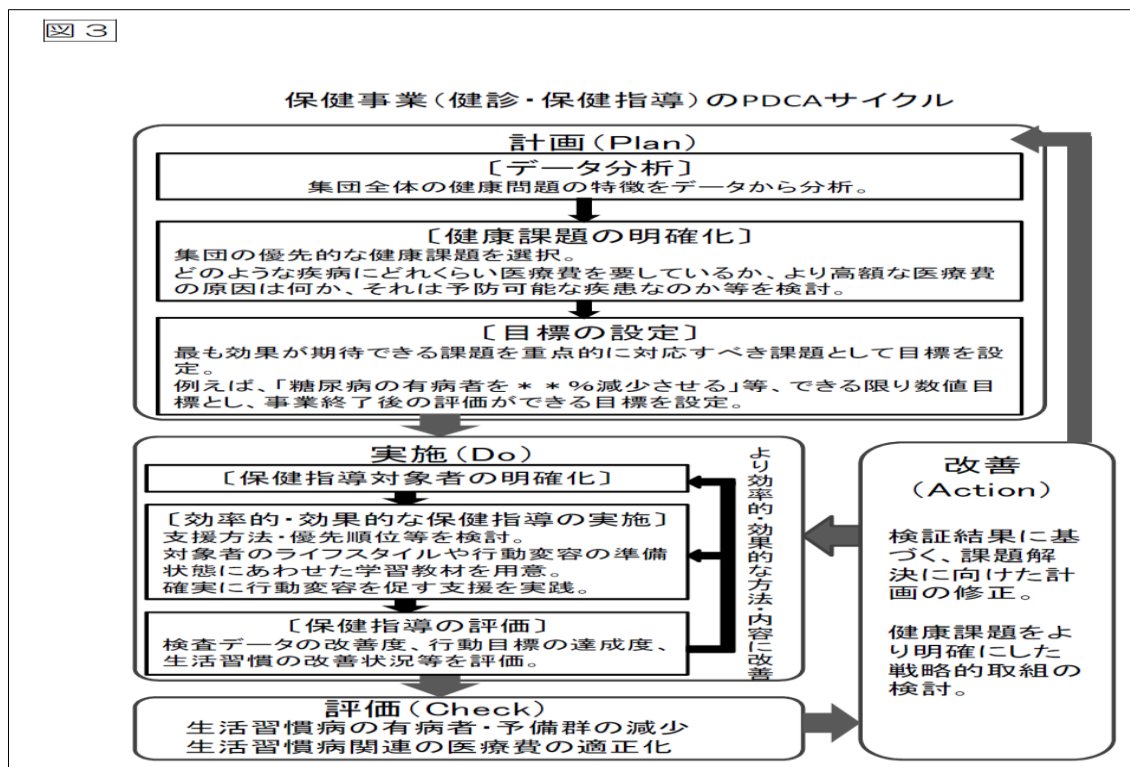
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ							2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進法基盤整備)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年4月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施に関する指針の一部改正	厚生労働省 健康局 平成23年 介護保険事業に関する関係法令の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年2月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 健康局 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7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)	
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の総合的な実現に向けて、生活習慣病の予防と重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な健康の維持及び向上を目指し、その結果、 健康増進が持続可能なもの となるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患等の生活習慣病の予防を重点とし、健康増進を図ることができ、 重症化や合併症の発生を抑制し、入院患者を減少させること が、国民の生活の質の維持及び向上を図る上で、 医療の質の向上 を促進することが可能となる。 特定健康診査は、 健康増進等の生活習慣病の予防と重症化を重点 とし、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を、 積極的に推進 するものとする。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の 主体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 として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは 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、 重症化を抑制し、入院患者を減少させること の予防又は、要介護状態等の重症化を 重症化の防止 と見做している。	国民皆保険を堅持 し、 結核 について、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費が適度に増大しないよう にいくとともに、 良質かつ適切な医療を効果的に提供 する体制の確保を図る。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療の連携 を実現し、良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る。	
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若年期、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に高齢期を迎える現在の若年・壮年・高齢期、小児期からの生活習慣づき	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 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん がん末期 認知症 うつ病 パーキンソン病 認知症 腎臓病 骨格筋減少症 多系統臓器症 後遺症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 心臓病 脳卒中 がん 精神疾患		
評価	①53項目中 特定健康診査に関する項目15項目 ②糖尿病・虚血性心疾患の年齢別発生率 ③生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別医療費(人1人あたり) ④生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑤生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑥生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑦生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑧生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑨生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑩生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑪生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑫生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑬生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑭生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑮生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑯生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑰生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑱生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑲生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ⑳生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉑生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉒生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉓生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉔生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉕生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉖生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉗生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉘生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉙生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉚生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉛生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉜生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉝生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉞生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㉟生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊱生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊲生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊳生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊴生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊵生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊶生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊷生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊸生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊹生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊺生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊻生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊼生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊽生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊾生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数 ㊿生活習慣病・虚血性心疾患による年齢別入院患者数	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率 ③特定健康診査受診率 ④特定保健指導実施率 ⑤特定健康診査受診率 ⑥特定保健指導実施率 ⑦特定健康診査受診率 ⑧特定保健指導実施率 ⑨特定健康診査受診率 ⑩特定保健指導実施率 ⑪特定健康診査受診率 ⑫特定保健指導実施率 ⑬特定健康診査受診率 ⑭特定保健指導実施率 ⑮特定健康診査受診率 ⑯特定保健指導実施率 ⑰特定健康診査受診率 ⑱特定保健指導実施率 ⑲特定健康診査受診率 ⑳特定保健指導実施率 ㉑特定健康診査受診率 ㉒特定保健指導実施率 ㉓特定健康診査受診率 ㉔特定保健指導実施率 ㉕特定健康診査受診率 ㉖特定保健指導実施率 ㉗特定健康診査受診率 ㉘特定保健指導実施率 ㉙特定健康診査受診率 ㉚特定保健指導実施率 ㉛特定健康診査受診率 ㉜特定保健指導実施率 ㉝特定健康診査受診率 ㉞特定保健指導実施率 ㉟特定健康診査受診率 ㊱特定保健指導実施率 ㊲特定健康診査受診率 ㊳特定保健指導実施率 ㊴特定健康診査受診率 ㊵特定保健指導実施率 ㊶特定健康診査受診率 ㊷特定保健指導実施率 ㊸特定健康診査受診率 ㊹特定保健指導実施率 ㊺特定健康診査受診率 ㊻特定保健指導実施率 ㊼特定健康診査受診率 ㊽特定保健指導実施率 ㊾特定健康診査受診率 ㊿特定保健指導実施率	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化 ④介護給付費の適正化 ⑤介護給付費の適正化 ⑥介護給付費の適正化 ⑦介護給付費の適正化 ⑧介護給付費の適正化 ⑨介護給付費の適正化 ⑩介護給付費の適正化 ⑪介護給付費の適正化 ⑫介護給付費の適正化 ⑬介護給付費の適正化 ⑭介護給付費の適正化 ⑮介護給付費の適正化 ⑯介護給付費の適正化 ⑰介護給付費の適正化 ⑱介護給付費の適正化 ⑲介護給付費の適正化 ⑳介護給付費の適正化 ㉑介護給付費の適正化 ㉒介護給付費の適正化 ㉓介護給付費の適正化 ㉔介護給付費の適正化 ㉕介護給付費の適正化 ㉖介護給付費の適正化 ㉗介護給付費の適正化 ㉘介護給付費の適正化 ㉙介護給付費の適正化 ㉚介護給付費の適正化 ㉛介護給付費の適正化 ㉜介護給付費の適正化 ㉝介護給付費の適正化 ㉞介護給付費の適正化 ㉟介護給付費の適正化 ㊱介護給付費の適正化 ㊲介護給付費の適正化 ㊳介護給付費の適正化 ㊴介護給付費の適正化 ㊵介護給付費の適正化 ㊶介護給付費の適正化 ㊷介護給付費の適正化 ㊸介護給付費の適正化 ㊹介護給付費の適正化 ㊺介護給付費の適正化 ㊻介護給付費の適正化 ㊼介護給付費の適正化 ㊽介護給付費の適正化 ㊾介護給付費の適正化 ㊿介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 ②一人あたり医療費の削減 ③医療費適正化の取組 ④一人あたり医療費の削減 ⑤医療費適正化の取組 ⑥一人あたり医療費の削減 ⑦医療費適正化の取組 ⑧一人あたり医療費の削減 ⑨医療費適正化の取組 ⑩一人あたり医療費の削減 ⑪医療費適正化の取組 ⑫一人あたり医療費の削減 ⑬医療費適正化の取組 ⑭一人あたり医療費の削減 ⑮医療費適正化の取組 ⑯一人あたり医療費の削減 ⑰医療費適正化の取組 ⑱一人あたり医療費の削減 ⑲医療費適正化の取組 ⑳一人あたり医療費の削減 ㉑医療費適正化の取組 ㉒一人あたり医療費の削減 ㉓医療費適正化の取組 ㉔一人あたり医療費の削減 ㉕医療費適正化の取組 ㉖一人あたり医療費の削減 ㉗医療費適正化の取組 ㉘一人あたり医療費の削減 ㉙医療費適正化の取組 ㉚一人あたり医療費の削減 ㉛医療費適正化の取組 ㉜一人あたり医療費の削減 ㉝医療費適正化の取組 ㉞一人あたり医療費の削減 ㉟医療費適正化の取組 ㊱一人あたり医療費の削減 ㊲医療費適正化の取組 ㊳一人あたり医療費の削減 ㊴医療費適正化の取組 ㊵一人あたり医療費の削減 ㊶医療費適正化の取組 ㊷一人あたり医療費の削減 ㊸医療費適正化の取組 ㊹一人あたり医療費の削減 ㊺医療費適正化の取組 ㊻一人あたり医療費の削減 ㊼医療費適正化の取組 ㊽一人あたり医療費の削減 ㊾医療費適正化の取組 ㊿一人あたり医療費の削減			
その他		保健事業支援(評価委員会(事務局:国保連合会))による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者と連携		

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

宜野座村においては、健康福祉課国保班が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康推進班の保健師等の専門職と連携をして、村一体となって計画策定を進めていく。

また、同一課の福祉班（介護保険、生活保護、地域包括センター等）、企画課とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

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

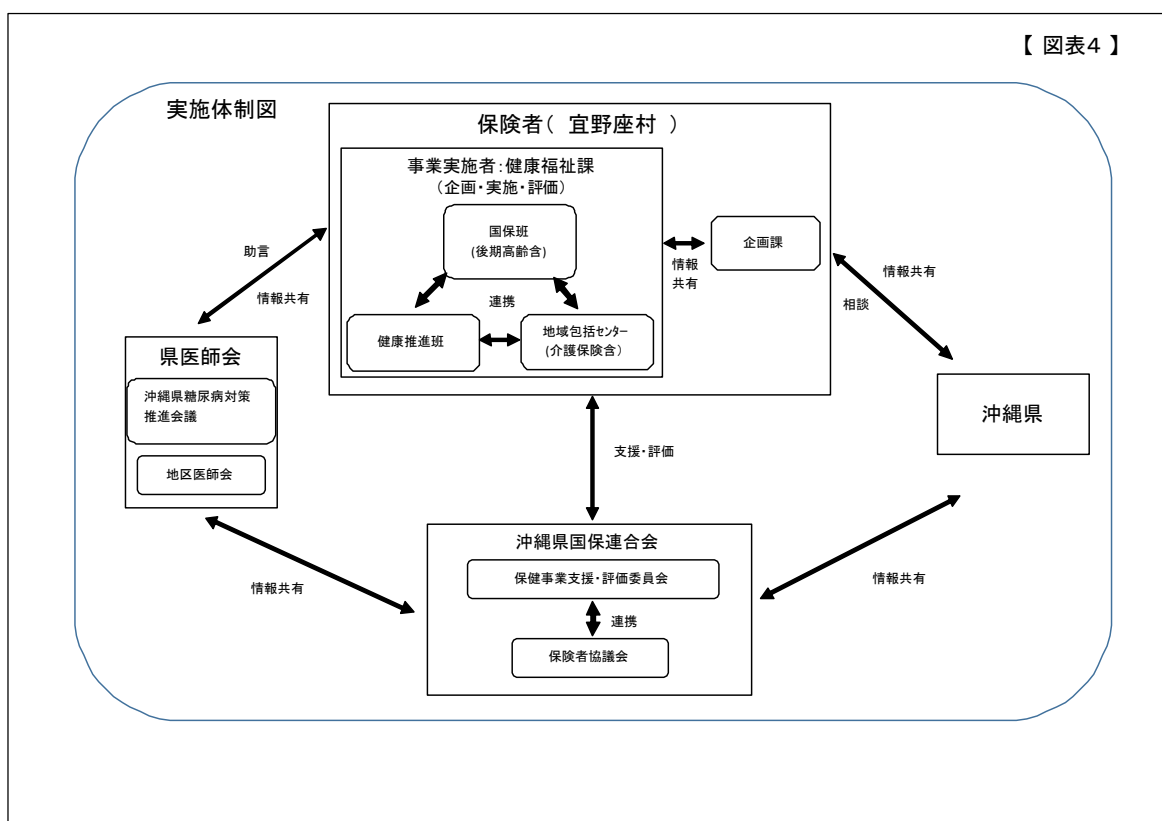
また、保険者等と地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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



5.保険者努力支援制度

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

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

【 図表 5 】

保険者努力支援制度

評 価 指 標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総 得 点(満点)		269	580	850	850
交 付 額(万円)		125			
全国順位(1, 741市町村中)		67			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	25			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	7			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の死因別経年変化をみると、がん・心臓病・腎不全の割合は減少しているが、脳疾患は2倍になっている。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加があり、介護給付費の居宅サービスは減少しているものの、施設サービスが増加している。

医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用が増加している。特に慢性腎不全（透析含む）は生活習慣病に占める割合の23.7%を占め、増加している。特定健診受診から、適正な医療受診行動へ、また、重症化予防への取り組みを強化していくことが重要である。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

平成25年度と28年度の1件当たりの介護給付費をみると、居宅サービスは減少しているが、施設サービスは増加しており、同規模町村と比較しても、高い状況である。要介護認定者数の増加によるものに加え、生活習慣病の悪化により、介護度が重度化しているのか、予防できることがあるのか、分析を進めるとともに、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できる限りふやしていく必要がある。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	宜野座村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	3億5267万円	69,437	53,496	272,316	71,282	41,044	279,592
平成28年度	3億6652万円	72,036	48,902	288,141	70,589	40,981	275,251

② 医療費の状況（図表 7）

総医療費をみると、入院の費用額は減少し、外来が増えている。重症化予防につながると考えられる反面、一人当りの費用額は入院、外来とも増加している。被保険者総数は減少しているが、医療費が増えてくる65歳以上の被保険者の増加が影響していると考えられる（参考資料1 4-③参照）

医療費の変化 【図表7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	5億7906万円				2億4759万円				3億3147万円			
	H28年度	5億8928万円	1022万円	1.8		2億3597万円	-1162万円	-4.6		3億5331万円	2184万円	6.6	
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	21,730				9,290				12,440			
	H28年度	24,400	2,670	12.3	-1.0	9,770	480	5.2	-0.2	14,630	2,190	17.6	-1.6

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。
KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

H25年度の医療費を100と表した場合、H28年度は腎臓・脳・糖尿病と医療費に占める割合が高くなっている。中長期的目標疾患である慢性腎不全が（透析有）、県国と比較して圧倒的に高く、脳疾患は2倍以上になっている。糖尿病も高いことから、短期目標疾患をコントロールできず、重症化した結果と考えられる。特定健診からの受診勧奨、通院中の方が中断しないよう継続して、管理していく必要がある。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成25年度を100とした場合の平成28年度との比較） 【図表8】

市町村名		総医療費				一人あたり医療費			(中長期・短期) 目標疾患医療費計										中長期目標疾患							短期目標疾患							新生物		精神疾患		筋・骨疾患				
																						腎			脳		心		糖尿病		高血圧								脂質異常症		
金額		順位		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		糖		尿		脂			新		精		筋・骨														
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	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	糖	尿	脂	新	精	筋・骨																										
県内	順位	金額	順位	同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)																																			

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果 【出典】
◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名 KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標である虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析は、平成 25 年と比較し増加している。短期的な目標の高血圧・糖尿病・脂質異常が増加し、特に 64 歳以下が増えている。中でも高血圧が多く、特に人工透析では、全員が高血圧である。若い時期からの血圧コントロールが最重要となる。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標								短期的な目標					
			虚血性心疾患													
被保険者数		人数	割合	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	2230	50	2.2	10	20.0	4	8.0	37	74.0	25	50.0	29	58.0		
	64歳以下	1793	17	0.9	0	0.0	2	11.8	8	47.1	7	41.2	8	47.1		
	65歳以上	437	33	7.6	10	30.3	2	6.1	29	87.9	18	54.5	21	63.6		
H28	全体	2070	65	3.1	14	21.5	8	12.3	51	78.5	34	52.3	46	70.8		
	64歳以下	1568	27	1.7	9	33.3	7	25.9	21	77.8	11	40.7	18	66.7		
	65歳以上	502	38	7.6	5	13.2	1	2.6	30	78.9	23	60.5	28	73.7		

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標								短期的な目標					
			脳血管疾患													
被保険者数		人数	割合	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	2230	63	2.8	10	15.9	2	3.2	45	71.4	19	30.2	42	66.7		
	64歳以下	1793	18	1.0	0	0.0	1	5.6	12	66.7	6	33.3	12	66.7		
	65歳以上	437	45	10.3	10	22.2	1	2.2	33	73.3	13	28.9	30	66.7		
H28	全体	2070	71	3.4	14	19.7	4	5.6	53	74.6	33	46.5	46	64.8		
	64歳以下	1568	34	2.2	9	26.5	4	11.8	25	73.5	14	41.2	20	58.8		
	65歳以上	502	37	7.4	5	13.5	0	0.0	28	75.7	19	51.4	26	70.3		

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標								短期的な目標					
			人工透析													
被保険者数		人数	割合	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	2230	13	0.6	2	15.4	4	30.8	13	100.0	8	61.5	5	38.5		
	64歳以下	1793	8	0.4	1	12.5	2	25.0	8	100.0	3	37.5	2	25.0		
	65歳以上	437	5	1.1	1	20.0	2	40.0	5	100.0	5	100.0	3	60.0		
H28	全体	2070	14	0.7	4	28.6	8	57.1	14	100.0	9	64.3	7	50.0		
	64歳以下	1568	10	0.6	4	40.0	7	70.0	10	100.0	5	50.0	4	40.0		
	65歳以上	502	4	0.8	0	0.0	1	25.0	4	100.0	4	100.0	3	75.0		

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)(図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況をみると、糖尿病は平成25年度に比較し、増加しており、高血圧や脂質異常症を併発している割合も増加している。高血圧における糖尿病・脂質異常症の併発、脂質異常症における糖尿病・高血圧の併発も同じような状況である。中長期的な目標疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患も増加している。糖尿病・高血圧・脂質異常症の重症化が影響しており、これらの疾患のコントロールが重要である。継続受診しているかどうかの確認、医療機関との連携が大切である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標										中長期的な目標							
			糖尿病																	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	2230	152	6.8	17	11.2	96	63.2	100	65.8	25	16.4	19	12.5	8	5.3	23	15.1		
	64歳以下	1793	81	4.5	12	14.8	41	50.6	50	61.7	7	8.6	6	7.4	3	3.7	12	14.8		
	65歳以上	437	71	16.2	5	7.0	55	77.5	50	70.4	18	25.4	13	18.3	5	7.0	11	15.5		
H28	全体	2070	173	8.4	17	9.8	125	72.3	115	66.5	34	19.7	33	19.1	9	5.2	23	13.3		
	64歳以下	1568	71	4.5	5	7.0	48	67.6	47	66.2	11	15.5	14	19.7	5	7.0	8	11.3		
	65歳以上	502	102	20.3	12	11.8	77	75.5	68	66.7	23	22.5	19	18.6	4	3.9	15	14.7		

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標								中長期的な目標															
			高血圧				糖尿病				脂質異常症				虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析			
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合									
H25	全体	2230	277	12.4	96	34.7	152	54.9	37	13.4	45	16.2	13	4.7												
	64歳以下	1793	137	7.6	41	29.9	67	48.9	8	5.8	12	8.8	8	5.8												
	65歳以上	437	140	32.0	55	39.3	85	60.7	29	20.7	33	23.6	5	3.6												
H28	全体	2070	295	14.3	125	42.4	169	57.3	51	17.3	53	18.0	14	4.7												
	64歳以下	1568	133	8.5	48	36.1	71	53.4	21	15.8	25	18.8	10	7.5												
	65歳以上	502	162	32.3	77	47.5	98	60.5	30	18.5	28	17.3	4	2.5												

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標								中長期的な目標									
			脂質異常症				糖尿病				高血圧				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合					
H25	全体	2230	223	10.0	100	44.8	152	68.2	29	13.0	42	18.8	5	2.2						
	64歳以下	1793	114	6.4	50	43.9	67	58.8	8	7.0	12	10.5	2	1.8						
	65歳以上	437	109	24.9	50	45.9	85	78.0	21	19.3	30	27.5	3	2.8						
H28	全体	2070	249	12.0	115	46.2	169	67.9	46	18.5	46	18.5	7	2.8						
	64歳以下	1568	109	7.0	47	43.1	71	65.1	18	16.5	20	18.3	4	3.7						
	65歳以上	502	140	27.9	68	48.6	98	70.0	28	20.0	26	18.6	3	2.1						

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

男性は腹囲の割合が半数を超えており収縮期血圧、HbA1c の順である。女性は、HbA1c が最も多く、収縮期血圧、LDL コレステロールが多い。メタボリックシンドロームは男女ともに、予備群よりも該当者の割合が高く、血圧+脂質が最も多い。内臓脂肪に起因するインスリン抵抗性が推測される。

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

☆No.23帳票

男性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	190	51.1	251	67.5	134	36.0	98	26.3	39	10.5	143	38.4	208	55.9	139	37.4	216	58.1	131	35.2	146	39.2	10	2.7
	40-64	105	51.2	136	66.3	96	46.8	67	32.7	21	10.2	83	40.5	106	51.7	92	44.9	114	55.6	82	40.0	81	39.5	3	1.5
	65-74	85	50.9	115	68.9	38	22.8	31	18.6	18	10.8	60	35.9	102	61.1	47	28.1	102	61.1	49	29.3	65	38.9	7	4.2
H28	合計	187	53.9	247	71.2	123	35.4	108	31.1	35	10.1	144	41.5	170	49.0	125	36.0	195	56.2	116	33.4	141	40.6	6	1.7
	40-64	95	54.3	128	73.1	76	43.4	67	38.3	16	9.1	60	34.3	71	40.6	73	41.7	87	49.7	63	36.0	80	45.7	1	0.6
	65-74	92	53.5	119	69.2	47	27.3	41	23.8	19	11.0	84	48.8	99	57.6	52	30.2	108	62.8	53	30.8	61	35.5	5	2.9

女性		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	126	38.9	104	32.1	59	18.2	43	13.3	7	2.2	84	25.9	184	56.8	23	7.1	167	51.5	71	21.9	194	59.9	2	0.6
	40-64	59	34.1	46	26.6	34	19.7	27	15.6	3	1.7	33	19.1	87	50.3	8	4.6	75	43.4	38	22.0	102	59.0	1	0.6
	65-74	67	44.4	58	38.4	25	16.6	16	10.6	4	2.6	51	33.8	97	64.2	15	9.9	92	60.9	33	21.9	92	60.9	1	0.7
H28	合計	127	40.7	102	32.7	70	22.4	43	13.8	7	2.2	81	26.0	168	53.8	15	4.8	146	46.8	60	19.2	158	50.6	1	0.3
	40-64	55	41.0	41	30.6	31	23.1	22	16.4	4	3.0	22	16.4	53	39.6	5	3.7	50	37.3	20	14.9	75	56.0	1	0.7
	65-74	72	40.4	61	34.3	39	21.9	21	11.8	3	1.7	59	33.1	115	64.6	10	5.6	96	53.9	40	22.5	83	46.6	0	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	372	54.5	21	5.6%	86	23.1%	5	1.3%	59	15.9%	22	5.9%	144	38.7%	20	5.4%	8	2.2%	71	19.1%	45	12.1%
	40-64	205	45.8	16	7.8%	34	16.6%	1	0.5%	18	8.8%	15	7.3%	86	42.0%	9	4.4%	6	2.9%	45	22.0%	26	12.7%
	65-74	167	71.4	5	3.0%	52	31.1%	4	2.4%	41	24.6%	7	4.2%	58	34.7%	11	6.6%	2	1.2%	26	15.6%	19	11.4%
H28	合計	347	46.3	19	5.5%	81	23.3%	7	2.0%	54	15.6%	20	5.8%	147	42.4%	20	5.8%	7	2.0%	72	20.7%	48	13.8%
	40-64	175	37.8	15	8.6%	38	21.7%	4	2.3%	21	12.0%	13	7.4%	75	42.9%	9	5.1%	3	1.7%	43	24.6%	20	11.4%
	65-74	172	59.9	4	2.3%	43	25.0%	3	1.7%	33	19.2%	7	4.1%	72	41.9%	11	6.4%	4	2.3%	29	16.9%	28	16.3%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
								高血糖		高血圧		脂質異常症				血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	324	63.3	11	3.4%	42	13.0%	2	0.6%	32	9.9%	8	2.5%	51	15.7%	5	1.5%	1	0.3%	30	9.3%	15	4.6%
	40-64	173	54.1	7	4.0%	20	11.6%	1	0.6%	15	8.7%	4	2.3%	19	11.0%	1	0.6%	1	0.6%	13	7.5%	4	2.3%
	65-74	151	78.6	4	2.6%	22	14.6%	1	0.7%	17	11.3%	4	2.6%	32	21.2%	4	2.6%	0	0.0%	17	11.3%	11	7.3%
H28	合計	312	52.5	15	4.8%	30	9.6%	3	1.0%	19	6.1%	8	2.6%	57	18.3%	5	1.6%	3	1.0%	30	9.6%	19	6.1%
	40-64	134	40.0	12	9.0%	14	10.4%	0	0.0%	11	8.2%	3	2.2%	15	11.2%	2	1.5%	2	1.5%	6	4.5%	5	3.7%
	65-74	178	68.7	3	1.7%	16	9.0%	3	1.7%	8	4.5%	5	2.8%	42	23.6%	3	1.7%	1	0.6%	24	13.5%	14	7.9%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率はほぼ横ばいで、国の目標値 60%まであともう少しである。しかし、伸び率が低いことから、同規模順位では 15 位から 69 位と下がっている。

特定保健指導率は、国の目標は達成しているものの、H25 より下がっている。特定健診の結果より、受診勧奨値だった受診勧奨者のうち、医療機関受診者は約半数である。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	終了率	医療機関受診率	
								宜野座村	同規模平均
H25年度	1185	696	58.7	15	140	89	63.6	56.9	51.2
H28年度	1127	663	58.8	69	136	82	60.3	55.4	51.9

④特定健診経年受診状況（図表 A）

継続受診者（H27-H28）の割合は、県、同規模よりも高く、5 年連続受診者は、31.9%を占めている。その反面、1 回のみ受診者が 22.7%おり、2 回、3 回と継続して受診してもらうことが重要である。

特定健診の経年受診状況

【図表A】

市町村名	H28年度 特定健診 受診率	継続受診者 (H27-H28) の割合	受診者総 数	5年連続 受診者		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
			A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
宜野座村	58.8	80.8	969	309	31.9%	161	16.6%	141	14.6%	138	14.2%	220	22.7%
同規模A	53.6	73.3	930	264	28.4%	150	16.1%	130	14.0%	153	16.5%	233	25.1%
同規模B	48.0	75.5	1678	432	25.7%	256	15.3%	250	14.9%	313	18.7%	427	25.4%
同規模C	46.9	75.8	1489	422	28.3%	228	15.3%	250	14.9%	313	18.7%	427	25.4%
沖縄県	39.4	71.3	167,454	34,216	22.2%	22,603	15.0%	24,034	14.6%	31,597	17.8%	55,004	30.3%

受診者は、5年間一度でも健診を受診した者かつ最終年度の年度末年齢40～74歳で計上

受診率は法定報告値。それ以降は保健指導ツール（あなみツール）④.2評価ツール(H24-H28)で集計。

受診者数は 法定報告値ではなく、健診を受けた40～74歳の全受診者（年度内保険移動者も含む）

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。外来受療率の増加、入院医療費の減少などはあったが、中長期目標を減らすまでには至っていない。介護認定率、2号認定者の増加もあり、治療に繋がったが、継続治療ができているか、など医療機関受診後の支援を継続していくことも大事な課題である。住民が自分の体の状態を確認できる特定健診の受診率向上によりいっそう努めなければならない。

また、経年で健診を受けることにより、健康への意識を高めるとともに、検査値の変化をみていくことができる。経年受診者（リピーター）を増やしていくことが、受診率アップとなり、生活習慣病の発症予防及び重症化予防にもつながっていく。新規受診者への受診勧奨はもちろん、継続受診者へのアプローチも強化していく必要がある。

1. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

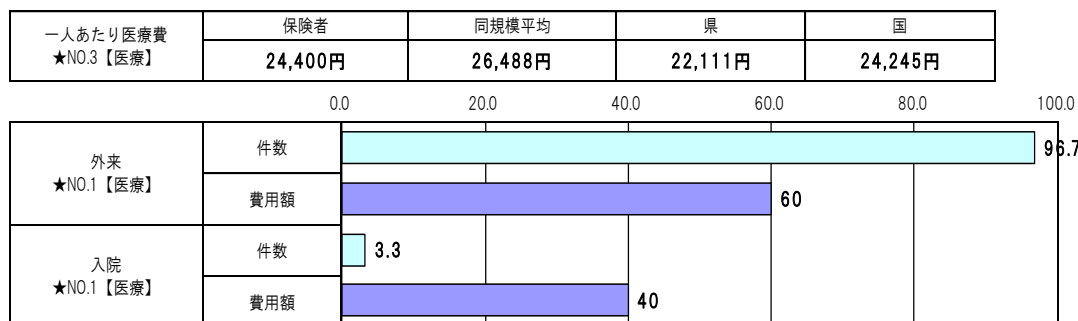
宜野座村の一人当たり医療費は、24,400円で、同規模よりは低いが、国・県よりは高くなっている。入院はわずか3.3%の件数で、費用額の40%を占めている。入院を減らすことが、重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

①平成 28 年度中に 1 件当たり 80 万円以上となった高額レセプトは 99 件、そのうち入院レセプトは 80 件 80.8%を占め、平成 25 年度の 92.6%よりも低くなっている。主病名を分析すると、腎不全が 15 件（15.2%）、費用額は 1760 万円（12.8%）、1 件当たり 117 万円を占めている。次いで、脳血管疾患が 9 件（9.1%）費用額は 1200 万円（8.8%）、1 件当たり 133 万円、虚血性心疾患は 3 件（3%）費用額 660 万円（4.8%）、1 件当たり 220 万円となっている。動脈硬化による血管病変である動脈閉塞性疾患は 8 件と、平成 25 年度よりも増加しており、これらのリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満及び、内臓脂肪型肥満の予防・改善が基本となる。

②人工透析は 1 人当たりの年間医療費がおよそ 500～600 万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられない。平成 28 年度の宜野座村の国保では、年間 191 件の人工透析のレセプトがあり、総額 9550 万円かかっている。透析者の半数以上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、新規透析患者を減らすことができると予想できる。また、透析患者の 6 割に虚血性心疾患が、3 割に脳血管疾患が合併していることから、血管病変の重症化により更なる医療費の増大を招く恐れがある。

③生活習慣病の治療者数は 534 人で、被保険者のおよそ 4 分の 1 を占めている。そのうち高血圧が 55.2%と最も割合が高く、次いで脂質異常症 46.6%、糖尿病 32.4%となっている（重複あるため、100%超える）。しかしながら、脳血管疾患や虚血性心疾患をすでに発症している場合は、基礎疾患に高血圧、糖尿病、脂質異常症を持つ率が高い。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他					
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （80万円以上レセ）	人数	48人	8人	3人	11人	30人					
		件数	年代別	16.7%	6.3%	22.9%	62.5%					
				99件	9件	3件	17件	70件				
				9.1%	3.0%	17.2%	70.7%					
				40歳未満	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	16	22.9%
				40代	1	11.1%	0	0.0%	6	35.3%	15	21.4%
				50代	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	6	8.6%
		60代	2	22.2%	3	100.0%	7	41.2%	20	28.6%		
70-74歳	4	44.4%	0	0.0%	4	23.5%	13	18.6%				
費用額	1億3717万円	1203万円	657万円	2487万円	9370万円							
8.8%	4.8%	18.1%	68.3%									

*最大医療資源集約病名（主病）で計上

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

厚労省様式		対象レセプト		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	14人	9人	4人	8人
				64.3%	28.6%	57.1%	
H28年度 累計		件数	191件	120件	39件	113件	
			62.8%	20.4%	59.2%		
		費用額	9551万円	6501万円	1897万円	5820万円	
			68.1%	19.9%	60.9%		

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年5月診療分）	全体		脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13～18 （帳票）	生活習慣病の治療者数 構成割合	534人		71人	65人	23人
		の基礎疾患	高血圧	13.3%	12.2%	4.3%
				53人	51人	17人
				74.6%	78.5%	73.9%
			糖尿病	33人	34人	23人
				46.5%	52.3%	100.0%
		脂質異常症	46人	46人	14人	
			64.8%	70.8%	60.9%	
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
295人	173人	249人	109人			
55.2%	32.4%	46.6%	20.4%			

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

村の介護認定率は 9.4%で、要介護 1・2 と要介護 3～5 の割合が各 40%を占めている。原因疾患では脳卒中が 59.4%と最も多く、虚血性心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると、94%を占めている。年齢別でみると、1 号被保険者の認定率は 21.9%で、75 歳以上に限ると 34.2%と認定率は高くなっており原因疾患では、村全体と同様な結果である。2 号被保険者では、0.51%の認定率だが、半数が介護度の高い要介護 3～5 であり、全員が脳卒中であった。若いうちから、特定健診の受診や保健指導での基礎疾患の発見や早期介入が重症化を防ぎ、介護予防に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約 6000 円高く、2.3 倍の医療費がかかっている。青・壮年期の血管疾患を予防することは、将来にかかる医療費及び介護費の負担軽減を含む社会保障の安定化の面からも重要だと考える。また、働き盛り世代の医療保険は国保ばかりとは限らないため、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析・課題共有を図る必要がある。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表15】

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		1,583人		479人		644人		1,123人		
	認定者数		8人		26人		220人		246人		
	認定率		0.51%		5.4%		34.2%		21.9%		
	新規認定者数（※1）		1人		4人		16人		21人		
	介護度 別人数	要支援1・2		2	25.0%	10	38.5%	47	21.4%	57	23.2%
要介護1・2		2	25.0%	12	46.2%	85	38.6%	97	39.4%		
要介護3～5		4	50.0%	4	15.4%	88	40.0%	92	37.4%		
要介護 実合状況 ★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）		8		25		967		992		
	再）国保・後期		8		25		926		951		
	（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
		循環器 疾患	1	脳卒中	8 100.0%	脳卒中	22 88.0%	脳卒中	540 58.3%	脳卒中	562 59.1%
			2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	8 32.0%	虚血性 心疾患	363 39.2%	虚血性 心疾患	371 39.0%
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	2 8.0%	腎不全	144 15.6%	腎不全	146 15.4%
		合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	2 8.0%	糖尿病 合併症	98 10.6%	糖尿病 合併症	100 10.5%
				基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	8 100.0%	24 96.0%	817 88.2%	841 88.4%			
		血管疾患 合計	8 100.0%	24 96.0%	877 94.7%	901 94.7%					
			認知症	0 0.0%	19 76.0%	477 51.5%	496 52.2%				
		筋・骨格疾患	7 87.5%	24 96.0%	911 98.4%	935 98.3%					

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

※2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)							10,586
要介護認定なし医療費 (40歳以上)							4,630

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

図表 16 の健診データのうち、有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、肥満の指標である BMI25 以上、腹囲基準値以上が全国、県に比べ圧倒的に多い。さらに、内臓脂肪の蓄積により影響を受ける、中性脂肪、GPT、空腹時血糖、尿酸が全国、県よりも高くなっている。中性脂肪、GPT、尿酸は、40～64 歳で高くなっており、若い人たちへの影響はより大きいと考えられる。

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 (概票)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
保 険 者	合計	187	53.9	247	71.2	123	35.4	108	31.1	35	10.1	144	41.5	170	49.0	125	36.0	195	56.2	116	33.4	141	40.6	6	1.7
	40-64	95	54.3	128	73.1	76	43.4	67	38.3	16	9.1	60	34.3	71	40.6	73	41.7	87	49.7	63	36.0	80	45.7	1	0.6
	65-74	92	53.5	119	69.2	47	27.3	41	23.8	19	11.0	84	48.8	99	57.6	52	30.2	108	62.8	53	30.8	61	35.5	5	2.9

女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
保 険 者	合計	127	40.7	102	32.7	70	22.4	43	13.8	7	2.2	81	26.0	168	53.8	15	4.8	146	46.8	60	19.2	158	50.6	1	0.3
	40-64	55	41.0	41	30.6	31	23.1	22	16.4	4	3.0	22	16.4	53	39.6	5	3.7	50	37.3	20	14.9	75	56.0	1	0.7
	65-74	72	40.4	61	34.3	39	21.9	21	11.8	3	1.7	59	33.1	115	64.6	10	5.6	96	53.9	40	22.5	83	46.6	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概票)

男性		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
保 険 者	合計	347	46.3	19	5.5%	81	23.3%	7	2.0%	54	15.6%	20	5.8%	147	42.4%	20	5.8%	7	2.0%	72	20.7%	48	13.8%
	40～64	175	37.8	15	8.6%	38	21.7%	4	2.3%	21	12.0%	13	7.4%	75	42.9%	9	5.1%	3	1.7%	43	24.6%	20	11.4%
	65～74	172	59.9	4	2.3%	43	25.0%	3	1.7%	33	19.2%	7	4.1%	72	41.9%	11	6.4%	4	2.3%	29	16.9%	28	16.3%

女性		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
保 険 者	合計	312	52.5	15	4.8%	30	9.6%	3	1.0%	19	6.1%	8	2.6%	57	18.3%	5	1.6%	3	1.0%	30	9.6%	19	6.1%
	40～64	134	40.0	12	9.0%	14	10.4%	0	0.0%	11	8.2%	3	2.2%	15	11.2%	2	1.5%	2	1.5%	6	4.5%	5	3.7%
	65～74	178	68.7	3	1.7%	16	9.0%	3	1.7%	8	4.5%	5	2.8%	42	23.6%	3	1.7%	1	0.6%	24	13.5%	14	7.9%

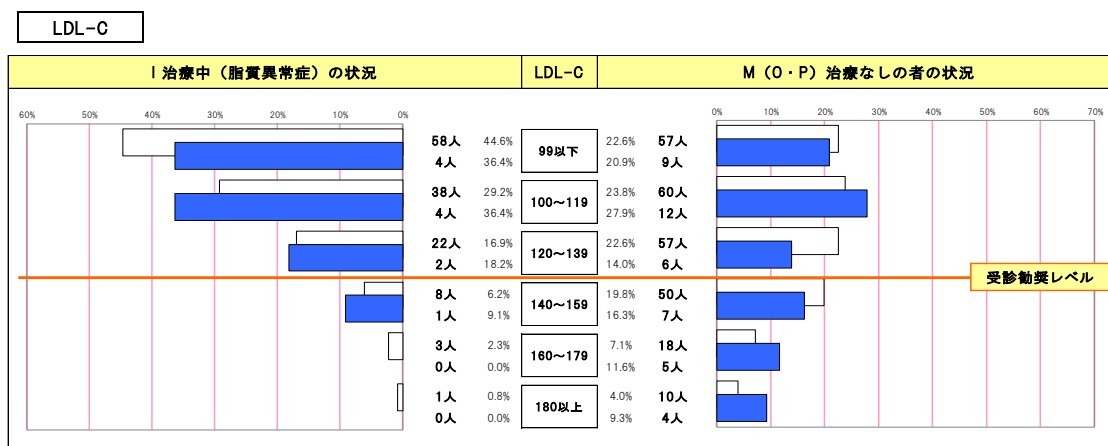
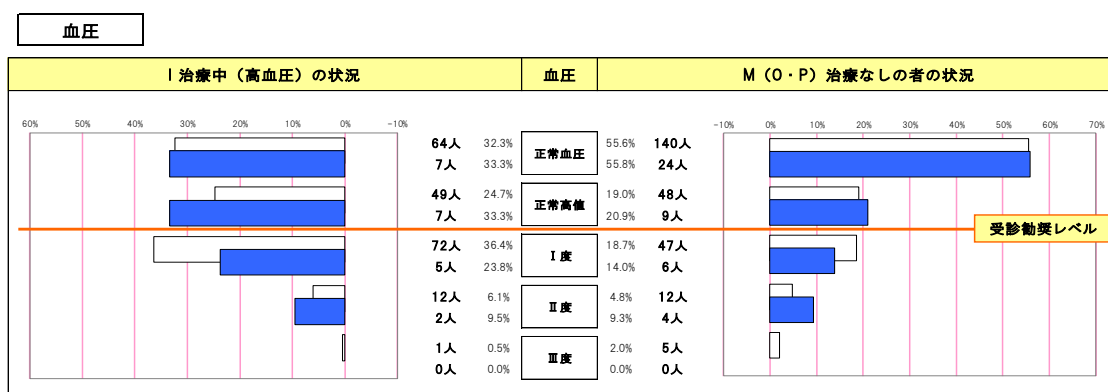
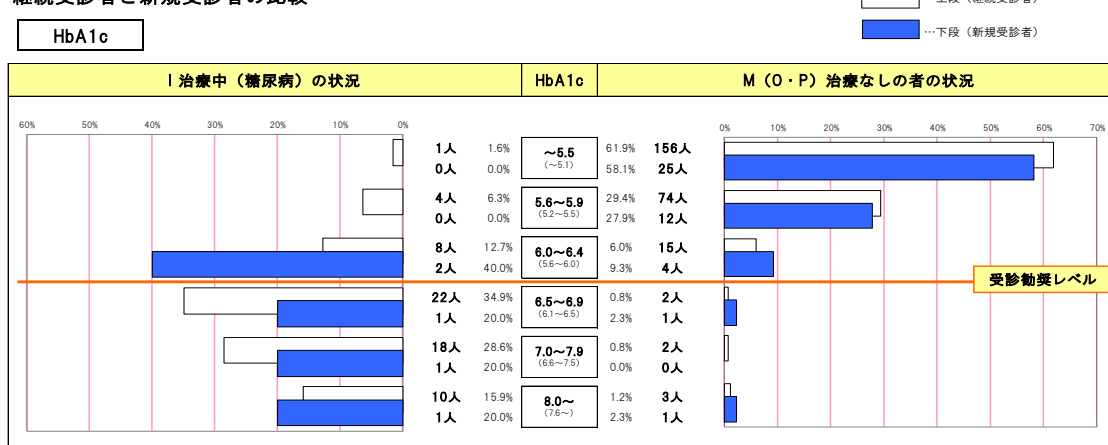
*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

図表 18 をみると、HbA1c では継続受診者と新規受診者に大きな差は見られなかったが、HbA1c6.5 以上 (受診勧奨レベル) 人への受診勧奨が大事である。しかし、医療機関へ受診しているの、なかなか解決しない疾患がメタボリックシンドロームと糖尿病である。これらは、薬物療法だけでは数値の改善が難しく、肥満改善のため食事療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であり、栄養指導等の保健指導が必須となる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



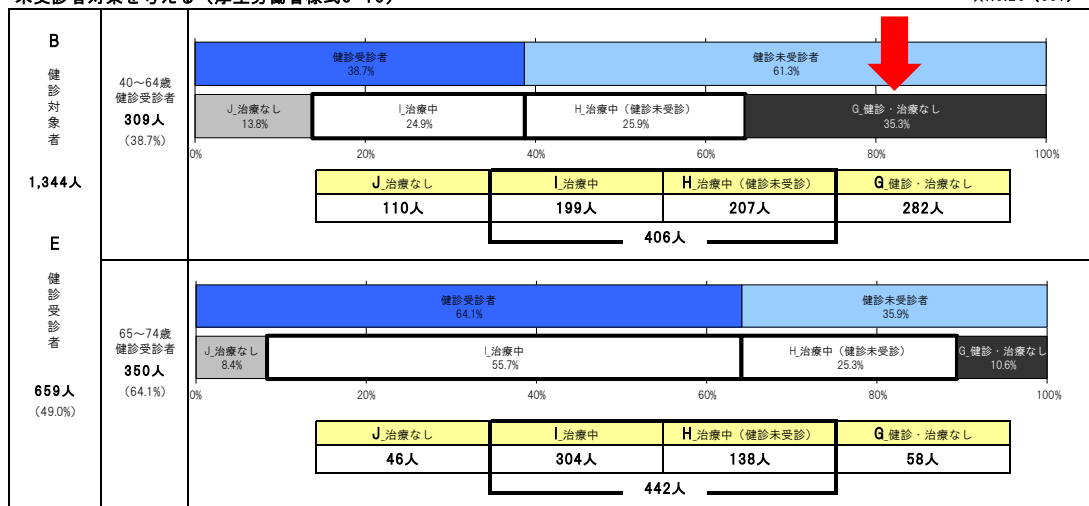
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要で、健診も治療もうけていない『G』をみると、年齢が若い40～64歳の割合が35.3%と高い。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全くわからない状況である。健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみると、健診を受診することは、医療費適正化の面においても有用である。

KDB や沖縄県医師会津梁ネットワーク等のシステムを活用し、健診結果とレセプトの突合しながら、特に『G』に対しての未受診者対策が重要である。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症及び重症化予防につなげていく。

【図表19】
6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10) ★NO.26 (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

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.3.⑤

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費		14,625円			
健診未受診者の生活習慣病治療費					37,661円

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、宜野座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、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3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1期及び第2期は5年を1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3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

2. 目標の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	60%	61%	62%	63%	64%	65%
特定保健指導実施率	62%	63%	64%	65%	66%	67%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1200人	1200人	1200人	1200人	1200人	1200人
	受診者数	720人	732人	744人	756人	768人	780人
特定保健指導	対象者数	144人	143人	142人	140人	139人	137人
	受診者数	90人	91人	91人	91人	92人	92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(宜野座村立中央公民館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL：www.okihoken.or.jp/

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

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

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール			受診券有効期限											
保険者名	受診券発行 予定枚数 (平成30年4月1日現在)	H30年3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H31年1月	2月	3月
宜野座村	1,200	受診券 発行 交付	受診券 発行月日 4月1日											3月31日

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは前年度3月です。

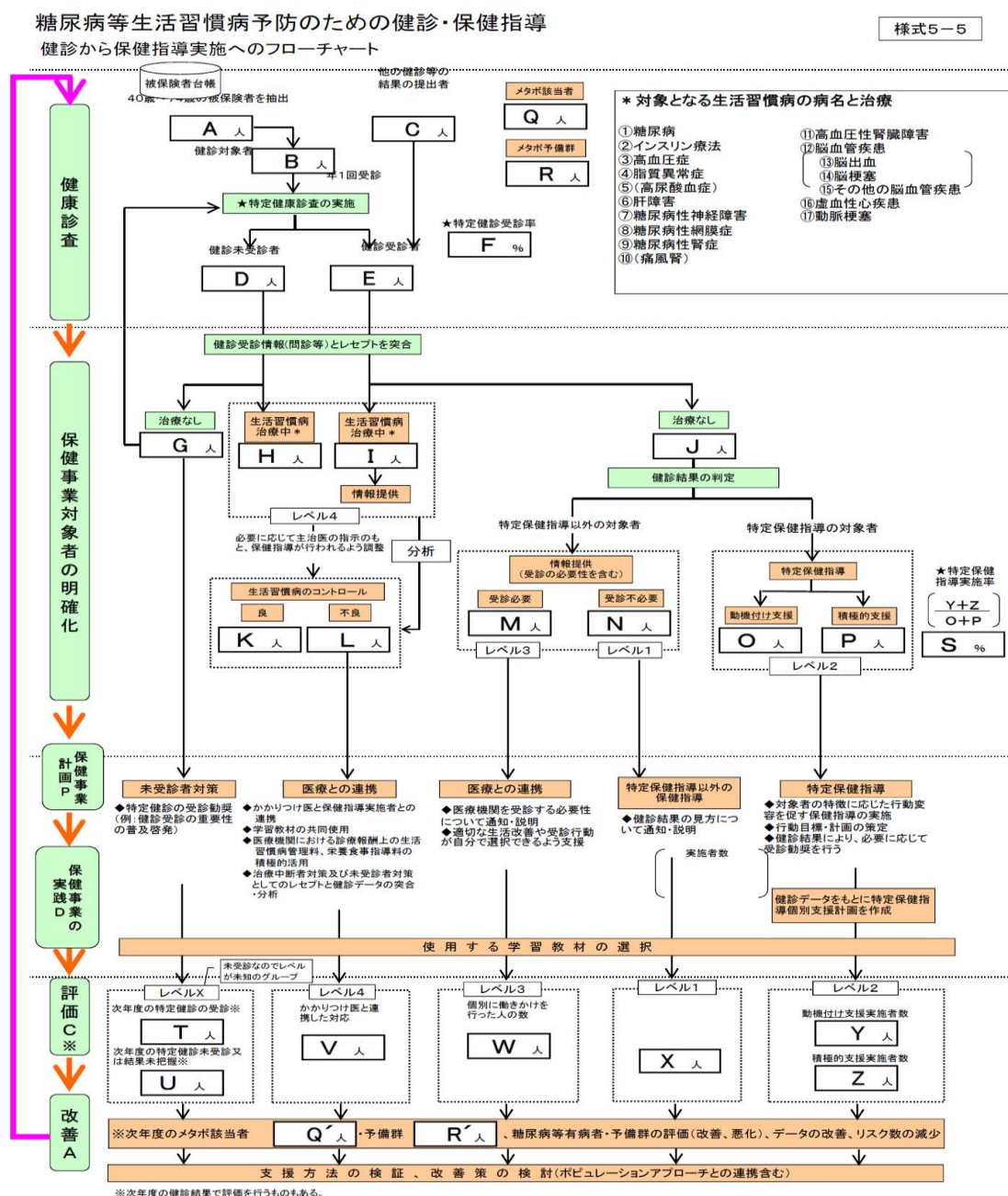
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、健康推進班への執行委任の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

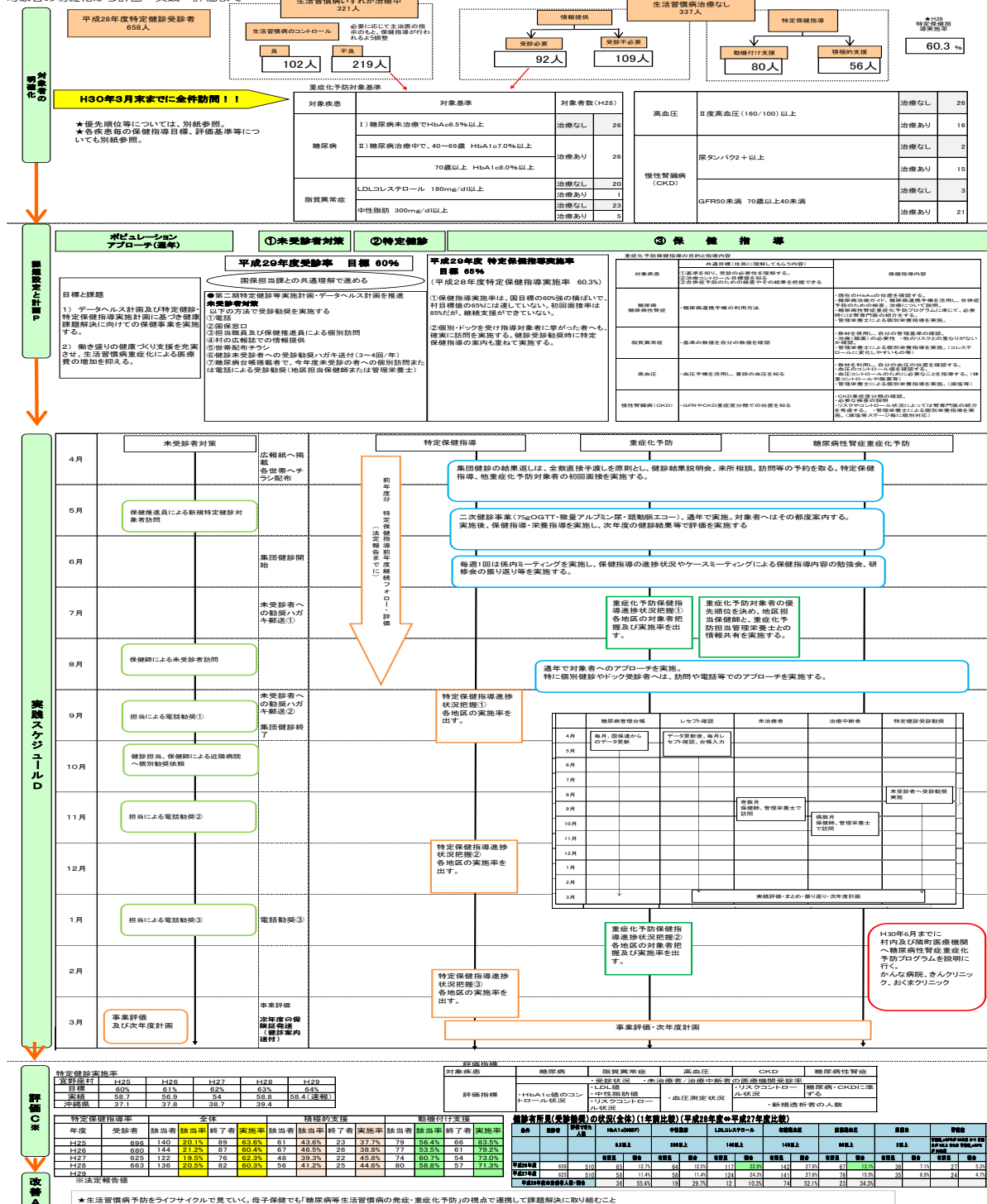
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	137 人 (17.5)	67%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	101 人 (13.0)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	420 人 ※受診率目標達成までにあと 100 人	40%
4	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	600 人 (48.7)	40%
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	156 人 (20.0)	20%

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

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）

数字はH28実績

対象者の明確化から計画・実践・評価まで



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および宜野座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、宜野座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町民へ周知する。

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

II 重症化予防の取り組み

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

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

【図表 26】

【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	P 計 画 ・ 準 備	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 受 診 勧 奨	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 保 健 指 導	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 評 価 報 告	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	改善点の検討		○		□
37		マニュアル修正		○		□
38		次年度計画策定		○		□

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

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

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
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。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

宜野座村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 17 人(25.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 165 人中のうち、特定健診受診者が 49 人(29.7%・G)であったが、5 人(10.2%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 77 人(46.7%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 28 人中 3 人は治療中断であることが分かった。また、25 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より宜野座村においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・17 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・8 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談等に対応

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)・・・44 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

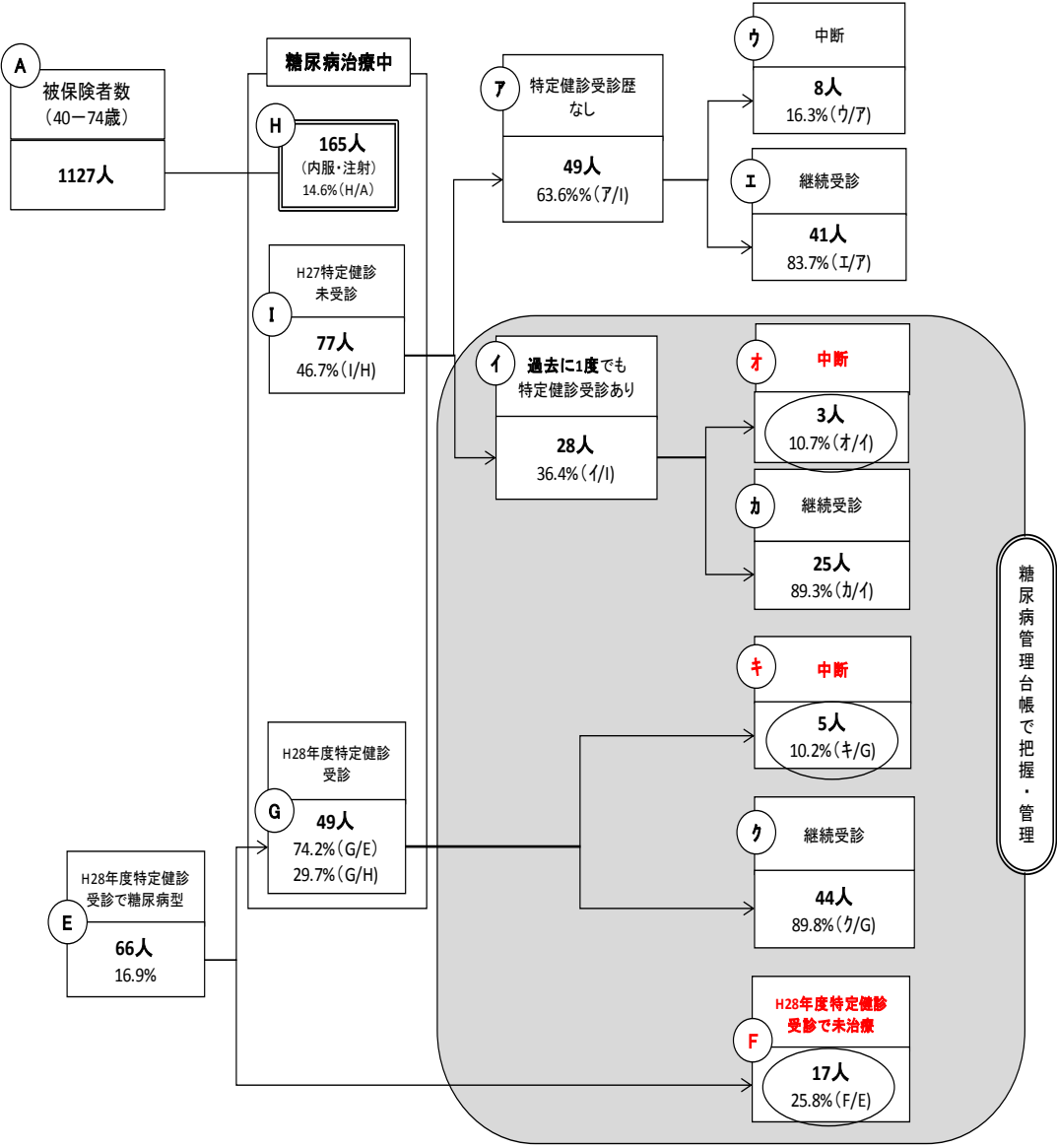
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・25 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

*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

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

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 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？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 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 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 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 ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2 次健診等を活用した重症化予防対策

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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

宜野座村において健診受診者686人のうち心電図検査実施者は548人(79.9%)であり、そのうちST所見があったのは18人であった(図表30)。ST所見あり18人の中のうち2人は要精査であり、医療機関受診へとつながっている(図表31)。要精査者を確実に受診勧奨することが重要である。また要精査には該当しないがST所見ありの16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。

宜野座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、現在は集団健診時のみ実施している心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	686	100	548	79.9	18	3.2	391	71.3	139	25.4

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
18	100	2	11.1	2	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、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度			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	
受診者			18	391	139	120
686			2.6	57.0	20.3	17.5
メタボ該当者			212	124	36	42
30.9%			4.7%	58.5%	17.0%	19.8%
メタボ予備群			115	64	27	24
16.8%			0.0%	55.7%	23.5%	20.9%
メタボなし			359	203	76	72
52.3%			2.2%	56.5%	21.2%	20.1%
LDL	140-159	54	0	31	13	10
		15.0%	0.0%	57.4%	24.1%	18.5%
	160-179	24	2	15	3	4
		6.7%	8.3%	62.5%	12.5%	16.7%
LDL	180-	17	1	7	4	5
		4.7%	5.9%	41.2%	23.5%	29.4%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-					
	170-189					

CKD	G3aA1～	142	5	83	27	27
		20.7%	3.5%	58.5%	19.0%	19.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

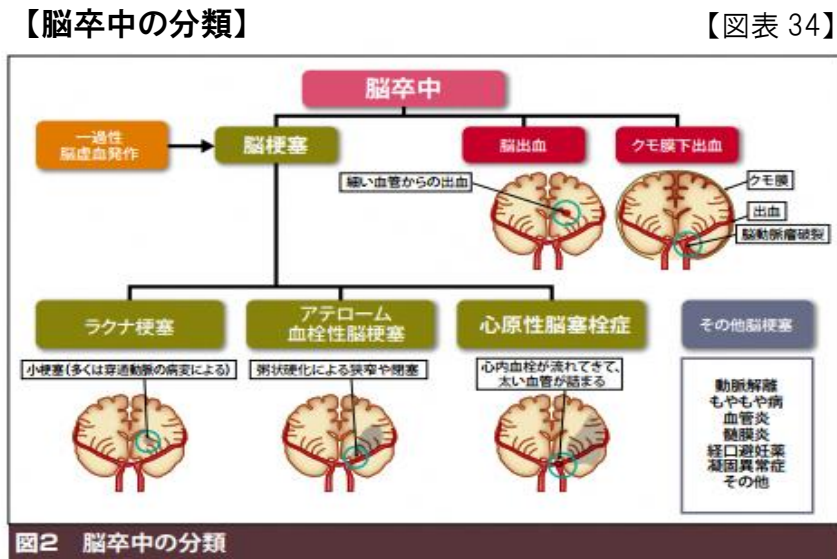
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

30.2.16修正

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BMDM)	心房細動	メタリックシンド ローム	慢性腎臓病(CDK)		
特定健診受診者における重症化予 防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 658		42人 6.4%	59人 9.0%	21人 3.2%	0人 0.0%	204人 31.0%	17人 2.6%	24人 3.6%	
治療なし		26人 6.2%	26人 4.5%	20人 4.0%	0人 0.0%	53人 15.7%	2人 0.6%	3人 0.9%	
治療あり		16人 6.7%	33人 40.7%	1人 0.6%	0人 0.0%	151人 47.0%	15人 4.7%	21人 6.5%	
臓器障害あり		13人 50.0%	11人 42.3%	12人 60.0%	0人 --	29人 54.7%	2人 100.0%	3人 100.0%	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	2人	3人	0人	0人	2人	2人	3人	
	尿蛋白(2+)以上	1人	2人	0人	0人	1人	2人	0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	1人	0人	0人	1人	0人	0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	1人	0人	0人	0人	0人	3人	
	心電図所見あり	13人	11人	12人	0人	29人	2人	0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が43人(6.3%)であり、27人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(6.4%)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17人(39.5%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	437	130	107	90	83	22	5
		29.7%	24.5%	20.6%	19.0%	5.0%	1.1%
リスク第1層	48	23	18	3	3	1	0
		11.0%	17.7%	16.8%	3.6%	4.5%	0.0%
リスク第2層	205	70	45	47	33	9	1
		46.9%	53.8%	42.1%	39.8%	40.9%	20.0%
リスク第3層	184	37	44	40	47	12	4
		42.1%	28.5%	41.1%	56.6%	54.5%	80.0%
再掲 重複あり	糖尿病	53	7	14	16	1	2
		28.8%	18.9%	31.8%	40.0%	27.7%	8.3%
	慢性腎臓病（CKD）	75	17	19	15	6	1
		40.8%	45.9%	43.2%	37.5%	36.2%	50.0%
	3個以上の危険因子	108	21	21	24	9	3
		58.7%	56.8%	47.7%	60.0%	63.8%	75.0%

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態

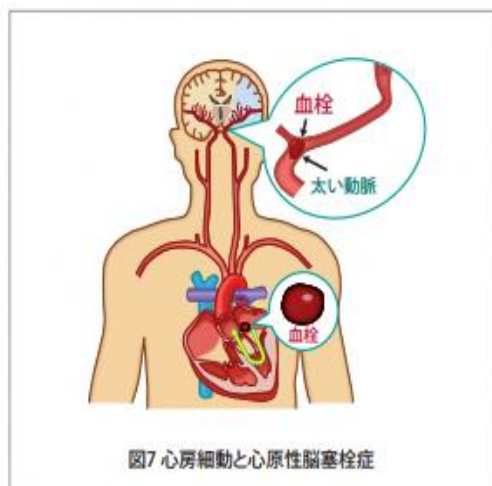


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

(脳卒中予防の提言より引用)

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

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	307	241	4	1.3	0	0.0	—	—
40歳代	52	29	1	1.9	0	0	0.2	0.04
50歳代	61	33	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	136	131	1	0.7	0	0	1.9	0.4
70～74歳	58	48	2	3.4	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
4	100	0	0.0	4	100

心電図検査において 4 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 4 人は既に治療が開始されていたが、特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見された受診勧奨が必要な対象者には、タイムリーな受診勧奨が必要である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と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個別健診においても心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

③ 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

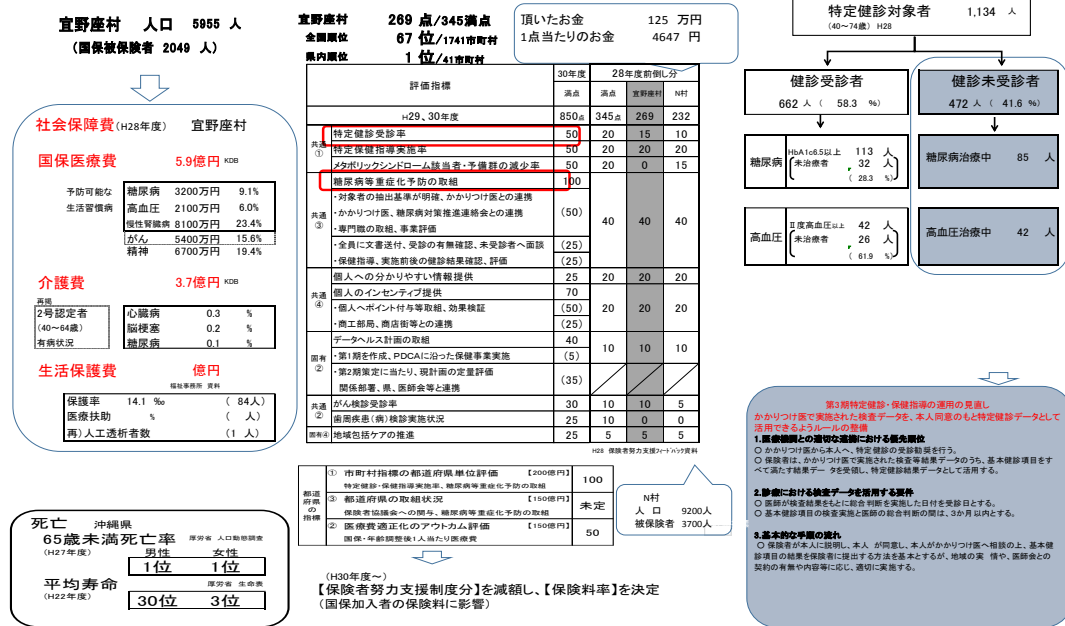
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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实態と社会環境等について広く村民へ周知していく。(図表 40・41)

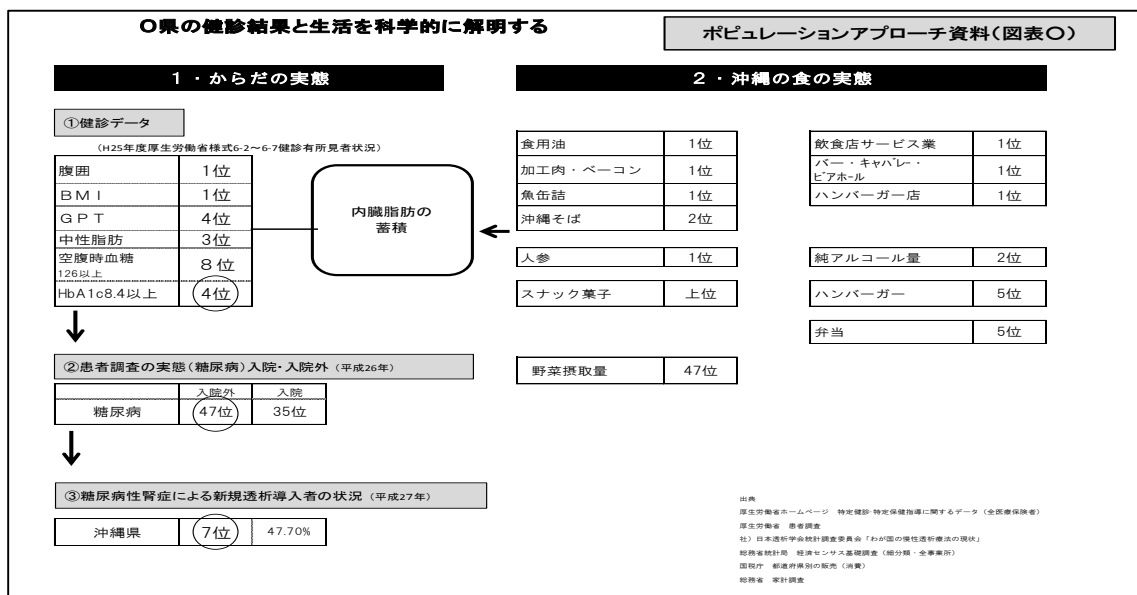
保険者努力支援制度

宜野座村

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

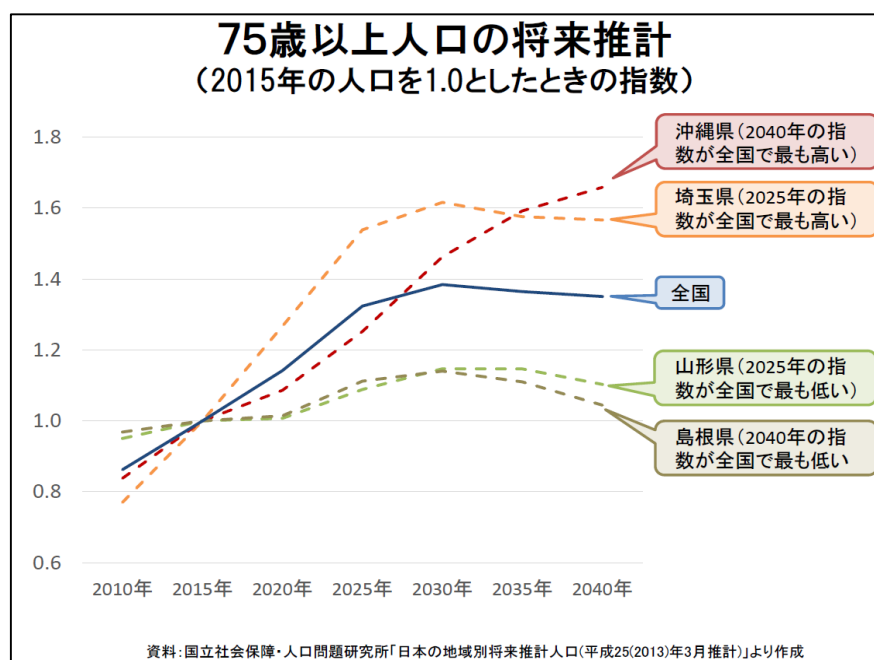
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表42)

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

【図表42】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。（図表43）

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値					最終評価値	現状値の把握方法
特定健診等計画	特定健康画診等計	医療費削減のために、特定健診受診率・特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	H28 58.8%	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	60.3%											
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.5%											
			脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.4%											
データヘルス計画	(各市町の健康課題を記載) ・生活習慣病に占める慢性腎不全(透析有)の医療費が、23.7%と同規模、県、国よりも圧倒的に高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の64.3%を占めており、増加している。 ・メタボリック該当者、予備群が、47.9%と同規模、県、国よりも高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.3%										KDBシステム	
			糖尿病性腎症(透析有)の総医療費に占める割合10%減少	9.1%											
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	64.3%											
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	47.9%											
			健診受診者の高血圧の割合減少10%(160/100以上)	5.5%											
			健診受診者の脂質異常者の割合減少10%(LDL160以上)	6.2%											
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少10%(HbA1c6.5以上)	9.4%											
			糖尿病型のうち、未治療者・中断者の割合減少	37.9%											
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	66.2%											
			短期	保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	9.4%								
肺がん検診 40%以上	26.8%														
大腸がん検診 40%以上	19.5%														
子宮頸がん検診 40%以上	29.1%														
乳がん検診 40%以上	23.0%														
短期	保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	9.4%										KDBシステム あなみツール 糖尿病管理台帳	
			肺がん検診 40%以上	26.8%											
			大腸がん検診 40%以上	19.5%											
			子宮頸がん検診 40%以上	29.1%											
			乳がん検診 40%以上	23.0%											

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する ※H32・H31のデータで中間評価を行う。

【図表 43】

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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〇〇町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた宜野座村の位置

H28年度

項目				H25		H28		H28						データ元 (CSV)	
				保険者		保険者		同規模平均		県		国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	5,305		5,305		1,815,204		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）	1,123	21.2	1,123	21.2	575,561	31.7	239,496	17.4	29,020,766	23.2		
			75歳以上	644	12.1	644	12.1			119,934	8.7	13,989,864	11.2		
			65～74歳	479	9.0	479	9.0			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
			40～64歳	1,583	29.8	1,583	29.8			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
			39歳以下	2,599	49.0	2,599	49.0			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	②	産業構成	第1次産業	17.5		17.5		18.4		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	13.9		13.9		25.5		15.4		25.2			
			第3次産業	68.6		68.6		56.1		79.2		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.9		79.9		79.4		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	86.2		86.2		86.4		87.0		86.4			
	④	健康寿命	男性	65.1		65.1		65.2		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	65.5		65.5		66.7		66.5		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性		106.8		107.7		104.8		97.8		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				女性		90.4		86.5		100.8		87.5			
			死因	がん		15	48.4	10	33.3	6,817	45.1	2,965	48.0		
				心臓病		8	25.8	7	23.3	4,392	29.1	1,600	25.9		
				脳疾患		5	16.1	11	36.7	2,661	17.6	893	14.5		
				糖尿病		1	3.2	1	3.3	274	1.8	187	3.0		
				腎不全		2	6.5	0	0.0	548	3.6	243	3.9		
				自殺		0	0.0	1	3.3	409	2.7	287	4.6		
				合計		9.4		13				17			
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	男性	19.2		26.1				22		13.5		厚労省HP 人口動態調査	
				女性		2.6		3.2		11.2		7.2			
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	220	19.8	246	20.4	114,751	20.1	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	4	0.4	1,910	0.3	122	0.3	105,636	0.3		
			2号認定者	6	0.4	8	0.6	2,325	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
	②	有病状況	糖尿病	55	23.1	61	24.0	25,230	21.2	10,612	18.3	1,350,152	22.1		
			高血圧症	130	55.0	145	55.3	64,783	54.6	27,224	47.1	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	70	31.2	79	31.0	31,854	26.7	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
			心臓病	147	63.4	157	60.5	73,398	61.9	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
			脳疾患	75	34.7	82	32.1	33,188	28.2	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
			がん	20	8.2	28	9.1	11,653	9.7	4,558	7.8	631,950	10.3		
			筋・骨格	129	57.8	150	57.2	63,731	53.7	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
			精神	98	41.7	95	38.9	44,036	37.1	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）	69,437		72,036		70,589		71,386		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			居宅サービス	53,496		48,902		40,981		52,569		39,662			
	④	医療費等	施設サービス	272,316		288,141		275,251		282,196		281,186		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			要介護認定別医療費（40歳以上）	9,931	認定あり	10,586	認定なし	8,457	9,703	7,980	3,816				
4	①	国保の状況	被保険者数	2,226		1,958		492,460		444,291		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			65～74歳	437	19.6	517	26.4			103,448	23.3	12,461,613	38.2		
			40～64歳	856	38.5	723	36.9			168,937	38.0	10,946,712	33.6		
			39歳以下	933	41.9	718	36.7			171,906	38.7	9,179,541	28.2		
			加入率	42.0		36.9		27.7		32.3		26.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	1	0.4	1	0.5	144	0.3	94	0.2	8,255	0.3		
			診療所数	1	0.4	1	0.5	1,108	2.2	874	2.0	96,727	3.0		
			病床数	104	46.7	104	53.1	15,468	31.4	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
			医師数	3	1.3	6	3.1	1,575	3.2	3,552	8.0	299,792	9.2		
			外来患者数	508.2		541.2		660.2		507.9		668.1		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	
			入院患者数	17.5		18.2		22.7		20.0		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	21,729	県内16位 同規模192位	24,400	県内10位 同規模168位	26,488		22,111		24,245			
			受診率	525.648		559.397		682.952		527.86		686.286			
			外費用の割合	57.2		60.0		56.6		52.4		60.1			
			来件数の割合	96.7		96.7		96.7		96.2		97.4			
			入院費用の割合	42.8		40.0		43.4		47.6		39.9			
			入院件数の割合	3.3		3.3		3.3		3.8		2.6			
			1件あたり在院日数	17.2日		17.4日		16.3日		17.1日		15.6日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名（調剤含む）	がん	56,566,860		54,437,530		24.1		17.3		25.6			
			慢性腎不全（透析あり）	67,060,910		82,925,630		23.7		9.1		16.0			
			糖尿病	27,837,860		31,706,830		9.1		10.2		7.0			
			高血圧症	28,003,480		20,776,120		5.9		9.2		6.3			
			精神	71,312,350		67,384,220		19.3		17.5		28.0			
			筋・骨格	50,357,950		34,735,380		9.9		13.1		15.2			

4

⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数42	入院の（ ）内 は在院日数	入院	糖尿病	627,400	7位	(20)	617,168	17位	(20)								KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
					高血圧	640,221	7位	(17)	619,551	16位	(20)									
					脂質異常症	431,979	39位	(23)	574,299	13位	(22)									
					脳血管疾患	659,749	21位	(24)	593,500	33位	(23)									
					心疾患	630,203	24位	(14)	593,688	31位	(17)									
					腎不全	1,264,864	3位	(17)	830,185	14位	(19)									
					精神	469,649	12位	(28)	467,626	24位	(27)									
					悪性新生物	651,122	25位	(16)	610,530	34位	(16)									
				外来	糖尿病	47,094	3位		50,742	2位										
					高血圧	41,742	1位		43,644	1位										
					脂質異常症	35,154	2位		35,985	2位										
					脳血管疾患	34,832	28位		50,665	2位										
					心疾患	66,106	8位		89,507	2位										
					腎不全	233,986	6位		257,374	2位										
					精神	44,850	1位		37,348	9位										
					悪性新生物	56,827	11位		65,378	10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	4,919			4,219			3,127		1,919		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
			健診未受診者	8,445			10,866			11,954		10,954		12,339						
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	15,966			14,625			8,685		6,836		6,742						
			健診未受診者	27,413			37,661			33,204		39,024		35,459						
⑦	健診・レセ 実合				受診勧奨者	441	63.4	403	61.2	87,076	57.0	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	396	56.9	365	55.4	79,315	51.9	49,936	51.6	4,069,618	51.5					
					医療機関非受診率	45	6.5	38	5.8	7,761	5.1	4,230	4.4	357,742	4.5					

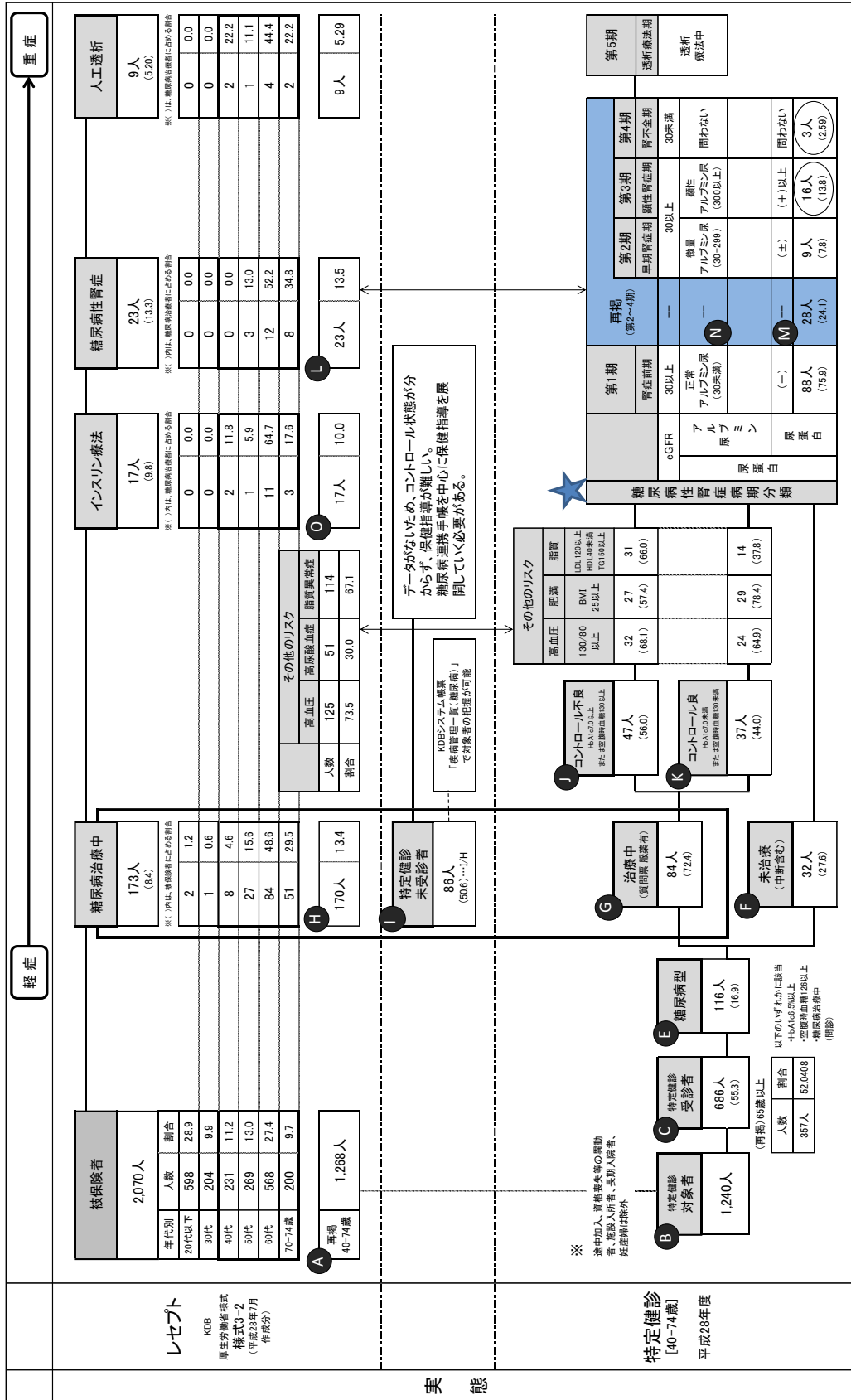
5

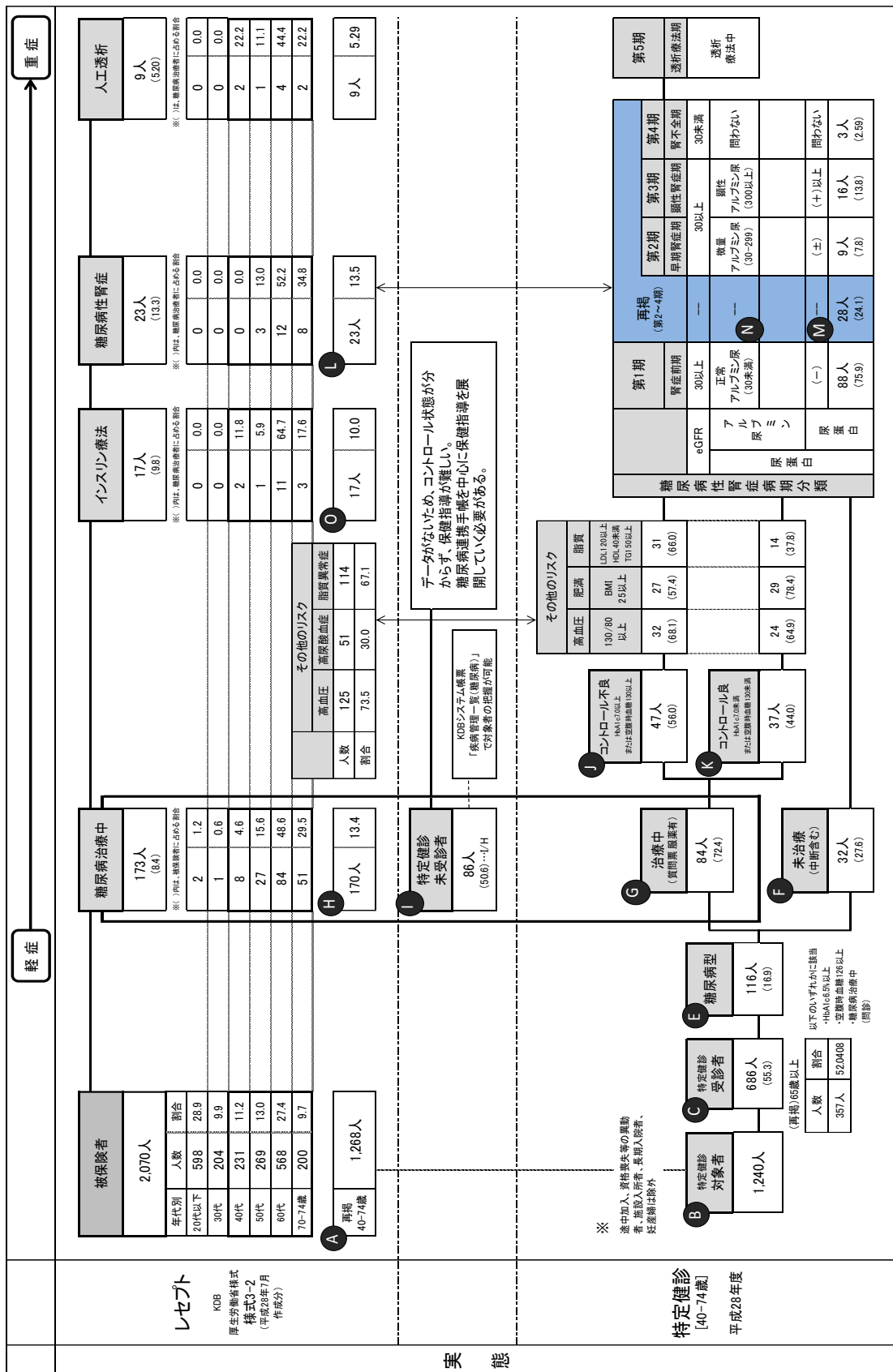
①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	メタボ	該当者	195	28.0	204	31.0	27,745	18.2	21,916	22.6	1,365,855	17.3	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題			
					男性	144	38.7	147	42.4	19,338	27.2	15,055	32.9	940,335		27.5		
					女性	51	15.7	57	18.3	8,407	10.3	6,861	13.4	425,520		9.5		
					予備群	128	18.4	111	16.8	17,604	11.5	14,505	15.0	847,733		10.7		
						男性	86	23.1	81	23.3	12,301	17.3	9,655	21.1		588,308	17.2	
						女性	42	13.0	30	9.6	5,303	6.5	4,850	9.5		259,425	5.8	
						総数	355	51.0	349	53.0	51,074	33.4	41,588	42.9		2,490,581	31.5	
					腹囲	男性	251	67.5	247	71.2	35,501	50.0	27,902	60.9		1,714,251	50.2	
						女性	104	32.1	102	32.7	15,573	19.1	13,686	26.8		776,330	17.3	
						BMI	総数	42	6.0	43	6.5	9,243	6.1	6,193		6.4	372,685	4.7
							男性	6	1.6	5	1.4	1,548	2.2	901		2.0	59,615	1.7
					女性		36	11.1	38	12.2	7,695	9.4	5,292	10.4		313,070	7.0	
					血糖のみ		7	1.0	10	1.5	1,199	0.8	913	0.9		52,296	0.7	
					血圧のみ	91	13.1	73	11.1	12,440	8.1	10,137	10.5	587,214		7.4		
					脂質のみ	30	4.3	28	4.2	3,965	2.6	3,455	3.6	208,214		2.6		
					血糖・血圧	25	3.6	25	3.8	4,996	3.3	3,328	3.4	212,002		2.7		
					血糖・脂質	9	1.3	10	1.5	1,510	1.0	1,228	1.3	75,032		0.9		
					血圧・脂質	101	14.5	102	15.5	12,772	8.4	10,556	10.9	663,512		8.4		
					血糖・血圧・脂質	60	8.6	67	10.2	8,467	5.5	6,804	7.0	415,310		5.3		

6

②	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	233	33.5	242	36.7	54,561	35.7	35,736	36.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	68	9.8	83	12.6	12,934	8.5	8,886	9.2	589,711	7.5		
			脂質異常症	143	20.5	158	24.0	34,459	22.6	19,747	20.4	1,861,221	23.6		
			既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	23	3.3	28	4.4	4,709	3.3	2,781	3.2	246,252		3.3
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	50	7.3	45	7.0	8,283	5.7	3,985	4.5	417,378		5.5
				腎不全	1	0.1	2	0.3	1,800	1.2	477	0.5	39,184		0.5
				貧血	21	3.2	28	4.5	12,100	8.4	5,051	6.2	761,573		10.2
			喫煙	117	16.8	116	17.6	23,837	15.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	16	14.4	19	20.4	10,687	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7		
			週3回以上食後間食	16	14.4	13	14.0	18,294	13.1	9,397	16.7	803,966	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	28	25.2	19	20.4	22,957	16.4	13,503	23.9	1,054,516	15.5		
			食べる速度が速い	28	26.4	20	22.0	37,935	27.2	17,001	31.4	1,755,597	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増加	53	47.7	49	52.7	46,884	33.5	25,674	46.4	2,192,264	32.1		
			1回30分以上運動習慣なし	79	71.2	55	59.1	92,124	65.7	32,954	57.5	4,026,105	58.8		
			1日1時間以上運動なし	53	47.7	42	45.2	67,794	48.5	27,541	49.9	3,209,187	47.0		
			睡眠不足	43	38.7	32	34.4	32,751	23.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1		
毎日飲酒	118	28.6	113	41.1	37,751	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6					
時々飲酒	112	27.2	110	40.0	31,060	21.4	18,519	28.7	1,628,466	22.1					
④	一日 飲酒 量	1合未満	104	33.1	103	33.4	57,553	59.5	22,185	50.1	3,333,836	64.0			
		1～2合	121	38.5	110	35.7	25,692	26.5	12,695	28.7	1,245,341	23.9			
		2～3合	51	16.2	44	14.3	10,133	10.5	5,994	13.5	486,491	9.3			
		3合以上	38	12.1	51	16.6	3,402	3.5	3,885	7.6	142,733	2.7			

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(永年)

地区	追加 年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度 末年齢	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考
	H24					男	46	糖	服薬 HbA1c	11	10.1	9.9	9	
	H24					男	57	CKD	重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	
	H24					男	59	糖	服薬 HbA1c	6.6	6.7	6.2	6.1	5.9
	H24					男	59	CKD	重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1
	H24					男	59	糖	服薬 HbA1c	6.7		7.8		
	H24					男	59	CKD	重症度分類	G2A1		G2A1		

糖尿病管理台帳からの年度計画(宜野座村)

【参考資料 4】

考え方	ポイント	地区担当が実施すること	専門職や 他への紹介
①糖尿病管理台帳作成 ↓ 年1回 健診データを入れ込む ↓ ポイントごとに整理してから ↓ 台帳に載っている人全てに関わる ②台帳に年間を通じて情報を入れ込む ↓ 地区担当が必要になる (保健師活動指針) ↓ ・継続的に訪問するためには地区担当制 が必要になる ・地区担当者が変わっても継続して関わる ↓ 糖尿病の問題性 (図1にあるように) ・心・脳ですでに起っているケースもある ・腎でも起る ↓ 治療してもコントロールが悪い ↓ ★糖尿病の治療とは何か	糖尿病台帳の全体数 (162)名 ①健診未受診者 (82)名 ②未治療者 (19)名 ③HbA1cが悪化している (29)名 ④尿蛋白 (一)(64)名 (±)(2)名 (+)(13)名 ⑤eGFR 値の変化 1年で25%以上低下 (2)名 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (9)名 ⑥①にも関係するが 記入すべき内容 —— 備考欄に ①死亡、その原因 ②脳・心疾患 — 手術 ③透析 ④痛 など	確認すること ①レセプトで治療しているかどうか ②他の保険者に行っているかどうか レセプトを確認 訪問・面談か — 保健指導 他のリスク(血圧・メタボなど) 尿アルブミン検査 — 腎症予防のための の情報を記入込む 腎性腎症 値の変化 1年で25%以上低下 (2)名 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (9)名	後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ 後期へ27名 社保へ9名 経年表でみていく 原アルブミン検査の継続 栄養士中心 ↓ 各種専門職 ↑ 腎専門医 死亡 1名

【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	9	都道 府県	沖縄県	市町村名	宜野座村				
項目				突 合 表	保 険 者						同規模保険者(平均) 28年度同規模保険者数238	データ基		
					28年度		29年度		30年度					
					実数	割合	実数	割合	実数	割合			実数	割合
1	①	被保険者数		A	2,070人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳			1,268人									
2	①	特定健診	対象者数	B	1,240人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書			
	②		受診者数		686人									
	③		受診率		55.3%									
3	①	特定 保健指導	対象者数		136人									
	②		実施率		60.3%									
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	116人	16.9%						特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	32人	27.6%							
	③					治療中(質問票 服薬あり)	G	84人	72.4%					
	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			47人	56.0%					
	⑤					血圧 130/80以上	32人	68.1%						
	⑥								肥満 BMI25以上	27人	57.4%			
	⑦					コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	37人					44.0%	
	⑧		第1期 尿蛋白(－)		M	88人		75.9%						
	⑨					第2期 尿蛋白(±)		9人	7.8%					
	⑩									第3期 尿蛋白(＋)以上	16人		13.8%	
	⑪					第4期 eGFR30未満	3人	2.6%						
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		83.6人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		134.1人									
	③		レセプト件数 (40-74歳) ()内は被保険者千対		入院外(件数)	881件	(710.5)				1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④					入院(件数)	8件	(6.5)				9件		(5.4)
	⑤		糖尿病治療中		H	173人	8.4%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥		(再掲)40-74歳			170人	13.4%							
	⑦				健診未受診者			I	86人	50.6%				
	⑧		インスリン治療		O	17人	9.8%							
	⑨		(再掲)40-74歳			17人	10.0%							
	⑩				糖尿病性腎症			L	23人	13.3%				
	⑪		(再掲)40-74歳		23人	13.5%								
	⑫						慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	9人	5.20%					
	⑬		(再掲)40-74歳		9人	5.29%								
	⑭						新規透析患者数	3	1.7					
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2	1.2								
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	1.4%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー					
6	①	医療費	総医療費		5億8928万円					6億7140万円	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		3億4949万円					3億8078万円				
	③		(総医療費に占める割合)		59.3%					56.7%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		健診受診者	14,625円						8,685円		
	⑤					健診未受診者	37,661円						33,204円	
	⑥		糖尿病医療費		3171万円					3885万円				
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.1%					10.2%				
	⑧		糖尿病入院外総医療費		1億1260万円									
	⑨		1件あたり		50,742円									
	⑩		糖尿病入院総医療費		8393万円									
	⑪		1件あたり		617,168円									
	⑫				在院日数	20日								
	⑬		慢性腎不全医療費		8391万円					3708万円				
	⑭		透析有り		8293万円					3468万円				
	⑮				透析なし	98万円						240万円		
7	①	介護	介護給付費		3億6652万円					7億5295万円				
	②		(2号認定者)糖尿病合併症											
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		1人	1.8%				1人	1.0%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）

発症予防

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク（リスクの重ねかけやリスクの期間で推測）

問診

- 年齢・性別（男45歳以上/女55歳以上）
- 家族歴（両親、祖父、兄弟、姉妹における①突然死
- ②若年発症の虚血性心疾患
- ③高血圧、糖尿病、脂質異常症

既往歴（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）

喫煙

ストレス（職場環境、生活リズムの変化など）

閉経（年齢）

冠動脈の狭窄

冠動脈の形成

メタボリックシンドローム（高インスリンの期間で予測）

20歳の体重（15%以上の増加）

内臓脂肪の蓄積

高中性脂肪、低HDL

血圧高値

耐糖能異常、高血糖

大血管障害要因

糖尿病

高血圧

高LDLコレステロール

CKD

大血管障害要因

特にG3a以降は血管リスクが高い

健康診断

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（冠れん縮）狭心症

労作性狭心症

不安定狭心症

症状の現れ方

自覚症状

所見初

所見初

症状

心臓図

心臓異常・心筋障害

臓器障害

心筋梗死

急性心筋梗塞

狭心症

異型（

【附录五】

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況			対象者		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
①	心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
②	問診	☐ 自覚症状なし ☐ 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 ☐ 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 ☐ 喫煙			☐ 症状あり ☐ 少なくとも15秒以上の症状が持続 ☐ 同じような状況で症状がある ☐ 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸や肩、歯へ放散する痛み ☐ 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。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			発症予防対象者		
判定		正常	軽度	重度		追加評価項目	
メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～				
	☐ BMI	～24.9	25～				
	☐ 中性脂肪	空腹	～149	150～299			300～
		食後	～199	200～			
	☐ nonHDL-C	～149	150～169	170～			
	☐ AST	～30	31～50	51～		【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比	
	☐ 血糖	空腹	～99	100～125			126～
		食後	～139	140～199			200～
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
	☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
☐ 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	☐ 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
	拡張期	～84	85～89	90～			
④	☐ LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR			60未満				
尿蛋白		(-)	(+)～				
☐ CKD重症度分類			G3aA1～				
その他		☐ 閉経 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 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

【参考資料 8】

血圧評価表

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														
						メタボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28		
												治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期	治療 有無	収縮期	拡張期
			男	44	該当者	5.9	122	99.4	—	10		153	118													
			男	51	なし	5.4	115	64.5	—	6.7		155	110		139	98					145	94				
			女	73	なし	5.2	101	57.3	—	4.1	○	150	90		166	106		171	96		156	103		187	104	
			男	59	該当者	6.2	72	85.4	—	9.1		149	112	○	171	112		160	90		180	110				
			男	54	予備群	5.5	121	73.8	—	7.4				○	181	112				○	163	111	○	164	108	
			女	73	なし	5.7	112	68.5	—	6	○	161	71	○	180	90	○	184	98	○	166	91				
			男	57	該当者	5.2	126	60.8	—	6.1		144	89		154	114		176	109	○	142	100	○	125	90	
			女	67	該当者	6	106	87.7	±	6.4								181	103				○	154	88	
			男	73	該当者	5.5	159	77.6	+	7.3		144	86		193	102		159	80					160	90	
			男	68	該当者	7.8	86	71.8	—	7		141	81		147	99		149	95		154	101		160	110	

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

名前	生年月日	年齢	性別	特定健診その他のECG所見とセプト										その他心疾患			備考	帰結
				H26年度			H27年度			H28年度				全 心 不	心 疾患 併 発 症	所 見 症		
		69	男	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	○	-	-			
				ST低下・Q波T波		脳梗塞	ST低下			心房伝導障害								
				発作性心房細動	H23.2.5	H24.8.16												
				薬	内服開始	健診受診	●	薬	内服開始	健診受診								
				ワーファリン	H24.5	① 治療中	ワーファリン	① 治療中	ワーファリン	① 治療中								
				NOAK	-	2 治療開始(月～)	NOAK	2 治療開始(月～)	NOAK	2 治療開始(月～)								
				APA	-	3 中断(月～)	APA	3 中断(月～)	APA	3 中断(月～)								
				抗不整脈薬	-	4 受診のみ	抗不整脈薬	4 受診のみ	抗不整脈薬	4 受診のみ								
				病院	5 病院受診無	病院	5 病院受診無	病院	5 病院受診無									
						72	男	その他のECG所見	診療開始	脳梗塞	その他のECG所見	診療開始						脳梗塞
洞性徐脈・健忘・不安の疑い		脳梗塞	低電位							正常範囲								
発作性心房細動	H22.5.10	H22.4.7																
薬	内服開始	健診受診	●					薬	内服開始	健診受診								
ワーファリン	-	① 治療中	ワーファリン					① 治療中	ワーファリン	① 治療中								
NOAK	-	2 治療開始(月～)	NOAK					2 治療開始(月～)	NOAK	2 治療開始(月～)								
APA	H24.5	3 中断(月～)	APA					3 中断(月～)	APA	3 中断(月～)								
抗不整脈薬	-	4 受診のみ	抗不整脈薬					4 受診のみ	抗不整脈薬	4 受診のみ								
病院	5 病院受診無	病院	5 病院受診無					病院	5 病院受診無									

平成30年度に向けての全体評価

評価(良くなったところ)					⑤ 残っている課題 (構造)
課題・目標	① プロセス(過程)	② アウトプット (事業実施量)	③ アウトカム (結果)	④ ストラクチャー (構造)	
目 標 ○特定健診受診率 H29目標 60% ○特定保健指導実施率 H29目標 65% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ○医療費の伸びを抑える	未受診者対策 ・通院中の方に未受診が多いことから、村内・近隣の医療機関へ定期通院者への特定健診受診勧奨を依頼した。 ・特定健診対象時点(40歳)で、保健推進員による受診勧奨実施 ・昨年度受診者への電話勧奨 ・50代5年未受診者への訪問による受診勧奨・健康づくり推進協議会等での各種団体長への協力依頼	未受診者対策 ・未受診者訪問実施状況 ・医療機関での受診勧奨状況	未受診者対策 ・特定健診受診率 ・未受診者訪問後の受診者数、個々の受診状況 ・医療機関アプローチ後の受診者数	地区分担制 保健師2人(1人 育休・補充見つけからず) 重症化予防のため、嘱託保健師の増員を予定していたが、見つからず 管理栄養士(嘱託)1人 重症化予防対策をすすめるうえで、栄養士の役割は重要である。現在嘱託の体制であり、栄養士確保も検討していく	
未受診者対策 ・受診率は横ばい ・医療機関の協力等による取り組み ・特定健診対象になった年齢での訪問による受診勧奨	重症化予防対策 ・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化から優先順位を見えていく必要がある。糖尿病管理台帳を作成、活用し、対象者の優先順位をつけ、重症化予防につなげる。 ・これまでは治療中の方は、優先度が低かったが、今年度は治療中の方にも、介入するようにした。糖尿病手帳を持っている人は少ない状況。	重症化予防対策 ・保健指導、栄養指導実施状況	重症化予防対策 ・保健指導実施者の翌年の健診結果状況 ・保健指導後の受診(服薬、検査等状況) ・集団、個別の経年評価	未受診者対策 ・未受診者訪問対象者の検討(5年未受診者、健診中断者の継続受診勧奨等) ・ポピュレーションの取り組み検討	
重症化予防対策 ・糖尿病管理台帳活用 ・糖尿病手帳を活用してのかかりつけ医との連携	医療とのつながり ・CKD連携様式を使用している活用ができていない。	医療とのつながり ・CKD連携様式使用状況 ・個々の医療機関との連携状況	重症化予防対策 ・CKD連携様式にてすすめた専門医への受診状況 ・医療機関との連携状況	重症化予防対策 ・保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況等) ・保健事業の目標、評価指標の検討(健診、検査値の改善状況、受診行動等)相性疾患ごとに検討	
医療とのつながり ・未受診者対策としての、医療機関と協力依頼実施。個々の具体的な連携は不十分である	医療とのつながり ・事例を積み重ねて、協力体制を広げていく				

【参考文献 10】