

中城村国民健康保険

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 3 期特定健康診査等実施計画

平成 30 年 3 月 中城村

第 2 期保険事業実施計画（データヘルス計画）

第 3 期特定健康診査等実施計画

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 5

1. 計画策定の背景

(1) データヘルス計画策定の目的

(2) 特定健診等実施計画策定の目的

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

(1) 実施主体関係部局の役割

(2) 外部有識者等の役割

(3) 被保険者の役割

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 15

1. 第 1 期データヘルス計画の概要

2. 第 1 期データヘルス計画にかかる評価及び考察

(1) 第 1 期データヘルス計画にかかる評価

①人口および国保被保険者の変化

②死亡の状況

③介護保険の状況

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況

②医療費の状況

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患が医療費に占める割合)

④中長期的な疾患

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク

②リスクの健診結果経年変化

③特定健診受診率・特定保健指導実施率

3. 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

②何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

③何の疾患で介護保険を受けているのか

(2) 健診受診者の実態

(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況

(4) 未受診者の把握

4. 目標の設定・成果目標

(1) 中長期的な目標の設定

(2) 短期的な目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 32

1. 特定健診・保健指導の対象

2. 特定保健指導の選定基準

3. 第2期の評価及び現状と課題

(1) 第三期特定健診等実施計画について

(2) 特定健診実施率の現状と課題

(3) 特定保健指導の現状と課題

4. 第3期特定健診実施計画について

(1) 目標の設定

(2) 対象者の見込み	
(3) 目標達成のための取組と方針	
(4) 特定健診の実施	
(5) 特定保健指導の実施	
5. 個人情報の保護	
(1) 基本的な考え方	
(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について	
6. 結果の報告	
7. 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	46
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	70
第6章 計画の評価・見直し	72
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	74
1. 計画の公表	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	76

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

※第 3 期特定健診診査等実施計画を含む

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. 計画策定の背景

わが国では、少子高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占める、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病などの生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約 6 割を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約 3 分の 1 となっています。

沖縄県では、平成 29 年 12 月に発表された、平成 27 年度都道府県別平均寿命では全国一高い早世率なども影響して、平均寿命の伸び率が抑えられ、前回調査平成 22 年度からさらに順位を下げ、男性が 36 位、女性が 7 位という結果となっており、働き盛り世代を含む若い世代の健康づくりに向けた取組が急務となっています。

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りましたが、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こととされたほか、平成 28 年 4 月には、国民健康保険法の改正により、保険者が行う保健事業として、健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援が明記されました。

そして今回の国民健康保険制度の改正に併せて、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなっており、保険者市町村には、これまで以上に村民の健康づくりに向けて、成果を出す取組が求められることとなっています。

(1) データヘルス計画策定の目的

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。

国においては、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。

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）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うこととされ、中城村においても、第 1 期データヘルス計画平成 26 年度～平成 29 年度を策定し、取り組んできました。

これまでの事業の成果・評価を踏まえたうえで、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中城村の国保財政の基盤強化を図ることを目的として、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定します。

(2) 特定健康診査等実施計画策定の目的

高齢化に伴い増大する医療費の適正化を図るため、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防対策として特定健康診査が平成 20 年度に導入されてから、平成 29 年度でちょうど 10 年となります。

内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満：メタボリックシンドローム）に着目した生活習慣病対策としているのは、メタボリックシンドロームが糖尿病等の生活習慣病の発症に関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなることから、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能とされていることによるものです。

特定健康診査等実施計画は、データヘルス計画の中核となる保健事業である特定健診・特定保健指導を効率的・効果的に実施することで、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、通院患者を減らすことで国民の生活の質の維持及び向上を図りながら、将来の医療費の適正化を目指すことを目的として策定するものであり、中城村でも第 1 期計画を踏まえ、第 2 期計画を策定し、特定健診・特定保健指導の実施率向上を目指して、様々な取り組みを行っており、中城村の特定健康診査及び特定保健指導の実施率は平成 28 年度で、それぞれ 41.0%、74.5%となっております。特定健康診査の実施率は目標値としている 60%に達していませんが、特定保健指導においては目標値に達しております。

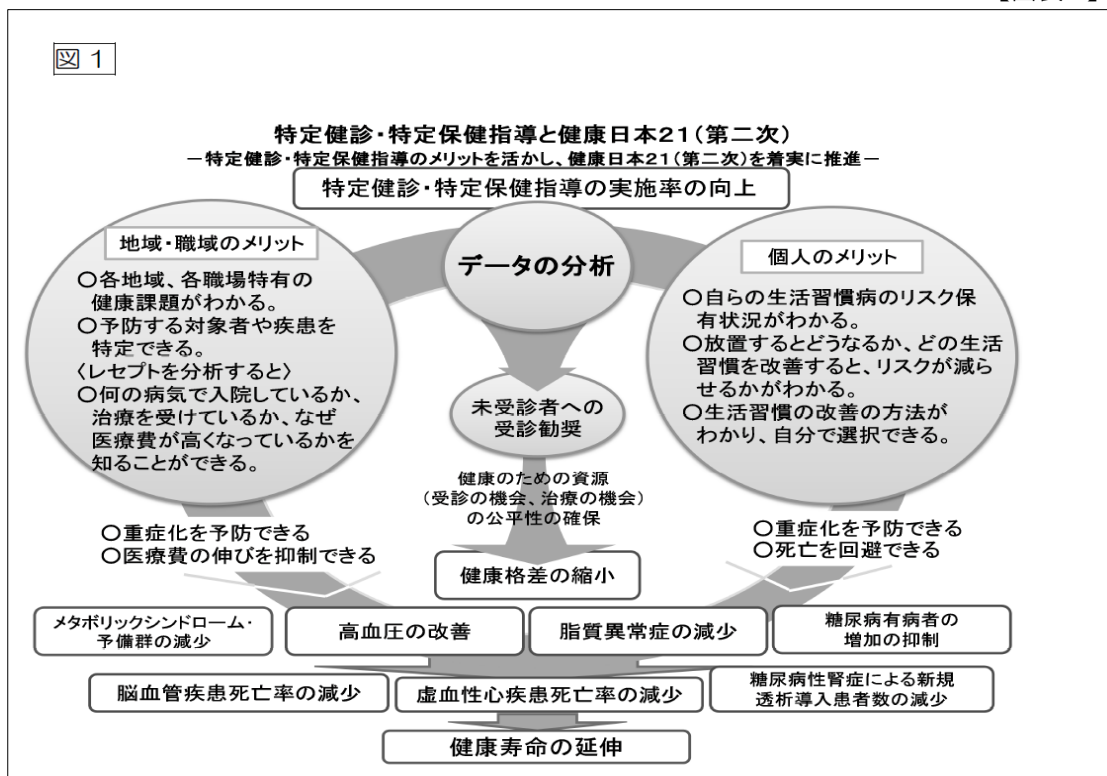
国においては、平成 30 年度から始まる第 3 期計画期間においても、これまでと同様の考え方に基づき特定健康診査を実施することとしており、本村においても第 1 期及び第 2 期計画期間での取組状況及びその成果を踏まえ、引き続き、特定健康診査・特定保健指導実施による生活習慣病の発症・重症化予防対策を進めることで、被保険者の生活の質の維持及び向上を図り、あわせて将来の医療費の適正化・国保財政の基盤強化を目指すことを目的として、第 3 期特定健康診査等実施計画を策定します。

2. 計画の位置付け

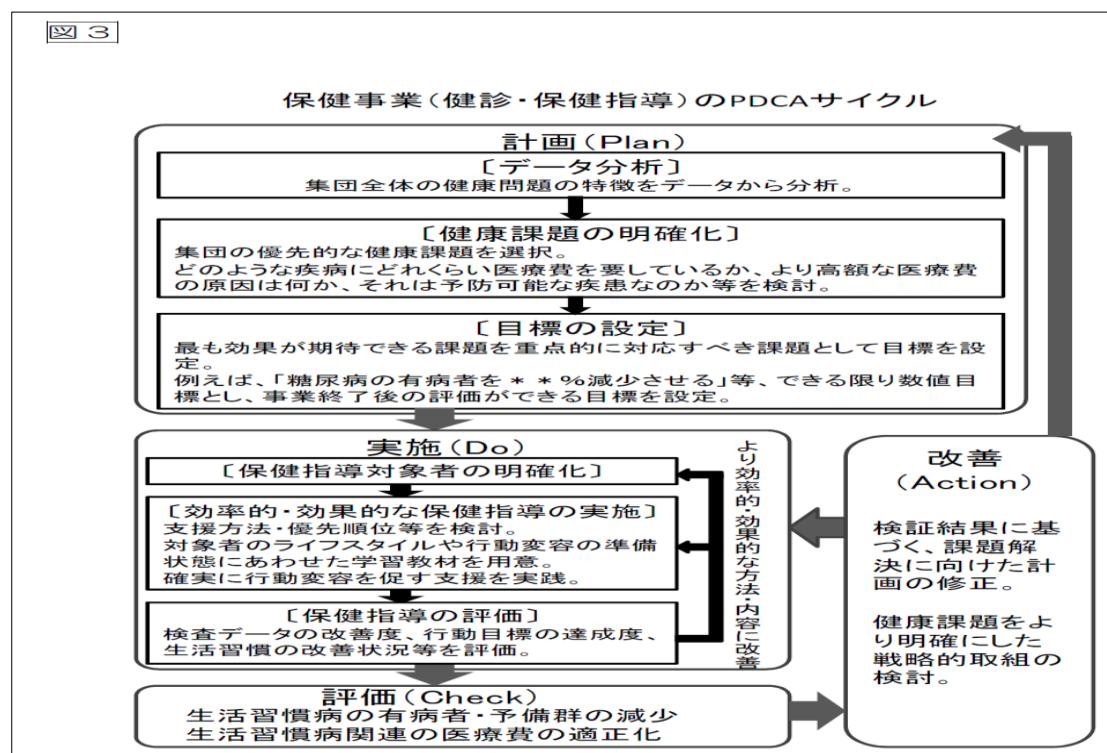
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用する計画です。計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画である「健康おきなわ 21（第2次）」、中城村健康増進計画である「健康なかぐすく 21」、沖縄県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要があります。

特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健康診査及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであるから、保健事業を総合的に企画し、より効果的かつ効率的に実施できるよう、第2期データヘルス計画と第3期特定健康診査実施計画を章立てした形で一体的に作成しました。（図表 1・2・3）

【図表 2】



【図表 3】



【図表 2】、【図表 3】ともに標準的な健診・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

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および特定健康診査等実施計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には庁内の関係部局や関係機関が関わっていく必要があります。具体的には、健康保険課、福祉課、企画課とも十分連携を行います。

また、国保の被保険者代表、公益代表、保険医で構成される「中城村国民健康保険運営協議会」に諮り、本計画を策定します。

なお、保険事業の実施にあたっては、自治会、健康生活推進員など、関係機関と連携し、より効果的・効率的に行ってまいります。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えます。（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（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）との連携が必要になります。

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、また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ます。

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

このため、中城村国保においても、計画素案について沖縄県関係課と意見交換・情報共有を図ることで財政運営主体となる沖縄県との連携強化を図っていく必要があります。

また、保険者等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、沖縄県が沖縄県医師会等との連携を推進することが重要です。

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

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、沖縄県保険者協議会等を活用しながら、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ていく必要があります。

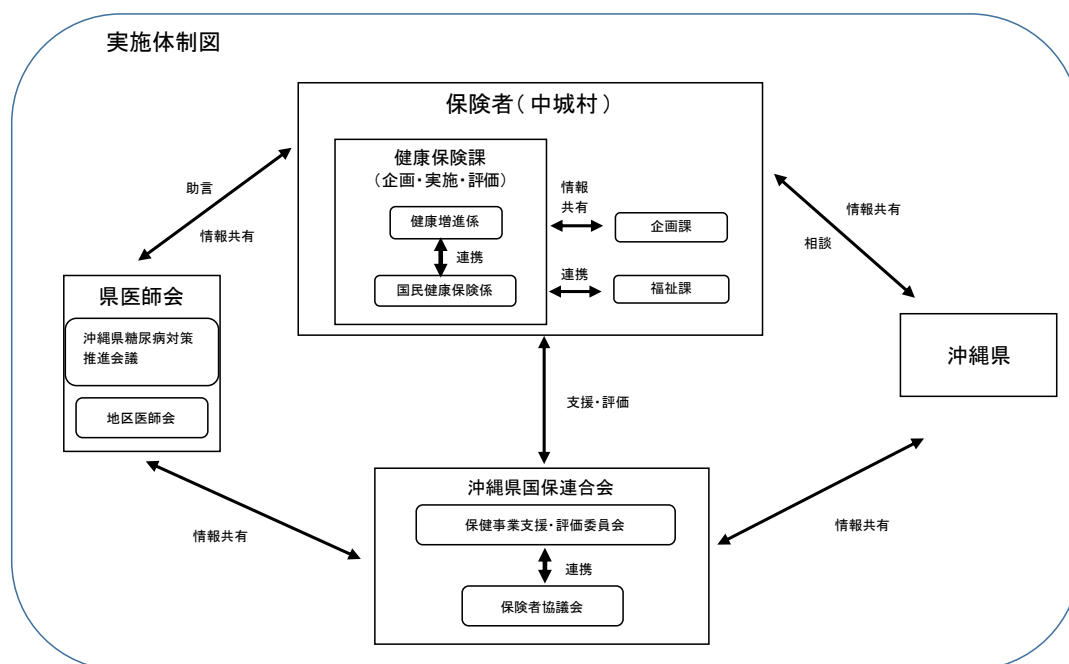
※「KDB」とは、国保連合会が保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払及び保険者共同電算業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療を含む）」、「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築された国保データベースシステム。

同システムを活用することにより、これまで保健師等が手作業で行ってきた健康づくりに関するデータ作成が効率化され、地域の現状把握や健康課題を明確にすることが可能になるとされる。

(3) 被保険者の役割

本計画は、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ります。

【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ます。（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ます。（図表5）

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 (予算規模150億)		H29 (予算規模250億)		H30 (予算規模1000億)	
		加点	中城村 配点	加点	中城村 配点	加点	中城村 配点
共通 ①	特定健診受診率	20	0	35		50	40
	特定保健指導実施率	20	10	35		50	45
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	15	35		50	25
共通 ②	がん検診受診率	10	10	20		30	0
	歯周疾患(病)検診の実施	10	0	15		20	0
固有 ②	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	0	70		100	100
	データヘルス計画策定状況	10	10	30		40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	20	15		25	25
	個人インセンティブ提供	20	20	45		70	55
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25		35	0
共通 ⑥	後発医薬品の促進	15	11	25		35	20
	後発医薬品の使用割合	15	0	30		40	0
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	40	10	70		100	75
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15		25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	0	15		25	0
	第三者求償の取組の実施状況	10	10	30		40	15
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50	31
体制構築加点		70	70	70		60	60
総得点(満点)		345	196	580		845	556
交付額(万円)			250				1047
全国順位(1,741市町村中)			919				556
県内順位(42市町村中)			28				

第 2 章 第 1 期データヘルス計画にかかる評価及び考察と

第 2 期データヘルス計画における健康課題の明確化

1. 第 1 期データヘルス計画の概要

中城村国保では、平成 26 年度に第 1 期データヘルス計画を策定し、被保険者の健診・医療・介護保険等のデータを分析し、優先的に取組む健康課題を抽出し、被保険者の健康の保持増進を図ることで、医療費の適正化と健康寿命の延伸（疾病・障がい・早世の予防）を目指してきました。

第 1 期の計画期間が平成 29 年度までとなり、平成 30 年度からの第 2 期データヘルス計画策定するにあたり、第 1 期の評価を行います。

2. 第 1 期データヘルス計画にかかる評価及び考察

（1）第 1 期データヘルス計画にかかる評価（参考資料 1）

第 1 期計画に使用したデータのほとんどが平成 25 年度となっており、評価にあたっては、平成 25 年度データと直近のデータである平成 28 年度データを比較しています。

① 人口および国保被保険者の変化

本村の人口は、平成 25 年度に比べ、平成 28 年度では、9.9%（1899 人）増加していますが、39 歳以下の人口の割合が減少し、65 歳以上の高齢者の割合が増加しています。高齢化率 17.8%と、全国、同規模平均と比べると低いですが、県平均よりも高く、確実に高齢化が進んでいます。

また、人口構成の変化を反映し、国保の被保険者に占める 65 歳以上の割合も 22.5%と約 4 分の 1 を占め、被保険者の人口構成も変化しています。

加入者の平均年齢も 44.7 歳と、前回に比べ被保険者の高齢化も進んでいます。さらに被保険者数が減少し続けており、平成 25 年度に比べ 3.9%（229 人）減少し、加入率は 3 割に迫っています。データの評価を行う際には、人口の高齢化による変化も考慮する必要があります。

【資料①】

人口構成と国保被保険者の状況

		H25		H28		H28		H28			
		中城村		中城村		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	総人口	17,456		↑ 19,355		2,213,234		1,373,576		124,852,975	
	65歳以上（高齢化率）	2,909	16.7	3,445	↑ 17.8	623,636	28.2	239,486	17.4	29,020,766	23.2
	75歳以上	1,582	9.1	1,877	9.7			119,934	8.7	13,989,864	11.2
	65～74歳	1,327	7.6	1,568	8.1			119,552	8.7	15,030,902	12.0
	40～64歳	5,603	32.1	6,387	33.0			448,207	32.6	42,411,922	34.0
	39歳以下	8,944	51.2	9,523	↓ 49.2			685,883	49.9	53,420,287	42.8
国保の状況	被保険者数	5,781		↓ 5,558		574,796		444,291		32,587,866	
	65～74歳	1,051	18.2	1,250	↑ 22.5			103,448	23.3	12,461,613	38.2
	40～64歳	2,437	42.2	2,217	↓ 39.9			168,937	38.0	10,946,712	33.6
	39歳以下	2,293	39.7	2,091	↓ 37.6			171,906	38.7	9,178,541	28.2
	加入率	33.1		↓ 31.8		26.0		32.3		26.9	
	被保険者の平均年齢	43.5		↑ 44.7		53.3		44.2		50.7	

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

② 死亡の状況

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、標準化死亡比（SMR）※1 は、男女共に、沖縄県、同規模平均に比べても低くなっています。

死亡別にみると、死因の半分近くを占める「がん」は増加しており、早期発見・早期治療のため受診率を高めることが必要です。その他、「脳疾患」も増加傾向にあります。また、「心臓病」は減少しています。また、平成 28 年度では「糖尿病」「腎不全」の死亡が確認され、生活習慣病の重症化予防のための保健指導、特に糖尿病と腎不全に対してアプローチが必要です。

本村の課題でもある「65 歳未満の死亡の割合(早世予防からみた死亡)」は、悪化しており、「全国ワースト 1 位」である沖縄県に比べても高い状況です。課題解決のために、働き盛り世代へのアプローチを強化する必要があります。

死亡の状況

死亡の状況			H25		H28		H28					
			中城村		中城村		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
標準化死亡比 (SMR)	男性	93.4		79.7 ↓		103.9		97.8		100		
	女性	76.0		73.5 ↓		102.0		87.5		100		
死亡の状況	死因	がん	31	46.3	37	↑54.4	7,565	46.0	2,965	48.0	367,905	49.6
		心臓病	18	26.9	11	16.2 ↓	4,757	29.0	1,600	25.9	196,768	26.5
		脳疾患	13	19.4	14	↑20.6	2,675	16.3	893	14.5	114,122	15.4
		糖尿病	0	0.0	1	↑1.5	338	2.1	187	3.0	13,658	1.8
		腎不全	0	0.0	3	↑4.4	619	3.8	243	3.9	24,763	3.3
		自殺	5	7.5	2	2.9 ↓	474	2.9	287	4.6	24,294	3.3
早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	H25		H27								
		24	19.2	31	↑21.2			2049	18.1	142481	11	
		男性	18	31	20	23.5 ↓			1386	23.1	95212	14.3
	女性	6	8.9	11	↑18			663	12.4	47262	7.6	

死亡の状況は、KDBシステムより(参考資料1より抜粋) 65歳未満の死亡は、平成25・27年度の統計(厚生省:人口動態調査)

※1 標準化死亡率(SMR):年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率(全国を100とする)。年齢構成の相違を気にせず、より正しく地域比較を行うことが可能。

③ 介護保険の状況

65歳以上(1号被保険者)の要介護認定率は、24.6%と平成25年度より1.7%上昇し認定者数も41人増加していました。これは65歳以上人口が1.1%(536人)増加していることを反映したものとと思われますが、同規模平均、沖縄県、国よりも高い状況です。

要介護認定者の有病状況(率)は、糖尿病で増加、高血圧症・心臓病・脳疾患・筋・骨格・精神で減少、脂質異常症・がんはほとんど変化がありませんでした。

しかし、高齢化の進展に伴い、1号認定者数は増加し、各疾患の有病者数は増加しており、今後は介護保険サービスの提供だけでなく、要介護者の疾患管理も、重要な課題になってくると考えます。(資料③)

40~64歳の2号認定者率は、0.4%と平成25年から0.1%低下しており、沖縄県よりは低く、同規模平均、国とは同じ状況でした。また2号認定者の介護に至った原因(特定疾病)をみると、平成25年・28年ともに一番多いのが脳血管疾患、次いで糖尿病合併症であり、このふたつで全体の約5割を占めています。どちらも動脈硬化による血管病変を伴う疾患であり、基礎疾患に高血圧や糖尿病があります。2号保険者の介護予防のためには、さらに若い20代30代の被保険者に働きかけて健診受診を促すしかけや、所見があれば保健指導による生活習慣の是正も必要です。(資料④)

【資料③】

介護保険および認定者の有病状況

		H25		H28		H28		H28		H28	
		中城村		中城村		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）	687	22.9	728	↑ 24.6	126,477	20.4	54,602	22.9	5,885,270	21.2
	新規認定者	14	0.3	6	0.3	2,113	0.3	122	0.3	105,636	0.3
	2号認定者	27	0.5	23	0.4	2,818	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4
有病状況	糖尿病	113	15.1	137	↑ 16.2	27,976	21.2	10,612	18.3	1,350,152	22.1
	高血圧症	319	45.2	338	43.3 ↓	69,160	52.8	27,224	47.1	3,101,200	50.9
	脂質異常症	178	23.2	191	23.8 ↓	35,266	26.8	14,881	25.6	1,741,866	28.4
	心臓病	357	50.4	385	48.9 ↓	78,851	60.3	30,191	52.3	3,529,682	58.0
	脳疾患	182	24.9	179	23.3 ↓	34,930	26.8	15,052	26.1	1,538,683	25.5
	がん	59	7.8	73	8.5 ↓	13,037	9.8	4,558	7.8	631,950	10.3
	筋・骨格	330	45.8	324	42.9 ↓	67,521	51.7	27,292	47.3	3,067,196	50.3
	精神	235	32.1	234	31.0 ↓	47,722	36.3	19,275	33.0	2,154,214	35.2

参考資料1より抜粋

【資料④】

第2号認定者の特定疾患

特定疾病項目	H25	H28
脳血管疾患	12人(44.4%)	9人(39.1%)
糖尿病合併症	1人(3.7%)	1人(4.3%)
初老期における認知症	0人	3人(13.1%)
その他を含めた合計	27人	23人

要介護実合状況CSV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）

図表 6 をみると、平成 28 年度の介護給付費は 12 億円と大きな金額であり、平成 25 年度に比べ 1 億円増加しています。これは、高齢化や要介護認定者数の増加に伴うものと予想されますが、1 人あたりの介護給付費は増加しており、内訳をみると「居宅サービス」は増加、「施設サービス」は減少していました。同規模平均でも同様の傾向を示しています。

また、本村の 1 人あたりの介護保険給付費は 88,349 円と同規模平均に比べても高い状況です。その要因として、生活習慣病の悪化により、介護度が重度化しているのか、予防できることがあるのか、本村の社会保障費の伸びを意識した検証が必要と考えます。

今後さらなる高齢者の増加により、社会保障費の増加が予測されます。そのため、健康寿命を延伸し、自立した生活を送ることができる高齢者をできる限り増やしていく必要があります。

【図表 6】

介護給付費の変化

年度	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	11億2,618万円	77,722	51,263	284,324	67,744	41,879	281,910
H28年度	↑12億54,23万円	↑83,349	↑56,169	278,574	↓67,108	41,924	276,079

参考資料1より抜粋

② 医療費の状況（図表 7）

1人当たりの医療費は22,389円から22,593円となり204円増、うち入院費は11,009円から11,027円で18円増、外来費は、11,380円から11,566円で186円増となりました。

【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		
			村	同規模			村	同規模			村	同規模	
総医療費	H25年度	18億8,017万円	↓1億4,366万円	-7.6	1.21	8億1,134万円	↓7,499万円	-6.4	-2.9	10億6,883万円	↓6867万円	-6.4	-6.8
	H28年度	17億3,651万円				7億3,635万円				10億15万円			
一人当たり 医療費(円)	H25年度	22,389	204	0.9	-15.3	11,009	18	0.16	-5.9	11,380	186	1.63	-16.9
	H28年度	22,593				11,027				11,566			

【資料⑤】

医療費の状況		H25		H28		H28						
		中城村		中城村		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	22,389	県内8位 同規模104位	22,593	県内20位 同規模116位	26,719		22,111		24,245		
	受診率	529.876		532.928		708.781		527.86		686.286		
	外来	費用の割合	50.8		51.2		57.8		52.4		60.1	
		件数の割合	95.7		96.0		96.9		96.2		97.4	
	入院	費用の割合	49.2		48.8		42.2		47.6		39.9	
		件数の割合	4.3		4.0		3.1		3.8		2.6	
	1件あたり在院日数	18.6日		17.6日		16.6日		17.1日		15.6日		

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患が医療費に占める割合)

中城村の総医療費は、平成25年度・平成28年度ともに15億円と同じですが、被保険者数の減少を考慮すると、1人当たりの医療費は下がっています。(H25年度を100とした場合、H28年度94) また、中長期的目標疾患(腎・脳・心)についても、慢性腎不全(透析有)以外で1人当たりの医療費は下がっています。

短期目標疾患を見ると、血圧は下がっていて、糖尿病は上がっています。この最大医療資源は調剤まで入っていることから、高血圧は後発医薬品が多い事や、糖尿病は新薬が出たり、複数内服していたり、インスリンが入っていたりと高額になっていることも考えられます。今後は、費用額だけではなく、受療率も含めてみることや、ジェネリック医薬品の使用割合なども加味する必要があります。

【図表8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額	順位	腎			脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全(透析有)										慢性腎不全(透析無)
H25	1,565,489,450	22,389	104位	8位	7.67%	0.48%	2.41%	1.94%	3.49%	4.14%	2.19%	349,292,280	22.31%	7.81%	20.74%	6.60%
H28	1,515,647,280	22,593	116位	20位	7.92%	0.23%	2.37%	1.11%	3.76%	3.24%	2.15%	314,795,940	20.77%	11.35%	16.94%	6.60%
H25	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
H28	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源(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

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

【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】

市町村名	総医療費	被保険者数(人)	一人あたり医療費(円)		中長期目標疾患																	
			金額	順位	(中長期・短期)目標疾患医療費計			腎		脳		心		糖尿病	高血圧	脂質異常症						
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞	脳出血	狭心症	心筋梗塞										
国	H25	98,119,080	100	35,851,786	22,383	--	--	236,400億円	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%
国	H28	98,800,000	110	32,587,866	24,245	--	--	282,200億円	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	120,484,405	100	490,333	20,262	--	--	280億4877	100	24.0%	88億8787	100	8.21%	4億0365	100	0.34%	34億7900	100	2.89%	22億5938	100	1.88%
沖縄県	H28	120,484,405	110	444,291	22,111	--	--	271億1089	104	22.5%	100億8968	118	8.79%	4億2494	110	0.35%	28億7027	91	2.38%	22億3938	109	1.86%
中城村	H25	15億6540	100	5,781	22,389	104位	8位	3億4929	100	22.3%	1億2000	100	7.67%	752	100	0.48%	3,770	100	2.41%	3,038	100	1.94%
中城村	H28	15億1564	101	5,558	22,593	116位	20位	3億1480	94	20.8%	1億1997	104	7.92%	341	47	0.23%	3,593	99	2.37%	1,687	68	1.11%

市町村名	総医療費	被保険者数(人)	一人あたり医療費(円)		短期目標疾患						新生物	精神疾患	筋・骨疾患												
			金額	順位	糖尿病		高血圧		脂質異常症																
					同規模	県内	同規模	県内	同規模	県内															
国	H25	98,119,080	100	35,851,786	22,383	--	--	5,201億円	100	5.35%	8,098億円	100	6.28%	3,057億円	100	3.15%	1,821億円	100	12.54%	8,119億円	100	9.39%	8,174億円	100	8.41%
国	H28	98,800,000	110	32,587,866	24,245	--	--	5,295億円	111	5.40%	4,606億円	83	4.75%	2,859億円	103	2.95%	863,797億円	124	14.21%	8,090億円	110	9.38%	8,190億円	110	8.45%
沖縄県	H25	120,484,405	100	490,333	20,262	--	--	46億4875	100	3.86%	57億2081	100	4.75%	24億4918	100	2.03%	102億1436	100	8.53%	182億4763	100	15.98%	83億8055	100	6.94%
沖縄県	H28	120,484,405	110	444,291	22,111	--	--	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	108	15.38%	86億8795	115	7.21%
中城村	H25	15億6540	100	5,781	22,389	104位	8位	5,457	100	3.49%	6,475	100	4.14%	3,434	100	2.19%	1億2220	100	7.81%	3億2463	100	20.74%	1億0326	100	6.60%
中城村	H28	15億1564	101	5,558	22,593	116位	20位	5,694	109	3.76%	4,907	79	3.24%	3,257	99	2.15%	1億7210	146	11.35%	2億5677	82	16.94%	9,995	101	6.60%

④ 中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患と脳血管疾患では、平成 25 年度より平成 28 年度の割合はわずかながらに減少しています。虚血性心疾患のうちの高血圧を基礎疾患にもつ人の割合は 64 歳以下で 9.7%増加となっており、若い年代では高血圧を放置し、重症化していると推測されます。

人工透析の患者は、平成 28 年度のデータでは約 5 割が脳血管疾患・虚血性心疾患を合併しており、その割合は増加しています。

虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析とも、基礎疾患に高血圧・糖尿病・脂質異常症をもつ人の割合が高く、特に高血圧が三疾患ともに多いことがわかります。特に人工透析については、9 割以上の方が高血圧を併発しています。

このことから、短期的な目標である、高血圧・糖尿病・脂質異常症への対策が重症化予防に効果的だと考えます。

【図表 9】

虚血性心疾患

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			
				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	5861	133	2.3	38	28.6	10	7.5	106	79.7	53	39.8	94	70.7	
	64歳以下	4853	58	1.2	17	29.3	7	12.1	41	70.7	22	37.9	34	58.6	
	65歳以上	1008	75	7.4	21	28.0	3	4.0	65	86.7	31	41.3	60	80.0	
H28	全体	5605	116	2.1	35	30.2	10	8.6	99	85.3	51	44.0	84	72.4	
	64歳以下	4396	46	1.0	12	26.1	6	13.0	37	80.4	20	43.5	33	71.7	
	65歳以上	1209	70	5.8	23	32.9	4	5.7	62	88.6	31	44.3	51	72.9	

脳血管疾患

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			
				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	5861	176	3.0	38	21.6	9	5.1	142	80.7	54	30.7	100	56.8	
	64歳以下	4853	76	1.6	17	22.4	8	10.5	58	76.3	19	25.0	39	51.3	
	65歳以上	1008	100	9.9	21	21.0	1	1.0	84	84.0	35	35.0	61	61.0	
H28	全体	5605	165	2.9	35	21.2	10	6.1	129	78.2	56	33.9	103	62.4	
	64歳以下	4396	67	1.5	12	17.9	5	7.5	44	65.7	15	22.4	40	59.7	
	65歳以上	1209	98	8.1	23	23.5	5	5.1	85	86.7	41	41.8	63	64.3	

人工透析

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			
				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	5861	22	0.4	9	40.9	10	45.5	21	95.5	13	59.1	6	27.3	
	64歳以下	4853	16	0.3	8	50.0	7	43.8	15	93.8	9	56.3	5	31.3	
	65歳以上	1008	6	0.6	1	16.7	3	50.0	6	100.0	4	66.7	1	16.7	
H28	全体	5605	21	0.4	10	47.6	10	47.6	20	95.2	11	52.4	6	28.6	
	64歳以下	4396	11	0.3	5	45.5	6	54.5	11	100.0	6	54.5	3	27.3	
	65歳以上	1209	10	0.8	5	50.0	4	40.0	9	90.0	5	50.0	3	30.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク（様式3-2～3-4）

中期的目標疾患に共通するリスクとして糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療者割合を見ると平成25年度と平成28年度は同等です。

糖尿病では、高血圧・脂質異常症を併発している割合が多く、さらに血糖のコントロール不良により動脈硬化を進行させ、虚血性心疾患・糖尿病性腎症に移行している傾向があると考えられます。

高血圧では、糖尿病・脂質異常症に比べて脳血管疾患の発症のリスクが高いといえます。また、脂質異常症との併発の割合が増加しています。

脂質異常症もおいても、高血圧を併発している割合が高いことがわかります。

糖尿病・高血圧・脂質異常症を短期的目標として、特にリスクが重なっている方への保健指導が重要だと考えます。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標									
		被保険者数		糖尿病				高血圧				虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5861	338	5.8	39	11.5	247	73.1	228	67.5	53	15.7	54	16.0	13	3.8	49	14.5	
	64歳以下	4853	189	3.9	23	12.2	127	67.2	120	63.5	22	11.6	19	10.1	9	4.8	26	13.8	
	65歳以上	1008	149	14.8	16	10.7	120	80.5	108	72.5	31	20.8	35	23.5	4	2.7	23	15.4	
H28	全体	5605	313	5.6	20	6.4	229	73.2	220	70.3	51	16.3	56	17.9	11	3.5	59	18.8	
	64歳以下	4396	142	3.2	9	6.3	92	64.8	93	65.5	20	14.1	15	10.6	6	4.2	29	20.4	
	65歳以上	1209	171	14.1	11	6.4	137	80.1	127	74.3	31	18.1	41	24.0	5	2.9	30	17.5	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5861	758	12.9	247	32.6	431	56.9	106	14.0	142	18.7	21	2.8	
	64歳以下	4853	397	8.2	127	32.0	207	52.1	41	10.3	58	14.6	15	3.8	
	65歳以上	1008	361	35.8	120	33.2	224	62.0	65	18.0	84	23.3	6	1.7	
H28	全体	5605	703	12.5	229	32.6	429	61.0	99	14.1	129	18.3	20	2.8	
	64歳以下	4396	331	7.5	92	27.8	187	56.5	37	11.2	44	13.3	11	3.3	
	65歳以上	1209	372	30.8	137	36.8	242	65.1	62	16.7	85	22.8	9	2.4	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5861	631	10.8	228	36.1	431	68.3	94	14.9	100	15.8	6	1.0	
	64歳以下	4853	325	6.7	120	36.9	207	63.7	34	10.5	39	12.0	5	1.5	
	65歳以上	1008	306	30.4	108	35.3	224	73.2	60	19.6	61	19.9	1	0.3	
H28	全体	5605	620	11.1	220	35.5	429	69.2	84	13.5	103	16.6	6	1.0	
	64歳以下	4396	296	6.7	93	31.4	187	63.2	33	11.1	40	13.5	3	1.0	
	65歳以上	1209	324	26.8	127	39.2	242	74.7	51	15.7	63	19.4	3	0.9	

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果よりリスクごとの経年変化を見ると、男性では、腹囲 60.7%、収縮期血圧 49.9%と有所見割合が高く、平成 25 年度と比較しても増加していました。

女性では、BMI・腹囲の増加傾向とともに空腹時血糖、HbA1c の有所見者が増加していました。またメタボリックシンドローム予備群・該当者は増加傾向にあることから、内蔵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ます。

男性は女性に比べてほとんどの健診項目において、有所見割合が高いことがわかりました。

また、メタボリックシンドローム該当者のうち、3 項目全て（血圧+脂質+血糖）に当てはまっている方の割合は男女ともに増加しており、特に 40-64 歳の働き盛りでは増加傾向にあることから、働き盛り世代をターゲットに絞り保健指導を強化していくことが効果的だと考えます。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

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	239	41.8	319	55.6	175	30.5	117	20.4	63	11.0	205	35.7	293	51.0	170	29.6	273	47.6	129	22.5	283	49.3	8	1.4
	40-64	143	44.0	180	55.4	113	34.8	80	24.6	32	9.8	119	36.6	151	46.5	97	29.8	139	42.8	91	28.0	173	53.2	1	0.3
	65-74	96	38.6	139	55.8	62	24.9	37	14.9	31	12.4	86	34.5	142	57.0	73	29.3	134	53.8	38	15.3	110	44.2	7	2.8
H28	合計	267	41.0	395	60.7	218	33.5	172	26.4	57	8.8	235	36.1	327	50.2	207	31.8	325	49.9	183	28.1	323	49.6	18	2.8
	40-64	155	45.3	214	62.6	139	40.6	121	35.4	25	7.3	121	35.4	152	44.4	122	35.7	160	46.8	122	35.7	183	53.5	3	0.9
	65-74	112	36.2	181	58.6	79	25.6	51	16.5	32	10.4	114	36.9	175	56.6	85	27.5	165	53.4	61	19.7	140	45.3	15	4.9

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
女性	合計	192	32.8	153	26.1	108	18.4	57	9.7	14	2.4	136	23.2	324	55.3	30	5.1	272	46.4	84	14.3	320	54.6	4	0.7
	40-64	90	28.6	71	22.5	57	18.1	42	13.3	8	2.5	66	21.0	145	46.0	13	4.1	117	37.1	53	16.8	155	49.2	1	0.3
	65-74	102	37.6	82	30.3	51	18.8	15	5.5	6	2.2	70	25.8	179	66.1	17	6.3	155	57.2	31	11.4	165	60.9	3	1.1
H28	合計	204	33.7	169	27.9	139	23.0	80	13.2	19	3.1	146	24.1	345	57.0	34	5.6	265	43.8	100	16.5	341	56.4	4	0.7
	40-64	93	32.7	73	25.7	62	21.6	36	12.7	6	2.1	56	19.7	141	49.6	17	6.0	101	35.6	50	17.6	149	52.5	2	0.7
	65-74	111	34.6	96	29.9	77	24.0	44	13.7	13	4.0	90	28.0	204	63.6	17	5.3	164	51.1	50	15.6	192	59.8	2	0.6

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	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者			該当者			該当者			3項目全て						
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質					
		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	574	32.2	43	7.5%	119	20.7%	10	1.7%	82	14.3%	27	4.7%	157	27.4%	18	3.1%	9	1.6%	86	15.0%	44	7.7%
	40-64	325	25.4	30	9.2%	67	20.6%	5	1.5%	41	12.6%	21	6.5%	83	25.5%	8	2.5%	6	1.8%	50	15.4%	19	5.8%
	65-74	249	49.6	13	5.2%	52	20.9%	5	2.0%	41	16.5%	6	2.4%	74	29.7%	10	4.0%	3	1.2%	36	14.5%	25	10.0%
H28	合計	651	31.0	51	7.8%	145	22.3%	8	1.2%	91	14.0%	46	7.1%	195	30.6%	34	5.2%	8	1.2%	101	15.5%	56	8.6%
	40-64	342	24.3	27	7.9%	77	22.5%	5	1.5%	44	12.9%	28	8.2%	110	32.2%	16	4.7%	7	2.0%	54	15.8%	33	9.6%
	65-74	309	44.6	24	7.8%	68	22.0%	3	1.0%	47	15.2%	18	5.8%	89	28.8%	18	5.8%	1	0.3%	47	15.2%	23	7.4%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		該当者			該当者			該当者			3項目全て						
								高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質					
		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				
女性	合計	586	42.6	24	4.1%	59	10.1%	2	0.3%	46	7.8%	11	1.9%	70	11.9%	10	1.7%	4	0.7%	36	6.1%	20	3.4%
	40-64	315	35.5	15	4.8%	28	8.9%	1	0.3%	21	6.7%	6	1.9%	28	8.9%	3	1.0%	2	0.6%	11	3.5%	12	3.8%
	65-74	271	55.6	9	3.3%	31	11.4%	1	0.4%	25	9.2%	5	1.8%	42	15.5%	7	2.6%	2	0.7%	25	9.2%	8	3.0%
H28	合計	605	36.8	19	3.1%	66	10.9%	3	0.5%	47	7.8%	16	2.6%	84	13.9%	10	1.7%	4	0.7%	43	7.1%	27	4.5%
	40-64	284	27.3	10	3.5%	29	10.2%	1	0.4%	19	6.7%	9	3.2%	34	12.0%	6	2.1%	2	0.7%	15	5.3%	11	3.9%
	65-74	321	53.2	9	2.8%	37	11.5%	2	0.6%	28	8.7%	7	2.2%	50	15.6%	4	1.2%	2	0.6%	28	8.7%	16	5.0%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は増加していますが、同規模内の順位は下がっています。

保健指導率は上昇していますが、健診後、医療機関への受診が必要な方が、受診に至った割合は平成 25 と同等であることから、保健指導での確実な医療受診勧奨が課題といえます。

③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	
								中城村	同規模平均
H25年度	3133	1158	36.80%	76位	202	80	39.60%	51.20%	51.00%
H28年度	3073	1260	41.00%	104位	235	175	74.50%	51.80%	51.80%

3. 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）

医療件数のうち入院は 4.0%ですが、費用額で見ると全体の 48.8%を占めていることがわかります。重症化予防対策で入院件数を減らすことが、費用対効果の面からも効率が良いといえます

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	保険者	同規模平均	県	国
		22,593円	26,719円	22,111円

外来 ★NO.1【医療】	件数	96.0
	費用額	51.2
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.0
	費用額	48.8

○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）

（ア）平成 28 年度中に脳血管疾患、虚血性心疾患のうち 1 件 200 万円以上となったレセプトは虚血性心疾患の 2 件あり、全体の費用額 1 億 218 万円のうち、585 万円（5.7%）を占めています。

長期入院では脳血管疾患が 40 件（62.5%）費用額は 2,613 万円（75.2%）、次いで虚血性心疾患 24 件（37.5%）費用額は 862 万円（24.8%）を占めています。

脳血管疾患や虚血性心疾患は、動脈硬化を原因とする血管の病気であり、血液の循環不全をまねくため治療が高額となります。これらの病気を防ぐには、動脈硬化のリスクである高血圧、糖尿病、脂質異常症、および肥満、とりわけ内臓脂肪型肥満の予防・改善が基本となります。

（イ）人工透析は 1 人あたりの年間医療費がおよそ 500～600 万円と高額であり、一度導入すると長期療養が避けられません。平成 28 年度の中城村の国保では年間 25 人（308 件÷12 カ月）の方が人工透析のレセプトがあり、総額約 1 億 6 千万円かかっています。

透析者のおよそ半分に糖尿病性腎症があり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができると予想しています。

また、透析患者のおよそ半数に虚血性心疾患が、4 割に脳血管疾患が合併していることから、血管病変の重症化により更なる医療費の増大を招いていることが分かります。

（ウ）生活習慣病の治療者数は 1,397 人と被保険者数のおよそ 4 分の 1 を占めています。そのうち高血圧が 50.3%と最も割合が高く、次いで脂質異常症が 44.4%、糖尿病が 22.4%と高くなっています。（重複があるため 100%を超える）

【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	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	件数	2件	0件	2件	-
		費用額	1億0218万円	0.0%	100.0%	-
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	64件	40件	24件	-
		費用額	3475万円	62.5%	37.5%	-
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	308件	122件	144件	142件
		費用額	1億5717万円	39.6%	46.8%	46.1%
				5982万円	6862万円	7202万円
				38.1%	43.7%	45.8%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		1,397人	165人	116人	59人	
		の 基 礎 な り 患	高血圧	11.8%	8.3%	4.2%	
			糖尿病	78.2%	85.3%	93.2%	
			脂質異常症	56人	51人	59人	
					33.9%	44.0%	100.0%
					62.4%	72.4%	71.2%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症		
703人	313人	620人	211人				
50.3%	22.4%	44.4%	15.1%				

○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)

図表 15 をみると、中城村の介護認定率は 8.8%で、そのうち介護度が高い要介護 3~5 が全体の 43.5%を占めています。原因疾患では脳血管疾患が 45.6%と最も高く、心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると 9 割を占めています。

さらに年齢別に見てみると、1号被保険者の認定率は 25%で 4人に1人が要介護認定を受け、75歳以上に限ると 41%と認定率は高くなっています。原因疾患では脳血管疾患が 44.6%最も多く、心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると 9割を占めています。

また、2号保険者では 0.41%の認定率ですが、そのうち 30.4%が要介護 3~5の介護度であり、原因疾患も脳血管疾患が 86.7%と他の年齢での割合よりも高くなっています。また、糖尿病合併症が原因となっている方も 13.3%となっていることから、特定健診・保健指導での基礎疾患の発見や介入が予防や重症化を防ぎ、介護予防にもつながると考えられます。

介護を受けている人と受けていない人の医療費を比較すると、介護を受けている人は受けてないひとより 5,547 円高く、約 2 倍の医療費がかかっています。

このことより、青・壮年期の血管疾患を予防することは、将来にかかる医療費および介護費の負担軽減の面からも対策が重要であると考えられます。また、働き盛り世代の医療保険は国保ばかりとは限らないため、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析・課題共有を図る必要があります。

【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		5,603人		1,327人		1,582人		2,909人		8,512人		
	認定者数		23人		80人		648人		728人		751人		
	認定率		0.41%		6.0%		41.0%		25.0%		8.8%		
	新規認定者数 (*1)		6人		21人		86人		107人		113人		
	介護度別人数	要支援1・2		5 21.7%		27 33.8%		122 18.8%		149 20.5%		154 20.5%	
要介護1・2		11 47.8%		28 35.0%		231 35.6%		259 35.6%		270 36.0%			
要介護3～5		7 30.4%		25 31.3%		295 45.5%		320 44.0%		327 43.5%			
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号			1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
	介護件数 (全体)		23		80		648		728		751		
	(再) 国保・後期		15		53		595		648		663		
	(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	13 86.7%	脳卒中	28 52.8%	脳卒中	261 43.9%	脳卒中	289 44.6%	脳卒中	302 45.6%
			2	虚血性心疾患	4 26.7%	虚血性心疾患	13 24.5%	虚血性心疾患	191 32.1%	虚血性心疾患	204 31.5%	虚血性心疾患	208 31.4%
		血管疾患	3	腎不全	3 20.0%	腎不全	10 18.9%	腎不全	85 14.3%	腎不全	95 14.7%	腎不全	98 14.8%
			4	糖尿病合併症	2 13.3%	糖尿病合併症	10 18.9%	糖尿病合併症	60 10.1%	糖尿病合併症	70 10.8%	糖尿病合併症	72 10.9%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		13 86.7%		44 83.0%		524 88.1%		568 87.7%		581 87.6%	
		血管疾患合計		13 86.7%		46 86.8%		544 91.4%		590 91.0%		603 91.0%	
		認知症		3 20.0%		8 15.1%		245 41.2%		253 39.0%		256 38.6%	
		筋・骨格疾患		13 86.7%		46 86.8%		542 91.1%		588 90.7%		601 90.6%	
		*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)											9,983		
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		4,436											

(2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると中城村は、肥満の指標であるBMI 25以上・腹囲基準値以上が全国に比べて約10%高いです。加えて内臓脂肪の蓄積により影響を受ける、中性脂肪・GPT・HDLコレステロール・空腹時血糖・尿酸・収縮期血圧・拡張期血圧・LDLコレステロールが全国よりも高率となっています。

また、男性は女性に比べ有所見率が高く、年代差が大きく40～64歳で数値が悪化しています。女性は前期高齢者の年代になってくると、有所見率が高くなる傾向が強いため、閉経後の食生活などの指導が必要と考えます

図表 17 では、メタボリックシンドローム該当者は40～64歳の男性、65歳以上の女性に多く、さらに詳しくみると、男女とも血圧と脂質で有所見となっていることがわかります。男女別でみると、女性は3項目全て有所見となる者が4.5%であったのに対し、男性は8.6%と約2倍になっています。女性は65～74歳でメタボリックシンドローム該当者及び予備軍が増加し、重なる所見も増えますが、男性は40代もしくはそれ以前に、生活習慣病を発症しており女性よりも早い対策が必要であると考えます。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		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	全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
	県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7
	合計	267	41.0	395	60.7	218	33.5	172	26.4	57	8.8	235	36.1	327	50.2	207	31.8	325	49.9	183	28.1	323	49.6	18	2.8
	40-64	155	45.3	214	62.6	139	40.6	121	35.4	25	7.3	121	35.4	152	44.4	122	35.7	160	46.8	122	35.7	183	53.5	3	0.9
	65-74	112	36.2	181	58.6	79	25.6	51	16.5	32	10.4	114	36.9	175	56.6	85	27.5	165	53.4	61	19.7	140	45.3	15	4.9
女性	全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2	
	県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5
	合計	204	33.7	169	27.9	139	23.0	80	13.2	19	3.1	146	24.1	345	57.0	34	5.6	265	43.8	100	16.5	341	56.4	4	0.7
	40-64	93	32.7	73	25.7	62	21.8	36	12.7	6	2.1	56	19.7	141	49.6	17	6.0	101	35.6	50	17.6	149	52.5	2	0.7
	65-74	111	34.6	96	29.9	77	24.0	44	13.7	13	4.0	90	28.0	204	63.6	17	5.3	164	51.1	50	15.6	192	59.8	2	0.6

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	651	31.0	51	7.8%	145	22.3%	8	1.2%	91	14.0%	46	7.1%	199	30.6%	34	5.2%	8	1.2%	101	15.5%	56	8.6%	
	40-64	342	24.3	27	7.9%	77	22.5%	5	1.5%	44	12.9%	28	8.2%	110	32.2%	16	4.7%	7	2.0%	54	15.8%	33	9.6%	
	65-74	309	44.6	24	7.8%	68	22.0%	3	1.0%	47	15.2%	18	5.8%	89	28.8%	18	5.8%	1	0.3%	47	15.2%	23	7.4%	
	県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258
女性	合計	605	36.8	19	3.1%	66	10.9%	3	0.5%	47	7.8%	16	2.6%	84	13.9%	10	1.7%	4	0.7%	43	7.1%	27	4.5%	
	40-64	284	27.3	10	3.5%	29	10.2%	1	0.4%	19	6.7%	9	3.2%	34	12.0%	6	2.1%	2	0.7%	15	5.3%	11	3.9%	
	65-74	321	53.2	9	2.8%	37	11.5%	2	0.6%	28	8.7%	7	2.2%	50	15.6%	4	1.2%	2	0.6%	28	8.7%	16	5.0%	
	県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258

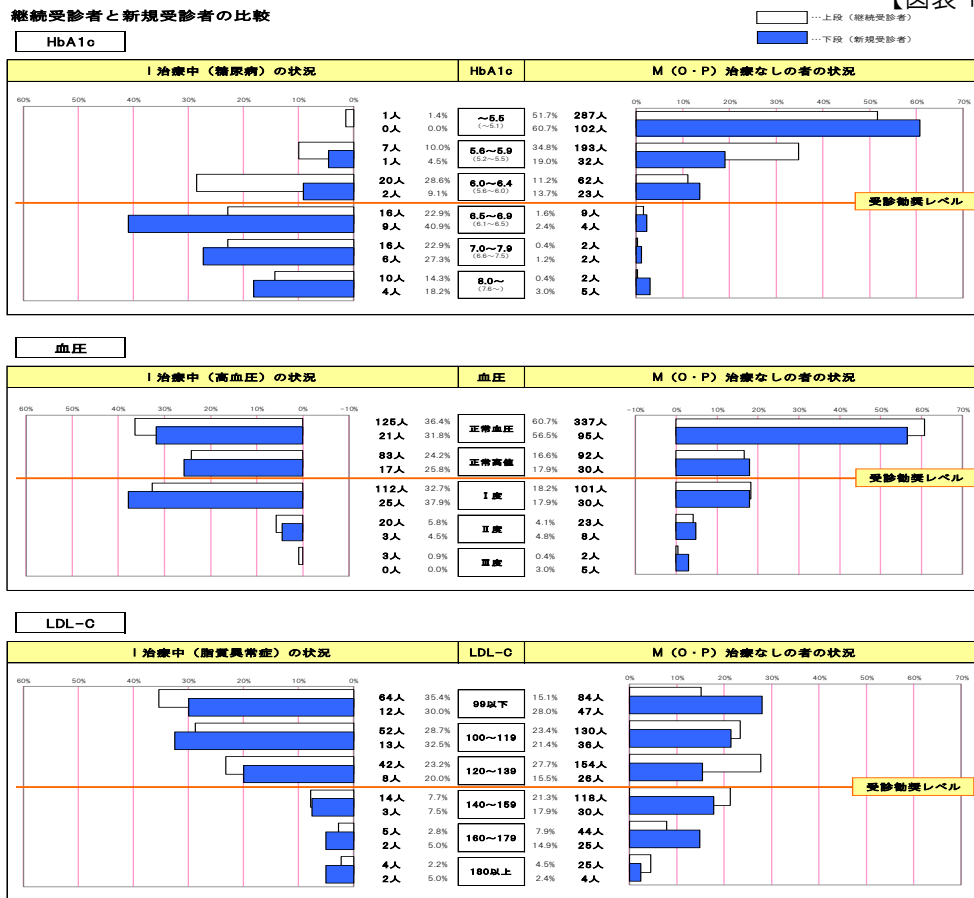
(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c では、治療中にもかかわらず、HbA1c6.5%以上の方の割合が高いことがわかります。その傾向は、健診の新規受診者で高く、健診を継続受診している方では、HbA1c8%以上になる人は少ないことから、治療中であっても健診を継続して受けることや、行政による保健指導の介入が、ある程度血糖コントロールにつながっていると考えます。糖尿病は、薬物療法だけでは数値の改善が難しく、運動療法と食事療法を併用して治療を行うことが必要な疾患であり、保健指導が必須です。また、治療をしていない方 HbA1c6.5 以上の方は、健診新規受診者が多いため、健診の受診勧奨による早期の発見が重要であることがわかります。

血圧においても、治療なしのⅢ度以上高血圧が健診新規受診者に多かったことから、健診の受診勧奨による早期の発見が重要であることがわかります。

LDL-C では、治療なしの健診継続受診者・新規受診者ともに受診勧奨値以上の割合が高いです。薬物療法となる基準が 180 以上であることを考慮すると、保健指導でのコントロールと、早期の掘り起こしのために健診の受診勧奨が必要であると考えます。

【図表 18】



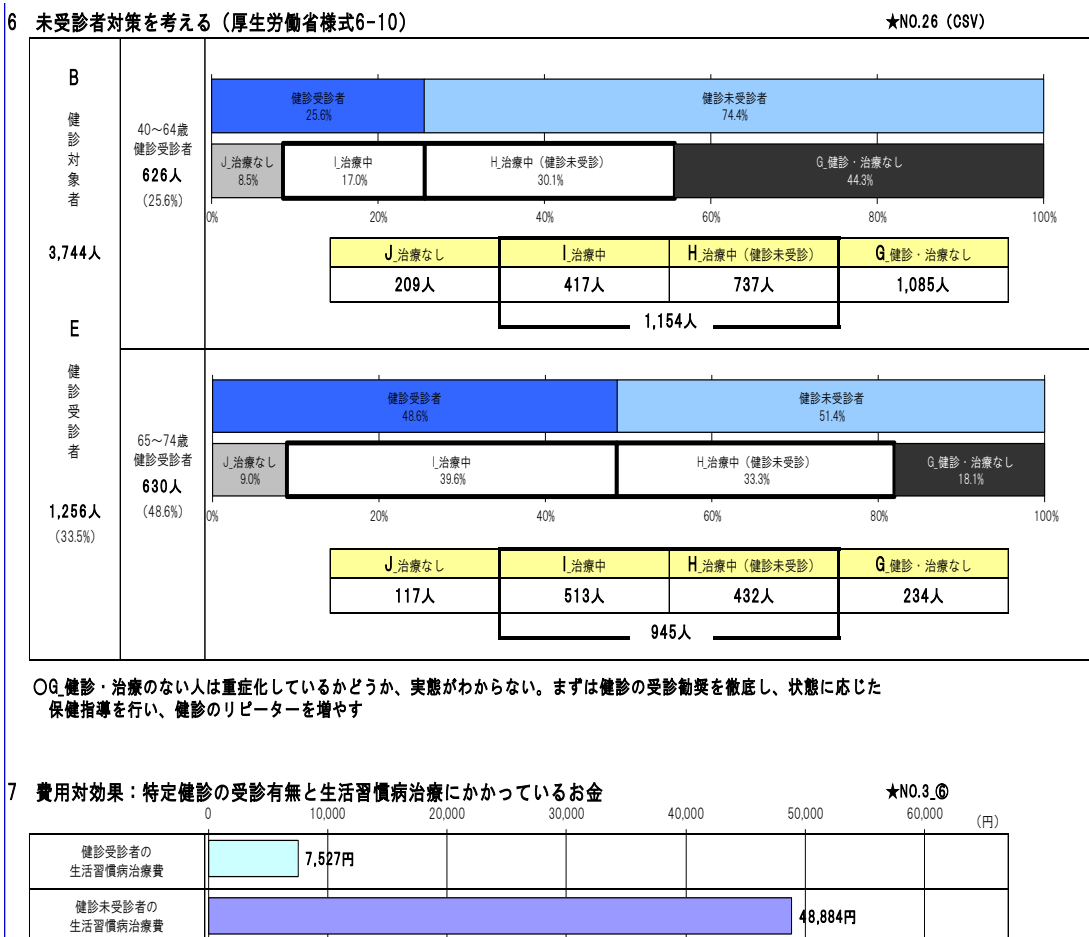
(4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診未受診者は、40～64歳で74.4%と高く、そのうち健診も治療も受けていない「G」は44.3%と高く、働き盛り世代では体の状態を把握していない方が多いことがわかります。

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ります。

また、健診受診者と未受診者の生活習慣病の治療にかかっているお金でも、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ります。

【図表 19】



4. 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、糖尿病性腎症を35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減となることを目標にします。

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します。

中城村の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並となることを目指します。

(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します。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の基本的な考え方を基に保健指導を行い検査結果の改善を試みることとします。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います。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します。

さらに特定健診・特定保健指導を実施し、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す。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)」に記載します。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 特定健診・保健指導の対象

特定健康診査は、40～74歳の被保険者を対象に、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓指導症候群）に着目し、生活習慣病を改善するための特定保健指導を必要とするものを的確に抽出するために行うものです。

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満（腹囲基準値以上）に着目し、生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣病における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

（「高齢者の医療の確保に関する法律」第18条第1項（特定健康診査等基本指針）の規定に基づく、特定家懇親さ及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図る短の基本的指針より）

2. 特定保健指導の選定基準

【資料⑥】

※糖尿病、脂質異常症、高血圧症の治療に係る薬剤を服用しているものを除く。

腹囲	追加リスク		喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40～64歳	65～74歳
≥85cm (男性)	2つ以上該当		あり	※1	※2
≥90cm (女性)	1つ該当			積極的支援	
上記以外で BMI ≤ 25 kg/m ² (※3)	3つ該当		あり	※1	※2
	2つ該当			積極的支援	
	1つ該当		なし		

①血糖 空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1c(NGSP値) 5.6%以上

②脂質 中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧 収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上

※1 積極的支援

生活習慣の改善が必要な者で、専門職(保健師・管理栄養士等)による支援を通して健診結果や経年表から自らの生活習慣改善点等に気づき、目標を設定して行動に移すことができるよう、3ヶ月以上継続的に支援する保健指導をいう。

※2 動機づけ支援

生活習慣の改善が必要な者で、専門職(保健師・管理栄養士等)による支援を通して健診結果や経年表から自らの生活習慣改善点等に気づき、目標を設定して行動に移すことができるよう、1回程度の保健指導をいう。

※3 BMI 肥満度を知るための指標。「体重÷身長(m)÷(m)」で算出

3. 第2期の評価及び現状と課題

(1) 第2期の実施に関する目標

① 特定健診実施率

市町村国保については、平成29年度において、40歳から74歳までの対象者の60%以上が特定健康診査を受けることを目標として定められています。

特定健診実施率

【資料⑦】

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
中城村	目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績	36.8%	36.8%	41.0%	41.0%	
沖縄県実績		37.1%	37.8%	38.7%	39.4%	
全国実績		34.4%	35.4%	36.3%		

② 特定保健指導実施率

平成29年度において、特定保健指導が必要と判断された対象者の60%以上が保健指導を受けることを目標として定められています。

特定保健指導実施率

【資料⑧】

		H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
中城村	目標	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	実績	39.6%	38.2%	51.4%	74.5%	
沖縄県実績		55.5%	55.7%	56.4%	58.7%	
全国実績		23.7%	24.4%	25.1%		

(2) 特定健診実施率の現状と課題

本村の特定健診受診率の推移を見ると、平成26年度までは、36.8%であった受診率が平成27年度に41.0%に増加し平成28年度も維持しています。受診率向上の理由として、本村は集団健診での受診者が多いことから、平成26年度まで10回であった集団健診を平成27年度に追加健診（2月日曜健診）を実施し計11回、平成28年度は12回（うち5回は土日）に増やしたことがあげられます。一方で、個別健診・人間ドックの受診者数は伸び悩んでいます。

年代別では、年齢が高くなるほど受診率が高いことがわかります。40代・50代の受診率も若干は伸びていますが、今後も若い世代の受診率向上が最大の課題です。これまで、働き盛り世代が受診しやすい環境の整備として、土日の集団健

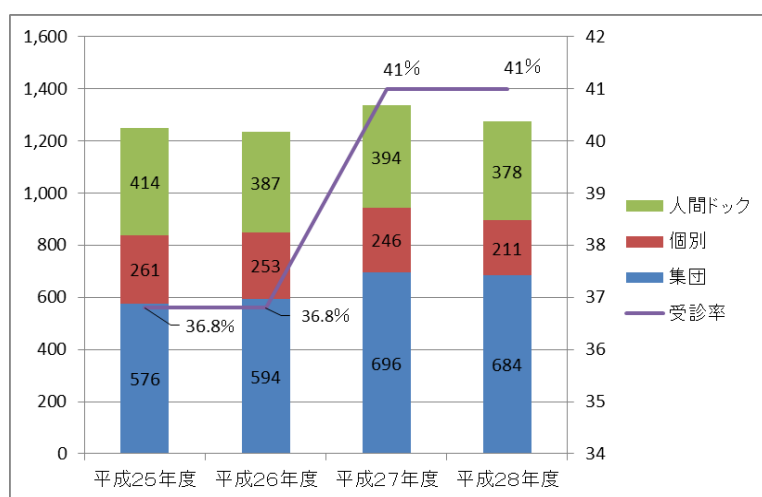
診を増やす、ハートライフクリニックでの日曜個別健診を行うなど、受診の機会を提供しました。また、平成28年度より、40歳記念総合がん検診を実施し、特定健診とのセット受診を勧奨しています。

月別にみても、集団健診を実施している月には、受診者数が増加していることがわかります。

また、特定健診を2年連続で受診したものの割合（リピーター率）は7割を超えています。新規受診者だけでなく、リピーター率を上げることも必要です。

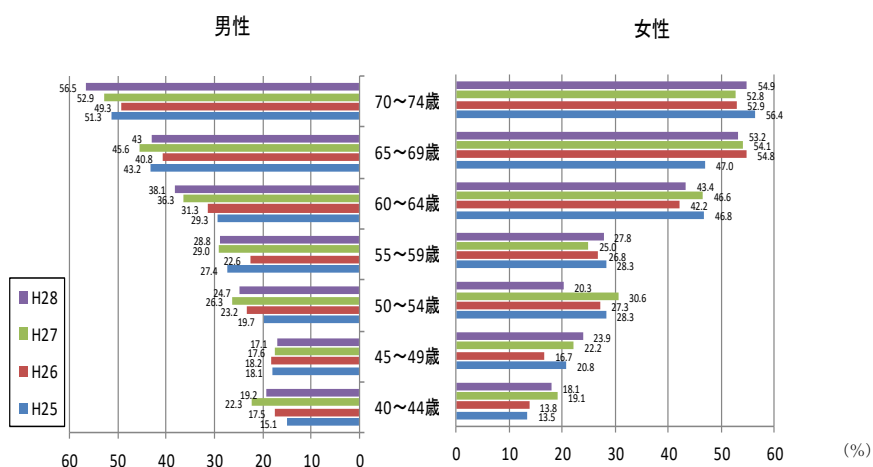
特定健診受診率の推移

【資料⑨】

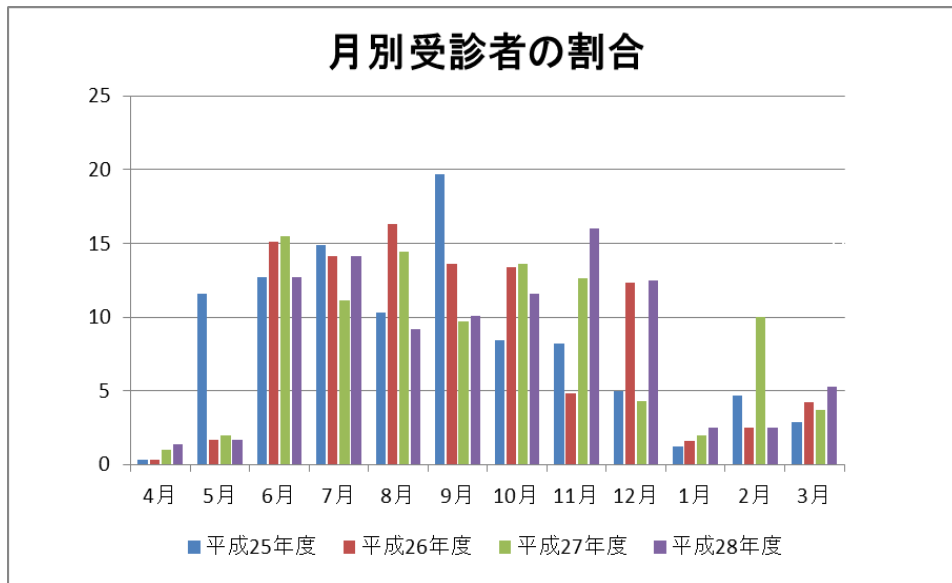


特定健診受診率の推移（年代別）

【資料⑩】



【資料①】



健診リピーター率

【資料②】

	H24	H25	H26	H27	H28
受診者数(人)	1212	1212	1212	1368	1353
翌年度対象外受診者数(74歳)	41	56	57	61	
前年度継続受診数		829	838	914	978
新規受診数		383	374	454	375
リピーター率		70.8%	72.5%	79.1%	74.8%

特定健診の経年受診状況

県内順位	市町村名	H28年度 特定健診受 診率	継続受診者 (H27-H28) の割合	*1 受診者総数		5年連続受診者		4回受診		3回受診		2回受診		1回のみ受診	
				A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
19	中城村	41.0%	71.6%	2,148	463	21.6%	283	13.2%	276	12.8%	371	17.3%	755	35.1%	
20	沖縄県	39.4%	71.3%	167,454	34,216	22.2%	22,603	15.0%	24,034	14.6%	31,597	17.8%	55,004	30.3%	
27	北中城村	39.7%	69.2%	2,169	450	20.7%	268	12.4%	303	14.0%	441	20.3%	707	32.6%	
29	与那原町	45.9%	68.7%	2,228	439	19.7%	323	14.5%	316	14.2%	414	18.6%	736	33.0%	

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

*2 受診率は法定報告値。それ以降は保健指導ツール(あなみツール)④.2 評価ツール(H24-28)で集計。

*3 受診者数は、法定報告値ではなく、健診を受けた40～74歳の全受診者(年度内保険異動者等も含む)

- 受診率は 60%の目標に届いていない状況です。40代・50代の働き盛りの受診率向上が課題となっています。

- リピーター率の向上 継続受診率が 80%を超えないと受診率が安定しないことから、継続受診の必要性も啓発していく必要があります。

- 未受診者への受診案内

平成 27 年度は電話での受診勧奨を行っていましたが、平成 28 年度はハガキによる受診勧奨に切り替えました。集団健診時には、ハガキを持参する住民が多くみられることより、未受診者対策効果があったと考えます。しかし、未受診の理由の把握・アプローチをするためには、個別の訪問事業等の展開が必要だと考えます。

また、健診無関心層を取り込むための事業の検討も必要です。

- 生活習慣病などで定期通院している被保険者からのデータ受領

定期通院している被保険者の同意を得たうえで、特定健診に該当する検査項目の結果が受領できれば、特定健診を受けたとみなすことができます。データ受領を増やすことができれば、受診率の向上が期待できますが、本人からの同意取得、追加検査の実施など、健診受託機関医療機関の負担感もあり、事業に協力する医療機関が増えないことが課題です。

- 事業者健診データの受領

パートやアルバイトなどで事業所に勤めている国保加入者も多くいることから、事業所で受けたデータを、事業者の同意をもとに特定健診と共通するデータが受領できれば、特定健診を受けたとみなすことができます。課題として、事業者健診は、必ずしも特定健診とは同一の検査項目ではない為、データ項目が欠落していることがあり、その場合受診したとみなせないことがあります。

(3) 特定保健指導の現状と課題

本村では、地区担当制をとり、個別での保健指導を主として、訪問・窓口での保健指導を実施しています。

また保健指導内容、実施率等、担当間で情報を共有できるよう体制を整備してきました。

集団健診会場で、腹囲または BMI、血圧等から保健指導対象に該当する方への保健指導を実施しています。

平成 27 年度年度より、特定保健指導対象者には、健診結果の手渡しを行い、結果の見方・保健指導の実施の取り組みを取り入れたことで、初回実施率が 90.2% に増加しました。保健指導終了率も、年々上昇し、効果的に行えていると評価できます。

【再掲：図表 12】

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								中城村	同規模平均
H25年度	3133	1158	36.80%	76位	202	80	39.60%	51.20%	51.00%
H28年度	3073	1260	41.00%	104位	235	175	74.50%	51.80%	51.80%

- 保健指導が利用しやすい環境づくり

平成 27 年度より、健診結果を手渡しすることで、保健指導の初回利用率が上がりましたが、対象者は保健指導を受けるための時間の確保等、負担感があり、初回面談に繋がらないことがあることが課題です。

- 保健指導の充実に向けた資質向上および体制づくり

指導率は向上していますが、健診データの改善、医療受診に繋がっていないケースも多いことから、保健指導の質を高めることが課題です。

4. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていましたが、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年一期として策定します。

(1) 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
特定健診受診率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

(2) 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	3200人	3200人	3200人	3200人	3200人	3200人
	受診者数	1440人	1536人	1632人	1728人	1824人	1920人
特定保健指導	対象者数	216人	230人	245人	259人	274人	288人
	受診者数	130人	138人	147人	156人	164人	173人

※特定健診対象者は、H29までの法定報告の人数を参考に推測。

※特定健診保健指導対象者は、健診受診者の15%で算出。

(3) 目標達成のための取組と方針

① 特定健診について

○ 若い世代の受診率向上

40歳に新たに到達した被保険者へ「40歳記念総合がん検診」とともに特定健診の受診を促すことや、20代・30代の若年層への健康診査を実施し、特定健診の対象となる前の早い段階から、自分の健康への意識づけを行い健診の受け方や制度内容についての周知を継続して行います。

○ 過去の健診受診歴などから連続未受診者などターゲットを絞り、効果的な受診勧奨手段を選択し案内します。

○ 生活習慣病などで定期通院している被保険者へは、医療機関からの受診勧奨が効果的であることから、引き続き実施を依頼します。

○ 事業者健診データ受領

事業主の協力が得られるよう積極的に努めます。

① 特定保健指導について

○ 初回面接率の向上 平成27年度から保健指導対象者には結果を手渡ししたことで成果がでたことから、今後も継続して取り組みます。また、平成30年度からの特定保健指導の制度改正に伴い、健診結果が揃わない段階での保健指導も可能となったことから、集団健診受診者で保健指導を受けた者に限り、結果の受け渡しについては郵送も可能とし、保健指導が利用しやすい環境づくり・体制作りに努めます。

○ 健診結果をもとに、対象者に応じた保健指導を実施します。できるだけわかりやすい保健指導教材の選択と作成に努めます。

○ 保健指導に対応する保健師や管理栄養士等、人員の確保に努めるとともに、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結び付けるため、各種研修会へ積極的に参加します。また、係での学習会・事例検討会を行い、力量形成に努めます。

(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します。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います。

(ア) 集団健診(吉の浦会館他)

(イ) 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ます。

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されます。(参照) URL : <http://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)を実施します。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ることができます。(実施基準第 1 条 4 項)

⑤ 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

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します。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います。

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しています。

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、基本的な周知広報活動のスケジュールを記載します。

【図表 22】

中城村年間実施スケジュール

事業名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
特定健診診査												
20～30代健康診査												
郵送 受診案内はがき												
郵送 未受診者はがき												
郵送 国保チラシ												
広報啓発活動	住民健診案内チラシ全戸配布					広報誌		チラシ		広報誌		
健診ポスターの配布			村内医療機関6カ所目内商業施設 18カ所									
横断幕・のぼりの設置												
防災無線での案内放送				健診前								
健康生活推進員チラシ配布				各地区健診前								
自治会での受診勧奨(放送)				各地区健診前								
医療機関への受診勧奨依頼												
日曜個別健診												

(5) 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者である中城村が行います。

① 健診から保健指導実施の流れ

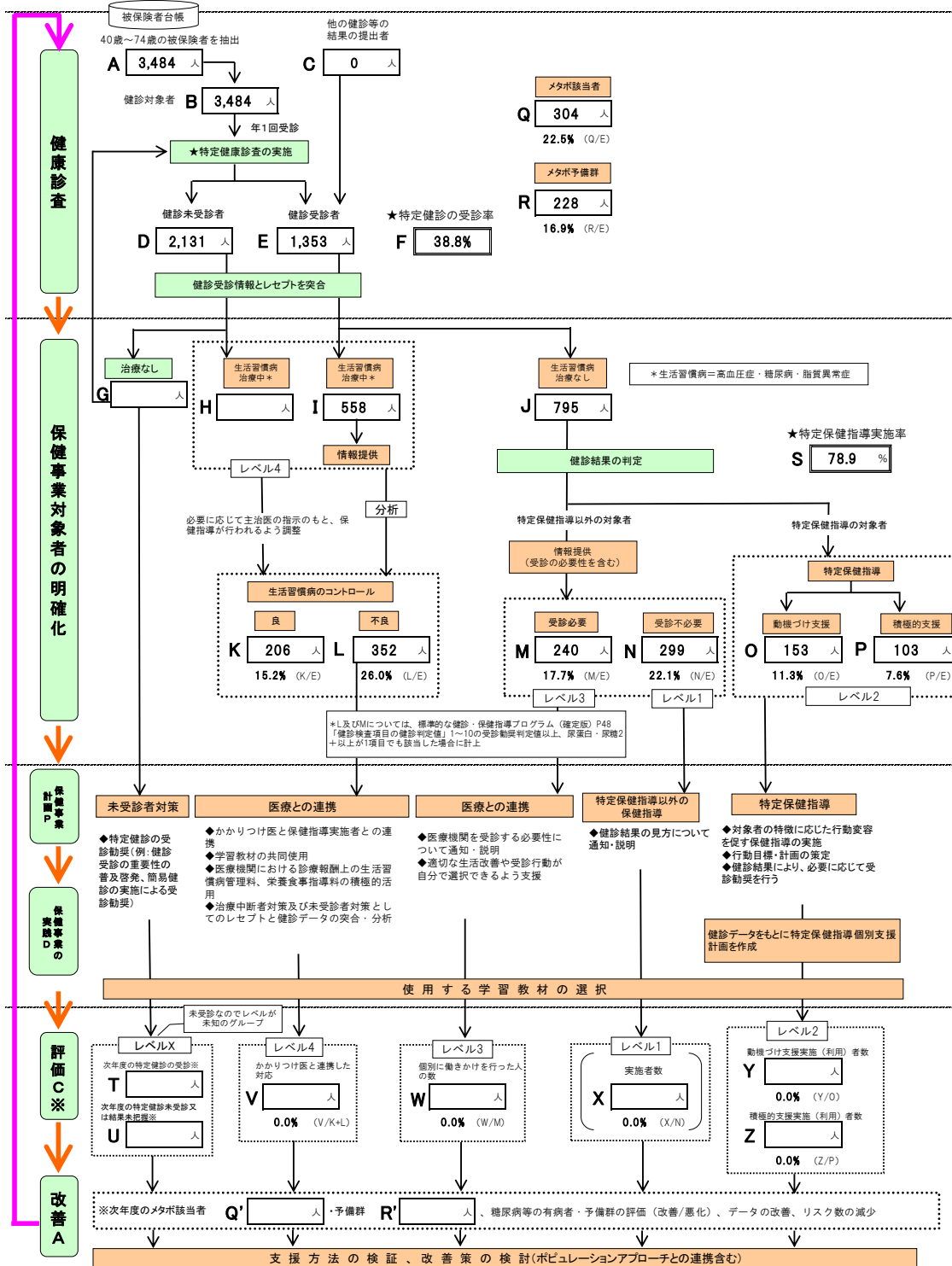
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

【図表 23】

あなみツールより作成

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

様式6-10



② 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

※30 年度の目標

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	103人 (8.2%)	45%
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	102人 (8.1%)	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 ◆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	930人 (74.0%)	優先対象者については80%以上
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	2488人 ※受診率目標達成 までにあと 990人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果に見方について通知・説明	121人 (9.6%)	100%

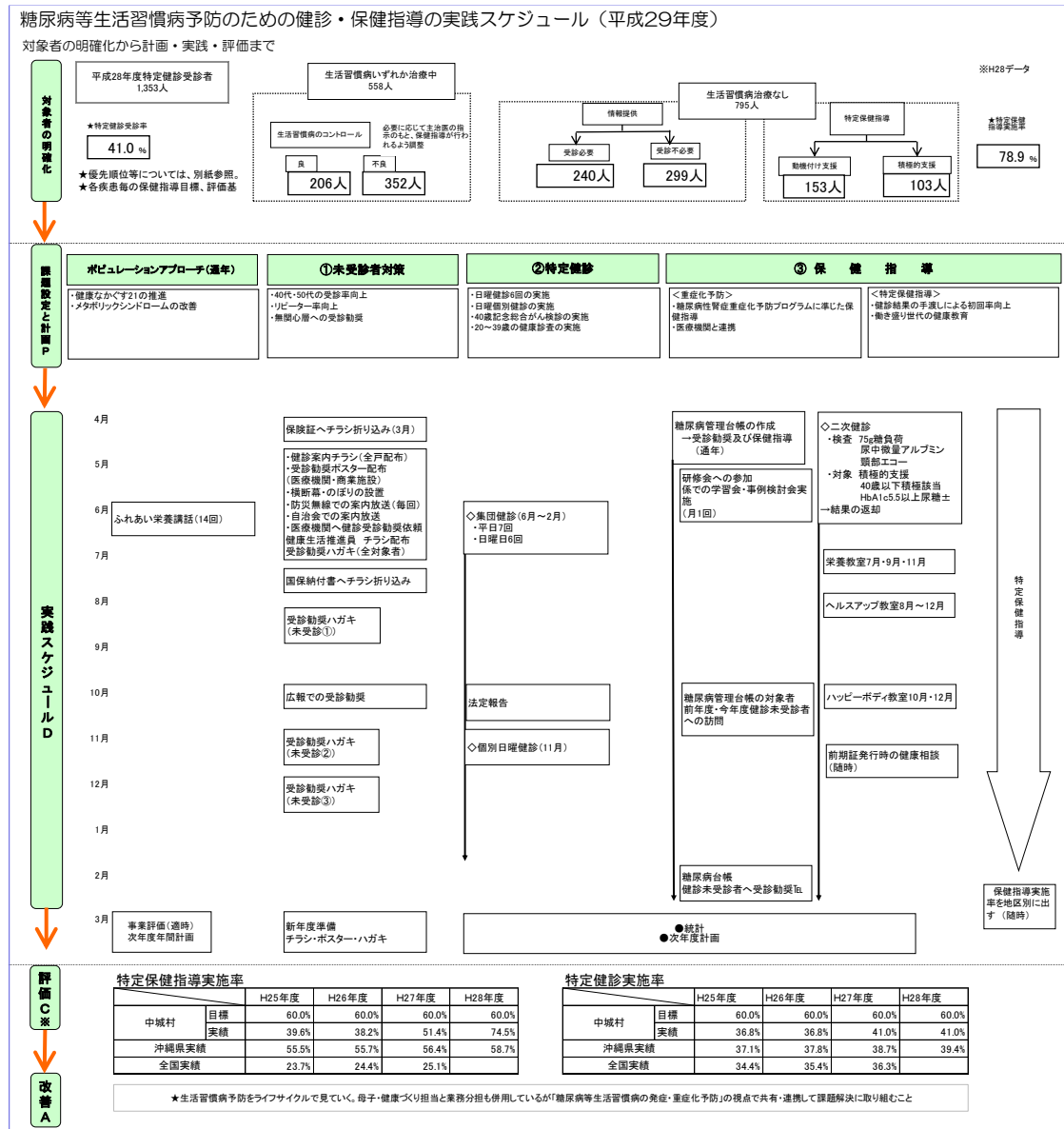
特定健診以外の保健指導（情報提供）について

第4章で述べる「糖尿病性腎症」「虚血性心疾患」「脳血管疾患」の重症化予防のために、特定保健指導以外（情報提供）の方のうち高血糖・高血圧等生活習慣病の治療が必要な方や、治療中であってもコントロール不良の方に保健指導を実施します。

③ 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

目標に向かっての進捗状況管理とPDC 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します。(図表 25)

【図表 25】



5. 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中城村個人情報保護条例を踏まえた対応を行います。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します。

(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います。

6. 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 日までに報告します。

7. 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、中城村ホームページ等への掲載により公表、周知します。

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します。

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実施していく必要があります。

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います。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きます。

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

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってきます。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ります。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します。

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 に沿って実施します。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施します。

- ① 健康診査・レセプト等で抽出し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します。

- (ア) 医療機関未受診者
- (イ) 医療機関受診中断者
- (ウ) 糖尿病治療中者
 - 糖尿病性腎症で通院している者
 - 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

(ア)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ります。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います。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）を基盤とします。

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していきま
す。

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）の把握は可能です。

尿アルブミンについては検査をしておらず把握ができませんが、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ります。（参
考資料 2）

（イ）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
把握を行いました。（図表 28）

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 80 人（67.8%・F）
でした。また 40～74 歳における糖尿病治療者 297 人中のうち、特定健診受診者
が 38 人（32.2%・G）であったが、8 人（21.1%・キ）は中断でした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 196 人（66.0%・I）のうち、過去に 1 度で
も特定健診受診歴がある者 43 人中 9 人は治療中断であることが分かりました。

また、34 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となります。

(ウ)介入方法と優先順位

図表 28 より中城村における介入方法を以下の通りとします。

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) . . . 80 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ) . . . 17 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) . . . 30 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

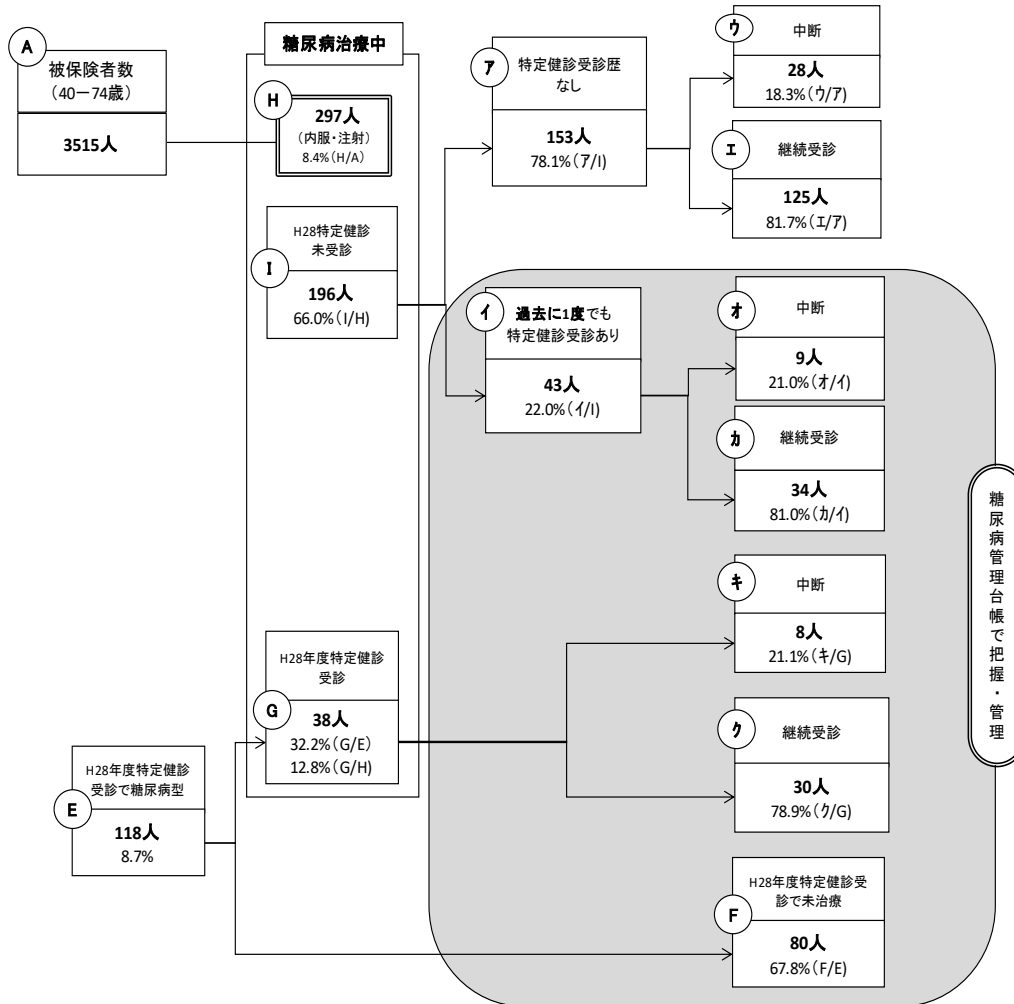
【保健指導】

- ・ 過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ) . . . 34 人
- ・ 介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・ 医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



(3) 対象者の進捗管理

①糖尿病管理台帳の作成

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

【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 HbA1c 6.5%以上は、以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c 6.5%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 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

(4) 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

(5) 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。

(6) 担当地区の対象者数の把握

未治療者・中断者（受診勧奨者）・・・・・・・・46人

腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）・・・・・・・・64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す。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きます。

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します。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て行っていきます。

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態：2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか？ <ul style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」と言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>④ HbA1cと体重の変化 ⑤ HbA1cとGFRの変化 ⑥ 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 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 ビッグアノイド薬とは チアソリジン薬とは SGLT2阻害薬とは

③ 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期を逃す恐れがあります。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します。

（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。

（健診結果を持参し、受診促す）

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います。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては沖縄県プログラムに準じて行っていきます。

（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きます。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回行うものとします。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きます。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）を用いて行っていきます。

【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
 - 合併症の有無

(8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定
特定健診結果が届き次第、対象者へ介入（通年）
- 5月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に追加記載。
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）
- 11月 糖尿病台帳更新
（病歴詳細、内服状況、通院状況等、KDBで確認）
- 2月 健診未受診者 抽出介入（電話、訪問等）
- 3月 評価・まとめ

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ます。(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ます。(参考資料 6)

② 重症化予防対象者の抽出

(ア)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 つです。

「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ります。

中城村において健診受診者 1256 人のうち心電図検査実施者は 34 人 (2.7%) であり、そのうち ST 所見があったのは 3 人でした。(図表 30)。ST 所見あり 3 人中のうち 3 人は要精査であり、その後の受診状況を見ると 3 人はすでに医療機関を受診していました。(図表 31)。

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ます。中城村では、集団健診で腹囲の基準を上回った者へ心電図検査を実施しています。

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)		他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
	平成28年度	1256	100	34	2.7	3	8.8	12	35.3	19

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
3	100	3	100	3	100	0	0

(イ)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」の項目です。

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します。

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きます。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きます。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表 32】

平成28年度実施	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1353	3	12	19	0	
		0.2%	0.9%	1.4%	0.0%	
メタボ該当者	304	3	9	14	0	
	22.4%	100%	75%	73.7%	0.0%	
メタボ予備軍	228	0	1	3	0	
	16.8%	0%	8.3%	15.8%	0.0%	
メタボなし	821	0	2	2	0	
	60.7%	0%	17%	10.5%	0.0%	
LDL-C	140-159	227	0	2	3	0
		16.8%	%	17%	15.6%	0.0%
	160-179	105	1	1	4	0
	7.8%	33.3%	8.3%	21.1%	0.0%	
	180-	50	0	0	3	0
	3.7%	0%	0%	15.8%	0.0%	
CKD	G3aA1~	228	0	2	4	0
		16.9%	0.0%	16.6%	21.1%	0.0%

リスク因子	対象	対象人数(H28)
メタボリックシンドローム該当者	腹囲+血圧・血糖・脂質の2つ以上	304人
糖尿病	HbA1c(NGSP)6.5以上	71人
高血圧	Ⅱ度以上160/100以上	24人
高LDLコレステロール	180mg/dl	17人
慢性腎臓病(CKD)	蛋白尿2+以上	29人
	eGFR50未満(70歳以上40未満)	24人

(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ります。

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います。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ます。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います。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います。治療中でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・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ります。

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きます。

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します。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ます。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きます。

(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きます。

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きます。

(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きます。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回行うものとしします。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きます。

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きます。

【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）

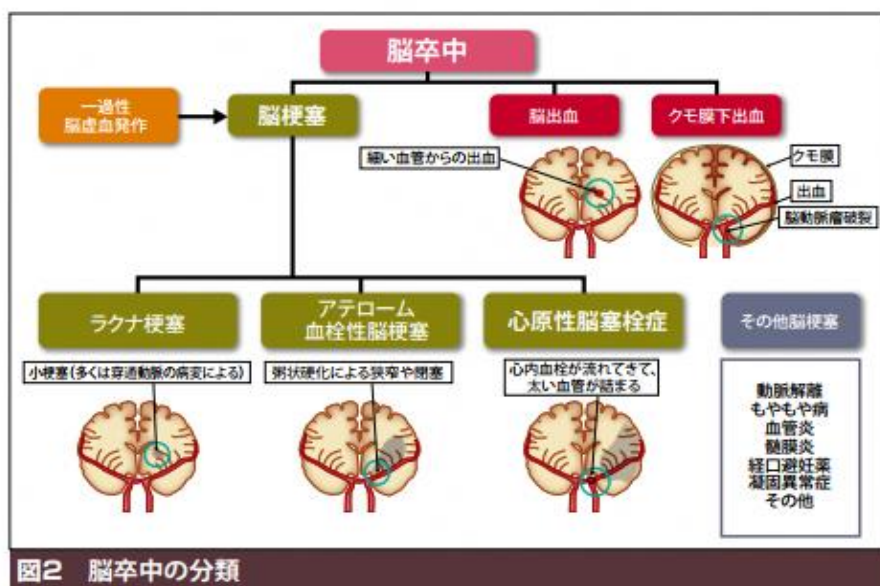
3. 脳血管疾患重症化予防

(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きます。

【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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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します。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します。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者														30.2.16修正	
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○					○		
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○					○		
	心原性脳梗塞	●				●		○					○		
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高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		70人	5.2%	93人	6.9%	50人	3.7%	1人	0.1%	304人	22.5%	22人	1.6%	52人	3.8%
治療なし		43人	4.8%	51人	4.1%	43人	3.9%	1人	0.1%	81人	10.2%	5人	0.6%	10人	1.3%
治療あり		27人	5.9%	42人	42.0%	7人	2.9%	0人	0.0%	223人	40.0%	17人	3.0%	42人	7.5%
臓器障害あり		4人	9.3%	5人	9.8%	2人	4.7%	1人	100.0%	7人	8.6%	5人	100.0%	10人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	3人		5人		2人		1人		4人		5人		10人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		3人		1人		1人		2人		5人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	3人		1人		1人		0人		2人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		0人		0人		0人		0人		10人	
	心電図所見あり	1人		2人		0人		1人		4人		1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す。

重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が70人(5.2%)であり、43人は未治療者でした。また未治療者のうち4人(5.9%)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す。

また治療中であってもⅡ度高血圧である者も27人(5.9%)いることがわかりました。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きます。

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すが、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ます。

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ります。（図表 37）

メタボリックシンドロームは、診断基準を満たす項目数が増すほどリスクが増加することから、3項目を満たすメタボ（内臓脂肪型肥満と血圧高値に加え、糖代謝以上もしくは脂質代謝異常のいずれか1つをもつ）をリスクの第二層に分類し、4項目すべてを満たすメタボをリスクの第三層に分類することとします。

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

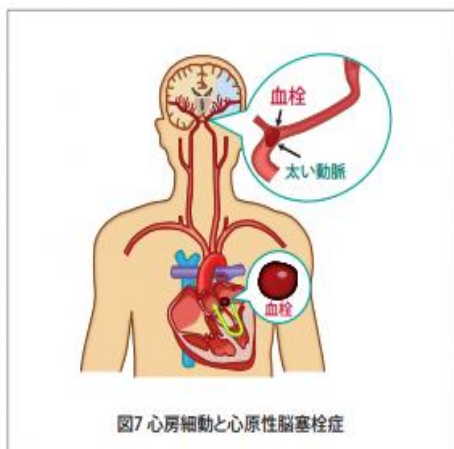
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	空選	正常	正常高値	I度	II度	III度	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		血圧	血圧	血圧	高血圧	高血圧	高血圧			
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	899	301	234	159	162	36	7	11	78	116
		33.5%	26.0%	17.7%	18.0%	4.0%	0.8%	1.2%	8.7%	12.9%
リスク第1層 (リスク因子がない)	133	83	26	11	11	1	1	11	1	1
		14.8%	27.6%	11.1%	6.9%	6.8%	2.8%	100%	1.3%	0.9%
リスク第2層 (糖尿病以外の1-2層のリスク因子、3項目を満たすメタボリックシンドロームのいずれかがある)	441	147	119	77	77	18	3	--	77	21
		49.1%	48.8%	50.9%	48.4%	47.5%	50.0%	--	98.7%	18.1%
リスク第3層 (糖尿病、CKD、臓器障害、心血管病、4項目を満たすメタボリックシンドローム、3層以上のリスク因子のいずれかがある)	325	71	89	71	74	17	3	--	--	94
		36.2%	23.6%	38.0%	44.7%	45.7%	47.2%	--	--	81.0%
再掲 重複あり	糖尿病	69	18	17	17	13	2			
		21.2%	25.4%	19.1%	23.9%	17.6%	11.8%			
	慢性腎臓病 (CKD)	152	34	40	37	31	9			
	46.8%	47.9%	44.9%	52.1%	41.9%	52.9%	33.3%			
3個以上の危険因子	161	33	48	30	40	9	1			
	49.5%	46.5%	53.9%	42.3%	54.1%	52.9%	33.3%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化です。

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です。

③ 心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。

しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	26	8	2	5.9	0	0	-	-
40歳代	3	0	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	5	0	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	13	5	1	5.6	0	0	1.9	0.4
70～74歳代	5	3	1	13	0	0	3.4	1.1

* 日本循環学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

* 日本循環学会疫学調査の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	%
1	100	0	0.0	1	100

心電図検査において2人が心房細動の所見がありました。レセプトにて確認したところ、2人とも既に治療が開始されていました。

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ます、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ます。

(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います。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ます。

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います。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います。

治療中でリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行います。

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ります。

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きます。

③ 対象者の管理

○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きます。（参考資料 8）

○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に努めます。（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きます。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きます。

（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きます。

（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きます。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 回行うものとし、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きます。

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きます。

【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

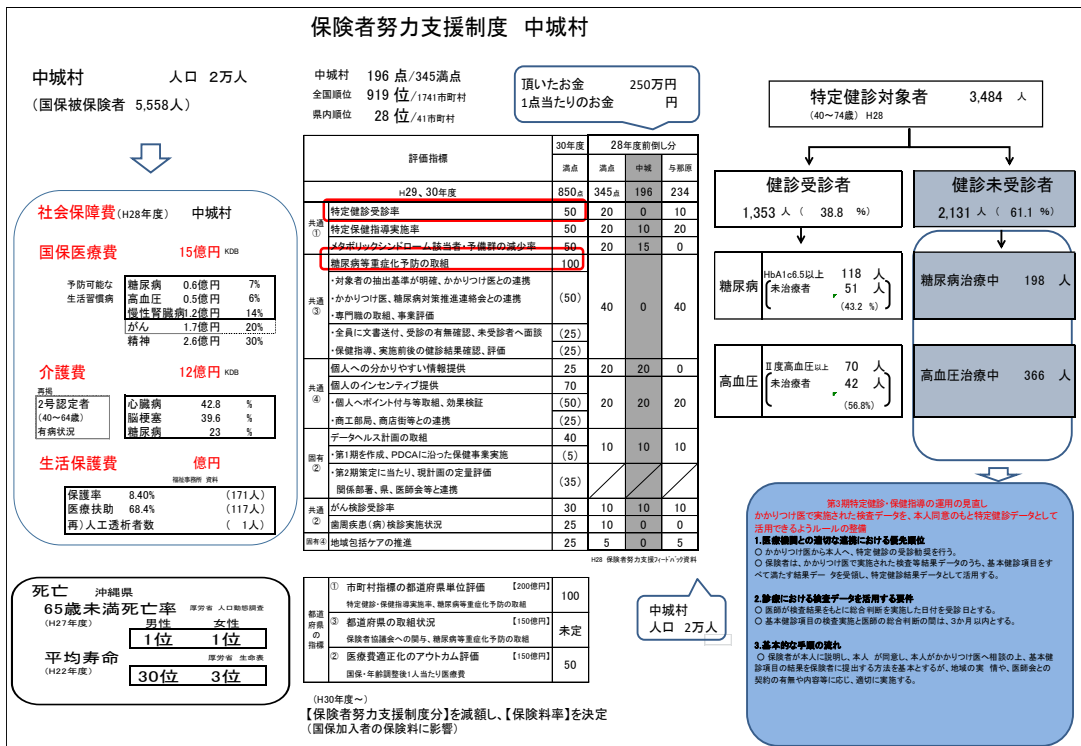
5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

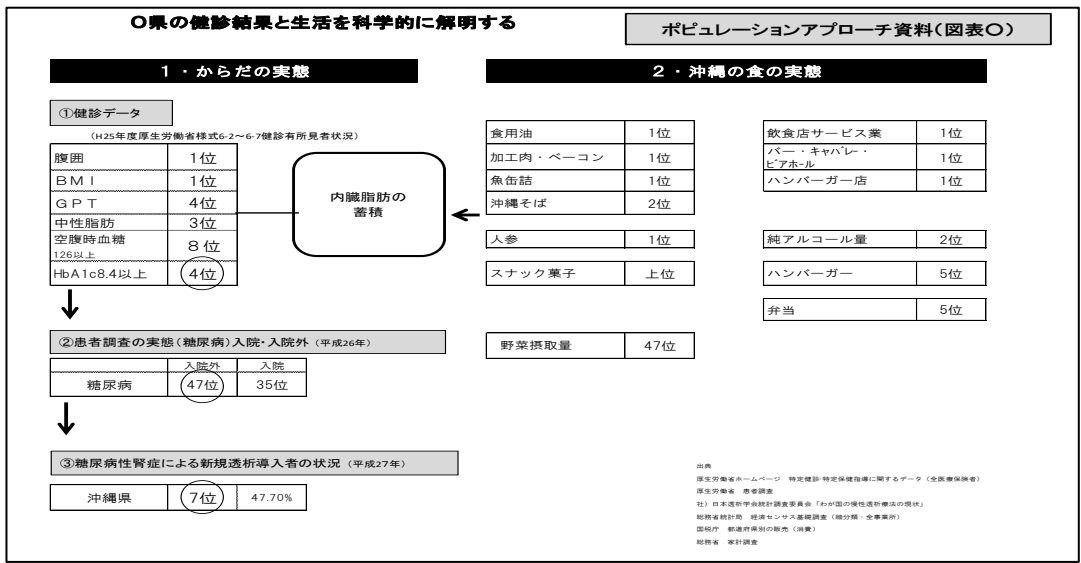
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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村民へ周知していきます。

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

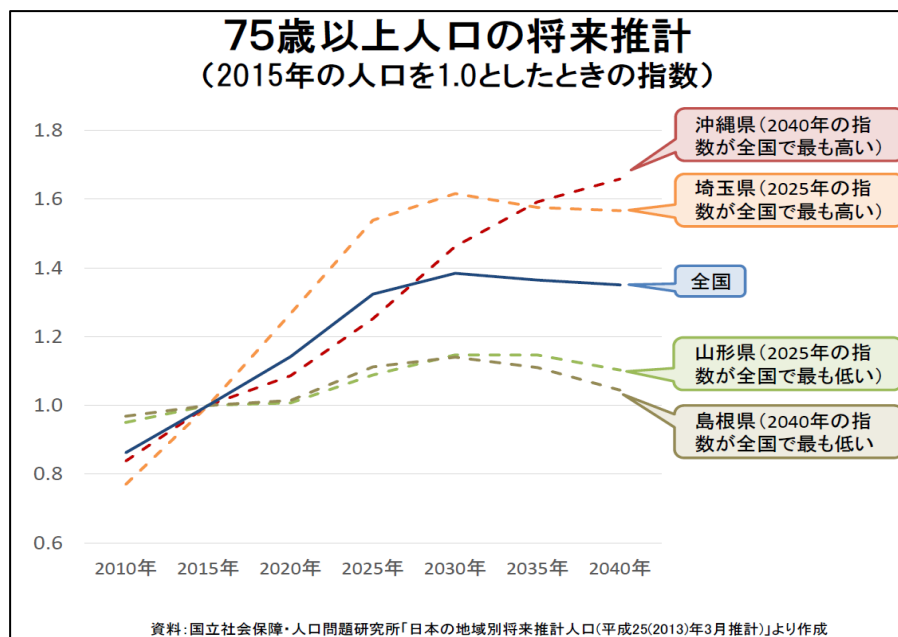
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ます。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、村民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施します。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ます。

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ます。(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ます。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す。

【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ります。

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住民を増やしていくことにつながります。(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います。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ります。

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ます。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・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)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか <p>(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)</p>

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います。

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します。

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します。

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ることから、国指針において公表するものとされています。

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、地域医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知します。

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す。

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ます。

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 生活習慣病有病状況

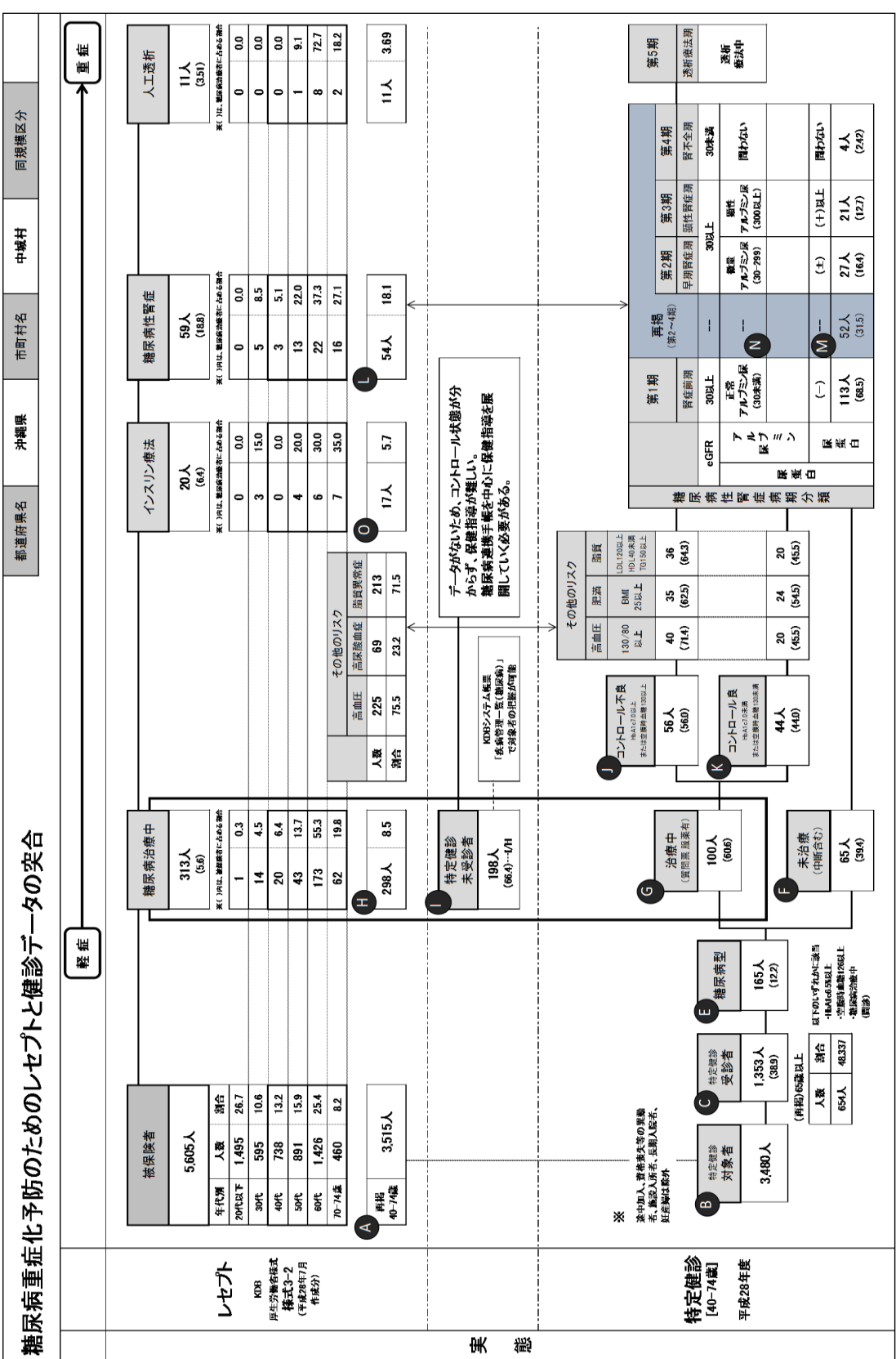
参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた中城村の位置

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
		中城村		中城村		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		
1	① 人口構成	総人口	17,456		19,355		2,213,234		1,373,576		124,852,975		
		65歳以上（高齢化率）	2,909	16.7	3,445	17.8	623,636	28.2	239,486	17.4	29,020,766	23.2	
		75歳以上	1,582	9.1	1,877	9.7			119,934	8.7	13,989,864	11.2	
		65～74歳	1,327	7.6	1,568	8.1			119,552	8.7	15,030,902	12.0	
		40～64歳	5,603	32.1	6,387	33.0			448,207	32.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	8,944	51.2	9,523	49.2			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	5.6		5.6		12.2		5.4		4.2		
		第2次産業	20.1		20.1		27.7		15.4		25.2		
		第3次産業	74.3		74.3		60.1		79.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.7		79.7		79.3		79.4		79.6		
女性		88.3		88.3		86.3		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.5		64.4		65.1		64.5		65.2			
	女性	66.8		66.8		66.8		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	93.4		79.7		103.9		97.8		100	
		女性	76.0		73.5		102.0		87.5		100		
		がん	31	46.3	37	54.4	7,565	46.0	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	18	26.9	11	16.2	4,757	29.0	1,600	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	13	19.4	14	20.6	2,675	16.3	893	14.5	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	1	1.5	338	2.1	187	3.0	13,658	1.8	
		腎不全	0	0.0	3	4.4	619	3.8	243	3.9	24,763	3.3	
	自殺	5	7.5	2	2.9	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	24(H25)	19.2(H27)	31	21.2			2049	18.1	142,481	11	
		男性	18	31	20	23.5			1386	23.1	95,212	14.3	
		女性	6	8.9	11	18			663	12.4	47,262	7.6	
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	687	22.9	728	24.6	126,477	20.4	54,602	22.9	5,885,270	21.2
			新規認定者	14	0.3	6	0.3	2,113	0.3	122	0.3	105,636	0.3
		② 有病状況	2号認定者	27	0.5	23	0.4	2,818	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4
			糖尿病	113	15.1	137	16.2	27,976	21.2	10,612	18.3	1,350,152	22.1
高血圧症			319	45.2	338	43.3	69,160	52.8	27,224	47.1	3,101,200	52.9	
脂質異常症			178	23.2	191	23.8	35,266	26.8	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
心臓病			357	50.4	385	48.9	78,851	60.3	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
脳疾患			182	24.9	179	23.3	34,930	26.8	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
がん			59	7.8	73	8.5	13,037	9.8	4,558	7.8	631,950	10.3	
筋・骨格		330	45.8	324	42.9	67,521	51.7	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
精神		235	32.1	234	31.0	47,722	36.3	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）	77,722		83,349		67,108		71,386		58,284		
		居宅サービス	51,263		56,169		41,924		52,569		39,662		
		施設サービス	284,324		278,574		276,079		282,196		281,186		
④ 医療費等		要介護認定別 医療費（40歳以上）	11,568		9,983		8,324		9,703		7,980		
	認定あり 認定なし	4,646		4,436		3,994		4,397		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	5,781		5,558		574,796		444,291		32,587,866		
		65～74歳	1,051	18.2	1,250	22.5			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
		40～64歳	2,437	42.2	2,217	39.9			168,937	38.0	10,946,712	33.6	
		39歳以下	2,293	39.7	2,091	37.6			171,906	38.7	9,179,541	28.2	
		加入率	33.1		31.8		26.0		32.3		26.9		
		被保険者の平均年齢	43.5		44.7		53.3		44.2		50.7		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	173	0.3	94	0.2	8,255	0.3	
		診療所数	7	1.2	7	1.3	1,295	2.3	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	300	51.9	300	54.0	22,850	39.8	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	69	11.9	92	16.6	2,887	5.0	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数	507.0		511.4		686.7		507.9		668.1		
		入院患者数	22.9		21.5		22.1		20.0		18.2		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	22,389		22,593		26,719		22,111		24,245		
		受診率	529.876		532.928		708.781		527.86		686.286		
		外 来 費 用 の 割 合	50.8		51.2		57.8		52.4		60.1		
入 院 費 用 の 割 合		95.7		96.0		96.9		96.2		97.4			
院 内 費 用 の 割 合		49.2		48.8		42.2		47.6		39.9			
院 外 費 用 の 割 合		4.3		4.0		3.1		3.8		2.6			
1件あたり在院日数		18.6日		17.6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 最大医療費源傷病 名（該当含む）	がん	122,196,910	13.5	172,095,380	20.3	24.4		17.3		25.6			
	慢性腎不全（透析あり）	120,002,050	13.2	119,972,040	14.2	9.4		16.0		9.7			
	糖尿病	54,575,900	6.0	56,948,730	6.7	10.2		7.0		9.7			
	高血圧症	64,757,890	7.1	49,074,130	5.8	9.0		6.3		8.6			
	精神	324,638,760	35.8	256,776,510	30.3	18.4		28.0		16.9			
	筋・骨格	103,261,980	11.4	99,958,940	11.8	15.2		13.1		15.2			



【参考資料2】

【参考資料 3】

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度計画(平成28年度)

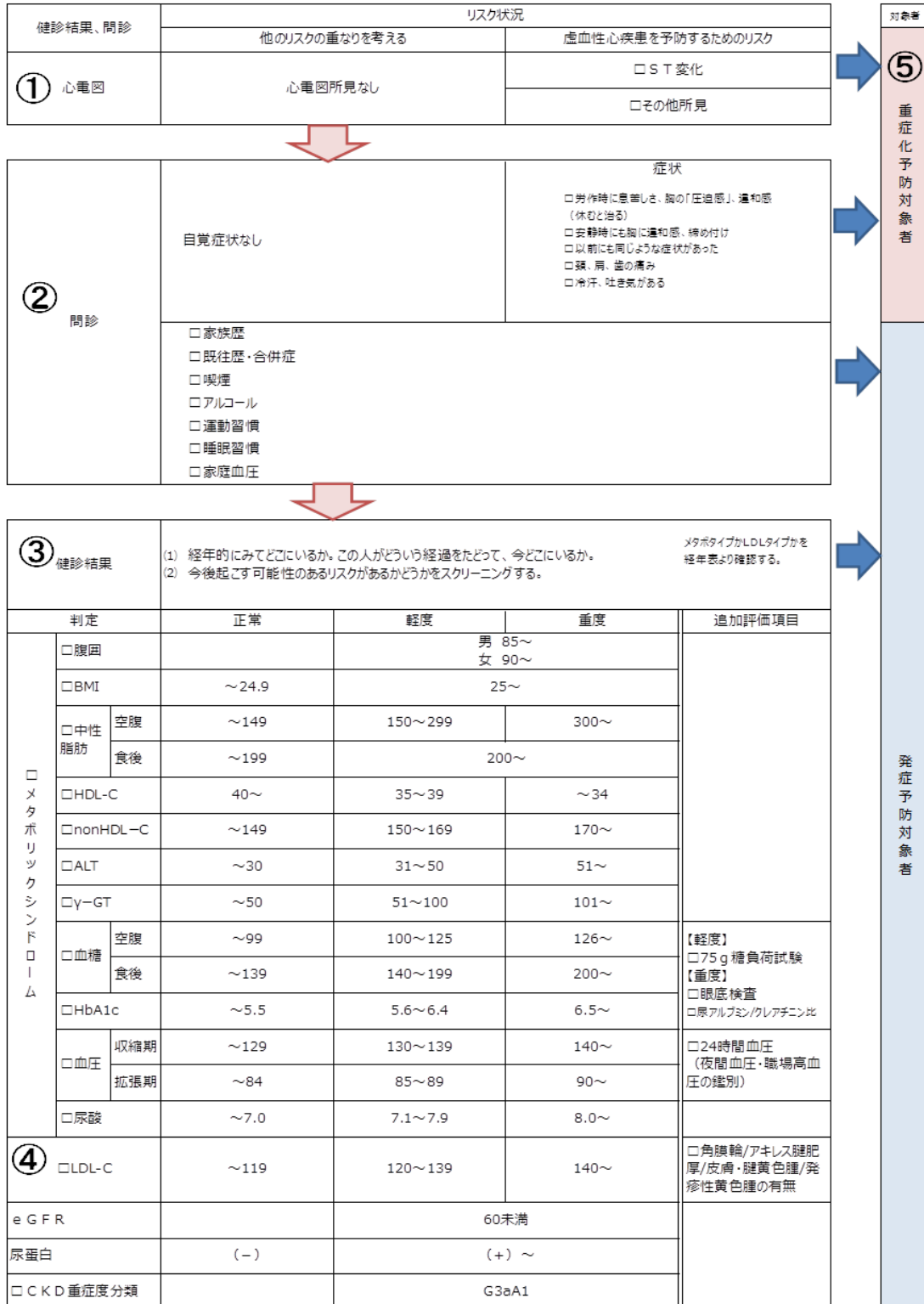
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門医との連携
結果把握	<p>糖尿病管理台帳の全数(A + B) (258)人</p> <p>① ② ③ ④ ⑤</p> <p>① ② ③ ④ ⑤</p> <p>①-1未治療者(中断者含む) (46)人</p> <p>*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認</p> <p>○医療保険異動の確認</p> <p>○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認</p> <p>○治療の確認</p> <p>○直近の治療の有無の確認</p> <p>3.余いに行く</p> <p>○医療受診勧奨の保健指導</p> <p>○糖尿病手帳の確認</p> <p>4.結果から動く</p> <p>○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認</p> <p>○経年データ、治療状況に応じた保健指導</p> <p>○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導</p>	<p>後期高齢者、社会保険</p> <p>○健診データを本人から</p> <p>○レセプトの確認協力</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>尿アルブミン検査の継続</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
	<p>① HbA1cが悪化している (50)人</p> <p>例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している</p> <p>*医師会の先立方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>② 蛋白尿 (-) (96)人</p> <p>(±) (27)人</p> <p>(+) ~ 顕性腎症 (21)人</p> <p>③ eGFR値の変化 (7)人</p> <p>1年で25%以上低下 (36)人</p> <p>1年で5ml/㎡以上低下</p>		
保健指導の優先づけ			

【参考資料5】

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	5,605人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,515人								
2	① 対象者数	B	3,480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 特定健診 受診者数	C	1,353人								
	③ 受診率		38.9%								
3	① 特定保健指導 対象者数		235人								
	② 実施率		74.5%								
4	① 健診データ	② 糖尿病型	E	165人	12.2%					特定健診結果	
		③ 未治療・中断者(質問票 回答なし)	F	65人	39.4%						
		④ 治療中(質問票 回答あり)	G	100人	60.6%						
		⑤ コントロール不良 <small>HbA1c7.0以上または空腹時血糖値130以上</small>	J	56人	56.0%						
		⑥ 血圧 130/80以上		40人	71.4%						
		⑦ 肥満 BMI25以上		35人	62.5%						
		⑧ コントロール良 <small>HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖値130未満</small>	K	44人	44.0%						
		⑨ 第1期 尿蛋白(-)	M	113人	68.5%						
		⑩ 第2期 尿蛋白(±)		27人	16.4%						
		⑪ 第3期 尿蛋白(+)		21人	12.7%						
⑫ 第4期 eGFR30未満	4人	2.4%									
5	① レセプト	② 糖尿病受診率(被保険者対)		55.8人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		③ (再掲)40-74歳(被保険者対)		84.8人							
		④ レセプト件数 (40-74歳) (19年度健康診査)	入院外(件数)	1,608件	(463.8)			2,741件	(787.9)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		⑤ 入院(件数)	12件	(3.5)			19件	(5.6)			
		⑥ 糖尿病治療中	H	313人	5.8%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
		⑦ (再掲)40-74歳	I	298人	8.5%						
		⑧ 健診未受診者		198人	66.4%						
		⑨ インスリン治療	O	20人	6.4%						
		⑩ (再掲)40-74歳		17人	5.7%						
		⑪ 糖尿病性腎症	L	59人	18.8%						
		⑫ (再掲)40-74歳		54人	18.1%						
		⑬ 慢性人工透析患者数 (健康保険診療中に占める割合)		11人	3.51%						
		⑭ (再掲)40-74歳		11人	11.00%						
		⑮ 新規透析患者数		2	0.05						
		⑯ (再掲)糖尿病性腎症		1	0.31						
		⑰ 【参考】後援高齢者 慢性人工透析患者数 (健康保険診療中に占める割合)		9人	5.0%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後援ユーザー	
6	① 医療費	② 総医療費		15億1565万円				14億8907万円	KDB 健診・医療・介護一から みる地域の健康課題		
		③ 生活習慣病総医療費		8億4740万円				8億4869万円			
		④ (総医療費に占める割合)		55.9%				57.0%			
		⑤ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,527円				8,344円			
		⑥ 健診未受診者	48,884円				32,649円				
		⑦ 糖尿病医療費		5695万円				8615万円			
		⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)		6.7%				10.2%			
		⑨ 糖尿病入院総医療費		1億8928万円							
		⑩ 1件あたり		44,496円							
		⑪ 糖尿病入院総医療費		1億1887万円							
		⑫ 1件あたり		622,345円							
		⑬ 在院日数		18日							
		⑭ 慢性腎不全医療費		1億2339万円				8497万円			
		⑮ 透析有り		1億1997万円				7975万円			
		⑯ 透析なし		342万円				522万円			
7	① 介護 介護給付費		12億5424万円				15億4299万円				
	② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	8.3%							
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		1人	0.9%			3人	1.2%	KDB 健診・医療・介護一から みる地域の健康課題		

【参考資料 7】

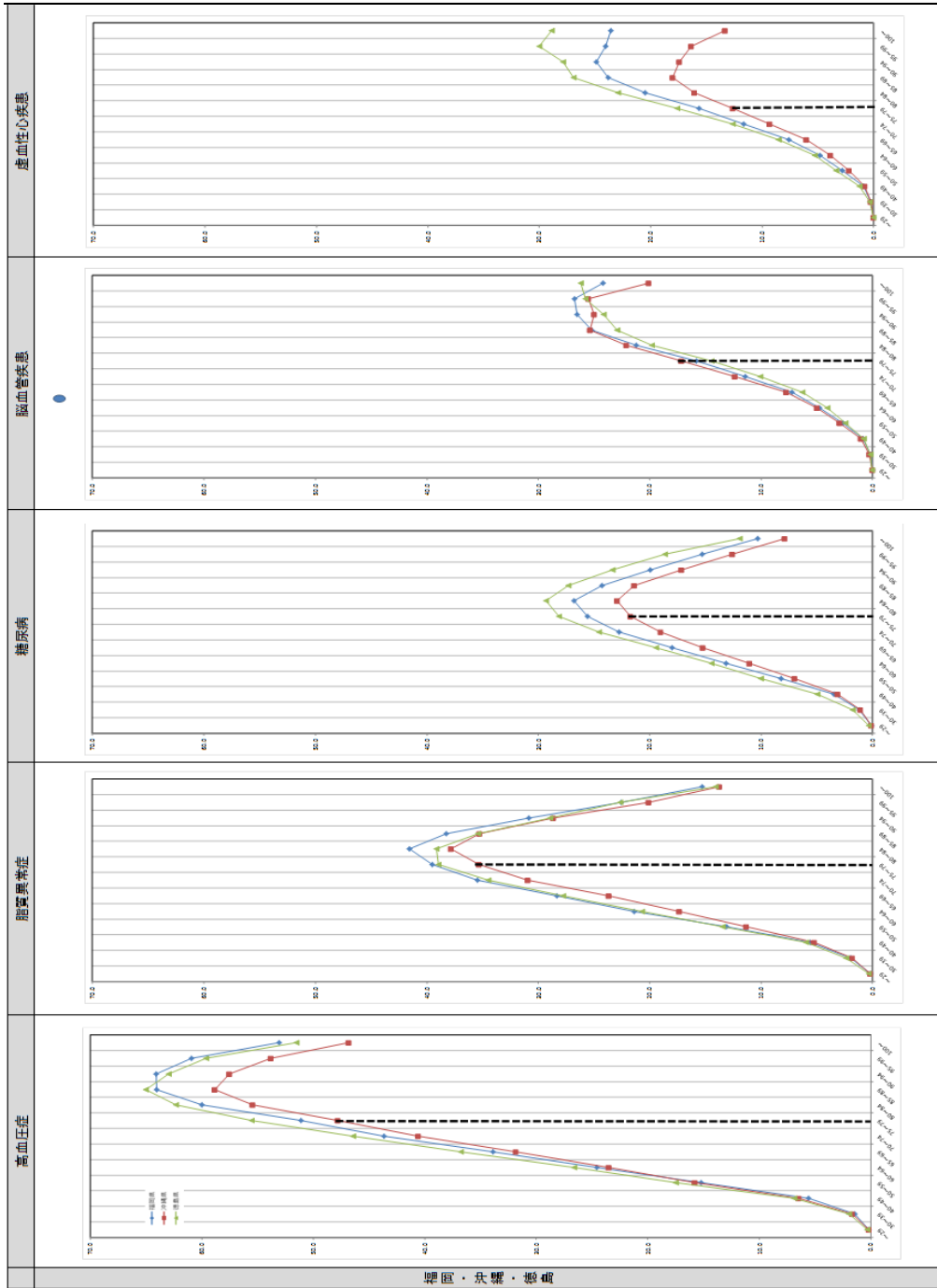
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国庫データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)



【参考資料 11】

平成29年度に向けての全体評価					
課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
目標	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策		全体
	⇩				
未受診者対策		⇩			未受診者対策
	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策		
重症化予防対策					重症化予防対策
医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり		医療とのつながり

【参考資料 12】

平成28年度の実績評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

平成29年度 課題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
目標	全体	未受診者対策	●●未受診者対策●●		
	未受診者対策				
全体					
未受診者対策					
	重症化予防対策		●●重症化予防対策●●		
重症化予防対策		重症化予防対策			
医療とのつながり					

