

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

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

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

平成 29 年 12 月に公表された、平成 27 年度都道府県別平均寿命では、沖縄県はさらに順位を下げ、男性が 36 位、女性が 7 位という結果となっており、働き盛り世代を含む若い世代の健康づくりに向けた取組が急務となっている。

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こととされた。

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

(1) データヘルス計画策定の目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）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。

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（以下「データヘルス計画」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。

嘉手納町においては、国指針に基づき、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）特定健康診査等実施計画策定の目的

特定健康診査等実施計画は、特定健診・特定保健指導を効率的・効果的に実施することで、生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、通院患者を減らすことで生活の質の維持及び向上を図りながら、将来の医療費の適正化を目指すことを目的とする。

2. 計画の位置付け

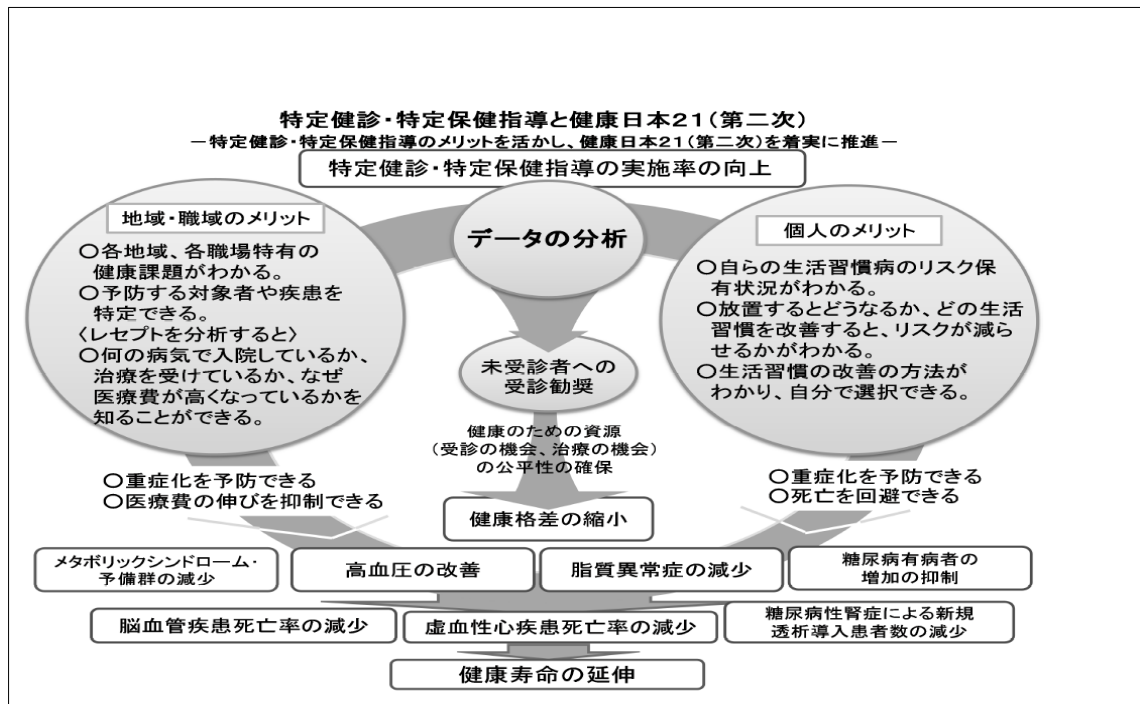
第2期データヘルス計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、P D C Aサイクルに沿って運用するものである。

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、健康おきなわ21（第2次）、嘉手納町健康・食育かでな21、沖縄県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

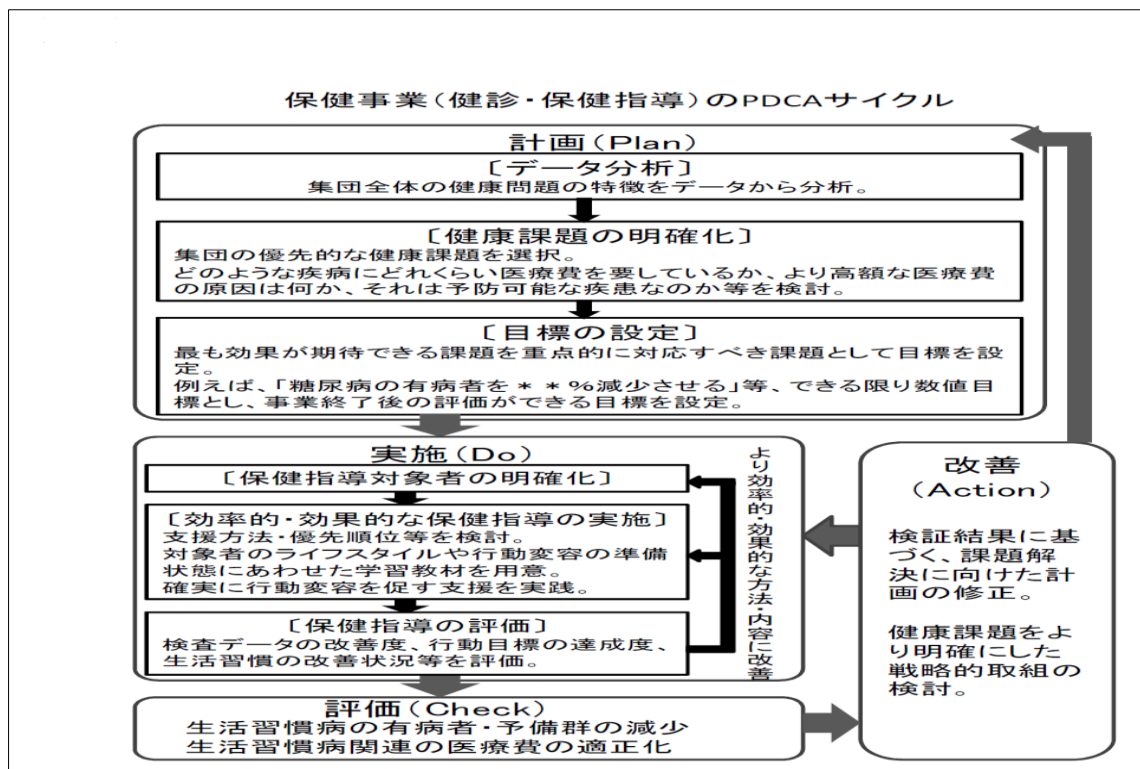
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進基本理念等)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康寿命の増進の観点から 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 「国民健康保険法」に基づく保険事業の 実施等に関する取組の一環改正	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に関す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 保険局 平成24年2月 医療費適正化に関する取組 について基本方針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成24年2月 医療提供体制の確保に関する基本方針
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格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を重点とし、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す。その結果、 社会生活 機能が維持向上 のものをめぐるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の 生活習慣病の予防 を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病 等を減らすことができ、さらには 認知症や心臓病の発症を 抑制 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図ることが、 医療の質の向上 を促 進することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を抑制 することを目的として、 メタボリックシンドローム を主 目的とし、生活習慣を改善する心の定着を図ることを主たる ものとする。また、 認知症の予防 を図ることも重要である。	生活習慣病の予防をはじめとして、被保険者の 生活 的ニーズの把握及び疾病予防の取り組み について、 医 療者がその支援の中心 として、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 とを目指すものである。 被保険者の健康の増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 医療費適正化 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即ち自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、 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 状態等の軽減 もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民生活機能の維持 、続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を支援しつつ、 医療費 が適度に増大しないようしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を国民に提供 するに 注力 する ことを目指す。	医療機能の分化・連携を推進することと を通じて、 地域において役割のない医療の 削減 を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供するための体制の整備を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の若年期(壮年期)、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) がん末期 若年期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管性、腎臓病等 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、脳神経性動脈硬化症 後縦脊硬症	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 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※52項目中 特定診査に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による年齢調整死亡率(患者数) ③生活習慣病の予防 ④血糖コントロール目標値におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの減少 ⑧高血圧の有病率 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩認知症(特に重度)の減少率 ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬認知症の有病率 ⑭飲酒している者	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率 被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度区分】を減縮し、保険料率決定	健康・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(特定診査の結果も参照) ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール 摂取量 ⑤喫煙 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③減診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 ⑤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メタリックシンドローム・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・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		保健事業支援(評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、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4-5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、沖縄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(2018年度)から平成35年度(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、計画期間を平成30年度(2018年度)から平成35年度(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

嘉手納町においては、町民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。特に町民保険課の保健師等の専門職と連携をして、町一体となってデータヘルス計画策定を進めていく。

具体的には、福祉課、子ども家庭課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(沖縄県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等)との連携・協力が重要となる。

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、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年度から沖縄県が嘉手納町国民健康保険(以下「嘉手納町国保」という。)の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、沖縄県の関与が更に重要となる。

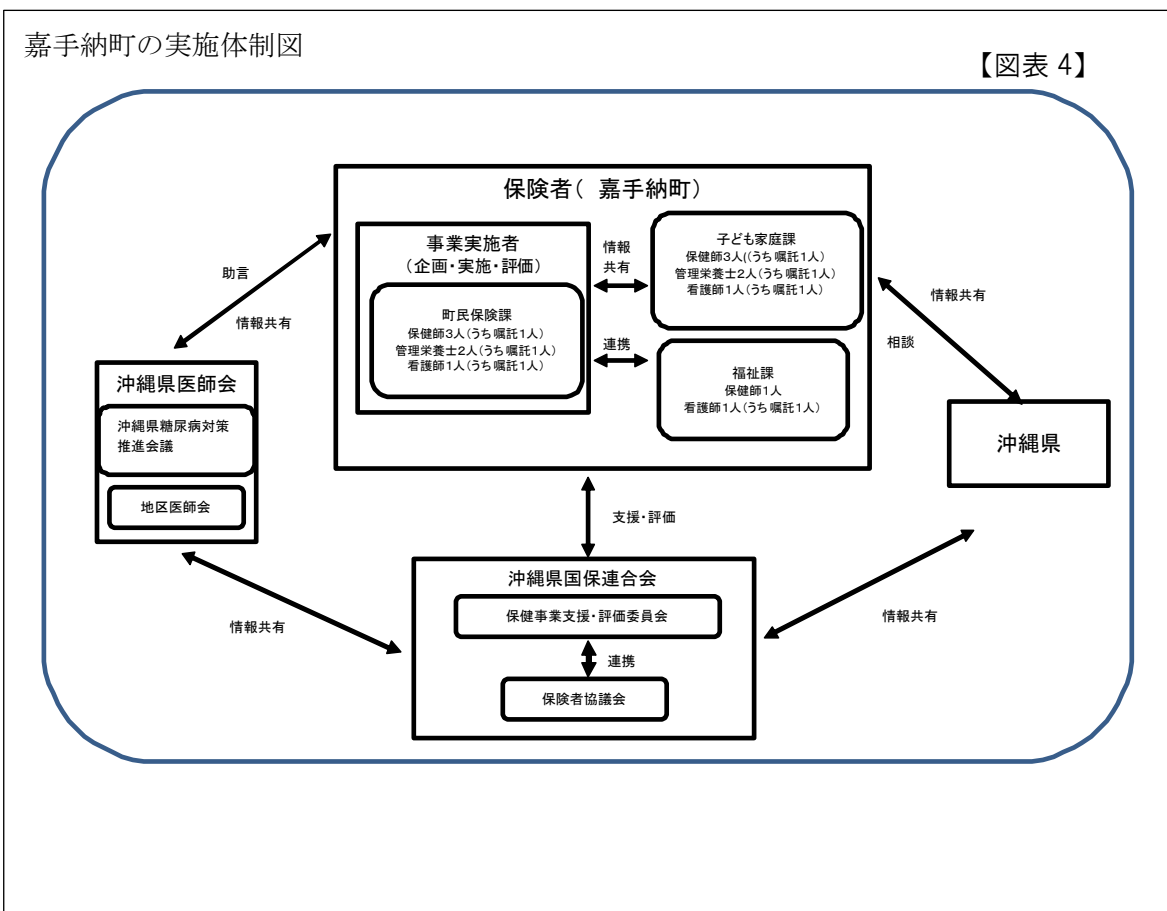
このため、嘉手納町国保は、計画について沖縄県関係課と意見交換を行い連携に努める。

また、保険者と沖縄県医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、沖縄県が沖縄県医師会等との連携を推進することが重要である。

保険者は、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、沖縄県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。



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)

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点		H29 配点		H30 配点	
総得点(満点)		172	345		580	415	850
交付額(万円)		191				6,613	
全国順位(1,741市町村中)		1,239				-	
共通 ①	特定健診受診率	0	20		35	0	50
	特定保健指導実施率	15	20		35	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	20		35	40	50
共通 ②	がん検診受診率	10	10		20	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	10		15	25	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	40		70	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10		30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	20		45	25	25
	個人インセンティブ提供	0	20		15	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	10		25	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	15		25	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	15		30	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	40		70	25	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	10		15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	5		15	0	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	10		30	10	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					20	50
体制構築加点		70	70	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) 全体の経年変化

平成27年度に嘉手納町保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、被保険者の健診・医療・介護保険等のデータを分析し、優先的に取り組む健康課題を抽出し、被保険者の健康の保持増進を図ることで、医療費の適正化と健康長寿の延伸を目指してきた。

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、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、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増加、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、特定健診受診率は増加はしているが、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、医療費に占める外来費用の割合が減少しているが、入院費用の割合は増加しており、嘉手納町の特徴として重症化してから医療にかかり医療費が高くなると考えられる。このことより重症化予防への取組が重要となる。（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）

介護給付の変化について、図表6より、介護給付費は平成28年度が平成25年度に比べて増えていた。1件あたりの給付費に関しては同規模平均が減っているのに対し、嘉手納町は増えており、内訳としては居宅サービスが増えていることが分かった。

介護給付費が高くなった要因として考えられるのは、高齢者の増加、1件当たりの介護費が高くなったことが考えられる。全国同規模平均の1件当たり給付費は低くなっていたことから、図表15より嘉手納町では脳卒中が原因で2号認定の介護給付費が増加している可能性が考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	嘉手納町				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	10億893万円	71,856円	50,943円	311,265円	69,743円	42,430円	283,377円
平成28年度	10億7535万円	78,219円	57,289円	297,876円	68,807円	42,403円	278,098円

今後、高齢者の増加により、社会保障費の増加が予測され、負担増を予防するために、健康寿命を延伸し、自立した生活を送ることができる高齢者を増やすことが必要である。

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を図表 7 より全国の同規模平均と比較すると嘉手納町は平成 25 年度より平成 28 年度は総医療費が減っているのに対して、1 人当たり医療費が増えていることが分かった。入院、外来に関しても 1 人あたり医療費は増えていた。外来の伸び率は同規模平均と似ていたものの、入院の伸び率は同規模平均の 3 倍以上低くなっていた。

総医療費の伸び率は高くなっているが同規模と比較して 1 人当たり医療費の伸び率が低くなったことから、医療機関受診者が減っているのではないかと考えられた。

様式 6-1（参考資料 1）医療費の状況を見ると、平成 25 年度に比べ、平成 28 年度は外来の費用及び件数は減少しているが、入院の費用及び件数は増加していた。このことから、嘉手納町の特徴として重症化してから医療にかかり医療費が高くなると考えられる。

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	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	13億2480万円				6億3398万円				6億9083万円			
	H28年度	12億4970万円	△7,510万円	5.7	0.4	6億1633万円	△1,765万円	2.8	0.88	6億3338万円	△57,450万円	8.3	0.1
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	20,260				9,695				10,565			
	H28年度	21,790	1,530	-7.6	-2.4	10,746	1,051	-10.8	-3.1	11,044	479	-4.5	-4.0

※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）

図表 8 より、医療費に占める疾患の割合は、平成 25 年と比較して平成 28 年は、短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の割合は平成 25 年度より減少しているが、中長期目標疾患である腎疾患、脳血管疾患、心疾患の割合が増加している。県と比較すると慢性腎不全（透析）と脳血管疾患に係る割合が嘉手納町の方が高く、血圧コントロール不良等による短期目標疾患のコントロール不良により重症化したと考えられる。

【図表 8】

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

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	313,404,100	23.66%			
			同規模	県内	慢性腎不全(透析者)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25 嘉手納町	1,324,821,010	20,260	128位	22位	8.09%	0.14%	3.02%	1.41%	4.05%	4.81%	2.13%	313,404,100	23.66%	7.40%	16.30%	6.37%
H28	1,249,713,840	21,790	141位	22位	9.79%	0.22%	4.57%	1.56%	3.77%	3.16%	1.76%	310,315,060	24.83%	7.67%	17.97%	7.11%
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%
H28 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%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみられる地域の健康課題

④中長期的な疾患(図表9)

平成25年度より平成28年度では65歳以上では被保険者数が増えているにも関わらず、中長期目標疾患の割合は減少していた。短期目標疾患では、脂質異常症が増加していたが、高血圧、糖尿病の割合が減少していた。このことから人工透析患者の65歳以上は血圧管理できているものの加齢や透析による血管損傷が原因となり、他の血管系疾患を発症したのではないかと考えられた。

64歳以下では長期目標疾患のうち虚血性心疾患、脳血管疾患は減少していたが、人工透析は増加していた。虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析になった人のうち短期目標疾患である高血圧の割合は92.3%、73.9%、92.9%と高い割合であり、高血圧を放置し、重症化していると推測される。また、64歳以下の中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患のうち人工透析の割合が2.6倍、3.3倍に増加し、様式3-7の64歳以下の中長期目標疾患及び短期目標疾患にある割合が増加していた。このことから64歳以下の短期目標疾患による重症化予防の取組が必要である。

中長期的な疾患

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標							
			虚血性心疾患			脳血管疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	5,554	102	1.8%	28	27.5%	7	6.9%	81	79.4%	54	52.9%	74	72.5%		
	64歳以下	4,611	35	0.8%	9	25.7%	3	8.6%	25	71.4%	16	45.7%	24	68.6%		
	65歳以上	943	67	7.1%	19	28.4%	4	6.0%	56	83.6%	38	56.7%	50	74.6%		
H28	全体	4,925	79	1.6%	20	25.3%	10	12.7%	68	86.1%	44	55.7%	59	74.7%		
	64歳以下	3,912	26	0.7%	6	23.1%	6	23.1%	24	92.3%	17	65.4%	17	65.4%		
	65歳以上	1,013	53	5.2%	14	26.4%	4	7.5%	44	83.0%	27	50.9%	42	79.2%		

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標							
			脳血管疾患			虚血性心疾患			人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	5,554	189	3.4%	28	14.8%	3	1.6%	156	82.5%	93	49.2%	128	67.7%		
	64歳以下	4,611	80	1.7%	9	11.3%	1	1.3%	66	82.5%	37	46.3%	54	67.5%		
	65歳以上	943	109	11.6%	19	17.4%	2	1.8%	90	82.6%	56	51.4%	74	67.9%		
H28	全体	4,925	136	2.8%	20	14.7%	5	3.7%	107	78.7%	57	41.9%	95	69.9%		
	64歳以下	3,912	46	1.2%	6	13.0%	2	4.3%	34	73.9%	17	37.0%	29	63.0%		
	65歳以上	1,013	90	8.9%	14	15.6%	3	3.3%	73	81.1%	40	44.4%	66	73.3%		

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標							
			人工透析			脳血管疾患			虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	5,554	22	0.4%	3	13.6%	7	31.8%	20	90.9%	9	40.9%	9	40.9%		
	64歳以下	4,611	12	0.3%	1	8.3%	3	25.0%	10	83.3%	4	33.3%	4	33.3%		
	65歳以上	943	10	1.1%	2	20.0%	4	40.0%	10	100.0%	5	50.0%	5	50.0%		
H28	全体	4,925	24	0.5%	5	20.8%	10	41.7%	20	83.3%	12	50.0%	11	45.8%		
	64歳以下	3,912	14	0.4%	2	14.3%	6	42.9%	13	92.9%	8	57.1%	8	57.1%		
	65歳以上	1,013	10	1.0%	3	30.0%	4	40.0%	7	70.0%	4	40.0%	3	30.0%		

KDB厚労省様式3-5~3-7

(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)

平成 25 年度より平成 28 年度では脂質異常症は増加したが、糖尿病、高血圧は減少していた。

65 歳以上の被保険者を平成 25 年度と比較すると短期目標疾患の割合及び中長期目標疾患が減少していた。このことから、65 歳以上の重症化予防は成果がでていと考えられる。

64 歳以下は平成 25 年度より平成 28 年度では、短期目標疾患のうち脂質異常症の割合が増加したが、糖尿病、高血圧の割合が減少した。中長期目標疾患のうち人工透析と糖尿病性腎症の割合が増加していることから、病院未受診、コントロール不良により重症化しているのではないかと考えられた。

短期目標の達成状況 (共通リスク)

【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						高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	5,554	379	6.8%	25	6.6%	277	73.1%	247	65.2%	54	14.2%	93	24.5%	9	2.4%	41	10.8%	
	64歳以下	4,611	193	4.2%	16	8.3%	135	69.9%	120	62.2%	16	8.3%	37	19.2%	4	2.1%	17	8.8%	
	65歳以上	943	186	19.7%	9	4.8%	142	76.3%	127	68.3%	38	20.4%	56	30.1%	5	2.7%	24	12.9%	
H28	全体	4,925	309	6.3%	21	6.8%	215	69.6%	192	62.1%	44	14.2%	57	18.4%	12	3.9%	40	12.9%	
	64歳以下	3,912	140	3.6%	11	7.9%	90	64.3%	83	59.3%	17	12.1%	17	12.1%	8	5.7%	19	13.6%	
	65歳以上	1,013	169	16.7%	10	5.9%	125	74.0%	109	64.5%	27	16.0%	40	23.7%	4	2.4%	21	12.4%	

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	人数	割合	
H25	全体	5,554	747	13.4%	277	37.1%	394	52.7%	81	10.8%	156	20.9%	20	2.7%			
	64歳以下	4,611	374	8.1%	135	36.1%	181	48.4%	25	6.7%	66	17.6%	10	2.7%			
	65歳以上	943	373	39.6%	142	38.1%	213	57.1%	56	15.0%	90	24.1%	10	2.7%			
H28	全体	4,925	625	12.7%	215	34.4%	354	56.6%	68	10.9%	107	17.1%	20	3.2%			
	64歳以下	3,912	285	7.3%	90	31.8%	152	53.3%	24	8.4%	34	11.9%	13	4.6%			
	65歳以上	1,013	340	33.6%	125	36.8%	202	59.4%	44	12.9%	73	21.5%	7	2.1%			

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標									
		脂質異常症						糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	5,554	535	9.6%	247	46.2%	394	73.6%	74	13.8%	128	23.9%	9	1.7%			
	64歳以下	4,611	272	5.9%	120	44.1%	181	66.5%	24	8.8%	54	19.9%	4	1.5%			
	65歳以上	943	263	27.9%	127	48.3%	213	81.0%	50	19.0%	74	28.1%	5	1.9%			
H28	全体	4,925	500	10.2%	192	38.4%	354	70.8%	59	11.8%	95	19.0%	11	2.2%			
	64歳以下	3,912	235	6.0%	83	35.3%	152	64.7%	17	7.2%	29	12.3%	8	3.4%			
	65歳以上	1,013	265	26.2%	109	41.1%	202	76.2%	42	15.8%	66	24.9%	3	1.1%			

KDB厚労省様式3-2~3-4

② リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

ア. 男性の有所見者割合

平成 25 年度より平成 28 年度では、中性脂肪、GPT、HbA1c、尿酸、血圧、クレアチニンの有所見率が増加しており、メタボリックシンドロームが背景として考えられた。

健診受診者の 50%以上が腹囲の基準以上であり、メタボ該当者及び予備群割合では、50%以上該当しており、3 項目全て該当する者は 10%以上であった。

イ.女性の有所見者割合

平成 25 年度より平成 28 年度の全体では、腹囲、BMI の有所見率は減少、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、血圧、クレアチニンの有所見率が増加していた。健診受診者の腹囲、BMI の割合は 20~30%、LDL の有所見率が 50%以上であった。メタボ該当者及び予備群割合では、20%以上該当しており、3 項目全て該当する者は 5%以上であった。64 歳以下の健診受診者数が減少していた。

ウ.全体

メタボ該当者は、高血圧を併発している割合が高かった。

男女ともに、メタボリックシンドロームが原因となり、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、有所見率の増加につながっていると考えられた。

リスクの健診結果経年変化

【図表 11】

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

★No.23帳票

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	178	41.2	250	57.9	121	28.0	93	21.5	53	12.3	164	38.0	213	49.3	109	25.2	231	53.5	104	24.1	210	48.6	10	2.3		
	40-64	96	39.5	130	53.5	75	30.9	64	26.3	29	11.9	84	34.6	102	42.0	65	26.7	122	50.2	68	28.0	125	51.4	4	1.6		
	65-74	82	43.4	120	63.5	46	24.3	29	15.3	24	12.7	80	42.3	111	58.7	44	23.3	109	57.7	36	19.0	85	45.0	6	3.2		
H25	合計	199	43.5	263	57.5	162	35.4	120	26.3	53	11.6	164	35.9	241	52.7	139	30.4	254	55.6	111	24.3	198	43.3	16	3.5		
	40-64	96	42.3	122	53.7	89	39.2	70	30.8	28	12.3	73	32.2	98	43.2	87	38.3	114	50.2	67	29.5	99	43.6	4	1.8		
	65-74	103	44.8	141	61.3	73	31.7	50	21.7	25	10.9	91	39.6	143	62.2	52	22.6	140	60.9	44	19.1	99	43.0	12	5.2		
女性	合計	198	34.3	160	27.7	121	21.0	67	11.6	16	2.8	124	21.5	266	46.1	22	3.8	228	39.5	89	15.4	330	57.2	1	0.2		
	40-64	98	30.1	70	21.5	61	18.7	42	12.9	10	3.1	54	16.6	119	36.5	12	3.7	102	31.3	57	17.5	193	59.2	1	0.3		
	65-74	100	39.8	90	35.9	60	23.9	25	10.0	6	2.4	70	27.9	147	58.6	10	4.0	126	50.2	32	12.7	137	54.6	0	0.0		
H25	合計	181	33.5	127	23.5	100	18.5	62	11.5	6	1.1	127	23.5	303	56.1	22	4.1	239	44.3	88	16.3	307	56.9	2	0.4		
	40-64	75	27.1	47	17.0	51	18.4	34	12.3	3	1.1	58	20.9	120	43.3	9	3.2	98	35.4	50	18.1	155	56.0	1	0.4		
	65-74	106	40.3	80	30.4	49	18.6	28	10.6	3	1.1	69	26.2	183	69.6	13	4.9	141	53.6	38	14.4	152	57.8	1	0.4		

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

★No.24帳票

性別	年齢	健診受診者		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		
男性	合計	432	29.2	35	8.1%	83	19.2%	3	0.7%	63	14.6%	17	3.9%	132	30.6%	24	5.6%	10	2.3%	55	12.7%	43	10.0%				
	40-64	243	23.1	22	9.1%	44	18.1%	0	0.0%	35	14.4%	9	3.7%	64	26.3%	9	3.7%	5	2.1%	29	11.9%	21	8.6%				
	65-74	189	44.1	13	6.9%	39	20.6%	3	1.6%	28	14.8%	8	4.2%	68	36.0%	15	7.9%	5	2.6%	26	13.8%	22	11.6%				
H25	合計	457	33.9	27	5.9%	77	16.8%	3	0.7%	55	12.0%	19	4.2%	159	34.8%	23	5.0%	10	2.2%	75	16.4%	51	11.2%				
	40-64	227	26.1	11	4.8%	39	17.2%	0	0.0%	25	11.0%	14	6.2%	72	31.7%	12	5.3%	8	3.5%	33	14.5%	19	8.4%				
	65-74	230	48.1	16	7.0%	38	16.5%	3	1.3%	30	13.0%	5	2.2%	87	37.8%	11	4.8%	2	0.9%	42	18.3%	32	13.9%				
女性	合計	577	42.3	27	4.7%	45	7.8%	1	0.2%	34	5.9%	10	1.7%	88	15.3%	16	2.8%	7	1.2%	38	6.6%	27	4.7%				
	40-64	326	37.2	16	4.9%	20	6.1%	1	0.3%	13	4.0%	6	1.8%	34	10.4%	7	2.1%	2	0.6%	15	4.6%	10	3.1%				
	65-74	251	51.5	11	4.4%	25	10.0%	0	0.0%	21	8.4%	4	1.6%	54	21.5%	9	3.6%	5	2.0%	23	9.2%	17	6.8%				
H25	合計	540	42.4	10	1.9%	43	8.0%	2	0.4%	33	6.1%	8	1.5%	74	13.7%	7	1.3%	2	0.4%	35	6.5%	30	5.6%				
	40-64	277	35.4	7	2.5%	14	5.1%	2	0.7%	10	3.6%	2	0.7%	26	9.4%	3	1.1%	0	0.0%	11	4.0%	12	4.3%				
	65-74	263	53.6	3	1.1%	29	11.0%	0	0.0%	23	8.7%	6	2.3%	48	18.3%	4	1.5%	2	0.8%	24	9.1%	18	6.8%				

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

平成 25 年度より平成 28 年度では比較して、特定健診受診率は増加しているが、受診者数は減少しており、特定保健指導実施率、受診勧奨者は減少しており、同規模内順位が増加していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率及

び特定保健指導実施率、受診勧奨者への取組が重要となってくる。

【図表 12】

特定健診受診率・特定保健指導実施率

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	
								嘉手納町	同規模平均
H25年度	2,837	1,009	35.6%	100位	155	86	55.5%	53.5%	50.8%
H28年度※	2,618	997	38.1%	109位↑	155	70	45.2%	51.9%	51.7%

※H29.12.13時点

(4) 第1期に係る考察

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

その結果、長期目標疾患の患者数のうち虚血性心疾患、脳血管疾患は減少し目標は達成していたが、人工透析は増加していた。

短期目標疾患の患者数のうち高血圧、脂質異常症、糖尿病のいずれも減少しており目標は達成した。

また、外来受療率の減少・入院医療費の増加、介護認定率、2号認定者の増加、慢性腎不全における透析費用の増加などの課題が見えてきた。その背景として、特定健診受診率は増加したが、医療機関未受診者及び治療中断、コントロール不良等により重症化しており、重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

①入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

嘉手納町の入院件数は4.3%で、費用額全体の49.3%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

また、嘉手納町の1人あたり医療費は同規模平均、県、国より低く、入院件数は少なかった。

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

一人あたり医療費 ★NO.3【医療】	嘉手納町		同規模平均		県		国	
	21,790円		26,568円		22,111円		24,245円	

		0.0	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0	(%)
外来 ★NO.1【医療】	件数	95.7						
	費用額	50.7						
入院 ★NO.1【医療】	件数	4.3						
	費用額	49.3						

②何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

様式 1-1 では、高額になる疾患件数は 18 件あるうち、脳血管疾患が 1 件、虚血性心疾患が 2 件であった。他の 15 件はがん、その他の疾患であった。

様式 2-1 では、長期入院件数の約 25%は脳血管疾患、虚血性心疾患であった。

様式 2-2 では、人工透析となる患者の 43.5%は糖尿病性腎症であった。

このことから、糖尿病の血糖コントロールは重要である。また、脳血管疾患があった人が 25.3%、虚血性心疾患があった人が 42.5%おり、これらの発症歴のある人は、さらなる重症化予防が重要である。

様式 3 では、生活習慣病治療者 1,139 人中、脳血管疾患を発症した人は 11.9%、虚血性心疾患を発症した人は 6.9%、糖尿病性腎症を発症した人は 3.5%だった。基礎疾患との重なりを見ると 3 疾患とも約 80%は高血圧を持っていた人であった。次いで多いのが脂質異常症で約 70%、糖尿病は 40~50%であった。また、嘉手納町の生活習慣病治療者の半数以上は高血圧治療中、40%は脂質異常症治療中であった。

【図 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	16人	1人		2人		2人		13人		
				6.3%		12.5%		12.5%		81.3%		
		件数	年 代 別	18件	1件		2件		2件		13件	
						5.6%		11.1%		11.1%		72.2%
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	23.1%
				40代	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%
50代	0			0.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	7.7%		
60代	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	3	23.1%				
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	5	38.5%				
費用額		4592万円	230万円		573万円		487万円		3301万円			
				5.0%		12.5%		10.6%		71.9%		

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	44人	32人	10人	3人
				72.7%	22.7%	6.8%
		件数	395件	294件	85件	16件
			74.4%	21.5%	4.1%	
費用額		1億7142万円	1億1629万円	3712万円	614万円	
			67.8%	21.7%	3.6%	

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	24人	12人	5人	10人
					50.0%	20.8%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	292件	127件	74件	124件
					43.5%	25.3%
費用額		1億4634万円	7016万円	3650万円	6146万円	
			47.9%	24.9%	42.0%	

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の 基 礎 疾 患	1,139人	136人	79人	40人
				11.9%	6.9%	3.5%
			高血圧	107人	68人	34人
				78.7%	86.1%	85.0%
			糖尿病	57人	44人	40人
				41.9%	55.7%	100.0%
			脂質異常症	95人	59人	30人
				69.9%	74.7%	75.0%
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
625人	309人	500人	138人			
	54.9%	27.1%	43.9%	12.1%		

③何の疾患で介護保険を受けているのか(図表 15)

嘉手納町の介護認定率は9.2%で、要介護3~5が全体の45.9%を占めている。原因疾患では脳血管疾患が46.9%と高く、心疾患や腎疾患などの血管疾患を含めると91.7%を占めている。1号被保険者の認定率は21.6%と約5人に1人が要介護を受け75歳以上は35.3%と認定率が高くなる。

2号保険者では血管疾患のうち脳卒中の割合が90%と高く、特定健診・保健指導での基礎疾患の発見や血圧コントロール及び食事療法による介入が重症化予防、介護予防に繋がると考える。また、他の医療保険者とも生活習慣病等の基礎疾患や健診受診状況などの情報分析・共有を図る必要がある。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計									
	被保険者数	4,306人	1,321人	1,563人	2,884人			7,190人						
	認定者数	36人	73人	551人	624人			660人						
	認定率	0.84%	5.5%	35.3%	21.6%			9.2%						
	新規認定者数 (*1)	8人	18人	72人	90人			98人						
介護度別人数	要支援1・2	10	27.8%	25	34.2%	128	23.2%	153	24.5%	163	24.7%			
	要介護1・2	12	33.3%	14	19.2%	168	30.5%	182	29.2%	194	29.4%			
	要介護3～5	14	38.9%	34	46.6%	255	46.3%	289	46.3%	303	45.9%			
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計									
	介護件数 (全体)	36	73	551	624			660						
	再) 国保・後期	10	43	455	498			508						
(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	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	9	90.0%	脳卒中	25	58.1%	脳卒中	204	44.8%	脳卒中	229	46.0%
		2	腎不全	2	20.0%	虚血性心疾患	6	14.0%	虚血性心疾患	116	25.5%	虚血性心疾患	122	24.5%
		3	虚血性心疾患	1	10.0%	腎不全	4	9.3%	腎不全	63	13.8%	腎不全	67	13.5%
		4	糖尿病合併症	2	20.0%	糖尿病合併症	8	18.6%	糖尿病合併症	48	10.5%	糖尿病合併症	56	11.2%
	基礎疾患			10		38		398		436		446		
	高血圧・糖尿病 脂質異常症			100.0%		88.4%		87.5%		87.6%		87.8%		
	血管疾患			10		39		417		456		466		
	血管疾患 合計			100.0%		90.7%		91.6%		91.6%		91.7%		
認知症			3		10		172		182		185			
			30.0%		23.3%		37.8%		36.5%		36.4%			
筋・骨格疾患			9		35		419		454		463			
			90.0%		81.4%		92.1%		91.2%		91.1%			

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較										★NO.1【介護】		円
			0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000			
要介護認定者医療費 (40歳以上)										9,925		
要介護認定なし医療費 (40歳以上)										4,657		

(2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

嘉手納町では、男女ともにBMI25以上、腹囲基準以上が全国と比べ高く、内臓脂肪の蓄積により影響を受ける、中性脂肪、GPT、空腹時血糖、HbA1c、尿酸、血圧が全国より高率となっている。女性は前期高齢者の年代になると、有所見率が高くなる傾向にある。

メタボリックシンドローム予備群及び該当者では男女ともに全国と比べ高く、3項目すべて該当する者は県より高い。

健診受診者の実態

【図表 16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5				1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	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	199	43.5	263	57.5	162	35.4	120	26.3	53	11.6	164	35.9	241	52.7	139	30.4	254	55.6	111	24.3	198	43.3	16	3.5		
	40-64	96	42.3	122	53.7	89	39.2	70	30.8	28	12.3	73	32.2	98	43.2	87	38.3	114	50.2	67	29.5	99	43.6	4	1.8		
	65-74	103	44.8	141	61.3	73	31.7	50	21.7	25	10.9	91	39.6	143	62.2	52	22.6	140	60.9	44	19.1	99	43.0	12	5.2		

健診受診者の実態

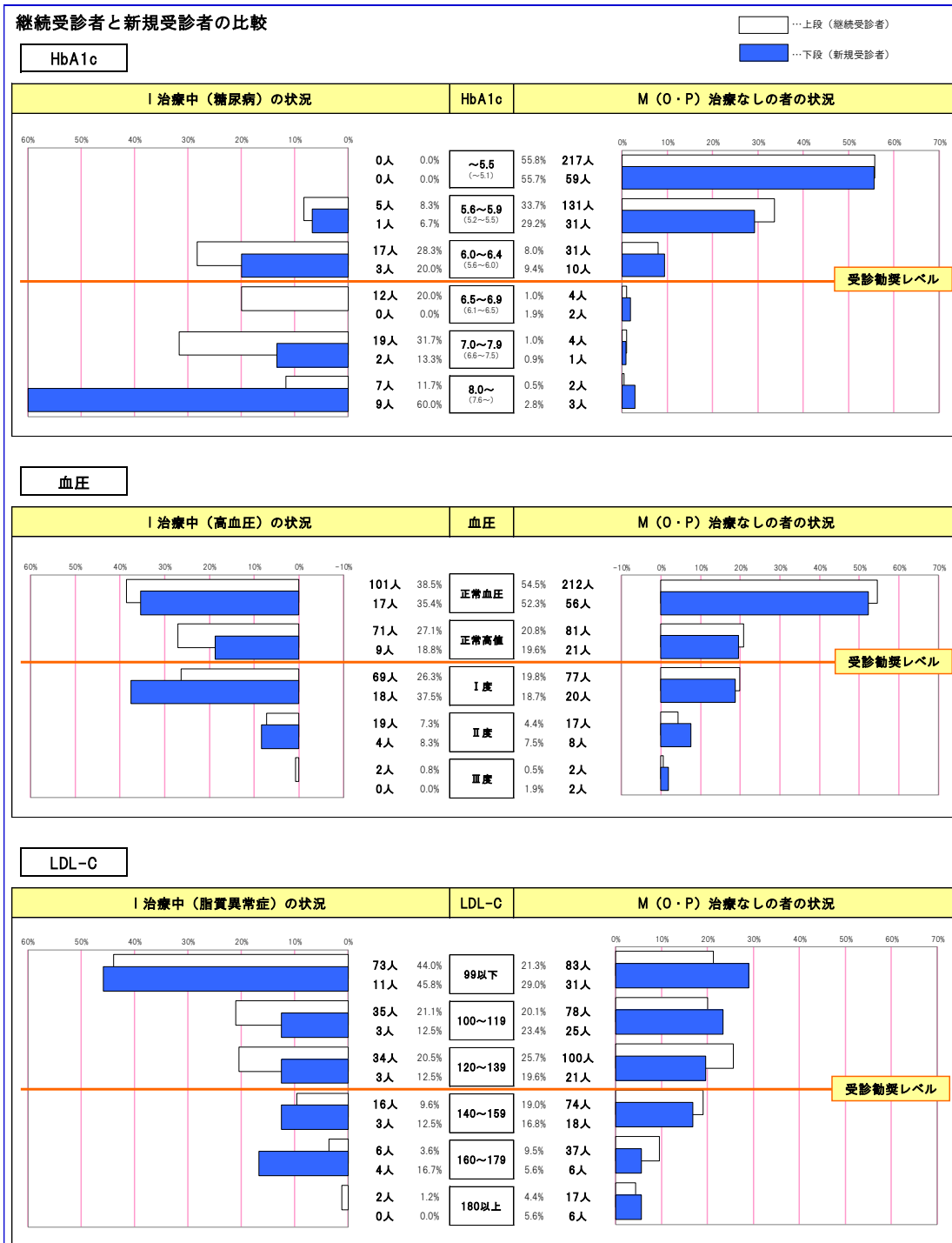
【図表 17】

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て						
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
	全国	3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							897,954	27.1%												
県	45,914	34.7%	3,286	7.2%	9,707	21.1%	633	1.4%	6,639	14.5%	2,408	5.2%	14,346	31.2%	2,329	5.1%	793	1.7%	6,920	15.1%	4,275	9.3%					
保険者	合計	457	33.9	27	5.9%	77	16.8	3	0.7%	55	12.0%	19	4.2%	159	34.8	23	5.0%	10	2.2%	75	16.4%	51	11.2				
	40-64	227	26.1	11	4.8%	39	17.2%	0	0.0%	25	11.0%	14	6.2%	72	31.7%	12	5.3%	8	3.5%	33	14.5%	19	8.4%				
	65-74	230	48.1	16	7.0%	38	16.5%	3	1.3%	30	13.0%	5	2.2%	87	37.8%	11	4.8%	2	0.9%	42	18.3%	32	13.9%				

(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

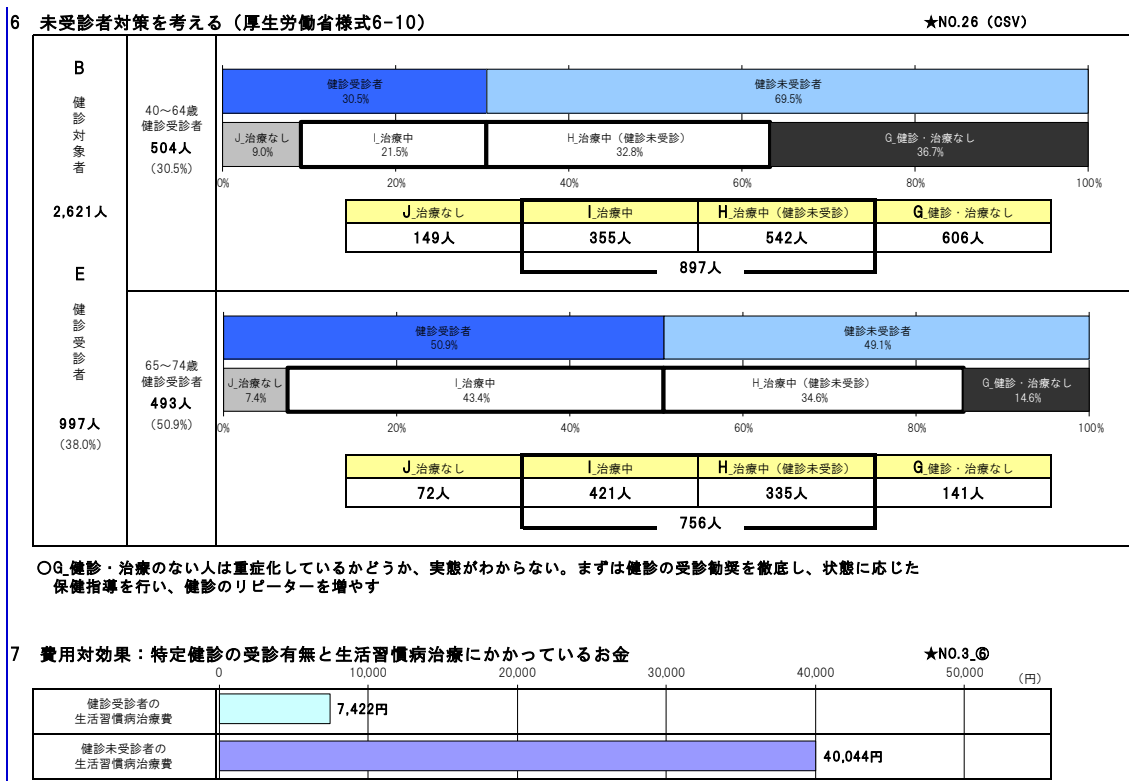
図表 18 では、糖尿病の継続受診者は新規受診者と比べ、健診を継続的に受診することで、健康意識が高くなり、受診勧奨レベルで病院を受診し治療をしている。新規受診者は悪化してから病院で治療をしている。健診の受診及び保健指導の介入が血糖改善に効果的と考えられる。また、医療機関へ受診していても、薬物療法だけでは改善が難しい場合もあり、医療機関との連携及び肥満等改善のため栄養指導等の保健指導が必要である。

【図表 18】



(4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が36.7%と高くなっている。また、受診者より未受診者の方の治療費が高く、費用対効果でも、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。



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。

(5) 目標の設定

①成果目標

ア.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。平成35年度（2023年度）には平成30年度（2018年度）と比較して、3つの疾患をそれぞれ2%減少させ平成33年度（2021年度）には県並み、平成35年度（2023年度）には国並みにすることを目標にする。また、3年後の平成32年度（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、嘉手納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（2023 年度）に同規模市町村並みとすることを目指す。

イ.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 年ごとに血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者及び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2期の評価及び現状と課題

(1) 実施に関する目標

① 特定健診受診率

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

特定健診受診率

【図表20】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
嘉手納町	目標	40%	45%	50%	55%	60%
	実績	35.6%	35.4%	34.7%	38.1%	
沖縄県実績		37.1%	37.8%	38.7%	39.4%	
全国実績		34.3%	35.4%	36.3%	36.6%	

② 特定保健指導実施率

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

特定保健指導実施率

【図表21】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
嘉手納町	目標	55%	57%	59%	60%	60%
	実績	55.5%	46.7%	47.0%	45.2%	
沖縄県実績		55.5%	55.7%	56.4%	58.7%	
全国実績		23.7%	24.4%	25.1%	26.3%	

(2) 目標達成に向けた取り組み状況と課題

① 健診受診率

第2期の特定健診実施率をみるとほぼ横ばいで、いずれの年度においても国の目標値は達成していない。

② リピーター率 (図表22)

リピーター率

【図表22】

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
受診者数(人)	1,026	1,059	1,034	998	1,030
前年度継続受診者数		710	745	708	729
新規受診者数		349	197	178	162
リピーター率		69.2%	70.3%	68.5%	73.0%

特定健診を2年続けて受診した者の割合(リピーター率)は約7割で、沖縄県平均

約7割と比較すると同等率である。今後もリピーター率を増やすことが必要である。

③課題について

ア. 町民が受診しやすい環境の整備

各行政区健診、ナイト健診、週末健診、追加健診、婦人がん検診と同時受診できるレディース健診など受診しやすい環境を整備しているが、ニーズに合わせた環境整備が必要である。

イ. 未受診者への受診案内

対象者へのハガキ、電話、戸別訪問、関係機関（各行政区等）との連携等効果的な案内を実施した。未受診者の多くは「通院している」「会社で健診を受けた」という理由が多いため、未受診者へのアプローチが必要である。

ウ. 定期通院している被保険者からのデータ受領

定期通院している被保険者の同意を得たうえで、特定健診に該当する検査項目の結果を町にデータ提供することで、特定健診を受診したとみなせることができる。課題として、本人からの同意取得、追加検査の実施など、健診受託医療機関の協力及び調整が必要である。

エ. 事業者健診データの受領

パート及びアルバイト等で事業所に勤めている国保加入者も多く、事業所で受けた健診データを、事業者の同意を基に特定健診と共通するデータ受領ができれば、特定健診を受けたとみなすことができる。課題として、事業者の同意取得、データ項目の欠落等、事業者の協力及び調整が必要である。

オ. 広報啓発

毎月発行される「広報」や町ホームページ等を実施している。また、働き世代向けに広報車を通じ夕方の周知をしている。特定健診は認知されているが、毎年対象者の6割が受診していない状況である。無関心層を受診に繋げるように広報等により、若年層へ周知を行う必要がある。

④特定保健指導実施率

嘉手納町では、特定保健指導の実施率向上を図るため、訪問及び個別面談による保健指導等を行っている。

また、初回面接率向上のため、集団健診結果を手渡ししながら、結果の見方及び保健指導を実施している。

委託機関による保健指導を実施することで、対象者のニーズに対応している。

このような対応により、保健健診受診率は年々向上し、効率的に行っていると評価できるものの、保健指導率は低下している。直営の保健指導スタッフは常勤1人、非常勤2人の3人体制で実施しているが、非常勤専門職の確保に苦慮していることもあり、人材の安定確保が課題である。

2. 第3期特定健診等実施計画について

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

なお、第1期及び第2期は5年を1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3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定する。

(1) 目標値の設定

【図表23】

	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
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%

(2) 対象者の見込み

【図表24】

		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
		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	2,463	2,389	2,318	2,248	2,181	2,115
	受診者数	862	956	1,043	1,124	1,199	1,269
特定保健指導	対象者数	137	152	166	179	191	202
	実施者数	62	73	85	97	109	121

(3) 目標達成のための取り組み方針

特定健診の受診率向上を図るため、対象である40歳から74歳のうち、受診率の低い40～64歳の働き世代を重点的に、関係機関と連携して取り組むことを方針とする。

①受診環境の提供、環境整備

ナイト健診、週末健診、追加健診、婦人がん検診など受診しやすい環境を継続して提供する。また、ニーズに合わせた環境整備及び利便性向上を図る。

②受診率向上対策

リピーター率向上を図るため、平成30年度から健診受診者対象にインセンティブを行うとともに、過去の受診履歴より分析を行い、受診行動に繋げるように取り組む。

連続未受診については、受診しない理由を把握し解消に努める。重症化のリスクが高い被保険者には戸別訪問等の声掛けを継続して行う。

③生活習慣病等で定期通院している被保険者からのデータ受領(トライアングル事業)

通院時において実施した検査結果を本人同意のもとで、かかりつけ医等から取得し、特定健診結果データとして活用する事業については、県医師会及び国保連と連携しな

から実施する。

④事業者健診データの受領等事業者との連携

関係機関と連携し、事業主の協力が得られるよう継続して連携する。

特定保健指導の実施率向上を図るため、以下を進める。

⑤保健指導が利用しやすい環境づくり

ア. 初回面接率の向上

・ 集団健診及び個別健診を受診した方で、特定保健指導対象者となった方へは、後日個別に結果の手渡し及び初回保健指導を実施する。

・ 特定保健指導委託機関において、情報共有を行いニーズに合わせた運用を行う。

⑥保健指導の充実に向けた資質向上及び体制づくり

ア. 健診結果をもとに、対象者に応じた保健指導を行う。その際、代謝のメカニズムと健診結果、生活習慣が結びつけて理解できるよう支援する。

イ. 保健指導に対応する保健師や管理栄養士等、人員の確保に努めるとともに、人材育成を図るため、各種研修会等へ参加し、質の高い保健指導の実施に努める。

(4) 特定健診の実施

①実施方法

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

ア. 集団健診(嘉手納町社会福祉センター、各自治会他)

イ. 個別健診(委託医療機関)

②特定健診委託基準

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

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・クレアチニン・尿酸、尿潜血) を実施する。(高齢者の医療の確保に関する法律、実施基準第 1 条 4 項)

⑤実施時期

毎年度 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、国保連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（図表 25）

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、毎年度 4 月に受診券の送付、町ホームページや広報誌の活用、立看板による周知、未受診者へのハガキ送付や訪問等を実施する。

嘉手納町年間実施スケジュール

【図表 25】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
受診券発行	4月1日基準日											
立看板設置												→
広報誌へ掲載												→
町ホームページ												→
受診者へハガキ送付												→
個別訪問												→

(5) 特定保健指導の実施

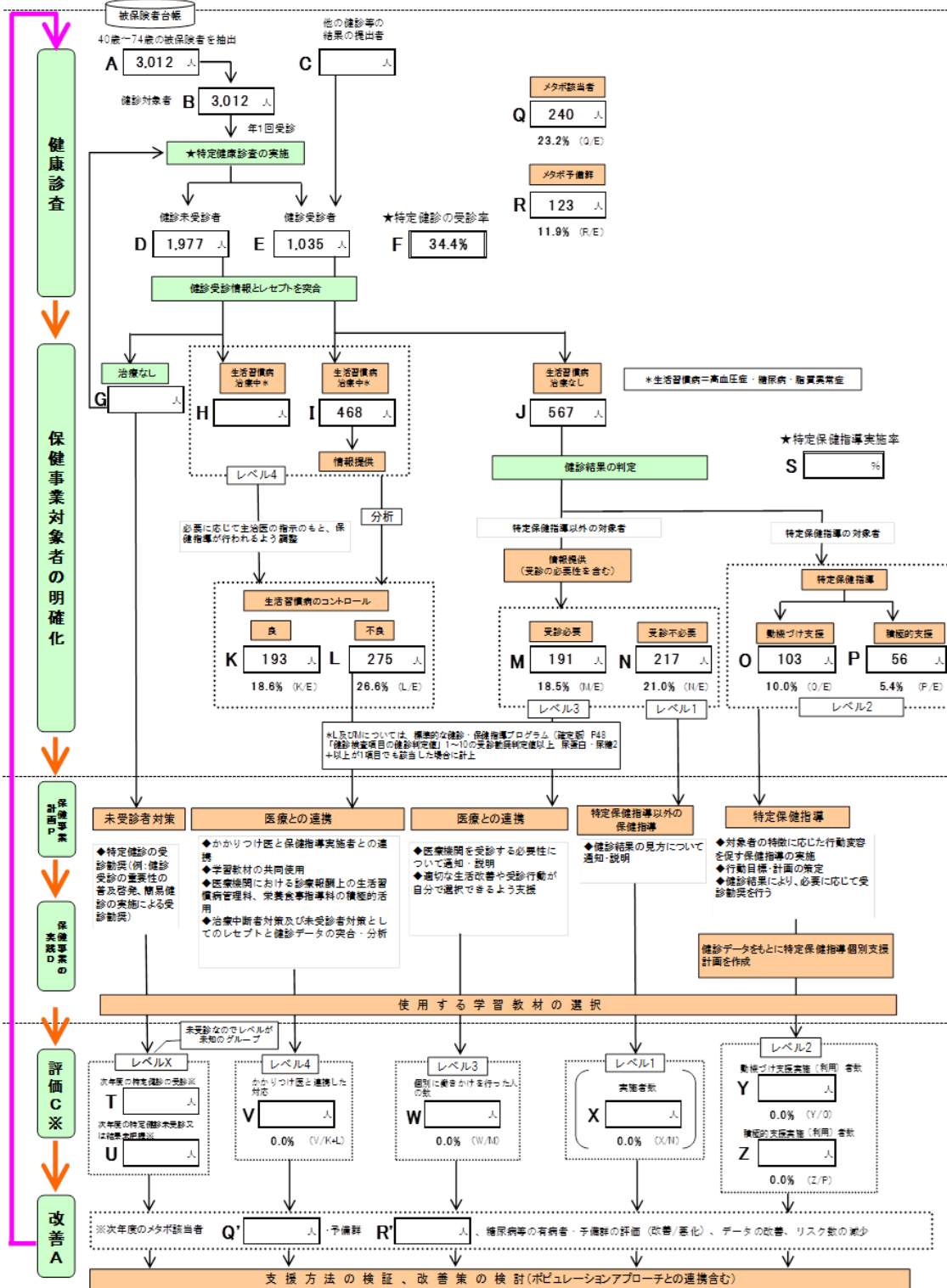
特定保健指導の実施については、高齢者の医療の確保に関する法律第 24 条に基づいて実施し、嘉手納町による直接実施と保健指導機関への委託で行う。

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 26)

【図表 26】

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



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

要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法について以下に記載する。

(図表 27)

平成 30 年度目標

【図表 27】

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 (受診者の割合%)	目標実施率
1	O P	レベル 2 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	157 人 (15.9)	45%
2	M	レベル 3 情報提供 (要医療者支援)	◆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	182 人 (18.5)	再検査・ 精査率 40%
3	L	レベル 4 情報提供 (重症化予防)	◆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	262 人 (26.6)	
4	D	レベルX 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)	1,478 人	特定健診 受診率 35%
5	N	レベル 1 情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明(健診結果説明会)	207 人 (21.0)	

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

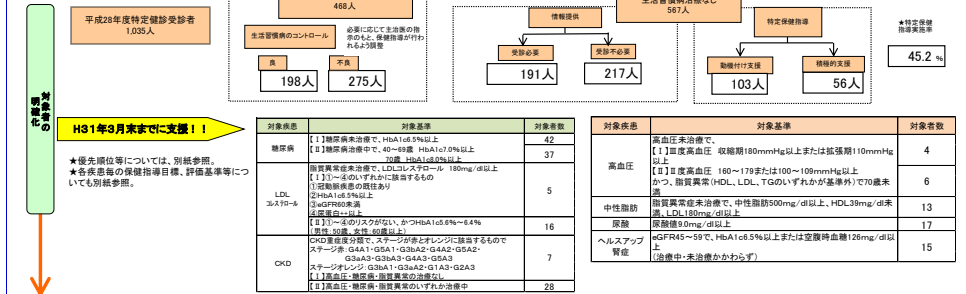
目標に向かっての進捗状況管理と P D C A サイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 28)

【図表 28】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成30年度）

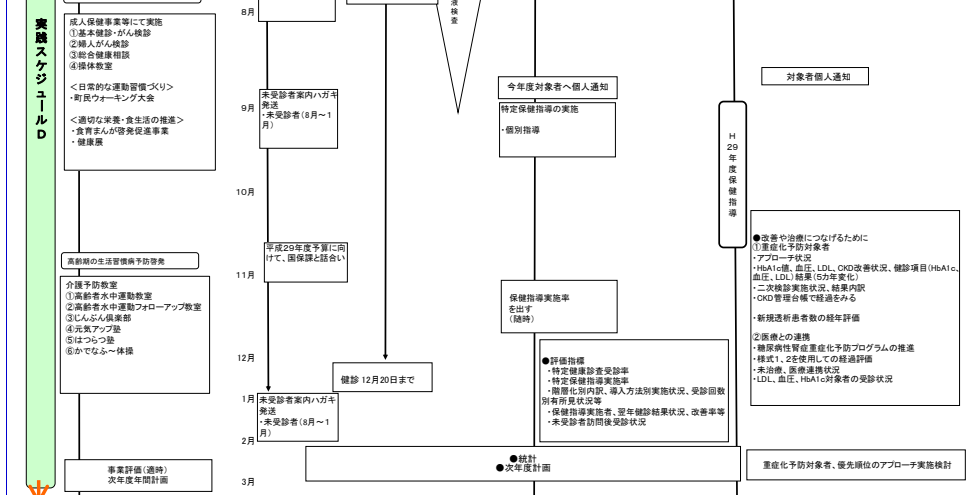
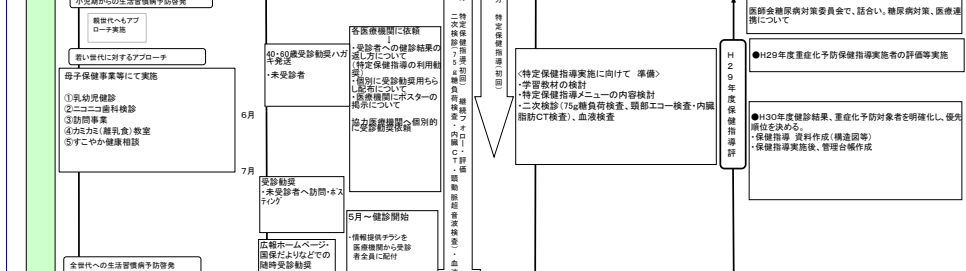
対象者の明確化から計画・実践・評価まで

【図表28】



対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	【1】糖質負荷試験で、HbA1c 6.5%以上 【2】糖化ヘモグロビンで、40~69歳 HbA1c 7.0%以上 70歳以上 HbA1c 7.5%以上	42
LDLコレステロール	脂質異常症未治療で、LDLコレステロール 180mg/dl以上 【1】1~4歳のいずれかに該当するもの（受診後の再検査あり） 【2】HbA1c 6.5%以上 【3】LDLコレステロール 【4】1~4歳のいずれかに該当し、かつHbA1c 6.5%~6.4% （男性 50歳、女性 60歳以上）	5
CKD	CKD 1段階で、ステージ3とステージ4に該当するもので スクリーン値 G3a1-G3a2-G3a3-G4a1-G4a2-G4a3 スクリーン値 G3b1-G3b2-G3b3-G4b1-G4b2-G4b3 【1】高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれかに該当 【2】高血圧・糖尿病・脂質異常症のいずれかに治療中	7
高血圧	高血圧未治療で、 【1】Ⅰ度高血圧 収縮期180mmHg以上または拡張期110mmHg以上 【2】Ⅱ度高血圧 160~179または100~109mmHg以上 かつ、脂質異常（HDL、LDL、TGのいずれかが基準外）で70歳未満	4
中性脂肪	脂質異常症未治療で、中性脂肪500mg/dl以上、HDL30mg/dl未満、LDL180mg/dl以上	13
尿酸	尿酸値9.0mg/dl以上	17
ヘルスアップ判定	60FR45~59で、HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上（治療中・未治療かわからず）	15

①未受診者対策 ②特定健診 ③保健指導



評価C※	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	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%

★生活習慣病予防をライフスタイルで見ている。母子健康簿・健康予防帳と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

(6) 個人情報保護

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及び嘉手納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、嘉手納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29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 29】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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	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	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 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。

ア.医療機関未受診者

イ.医療機関受診中断者

ウ.糖尿病治療中者

(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

ア. 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。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 30)

【図表 30】

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。嘉手納町においては特定健診にてクレアチニン検査、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)

イ.基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 31)

嘉手納町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 42 人(40%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 302 人中のうち、特定健診受診者が 63 人(20.9%・G)であったが、6 人(9.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 205 人(67.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 55 人中 10 人は治療中断であることが分かった。また、45 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。

ウ.介入方法と優先順位

図表 31 より嘉手納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)・・・42 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・16 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)・・・57 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

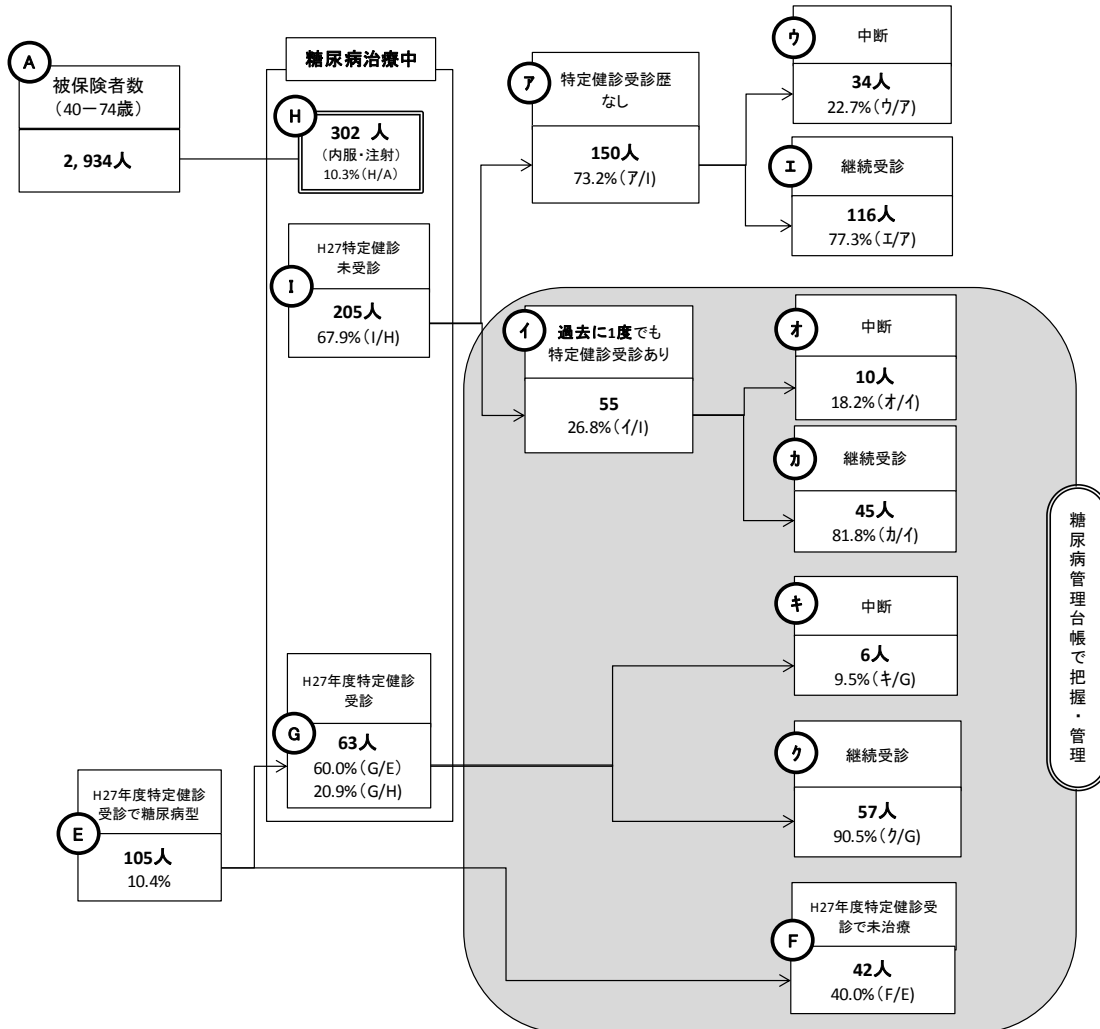
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・45 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 31】

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) 担当の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……45人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……3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。嘉手納町においては、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 32)

【図表 32】

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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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)
<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"> 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
<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見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <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>

②2 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沖縄県プログラムに準じていく。

(6) 福祉課との連携

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

ア.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

イ. 保健指導対象者に対する評価

(ア)保健指導実施率

(イ)糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

(8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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

ア. 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「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。嘉手納町において健診受診者 1,069 人のうち心電図検査実施者は 4 人(0.4%)であり、そのうち ST 所見があったのは 0 人であった。

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 所見ありの場合への対応は、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。

嘉手納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を積極的に勧めていくことが望まれる。

イ. 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に行う「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 33 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 33】

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 34 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 34】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

②二次健診の実施

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

嘉手納町では対象者へ二次健診において、血管不全を評価する血管機能検査として、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) 福祉課との連携

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

(6) 評価

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

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

①短期的評価

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

(7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

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 35、36)

【脳卒中の分類】

【図表 35】

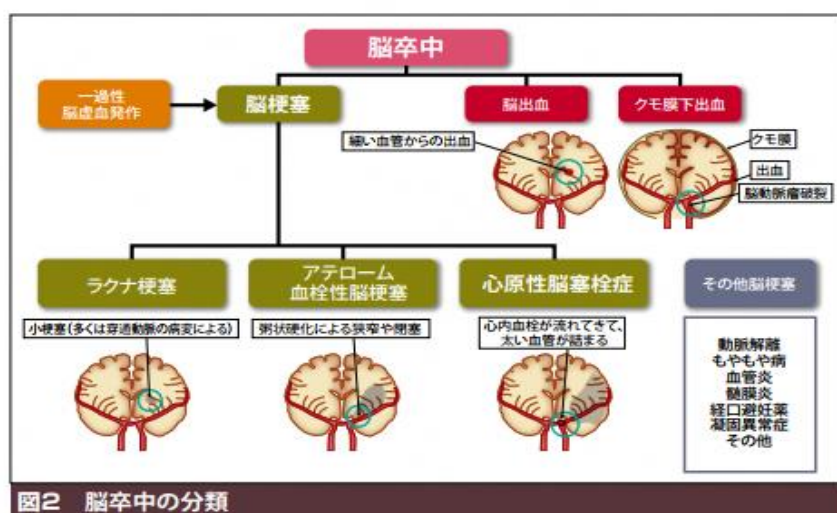


図2 脳卒中の分類

(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 36】

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 37 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 37】

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BMDMB)		心房細動	メタリックシンド ローム		慢性腎臓病(CDK)		
特定健診受診者における重症化予 防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		66人 6.4%	91人 8.8%	36人 3.5%	0人 0.0%	240人 23.2%	23人 2.2%	37人 3.6%				
治療なし		35人 5.2%	42人 4.5%	33人 4.1%	0人 0.0%	55人 9.7%	4人 0.7%	9人 1.6%				
治療あり		31人 8.5%	49人 53.3%	3人 1.3%	0人 0.0%	185人 39.5%	19人 4.1%	28人 6.0%				
臓器障害あり		5人 14.3%	2人 4.8%	2人 6.1%	0人 --	1人 1.8%	4人 100.0%	9人 100.0%				
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	5人	2人	2人	0人	1人	4人	9人				
	尿蛋白(2+)以上	2人	1人	0人	0人	1人	4人	1人				
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2人	1人	1人	0人	0人	0人	0人				
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人	0人	1人	0人	0人	1人	9人				
	心電図所見あり	0人	0人	0人	0人	0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66人(6.4%)であり、35人は未治療者であった。また未治療者のうち5人(14.3%)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31人(8.5%)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 38)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 38】

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)	671	252	115	143	126	31	4	
		37.6%	17.1%	21.3%	18.8%	4.6%	0.6%	
リスク第1層	110	63	17	17	10	2	1	
		16.4%	25.0%	14.8%	11.9%	7.9%	6.5%	25.0%
リスク第2層	343	135	62	69	63	13	1	
		51.1%	53.6%	53.9%	48.3%	50.0%	41.9%	25.0%
リスク第3層	218	54	36	57	53	16	2	
		32.5%	21.4%	31.3%	39.9%	42.1%	51.6%	50.0%
再掲 重複あり	糖尿病	54	15	5	12	18	4	0
		24.8%	27.8%	13.9%	21.1%	34.0%	25.0%	0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	79	18	17	19	16	7	2
	36.2%	33.3%	47.2%	33.3%	30.2%	43.8%	100.0%	
3個以上の危険因子	115	25	19	31	29	10	1	
	52.8%	46.3%	52.8%	54.4%	54.7%	62.5%	50.0%	

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
10	65	86
1.5%	9.7%	12.8%
10	2	1
100%	3.1%	1.2%
--	63	14
--	--	16.3%
--	--	71
--	--	82.6%

(参考)高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学会

表 38 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

【図表 39】

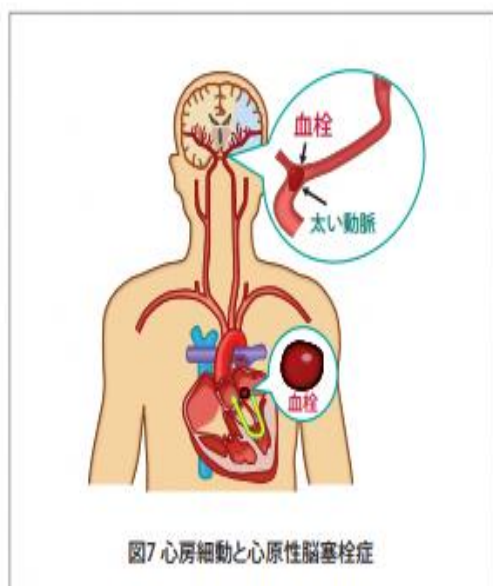


図7 心房細動と心原性脳塞栓症

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。

心電図検査において0人が心房細動の所見であった。特定健診受診で心電図検査を受ける事で早期発見ができる。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査を積極的に勧めていくことが望まれる。

(脳卒中予防の提言より引用)

(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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

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。

嘉手納町では対象者へ二次健診において、血管不全を評価する血管機能検査として、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の検査を実施していく。

③対象者の管理

ア. 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)

イ. 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) 福祉課との連携

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

4月 対象者の選定基準の決定

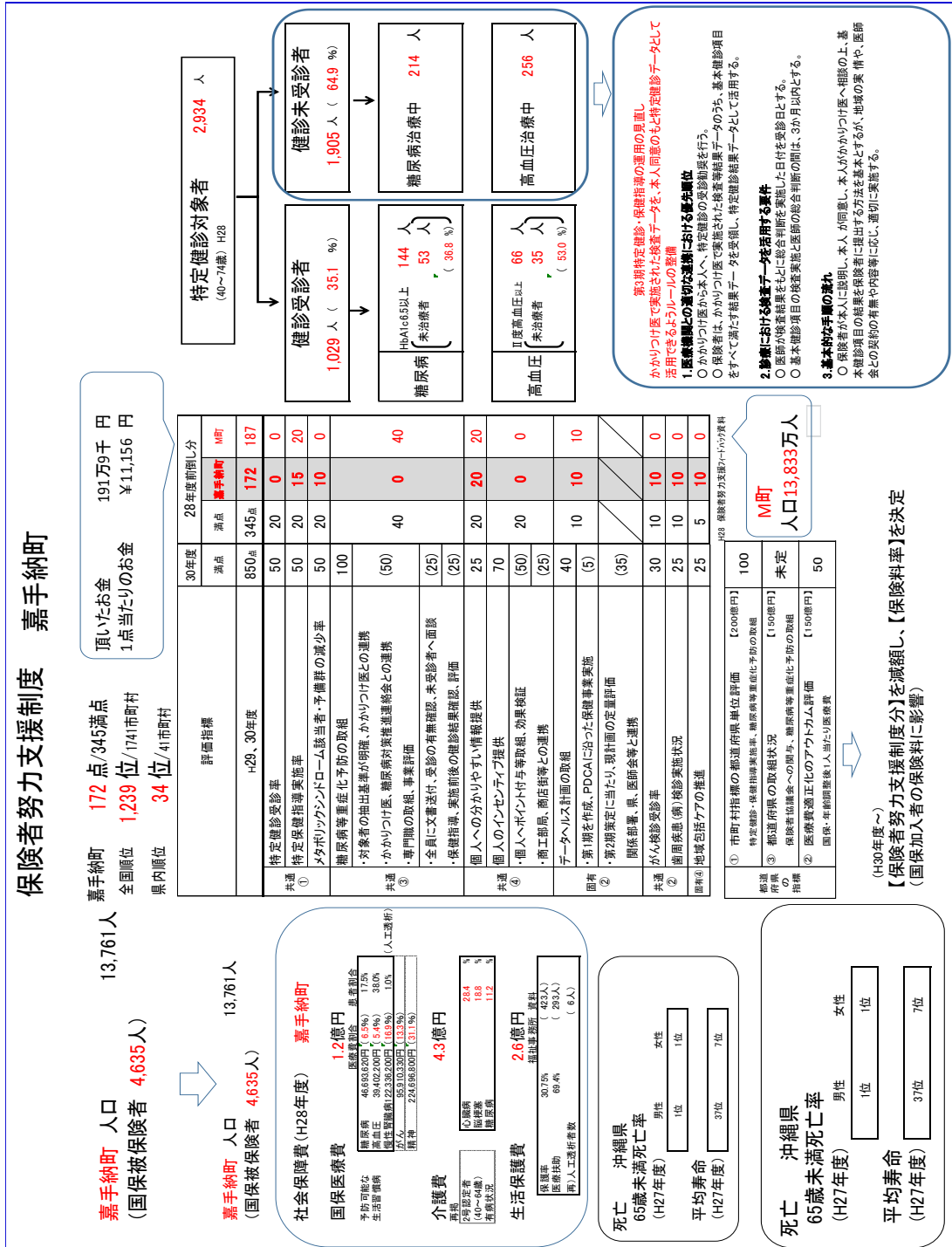
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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实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】



嘉手納町 人口

13,761人 (国保被保険者 4,635人)

13,761人 (国保被保険者 4,635人)

死亡	沖縄県
65歳未満死亡率 (H27年度)	男性 1位 (37位)
女性 1位 (7位)	
平均寿命 (H27年度)	男性 1位 (37位)
女性 1位 (7位)	

(H30年度～)
【保険者努力支援制度分】を減額し、【保険料率】を決定
(国保加入者の保険料に影響)

〇県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表〇)

1・からだの実態

①健診データ

(H25年度厚生労働省様式G-2~G-7健診有所見者状況)

腹囲	1位
BMI	1位
GPT	4位
中性脂肪	3位
空腹時血糖	8位
126以上	4位
HbA1c8.4以上	4位

内臓脂肪の蓄積

2・沖縄の食の実態

食用油	1位
加工肉・ベーコン	1位
魚缶詰	1位
沖縄そば	2位
人参	1位
スナック菓子	上位
野菜摂取量	47位

飲食店サービス業	1位
バー・キャバレー・ビアホール	1位
ハンバーガー店	1位
純アルコール量	2位
ハンバーガー	5位
弁当	5位

②患者調査の実態(糖尿病)入院・入院外 (平成26年)

糖尿病	入院外	入院
	47位	35位

③糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況 (平成27年)

沖縄県	7位	47.70%
-----	----	--------

出典
厚生労働省ホームページ 特定健診・特定保健指導に関するデータ (全国健康保険者)
厚生労働省 患者調査
社) 日本透析学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の実状」
総務省統計局 経済センサス基礎調査 (部分期・全事業所)
国統計 都道府県別の死亡 (消費)
総務省 家計調査

【図表 41】

第5章 地域包括ケアに係る取組

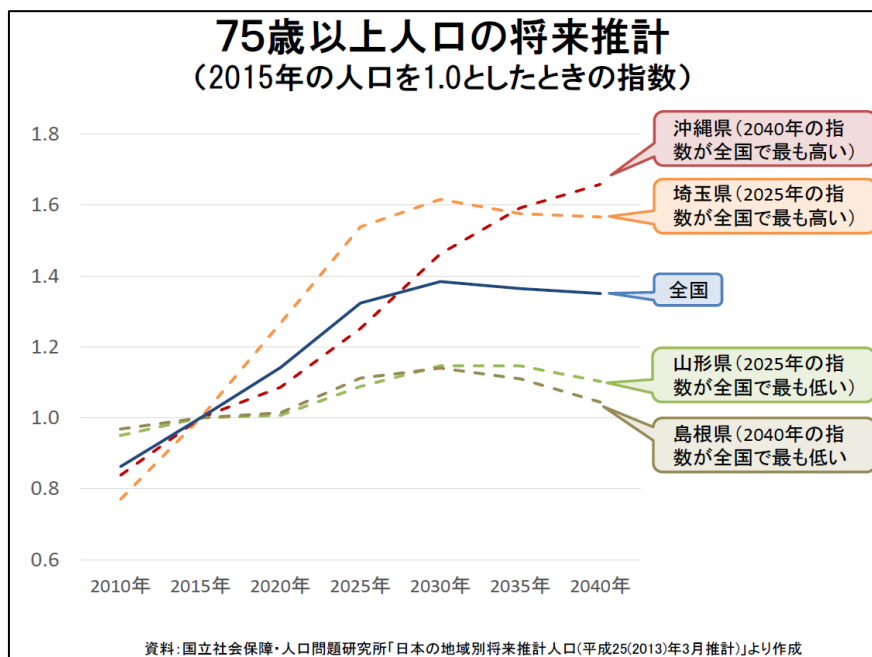
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

沖縄県は、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2023年においては、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

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							現状値の把握方法	
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34		最終評価値
特定健診等計画	・重症化してから新規で治療している者の割合が高い。 ・メタボ予備群及び該当者は全国と比較して割合が高い。	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	38.1%		35%	40%	45%	50%	55%	60%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				45.2%		45%	48%	51%	54%	57%	60%	
データヘルス計画	・介護保険の2号認定者が増加している。 ・脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析になった人のうち高血圧の割合が高い。 ・慢性腎不全・脳梗塞・脳出血の医療費に占める割合が高い。	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	脳血管疾患に占める割合2%減少 虚血性心疾患に占める割合2%減少 糖尿病性腎症に占める割合2%減少								2%減少	KDBシステム
											2%減少	
											2%減少	
保険者努力支援制度	・がんによる死亡率が同規模平均と比較して高い。	がんの早期発見・早期治療	40歳以上の大腸がん検診受診率の向上(20%) 40歳以上の乳がん検診受診率の向上(20%)								20%	嘉手納町健康・食育かでな21

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、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嘉手納町の位置
- 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1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた嘉手納町の位置

項目		H25		H28		H28						データ元 (CSV)		
		保険者		保険者		同規模平均		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	13,701		13,701		1,944,956		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）	2,884	21.0	2,884	21.0	575,439	29.6	239,486	17.4	29,020,766	23.2		
		75歳以上	1,563	11.4	1,563	11.4			119,934	8.7	13,989,864	11.2		
		65～74歳	1,321	9.6	1,321	9.6			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
		40～64歳	4,306	31.4	4,306	31.4			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下	6,511	47.5	6,511	47.5			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	1.7		1.7		14.7		5.4		4.2		KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	18.4		18.4		26.9		15.4		25.2			
		第3次産業	80.0		80.0		58.3		79.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	78.5		78.5		79.3		79.4		79.6		KDB_No.1 地域全体像の把握	
女性		88.1		88.1		86.4		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性	63.9		63.9		65.1		64.5		65.2		KDB_No.1 地域全体像の把握		
	女性	66.6		66.6		66.8		66.5		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)	101.9		94.9		105.0		97.8		100		KDB_No.1 地域全体像の把握	
		男性												
		女性	87.8		78.2		102.7		87.5		100			
		死因	がん	33	46.5	37	46.3	6,768	45.4	2,965	48.0	367,905		49.6
			心臓病	22	31.0	20	25.0	4,236	28.4	1,600	25.9	196,768		26.5
			脳疾患	8	11.3	14	17.5	2,609	17.5	893	14.5	114,122		15.4
			糖尿病	1	1.4	3	3.8	263	1.8	187	3.0	13,658		1.8
			腎不全	2	2.8	3	3.8	584	3.9	243	3.9	24,763		3.3
	自殺		5	7.0	3	3.8	444	3.0	287	4.6	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計			26		17.4		2,029		17.3		厚労省HP 人口動態調査	
		男性			21		24.7		1,403		22.3			
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	593	20.1	636	21.9	114,846	20.2	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_No.1 地域全体像の把握
			新規認定者	7	0.3	4	0.3	1,946	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者	31	0.7	37	0.8	2,492	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
		② 有病状況	糖尿病	114	18.6	124	17.2	25,612	21.3	10,612	18.3	1,350,152	22.1	KDB_No.1 地域全体像の把握
高血圧症			289	46.1	329	45.0	63,835	53.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9		
脂質異常症			149	23.2	182	24.5	31,966	26.7	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
心臓病			324	51.6	355	48.9	72,264	60.6	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
脳疾患			157	25.6	167	23.6	32,398	27.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
がん			34	6.2	57	7.2	11,697	9.6	4,558	7.8	631,950	10.3		
筋・骨格			276	44.7	312	42.1	62,083	51.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
③ 介護給付費		1件当たり給付費（全体）	71,856		78,219		68,807		71,386		58,284		KDB_No.1 地域全体像の把握	
		居宅サービス	50,943		57,289		42,403		52,569		39,662			
		施設サービス	311,265		297,876		278,098		282,196		281,186			
④ 医療費等		要介護認定別 医療費（40歳以上）	10,543	認定あり	9,925	8,199	9,703	7,980						
		認定なし	4,055		4,657	3,955	4,397	3,816						
4	① 国保の状況	被保険者数	5,374		4,635		509,741		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	952	17.7	1,011	21.8			103,448	23.3	12,461,613	38.2		
		40～64歳	2,107	39.2	1,823	39.3			168,937	38.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下	2,315	43.1	1,801	38.9			171,906	38.7	9,179,541	28.2		
	加入率	39.2		33.8		26.6		32.3		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.2	1	0.2	121	0.2	94	0.2	8,255	0.3		
		診療所数	5	0.9	5	1.1	1,138	2.2	874	2.0	96,727	3.0		
		病床数	220	40.9	220	47.5	17,242	33.8	18,893	42.5	1,524,378	46.8		
		医師数	14	2.6	13	2.8	1,935	3.8	3,552	8.0	299,792	9.2		
		外来患者数	473.1		480.2		682.6		507.9		668.1			
	入院患者数	19.5		21.3		22.4		20.0		18.2				
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	20,260	県内22位 同規模128位	21,790	県内22位 同規模141位	26,568	22,111	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	492,614		501,561		705,038		527,86		686,286			
		外来費用の割合	52.1		50.7		57.2		52.4		60.1			
		入院費用の割合	47.9		49.3		42.8		47.6		39.9			
入院件数の割合		4.0		4.3		3.2		3.8		2.6				
1件あたり在院日数		17.7日		18.0日		16.7日		17.1日		15.6日				
最大医療費負担額		13.7		13.2		23.8		17.3		25.6				
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (調剤含む)	慢性腎不全（透析あり）	107,201,450	15.0	122,336,200	16.9	9.5	16.0	9.7						
	糖尿病	53,694,200	7.5	47,163,180	6.5	10.3	7.0	9.7						
	高血圧症	63,701,160	8.9	39,462,710	5.5	9.2	6.3	8.6						
	精神	216,007,310	30.2	224,611,320	31.0	18.8	28.0	16.9						
	筋・骨格	84,428,350	11.8	88,863,150	12.3	15.1	13.1	15.2						

項目		H25		H28		H28		H28		国		データ元 (CSV)					
		保険者		保険者		同規模平均		県		国							
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	584,726	17位 (21)	609,441	↑	18位 (19)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	603,936	16位 (21)	610,903		20位 (18)								
				脂質異常症	623,662	5位 (20)	506,863		34位 (20)								
				脳血管疾患	520,318	38位 (22)	646,911	↑	26位 (22)								
				心疾患	714,373	12位 (18)	633,958		27位 (14)								
				腎不全	787,591	17位 (22)	609,193		35位 (21)								
		県内順位 順位総数42	入院の()内 は入院日数	外来	精神	457,966	18位 (26)	483,822	↑	18位 (26)							
					悪性新生物	713,847	8位 (16)	668,430		25位 (14)							
					糖尿病	38,645	22位	37,994		26位							
					高血圧	34,049	16位	34,191	↑	19位							
					脂質異常症	33,805	6位	33,758		9位							
					脳血管疾患	33,212	30位	35,086	↑	28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	2,155		2,059		3,051	1,919	2,346						
				健診未受診者	9,754		11,108	↑	11,945	10,954	12,339						
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	7,211		7,422		8,266	6,836	6,742						
				健診未受診者	32,641		40,044	↑	32,361	39,024	35,459						
			⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	583	57.8	564	56.6	89,238	56.7	54,166	55.9	4,427,360	56.1		
					医療機関受診率	540	53.5	517	51.9	81,322	51.7	49,936	51.6	4,069,618	51.5		
	5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	メタボ 該当・予備群 レベル	健診受診者	1,009		997		157,335	96,836	7,898,427					
受診率					35.5	県内34位 同規模100位	38.0	↑	県内28位 同規模109位	43.2	37.5	全国25位	36.4				
特定保健指導終了者 (実施率)					85	54.8	77	49.7	↓	8184	41.7	7,845	50.6	198,683	21.1		
非肥満高血糖					56	5.6	76	7.6		17,078	10.9	6,227	6.4	737,886	9.3		
メタボ					該当者	220	21.8	233	23.4	↑	28,039	17.8	21,916	22.6	1,365,855	17.3	
					男性	132	30.6	159	34.8	↑	19,376	27.0	15,055	32.9	940,335	27.5	
					女性	88	15.3	74	13.7		8,663	10.1	6,861	13.4	425,520	9.5	
予備群					男性	128	12.7	120	12.0		17,199	10.9	14,505	15.0	847,733	10.7	
					女性	83	19.2	77	16.8		11,819	16.4	9,655	21.1	588,308	17.2	
BMI					男性	45	7.8	43	8.0		5,380	6.3	4,850	9.5	258,425	5.8	
					女性	45	7.8	43	8.0		5,380	6.3	4,850	9.5	258,425	5.8	
⑦					腹囲	総数	410	40.6	390	39.1	50,519	32.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5	
						男性	250	57.9	263	57.5	34,664	48.2	27,902	60.9	1,714,251	50.2	
						女性	160	27.7	127	23.5	15,855	18.6	13,686	26.8	776,330	17.3	
						総数	65	6.4	77	7.7	8,872	5.6	6,193	6.4	372,685	4.7	
						男性	5	1.2	14	3.1	1,430	2.0	901	2.0	59,615	1.7	
						女性	60	10.4	63	11.7	7,442	8.7	5,292	10.4	313,070	7.0	
						血糖のみ	男性	4	0.4	5	0.5	1,171	0.7	913	0.9	52,296	0.7
							女性	97	9.6	88	8.8	12,209	7.8	10,137	10.5	587,214	7.4
	脂質のみ	男性	27	2.7		27	2.7	3,819	2.4	3,455	3.6	208,214	2.6				
		女性	40	4.0		30	3.0	5,194	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7				
血糖・脂質	男性	17	1.7	12	1.2	1,482	0.9	1,228	1.3	75,032	0.9						
	女性	93	9.2	110	11.0	12,677	8.1	10,556	10.9	663,512	8.4						
血糖・脂質	男性	70	6.9	81	8.1	8,686	5.5	6,804	7.0	415,310	5.3						
	女性	70	6.9	81	8.1	8,686	5.5	6,804	7.0	415,310	5.3						
6	生活習慣の 状況	服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1日30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量	高血圧	345	34.2	350	35.1	↑	55,608	35.4	35,736	36.9	2,650,283	33.6			
			糖尿病	87	8.6	89	8.9	↑	13,020	8.3	8,886	9.2	589,711	7.5			
			脂質異常症	207	20.5	220	22.1	↑	34,949	22.2	19,747	20.4	1,861,221	23.6			
			脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	16	1.7	11	1.2	4,523	3.0	2,781	3.2	246,252	3.3				
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	18	2.0	13	1.4	7,878	5.3	3,985	4.5	417,378	5.5				
			腎不全	3	0.3	4	0.4	780	0.5	477	0.5	39,184	0.5				
			貧血	35	3.8	31	3.4	12,720	8.7	5,051	6.2	761,573	10.2				
			喫煙	167	16.6	149	14.9	22,916	14.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2				
			週3回以上朝食を抜く	183	18.8	60	18.6	10,085	7.0	10,244	18.2	585,344	8.7				
			週3回以上食後間食	150	15.3	50	15.5	17,363	12.0	9,397	16.7	803,966	11.9				
			週3回以上就寝前夕食	259	26.3	75	23.3	22,799	15.8	13,503	23.9	1,054,516	15.5				
			食べる速度が速い	225	24.5	76	30.2	38,905	26.9	17,001	31.4	1,755,597	26.0				
			20歳時体重から10kg以上増加	434	44.2	149	46.0	46,745	32.4	25,674	46.4	2,192,264	32.1				
			1日30分以上運動習慣なし	563	57.4	195	60.2	92,627	64.1	32,954	57.5	4,026,105	58.8				
1日1時間以上運動なし	340	34.6	142	43.8	68,134	47.2	27,541	49.9	3,209,187	47.0							
睡眠不足	313	32.1	104	29.5	35,522	24.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1							
毎日飲酒	143	14.6	68	19.2	38,267	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6							
時々飲酒	267	27.2	74	20.9	29,879	20.3	18,519	28.7	1,628,466	22.1							
一日飲酒量	1合未満	289	55.9	150	60.0	↑	61,172	61.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0					
	1~2合	128	24.8	54	21.6		25,170	25.1	12,695	28.7	1,245,341	23.9					
	2~3合	69	13.3	29	11.6		10,318	10.3	5,994	13.5	486,491	9.3					
	3合以上	31	6.0	17	6.8	↑	3,436	3.4	3,385	7.6	142,733	2.7					

【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		血圧								
							CKD	GFR								
								尿蛋白								
						糖尿病	糖	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患	糖 以外	体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症		血圧								
							CKD	GFR								
								尿蛋白								

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの平成29年度計画（嘉手納町）

考え方	ポイント	実施すること	専門職や他への紹介
<p>①糖尿病管理台帳作成</p> <p>↓</p> <p>年1回 健診データを入れ込む</p> <p>↓</p> <p>ポイントごとに整理してから</p> <p>↓</p> <p>台帳に乗っている人全てに関わる</p> <p>②台帳に年間を通じて情報を入れ込む</p> <p>↓</p> <p>地区担当が必要になる (保健師活動指針)</p> <p>↓</p> <p>・継続的に訪問するためには地区担当制が必要になる ・地区担当者が変わっても継続して関わる</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>糖尿病の問題性</p> <p>(図1にあるように)</p> <ul style="list-style-type: none"> 心・脳ですでに起こっているケースもある 腎でも起こる </div> <p>↓</p> <p>治療してもコントロールが悪い</p> <p>↓</p> <p>★糖尿病の治療とは何か</p>	<p>糖尿病台帳の全体数 ()名</p> <p>①健診未受診者 ()名</p> <p>②未治療者 (45)名</p> <p>③HbA1cが悪化している ()名</p> <p>④尿蛋白</p> <p>(-)(38)名</p> <p>(±)(3)名</p> <p>(+)(3)名</p> <p>⑤eGFR</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>値の変化</p> <p>1年で25%以上低下 ()名</p> <p>1年で5ml/分/1.73㎡以上低下(86名)</p> </div> <p>⑥①にも関係するが記入すべき内容</p> <p>——備考欄に</p> <ul style="list-style-type: none"> ①死亡、その原因 ②脳・心疾患 一手術 ③透析 ④癌 など 	<p>確認すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ①レセプトで治療しているかどうか ②他の保険者に行っているかどうか <p>レセプトを確認 訪問・面接か —— 保健指導</p> <p>他のリスク(血圧・メタボなど)</p> <p>尿アルブミン検査 —— 腎症予防のための保健指導</p> <p>尿蛋白検査 —— 腎症予防のための保健指導</p> <p>顕性腎症</p>	<p>後期高齢者 — 被保険者台帳 社保へ</p> <p>経年表でみていく</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>栄養士中心</p> <p>↓</p> <p>各種専門職</p> <p>↑</p> <p>腎専門医</p> </div>

【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	10	都道府県	沖縄	市町村名	嘉手納町		
項目	実合表	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152		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	4,925人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	2,934人							
2	①	対象者数	3,012人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	受診者数	1,035人							
	③	受診率	34.4%							
3	①	特定保健指導対象者数	155人							
	②	実施率	45.2%							
4	①	糖尿病型	E	145人	14.0%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	54人	37.2%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	91人	62.8%					
	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	60人	65.9%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	42人	70.0%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	42人	70.0%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖100未満	K	31人	34.1%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	114人	78.6%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	9.0%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		15人	10.3%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		3人	2.1%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	62.7人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	104.3人							
	③	レセプト件数(40-74歳)	1,584件	(558.9)			2,076件	(799.2)	KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)	
	④	入院外(件数)	8件	(2.8)			16件	(6.0)		
	⑤	糖尿病治療中	H	309人	6.3%				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	H	306人	10.4%					
	⑦	健診未受診者	I	215人	70.3%					
	⑧	インスリン治療	O	21人	6.8%					
	⑨	(再掲)40-74歳		21人	6.9%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	40人	12.9%					
	⑪	(再掲)40-74歳		40人	13.1%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		12人	3.88%					
	⑬	(再掲)40-74歳		12人	3.92%					
	⑭	新規透析患者数		1	8.3%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0	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)		6人	1.9%				KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	12億4971万円				10億9540万円		KDB 健診・医療・介護データからみ る地域の健康課題	
	②	生活習慣病総医療費	7億2399万円				6億2716万円			
	③	(総医療費に占める割合)	57.9%				57.3%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	7,422円				8,266円		
	⑤		健診未受診者	40,044円				32,361円		
	⑥	糖尿病医療費	4716万円				6466万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	6.5%				10.3%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	1億5327万円							
	⑨	1件あたり	37,994円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	1億5297万円							
	⑪	1件あたり	609,441円							
	⑫	在院日数	19日							
	⑬	慢性腎不全医療費	1億2502万円				6350万円			
	⑭	透析有り	1億2234万円				5982万円			
	⑮	透析なし	269万円				368万円			
7	①	介護給付費	10億7535万円				11億9822万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	2件		20.0%					
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	3人		2.5%		2人		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

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 7】

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"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧			⑥ 発症予防対象者		
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。					
	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～		<input type="checkbox"/> 角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
□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

