

## 2. がん検診

(1)実施内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ がん検診（大腸がん検診、肺がん検診、乳がん・子宮がん検診、前立腺がん）を年1回（11～12月）集団で実施。</li> <li>◆ 胃がんについては、島外実施で費用を助成している。</li> <li>◆ 受診勧奨、未受診者対策。</li> <li>◆ 胃がん検診の受診費用、各種がん検診の精密検査にかかる渡航費と宿泊費の補助。</li> </ul>
(2)対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 南大東村に住民登録をしている全ての年齢</li> <li>◆ がん検診で要再検査・要精密検査と通知され、沖縄本島で再検査・精密検査を受ける人</li> </ul>
(3)費用	<p>大腸がん：500円、肺がん：600円、前立腺がん：500円 乳がん：1,000円、子宮がん：500円</p>
(4)助成金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 往復：20,000円</li> <li>・ 1泊：6,000円</li> </ul>
(5)周知方法	<p>保健センターだよりへ周知</p>
(6)今後の課題	<p>胃がん検診（受診率4.9%）について、集団健診で実施していないこと、島外の受診について検査費用の負担があることなどを積極的に周知して、40歳以上の受診率を上げる必要がある。大腸がん、肺がんについては待ち時間の削減、婦人がん検診については受付時間の延長など（現在、子宮がん健診の受付時間は年1回、平日午前の4時間のみ）、受診しやすい環境づくりへの取り組みが必要である。また未受診者対策として、島外受診者と未受診者の把握、未受診者への積極的な受診勧奨が必要である。</p>
(7)目標・評価指標	<p>平成29年度を基準に毎年1%の上昇 平成35年度に、胃がん：10.0%、30.0%、肺がん：40.0%、乳がん：30.0%、子宮がん：25.0%</p>

### 3. 歯周病健診

---

(1)実施内容	特定健診にて実施
(2)対象者	40歳、50歳、60歳、70歳
(3)費用	無料
(4)周知方法	個別に受診券及び案内を送付。 保健センターだよりにて周知を行っている。
(5)今後の課題	住民健診時に歯科検診を実施して歯周病の可能性があれば歯科受診につなげるなど、歯周病の予防と早期発見に積極的に取り組むための事業を企画実施する必要がある。また、定期的な歯科検診を勧奨する必要がある。
(6)目標・評価指標	年に一度、歯科健診を受診する者の増加

### 4. 未受診者対策

---

(1)実施内容	前年度未受診者に対し、集団検診の実施前に個別通知を送る
(2)対象者	前年度未受診者
(3)費用	個別に受診券及び案内を送付。 保健センターだよりにて周知を行っている。
(4)周知方法	個別通知
(5)目標・評価指標	前年度未受診者の100%に通知し、うち20%以上の受診率を目標

## 5. 健診結果説明会

---

(1)実施内容	特定健診の結果を全員に手渡しで返却し、アルコール、喫煙、メタボリック、その他の検査結果の異常値を説明する。 受診や精密検査が必要な場合は医療機関の紹介などを行う。
(2)対象者	健診受診者全員
(3)費用	無料
(4)周知方法	保健センターだよりにて周知を行っている。
(5)目標・評価指標	・ 特保初回面談 100%実施 ・ 有所見者全員と面接 ・ 必要な人全員に受診勧奨

## 6. 特定保健指導

---

(1)実施内容	特定保健指導の実施
(2)対象者	特定保健指導の対象者
(3)費用	無料
(4)周知方法	個別連絡
(5)目標・評価指標	◆ 特保初回面談 100%実施 ◆ 特定保健指導実施率 60%以上と、特定保健指導対象者の減少率 25%

## 7. 糖尿病性腎症重症化予防

<p>(1) 基本的な考え方</p>	<p>糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成 29 年 7 月 10 日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCA に沿って実施する。なお、取組にあたっては図表 26 に沿って実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導</li> <li>③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応</li> </ul>
<p>(2) 対象者の明確化</p>	<p><b>1) 対象者選定基準の考え方</b></p> <p>対象者の選定基準にあたっては沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 医療機関未受診者</li> <li>② 医療機関受診中断者</li> <li>③ 糖尿病治療中者 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア. 糖尿病性腎症で通院している者</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2) 選定基準に基づく該当数の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 選定基準に基づく該当数の把握</li> </ul> <p>平成 28 年度のレセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。（図表 28）</p> <p>南大東村では、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 2 人であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 55 人中のうち、特定健診受診者が 33 人で、治療中断者はいなかった。</p> <p>糖尿病治療者で特定健診未受診者 22 人のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がない者 12 人中 1 人は治療中断者であることが分かった。残り 11 人については継続受診中であるが、健診結果がなく血液データも不明なため、重症化予防に向けて保健指導を行う場合は医療機関との連携が必要になる。</p>

## ② 介入方法と優先順位

図表 28 より南大東村における介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位 1

#### 【受診勧奨】

- ・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人
  - ・糖尿病治療中であつたが 中断者 (オ・キ)・・・1人
- \* 電話訪問で対応

### 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)・・・33人
- ・介入方法として個別面談、電話等で対応
- ・情報収集や保健指導を行う上で医療機関と連携

### 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)・・・9人
- ・介入方法として個別面談、電話等で対応
- ・情報収集や保健指導を行う上で医療機関と連携

図表 5 - 1 糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ

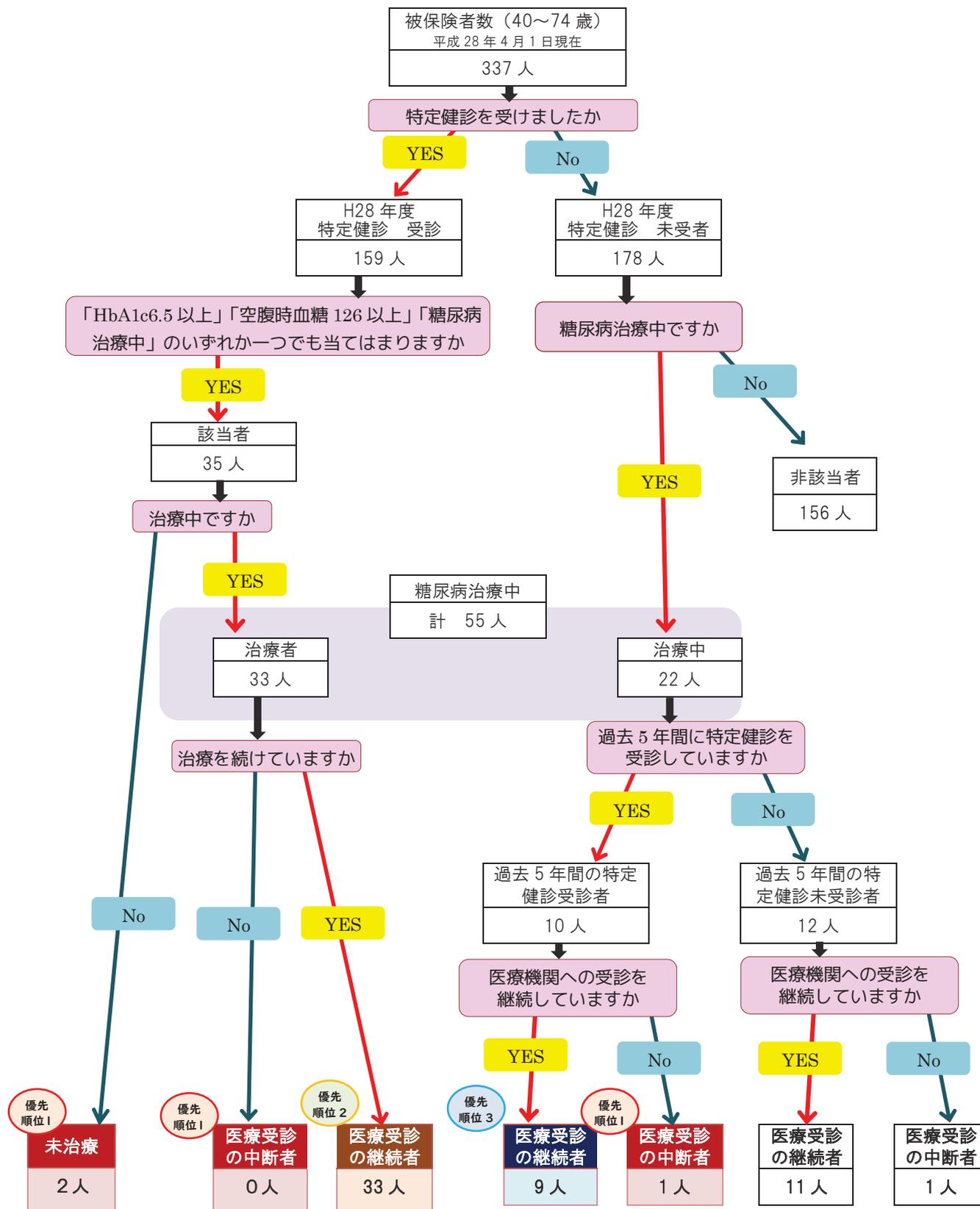
【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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 受診勧奨 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 保健指導 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 評価報告 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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

図表 5 - 2 糖尿病重症化予防のための介入方法と優先順位の明確化（平成 28 年度 健診結果）

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



## 第3節 その他の保健事業

### 1. アルコール外来

(1)実施内容	独立行政法人国立病院機構 琉球病院から専門医を招いて年3～4回実施。
(2)対象者	結果返却時に「飲食3合以上」の人に飲酒習慣のスクリーニングテスト（Audit）を実施し、10点以上の場合はアルコール外来を紹介する。
(3)費用	無料
(4)周知方法	個別に通知している
(5)目標・評価指標	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ 多量飲酒者（1日3合以上）の割合の減少5%</li><li>◆ アルコール外来の相談者の増加（平成28年度：43人⇒平成35年度：60人）</li></ul>
(6)その他	<b>【適正な飲酒に関する今後の課題】</b> アルコール外来や特定保健指導について島内に周知されつつある。アルコール外来は面談を拒否したり、当日になって面談をキャンセルする割合が高く、重症化している人ほどその傾向が上がる。どのように初回の外来につなぎ、その後の継続をしていくのか、という課題がある。島全体の飲酒量が多いため、周囲と比較して「自分は飲みすぎではない」と考える人でも適正飲酒量を超えている。過度な飲酒は病気であり、過度な飲酒を続ければ生活習慣病や内臓疾患を招き将来的には医療費が増額する。飲酒に対する島全体の意識をどのように変えていけるかが課題である。イベント時に飲酒の機会を含む企画を減らす、飲酒時には量を限るなど、行政主導で進めていくことが望ましい。



## 2. おとうおかあダイエット(若年層のメタボリック対策)

(1)実施内容	<p>健診結果から BMI26 以上で内服のない 65 歳以下の人を対象に参加者を募集する。管理栄養士の助言のもとで、半年で体重の 6～8%の減少を目指す。</p>
(2)対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 29 年度の健診結果で BMI が 26 以上の方</li> <li>・期間中に栄養士と 2 回面談できる方</li> <li>・運動ができる(ドクターストップ)がない方</li> <li>・血圧やコレステロールなどの内服をしていない方</li> <li>・65 歳までの方</li> </ul>
(3)費用	<p>無料</p>
(4)周知方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メルマガ</li> <li>・村広報誌</li> <li>・防災無線</li> <li>・ポスター掲示</li> <li>・個別配布</li> </ul> <div data-bbox="794 824 1439 1659" style="border: 1px solid black; padding: 10px;">  <p>参加条件<small>があります</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平成29年度の健診結果でBMIが26以上の方</li> <li>期間中に栄養士と2回面談できる方</li> <li>運動が出来る(ドクターストップがない)方</li> <li>血圧やコレステロールなどの内服をしていない方</li> <li>65歳までの方</li> </ul> <p>南大東村保健センター 電話2-2116</p> <p>エントリー受付 平成30年6月末まで</p> </div>
(5)目標・評価指標	<p>平成 35 年度の利用者数 30 人</p>

### 3. 心理カウンセリング

<p>(1)実施内容</p>	<p>島外からカウンセラーを招いて年 6 回実施し、若年層の自殺対策や虐待や不登校から日常生活の困りごとなど多岐にわたり支援している。</p>
<p>(2)対象者</p>	<p>希望者</p>
<p>(3)費用</p>	<p>無料</p>
<p>(4)周知方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メルマガ</li> <li>・村広報誌</li> <li>・防災無線</li> <li>・ポスター掲示</li> <li>・個別配布</li> </ul> 
<p>(5)目標・評価指標</p>	<p>心理カウンセリング利用者数 (平成 28 年度: 43 人 ⇒ 平成 35 年度: 65 人)</p>
<p>(6)その他</p>	<p><b>【心の健康に関する今後の課題】</b></p> <p>・平成 26 年度から開始した心理カウンセリングは年々利用者が増加し、相談内容も企業や職場のメンタルヘルス、児童虐待、DV、離婚問題など深刻なものを含む。実施回数を年 2 回~6 回に増加したが受け入れきれずに面談予約にキャンセル待ちが出る場合もあるため、今後はカウンセラーによる電話相談などで受け入れ数を増やしていく。</p>

## 4. 禁煙の取組

(1)実施内容	結果返却時にブリンクマン指数(喫煙が人体に与える影響)400以上の人に対し診療所の禁煙外来を進める。 喫煙者に啓発用のパンフレットを配布し、禁煙を進める。
(2)対象者	特定健診受診者
(3)費用	無料
(4)周知方法	・パンフレット配布による周知 ・禁煙外来の周知
(5)目標・評価指標	・喫煙者の禁煙指導(86.0%⇒90.0%) ・喫煙率の減少(25.1⇒20.0)



## 第6章 その他

### 第1節 個人情報の保護

#### 1. 基本的な考え方

---

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および南大東村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

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

#### 2. 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

---

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は個人カルテで行う。

#### 3. 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。

#### 4. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

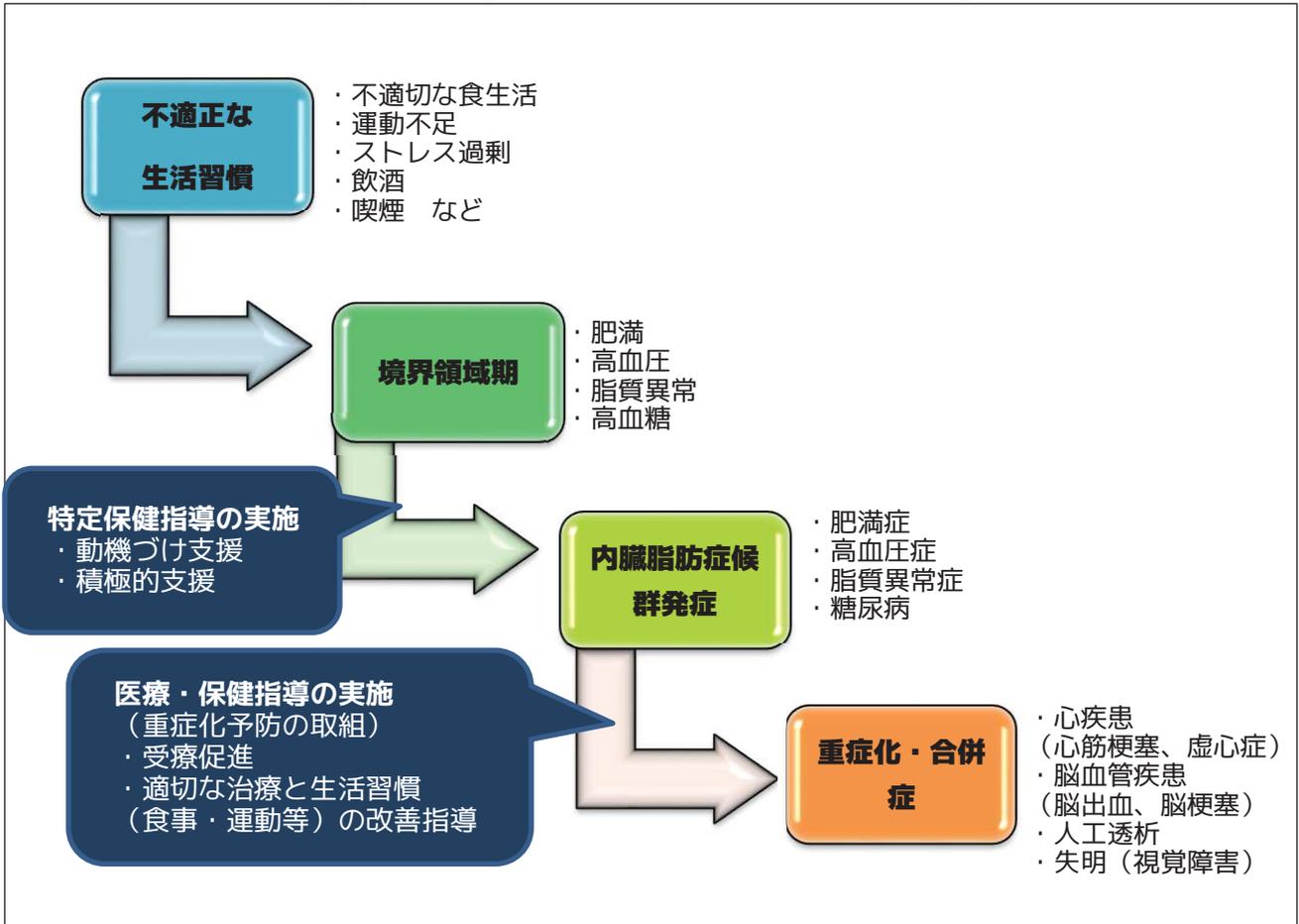
---

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、南大東村健康づくり推進協議会等を通じて公表、周知する。

## 第2節 ポピュレーションアプローチ

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

図表6-1 ポピュレーションアプローチイメージ図



### 南大東村での取り組み状況

- 健康づくり推進協議会で発表
- ウォークラリーで地区ごと表彰
  - 地区ごとの健診受診率を発表し、発表している
  - 個別に配布している

### 第3節 地域包括ケアに係る取組

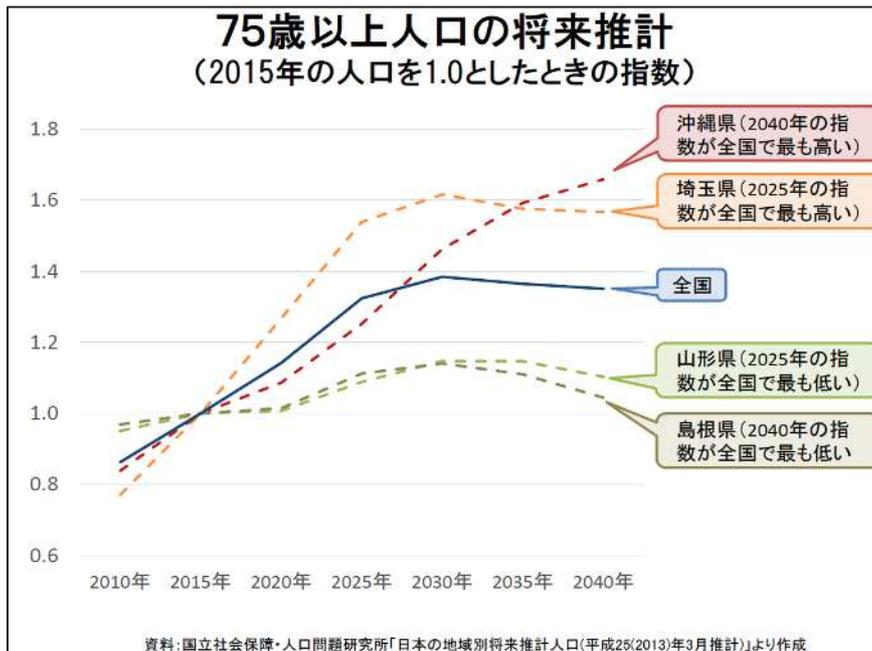
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている(図表6-2)。

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6-2 75歳以上人口の将来推計



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村民を増やしていくことにつながる（参考資料 7）。

# 資料

## 1. 参考資料

### 参考資料 1 国・県・同規模平均と比べてみた南大東村の位置

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた南大東村の位置

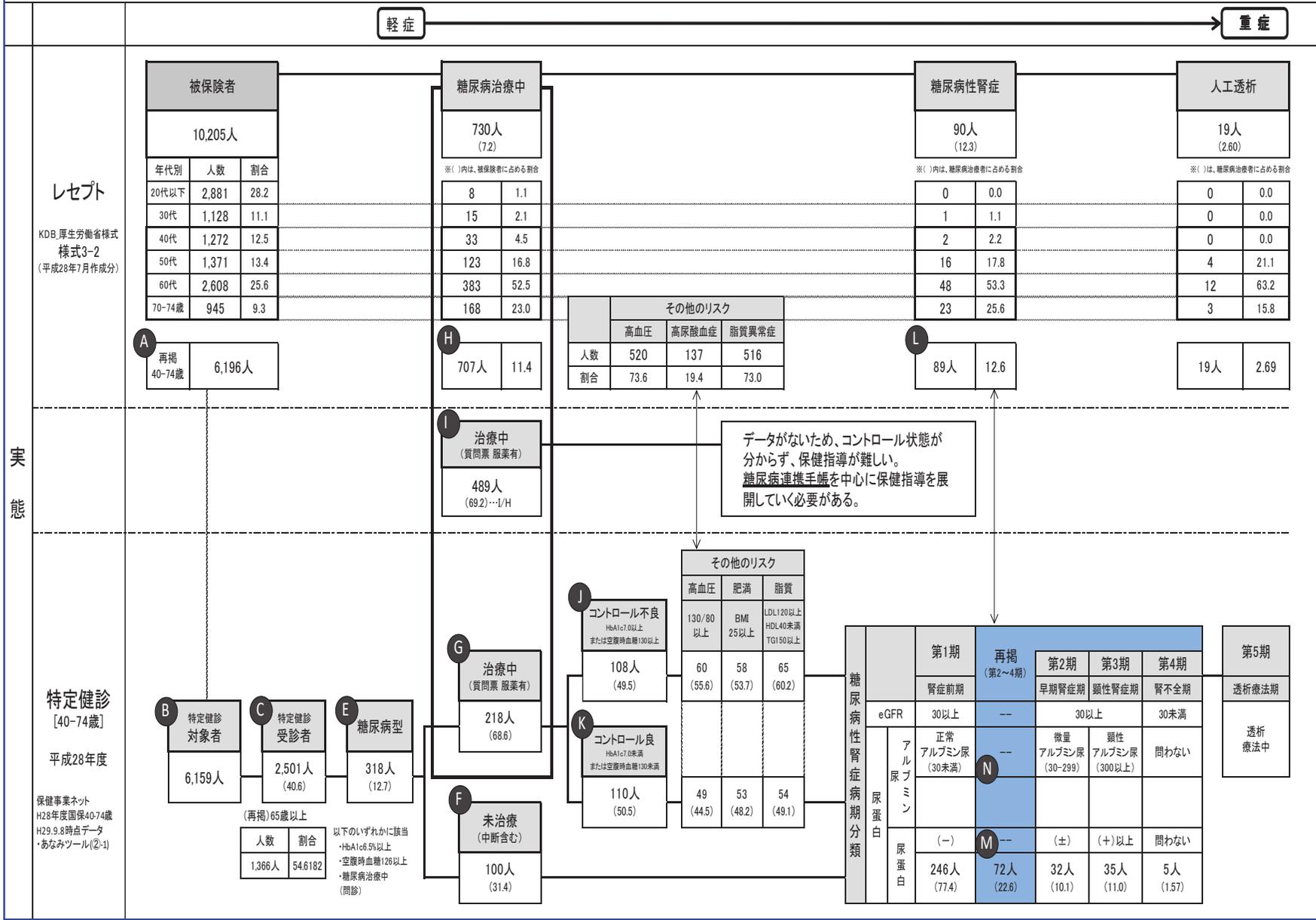
項目	南大東村 (H25)		南大東村 (H28)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	人口構成	総人口	1,422	1,422	712,964	1,373,576	124,852,975					KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		65歳以上 (高齢化率)	301	21.2	301	21.2	250,396	35.1	239,486	17.4	29,020,766		23.2	
		75歳以上	149	10.5	149	10.5			119,934	8.7	13,989,864		11.2	
		65~74歳	152	10.7	152	10.7			119,552	8.7	15,030,902		12.0	
		40~64歳	546	38.4	546	38.4			448,207	32.6	42,411,922		34.0	
	39歳以下	575	40.4	575	40.4			685,883	49.9	53,420,287	42.8			
2	産業構成	第1次産業	26.4	26.4	22.7	5.4	4.2					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題		
		第2次産業	31.2	31.2	21.7	15.4	25.2							
		第3次産業	42.4	42.4	55.6	79.2	70.6							
3	平均寿命	男性	79.7	79.7	79.4	79.4	79.6					KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	87.0	87.0	86.5	87.0	86.4							
4	健康寿命	男性	64.9	64.9	65.1	64.5	65.2					KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		女性	66.8	66.7	66.7	66.5	66.8							
2	死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	95.1	72.3	102.6	97.8	100					KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		がん	5	62.5	3	50.0	2,874	44.3	2,965	48.0	367,905		49.6	
		心臓病	1	12.5	2	33.3	1,917	29.6	1,600	25.9	196,768		26.5	
		脳疾患	2	25.0	0	0.0	1,158	17.9	893	14.5	114,122		15.4	
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	115	1.8	187	3.0	13,658		1.8	
		腎不全	0	0.0	0	0.0	231	3.6	243	3.9	24,763		3.3	
		自殺	0	0.0	1	16.7	187	2.9	287	4.6	24,294		3.3	
		合計	1	10	4	30.8			1,989	17.0	136,944		10.5	
		早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性	1	33.3	2	20.0			1,386	22.0		91,123	13.5
			女性	0	0.0	2	66.7			603	11.2		45,821	7.2
3	介護保険	1号認定者数 (認定率)	32	10.3	41	12.8	49,966	20.0	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	3	0.3	1	0.2	781	0.3	122	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	1	0.2	2	0.1	856	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4		
	有病状況	糖尿病	7	19.0	9	19.9	10,599	20.4	10,612	18.3	1,350,152	22.1		
		高血圧症	23	63.8	25	62.4	28,380	55.1	27,224	47.1	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	11	29.7	13	29.5	14,058	27.1	14,881	25.6	1,741,866	28.4		
		心臓病	23	64.1	28	65.2	31,946	62.2	30,191	52.3	3,529,682	58.0		
		脳疾患	11	22.4	12	23.5	13,362	26.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5		
		がん	3	4.7	2	6.2	4,857	9.3	4,558	7.8	631,950	10.3		
		筋・骨格	18	52.9	26	58.3	28,320	55.1	27,292	47.3	3,067,196	50.3		
精神	8	25.0	21	40.0	19,128	37.0	19,275	33.0	2,154,214	35.2				
介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	68,757	80,424	73,752	71,386	58,284								
	居宅サービス	57,747	67,454	39,649	52,569	39,662								
	施設サービス	291,494	266,910	273,932	282,196	281,186								
4	医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	10,025	8,357	8,522	9,703	7,980							
		認定あり	4,103	4,529	4,224	4,397	3,816							
4	国保の状況	被保険者数	564	465	198,805	426,591	31,925,730					KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		65~74歳	99	17.6	107	23.0	106,284	24.9	12,597,366	39.5				
		40~64歳	253	44.9	195	41.9	159,627	37.4	10,551,004	33.0				
		39歳以下	212	37.6	163	35.1	160,680	37.7	8,777,360	27.5				
		加入率	39.7	36.5	28.1	32.3	26.9							
	2	医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	94	0.2	8,255	0.3	
			診療所数	1	1.8	1	1.9	621	3.1	874	2.0	96,727	3.0	
			病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
			医師数	1	1.8	1	1.9	541	2.7	3,552	8.0	299,792	9.2	
			外来患者数	474.9	481.6	652.3	507.9	668.1						
入院患者数			17.3	22.5	23.7	20.0	18.2							
3	医療費の状況	一人当たり医療費	17,198	25,059	26,817	22,111	24,245					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		受診率	492.27	504.039	676.037	527.86	686.286							
		外費用の割合	39.4	30.3	55.3	52.4	60.1							
		来院件数の割合	96.5	95.5	96.5	96.2	97.4							
		入院費用の割合	60.6	69.7	44.7	47.6	39.9							
		入院件数の割合	3.5	4.5	3.5	3.8	2.6							
		1件あたり在院日数	17.6日	14.2日	16.3日	17.1日	15.6日							
4	医療費分析 生活習慣病に占める割合 (最大医療費源病名 (調剤含む))	がん	8,163,050	14.0	11,295,540	15.9	24.2	17.3	25.6			KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
		慢性腎不全 (透析あり)	0	0.0	0	0.0	7.9	16.0	9.7					
		糖尿病	8,907,400	15.3	7,764,560	10.9	10.1	7.0	9.7					
		高血圧症	8,388,260	14.4	5,190,290	7.3	9.4	6.3	8.6					
		精神	16,791,520	28.8	9,124,480	12.8	18.6	28.0	16.9					
	筋・骨格	6,752,650	11.6	5,996,300	8.4	16.4	13.1	15.2						

項目	南大東村 (H25)			南大東村 (H28)			同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
	実数	割合	(順位)	実数	割合	(順位)	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	370,192	41位	(8)	600,518	23位	(14)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				高血圧	643,560	6位	(22)	740,400	6位	(16)						
				脂質異常症	599,346	9位	(12)	416,462	39位	(9)						
				脳血管疾患	794,105	2位	(13)	1,388,095	1位	(15)						
				心疾患	452,499	38位	(7)	1,742,553	1位	(5)						
				腎不全	50,220	40位	(2)	2,018,675	1位	(15)						
				精神	422,129	33位	(28)	441,142	32位	(28)						
				悪性新生物	1,096,226	1位	(11)	844,984	1位	(12)						
				入院の( )内 は在院日数	外来	糖尿病	19,616	41位		19,973	42位					
						高血圧	16,166	39位		16,995	39位					
	脂質異常症	18,513	40位				19,234	40位								
	脳血管疾患	18,420	38位				24,996	36位								
	5	①-⑬	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,172		2,917		3,151		1,919		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
						健診未受診者	7,062		11,826		12,337		10,954			12,339
生活習慣病対象者 一人当たり					健診受診者	3,336		10,191		8,737		6,836		6,742		
					健診未受診者	20,102		41,311		34,206		39,024		35,459		
受診勧奨者					115	68.0	108	63.2	37,189	56.9	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
					医療機関受診率	99	58.6	96	56.1	33,746	51.6	49,936	51.6	4,069,624		51.5
医療機関非受診率					16	9.5	12	7.0	3,443	5.3	4,230	4.4	357,736	4.5		
					169		171		65,384		96,836		7,898,427			
受診率					51.5	県内10位 同規模85位	47.5	県内10位 同規模133位	46.4		37.5	全国25位	36.4			
特定保健指導終了者 (実施率)					24	57.1	29	82.9	3,992	46.4	8,323	53.6	214,646	22.7		
非肥満高血糖					15	8.9	13	7.6	6,352	9.7	6,227	6.4	737,886	9.3		
メタボ					該当者	51	30.2	50	29.2	12,200	18.7	21,916	22.6	1,365,855	17.3	
					男性	36	39.6	34	36.2	8,464	27.7	15,055	32.9	940,335	27.5	
					女性	15	19.2	16	20.8	3,736	10.7	6,861	13.4	425,520	9.5	
	予備群	28	16.6	27	15.8	7,622	11.7	14,505	15.0	847,733	10.7					
メタボ該当・ 予備群 レベル	BMI	男性	22	24.2	20	21.3	5,264	17.2	9,655	21.1	588,308	17.2				
		女性	6	7.7	7	9.1	2,358	6.8	4,850	9.5	259,425	5.8				
		総数	93	55.0	87	50.9	22,315	34.1	41,588	42.9	2,490,581	31.5				
		男性	64	70.3	61	64.9	15,455	50.5	27,902	60.9	1,714,251	50.2				
血糖のみ	血圧のみ	女性	29	37.2	26	33.8	6,860	19.7	13,686	26.8	776,330	17.3				
		女性	15	8.9	11	6.4	4,378	6.7	6,193	6.4	372,685	4.7				
		男性	2	2.2	2	2.1	814	2.7	901	2.0	59,615	1.7				
		女性	13	16.7	9	11.7	3,564	10.2	5,292	10.4	313,070	7.0				
血糖のみ	3	1.8	4	2.3	530	0.8	913	0.9	52,296	0.7						
血圧のみ	18	10.7	15	8.8	5,287	8.1	10,137	10.5	587,214	7.4						
脂質のみ	7	4.1	8	4.7	1,805	2.8	3,455	3.6	208,214	2.6						
血糖・血圧	10	5.9	4	2.3	2,183	3.3	3,328	3.4	212,002	2.7						
血糖・脂質	5	3.0	8	4.7	681	1.0	1,228	1.3	75,032	0.9						
血圧・脂質	25	14.8	17	9.9	5,537	8.5	10,556	10.9	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	11	6.5	21	12.3	3,799	5.8	6,804	7.0	415,310	5.3						
6	①-⑭	生活習慣の 状況	既往歴	服薬	高血圧	59	34.9	65	38.0	23,752	36.3	35,736	36.9	2,650,283	33.6	
				糖尿病	25	14.8	32	18.7	5,883	9.0	8,886	9.2	589,711	7.5		
				脂質異常症	28	16.6	33	19.3	14,929	22.8	19,747	20.4	1,861,221	23.6		
				脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	8	5.2	5	3.1	1,997	3.2	2,781	3.2	246,252	3.3		
				心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	8	5.2	9	5.6	3,427	5.5	3,985	4.5	417,378	5.5		
				腎不全	1	0.6	0	0.0	373	0.6	477	0.5	39,184	0.5		
				貧血	5	3.3	4	2.6	5,122	8.4	5,051	6.2	761,573	10.2		
				喫煙	46	27.2	43	25.1	10,886	16.7	14,476	14.9	1,122,649	14.2		
				週3回以上朝食を抜く	6	28.6	2	12.5	4,442	7.7	10,244	18.2	585,344	8.7		
				週3回以上食後間食	4	19.0	3	18.8	7,977	13.9	9,397	16.7	803,966	11.9		
				週3回以上就寝前夕食	4	19.0	6	35.3	9,245	16.1	13,503	23.9	1,054,516	15.5		
				食べる速度が速い	9	42.9	2	13.3	16,109	28.0	17,001	31.4	1,755,597	26.0		
				20歳時体重から10kg以上増加	8	36.4	10	55.6	19,703	34.1	25,674	46.4	2,192,264	32.1		
				1回30分以上運動習慣なし	14	66.7	9	50.0	39,568	67.9	32,954	57.5	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	9	42.9	10	55.6	28,954	50.1	27,541	49.9	3,209,187	47.0						
睡眠不足	5	25.0	7	43.8	13,994	24.2	16,386	30.1	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	28	36.8	46	45.5	16,174	26.7	14,259	22.1	1,886,293	25.6						
時々飲酒	33	43.4	46	45.5	13,654	22.6	18,519	28.7	1,628,466	22.1						
1日 飲酒 量	1合未満	18	22.2	25	23.4	23,418	57.0	22,185	50.1	3,333,836	64.0					
	1~2合	25	30.9	44	41.1	11,323	27.6	12,695	28.7	1,245,341	23.9					
	2~3合	14	17.3	22	20.6	4,591	11.2	5,994	13.5	486,491	9.3					
	3合以上	24	29.6	16	15.0	1,750	4.3	3,385	7.6	142,733	2.7					

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

A町 H28年度

H29.9.21



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

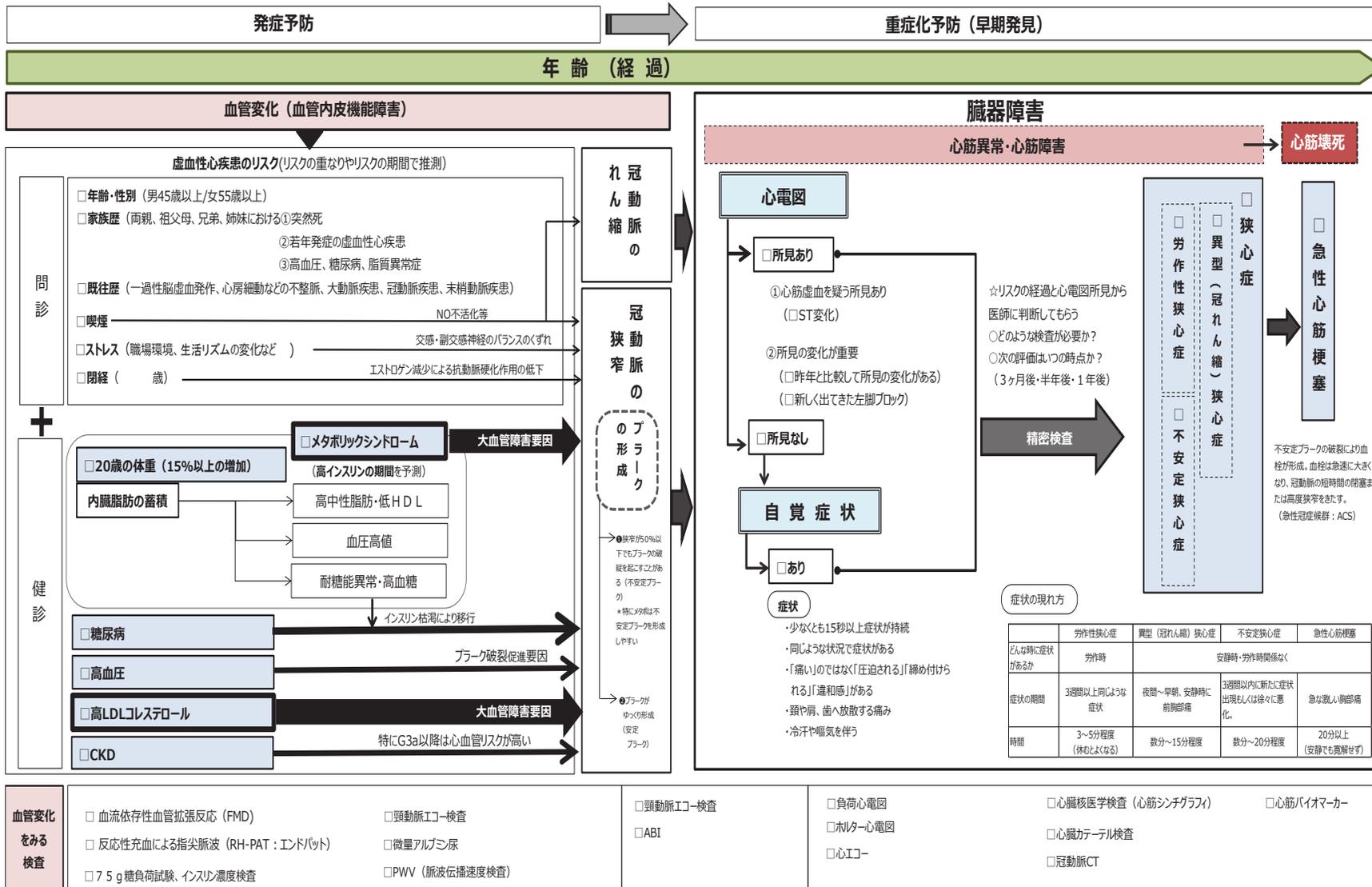
### 参考資料 3 糖尿病管理台帳

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

# 参考資料 4 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

項目		突合表	保険者						同規模保険者		データ元		
			H28年度		H29年度		H30年度		実数	割合			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 被保険者数	A	92,018人							KDB厚生労働省様式様式3-2			
	(再掲)40才-74歳		57,492人										
2	① 特定健診	B	57,492人							あなみツール ②.1集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))			
	② 健診対象者数		19,424人										
	③ 健診受診率		33.8%										
3	① 特定保健指導		2,816人							市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書			
	② 保健指導対象者数		47.9%										
4	健診データ									特定健診結果			
	① 糖尿病型	E	2,434人	12.50%	人	%	人	%	人		%		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	925人	38.0%	人	%	人	%	人		%		
	③ 治療中(質問票 服薬有)	G	1,509人	62.0%	人	%	人	%	人		%		
	④ コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	879人	58.3%	人	%	人	%	人		%		
	⑤ 血圧 130/80以上		503人	57.2%	人	%	人	%	人		%		
	⑥ 肥満 BMI25.0以上		517人	58.8%	人	%	人	%	人		%		
	⑦ コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	632人	41.9%	人	%	人	%	人		%		
	⑧ 糖尿病病期分類	M	尿蛋白(-) 第1期		1,660人	68.2%	人	%	人		%	人	%
	⑨ (±) 第2期		373人	15.3%	人	%	人	%	人		%		
	⑩ (+)以上 第3期		375人	15.4%	人	%	人	%	人		%		
⑪ eGFR(30未満) 第4期	28人		1.2%	人	%	人	%	人	%				
5	① レセプト										KDB厚生労働省様式 様式3-2		
	② 糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%	人	%			
	③ 入院外		人	%	人	%	人	%	人	%			
	④ 入院		人	%	人	%	人	%	人	%			
	⑤ 糖尿病治療中	H	6,209人	6.7%	人	%	人	%	人	%			
	(再掲)40才-74才		6,071人	10.6%	人	%	人	%	人	%			
	⑥ 健診未受診者	I	4,562人	75.1%	人	%	人	%	人	%			
	⑦ 糖尿病性腎症	L	560人	9.0%	人	%	人	%	人	%			
	(再掲)40才-74才		553人	9.1%	人	%	人	%	人	%			
	⑧ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		215人	3.5%	人	%	人	%	人	%			
	⑨ (再掲)40才-74才		213人	3.5%	人	%	人	%	人	%			
	⑩ 新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人	%			
	⑪ (再掲)糖尿病性腎症												
⑫ 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		170人	2.3%										
6	① 医療費	総医療費	a	257.4億円	億円	億円	億円				KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課題 同規模保険者比較		
	② 生活習慣病総医療費	b	144.7億円	円	円	円							
	③ (総医療費に占める割合)	b/a	56.2%										
	④ 生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者	5,925円										
	⑤ 健診未受診者	38,754円	円	円	円								
	⑥ 糖尿病医療費	c	8.9億円	円	円	円							
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	6.2%	%	%	%							
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		34.6億円	円	円	円							
	⑨ 1件当たり		41,908円	円	円	円							
	⑩ 糖尿病入院総医療費		25.1億円	円	円	円							
	⑪ 1件当たり		632,202円	円	円	円							
	⑫ 在院日数		18日	日	日	日							
	⑬ 慢性腎不全医療費												
	⑭ 透析有り		23.6億円	円	円	円							
	⑮ 透析なし		0.98億円	円	円	円							
7	① 介護	介護給付費		217億円	円	円	円			KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況			
	② (再掲)2号認定者の有所見	糖尿病合併症		12.7%	%	%	%						
8	① 死亡	死因別死亡者数								KDB 地域の全体像の把握			
	糖尿病		28人	2.1%	人	人	人						

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



参考資料 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

【参考文献】  
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る (東條美奈子著)

# 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

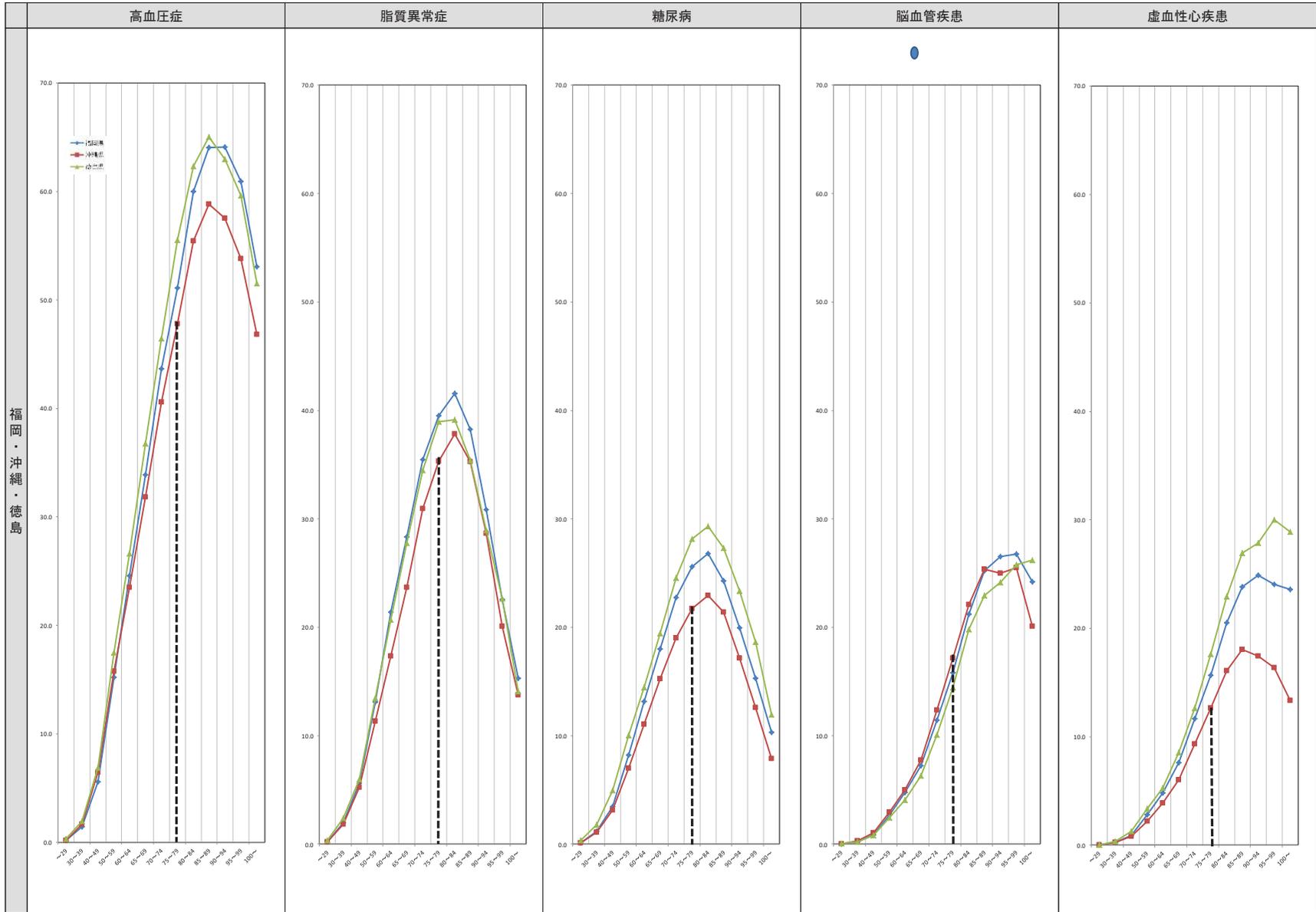
## 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク					
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし  <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症  <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放射する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある					
	③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 <b>メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。</b>			⑥ 発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目			
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85~ 女 90~				
	□BMI	~24.9	25~				
	□中性脂肪	空腹	~149			150~299	300~
		食後	~199			200~	
	□nonHDL-C	~149	150~169			170~	
	□AST	~30	31~50			51~	
	□血糖	空腹	~99			100~125	126~
		食後	~139			140~199	200~
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~	【軽度】 □75g糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比	
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~		
□血圧		収縮期	~129	130~139	140~		
	拡張期	~84	85~89	90~	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)		
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	□角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腿黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
□CKD重症度分類		G3aA1~					
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 12 24						

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

生活習慣病有病状況

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



平成29年度に向けての全体評価					様式 1
課題・目標	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
<p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%</li> <li>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</li> <li>○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD)</li> <li>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。</li> <li>○医療費の伸びを抑える</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健センターとしての未受診者対策は保健指導実施者の継続受診対策中心であった。H28年度は、新たな取り組みとして、65歳の健診未受診、生活習慣病未治療者に対して受診勧奨訪問を行った。</li> <li>・未受診の方に治療中の割合が多いことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会で、治療中の方への受診勧奨の依頼を行った。</li> </ul> </li> <li>↓</li> <li>・受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、未受診者対策を効果的に行うために、医療機関との協力をどのようにすすめていくか、また、未受診者訪問の対象者をどのように選定していくかの検討が重要。全体として対象者を抽出するだけでなく、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。</li> <li>・35歳健診の結果をみると、受診時すでにメタボ、重症化予防対象者等がいることから、早期から生活習慣改善等への取り組み等ポピュレーションアプローチは重要。今後事業を検討していく中で、対象者、実施方法、評価も含めて検討していく必要がある。ポピュレーション対象者を住民にするだけでなく、医療機関への現状説明、課題共有等が協力を得ていくうえで重要。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関説明会実施状況</li> <li>○個々の医療機関へのアプローチ状況</li> <li>○未受診者訪問実施状況</li> <li>○ポピュレーション実施状況</li> <li>○早期介入保健指導実施状況</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況</li> <li>○未受診者訪問後の受診者数等、個々の受診状況</li> <li>○個々の医療機関アプローチ後受診者数等</li> <li>○行ったポピュレーション毎の結果(例えば地区毎の受診率等)</li> <li>○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況</li> </ul>	<p><b>全体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○業務分担制(成人3担当)未受診者対策、重症化予防対策を検討する担当が分かれている。両方の取り組みは切り離して考えられない。また、計画立案、評価実施しているが、3担当での共通認識が十分図れていない。</li> <li>○地区担当制もとっているが、十分に機能していない。</li> <li>○重症化予防対策を取り組んでいく上で、栄養士の役割は重要である。今後の栄養指導状況、対象者数等によって、栄養士の確保も検討が必要となる。</li> <li>○通常業務の時間帯では、アプローチしても会えない人がいる。不在票等活用しているが、そのままになった人で、さらに重症化してしまっている。業務時間の検討。</li> <li>○医師会との会議等の連携は進んできている。個々の医療機関との連携をすすめていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつひとつの事例を通じて連携を積み重ねていくようにする。(いろんな医療機関との関わりを活用していく。)</li> </ul>	
<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆受診率が低い。</li> <li>◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(地区台帳の活用等)</li> <li>◆医療機関の協力等による取り組み</li> <li>○早期介入保健指導事業</li> <li>◆対象者の設定、評価方法等検討</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重症化予防対象者として、今までは未治療者を優先的にアプローチ実施してきたが、今年度は、治療中の方も健診後できるだけ早期に介入していくようにした。</li> <li>・対象者選定を単年の健診結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。</li> <li>・保健指導の標準化は十分でない。個々の教材使用に任ざられていたり、共通認識十分図れていない現状がある。</li> <li>↓</li> <li>・対象者の優先順位選定を単年の健診結果で行っているが、経年の状況、治療の有無だけでなく、個々の数値の変化等から優先順位をみていく必要がある。そのため、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで優先順位づけとなり、重症化予防にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。</li> <li>・保健指導を行う上での、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながる。同時に、保健指導内容も具体的に標準化でき、共通認識を図ることにつながると思う。</li> <li>・重症化予防対策を評価していく指標の検討が必要。特に、個別の効果等がみえる指標検討が必要。現在は事業実施量が中心の評価。</li> <li>・若年者、他保険からの国保加入者に重症化予防の必要な人がいる。他保険の方で、保健指導が受けられないような対象者へのアプローチについて(健診結果の悪い状態まま、悪化して国保へ加入してくる？働けなくなつてから等・・・。医療費抑制等考えたり、市民ということ考えると・・・)の対策は必要。他保険者であっても、健診結果を持参し、保健指導を希望される方には実施していく。</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○重症化予防事業の実施状況</li> <li>○保健指導(所内、訪問)実施状況</li> <li>○他保険者に対する保健指導実施状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健指導実施者の翌年の健診結果状況</li> <li>○保健指導後の受診(服薬、検査等)状況</li> <li>○経年評価(評価項目毎)集団、個別両方</li> <li>○健診結果の状況(各対象者毎の高値割合減少状況)</li> <li>○重症化予防対象者数(3疾患治療なしの者)</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○対象者の検討。(単年の健診結果での抽出に加え、経年地区台帳からの対象者等)</li> <li>○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> <li>○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象疾患ごとに検討)</li> </ul>	
<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆会議等での連携の形は、整ってきつつあるが、個々の医療機関との具体的な連携とと、進んでいないのが現状。</li> <li>◆試験的事業の中で、個々の連携等について実践を通じて、検討していく。</li> <li>◆未受診者対策、重症化予防事業等それぞれの関わりの中で、医療機関とのつながりを進めていく。</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CKD連携様式の作成を行ったが、対象者の方が医療機関へ持参するという活用までには、なかなか至っていない。また、連携を考えていく上で、医療機関と顔の見える連携だと難しい。さらに、一歩進めるために、対象者の方に同意を待たれた場合にかかりつけ等に直接保健センターから連絡がとれるような流れを医師会と検討した。</li> <li>・医療機関連携のシステムを検討していく中で、委員の先生より提案があり、試験的事業として、何例か事例を通じて医療機関連携をしなが、重症化予防を実施してみることになった。今後、この取り組みが好事例として全体へと広がっていくようにしていく。</li> <li>・未受診者対策も含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、協力体制をつくっていく。</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式使用状況</li> <li>○個々の医療機関との連携状況</li> <li>○試験的事業の実施状況</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○CKD連携様式にてすすめた検査、専門医への受診行動等</li> <li>○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況)</li> <li>○試験的事業の実施状況(対象者の検査値、受診行動、生活状況等)</li> <li>○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等)</li> </ul>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○試験的事業等個々の事例等を積み重ねて、協力体制を広げている。</li> </ul>	

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

表 2

平成29年度 課題	評価(良くなったところ)																			
	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる (プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題															
<p><b>目 標</b></p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標60% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病腎症を減らすことを目標に、平成29年度には平成26年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる。</p>	<p><b>全 体</b></p> <p>○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○成人3担当にて、共通認識を図ったが、主担当であるかどうかで理解の差等がある。年度当初だけでなく、再々確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○医療機関へのアプローチ ・がん検診医療機関説明会にて、特定健診の受診について協力依頼する。</p> <table border="1"> <tr> <th>回数</th> <th>医療機関数</th> </tr> <tr> <td>4回</td> <td>185</td> </tr> </table> <p>・個々の医療機関へ訪問。(90カ所)</p> <p>○未受診者訪問 ・前々年度保健指導実施者で前年度未受診者へ訪問。 ・40、65、67歳未受診・未治療へ受診勧奨訪問を実施。 ・糖尿病管理台帳の3年間未受診・未治療者へ訪問。</p>	回数	医療機関数	4回	185	<p><b>**未受診者対策**</b></p> <p>○特定健診受診率向上のために、既存事業を活用し、治療中で健康診査未受診者への受診をすすめてもらうために、医療機関説明会で協力依頼を行った。ちらしの配布依頼、ポスター掲示の協力はしてもらっていたが、医療機関より、少しでも声かけ等行っていただき、継続していく。来年度から健診の変更もがあるので、より機会を活用し、受診につながるような情報提供を行い、協力を待っていく必要がある。 ○40、65、67歳で全くの健診未受診で、生活習慣病での未治療者に対して、受診勧奨訪問を行った。職場等で健診を受診しているという方もおられ、その方達の健診結果を有効活用していかなければいけない。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのように保健指導していくか効果があるか検討が必要。 ○糖尿病管理台帳台帳から見えてきた重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。 ○前年度35歳健康診査の受診者へ事後フォローとして、簡易ではあるが健康チェックができる「20・30歳代の健康チェック」の案内通知を行い、参加状況にて評価実施する。参加者は少なかった。受診者の中には、特定健診の項目でも簡易だったとの感想もあり、今回の健康チェック内容では、魅力がなかったのかもしれない。継続した健康チェックの必要性等どう伝えていくか等課題がある。 ○39歳健診と対象者を変更した。申し込み率等は年齢等変更してもあまり変わらない。若年層への健診の必要性等どう伝えていくか等課題がある。</p>													
回数	医療機関数																			
4回	185																			
<p><b>全 体</b></p> <p>◆保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ◆成人3担当で評価、計画等共通認識を図る。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <p>○取り組み ・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やし実施。 ・糖尿病管理台帳を活用し、3年間未健診・未治療者への受診勧奨実施。 ・医療機関への働きかけとして ①がん検診医療機関説明会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 ②医療機関(90カ所)へ個別に訪問し、重症化予防、特定健康診査の受診勧奨の協力依頼を実施。 ・早期介入健診の対象年齢を39歳に変更。</p> <p>・未受診者訪問の対象者年齢を検討し、いかに受診してもらうようにしていくかが今後の課題。受診勧奨訪問を行うことで若干の受診率向上とはつながっている。 ・糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ・医療機関への個別訪問を実施し、少しずつだが、顔の見える関係づくりができるように取り組みはじめた。今後は継続し、医療機関数も増加していきたいながら実施していくことが重要である。 ・39歳健診については、来年度特定健康診査の受診状況等で評価していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。</p>	<table border="1"> <tr> <th>対象者</th> <th>アプローチ方法</th> <th>対象者数</th> </tr> <tr> <td>①</td> <td>訪問</td> <td>188人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>通知</td> <td>70人</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>電話</td> <td>未</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>訪問</td> <td>856人</td> </tr> </table> <p>○39歳健康診査 (H29.9.4 現在) ◆対象者選定し、個人通知。 ・39歳健診対象者488名に通知し、81名(17.3%)の申込あり。 ◆受診結果により、保健指導実施。 ・81名申込者のうち、69名(85.2%)が受診し、保健指導65名に実施。</p>	対象者	アプローチ方法	対象者数	①	訪問	188人	②	通知	70人	③	電話	未	④	訪問	856人	<p><b>**重症化予防対策**</b></p> <p>○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わる事ができる。今年度は、3年間未健診・未受診者訪問を実施していくことからはじめた。今後、地区毎での課題も見えてくるので、それぞれの台帳活用の検討が必要となっている。</p> <p>○医療連携の一手として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中) ○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。 ○今年度からの重症化予防の保健指導後評価も作成したので、これから実践していく。</p>		
対象者	アプローチ方法	対象者数																		
①	訪問	188人																		
②	通知	70人																		
③	電話	未																		
④	訪問	856人																		
<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>○保健指導の内容、優先順位の検討。 ・重症化予防を実施していくための優先順位の検討が必要と考えられる。 ・保健指導に関して、標準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。 ・糖尿病管理台帳の活用について ・CKD重症度分類のいかによっては、栄養指導が重要であるが、なかなか栄養指導までつながっていない。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>・PDCAサイクルに基づき計画を立案し、年度当初に成人3担当にて共通認識を図った。(表1)(表2) ・対象者選定について検討し、評価指標について疾患毎で設定。また、それに合わせて保健指導内容も検討した。(表3) ・糖尿病管理台帳の活用について、話し合いを行い、経年管理を行っていくようにした。 ・受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者には再アプローチを行っていく。 ・栄養指導の強化として、糖尿病性腎症病期分類第3期以降の方に栄養指導を実施していく。 ・医療連携を図っていくために、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・医療機関へ個々に訪問。</p>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <p>◆今年度の対象者選定基準を決め、評価基準、保健指導の内容等確認する。 ◆糖尿病管理台帳を整理し、対象者を選定し、アプローチ実施中。(まずは未受診・未治療者へ受診勧奨) ◆医療機関へ個別訪問の実施。</p>	<p><b>**医療とのつながり**</b></p> <p>○医療機関との試験的事業は徐々にすすんでいる。今後、事業をすすめていながら医療機関との連携体制を検討していく。</p> <p>○医療連携の一手として、医療機関に個別訪問を行った。今後の継続した関わり、個々の事例を通じての連携をすすめていけるように体制づくりが必要と思われる。(今回、個別訪問し、保健センターから医療機関へ情報提供してもらうための対象者の同意書はあるが、医師側から保健センターへ紹介するなどの場合の同意書とか何か様式はあるのかと医師から質問があった。思いもよらないことだったが、先生方からのそのような意見が出たことはかなり進歩したのと思う。現在、双方が活用できる様式を作成中) ○連携様式、糖尿病連携手帳を活用した状況等評価できるように把握していく。</p>																	
<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>○個々の医療機関との連携が難しい。評価委員会からのアドバイスにも「顔の見える連携」をとのことだったが・・・今後検討が必要。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>・個々の医療機関に訪問し、未受診者対策、重症化予防対策(糖尿病重症化プログラムの実施)の協力依頼を実施。(90カ所) ・連携様式、糖尿病連携手帳を活用していく。 ・医療機関連携システムを検討していく試験的事業をすすめていく。</p> <p>・個々の医療機関に訪問し、直接説明していく中で、先生方の考え等を聞く機会となった。直接話をしていくことで、少しでも取り組みを理解していただけるし、協力していただけた医療機関が増えていくと実感した。今後、取り組み継続していくにあたって検討が必要である。 ・連携様式、糖尿病連携手帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。</p>	<p><b>医療とのつながり</b></p> <p>◆医療機関連携を進めていくための会議を開催。試験的事業として、何例か取り組みを実施し、医療機関連携を具体的に進めていくように検討中。 ◆医療機関に個別訪問を実施し、未受診者対策、重症化予防対策について協力依頼をした。</p>																		

## 2. 図表一覧表

章	節	図表番号	図表名	ひな形の図表番号	頁
1	2	1-1	標準的な健診・保健指導プログラム	図表 2	2
1	2	1-2	平成 30 年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ	図表 1	3
1	2	1-3	保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクル	図表 3	4
1	4	1-4	南大東村の実施体制	図表 4	5
1	5	1-5	評価指標	図表 7	7
2	1	2-1	南大東村の将来人口推計	—	8
2	1	2-2	南大東村の 40～74 歳の人口推計	—	8
2	2	2-3	国民保険加入者数と加入率	—	9
2	2	2-4	国民健康保険加入者数（平成 28 年 3 月末時点）	—	9
3	1	3-1	介護給付費の変化	図表 6	12
3	1	3-2	サービス別の給付費	図表 6	12
3	1	3-3	医療費全体の推移	図表 7	13
3	1	3-4	入院費の推移	図表 7	13
3	1	3-5	入院外医療費の推移	図表 7	14
3	1	3-6	一人あたり医療費（平成 28 年度）	図表 13	15
3	1	3-7	入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（平成 28 年度）	図表 13	15
3	1	3-8	生活習慣病を原因とする入院治療者の数（平成 28 年 5 月診療分）	図表 14	16
3	1	3-9	生活習慣病の治療者数（平成 28 年 5 月治療分）	図表 14	16
3	1	3-10	総医療費	図表 8	17
3	1	3-11	中長期目標疾患の推移（慢性腎不全）	図表 8	18
3	1	3-12	中長期目標疾患の推移（左：脳梗塞脳出血、右：狭心症 心筋梗塞）	図表 8	18
3	1	3-13	短期目標疾患の推移（左：糖尿病、右：高血圧）	図表 8	19
3	1	3-14	短期目標疾患の推移（脂質異常症）	図表 8	19
3	1	3-15	新生物の推移	図表 8	20
3	1	3-16	精神疾患の推移	図表 8	20
3	1	3-17	筋・骨疾患の推移	図表 8	20
3	1	3-18	特定健診の受診状況（2 時点の変化）	図表 12	21
3	1	3-19	中長期目標疾患（虚血性心疾患）	図表 9	21

章	節	図表番号	図表名	ひな形の図表番号	頁
3	1	3-20	中長期目標疾患（脳血管疾患）	図表 9	22
3	1	3-21	短期目標疾患疾患（糖尿病）	図表 10	23
3	1	3-22	短期目標疾患（高血圧）	図表 10	24
3	1	3-23	短期目標疾患（脂質異常症）	図表 10	24
3	1	3-24	健診結果による有所見者の多い項目（BMI 25 以上）	図表 11	25
3	1	3-25	健診結果による有所見者の多い項目	図表 11	25
3	1	3-26	健診結果によるメタボリックシンドローム該当者・予備群と有病状況（腹囲のみ）	図表 11	26
3	1	3-27	健診結果によるメタボリックシンドローム予備群男性の有病状況（合計）	図表 11	26
3	1	3-28	健診結果によるメタボリックシンドローム予備群男性の有病状況（年齢区分別）	図表 11	27
3	1	3-29	健診結果によるメタボリックシンドローム予備群女性の有病状況（合計）	図表 11	27
3	1	3-30	健診結果によるメタボリックシンドローム予備群女性の有病状況（年齢区分別）	図表 11	28
3	1	3-31	健診結果によるメタボリックシンドローム該当男性の有病状況（合計）	図表 11	28
3	1	3-32	健診結果によるメタボリックシンドローム該当男性の有病状況（年齢区分別）	図表 11	29
3	1	3-33	健診結果によるメタボリックシンドローム該当女性の有病状況（合計）	図表 11	30
3	1	3-34	健診結果によるメタボリックシンドローム該当者有病状況（年齢区分別）	図表 11	30
3	1	3-35	健康診断受診率の推移（性別・年代別）	図表 11	31
3	1	3-36	喫煙率	—	32
3	1	3-37	運動状況について	—	33
3	1	3-38	飲酒の状況	—	34
3	1	3-39	1日飲酒量	—	34
3	1	3-40	アルコール外来・アルコール相談利用者	—	35
3	1	3-41	特定保健指導の推移	—	36
3	1	3-42	受診勧奨者医療機関受診の推移	—	36
3	1	3-43	定期的に歯科検診受診者の割合の推移	—	37
3	1	3-44	心理カウンセリングの推移	—	38
3	1	3-45	未受診者の状況（平成 28 年度）	図表 19	39

章	節	図表番号	図表名	ひな形の図表番号	頁
3	1	3-46	費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療の治療費	図表 19	40
3	1	3-47	がんによる死亡状況の推移	—	41
3	1	3-48	個別のがん検診の受診状況の推移（右：乳がん、左：子宮がん）	—	41
3	1	3-49	個別のがん検診の受診状況の推移（右：肺がん、左：大腸がん）	—	42
3	1	3-50	個別のがん検診の受診状況の推移（右：胃がん、左：喀痰検査）	—	42
3	1	3-51	個別のがん検診の受診状況の推移（前立腺がん）	—	43
3	1	3-52	介護保険の原因疾患	図表 15	44
3	1	3-53	要介護認定者と要介護認定なし者の医療費の比較	図表 15	45
5	2	5-1	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 26	60
5	2	5-2	糖尿病重症化予防のための介入方法と優先順位の明確化（平成 28 年度 健診結果）	図表 28	61
6	2	6-1	ポピュレーションアプローチイメージ図	—	67
6	2	6-2	75 歳以上人口の将来推計	図表 42	68

**南大東村国民健康保険  
健康南大東 21 計画  
特定健康診査等実施計画  
第 2 期データヘルス計画**

**2018（平成 30 年）～2023（平成 35 年）**

**2018（平成 30 年）3 月 発行  
発行：沖縄県島尻郡南大東村 福祉民生課**

**〒901-3895**

**沖縄県島尻郡南大東村字南 144 番地 1 号**

**電話 09802-2-2036**

**FAX 09802-2-2669**