

伊江村国民健康保険

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 伊江村

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

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

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

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

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 19

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

第 4 章 保健事業の内容 25

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 45

第 6 章 計画の評価・見直し	46
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	48
1.公表・周知	
2.情報の取扱い	
参考資料	49

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. 背景・目的

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

こうした中、2013 年（平成 25 年）6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

2015 年（平成 27 年）5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、2018 年度（平成 30 年度）から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

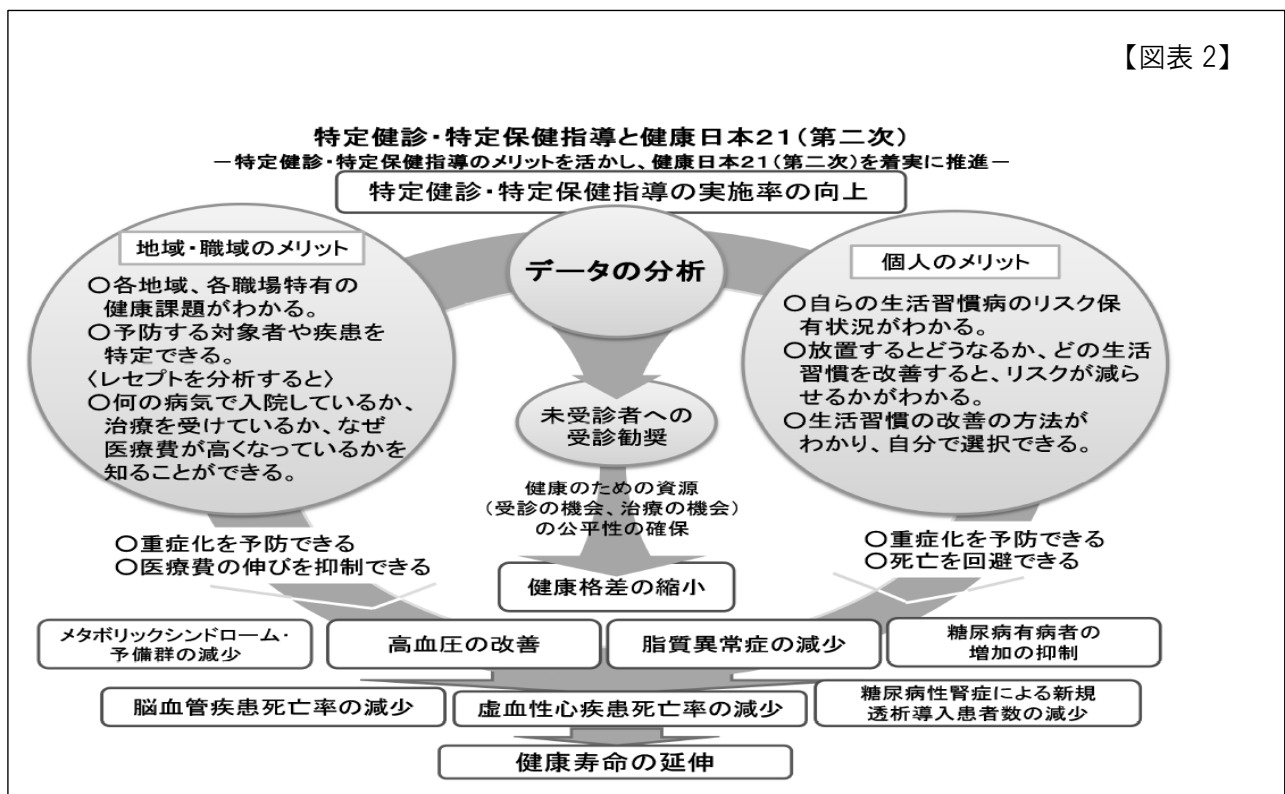
伊江村においては、国の指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、沖縄県健康増進計画や伊江村健康増進計画、沖縄県医療費適正化計画、沖縄県介護保険広域連合介護保険事業計画（第 7 期）と調和のとれたものとする必要がある。

【図表 1】

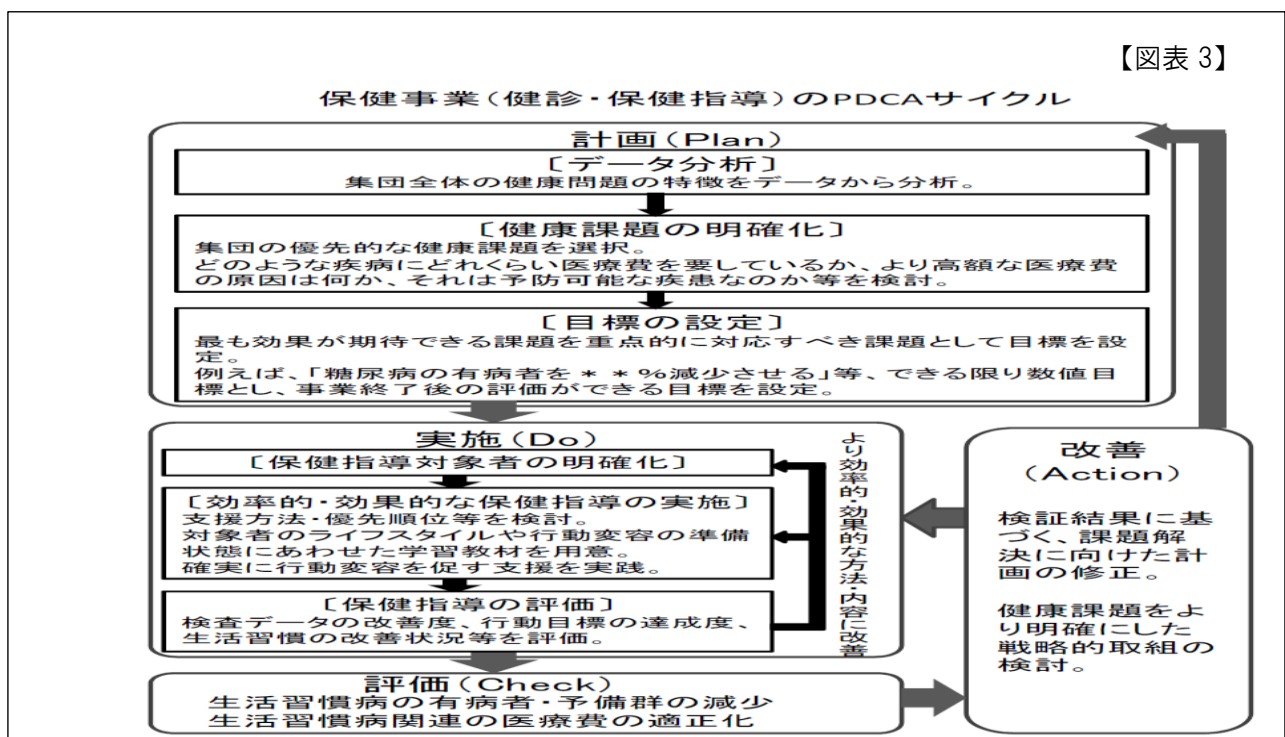
2

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

データヘルス計画の計画期間については、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針第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。また特定健康診査等実施計画の計画期間については「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効的な実施を図るための基本的な指針」で、5年から6年に見直されたこと、沖縄県における医療費適正化計画や医療計画が2018年度(平成30年度)から2023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、2つの計画期間を2018年度(平成30年度)から2023年度の6年間とする。

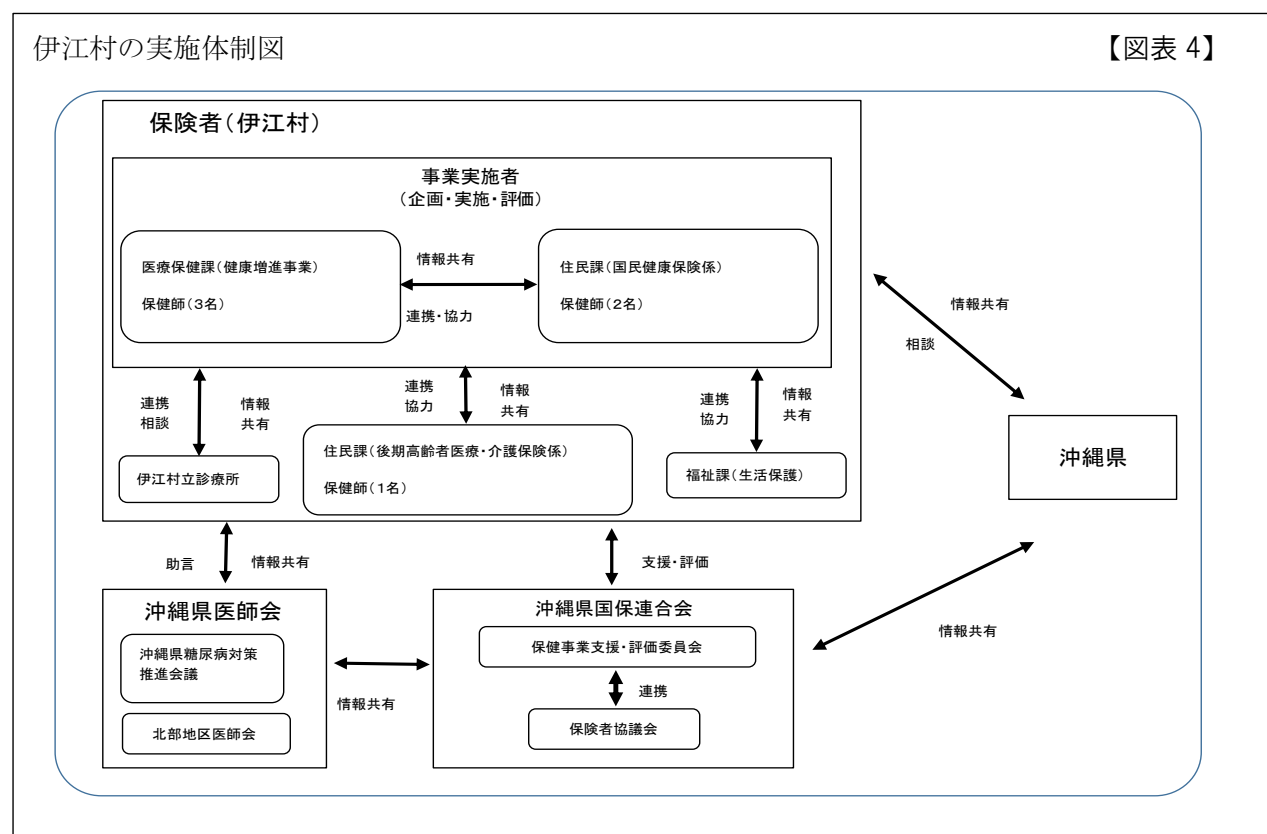
4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

伊江村においては、国民健康保険主管課である住民課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている為、特に健康推進主管課である医療保健課の保健師等と連携し、一体となって計画策定を進めていく。

また、伊江村立診療所、住民課（後期高齢者医療・介護保険）、福祉課（生活保護）とも十分連携することが望ましい。

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



2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、2018年度（平成30年度）から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

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

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

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

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

*「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ている。

3) 被保険者の役割

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

5. 保険者努力支援制度

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

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

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標			2016年度 (平成28年度) 配点		2017年度 (平成29年度) 配点		2018年度 (平成30年度) 配点	
			伊江村		伊江村		伊江村	
交 付 額 (万円)			106.7	加点		加点		加点
全国順位(1, 741市町村中)			577					
総得点(体制構築加点含む)			219	345	130	580	331	850
共通指標	1	(1) 特定健診受診率	15	20		35	45	50
		(2) 特定保健指導実施率	10	20		35	0	50
		(3) メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20	0	35	0	50
	2	(1) がん検診受診率	0	10	0	20	0	30
		(2) 歯周疾患(病)検診の実施	10	10	0	15	0	25
	3	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	40		70	50	100
	4	(1) 個人インセンティブ提供	0	20	0	45	0	70
		(2) 個人へのわかりやすい情報提供	20	20	15	15	25	25
	5	重複服薬者に対する取組	0	10	0	25	0	35
	6	(1) 後発医薬品の促進	7	15		25	10	35
		(2) 後発医薬品の使用割合	0	15		30	0	40
国保固有指標	1	収納率向上に関する取組実施状況	15	40		70	50	100
	2	データヘルス計画策定状況	10	10	30	30	40	40
	3	医療費通知の取組の実施状況	10	10	15	15	25	25
	4	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	5		15	0	25
	5	第三者求償の取組の実施状況	7	10		30	20	40
	6	適正かつ健全な事業運営の実施状況					6	50
体制構築加点			70	70	70	70	60	60

※共通指標1と2(1)は3年前、共通指標6(2)と固有指標1は2年前、それ以外は前年度の実績を評価

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、死因別に脳疾患・腎不全による死亡割合は増加している。そして、がんと心臓病の割合は減少しているものの死因別死亡の大半を占めている。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率がわずかに上昇し、40～64歳の2号認定率は横ばいで、介護給付費の減少がみられた。医療費については、医療費に占める入院費用の割合が増加し、外来費用割合の減少がみられた。

特定健診受診率や特定保健指導実施率は増加し、特定健診受診者においては、受診勧奨により医療機関への受診率が増加している。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

平成28年度の介護給付費が平成25年度に比べ約4000万円減少している。これは、平成27年4月に介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、サービス費用の一部が地域支援事業に移行したことやサービス利用単位の見直しの影響によるものと推測される。また、1件当たりの介護給付費も減少しており、内訳をみると「居宅サービス」「施設サービス」とともに減少しており、同規模平均でも同様の傾向を示している。

しかしながら、本村の1件当たりの介護給付費は85,782円と、同規模平均、全国、沖縄県と比較して高い状況にある。特に、居宅サービスの1件当たりの介護給付費が高くなっている。

介護給付の変化

【図表6】

年度	伊江村				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	在宅サービス	施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	在宅サービス	施設サービス
H25年度	5億3,624万円	89,673	56,295	306,736	75,804	40,098	279,554
H28年度	4億9,805万円	85,782	53,587	303,491	73,752	39,649	273,932

【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医療費の状況（図表 7）

被保険者数が減少しているにもかかわらず、総医療費は 6 億 913 万円と増加しており、その内訳を見ると入院外が減少し、入院が増加している。それに対し、同規模では、入院外が増加し、入院が減少しており、総医療費としては減少している。

また、一人当たりの医療費は、いずれも高くなっているが、同規模と比較すると増加率が高く、特に入院にかかる費用の増加率は同規模の約 3 倍と高い状況である。その要因として、未治療やコントロール不良で重症化してから受診し入院となり、より高度な医療を要することによる医療費の増加ではないかと推測される。

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	
				伊江村	同規模			伊江村	同規模			伊江村	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	6億366万円				2億8,237万円				3億2,129万円			
	H28年度	6億913万円	547万円増	0.9%増	2.4%減	2億9,745万円	1,508万円増	5.3%増	2.7%減	3億1,168万円	961万円減	3.0%減	2.2%増
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	21,770				10,180				11,590			
	H28年度	24,050	2,280円増	10.5%増	5.8%増	11,740	1,560円増	15.3%増	5.5%増	12,310	720円増	6.2%増	6.2%増

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

【出典】KDBシステム：同規模保険者比較、地域の全体像の把握

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

短期目標疾患の糖尿病、高血圧、脂質異常症と中長期目標の脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全（透析無）の総医療費に占める割合は、県と比較して高くなっている。

伊江村の総医療費に占める目標疾患別医療費の割合を見ると、短期目標疾患の糖尿病と高血圧は減少し、脂質異常症は増加、中長期目標疾患の脳血管疾患、虚血性心疾患は増加し、慢性腎不全(透析有)は減少している。中長期・短期目標疾患の医療費計が総医療費に占める割合は増加している。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合（平成25年度と平成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	伊江村	603,668,360	21,768	187位	14位	9.42%	0.08%	3.03%	1.83%	4.86%	7.46%	3.99%	185,117,700	30.67%	6.11%	15.17%	6.97%
H28		609,133,630	24,049	180位	15位	6.45%	1.33%	3.78%	4.32%	4.56%	5.05%	5.31%	187,597,300	30.80%	9.05%	13.35%	8.59%
H28	沖縄県	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%
	国	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(調剤含む)」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム：健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標の中で平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると脳血管疾患は減少し、虚血性心疾患は増加している。脳血管疾患の原因となる高血圧は比較的受診につながりやすく、コントロールしやすい疾患であり、治療中断も少ない為、脳血管疾患の減少につながっていると考えられる。

一方で虚血性心疾患は脂質異常症や血糖のコントロール不良（未治療・治療中断等）による影響で、重症化していると推測される。

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標						【図表 9】	
			虚血性心疾患													
			被保険者数	人数	割合	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
人数	割合	人数				割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2,363	63	2.7%	19	30.2%	4	6.3%	51	81.0%	32	50.8%	48	76.2%		
	64歳以下	1,926	32	1.7%	8	25.0%	3	9.4%	26	81.3%	15	46.9%	21	65.6%		
	65歳以上	437	31	7.1%	11	35.5%	1	3.2%	25	80.6%	17	54.8%	27	87.1%		
H28	全体	2,145	74	3.4%	21	28.4%	5	6.8%	59	79.7%	39	52.7%	56	75.7%		
	64歳以下	1,673	34	2.0%	7	20.6%	2	5.9%	26	76.5%	16	47.1%	24	70.6%		
	65歳以上	472	40	8.5%	14	35.0%	3	7.5%	33	82.5%	23	57.5%	32	80.0%		

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患											
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2,363	103	4.4%	19	18.4%	6	5.8%	82	79.6%	34	33.0%	57	55.3%
	64歳以下	1,926	42	2.2%	8	19.0%	4	9.5%	35	83.3%	14	33.3%	21	50.0%
	65歳以上	437	61	14.0%	11	18.0%	2	3.3%	47	77.0%	20	32.8%	36	59.0%
H28	全体	2,145	91	4.2%	21	23.1%	3	3.3%	71	78.0%	37	40.7%	53	58.2%
	64歳以下	1,673	40	2.4%	7	17.5%	0	0.0%	29	72.5%	10	25.0%	20	50.0%
	65歳以上	472	51	10.8%	14	27.5%	3	5.9%	42	82.4%	27	52.9%	33	64.7%

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析											
被保険者数		人数	割合	脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	2,363	10	0.4%	6	60.0%	4	40.0%	9	90.0%	4	40.0%	3	30.0%
	64歳以下	1,926	5	0.3%	4	80.0%	3	60.0%	5	100.0%	2	40.0%	2	40.0%
	65歳以上	437	5	1.1%	2	40.0%	1	20.0%	4	80.0%	2	40.0%	1	20.0%
H28	全体	2,145	8	0.4%	3	37.5%	5	62.5%	7	87.5%	5	62.5%	3	37.5%
	64歳以下	1,673	4	0.2%	0	0.0%	2	50.0%	3	75.0%	3	75.0%	1	25.0%
	65歳以上	472	4	0.8%	3	75.0%	3	75.0%	4	100.0%	2	50.0%	2	50.0%

【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式3-5～3-7」（7月作成（5月診療分））

(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)

受診状況を見ると、糖尿病と脂質異常症は増加しており、高血圧は減少している。高血圧は、放置すると脳血管疾患の発症につながるという認識が一般化しており、治療に結びつきやすく比較的コントロールがしやすい為、脳血管疾患が減少したものと考えられる。それに対し、糖尿病は自覚症状がない為、重症化してから受診につながる症例も多く、血糖のコントロール不良(未治療・治療中断等)にもなりやすい疾患である。また、脂質異常症は治療に結びつきにくく放置されやすいために、虚血性心疾患の増加につながっているものと推測される。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標											
		糖尿病				インスリン療法				高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数
H25	全体	2,363	180	7.6%	17	9.4%		143	79.4%	116	64.4%	32	17.8%	34	18.9%	4	2.2%	6	3.3%		
	64歳以下	1,926	105	5.5%	12	11.4%		82	78.1%	64	61.0%	15	14.3%	14	13.3%	2	1.9%	4	3.8%		
	65歳以上	437	75	17.2%	5	6.7%		61	81.3%	52	69.3%	17	22.7%	20	26.7%	2	2.7%	2	2.7%		
H28	全体	2,145	213	9.9%	13	6.1%		150	70.4%	145	68.1%	39	18.3%	37	17.4%	5	2.3%	9	4.2%		
	64歳以下	1,673	106	6.3%	7	6.6%		69	65.1%	65	61.3%	16	15.1%	10	9.4%	3	2.8%	5	4.7%		
	65歳以上	472	107	22.7%	6	5.6%		81	75.7%	80	74.8%	23	21.5%	27	25.2%	2	1.9%	4	3.7%		

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		高血圧				糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2,363	454	19.2%	143	31.5%	231	50.9%	51	11.2%	82	18.1%	9	2.0%	
	64歳以下	1,926	274	14.2%	82	29.9%	131	47.8%	26	9.5%	35	12.8%	5	1.8%	
	65歳以上	437	180	41.2%	61	33.9%	100	55.6%	25	13.9%	47	26.1%	4	2.2%	
H28	全体	2,145	399	18.6%	150	37.6%	227	56.9%	59	14.8%	71	17.8%	7	1.8%	
	64歳以下	1,673	218	13.0%	69	31.7%	110	50.5%	26	11.9%	29	13.3%	3	1.4%	
	65歳以上	472	181	38.3%	81	44.8%	117	64.6%	33	18.2%	42	23.2%	4	2.2%	

厚労省様式 様式3-4			短期的な目標						中長期的な目標							
			脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
H25	全体	2,363	291	12.3%	116	39.9%	231	79.4%	48	16.5%	57	19.6%	3	1.0%		
	64歳以下	1,926	162	8.4%	64	39.5%	131	80.9%	21	13.0%	21	13.0%	2	1.2%		
	65歳以上	437	129	29.5%	52	40.3%	100	77.5%	27	20.9%	36	27.9%	1	0.8%		
H28	全体	2,145	300	14.0%	145	48.3%	227	75.7%	56	18.7%	53	17.7%	3	1.0%		
	64歳以下	1,673	147	8.8%	65	44.2%	110	74.8%	24	16.3%	20	13.6%	1	0.7%		
	65歳以上	472	153	32.4%	80	52.3%	117	76.5%	32	20.9%	33	21.6%	2	1.3%		

【出典】KDBシステム:「厚生労働省様式 様式3-2～3-4」(7月作成(5月診療分))

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診データから有所見者割合の高い検査項目の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかる。メタボリックシンドローム予備群は減少しているものの、該当者の割合が増加していることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【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

☆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	194	55.6	237	67.9	125	35.8	83	23.8	18	5.2	123	35.2	229	65.6	88	25.2	144	41.3	78	22.3	218	62.5	4	1.1
	40-64	127	56.2	153	67.7	87	38.5	65	28.8	11	4.9	75	33.2	143	63.3	61	27.0	89	39.4	61	27.0	144	63.7	2	0.9
	65-74	67	54.5	84	68.3	38	30.9	18	14.6	7	5.7	48	39.0	86	69.9	27	22.0	55	44.7	17	13.8	74	60.2	2	1.6
H28	合計	213	55.9	262	68.8	135	35.4	88	23.1	34	8.9	138	36.2	261	68.5	122	32.0	211	55.4	106	27.8	197	51.7	9	2.4
	40-64	130	55.1	154	65.3	89	37.7	61	25.8	22	9.3	82	34.7	155	65.7	78	33.1	126	53.4	77	32.6	126	53.4	2	0.8
	65-74	83	57.2	108	74.5	46	31.7	27	18.6	12	8.3	56	38.6	106	73.1	44	30.3	85	58.6	29	20.0	71	49.0	7	4.8

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	124	39.1	107	33.8	74	23.3	40	12.6	2	0.6	72	22.7	216	68.1	13	4.1	108	34.1	40	12.6	204	64.4	2	0.6
	40-64	69	36.3	51	26.8	44	23.2	25	13.2	1	0.5	40	21.1	126	66.3	6	3.2	58	30.5	28	14.7	126	66.3	0	0.0
	65-74	55	43.3	56	44.1	30	23.6	15	11.8	1	0.8	32	25.2	90	70.9	7	5.5	50	39.4	12	9.4	78	61.4	2	1.6
H28	合計	125	37.9	106	32.1	81	24.5	44	13.3	10	3.0	79	23.9	229	69.4	24	7.3	156	47.3	74	22.4	190	57.6	3	0.9
	40-64	59	32.4	48	26.4	42	23.1	23	12.6	7	3.8	38	20.9	116	63.7	10	5.5	73	40.1	39	21.4	112	61.5	0	0.0
	65-74	66	44.6	58	39.2	39	26.4	21	14.2	3	2.0	41	27.7	113	76.4	14	9.5	83	56.1	35	23.6	78	52.7	3	2.0

【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式6-2～6-7」

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

☆No.24帳票

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						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		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	349	43.0	38	10.9%	80	22.9%	8	2.3%	44	12.6%	28	8.0%	119	34.1%	21	6.0%	8	2.3%	48	13.8%	42	12.0%
	40-64	226	37.9	30	13.3%	48	21.2%	2	0.9%	24	10.6%	22	9.7%	75	33.2%	14	6.2%	6	2.7%	31	13.7%	24	10.6%
	65-74	123	56.9	8	6.5%	32	26.0%	6	4.9%	20	16.3%	6	4.9%	44	35.8%	7	5.7%	2	1.6%	17	13.8%	18	14.6%
H28	合計	381	45.0	22	5.8%	80	21.0%	4	1.0%	59	15.5%	17	4.5%	160	42.0%	31	8.1%	7	1.8%	72	18.9%	50	13.1%
	40-64	236	41.0	15	6.4%	45	19.1%	2	0.8%	35	14.8%	8	3.4%	94	39.8%	16	6.8%	5	2.1%	49	20.8%	24	10.2%
	65-74	145	53.3	7	4.8%	35	24.1%	2	1.4%	24	16.6%	9	6.2%	66	45.5%	15	10.3%	2	1.4%	23	15.9%	26	17.9%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						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		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
女性	合計	317	48.0	9	2.8%	44	13.9%	3	0.9%	27	8.5%	14	4.4%	54	17.0%	12	3.8%	2	0.6%	25	7.9%	15	4.7%
	40-64	190	41.9	6	3.2%	22	11.6%	2	1.1%	12	6.3%	8	4.2%	23	12.1%	5	2.6%	1	0.5%	9	4.7%	8	4.2%
	65-74	127	61.1	3	2.4%	22	17.3%	1	0.8%	15	11.8%	6	4.7%	31	24.4%	7	5.5%	1	0.8%	16	12.6%	7	5.5%
H28	合計	330	48.2	16	4.8%	30	9.1%	1	0.3%	22	6.7%	7	2.1%	60	18.2%	9	2.7%	4	1.2%	21	6.4%	26	7.9%
	40-64	182	40.4	10	5.5%	16	8.8%	1	0.5%	9	4.9%	6	3.3%	22	12.1%	3	1.6%	1	0.5%	10	5.5%	8	4.4%
	65-74	148	63.5	6	4.1%	14	9.5%	0	0.0%	13	8.8%	1	0.7%	38	25.7%	6	4.1%	3	2.0%	11	7.4%	18	12.2%

【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式6-8」

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、特定保健指導実施率ともに向上している。また、受診勧奨者の受診率は、平成 25 年度より 1.9 ポイント伸びており、受診が必要な人の 56.6%が治療に結びついている。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								伊江村	同規模平均
H25年度	1,473	666	45.2%	130位	134	11	8.2%	54.7%	50.4%
H28年度	1,371	711	51.9%	143位	118	76	64.4%	56.6%	51.6%

※特定健診、特定保健指導の人数と率は法定報告値

【出典】KDBシステム:

健康・医療・介護データからみる地域の健康課題（年間累計）

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画では、特定健診受診率・特定保健指導の実施率の向上をはかり、短期目標疾患である高血圧、糖尿病、脂質異常症について保健指導や医療受診勧奨等を実施し、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の発症予防に取り組んだ。その結果、特定健診受診率・特定保健指導の実施率とも増加した。しかし、メタボ該当者や高血糖は増加している。また、高血圧は減少し、脳血管疾患についても減少がみられたが、糖尿病や脂質異常症は増加し、虚血性心疾患は増加、慢性腎不全は横ばいである。糖尿病や脂質異常症は医療受診につながりにくく、良好なコントロールの維持には栄養指導なども必要であるが、十分になされていないのが現状である。また、総医療費は増加しており、特に、一人当たりの入院費の伸びが同規模よりも高くなっている。介護給付費はやや減少しているが、同規模と比べて一件当たりの給付費は高額である。その背景として、重症化してからの医療受診、治療中断等やコントロール不良による重症化による入院や高額医療、要介護者の増加が推測される。

伊江村の重症化予防の今後の取り組みとして、まず、特定健診の受診勧奨をさらに強化し、健診未受診者をできるだけ減少すること、特定保健指導等でメタボ該当者や高血糖を減少させること、必要な場合には早期の医療受診を勧奨し、短期目標疾患の段階でとどめることが必要である。また、とくに糖尿病や脂質異常症については医療受診勧奨だけでなく、その後の支援として、治療中断の有無やコントロール状態の確認、生活習慣の改善のための栄養指導の実施がのぞまれる。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

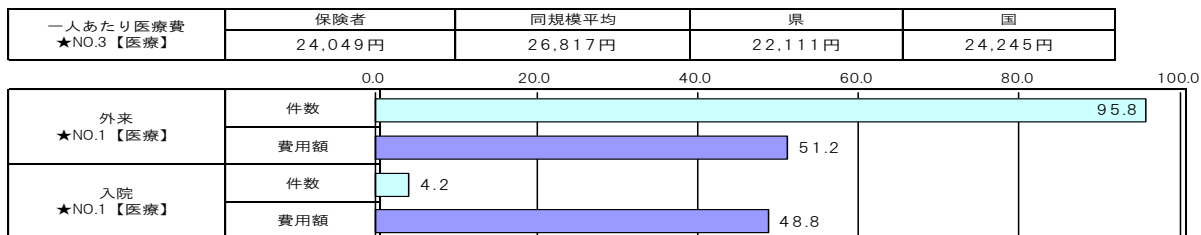
伊江村の入院件数は 4.2%で、費用額全体の 48.8%を占めている。重症化予防に取り組むことが入院を減らしていくことにもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



※入院を重症化した結果としてとらえる

【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」、「地域全体増の把握」

(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ヶ月の医療費が80万円以上と高額になる疾患は、虚血性心疾患が10人(14.7%)と最も多く、次いで脳血管疾患が4人(5.9%)となっている。
- ・脳血管疾患は、6ヶ月以上の長期入院が多く、虚血性心疾患は、手術等に伴う医療処置により一人あたりの医療費が高額となっている。
- ・人工透析患者は、脳血管疾患・虚血性心疾患の併発（血管病変の重症化）により医療費が高額となっている。
- ・生活習慣病の基礎疾患では、高血圧が約6割を占め、脂質異常症が約4割、糖尿病が約3割となっている。また脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症等の中長期目標疾患は、高血圧をはじめとする基礎疾患が重複していることが多い。

【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 (80万円以上レセ)	人数 68人 費用額 1億4222万円	4人 5.9% 878万円 6.2%	10人 14.7% 1471万円 10.3%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数 24人 費用額 9339万円	4人 16.7% 682万円 7.3%	1人 4.2% 56万円 0.6%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計 人数 8人 費用額 4212万円	3人 37.5% 1468万円 34.9%	5人 62.5% 2306万円 54.7%	5人 62.5% 2306万円 54.7%

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	671人	91人 13.6%	74人 11.0%	9人 1.3%
		高血圧	71人 78.0%	59人 79.7%	9人 100.0%
		糖尿病	37人 40.7%	39人 52.7%	9人 100.0%
		脂質異常症	53人 58.2%	56人 75.7%	6人 66.7%
		高血圧症	399人 59.5%	300人 44.7%	101人 15.1%

【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式1-1、2-1、2-2、3」

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが97.9%であり、筋・骨格疾患の94.2%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低い者ほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながると考えられる。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28

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		1,758人		547人		716人		1,263人		3,021人			
	認定者数		8人		17人		252人		269人		277人			
	認定率		0.46%		3.1%		35.2%		21.3%		9.2%			
	新規認定者数（※1）		3人		6人		30人		36人		39人			
	介護度別 人数	要支援1・2		3	37.5%	6	35.3%	44	17.5%	50	18.6%	53	19.1%	
要介護1・2		2	25.0%	3	17.6%	66	26.2%	69	25.7%	71	25.6%			
要介護3～5		3	37.5%	8	47.1%	142	56.3%	150	55.8%	153	55.2%			
要介護 突合状況 ★NO.49	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況													
	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	
	件数（国保・後期）		--	5		13		225		238		243		
	血管疾患	循環器疾患	1	腎不全	4 80.0%	脳卒中	10 76.9%	脳卒中	149 66.2%	脳卒中	159 66.8%	脳卒中	162 66.7%	
			2	脳卒中	3 60.0%	虚血性心疾患	5 38.5%	腎不全	91 40.4%	虚血性心疾患	95 39.9%	腎不全	99 40.7%	
			3	虚血性心疾患	2 40.0%	腎不全	4 30.8%	虚血性心疾患	90 40.0%	腎不全	95 39.9%	虚血性心疾患	97 39.9%	
		合併症	4	糖尿病合併症	1 20.0%	糖尿病合併症	3 23.1%	糖尿病合併症	14 6.2%	糖尿病合併症	17 7.1%	糖尿病合併症	18 7.4%	
			基礎疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常症）		5 100.0%	基礎疾患	12 92.3%	基礎疾患	214 95.1%	基礎疾患	226 95.0%	基礎疾患	231 95.1%	
		血管疾患合計		合計	5 100.0%	合計	13 100.0%	合計	220 97.8%	合計	233 97.9%	合計	238 97.9%	
		認知症		認知症	1 20.0%	認知症	2 15.4%	認知症	102 45.3%	認知症	104 43.7%	認知症	108 43.2%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	4 80.0%	筋骨格系	10 76.9%	筋骨格系	215 95.6%	筋骨格系	225 94.5%	筋骨格系	229 94.2%		

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1 【介護】

0 2,000 4,000 6,000 8,000 10,000 12,000

要介護認定者医療費 (40歳以上)	10,770
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	5,018

【出典】KDBシステム:「要介護(支援)者認定状況」、「要介護(支援)者突合状況」

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

伊江村においては、全国、沖縄県と比較してメタボリックシンドローム予備軍・該当者の割合が男性 63.0% 女性 27.3%と高くなっている。メタボリックシンドローム該当者は、高血糖、高血圧、脂質異常症の三項目のうち、「高血圧と脂質異常」の該当が最も多い。特に男性は「高血圧と脂質異常」の該当と「3項目すべて該当」を合わせたメタボリックシンドローム該当者が、健診受診者の 32.0% (122 人/381 人) となっている。

また、【参考資料 1】から飲酒習慣のある者のうち適正な飲酒量を超える者は 60%となっている。飲酒習慣と食習慣が「高血圧」や「脂質異常症」の大きな要因の一つとなることから、今後、食事指導と合わせて、アルコール対策を推進していく必要がある。

【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 (帳票)

男性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
保険者	合計	213	55.9	262	68.8	135	35.4	88	23.1	34	8.9	138	36.2	261	68.5	122	32.0	211	55.4	106	27.8	197	51.7	9	2.4
	40-64	130	55.1	154	65.3	89	37.7	61	25.8	22	9.3	82	34.7	155	65.7	78	33.1	126	53.4	77	32.6	126	53.4	2	0.8
	65-74	83	57.2	108	74.5	46	31.7	27	18.6	12	8.3	56	38.6	106	73.1	44	30.3	85	58.6	29	20.0	71	49.0	7	4.8

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	
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	125	37.9	106	32.1	81	24.5	44	13.3	10	3.0	79	23.9	229	69.4	24	7.3	156	47.3	74	22.4	190	57.6	3	0.9
	40-64	59	32.4	48	26.4	42	23.1	23	12.6	7	3.8	38	20.9	116	63.7	10	5.5	73	40.1	39	21.4	112	61.5	0	0.0
	65-74	66	44.6	58	39.2	39	26.4	21	14.2	3	2.0	41	27.7	113	76.4	14	9.5	83	56.1	35	23.6	78	52.7	3	2.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式6-2~6-7」

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (帳票)

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
保 険 者	合計	381	45.0	22	5.8%	80	21.0%	4	1.0%	59	15.5%	17	4.5%	160	42.0%	31	8.1%	7	1.8%	72	18.9%	50	13.1%
	40-64	236	41.0	15	6.4%	45	19.1%	2	0.8%	35	14.8%	8	3.4%	94	39.8%	16	6.8%	5	2.1%	49	20.8%	24	10.2%
	65-74	145	53.3	7	4.8%	35	24.1%	2	1.4%	24	16.6%	9	6.2%	66	45.5%	15	10.3%	2	1.4%	23	15.9%	26	17.9%

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
保 険 者	合計	330	48.2	16	4.8%	30	9.1%	1	0.3%	22	6.7%	7	2.1%	60	18.2%	9	2.7%	4	1.2%	21	6.4%	26	7.9%
	40-64	182	40.4	10	5.5%	16	8.8%	1	0.5%	9	4.9%	6	3.3%	22	12.1%	3	1.6%	1	0.5%	10	5.5%	8	4.4%
	65-74	148	63.5	6	4.1%	14	9.5%	0	0.0%	13	8.8%	1	0.7%	38	25.7%	6	4.1%	3	2.0%	11	7.4%	18	12.2%

*全国については、有所見割合のみ表示

【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式6-8」

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病治療中で健診新規受診者の HbA1c のコントロール状況を見ると、HbA1c7.0～7.9 のコントロール不良の割合が 57.1%と高くなっている。コントロール不良の要因は、服薬の自己中断や不規則な服薬、不適切な食生活や過剰飲酒、運動不足などの生活習慣が影響していると考えられる。

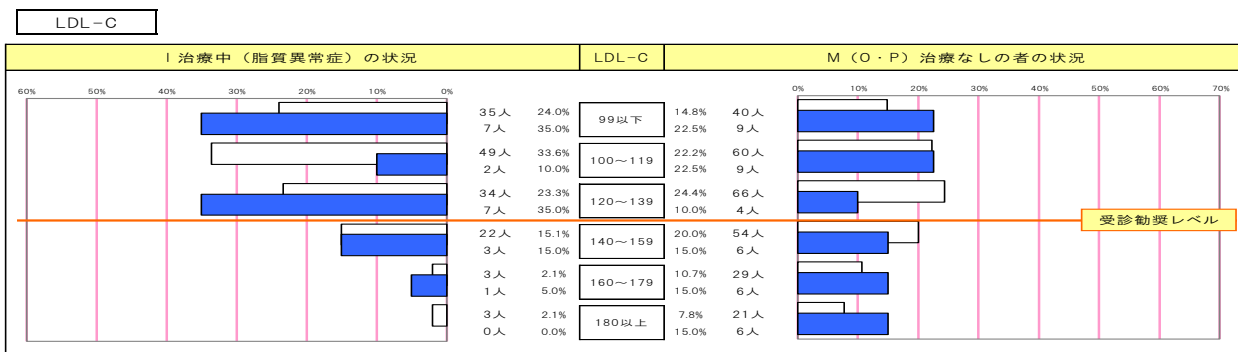
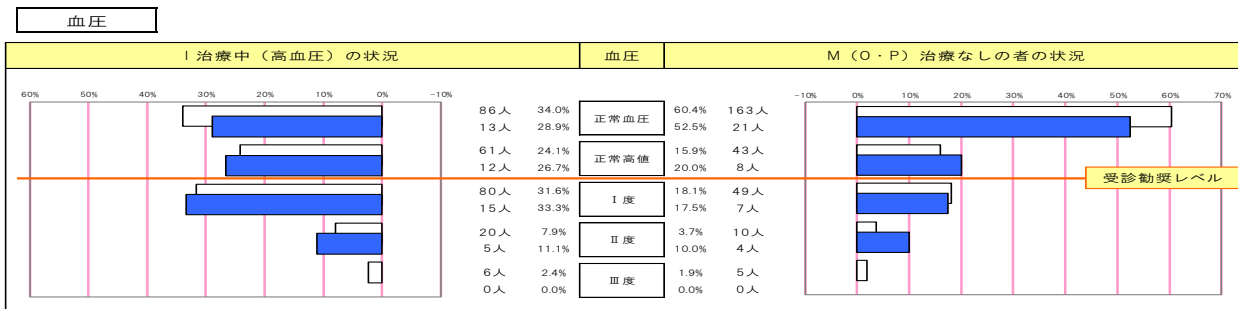
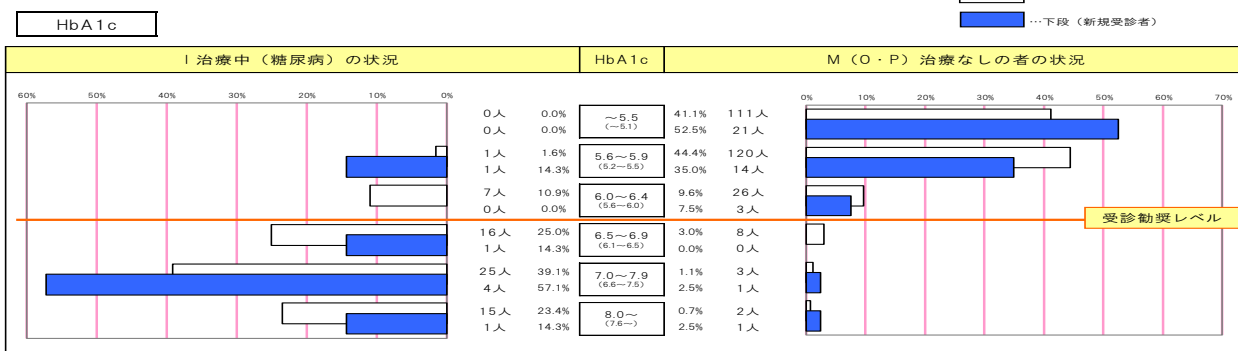
このことから、糖尿病治療者については、特に重症化予防の視点から治療中断の有無やコントロール状況の確認、食習慣や生活習慣改善のための栄養指導や保健指導の徹底が必要性と考える。

LDL-C では、「M」治療なしの者の受診勧奨レベル以上の割合が高い。これは、LDL-C の増加が動脈硬化の促進要因であり、虚血性心疾患等の発症につながることへの認識が十分にされていないことが考えられる。

LDL-C が受診勧奨レベル以上の者には、早期の受診勧奨を徹底し、一般の住民向けには、LDL-C に関する正しい知識の普及啓発の機会を増やしていくことが必要と考える。

【図表 18】

健診の継続受診者と新規受診者の比較



【出典】保健事業ネット

4) 未受診者の把握 (図表 19)

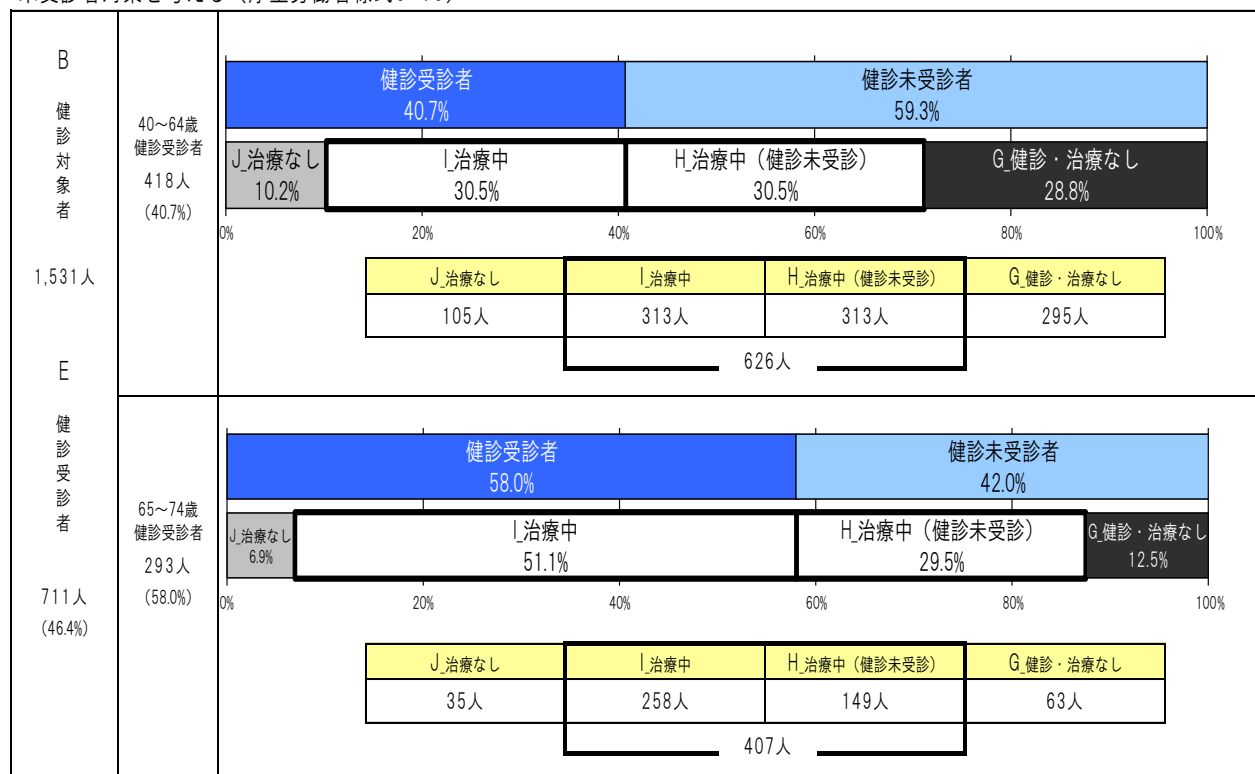
40～64 歳の働き盛り世代で G「健診・治療なし」が、実数で 295 人(28.8%)おり、健康状態の把握ができていない状況にあるため、早急に健康状態の把握が必要である。

また、「健診未受診者の生活習慣病治療費」は、「健診受診者の生活習慣病治療費」の 4 倍以上となっていることから、健診未受診者対策は、生活習慣病予防や重症化予防につながると同時に、医療費適正化にもつながると考えられる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

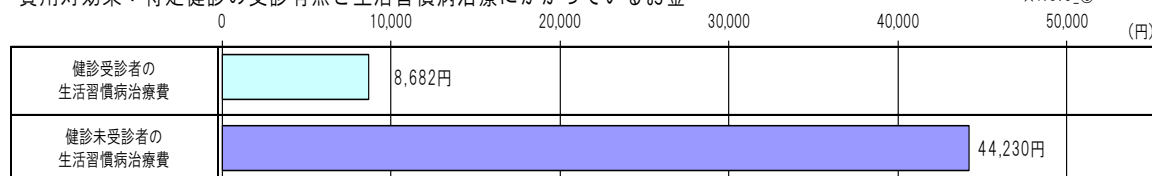
★NO.26 (CSV)



【出典】KDBシステム：「厚生労働省様式 様式6-10」

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥



【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」

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。2023 年度には 2018 年度(平成 30 年度)と比較して、3 つの疾患をそれぞれ減少させることを目標にする。また、3 年後の 2020 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、伊江村の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を 2023 年度に国並みとすることを目指す。

(2) 短期的な目標の設定

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

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

そのためには、医療受診必要者への受診勧奨や、治療継続への働きかけをするとともに、医療中断者についても医療機関と十分な連携を図りながら適切な保健指導を行うこととする。

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ているため、薬物療法だけでなく、栄養指導や運動療法と併せた保健指導の取り組みを行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がない為、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、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（2018年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	53.3%	54.9%	56.6%	58.2%	59.9%	61.7%
特定保健指導実施率	65.5%	66.7%	67.0%	68.4%	69.9%	70.5%

(参考)厚労省の第三期計画目標値

平成35年度	保険者全体	市町村国保
健診受診率	70.0%	60.0%
特保実施率	45.0%	60.0%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,341人	1,311人	1,282人	1,254人	1,227人	1,200人
	受診者数	715人	720人	725人	730人	735人	740人
特定保健指導	対象者数	113人	108人	103人	98人	93人	88人
	実施者数	74人	72人	69人	67人	65人	62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(北部地区医師会病院健康管理センター委託)

(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、国保事務局保険者協議会のホームページに掲載されている。

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者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。

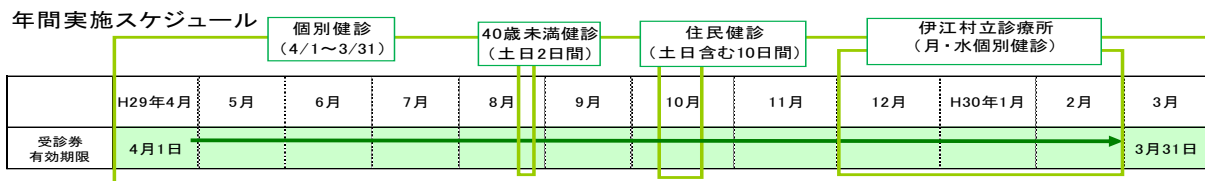
7) 代行機関

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と共に受診しやすい環境づくりが必要である。毎年、保険証と特定健診の受診券を一体型にしたり、集団健診の機会を増やす等、受診しやすい環境づくりに努める。また、防災無線、広報、ポスター、チラシ等基本的な周知広報活動の他に、個別通知や 3 年未受診者には電話や訪問による受診勧奨を行う。更に、平成 29 年度から「健康福祉まつり」を再開し受診勧奨も行っている。（図表 22）

【図表 22】



（注）年度途中で75歳に到達する方については、75歳に到達する前日までが有効期限です。
75歳からは、長寿健診として受けられます。

5. 特定保健指導の実施

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

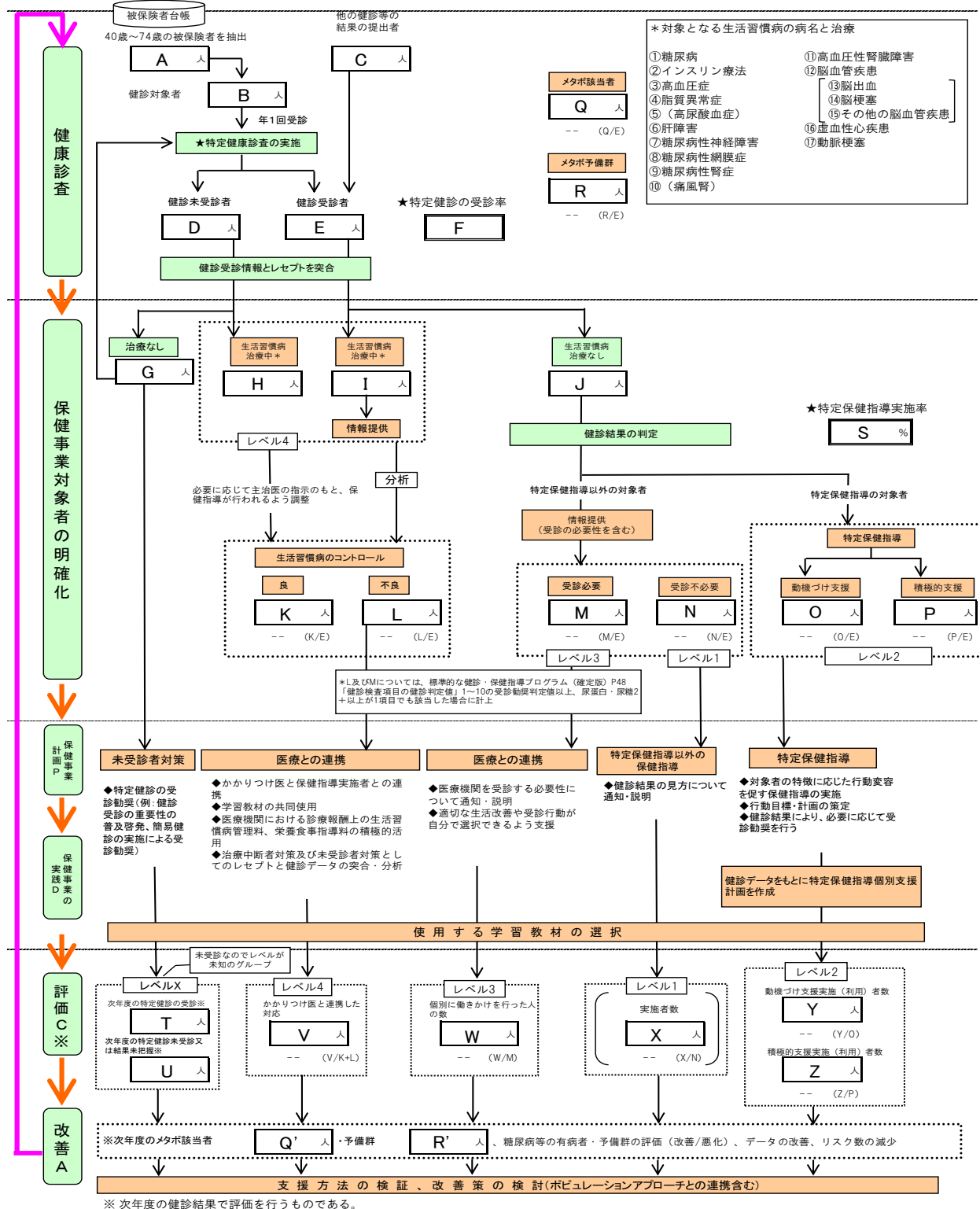
1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】

様式5-5

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



2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法(図表 24)

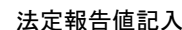
【図表 24】

優先 順位	あなみツール 様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	平成 30 年度 対象者数見込 (健診受診者の占める割合)	平成 30 年度 対象者数見込
	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	113 人 (15.8)	65.5%
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	94 人 (13.2)	HbA1c6.5 以上については 80% 収縮期血圧 180mmHg/dl 以 上、拡張期血圧 110mmHg/dl 以上 90%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：通知、電話、訪問等い ずれかによる受診勧奨)	626 人	通知については 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	117 人 (16.3)	希望者
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	391 人 (54.7) ※うち、コントロ ール不良 274 人	HbA1c7.4 以上については 70%

法定報告値記入

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

【図表 25】



6. 個人情報の保護

1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および伊江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および、個別カルテを作成して管理する。

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、伊江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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 26】

NO	項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	P 計 画 ・ 準 備	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○			□
2		健康課題の把握	○			□
3		チーム内での情報共有	○			□
4		保健事業の構想を練る(予算等)	○			□
5		医師会等への相談(情報提供)	○			□
6		糖尿病対策推進会議等への相談	○			□
7		情報連携方法の確認	○			□
8		対象者選定基準検討		○		□
9		基準に基づく該当者数試算		○		□
10		介入方法の検討		○		□
11		予算・人員配置の確認	○			□
12		実施方法の決定		○		□
13		計画書作成		○		□
14		募集方法の決定		○		□
15		マニュアル作成		○		□
16		保健指導等の準備		○		□
17		(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○			□
18		個人情報の取り決め	○			□
19		苦情、トラブル対応	○			□
20	D 受 診 勧 奨	介入開始(受診勧奨)		○		□
21		記録、実施件数把握			○	□
22		かかりつけ医との連携状況把握		○		□
23		レセプトにて受診状況把握			○	□
24	D 保 健 指 導	募集(複数の手段で)		○		□
25		対象者決定		○		□
26		介入開始(初回面接)		○		□
27		継続的支援		○		□
28		カンファレンス、安全管理		○		□
29		かかりつけ医との連携状況確認		○		□
30		記録、実施件数把握			○	□
31	C 評 価 報 告	3ヶ月後実施状況評価			○	□
32		6ヶ月後評価(健診・レセプト)			○	□
33		1年後評価(健診・レセプト)			○	□
34		医師会等への事業報告	○			□
35		糖尿病対策推進会議等への報告	○			□
36	A 改 善	改善点の検討		○		□
37		マニュアル修正		○		□
38		次年度計画策定		○		□

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中者

ア. 糖尿病性腎症で通院している者

イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

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

【図表 27】

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

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

伊江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 を参考にして、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尿蛋白(+)以上とすることで尿蛋白(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)

伊江村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 34 人(31.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 173 人の中のうち、特定健診受診者が 80 人(46.2%・G)であったが、4 人(5.0%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 93 人(53.8%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 26 人中 5 人は治療中断であることが分かった。また、21 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 より伊江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)・・・34 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・9 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】

・糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・76 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(力)・・・21 人

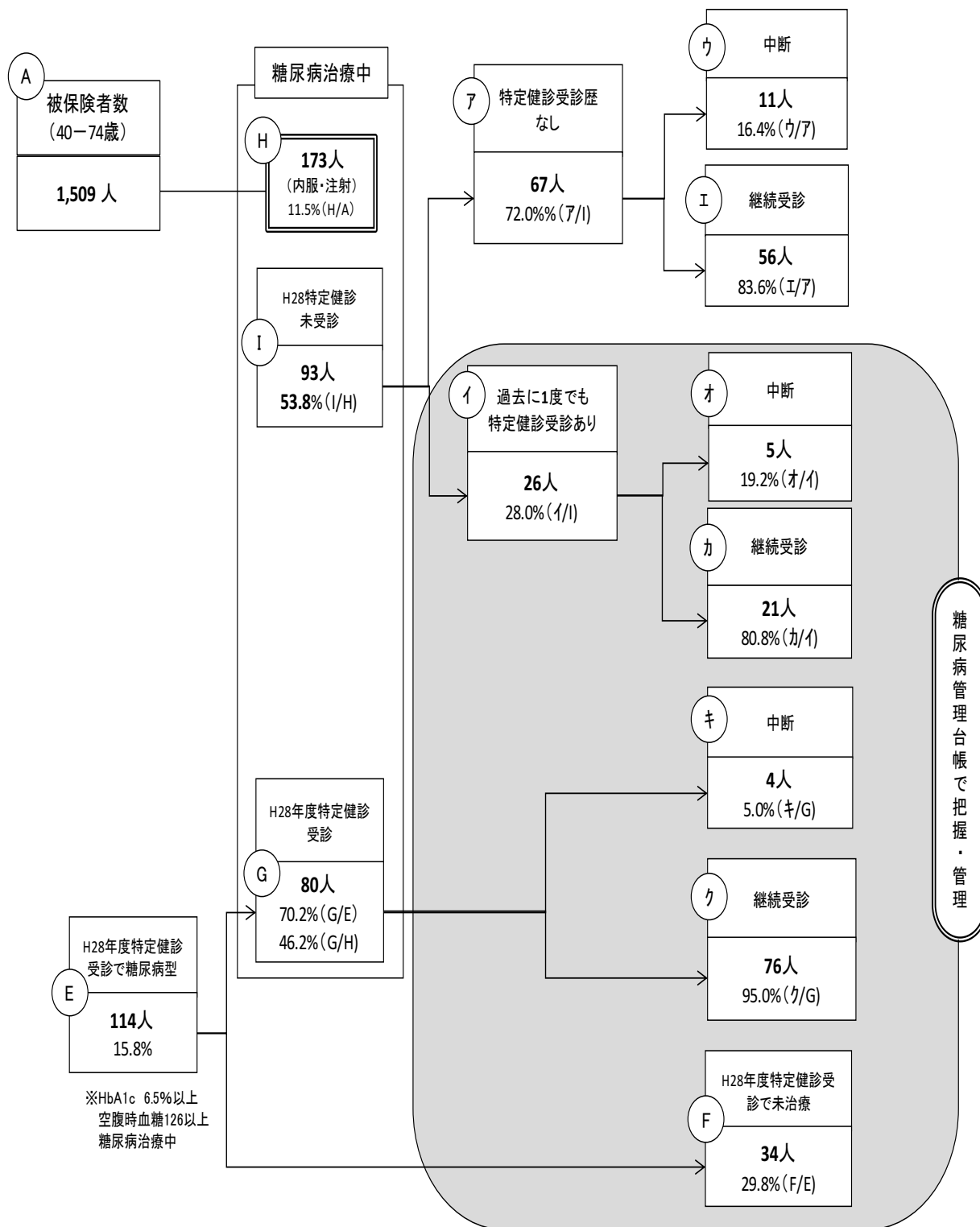
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

糖尿病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)

【図表 28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



【出典】KDB システム:「疾病管理一覧」「被保険者台帳」「厚生労働省様式 1-1(H29.10 月~12 月)」

3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

＊当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……45 名

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……76 名

※参考資料 4

①健診受診時未治療(中断者含む)

②B 結果把握の②尿蛋白(+)～と③

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。伊江村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
☆保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態：2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち ③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 ① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方 ② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する ○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 ①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量 ②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある ④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価 ⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞けど？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ } 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率(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 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

	集団健診	個別健診
4月	介入対象者の選定基準の決定	
5月		
6月	健診対象者の選定、個別通知	速報が2ヶ月後 順次届く(通年)
7月	働き盛り健診 (2日間)	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
8月	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定	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(通年)
9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(通年)	
10月	住民健診 (10日間)	前年度事業評価
11月	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定	
12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(通年)	伊江村立診療所 (12月～2月)
1月		介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
2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(通年)
3月	中間まとめ(進捗状況報告)	

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。伊江村において健診受診者 711 人のうち心電図検査実施者は 613 人 (86.2%) であり、そのうち ST 所見があったのは 55 人であった(図表 30)。ST 所見あり 55 人の中のうち 7 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 2 人は未受診であった(図表 31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 48 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

伊江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る。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	711	100	613	86.2	55	9.0	67	10.9	491	80.1

※ST所見あるが、判定で異常なし(106名)は異常なしに含む。

【図表 31】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
55	100	7	12.7	5	71.4	2	28.6

② 心電図以外からの把握

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

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度		受診者	① 心電図検査実施			実施なし
			ST変化	その他の変化	異常なし	
		711	55	67	491	98
			7.7%	9.4%	69.1%	13.8%
メタボ該当者		222	27	29	133	33
		31.2%	12.2%	13.1%	59.9%	14.9%
メタボ予備群		103	6	7	74	16
		14.5%	5.8%	6.8%	71.8%	15.5%
メタボなし		386	22	31	284	49
		54.3%	5.7%	8.0%	73.6%	12.7%
LDL	140-159	54	2	3	49	9
		14.0%	3.7%	5.6%	90.7%	16.7%
	160-179	29	2	1	26	2
		7.5%	6.9%	3.4%	89.7%	6.9%
	180-	14	1	1	12	1
		3.6%	7.1%	7.1%	85.7%	7.1%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1～	258	29	33	175	21
		36.3%	11.2%	12.8%	67.8%	8.1%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う			
症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(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管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

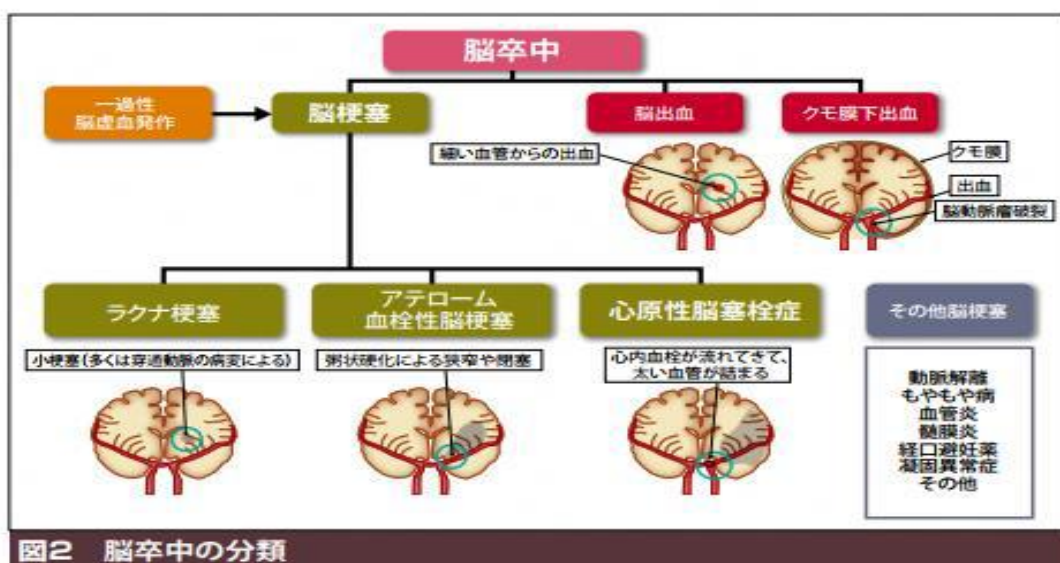
	集団健診
4月	対象者の選定基準の決定
5月	
6月	健診対象者の選定、個別通知
7月	働き盛り健診 (2日間)
8月	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
9月	特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。 台帳記載後、順次対象者へ(通年)
10月	住民健診 (10日間) 前年度事業評価
11月	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
12月	特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。 台帳記載後、順次対象者へ(通年)
3月	中間まとめ(進捗状況報告)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○		○						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○						
	心原性脳梗塞	●			●		○		○						
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 711人		59人	8.3%	90人	12.7%	38人	5.3%	6人	0.8%	219人	30.8%	46人	6.5%	34人	4.8%
治療なし		27人	6.9%	43人	6.8%	34人	6.3%	1人	0.3%	38人	11.6%	8人	2.4%	4人	1.2%
治療あり		32人	10.1%	47人	63.5%	4人	2.3%	5人	1.3%	181人	47.3%	38人	10.0%	30人	7.8%
臓器障害あり		7人	25.9%	10人	23.3%	6人	17.6%	1人	100.0%	5人	13.2%	8人	100.0%	4人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	5人		8人		6人		0人		3人		8人		4人	
	尿蛋白(2+)以上	3人		4人		3人		0人		2人		8人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人		2人		1人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		3人		2人		0人		1人		0人		4人	
	心電図所見あり	2人		2人		0人		1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る。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が59人(8.3%)であり、27人は未治療者であった。また未治療者のうち7人(25.9%)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ある。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も32人(10.1%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

【図表 37】

血圧分類 (mmHg)		至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	393	128 32.6%	100 25.4%	69 17.6%	69 17.6%	17 4.3%	10 2.5%
	リスク第1層	41 10.4%	21 16.4%	13 13.0%	3 4.3%	4 5.8%	0 0.0%
リスク第2層	161	62 41.0%	39 48.4%	27 39.0%	24 34.8%	7 41.2%	2 20.0%
	リスク第3層	191 48.6%	45 35.2%	48 48.0%	39 56.5%	41 59.4%	8 80.0%
再 掲 重 複 あ り	糖尿病	39 20.4%	9 20.0%	8 16.7%	9 23.1%	9 22.0%	2 20.0%
	慢性腎臓病（CKD）	119 62.3%	28 62.2%	29 60.4%	23 59.0%	6 68.3%	5 62.5%
	3個以上の危険因子	88 46.1%	20 44.4%	21 43.8%	19 48.7%	6 60.0%	3 37.5%

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
4 1.0%	24 6.1%	68 17.3%
4 100%	0 0.0%	0 0.0%
--	24 100.0%	9 13.2%
--	--	59 86.8%

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態

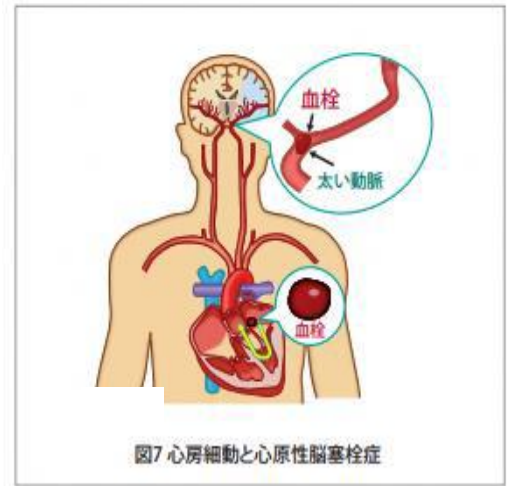


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

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

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表 38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	328	285	6	1.8	0	0	－	－
40歳代	28	25	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	76	66	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	187	146	3	1.6	0	0	1.9	0.4
70～74歳	37	48	3	8.1	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
6	100	1	16.7	5	83.3

心電図検査において 6 人が心房細動の所見が認められた。特に70～74歳においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 6 人のうち 5 人は既に治療が開始されていた。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る。また、伊江村の集団健診において全数実施されているが、早期発見・早期介入するために個別健診においても心電図検査の全数実施の検討が必要。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

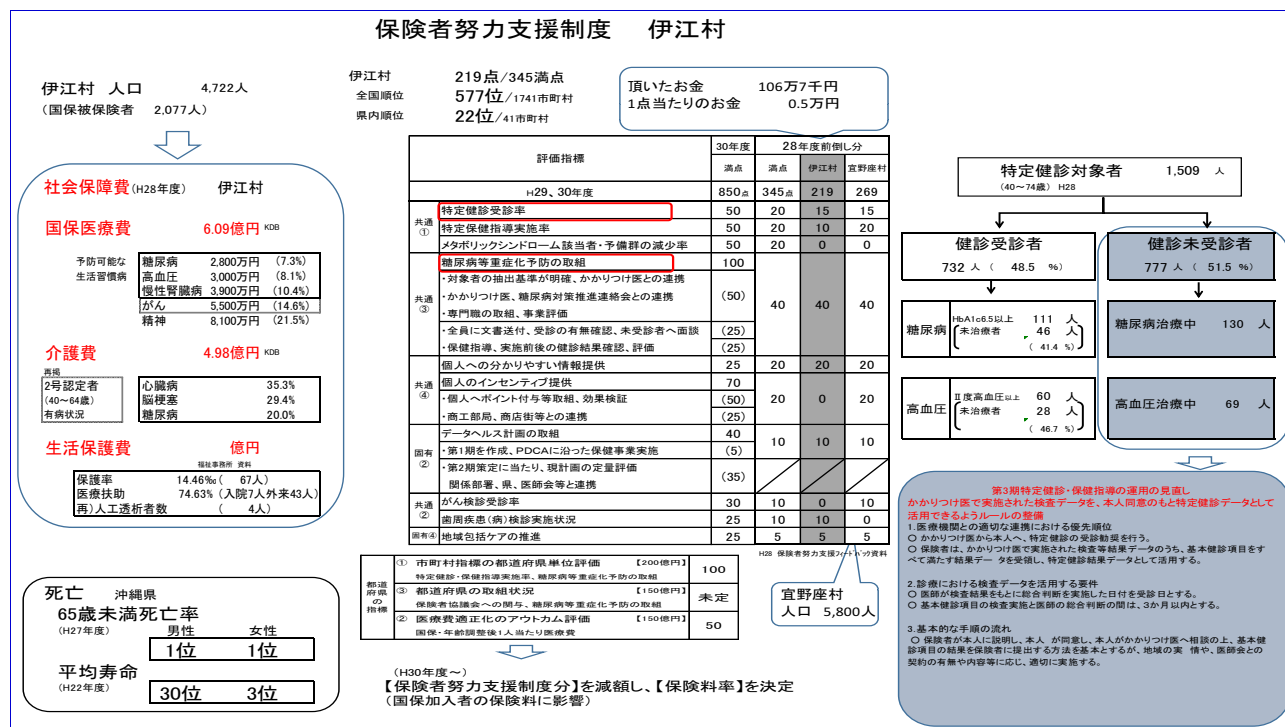
7) 実施期間及びスケジュール

	集団健診	個別健診
4月	対象者の選定基準の決定	
5月		
6月	健診対象者の選定、個別通知	速報が2ヶ月後 順次届く(通年)
7月	働き盛り健診 (2日間)	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
8月	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定	特定健診結果が届き次第血圧評価表・心房細動管理台帳 に記載し、順次対象者へ(通年)
9月	特定健診結果が届き次第血圧評価表・心房細動管理台帳 に記載し、順次対象者へ(通年)	
10月	住民健診 (10日間)	前年度事業評価
11月	介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定	
12月	特定健診結果が届き次第血圧評価表・心房細動管理台帳 に記載し、順次対象者へ(通年)	伊江村立診療所 (12月～2月)
1月		介入対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定
2月		特定健診結果が届き次第血圧評価表・心房細動管理台帳 に記載し、順次対象者へ(通年)
3月	中間まとめ(進捗状況報告)	

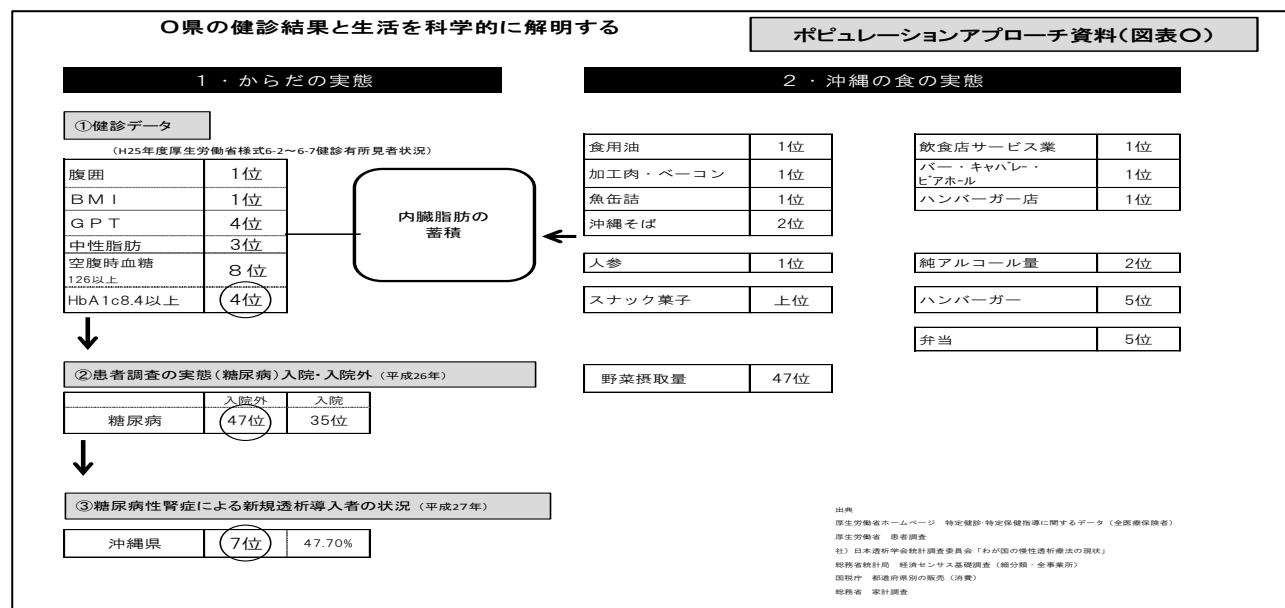
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

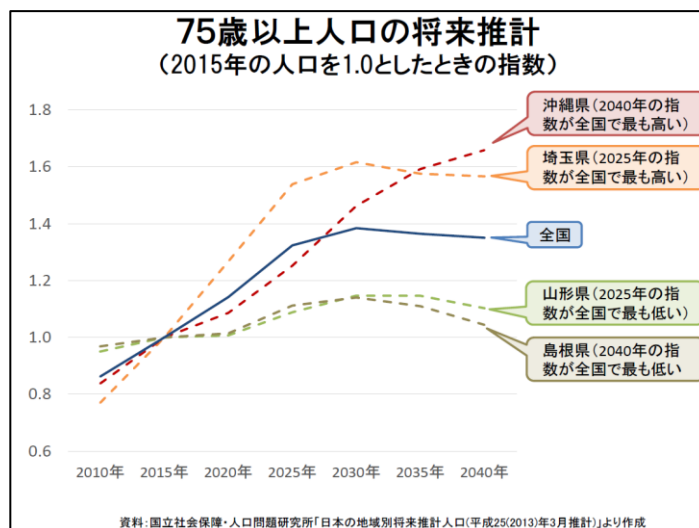
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040 年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

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

【図表 42】



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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の2023年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10）

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

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

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

【図表 43】

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法
特定保健計画	(伊江村の健康課題) ・早世死亡率が高い ・働き盛り世代の健診受診率が低い ・普段は医療にかからず、重症化してから入院することにより入院医療費が増加 ・医療費、介護給付費の単価が国や県と比べ高い ・虚血性心疾患の増加 ・糖尿病、脂質異常症の増加 ・メタボリックシンドローム該当者が県と比較多い ・適正飲酒量を超える人が6割 ・糖尿病治療中でコントロール不良者が多い	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上 特定保健指導実施率60%以上 特定保健指導対象者の減少率25%	H28 51.9% 64.4% 0.0%	H29 52.4% 65.0% 1.7%	H30 53.3% 65.5% 4.2%	H31 54.9% 66.7% 8.5%	H32 56.5% 67.0% 12.7%	H33 58.2% 68.4% 16.9%	H34 59.9% 69.9% 21.2%	H35 61.7% 70.5% 25.4%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)		
		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.8%減少 虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.5%減少 糖尿病性腎症による透析導入者の割合0%	3.8% 4.3% 0.0%				3.5% 4.0% 0.0%				3.0% 3.8% 0.0%	KDBシステム	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25% 健診受診者の高血圧の割合減少4.0% (160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少6.8% (LDL160以上) 健診受診者の糖尿病有病者の割合減少10.3% (HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合70% 糖尿病の保健指導を実施した割合75%以上	46.4% 8.3% 13.1% 15.2% 31.5% 42.1%	43.3% 7.7% 12.2% 14.5% 35.0% 45.0%	40.2% 7.1% 11.3% 13.8% 40.0% 50.0%	37.1% 6.5% 10.4% 13.1% 50.0%	34.0% 5.9% 9.5% 12.4% 55.0%	30.9% 5.0% 8.6% 11.7% 60.0%	27.8% 4.5% 7.7% 11.0% 65.0%	24.7% 4.0% 6.8% 10.3% 70.0%	24.7% 4.0% 6.8% 10.3% 70.0%	KDBシステム	
保険者努力支援制度		がん検診受診率の向上、精密検査対象者への検査の実施により、早期発見、早期治療に繋げ、がんによる死亡率を減らす	がん検診受診率 胃がん検診 52%以上 肺がん検診 52%以上 大腸がん検診 52%以上 子宮頸がん検診 52%以上 乳がん検診 52%以上	4.1% 29.8% 10.3% 7.6% 12.8%	20.0% 30.0% 20.0% 20.0% 20.0%	30.0% 35.0% 30.0% 30.0% 30.0%	40.0% 40.0% 40.0% 40.0% 40.0%	45.0% 48.0% 48.0% 48.0% 48.0%	50.0% 50.0% 50.0% 50.0% 50.0%	52.0% 52.0% 52.0% 52.0% 52.0%	52.0% 52.0% 52.0% 52.0% 52.0%	地域保健事業報告		
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合75%以上	71.4%	73.4%	73.8%	74.0%	74.2%	74.3%	74.4%	75.0%	厚生労働省公表結果	

※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、国の指針において、公表するものとされている。

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

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた伊江村の位置

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

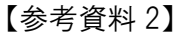
参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 次年度に向けて全体評価

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数	糖尿病	485,771	35位 (19)	593,480	25位 (18)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	617,535	12位 (17)	579,918	28位 (14)								
				脂質異常症	493,434	34位 (18)	550,611	22位 (16)								
				脳血管疾患	688,456	13位 (21)	608,408	30位 (18)								
				心疾患	478,951	36位 (8)	588,806	33位 (8)								
				腎不全	691,402	29位 (18)	540,752	38位 (13)								
				精神	437,095	31位 (26)	505,928	9位 (27)								
				悪性新生物	580,074	33位 (18)	596,830	35位 (17)								
				糖尿病	37,248	26位	37,859	27位								
				高血圧	31,666	27位	32,996	26位								
				脂質異常症	31,553	15位	33,128	12位								
				脳血管疾患	45,526	7位	40,542	21位								
				心疾患	56,962	18位	59,949	24位								
				腎不全	205,160	23位	150,057	30位								
				精神	30,558	29位	31,994	27位								
				悪性新生物	46,886	25位	47,844	35位								
5	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	2,072		2,654	3,151	1,919	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域					
				健診未受診者	9,290		13,522	12,337	10,954	12,339						
				生活習慣病対象者 一人当たり	6,414		8,682	8,737	6,836	6,742						
				健診未受診者	28,765		44,230	34,206	39,024	35,459						
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨率	404	60.7	440	61.9	37,189	56.9	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				医療機関受診率	364	54.7	402	56.5	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,618	51.5		
				医療機関非受診率	40	6.0	38	5.3	3,443	5.3	4,230	4.4	357,742	4.5		
	①	特定健診の 状況 県内順位 順位総数	健康診受診者	666		711		65,384		96,836		7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	②			受診率	45.2	県内18位 同規模130位	46.4	県内15位 同規模143位	46.4	37.5	全国25位	36.4				
	③			特定保健指導終了者（実施率）	11	8.2	77	64.7	3904	45.4	7,845	50.6	198,683	21.1		
	④			非肥満高血糖	41	6.2	43	6.0	6,352	9.7	6,227	6.4	737,886	9.3		
	⑤		メタボ	該当者	173	26.0	220	30.9	12,200	18.7	21,916	22.6	1,365,855	17.3		
				男性	119	34.1	160	42.0	8,464	27.7	15,055	32.9	940,335	27.5		
				女性	54	17.0	60	18.2	3,736	10.7	6,861	13.4	425,520	9.5		
	⑥			予備群	124	18.6	110	15.5	7,622	11.7	14,505	15.0	847,733	10.7		
				男性	80	2										

都道府県名	兵庫県	市町村名	伊江村	同規模区分	8
-------	-----	------	-----	-------	---



【参考資料 3】

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

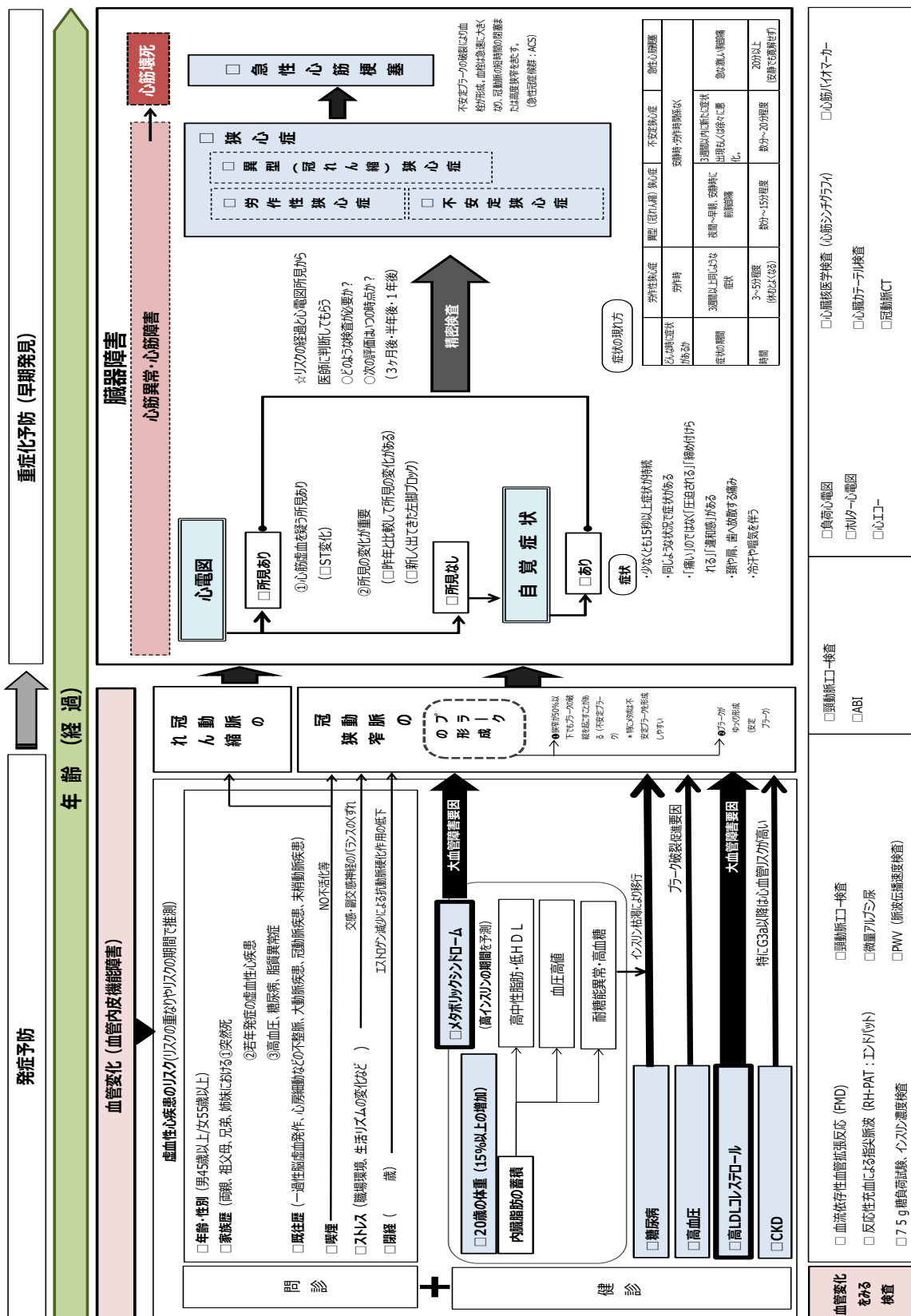
【参考資料 4】

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	糖尿病管理台帳の全数 (A) + (B) (181) 人														
	(A) 健診未受診者 (38) 人														
	<table><tr><th colspan="2">結果把握(内訳)</th></tr><tr><td>①国保(生保)</td><td>()人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>()人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>()人</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>()人</td></tr></table>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	結果把握(内訳)														
	①国保(生保)	()人													
②後期高齢者	()人														
③他保険	()人														
④住基異動(死亡・転出)	()人														
⑤確認できず	()人														
①-1未治療者(中断者含む) (45) 人	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患・手術 ●人工透析 ●がん													
*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															
保健指導の優先づけ	(B) 結果把握 (143) 人														
	①HbA1cが悪化している (57) 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												
	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある														
	②蛋白尿 (-) (72) 人 (±) (27) 人 (+) ~顕性腎症 (42) 人	4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続												
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (2) 人 1年で5ml/m以上低下 (32) 人		栄養士中心 腎専門医												

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価										同規模 区分	8	都道 府県	沖縄県	市町村名	伊江村
項目				突 合 表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基		
					28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245				
					実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	①	被保険者数		A	2,145人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳			1,509人										
2	①	対象者数		B	1,509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	732人										
	③	受診率			48.5%										
3	①	特定 保健指導 対象者数			118人										
	②	実施率			46.7%										
4	①	健診 データ	糖尿病型	E	123人	16.8%							特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	49人	39.8%									
	③		治療中(質問票 服薬あり)	G	74人	60.2%									
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	56人	75.7%									
	⑤		血圧 130/80以上		38人	67.9%									
	⑥		肥満 BMI25以上		40人	71.4%									
	⑦		コントロール良好 HbA1c<7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	18人	24.3%									
	⑧		第1期 尿蛋白(ー)	M	61人	49.6%									
	⑨		第2期 尿蛋白(±)		21人	17.1%									
	⑩		第3期 尿蛋白(+)以上		40人	32.5%									
	⑪		第4期 eGFR30未満		1人	0.8%									
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)		99.3人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	②		(再掲)40-74歳(被保険者千対)		135.2人										
	③		レセプト件数 (40-74歳) (-)内は被保険者千対		810件	(552.9)				472件	(757.6)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)			
	④		入院外(件数)	4件	(2.7)				4件	(5.9)					
	⑤		糖尿病治療中	H	213人	9.9%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2			
	⑥		(再掲)40-74歳		204人	13.5%									
	⑦		健診未受診者	I	130人	63.7%									
	⑧		インスリン治療	O	13人	6.1%									
	⑨		(再掲)40-74歳		12人	5.9%									
	⑩		糖尿病性腎症	L	9人	4.2%									
	⑪		(再掲)40-74歳		9人	4.4%									
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	2.35%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー			
	⑬		(再掲)40-74歳		5人	2.45%									
	⑭		新規透析患者数		0人	0.0%									
	⑮		(再掲)糖尿病性腎症		0人	0.0%									
	⑯		【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.5%									
6	①	医療費	総医療費		6億0913万円						2億6643万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題		
	②		生活習慣病総医療費		3億7872万円						1億5163万円				
	③		(総医療費に占める割合)		62.2%						56.9%				
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり		8,682円						8,737円				
	⑤		健診受診者		44,230円						34,206円				
	⑥		健診未受診者												
	⑦		糖尿病医療費		2780万円						1526万円				
	⑧		(生活習慣病総医療費に占める割合)		7.3%						10.1%				
	⑨		糖尿病入院外総医療費		9677万円										
	⑩		1件あたり		37,859円										
	⑪		糖尿病入院総医療費		8427万円										
	⑫		1件あたり		593,480円										
	⑬		在院日数		18日										
	⑭		慢性腎不全医療費		4738万円						1315万円				
	⑮		透析有り		3927万円						1198万円				
⑯	透析なし		811万円						116万円						
7	①	介護	介護給付費		4億9805万円						3億1509万円		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	②		(2号認定者)糖尿病合併症		1件	20.0%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%					0人	1.0%			

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか

[illegible]

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診		リスク状況		対象者		
		他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし ☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者		
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑤ 重症化予防対象者		
判定		正常	軽度		重度	追加評価項目
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～			
	□BMI	～24.9	25～			
	□中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	□HDL-C	40～	35～39	～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	□ALT	～30	31～50	51～		
	□γ-GT	～50	51～100	101～		
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	□血圧	収縮期	～129	130～139		140～
		拡張期	～84	85～89		90～
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～		
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	☐ 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

血圧評価表

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

心房細動管理台帳

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

