

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 北中城村

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
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化 7

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

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 22

- 1.第三期特定健診等実施計画について
- 2.目標値の設定
- 3.対象者の見込み
- 4.特定健診の実施
- 5.特定保健指導の実施
- 6.個人情報の保護
- 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 28

I 保健事業の方向性

II 重症化予防の取組

- 1.糖尿病性腎症重症化予防
- 2.虚血性心疾患重症化予防
- 3.脳血管疾患重症化予防

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	48
-------------------	----

第 6 章 計画の評価・見直し	50
-----------------	----

第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	51
--------------------------	----

参考資料	52
------	----

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して 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。

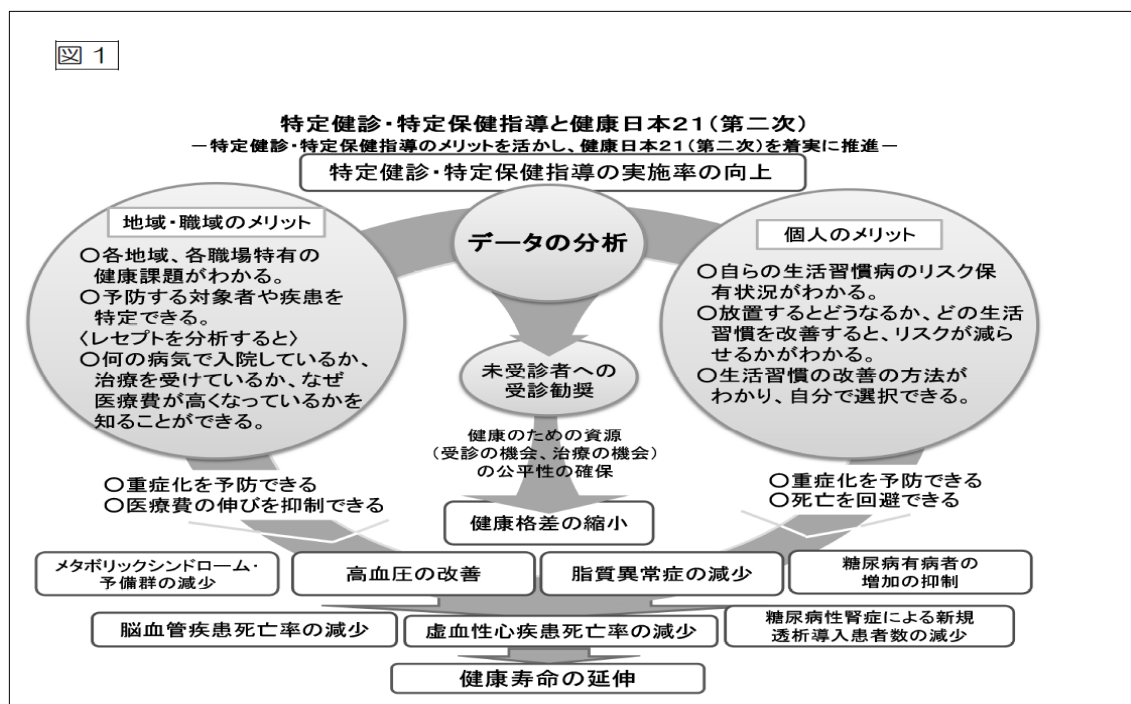
北中城村においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

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。

【図表 1】

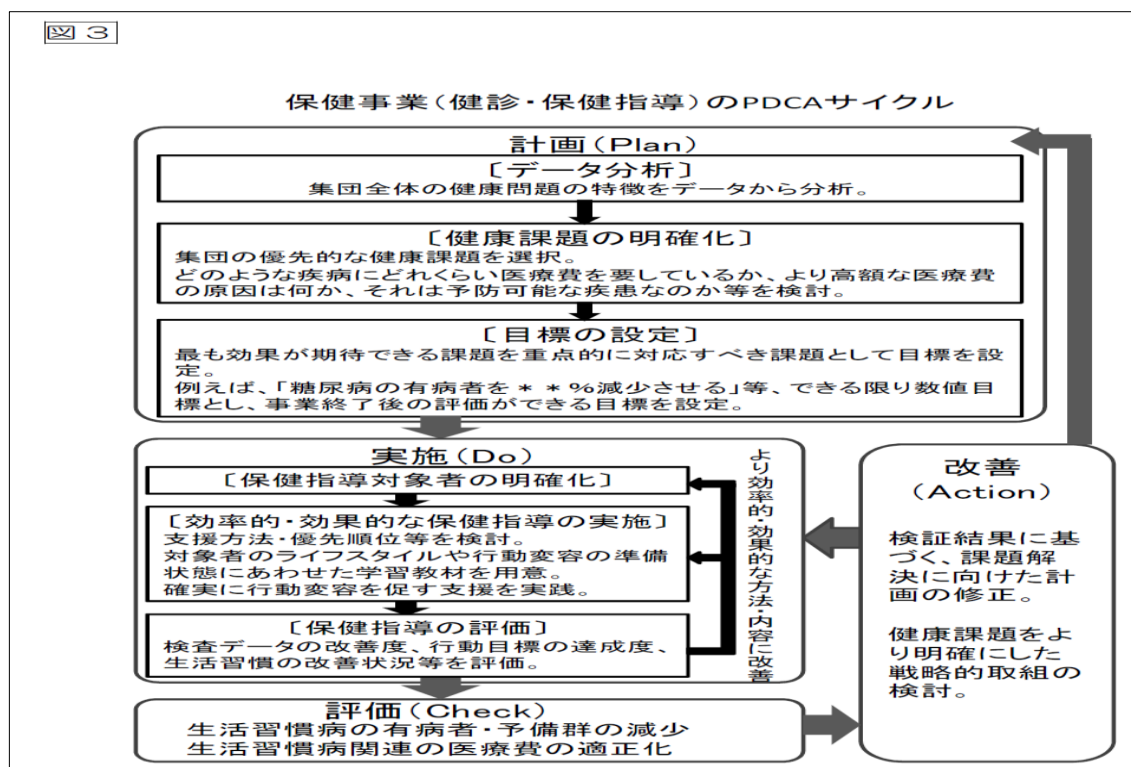
2

【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

北中城村においては、健康保険課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康保険課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。

具体的には、高齢者医療部局（後期高齢係）、介護保険部局（福祉課高齢者福祉係）企画部局（企画課）、生活保護部局（福祉課社会福祉係）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、北中城村国保は、計画素案について沖縄県関係課と意見交換を行い、沖縄

県との連携に努める。

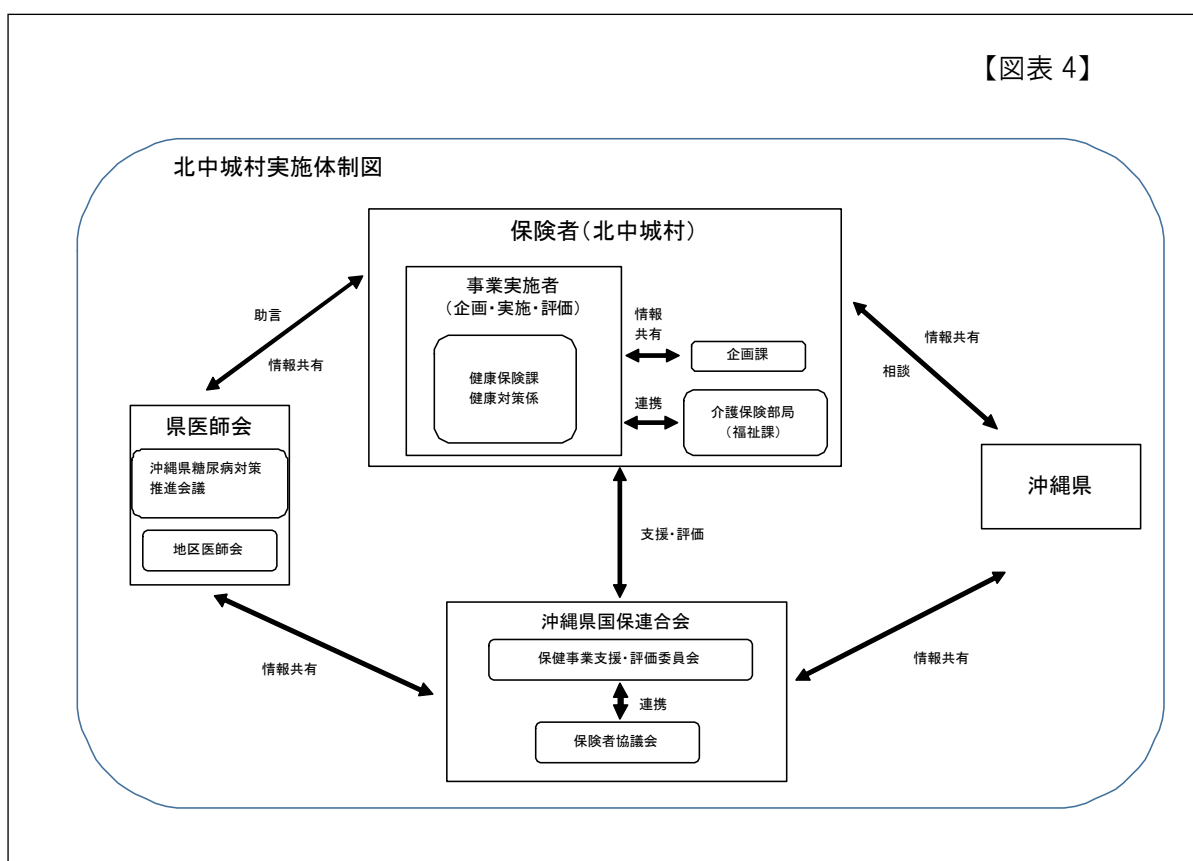
また、北中城村と中部地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、沖縄県県が沖縄県県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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



4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		195 (345)	498 (580)	850	850
交付額(万円)		250	925		
全国順位(1,741市町村中)		941			
共通 ①	特定健診受診率	10	0		50
	特定保健指導実施率	10	45		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	45		50
共通 ②	がん検診受診率	0	30		30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	0		20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	100		100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	40		40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	3	25		25
	個人インセンティブ提供	20	55		70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0		35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	10		35
	後発医薬品の使用割合	10	25		40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	0		100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	25		25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	0		25
	第三者求償の取組の実施状況	10	15		40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、標準化死亡比は減少していたが、死因別に心臓病と糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病による死亡は2倍であった。逆に脳疾患と腎不全による死亡割合は減少していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、2号認定者の割合に変化はないが、1号介護認定率の上昇が見られた。介護給付費に大きな変化は見られないが、有病状況では、高血圧症、脂質異常症及び心臓病が増加している。

医療費の状況では、一人当たり医療費が増加していた。また、医療費に占める1件当たり費用額では、脳、心、腎による入院費用の割合は減少し、外来費用割合が微増していることがわかった。一人当たりの医療費は増加しているが、医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加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。特定健診受診率は年々微増してきているが、健診未受診者の医療費は健診受診者より高額になっているため、重症化予防を実施していき、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

本村の平成28年度介護保険給付費は10億円と大きな額であり、平成25年と比較しても増加している。1件当たり給付費は増加している。居宅サービスが増加し、施設サービスは減少している。同規模平均と比較すると1件当たり給付費は高く、特に居宅サービスが高くなっている。要因として、生活習慣病の悪化からの介護なのか、予防可能であるのかを社会保障費を意識した検証が必要である。今後の高齢化による社会保障費の増加を予測すると、健康寿命を延伸し、自立した高齢者でいられるような支援が必要である。また、介護予防・日常生活支援総合事業等、地域資源の活用を住民に案内することも考慮に入れる必要がある。

【図表6】

年度	北中城村				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	9億8623万円	72,019	50,229	280,644	60,506	40,314	287,485
H28年度	↑ 10億2015万円	↓ 72,009	↑ 51,449	↓ 271,773	↓ 58,349	39,683	281,115

② 医療費の状況（図表 7）

平成 25 年度と比較すると本村の総医療費は 1,024 万円増加している。入院費用額が減少に対し、入院外費（外来）は 1.53%増加している。外来費用は同規模と比較し、伸び率が高い。入院費の伸びを抑えられた要因に、定期的な通院が背景にあると考える。重症化予防は定期的な外来受診、及び医療中断者を減らすことが重要であり、保健指導を実施することで重症化予防効果が見られたと考えられる。

一人あたりの医療費も平成 25 年度と比較すると増加している。今後も重症化による医療費増加を予防するため、一人当たりの医療費が増加する 65 歳以上の被保険者への適正な受療行動、及び 64 歳未満の健診受診や受療行動につなげる保健指導を実施していく。

【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	
				村	同規模			村	同規模			村	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	14億815万円				6億8346万円				7億2469万円			
	H28年度	14億1839万円	1024万円	0.73	-1.2	6億8260万円	△86万円	-0.13	-2.9	7億3578万円	1109万円	1.53	0.08
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	19,612				9,512				10,100			
	H28年度	21,326	1,714	8.7	8.4	10,258	746	7.8	7.8	11,068	968	9.6	8.7

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

平成 25 年度の一人当たり医療費の基準を 100 とした場合の平成 28 年度変化を見ると、被保険者数は減少しているが、一人当たりの総医療費は上がっている。しかし、中長期・短期目標疾患医療費は下がっており、国や県よりも下げることができている。

また、短期目標の高血圧、脂質異常症の 2 項目に関しては減少しているが、糖尿病は 2 ポイント上昇していた。この最大医療資源は調剤も含まれており、各治療で使用する薬剤等には、新薬で高額な薬品、安価な後発医薬品や複数内服する必要がある等、様々な要因が含まれる。短期目標疾患の医療費を上げるという目標のみではなく、受療率等も含めて考えていく必要がある。

今後も中長期・短期目標疾患医療費を抑制できるよう、重症化予防の保健指導の実績・効果を検証していく。

一方、新生物の割合が県や国よりも増加しているため、特定健診と同様にがん検診も受診勧奨を励行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）

市町村名		総医療費	被保険者数 (人)	一人あたり医療費(円)			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	中長期目標疾患														
				全額	順位			腎				脳				心						
					同僚市町村	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								
北中城村	H25	14億0815	100	5,979	19,612	131位	26位	3億6150	100	25.7%	1億2153	100	8.63%	171	100	0.12%	4,608	100	3.27%	4,068	100	2.89%
	H28	14億1839	111	5,443	21,326	121位	24位	2億9904	91	21.1%	1億1228	101	7.92%	148	95	0.10%	3,382	81	2.38%	2,304	82	1.63%
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	9兆8,880億円	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%
沖縄県	H25	1204億3069	100	490,333	20,262	—	—	288億4667	100	24.0%	98億8787	100	8.21%	4億0365	100	0.34%	34億7900	100	2.89%	22億5838	100	1.89%
	H28	1204億0441	110	444,281	22,111	—	—	271億1089	104	22.5%	105億8568	118	8.79%	4億2494	116	0.35%	28億7027	91	2.38%	22億3838	109	1.86%

	短期目標疾患						新生物	精神 疾患	癌・ 骨疾患									
	糖尿病		高血圧		脂質 異常症													
北中城村	5,363	100	3.81%	5,650	100	4.01%	4,135	100	2.94%	8,520	100	6.05%	2億3251	100	16.51%	1億0091	100	7.17%
	4,956	102	3.49%	4,377	85	3.09%	3,506	93	2.47%	1億3061	168	9.21%	2億2509	108	15.87%	1億0850	118	7.65%
国	5,201億円	100	5.35%	6,098億円	100	6.20%	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%
	5,235億円	111	5.40%	4,608億円	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%
沖縄県	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%
	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%

単位:万円

【出典】国勢調査・人口動態調査・医療費調査・人口動態調査・人口動態調査

最大医療資源(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源(調剤含む)」とは、レセプトに記載された医療名のうち最も費用を要した医療名

※(ハイフン)・・・H25年度医療費が0のため、計算上算出不可

④ 中長期的な疾患の状況（図表 9）

図表 8 より中長期・短期目標疾患医療費計に占める割合は平成 25 年度から平成 28 年度にかけては減少していた。疾患の割合別で見ると、虚血性心疾患（様式 3-5）は、0.1 ポイント減少しており、高血圧、糖尿病が減少している。また、64 歳以下の糖尿病の割合が 50%から 32%と減少しており、他の高血圧や脂質異常症のポイントも減少している。

脳血管疾患（様式 3-6）では、全体として 0.1 ポイント増加している。高血圧の割合は減少しているが、糖尿病と脂質異常症の割合が増加している。

人工透析（様式 3-7）でも、全体として 0.1 ポイント増加している。糖尿病の割合は減少しているが、脂質異常症の割合は増加している。

中長期目標の 3 疾患の罹患率を上げないためには、短期目標疾患の継続治療と、コントロール不良者などの重症化予防が重要である。

【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		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	6,011	139	2.3%	27	19.4%	5	3.6%	119	85.6%	66	47.5%	111	79.9%
	64歳以下	4,854	62	1.2%	8	12.90%	4	6.5%	51	82.3%	31	50.0%	47	75.8%
	65歳以上	1,157	77	6.7%	19	24.7%	1	1.3%	68	88.3%	35	45.5%	64	83.1%
H28	全体	5,617	123	2.2%	19	15.4%	5	4.1%	96	78.0%	55	44.7%	99	80.5%
	64歳以下	4,368	50	1.1%	3	6.0%	3	6.0%	36	72.0%	16	32.0%	37	74.0%
	65歳以上	1,249	73	5.8%	16	21.9%	2	2.7%	60	82.2%	39	53.4%	62	84.9%

厚労省様式 様式3-6		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	6,011	165	2.7%	27	16.4%	8	4.8%	128	77.6%	60	36.4%	105	63.6%
	64歳以下	4,854	58	1.2%	8	13.8%	4	6.9%	47	81.0%	22	37.9%	39	67.2%
	65歳以上	1,157	107	9.2%	19	17.8%	4	3.7%	81	75.7%	38	35.5%	66	61.7%
H28	全体	5,617	158	2.8%	19	12.0%	5	3.2%	122	77.2%	64	40.5%	106	67.1%
	64歳以下	4,368	58	1.3%	3	5.2%	2	3.4%	47	81.0%	21	36.2%	37	63.8%
	65歳以上	1,249	100	8.0%	16	16.0%	3	3.0%	75	75.0%	43	43.0%	69	69.0%

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	3,096	20	0.3%	8	40.0%	5	25.0%	18	90.0%	11	55.0%	6	30.0%
	64歳以下	1,939	13	0.7%	4	30.8%	4	30.8%	11	84.6%	6	46.2%	4	30.8%
	65歳以上	1,157	7	0.6%	4	57.1%	1	14.3%	7	100.0%	5	71.4%	2	28.6%
H28	全体	5,617	22	0.4%	5	22.7%	5	22.7%	22	100.0%	9	40.9%	7	31.8%
	64歳以下	4,368	13	0.3%	4	30.8%	4	30.8%	11	84.6%	6	46.2%	4	30.8%
	65歳以上	1,249	9	0.7%	3	33.3%	2	22.2%	9	100.0%	4	44.4%	4	44.4%

(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治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は0.1ポイント増加しているが、インスリン療法、人工透析の割合は減少している。しかし糖尿病性腎症及び、脳血管疾患の割合が増加している。特に64歳以下の脳血管疾患の割合が増加していることから、透析になる前に血管イベントを起こしている可能性がある。介護の2号認定者の原因疾患に関連しているとも考えられ、社会保障費を考えても、ハイリスクの対象者を把握し継続的な関わりが必要となる。

高血圧治療者(様式3-3)及び脂質異常症治療者(様式3-4)では、いずれも治療中

者の割合は減少しているが、糖尿病を合併している割合が増加し、脳血管疾患と人工透析の割合が増加している。糖尿病を合併すると、血管へのダメージがより重症化へと移行しているのがわかる。

これらのことから、短期的な目標である糖尿病を有する者へは、丁寧にアプローチし、他の疾患のコントロール状況も把握した上での重症化予防を実践していかなければならない。

【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	6,011	361	6.0%	30	8.3%	255	70.6%	255	70.6%	66	18.3%	60	16.6%	11	3.0%	41	11.4%	
	64歳以下	4,854	180	3.7%	19	10.6%	118	65.6%	124	68.9%	31	17.2%	22	12.2%	6	3.3%	23	12.8%	
	65歳以上	1,157	181	15.6%	11	6.1%	137	75.7%	131	72.4%	35	19.3%	38	21.0%	5	2.8%	18	9.9%	
H28	全体	5,617	345	6.1%	27	7.8%	238	69.0%	235	68.1%	55	15.9%	64	18.6%	9	2.6%	41	11.9%	
	64歳以下	4,368	145	3.3%	11	7.6%	95	65.5%	93	64.1%	16	11.0%	21	14.5%	5	3.4%	21	14.5%	
	65歳以上	1,249	200	16.0%	16	8.0%	143	71.5%	142	71.0%	39	19.5%	43	12.5%	4	2.0%	20	10.0%	

厚労省様式 様式3-3			短期的な目標						中長期的な目標						
			高血圧			糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	6,011	788	13.1%	255	32.4%	476	60.4%	119	15.1%	128	16.2%	18	2.3%	
	64歳以下	4,854	376	7.7%	118	31.4%	211	56.1%	51	13.6%	47	12.5%	11	2.9%	
	65歳以上	1,157	412	35.6%	137	33.3%	265	64.3%	68	16.5%	81	19.7%	7	1.7%	
H28	全体	5,617	686	↓12.2%	238	34.7%	411	59.9%	96	14.0%	122	17.8%	22	3.2%	
	64歳以下	4,368	291	6.7%	95	32.6%	163	56.0%	36	12.4%	47	16.2%	13	4.5%	
	65歳以上	1,249	395	31.6%	143	36.2%	248	62.8%	60	15.2%	75	19.0%	9	2.3%	

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標											
			脂質異常症			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	6,011	658	10.9%	255	38.8%	476	72.3%	111	16.9%	105	16.0%	6	0.9%						
	64歳以下	4,854	318	6.6%	124	39.0%	211	66.4%	47	14.8%	39	12.3%	4	1.3%						
	65歳以上	1,157	340	29.4%	131	38.5%	265	77.9%	64	18.8%	66	19.4%	2	0.6%						
H28	全体	5,617	604	↓ 10.8%	235	38.9% ↓	411	↓ 68.0%	99	16.4%	106	17.5% ↓	7	1.2% ↓						
	64歳以下	4,368	266	6.1%	93	35.0%	163	61.3%	37	13.9%	37	13.9%	3	1.1%						
	65歳以上	1,249	338	27.1%	142	42.0%	248	73.4%	62	18.3%	69	20.4%	4	1.2%						

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果の経年変化をみると、男性、女性ともに平成 28 年度はBMI・HbA1c・血圧・クレアチニンの有所見が増加している。特に男性の有所見では、腹囲の増加はさほど見られないが、BMI増加による、メタボリックシンドロームからのインスリン抵抗性の影響が考えられる。また男女共に、64 歳以下の有所見の割合が平成 25 年度と比較し増加していることから、重症化を予防するためにも若い世代の保健指導を徹底しなければならないことが分かる。

メタボリックシンドローム予備群・該当者は、平成 28 年度で見ると男女共に予備軍より該当者が多くなっている。男性では、内臓肥満に加え血圧、血糖、脂質などの動脈硬化を促進する危険因子を多く保有している割合が平成 25 年度と比較しても増加している。特に 64 歳以下男性の 3 項目全て該当する割合は、平成 25 年度より 2 倍以上増加しており、中長期目標疾患に移行させないためにも、働き盛り世代への積極的な保健指導は重要である。

女性では、平成 25 年度と比較すると、予備軍の割合が増加し、該当者の割合が減少している。動機付けの段階での早期介入により、該当者へ移行させないよう保健指導を丁寧を実施していくことで、中長期的疾患の予防にも繋がる。

【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（厚生労働省様式6-2～6-7）

★N0.23（概要）

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
男性	合計	226	40.2	325	57.8	151	26.9	129	23.0	53	9.4	199	35.4	257	45.7	142	25.3	251	44.7	110	19.6	294	52.3	8	1.4
	40-64	130	41.9	178	57.4	103	33.2	92	29.7	38	12.3	95	30.6	128	41.3	86	27.7	119	38.4	68	21.9	160	51.6	2	0.6
	65-74	96	38.1	147	58.3	48	19.0	37	14.7	15	6.0	104	41.3	129	51.2	56	22.2	132	52.4	42	16.7	134	53.2	6	2.4
	40-64	146	48.5	178	59.1	121	40.2	86	28.6	24	8.0	93	30.9	135	44.9	81	26.9	138	45.8	86	28.6	166	55.1	8	2.7
女性	合計	255	44.3	332	57.7	182	31.7	125	21.7	39	6.8	196	34.1	294	51.1	146	25.4	272	47.3	128	22.3	285	49.6	15	2.6
	40-64	146	48.5	178	59.1	121	40.2	86	28.6	24	8.0	93	30.9	135	44.9	81	26.9	138	45.8	86	28.6	166	55.1	8	2.7
	65-74	109	39.8	154	56.2	61	22.3	39	14.2	15	5.5	103	37.6	159	58.0	65	23.7	134	48.9	42	15.3	119	43.4	7	2.6
	40-64	146	48.5	178	59.1	121	40.2	86	28.6	24	8.0	93	30.9	135	44.9	81	26.9	138	45.8	86	28.6	166	55.1	8	2.7

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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
男性	合計	217	31.6	183	26.6	131	19.1	58	8.4	22	3.2	180	26.2	347	50.5	24	3.5	266	38.7	87	12.7	390	56.8	2	0.3
	40-64	94	27.6	71	20.8	74	21.7	32	9.4	14	4.1	74	21.7	152	44.6	15	4.4	104	30.5	49	14.4	195	57.2	0	0.0
	65-74	123	35.5	112	32.4	57	16.5	26	7.5	8	2.3	106	30.6	195	56.4	9	2.6	162	46.8	38	11.0	195	56.4	2	0.6
	40-64	209	32.6	168	26.2	115	17.9	65	10.1	16	2.5	148	23.1	349	54.4	19	3.0	253	39.5	80	12.5	364	56.8	3	0.5
女性	合計	118	37.2	88	27.8	71	22.4	44	13.9	12	3.8	75	23.7	179	56.5	12	3.8	120	37.9	46	14.5	211	66.6	0	0.0
	40-64	118	37.2	88	27.8	71	22.4	44	13.9	12	3.8	75	23.7	179	56.5	12	3.8	120	37.9	46	14.5	211	66.6	0	0.0
	65-74	91	28.1	80	24.7	44	13.6	21	6.5	4	1.2	73	22.5	170	52.5	7	2.2	133	41.0	34	10.5	153	47.2	3	0.9
	40-64	118	37.2	88	27.8	71	22.4	44	13.9	12	3.8	75	23.7	179	56.5	12	3.8	120	37.9	46	14.5	211	66.6	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）

★N0.24（概要）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	537	32.8	48	8.9%	111	20.7%	6	1.1%	70	13.0%	35	6.5%	149	27.7%	29	5.4%	11	2.0%	74	13.8%	35	6.5%
	40-64	282	26.1	29	10.3%	58	20.6%	3	1.1%	26	9.2%	29	10.3%	72	25.5%	13	4.6%	9	3.2%	38	13.5%	12	4.3%
	65-74	255	45.8	19	7.5%	53	20.8%	3	1.2%	44	17.3%	6	2.4%	77	30.2%	16	6.3%	2	0.8%	36	14.1%	23	9.0%
	40-64	565	36.5	44	7.8%	105	18.6%	9	1.6%	70	12.4%	26	4.6%	165	29.2%	19	3.4%	13	2.3%	72	12.7%	61	10.8%
女性	合計	427	35.9	37	8.7%	83	19.4%	8	1.9%	53	12.4%	22	5.2%	130	30.4%	11	2.6%	11	2.6%	60	14.1%	48	11.2%
	40-64	427	35.9	37	8.7%	83	19.4%	8	1.9%	53	12.4%	22	5.2%	130	30.4%	11	2.6%	11	2.6%	60	14.1%	48	11.2%
	65-74	138	38.4	7	5.1%	22	15.9%	1	0.7%	17	12.3%	4	2.9%	35	25.4%	8	5.8%	2	1.4%	12	8.7%	13	9.4%
	40-64	427	35.9	37	8.7%	83	19.4%	8	1.9%	53	12.4%	22	5.2%	130	30.4%	11	2.6%	11	2.6%	60	14.1%	48	11.2%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	670	43.9	28	4.2%	67	10.0%	5	0.7%	48	7.2%	14	2.1%	92	13.7%	12	1.8%	4	0.6%	48	7.2%	28	4.2%
	40-64	324	35.0	13	4.0%	28	8.6%	3	0.9%	18	5.6%	7	2.2%	35	10.8%	3	0.9%	3	0.9%	17	5.2%	12	3.7%
	65-74	346	57.7	15	4.3%	39	11.3%	2	0.6%	30	8.7%	7	2.0%	57	16.5%	9	2.6%	1	0.3%	31	9.0%	16	4.6%
	40-64	570	45.7	22	3.9%	63	11.1%	1	0.2%	49	8.6%	13	2.3%	73	12.8%	7	1.2%	7	1.2%	34	6.0%	25	4.4%
女性	合計	503	44.8	22	4.4%	56	11.1%	1	0.2%	42	8.3%	13	2.6%	62	12.3%	7	1.4%	6	1.2%	29	5.8%	20	4.0%
	40-64	503	44.8	22	4.4%	56	11.1%	1	0.2%	42	8.3%	13	2.6%	62	12.3%	7	1.4%	6	1.2%	29	5.8%	20	4.0%
	65-74	67	54.0	0	0.0%	7	10.4%	0	0.0%	7	10.4%	0	0.0%	11	16.4%	0	0.0%	1	1.5%	5	7.5%	5	7.5%
	40-64	503	44.8	22	4.4%	56	11.1%	1	0.2%	42	8.3%	13	2.6%	62	12.3%	7	1.4%	6	1.2%	29	5.8%	20	4.0%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は平成 25 年度と比較すると平成 28 年度は増加傾向にあるが、国の目標値には達成しておらず、また、同規模内の順位も下がっていた。平成 30 年度から保険者努力支援制度が本格実施のため、受診者の利便性の確保や通院中の方へ受診勧奨を推進するなど医療機関との連携も検討していく必要がある。また、全国同規模市町村の中での順位も評価の視点とする。

特定保健指導実施率も増加傾向にあるが、目標値には達していない。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、対象者自らが健康課題に気づき、生活習慣を改善できるよう保健指導を実施することで、生活習慣病発症予防や重症化予防が可能になる。今後もより積極的に保健指導していく。

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	実施率	医療機関受診率	
								北中城村	同規模平均
H25年度	3,242	1,249	38.5	68	218	91	41.7	48.0	51.0
H28年度	3,076	1,222	↑ 39.7	↓ 72	193	93	↑ 48.2	48.2	51.6

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、2 号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その課題に対しては、治療に繋がったが、継続した治療ができているか、など重症化予防の視点として、医療機関受診後の支援も継続して取り組んでいかなければならない。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率及び特定保健指導率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

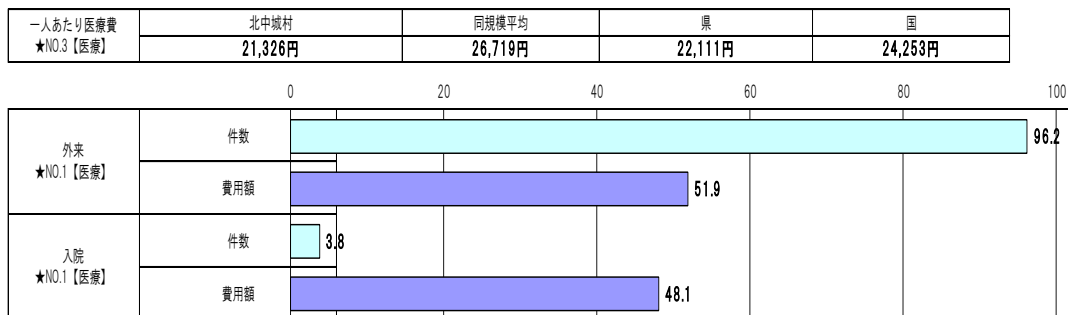
一人あたりの医療費は同規模平均・県・国よりも低くなっているが、入院と入院外の件数割合を比較すると、入院は約 3.8%であるが費用額割合では 48.1%であった。かかりつけ医に定期的に通院し、中長期目標疾患を予防することで、重症化を防ぎ、医療費適正化への効果が期待される。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



(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）

（様式 1-1）ひと月 100 万円以上の高額になる疾患を分析すると、脳血管疾患の 13 件で 1694 万円、虚血性心疾患は 4 件で 1134 万円の費用となる。両者合わせて件数・費用額共に高額レセプト総額に占める割合は 11%を占めており、年代別で見ると 50 代以降の件数が多い。これらは生活習慣病が重症化した結果であり、予防可能な疾患である。がんに対しても同様に、早期発見・早期治療により医療費は抑制できるため、検診の受診勧奨を励行していかなければならない。

（様式 2-1）長期入院レセプトの分析では、357 件で 1 億 4767 万円要しており、83.2%が精神疾患と最も多く、虚血性心疾患は 7.0%、脳血管疾患は 6.4%を占めている。

（様式 3-7・2-2）一度導入すると離脱不可能であり、様々な合併症も起こりうる疾患である人工透析は、平成 28 年度は年間 291 件で 1 億 3,304 万円かかっている。その内糖尿病性腎症がある件数割合が 48.1%であり、費用額でも 40%を超えることから、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことや透析導入を遅延することが可能である。また、血糖コントロールをすることにより、それによる合併症（脳血管疾患・虚血性心疾患）の予防が可能で、医療

費抑制にも効果的である。

(様式 3)1 ヶ月の生活習慣病治療者の構成割合をみると、脳血管疾患が最も多く、基礎疾患の重なりは、高血圧が 77.2%、脂質異常症が 67.1%を占めている。虚血性心疾患の重なりは、脂質異常症 80.5%、高血圧 78.0%であることから、現在治療中の高血圧症 686 人、糖尿病 345 人、脂質異常症 604 人、高尿酸血症 143 人を重症化させぬよう保健指導を実施し、生活改善につなげることが課題である。

以上の 4 点より、予防可能な生活習慣病の視点から分析すると、医療費削減には若い世代からの生活習慣病を発症させない、または基礎疾患を重症化させないことが必要である。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト（H28年度）		全体		脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10（CSV）	高額になる疾患 （100万円以上レセ）	人数	105人		10人		4人		21人		76人		
		件数	152件	9.5%		3.8%		20.0%		72.4%			
				13件		4件		30件		105件			
			年代別	152件	8.6%		2.6%		19.7%		69.1%		
					40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	18	17.1%
					40代	1	7.7%	2	50.0%	0	0.0%	8	7.6%
					50代	3	23.1%	1	25.0%	3	10.0%	17	16.2%
					60代	4	30.8%	0	0.0%	14	46.7%	41	39.0%
			70-74歳	5	38.5%	1	25.0%	10	33.3%	21	20.0%		
		費用額	2億5498万円	1694万円		1134万円		4691万円		1億7979万円			
6.6%				4.4%		18.4%		70.5%					

*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	40人	31人	5人	4人
				77.5%	12.5%	10.0%
		件数	357件	297件	23件	25件
				83.2%	6.4%	7.0%
		費用額	1億4767万円	1億1718万円	881万円	1295万円
				79.4%	6.0%	8.8%

*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	22人	9人 40.9%	5人 22.7%	5人 22.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	291件	140件 48.1%	71件 24.4%	74件 25.4%
					費用額	1億3304万円 41.1%	2929万円 22.0%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 重 礎 な 疾 り 患	1,376人	158人	123人	41人
				11.5%	8.9%	3.0%
			高血圧	122人	96人	36人
				77.2%	78.0%	87.8%
			糖尿病	64人	55人	41人
				40.5%	44.7%	100.0%
			脂質異常症	106人	99人	33人
				67.1%	80.5%	80.5%
			高血圧症	686人	345人	143人
				49.9%	25.1%	10.4%

○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）

介護認定者におけるレセプト分析において、本村の介護認定率は 7.2%でそのうち、介護度の高い要介護 3～5 が 43.7%と最も多い割合であった。また、二号被保険者の認定率は 0.48%であるが、40～64 歳の働き盛りの年代が介護を必要とする状態になっている原因疾患に、脳卒中（87.5%）があり、65 歳以上と比較しても高い割合を占めている。

基礎疾患保有率も、いずれの年代も高く、糖尿病合併者も 75 歳以上と比較し 74 歳以下に多い。これらのことから、要支援・要介護状態に至らない段階における生活習慣病の重症化予防が、介護予防にも効果的であることが分かる。そのためにも特定健診・特定保健指導での早期介入が必要である。

また、医療費の比較では、要介護認定者は認定なしの者と比較しても、2.6 倍の医療費がかかっていることが分かった。働き盛りの年代から血管疾患を予防することは、今後生活習慣病による介護費負担及び高齢化に伴う社会保障費の負担軽減に重要である。

H28【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
	被保険者数		5,378人		1,601人		1,951人		3,552人		
	認定者数		26人		74人		539人		613人		
	認定率		0.48%		4.6%		27.6%		17.3%		
	新規認定者数（※1）		3人		9人		56人		65人		
	介護度 別人数	要支援1・2		10	38.5%	23	31.1%	106	19.7%	129	21.0%
要介護1・2		11	42.3%	28	37.8%	182	33.8%	210	34.3%		
要介護3～5		5	19.2%	23	31.1%	251	46.6%	274	44.7%		
要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
	介護件数（全体）		25		81		543		624		
	再）国保・後期		16		56		492		548		
	（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	14 87.5%	脳卒中	26 46.4%	脳卒中	239 48.6%	脳卒中	265 48.4%
			2	虚血性 心疾患	2 12.5%	虚血性 心疾患	15 26.8%	虚血性 心疾患	160 32.5%	虚血性 心疾患	175 31.9%
			3	腎不全	1 6.3%	腎不全	13 23.2%	腎不全	68 13.8%	腎不全	81 14.8%
		合併症	4	糖尿病 合併症	3 18.8%	糖尿病 合併症	14 25.0%	糖尿病 合併症	42 8.5%	糖尿病 合併症	56 10.2%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		15 93.8%	46 82.1%	440 89.4%	486 88.7%	501 88.8%			
		血管疾患 合計		15 93.8%	49 87.5%	453 92.1%	502 91.6%	517 91.7%			
		認知症		1 6.3%	9 16.1%	234 47.6%	243 44.3%	244 43.3%			
		筋・骨格疾患		13 81.3%	44 78.6%	465 94.5%	509 92.9%	522 92.6%			

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

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)							11,212
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			4,260				

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、糖尿病性腎症等のリスクが増大する。

本村においては、全国と比較して健診データのほとんどの項目において有所見者が高くなっている。男女別で把握すると、男性は 40～64 歳では BMI25 以上が 45.5%と約半数を占め、中性脂肪や肝機能、尿酸値が高いことから、適正な飲酒行動と肥満改善が必要である。また、男性の 65～74 歳は腹囲が 85cm 以上を占める割合が 63.1%とかなり高いことに加え、空腹時血糖値、HbA1c、収縮期血圧、クレアチニンが高いことから腎臓機能の低下から透析に移行するリスクが高くなることが懸念される。女性は BMI25 以上、腹囲 90cm 以上が約 3 割で、65～74 歳では男性の 65～74 歳と同じく、空腹時血糖値、HbA1c、収縮期血圧、クレアチニンなどの高い項目が増えているため、血管疾患予防のための食生活習慣の改善が必要である。

また、図表 17 のメタボリックシンドローム該当者・予備軍において、男女とも 40～64 歳に比べて 65～74 歳になると予備軍・該当者とも増加傾向にある。男性では、メタボリック該当者の 3 項目全て当てはまる割合が、女性と比較すると 2.8 倍となっており、女性よりも早い対策が必要である。

【図表 16】

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 (概要)

H28年度

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		30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
県		19,521	44.4	26,700	60.7	13,950	31.7	10,447	23.8	3,687	8.4	15,321	34.8	24,293	55.2	12,782	29.1	21,196	48.2	10,163	23.1	20,503	46.6	1,193	2.7
北中城村	合計	258	44.9	335	58.3	183	31.8	127	22.1	39	6.8	195	33.9	293	51.0	149	25.9	274	47.7	129	22.4	288	50.1	15	2.6
	40-64	137	45.5	162	53.8	114	37.9	87	28.9	23	7.6	91	30.2	123	40.9	79	26.2	124	41.2	81	26.9	156	51.8	7	2.3
	65-74	121	44.2	173	63.1	69	25.2	40	14.6	16	5.8	104	38.0	170	62.0	70	25.5	150	54.7	48	17.5	132	48.2	8	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		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
県		16,285	34.0	12,853	26.8	9,179	19.1	5,746	12.0	1,030	2.1	10,413	21.7	27,497	57.3	2,567	5.4	19,146	39.9	6,701	14.0	26,601	55.5	240	0.5
北中城村	合計	211	32.9	169	26.4	116	18.1	65	10.1	16	2.5	151	23.6	353	55.1	19	3.0	256	39.9	81	12.6	367	57.3	3	0.5
	40-64	98	30.9	75	23.7	58	18.3	36	11.4	9	2.8	64	20.2	143	45.1	10	3.2	96	30.3	39	12.3	170	53.6	0	0.0
	65-74	113	34.9	94	29.0	58	17.9	29	9.0	7	2.2	87	26.9	210	64.8	9	2.8	160	49.4	42	13.0	197	60.8	3	0.9

*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（帳票）

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	北中城村 合計	575	36.0	51	8.9	111	19.3	9	1.6	74	12.9	28	4.9	173	30.1	18	3.1	15	2.6	77	13.4	63	11.0
	40-64	301	30.0	33	11.0	49	16.3	4	1.3	28	9.3	17	5.6	80	26.6	6	2.0	9	3.0	35	11.6	30	10.0
	65-74	274	46.4	18	6.6	62	22.6	5	1.8	46	16.8	11	4.0	93	33.9	12	4.4	6	2.2	42	15.3	33	12.0
女性	北中城村 合計	641	43.0	27	4.2	67	10.5	1	0.2	51	8.0	15	2.3	75	11.7	8	1.2	7	1.1	35	5.5	25	3.9
	40-64	317	36.1	18	5.7	28	8.8	1	0.3	19	6.0	8	2.5	29	9.1	5	1.6	2	0.6	13	4.1	9	2.8
	65-74	324	52.9	9	2.8	39	12.0	0	0.0	32	9.9	7	2.2	46	14.2	3	0.9	5	1.5	22	6.8	16	4.9

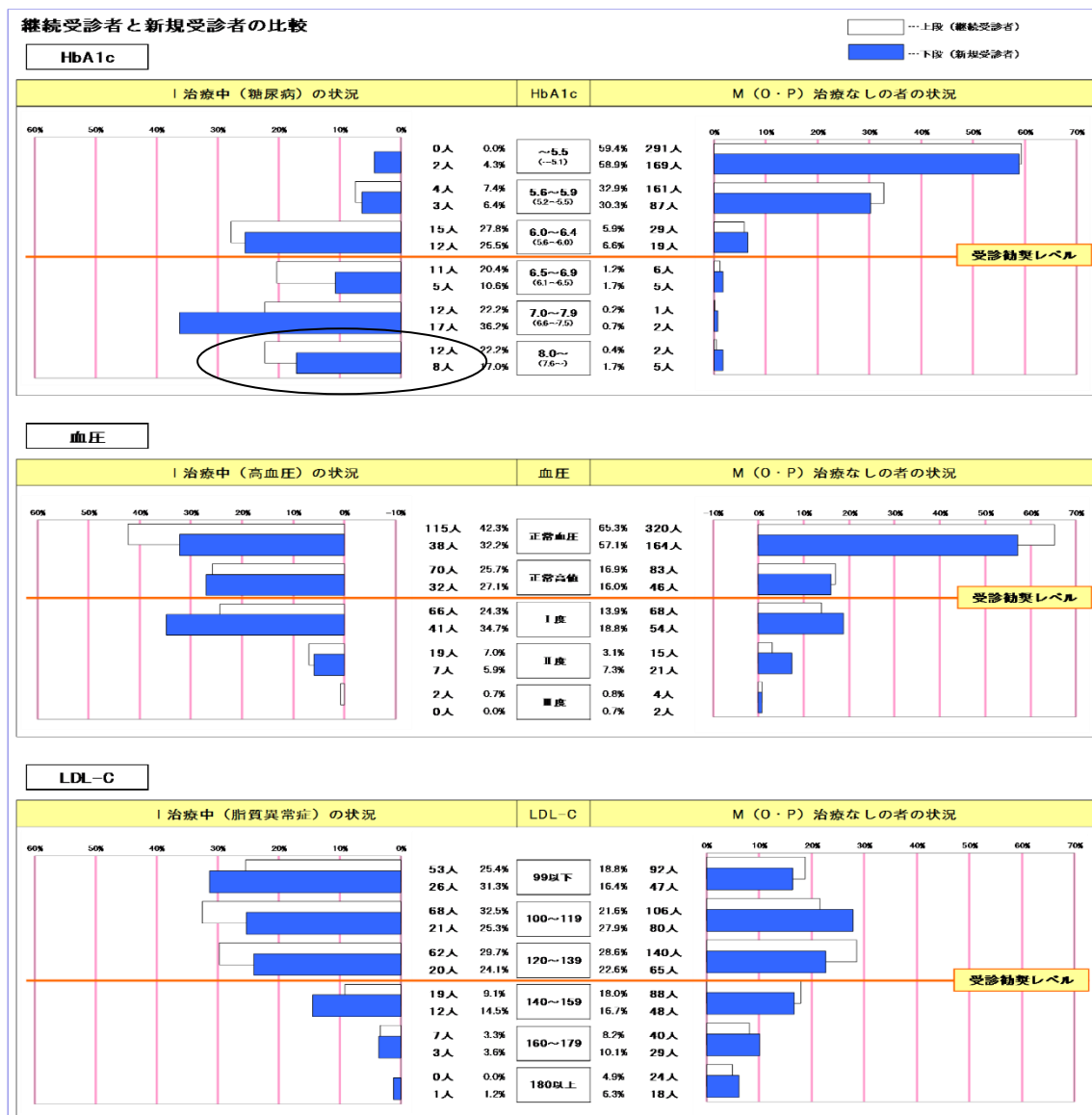
3）糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

HbA1c、血圧、LDL-Cの各項目共に、治療中・治療なしのどちらも新規受診者の方が受診勧奨レベルの人数は多い。

またHbA1cでは、継続受診者、新規受診者共に治療中の 7.0 以上の人数が多く、コントロールが難しいことが分かる。特に治療中者のHbA1c8.0 以上は健診と医療を受けながらコントロールが不良となっている。薬物療法だけでなく、生活習慣の改善（食事療法等）を併せておこなうための保健指導や栄養指導を早期に実施することが重要である。これらは糖尿病性腎症重症化等にも対応できるため、対象を把握するためにも、治療中者にも特定健診を受診してもらい、医療機関との連携（糖尿病連携手帳の活用）を図っていくことは重要である。

血圧、LDL-C では受診勧奨レベルだが治療なしの者が多いことから、早期介入につながる健診受診と医療機関への受診勧奨のどちらも重要であり、これまで以上に連携を強める必要がある。また、毎年受診することで住民自身の重症化予防に対する意識作りに繋がると考える。

【図表 18】



4）未受診者の把握（図表 19）

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、40～64 歳の働き盛り世代の 67.2%が特定健診を受診していない状況である。65 歳未満の死亡率が高いことを考えると、健診も治療も受けておらず、体の実態が全く分からない状態の 40～64 歳未満の G 健診・治療なし者 37.1%の受診勧奨を積極的に実施していかなければならない。

また、65 歳～74 歳の健診未受診者の割合は 50.3%で、そのうち治療中者が 36.6%いる。健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかっている医療費を比較すると、健診未受診者の 1 人当りの医療費は、健診受診者より 30,080 円も高くなっていることから、通院していても特定健診を受診することで、保健指導につながり重症化予防及び医療費増加抑制ができることを周知していく必要がある。

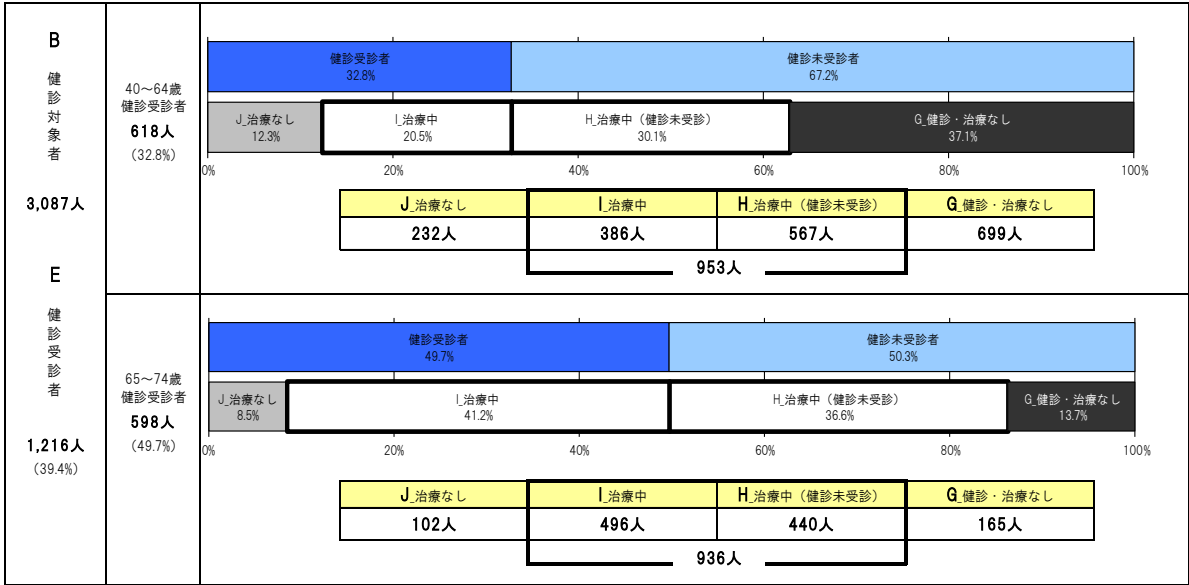
そのためには、健診開催日や周知方法を工夫(分かりやすい広報・受診勧奨はがき内容の見直し・個別受診勧奨訪問の対象者選定等)していき、多くの住民に健診を受けてもらう工夫が必要である。

また、特定健診受診率の推移では、平成28年度は16%だった不定期受診者をリピーターにしていくよう継続受診率も上げる必要がある。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える(厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (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_⑥

	0	10,000	20,000	30,000	40,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費	7,996円				
健診未受診者の生活習慣病治療費	38,076円				

特定健診受診率の推移

	対象者数	受診者数	受診率	継続受診者数		新規受診者数		不定期受診者数	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	D	D/B(前年)	C	C/B	D	D/B
H24	3,516	1,186	33.7%	--	--	--	--	--	--
H25	3,530	1,338	37.9%	888	74.9%	450	33.6%	--	--
H26	3,535	1,478	41.8%	981	73.3%	403	27.3%	94	6.4%
H27	3,553	1,248	35.1%	918	62.1%	232	18.6%	98	7.9%
H28	3,344	1,309	39.1%	861	69.0%	230	17.6%	218	16.7%

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

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の総医療費に占める割合を、35年度には30年度と比較して、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。

北中城村の短期目標疾患未治療者の受診状況は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態がある。重症化予防、医療費の適正化へつなげるためにも、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の費用及び件数の伸び率を平成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、栄養指導を実施し、経年的に血圧、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。

また、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。

その他に、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	45%	45%	50%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	75%	80%	80%

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	3,237人	3,140人	3,046人	2,954人	2,866人	2,780人
	受診者数	1,457人	1,413人	1,523人	1,477人	1,576人	1,668人
特定保健指導	対象者数	291人	283人	295人	315人	315人	334人
	受診者数	175人	184人	207人	236人	252人	267人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

特定健診については、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
- 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 : 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換えられる。（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】

北中城村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1月5日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月
北中城村役場	3,316	ドック申し込み期間 4月～12月末 受診期間 各年5月～3月末											
		広報にて 健診案内			未受診者への 勧奨ハガキ 発送①			未受診者への 勧奨ハガキ 発送②			未受診者への 個別健診受診 勧奨ハガキ 発送③		
		通年で未受診者対策(訪問・ポスティング・電話等):未受診者対策職員・健康推進員											
		※「受診券」は、国保保険証一体型につき、保険証発行時に受診券も同時発行。 (注)75歳に到達する方については、誕生日前日が有効期限です。(長寿健診受診券は誕生日の前月に送付)											

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

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

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

健康診査

被保険者台帳
40歳～74歳の被保険者を抽出
A 3,344人

他の診断等の結果の提出者
C人

年1回受診
★特定健診の実施

健診未受診者 **D 2,051人**

健診受診者 **E 1,293人**

★特定健診の受診率 **F 38.7%**

健診受診情報とレセプトを統合

治療なし **G**人

生活習慣病治療中※ **H**人

生活習慣病治療中※ **I 522人**

生活習慣病治療なし **J 771人**

※生活習慣病＝高血圧症・糖尿病・脂質異常症

★特定保健指導実施率 **S**%

健診結果の判定

特定保健指導以外の対象者

情報提供（受診の必要性を含む）

受診必要 **M 234人**
18.1% (M/E)

受診不必要 **N 325人**
25.1% (N/E)

レベル3

レベル1

特定保健指導の対象者

特定保健指導

積極的支援 **O 142人**
11.0% (O/E)

積極的支援 **P 70人**
5.4% (P/E)

レベル2

分析

必要に応じて主治医の指示のもと、保健指導が行われるよう調整

生活習慣病のコントロール

良 **K 213人**
16.5% (K/E)

不良 **L 309人**
23.9% (L/E)

*L及びMについては、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）P48「健診検査項目の健診判定基準」1～10の受診勧奨判定基準以上、尿蛋白・尿酸値2以上1回以上計測でも該当した場合に計上

未受診者対策

医療との連携

医療との連携

特定保健指導以外の保健指導

特定保健指導

◆特定健診の受診特長（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誘発）

◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携

◆今習得教材の共同使用

◆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統合・分析

◆医療機関を受診する必要性について告知・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

◆対象者の特徴に応じた行進実容を促す保健指導の実施

◆行動目標・計画の設定

◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う

健診データをもとに特定保健指導個別支援計画を作成

使用する学習教材の選択

レベルX

本年度の特定健診未受診又は既往生活習慣病患者数

レベル4

かかりつけ医と連携した対処

レベル3

個別に働きかけを行った人数

レベル1

実施件数

レベル2

積極的支援実施（RUI）者数

積極的支援実施（利用）者数

評価C※

改善A

※次年度のメタボ該当者 **Q' 人**、予備群 **R' 人**、糖尿病等の有病者・予備群の評価（改善/悪化）、データの改善、リスク数の減少

支援方法の検証、改善策の検討（ポピュレーションアプローチとの連携含む）

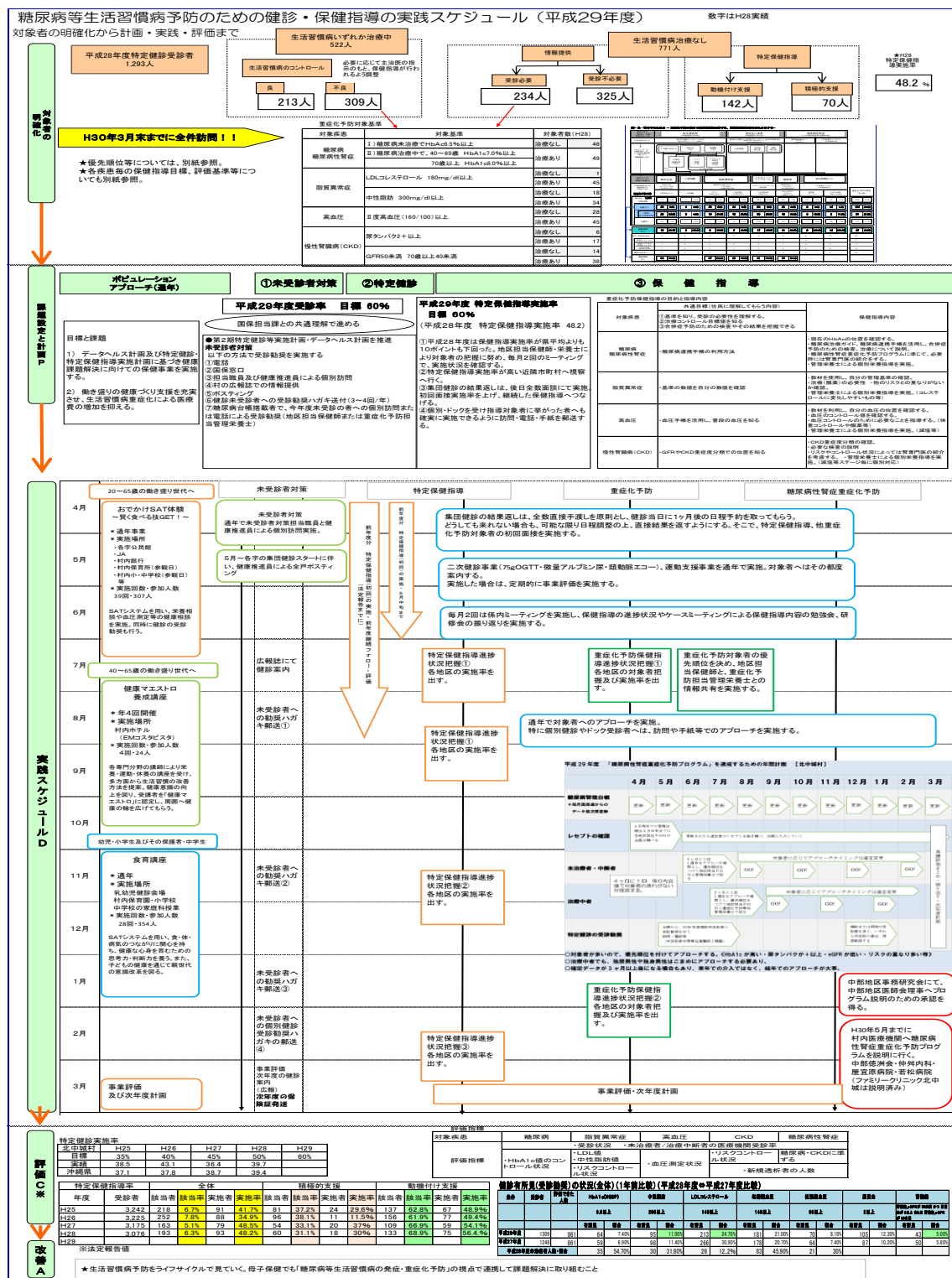
(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

H30年度目標					
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	約290人（20%）	60%
2	M	情報提供（受診必要）	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	約270人（19%）	HbA1c6.5以上に ついては 100%
	L	情報提供 (生活習慣病治療中だが コントロール不良)	◆かかりつけ医と保健指導実 施者との連携 ◆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 ◆学習教材の共同使用	約350人（24%）	糖尿病性腎症重症 化予防対象者に關 しては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (健診受診の重要性の普及啓 発)	1,780人	45%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明 ◆健診継続受診の案内	約280人（20%）	
	K	情報提供（生活習慣 病治療中）	◆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	約250人（17%）	

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)

【図表 25】



6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および北中城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、北中城村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

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

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

【図表 26】

『図表15 重症化予防の基本的な取組の流れ』

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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		○		□

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては沖縄県版プログラムに準じ、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。北中城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)

北中城村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 46 人(41.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 316 人中のうち、特定健診受診者が 65 人(20.6%・G)であったが、9 人(13.8%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 207 人(65.5%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 63 人中 6 人は治療中断であることが分かった。また、57 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 より北中城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)・・・約 50 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・約 15 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・約 60 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導(糖尿病連携手帳の活用)

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)・・・約 60 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導(糖尿病連携手帳の活用)

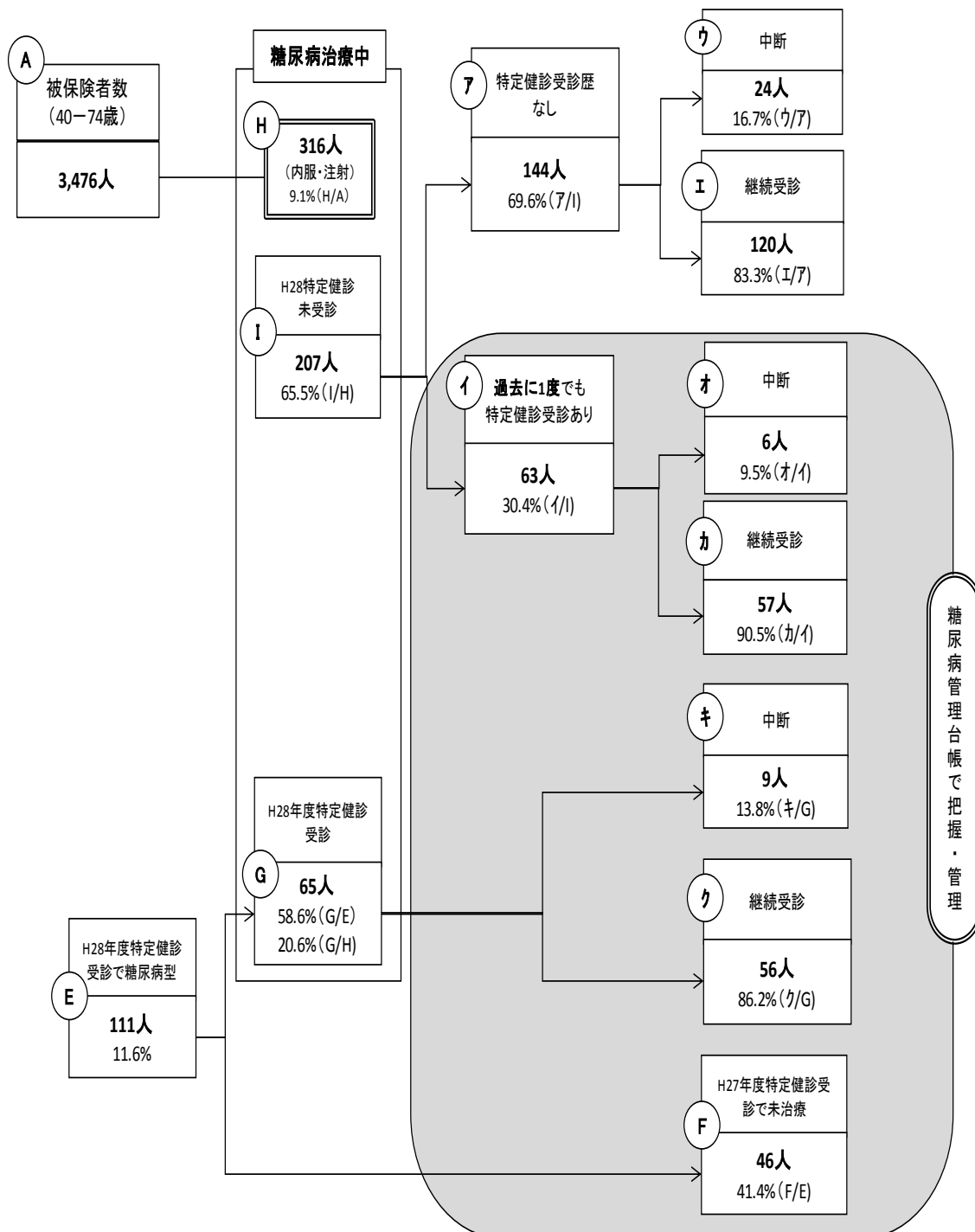
【図表 28】

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

治療状況

H30.1.18作成



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)及び年次度画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊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、HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握 (参考資料 4)

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

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。北中城村においては、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 次健診等を活用した尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき対象者の生活改善の保健指導や対象に応じた受診勧奨など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・治療中断者は確実に医療機関につなぐよう受診勧奨を行う。

(2) 治療中の者への対応

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

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)
- 10 月 中間まとめ(進捗状況報告)
- 3 月 年度事業評価

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドラインを参考に進めていく。(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。北中城村において健診受診者 1310 人のうち心電図検査実施者は 528 人(40.3%)であり、そのうち ST 所見があったのは 22 人(4.2%)であった(図表 30)。ST 所見あり 22 人の中のうち 6 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 2 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 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。

北中城村の死亡の状況(参考資料 1)より、心臓病と糖尿病の死因が平成 25 年度と比較し、平成 28 年度は増加しており、県や国よりも高い割合である。これを予防するためにも、心電図検査を実施することは有用である。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1310	100	528	40.3	22	4.2	203	38.4	303	57.4

【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)(%)
22	100	6	27.3	4	66.7	2	33.3

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 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	
		1036	22	203	30	781
			2.12%	19.59%	2.90%	75.39%
メタボ該当者		267	5	44	40	178
		25.8%	1.9%	16.5%	15.0%	66.7%
メタボ予備群		199	2	41	41	115
		19.2%	1.0%	20.6%	20.6%	57.8%
メタボなし		843	15	118	222	488
		81.4%	1.8%	14.0%	26.3%	57.9%
LDL	140-159	145	4	22	41	78
		17.2%	2.8%	15.2%	28.3%	53.8%
	160-179	57	0	7	17	33
		6.8%	0.0%	12.3%	29.8%	57.9%
180-		27	0	3	6	18
		3.2%	0.0%	11.1%	22.2%	66.7%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-					
	170-189					

CKD	G3aA1～	216	2	24	21	169
		20.8%	0.9%	11.1%	9.7%	78.2%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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。

【北中城村国保 二次健診内容】

- ・75gOGTT(HbA1c6.5%以上は空腹時血糖及びインスリン)
- ・微量アルブミン尿
- ・頸動脈エコー

(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)

10月 中間まとめ(進捗状況報告)

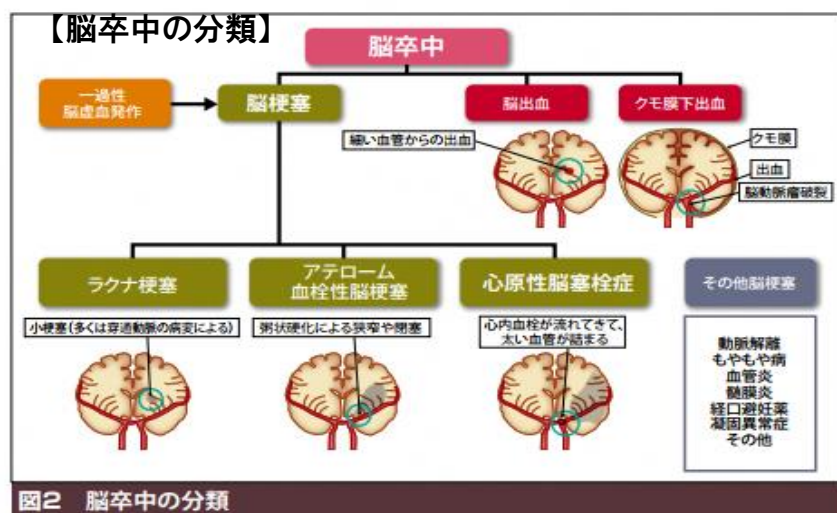
3月 年度事業評価

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)

【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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○		○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○
	心原性脳梗塞	●				●	○		○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタリックシンドローム	慢性腎臓病(CDK)		
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 1293		73人 5.6%	95人 7.3%	46人 3.6%	3人 0.2%	264人 20.4%	23人 1.8%	52人 4.0%	
治療なし		45人 5.0%	46人 3.9%	45人 4.5%	2人 0.3%	58人 7.5%	6人 0.8%	14人 1.8%	
治療あり		28人 7.2%	49人 48.5%	1人 0.3%	1人 0.2%	206人 39.5%	17人 3.3%	38人 7.3%	
臓器障害あり		12人 7.2%	11人 48.5%	8人 0.3%	2人 0.2%	17人 39.5%	6人 3.3%	14人 7.3%	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	3人	6人	4人	0人	6人	6人	14人	
	尿蛋白(2+)以上	1人	2人	2人	0人	2人	6人	0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	1人	0人	0人	2人	0人	0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	3人	2人	0人	2人	0人	14人	
	心電図所見あり	9人	8人	6人	2人	12人	2人	3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73人(5.6%)であり、45人は未治療者であった。また未治療者のうち12人(7.2%)は健診結果より臓器障害の所見が考えられることから、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28人(7.2%)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)

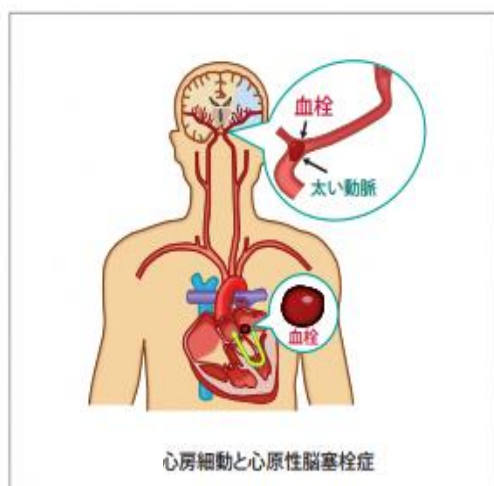
【図表 37】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類	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
	906	356 39.3%	203 22.4%	158 17.4%	144 15.9%	39 4.3%	6 0.7%
リスク第1層	149 16.4%	93 26.1%	28 13.8%	14 8.9%	13 9.0%	1 2.6%	0 0.0%
リスク第2層	469 51.8%	179 50.3%	107 52.7%	85 53.8%	72 50.0%	23 59.0%	3 50.0%
リスク第3層	288 31.8%	84 23.6%	68 33.5%	59 37.3%	59 41.0%	15 38.5%	3 50.0%
再掲 重複あり	糖尿病	74 25.7%	21 25.0%	15 22.1%	20 33.9%	15 25.4%	3 20.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	136 47.2%	51 60.7%	33 48.5%	24 40.7%	20 33.9%	6 40.0%
	3個以上の危険因子	144 50.0%	38 45.2%	32 47.1%	34 57.6%	32 54.2%	7 46.7%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
13 1.4%	73 8.1%	103 11.4%
13 100%	1 1.4%	0 0.0%
--	72 98.6%	26 25.2%
--	--	77 74.8%

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。

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	264	264	1	0.4	2	0.8		
40歳代	63	50	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	51	53	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	114	118	1	0.9	2	1.7	1.9	0.4
70～74歳	36	43	0	0.0	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

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
3	100	1	33.3	2	66.6

本村の集団健診では、全数に心電図を実施している。図表 38 は平成 28 年度の心電図検査において 3 人が心房細動の所見であった。有所見があった者は皆 60 代であり、特に 60 代女性においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 3 人のうち 2 人は既に治療が開始されていたが、1 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、引き続き集団健診では心電図検査の全数実施を実施していく。なお、人間ドックには心電図検査が組まれているが、脳ドックや個別健診においては項目に入っていないため、今後の対応は検討が必要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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。治療中であるが肥満や生活習慣の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 高血圧者の管理台帳

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

(2) 中・長期的評価

虚血性心疾患の患者数の減少

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)

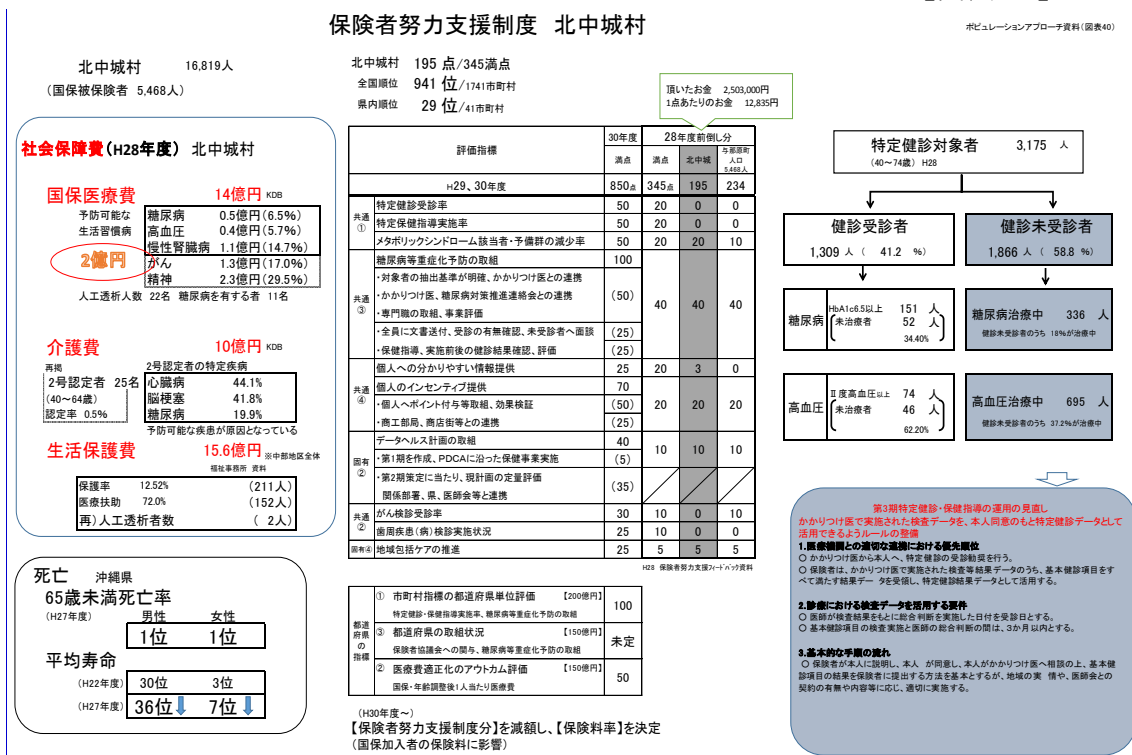
10 月 中間まとめ(進捗状況報告)

3 月 年度事業評価

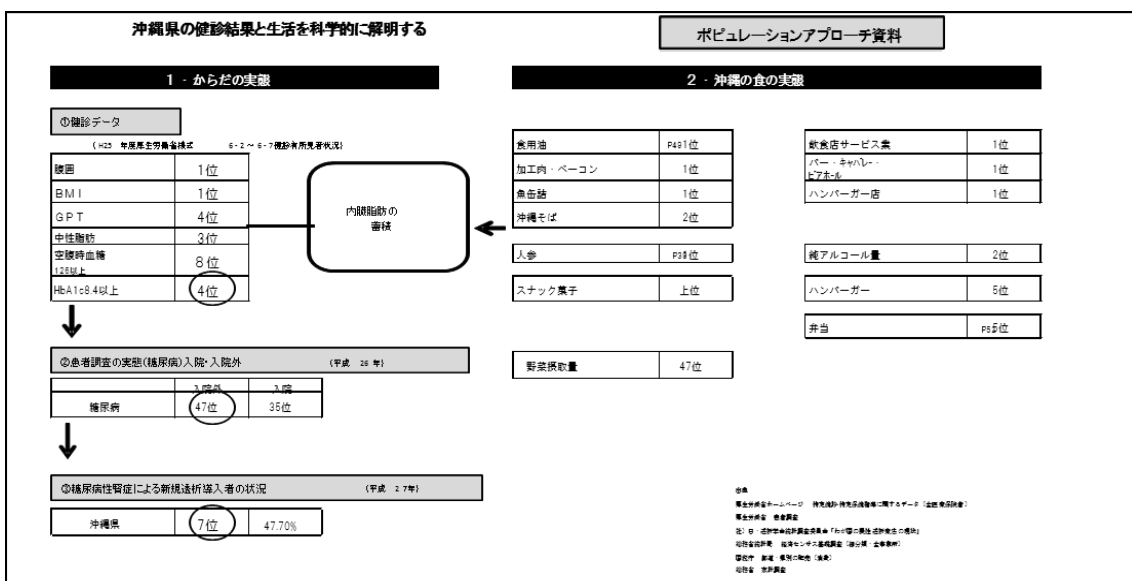
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、SATシステムを活用した食の体験事業を実施しているが、今後は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と、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の情報も広く村民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

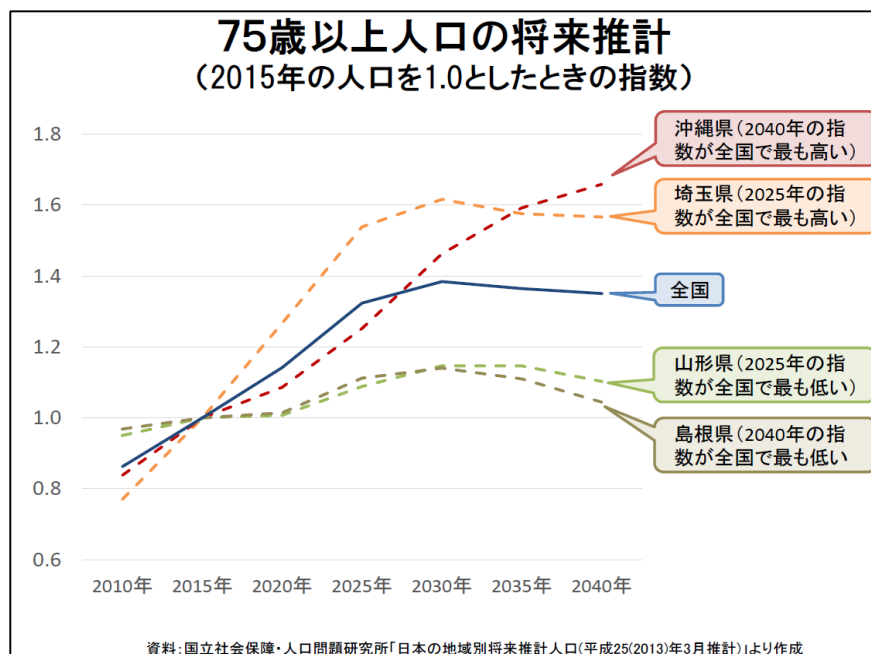
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく村民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料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。

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とする。

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、北中城村国保運営協議会や健康づくり推進協議会等で周知する。

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北中城村の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 評価イメージ

参考資料 11 データヘルス計画の目標管理一覧表

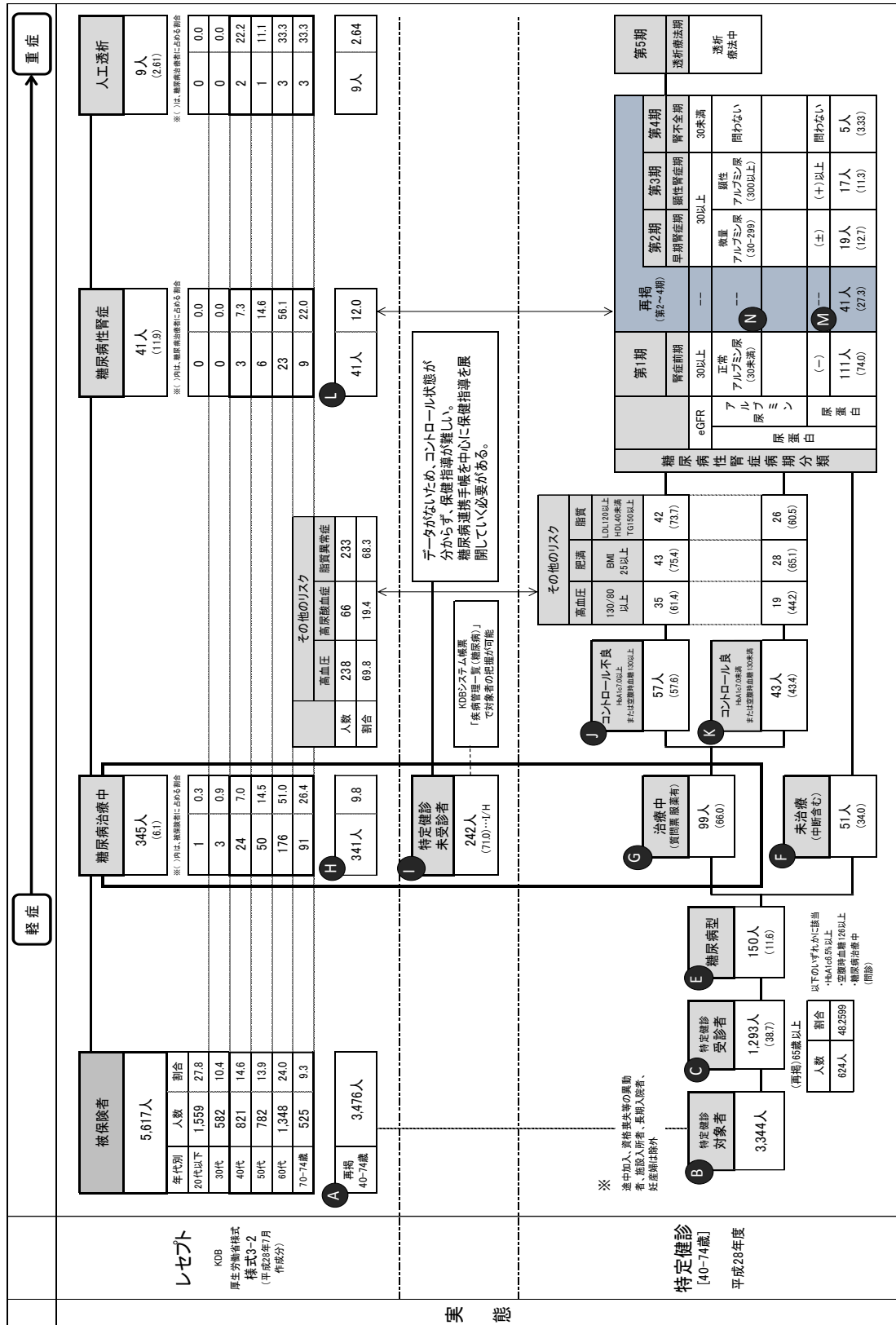
【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた北中城村の位置

項目				H25		H28		H28年度						データ元 (CSV)		
				実数	割合	実数	割合	同規模平均		県		国				
								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			15,567		15,567		2,213,234		1,373,576		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）			3,169	20.4	3,169	20.4	623,636	28.2	239,486	17.4	29,020,766	23.2		
		75歳以上			1,656	10.6	1,656	10.6			119,934	8.7	13,989,864	11.2		
		65～74歳			1,513	9.7	1,513	9.7			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳			5,009	32.2	5,009	32.2			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下			7,389	47.5	7,389	47.5			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
	②産業構成	第1次産業			2.1		2.1		12.2		5.4		4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業			16.8		16.8		27.7		15.4		25.2			
		第3次産業			81.0		81.0		60.1		79.2		70.6			
	③平均寿命	男性			80.2		80.2		79.3		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性			89.0		89.0		86.3		87.0		86.4					
④健康寿命	男性			64.8		64.7		65.1		64.5		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性			66.8		66.8		66.8		66.5		66.8				
2	①死亡の状況	標準化死亡比（SMR）		男性		86.1		82.6		103.9		97.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		60.8		58.2		102.0		87.5		100		
		死因	がん			29	46.0	25	48.1	7,565	46.0	2,965	48.0	367,905	49.6	
			心臓病			17	27.0	20	38.5	4,757	29.0	1,600	25.9	196,768	26.5	
			脳疾患			12	19.0	4	7.7	2,675	16.3	893	14.5	114,122	15.4	
			糖尿病			1	1.6	2	3.8	338	2.1	187	3.0	13,658	1.8	
			腎不全			2	3.2	1	1.9	619	3.8	243	3.9	24,763	3.3	
			自殺			2	3.2	0	0.0	474	2.9	287	4.6	24,294	3.3	
	②早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計			25	19.7	26	21.1			2029	17.3			厚労省HP 人口動態調査	
		男性			15	23.4	16	22.2			1403	22.3				
3	①介護保険	1号認定者数（認定率）			589	18.0	624	19.7	126,447	20.4	54,593	22.9	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者			10	0.3	3	0.3	2,113	0.3	122	0.3	105,654	0.3		
		2号認定者			29	0.5	25	0.5	2,818	0.4	2,288	0.5	151,745	0.4		
	②有病状況	糖尿病			113	18.1	116	18.1	27,924	21.2	10,544	18.2	1,343,240	21.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		高血圧症			308	46.9	316	48.0	69,041	52.8	27,046	46.9	3,085,109	50.5		
		脂質異常症			180	27.4	188	28.1	35,204	26.8	14,792	25.5	1,733,323	28.2		
		心臓病			344	53.3	350	54.1	78,702	60.2	29,993	52.1	3,511,354	57.5		
		脳疾患			191	29.0	175	26.9	34,872	26.7	14,939	26.0	1,530,506	25.3		
		がん			50	7.3	57	9.1	13,015	9.8	4,528	7.7	629,053	10.1		
		筋・骨格			305	48.5	336	49.0	67,392	51.7	27,113	47.0	3,051,816	49.9		
精神			234	36.1	247	37.9	47,608	36.2	19,106	32.7	2,141,880	34.9				
③介護給付費	1件当たり給付費（全体）			72,019		72,009		67,101		71,388		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス			50,229		51,449		41,922		52,568		39,683				
	施設サービス			280,644		271,773		276,064		282,196		281,115				
④医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）		認定あり	10,836		11,212		8,322		9,713		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			認定なし	4,248		4,260		3,995		4,401		3,822				
4	①国保の状況	被保険者数			5,979		5,443		574,807		444,286		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳			1,177	19.7	1,279	23.5			103,447	23.3	12,462,053	38.2		
		40～64歳			2,355	39.4	2,080	38.2			168,937	38.0	10,946,693	33.6		
		39歳以下			2,447	40.9	2,084	38.3			171,902	38.7	9,178,477	28.2		
	②医療の概況（人口千対）	加入率			38.4		35.0		26.0		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	
		病院数			2	0.3	2	0.4	173	0.3	94	0.2	8,255	0.3		
		診療所数			7	1.2	6	1.1	1,295	2.3	874	2.0	96,727	3.0		
		病床数			443	74.1	443	81.4	22,850	39.8	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
		医師数			21	3.5	26	4.8	2,887	5.0	3,552	8.0	299,792	9.2		
		外来患者数			484.4		492.2		686.7		507.9		668.3			
5	①医療費の状況	入院患者数			19.2		19.4		22.1		20.0		18.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		一人当たり医療費			19,612	県内26位 同規模131位	21,326	県内24位 同規模120位	26,719	22,111	24,253					
		受診率			503,545		511,554		708,765		527,866		686,501			
		外 費用の割合			51.5		51.9		57.8		52.4		60.1			
	③医療費の状況	来 件数の割合			96.2		96.2		96.9		96.2		97.4		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		入 費用の割合			48.5		48.1		42.2		47.6		39.9			
		入院 件数の割合			3.8		3.8		3.1		3.8		2.6			
		1件あたり在院日数			16.8日		16.9日		16.6日		17.1日		15.6日			
		④医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名（該当含む）	がん			85,201,460	10.8	130,416,060	17.0	24.4	17.3	25.6	KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地 域			
			慢性腎不全（透析あり）			121,531,490	15.4	112,284,900	14.7	9.4	16.0	9.7				
糖尿病			53,633,510	6.8	49,567,230	6.5	10.2	7.0	9.7							
高血圧症			56,502,760	7.2	43,721,910	5.7	9.0	6.3	8.6							
精神			232,510,200	29.5	225,292,840	29.5	18.4	28.0	16.9							
筋・骨格			100,910,320	12.8	108,487,130	14.2	15.2	13.1	15.2							

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

都道府県名	沖縄県	市町村名	北中城村	同規模区分	11
-------	-----	------	------	-------	----



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳										※糖尿病脳症は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に 該当した年度を指す									
【対象者抽出基準】																			
(HbA1c6.5以上)										過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者									
番号	地区	追加 年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度 末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考		
1	島袋	H25	25234	B	25234	山田 太郎	男	46	糖尿病	22.6.30	糖 以外	服薬	○	○	○				
									高血圧	22.7.20		HbA1c	6.9	8.4	7.5				
									虚血性心疾患		糖 以外	体重	115	126.7	125.5				
									脳血管疾患			BMI	35.9	39.5	39.2				
									糖尿病性腎症	22.6.30	血圧	129/76	155/76	132/80					
											GFR	84.7	74	62.7					
2	熱田	H25	153456	B	153456	鈴木 花子	女	48	糖尿病	23.7.4	糖 以外	服薬							
									高血圧	25.8.26		HbA1c	12.7						
									虚血性心疾患		体重	57.8							
									脳血管疾患		BMI	23.8							
									糖尿病性腎症	25.8.28	血圧	156/110							
											GFR	148							
3	喜舎場	H25	275432	B	275432	田中 次郎	男	51	糖尿病	26.6.17	糖 以外	服薬				○	H28.4～桃山クリ ニック		
									高血圧	26.6.17		HbA1c	8.5	7.8	13.5	7.1			
									虚血性心疾患		体重	69.4	67.7	60.6	68.8				
									脳血管疾患		BMI	26.2	25.5	22.9	26.1				
									糖尿病性腎症		血圧	152/99	140/91	110/80	154/86				
											GFR	82	81.5	93.8	80.6				
											尿蛋白	—	—	—	—				

糖尿病管理台帳からの年度計画

H 28 年度

【参考資料 4】

担当地区

対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門医との連携												
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A + B) (233) 人 (A) 健診未受診者 (96) 人 <table><tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></tr><tr><td>①国保(生保)</td><td>55人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>21人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>11人</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>9人</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>0人</td></tr></table> ①-1未治療者(中断者含む) (4) 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 * 他の生活習慣病で通院しているが、診断されていない者も含む	結果把握(内訳)		①国保(生保)	55人	②後期高齢者	21人	③他保険	11人	④住基異動(死亡・転出)	9人	⑤確認できず	0人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 ●合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん 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	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)	55人														
②後期高齢者	21人														
③他保険	11人														
④住基異動(死亡・転出)	9人														
⑤確認できず	0人														
保健指導の優先づけ	(B) 健診受診者 (130) 人 ①HbA1cが悪化している (61) 人 例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ②蛋白尿 (-) (99) 人 (±) (20) 人 (+) ~ 顕性腎症 (15) 人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (8) 人 1年で5ml/min以上低下 (26) 人	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	かかりつけ医、糖尿病専門医 原アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医												

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価					同規模 区分		11	都道 府県		47	市町村名		北中城村		
項目					突 合 表	保 険 者						同規模保険者(平均)		データ基	
						28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数127			
						実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数			A	5,617人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40～74歳				3,476人									
2	①	特定健診	対象者数		B	3,344人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②		受診者数		C	1,293人									
	③		受診率			38.7%									
3	①	特定 保健指導	対象者数			193人									
	②		実施率			48.2%									
4	①	健診 データ	糖尿病型		E	150人	11.6%							特定健診結果	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	51人	34.0%								
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	99人	66.0%								
	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	57人	57.6%								
	⑤					血圧 130/80以上		35人	61.4%						
	⑥					肥満 BMI25以上		43人	75.4%						
	⑦					コントロール良 HbA1c6.9未満かつ空腹時血糖130未満		K	43人	43.4%					
	⑧		第1期	尿蛋白(ー)	M	111人	74.0%								
	⑨		第2期	尿蛋白(±)		19人	12.7%								
	⑩		第3期	尿蛋白(+)以上		17人	11.3%								
	⑪		第4期	eGFR30未満		5人	3.3%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		H	61.4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)			98.1人									
	③		レセプト件数 (40～74歳) ()内は被保険者千対	入院外(件数)		1,682件	(500.7)				2,741件	(787.9)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④			入院(件数)		7件	(2.1)				19件	(5.6)			
	⑤		糖尿病治療中			I	345人	6.1%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥		(再掲)40～74歳				341人	9.8%							
	⑦		健診未受診者			O	242人	71.0%							
	⑧		インスリン治療				27人	7.8%							
	⑨		(再掲)40～74歳			L	27人	7.9%							
	⑩		糖尿病性腎症				41人	11.9%							
	⑪		(再掲)40～74歳				41人	12.0%							
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)				9人	2.61%							
	⑬		(再掲)40～74歳				9人	2.64%						KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑭		新規透析患者数				1人								
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症				1人								
	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)				4人	1.2%							
6	①	医療費	総医療費			14億1839万円						14億8907万円		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			7億6496万円						8億4840万円			
	③		(総医療費に占める割合)			53.9%						57.0%			
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		7,996円						7,331円			
	⑤			健診未受診者		38,076円						33,904円			
	⑥		糖尿病医療費			4957万円						8611万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			6.5%						10.2%			
	⑧		糖尿病入院外総医療費			1億8435万円									
	⑨		1件あたり			41,389円									
	⑩		糖尿病入院総医療費			9551万円									
	⑪		1件あたり			508,048円									
	⑫		在院日数			16日									
	⑬		慢性腎不全医療費			1億1377万円						8495万円			
	⑭		透析有り			1億1228万円						7974万円			
	⑮		透析なし			148万円						521万円			
7	①	介護	介護給付費			10億2015万円						15億4258万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		3件	18.8%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)			2人	1.8%					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	

[illegible]

【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	☐ S T 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 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者																																																																																								
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧																																																																																											
③ 健診結果		(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。		⑤ 重症化予防対象者																																																																																								
判定 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>正常</th> <th>軽度</th> <th>重度</th> <th>追加評価項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="14">□メタボリックシンドローム</td> <td>□腹囲</td> <td></td> <td>男 85～ 女 90～</td> <td></td> <td rowspan="10"></td> </tr> <tr> <td>□BMI</td> <td>～24.9</td> <td>25～</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□中性脂肪</td> <td>空腹</td> <td>～149</td> <td>150～299</td> <td>300～</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>～199</td> <td>200～</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□HDL-C</td> <td>40～</td> <td>35～39</td> <td>～34</td> </tr> <tr> <td>□nonHDL-C</td> <td>～149</td> <td>150～169</td> <td>170～</td> </tr> <tr> <td>□ALT</td> <td>～30</td> <td>31～50</td> <td>51～</td> </tr> <tr> <td>□γ-GT</td> <td>～50</td> <td>51～100</td> <td>101～</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血糖</td> <td>空腹</td> <td>～99</td> <td>100～125</td> <td>126～</td> <td rowspan="2">【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比</td> </tr> <tr> <td>食後</td> <td>～139</td> <td>140～199</td> <td>200～</td> </tr> <tr> <td>□HbA1c</td> <td>～5.5</td> <td>5.6～6.4</td> <td>6.5～</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">□血圧</td> <td>収縮期</td> <td>～129</td> <td>130～139</td> <td>140～</td> <td rowspan="2">□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）</td> </tr> <tr> <td>拡張期</td> <td>～84</td> <td>85～89</td> <td>90～</td> </tr> <tr> <td>□尿酸</td> <td>～7.0</td> <td>7.1～7.9</td> <td>8.0～</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ □LDL-C</td> <td>～119</td> <td>120～139</td> <td>140～</td> <td>□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</td> </tr> <tr> <td>e G F R</td> <td></td> <td colspan="2">60未満</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白</td> <td>(-)</td> <td colspan="2">(+) ～</td> </tr> <tr> <td>□C K D重症度分類</td> <td></td> <td colspan="2">G3aA1</td> </tr> </tbody> </table>					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～		□HDL-C	40～	35～39	～34	□nonHDL-C	～149	150～169	170～	□ALT	～30	31～50	51～	□γ-GT	～50	51～100	101～	□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～		□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～	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		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	e G F R		60未満			尿蛋白	(-)	(+) ～		□C K D重症度分類		G3aA1		
		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～																																																																																								
	□HDL-C	40～	35～39	～34																																																																																								
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～																																																																																								
	□ALT	～30	31～50	51～																																																																																								
	□γ-GT	～50	51～100	101～																																																																																								
	□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～																																																																																								
	□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～																																																																																							
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～																																																																																								
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																																																																																								
e G F R		60未満																																																																																										
尿蛋白	(-)	(+) ～																																																																																										
□C K D重症度分類		G3aA1																																																																																										

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	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	治療有無	収縮期	拡張期																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

市町村	健康番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		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	H26年度					H27年度					H28年度				
												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

平成30年度に向けて～これまでの評価と今後の課題整理及び取り組み(平成29年度進捗状況)～

参考資料 10

平成29年度 課題からの目標		評価(良くなったところ)				⑤残っている課題 平成30年度に向けての 取り組み																			
		①プロセス(やってきた実践の過程)	②アウトプット (事案・実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構 造)																				
【各 事 業 の 課 題】	【目 的】																								
全 体		●保健活動がPDCAサイクルに基づいて計画・実施する。 ●健康づくり計画、計画等関係機関と連携	○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○保健指導に際して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図るよう、県内ミーティングを月に2回継続して実施していく。 ○受診勧奨や保健指導を実施するために、個人の指導技術を向上させることも必要となれ、研修会・自己学習・専門知識強化など積極的に取り組んでいく。 ○健康対策全体で、事業効果はフォーミュラについていこうと重要である。			月に2回開催の県内ミーティングは継続できた。今後も県内で課題を共有し、保健指導力量形成を継続させる。																			
		○定期的に台帳の整理を実施。 ○未受診者対策等任務確認し各地区の健康推進員より前年度未受診者への個別訪問の実施を通告を行った。 ○全戸ポスティング、電話・簡便窓口での受診勧奨、広報車活用、立て看板、受診勧奨ハガキなどは継続。 ○受診勧奨ハガキは、研修会を受け、レイアウトを工夫した。(事務方) ○村の広報に個別訪問方法のわかりやすい掲載。 ○村内医療機関に、特定健診受診勧奨実施を、通院中の方へも受診するよう奨励。 ○健康台帳より、平成28年度特定健診未受診者及び未測定者に対しての個別訪問を実施し、受診勧奨を実施。 ⇒未受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらうようにしていくが今後の課題。情報として、国民の医療費やインセンティブ等も出ていく。地道な受診勧奨訪問を行うことで受診率向上につながる。 ⇒医療機関への個別訪問を実施し、顔の見える関係づくりができるよう取り組みはあまる。県や村の情報提供し、課題を共有していき、定期的にコンタクトをとっていく。	受診率はH30.1.31現在	●特定健診受診率 ●受診勧奨率 ●健診リーダー率	○未受診者対策 ⇒ 随時随時 事務局 2人 各地区健康推進員 12人 ○特定保健指導、未測定者等健康指導 ⇒ 地区巡回(4地区)に出発 支援機関(4地区) 保健指導員 1人 保健指導員 1人 ○特定保健指導の一部(バンク受診者)は外部委託	○未受診者訪問の対象者選定(各々の未受診者・健診中継者の継続受診勧奨等) ・ポレュレーションの取り組みを検討し、住民に若い頃から健康を定着させることが必要。 ・健診のリーダー率評価																			
未 受 診 者 対 策	●受診率が低い。 ●特に健康づくりの受診率が30%未満で低い。 ●特に健康づくりの受診率が低い。アプローチ方法の検討が必要。 ●医療機関への協力依頼等の取り組みが十分で。 ●未受診者の中には慢性疾患性慢性疾患性・高齢者の重症化予防対策がある。個別にアプローチが必要である。	○特定健診受診率 目標 60% ○健診受診者の検査結果(血圧・血糖・脂質・CKD)の改善 ○保健指導を実施する上、アプローチ方法等の検討が必要。	○本村より人口が多いが特定保健指導実施率が80%以上の高い町村を模範とした。 ○年度後半より、中央での高齢健診と健康相談を実施。結果返却は7歳以上は全数手渡しとした。疫学庁内へ、週末等を利用し健康相談を実施。初回受診と継続した保健指導を実施できるような体制を整えた。 ○個別健診やグループ等を受診した保健指導対象者に合った場合、直接を基本とし、余計な場合は手続が訪問等・初回健康相談するよう努めた。その際、保健師・管理栄養士がペアになり、生活習慣改善に向けての保健指導を実施できるようにした。 ○運動支援事業を新規に実施。運動習慣を習得する機会を提供した。 ○特定健診判定受診者への受診促進に同時に実施。重症化への移行も予防するよう、効果的な保健指導を実施できるように、研修会の参加、県内でミーティング実施。 ○各地区の保健指導率を定期的に評価していく。 ○働き盛りの積極的支援への保健指導率は今後課題となる。 ○全数面で結果通知し重要で以降の健診リーダー率を上げていく。 ○研修や勉強会に参加し、力量形成を促す。	<table><tr><td>未受診者対策</td><td>1988件</td></tr><tr><td>訪問</td><td>39件</td></tr><tr><td>電話</td><td>7145枚</td></tr><tr><td>ポスティング</td><td>4555枚</td></tr><tr><td>広報車</td><td>15回</td></tr><tr><td>健康推進員(健康化)的未受診者</td><td>9人/23人中</td></tr></table> <table><tr><td>特定健診受診率</td><td>60%</td></tr><tr><td>受診勧奨率</td><td>71%</td></tr><tr><td>健診リーダー率</td><td>15%</td></tr></table>	未受診者対策	1988件	訪問	39件	電話	7145枚	ポスティング	4555枚	広報車	15回	健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中	特定健診受診率	60%	受診勧奨率	71%	健診リーダー率	15%	●特定健診受診率 ●受診勧奨率 ●健診リーダー率	○未受診者対策 ⇒ 随時随時 事務局 2人 各地区健康推進員 12人 ○特定保健指導、未測定者等健康指導 ⇒ 地区巡回(4地区)に出発 支援機関(4地区) 保健指導員 1人 保健指導員 1人 ○特定保健指導の一部(バンク受診者)は外部委託	○未受診者訪問の対象者選定(各々の未受診者・健診中継者の継続受診勧奨等) ・ポレュレーションの取り組みを検討し、住民に若い頃から健康を定着させることが必要。 ・健診のリーダー率評価
未受診者対策	1988件																								
訪問	39件																								
電話	7145枚																								
ポスティング	4555枚																								
広報車	15回																								
健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中																								
特定健診受診率	60%																								
受診勧奨率	71%																								
健診リーダー率	15%																								
特 定 保 健 指 導	●特定保健指導率の平均が低い。(平成28年度 48.2%、県平均 58.7%) ●特に健康づくりの積極的な支援実施率(30%) ●保健指導を実施する上、アプローチ方法等の検討が必要。	○特定保健指導率 60% ○健診受診者の検査結果(血圧・血糖・脂質・CKD)の改善 ○保健指導を実施する上、アプローチ方法等の検討が必要。	○本村より人口が多いが特定保健指導実施率が80%以上の高い町村を模範とした。 ○年度後半より、中央での高齢健診と健康相談を実施。結果返却は7歳以上は全数手渡しとした。疫学庁内へ、週末等を利用し健康相談を実施。初回受診と継続した保健指導を実施できるような体制を整えた。 ○個別健診やグループ等を受診した保健指導対象者に合った場合、直接を基本とし、余計な場合は手続が訪問等・初回健康相談するよう努めた。その際、保健師・管理栄養士がペアになり、生活習慣改善に向けての保健指導を実施できるようにした。 ○運動支援事業を新規に実施。運動習慣を習得する機会を提供した。 ○特定健診判定受診者への受診促進に同時に実施。重症化への移行も予防するよう、効果的な保健指導を実施できるように、研修会の参加、県内でミーティング実施。 ○各地区の保健指導率を定期的に評価していく。 ○働き盛りの積極的支援への保健指導率は今後課題となる。 ○全数面で結果通知し重要で以降の健診リーダー率を上げていく。 ○研修や勉強会に参加し、力量形成を促す。	<table><tr><td>未受診者対策</td><td>1988件</td></tr><tr><td>訪問</td><td>39件</td></tr><tr><td>電話</td><td>7145枚</td></tr><tr><td>ポスティング</td><td>4555枚</td></tr><tr><td>広報車</td><td>15回</td></tr><tr><td>健康推進員(健康化)的未受診者</td><td>9人/23人中</td></tr></table> <table><tr><td>特定健診受診率</td><td>60%</td></tr><tr><td>受診勧奨率</td><td>71%</td></tr><tr><td>健診リーダー率</td><td>15%</td></tr></table>	未受診者対策	1988件	訪問	39件	電話	7145枚	ポスティング	4555枚	広報車	15回	健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中	特定健診受診率	60%	受診勧奨率	71%	健診リーダー率	15%	●特定健診受診率 ●受診勧奨率 ●健診リーダー率	○未受診者対策 ⇒ 随時随時 事務局 2人 各地区健康推進員 12人 ○特定保健指導、未測定者等健康指導 ⇒ 地区巡回(4地区)に出発 支援機関(4地区) 保健指導員 1人 保健指導員 1人 ○特定保健指導の一部(バンク受診者)は外部委託	○未受診者訪問の対象者選定(各々の未受診者・健診中継者の継続受診勧奨等) ・ポレュレーションの取り組みを検討し、住民に若い頃から健康を定着させることが必要。 ・健診のリーダー率評価
未受診者対策	1988件																								
訪問	39件																								
電話	7145枚																								
ポスティング	4555枚																								
広報車	15回																								
健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中																								
特定健診受診率	60%																								
受診勧奨率	71%																								
健診リーダー率	15%																								
重 症 化 予 防 対 策	●PDCAサイクルに基づき計画実施するが、十分である。 ●評価指標を検討する必要がある。 ●対象者が多いため、優先順位を検討し、保健指導を実施する必要がある。(地区台帳の管理) ●保健指導に際して、教材、指導内容を検討し、共通した指導を実施できるようにしていく必要がある。 ●国民的慢性疾患性化予防対策へのアプローチが数多くない。国民的慢性疾患性化予防対策を定期的に確認し活用していく。 ●CKDの重症化段階のバリエーションは、腎臓医と連携して必要がある。かかりつけ医の連携が十分でなく、工夫が必要である。	○特定保健指導率 60% ○健診受診者の検査結果(血圧・血糖・脂質・CKD)の改善 ○保健指導を実施する上、アプローチ方法等の検討が必要。	○PDCAサイクルに基づき計画立案し、県内で共通認識を図った。 ○KDBやシステムにより対象者を特定。治療中者と未治療中・中断者に分け、各担当により保健指導(受診勧奨)を実施した。 ○未治療者・治療中断者に、保健指導後のフォロー(受診状況)など、未受診者には再アプローチを行っていく。 ○治療中への重症化予防対策の中心は、管理栄養士による栄養指導の実施とし、食生活からのアプローチを主として実施した。 ○健康推進員台帳の活用について話し合いを行い、経年管理を行っていくようにした。 ○医療連携を図りながら、重症化推進手帳を活用していくようにした。 ○村内医療機関に慢性疾患性化予防プログラムの説明を実施した。 ○年度当初・前年度からの課題を共有し、今年度の課題を整理していき、人事異動があったり、担当が変更があったりしても、継続し取り組みながら、今後、地区毎で課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要である。 ○健康推進員台帳を活用し、整理していきで使える対象者がいる。一定の関わりについては決めているが、地区間で優先順位を定めていく。経年管理で関わっている。 ○栄養指導に際しては、対象者が多いため、保健師でも可能な栄養指導を今後検討していくが、現状は、主として管理栄養士等が実施し、指導を受ける必要がある。 ○医療連携の個別訪問に際しては、少しづつずつ進めていく。継続していくことが重要である。	<table><tr><td>未受診者対策</td><td>1988件</td></tr><tr><td>訪問</td><td>39件</td></tr><tr><td>電話</td><td>7145枚</td></tr><tr><td>ポスティング</td><td>4555枚</td></tr><tr><td>広報車</td><td>15回</td></tr><tr><td>健康推進員(健康化)的未受診者</td><td>9人/23人中</td></tr></table> <table><tr><td>特定健診受診率</td><td>60%</td></tr><tr><td>受診勧奨率</td><td>71%</td></tr><tr><td>健診リーダー率</td><td>15%</td></tr></table>	未受診者対策	1988件	訪問	39件	電話	7145枚	ポスティング	4555枚	広報車	15回	健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中	特定健診受診率	60%	受診勧奨率	71%	健診リーダー率	15%	●特定健診受診率 ●受診勧奨率 ●健診リーダー率	○未受診者対策 ⇒ 随時随時 事務局 2人 各地区健康推進員 12人 ○特定保健指導、未測定者等健康指導 ⇒ 地区巡回(4地区)に出発 支援機関(4地区) 保健指導員 1人 保健指導員 1人 ○特定保健指導の一部(バンク受診者)は外部委託	○未受診者訪問の対象者選定(各々の未受診者・健診中継者の継続受診勧奨等) ・ポレュレーションの取り組みを検討し、住民に若い頃から健康を定着させることが必要。 ・健診のリーダー率評価
未受診者対策	1988件																								
訪問	39件																								
電話	7145枚																								
ポスティング	4555枚																								
広報車	15回																								
健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中																								
特定健診受診率	60%																								
受診勧奨率	71%																								
健診リーダー率	15%																								
医 療 機 関 と の つ な が り	●未受診者対策、重症化予防事業等と連携するが、医療機関との連携がとれていない。 ●住民と連携して医療機関との連携を図っていく必要がある。	○特定保健指導率 60% ○健診受診者の検査結果(血圧・血糖・脂質・CKD)の改善 ○保健指導を実施する上、アプローチ方法等の検討が必要。	○PDCAサイクルに基づき計画立案し、県内で共通認識を図った。 ○KDBやシステムにより対象者を特定。治療中者と未治療中・中断者に分け、各担当により保健指導(受診勧奨)を実施した。 ○未治療者・治療中断者に、保健指導後のフォロー(受診状況)など、未受診者には再アプローチを行っていく。 ○治療中への重症化予防対策の中心は、管理栄養士による栄養指導の実施とし、食生活からの	<table><tr><td>未受診者対策</td><td>1988件</td></tr><tr><td>訪問</td><td>39件</td></tr><tr><td>電話</td><td>7145枚</td></tr><tr><td>ポスティング</td><td>4555枚</td></tr><tr><td>広報車</td><td>15回</td></tr><tr><td>健康推進員(健康化)的未受診者</td><td>9人/23人中</td></tr></table> <table><tr><td>特定健診受診率</td><td>60%</td></tr><tr><td>受診勧奨率</td><td>71%</td></tr><tr><td>健診リーダー率</td><td>15%</td></tr></table>	未受診者対策	1988件	訪問	39件	電話	7145枚	ポスティング	4555枚	広報車	15回	健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中	特定健診受診率	60%	受診勧奨率	71%	健診リーダー率	15%	●特定健診受診率 ●受診勧奨率 ●健診リーダー率	○未受診者対策 ⇒ 随時随時 事務局 2人 各地区健康推進員 12人 ○特定保健指導、未測定者等健康指導 ⇒ 地区巡回(4地区)に出発 支援機関(4地区) 保健指導員 1人 保健指導員 1人 ○特定保健指導の一部(バンク受診者)は外部委託	○未受診者訪問の対象者選定(各々の未受診者・健診中継者の継続受診勧奨等) ・ポレュレーションの取り組みを検討し、住民に若い頃から健康を定着させることが必要。 ・健診のリーダー率評価
未受診者対策	1988件																								
訪問	39件																								
電話	7145枚																								
ポスティング	4555枚																								
広報車	15回																								
健康推進員(健康化)的未受診者	9人/23人中																								
特定健診受診率	60%																								
受診勧奨率	71%																								
健診リーダー率	15%																								

データヘルス計画の目標管理一覧表													参考資料 11			
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					
特定健康診査等計画	・特定健診受診率及び特定保健指導率は増加傾向であるが、目標値に達していない ・メタボリック該当者のうち、動脈硬化を促進する短期目標疾患3項目の重複割合が増加している。 ・中長期目標の腎疾患及び脳血管疾患が総医療費に占める割合は、減少傾向であるが、依然として国より高い。 ・介護給付費の増加及び、介護認定率、2号認定者が増加しており、基礎疾患で生活習慣病保有者が多い。	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	39.7%									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	48.2%													
		特定保健指導対象者の減少率25%	30.0%													
		脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.4%													
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。	虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.6%									KDBシステム			
			慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合10%減少	7.9%												
			糖尿病性腎症による透析患者数の割合の10%減少	2.6%												
			メタボリックシンドローム・予備軍の割合25%減少	16.7%												
データヘルス計画	中長期	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、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。	健診受診者の高血圧の割合減少10%(160/100以上)	5.7%									あなみツール 糖尿病管理台帳			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少10%(LDL160以上)	10.9%												
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少10%(HbA1c6.5以上)	8.5%												
			糖尿病型のうち、未治療者・中断者の割合減少	34.0%												
データヘルス計画	短期	がんの早期発見、早期治療	糖尿病型及び糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	72.5%									地域保健事業 報告			
			がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	12.2%												
			肺がん検診 30%以上	16.5%												
			大腸がん検診 30%以上	11.2%												
データヘルス計画	短期	がんの早期発見、早期治療	子宮頸がん検診 30%以上	23.3%									地域保健事業 報告			
			乳がん検診 30%以上	20.5%												
			重複服薬者に対する保健指導件数	0.0%												厚生労働省公表結果
			重複服薬者に対する取り組みができていない。													
※H32にH31のデータで中間評価を行う。																