

第 2 期竹富町保健事業実施計画
(データヘルス計画)

第 3 期竹富町特定健康診査等実施計画

平成 30～35 年度

竹富町国民健康保険

平成 30 年 3 月

一 目 次 一

第 1 章 実施計画の基本的事項

- 1-1 背景・目的
- 1-2 計画の位置付け
- 1-3 計画期間
- 1-4 実施体制・関係者連携
- 1-5 保険者努力支援制度

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

- 2-1 保険者の特性把握
- 2-2 第 1 期計画に係る評価・考察
- 2-3 第 2 期計画における健康課題の明確化
- 2-4 目標の設定

第 3 章 特定健康診査等・特定保健指導の実施（法定義務）

- 3-1 第 3 期特定健康診査等実施計画
- 3-2 第 2 期実施計画の目標達成状況
- 3-3 目標値の設定及び対象者数の見込み
- 3-4 特定健診の実施方法
- 3-5 特定保健指導の実施方法
- 3-6 年間実施スケジュール

第 4 章 保健事業の目標と方向性

- 4-1 保健事業の方向性
- 4-2 保健事業ごとの目的と評価指標

第 5 章 重症化予防の取組み

- 5-1 糖尿病性腎症重症化予防
- 5-2 虚血性心疾患重症化予防
- 5-3 脳血管疾患重症化予防
- 5-4 地域包括ケアに係る取組み

第 6 章 保険者への働きかけ

- 6-1 医療費の適正化の取組み
- 6-2 健康意識の向上

第 7 章 その他

- 7-1 個人情報保護
- 7-2 計画の公表・周知
- 7-3 計画の評価・見直し

参考資料

第 1 章 実施計画の基本的事項

1-1 背景・目的

近年、電子化の進展や国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。※1）等の整備により、保険者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の整備が進んでいます。

こうした中、平成 25 年 6 月に閣議決定された成長戦略「日本再興戦略」において、全ての健康保険の保険者に対し、レセプト・健診データの分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取り組みを求められ、その方針を踏まえ、厚生労働省は平成 26 年 3 月に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（以下「国指針」という。）を改正しました。

また、平成 28 年 4 月 1 日には国民健康保険法第 82 条の改正が施行され「保険者は、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援、その他の被保険者の健康の保持増進のため必要な事業を行うように努めなければならない」とされ、これに伴って同年 6 月に国指針の改正が行われました。

竹富町国民健康保険では、診療報酬明細書（レセプト）や特定健康診査の実施結果、統計資料などを活用し、第 1 期保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定してさまざまな保健事業を P D C A サイクル※2 により展開するとともに、第 2 期特定健康診査等実施計画に基づき特定健康診査及び特定保健指導を実施してきましたが、両計画の計画期間が平成 29 年度で終了することから、国指針の改正を踏まえ、第 2 期データヘルス計画と第 3 期特定健康診査等実施計画を策定します。

今回策定する第 2 期データヘルス計画と第 3 期特定健康診査等実施計画では、さらなる被保険者の健康の保持増進に努めるため、保有しているデータを活用しながら被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞ることにより、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防のための保健事業の実施、評価及び改善等を行うとともに、国民健康保険の加入者の健康管理や病気の予防における自助努力を支援するための保健事業や医療費の抑制・適正化のための事業を展開していきます。

用語解説

※1 KDB システムとは、国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。保有する情報は、医療レセプト情報、特定健診等情報、介護レセプト情報である。使用目的は、加入者についての健康状況の把握・比較分析、疾病別医療費の分析等である。

※2 PDCA サイクルとは、P：Plan（事業の計画・立案）、D：Do（事業の実施）、C：Check（事業の評価）、A：Act（事業の改善）の流れで事業を進めることである。

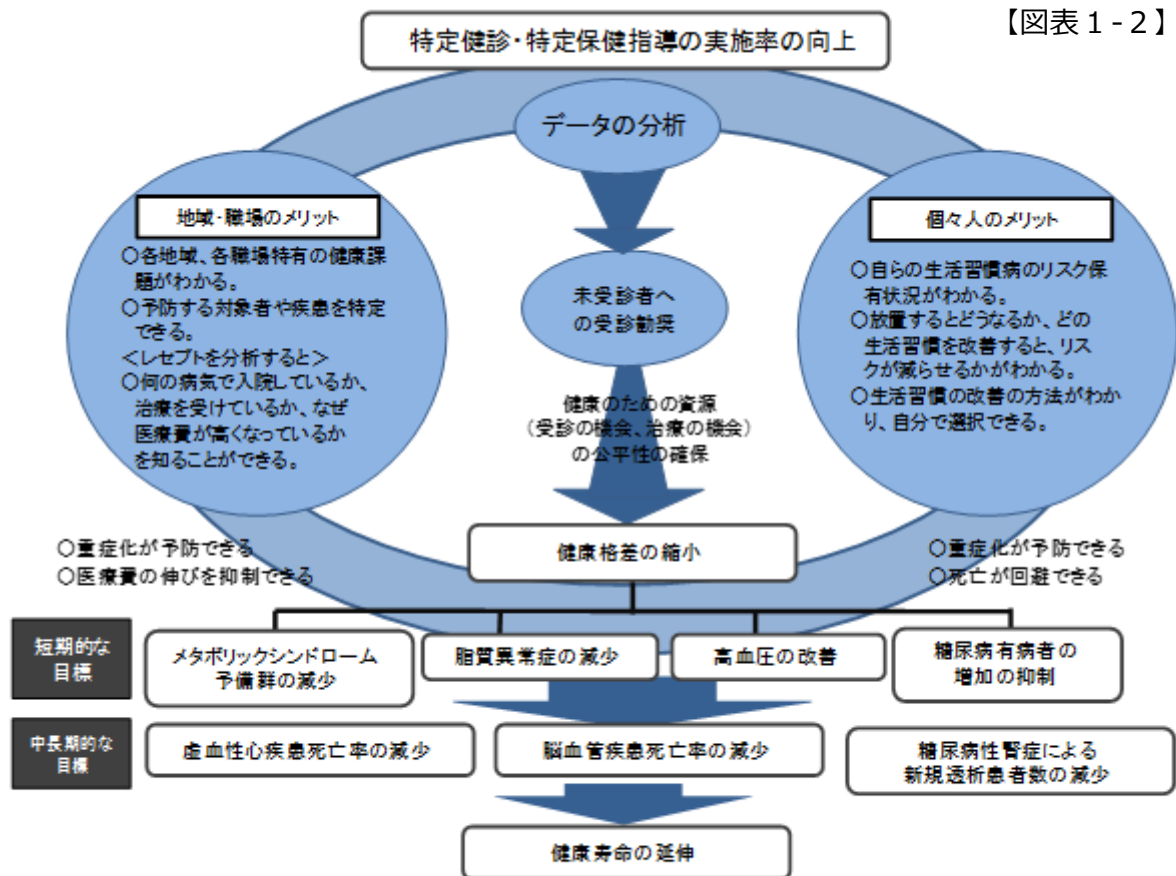
1-2 計画の位置づけ

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、PDCA サイクルに沿って運用するものです。本計画は「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21（第2次））」に示された基本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ります。（図表 1-1・1-2・1-3）

また、国指針第4の5において「可能な限り特定健康診査等実施計画を一体的に策定することが望ましい」とされていることから、保健事業の中核となる特定健康診査及び特定保健指導の具体的実施方法を定める特定健康診査等実施計画を本計画の一部に含め、一体的に計画を策定します。

2017.10.5

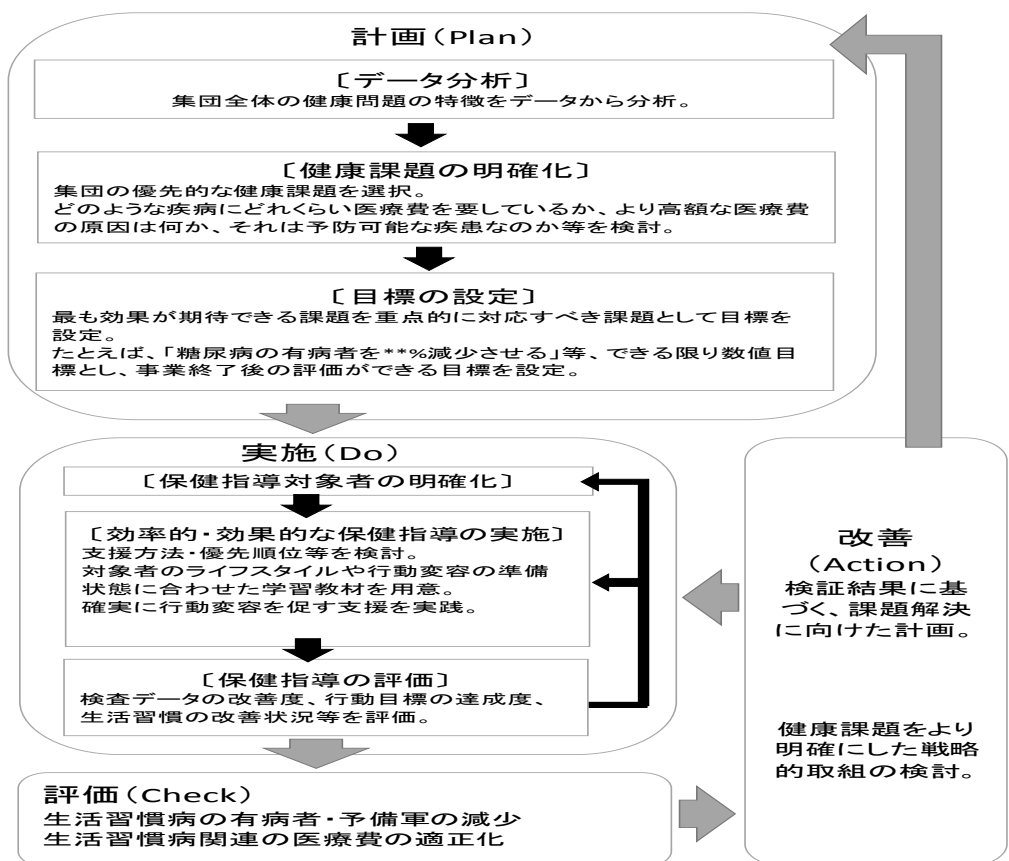
【図表 1 - 2】



出典：標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版） 図-1

【図表 1 - 3】

保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル



1-3 計画期間

計画期間については、国指針第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もふまえ、複数年とすること」とされています。

高齢者の医療の確保に関する法律の改正により、沖縄県医療費計画や特定健康診査等実施計画の次期計画期間が平成30年から平成35年までの6年間となったことから、これらとの整合性を図る観点で、計画期間を平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

1-4 実施体制・関係者連携

1 関係部局の連携

本計画の実施にあたっては、国民健康保険を主管とする健康づくり課が主体となりますが、町民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっており、福祉支援課（介護、包括支援センターなど）、政策推進課、産業振興課、教育委員会の教育課、社会文化課などとも十分な連携を実施していくことが必要です。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当業務の明確化・標準化をするとともに、経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えることとします。（図表 1-4）

2 外部有識者等の参画

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

外部有識者等や被保険者に本計画の推進への参画、連携、協力を得るため、竹富町国民健康保険運営協議会等の場において本計画の実施に関する情報提供、意見交換等を積極的に行っていきます。また、沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に設置される支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待されます。

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

また平成30年度から県が国民健康保険の財産運営の責任主体となり共同保険者となることから、計画素案について県関係課と意見交換を行い、県との連携に努めていきます。

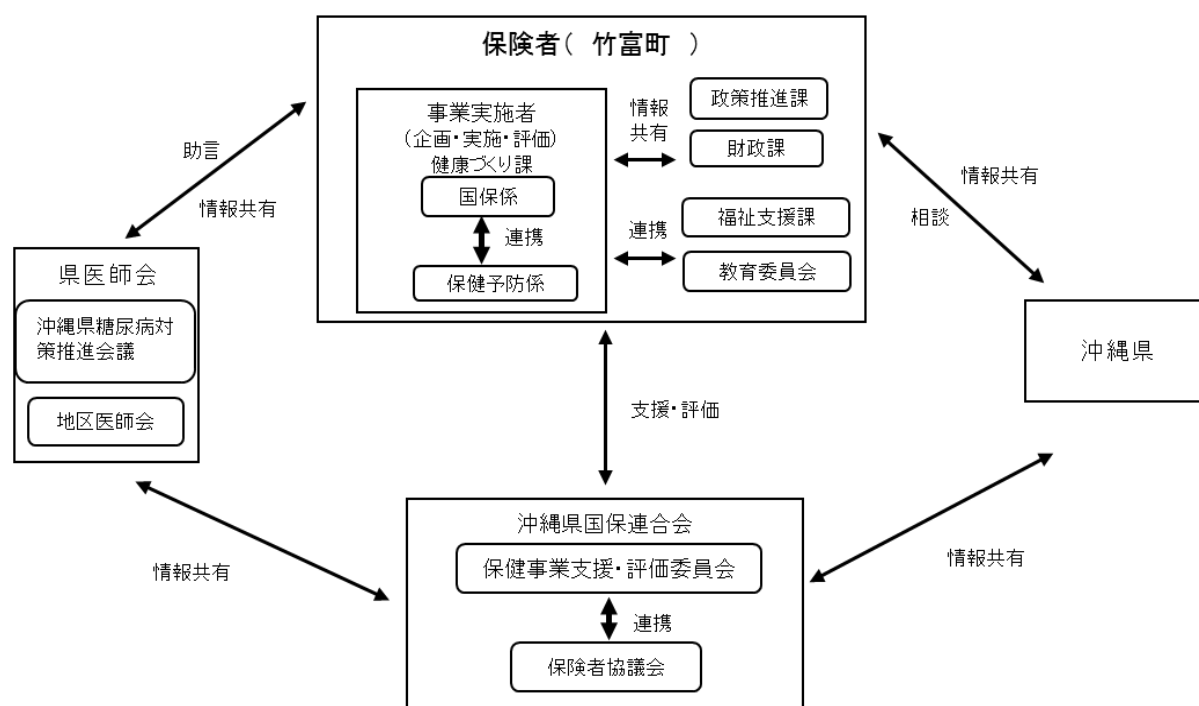
また、保険者等と医師会等、地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには県が県医師会等との連携を推進することが重要です。国保連と県はともに市町村国保を支援

する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努めることが期待されます。
さらに、転職や加齢等により被保険者が医療保険間を異動するため、健康保険組合等の他の医療保険者との連携・協力を図る必要があり、沖縄県保険者協議会を活用した連携促進を行っていきます。

3 被保険者の役割

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

【図表 1 -4】



1-5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取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前倒しで実施しています。（平成 30 年度から本格実施）

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価しています。（図表 1-5）

保険者努力支援制度

【図表 1-5】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		80			
全国順位(1,741市町村中)		1,153			
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	15			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	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわ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	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			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

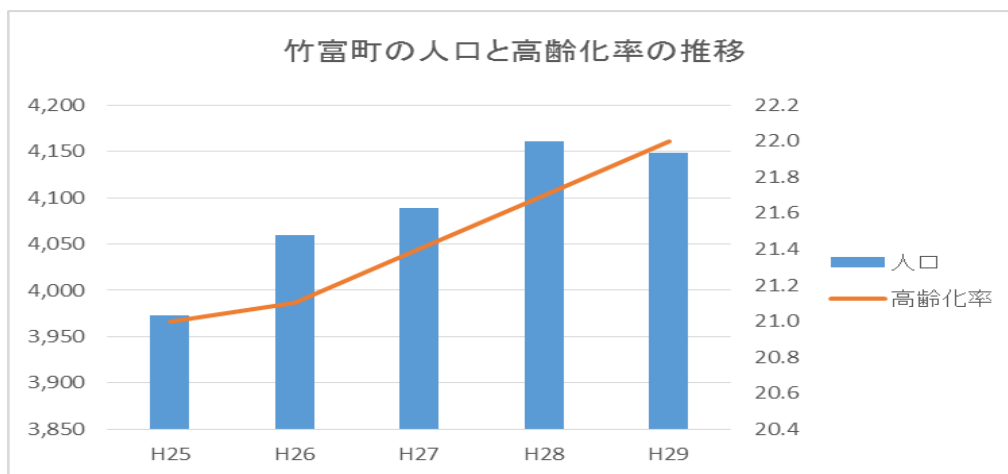
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と 第2期計画における健康課題の明確化

2-1 保険者の特性把握

1 竹富町の人口と高齢化率

竹富町の人口構成を過去5年間で比較すると、総人口は平成25年に比べ175人増となっていますが、前年度に比べ13人減となっています。高齢化率は上昇を続け、沖縄県に比べ2.6ポイント高い状況にあり超高齢者社会となっています。

【図表 2-1】



2 国民健康保険被保険者の状況

竹富町の国保加入状況を過去4年間で比較すると、加入者は1,953～2,001人とおおむね2,000人弱を推移し、平成28年度末の国保加入率は52.2%となっています。(図表2-2)

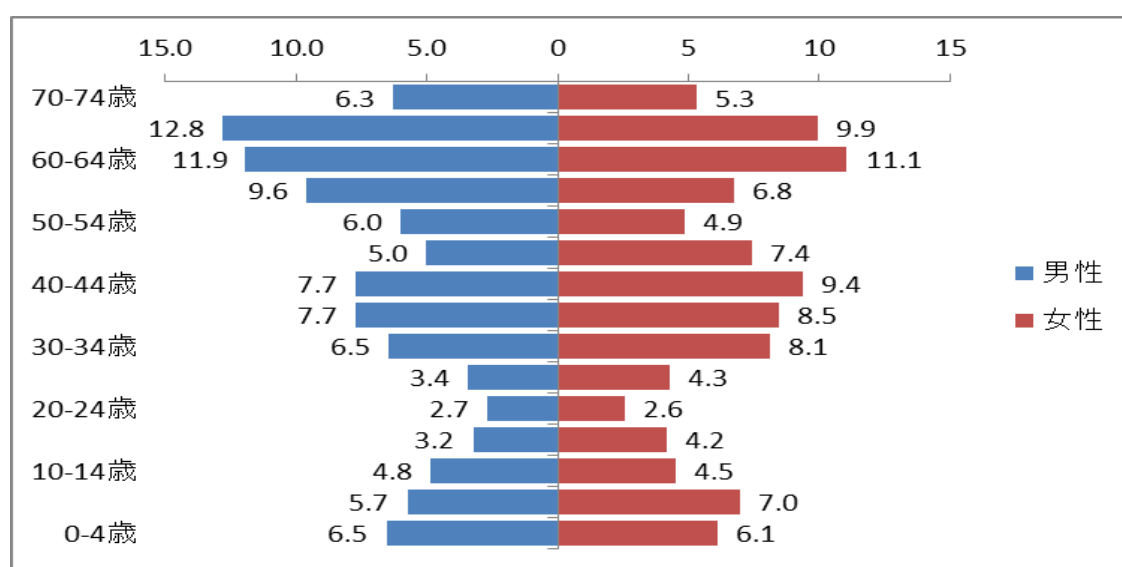
【図表 2-2】

	H25	H26	H27	H28
被保険者数(人)	1,975	1,977	1,953	2,001
加入率(%)	51.5	51.5	50.9	52.1

3 国民健康保険被保険者構成

年齢階級別・性別の被保険者数を比較すると、男女とも 30 歳から 45 歳の働き世代と 55 歳から 69 歳までの加入者が多くなっています。また、50 歳以上の男女構成比率は男性が女性の 1.5 倍になってくるのも特徴です。これは、カヌーやダイビングなど観光サービス業が多い、退職後に家業を継ぐ男性が U ターンしてくるなど地域特性が影響していると思われます。(図表 2-3)

男女・年齢階層別 国保被保険者構成割合ピラミッド 【図表 2-3】



2-2 第1期計画に係る評価・考察

1 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化（参考資料1）

平成 25 年度平成 28 年度の比較から、早世予防でみた死亡（65 歳未満）の割合は減少していたが、死亡数に変化はありませんでした。死因別では脳疾患、自死による死亡割合は増加しており、特に脳疾患による死亡は 3 倍になっています。

重症化予防指標となる介護や医療の状況をみると、介護認定率の上昇に伴う介護給付費の増加がみられました。40~64 歳の 2 号認定率は下がっていました。

医療費に占める入院費用の割合、外来費用の割合はともに経年的な大きな変化はなく、

同規模平均や国と比べると外来費用割の割合より入院費用の割合のほうが高い状況が続いています。医療機関受診率の増加と、健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率増加をあわせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動につながる者は増えているが、重症化予防の効果はまだ出ていないと推測できます。

また、特定健診受診率が年々低下しているため、医療費適正化の視点からも特定健診受診率向上への取り組みは重要となります。

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表 2-4）

介護給付の変化について、平成 28 年度は 365 万円増加、1 件あたりの給付費も 6,852 円増加しています。これは要介護認定者数の増加に伴うものと考えられます。同規模平均と比べて 1 件あたりの施設サービスが高くなっており、介護度が高いことが推測できます。その要因が生活習慣病の重症化によるものかどうかの検証が必要と考えます。今後さらなる高齢者の増加にともない、社会保障の増加が予測されるなか、急激な負担増を抑えるためにも、健康寿命の延伸、自立高齢者を増やす取り組みが必要です。

介護給付費の変化

【図表 2-4】

年度	竹富町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス	1件当たり 給付費 (全体)	居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	3億53万円	69,342	43,013	288,404	75,804	40,098	279,554
平成28年度	3億418万円	76,194	40,387	284,735	73,752	39,649	273,932

② 医療費の状況（図表 2-5）

医療費の変化について、総医療費の伸び率を比較すると、同規模はマイナスであるのに対し、竹富町は入院・入院外ともに伸び率が大きく、とくに入院費伸び率は同規模平均との差が大きくなっています。疾病の重症化の結果、入院費の伸び率が高くなったと考え、同規模町村と比べて重症化予防対策の効果がでていないと考えられます。

【図表 2-5】

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	
				竹富町	同規模			竹富町	同規模			竹富町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	3億628万円	4,041万円	13.2	-2.4	1億4,883万円	2,048万円	13.8	-2.7	1億5,745万円	1,993万円	12.7	-2.2
	H28年度	3億4,669万円				1億6,931万円				1億7,738万円			
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	12,830	1,740円	13.6	5.8	6,230	890円	0.1	5.5	6,600	850円	0.1	6.2
	H28年度	14,570				7,120				7,450			

※KDBの1人当たり医療費は、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 2-6）

平成 28 年度は短期目標疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症の総医療費に占める割合は減少していますが、糖尿病と高血圧は県、国と比較すると総医療費に占める割合は高くなっています。中長期的目標疾患である心疾患、慢性腎不全（透析無）は県、国と比べて割合が高く、これは短期目標疾患をコントロールできず重症化した結果と考えられます。

【図表 2-6】

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

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋 骨疾患
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	竹富町	306,279,880	12,830	227位	40位	0.41%	0.65%	5.55%	3.16%	5.70%	6.11%	2.40%	73,454,240	23.98%	16.86%	6.32%	10.22%
H28		346,690,720	14,571	243位	41位	0.00%	1.80%	0.94%	2.88%	4.78%	4.87%	1.91%	59,553,470	17.18%	13.53%	5.88%	11.48%
H28	沖縄県	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
	国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

出展：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 2-7）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較して、脳血管疾患の患者数に変化はありません。しかし、虚血性心疾患は患者数が 26 人から 50 人、割合は 1.3 から 2.5 と増加していました。背景にあるリスク要因では、虚血性心疾患と脳血管疾患においては高血圧が 80% 近くと高く、脂質異常症も 60% を超えていました。重症化予防のためには治療の継続とともに、リスク要因である高血圧、糖尿病、脂質異常症のコントロール状況確認が必要で、特に高血圧のコントロールは重要課題であります。

【図表 2-7】

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												
			被保険者数	人数	割合	脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
人数	割合	人数				割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2,009	26	1.3	4	15.4	1	3.8	19	73.1	10	38.5	20	76.9	
	64歳以下	1748	13	0.7	3	23.1	1	7.7	10	76.9	5	38.5	10	76.9	
	65歳以上	261	13	5.0	1	7.7	0	0.0	9	69.2	5	38.5	10	76.9	
H28	全体	1,986	50	2.5	11	22.0	0	0.0	39	78.0	21	42.0	39	78.0	
	64歳以下	1636	20	1.2	1	5.0	0	0.0	15	75.0	7	35.0	16	80.0	
	65歳以上	350	30	8.6	10	33.3	0	0.0	24	80.0	14	46.7	23	76.7	

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標							短期的な目標					
			脳血管疾患												
			被保険者数	人数	割合	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	2,009	52	2.6	4	7.7	0	0.0	36	69.2	14	26.9	28	53.8	
	64歳以下	1748	24	1.4	3	12.5	0	0.0	17	70.8	7	29.2	13	54.2	
	65歳以上	261	28	10.7	1	3.6	0	0.0	19	67.9	7	25.0	15	53.6	
H28	全体	1,986	53	2.7	11	20.8	0	0.0	39	73.6	10	18.9	33	62.3	
	64歳以下	1636	17	1.0	1	5.9	0	0.0	12	70.6	2	11.8	9	52.9	
	65歳以上	350	36	10.3	10	27.8	0	0.0	27	75.0	8	22.2	24	66.7	

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標							短期的な目標					
			人工透析												
			被保険者数	人数	割合	脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
人数	割合	人数				割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2,009	1	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
	64歳以下	1748	1	0.1	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	
	65歳以上	261	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
H28	全体	1,986	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
	64歳以下	1636	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
	65歳以上	350	0	0.0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク（様式 3-2～3-4）（図表 2-8）

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を平成 25 年度と平成 28 年度で比べてみました。

糖尿病、高血圧、脂質異常症ともに患者割合が増えています。また、それぞれにおいて虚血性心疾患の割合がおよそ 2 倍に増えていました。共通リスクの重なりをみると、糖尿病では高血圧、脂質異常症ともに高く、高血圧では脂質異常症の割合が高く、脂質異常症では高血圧の割合が高くなっています。このことから、高血圧と脂質異常症の重なりは虚血性心疾患につながりやすいと推測できます。

リスクの重なりを減らす保健指導を確実にを行い、適切に医療につなげていくことが必要です。

【図表 2-8】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標										中長期的な目標							
			糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症			
					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	2,009	92	4.6	9	9.8	63	68.5	55	59.8	10	10.9	14	15.2	0	0.0	7	7.6		
	64歳以下	1,748	55	3.1	5	9.1	33	60.0	30	54.5	5	9.1	7	12.7	0	0.0	3	5.5		
	65歳以上	261	37	14.2	4	10.8	30	81.1	25	67.6	5	13.5	7	18.9	0	0.0	4	10.8		
H28	全体	1,988	109	5.5	8	7.3	75	68.8	72	66.1	21	19.3	10	9.2	0	0.0	6	5.5		
	64歳以下	1,636	55	3.4	5	9.1	36	65.5	35	63.6	7	12.7	2	3.6	0	0.0	2	3.6		
	65歳以上	350	54	15.4	3	5.6	39	72.2	37	68.5	14	25.9	8	14.8	0	0.0	4	7.4		

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	2,009	251	12.5	63	25.1	116	46.2	19	7.6	36	14.3	0	0.0						
	64歳以下	1,748	145	8.3	33	22.8	59	40.7	10	6.9	17	11.7	0	0.0						
	65歳以上	261	106	40.6	30	28.3	57	53.8	9	8.5	19	17.9	0	0.0						
H28	全体	1,988	273	13.7	75	27.5	130	47.6	39	14.3	39	14.3	0	0.0						
	64歳以下	1,636	146	8.9	36	24.7	63	43.2	15	10.3	12	8.2	0	0.0						
	65歳以上	350	127	36.3	39	30.7	67	52.8	24	18.9	27	21.3	0	0.0						

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			
					人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,009	160	8.0	55	34.4	116	72.5	20	12.5	28	17.5	1	0.6		
	64歳以下	1,748	80	4.6	30	37.5	59	73.8	10	12.5	13	16.3	1	1.3		
	65歳以上	261	80	30.7	25	31.3	57	71.3	10	12.5	15	18.8	0	0.0		
H28	全体	1,988	180	9.1	72	(40.0)	130	72.2	39	(21.7)	33	18.3	0	0.0		
	64歳以下	1,636	93	5.7	35	37.6	63	67.7	16	(17.2)	9	9.7	0	0.0		
	65歳以上	350	87	24.9	37	(42.5)	67	(77.0)	23	(26.4)	24	(27.6)	0	0.0		

② リスクの健診結果経年変化（図表 2-9）

リスクの健診結果の経年変化をみると、男性、女性ともの中性脂肪、GPT、LDL-C の有所見者の割合が増加しています。メタボリックシンドローム予備軍、該当者は、女性の予備軍を除くと減少傾向にあるが、全国と比べると高く、健診受診率が年々低下しているため、メタボリックシンドロームの実態は未知数です。

脂質異常症や GPT（脂肪肝）の有所見は内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による状態であることが推測されます。また、心疾患のリスク要因である LDL-C が男女において増加していることも注目するところです。

【図表 2-9】

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

男性		BMI	腹囲	中性脂肪	GPT	HDL-C	空腹時血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL-C	クレアチニン
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上
		人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合	人数 割合
H25	合計	129 38.3	175 51.9	118 35.0	74 22.0	26 7.7	122 36.2	155 46.0	121 35.9	153 45.4	87 25.8	154 45.7	7 2.1
	40-64	94 38.8	124 51.2	89 36.8	55 22.7	19 7.9	89 36.8	104 43.0	86 35.5	98 40.5	66 27.3	110 45.5	3 1.2
	65-74	35 36.8	51 53.7	29 30.5	19 20.0	7 7.4	33 34.7	51 53.7	35 36.8	55 57.9	21 22.1	44 46.3	4 4.2
H28	合計	121 38.9	163 52.4	135 43.4	74 23.8	24 7.7	67 21.5	124 39.9	103 33.1	136 43.7	69 22.2	150 48.2	8 2.6
	40-64	72 37.7	95 49.7	93 48.7	52 27.2	15 7.9	37 19.4	64 33.5	66 34.6	76 39.8	50 26.2	95 49.7	2 1.0
	65-74	49 40.8	68 56.7	42 35.0	22 18.3	9 7.5	30 25.0	60 50.0	37 30.8	60 50.0	19 15.8	55 45.8	6 5.0

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
H25	合計	74 28.0	50 18.9	46 17.4	20 7.6	8 3.0	38 14.4	95 36.0	13 4.9	74 28.0	43 16.3	130 49.2	1 0.4
	40-64	42 22.1	23 12.1	33 17.4	11 5.8	2 1.1	22 11.6	57 30.0	4 2.1	44 23.2	31 16.3	91 47.9	0 0.0
	65-74	32 43.2	27 36.5	13 17.6	9 12.2	6 8.1	16 21.6	38 51.4	9 12.2	30 40.5	12 16.2	39 52.7	1 1.4
H28	合計	71 26.7	47 17.7	45 16.9	25 9.4	6 2.3	33 12.4	86 32.3	20 7.5	62 23.3	34 12.8	142 53.4	1 0.4
	40-64	44 23.4	27 14.4	25 13.3	18 9.6	4 2.1	21 11.2	51 27.1	9 4.8	36 19.1	23 12.2	92 48.9	0 0.0
	65-74	27 34.6	20 25.6	20 25.6	7 9.0	2 2.6	12 15.4	35 44.9	11 14.1	26 33.3	11 14.1	50 64.1	1 1.3

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	337	53.7	10	3.0%	62	18.4%	7	2.1%	35	10.4%	20	5.9%	103	30.6%	18	5.3%	5	1.5%	54	16.0%	26	7.7%
	40-64	242	52.0	6	2.5%	49	20.2%	6	2.5%	27	11.2%	16	6.6%	69	28.5%	11	4.5%	5	2.1%	37	15.3%	16	6.6%
	65-74	95	58.6	4	4.2%	13	13.7%	1	1.1%	8	8.4%	4	4.2%	34	35.8%	7	7.4%	0	0.0%	17	17.9%	10	10.5%
H28	合計	311	43.1	19	6.1%	53	17.0%	4	1.3%	26	8.4%	23	7.4%	91	29.3%	7	2.3%	4	1.3%	55	17.7%	25	8.0%
	40-64	191	38.7	14	7.3%	33	17.3%	3	1.6%	11	5.8%	19	9.9%	48	25.1%	5	2.6%	2	1.0%	30	15.7%	11	5.8%
	65-74	120	52.4	5	4.2%	20	16.7%	1	0.8%	15	12.5%	4	3.3%	43	35.8%	2	1.7%	2	1.7%	25	20.8%	14	11.7%

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	合計	264	61.4	9	3.4%	14	5.3%	0	0.0%	12	4.5%	2	0.8%	27	10.2%	3	1.1%	2	0.8%	16	6.1%	6	2.3%
	40-64	190	59.2	6	3.2%	10	5.3%	0	0.0%	8	4.2%	2	1.1%	7	3.7%	0	0.0%	1	0.5%	4	2.1%	2	1.1%
	65-74	74	67.9	3	4.1%	4	5.4%	0	0.0%	4	5.4%	0	0.0%	20	27.0%	3	4.1%	1	1.4%	12	16.2%	4	5.4%
H28	合計	266	51.8	12	4.5%	19	7.1%	0	0.0%	16	6.0%	3	1.1%	16	6.0%	2	0.8%	0	0.0%	6	2.3%	8	3.0%
	40-64	188	50.8	8	4.3%	15	8.0%	0	0.0%	13	6.9%	2	1.1%	4	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	3	1.6%
	65-74	78	54.2	4	5.1%	4	5.1%	0	0.0%	3	3.8%	1	1.3%	12	15.4%	2	2.6%	0	0.0%	5	6.4%	5	6.4%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 2-10）

特定健診受診率は年々低下し、平成 28 年度は 53.7%と同規模順位を 55 位から 138 位へ落としました。一方、特定保健指導実施率は 72.7%と大きく伸び、受診勧奨での医療機関受診率も増加しました。

疾病の重症化を予防していくためには、特定健診受診率向上への取り組みが課題となっています。

【図表 2-10】

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	
								竹富町	同規模平均
H25年度	1,057	601	56.9%	55位	108	55	50.9%	45.6%	50.4%
H28年度	1,073	576	53.7%	138位	77	56	72.7%	48.5%	51.6%

2 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、国の示す中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患による早世死亡の減少、慢性腎不全による新規透析導入者の減少など、重症化の予防を進めてきました。平成 28 年からは、管理栄養士の非常勤、職員配置による保健指導体制を強化しました。さらに、糖尿病性重症化予防の取り組みでは、地域医療機関の医師との連携を始めているところです。

その結果、予防可能な生活習慣病である中長期目標疾患と短期目標疾患にかかる医療費は減少しました。しかし、医療費全体や入院医療費は増加傾向にあり、虚血性心疾患においては患者数が増えているという課題もみえてきました。治療につながったが継続した治療ができているか、どのような生活実態で、生活習慣の改善はできているか、治療に対する考え方はどうかなど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す。

また、適切な医療につなげるためには、住民自らがからだの状態を確認できる場として、特定健診が有効であり、特定健診受診率向上は重要な課題です。

被保険者が健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、健康増進に努めることができるよう、また医療費の削減につながるよう具体的な取り組みを推進します。

2-3 第2期計画における健康課題の明確化

1 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

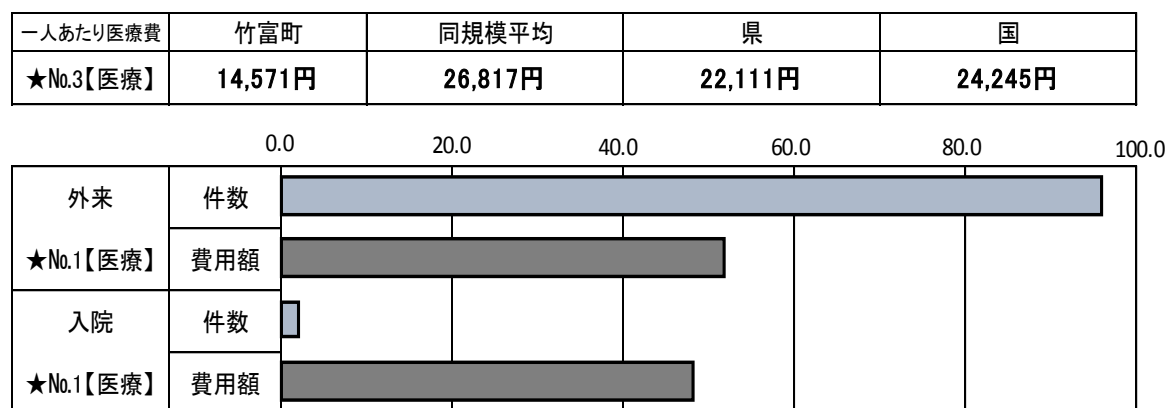
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 2-11）

竹富町の一人当たりの医療費は、14,571 円で、同規模の自治体平均の 26,817 円、県平均の 22,111 円、国平均の 24,245 円に比べて、低い傾向にあります。

竹富町の入院件数は 3.0% で、費用額全体の 48.8% を占めています。入院を減らしていく活動が疾病の重症化予防にもつながり、費用対効果の面からも効率的です。

【図表 2-11】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 ★KDB出力



○入院を重症化した結果と考える

(2) どんな疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 2-12）

①高額になる疾患

1 か月 80 万円以上になる高額レセプトは、平成 28 年度診療分で 53 件、1 件あたり 137 万円の費用額となっています。予防可能な疾患では、脳血管疾患は 1 件あたり 221 万円、虚血性心疾患は 1 件あたり 145 万円の費用額となり、高額レセプト 1 件あたりの平均費用額より高くなっています。脳血管疾患や虚血性心疾患は動脈硬化を原因とする血管の病気であり、血液の循環不全をまねくため一般的に治療が高額となります。

②長期入院になる疾患

6 か月以上の長期入院レセプトは、平成 28 年度診療分で 23 件、1 件あたり 43 万円の

費用額となっています。予防可能な疾患である脳血管疾患と虚血性心疾患で 16 件およそ 7 割であり、費用額は 587 万円で、全体の 59.3%となっています。

③長期化する疾患

長期化する疾患の代表は人工透析です。平成 28 年度診療分では 0 件でした。

④生活習慣病治療状況

生活習慣病の治療者数は 471 人と被保険者の 4 分の一を占めています。そのうち、高血圧治療中が 58.0%と最も多く、次いで脂質異常症が 38.2%、糖尿病が 23.1%となっています（重複あるため 100%を超える）。脳血管疾患や虚血性心疾患の基礎疾患として高血圧、脂質異常症をもつ割合が 7 割を超えています。このことから、高血圧対策の必要性がみえてきました。

また、糖尿病性腎症で治療中の者へは医療機関と連携した支援により透析導入をさせない、または遅らせることで医療費抑制につながると考えます。

【図表 2-12】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト(H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★No.10(CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	53件	2件 3.8%	4件 7.5%	--
		費用額	7,269万円	441万円 6.10%	578万円 8.0%	--
様式2-1 ★No.11(CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	23件	11件 47.8%	5件 21.7%	--
		費用額	990万円	346万円 34.9%	241万円 24.4%	--
様式2-2 ★No.12(CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	件数 1件	0件 0.0%	0件 0.0%	0件 0.0%
			費用額 66万円	--	--	--

*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)	生活習慣病の治療数 構成割合	基 重 礎 な 疾 患 の	471人	53人 11.3%	50人 10.6%	6人 1.3%
			高血圧	39人 73.6%	39人 78.0%	5人 83.3%
			糖尿病	10人 18.9%	21人 42.0%	6人 100.0%
			脂質異常症	33人 62.3%	39人 78.0%	4人 66.7%
			高血圧	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
			273人 58.0%	109人 23.1%	180人 38.2%	65人 13.8%

○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) どんな疾患で介護保険をうけているのか（図表 2-13）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 95.5%と高くなっていました。2号認定者の 66.7%、1号認定者ではどの年齢区分でも 95%以上が、血管疾患により介護認定を受けている実態でした。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、特定健診受診や特定保健指導をととした生活習慣の改善により、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の発症予防や早期受診で重症化を防ぐことが、介護予防にもつながると考えられます。

介護認定を受けている人の医療費は、受けていない人のおよそ 3 倍であり、医療費適正化の視点からも重症化予防が必要です。

【図表 2-13】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護 認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号						合計	
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数		1,351人		297人		498人		795人		2,146人	
	認定者数		5人		14人		178人		192人		197人	
	認定率		0.37%		4.7%		35.7%		24.2%		9.2%	
	新規認定者数（※1）		1人		5人		27人		32人		33人	
	介護度 別人数	要支援1・2		0	0.0%	5	35.7%	61	34.3%	66	34.4%	66
要介護1・2		4	80.0%	2	14.3%	42	23.6%	44	22.9%	48	24.4%	
要介護3～5		1	20.0%	7	50.0%	75	42.1%	82	42.7%	83	42.1%	

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）		5		14		178		192		197		
	再）国保・後期		3		11		162		173		176		
	（レセプトの 診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	1 33.3%	7	50.0%	97	59.9%	104	60.1%	105	59.7%
			2	虚血性 心疾患	0 0.0%	3	27.3%	65	40.1%	67	38.7%	67	38.1%
			3	腎不全	0 0.0%	2	18.2%	22	13.6%	25	14.5%	25	14.2%
		合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	3	27.3%	15	9.3%	18	10.4%	18	10.2%
			基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		2 66.7%	9	81.8%	150	92.6%	159	91.9%	161	91.5%
		血管疾患 合計		2 66.7%	11 100.0%	155	95.7%	166	96.0%	168	95.5%		
		認知症	1	3	76	79	80						
			33.3%	27.3%	46.9%	45.7%	45.5%						
		筋・骨格疾患	3	9	160	169	172						
			100.0%	81.8%	98.8%	97.7%	97.7%						

※1）新規認定者についてはNO.49「要介護突合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

※2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	12,000
要介護認定者医療費 （40歳以上）	9,535						
要介護認定なし医療費 （40歳以上）	3,429						

2 健診受診者の実態

糖尿病等生活習慣病の発生には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症の危険因子が重複した場合は、動脈硬化を原因とする虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まることがわかっています。この状態のことをメタボリックシンドロームといいます。

竹富町の健診結果では、全国と比較してメタボリックシンドローム予備軍・該当者が多く、有所見割合の高い中性脂肪、GPT、LDL-C、尿酸などは、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測できます。（図表 2-14）

男性は 40～64 歳で肝機能（GPT）、脂質に関する有所見が 65 歳以上より高く、女性は 65 歳以上で有所見率が高くなる傾向にありました。また、腎機能（クレアチニン）は男女ともに年齢とともに有所見率が高くなっていました。このことから、男性はリスク数が少なく、メタボリックシンドロームに移行する前の段階にある若い年代から、女性は閉経後から、生活習慣病の発症予防の取組みが必要であると考えます。（図表 2-15）

【図表 2-14】

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）

★N0.23（概要）

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8	
	県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7
	合計	121	38.9	163	52.4	135	43.4	74	23.8	24	7.7	67	21.5	124	39.9	103	33.1	136	43.7	69	22.2	150	48.2	8	2.6
	40-64	72	37.7	95	49.7	93	48.7	52	27.2	15	7.9	37	19.4	64	33.5	66	34.6	76	39.8	50	26.2	95	49.7	2	1.0
女性	65-74	49	40.8	68	56.7	42	35.0	22	18.3	9	7.5	30	25.0	60	50.0	37	30.8	60	50.0	19	15.8	55	45.8	6	5.0
	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
女性	合計	71	26.7	47	17.7	45	16.9	25	9.4	6	2.3	33	12.4	86	32.3	20	7.5	62	23.3	34	12.8	142	53.4	1	0.4
	40-64	44	23.4	27	14.4	25	13.3	18	9.6	4	2.1	21	11.2	51	27.1	9	4.8	36	19.1	23	12.2	92	48.9	0	0.0
	65-74	27	34.6	20	25.6	20	25.6	7	9.0	2	2.6	12	15.4	35	44.9	11	14.1	26	33.3	11	14.1	50	64.1	1	1.3

*4

【図表 2-15】

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）

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	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	311	43.1	19	6.1%	53	17.0%	4	1.3%	26	8.4%	23	7.4%	91	29.3%	7	2.3%	4	1.3%	55	17.7%	25	8.0%
	40-64	191	38.7	14	7.3%	33	17.3%	3	1.6%	11	5.8%	19	9.9%	48	25.1%	5	2.6%	2	1.0%	30	15.7%	11	5.8%
	65-74	120	52.4	5	4.2%	20	16.7%	1	0.8%	15	12.5%	4	3.3%	43	35.8%	2	1.7%	2	1.7%	25	20.8%	14	11.7%
女性	合計	266	51.8	12	4.5%	19	7.1%	0	0.0%	16	6.0%	3	1.1%	16	6.0%	2	0.8%	0	0.0%	6	2.3%	8	3.0%
	40-64	188	50.8	8	4.3%	15	8.0%	0	0.0%	13	6.9%	2	1.1%	4	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%	3	1.6%
	65-74	78	54.2	4	5.1%	4	5.1%	0	0.0%	3	3.8%	1	1.3%	12	15.4%	2	2.6%	0	0.0%	5	6.4%	5	6.4%

3 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 2-16）

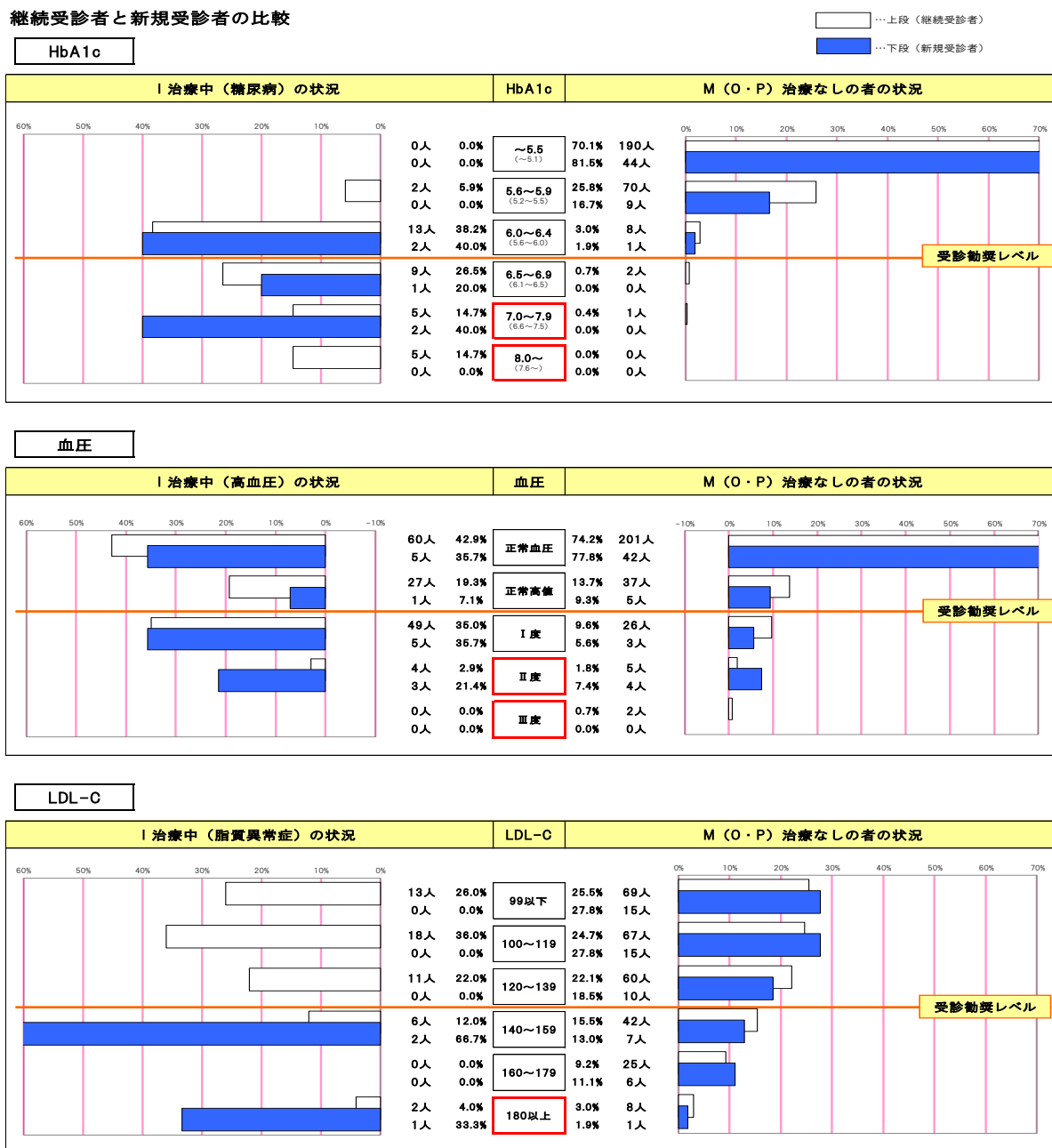
HbA1c では、治療中の人の 3 割が合併症予防のためのコントロール目標である 7.0 を超えており、特に新規健診受診者でコントロールが悪い傾向にあります。

血圧では、8 割の人が正常血圧または正常高値に該当していますが、治療中の方のおおよそ 40%、治療なしの方の 12%が高血圧と判定されています。至適血圧（収縮期 120 未満かつ拡張期 80 未満）を超えて血圧が高くなるほど全身血管病、脳卒中、心筋梗塞、慢性腎臓病などの罹患リスク及び死亡リスクは高くなる（高血圧治療ガイドライン 2014）とされており、さらなるコントロール強化が必要です。

LDL では、7 割以上の方が適正な結果です。一方 180 を超える人もあり、早期の受診勧奨や治療継続の徹底、生活習慣の改善が必要です。

【図表 2-16】

継続受診者と新規受診者の比較



4 健診未受診者の把握

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要ですが、健診も治療も受けていない人は、年齢が若い40～64歳で割合が32.0%と高くなっています。(図表2-17)

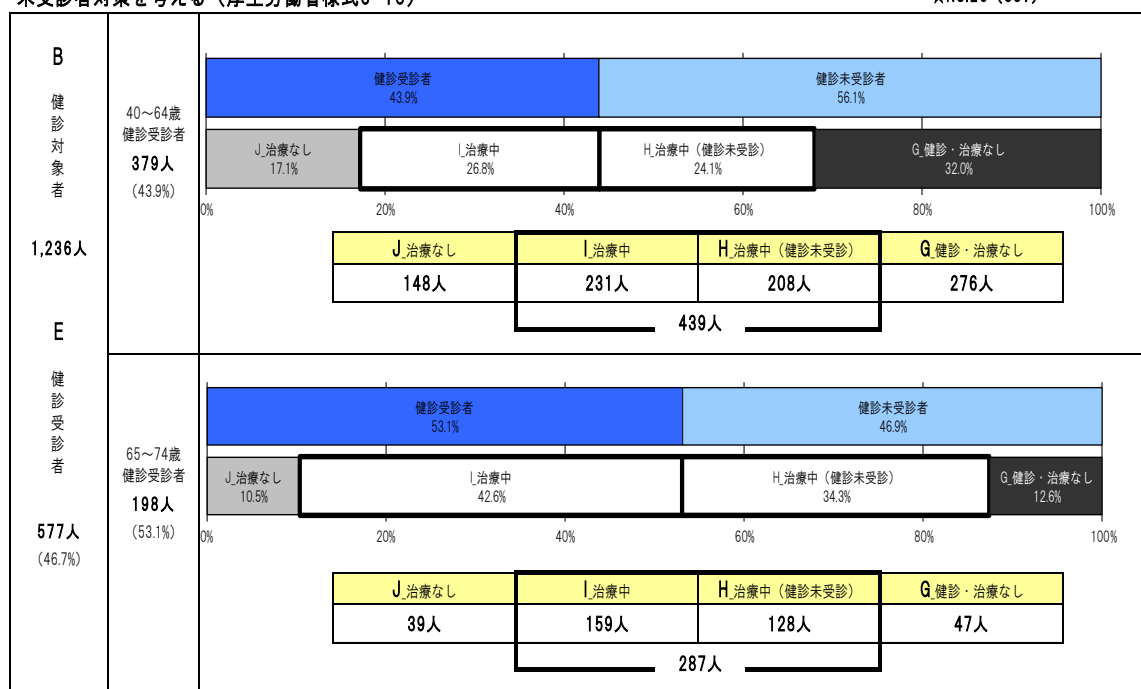
健診も治療も受けていないということは、からだの実態が全くわからない状態ということです。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病の治療にかかっている費用でも、健診を受診することは医療費適正化の面において有効であることがわかります。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。

【図表2-17】

6 未受診者対策を考える(厚生労働省様式6-10)

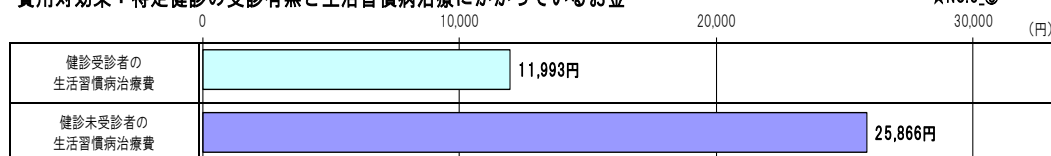
★N0.26 (CSV)



OG_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

★N0.3_⑥

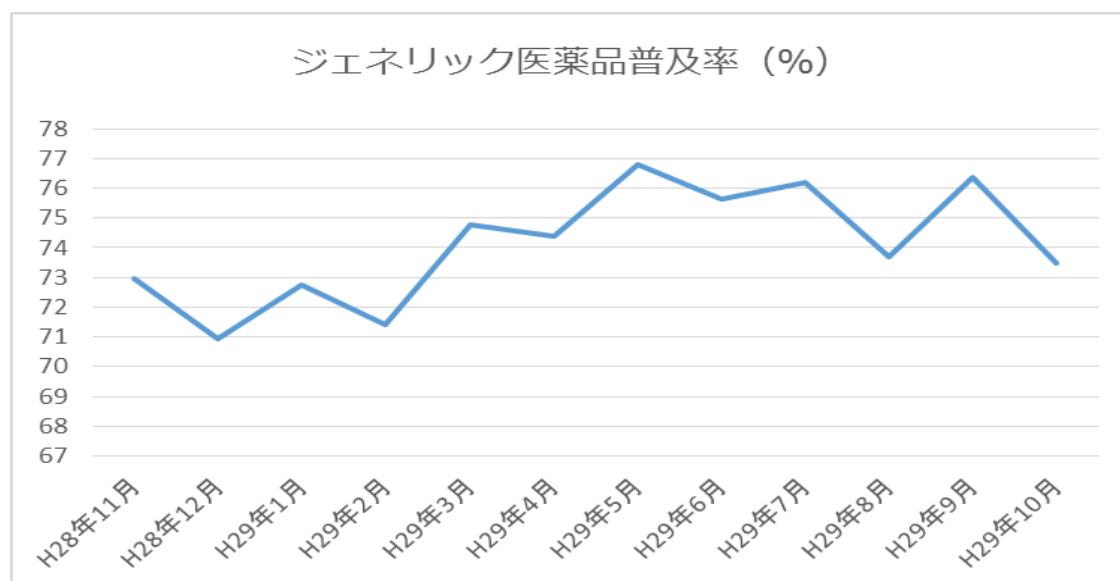


5 後発医薬品（ジェネリック）普及率に係る分析

ジェネリック医薬品の普及率は、徐々に増加しているが安定していない状況です。（図表 2-18）

ジェネリック医薬品への切り替えは複数の疾病に対して行うことができ、多くの患者に対してアプローチできる利点があることから、先発医薬品からジェネリック医薬品への切り替えを患者に促し、薬剤費の削減を図ります。

【図表 2-18】



2-4 目標の設定

成果目標（図表 2-19）

(1) 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療費情報を分析した結果、第1次計画に引き続き、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、人工透析が必要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、糖尿病性腎症について重症化を予防するため、指標として、脳血管疾患、虚血性心疾患については年齢調整死亡率の減少、糖尿病性腎症については新規透析導入者を0にすることを目標にします。目標値は、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にします。

今後、高齢化が進展することや、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難しいことから、医

療費の伸びを抑えることをめざします。竹富町では、外来通院せずに重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へ向けて、まずは入院費割合を県平均なみとすることをめざします。

(2) 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化において共通のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とし、年度ごとに減少に向けた達成状況を把握、重点的に取り組むべき課題を修正しながら推進します。

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、毎年、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します。

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、個々の対象者の生活の状況や治療への考え方、医療機関への受診手段等、様々な背景を把握し、適切な保健指導を行います。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとします。

また、治療中のデータから、解決していない疾患に糖尿病、高血圧、脂質異常症があげられます。3つの疾患の背景には内臓脂肪の蓄積があると考えられ、ここから脳血管疾患、心疾患が発生しています。これらの疾患は、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す。治療継続ができているかどうか、コントロール状態はどうかを指標とし、対象者の生活の実態に応じた栄養指導等の保健指導を実施していきます。

さらに、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、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、特定健診と特定保健指導の実施率の向上の目標値は国の目標値を参考とし、詳細については第3章の「特定健康診査等の実施」に記載します。

医療費の適正化に関しては、ジェネリック医薬品への切り替えを患者に促すことにより薬剤費の削減を図ることができることから、ジェネリック医薬品の普及率の向上をめざします。また、重複・頻回の受診者の訪問指導により、重複・頻回の受診者数の減少をめざします。

第2期計画の目標値

中長期的目標

【図表2-19】

指 標		町の状況 (H28)	H35 目標値(国)	データソース
項 目	区分			
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少		0人	0人	KDB
虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対)	男性		31.8	
	女性		13.7	
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (人口10万対)	男性		41.6	
	女性		24.7	
入院費割合の減少		48.8%	県なみにする	KDB

短期的目標：年度ごとに減少にむけた達成度を把握し、重点的に取り組むべき課題を見直します。

指 標		町の状況 (H28)	毎年の目標	H35 目標値(国)	データソース	
項 目						区分
高血圧の改善		男性	45.3%	前年より0.5%減	特定健診 結果	
		女性	26.1%	前年より1%減		
脂質異常症 の減少	LDLコレステロール160mg/dl以上の 割合減少	男性	8.1%	前年より0.1%減		6.2%
		女性	12.5%	前年より0.1%減		8.8%
糖尿病有病者の 増加抑制	HbA1c6.5%以上の割合の増加抑制	5.5%	前年より減少	減少		
メタボリックシンドロームの 該当者及び予備軍の減少		該当者	18.5%	前年より減少		H20年度と 比べて 25%減少
		予備軍	12.5%	前年より減少		
糖尿病治療継続者の割合の増加		70.5%	前年より2%増加	80%		
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c8%以上)の割合の減少		12.8%	前年より減少	国1.0%		
特定健診受診率の向上		46.7%	前年より3%増加	65%		
特定保健指導実施率の向上		71.4%	前年より増加2%増加	80%		
ジェネリック医薬品の普及率の向上		74.0%	前年度より1%増加	80%	国保レセプト	
重複頻回受診者数の減少		－	前年比より減	減少		

第3章 特定健康診査・特定保健指導の実施（法定義務）

3-1 第3期特定健康診査等実施計画

特定健康診査（以下「特定健診」という。）と特定保健指導は、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となる肥満、血糖高値、血圧高値、脂質異常、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防し医療費を適正化するため、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）第19条の規定により定めた実施計画に基づき、医療保険者が行うこととされています。生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積（内臓脂肪型肥満）が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このためメタボリックシンドロームの概念を踏まえ適度の運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことにより、糖尿病等の発症リスクの低減を図ることが可能となります。

特定健康診査は、生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を抽出するために行うものです。

特定健康診査等実施計画は、保健事業の中核をなす特定健診と特定保健指導の目標や実施方法等を定めるものであることから、データヘルス計画の一部として1つの章を設けることにします。

なお、第1期及び第2期の実施計画は5年を計画期間としていましたが、高確法の改正により、平成30年度から始まる第3期実施計画からは6年間の計画として策定します。

3-2 第2期実施計画の目標達成状況

1 特定健康診査受診率

第2期実施計画では、平成29年度において、40歳から74歳までの対象者の65%以上が特定健診を実施することを目標として定めています。平成29年度数値は見込みですが、特定健診の受診率は、65%の目標値達成には至っていません。

【図表 3-1】

項目/年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度
目標受診率	60%	60%	60%	60%	60%
実績受診率	56.9%	50.1%	53.8%	53.7%	
対象者数	1,057 人	1,051 人	1,083 人	1,073 人	
受診者数	601 人	527 人	583 人	576 人	

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定された対象者の60%以上が特定保健指導を受けることを目標として定めています。平成29年度は見込みの数値ですが、特定保健指導実施率は

【図表 3-2】

項目/年度	H20 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度
目標実施率	—	50%	55%	55%	60%	60%
実績実施率	—	50.9%	75.9%	56.7%	72.7%	
保健指導 対象者数	108 人	108 人	87 人	90 人	77 人	
保健指導 修了者数	—	55 人	66 人	51 人	56 人	
対 H20 年 度減少率	—	—	—	—	42.8	

3-3 目標値の設定及び対象者数の見込み

1 特定健診・特定保健指導の目標値及び対象者数の見込み

【図表 3-3】

項目/年度		H30	H31	H32	H33	H34	H35
特定 健診	受診率	60%	62%	65%	67%	69%	70%
	対象者数						
特定保 健指導	実施率	70%	70%	73%	73%	75%	75%
	対象者数	39 人					

3-4 特定健診の実施方法

1 実施場所

地域の公民館及び保健センター等を会場として集団健診を実施します。また、県内の特定健診実施医療機関等において個別健診を実施します。

個別健診実施機関については、沖縄県国保連合会ホームページに記載しています。

2 実施項目

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（以下、「実施に関する基準」という。）に基づき、特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するための健診項目を設定します。

特定健診項目のうち、①「健診対象者の全員が受ける基本的な健診」と②「医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診」の項目を次のとおりとします。

特定健康診査項目				
基本的な健診の項目	診察	質問(問診)		○
		計測	身長	○
			体重	○
			BMI	○
			腹囲	○
		理学的所見(身体診察)		○
		血圧		○
	脂質	中性脂肪		○
		HDL-コレステロール		○
		LDL-コレステロール		■
		Non-HDLコレステロール		■
	肝機能	GOT		○
		GPT		○
		γ-GTP		○
	代謝系	空腹時血糖		■
		随時血糖(3.5h以上)		■
		尿糖		○
		ヘモグロビンA1c		○
	腎機能	尿蛋白		○
詳細な健診の項目	貧血検査	ヘマトクリット値		□
		血色素測定		□
		赤血球数		□
	心電図検査	12誘導心電図		□
追加健診項目	眼底検査	眼底検査		□
		尿潜血		○
		尿酸		○
		血清クレアチニン		○
		eGFR		○

○…必須項目

□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

□…詳細な健診の項目

■…いずれかの項目の実施で可

※中性脂肪が 400 mg/dℓ以上である場合または食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロール(総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

3 実施期間

地域健診(集団健診)は各年度5月の日程で実施、個別健診は各年度の4月1日から翌年3月末までとします。

4 外部委託の方法

特定健康診査は実施に関する基準に基づき厚生労働省大臣が定める基準を満たし、地域巡回による集団健診が可能な実施機関に委託して実施します。

また委託契約に関して、沖縄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沖縄県国保連合会が集合契約を行います。

5 医療機関との連携

(1) 生活習慣病治療者の特定健診受診の呼びかけ依頼

特定健診の受診率を高めるためには、生活習慣病治療者への受診勧奨が必要です。医療機関の特定健診・特定保健指導に対する更なる理解と、積極的な受診勧奨への協力が得られるよう、情報提供や啓発活動を行います。

(2) 生活習慣病治療者の検査結果のデータ提供依頼

医療機関で実施する検査項目の中で、特定健診の実施項目と重複する部分については、竹富町国民健康保険がデータを受領（受診者本人の承諾を得て医療機関から受領、または受診者本人から受領）できる体制を整備します。そのため、医療機関と緊密な連携を図り、協力体制の構築を推進します。

6 代行機関

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

7 受診券の様式

国民健康保険証と一体型であり、健診自己負担額、健診受診日の記載欄を設けました。

8 周知・案内方法

特定健診受診率向上につながるよう、さまざまな方法により案内・周知等を行います。ホームページ等による周知や、電話・訪問による未受診者の状況把握及び受診勧奨を実施します。

3-5 特定保健指導の実施方法

1 特定保健指導の概要

生活習慣病予防に対する保健指導の第一の目的は、生活習慣病に移行しないことです。そのための保健指導では、対象者自身が健診結果を理解して体の変化に気づき、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するために行動目標を設定・実践でき、そのことにより対象者が自分の健康に関するセルフケア（自己管理）ができるようになることを目的とします。

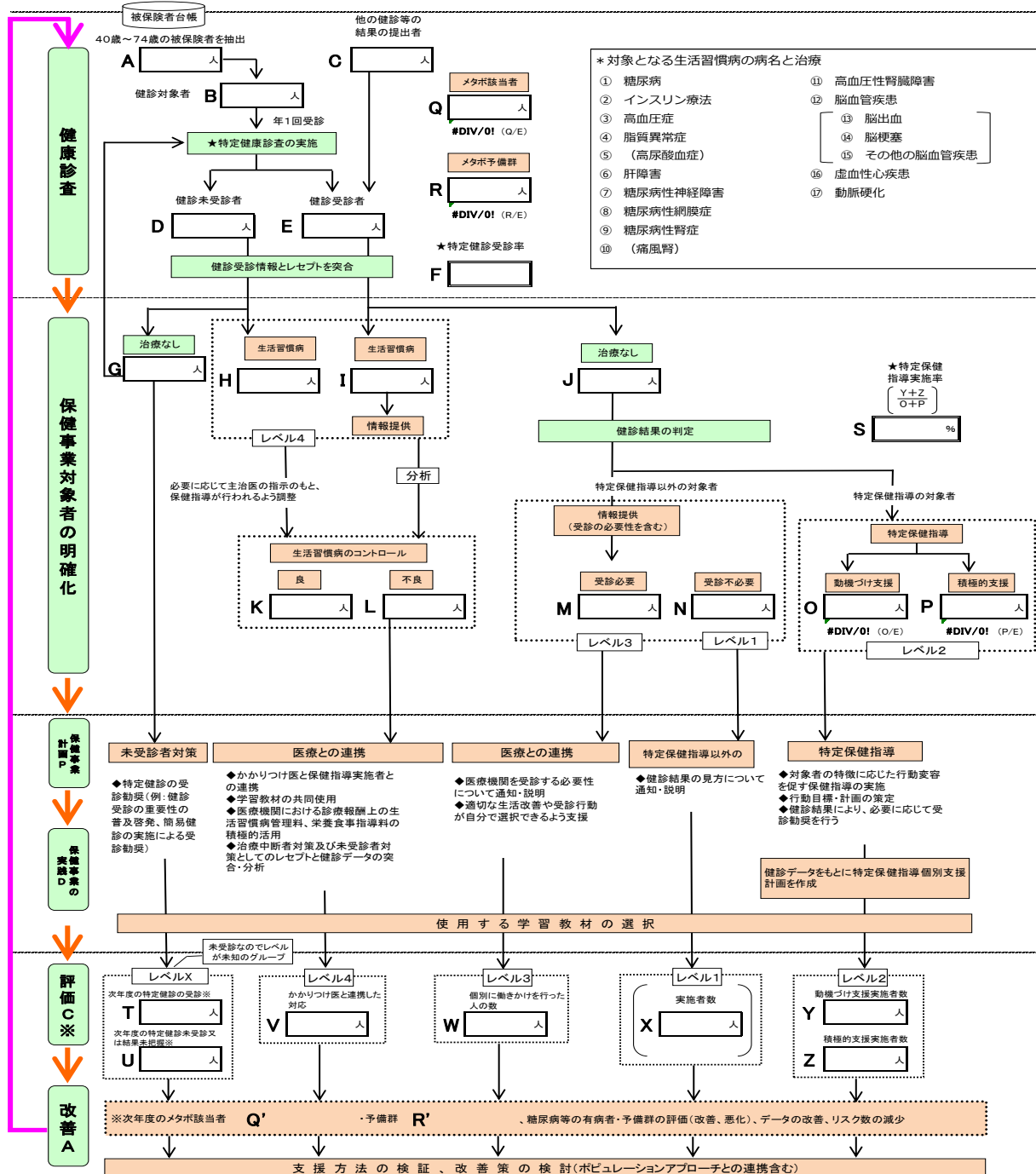
2 特定健診から保健指導実践の流れ

特定健診から特定保健指導への実施については、図表 3-4 の「健診から保健指導実施へのフローチャート」(「標準的な健診・保健指導プログラム(平成 30 年度版)様式 5-5」に基づいて、保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

(図表 3-4)

様式 5-5 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート



3 案内方法及び実施場所

特定保健指導は、対象者に電話で連絡を取ったうえで、対象者の自宅を訪問、または保健センター等で実施します。

4 特定保健指導の実施期間

特定健診結果の判定後、すみやかに対象者の選定を行い、特定保健指導を開始します。特定保健指導の開始から終了までは3か月以上を要することから、基本的には年度末までの実施となりますが、年度末を超えて実施する場合には、遅くとも翌年度の6月末までに終了するものとします。

5 外部委託の有無

特定保健指導は、健康づくり課の保健師及び管理栄養士が実施することとし、外部委託は行いません。

6 保健指導対象者の優先順位及び支援方法

優先順位の考え方については、「30 年度版」の第3編に準ずるものとします。

具体的には、受診者の健診結果から図表 3-4 のフローチャートに沿ってグループ分けを行い、支援の必要性や緊急性、実施効果等を勘案して優先順位をつけ、それぞれのグループに必要な支援方法（図表 3-5）に基づいて保健指導を実施します。

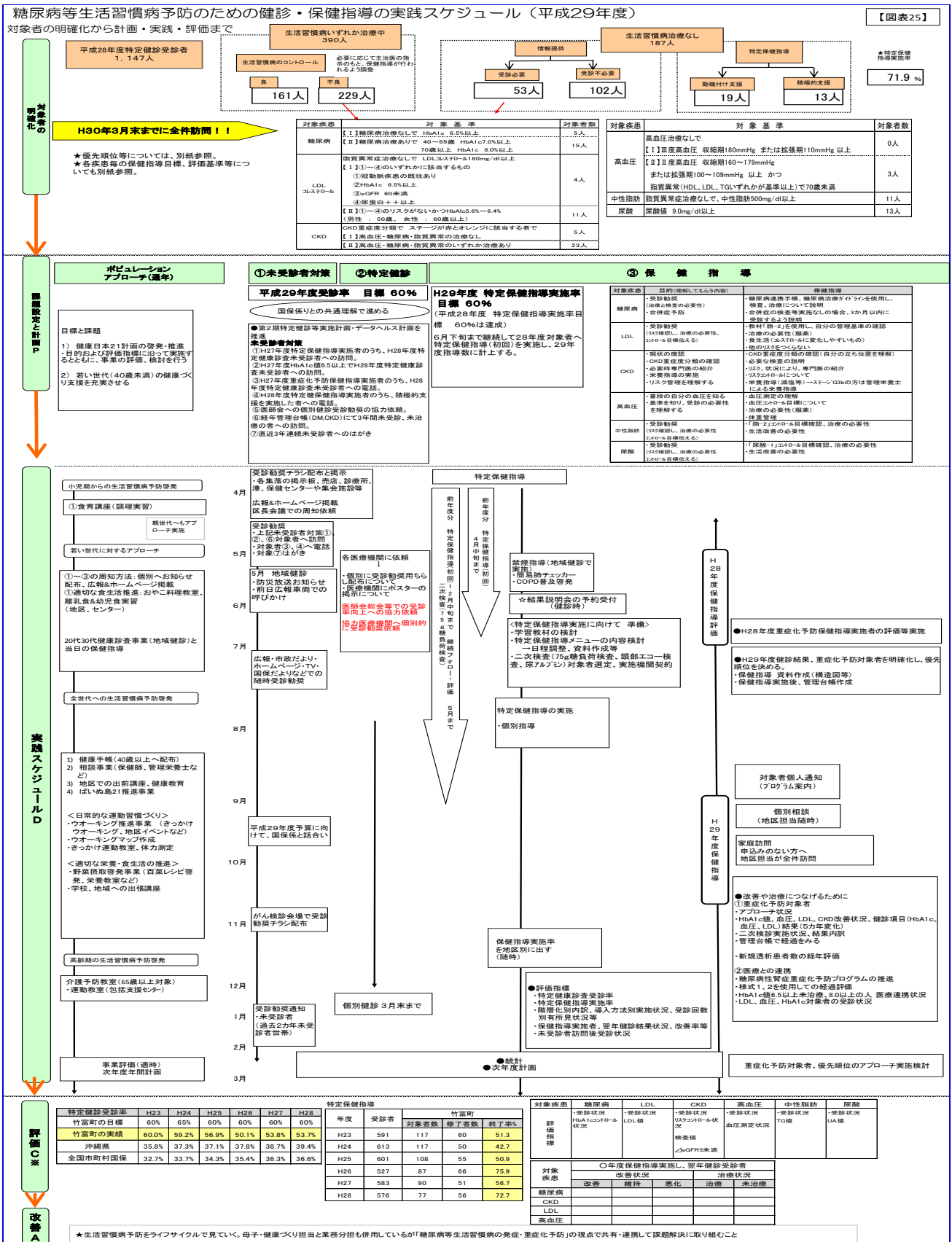
保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

【図表 3-5】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者見込み (受診者の %)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	39 人 (6.3%)	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	47 人 (7.6%)	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）	663 人 ※受診率目標 達成まであと 122 人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	118 人 (19.2%)	
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レセプトと健診データの突合・分析	412 人 (66.9%)	治療中で HbA1c7.4 以上の者の 減少。治療 中でⅡ度高 血圧の者の 減少。

3-6 年間実践スケジュール

目標に向かって進捗状況管理と PDCA サイクルで実践していくため、年間実践スケジュールを作成します。(図表 3-6)



第4章 保健事業の目標と方向性

4-1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては、生活習慣病の重症化予防と特定健診の受診率・特定保健指導の実施率の向上を図るとともに、被保険者への働きかけとして医療費の抑制・適正化の取り組みや健康意識向上のための事業を組み合わせる必要がある。

健康状態を把握する健診の機会の提供	特定健診の受診率向上 特定保健指導の実施率向上 ※特定健診と特定保健指導具体的な実施内容は「第3章 特定健康診査等の実施」に掲載 若年者健診・保健指導の実施 2次健診・保健指導の実施
生活習慣病の重症化予防	重症化による合併症の発症・進展の抑制 I 糖尿病性腎症の重症化予防 II 虚血性心疾患の重症化予防 III 脳血管疾患の重症化予防 地域包括ケアに係る取り組み
被保険者への働きかけ	医療費適正化のための医療費等の実態や地域特性の周知 重複頻回受診者への訪問指導 ジェネリック医薬品の普及 広報、啓発イベント等を活用した健康情報の発信

4-2 保健事業ごとの目的と評価指標（参考資料 11）

第 5 章 重症化予防の取り組み

5－1 糖尿病性腎症重症化予防

1 基本的な考え方

糖尿病性腎症は、糖尿病に伴う高血糖により引き起こされる腎臓の障害（特に毛細血管が集まった糸球体の障害）で、糖尿病の三大合併症の一つです。進行に伴い血液透析が必要となるため、糖尿病性腎症の発症や進行を防ぐことが重要です。

重症化予防の取り組みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（厚生労働省 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）に基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施します。なお、取り組みにあたっては図表 5-1 に沿って実施します。

重症化予防の取り組みの視点

- (1) 特定健診等の結果データ、医療機関の受診状況のデータ等で抽出されたハイリスク者（糖尿病性腎症の発症や進行の危険性が高いと考えられる者）に対する受診勧奨、生活習慣の改善等の保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導（医師との連絡調整等）
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応（訪問や電話による勧奨等）

糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ

【図表 5-1】

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

3 対象者の明確化

(1) 対象者の選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、抽出すべき対象者を以下とします。

①医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中の者

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者数の把握

①対象者の抽出 （参考資料 2）

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要があります。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行います。腎症重症化のハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病気分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とします。（図表 5-2）

【図表 5-2】

糖尿病性腎症病気分類（改訂）		
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/1.73 m2)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿（30未満）	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿（30～299）	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
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病気分類では尿アルブミン値及び腎機能（eGFR）で把握します。

竹富町においては、特定健診にて尿アルブミン検査を実施していませんが、CKD（慢性腎臓病）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尿蛋白（+）としていることから、尿蛋白（定性）検査でも腎症病期の推測が可能となります。

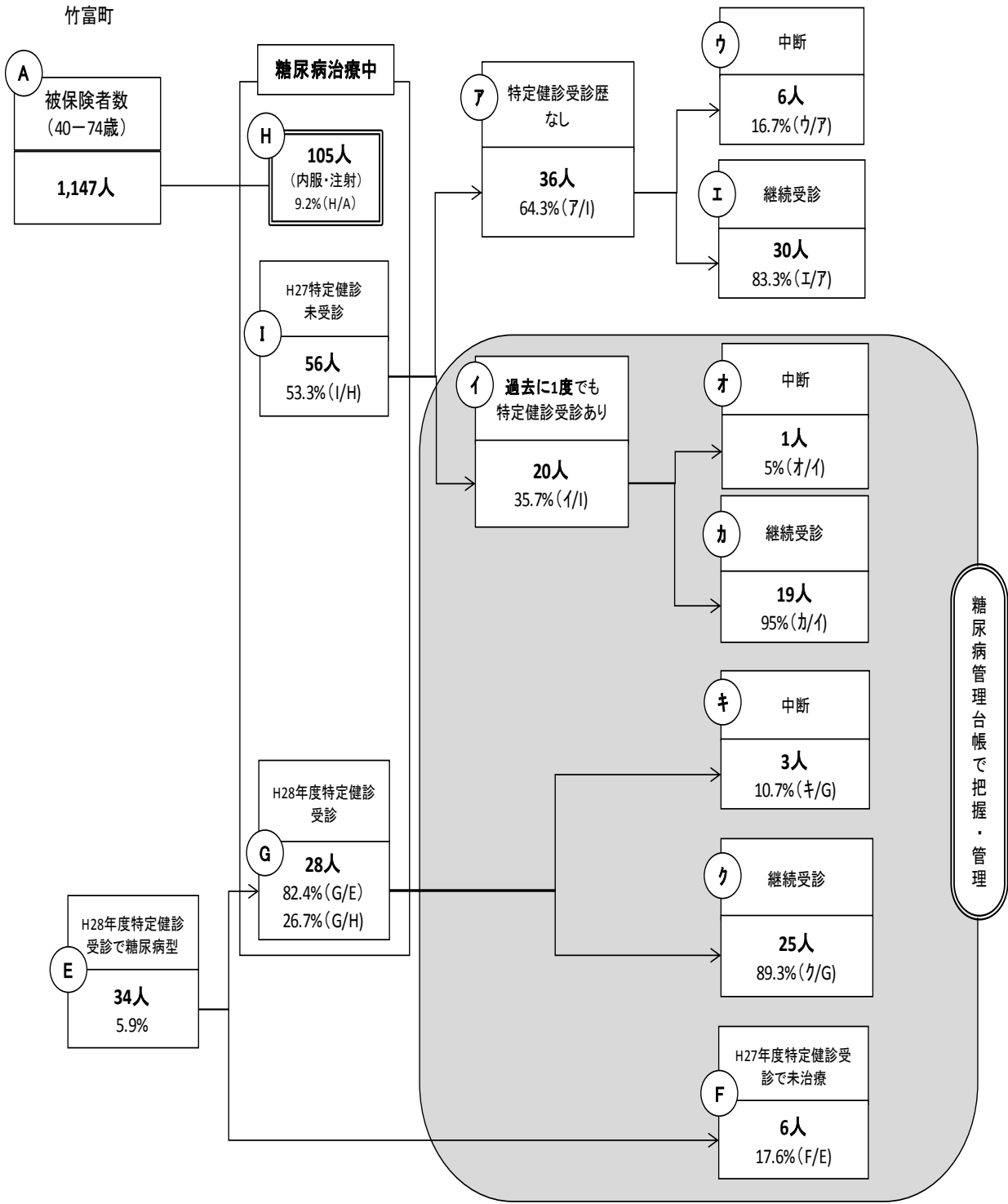
②基準に基づく該当者の把握

レセプトデータと特定健診データから医療機関受診状況を踏まえて対象者把握を行います。(図表 5-3)

【図表 5-3】

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対象者への支援の方法と優先順位

図表 5-3 より竹富町においての支援方法を以下の通りとします。

優先順位 1

【受診勧奨】

①糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F） …

②糖尿病治療中であつたが中断者（オ・キ） …

- ・介入方法として訪問、個別面談、電話等に対応

優先順位 2

【保健指導】

糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（ク） …

- ・介入方法として訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

【保健指導】

過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（力） …

- ・介入方法として訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

3 対象者の状況確認

糖尿病台帳の作成

対象者の健診受診やそのたデータの状況、医療機関への受診状況の確認は、糖尿病管理台帳（参考資料 3）及び年次計画表（参考資料 4）で行い、担当地区ごとに作成し管理していきます。

【糖尿病管理台帳作成手順】

(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

治療状況の確認

- ・ 特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・ 糖尿尿、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認、記入
- ・ 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）…
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）…

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コントロールが重要です。また、腎症の進展とともに、脳や心臓など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、喫煙などの危険因子の管理も重要となってきます。

また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD（慢性腎臓病）ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用して行っていきます（図表 5-4）

【図表 5-4】

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

(2) 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であり、腎症重症化のリスクが高い人が増加するのを抑制するために、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは 2 次健診等を活用して尿アルブミン検査を実施し、結果に基づいて早期に指導を行うことで腎症重症化予防を目指します。

【竹富町の 2 次健診検査項目】

75g 糖負荷試験、頸動脈超音波検査、尿中アルブミン検査

5 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より保健師に対して、対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらい対応します。

6 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が認められる場合は、地域包括支援センター等と連携していきます。

7 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせて年 1 回行うものとします。その際には、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては、様式 6-1 糖尿病性腎症取組み評価表（参考資料 5）を用いて行います。

(1) 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア 受診勧奨対象者への介入率

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支援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/1.73m² 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）、支援方法、実施方法の決定

6 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、対象者支援（通年）

5-2 虚血性心疾患重症化予防

1 基本的な考え方

虚血性心疾患とは、心臓に栄養を送る血管が何らかの原因で狭くなったり、詰まってしまふことで、十分に血液を送ることができなくなり（虚血）、心臓の筋肉が壊死（十分に働かない）してしまうことです。虚血性心疾患重症化予防の取組みにあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

2 対象者の明確化 （参考資料 6・7）

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(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 つです。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」（心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会）ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。竹富町にける特定健診では、心電図は詳細健診及び希望する者（自己負担無し）で実施しています。H28 年度健診結果における ST 所見の状況は、図表 5-5,5-6 のとおりです。

心電図検査結果

【図表5-5】

	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)	a/b (%)	(人)	c/b (%)	(人)	d/b (%)	(人)	e/b (%)
平成28年度	576	53.7	31	5.4	0	0.0	15	48.4	16	51.6

※心電図の ST 所見がみられると、狭心症、心筋梗塞、心膜炎などが疑われます。

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表5-6】

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

②心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上もしくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者または問診等において不整脈が疑われる者」のうち、医師が認める者に実施する「詳細な健診」の項目です。

竹富町では特定健診にて心電図検査を必須項目としていないため、心電図検査を実施しない場合においては、図表 5-7 に沿って対象者を抽出します。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドロームまたは LDL コレステロールに関連することから、タイプ別に把握していきます。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していきます。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表5-7】

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	
		576	0	16	21	539
			0.0%	2.8%	3.6%	93.6%
メタボ該当者		113	0	12	15	86
		19.6%	0.0%	10.6%	13.3%	76.1%
メタボ予備群		77	0	1	0	76
		13.4%	0.0%	1.3%	0.0%	98.7%
メタボなし		423	0	3	6	414
		73.4%	0.0%	0.7%	1.4%	97.9%
LDL	140-159	67	0	0	0	67
		15.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	160-179	29	0	0	0	29
		6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	180-	16	0	1	0	15
		3.8%	0.0%	6.3%	0.0%	93.8%

②-1

②-2

【参考】

Non-HDL	190-	83	0	2	4	77
		14.4%	0.0%	2.4%	4.8%	92.8%
	170-189	72	0	0	2	70
		12.5%	0.0%	0.0%	2.8%	97.2%

CKD	G3aA1～	125	0	6	6	113
		21.7%	0.0%	4.8%	4.8%	90.4%

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 5-8 の問診が重要です。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながります。

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 5-8】

・ 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 ・ 冷や汗や吐気を伴う			
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) 2 次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、2 次健診を活用し健診結果とあわせて血管変化を早期に捉え、介入していきます。

2 次健診勧奨の裏づけ（血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JSC2013 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（コレステロールが原因で血管壁にできる粥状のこぶ）と血管機能不全の 2 つの側面があります。プラークについては画

像診断の進歩により、正確な評価ができるようになりました。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度（PWV）、心臓足首血管指数（CAVI）、足関節上腕血圧比（ABI）などがあります。」

- ◆ 最も優れている画像診断の1つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT（内膜中膜複合体）の測定があります。
- ◆ 「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在します。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられます。」

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017）によると、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであることから、虚血性心疾患重症化予防対策の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととします。なお、糖尿病管理台帳には合併症の有無として、虚血性心疾患の診療日開始日も記載できるようになっています。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については、今後検討します。

4 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い、治療中の者へは心臓や脳血管疾患等の発症予防に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者本人から、また、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

5 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

（糖尿病性腎症重症化予防の項に準じる）

6 評価

評価にあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価については、データヘルス計画評価等と併せ年 1 回行うものとしします。その際は、糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していきます。

(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とします。

(2) 中長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等の評価と併せて行います。

7 実施期間及びスケジュール

(糖尿病性腎症重症化予防の項に準じる)

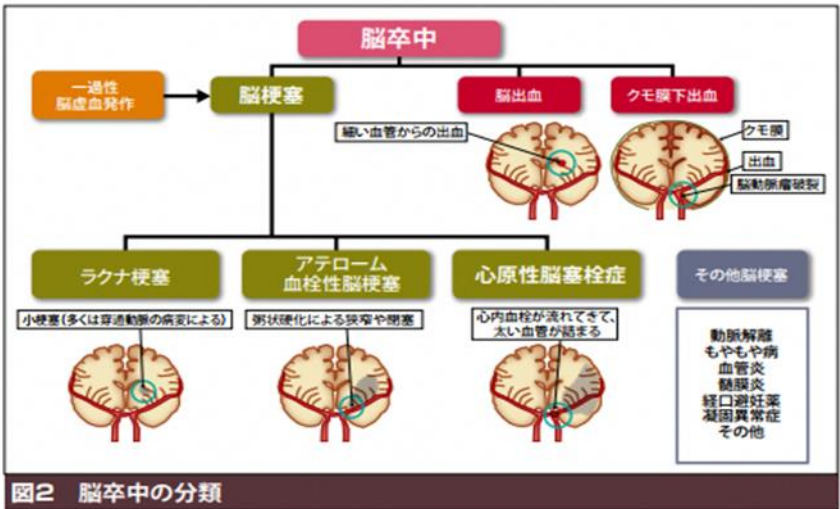
5-3 脳血管疾患重症化予防

1 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組みにあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていきます。(図表 5-9,5-10)

【脳卒中の分類】

【図表 5-9】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患リスクと因子

【図表5-10】

リスク因子 (○はハイスコア群)		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 Syndrome	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 5-11 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握します。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になります。脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子です。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表5-11】

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LDL)		心房細動	メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)				
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 576人		24人	4.0%	21人	3.5%	22人	3.7%	0人	0.0%	110人	18.3%	12人	2.0%	29人	4.8%
治療なし		16人	3.8%	5人	0.9%	18人	3.4%	0人	0.0%	23人	6.0%	3人	0.8%	11人	2.9%
治療あり		9人	37.5%	1人	4.8%	1人	4.5%	0人	--	23人	20.9%	0人	0.0%	4人	13.8%
臓器障害あり		0人	4.5%	0人	33.3%	2人	6.3%	0人	0.0%	2人	40.3%	3人	4.2%	11人	8.3%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		2人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		1人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		1人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	0人		0人		0人		0人		2人		0人		0人	

H28年度健診結果における重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が24人(4.0%)で、16人は未治療者でした。未治療者のうち臓器障害の所見がみられた者はいませんでした。また、治療中でもⅡ度高血圧以上の者は9人いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要です。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子ですが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者

においても高血圧と他リスク因子で層別化し、対象者を明確にしていく必要があります（図表 5-12）。リスク層が上がるに従い、脳心血管疾患の発症の危険性が高まります。降圧薬治療者を除いているため、高リスク群にあたる図表 5-12 の①、②については早急な受診勧奨が必要になってきます。次いで、③、④への関わりが必要となります。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

【図表 5-12】

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)	421	199 47.3%	106 25.2%	57 13.5%	43 10.2%	12 2.9%	4 1.0%
リスク第1層	106 25.2%	68 34.2%	23 21.7%	9 15.8%	3 7.0%	3 25.0%	0 0.0%
リスク第2層	193 45.8%	88 44.2%	56 52.8%	28 49.1%	15 34.9%	4 33.3%	2 50.0%
リスク第3層	122 29.0%	43 21.6%	27 25.5%	20 35.1%	25 58.1%	5 41.7%	2 50.0%
再掲 重複あり	糖尿病	21 17.2%	8 18.6%	4 14.8%	8 40.0%	0 0.0%	0 0.0%
	慢性腎臓病（CKD）	80 65.6%	29 67.4%	20 74.1%	10 50.0%	4 80.0%	1 50.0%
	3個以上の危険因子	46 37.7%	13 30.2%	7 25.9%	8 40.0%	5 100.0%	2 100.0%

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
3 0.7%	18 4.3%	38 9.0%
3 100%	3 16.7%	0 0.0%
--	15 83.3%	6 15.8%
--	--	32 84.2%

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3) 心電図検査における心房細動の実態

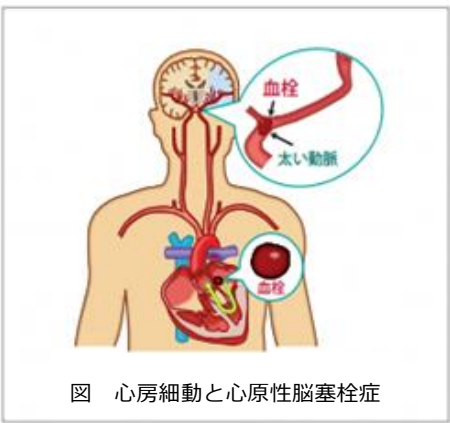


図 心房細動と心原性脳塞栓症

（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高いことがわかっています。しかし、心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。図表 5-13 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況です。

心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う

必要があります。また、リスクを有する対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施等を検討していきます。

- * 心房細動とは…心房（心臓は4つの部屋に分かれており、その上部の2つの部屋）の高頻度で無秩序な電氣的興奮が、下部の心室へ不規則に伝導するため、リズムが不規則になる状態。細かな震えにより、左心房に血栓を生じやすい。
- * 心原性脳梗塞とは…心房細動によって生じた血栓が脳へ流出して脳の血管を詰まらせること。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表5-13】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	25	6	0	0%	0	0%	—	—
40歳代	0	1	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	6	1	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	13	2	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74歳	6	2	0	0	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表5-14】

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

3 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 2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ことから、必要な対象者には2次健診を勧めます。(検査項目については、虚血性心疾患重症化予防の項に準じる)

(3) 対象者の管理 (参考資料8・9)

① 高血圧の管理

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、未治療者や中断捨の把握に努め受診勧奨を行っています。

② 心房細動の有所見者管理台帳

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

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、治療中の者へは心臓や脳血管疾患等の発症予防に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していきます。医療の情報については、かかりつけ医や対象者本人からまた、KDB等を活用しデータを収集していきます。

5 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

(糖尿病性腎症重症化予防の項に準じる)

6 評価

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

(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

(2) 中長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等の評価と併せて行います。

7 実施期間及びスケジュール (糖尿病性腎症重症化予防の項に準じる)

5-4 地域包括ケアに係る取り組み

1 地域包括ケアシステム

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、いかにして要介護リスクが高まる年齢を先延ばしにできるか、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となります。

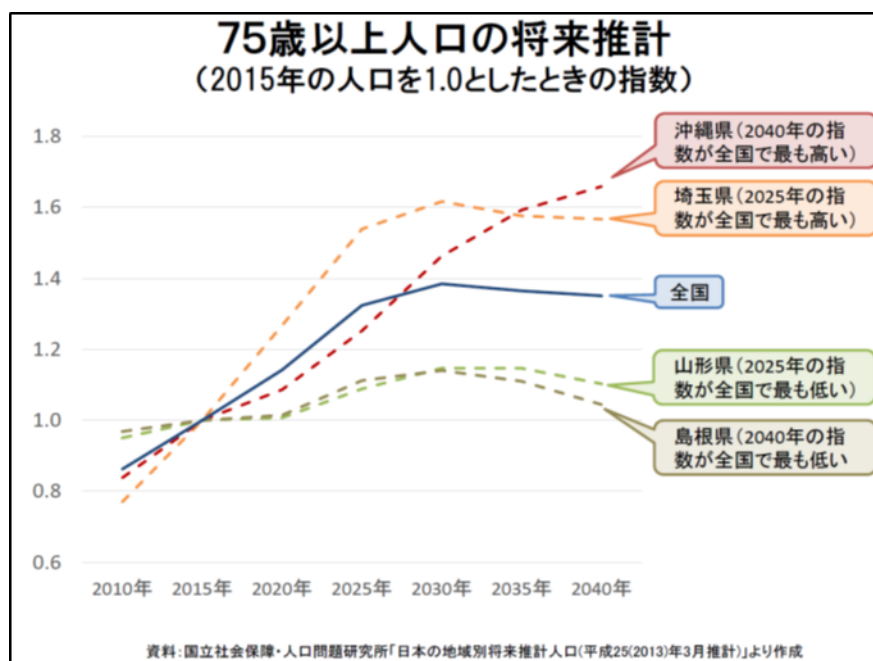
重度の要介護状態となる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病腎症による人口透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸につながります。

要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくため、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえて 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重症化予防の取り組みそのものを、介護予防として捉えることができます。

沖縄県の 75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.66 と全国一高くなると推計されています。（図表 5-15）

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えています。このような状況を鑑みれば、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、国保にとっても竹富町にとっても非常に重要です。

【図表 5-15】



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つなげていくためには、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ります。

2 地域ケア会議

地域ケア会議は、地域包括支援センターが主体となって町内数か所で医療・介護・福祉・地域の関係者により開催しています。

医療・介護・予防・住まい・生活支援など暮らし全般を支えるため、直面する課題等について議論する地域ケア会議に保険者として積極的に参加していきます。

第6章 被保険者への働きかけ（ポプレーションアプローチ）

6-1 医療費の適正化の取組み

医療費を適正化するために、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、その背景にある個人の实態や社会環境等の地域特性について広く被保険者へ周知していきます。（図表 6-1）

また、ジェネリック医薬品の普及率の向上や重複頻回受診の抑制についても広く被保険者に周知していきます。

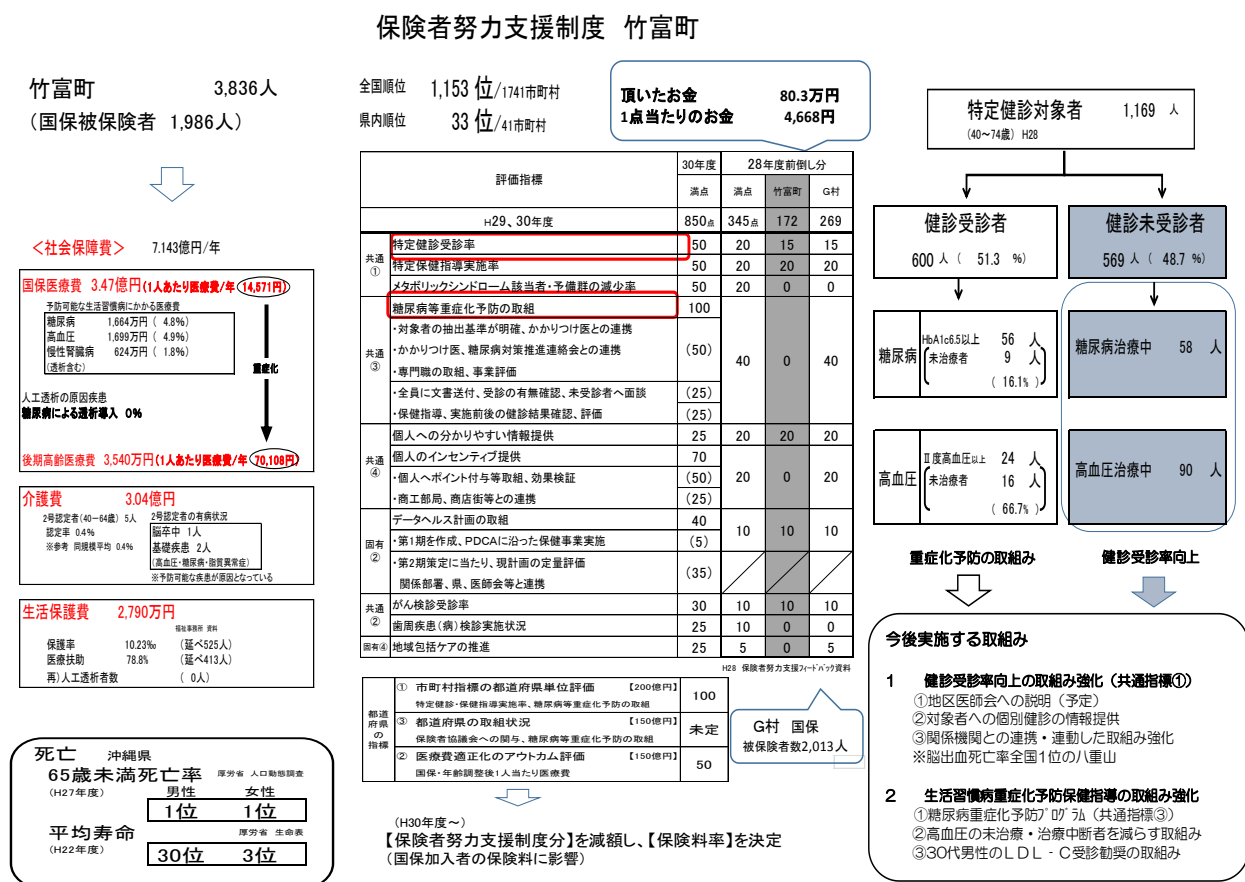
【医療費適正化対策事業（ジェネリック医薬品差額通知）】

レセプトデータから、後発医薬品に変更した場合の差額を被保険者へ通知し、後発医薬品（ジェネリック）の使用促進につなげます。

【重複頻回受診者訪問指導事業】

重複及び頻回受診者に対して訪問指導を実施し、適切な医療受診につなげます。

【図表 6-1】



6－2 健康意識の向上

被保険者の健康づくりに向けた意識や行動の変容を図ることを目的として、被保険者がそれぞれの年齢や健康状態に応じ、健康づくりの取組みを始めるきっかけや継続するための支援を行うため、次の事業を推進していきます。

広報・啓発イベント等を活用した情報発信

町ホームページ、広報たけとみ等で情報発信を行います。また、健康まつり（ちゃーがんじゅうまつり）、ぱいぬ島まつりでのパネル展示や体験コーナーで健康意識の醸成を図ります。

第 7 章 その他

7-1 個人情報の保護

1 個人情報の保護に関する法令等の順守

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び同法に基づくガイドライン（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン）、竹富町個人情報保護条例（平成 17 年 6 月 20 日条例第 11 号）に基づき個人情報の適切な取扱いを行います。

2 特定健診等の記録の形式及び保存方法

特定健診等に関する記録については、互換性を確保し、継続的に多くの記録を蓄積していくため、国において設定された標準様式を利用した電磁的記録形式で、竹富町において設置する「特定健診データ管理システム」のサーバ内にデータベースとして記録、保存するものとします。

3 特定健診等の記録の保存期間

特定健診等の記録の保存義務は、「特定健診等基本指針」に基づき、記録の作成の日から最低 5 年かまたは、国民健康保険被保険者が他の医療保険者の加入した日の属する年度の翌年度末までとなります。

「30 年度版」では生涯を通じた自己の健康管理の観点から、継続的な健診データの保存が望ましいとなっていることから、竹富町国民健康保険では、保存期間終了後でも被保険者が竹富町国保に加入している期間は記録の保存に努めます。

7-2 計画の公表・周知

1 公表方法

公表の目的は、主に加入者に、医療保険者としての計画期間中の取組み方針を示し、趣旨を理解の上積極的な協力を得ることにあります。

下記の方法により計画全文または概要版を作成し公表します。

- ・竹富町ホームページに掲載
- ・医師会等を通じて医療機関等に周知
- ・町役場及び出張所窓口での配布

2 普及啓発

下記の方法により趣旨の普及啓発を図ります。

- ・ 広報たけとみ
- ・ 竹富町ホームページ
- ・ 町内各団体と連携した普及啓発

7-3 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行います。

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

2 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

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、KDB システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるため、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導の取りまとめをする保健師等が地区ごとに定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価します。特に直ちに取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・助言を受けることとします。

参考資料

参考資料 1	様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた竹富町の位置
参考資料 2	糖尿病重要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	虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
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	保健事業ごとの目的と評価指標
参考資料 11	平成 30 年度に向けての全体評価