

## 第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

### 1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

## 2. 計画の位置付け

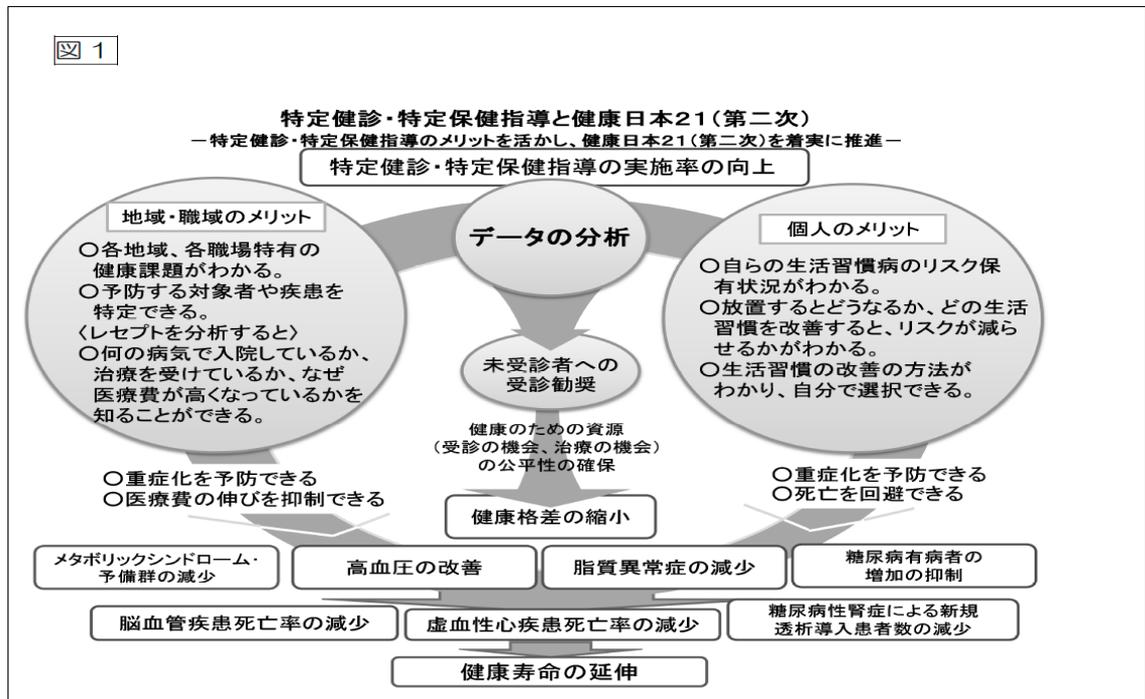
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

【図表1】

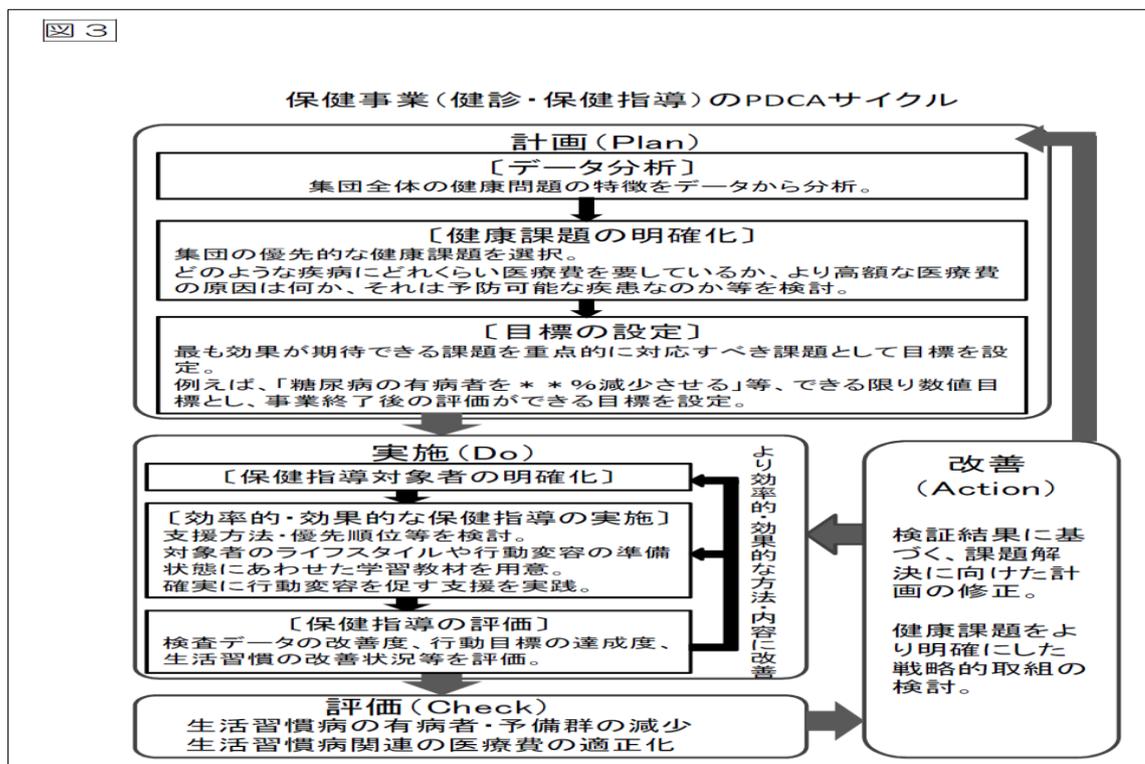
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施等に関する指針(一部改正)	厚生労働省 老健局 平成28年3月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年2月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活機能の向上を図るものとする。生活習慣の改善及び社会環境の整備に積極的に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による慢性疾患の発症予防や重症化を防止することができ、さらには重症化や合併症の発症を防止し、入院患者を減少させることができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図る。重症化の防止を図ることが可能となる。特定健康診査は、慢性疾患等の発症予防や重症化を防止することによって、データヘルス計画の一環として、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、積極的に推進するものとする。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び疾病予防の取組について、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目標とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた日常生活を送ることができるよう支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の防止を目標としている。	国民皆保険と結びつけていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療と結果的に医療費の削減を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割のない医療の提供を抑制し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若年期</b> 、 <b>壮年期</b> )に対応	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える若年(壮年)世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん がん末期 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 特定期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓・小脳疾患、脊髄神経症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、非多系統臓器硬化症 後縦靭帯断裂症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 脳血管疾患 がん 精神疾患
評価	※5項目中、特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による年齢別発生率(患者数) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦生活習慣病の予防 ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の予防 ⑩生活習慣病の予防 ⑪生活習慣病の予防 ⑫生活習慣病の予防 ⑬生活習慣病の予防 ⑭生活習慣病の予防 ⑮生活習慣病の予防 ⑯生活習慣病の予防 ⑰生活習慣病の予防 ⑱生活習慣病の予防 ⑲生活習慣病の予防 ⑳生活習慣病の予防 ㉑生活習慣病の予防 ㉒生活習慣病の予防 ㉓生活習慣病の予防 ㉔生活習慣病の予防 ㉕生活習慣病の予防 ㉖生活習慣病の予防 ㉗生活習慣病の予防 ㉘生活習慣病の予防 ㉙生活習慣病の予防 ㉚生活習慣病の予防 ㉛生活習慣病の予防 ㉜生活習慣病の予防 ㉝生活習慣病の予防 ㉞生活習慣病の予防 ㉟生活習慣病の予防 ㊱生活習慣病の予防 ㊲生活習慣病の予防 ㊳生活習慣病の予防 ㊴生活習慣病の予防 ㊵生活習慣病の予防 ㊶生活習慣病の予防 ㊷生活習慣病の予防 ㊸生活習慣病の予防 ㊹生活習慣病の予防 ㊺生活習慣病の予防 ㊻生活習慣病の予防 ㊼生活習慣病の予防 ㊽生活習慣病の予防 ㊾生活習慣病の予防 ㊿生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の参加率) ①養生生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導受診率 ③特定健康診査の結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備病 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外支 ②一人あたり外支医療費の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム患者の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて変更)
その他		被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度)】を減額し、保険料率決定		被保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、被保険者との連携	被保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、被保険者との連携

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

### 3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

### 4.関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部局の役割

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

具体的には、福祉課の障害福祉班、国保年金班、母子児童班、健康づくり班が十分連携することが望ましい。

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

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、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。

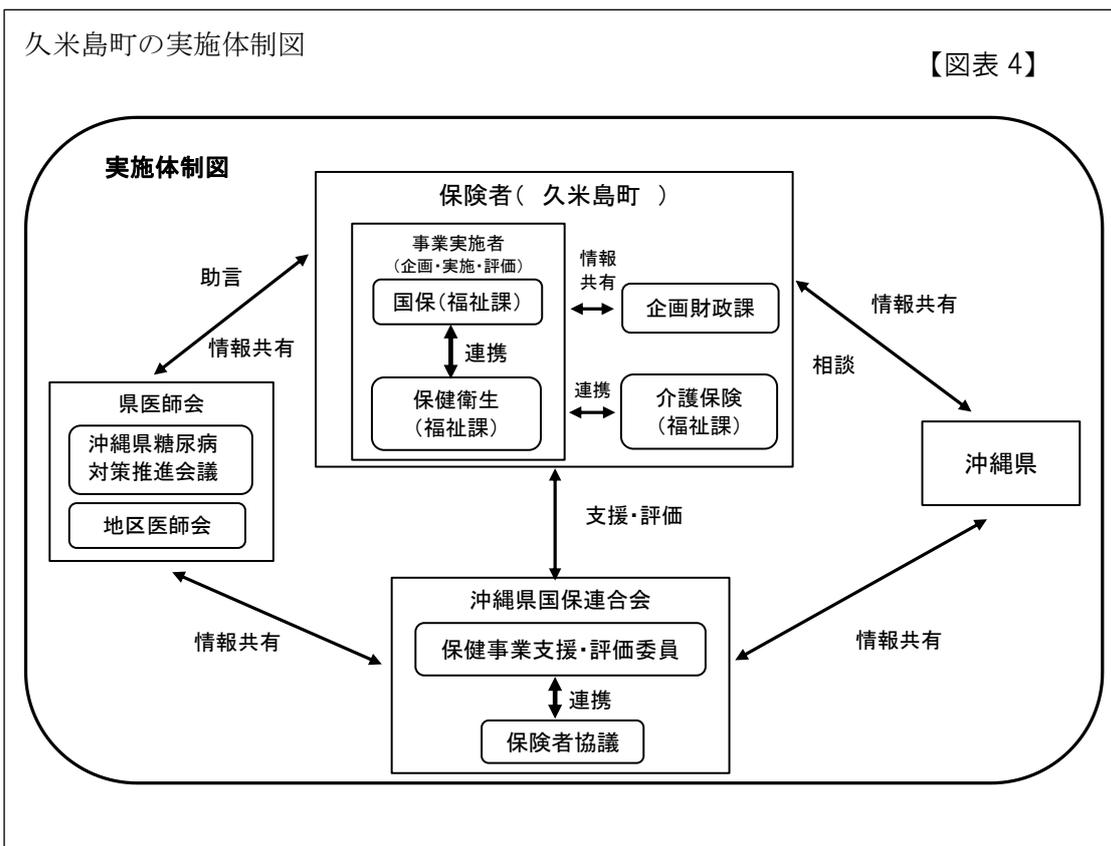
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

### 3) 被保険者の役割

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



#### 4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度		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倍であった。

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った。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少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)

###### 【読み取り】

介護給付費が3年間で5千万円近く増加している。居宅サービスより、施設サービスが増加している。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	久米島町				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	7億9,428万円	79,324	54,167	279,716	71,282	41,044	279,592
平成28年度	8億4,066万円	80,223	52,618	280,213	70,589	40,981	275,251

## ②医療費の状況（図表 7）

**【読み取り】**  
 総医療費は減少しているものの、一人当たりの医療費が増加している。  
 入院外は減少しているが、入院が増加していることから重症化して医療にかかっていると思われる。

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	
				久米島町	同規模			久米島町	同規模			久米島町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	13億円62790388				5億円91923661				7億円70866727			
	H28年度	13億円51110024	-11,680,365	-6.4	-0.9	5億円88507812	-3,415,849	0.8	-0.58	7億円62602212	-8,264,515	-14.3	-1.1
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	24,630				10,660				13,970			
	H28年度	26,490	1,860	2.1	7.6	11,510	850	10.0	8.0	14,890	920	-6.5	6.6

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

## ③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

**【読み取り】**  
 一人当たり医療費の増加の原因として、中長期的目標疾患の慢性腎不全で透析に至っている割合が、H25年度 7.57%から H28年度には 9.3%に増えている。その原因としては、短期目標疾患である糖尿病が、H25年度 4.72%から H28年度 5.42%に増加していることが考えられる。

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		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 久米島町	779,254,200	19,887	230位	23位	7.57%	0.43%	3.40%	1.62%	4.72%	7.07%	1.45%	204,566,730	26.25%	9.69%	15.06%	7.69%
	H28 729,324,380	20,313	233位	29位	9.30%	0.13%	3.00%	1.36%	5.42%	5.10%	1.14%	185,699,030	25.46%	12.44%	11.66%	9.44%
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%	2,239,908,933,310	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病名のうち最も費用を要した病名

【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）

##### 【読み取り】

中長期的目標疾患の、虚血性心疾患の割合はわずかに減少しているが動脈硬化が起因となる疾患を併せ持つ脳血管疾患、人工透析が増加している。その要因として、高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合の増加が見られる。

中長期的目標疾患の脳血管疾患は微増ではあるが、虚血性心疾患、人工透析は増加している。その要因としての、高血圧は81.0%と高く、糖尿病、脂質異常症も増加している。特に糖尿病は、H25年度26.3%からH28年度は36.7%に増加している。

中長期的目標疾患の人工透析は微増ではあるが、脳血管疾患、虚血性心疾患が増加している。その背景に、高血圧100%で、糖尿病も42.3%となっている。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3297	101	3.1	8	7.9	3	3.0	85	84.2	26	25.7	45	44.6
	64歳以下	2689	52	1.9	2	3.8	3	5.8	43	82.7	15	28.8	18	34.6
	65歳以上	608	49	8.1	6	12.2	0	0.0	42	85.7	11	22.4	27	55.1
H28	全体	3045	61	2.0	12	19.7	5	8.2	54	88.5	22	36.1	35	57.4
	64歳以下	2364	30	1.3	4	13.3	3	10.0	25	83.3	10	33.3	17	56.7
	65歳以上	681	31	4.6	8	25.8	2	6.5	29	93.5	12	38.7	18	58.1

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		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3297	80	2.4	8	10.0	3	3.8	66	82.5	21	26.3	33	41.3
	64歳以下	2689	38	1.4	2	5.3	2	5.3	26	68.4	10	26.3	10	26.3
	65歳以上	608	42	6.9	6	14.3	1	2.4	40	95.2	11	26.2	23	54.8
H28	全体	3045	79	2.6	12	15.2	4	5.1	64	81.0	29	36.7	34	43.0
	64歳以下	2364	27	1.1	4	14.8	3	11.1	22	81.5	7	25.9	13	48.1
	65歳以上	681	52	7.6	8	15.4	1	1.9	42	80.8	22	42.3	21	40.4

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		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3297	11	0.3	3	27.3	3	27.3	11	100.0	2	18.2	2	18.2
	64歳以下	2689	9	0.3	2	22.2	3	33.3	9	100.0	1	11.1	1	11.1
	65歳以上	608	2	0.3	1	50.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0
H28	全体	3045	12	0.4	4	33.3	5	41.7	12	100.0	3	25.0	4	33.3
	64歳以下	2364	8	0.3	3	37.5	3	37.5	8	100.0	1	12.5	3	37.5
	65歳以上	681	4	0.6	1	25.0	2	50.0	4	100.0	2	50.0	1	25.0

### (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)

##### 【読み取り】

短期目標疾患の糖尿病は、微増ではあるが、インスリン療法を受けている人が増加し、脳血管疾患や糖尿病性腎症へ重症化している人が増加している。

高血圧は減少しているが、糖尿病、脂質異常症を合併発症している人が増加している。さらに脳血管疾患、人工透析へと進展している人が増加している。

脂質異常症は、糖尿病、高血圧を併せ持つ人が多く脳血管疾患と人工透析への重症化が見られる。

【図表10】

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	3297	176	5.3	21	11.9	134	76.1	92	52.3	26	14.8	21	11.9	2	1.1	17	9.7	
	64歳以下	2689	112	4.2	16	14.3	84	75.0	54	48.2	15	13.4	10	8.9	1	0.9	12	10.7	
	65歳以上	608	64	10.5	5	7.8	50	78.1	38	59.4	11	17.2	11	17.2	1	1.6	5	7.8	
H28	全体	3045	164	5.4	21	12.8	131	79.9	86	52.4	22	13.4	29	17.7	3	1.8	26	15.9	
	64歳以下	2364	89	3.8	12	13.5	68	76.4	44	49.4	10	11.2	7	7.9	1	1.1	10	11.2	
	65歳以上	681	75	11.0	9	12.0	63	84.0	42	56.0	12	16.0	22	29.3	2	2.7	16	21.3	

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	3297	541	16.4	134	24.8	188	34.8	85	15.7	66	12.2	11	2.0	
	64歳以下	2689	294	10.9	84	28.6	84	28.6	43	14.6	26	8.8	9	3.1	
	65歳以上	608	247	40.6	50	20.2	104	42.1	42	17.0	40	16.2	2	0.8	
H28	全体	3045	455	14.9	131	28.8	177	38.9	54	11.9	64	14.1	12	2.6	
	64歳以下	2364	222	9.4	68	30.6	88	39.6	25	11.3	22	9.9	8	3.6	
	65歳以上	681	233	34.2	63	27.0	89	38.2	29	12.4	42	18.0	4	1.7	

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	3297	236	7.2	92	39.0	188	79.7	45	19.1	33	14.0	2	0.8	
	64歳以下	2689	116	4.3	54	46.6	84	72.4	18	15.5	10	8.6	1	0.9	
	65歳以上	608	120	19.7	38	31.7	104	86.7	27	22.5	23	19.2	1	0.8	
H28	全体	3045	217	7.1	86	39.6	177	81.6	35	16.1	34	15.7	4	1.8	
	64歳以下	2364	109	4.6	44	40.4	88	80.7	17	15.6	13	11.9	3	2.8	
	65歳以上	681	108	15.9	42	38.9	89	82.4	18	16.7	21	19.4	1	0.9	

## ②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

【読み取り】

BMI、中性脂肪、HbA1c、LDL コレステロールの異常率が高い。男性は肥満を始め、減少傾向にあるが、中性脂肪異常率が増加している。女性は肥満を始め、すべての項目で異常率が増加している。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

	性別	項目	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
H25	男性	合計	274	47.2	362	62.4	202	34.8	113	19.5	76	13.1	181	31.2	361	62.2	199	34.3	265	45.7	135	23.3	284	49.0	13	2.2
		40-64	181	49.7	237	65.1	143	39.3	84	23.1	48	13.2	111	30.5	210	57.7	131	36.0	168	46.2	103	28.3	175	48.1	5	1.4
		65-74	93	43.1	125	57.9	59	27.3	29	13.4	28	13.0	70	32.4	151	69.9	68	31.5	97	44.9	32	14.6	109	50.5	8	3.7
H28	男性	合計	240	45.0	324	60.8	220	41.3	101	18.9	65	12.2	148	27.8	332	62.3	190	35.6	275	51.6	121	22.7	287	53.8	16	3.0
		40-64	134	45.9	169	57.9	136	46.6	69	23.6	39	13.4	74	25.3	186	63.7	111	38.0	138	47.3	81	27.7	155	53.1	7	2.4
		65-74	106	44.0	155	64.3	84	34.9	32	13.3	26	10.8	74	30.7	146	60.6	79	32.8	137	56.8	40	16.6	132	54.8	9	3.7
H25	女性	合計	190	41.9	149	32.8	103	22.7	40	8.8	22	4.8	83	18.3	251	55.3	32	7.0	187	41.2	65	14.3	285	62.8	2	0.4
		40-64	116	42.5	92	33.7	60	22.0	26	9.5	14	5.1	48	17.6	139	50.9	17	6.2	97	35.5	41	15.0	167	61.2	1	0.4
		65-74	74	40.9	57	31.5	43	23.8	14	7.7	8	4.4	35	19.3	112	61.9	15	8.3	90	49.7	24	13.3	118	65.2	1	0.6
H28	女性	合計	167	44.2	132	34.9	99	26.2	38	10.1	21	5.6	64	16.9	237	62.7	25	6.6	189	50.0	81	21.4	251	66.4	1	0.3
		40-64	87	43.7	68	34.2	53	26.6	24	12.1	11	5.5	30	15.1	120	60.3	15	7.5	87	43.7	44	22.1	129	64.8	0	0.0
		65-74	80	44.7	64	35.8	46	25.7	14	7.8	10	5.6	34	19.0	117	65.4	10	5.6	102	57.0	37	20.7	122	68.2	1	0.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

☆No.24帳票

	性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
			人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	男性	合計	580	45.3	29	5.0%	116	20.0%	11	1.9%	73	12.6%	32	5.5%	217	37.4%	38	6.6%	19	3.3%	104	17.9%	56	9.7%		
		40-64	364	39.1	21	5.8%	78	21.4%	7	1.9%	46	12.6%	25	6.9%	138	37.9%	22	6.0%	12	3.3%	69	19.0%	35	9.6%		
		65-74	216	61.9	8	3.7%	38	17.6%	4	1.9%	27	12.5%	7	3.2%	79	36.6%	16	7.4%	7	3.2%	35	16.2%	21	9.7%		
H28	男性	合計	533	43.8	19	3.6%	118	22.1%	3	0.6%	86	16.1%	29	5.4%	187	35.1%	18	3.4%	6	1.1%	99	18.6%	64	12.0%		
		40-64	292	36.8	13	4.5%	58	19.9%	1	0.3%	34	11.6%	23	7.9%	98	33.6%	10	3.4%	3	1.0%	51	17.5%	34	11.6%		
		65-74	241	57.1	6	2.5%	60	24.9%	2	0.8%	52	21.6%	6	2.5%	89	36.9%	8	3.3%	3	1.2%	48	19.9%	30	12.4%		
H25	女性	合計	454	55.8	21	4.6%	55	12.1%	4	0.9%	38	8.4%	13	2.9%	73	16.1%	17	3.7%	5	1.1%	33	7.3%	18	4.0%		
		40-64	273	49.1	15	5.5%	33	12.1%	1	0.4%	21	7.7%	11	4.0%	44	16.1%	12	4.4%	3	1.1%	17	6.2%	12	4.4%		
		65-74	181	70.4	6	3.3%	22	12.2%	3	1.7%	17	9.4%	2	1.1%	29	16.0%	5	2.8%	2	1.1%	16	8.8%	6	3.3%		
H28	女性	合計	378	50.7	13	3.4%	38	10.1%	1	0.3%	26	6.9%	11	2.9%	81	21.4%	14	3.7%	1	0.3%	40	10.6%	26	6.9%		
		40-64	199	43.4	9	4.5%	20	10.1%	1	0.5%	12	6.0%	7	3.5%	39	19.6%	7	3.5%	1	0.5%	16	8.0%	15	7.5%		
		65-74	179	62.6	4	2.2%	18	10.1%	0	0.0%	14	7.8%	4	2.2%	42	23.5%	7	3.9%	0	0.0%	24	13.4%	11	6.1%		

## ③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

【読み取り】

特定健診の受診率は、同規模市町村と同様に低下している。

保健指導率は84.9%と約30%も向上している。受診勧奨対象者へのアプローチの効果も向上し、医療機関受診者も53.2%から60.8%へ増加している。

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	指導率	医療機関受診率	
								久米島町	同規模平均
H25年度	2189	1073	49.0%	55位			54.7%	53.2%	51.2%
H28年度	2036	954	46.4%	80位			84.9%	60.8%	51.9%

## 2) 第1期に係る考察

### 【考察】

中長期的目標の指標である疾患増加傾向にあることから、短期的目標疾患の高血圧、糖尿病、脂質異常症の対策必要性を感じる。

男性は肥満が H25 年 47.2%、H28 年 45.0%と減少し、腹囲（62.8%→60.8%）の改善が見られ、脂肪肝の指標となる GPT（19.5%→18.9%）が改善した。一方、糖尿病の指標である空腹時血糖（31.2%→27.8%）、HbA1c(62.2%→62.3%)と大きな改善は見られない。また、脳血管疾患に進展しやすい高血圧と LDL コレステロール高値者が増加しているため、その対策が必要である。

女性は肥満が H25 年 41.5%、H28 年 44.2%と増加し中性脂肪（22.7%→26.2%）、GPT（55.5%→62.7%）、血圧（41.2%→50.5%）と各項目の異常値が増加し心血管疾患のリスクがたかくなっているため、その対策が必要である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

### 【読み取り】

一人当たりの医療費が、国、県、同規模市町村の平均より低いがレセ件数の 4.4%の入院で外来の 95.8%と同じ額の医療費を使っていることから、重症化して入院に至っていると思われる。

【図表 13】

### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

#### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○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）

【読み取り】

長期入院は予防できる生活習慣病を起因とする疾患としては脳血管疾患が3件(14.3%)である。

人工透析患者では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の順が多い。

生活習慣病全体の構成割合を見ると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症の順で多く、高血圧、糖尿病、脂質異常症を基礎疾患としての重なりで見ると、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の順で多くなっている。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	その他	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	9件	0件 0.0%	0件 0.0%	9件 100.0%	
		費用額	1089万円	--	--	1089万円 100.0%	
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	精神疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	21件	3件 14.3%	0件 0.0%	13件 61.9%	
		費用額	759万円	120万円 15.8%	--	477万円 62.9%	
厚労省様式	対象レセプト		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	11人	3人 27.3%	5人 45.5%	2人 18.2%
		様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H28年度 累計	件数	21件	3件 14.3%	0件 0.0%
費用額	1万円			万円 19.8%	--	1万円 100.0%	

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	721人	81人 11.2%	60人 8.3%	31人 4.3%	
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧	68人 84.0%	51人 85.0%	23人 74.2%	
			糖尿病	28人 34.6%	18人 30.0%	31人 100.0%	
			脂質異常症	39人 48.1%	37人 61.7%	20人 64.5%	
		高血圧症	468人 64.9%	糖尿病	244人 33.8%	高尿酸血症	132人 18.3%

○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受けているのか (図表 15)

【読み取り】  
 介護保険を受けている者のうちで、40~64 歳では脳卒中、腎不全、虚血性心疾患、の順が多い。基礎疾患としては、高血圧(82.8%)、糖尿病(67.7%)、脂質異常症(59.6%)の順が多い。  
 65~74 歳では、脳卒中、虚血性心疾患、腎不全の順で多く、基礎疾患としては、高血圧 (80.2%)、糖尿病 (55.9%)、脂質異常症 (46.5%) となっている。  
 要介護認定者の医療費は認定なし者に比べて 2 倍になっている

【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	2,975人		790人		1,343人		2,133人		5,108人			
認定者数	15人		59人		508人		567人		582人				
	認定率	0.50%		7.5%		37.8%		26.6%		11.4%			
新規認定者数 (*1)			23人		98人		0人		98人		121人		
介護度別人数	要支援1・2		6	40.0%	9	15.3%	120	23.6%	129	22.8%	135	23.2%	
	要介護1・2		3	20.0%	26	44.1%	160	31.5%	186	32.8%	189	32.5%	
	要介護3~5		6	40.0%	24	40.7%	228	44.9%	252	44.4%	258	44.3%	
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		疾病		疾病		疾病		疾病	
				件数	--	99	404	1	405	504			
		循環器 疾患	1	脳卒中	62 62.6%	脳卒中	220 54.5%	脳卒中	0 0.0%	脳卒中	220 54.3%	脳卒中	282 56.0%
			2	腎不全	15 15.2%	虚血性 心疾患	84 20.8%	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	84 20.7%	虚血性 心疾患	86 17.1%
			3	虚血性 心疾患	2 2.0%	腎不全	54 13.4%	腎不全	0 0.0%	腎不全	54 13.3%	腎不全	69 13.7%
		基礎疾患 (*2)	糖尿病		67 67.7%	糖尿病	226 55.9%	糖尿病	1 100.0%	糖尿病	227 56.0%	糖尿病	294 58.3%
			高血圧		82 82.8%	高血圧	324 80.2%	高血圧	1 100.0%	高血圧	325 80.2%	高血圧	407 80.8%
			脂質 異常症		59 59.6%	脂質 異常症	188 46.5%	脂質 異常症	0 0.0%	脂質 異常症	188 46.4%	脂質 異常症	247 49.0%
		血管疾患 合計		82 82.8%	合計	355 87.9%	合計	1 100.0%	合計	356 87.9%	合計	438 86.9%	
		認知症		14 14.1%	認知症	148 36.6%	認知症	1 100.0%	認知症	149 36.8%	認知症	163 32.3%	
		筋・骨格疾患		76 76.8%	筋骨格系	321 79.5%	筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	322 79.5%	筋骨格系	398 79.0%	

\*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) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症(網膜症・神経障害・腎症)も含む

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)	9,119					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,720					

## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

### 【読み取り】

男性の腹囲肥満は、40才～64才が57.9%、65才～74才が64.3%。検査項目では年齢問わず、HbA1c 62.3%、LDL コレステロール 53.8%、収縮期血圧 51.6%、中性脂肪 41.3%の異常率がどの年代も高い。女性の腹囲肥満は40才～64才が34.2%と65才～74才が35.8%で大きな差はない。検査項目はLDL コレステロール 66.4%、HbA1c 62.7%、収縮期血圧 50.0%、中性脂肪 26.2%とどの年代も高い。男女ともに脂質異常、糖代謝異常、収縮期高血圧であることから、脳血管疾患、心血管疾患、腎不全に進展する血管内皮障害のリスクが高いことがわかる。

腹囲肥満のみを見ると、男女ともに、40才～64才が4.5%と64才～74才の2倍の割合となっている。メタボ予備軍は男性が40才～64才で19.9%に対して、65才～74才が24.9%と多い。女性はこの年代も10.1%で年齢での差は見られない。また、男女ともに高血圧の割合が明らかに高い。

メタボ該当者では、男女ともに高齢者が多いがその差は、3%～4%の差で若い年代のメタボへの進展率が高い。リスクの重なりは、血圧と脂質が多い。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

		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	240	45.0	324	60.8	220	41.3	101	18.9	65	12.2	148	27.8	332	62.3	190	35.6	275	51.6	121	22.7	287	53.8	16	3.0
	40-64	134	45.9	169	57.9	136	46.6	69	23.6	39	13.4	74	25.3	186	63.7	111	38.0	138	47.3	81	27.7	155	53.1	7	2.4
	65-74	106	44.0	155	64.3	84	34.9	32	13.3	26	10.8	74	30.7	146	60.6	79	32.8	137	56.8	40	16.6	132	54.8	9	3.7
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	167	44.2	132	34.9	99	26.2	38	10.1	21	5.6	64	16.9	237	62.7	25	6.6	189	50.0	81	21.4	251	66.4	1	0.3
	40-64	87	43.7	68	34.2	53	26.6	24	12.1	11	5.5	30	15.1	120	60.3	15	7.5	87	43.7	44	22.1	129	64.8	0	0.0
	65-74	80	44.7	64	35.8	46	25.7	14	7.8	10	5.6	34	19.0	117	65.4	10	5.6	102	57.0	37	20.7	122	68.2	1	0.6

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

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

★NO.24 (概要)

		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	533	43.8	19	3.6%	118	22.1%	3	0.6%	86	16.1%	29	5.4%	187	35.1%	18	3.4%	6	1.1%	99	18.6%	64	12.0%		
	40-64	292	36.8	13	4.5%	58	19.9%	1	0.3%	34	11.6%	23	7.9%	98	33.6%	10	3.4%	3	1.0%	51	17.5%	34	11.6%		
	65-74	241	57.1	6	2.5%	60	24.9%	2	0.8%	52	21.6%	6	2.5%	89	36.9%	8	3.3%	3	1.2%	48	19.9%	30	12.4%		
女性	合計	378	50.7	13	3.4%	38	10.1%	1	0.3%	26	6.9%	11	2.9%	81	21.4%	14	3.7%	1	0.3%	40	10.6%	26	6.9%		
	40-64	199	43.4	9	4.5%	20	10.1%	1	0.5%	12	6.0%	7	3.5%	39	19.6%	7	3.5%	1	0.5%	16	8.0%	15	7.5%		
	65-74	179	62.6	4	2.2%	18	10.1%	0	0.0%	14	7.8%	4	2.2%	42	23.5%	7	3.9%	0	0.0%	24	13.4%	11	6.1%		

### 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

#### 【読み取り】

HbA1c、血圧、LDL コレステロールについては、治療中及び未治療者ともに、新規受診者より健診継続受診の方が重症化の割合が少ない。

【図表 18】



#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

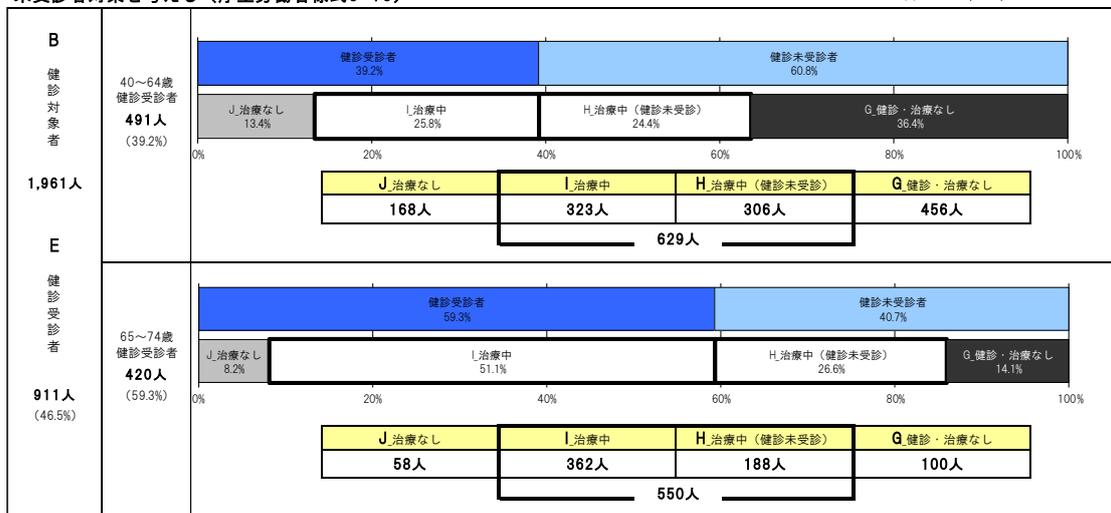
**【読み取り】**

40才～64才は40%弱、65才～74才が60%弱の受診率、若い年代の未受診者のうち未治療者も多いので重症化の状況が把握できない。健診の受診勧奨の徹底と状況に応じた保健指導を行い、健診の継続受信者を増やすことが必要。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

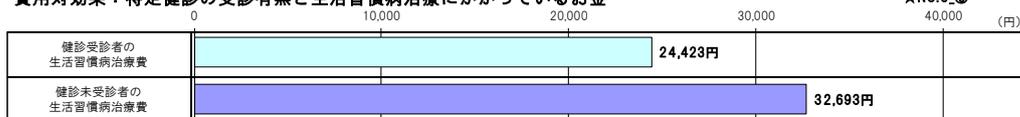
★NO.26 (CSV)



○G\_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ㊦



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の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。

しかし、久米島町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平成35年度に国並みとすることを目指す。

##### ②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、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	46%	50%	53%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	80%	83%	85%	88%	90%	93%

### 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	2000人	1990人	1980人	1970人	1960人	1950人
	受診者数	920人	995人	1049人	1103人	1136人	1170人
特定保健指導	対象者数	184人	179人	168人	165人	159人	152人
	受診者数	147人	148人	143人	146人	143人	141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(久米島町具志川農村環境改善センター等)
- ② 個別健診(委託医療機関)

#### (2)特定健診委託基準

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

### 3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国保連合会のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.okikoku.or.jp/>

### (4)特定健診実施項目

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

(実施基準第 1 条 4 項)

### (5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

### (6)医療機関との適切な連携

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

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

### (7)代行機関

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

### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		受診券発行月日※							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	
A	39,626				7月1日					12月20日				
B	11,613				7月1日					12月31日				
C	7,021				7月1日			10月31日						
D	12,726				7月1日					12月31日				
E	1,012		5月1日						11月30日					
F	299			6月1日					11月30日					
G	536			6月1日						12月31日				
H	4,442				7月1日					12月28日				
I	1,147				7月1日				11月30日					
J	1,032				7月1日					12月22日				
K	2,402			6月1日					11月30日					
L	3,481				7月1日					12月31日				
M	5,448			6月1日						12月31日				
N	2,553				7月1日					12月31日				
O	2,346			6月1日						1月31日				
P	7,458				7月1日					12月28日				
Q	7,370			6月1日						12月30日				
R	5,021				7月1日					12月31日				
S	4,774				7月1日					12月31日				
T	1,671			6月1日						1月31日				
U	1,730			6月1日						12月31日				
V	2,259			6月25日						12月31日				
W	1,500				7月1日					1月31日				
X	2,198			6月1日					11月30日					
Y	1,119					8月1日				12月22日				
	130,784													

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

(注)平成29年10月以降に75歳に到達する方については、一律「9月30日」が有効期限です。

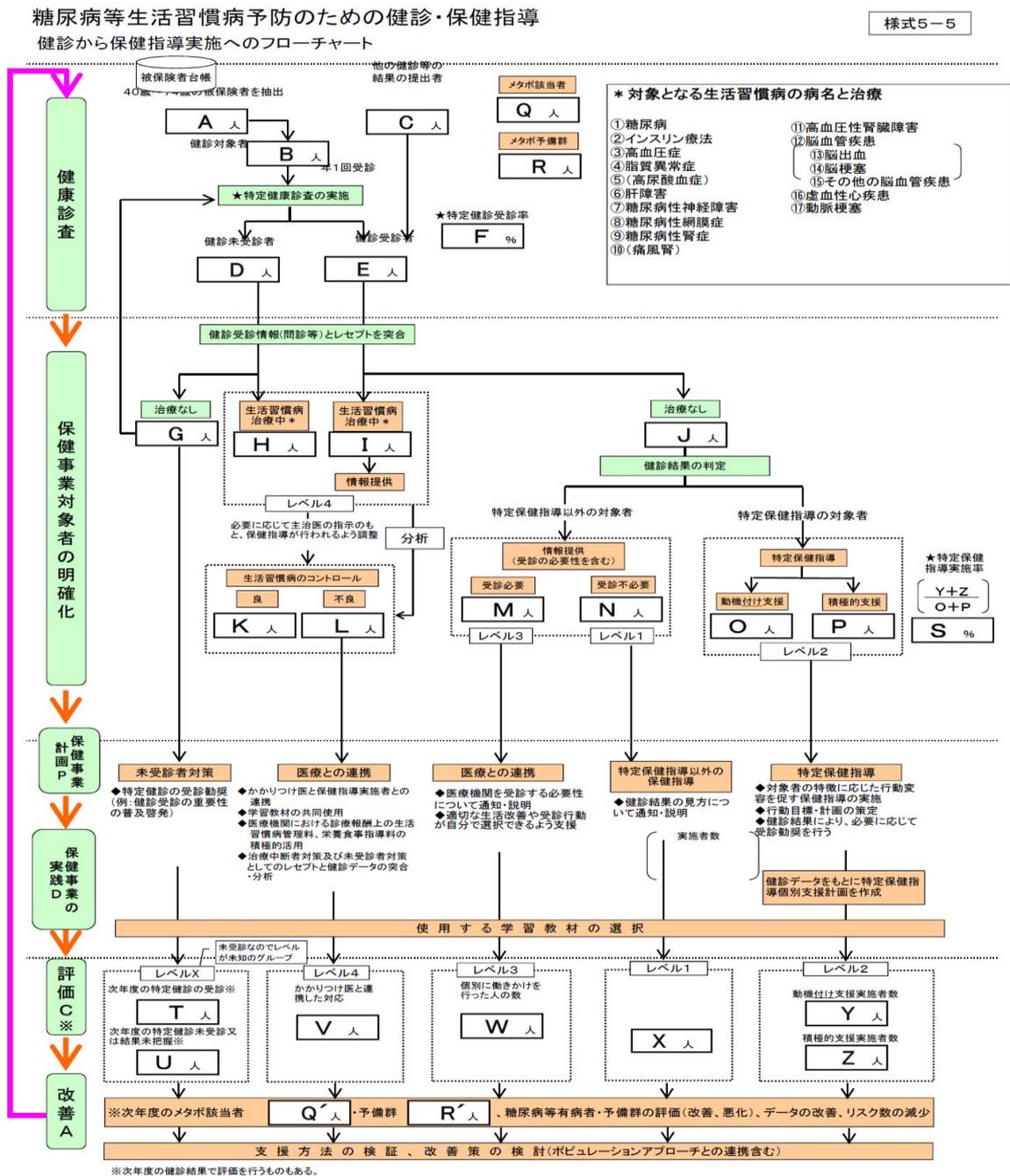
## 5. 特定保健指導の実施

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】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

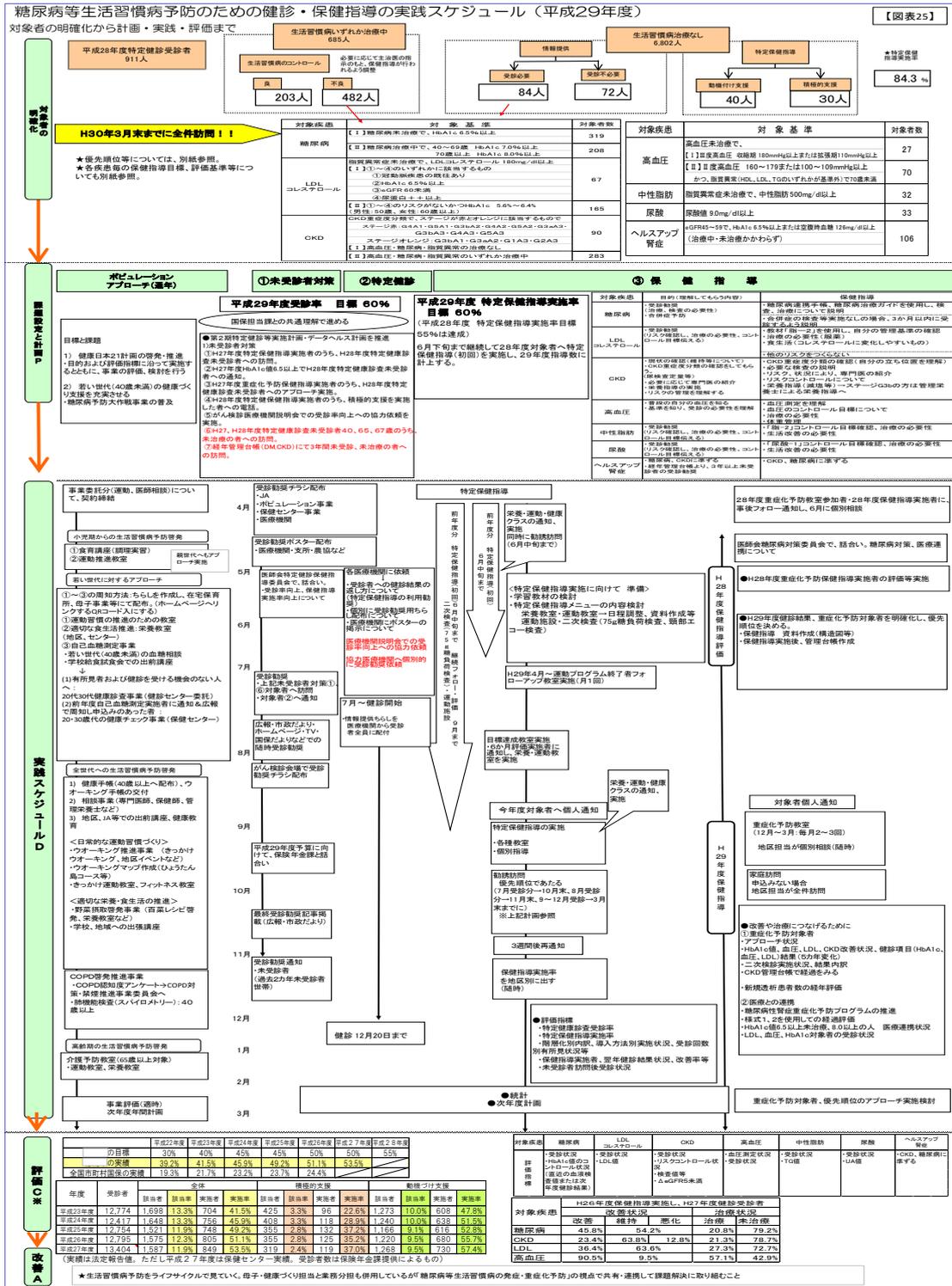
【図表 24】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	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	70人 (8.0%)	80%
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	84人 (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)	1,050人 ※受診率目標達成までにあ と312人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	72人 (8%)	100%
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	865人 (95%)	100%

### (3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】



項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

項目	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度
受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
特定保健指導実施率	55%	58%	60%	62%	64%	66%	68%
LDLコレステロール	180mg/dL以上						
高血圧	160mmHg以上						
中性脂肪	300mg/dL以上						
尿酸	9.0mg/dL以上						
ヘルスアップ判定	HbA1c 6.5%以上						

## 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A町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健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、久米島町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

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

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

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び0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	受診勧奨 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 募集(複数の手段で)		○			✓
25	D 対象者決定		○			✓
26	D 保健指導 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 0 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 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。久米島町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+))としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

## ② 基準に基づく該当者数の把握

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

久米島町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 72 人(24%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 584 人中のうち、特定健診受診者が 208 人(35.6%・G)であったが、20 人(9.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 376 人(64.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者144人中 46 人は治療中断であることが分かった。また、98 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 より久米島町においての介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位1

#### 【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・40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】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・69人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・34人

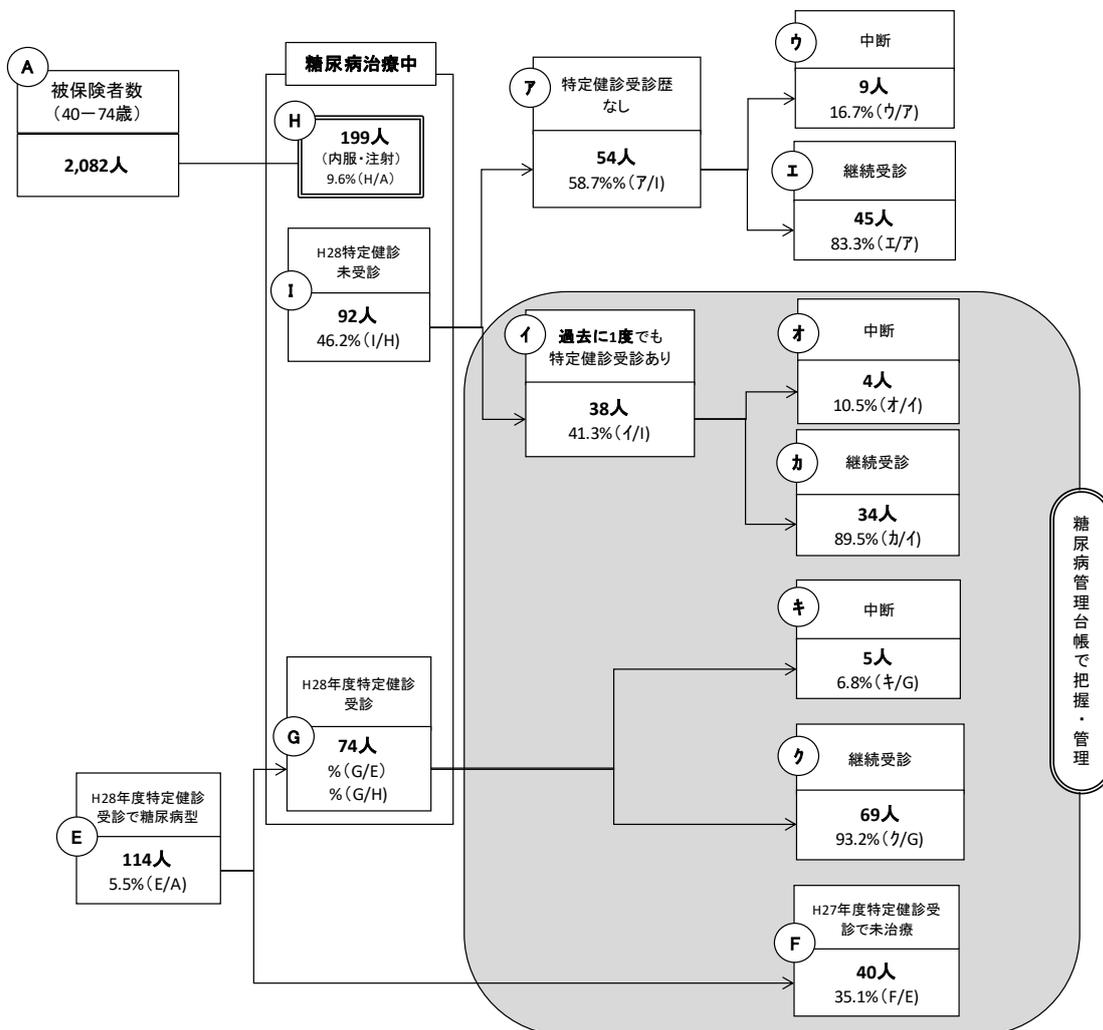
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

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

#### 【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)……○人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

## 4) 保健指導の実施

### (1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

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

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<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> <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>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ul 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出ません。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> </ul> </li> <li>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)</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 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <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・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

## (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0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いく。

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

### (1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
  - ア. 受診勧奨対象者への介入率
  - イ. 医療機関受診率
  - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

## 2. 虚血性心疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

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

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 対象者選定基準の考え方

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

#### (2) 重症化予防対象者の抽出

##### ① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。A 町において健診受診者 2,527 人のうち心電図検査実施者は 1,714 人(69.4%)であり、そのうち ST 所見があったのは 256 人であった(図表 30)。ST 所見あり 256 人中のうち 36 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 3 人は未受診であった(図表 31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 220 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。

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

【図表 30】

## 心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
	平成28年度	937	100	67	7.2	0	0.0	11	16.4	56

【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)(%)

## 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		
	937	0	11	56	870	
		0.0	16.4	83.6	92.8	
メタボ該当者	279 29.8%	0 0.0%	8 72.7%	34 60.7%	237 27.2%	
メタボ予備群	158 16.9%	0 0.0%	0 0.0%	8 14.3%	150 17.2%	
メタボなし	500 53.4%	0 0.0%	3 27.3%	14 25.0%	483 55.5%	
LDL	140-159	95 19.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 21.4%	92 19.0%
	160-179	47 9.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 14.3%	45 9.3%
	180-	36 7.2%	0 0.0%	1 33.3%	2 14.3%	33 6.8%

## 【参考】

CKD	G3aA1~	171	0	3	10	158
		18.2%	0.0%	27.3%	17.9%	18.2%

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施	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		
	4,648	121 2.6%	1,212 26.1%	3,315 71.3%	0 0.0%	
メタボ該当者	986 21.2%	35 3.5%	301 30.5%	650 65.9%	0 0.0%	
メタボ予備群	475 10.2%	15 3.2%	139 29.3%	321 67.6%	0 0.0%	
メタボなし	3187 68.6%	71 2.2%	772 24.2%	2,344 73.5%	0 0.0%	
LDL-C	140-159	458 14.4%	14 3.1%	109 23.8%	335 73.1%	0 0.0%
	160-179	193 6.1%	5 2.6%	52 26.9%	136 70.5%	0 0.0%
	180-	82 2.6%	1 1.2%	28 34.1%	53 64.6%	0 0.0%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-	337 7.3%	6 1.8%	99 29.4%	232 68.8%	0 0.0%
	170-189	512 11.0%	15 2.9%	144 28.1%	353 68.9%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	973 20.9%	34 3.5%	267 27.4%	672 69.1%	0 0.0%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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チャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

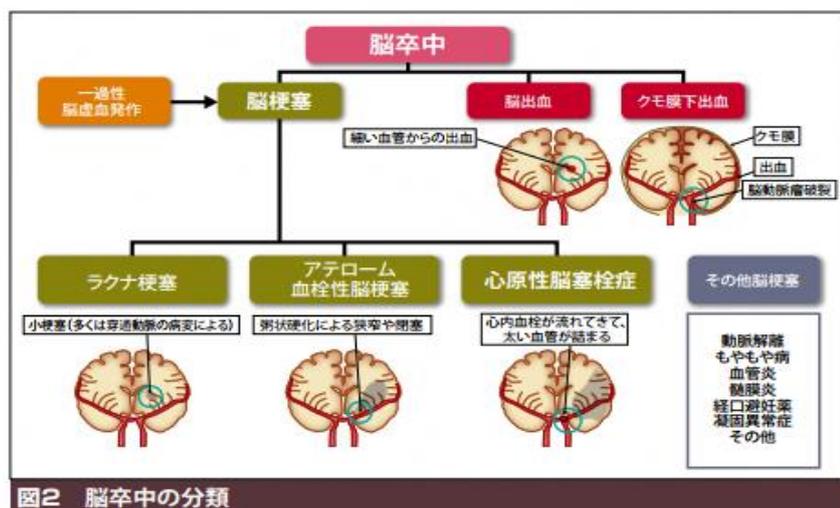
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○	
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○	
脳出血	心原性脳梗塞	●				●	○	○	
	脳出血	●							
くも膜下出血	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	79人 8.4%	80人 8.5%	62人 6.6%	0人 0.0%	279人 29.8%	53人 5.7%	24人 2.6%		
治療なし	50人 9.5%	40人 4.8%	60人 7.6%	0人 0.0%	65人 14.0%	17人 3.7%	2人 0.4%		
治療あり	29人 7.0%	40人 39.6%	2人 1.4%	0人 0.0%	214人 45.3%	36人 7.7%	22人 4.7%		
臓器障害あり	7人 14.0%	11人 27.5%	9人 15.0%	0人 --	6人 9.2%	17人 100.0%	2人 100.0%		
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	5人	9人	8人	0人	4人	17人	2人	
	尿蛋白(2+)以上	2人	8人	6人	0人	4人	17人	1人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人	2人	2人	0人	0人	1人	2人	
	心電図所見あり	2人	2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る。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が108人(4.3%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(10.7%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も52人(5.7%)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）

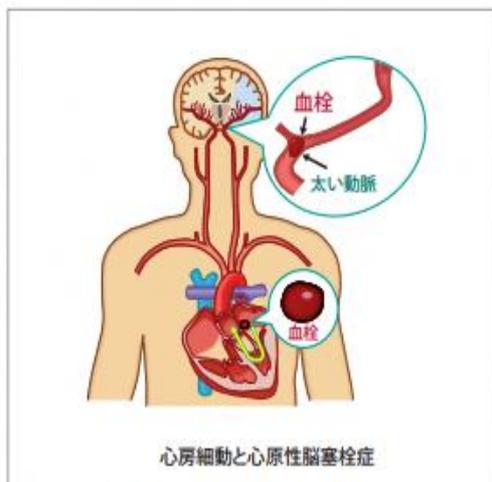
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)						
	至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 180以上 /110以上	
	525	163	112	94	106	38	12
	31.0%	21.3%	17.9%	20.2%	7.2%	2.3%	
リスク第1層	59	24	7	15	10 <sup>④</sup>	3	0 <sup>①</sup>
	11.2%	14.7%	6.3%	16.0%	9.4%	7.9%	0.0%
リスク第2層	247	83	60	30	48 <sup>③</sup>	20	6
	47.0%	50.9%	53.6%	31.9%	45.3%	52.6%	50.0%
リスク第3層	219	56	45	49	48 <sup>②</sup>	15	6
	41.7%	34.4%	40.2%	52.1%	45.3%	39.5%	50.0%
再掲) 重複あり	糖尿病	56	13	11	12	4	4
		25.6%	23.2%	24.4%	25.0%	26.7%	66.7%
	慢性腎臓病 (CKD)	120	35	24	30	5	2
		54.8%	62.5%	53.3%	61.2%	50.0%	33.3%
	3個以上の危険因子	110	23	21	20	8	5
		50.2%	41.1%	46.7%	40.8%	53.3%	83.3%

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
10	51	95
1.9%	9.7%	18.1%
10	3	0
100%	5.9%	0.0%
--	48	26
--	94.1%	27.4%
--	--	69
--	--	72.6%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表〇は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流に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。

【図表 38】

## 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	45	22					-	-
40歳代	5	0					0.2	0.04
50歳代	12	4					0.8	0.1
60歳代	25	14					1.9	0.4
70～74歳	3	4					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	%

心電図検査において13人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また13人のうち11人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要がある、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

## (2) 二次健診の実施

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

## (3) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理

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

### 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行く。

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

4 月 対象者の選定基準の決定

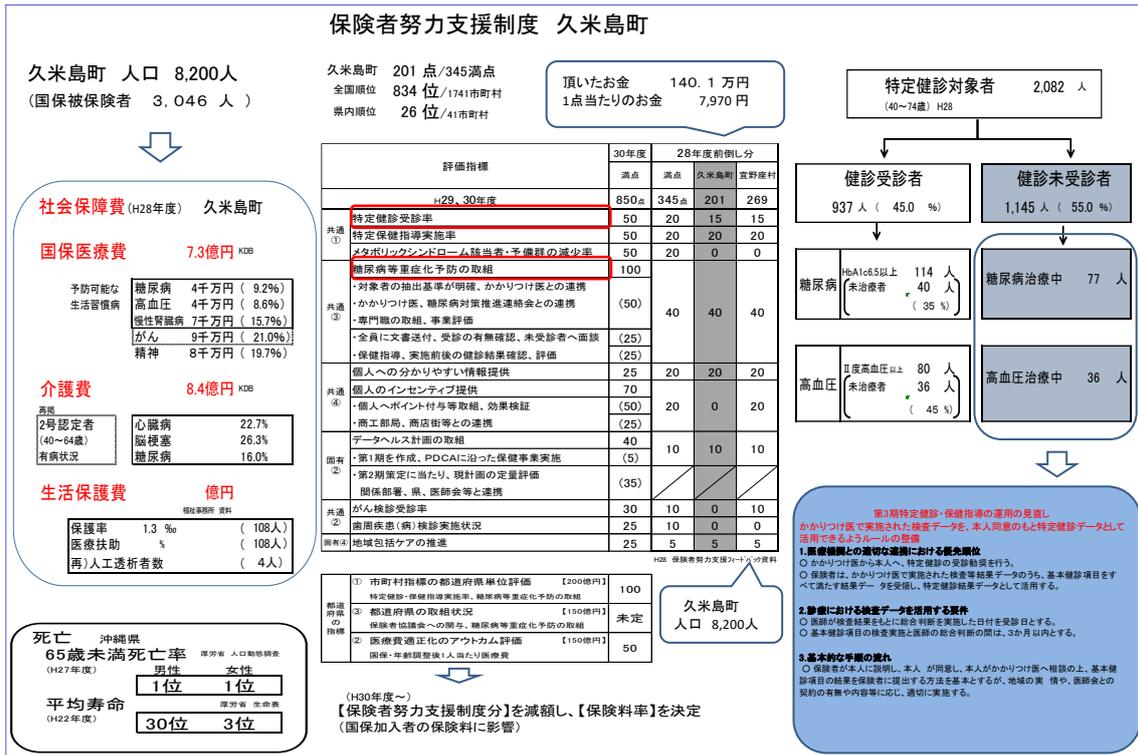
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

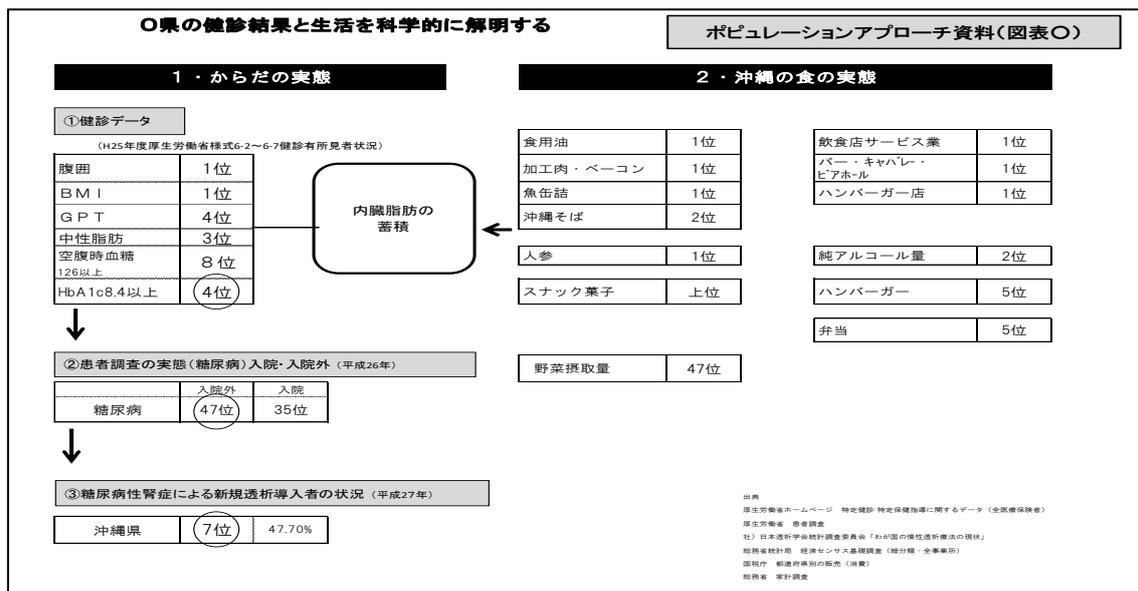
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

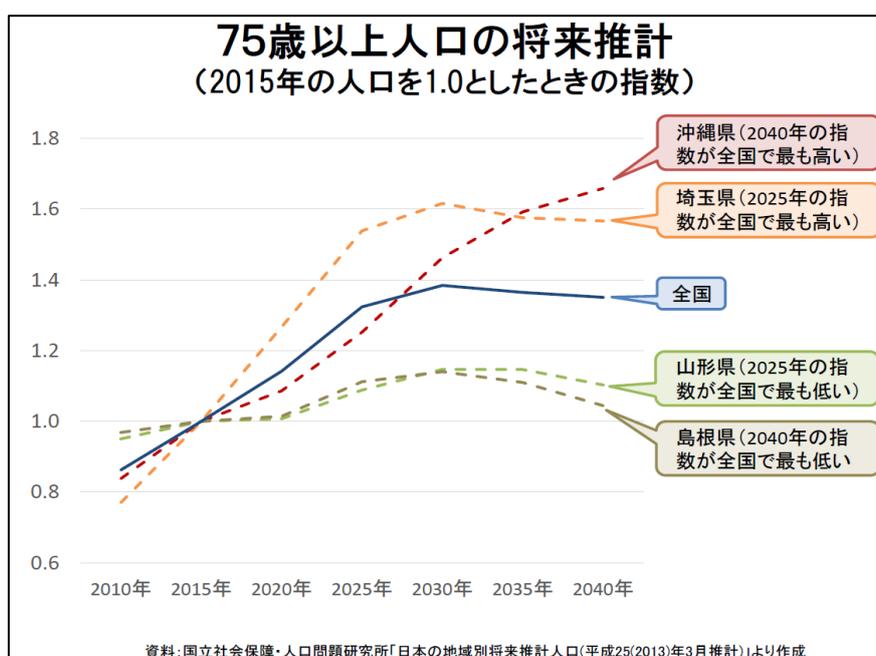
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

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

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、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。(参考資料 10)

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・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。

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	H29	H30	中間評価年度	H31	H32	H33	H34	最終評価年度	現状値の把握方法			
特定 等計 画 診	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血糖者の割合が62.5%で県内、同規模と比較して高い</li> <li>・収縮期高血圧者の割合が50.9%で県内同規模と比較して高い</li> </ul>	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	46.5%									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	84.3%												
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の18.2%ではあるが、血管内皮障害の要因となる高血糖、高血圧、高コレステロール者の割合が割合が高いことから、脳血管疾患、心血管疾患、人工透析の増加が懸念される。</li> </ul>	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	特定保健指導対象者の減少率25%	20.0%												
			脳血管疾患の総医療費に占める割合〇%減少	3.0%												
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合〇%減少	1.4%												
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少〇%	18.2%												
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	29.4%												
			健診受診者の高血圧の割合減少5%(160/100以上)	7.0%												
			健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	37.0%												
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少3%(HbA1c6.5以上)	13.0%												
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%	0.0%												久米島町健康増進計画
			糖尿病の保健指導を実施した割合100%以上	20.0%												
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・沖縄県の子宮がんによる死亡率は全国5位と高い。久米島町では2011年～2015年の間に4名の死亡がある。</li> <li>・胃がん死亡率は県内男性2位、女性4位である。</li> <li>・大腸がん死亡率は県内男性12位、女性27位である。</li> </ul>	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%以上													
			肺がん検診 50%以上													
			大腸がん検診 50%以上													地域保健事業報告
			子宮頸がん検診 50%以上													
短期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・数量シェア28年度〇%</li> </ul>	自己の健康に関心を持つ住民が増える 後発医薬品の使用により、医療費の削減	乳がん検診 50%以上													
			健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合10%以上	0.0%											久米島町福祉課	
			後発医薬品の使用割合〇%以上										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

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた久米島町の位置

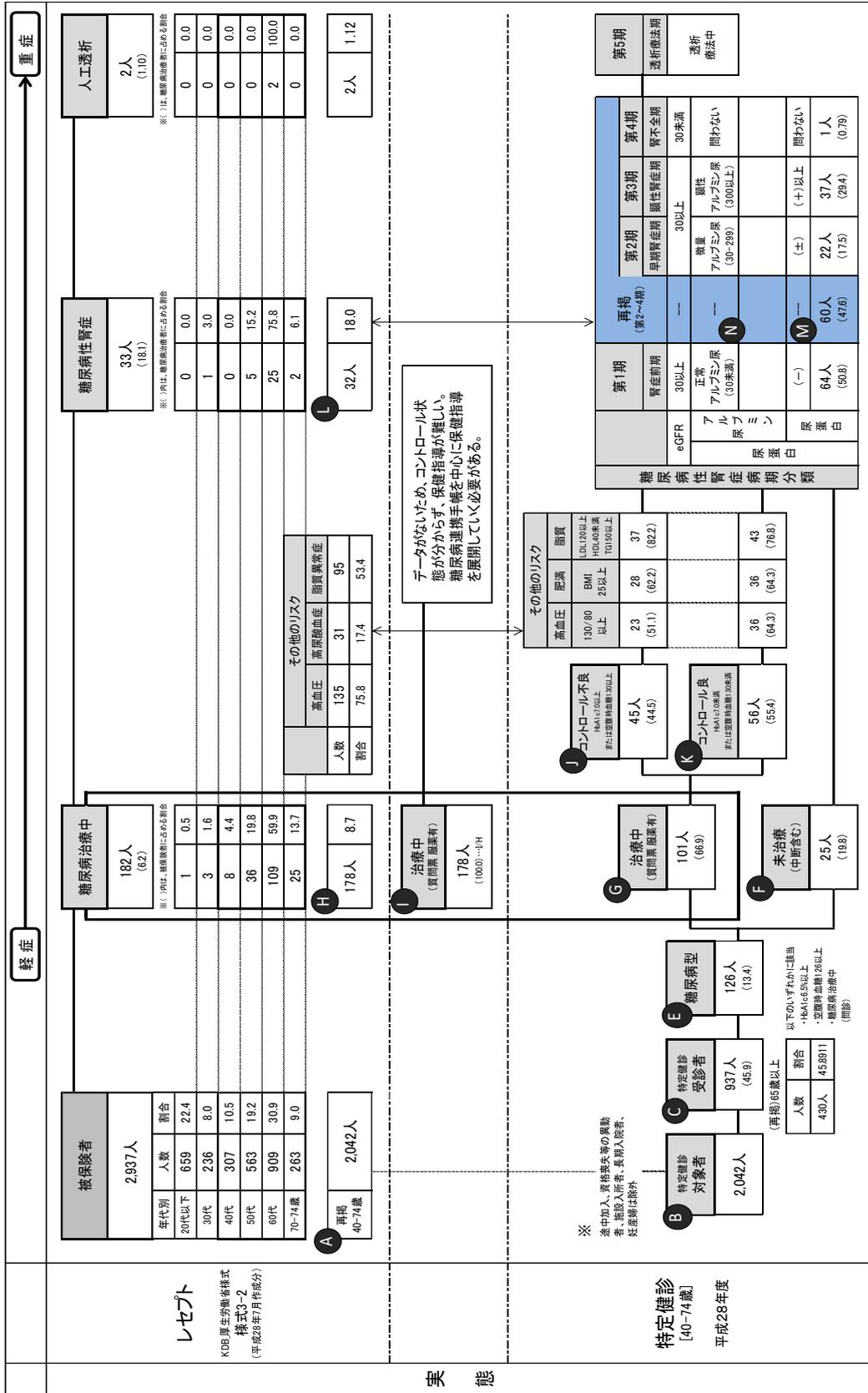
項目		H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)		
		保険者		保険者				県		国				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	8,436		8,436		1,815,204		1,373,576		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題		
		65歳以上 (高齢化率)	2,133	25.3	2,133	25.3	575,561	31.7	239,486	17.4	29,020,766		23.2	
		75歳以上	1,343	15.9	1,343	15.9			119,934	8.7	13,989,864		11.2	
		65～74歳	790	9.4	790	9.4			119,552	8.7	15,030,902		12.0	
		40～64歳	2,975	35.3	2,975	35.3			448,207	32.6	42,411,922		34.0	
	39歳以下	3,328	39.4	3,328	39.4			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	27.8		27.8		18.4		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	15.5		15.5		25.5		15.4		25.2			
		第3次産業	56.7		56.7		56.1		79.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.4		79.4		79.4		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
女性		87.2		87.2		86.4		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性	63.6		63.6		65.2		64.5		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	女性	66.0		66.0		66.7		66.5		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	93.0		98.2		104.8		97.8		100	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		男性	75.7		83.1		100.8		87.5		100			
		女性												
		がん	24	45.3	27	45.8	6,817	45.1	2,965	48.0	367,905		49.6	
		心臓病	13	24.5	11	18.6	4,392	29.1	1,600	25.9	196,768		26.5	
		脳疾患	9	17.0	14	23.7	2,661	17.6	893	14.5	114,122		15.4	
		糖尿病	3	5.7	1	1.7	274	1.8	187	3.0	13,658		1.8	
	死因	腎不全	1	1.9	3	5.1	548	3.6	243	3.9	24,763	3.3		
		自殺	3	5.7	3	5.1	409	2.7	287	4.6	24,294	3.3		
		合計												
		早世予防から みた死亡 (65歳未満)											厚労省HP 人口動態調査	
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	539	24.9	567	26.6	114,672	20.1	54,646	22.8	5,820,071	21.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	10	0.4	5	0.2	1,650	0.3	682	0.3	81,777	0.3	
			2号認定者	15	0.6	15	0.5	2,330	0.4	2,303	0.5	150,984	0.4	
		② 有病状況	糖尿病	77	13.6	87	14.9	24,594	21.0	10,478	18.4	1,309,203	21.9	
高血圧症			321	57.5	340	58.4	63,433	54.2	27,037	47.5	3,021,614	50.6		
脂質異常症			122	22.7	169	29.0	30,890	26.4	14,734	25.9	1,688,554	28.3		
心臓病			340	61.3	364	62.5	71,902	61.5	29,989	52.7	3,444,271	57.7		
脳疾患			155	29.5	152	26.1	32,431	27.7	14,980	26.3	1,504,526	25.2		
がん			47	7.7	55	9.5	11,163	9.5	4,480	7.9	605,786	10.1		
筋・骨格			299	53.7	317	54.5	62,074	53.1	26,958	47.3	2,983,296	50.0		
精神		173	29.2	178	30.6	43,092	36.8	19,021	33.4	2,099,415	35.2			
③ 介護給付費		1件当たり給付費 (全体)	79,268		79,529		70,812		70,710		58,019	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		居宅サービス	54,739		51,020		40,205		51,480		38,958			
		施設サービス	279,615		288,688		278,907		286,278		284,850			
④ 医療費等		要介護認定別 医療費 (40歳以上)	9,537		9,119		8,817		10,041		8,324	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	認定あり 認定なし	4,948		4,720		4,232		4,556		3,895				
4	① 国保の状況	被保険者数	3,228		2,965		494,791		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	622	19.3	730	24.6			103,448	23.3	12,461,613		38.2	
		40～64歳	1,566	48.5	1,307	44.1			168,937	38.0	10,946,712		33.6	
		39歳以下	1,040	32.2	928	31.3			171,906	38.7	9,179,541		28.2	
	加入率	38.3		34.8		27.8		32.5		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.3	1	0.3	144	0.3	94	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	4	1.2	4	1.4	1,108	2.2	874	2.0	96,727	3.0		
		病床数	40	12.4	40	13.6	15,468	31.4	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
		医師数	7	2.2	5	1.7	1,575	3.2	3,552	8.0	299,792	9.2		
		外来患者数	408.0		373.7		641.4		503.6		656.3			
	入院患者数	22.9		17.4		22.2		19.7		17.7				
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	19,887		20,313		26,488		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	430.828		403.437		682.952		527.86		686.286			
		外来 費用の割合	47.7		49.8		54.9		50.9		59.2			
		件数の割合	94.7		95.6		96.7		96.2		97.4			
入院 費用の割合		52.3		50.2		45.1		49.1		40.8				
件数の割合		5.3		4.4		3.3		3.8		2.6				
1件あたり入院日数		16.8日		16.5日		17.0日		17.9日		16.3日				
④ 最大医療資源 生活習慣病に 占める割合 (調剤含む)	がん	75,503,570	16.4	7,155,150	20.5	24.3		17.2		26.2	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)	58,964,210	12.8	4,883,500	14.0	9.3		16.5		10.0				
	糖尿病	37,214,400	8.1	3,201,300	9.2	10.0		6.7		9.6				
	高血圧症	54,672,540	11.9	3,812,620	10.9	8.8		5.9		8.3				
	精神	117,275,880	25.5	6,277,490	18.0	17.4		27.6		17.0				
	筋・骨格	59,951,580	13.1	5,345,270	15.3	16.2		12.8		14.6				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	516,424	33位	(19)	393,953	37位	(13)										KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	546,317	34位	(14)	532,740	34位	(14)																
				脂質異常症	543,505	24位	(16)	343,000	39位	(14)																
				脳血管疾患	586,253	35位	(20)	844,830	11位	(17)																
				心疾患	509,259	35位	(10)	666,086	16位	(8)																
				腎不全	531,527	35位	(14)	633,843	28位	(8)																
				精神	402,863	36位	(25)	374,078	40位	(22)																
				悪性新生物	677,905	20位	(14)	806,506	10位	(16)																
			外来	糖尿病	35,130	30位		31,714	32位																	
				高血圧	32,126	24位		31,448	28位																	
				脂質異常症	33,298	7位		32,769	13位																	
				脳血管疾患	36,398	26位		40,347	22位																	
				心疾患	38,585	32位		63,021	16位																	
				腎不全	203,920	24位		181,853	28位																	
				精神	29,705	30位		26,037	34位																	
				悪性新生物	62,208	5位		55,740	26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	4,348			5,730			4,679			3,460												
健診未受診者				6,255			7,670			10,327			9,595			11,059										
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	16,515			24,423			13,339			12,393												
				健診未受診者	23,757			32,693			29,443			34,362												
	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	609	58.7	616	67.6	87,076	57.0	54,166	55.9	4,427,360	56.1													
医療機関受診率				552	53.2	554	60.8	79,315	51.9	49,936	51.6	4,069,618	51.5													
医療機関非受診率				57	5.5	62	6.8	7,761	5.1	4,230	4.4	357,742	4.5													
5	①-⑱	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	該当・予 備群レベ ル	健診受診者	1,038			911			152,769			96,836											
					受診率	49.0	県内14位 同規模55位	46.5	県内14位 同規模96位	43.7	37.5	全国25位	36.4													
					特定保健指導終了者(実施率)	110	54.5	141	82.0	8036	41.1	7,845	50.6	198,683	21.1											
					非肥満高血糖	70	6.7	69	7.6	15,303	10.0	6,227	6.4	737,886	9.3											
					メタボ	該当者	291	28.0	268	29.4	27,745	18.2	21,916	22.6	1,365,855	17.3										
						男性	218	37.5	187	35.1	19,338	27.2	15,055	32.9	940,335	27.5										
						女性	73	16.0	81	21.4	8,407	10.3	6,861	13.4	425,520	9.5										
						予備群	171	16.5	156	17.1	17,604	11.5	14,505	15.0	847,733	10.7										
					BMI	男性	116	19.9	118	22.1	12,301	17.3	9,655	21.1	588,308	17.2										
						女性	55	12.1	38	10.1	5,303	6.5	4,850	9.5	259,425	5.8										
						総数	512	49.3	456	50.1	51,074	33.4	41,588	42.9	2,490,581	31.5										
						男性	363	62.4	324	60.8	35,501	50.0	27,902	60.9	1,714,251	50.2										
					BMI	女性	149	32.7	132	34.9	15,573	19.1	13,686	26.8	776,330	17.3										
						総数	69	6.6	56	6.1	9,243	6.1	6,193	6.4	372,665	4.7										
						男性	13	2.2	8	1.5	1,548	2.2	901	2.0	59,615	1.7										
						女性	56	12.3	48	12.7	7,695	9.4	5,292	10.4	313,070	7.0										
					血糖のみ	15	1.4	4	0.4	1,199	0.8	913	0.9	52,296	0.7											
					血圧のみ	111	10.7	112	12.3	12,440	8.1	10,137	10.5	587,214	7.4											
					脂質のみ	45	4.3	40	4.4	3,965	2.6	3,455	3.6	208,214	2.6											
血糖・血圧	55	5.3	32	3.5	4,996	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7																
血糖・脂質	24	2.3	7	0.8	1,510	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9																
血圧・脂質	138	13.3	139	15.3	12,772	8.4	10,556	10.9	663,512	8.4																
血糖・血圧・脂質	74	7.1	90	9.9	8,467	5.5	6,804	7.0	415,310	5.3																
6	①-⑭	生活習慣の 状況	既往 歴	服薬	高血圧	429	41.3	403	44.2	54,561	35.7	35,736	36.9	2,650,283	33.6											
				糖尿病	87	8.4	96	10.5	12,934	8.5	8,886	9.2	589,711	7.5												
				脂質異常症	151	14.5	142	15.6	34,459	22.6	19,747	20.4	1,861,221	23.6												
				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	27	2.6	26	2.9	4,709	3.3	2,781	3.2	246,252	3.3												
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	59	5.7	45	5.0	8,283	5.7	3,985	4.5	417,378	5.5												
				腎不全	4	0.4	12	1.3	1,808	1.2	477	0.5	39,184	0.5												
				貧血	30	11.1	30	11.8	12,100	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2												
				喫煙	206	19.8	182	20.0	23,837	15.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2												
				週3回以上朝食を抜く	74	27.8	80	31.3	10,687	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7												
				週3回以上食後間食	54	20.1	61	23.6	18,294	13.1	9,397	16.7	803,966	11.9												
				週3回以上就寝前夕食	64	24.0	66	25.5	22,957	16.4	13,503	23.9	1,054,516	15.5												
				食べる速度が速い	92	34.2	100	38.3	37,935	27.2	17,001	31.4	1,755,597	26.0												
				20歳時体重から10kg以上増加	132	49.1	137	52.1	46,884	33.5	25,674	46.4	2,192,264	32.1												
				1回30分以上運動習慣なし	163	60.8	165	64.2	92,124	65.7	32,954	57.5	4,026,105	58.8												
1日1時間以上運動なし	67	24.9	75	29.2	67,794	48.5	27,541	49.9	3,209,187	47.0																
睡眠不足	71	26.8	74	29.5	32,751	23.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1																
毎日飲酒	54	20.1	71	26.6	37,751	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6																
時々飲酒	76	28.4	70	26.2	31,060	21.4	18,519	28.7	1,628,466	22.1																
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	62	40.8	68	38.6	57,553	59.5	22,185	50.1	3,333,836	64.0														
		1~2合	47	30.9	60	34.1	25,692	26.5	12,695	28.7	1,245,341	23.9														
		2~3合	24	15.8	28	15.9	10,133	10.5	5,994	13.5	486,491	9.3														
		3合以上	19	12.5	20	11.4	3,402	3.5	3,385	7.6	142,733	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

久米島町

提出様式②



【参考資料 2】

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ( )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 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 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	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 かりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医
	④健診未受診者 ( )人			
	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) ( )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			
	⑤結果把握 ( )人			
①HbA1cが悪化している ( )人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *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尿蛋白 ( )人 (±) ( )人 (+) ~顕性腎症 ( )人				
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ( )人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ( )人				

【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

	項目	突合表	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	被保険者数 (再掲)40才-74歳	A	92,018人							KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2	① 特定健診	B	57,492人							あなみツール ②.1 集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))	
	② 健診対象者数										
	③ 健診受診者数	C	19,424人								
3	① 特定保健指導									市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書	
	② 保健指導対象者数		2,816人								
4	健診データ									特定健診結果	
	① 糖尿病型	E	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人		%
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	925人	38.0%	人	%	人	%	人		%
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人		%
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	879人	58.3%	人	%	人	%	人		%
	⑤ 血圧 130/80以上		503人	57.2%	人	%	人	%	人		%
	⑥ 肥満 BMI25.0以上		517人	58.8%	人	%	人	%	人		%
	⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	632人	41.9%	人	%	人	%	人		%
	⑧ 糖尿病病期分類										
	⑨ 尿蛋白(-) 第1期	M	1,660人	68.2%	人	%	人	%	人		%
	⑩ (±) 第2期		373人	15.3%	人	%	人	%	人		%
⑪ (+)以上 第3期		375人	15.4%	人	%	人	%	人	%		
⑫ eGFR(30未満) 第4期		28人	1.2%	人	%	人	%	人	%		
5	レセプト									KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	① 糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%	人		%
	② 入院外		人	%	人	%	人	%	人		%
	③ 入院		人	%	人	%	人	%	人		%
	④ 糖尿病治療中	H	6,209人	6.7%	人	%	人	%	人		%
	⑤ (再掲)40才-74才		6,071人	10.6%	人	%	人	%	人		%
	⑥ 健診未受診者	I	4,562人	75.1%	人	%	人	%	人		%
	⑦ 糖尿病性腎症	L	560人	9.0%	人	%	人	%	人		%
	⑧ (再掲)40才-74才		553人	9.1%	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)		215人	3.5%	人	%	人	%	人		%
	⑩ (再掲)40才-74才		213人	3.5%	人	%	人	%	人		%
	⑪ 新規透析患者数		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)		170人	2.3%								
6	① 医療費	総医療費	a	257.4億円	億円	億円	億円	億円	億円	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	生活習慣病総医療費	b	144.7億円	円	円	円	円	円		
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	56.2%							
	④	生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者	5,925円							
	⑤		健診未受診者	38,754円	円	円	円	円	円		
	⑥	糖尿病医療費	c	8.9億円	円	円	円	円	円		
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	6.2%	%	%	%	%	%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		34.6億円	円	円	円	円	円		
	⑨	1件当たり		41,908円	円	円	円	円	円		
	⑩	糖尿病入院総医療費		25.1億円	円	円	円	円	円		
	⑪	1件当たり		632,202円	円	円	円	円	円		
	⑫	在院日数		18日	日	日	日	日	日		
	⑬	慢性腎不全医療費									
	⑭	透析有り		23.6億円	円	円	円	円	円		
	⑮	透析なし		0.98億円	円	円	円	円	円		
7	① 介護	介護給付費		217億円	円	円	円	円	円	KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況	
	② (再掲)2号認定者の有所見 糖尿病合併症			12.7%	%	%	%	%	%		
8	① 死亡	死因別死亡者数								KDB 地域の全体像の把握	
	糖尿病		28人	2.1%	人	人	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。 <span style="float: right;">メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。</span>			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	(-)	(+) ~				
<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					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表(Ⅱ度以上)

個人番号 記号	被保険者証 番号	名前	性別	年齢	健診データ																																		
					過去5年間のうち直近					H24						H25						H26						H27						H28					
					メタボ 判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28		H24		H25		H26		H27		H28										
											治療 有無	収縮期	拡張期																										
			女	57	なし	5.5	137	67.4	-	3.8		122	76		125	75		145	104		132	78		165	104														
			男	52	予備群	5.5	106	73.6	±	6.9		137	92					155	101					149	92														
			男	69	なし	5.5	174	48.9	-	7.2		137	84		139	78					146	80		175	80														
			男	62	なし	5.5	52	63.5	-	7.5		101	67		125	82					158	87		187	96														
			女	71	該当者	5.3	122	69.9	-	7	○	126	80	○	145	85	○	139	80		184	95	○	135	70														

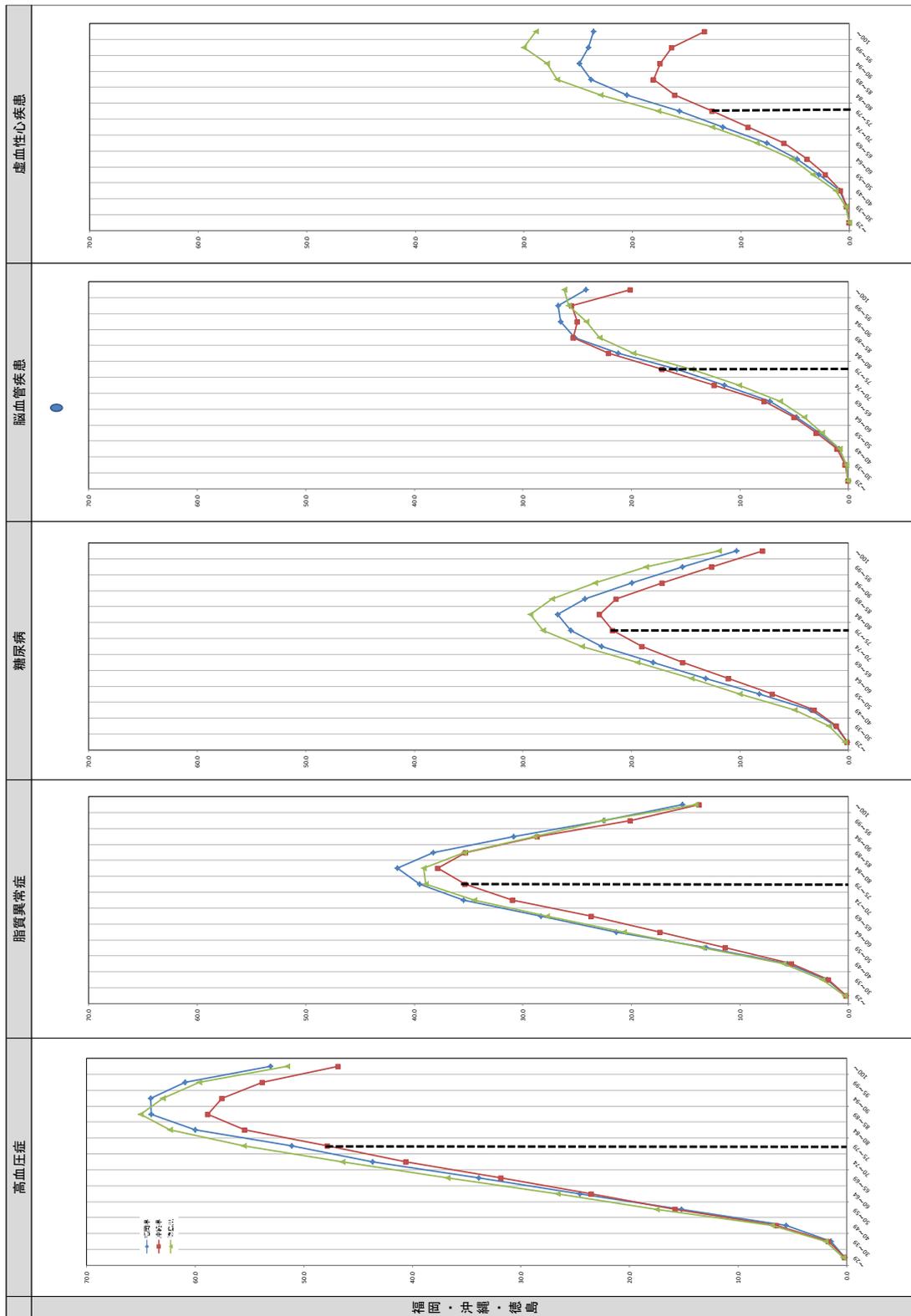
【参考資料 9】

心房細動管理台帳																										
自治体 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

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28年7月作成分)

【参考資料10】



福 岡 ・ 沖 縄 ・ 徳 島



