第２期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月　　南風原町

第２期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第１章　保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項　・・・・・・・・1
1.背景・目的
2.計画の位置付け
3.計画期間
4.関係者が果たすべき役割と連携
5.保険者努力支援制度

第２章　第１期計画に係る評価及び考察と
第２期計画における健康課題の明確化・・・・・・・・・7
1.第１期計画に係る評価及び考察
2.第２期計画における健康課題の明確化
3.目標の設定

第３章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)　・・・・・・・・・・・・・23
1.第三期特定健診等実施計画について
2.目標値の設定
3.対象者の見込み
4.特定健診の実施
5.特定保健指導の実施
6.個人情報の保護
7.結果の報告
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第４章　保健事業の内容　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
Ⅰ保健事業の方向性
Ⅱ重症化予防の取組
1.糖尿病性腎症重症化予防
2.虚血性心疾患重症化予防
3.脳血管疾患重症化予防
Ⅲポピュレーションアプローチ
第５章　地域包括ケアに係る取組　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
第６章　計画の評価・見直し　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・52
第７章　計画の公表・周知及び個人情報の取扱い　・・・・・・・・・・・・・54
参考資料　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55

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ます。

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ました。

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、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い制度の安定化を図ることとされ、市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととなりました。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化を図るため、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、新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなりました。

こうした背景を踏まえ、「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」（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部改正等により、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されました。

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

２．計画の位置付け

計画は、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こととします。

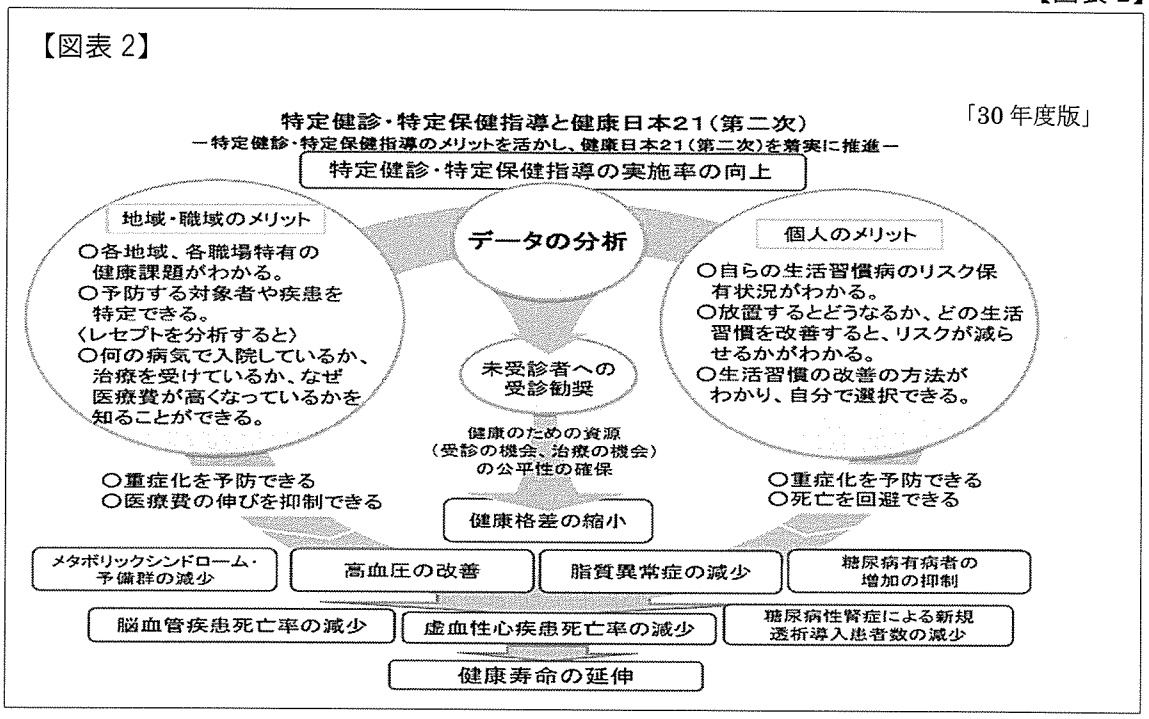
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表１・２・３）

【図表 1】

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

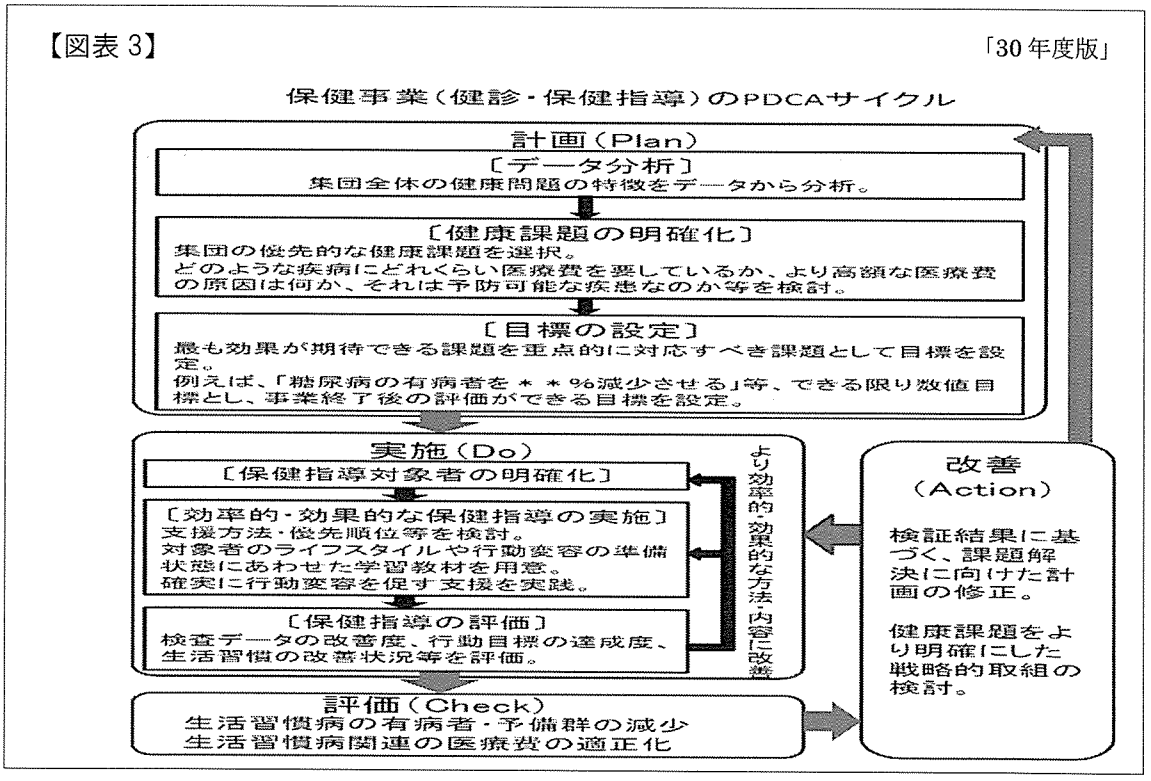
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
		※ 健康増進事業実施者 とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)等	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年8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29年 介護保険事業に係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 保険局 平成29年3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 医政局 平成29年3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、社会保障制度が維持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指とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を防え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の枠内の財制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、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効果とするものを、対象に絞り込むために行うものである。	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、保険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。 被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られること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、要介護状態または要支援状態となることの予防又は、要介護状態等の軽減しくは悪化の防止を目立としている	国民皆保険を堅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にしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない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確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、壮年期、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最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青年(壮年)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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	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) がん末期 初老期の認知症、早老症 寝たきり パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、神経筋疾患 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	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	※53項目中　特定健診に関係する項目15項目 ①脂質異常症・高血圧心疾患の有無関連要因二項 ②自覚症(喫煙関係型要因による冬期気温低下時入院患者数) ③治療継続者の割合 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の重症化 ⑥喫煙関係関連 ⑦特定健診・特定保健指導の実施率 ⑧メタボ予備群・メタボ該当者 ⑨高血圧・糖尿病関係 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な栄養・食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣の定着 ⑭成人の喫煙率 ⑮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(特定健診の実施率を補完する) 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・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度評価分】を減額し、保険料率決定	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 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・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、保険者との連携	

【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、国指針第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 年間とします。

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

本町においては、国保年金課が主体となり計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため、特に保健福祉課の保健師等の専門職と連携をして計画策定を進めます。

具体的には、高齢者医療部局（保健福祉課高齢者福祉班）、保健衛生部局（保健福祉課健康づくり班）、介護保険部局（保健福祉課高齢者福祉班）企画部局（企画財政課）、生活保護部局（こども課）とも十分連携することとします。

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・標準化する体制を整えることとします。（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・協力が重要である。

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。

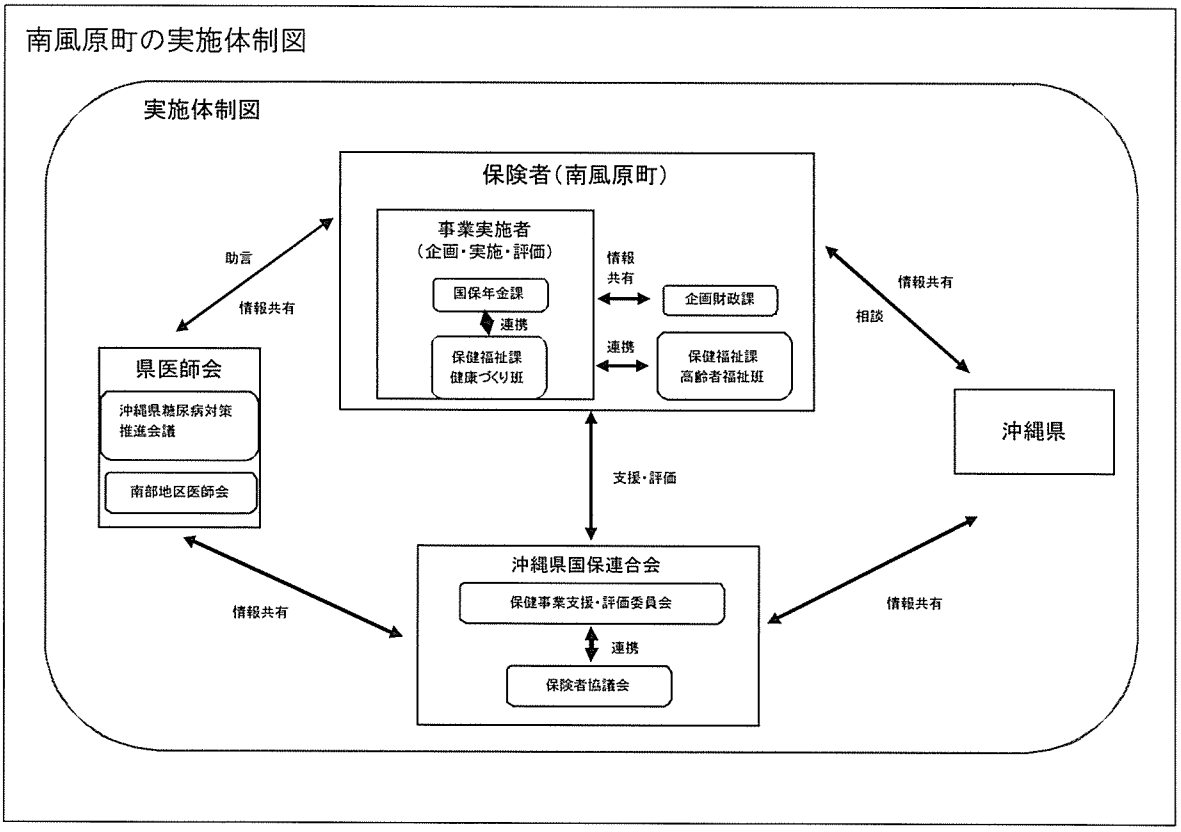
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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。

【図表 4】



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)

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		2016年度 H28年度 配点		2017年度 H29年度 配点		2018年度 H30年度 配点	
		南風原町	加点	南風原町	加点	南風原町	加点
交付額(万円)		595				1923	
全国順位(1,741市町村中)		121					
共通①	特定健診受診率	15	20	15	35	25	50
	特定保健指導実施率	20	20	20	35	30	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	20	10	35	20	50
共通②	がん検診受診率	10	10	20	20	30	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	10	0	15	0	25
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	40	70	70	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	30	30	40	40
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	20	20	15	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	20	0	45	0	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	10	25	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	7	15	7	25	10	35
	後発医薬品の使用割合	15	15	25	30	35	40
固有①	収納率向上に関する取組実施状況	15	40	30	70	50	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5	13	15	21	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	10	24	30	32	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					35	50
体制構築加点(A)		70	70	70	70	60	60
全体	体制構築加点含まず(B)	187	275	319	510	573	790
	体制構築加点含む(C)=(A)+(B)	257	345	389	580	633	850

H30.3現在

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

①人口および国保被保険者の状況（参考資料 1-1）

本町の人口は、平成 25 年度に比べ、平成 28 年度（H27 国勢調査）では、2,402 人増加し、65 歳以上の高齢者の割合も増加している。高齢化率 17.2%と、全国、同規模平均に比べると低いが、徐々に高齢化が進んでいる。

国保被保険者数は減少しており、平成 28 年度では 9,819 人と 1 万人を切り、加入率も 28.0%と 3 割を切っている。

【参考資料 1-1】

人口構成と国保被保険者の状況			H25		H28		H28					
			南風原町		南風原町		同規模平均		沖縄県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
人口構成 H25:KDB H28町:H27国勢調査	総人口		35,100		37,502		4,840,962		1,373,576		124,852,975	
		65歳以上（高齢化率）	5,220	14.9	6,383	17.2	1,107,232	22.9	239,486	17.4	29,020,766	23.2
		75歳以上	2,437	6.9					119,934	8.7	13,989,864	11.2
		65～74歳	2,783	7.9					119,552	8.7	15,030,902	12.0
		40～64歳	11,236	32.0					448,207	32.6	42,411,922	34.0
		39歳以下	18,644	53.1					685,883	49.9	53,420,287	42.8
国保の状況	被保険者数		10,895		9,819		1,198,062		444,291		32,587,866	
		65～74歳	2,140	19.6	2,395	24.4			103,448	23.3	12,461,613	38.2
		40～64歳	4,211	38.7	3,603	36.7			168,937	38.0	10,946,712	33.6
		39歳以下	4,544	41.7	3,821	38.9			171,906	38.7	9,179,541	28.2
	加入率		31.0		28.0		25.1		32.3		26.9	

KDBシステム 人口の状況、健康・医療・介護データからみる地域の健康課題、H27国勢調査より

②死亡の状況（参考資料 1-2）

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

【参考資料 1-2】

死亡の状況			H25		H28		H28					
			南風原町		南風原町		同規模平均		沖縄県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	87.9		83.2		98.8		97.8		100	
		女性	73.6		77.8		98.9		87.5		100	
	死因	がん	58	57.4	66	53.2	13,676	49.0	2,965	48.0	367,905	49.6
		心臓病	22	21.8	29	23.4	7,410	26.6	1,600	25.9	196,768	26.5
		脳疾患	9	8.9	13	10.5	4,436	15.9	893	14.5	114,122	15.4
		糖尿病	2	2.0	5	4.0	538	1.9	187	3.0	13,658	1.8
		腎不全	1	1.0	3	2.4	920	3.3	243	3.9	24,763	3.3
		自殺	9	8.9	8	6.5	924	3.3	287	4.6	24,294	3.3
早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		42	24.7	40	17.4			1,989	17.0	136,944	10.5
		男性	34	37	26	20.5			1,386	22.0	91,123	13.5
		女性	8	10.3	14	13.6			603	11.2	45,821	7.2

KDBシステム 地域全体像の把握、厚労省HP　人口動態調査より

③介護保険の状況（参考資料 1-3）

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

【参考資料 1-3】

介護保険および認定者の有病状況		H25		H28		H28					
		南風原町		南風原町		同規模平均		沖縄県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
介護保険	1号認定者数（認定率）	951	17.5	1,038	20.1 ↑	214,304	19.5	54,602	22.9	5,885,270	21.2
	新規認定者	21	0.3	1	0.2	3,881	0.3	122	0.3	105,636	0.3
	2号認定者	52	0.4	52	0.5 ↑	5,773	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4
有病状況	糖尿病	190	20.1	253	21.6	50,726	22.7	10,612	18.3	1,350,152	22.1
	高血圧症	463	46.1	522	46.5	116,656	52.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9
	脂質異常症	224	23.6	306	26.3	62,464	27.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4
	心臓病	522	51.3	589	51.6	132,934	59.8	30,191	52.3	3,529,682	58.0
	脳疾患	270	27.2	296	25.8	59,484	26.9	15,052	26.1	1,538,683	25.5
	がん	93	7.9	105	8.9	22,320	9.9	4,558	7.8	631,950	10.3
	筋・骨格	462	44.8	501	45.3	114,481	51.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3
	精神	299	30.3	353	30.7	80,074	35.8	19,275	33.0	2,154,214	35.2
介護給付費	1件当たり給付費（全体）	75,311		77,321 ↑		62,901		71,386		58,284	
	居宅サービス	52,486		55,282		40,734		52,569		39,662	
	施設サービス	286,491		278,944		277,659		282,196		281,186	

KDBシステム 地域全体像の把握より

④医療費、特定健診の状況（参考資料 1-4）

医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関非受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、国と比較すると外来の費用の割合は低く、入院の費用の割合は高い状況である。

【参考資料 1-4】

医療費、特定健診の状況			H25		H28		H28					
			南風原町		南風原町		同規模平均		沖縄県		国	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費の状況	一人当たり医療費		22,331	県内10位 同規模121位	23,731	県内18位 同規模135位	25,606		22,111		24,245	
	受診率		540.492		564.667 ↑		712.241		527.86		686.286	
	外来	費用の割合	48.5		51.2 ↑		59.2		52.4		60.1	
		件数の割合	95.9		96.1		97.2		96.2		97.4	
	入院	費用の割合	51.5		48.8 ↓		40.8		47.6		39.9	
		件数の割合	4.1		3.9		2.8		3.8		2.6	
	1件あたり在院日数		18.1日		16.9日		15.8日		17.1日		15.6日	
健診・レセ突合	受診勧奨者		1,483	53.4	1,256	52.6	189,579	56.6	54,156	55.9	4,427,425	56.1
		医療機関受診率	1,341	48.3	1,152	48.2	174,395	52.1	49,928	51.6	4,069,632	51.5
		医療機関非受診率	142	5.1	104	4.4 ↓	15,184	4.5	4,228	4.4	357,793	4.5
特定健診の状況	健診受診者		2,776		2,388		334,747		96,812		7,898,602	
		受診率	46.7	県内17位 同規模30位	43.8 ↓	県内16位 同規模59位	40.6		37.5	全国25位	36.4	

KDBシステム 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題、地域全体像の把握より

（２）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 6）

1 件あたり介護給付費を平成 25 年度と平成 28 年度で比較してみると本町では増加しているが、同規模平均では減少している。要介護認定状況と合わせて検討していく必要がある。

【図表 6】

介護給付費の変化

年度	南風原町				同規模平均		
	介護給付費（万円）	1件当たり給付費（円）	1件当たり給付費		1件当たり給付費（円）	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	16億8118万円	74,626	51,692	286,857	65,193	41,572	283,169
平成28年度	17億6316万円↑	77,321↑	55,282↑	278,944↓	62,901	40,734	277,659

②医療費の状況（図表 7）

一人当たり総医療費の平成 25 年度と平成 28 年度の全体の伸び率を比較すると、本町は同規模平均に比べ抑制できていることがわかった。入院・入院外の内訳をみると、同規模と比べ入院の伸び率を抑制し、入院外を伸ばしている。

【図表 7】

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	29億4,770万円				15億1,732万円				14億3038万円			
	H28年度	28億4,918万円	△9,852万円	-3.34	-1.13	13億8,901万円	△1億2831万円	-8.46	-1.25	14億6017万円	+2,979万円	2.08	-1.04
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	22,330				11,490				10,840			
	H28年度	23,730	1,400	6.27	8.75	11,570	80	0.7	8.6	12,160	1,320	12.2	8.8

※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最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

本町の総医療費は、一人あたり医療費で平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると増加していた。中長期・短期目標医療費計をみても国は平成 25 年度から平成 28 年度を比較して割合を下げたものの、本町は一人あたり医療費で算出すると上がっていた。その背景として、慢性腎不全の一人あたり医療費が国・県と比較して増加したことが考えられる。

中長期目標の共通リスクである糖尿病・高血圧・脂質異常症（短期目標疾患）への早期介入により、腎臓・脳・心臓の臓器障害を予防していくことが必要である。短期目標である糖尿病・高血圧・脂質異常症の総医療費に占める割合はいずれも国に比較すると低いことがわかった。但し、医療費には調剤も含まれるため、ジェネリック医薬品の使用状況も踏まえないといけない。図表 10 の糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者割合も併せて、検討していく必要がある。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

※平成25年度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費）　単位：万円

		総医療費		被保険者数（人）	一人あたり医療費（円） 金額	順位 所属構	順位 県内	（中長期・短期）目標疾患医療費計			中長期目標疾患 腎 慢性腎不全（透析有）			腎 慢性腎不全（透析無）			脳 脳梗塞 脳出血			心 狭心症 心筋梗塞		
南風原町	H25	29億4770	100	10,895	22,331	123位	10位	6億5288	100	22.1%	2億3846	100	8.09%	329	100	0.11%	7,451	100	2.53%	5,759	100	1.95%
	H28	28億4918	107	9,819	23,731	135位	18位	5億9146	101	20.8%	2億5841	120	9.07%	392	132	0.14%	4,021	60	1.41%	3,739	72	1.31%
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	--	--	271億1039	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%

		短期目標疾患 糖尿病			高血圧			脂質異常症			新生物			精神疾患			筋・骨疾患		
南風原町	H25	9,521	100	3.23%	1億2313	100	4.18%	6,066	100	2.06%	2億7865	100	9.45%	5億0548	100	17.15%	1億9020	100	6.45%
	H28	9,471	110	3.32%	8,989	81	3.16%	6,689	122	2.35%	3億0780	123	10.80%	4億1395	91	14.53%	2億0360	119	7.15%
沖縄県	H25	46億4875	100	3.86%	57億2081	100	4.75%	24億4918	100	2.03%	102億7436	100	8.53%	192億4763	100	15.98%	83億6055	100	6.94%
	H28	45億9477	109	3.81%	41億3091	80	3.43%	22億6492	102	1.88%	114億1333	123	9.47%	185億2469	106	15.38%	86億8795	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%	4,606億円	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

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

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患（様式 3-5）における平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、脳血管疾患の割合は減少しているが、人工透析の割合は増加していた。また共通するリスクである高血圧・糖尿病の割合は減少しているため、治療中断がなかったか確認していく必要がある。

人工透析（様式 3-7）における平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、脳血管疾患の割合は減少しているが、虚血性心疾患の割合が増加していた。人工透析に占める高血圧及び糖尿病の割合が高く、64 歳以下では高血圧の割合が 96.0%と特に高いことがわかった。

【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		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11040	289	2.6	87	30.1	19	6.6	242	83.7	147	50.9	194	67.1
	64歳以下	8982	115	1.3	25	21.7	13	11.3	97	84.3	57	49.6	59	51.3
	65歳以上	2058	174	8.5	62	35.6	6	3.4	145	83.3	90	51.7	135	77.6
H28	全体	10205	273	2.7	73	26.7	19	7.0	228	83.5	124	45.4	199	72.9
	64歳以下	7876	92	1.2	17	18.5	11	12.0	71	77.2	44	47.8	60	65.2
	65歳以上	2329	181	7.8	56	30.9	8	4.4	157	86.7	80	44.2	139	76.8

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		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11040	369	3.3	87	23.6	19	5.1	288	78.0	144	39.0	222	60.2
	64歳以下	8982	147	1.6	25	17.0	11	7.5	112	76.2	57	38.8	68	46.3
	65歳以上	2058	222	10.8	62	27.9	8	3.6	176	79.3	87	39.2	154	69.4
H28	全体	10205	377	3.7	73	19.4	13	3.4	289	76.7	143	37.9	256	67.9
	64歳以下	7876	143	1.8	17	11.9	9	6.3	104	72.7	59	41.3	86	60.1
	65歳以上	2329	234	10.0	56	23.9	4	1.7	185	79.1	84	35.9	170	72.6

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		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11040	43	0.4	19	44.2	19	44.2	37	86.0	17	39.5	15	34.9
	64歳以下	8982	29	0.3	11	37.9	13	44.8	25	86.2	12	41.4	7	24.1
	65歳以上	2058	14	0.7	8	57.1	6	42.9	12	85.7	5	35.7	8	57.1
H28	全体	10205	42	0.4	13	31.0	19	45.2	39	92.9	19	45.2	19	45.2
	64歳以下	7876	25	0.3	9	36.0	11	44.0	24	96.0	11	44.0	8	32.0
	65歳以上	2329	17	0.7	4	23.5	8	47.1	15	88.2	8	47.1	11	64.7

（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である糖尿病（様式 3-2）・高血圧（様式 3-3）・脂質異常症（様式 3-4）について、平成 25 年度と平成 28 年度を比較してみると、糖尿病（様式 3-2）においては、糖尿病治療者は増加しているが、人工透析、糖尿病性腎症の割合も増加していることから、糖尿病重症化予防の視点での早期介入を強化していく必要がある。

糖尿病（様式 3-2）・高血圧（様式 3-3）・脂質異常症（様式 3-4）のどちらも人工透析の割合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。

図表 8 の医療費に占める割合から、治療者割合は平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると維持または増加させているが、国との医療費に占める割合から、糖尿病・高血圧・脂質異常症への対象者に応じた受診勧奨、保健指導を行い、早期介入を強化していく必要がある。

【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		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11040	742	6.7	50	6.7	548	73.9	503	67.8	147	19.8	144	19.4	17	2.3	56	7.5
	64歳以下	8982	359	4.0	28	7.8	252	70.2	228	63.5	57	15.9	57	15.9	12	3.3	30	8.4
	65歳以上	2058	383	18.6	22	5.7	296	77.3	275	71.8	90	23.5	87	22.7	5	1.3	26	6.8
H28	全体	10205	730	7.2	46	6.3	531	72.7	529	72.5	124	17.0	143	19.6	19	2.6	90	12.3
	64歳以下	7876	325	4.1	20	6.2	223	68.6	207	63.7	44	13.5	59	18.2	11	3.4	44	13.5
	65歳以上	2329	405	17.4	26	6.4	308	76.0	322	79.5	80	19.8	84	20.7	8	2.0	46	11.4

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11040	1548	14.0	548	35.4	827	53.4	242	15.6	288	18.6	37	2.4
	64歳以下	8982	753	8.4	252	33.5	367	48.7	97	12.9	112	14.9	25	3.3
	65歳以上	2058	795	38.6	296	37.2	460	57.9	145	18.2	176	22.1	12	1.5
H28	全体	10205	1433	14.0	531	37.1	869	60.6	228	15.9	289	20.2	39	2.7
	64歳以下	7876	605	7.7	223	36.9	320	52.9	71	11.7	104	17.2	24	4.0
	65歳以上	2329	828	35.6	308	37.2	549	66.3	157	19.0	185	22.3	15	1.8

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	11040	1140	10.3	503	44.1	827	72.5	194	17.0	222	19.5	15	1.3
	64歳以下	8982	545	6.1	228	41.8	367	67.3	59	10.8	68	12.5	7	1.3
	65歳以上	2058	595	28.9	275	46.2	460	77.3	135	22.7	154	25.9	8	1.3
H28	全体	10205	1212	11.9	529	43.6	869	71.7	199	16.4	256	21.1	19	1.6
	64歳以下	7876	502	6.4	207	41.2	320	63.7	60	12.0	86	17.1	8	1.6
	65歳以上	2329	710	30.5	322	45.4	549	77.3	139	19.6	170	23.9	11	1.5

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、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。特に女性は BMI、腹囲、GPT も増加している。

また、「メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握」で比較すると予備群は減少しているものの、該当者は増加していることから、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。メタボリックシンドロームに対する保健指導は継続して重要であると考える。

【図表 11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省6-2～6-7)　☆No.23帳票

男性		BMI 25以上		腹囲 85以上		中性脂肪 150以上		GPT 31以上		HDL-C 40未満		空腹時血糖 100以上		HbA1c 5.6以上		尿酸 7.0以上		収縮期血圧 130以上		拡張期血圧 85以上		LDL-C 120以上		クレアチニン 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	543	41.6	739	56.6	380	29.1	295	22.6	141	10.8	496	38.0	648	49.7	359	27.5	597	45.7	328	25.1	599	45.9	38	2.9
	40-64	303	44.4	380	55.7	234	34.3	179	26.2	78	11.4	238	34.9	291	42.7	218	32.0	294	43.1	198	29.0	327	47.9	10	1.5
	65-74	240	38.5	359	57.6	146	23.4	116	18.6	63	10.1	258	41.4	357	57.3	141	22.6	303	48.6	130	20.9	272	43.7	28	4.5
H28	合計	457	39.6	656	56.8	302	26.1	253	21.9	98	8.5	463	40.1	598	51.8	312	27.0	498	43.1	303	26.2	472	40.9	34	2.9
	40-64	224	42.3	286	54.0	177	33.4	154	29.1	44	8.3	174	32.8	218	41.1	164	30.9	223	42.1	174	32.8	238	44.9	6	1.1
	65-74	233	37.3	370	59.2	125	20.0	99	15.8	54	8.6	289	46.2	380	60.8	148	23.7	275	44.0	129	20.6	234	37.4	28	4.5

女性		BMI 25以上		腹囲 90以上		中性脂肪 150以上		GPT 31以上		HDL-C 40未満		空腹時血糖 100以上		HbA1c 5.6以上		尿酸 7.0以上		収縮期血圧 130以上		拡張期血圧 85以上		LDL-C 120以上		クレアチニン 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	443	30.1	355	24.1	259	17.6	153	10.4	35	2.4	364	24.8	751	51.1	71	4.8	586	39.9	224	15.2	845	57.5	14	1.0
	40-64	218	27.2	147	18.4	139	17.4	100	12.5	19	2.4	179	22.3	325	40.6	33	4.1	282	35.2	141	17.6	463	57.8	7	0.9
	65-74	225	33.6	208	31.1	120	17.9	53	7.9	16	2.4	185	27.7	426	63.7	38	5.7	304	45.4	83	12.4	382	57.1	7	1.0
H28	合計	388	31.5	298	24.2	211	17.1	154	12.5	28	2.3	320	26.0	708	57.4	56	4.5	493	40.0	183	14.8	673	54.6	9	0.7
	40-64	167	31.2	119	22.2	92	17.2	76	14.2	11	2.1	114	21.3	245	45.8	18	3.4	173	32.3	93	17.4	295	55.1	4	0.7
	65-74	221	31.7	179	25.6	119	17.0	78	11.2	17	2.4	206	29.5	463	66.3	38	5.4	320	45.8	90	12.9	378	54.2	5	0.7

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)　☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		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
H25	合計	1,306	42.3	90	6.9%	276	20.7%	20	1.5%	179	13.7%	71	5.4%	379	29.0%	62	4.8%	31	2.4%	182	13.9%	104	8.0%
	40-64	682	33.3	56	8.2%	140	20.5%	13	1.9%	80	11.7%	47	6.9%	184	27.0%	24	3.5%	21	3.1%	90	13.2%	49	7.2%
	65-74	623	60.2	34	5.5%	130	20.9%	7	1.1%	99	15.9%	24	3.9%	195	31.3%	38	6.1%	10	1.6%	92	14.8%	55	8.8%
H28	合計	1,155	40.3	77	6.7%	231	20.0%	23	2.0%	144	12.5%	64	5.5%	348	30.1%	59	5.1%	21	1.8%	172	14.9%	96	8.3%
	40-64	530	30.3	42	7.9%	101	19.1%	7	1.3%	62	11.7%	32	6.0%	143	27.0%	23	4.3%	10	1.9%	75	14.2%	35	6.6%
	65-74	625	55.8	35	5.6%	130	20.8%	16	2.6%	82	13.1%	32	5.1%	205	32.8%	36	5.8%	11	1.8%	97	15.5%	61	9.8%

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
H25	合計	1,470	53.9	52	3.5%	127	8.6%	8	0.5%	92	6.3%	27	1.8%	176	12.0%	30	2.0%	7	0.5%	87	5.9%	52	3.5%
	40-64	801	46.4	33	4.1%	53	6.6%	3	0.4%	39	4.9%	11	1.4%	61	7.6%	17	2.1%	5	0.6%	26	3.2%	13	1.6%
	65-74	669	66.6	19	2.8%	74	11.1%	5	0.7%	53	7.9%	16	2.4%	115	17.2%	13	1.9%	2	0.3%	61	9.1%	39	5.8%
H28	合計	1,233	47.6	50	4.1%	94	7.6%	7	0.6%	66	5.4%	21	1.7%	154	12.5%	19	1.5%	12	1.0%	81	6.6%	42	3.4%
	40-64	535	37.5	29	5.4%	42	7.9%	5	0.9%	25	4.7%	12	2.2%	48	9.0%	4	0.7%	5	0.9%	24	4.5%	15	2.8%
	65-74	698	60.0	21	3.0%	52	7.4%	2	0.3%	41	5.9%	9	1.3%	106	15.2%	15	2.1%	7	1.0%	57	8.2%	27	3.9%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

重症化を予防していくためには、特定健診受診率及び特定保健指導率の向上の取り組みが重要である。平成 25 年度に比べ特定保健指導率は増加したものの特定健診受診率は減少しているため、受診率向上に向けて取り組みを強化する必要がある。

特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)　【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								南風原町	同規模平均
H25年度	5770	2776	48.1	28	437	324	74.1	48.3	51.6
H28年度	5438	2389	43.9	59	356	299	84.0	48.2	52.1

2）第 1 期に係る考察

第 1 期において、中長期目標疾患である慢性腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患を重点に重症化予防を進めてきた。その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。

しかし、介護認定における 2 号認定率の増加、総医療費に占める慢性腎不全の費用割合が増加し、新たな課題も見えてきた。これらの共通のリスクである短期目標疾患において、国の割合と比べると、本町はまだ外来受診に繋がっていないことが課題である。

そのため、健診にて高血圧、糖尿病の未治療者を治療に繋げ、治療中のコントロール不良者を重症化予防の視点での保健指導、栄養指導などで支援していくことが腎、心、脳を守ることに繋がっていく。

また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率の向上は取り組むべき優先課題である。

２．第２期計画における健康課題の明確化

１）中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

医療費を押し上げる要因として入院医療費が挙げられる。本町の入院件数の割合は、僅か 3.9%で費用額全体の 48.8%を占めている。重症化予防を実施し入院を減らしていくことは、費用対効果の面からも効率がよいと考えられる。

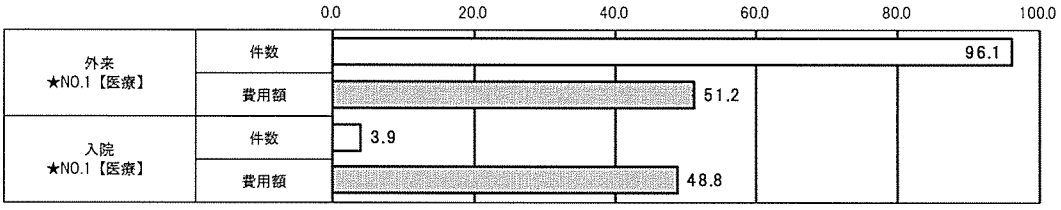
★KDBで出力可能な帳票NO・

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

H28年度 H29.11.24時点

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
	23,731円	25,606円	22,111円	24,245円



○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）

ひと月 200 万円以上の高額になる疾患のうち予防可能な疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患が費用額の 7%を占めていた。長期入院になる疾患のうち脳血管疾患、虚血性心疾患を合わせ、費用が約 25%を占めていた。また長期化する人工透析のうち糖尿病性腎症が基礎疾患にあった者の件数は 47.5%を占め、費用額 49.3%となっていた。これらに共通する高血圧・糖尿病・脂質異常症への早期受診勧奨及び治療中断を防ぐことが脳血管疾患、虚血性心疾患などの重症化を防ぐことに繋がる。

【図表 14】

H28年度 H29.11.24時点

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 （200万円以上レセ）	人数		44人	2人		2人		10人		31人	
					4.5%		4.5%		22.7%		70.5%	
		件数		61件	2件		2件		16件		41件	
					3.3%		3.3%		26.2%		67.2%	
			年代別	40歳未満	1	50.0%	0	0.0%	7	43.8%	7	17.1%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.9%
				50代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.9%
				60代	1	50.0%	1	50.0%	8	50.0%	23	56.1%
				70-74歳	0	0.0%	1	50.0%	1	6.3%	7	17.1%
		費用額		1億8164万円	610万円		655万円		4508万円		1億2391万円	
					3.4%		3.6%		24.8%		68.2%	

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11（CSV）	長期入院 （6か月以上の入院）	人数	86人	58人	14人	3人
				67.4%	16.3%	3.5%
		件数	803件	550件	130件	36件
				68.5%	16.2%	4.5%
		費用額	3億9302万円	2億0380万円	7523万円	2063万円
				51.9%	19.1%	5.2%

＊精神疾患については最大医療資源傷病名（主病）で計上
＊脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト			全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19（CSV）	人工透析患者 （長期化する疾患）	H28.5 診療分	人数	42人	19人	13人	19人
					45.2%	31.0%	45.2%
様式2-2 ★NO.12（CSV）		H28年度 累計	件数	600件	285件	176件	241件
					47.5%	29.3%	40.2%
			費用額	2億8623万円	1億4116万円	9406万円	1億1339万円
					49.3%	32.9%	39.6%

＊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	2,673人		377人	273人	90人
				14.1%	10.2%	3.4%
		基礎疾患の重なり	高血圧	289人	228人	71人
				76.7%	83.5%	78.9%
			糖尿病	143人	124人	90人
				37.9%	45.4%	100.0%
			脂質異常症	256人	199人	72人
				67.9%	72.9%	80.0%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		1,433人		730人	1,212人	341人
		53.6%		27.3%	45.3%	12.8%

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

(3)何の疾患で介護保険を受けているのか（図表 15）

要介護認定状況の介護度別人数の割合をみてみると、介護度の重度にあたる要介護３～５の割合が前期高齢者（65～74 歳）では 38.0%おり、２号認定者（40～64 歳）でも 32.7%であった。

要介護突合状況では、血管疾患による合計が 94.5%を占めており、筋・骨格疾患の 91.5%を上回っていた。前期高齢者（65～74 歳）で 93.7%、２号認定者（40～64 歳）でも 87.9%と血管疾患の有病がある実態であった。この年齢は、特定健診の対象者とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことで、介護予防にも繋がると考える。

【図表 15】

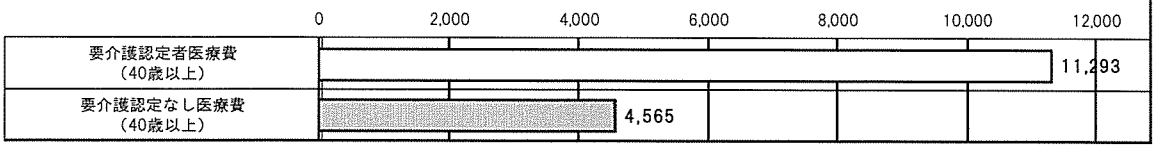
H29.5月作成　KDBデータH30.1.17時

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		11,236人		2,783人		2,437人		5,220人		16,456人	
	認定者数		52人		142人		896人		1,038人		1,090人	
		認定率	0.46%		5.1%		36.8%		19.9%		6.6%	
	新規認定者数（*1）		15人		33人		91人		124人		139人	
	介護度別人数	要支援1・2	20	38.5%	37	26.1%	189	21.1%	226	21.8%	246	22.6%
		要介護1・2	15	28.8%	51	35.9%	279	31.1%	330	31.8%	345	31.7%
		要介護3～5	17	32.7%	54	38.0%	428	47.8%	482	46.4%	499	45.8%

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）		52		142		896		1,038		1,090	
		再）国保・後期	33		95		783		878		911	
	有病状況（レセプトの診断名より重複して計上）	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	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳血管疾患	21 63.6%	脳血管疾患	55 57.9%	脳血管疾患	408 52.1%	脳血管疾患	463 52.7%	脳血管疾患	484 53.1%
			2	虚血性心疾患	8 24.2%	虚血性心疾患	28 29.5%	虚血性心疾患	264 33.7%	虚血性心疾患	292 33.3%	虚血性心疾患	300 32.9%
			3	腎不全	4 12.1%	腎不全	11 11.6%	腎不全	110 14.0%	腎不全	121 13.8%	腎不全	125 13.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	5 15.2%	糖尿病合併症	15 15.8%	糖尿病合併症	107 13.7%	糖尿病合併症	122 13.9%	糖尿病合併症	127 13.9%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		27 81.8%		86 90.5%		721 92.1%		807 91.9%		834 91.5%
		血管疾患合計		29 87.9%		89 93.7%		743 94.9%		832 94.8%		861 94.5%
	認知症			5 15.2%		18 18.9%		348 44.4%		366 41.7%		371 40.7%
	筋・骨格疾患			27 81.8%		79 83.2%		728 93.0%		807 91.9%		834 91.5%

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較　★NO.1【介護】



2）健診受診者の実態（図表 16・17）

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

本町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備軍・該当者が多く、健診結果の有所見者状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）　H28年度 H29.11.24KDBデータ ★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		7.1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		20,389	44.5	27,893	60.9	14,509	31.7	10,860	23.7	3,802	8.3	15,970	34.9	25,195	55.0	13,166	28.8	22,153	48.4	10,591	23.1	21,382	46.7	1,238	2.7
保険者	合計	457	39.6	656	56.8	302	26.1	253	21.9	98	8.5	463	40.1	598	51.8	312	27.0	498	43.1	303	26.2	472	40.9	34	2.9
	40-64	224	42.3	286	54.0	177	33.4	154	29.1	44	8.3	174	32.8	218	41.1	164	30.9	223	42.1	174	32.8	238	44.9	6	1.1
	65-74	233	37.3	370	59.2	125	20.0	99	15.8	54	8.6	289	46.2	380	60.8	148	23.7	275	44.0	129	20.6	234	37.4	28	4.5

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		7.1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		17,384	34.1	13,685	26.8	9,683	19.0	6,129	12.0	1,067	2.1	11,052	21.7	28,590	56.0	2,667	5.2	20,454	40.1	7,165	14.0	28,396	55.6	258	0.5
保険者	合計	388	31.5	298	24.2	211	17.1	154	12.5	28	2.3	320	26.0	708	57.4	56	4.5	493	40.0	183	14.8	673	54.6	9	0.7
	40-64	167	31.2	119	22.2	92	17.2	76	14.2	11	2.1	114	21.3	245	45.8	18	3.4	173	32.3	93	17.4	295	55.1	4	0.7
	65-74	221	31.7	179	25.6	119	17.0	78	11.2	17	2.4	206	29.5	463	66.3	38	5.4	320	45.8	90	12.9	378	54.2	5	0.7

＊全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

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）　H28年度 H29.11.24KDBデータ ★NO.24（帳票）

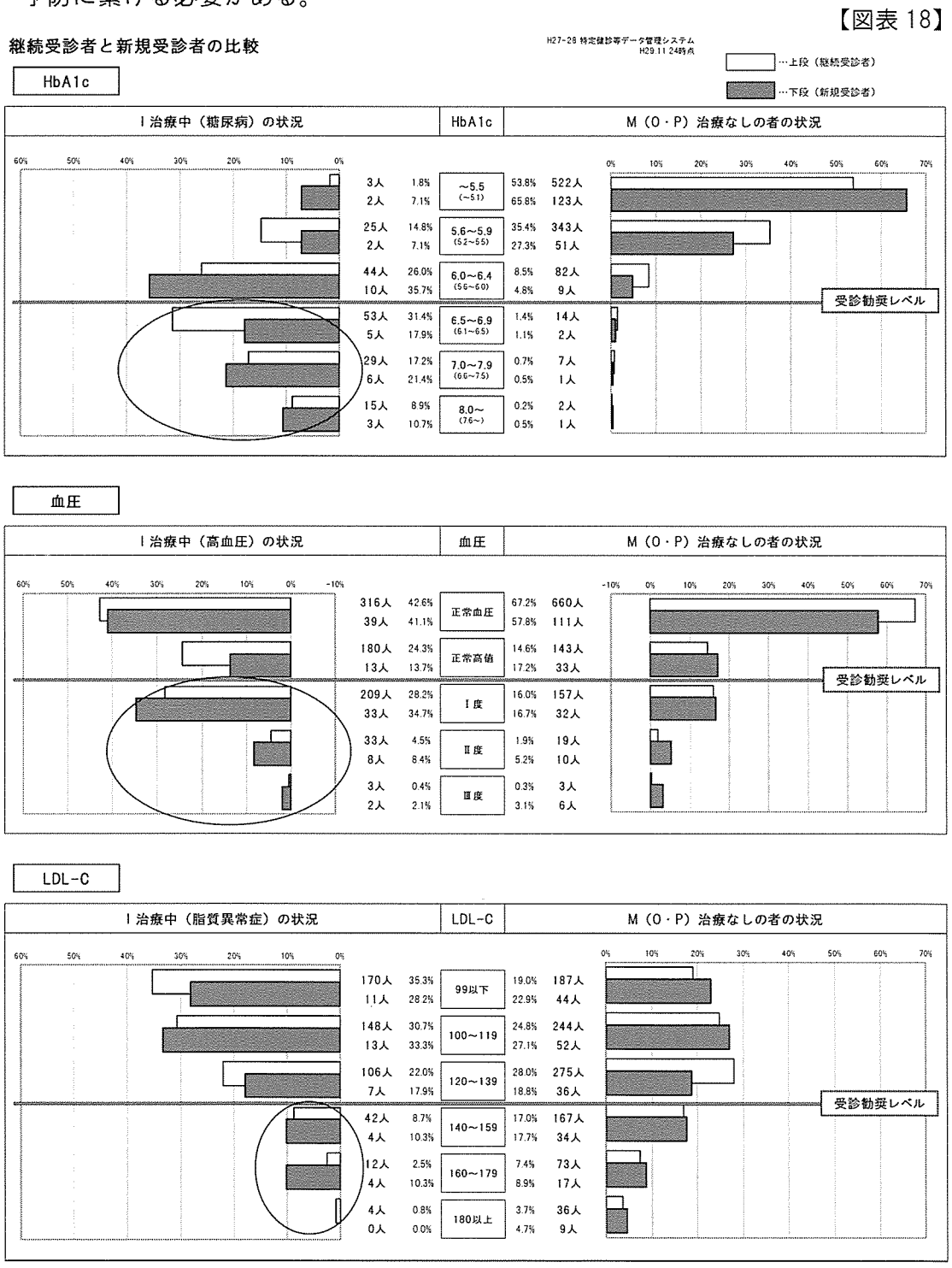
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	1,155	40.3	77	6.7%	231	20.0%	23	2.0%	144	12.5%	64	5.5%	348	30.1%	59	5.1%	21	1.8%	172	14.9%	96	8.3%
	40-64	530	30.3	42	7.9%	101	19.1%	7	1.3%	62	11.7%	32	6.0%	143	27.0%	23	4.3%	10	1.9%	75	14.2%	35	6.6%
	65-74	625	55.8	35	5.6%	130	20.8%	16	2.6%	82	13.1%	32	5.1%	205	32.8%	36	5.8%	11	1.8%	97	15.5%	61	9.8%

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	1,233	47.6	50	4.1%	94	7.6%	7	0.6%	66	5.4%	21	1.7%	154	12.5%	19	1.5%	12	1.0%	81	6.6%	42	3.4%
	40-64	535	37.5	29	5.4%	42	7.9%	5	0.9%	25	4.7%	12	2.2%	48	9.0%	4	0.7%	5	0.9%	24	4.5%	15	2.8%
	65-74	698	60.0	21	3.0%	52	7.4%	2	0.3%	41	5.9%	9	1.3%	106	15.2%	15	2.1%	7	1.0%	57	8.2%	27	3.9%

3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病・高血圧の治療中の状況をみると、治療が開始されてもコントロール不良の人が多い。糖尿病・高血圧は内服治療だけでは改善が難しく、治療中の方へもコントロール良を目指して医療機関と連携し、食事指導を中心とした栄養指導が重要である。LDL の治療なしの受診勧奨レベルの方へも状態に応じた受診勧奨・保健指導を実施し重症化予防に繋げる必要がある。

【図表 18】



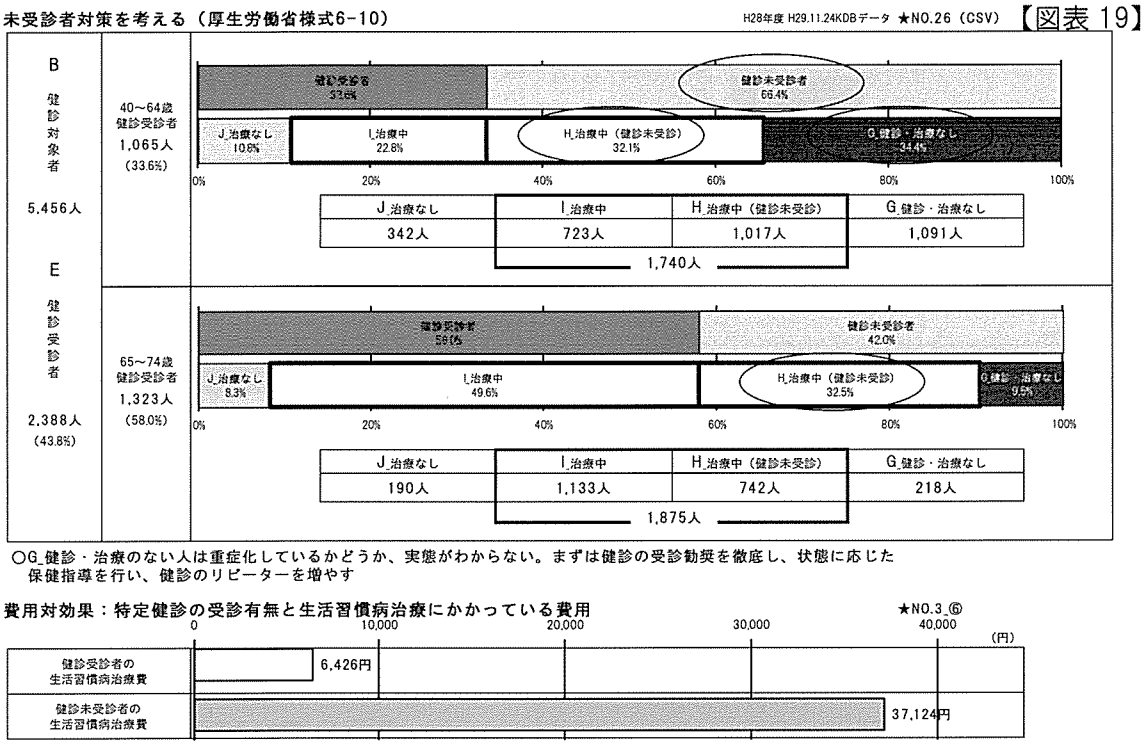
4）未受診者の把握（図表 19、19-1、19-2）

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。若い年齢の 40～64 歳の割合で健診未受診者が 66.4%と高い。（図表 19、19-1）また、リピーター率をみると減少している。（図表 19-2）

健診も治療も受けていない「G」を見ると 34.4%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者との生活習慣病治療費でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

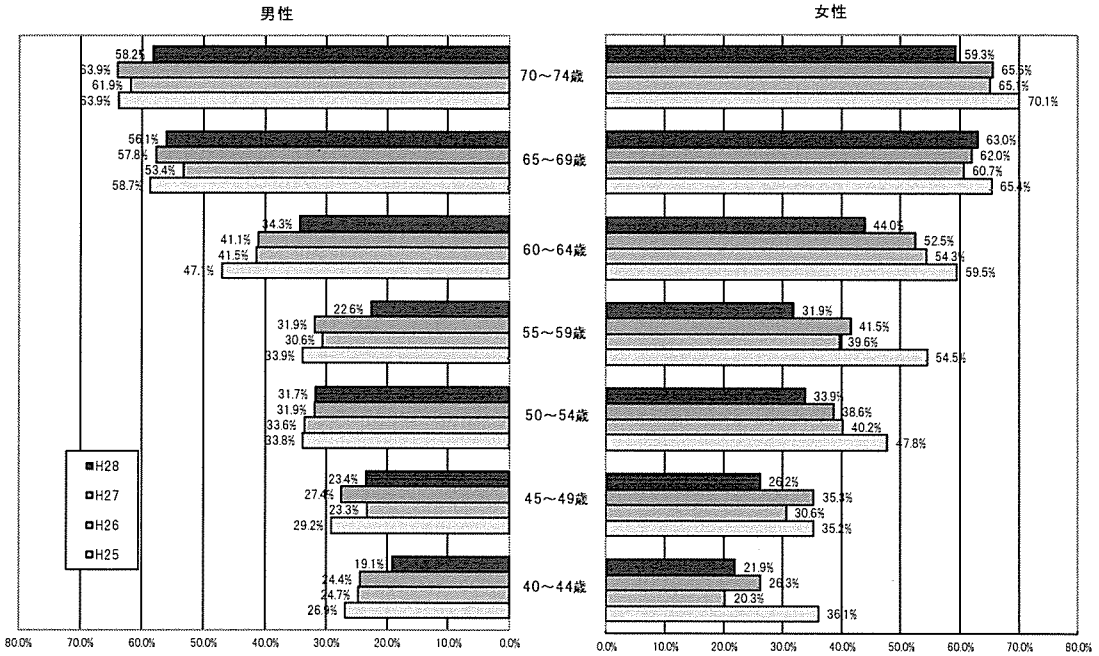
生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

健診未受診者の中で病院にて治療中の方が 40～64 歳、65～74 歳それぞれに約 32%占める。医療機関と連携し、特定健診の受診勧奨も実施していく必要がある。



【図表 19－1】

特定健診受診率の推移（年代別）



【図表 19－2】

健診リピーター率

	H24	H25	H26	H27	H28
受診者数（人）	2,689	2,895	2,827	2,837	2,532
74歳受診者数 （次年度対象外）	127	134	128	125	131
前年度継続受診者数	--	2,050	2,117	2,084	1,940
新規受診者数	--	845	536	486	330
40歳受診者数 （新規受診者数に含む）	--	33	24	35	19
リピーター率	--	76.2%	73.1%	73.7%	68.4%

H24～27:保健事業ネット、H28:特定健診等データ管理システムより

３．目標の設定

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、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合を減らしていくことを目標とする。また、平成 35 年度には平成 30 年度と比較して、糖尿病性腎症による透析導入者の割合を減少させることを目標とする。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、必要に応じて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、本町の医療費の実態からは、国と比べ外来が低く入院が高いことから、普段は医療にかからず、重症化して入院する実態が明らかである。重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、外来を伸ばし、入院を抑えることを目標とする。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015 年版)の基本的な考え方を基に、1 年ごとに血圧、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進行していくことから、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る。その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第３章　特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

１．第三期特定健診等実施計画について

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

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

２．目標値の設定

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	84.0%	84.0%	84.0%	85.0%	85.0%	85.0%

３．対象者の見込み

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	5436人	5410人	5385人	5360人	5335人	5310人
	受診者数	3261人	3246人	3231人	3216人	3201人	3186人
特定保健指導	対象者数	486人	484人	481人	479人	477人	475人
	終了者数	408人	407人	404人	407人	405人	404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(実施場所：南風原町総合保健福祉防災センター　他)

② 個別健診(実施場所：委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

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

（参照）　URL：http//www.okikoku.or.jp/

(4)特定健診実施項目

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

(5)実施時期

4月から翌年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】

南風原町年間実施スケジュール

保険者名	受診券発行予定枚数（平成30年1月現在）	H30年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
南風原町	9,328	4月1日											3月31日

(9)特定健診実施率の向上対策

①日曜健診、ナイト健診を実施し、特定健診を受診しやすい機会を設け対象者に合わせた環境を提供する。

②国民健康保険特定健診受診協力員、特定健診受診率向上対策指導員が対象者を訪問、電話、ハガキ等で受診を促す。

③インセンティブの提供により働き世代の 40 代、50 代の未受診者対策とともに、健診リピーター率の向上を図る。

④医療機関と連携し、特に医療機関通院中者の多い医療機関についてはトライアングル事業の活用を含め、受診勧奨の要請を行い特定健診受診率向上に努める。

※特定健診項目情報提供事業（トライアングル事業）

通院中患者の検査結果から、特定健診に該当する検査項目のみを整理し、それを保険者に提供することで当該患者が特定健診を受診したとみなす事業

⑤事業者の同意を基に、事業者健診データを受領し、健診受診率、保健指導へ繋げる。

⑥健診だより（がんじゅうだより）を適時作成し、配布する。国民健康保険被保険者証の通知とともに住民健診ガイドを封入し、分かりやすい健診受診勧奨に努める。町ホームページ、広報、区長会での報告等で健診の案内をする。

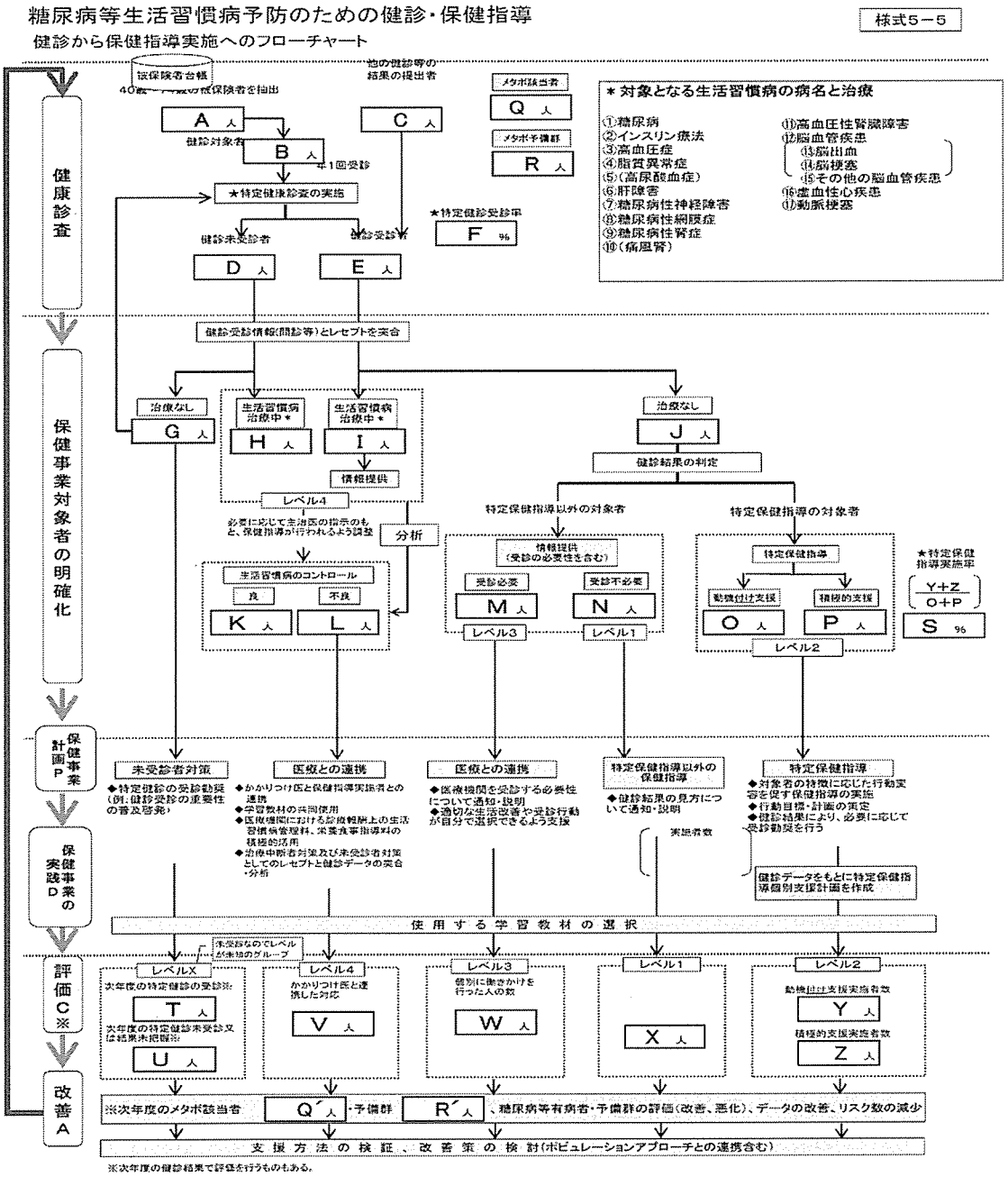
5．特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健衛生部局への執行委任の形態で行う。

(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】

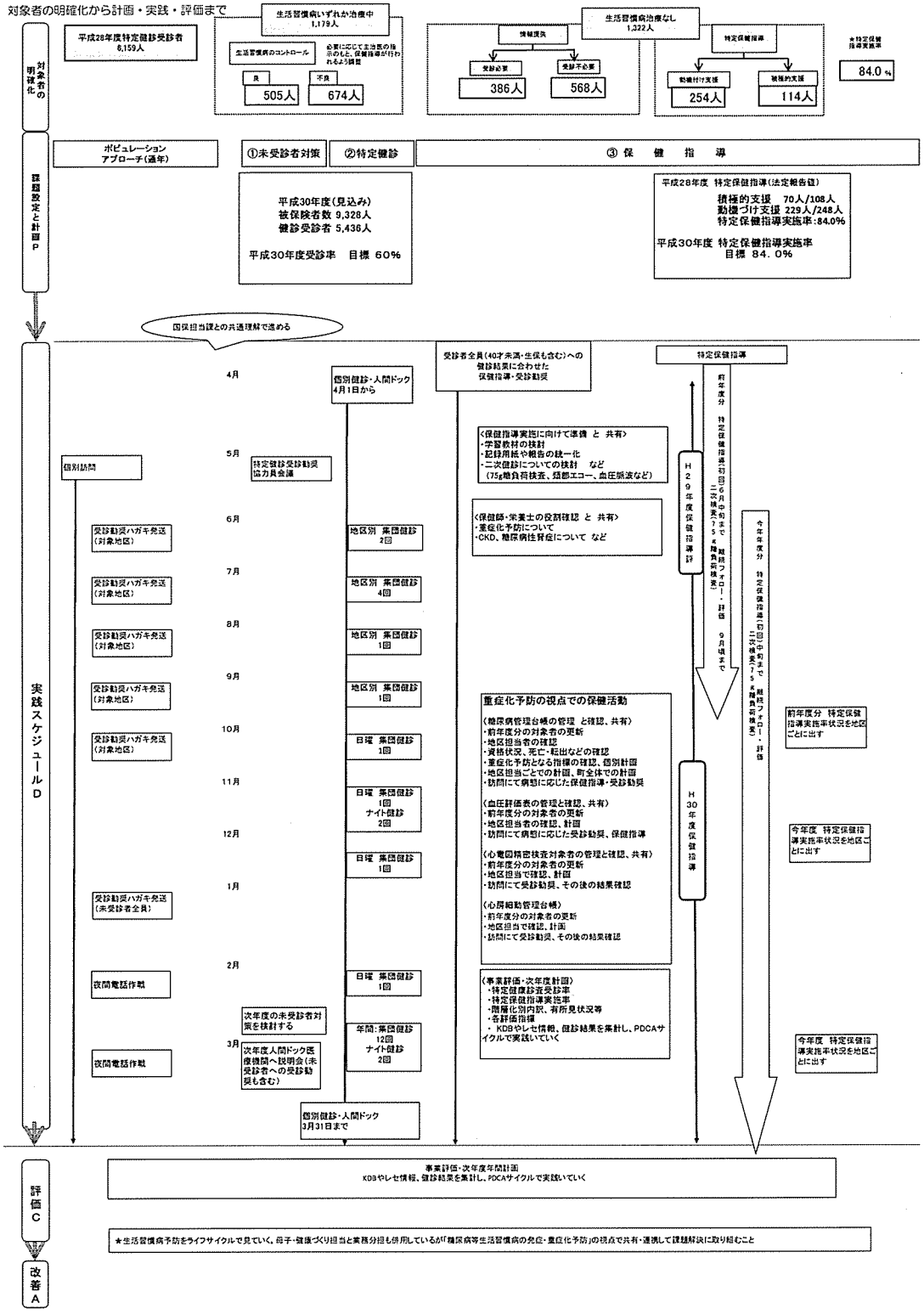
優先順位	様式6-10	保健指導レベル	支援方法	H28 対象者数実績（受診者からの%）	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	373 人 （14.7）	84%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	391 人 （15.4）	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、糖尿病管理台帳を活用し受診勧奨、トライアングル事業の啓発）	3,627 人 ※受診率目標達成までにあと 760 人（1%＝54 人）	14%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	577 人 （22.8）	70%
5	I （K・L）	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	1,191 人 （47.0）	70%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】

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



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南風原町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

７．結果の報告

実績報告については、特定健康診査等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、南風原町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第４章　保健事業の内容

Ⅰ　保健事業の方向性

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

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勧奨を行い、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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

Ⅱ　重症化予防の取組

1.　糖尿病性腎症重症化予防

1）基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年7月 10 日　重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び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/1.73m²）
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。
本町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白（定性）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量（mg/dl）に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白（－）、微量アルブミン尿と尿蛋白（±）、顕性アルブミン尿（＋）としていることから尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となる。（参考資料 2）

② 基準に基づく該当者数の把握

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

本町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 100 人(30.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 591 人中のうち、特定健診受診者が 225 人(38.1%・G)であったが、26 人(11.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 356 人(60.2%・Ⅰ)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 111 人中 16 人は治療中断であることが分かった。また、95 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 より本町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・100 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・42 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

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)・・・199 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・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)・・・95 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

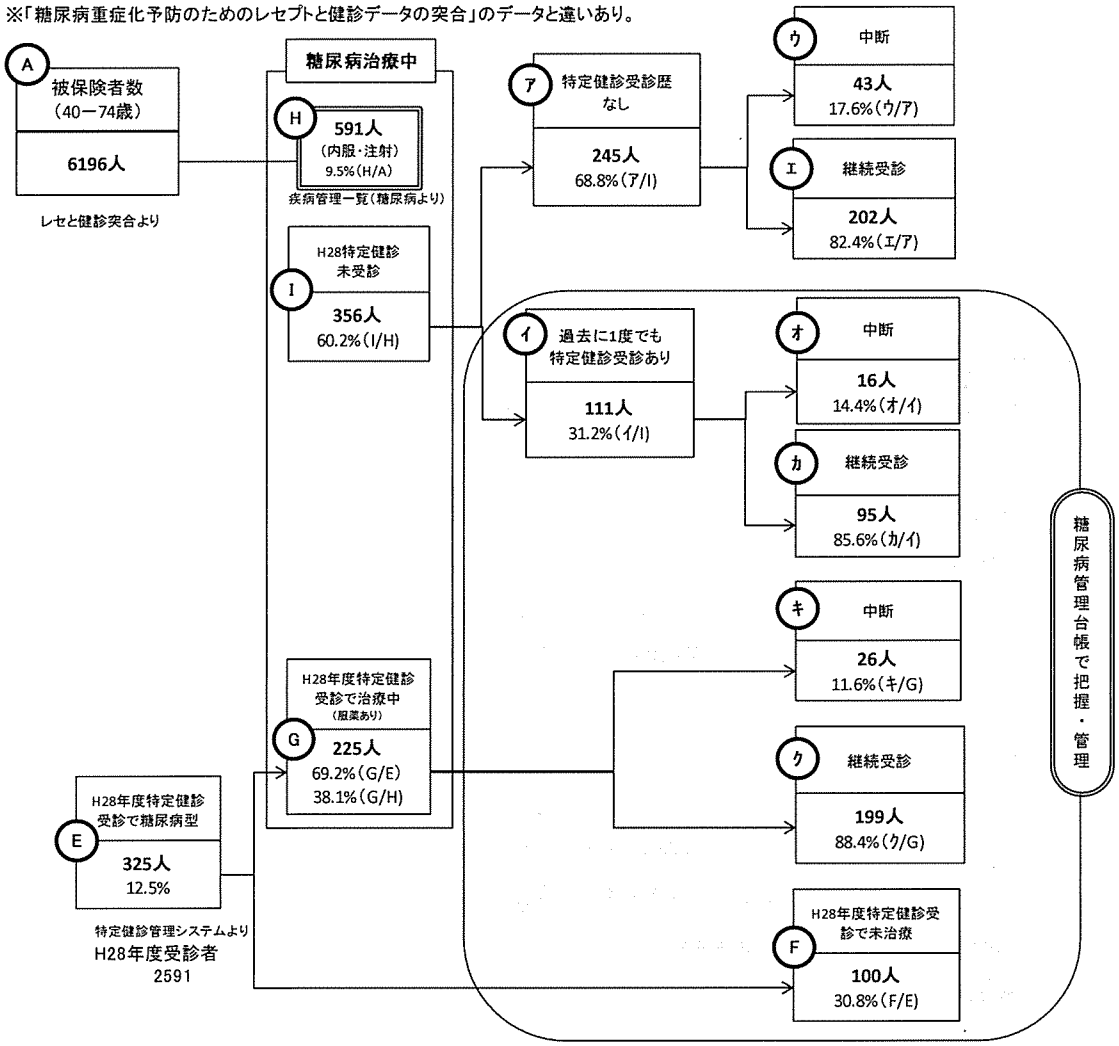
・医療機関と連携した保健指導

【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　　H30.1.16　南風原町

※「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」のデータと違いあり。



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

＊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）資格の確認

（3）レセプトを確認し情報を記載

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）・・・・・34 人

② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・336 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。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。（図表 29）

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方（P29）	資　料
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） 二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（±）へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査等を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5） 医療との連携

（1） 医療機関未受診者について

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

（2） 治療中の者への対応

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

6） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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く。

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

（1）短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8） 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料2)

2） 対象者の明確化

（1） 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料6)

（2） 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。本町において健診受診者2,612人のうち心電図検査実施者は1,755人(67.2%)であり、そのうちST所見があったのは258人(14.7%)であった(図表30)。ST所見あり258人中のうち36人は要精査であり、その後の受診状況をみると3人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの222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。

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

心電図検査結果 【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		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	2612	100%	1755	67.2%	258	14.7%	603	34.4%	894	50.9%

【図表 31】

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)(%)
258	100%	36	14.0%	33	91.7%	3	8.3%

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 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。

【図表 32】

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		
			2612	258	603	894	857	
				9.9%	23.1%	34.2%	32.8%	
メタボ該当者			548	70	126	147	205	②-1
			21.0%	12.8%	23.0%	26.8%	37.4%	
メタボ予備群			354	37	83	114	120	
			13.6%	10.5%	23.4%	32.2%	33.9%	
メタボなし			1710	151	394	633	532	
			65.5%	8.8%	23.0%	37.0%	31.1%	
	LDL	140－159	240	21	62	88	69	
			9.2%	8.8%	25.8%	36.7%	28.8%	
		160－179	101	8	20	37	36	
			3.9%	7.9%	19.8%	36.6%	35.6%	
		180－	44	4	11	9	20	②-2
			1.7%	9.1%	25.0%	20.5%	45.5%	

クレアチニン・尿タンパクどちらも実施者 2578

CKD	G3aA1～	535	61	127	188	159
		20.8%	11.4%	23.7%	35.1%	29.7%

【参考】

Non-HDL	190-	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握
	170-189	未把握	未把握	未把握	未把握	未把握

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。

【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く。

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

（1） 短期的評価

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

7） 実施期間及びスケジュール

4月　対象者の選定基準の決定

5月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

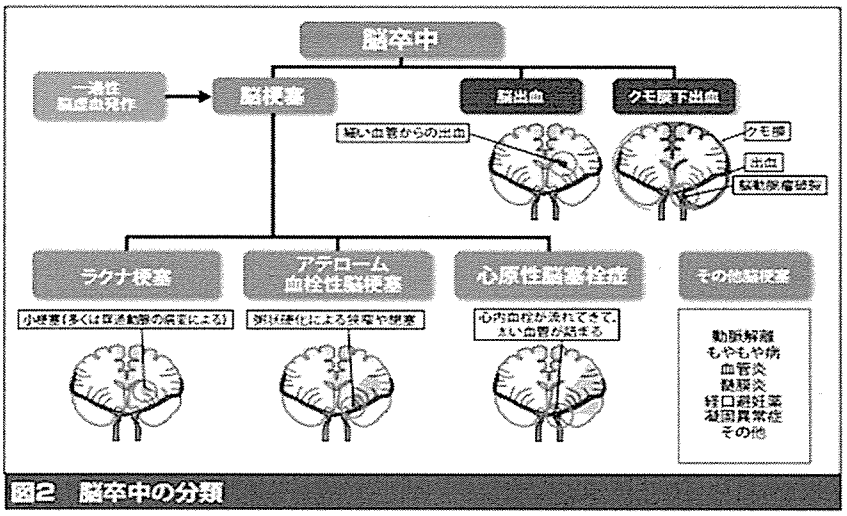
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3. 脳血管疾患重症化予防

1） 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】 【図表 34】



（脳卒中予防の提言より引用）

脳血管疾患とリスク因子 【図表 35】

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

2） 対象者の明確化

（1） 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●										○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●						○		○			
	心原性脳梗塞	●						●				○		○			
脳出血	脳出血	●															
	くも膜下出血	●															
リスク因子（○はハイリスク群）		高血圧		糖尿病		脂質異常（高BMDBM）		心房細動		メタボ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	109人	4.3%	135人	5.3%	74人	2.9%	13人	0.0%	522人	20.6%	42人	1.7%	109人	4.3%		
	治療なし	57人	3.5%	72人	3.1%	67人	3.4%	2人	0.0%	101人	7.5%	12人	0.9%	28人	2.1%		
	治療あり	52人	5.6%	63人	28.6%	7人	1.2%	11人	0.0%	421人	35.3%	30人	2.5%	81人	6.8%		
	臓器障害あり	6人	0.5%	11人	15.3%	4人	6.0%	13人	100.0%	7人	6.9%	12人	100.0%	28人	100.0%		
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	4人		9人		3人		6人		4人		12人		28人			
	尿蛋白(2+)以上	3人		2人		0人		2人		2人		12人		2人			
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		2人		1人		0人		2人		0人		3人			
	eGFR50未満（70歳以上は40未満）	0人		5人		2人		4人		1人		2人		28人			
	心電図所見あり	2人		2人		1人		13人		3人		0人		0人			

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が109人(4.3%)であり、57人は未治療者であった。また未治療者のうち6人は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も52人いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

（2） リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 37】

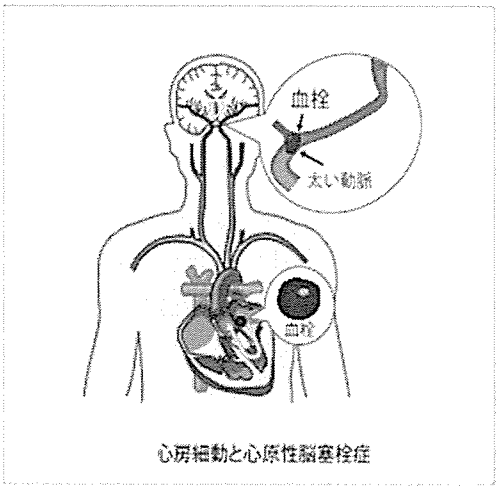
H28年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		～119/～79	120～129/80～84	130～139/85～89	140～159/90～99	160～179/100～109	180以上/110以上	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
リスク層（血圧以外のリスク因子）	1,606	637	395	264	253	39	18	20	128	162
血圧分類		39.7%	24.6%	16.4%	15.8%	2.4%	1.1%	1.2%	8.0%	10.1%
リスク第1層	232	128	60	20	20	4	0	20	4	0
	14.4%	20.1%	15.2%	7.6%	7.9%	10.3%	0.0%	100%	3.1%	0.0%
リスク第2層	790	298	193	145	124 ④	20 ①	10 ①	--	124	30
	49.2%	46.8%	48.9%	54.9%	49.0%	51.3%	55.6%		96.9%	18.5%
リスク第3層	584	211	142	99	109 ③	15	8	--	--	132
	36.4%	33.1%	35.9%	37.5%	43.1%	38.5%	44.4%			81.5%
再掲（重複あり） 糖尿病	139	42	39	23	30 ②	4	1			
	23.8%	19.9%	27.5%	23.2%	27.5%	25.7%	12.5%			
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	311	133	68	44	54	6	6			
	53.3%	63.0%	47.9%	44.4%	49.5%	40.0%	75.0%			
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	261	72	66	53	58	7	5			
	44.7%	34.1%	46.5%	53.5%	53.2%	46.7%	62.5%			

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2014　日本高血圧学会

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

（3） 心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にの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				日循疫学調査＊	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	924	827	13	14.0%	0	0.0%	−	−
40歳代	123	72	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50歳代	148	114	1	0.7%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60歳代	431	442	9	2.1%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	222	199	3	1.4%	0	0.0%	3.4%	1.1%

＊日本循環器学会疫学調査（2006年）による心房細動有所見率

＊日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無　【図表 39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
13	100%	2	15.4%	11	84.6%

心電図検査において 13 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 13 人のうち 11 人は既に治療が開始されていたが、2 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性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心電図検査の全数実施が望まれる。

3） 保健指導の実施

（1） 受診勧奨及び保健指導

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

（2） 二次健診の実施

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

（3） 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

②心房細動の管理台帳

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

4） 医療との連携

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

5） 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

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

6） 評価

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

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

（1） 短期的評価

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

7） 実施期間及びスケジュール

4月　対象者の選定基準の決定

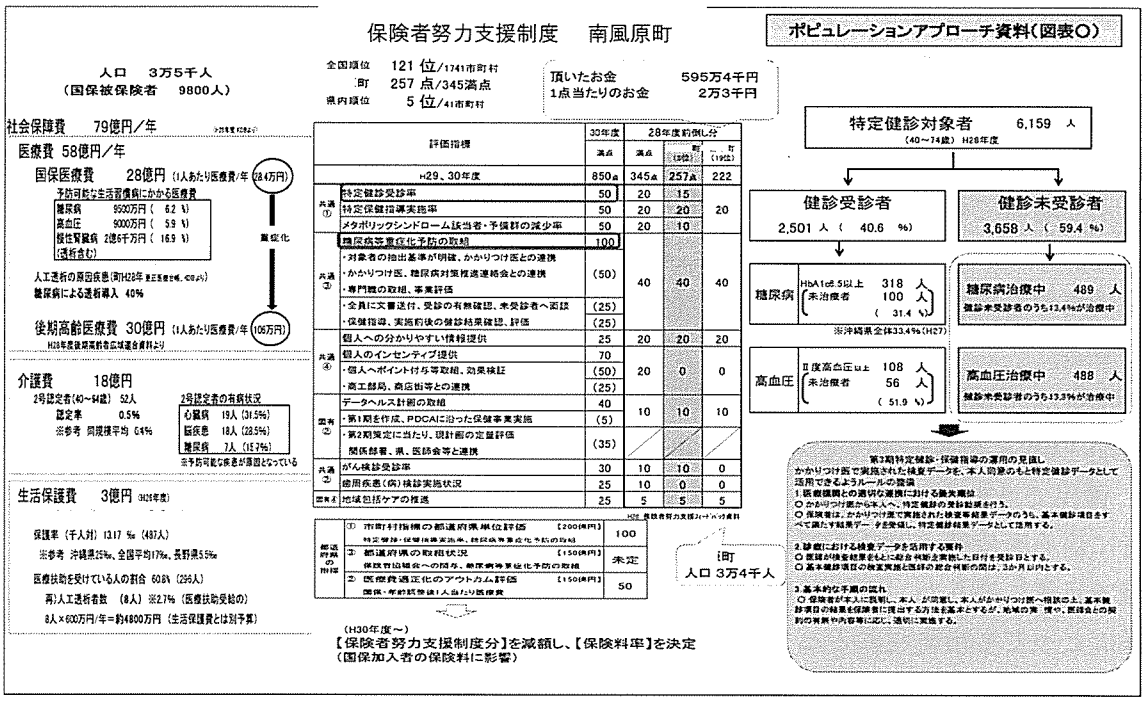
5月　対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

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

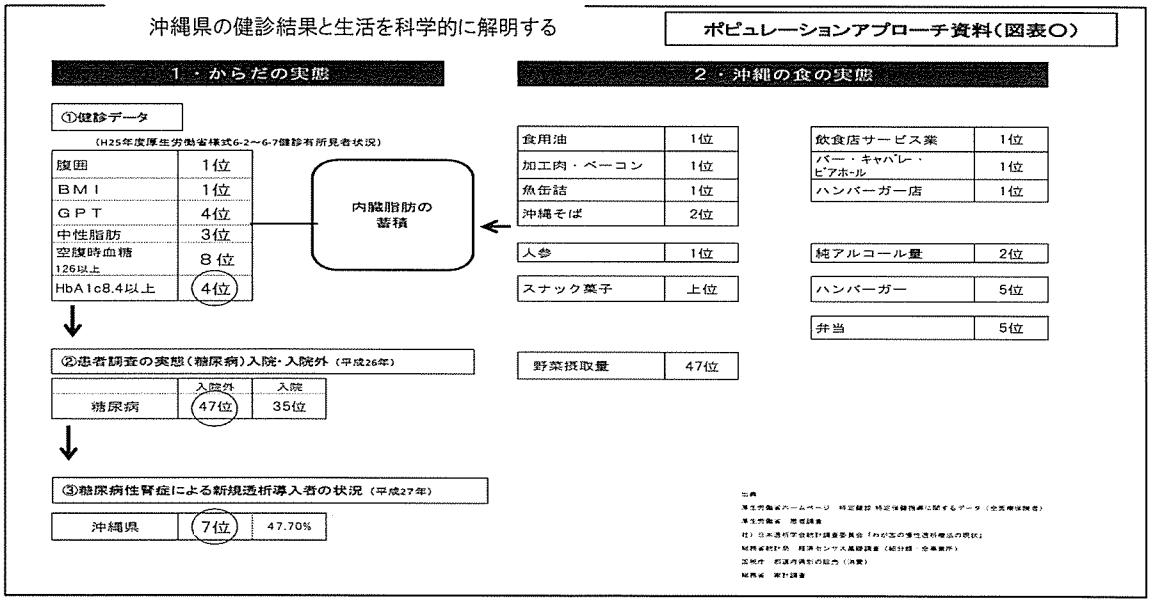
Ⅲ　ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。（図表 40・41）

【図表 40】



【図表 41】



第５章　地域包括ケアに係る取組

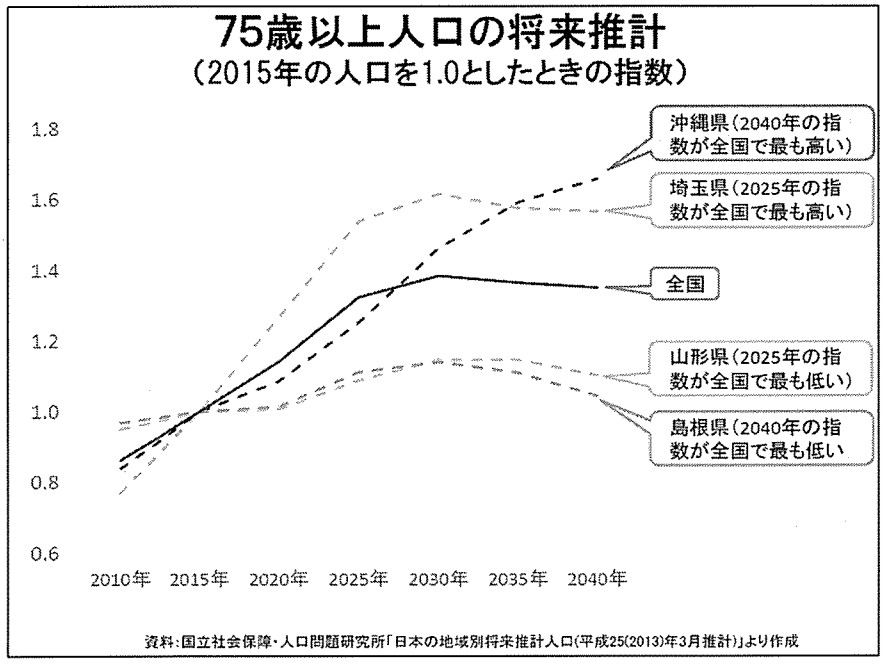
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。このような状況に鑑みれば、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町民を増やしていくことにつながる。（参考資料 10）

第６章　計画の評価・見直し

１．評価の時期

計画の見直しは、3 年後の平成 32 年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

２．評価方法・体制

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

※評価における 4 つの指標（参考資料 11）

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・管理栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画		健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値			中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
					H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健診等計画		・介護認定で2号認定率の増加(参考資料1) ・総医療費に占める慢性腎不全(透析有)の割合が国・同規模と比較して高い。(図表8) ・糖尿病、高血圧、脂質異常症のいずれも国と比較して総医療費に占める割合が低い(参考資料1、図表8)	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	43.9%							60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				特定保健指導実施率85%以上	84.0%							85.0%	
				特定保健指導対象者の減少率25%	14.9%							11.2%	
データヘルス計画	中長期		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合を減少 (図表8)	1.41%							減少	KDBシステム
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合を減少 (図表8)	1.31%							減少	
				糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少 (参考資料5)	45.2%							減少	
	短期		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	メタボリックシンドローム・予備群の割合を25%減少	34.7%							26.0%	南風原町健康増進計画
				健診受診者の高血圧の割合の減少(140/90以上)	20.7%							減少	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	8.9%							減少	
				健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	7.9%							減少	
				糖尿病の未治療者へ受診勧奨実施者数の割合増加(取組状況調査)	86.4%							増加	
				糖尿病治療中へ保健指導実施者数の割合増加(取組状況調査)	77.4%							増加	
保険者努力支援制度			自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合の向上	未実施							60.0%	南風原町国保年金課
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合の向上 (沖縄県75.3%)	77.5%							増加	厚生労働省公表結果
		・がん検診受診率が国の目標値に達していない。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率の向上　胃がん検診	7.0%							増加	地域保健・健康増進事業報告
				肺がん検診	11.4%							増加	
				大腸がん検診	10.0%							増加	
				子宮頸がん検診	26.9%							増加	
				乳がん検診	23.8%							増加	

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

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ことが重要であり、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南風原町の位置

参考資料２　糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料３　糖尿病管理台帳

参考資料４　糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料５　様式 6-1　糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料６　虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料７　虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料８　血圧評価表

参考資料９　心房細動管理台帳

参考資料 10　生活習慣病有病状況

参考資料 11　評価イメージ

様式6-1　国・県・同規模平均と比べてみた南風原町の位置

項目					H25 保険者 実数	H25 保険者 割合	H28 保険者 実数	H28 保険者 割合	H28 同規模平均 実数	H28 同規模平均 割合	H28 県 実数	H28 県 割合	H28 国 実数	H28 国 割合	データ元 (CSV)
1	①	人口構成	総人口		35,100		35,100		4,840,962		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）	5,220	14.9	5,220	14.9	1,107,232	22.9	239,486	17.4	29,020,766	23.2	
				75歳以上	2,437	6.9	2,437	6.9			119,934	8.7	13,989,864	11.2	
				65～74歳	2,783	7.9	2,783	7.9			119,552	8.7	15,030,902	12.0	
				40～64歳	11,236	32.0	11,236	32.0			448,207	32.6	42,411,922	34.0	
				39歳以下	18,644	53.1	18,644	53.1			685,883	49.9	53,420,287	42.8	
	②	産業構成	第1次産業		4.1		4.1		6.2		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		17.1		17.1		28.8		15.4		25.2		
			第3次産業		78.9		78.9		65.0		79.2		70.6		
	③	平均寿命	男性		81.9		81.9		79.7		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
			女性		87.4		87.4		86.5		87.0		86.4		
	④	健康寿命	男性		65.3		65.3		65.4		64.5		65.2		
			女性		66.3		66.3		66.9		66.5		66.8		
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	87.9		83.2		98.8		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	73.6		77.8		98.9		87.5		100		
			死因	がん	58	57.4	66	53.2	13,676	49.0	2,965	48.0	367,905	49.6	
				心臓病	22	21.8	29	23.4	7,410	26.6	1,600	25.9	196,768	26.5	
				脳疾患	9	8.9	13	10.5	4,436	15.9	893	14.5	114,122	15.4	
				糖尿病	2	2.0	5	4.0	538	1.9	187	3.0	13,658	1.8	
				腎不全	1	1.0	3	2.4	920	3.3	243	3.9	24,763	3.3	
				自殺	9	8.9	8	6.5	924	3.3	287	4.6	24,294	3.3	
	②	早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計		42	24.7	40	17.4			1,989	17.0	136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査
				男性	34	37	26	20.5			1,386	22.0	91,123	13.5	
				女性	8	10.3	14	13.6			603	11.2	45,821	7.2	
3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）		951	17.5	1,038	20.1	214,304	19.5	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	21	0.3	1	0.2	3,881	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者		52	0.4	52	0.5	5,773	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
	②	有病状況	糖尿病		190	20.1	253	21.6	50,726	22.7	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
			高血圧症		463	46.1	522	46.5	116,656	52.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
			脂質異常症		224	23.6	306	26.3	62,464	27.9	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
			心臓病		522	51.3	589	51.6	132,934	59.8	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
			脳疾患		270	27.2	296	25.8	59,484	26.9	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
			がん		93	7.9	105	8.9	22,320	9.9	4,558	7.8	631,950	10.3	
			筋・骨格		462	44.8	501	45.3	114,481	51.4	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
			精神		299	30.3	353	30.7	80,074	35.8	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）		75,311		77,321		62,901		71,386		58,284		
				居宅サービス	52,486		55,282		40,734		52,569		39,662		
				施設サービス	286,491		278,944		277,659		282,196		281,186		
	④	医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	11,077		11,293		8,370		9,703		7,980		
				認定なし	4,548		4,565		3,831		4,397		3,816		
4	①	国保の状況	被保険者数		10,895		9,819		1,198,062		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	2,140	19.6	2,395	24.4			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
				40～64歳	4,211	38.7	3,603	36.7			168,937	38.0	10,946,712	33.6	
				39歳以下	4,544	41.7	3,821	38.9			171,906	38.7	9,179,541	28.2	
			加入率		31.0		28.0		25.1		32.3		26.9		
	②	医療の概況（人口千対）	病院数		6	0.6	6	0.6	296	0.2	94	0.2	8,255	0.3	
			診療所数		21	1.9	25	2.5	2,970	2.5	874	2.0	96,727	3.0	
			病床数		1,649	151.4	1,645	167.5	53,431	44.6	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
			医師数		259	23.8	259	26.4	8,940	7.5	3,552	8.0	299,792	9.2	
			外来患者数		518.3		542.4		692.6		507.9		668.1		
			入院患者数		22.2		22.3		19.6		20.0		18.2		
	③	医療費の状況	一人当たり医療費		22,331	県内10位 同規模121位	23,731	県内18位 同規模135位	25,606		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		540.492		564.667		712.241		527.86		686.286		
			外来	費用の割合	48.5		51.2		59.2		52.4		60.1		
				件数の割合	95.9		96.1		97.2		96.2		97.4		
			入院	費用の割合	51.5		48.8		40.8		47.6		39.9		
				件数の割合	4.1		3.9		2.8		3.8		2.6		
			1件あたり在院日数		18.1日		16.9日		15.8日		17.1日		15.6日		
	④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名（調剤含む）	がん		278,838,070	17.1	307,801,440	20.1	25.2		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）		238,463,510	14.6	258,412,930	16.9	9.3		16.0		9.7		
			糖尿病		95,341,860	5.8	94,710,410	6.2	10.1		7.0		9.7		
			高血圧症		122,965,320	7.5	89,899,900	5.9	8.8		6.3		8.6		
			精神		505,251,690	30.9	413,950,660	27.1	16.6		28.0		16.9		
			筋・骨格		189,134,300	11.6	203,600,220	13.3	15.5		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	646,136	4位	(20)	672,825	7位	(20)						KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域
				高血圧	597,095	21位	(21)	571,062	31位	(19)						
				脂質異常症	524,593	32位	(21)	570,851	15位	(19)						
				脳血管疾患	770,436	4位	(22)	693,758	12位	(23)						
				心疾患	727,760	10位	(16)	715,300	11位	(15)						
				腎不全	826,336	13位	(19)	743,685	25位	(18)						
				精神	470,416	11位	(26)	514,452	8位	(26)						
				悪性新生物	784,692	4位	(14)	755,735	5位	(15)						
			外来	糖尿病	35,573	28位		37,493	28位							
				高血圧	31,853	26位		36,463	8位							
				脂質異常症	30,954	21位		33,181	11位							
				脳血管疾患	39,557	22位		42,248	16位							
				心疾患	48,726	26位		61,971	18位							
				腎不全	171,091	30位		203,169	19位							
				精神	32,970	24位		34,281	18位							
				悪性新生物	50,918	21位		62,067	16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	3,156			1,906			3,022		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	9,714			11,011			12,116		10,954		12,339	
			生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	10,301			6,426			8,244		6,836		6,742	
				健診未受診者	31,707			37,124			33,045		39,024		35,459	
	⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者		1,483	53.4		1,256	52.6		189,579	56.6	54,156	55.9	4,427,425	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率		1,341	48.3		1,152	48.2		174,395	52.1	49,928	51.6	4,069,632	51.5	
			医療機関非受診率		142	5.1		104	4.4		15,184	4.5	4,228	4.4	357,793	4.5	
5	①	特定健診の状況 県内順位 順位総数42	健診受診者		2,776			2,388			334,747		96,812		7,898,602		KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握
	②		受診率		46.7	県内17位 同規模30位		43.8	県内16位 同規模59位		40.6		37.5	全国25位	36.4		
	③		特定保健指導終了者（実施率）		318	72.9		296	83.4		13830	33.8	7,742	49.9	191,922	20.3	
	④		非肥満高血糖		169	6.1		158	6.6		34,470	10.3	6,227	6.4	737,871	9.3	
	⑤		メタボ	該当者	555	20.0		502	21.0		59,575	17.8	21,911	22.6	1,365,885	17.3	
				男性	379	29.0		348	30.1		40,625	27.7	15,051	32.9	940,350	27.5	
				女性	176	12.0		154	12.5		18,950	10.1	6,860	13.4	425,535	9.5	
	⑥			予備群	397	14.3		325	13.6		36,199	10.8	14,501	15.0	847,757	10.7	
				男性	270	20.7		231	20.0		25,016	17.0	9,651	21.1	588,322	17.2	
				女性	127	8.6		94	7.6		11,183	5.9	4,850	9.5	259,435	5.8	
	⑦		メタボ該当・予備群レベル	腹囲 総数	1,095	39.4		954	39.9		107,619	32.1	41,578	42.9	2,490,653	31.5	
	⑧			腹囲 男性	740	56.7		656	56.8		73,452	50.1	27,893	60.9	1,714,294	50.2	
	⑨			腹囲 女性	355	24.1		298	24.2		34,167	18.2	13,685	26.8	776,359	17.3	
	⑩			BMI 総数	162	5.8		137	5.7		16,196	4.8	6,191	6.4	372,673	4.7	
	⑪			BMI 男性	28	2.1		17	1.5		2,462	1.7	901	2.0	59,609	1.7	
	⑫			BMI 女性	134	9.1		120	9.7		13,734	7.3	5,290	10.4	313,064	7.0	
	⑬			血糖のみ	28	1.0		30	1.3		2,474	0.7	914	0.9	52,299	0.7	
	⑭			血圧のみ	271	9.8		210	8.8		24,963	7.5	10,133	10.5	587,214	7.4	
	⑮			脂質のみ	98	3.5		85	3.6		8,762	2.6	3,454	3.6	208,235	2.6	
	⑯			血糖・血圧	92	3.3		78	3.3		9,940	3.0	3,328	3.4	211,996	2.7	
	⑰			血糖・脂質	38	1.4		33	1.4		3,451	1.0	1,227	1.3	75,037	1.0	
	⑱			血圧・脂質	269	9.7		253	10.6		27,806	8.3	10,554	10.9	663,535	8.4	
	⑲			血糖・血圧・脂質	156	5.6		138	5.8		18,378	5.5	6,802	7.0	415,318	5.3	
6	①	生活習慣の状況	服薬	高血圧	970	34.9		887	37.1		114,631	34.3	35,732	36.9	2,650,269	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				糖尿病	225	8.1		209	8.8		26,435	7.9	8,886	9.2	589,679	7.5	
				脂質異常症	542	19.5		565	23.7		78,350	23.4	19,743	20.4	1,861,172	23.6	
	②		既往歴	脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	84	3.6		83	4.3		10,453	3.3	2,780	3.2	246,264	3.3	
				心臓病（狭心症・心筋梗塞等）	137	5.9		126	6.4		18,768	5.8	3,984	4.5	417,386	5.5	
				腎不全	17	0.7		10	0.5		2,354	0.7	477	0.5	39,181	0.5	
				貧血	174	6.8		162	7.1		31,129	9.7	5,051	6.2	761,617	10.2	
	③		喫煙		376	13.5		302	12.6		44,733	13.4	14,472	14.9	1,122,770	14.2	
	④		週3回以上朝食を抜く		86	11.6		126	12.3		20,932	7.1	10,236	18.1	585,443	8.7	
	⑤		週3回以上食後間食		87	11.7		149	14.6		32,423	11.0	9,396	16.7	804,012	11.9	
	⑥		週3回以上就寝前夕食		150	20.2		242	23.4		43,470	14.6	13,497	23.9	1,054,636	15.5	
	⑦		食べる速度が速い		199	26.8		305	29.7		74,098	25.2	16,995	31.4	1,755,652	26.0	
	⑧		20歳時体重から10kg以上増加		346	45.7		469	44.4		96,678	32.5	25,663	46.4	2,192,397	32.1	
	⑨		1回30分以上運動習慣なし		507	56.7		640	50.6		171,321	57.8	32,945	57.5	4,026,273	58.8	
	⑩		1日1時間以上運動なし		414	54.5		504	48.0		137,385	46.1	27,531	49.9	3,209,243	47.0	
	⑪		睡眠不足		178	23.5		236	23.4		70,537	24.1	16,384	30.1	1,698,203	25.1	
	⑫		毎日飲酒		418	23.3		405	27.0		77,686	24.4	14,251	22.1	1,886,358	25.6	
	⑬		時々飲酒		456	25.5		470	31.4		65,981	20.8	18,510	28.7	1,628,531	22.1	
	⑭		一日飲酒量	1合未満	836	60.9		598	51.7		139,423	65.4	22,177	50.1	3,334,011	64.0	
				1～2合	351	25.6		351	30.4		50,116	23.5	12,690	28.7	1,245,365	23.9	
				2～3合	110	8.0		136	11.8		18,712	8.8	5,992	13.5	486,513	9.3	
				3合以上	76	5.5		71	6.1		5,088	2.4	3,383	7.6	142,761	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

軽症 → 重症

実態

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
（平成28年7月作成分）

被保険者: 10,205人

年代別	人数	割合
20代以下	2,881	28.2
30代	1,128	11.1
40代	1,272	12.5
50代	1,371	13.4
60代	2,608	25.6
70-74歳	945	9.3

糖尿病治療中: 730人 (7.2)
※( )内は、被保険者に占める割合

20代以下	8	1.1
30代	15	2.1
40代	33	4.5
50代	123	16.8
60代	383	52.5
70-74歳	168	23.0

インスリン療法: 46人 (6.3)
※( )内は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	1	2.2
30代	1	2.2
40代	3	6.5
50代	6	13.0
60代	24	52.2
70-74歳	11	23.9

糖尿病性腎症: 90人 (12.3)
※( )内は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	0	0.0
30代	1	1.1
40代	2	2.2
50代	16	17.8
60代	48	53.3
70-74歳	23	25.6

人工透析: 19人 (2.60)
※( )は、糖尿病治療者に占める割合

20代以下	0	0.0
30代	0	0.0
40代	0	0.0
50代	4	21.1
60代	12	63.2
70-74歳	3	15.8

A 再掲 40-74歳: 6,196人

H: 707人 | 11.4

	その他のリスク		
	高血圧	高尿酸血症	脂質異常症
人数	520	137	516
割合	73.6	19.4	73.0

O: 44人 | 6.2

L: 89人 | 12.6

19人 | 2.69

I 特定健診未受診者: 486人 (68.7)…I/H

KDBシステム様式「疾病管理一覧（糖尿病）」で対象者の把握が可能

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。
糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

特定健診 [40-74歳]

平成28年度
特定健診等データ管理システム
H29.11.24時点データ

※ 途中加入、資格喪失等の異動者、施設入所者、長期入院者、妊産婦は除外

B 特定健診対象者: 5,438人

C 特定健診受診者: 2,389人 (43.9)

E 糖尿病型: 321人 (13.4)

※ B、Cのみ法定報告値

（再掲）65歳以上

人数	割合
1,372人	57.4299

以下のいずれかに該当
・HbA1c6.5%以上
・空腹時血糖126以上
・糖尿病治療中（問診）

G 治療中（質問票 服薬有）: 221人 (68.8)

F 未治療（中断含む）: 100人 (31.2)

J コントロール不良 HbA1c7.0以上 または空腹時血糖130以上: 109人 (49.3)

K コントロール良 HbA1c7.0未満 または空腹時血糖130未満: 112人 (50.7)

その他のリスク	高血圧	肥満	脂質
	130/80以上	BMI 25以上	LDL120以上 HDL40未満 TG150以上
J	61 (56.0)	59 (54.1)	66 (60.6)
K	51 (45.5)	55 (49.1)	55 (49.1)

糖尿病性腎症病期分類

		第1期	再掲（第2～4期）	第2期	第3期	第4期	第5期
		腎症前期		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期	透析療法期
eGFR		30以上	—	30以上		30未満	透析療法中
尿蛋白 アルブミン尿		正常アルブミン尿（30未満）	N —	微量アルブミン尿（30-299）	顕性アルブミン尿（300以上）	問わない	
尿蛋白 尿蛋白		(－)	M —	(±)	(＋)以上	問わない	
		249人 (77.6)	72人 (22.4)	32人 (10.0)	35人 (10.9)	5人 (1.56)	

【参考資料 2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）

番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無		項目		H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出死亡	備考
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症			血圧								
								CKD	GFR								
									尿蛋白								

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画　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(Ⓐ+Ⓑ)　(　　)人		
	Ⓐ健診未受診者　(　　)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	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
	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	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析 ●がん	
	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	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
保健指導の優先づけ	Ⓑ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　(　　)人 ＊医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある	4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	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

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目				突合表	保険者 28年度 実数	保険者 28年度 割合	保険者 29年度 実数	保険者 29年度 割合	保険者 30年度 実数	保険者 30年度 割合	同規模保険者(平均) 23年度同規模保険者数164 実数	同規模保険者(平均) 23年度同規模保険者数164 割合	データ基
1	①	被保険者数		A	10,205人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2 H28年7月作成分
	②		(再掲)40-74歳		6,196人								
2	①	特定健診	対象者数	B	5,438人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②		受診者数	C	2,389人								
	③		受診率		43.9%								
3	①	特定保健指導	対象者数		356人								
	②		実施率		84.0%								
4	①	健診データ	糖尿病型	E	321人	13.4%							H28年度特定健診結果 特定健診等データ管理システムH29.11.24時点 ※実数は法定報告の対象外を含む
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	100人	31.2%							
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	221人	68.8%							
	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	109人	49.3%							
	⑤		血圧 130/80以上		61人	56.0%							
	⑥		肥満 BMI25以上		59人	54.1%							
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	112人	50.7%							
	⑧		第1期 尿蛋白(－)	M	249人	77.6%							
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		32人	10.0%							
	⑩		第3期 尿蛋白(＋)以上		35人	10.9%							
	⑪		第4期 eGFR30未満		5人	1.6%							
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		71.5人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2 H28年7月作成分
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		114.1人								
	③		レセプト件数(40-74歳)(被保険者千対) 入院外(件数)		3,166件	(527.8)					4,309件	(785.4)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病) H28年度(累計)H30.1.9時点
	④		入院(件数)		23件	(3.8)					28件	(5.1)	
	⑤		糖尿病治療中	H	730人	7.2%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 H28年7月作成分
	⑥		(再掲)40-74歳		707人	11.4%							
	⑦		健診未受診者	I	486人	68.7%							
	⑧		インスリン治療	O	46人	6.3%							
	⑨		(再掲)40-74歳		44人	6.2%							
	⑩		糖尿病性腎症	L	90人	12.3%							
	⑪		(再掲)40-74歳		89人	12.6%							
	⑫		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		19人	2.60%							
	⑬		(再掲)40-74歳		19人	2.69%							
	⑭		新規透析患者数		5人	0.68%							国保加入者のみ
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		2人	0.27%							
	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)		14人	2.1%							KDB_厚生労働省様式 様式3-2 H28.7※後期ユーザー
6	①	医療費	総医療費		28億4918万円						23億0569万円		KDB 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 H28年度(累計)H29.11.24時点
	②		生活習慣病総医療費		15億2834万円						13億0229万円		
	③		(総医療費に占める割合)		53.6%						56.5%		
	④		生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者		6,426円						8,244円		
	⑤		健診未受診者		37,124円						33,045円		
	⑥		糖尿病医療費		9471万円						1億3171万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)		6.2%						10.1%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費		3億4463万円								
	⑨		1件あたり		37,493円								
	⑩		糖尿病入院総医療費		3億3170万円								
	⑪		1件あたり		672,825円								
	⑫		在院日数		20日								
	⑬		慢性腎不全医療費		2億6234万円						1億2887万円		
	⑭		透析有り		2億5841万円						1億2093万円		
	⑮		透析なし		393万円						794万円		
7	①	介護	介護給付費		17億6316万円						19億7126万円		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		5件	15.2%							KDB_要介護突合状況
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		5人	2.8%					3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題H28年度

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

発症予防 → 重症化予防（早期発見）

年 齢 （経 過）

血管変化（血管内皮機能障害）

虚血性心疾患のリスク(リスクの重なり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、祖父母、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 → NO不活化等
- □ストレス（職場環境、生活リズムの変化など ） → 交感・副交感神経のバランスのくずれ
- □閉経（ 歳） → エストロゲン減少による抗動脈硬化作用の低下

＋

健診

- □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
- □メタボリックシンドローム（高インスリンの期間を予測） → 大血管障害要因
- □糖尿病 → インスリン枯渇により移行
- □高血圧 → プラーク破裂促進要因
- □高LDLコレステロール → 大血管障害要因
- □CKD → 特にG3a以降は心血管リスクが高い

冠動脈のれん縮

冠動脈の狭窄

プラークの形成

- ❶狭窄が50%以下でもプラークの破裂を起こすことがある（不安定プラーク）
  - ＊特にメタボなど不安定プラークを形成しやすい
- ❷プラークがゆっくり形成（安定プラーク）

臓器障害

心筋異常・心筋障害 → 心筋壊死

心電図

- □所見あり
  - ①心筋虚血を疑う所見あり（□ST変化）
  - ②所見の変化が重要（□昨年と比較して所見の変化がある）（□新しく出てきた左脚ブロック）
- □所見なし → **自覚症状**
- □あり

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
- ・頸や肩、歯へ放散する痛み
- ・冷汗や嘔気を伴う

☆リスクの経過と心電図所見から医師に判断してもらう
○どのような検査が必要か？
○次の評価はいつの時点か？
（3ヶ月後・半年後・1年後）

→ 精密検査

- □狭心症
  - □労作性狭心症
  - □異型（冠れん縮）狭心症
  - □不安定狭心症
- □急性心筋梗塞

不安定プラークの破裂により血栓が形成。血栓は急速に大きくなり、冠動脈の短時間の閉塞または高度狭窄をきたす。（急性冠症候群：ACS）

症状の現れ方

	労作性狭心症	異型（冠れん縮）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・労作時問わず		
症状の期間	3週間以上同じような症状	夜間～早朝、安静時に前胸部痛	3週間以内に新たに症状出現もしくは徐々に悪化。	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度（休むとよくなる）	数分～15分程度	数分～20分程度	20分以上（安静でも緩解せず）

血管変化をみる検査

- □ 血流依存性血管拡張反応（FMD）
- □ 反応性充血による指尖脈波（RH-PAT：エンドパット）
- □７５ｇ糖負荷試験、インスリン濃度検査
- □頸動脈エコー検査
- □微量アルブミン尿
- □PWV（脈波伝播速度検査）
- □頸動脈エコー検査
- □ABI
- □負荷心電図
- □ホルター心電図
- □心エコー
- □心臓核医学検査（心筋シンチグラフィ）
- □心臓カテーテル検査
- □冠動脈CT
- □心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

【参考資料 6】

【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	□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」のではなく「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	
	□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		発症予防対象者

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。**

判定			正常	軽度	重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲			男 85～ 女 90～		
	□BMI		～24.9	25～		
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299	300～	
		食後	～199	200～		
	□nonHDL−C		～149	150～169	170～	
	□AST		～30	31～50	51～	
	□血糖	空腹	～99	100～125	126～	【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
		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

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
												H24			H25			H26			H27			H28		
	記号	番号				メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	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

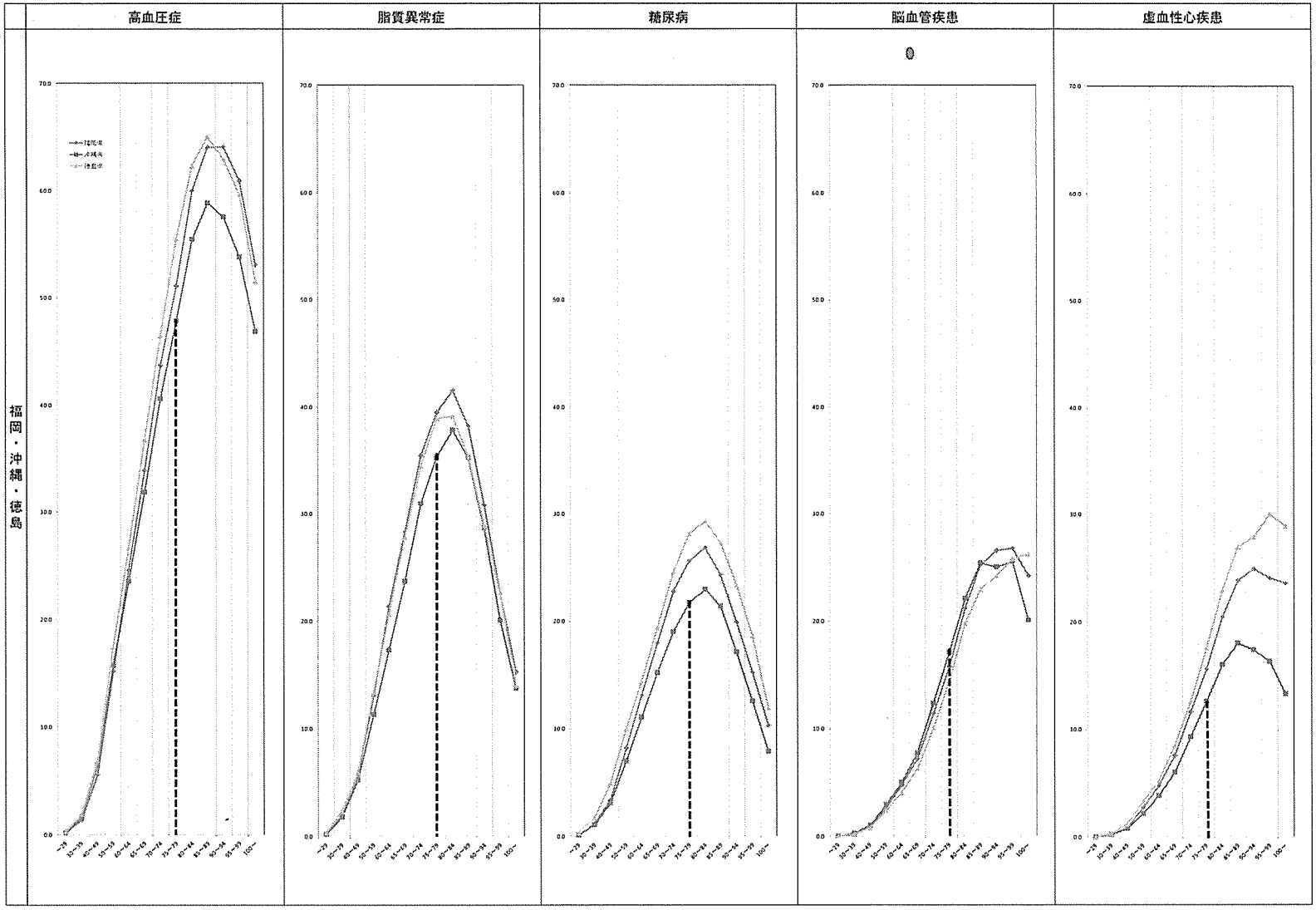
【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
												H26年度					H27年度					H28年度				
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考

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29年7月作成分）



【参考資料10】

平成28年度の実践評価を踏まえ、平成29年度の課題整理と取り組みの内容

＊アウトプット数は3月までの見込み数

目的	中長期目標	[P]計画(プロセス)						[D]実施			[C]評価	[A]改善
		平成29年度 課題 (平成28年度実践評価)	事業名 事業区分	平成29年度目標 (短期目標)	様式5-5との関連	保健事業の具体的実施方法		アウトプット(事業実施量)	アウトカム(結果)	ストラクチャー(構造)	保健事業の検証	次年度に向けての課題
発症予防	①網羅健診予防(脳・心・腎) ②健康受診の習慣をもってもらう	・特定健診受診率が低い ・40代、50代の仕事層の受診が低い	(県・調交) 特定健診受診率向上事業	①特定健診受診率58% ②訪問件数2,000件 ③電話勧奨件数1,000件		①特定健診対象者へ電話・訪問等で健診の受診状況を確認し、未受診者へは受診勧奨を行う。 ②特定受診協力員と連携して地区訪問を行う。				糖尿病等生活習慣病発症予防、重症化予防に向けて ①保年金課と調整し、ヘルスアップ事業(国補助金)、県調整交付金を活用しマンパワーを確保。 (保健師3人管理栄養士2人) ○特定健診結果の届き先を①保年金課・保健福祉課(ちむぐくる館)にし、健診受診者全数に対して訪問等にて個別の結果返しを実施。 (H23～)健診受診後の保健指導が定着してきている。 ○地区担当制で実施 ①特定保健指導においては目標値を達成しているが、今後も本体制で実施率を維持していく。また現体制において特定保健指導対象者以外における重症化予防対象者への保健指導・栄養指導も継続した指導ができるように定期的に進捗を管理していく。 ②糖尿病管理台帳等を有効活用した特定健診未受診者対策を実施していく。 ③担当地区の開業医との関係構築に向けて引き続き町の実施に基づいた連携を実施。	事業全体の共通する評価指標 ①H32健診受診率(25歳) ②特定健指導実施率 ③受診勧奨判定者におけ[illegible]医療機関受診率 ④H32健診検査受診率 ⑤H32検診受診者のうち生活習慣病治療中のコントロール不良者の減少 ⑥メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	
		・H28の20～39歳の健診受診者の内、特定保健指導対象に準ずるのは10%であるが、40代になると特定保健指導対象者が29%と約3倍となる。内臓脂肪を基盤とした生活習慣病の発症予防を行うために、特定健診対象前の20～30代から早期に介入していくことが必要である。	(国ヘルスアップ) (生活習慣病の1次予防の介入に重点をおいた取り組み) ★20～30代の健診・保健指導事業	①保健指導実施率(目標 55%)		【対象者】 ①40歳未満(20～39代)の健診受診者 (H28年度実績からの見込み数 110人) 【実施時期】平成29年4月～平成30年3月 【事業内容】 ＊保健指導に当たっては特定健診・保健指導プログラム改訂版、各学会ガイドラインに基づき実施 ①特定健診と同等の健診内容の実施(集団、個別、人間ドック) ②健診結果に基づき対象者に合わせた保健指導の実施。 ③初回面接後、必要に応じ継続した保健指導を実施 【優先順位とする検査項目と検査値】 ＊特に右記の対象者に当たっては最優先対象者とする メタボリックシンドロームの視点でポイントをおく検査項目を設定 中性脂肪 200mg/dl以上 / LDL-C 180mg/dl以上 / 糖尿病 HbA1c 6.5%以上 / 高血圧 Ⅱ度以上 / CAD 家族歴1人以上 / ＋GFR 50未満	【該当者】 ①40歳未満(20～39代)の健診受診者 100人 【保健指導数】60人	保健指導率 60% (目標達成率 109%)			
		・生活習慣病重症化の背景にメタボリックシンドロームがあるため、特定保健指導を強化していく必要がある。	特定健診負担金	①特定保健指導率(目標 60%)		①保健師・管理栄養士による特定保健指導の実施(地区担当制による) ②連携手法による保健指導体制の実施 ③特定保健指導対象者の管理						
重症化予防	網羅障害予防(脳・心・腎)	KDBの分析により①1件当たりの入院(脳血管疾患)の増加②慢性腎不全(透析あり)の医療費の増加があることが分かった。医療機関受診率は年々数増しているが健診受診者における受診勧奨者の医療機関受診率が別現状と比べて高いことが分かった。生活習慣病の重症化である脳血管疾患や慢性腎不全の予防のために①特定健診受診者における受診勧奨対象者においては確実に医療機関受診につなげるひつようがある。	(国ヘルスアップ)★特定健診受診者へのフォローアップ(受診勧奨対象者への対策)	①医療機関受診率の向上 (目標 30%)	M	【対象者】 (H28年度実績からの見込み数 109人) ①特定健診結果のうち血圧、LDL、が受診勧奨判定者のうち、下記の判定値で未治療者(＊HbA1cにおいては糖尿病性腎症重症化予防で実施) ・血圧Ⅱ度以上 ・LDL160mg/dl以上 【実施期間】 平成29年4月～平成30年3月 【事業内容】 ＊保健指導に当たっては特定健診・保健指導プログラム改訂版、各学会ガイドラインに基づき実施 ①特定健診結果に基づき対象者を選定、抽出を行う。 ②特定健診結果に基づき、対象者に合わせた医療機関への受診勧奨を行う。 ③初回勧奨後、3～6ヶ月後にレセプト等を確認し、その情報等も踏まえながら継続した医療機関への受診勧奨を行う。 ＊あるみ ハ ー ル 脳・心・腎を守るために一重症化予防の視点を取り入れ特定健診対象者に対する保健指導対象者を明らかにする。たとえ重症化予防対象者に相当	【該当者】 H29年度健診結果にて高血圧、LDL受診勧奨判定者 390人 →保健指導実施数 244人 (保健指導実施率 73%) 【対象者】Ⅱ度高血圧者・LDL180以上の者 47人 →保健指導実施数 34人 (保健指導実施率 73%) 【医療機関受診状況】12人 【医療機関受診率 36%】	医療機関受診率 36%(目標達成率 117%)			
	網羅障害予防(脳・心・腎)	KDBの分析により①1件当たりの入院(脳血管疾患)の増加②慢性腎不全(透析あり)の医療費の増加があることが分かった。医療機関受診率は年々数増しているが特定健診受診者における生活習慣病治療中において コントロール不良者が多いことが分かった。治療中の者へも早期に介入し生活習慣病重症化予防の視点でかかわっていく必要がある。	(県・調交) 重医療者支援事業 (医療機関との連携事業)	①特定健診受診者における コントロール不良割合の減少(目標 25%以下) ②血圧治療中でⅡ度高血圧者の割合5.5%以下を目指す ③LDL治療者(160以上)の割合4.5%以下を目指す	L	Ⅰ 保健指導 【対象者】 (H28年度実績からの見込み数 63人) ①特定健診結果のうち治療中であるが血圧、LDLがコントロール不良であるもの(＊HbA1cにおいては糖尿病性腎症重症化予防で実施) ・血圧Ⅱ度以上 ・LDL160mg/dl以上 【実施期間】 平成29年4月～平成30年3月 【事業内容】 ＊保健指導に当たっては特定健診・保健指導プログラム改訂版、各学会ガイドラインに基づき実施 ①特定健診受診者、対象者を選定、抽出を行う。 ②対象者へ本人同意のもと保健指導を行い、必要に応じて医療機関と連携を行う。 ③初回保健指導後、3～6ヶ月後にレセプトを確認し、その情報等も踏まえながら継続した受診勧奨等を行う。 Ⅱ 地域の医師との重症化予防のための医療体制構築にむけた検討会 ○南風原町の実態を通して重症化予防のための医療体制を検討していく		①特定健診受診者におけるコントロール不良割合の減少 ②血圧治療中でⅡ度高血圧者の割合5.5%以下を目指す ③LDL治療者(160以上)の割合4.5%以下を目指す ＊改善しなかった場合は、何が現状できなくて改善しなかったのかを検証し、次年度に活かす			
	網羅障害予防(脳・心・腎)		(県・調交) 効果的な特定健診保健指導の実施に関する事業		－	特定保健指導対象者への2次健診・評価検査の実施(予定数 40人)						
	網羅障害予防(脳・心・腎)		(県・調交) 生活習慣病予防事業		－	特定保健指導対象外への2次健診、評価検査の実施(予定数 70人)						
	網羅障害予防(脳・心・腎)	KDBの分析にて総医療費に占める慢性腎不全(透析あり)17%であり、H25→H27年度の新規透析導入者の実態をみると、約60%が糖尿病性によるものであった。糖尿病による重症化予防及び入工透析への移行を防止する必要がある。	(国ヘルスアップ) ★糖尿病性腎症重症化予防	①医療機関受診率の向上(目標 60%) ②検査データの維持・改善(目標 70%) ③特定健診受診率の向上(目標 15%)	－	【対象者】 (H27年度実績からの見込み数 244人) ①H27年度健診受診者で糖尿病未治療者(72人) ②H27年度治療中であるがコントロール不良者(合併症のおそれがあるHbA1c7.0%以上の者) (67人) ③H27年度特定健診未受診者(105人)・・・糖尿病台帳からの未受診者対策 【実施時期】 平成29年4月～平成30年3月 【事業内容】 ＊保健指導に当たっては特定健診・保健指導プログラム改訂版、各学会ガイドラインに基づき実施 ＊糖尿病性腎症重症化予防プログラム(沖縄県版)に基づき実施 ①特定健診受診者等より以下の基準に該当する者の抽出 ①-1 HbA1c 6.5%以上又は空腹時血糖126以上/随時血糖200以上のうち a 未治療者(中断含む) b コントロール不良(HbA1c7.0%以上) c H27年度特定健診未受診者 ②保健師、管理栄養士による保健指導、栄養指導の実施(必要時、医療機関との連携のもと、生活習慣改善に向けた保健指導、栄養指導を継続的に行う) ②-1未治療者→保健師が優先でかかわり、医療機関受診勧奨を行う ②-2治療中の者→管理栄養士による指導 ②-3特定健診未受診の者→特定健診受診勧奨 ③6ヶ月程度の指導後、本人からの聞き取り、レセプト等で評価をする。	【該当者】216人 内訳 ①H29年度健診受診者で糖尿病未治療者 99人→78人は医療機関受診(医療機関受診率 82%) ②H29年度健診受診者で糖尿病治療中であるがコントロール不良 67人→栄養指導数 50人(介入率80%) ③特定健診受診歴はあるがH28年度健診未受診者 59人→受診勧奨数9人でH29年度健診受診者14人(特定健診受診率 23%)	①医療機関受診率 82% (目標達成率 136%) ②検査データの維持・改善(初回面接のみのため算出不可) ③特定健診受診率 23% (目標達成率 153%)			
(重症化予防・発症予防のための) 医療機関との連携		H28年度沖縄県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定された。糖尿病重症化において医療機関と連携していく必要がある。		主な糖尿病治療中者の連携している医療機関をまわり、町の実態を共有		①糖尿病性腎症重症化予防プログラムの周知と運用についての医療機関あいさつ回り		町内・外12医療機関に回ることができた。				

【参考資料 11】