

## 第2期大宜味村保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成30年4月

大宜味村住民福祉課

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、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います。

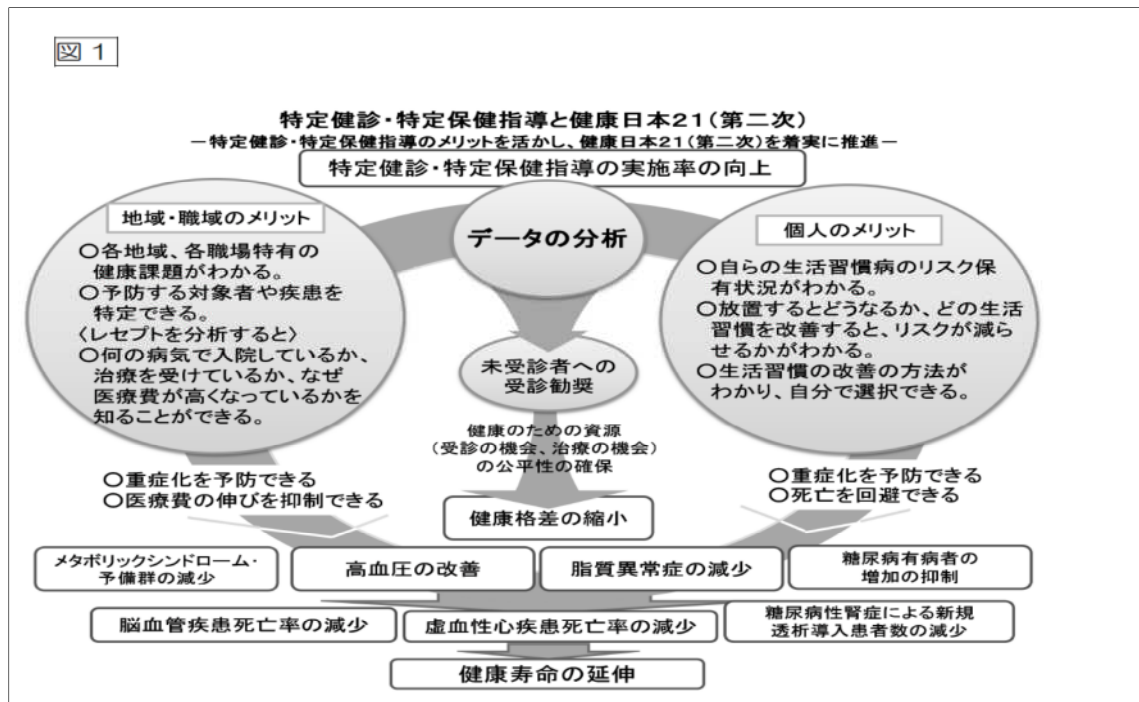
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなりました。

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

大宜味村においては、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します。

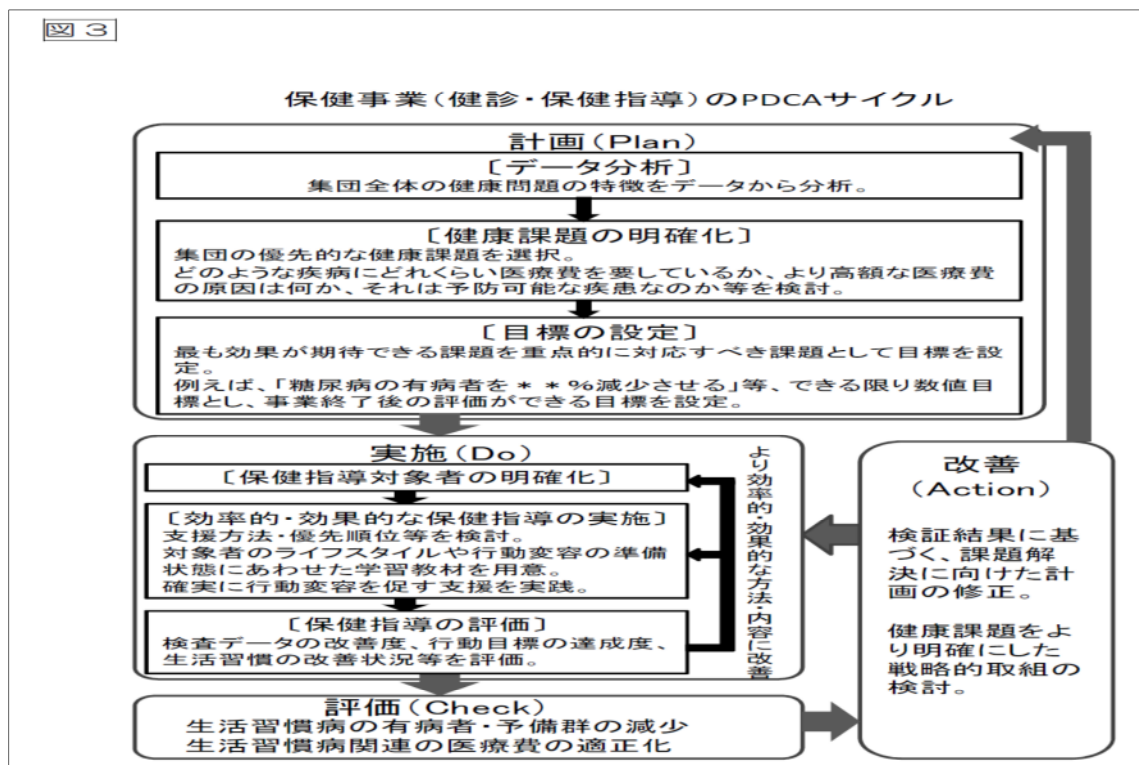


【図表 2】



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

大宜味村においては、国保年金係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康推進課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていきます。

具体的には、保健衛生係、福祉係、教育委員会、企画・財政課とも情報共有を図り十分連携することが望めます。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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います。

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す。

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ます。

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ります。

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

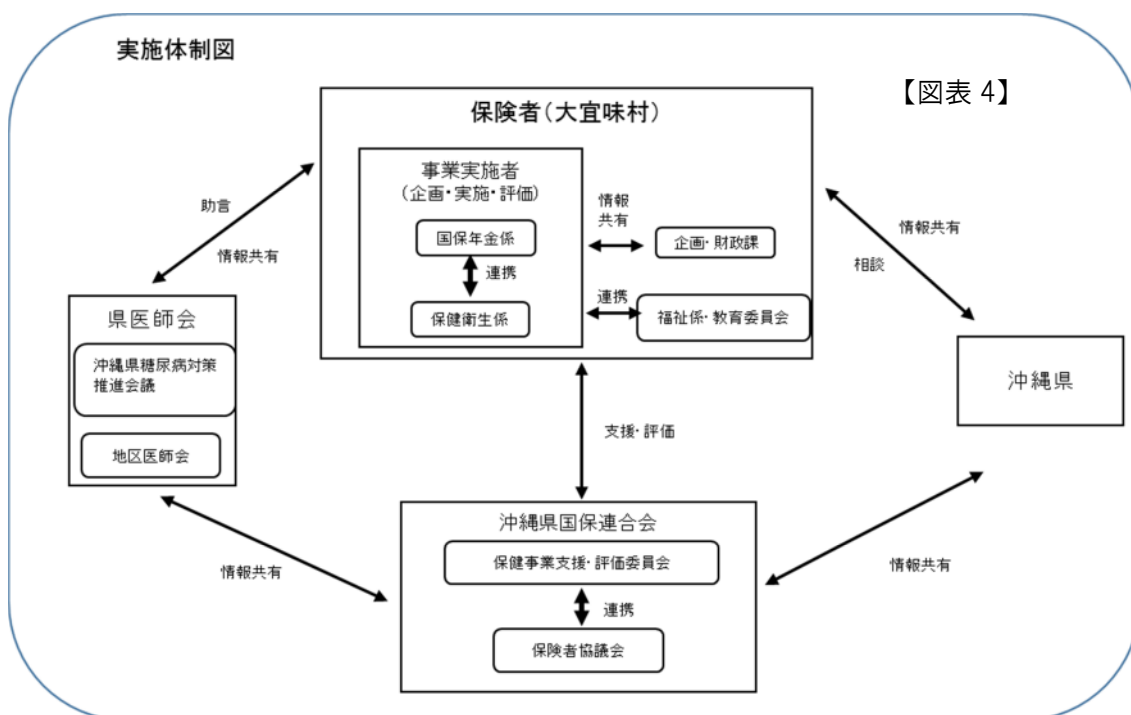
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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

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、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す。このためには、保険者協議会等を活用することも有用です。

### 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す。



### 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		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
<b>評価指標</b>					
<b>総得点(満点)</b>		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		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、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、特に、糖尿病・腎不全による死亡は2倍でした。

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

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかりました。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関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ます。また、特定健診受診率が向上しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となります。(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年度の1件あたりの介護保険給付費は91,844円と、同規模平均と比べて高い状況です。しかし、平成25年度の総介護給付費と比べると2,315万円減少しています。(別添参考資料1様式6-1参照)

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	大宜味村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	5億3,426万円	89,657	50,813	279,540	75,804	40,098	279,554
平成28年度	5億1,111万円	91,844	56,226	279,190	73,752	39,649	273,932

#### ②医療費の状況(図表7)

図表7をみると、平成25年度に比べ入院の件数及び費用割合は減少しております。また入院も1人当たりの医療費は減少しております。入院外(外来)の費用は増加しているが、早期の治療により重症化の予防につながっていると考えられます。

(別添参考資料1様式6-1参照)



医療費の変化

【 図表7 】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	4億249万円				2億767万円				1億9,481万円			
	H28年度	3億6,436万円	△3,813万円	△ 9.5	3.4	1億6,337万円	△4,430万円	△ 21.3	3.1	2億98万円	616万円	3.2	3.6
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	26,941				13,901				13,040			
	H28年度	26,466	△ 475	△ 1.8	5.8	11,867	△ 2,034	△ 14.6	6.2	14,599	1,559	12.0	5.4

※KDBの1人当り医療費は、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)

図表 8 をみると、平成 25 年と比較して平成 28 年は、短期目標疾患である糖尿病、脂質異常症の総医療費に占める割合は増加しており、中長期目標疾患では慢性腎不全が増加しています。本村としては、糖尿病性腎症の更なる予防に努める必要があります。

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)

【図表8】

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)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25 大宜味村	402,493,470	26,941	90位	2位	7.86%	0.13%	4.64%	4.57%	4.06%	5.51%	2.45%	117,605,290	29.22%	7.78%	21.79%	5.84%
	H28	364,360,970	26,466	134位	3位	9.25%	0.31%	2.00%	1.98%	4.55%	2.87%	92,968,660	25.52%	9.31%	21.08%	4.88%
H28	沖縄県	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	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(調剤含む)」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患 (図表 9)

虚血性心疾患と脳血管疾患についてみると、平成 25 年より H28 年の患者数は減少しています。また基礎疾患についても減少しています。しかし、人工透析については患者数が増加しており、基礎疾患として糖尿病が増加したことが原因と考えられます。本村としては、糖尿病性腎症の更なる予防に努める必要があります。

【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					
		被保険者数		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
H25	全体	1252	41	3.3	10	24.4	3	7.3	36	87.8	17	41.5	30	73.2
	64歳以下	961	17	1.8	5	29.4	2	11.8	15	88.2	8	47.1	12	70.6
	65歳以上	291	24	8.2	5	20.8	1	4.2	21	87.5	9	37.5	18	75.0
H28	全体	1159	34	2.9	9	26.5	3	8.8	28	82.4	12	35.3	25	73.5
	64歳以下	810	11	1.4	3	27.3	2	18.2	7	63.6	3	27.3	6	54.5
	65歳以上	349	23	6.6	6	26.1	1	4.3	21	91.3	9	39.1	19	82.6

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患			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
H25	全体	1252	61	4.9	10	16.4	0	0.0	45	73.8	16	26.2	36	59.0
	64歳以下	961	24	2.5	5	20.8	0	0.0	14	58.3	5	20.8	10	41.7
	65歳以上	291	37	12.7	5	13.5	0	0.0	31	83.8	11	29.7	26	70.3
H28	全体	1159	54	4.7	9	16.7	1	1.9	41	75.9	13	24.1	32	59.3
	64歳以下	810	19	2.3	3	15.8	1	5.3	13	68.4	3	15.8	8	42.1
	65歳以上	349	35	10.0	6	17.1	0	0.0	28	80.0	10	28.6	24	68.6

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		人工透析			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	
H25	全体	1252	5	0.4	0	0.0	3	60.0	5	100.0	3	60.0	1	20.0
	64歳以下	961	4	0.4	0	0.0	2	50.0	4	100.0	2	50.0	1	25.0
	65歳以上	291	1	0.3	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0
H28	全体	1159	6	0.5	1	16.7	3	50.0	5	83.3	4	66.7	0	0.0
	64歳以下	810	5	0.6	1	20.0	2	40.0	4	80.0	3	60.0	0	0.0
	65歳以上	349	1	0.3	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0

### (3) 短期目標の達成状況

#### ① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

図表10より、中長期目標疾患に共通するリスクの治療状況をみると、糖尿病では平成25年度より平成28年度は減少していて、高血圧や脂質異常症を併発している割合も減少しています。さらに、インスリンを受けている割合も減少しています。

しかし、中長期的な目標でみると、人工透析の割合が増えています。糖尿病は、自覚症状がないため重症化して受診する人が多いことが伺われます。次に高血圧及び脂質異常症をみると、平成25年度より平成28年度は減少しています。中長期的な目標疾患も減少しています。

このことから、短期的な目標である糖尿病及び高血圧が人工透析の増加に影響していることが考えられるため、それらの重症化を防ぐことが人工透析の減少につながると考えられます。

【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		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	
				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	1252	101	8.1	11	10.9	72	71.3	60	59.4	17	16.8	16	15.8	3	3.0	6	5.9	
	64歳以下	961	53	5.5	6	11.3	37	69.8	32	60.4	8	15.1	5	9.4	2	3.8	4	7.5	
	65歳以上	291	48	16.5	5	10.4	35	72.9	28	58.3	9	18.8	11	22.9	1	2.1	2	4.2	
H28	全体	1159	86	7.4	8	9.3	63	73.3	46	53.5	12	14.0	13	15.1	4	4.7	4	4.7	
	64歳以下	810	32	4.0	5	15.6	18	56.3	12	37.5	3	9.4	3	9.4	3	9.4	2	6.3	
	65歳以上	349	54	15.5	3	5.6	45	83.3	34	63.0	9	16.7	10	18.5	1	1.9	2	3.7	

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	1252	238	19.0	72	30.3	122	51.3	36	15.1	45	18.9	5	2.1	
	64歳以下	961	125	13.0	37	29.6	58	46.4	15	12.0	14	11.2	4	3.2	
	65歳以上	291	113	38.8	35	31.0	64	56.6	21	18.6	31	27.4	1	0.9	
H28	全体	1159	223	19.2	63	28.3	119	53.4	28	12.6	41	18.4	5	2.2	
	64歳以下	810	93	11.5	18	19.4	41	44.1	7	7.5	13	14.0	4	4.3	
	65歳以上	349	130	37.2	45	34.6	78	60.0	21	16.2	28	21.5	1	0.8	

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	1252	178	14.2	60	33.7	122	68.5	30	16.9	36	20.2	1	0.6	
	64歳以下	961	88	9.2	32	36.4	58	65.9	12	13.6	10	11.4	1	1.1	
	65歳以上	291	90	30.9	28	31.1	64	71.1	18	20.0	26	28.9	0	0.0	
H28	全体	1159	169	14.6	46	27.2	119	70.4	25	14.8	32	18.9	0	0.0	
	64歳以下	810	65	8.0	12	18.5	41	63.1	6	9.2	8	12.3	0	0.0	
	65歳以上	349	104	29.8	34	32.7	78	75.0	19	18.3	24	23.1	0	0.0	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男女ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかります。メタボリックシンドローム該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測されます。

【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	年齢	BMI	BMI		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
男性	合計	123	48.4	141	55.5	73	28.7	55	21.7	16	6.3	81	31.9	164	64.6	51	20.1	101	39.8	47	18.5	106	41.7	6	2.4
	40-64	76	51.0	83	55.7	47	31.5	37	24.8	5	3.4	47	31.5	89	59.7	31	20.8	58	38.9	33	22.1	68	45.6	3	2.0
	65-74	47	44.8	58	55.2	26	24.8	18	17.1	11	10.5	34	32.4	75	71.4	20	19.0	43	41.0	14	13.3	38	36.2	3	2.9
	合計	113	46.5	151	62.1	83	34.2	54	22.2	19	7.8	82	33.7	178	73.3	56	23.0	117	48.1	53	21.8	103	42.4	8	3.3
女性	合計	85	41.7	71	34.8	40	19.6	21	10.3	2	1.0	34	16.7	134	65.7	4	2.0	78	38.2	27	13.2	119	58.3	1	0.5
	40-64	43	37.4	34	29.6	20	17.4	14	12.2	0	0.0	12	10.4	70	60.9	4	3.5	28	24.3	15	13.0	67	58.3	0	0.0
	65-74	42	47.2	37	41.6	20	22.5	7	7.9	2	2.2	22	24.7	64	71.9	0	0.0	50	56.2	12	13.5	52	58.4	1	1.1
	合計	77	38.7	67	33.7	38	19.1	30	15.1	5	2.5	49	24.6	156	78.4	9	4.5	62	31.2	32	16.1	124	62.3	2	1.0
男性	合計	39	39.4	34	34.3	23	23.2	14	14.1	3	3.0	15	15.2	69	69.7	5	5.1	20	20.2	15	15.2	60	60.6	1	1.0
	40-64	38	38.0	33	33.0	15	15.0	16	16.0	2	2.0	34	34.0	87	87.0	4	4.0	42	42.0	17	17.0	64	64.0	1	1.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

☆No.24帳票

性別	年齢	健診受診者		腰痛のみ		予備群		該当者															
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	高血糖	高血圧	脂質異常症	血糖＋血圧	血糖＋脂質	血圧＋脂質	3項目全て									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	254	48.5	11	4.3%	50	19.7%	7	2.8%	28	11.0%	15	5.9%	80	31.5%	18	7.1%	7	2.8%	23	9.1%	32	12.6%
	40-64	149	42.5	7	4.7%	35	23.5%	3	2.0%	22	14.8%	10	6.7%	41	27.5%	10	6.7%	4	2.7%	15	10.1%	12	8.1%
	65-74	105	60.7	4	3.8%	15	14.3%	4	3.8%	6	5.7%	5	4.8%	39	37.1%	8	7.6%	3	2.9%	8	7.6%	20	19.0%
	合計	243	41.4	14	5.8%	42	17.3%	3	1.2%	27	11.1%	12	4.9%	95	39.1%	20	8.2%	4	1.6%	39	16.0%	32	13.2%
女性	合計	204	65.8	13	6.4%	28	13.7%	1	0.5%	19	9.3%	8	3.9%	30	14.7%	4	2.0%	0	0.0%	17	8.3%	9	4.4%
	40-64	115	61.2	10	8.7%	18	15.7%	1	0.9%	10	8.7%	7	6.1%	6	5.2%	2	1.7%	0	0.0%	2	1.7%	2	1.7%
	65-74	89	73.0	3	3.4%	10	11.2%	0	0.0%	9	10.1%	1	1.1%	24	27.0%	2	2.2%	0	0.0%	15	16.9%	7	7.9%
	合計	199	55.0	13	6.5%	20	10.1%	1	0.5%	14	7.0%	5	2.5%	34	17.1%	9	4.5%	2	1.0%	12	6.0%	11	5.5%
男性	合計	99	48.3	11	11.1%	13	13.1%	1	1.0%	7	7.1%	5	5.1%	10	10.1%	3	3.0%	1	1.0%	4	4.0%	2	2.0%
	40-64	100	63.7	2	2.0%	7	7.0%	0	0.0%	7	7.0%	0	0.0%	24	24.0%	6	6.0%	1	1.0%	8	8.0%	9	9.0%

### 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 H25 年度と比べ 0.7% 受診率が向上しているが、受診者数は減少しています。これは、対象者数が 39 人減っており、このことの影響が大きいと思われます、一方、特定保健指導実施率・終了者とともに向上しています。また、受診勧奨者とは、健診結果で受診勧奨値だった数です。医療機関を受診している割合は平成 28 年度は、53.2%で増加しています。

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	
								大宜味村	同規模平均
H25年度	828	458	55.3	64位	78	51	66.7	48.3	50.4
H28年度	789	442	56.0	141位	80	57	71.3	53.2	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ました。その結果、脳血管疾患・虚血性心疾患は減少していますが、糖尿病性腎症については、患者数が増加しており、目標は達成していません。また、人工透析患者数も増加しています。今後、関係機関とも連携調整が必要になると考えられます。

## 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

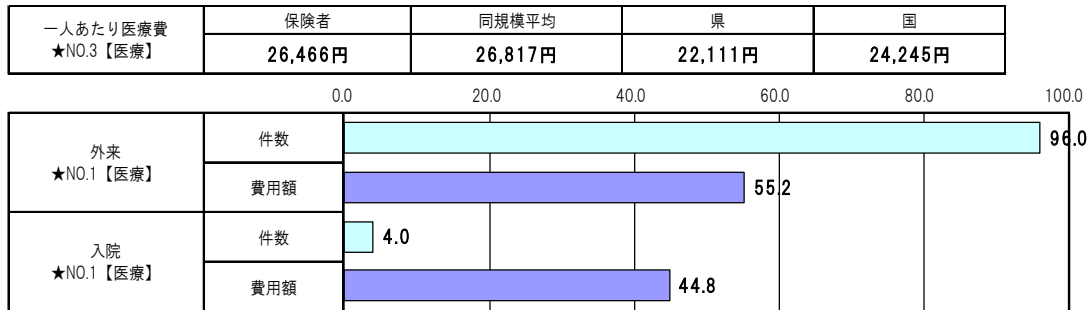
#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

大宜味村の入院件数は 4.0%、費用額全体の 44.8%を占めています。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率が良いと考えます。

「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



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

①平成 28 年度中に 1 件 80 万円以上となった高額レセプトは 56 件、入院のレセプトは 618 件で高額レセプトの割合は 9.1% 占め、平成 25 年度の 7.8% より高くなっています。主病名を分析すると、脳血管疾患が 3 件（5.4%）、費用額が 590 万円で 8.7% を占めています。次いで虚血性心疾患が 2 件（3.6%）、費用額が 254 万円で 3.7% 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。

②人工透析は、1 人当たりの年間医療費はおよそ 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 年度の大宜味村の国保では年間 84 件の人工透析のレセプトがあり、総額 2475 万円かかっています。透析者のおよそ 7 割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、約 2 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が増加をまねく恐れがあります。

③生活習慣病の治療者は 392 人と被保険者のおよそ半数を占めています。その内高血圧が 75.9% 最も割合が高く、次いで脂質異常症が 59.3%、糖尿病が 24.1% と高くなっています（重複があるため 100% を超える）。しかしながら、脳血管疾患や虚血性心疾患をすでに発症している場合は、基礎疾患に高血圧・糖尿病・脂質異常症を持つ率が高いです。

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】

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 (H●年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	26人	1人 3.8%	1人 3.8%	7人 26.9%	19人 73.1%	
		件数	56件	3件 5.4%	2件 3.6%	16件 28.6%	35件 62.5%	
			年代別	40歳未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%
				40代	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 14.3%
				50代	0 0.0%	0 0.0%	1 6.3%	3 8.6%
				60代	0 0.0%	2 100.0%	11 68.8%	21 60.0%
70-74歳	0 0.0%	0 0.0%	4 25.0%	5 14.3%				
費用額		6804万円	590万円 8.7%	254万円 3.7%	1861万円 27.3%	4100万円 60.3%		

\*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 (H●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	15人	10人 66.7%	3人 20.0%	1人 6.7%
		件数	145件	103件 71.0%	26件 17.9%	12件 8.3%
		費用額	5785万円	3903万円 67.5%	1089万円 18.8%	473万円 8.2%

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H●5 診療分	6人	4人 66.7%	1人 16.7%	3人 50.0%
		H●年度 累計	84件	58件 69.0%	14件 16.7%	35件 41.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	3715万円	2475万円 66.6%	610万円 16.4%	1706万円 45.9%

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

厚労省様式	対象レセプト (H●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	の基礎 な疾 り患	392人	54人 13.8%	34人 8.7%	4人 1.0%
			高血圧	41人 75.9%	28人 82.4%	2人 50.0%
			糖尿病	13人 24.1%	12人 35.3%	4人 100.0%
			脂質異常症	32人 59.3%	25人 73.5%	2人 50.0%
		高血圧症	223人 56.9%	86人 21.9%	169人 43.1%	57人 14.5%
		糖尿病				
脂質異常症						
高尿酸血症						

○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 より、大宜味村の介護認定率は 13.4%で、その内介護度が高い要介護 3~5 が 49.7%を占めています。原因疾患では、脳血管疾患が 53.3%と最も多く心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると 100%となっています。更に年齢別にみても、1号被保険者の認定率は 28.8%で、約 5 人に 1 人が要介護認定を受け、75 歳以上に限ると 39.6%と認定率は高くなっています。また、2号保険者では 0.43%の認定率だが、その内の 40%が要介護 3~5 の介護度であり、原因疾患も脳血管疾患が 100%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、50%と他の年齢よりも高く、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。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より 4,017 円高く、約 2 倍の医療費がかかっています。青・壮年期の血管疾患を予防することは、将来にかかる医療費及び介護費の負担軽減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	1,169人		332人		659人		991人		2,160人	
認定者数	5人		24人		261人		285人		290人		
	認定率		0.43%		7.2%		39.6%		28.8%	13.4%	
新規認定者数(*1)	1人		4人		0人		4人		5人		
介護度別人数	要支援1・2	2	40.0%	4	16.7%	46	17.6%	50	17.5%	52	17.9%
	要介護1・2	1	20.0%	9	37.5%	84	32.2%	93	32.6%	94	32.4%
	要介護3～5	2	40.0%	11	45.8%	131	50.2%	142	49.8%	144	49.7%

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)	2		13		0		13		15						
再)国保・後期	2		13		0		13		15							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	循環器疾患	1	脳卒中	2	100.0%	脳卒中	6	46.2%	脳卒中	0	脳卒中	6	46.2%	脳卒中	8	53.3%
		2	虚血性心疾患	1	50.0%	虚血性心疾患	2	15.4%	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	2	15.4%	虚血性心疾患	3	20.0%
	3	腎不全	1	50.0%	腎不全	1	7.7%	腎不全	0	腎不全	1	7.7%	腎不全	2	13.3%	
	合併症	4	糖尿病合併症	1	50.0%	糖尿病合併症	2	15.4%	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	2	15.4%	糖尿病合併症	3	20.0%
	基礎疾患	2		13		0		13		15						
	高血圧・糖尿病 脂質異常症	100.0%		100.0%		--		100.0%		100.0%						
	血管疾患	2		13		0		13		15						
	血管疾患	100.0%		100.0%		--		100.0%		100.0%						
	認知症	1		2		0		2		3						
	筋・骨格疾患	2		12		0		12		14						
	100.0%		92.3%		--		92.3%		93.3%							

\*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
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8,420					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,403					

## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

図表 16 の健診データのうち、有所見割合の高い項目を性別・年代別にみると、肥満の指標である BMI25 以上、腹囲基準値以上が全国に比べ顕著に高いです。加えて内臓脂肪の蓄積により影響を受ける、中性脂肪・GPT・空腹時血糖・HbA1c・尿酸が全国よりも高率となっています。男性は女性に比べ有所見率が高いです。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等の指導が必要と考えられます。

図表 17 では、メタボリック該当者は 65 歳以上の男女に多く、更に詳しくみると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 項目すべてで有所見となるものが 5.5%であったのに対し、男性は 13.2%で約 2.5%となっています。男女ともにメタボ該当者が増加し、重なる所見も増えています。そのため男女ともに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 (概票)													
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				
	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	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8				
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	3,169	28.8	22,161	48.4	0,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7			
保険者	合計	113	46.5	151	62.1	83	34.2	54	22.2	19	7.8	82	33.7	178	73.3	56	23.0	117	48.1	53	21.8	103	42.4	8	3.3		
	40-64	53	47.7	65	58.6	44	39.6	28	25.2	7	6.3	33	29.7	77	69.4	25	22.5	46	41.4	24	21.6	52	46.8	3	2.7		
	65-74	60	45.5	86	65.2	39	29.5	26	19.7	12	9.1	49	37.1	101	76.5	31	23.5	71	53.8	29	22.0	51	38.6	5	3.8		
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	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2				
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5			
保険者	合計	77	38.7	67	33.7	38	19.1	30	15.1	5	2.5	49	24.6	156	78.4	9	4.5	62	31.2	32	16.1	124	62.3	2	1.0		
	40-64	39	39.4	34	34.3	23	23.2	14	14.1	3	3.0	15	15.2	69	69.7	5	5.1	20	20.2	15	15.2	60	60.6	1	1.0		
	65-74	38	38.0	33	33.0	15	15.0	16	16.0	2	2.0	34	34.0	87	87.0	4	4.0	42	42.0	17	17.0	64	64.0	1	1.0		

\*全国については、有所見割合のみ表示



【図表 17】

## 5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（振票）

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	243	41.4	14	5.8%	42	17.3%	3	1.2%	27	11.1%	12	4.9%	95	39.1%	20	8.2%	4	1.6%	39	6.0%	32	3.2%
	40-64	111	31.5	7	6.3%	18	16.2%	0	0.0%	10	9.0%	8	7.2%	40	36.0%	6	5.4%	3	2.7%	22	9.8%	9	8.1%
	65-74	132	56.2	7	5.3%	24	18.2%	3	2.3%	17	12.9%	4	3.0%	55	41.7%	14	10.6%	1	0.8%	17	2.9%	23	7.4%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保 険 者	合計	199	55.0	13	6.5%	20	10.1%	1	0.5%	14	7.0%	5	2.5%	34	17.1%	9	4.5%	2	1.0%	12	6.0%	11	5.5%
	40-64	99	48.3	11	11.1%	13	13.1%	1	1.0%	7	7.1%	5	5.1%	10	10.1%	3	3.0%	1	1.0%	4	4.0%	2	2.0%
	65-74	100	63.7	2	2.0%	7	7.0%	0	0.0%	7	7.0%	0	0.0%	24	24.0%	6	6.0%	1	1.0%	8	8.0%	9	9.0%

## 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

図表 18 をみると、HbA1c では受診勧奨レベルで新規受診者の数が増えています。継続受診で7以上の人が新規受診より少ないことから、保健指導の介入が血糖改善に効果的だと考えられます。しかし、医療機関へ受診していてもなかなか解決しない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があります。これらは、薬物療法だけでは数字の改善が難しく、肥満改善のため食事療養を併用して治療を行うことが必要な疾患であり、栄養指導等の保健指導が必須です。また、受診勧奨レベルでは、新規受診者が多いため、早期での掘り起こしのため、健診勧奨が重要であることがわかります。血圧では、継続受診者が治療中、治療なしどちらにおいても、受診勧奨レベルの割合が新規受診者より低くなっています。LDL-C では、治療なしに新規受診者が増えています。早期の介入により重症化を防ぐ必要があると考えます。

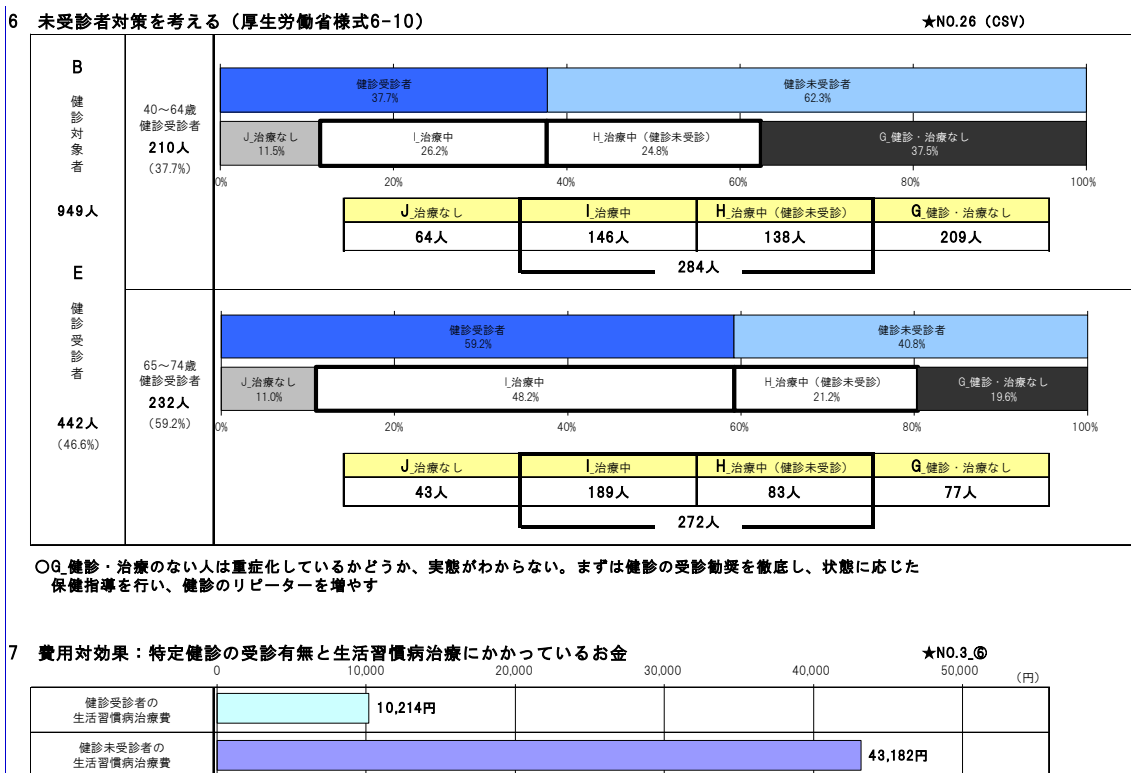
【図表 18】



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すが、健診も治療も受けていない「G」をみると、年齢が若い40~64歳の割合が37.5%と高くなっています。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者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る。

【図表 19】



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、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

今般、大宜味村の医療のかかり方は、入院外の件数が増え入院件数が減少していま

す。その結果、重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率が良いと考えます。今後も、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とします。

## ②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

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

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

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第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	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	73%	75%	75%	78%	78%	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	780人	780人	780人	770人	770人	760人
	受診者数	470人	470人	470人	465人	465人	460人
特定保健指導	対象者数	80人	80人	80人	80人	80人	80人
	受診者数	58人	58人	58人	63人	63人	64人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(大宜味村内の各公民館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

#### (3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、大宜味村のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.vill.ogimi.okinawa.jp/>

#### (4)特定健診実施項目

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

#### (5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

#### (6)医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診

結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

#### (7)代行機関

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

#### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、各行政区長へ周知依頼し区民への呼びかけや防災無線や広報誌等で周知広報活動を行っています。(図表 22)

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		受診券発行日 ※							受診券有効期限				
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1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
大宜味村	880	4月1日	→ 3月31日										

### 5. 特定保健指導の実施

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

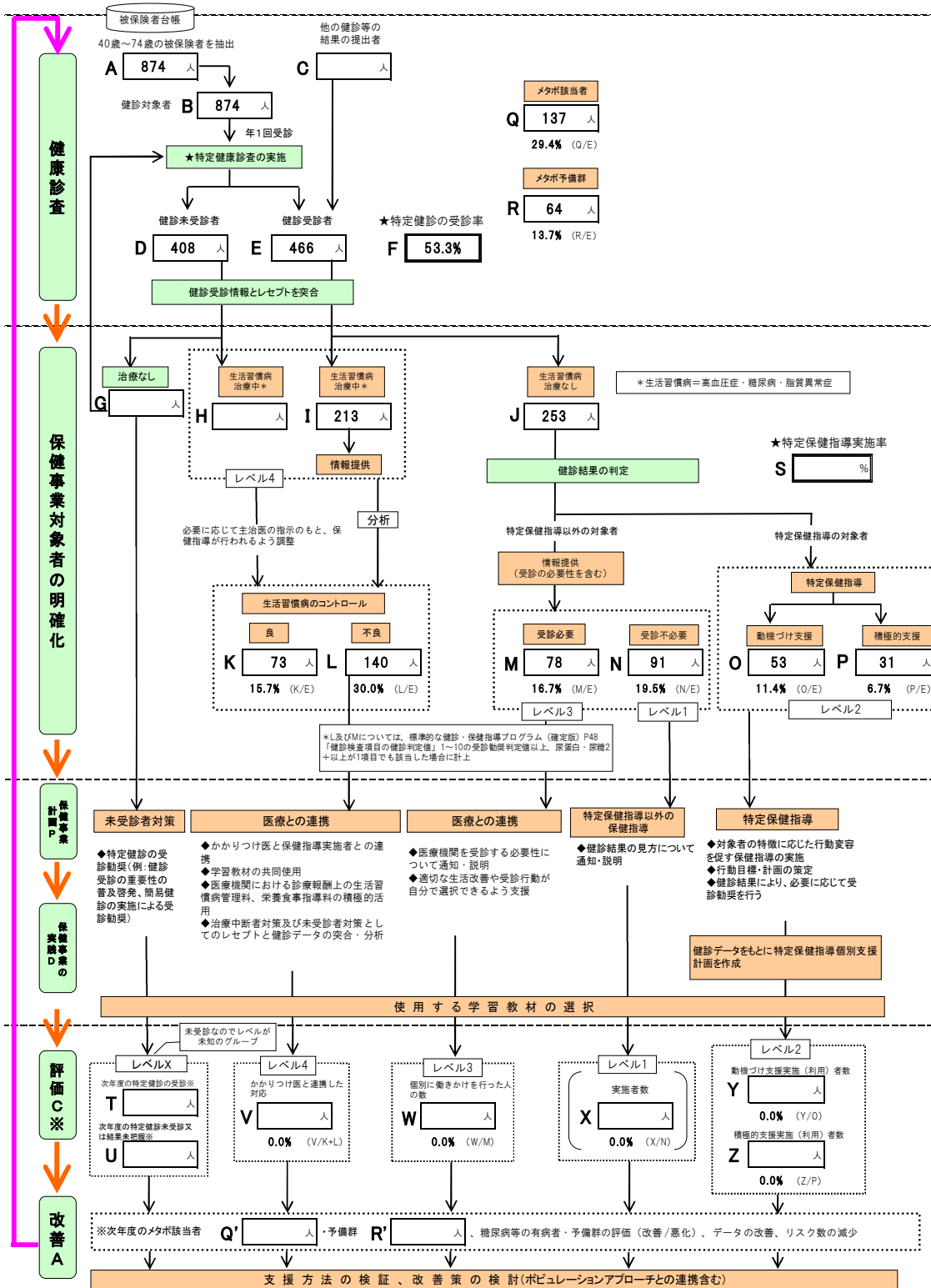
#### (1)健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】

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）

※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 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	80人 (17)	73%
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	75人 (15.9)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	310人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	85人 (18.1)	20%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	200人 (42.5)	45%





## 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大宜味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、大宜味村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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

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

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

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び沖縄県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	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 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】

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 <sup>2</sup> )
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。大宜味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)

大宜味村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は20人(4.7%・F)でした。また40～74歳における糖尿病治療者87人の中のうち、特定健診受診者が414人(21.0%・G)であったが、中断者はいませんでした。

糖尿病治療者で特定健診未受診者386人(43.9%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者55人中2人は治療中断であることが分かった。また、30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より大宜味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)・・・20人
  - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・2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】

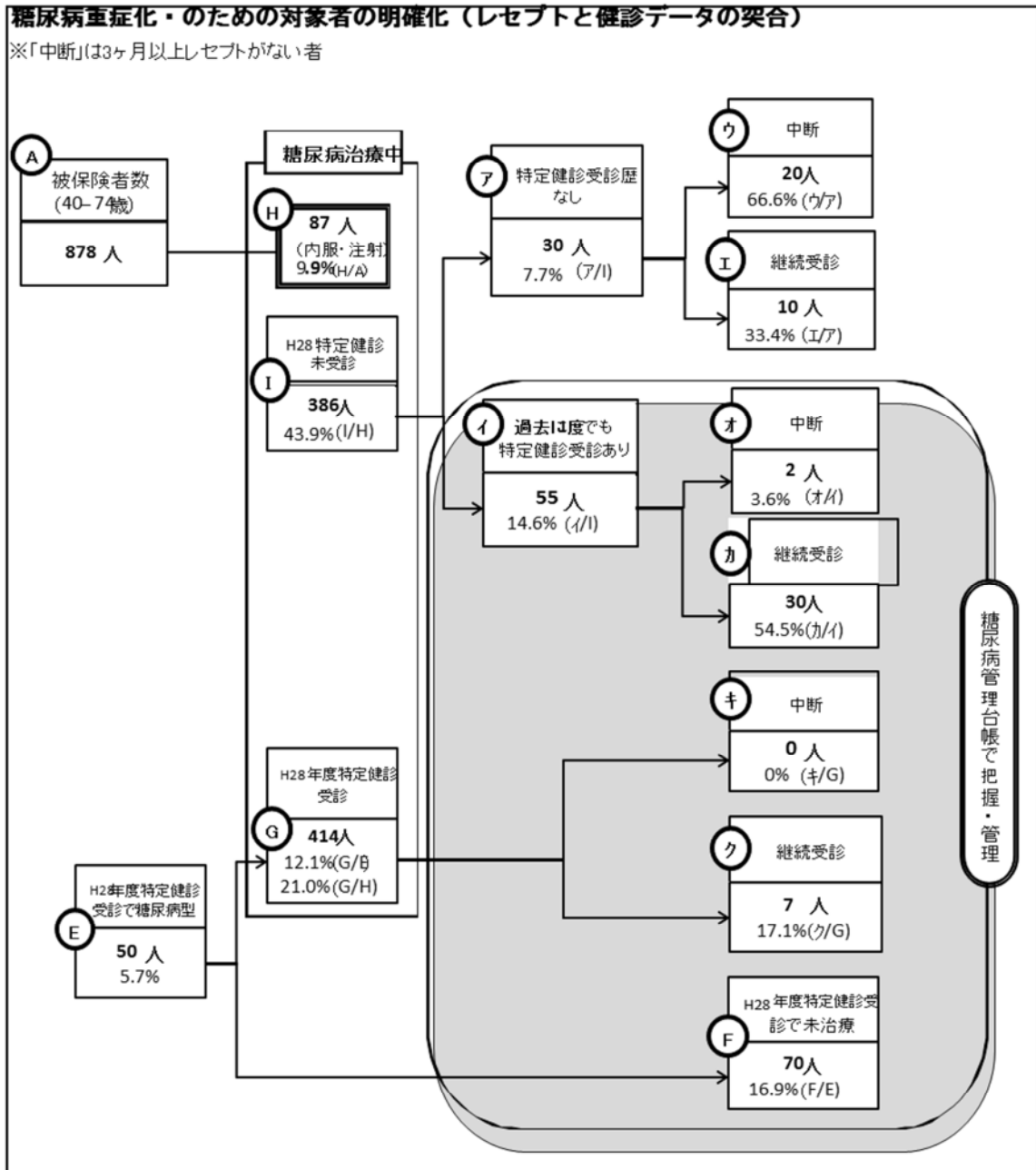
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・7人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

#### 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)・・・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

【図表 28】



### 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) 当該年度の健診データだけでなく過去 5 年間の内特定健診受診時に一度でも HbA1c6.5%以上になった場合には、以下の情報を管理台帳に記載します。

(平成 29 年度対象者 50 名)

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) レセプトを確認し情報を記載します。

① 治療状況の把握

- ・特定健診の間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

(3) 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します。

(4) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……60 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……23 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。大宜味村においては、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)



【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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ヘモグロビンA1cとは</li> <li>糖尿病の治療の進め方</li> <li>健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>HbA1cと体重の変化</li> <li>HbA1cとGFRの変化</li> <li>糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状がみません。だからこそ…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>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～</li> </ol> </li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか ←</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能の評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>25. 薬は体のもともとの動きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

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

## 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きます。

## 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。

### (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(アウトプット)
  - イ. 医療機関受診率(アウトカム)
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数(アウトプット)
  
- ② 保健指導対象者に対する評価
  - ア. 保健指導実施率(アウトプット)
  - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較(アウトカム)
    - HbA1cの変化
    - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡以上低下)
    - 尿蛋白の変化
    - 服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)
- 10月 中間まとめ(進捗状況報告)
- 3月 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等に基づいて進めていきます。(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ていきます。(参考資料6)

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。大宜味村において健診受診者472人のうち心電図検査実施者は60人(12.3%)であり、そのうちST所見があったのは0人でした(図表30・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ります。また要精査には該当しないが ST 所見あった場合は、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ります。

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

### 心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
平成28年度	472	100	60	12.3	0	0.0	1	1.6	46	76.7

### 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)(%)
0	0	0	0	0	0	0	0

## ② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	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	
	472	0	1	46	
		0.0	0.2	9.7	
メタボ該当者	187 39.6%	0 0.0%	23 12.3%	50 26.7%	
メタボ予備群	64 13.6%	0 0.0%	0 0.0%	4 6.3%	
メタボなし	221 46.8%	0 0.0%	1 0.4%	5 2.3%	
LDL	140-159	45 20.4%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.6%
	160-179	20 9.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	180-	14 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

【参考】

Non-HDL	190-				
	170-189				

CKD	G3aA1~	87	0	3	9
		39.3%	0.0%	3.4%	10.3%

### 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の問診が重要であります。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います。

**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) 国保2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「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面があります。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りました。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します。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。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、福祉係及び地域包括支援センター等と連携していく予定です。

## 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。

### (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にて評価。

### (2) 中・長期的評価

データヘルス計画の進捗状況確認時に、「虚血性心疾患」の患者数の減少にて評価。

## 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)

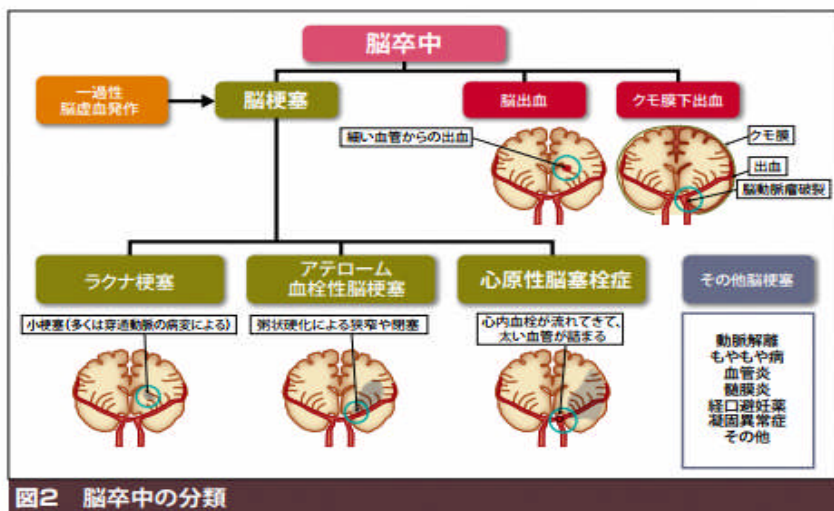
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 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。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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



## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。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なります。

【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		32人	7.0%	55人	12.0%	24人	5.2%	0人	0.0%	135人	29.4%	22人	4.8%	22人	4.8%
治療なし		17人	5.9%	25人	6.2%	22人	5.9%	0人	0.0%	32人	12.7%	6人	2.4%	7人	2.8%
治療あり		15人	8.7%	30人	52.6%	2人	2.3%	0人	0.0%	103人	49.5%	16人	7.8%	15人	7.2%
臓器障害あり		7人	41.2%	5人	20.0%	4人	18.2%	0人	0.0%	8人	25.0%	6人	100.0%	7人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	6人		2人		3人		0人		6人		6人		7人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1人		1人		0人		1人		6人		3人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	5人		1人		1人		0人		3人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		0人		2人		0人		2人		3人		7人	
	心電図所見あり	1人		3人		1人		0人		2人		0人		0人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子であります。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 32 人(14.6%)であり、17 人は未治療者でありました。また未治療者のうち 7 人(41.2%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要であります。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 15 人(8.7%)いることがわかります。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)

【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）		血圧分類 (mmHg)						
		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	286	104	82	45	38	15	2	
		36.4%	28.7%	15.7%	13.3%	5.2%	0.7%	
リスク第1層	33	19	9	4	1	0	0	
	11.5%	18.3%	11.0%	8.9%	2.6%	0.0%	0.0%	
リスク第2層	121	52	32	18	16	3	0	
	42.3%	50.0%	39.0%	40.0%	42.1%	20.0%	0.0%	
リスク第3層	132	33	41	23	21	12	2	
	46.2%	31.7%	50.0%	51.1%	55.3%	80.0%	100.0%	
再掲 重複あり	糖尿病	32	6	10	7	5	4	0
		24.2%	18.2%	24.4%	30.4%	23.8%	33.3%	0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	84	22	29	15	8	8	2
	63.6%	66.7%	70.7%	65.2%	38.1%	66.7%	100.0%	
3個以上の危険因子	59	10	13	14	13	9	0	
	44.7%	30.3%	31.7%	60.9%	61.9%	75.0%	0.0%	

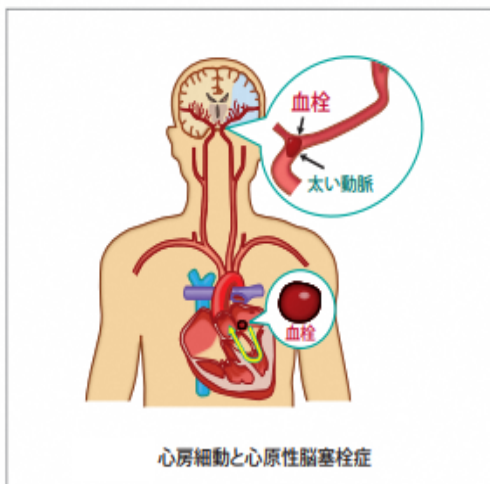
  

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
1	16	38
0.3%	5.6%	13.3%
1	0	0
100%	0.0%	0.0%
--	16	3
--	100.0%	7.9%
--	--	35
--	--	92.1%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

### (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」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	46	14	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	0	0	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	8	3	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	26	4	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	12	7	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

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

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

心電図検査において今回は心房細動の有所見者はいませんでした。しかし、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 つの側面があります。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りました。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)などがあります。」「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します。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

#### ① 高血圧者の管理

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

#### ③ 心房細動の管理台帳

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

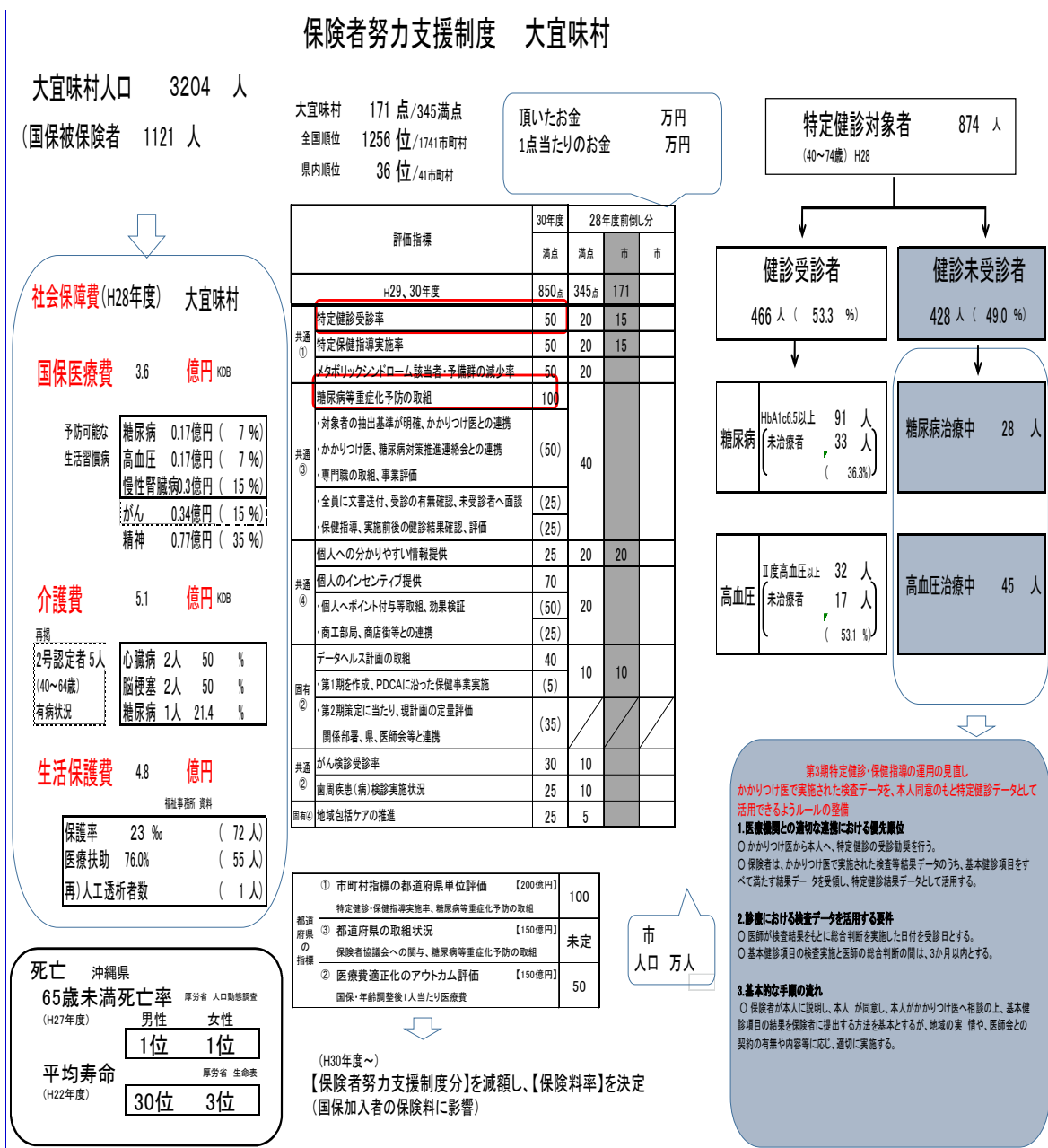
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



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

**1.医療機関との適切な連携における優先順位**

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

**2.診療における検査データを活用する要件**

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

**3.基本的な手順の減れ**

○ 保険者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。

社会保障費(H28年度) 大宜味村

国保医療費 3.6 億円 KDB

介護費 5.1 億円 KDB

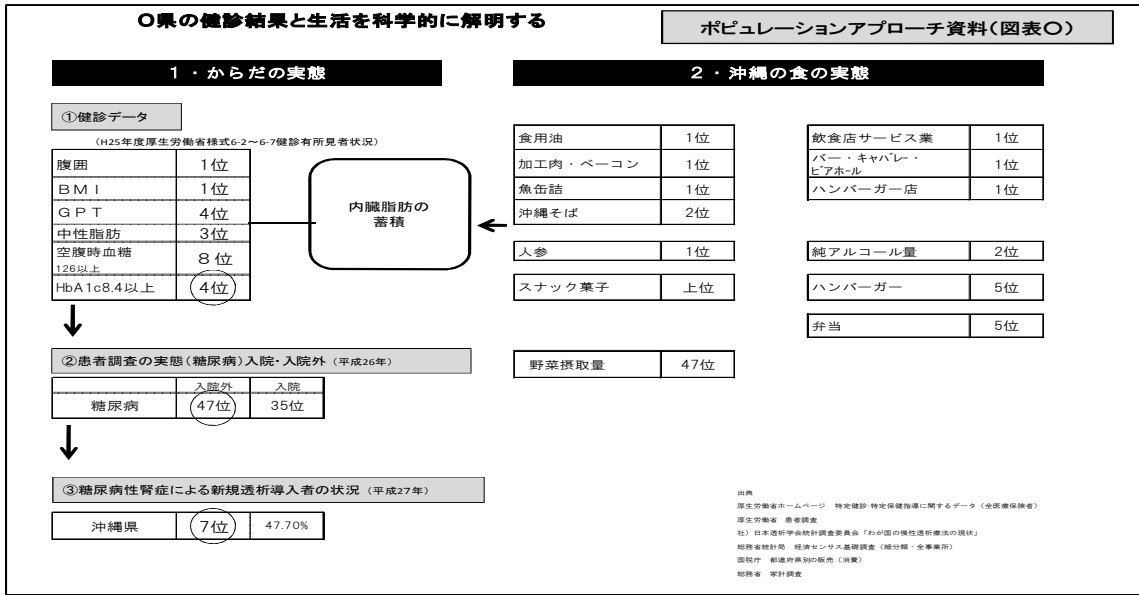
生活保護費 4.8 億円

再) 2号認定者5人 (40~64歳) 有病状況

再) 人工透析者数 ( 1人)

死亡 沖縄県 65歳未満死亡率 (H27年度) 男性 1位 女性 1位

平均寿命 (H22年度) 30位 3位



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

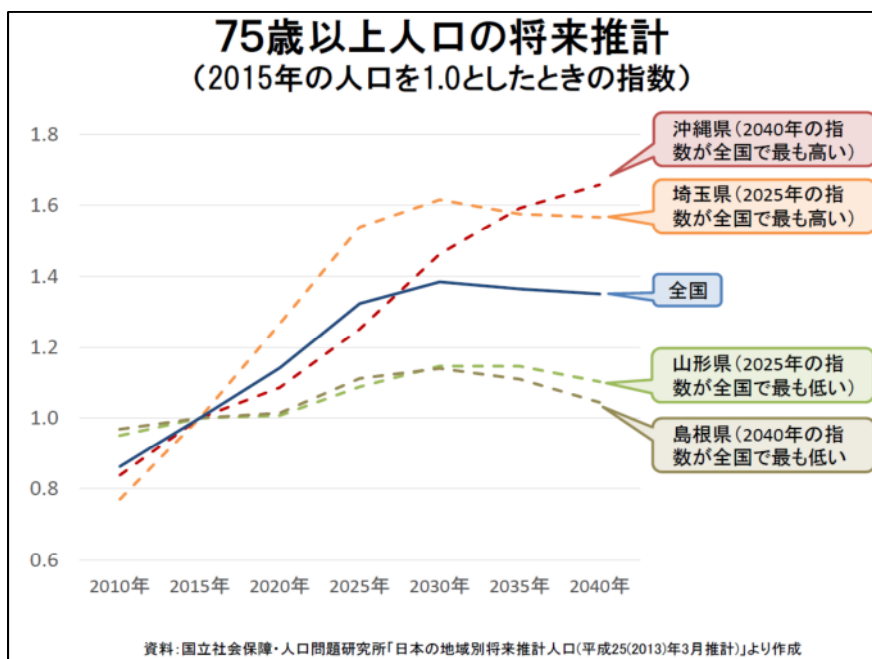
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表されました。

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ります。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あります。

【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村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)	・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。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値					最終評価値		現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35				
特定 計画 健康 診断	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導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、特定保健指導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	56.0%	56.5%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	71.3%	73.0%	73.0%	75.0%	75.0%	78.0%	78.0%	78.0%	80.0%	80.0%		
			特定保健指導対象者の減少率25%	20.0%	20.0%	20.0%	22.0%	22.0%	23.0%	24.0%	24.0%	25.0%	25.0%		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合1%減少	2.0%			1.5%					1.0%			1.0%
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少	2.0%			1.5%					1.0%			1.0%
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少1%	9.0%			8.5%					8.0%			8.0%
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	20.0%	20.0%	20.0%	21.0%	22.0%	23.0%	24.0%	25.0%	25.0%	25.0%		25.0%
			健診受診者の高血圧の割合減少20%(160/100以上)	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%		20.0%
			健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL160以上)	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%		20.0%
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少20%(HbA1c6.5以上)	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%		20.0%
短期 保険者 努力 支援 制度	死亡別死因でがんによる死亡率がもつとも高い。また総医療費でも全体の15.2%を占める。	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	15.0%	15.0%	18.0%	20.0%	20.0%	23.0%	24.0%	25.0%	25.0%	大宜味村 健康増進計画		
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合20%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%			
			糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	
			がん検診受診率 胃がん検診 16%以上	14.4%	14.8%	15.0%	15.0%	15.2%	15.4%	15.8%	16.0%	16.0%		16.0%	
			肺がん検診 45%以上	43.9%	44.0%	44.2%	44.5%	44.7%	44.8%	44.9%	45.0%	45.0%		45.0%	
			大腸がん検診 25%以上	23.8%	24.0%	24.2%	24.5%	24.7%	24.8%	24.9%	25.0%	25.0%		25.0%	
			子宮頸がん検診 15%以上	13.6%	13.7%	13.8%	14.0%	14.2%	14.4%	14.8%	15.0%	15.0%		15.0%	
			乳がん検診 9%以上	8.1%	8.3%	8.4%	8.5%	8.6%	8.8%	8.9%	9.0%	9.0%		9.0%	
			健康ポイントの取組みを行う実施者の割合〇%以上												
			後発医薬品の使用割合80%以上	71.0%	72.0%	75.0%	78.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%	80.0%		80.0%	80.0%

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

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、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、地域の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、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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〇〇町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 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

様式6-1 (H29年)

【参考資料1】

項目	保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	3,204		712,964		1,373,576		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)	991	30.9	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,766		23.2
		75歳以上	659	20.6			119,934	8.7	13,989,864		11.2
		65~74歳	332	10.4			119,552	8.7	15,030,902		12.0
		40~64歳	1,169	36.5			448,207	32.6	42,411,922		34.0
	39歳以下	1,044	32.6			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	22.8		22.7		5.4		4.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	20.0		21.7		15.4		25.2		
		第3次産業	57.2		55.6		79.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.7		79.4		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.3		86.5		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.2		65.1		64.5		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.0		66.7		66.5		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)								KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		男性	82.7		102.6		97.8		100		
		女性	82.2		98.2		87.5		100		
		がん	12	35.3	2,874	44.3	2,965	48.0	367,905		49.6
		心臓病	16	47.1	1,917	29.6	1,600	25.9	196,768		26.5
		脳疾患	2	5.9	1,158	17.9	893	14.5	114,122		15.4
		糖尿病	1	2.9	115	1.8	187	3.0	13,658		1.8
		腎不全	1	2.9	231	3.6	243	3.9	24,763		3.3
	自殺	2	5.9	187	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								厚生省HP 人口動態調査	
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	285	28.6	49,966	20.0	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	0	0.4	781	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	5	0.4	856	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	52	18.8	10,599	20.4	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	156	55.1	28,380	55.1	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	91	32.1	14,058	27.1	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	174	59.7	31,946	62.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	65	25.4	13,362	26.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	19	5.6	4,857	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格	158	56.2	28,320	55.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
精神	114	40.8	19,128	37.0	19,275	33.0	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	91,844		73,752		71,386		58,284	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居室サービス	56,226		39,649		52,569		39,662			
	施設サービス	279,190		273,932		282,196		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	8,420		8,522		9,703		7,980	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定あり 認定なし	4,403		4,224		4,397		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,121		198,805		444,291		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳	366	32.6			103,448	23.3	12,461,613		38.2
		40~64歳	508	45.3			168,937	38.0	10,946,712		33.6
		39歳以下	247	22.0			171,906	38.7	9,179,541		28.2
	加入率		35.0		28.1		32.3		26.9		
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	47	0.2	94	0.2	8,255	0.3	
		診療所数	3	2.7	621	3.1	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	3,963	19.9	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	1	0.9	541	2.7	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数	592.4		652.3		507.9		668.1		
入院患者数	24.7		23.7		20.0		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	26,466		26,817		22,111		24,245	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率	617.128		676.037		527.86		686.286			
	外来	費用の割合	55.2		55.3		52.4			60.1	
	件数の割合	96.0		96.5		96.2		97.4			
	入院	費用の割合	44.8		44.7		47.6			39.9	
	件数の割合	4.0		3.5		3.8		2.6			
	1件あたり在院日数	19.0日		16.3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(調剤含む)	がん	33,915,610	15.2	24.2		17.3		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
	慢性腎不全(透析あり)	33,720,220	15.2	7.9		16.0		9.7			
	糖尿病	16,579,210	7.4	10.1		7.0		9.7			
	高血圧症	16,602,080	7.5	9.4		6.3		8.6			
	精神	76,794,450	34.5	18.6		28.0		16.9			
筋・骨格	17,778,280	8.0	16.4		13.1		15.2				



様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大宜味村の位置 (H25年)

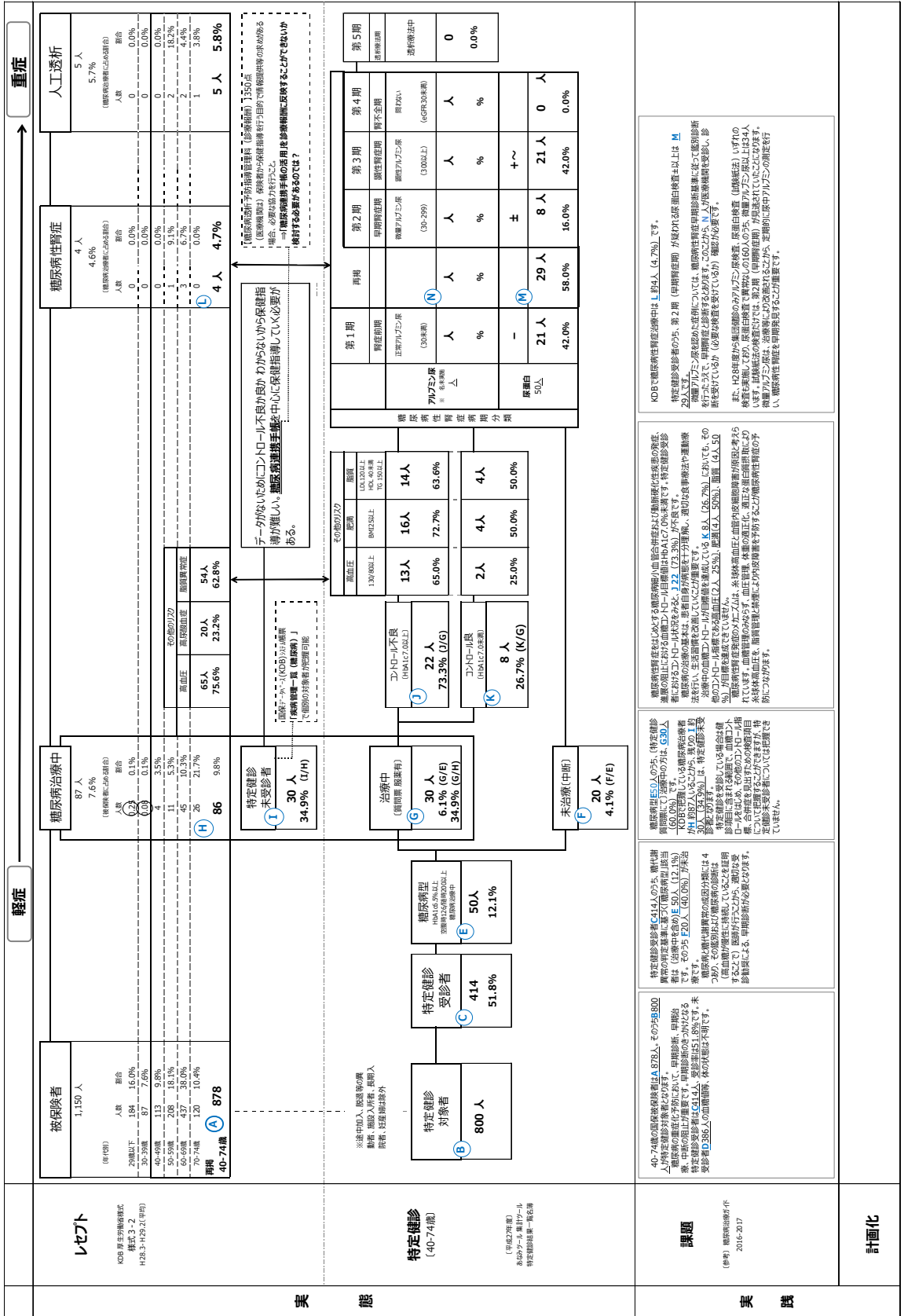
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		3,204		647,703		1,373,576		124,852,975		
		65歳以上 (高齢化率)		991	30.9	228,184	35.2	239,486	17.4	29,020,766	23.2	KDB_No.5 人口の状況
		75歳以上		659	20.6			119,934	8.7	13,989,864	11.2	KDB_No.3
		65~74歳		332	10.4			119,552	8.7	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		40~64歳		1,169	36.5			448,207	32.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下		1,044	32.6			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
	② 産業構成		第1次産業		22.8		22.7		5.4		4.2	
			第2次産業		20.0		21.6		15.4		25.2	
			第3次産業		57.2		55.7		79.2		70.6	
	③ 平均寿命		男性		79.7		79.4		79.4		79.6	
		女性		87.3		86.5		87.0		86.4		
④ 健康寿命		男性		64.2		65.2		64.5		65.2		
		女性		65.9		66.7		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性 96.9		100.8		97.1		100		
				女性 80.5		97.7		85.5		100		
		死因	がん		16	55.2	2,738	44.4	2,913	48.9	360,744	48.3
			心臓病		9	31.0	1,794	29.1	1,566	26.3	198,622	26.6
			脳疾患		2	6.9	1,108	17.9	834	14.0	121,486	16.3
			糖尿病		1	3.4	111	1.8	154	2.6	14,474	1.9
			腎不全		0	0.0	231	3.7	201	3.4	25,089	3.4
			自殺		1	3.4	191	3.1	285	4.8	26,250	3.5
	合計											
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)		男性									
		女性										
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		297	30.4	44,572	19.5	51,832	21.3	5,414,593	19.6	
		新規認定者		2	0.3	847	0.3	791	0.3	103,596	0.3	
		2号認定者		3	0.2	942	0.4	2,390	0.5	165,767	0.4	
	② 有病状況	糖尿病		48	14.8	8,855	19.3	9,911	18.1	1,190,756	21.1	
		高血圧症		160	51.5	24,715	53.9	25,917	47.4	2,788,964	49.4	
		脂質異常症		71	22.6	11,461	24.6	13,444	24.2	1,491,696	26.2	
		心臓病		175	58.1	27,989	61.3	28,821	52.8	3,195,843	56.8	
		脳疾患		84	28.6	12,577	28.0	14,387	26.6	1,470,906	26.5	
		がん		14	5.1	4,049	8.8	3,999	7.3	538,314	9.5	
		筋・骨格		168	55.3	24,600	53.5	25,957	47.3	2,738,844	48.6	
精神		104	36.1	15,833	34.4	17,258	31.1	1,861,042	32.8			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		89,657		75,804		71,766		60,506			
	居宅サービス		50,813		40,098		51,425		40,314			
	施設サービス		279,540		279,554		286,647		287,485			
	④ 医療費等	要介護認定別		認定あり 8,930		8,482		9,804		8,129		
医療費 (40歳以上)		認定なし 4,268		4,142		4,255		3,744				
4	① 国保の状況	被保険者数		1,220		205,428		490,333		35,851,786		
		65~74歳		311	25.5			92,509	18.9	11,984,156	33.4	
		40~64歳		610	50.0			193,795	39.5	12,933,274	36.1	
		39歳以下		299	24.5			204,029	41.6	10,934,356	30.5	
	加入率		38.1		32.0		35.7		29.8			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	45	0.2	94	0.2	8,268	0.2	
		診療所数		3	2.5	580	2.8	841	1.7	95,787	2.7	
		病床数		0	0.0	3,755	18.3	18,950	38.6	1,526,256	42.6	
		医師数		1	0.8	505	2.5	3,397	6.9	290,951	8.1	
		外来患者数		572.8		636.3		494.3		637.0		
入院患者数		28.8		23.2		19.2		17.6				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		26,941	県内2位 同規模90位	25,339		20,262		22,383			
	受診率		601,539		659,528		513,468		654,546			
	外来	費用の割合		48.4		55.1		53.5		59.9		
		件数の割合		95.2		96.5		96.3		97.3		
	入院	費用の割合		51.6		44.9		46.5		40.1		
		件数の割合		4.8		3.5		3.7		2.7		
1件あたり在院日数		21.1日		16.7日		17.1日		15.9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 (調剤含む))	がん		31,316,880	12.0	20.3		15.3		22.3			
	慢性腎不全 (透析あり)		31,642,090	12.1	7.9		14.7		9.6			
	糖尿病		16,349,870	6.3	9.8		6.9		9.5			
	高血圧症		22,176,490	8.5	12.1		8.5		11.2			
	精神		87,709,610	33.6	17.9		28.7		16.7			
筋・骨格		23,505,900	9.0	16.8		12.5		14.9				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数42	入院	糖尿病	664,228	2位	(18)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
					高血圧	528,834	36位	(20)						
					脂質異常症	562,219	21位	(15)						
					脳血管疾患	610,585	30位	(23)						
					心疾患	602,853	26位	(15)						
					腎不全	535,853	34位	(19)						
					精神	414,483	35位	(27)						
悪性新生物	538,475	36位	(13)											
外来	糖尿病	45,423	5位											
	高血圧	33,019	22位											
	脂質異常症	29,703	23位											
	脳血管疾患	37,193	25位											
	心疾患	59,236	15位											
	腎不全	265,663	2位											
	精神	39,771	6位											
悪性新生物	42,132	31位												
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,876		3,365		2,198		2,622		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			健診未受診者	8,115		11,258		9,752		10,916				
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	14,933		9,192		7,478		7,654				
			健診未受診者	24,852		30,755		33,178		31,867				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	245	53.5	35,231	56.0	54,615	56.3	4,424,979	56.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	221	48.3	31,718	50.4	49,794	51.3	4,061,150	51.6				
		医療機関非受診率	24	5.2	3,513	5.6	4,821	5.0	363,829	4.6				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	458		62,914		97,051		7,864,770	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				受診率	54.9	県内8位 同規模64位	44.4	37.0	全国18位	34.1				
				特定保健指導終了者(実施率)	51	65.4	3365	39.5	8,573	53.2	207,472		21.8	
				非肥満高血糖	29	6.3	5,532	8.8	5,854	6.0	686,484		8.7	
				メタボ	該当者	110	24.0	10,697	17.0	20,615	21.2		1,276,538	16.2
					男性	80	31.5	7,200	24.9	13,841	30.8		866,223	25.7
					女性	30	14.7	3,497	10.3	6,774	13.0		410,315	9.1
					予備群	78	17.0	7,556	12.0	14,675	15.1		849,078	10.8
				BMI	男性	50	19.7	5,081	17.6	9,544	21.2		581,923	17.3
					女性	28	13.7	2,475	7.3	5,131	9.9		267,155	5.9
					総数	212	46.3	20,714	32.9	40,629	41.9		2,405,301	30.6
					男性	141	55.5	13,881	48.1	26,628	59.2		1,632,736	48.4
				BMI	女性	71	34.8	6,833	20.1	14,001	26.9		772,565	17.2
					総数	25	5.5	4,286	6.8	6,600	6.8		379,092	4.8
					男性	4	1.6	761	2.6	1,102	2.5		63,185	1.9
					女性	21	10.3	3,525	10.4	5,498	10.6		315,907	7.0
				メタボ該当・予備群 レベル	血糖のみ	8	1.7	511	0.8	807	0.8		49,615	0.6
					血圧のみ	47	10.3	5,283	8.4	10,331	10.6		588,331	7.5
					脂質のみ	23	5.0	1,762	2.8	3,537	3.6		211,132	2.7
血糖・血圧	22	4.8	1,932		3.1	3,298	3.4	196,551	2.5					
血糖・脂質	7	1.5	566		0.9	1,160	1.2	68,390	0.9					
血圧・脂質	40	8.7	5,147		8.2	10,271	10.6	646,456	8.2					
血糖・血圧・脂質	41	9.0	3,052		4.9	5,886	6.1	365,141	4.6					
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	162	35.4	21,847	34.7	34,782	35.8	2,600,154	33.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	57	12.4	4,791	7.6	7,394	7.6	527,929	6.7		
				脂質異常症	90	19.7	12,909	20.5	18,024	18.6	1,722,832	21.9		
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	18	3.9	1,863	3.1	2,745	3.1	244,873		3.3
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	18	3.9	3,127	5.2	3,777	4.2	412,386		5.5
					腎不全	6	1.3	418	0.7	507	0.6	36,716		0.5
					貧血	1	4.3	4,894	8.5	4,984	6.1	741,993		10.1
				喫煙	75	16.4	10,395	16.5	14,112	14.5	1,121,858	14.3		
				週3回以上朝食を抜く	4	16.7	3,910	7.3	10,563	17.3	543,145	8.2		
				週3回以上食後間食	4	16.7	7,579	14.1	9,638	15.8	780,530	11.8		
				週3回以上就寝前夕食	7	29.2	9,173	17.1	14,555	23.8	1,080,194	16.3		
				食べる速度が速い	10	41.7	15,000	28.1	16,997	28.9	1,706,171	25.9		
				20歳時体重から10kg以上増加	13	54.2	18,082	33.2	28,073	44.7	2,125,206	31.9		
				1回30分以上運動習慣なし	14	58.3	37,200	68.3	35,954	58.2	3,938,792	59.0		
1日1時間以上運動なし	12	50.0	25,883	48.1	29,071	47.3	3,075,009	46.2						
睡眠不足	6	25.0	12,276	22.7	19,065	30.9	1,620,979	24.6						
毎日飲酒	9	37.5	14,805	25.9	14,826	19.3	1,840,170	25.6						
時々飲酒	5	20.8	12,508	21.9	20,018	26.1	1,572,682	21.8						
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	3	21.4	22,348	58.8	24,790	53.6	3,227,410	64.5				
		1～2合	5	35.7	10,054	26.4	12,632	27.3	1,184,638	23.7				
		2～3合	5	35.7	4,074	10.7	5,581	12.1	457,991	9.2				
		3合以上	1	7.1	1,562	4.1	3,244	7.0	134,421	2.7				



# 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 (参考資料2)

南城市



【参考資料2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳		HbA1c6.5%以上又は糖尿病治療者					大宜味村							
番号	個人番号	地区	住所	氏名	性別	生年月日			H24	H25	H26	H27	H28	
1					男		糖	服薬						
							HbA1c	6.2		6.7		9.5		
							重症度分類	G2A1		G2A1		G2A1		
							尿蛋白	-		-		-		
							GFR	77.2		78.6		77.9		
2					男		糖	服薬		○	○			
							HbA1c	7.0	6.3	6.0	7.5			
							重症度分類	G2A3	G2A1	G1A1	G2A3			
							尿蛋白	++	±	-	++			
							GFR	79.8	82.9	94.8	79.7			
3					男		糖	服薬						
							HbA1c	6.7	6.5	7.2	6.6	7.2		
							重症度分類	G2A1	G1A2	G2A2	G2A2	G1A1		
							尿蛋白	-	±	±	±	±		
							GFR	88.1	90.5	83.4	88.3	93.8		
4					男		糖	服薬	○	○	○	○	○	
							HbA1c	5.9	6.2	6.4	6.4	6.5		
							重症度分類	G2A1	G2A2	G2A1	G2A2	G2A2		
							尿蛋白	-	+	-	+	-		
							GFR	75.4	75.1	74.7	71.5	75.1		
5					男		糖	服薬	○	○	○	○	○	
							HbA1c		7.6	7.6	6.2	6.6		
							重症度分類		G1A1	G1A1	G1A1	G1A1		
							尿蛋白		-	-	±	-		
							GFR		104.3	96.6	103.4	101.1		

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 28 年度

担当者名:

担当地区:

	対象者把握	地区担当が実-すること	他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 ( 143 ) 人		
	健診未受診者 ( 62 ) 人	1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ○ 医療保険移動の確認 ○ 死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○ 健診データを-人から ○ レセプトの確認協力
	結果把握(内訳)	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
	① 国民保(生保) ( 29 ) 人	3. 会いに行く ○ 医療受診勧奨の保健指導 ○ 糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	② 後期高齢者 ( 32 ) 人	4. 結果から動く ○ 経年・ナ他のリスク(メタ、血圧等)の確認 ○ 経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○ 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	③ 地保険 ( 1 ) 人		
	④ 住基異動(死亡、転出) ( ) 人		
	⑤ 確認できず ( ) 人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ( 60 ) 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		● 士中心
	結果把握		
① HbA1cが悪化している ( 60 ) 人 <del>① HbA1c7.0以上で糖尿病と診断されている</del> ( ) 人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		腎専門医	
② 尿蛋白 (-) ( 38 ) 人 (±) ( 12 ) 人 (+) 一類性腎症 ( 22 ) 人			
③ eGFR値の悪化 1年で25%以上低下 ( 1 ) 人 1年で5ml/分/1.73ml以上低下 ( ) 人			



様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

	項目	突出扶	保険者						同規模保険者		データ元
			H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合	
			実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 被保険者数 (再掲)40才-74歳	A	1,150人							KDB厚生労働省様式様式3-2	
2	① 特定健診	B								あなみツール ①.1集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診)	
	② 健診対象者数		800人								
	③ 健診受診者数	C	414人								
3	① 特定保健指導									市町村国保 特定健康診査 特定保 健指導実・状況概況 報告書	
	② 保健指導対象者数 実・率		80人 71.3%								
4	健診データ									特定健診結果	
	① 糖尿病型	E	50人 12.1%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	20人 4.1%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	30人 34.9%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	④ コントロール不良 (HbA1c 0%以上・空腹時血糖130以上)	J	22人 73.3%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑤ 血圧 130/80以上		13人 65.0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑥ 肥満 BMI25.0以上		16人 72.7%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑦ コントロール良 (HbA1c 7.0未満 空腹時血糖130未満)	K	8人 26.7%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑧ 糖尿病病期分類										
	⑨ 尿蛋白(-) 第1期	M	21人 42.0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑩ (+)以上 第3期		8人 16.0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
⑪ (+)以上 第3期		21人 42.0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
⑫ eGFR(30未満) 第4期		0人 0%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %			
5	① レセプト									KDB厚生労働省様式様式3-2	
	② 糖尿病受療率人口10万人対		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	③ 入院外		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	④ 入院		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑤ 糖尿病治療中 (再掲)40才-74才	H	87人 7.6%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑥ 健診未受診者	I	86人 9.8%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑦ 糖尿病性腎症	L	4人 4.6%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑧ (再掲)40才-74才		4人 4.6%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑨ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		5人 5.8%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑩ (再掲)40才-74才		5人 5.8%	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑪ 新規透析患者数		人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %	人 %		
	⑫ (再掲)糖尿病性腎症										
	⑬ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		人 %								
6	① 医療費									KDB 健診・医療 介護データ からみる地域の健康課題 同規模保険者比較	
	② 総医療費	a	3.6億円	億円	億円	億円					
	③ 生活習慣病総医療費	b	7億円	円	円	円					
	④ (総医療費に占める割合)	b/a	56.2%								
	⑤ 生活習慣病対象者 1人当たり		10,214円								
	⑥ 健診未受診者		43,182円	円	円	円					
	⑦ 糖尿病医療費	c	1.6千万円	円	円	円					
	⑧ (生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	7.4%	%	%	%					
	⑨ 糖尿病入院外総医療費		6.6千万円	円	円	円					
	⑩ 1件当たり		60,558円	円	円	円					
	⑪ 糖尿病入院総医療費		4.3千万円	円	円	円					
	⑫ 1件当たり		539,179円	円	円	円					
	⑬ 在院日数		21日	日	日	日					
	⑭ 慢性腎不全医療費										
	⑮ 透析有り		3.3千万円	円	円	円					
⑯ 透析なし		0.1千万円	円	円	円						
7	① 介護									KDB 同規模保険者比較 要介護(実数)者認定状 況	
	② 介護給付費 (再掲)2号認定者の有所見 糖尿病合併症		5.1億円	円	円	円					
8	① 死亡									KDB 地域の全体像の把握	
	② 死因別死亡者数 糖尿病		1人 2.9%	人	人	人					



【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	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」ではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。			⑥ 発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~			
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149			150~299
		食後	~199			200~
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169			170~
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50			51~
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99			100~125
		食後	~139			140~199
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~		
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139			
	拡張期	~84	85~89			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24					



生活習慣病有病状況

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

【参考資料10】

