

**国頭村保健事業実施計画  
(データヘルス計画)**

**平成 27 年度～平成 29 年度**

**国頭村**

# 国頭村保健事業実施計画(データヘルス計画)

## 目次

### 第1章 総論

---

<b>第1節 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項</b>	1
1 背景	1
2 保健事業実施計画(データヘルス計画)の位置づけ	2
3 計画期間	4
<hr/>	
<b>第2節 地域の健康課題</b>	5
1 地域の特性	5
2 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握	9
3 目的・目標の設定	18
<hr/>	
<b>第3節 保健事業の実施</b>	21
<hr/>	
<b>第4節 その他の保健事業</b>	22
1 COPD(慢性閉塞性肺疾患)	22
2 子どもの生活習慣病	26
3 重複受診者への適切な受診指導	27
4 後発医薬品の使用促進	27
<hr/>	
<b>第5節 保健事業実施計画(データヘルス計画)の評価方法の設定</b>	28
<hr/>	
<b>第6節 保健事業実施計画(データヘルス計画)の見直し</b>	33
<hr/>	
<b>第7節 計画の公表・周知</b>	33
<hr/>	
<b>第8節 事業運営上の留意事項</b>	33
<hr/>	
<b>第9節 個人情報の保護</b>	33
<hr/>	
<b>第10節 その他計画策定にあたっての留意事項</b>	33

# 第1章 総論

## 第1節 保健事業実施計画（データヘルス計画）基本的事項

### 1 背景

近年、特定健康診査の実施や診療報酬明細書等（以下「レセプト等」という。）の電子化の進展、国保データベース(KDB)システム（以下「KDB」という。）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る。

こうした中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）においても、「すべ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「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、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。

これまででも、保険者においては、レセプト等や統計資料等を活用することにより、「特定健診等実施計画」の策定や見直し、その他の保健事業を実施してきたところであるが、今後は、さらなる被保険者の健康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った保健事業の展開や、ポピュレーションアプローチ※から重症化予防まで網羅的に保健事業を進めていくことなどが求められている。

厚生労働省においては、こうした背景を踏まえ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項の規定に基づき厚生労働大臣が定める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（平成16年厚生労働省告示第307号。以下「保健事業実施指針」という。）の一部を改正し、保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うものとしている。

本村においては、保健事業実施指針に基づき、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進、糖尿病等の発症や重症化予防等の保健事業の実施及び評価を行うものとする。

※ポピュレーションアプローチ：対象を一部に限定せず、集団全体にアプローチを行い、リスクを下げていく方法。

## 2 保健事業実施計画（データヘルス計画）の位置づけ

保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画である。計画の策定に当たっては、特定健康診査の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行う（図1、図2）。

保健事業実施計画（データヘルス計画）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」と「市町村健康増進計画」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図る。なお、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定する（図3）。

図1) 特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）

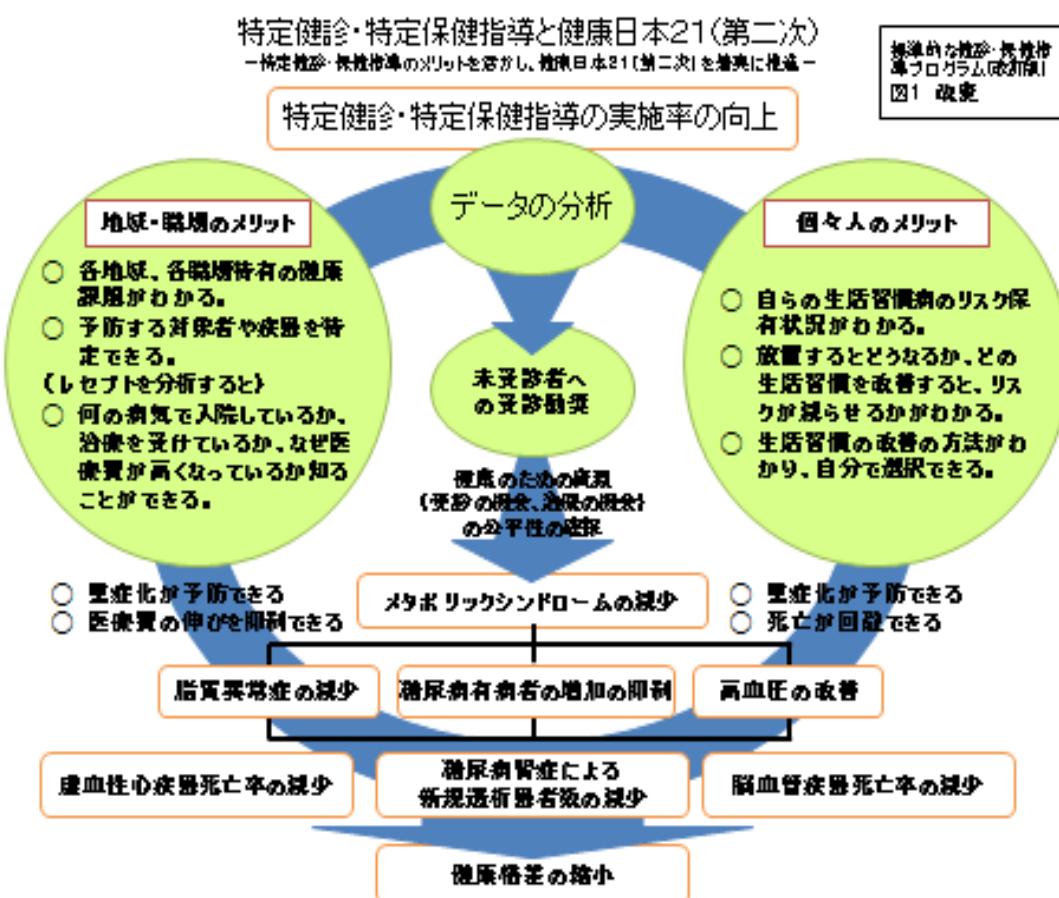


図 2) 保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

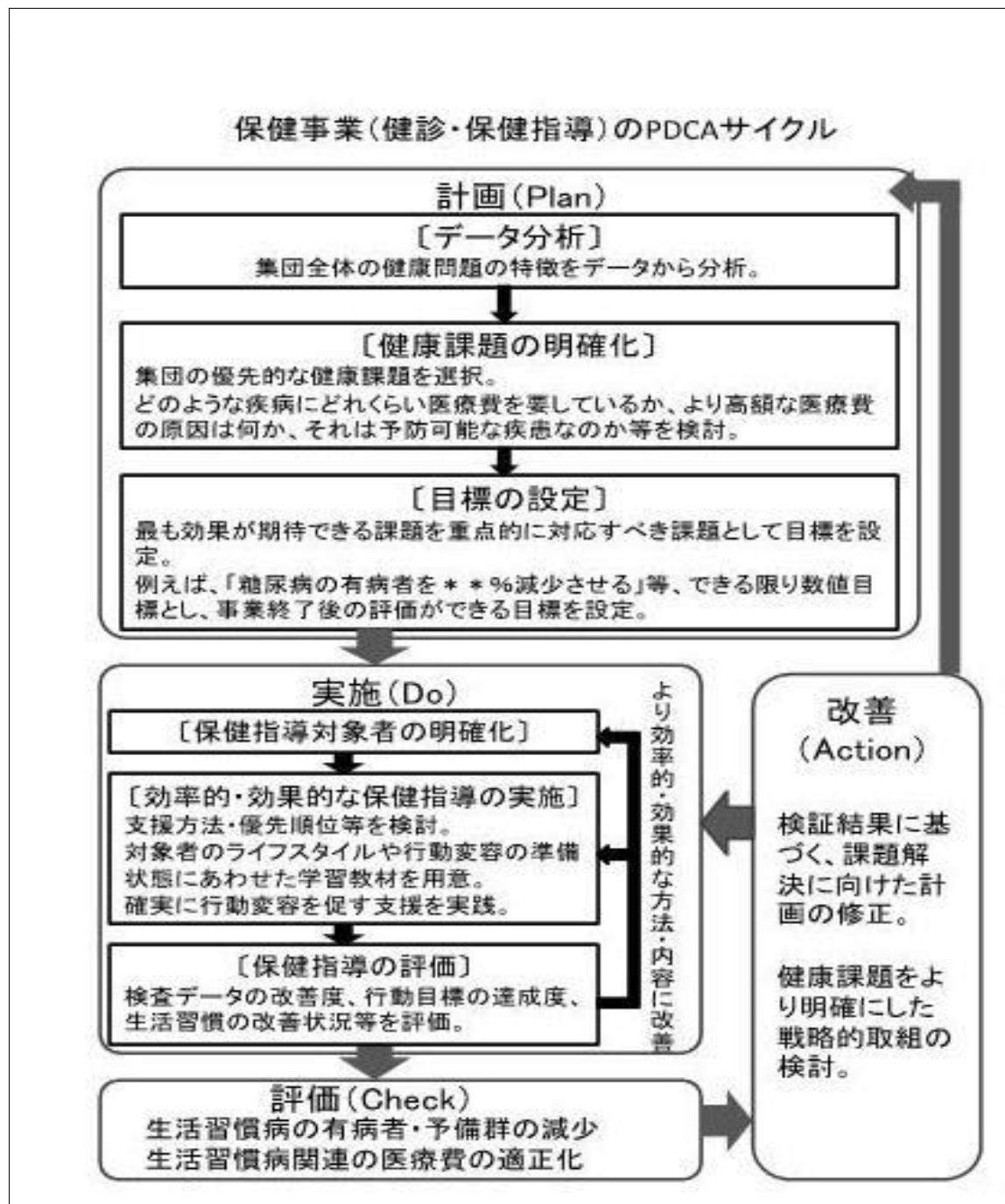


図 3) データヘルス計画の位置づけ

	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「健康日本21」計画																					
法律	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60条 (平成16年厚生労働省告示第307号)	健康増進法 第8条、第9条																					
基本的な指針	厚生労働省 保険局 (平成25年5月「特定健康診査計画作成の手引き」)	厚生労働省 保険局 (平成28年4月「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」)	厚生労働省健康局 (平成24年6月「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」)																					
計画策定者	医療保険者	医療保険者	都道府県・義務、市町村・努力義務																					
基本的な考え方	生活習慣の改善による慢性疾患の予防対策を進め、糖尿病等を予防することがければ、通院患者を減らすことができる、さらには <b>健康づくりや合併症の発症リスク、入院患者を減らすことができる、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら、医療の伸びの削減</b> を実現すること可能となる。 特定健康診査は、 <b>健保会員の生活習慣病の発症や重症度を予測することを目的として、メタボリックシンドローム</b> を基目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病の予防対策をはじめとし、被保険者の <b>自動的な健診進化及び来院予防の取り組み</b> について、 <b>被保険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な医療費を削減することを目指すものである。</b> 被保険者の <b>健保会員の生活習慣病</b> により、 <b>医療費の適正化</b> 及び <b>被保険者の財政基盤強化</b> が図られることは被保険者自身にとっても重要なことである。	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、 <b>生活習慣病の発症予防や重成化予防を図ること</b> に、社会生活を豊かにするために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 <b>社会保険制度が継続可能なものとなるよう、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。</b>																					
対象年齢	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均年の <b>青年期・壮年期</b> 世代、 <b>小児期から生活習慣づくり</b>	ライフステージ(乳幼児期・青壮年期・高齢期)に応じて																					
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 等  虚血性 心疾患 脳血管疾患 糖尿病 腎症	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患 糖尿病腎症																					
目標	【各医療保険者の目標値(第二期)】  <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療保険者</th> <th>特定健診</th> <th>特定保健指導</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>★全体</td> <td><b>70%</b></td> <td><b>45%</b></td> </tr> <tr> <td>①健保組合</td> <td><b>90%</b></td> <td><b>60%</b></td> </tr> <tr> <td>②共済組合</td> <td><b>90%</b></td> <td><b>40%</b></td> </tr> <tr> <td>③国保組合</td> <td><b>70%</b></td> <td><b>30%</b></td> </tr> <tr> <td>④全国健康保険協会</td> <td><b>65%</b></td> <td><b>30%</b></td> </tr> <tr> <td>⑤市町村国保</td> <td><b>60%</b></td> <td><b>60%</b></td> </tr> </tbody> </table>	医療保険者	特定健診	特定保健指導	★全体	<b>70%</b>	<b>45%</b>	①健保組合	<b>90%</b>	<b>60%</b>	②共済組合	<b>90%</b>	<b>40%</b>	③国保組合	<b>70%</b>	<b>30%</b>	④全国健康保険協会	<b>65%</b>	<b>30%</b>	⑤市町村国保	<b>60%</b>	<b>60%</b>	○分析結果に基づき (1)適切に取り組むべき健康課題 (2)中長期的に取り組むべき健康課題 を明確にし、目標値を設定する。 疾患の重症化を予防する取り組みとして ①優先順位を設定し ②適切な健診指導 ③健診結果への受診勧奨 ④医療との連携(治療中断者の保健指導等)  ★計画期間 平成29年度まで (医療費適正化計画の第2期の最終年度)	53項目の目標 ○健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に関する目標 ○主要な生活習慣病の発症予防と重成化予防に関する目標 ①がん ②循環器疾患 脳血管・虚血性心疾患、高血圧、脂質異常症、メタボリック 特定健診・特定保健指導 ③糖尿病 ④COPD ○日常生活を豊かにするために必要な機能の維持・向上に関する目標 ①この日の健康 ②次の日の健康 ③翌朝の健康 ○健康を支え、守るために社会環境の整備に関する目標 ①栄養・食生活、身体活動・運動・飲酒・喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣 ①栄養・食生活 ②身体活動・運動(歩数) ③休養 ④飲酒 ⑤喫煙 ⑥歯・口腔の健康
医療保険者	特定健診	特定保健指導																						
★全体	<b>70%</b>	<b>45%</b>																						
①健保組合	<b>90%</b>	<b>60%</b>																						
②共済組合	<b>90%</b>	<b>40%</b>																						
③国保組合	<b>70%</b>	<b>30%</b>																						
④全国健康保険協会	<b>65%</b>	<b>30%</b>																						
⑤市町村国保	<b>60%</b>	<b>60%</b>																						
評価	(1)特定健診受診率 (2)特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮しつつ行う。 (1) 生活習慣の状況(地域別の状況を評価する) ①食生活 ②日常生活中における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予病群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費  ◆質問票(22項目) ①食生活 ③アルコール摂取量 1. 1日以上朝と食べる達成率を高い。 13. 食事中の時間内にご飯などを 15. タバコの吸い方 17. 飲酒を多く(2杯以上)する 2. 日常生活における歩数 10. 1日30分以上の動く時間から運動 11. 日常生活において歩行は1日1時間以上実施 12. ほぼ同じ年齢の男性と比較して多く達成度が高い。 18. お酒を飲む頻度 19. 飲食日の一日当たりの飲用量 4. 喫煙 8. 着たばこを習慣的に吸っている 10. お酒を飲む頻度 12. ほぼ同じ年齢の女性と比較して多く達成度が高い。 14. 飲酒正味を挙げている者の割合(肥満、やせの減少) 16. 運動不足と既往の病歴をもつもの増加 17. 日常生活における歩数の増加 19. 健康習慣者の割合の増加 20. 健康習慣者の割合の減少 21. 生活習慣病のリスクあるを経験している者の割合の減少	※53項目中 特定健診に隸属する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②合併症(糖尿病性腎症による腎臓梗塞)新規登録患者数の減少 ③治療継続者の割合の増加 ④血栓コントロール指導におけるコンソール不良者の割合の減少 ⑤糖尿病患者の増加の抑制 ※特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ①メタボリックシンドロームの減少 ②高血圧の改善 ③糖尿病の改善 ④脂質異常症の減少 ⑤過正味を持てる人の増加(肥満、やせの減少) ⑥適切な料と質の食事ととなるもの増加 ⑦日常生活中における歩数の増加 ⑧運動習慣者の割合の増加 ⑨運動習慣者の割合の減少 ⑩生活習慣病のリスクあるを経験している者の割合の減少																					

### 3 計画期間

計画期間については、関係する計画との整合性を図るために、保健事業実施指針第4の5において、「特定健診等実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていることを踏まえ、具体的には、平成26年度中に保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、計画期間は、医療費適正化計画の第2期の最終年度である平成29年度までとする。

## 第2節 地域の健康課題

### 1 地域の特性

本村の特性を把握するために、KDB の以下の帳票から情報を把握する（表 1）。

- ① 地域の全体像の把握(帳票No.1)
- ② 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(帳票No.3)
- ③ 市区町村別データ(帳票No.4)
- ④ 同規模保険者比較(帳票No.4)
- ⑤ 人口及び被保険者の状況（帳票No.5）

表 1) 本村の特性

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた国頭村の位置

項目			国頭村		同規模平均		沖縄県		国		データ元 (CSV)	
			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	5,169		1,808,606		1,373,576		124,852,975		KDB_No5 人口の状況	
			65歳以上（高齢化率）	27.6	571,124	31.6	239,486	17.4	29,020,766	23.2	KDB_No3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題	
			75歳以上	17.6			119,934	8.7	13,999,864	11.2		
			65～74歳	10.0			119,552	8.7	15,030,902	12.0		
			40～64歳	35.3			448,207	32.6	42,411,922	34.0		
			39歳以下	37.0			685,883	49.9	53,420,287	42.8		
2	② 産業構成	第1次産業		19.9		18.5		5.4		4.2	KDB_No3 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		14.2		25.4		15.4		25.2		
		第3次産業		66.0		56.1		79.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性		78.4		79.4		79.4		79.6	KDB_No1 地域全体像の把握	
		女性		87.2		86.4		87.0		86.4		
3	④ 健康寿命	男性		63.7		65.2		64.5		65.2		
		女性		66.5		66.7		66.6		66.8		
	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	男性	96.9		102.7		97.1		100	KDB_No1 地域全体像の把握	
		女性		84.0		99.4		85.5		100		
		死因	がん	11	34.4	6,836	44.2	2,913	48.9	356,804		
		心臓病	9	28.1	4,400	28.5	1,566	26.3	196,543	26.6		
		脳疾患	7	21.9	2,878	18.6	834	14.0	120,280	16.3		
		糖尿病	0	0.0	309	2.0	154	2.6	14,325	1.9		
2	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	腎不全	4	12.5	560	3.6	201	3.4	24,768	3.4	厚労省HP 人口動態調査	
		自殺	1	3.1	477	3.1	285	4.8	25,969	3.5		
		合計		10	11.8			2,164	19.8	159,863	12.6	
		男性		9	18.4			1,521	26.4	107,414	16.3	
		女性		1	2.8			643	12.4	52,449	8.6	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		318	23.3	101,057	19.6	48,727	20.3	3,583,953	19.4	KDB_No1 地域全体像の把握
		新規認定者		3	0.3	2,213	0.3	791	0.3	106,789	0.3	
		2号認定者		12	0.7	2,310	0.4	2,221	0.5	106,056	0.4	
	② 有病状況	糖尿病		50	14.9	22,783	21.7	10,691	21.0	706,966	18.6	
		高血圧症		188	52.8	52,609	50.3	24,361	47.9	1,481,936	39.1	
		脂質異常症		97	26.6	25,276	23.9	12,768	24.7	788,898	20.7	
		心臓病		224	65.1	60,299	57.9	27,308	53.9	1,717,585	45.5	
		脳疾患		113	35.8	29,463	28.4	13,921	27.5	823,139	21.9	
		がん		27	9.5	11,766	11.5	4,805	9.6	364,723	9.7	
	③ 介護給付費	筋・骨格		195	57.5	51,232	49.3	24,263	47.7	1,466,677	38.9	
		精神		105	30.4	26,690	25.5	13,199	25.7	751,752	19.9	
		1件当たり給付費（全体）			90,080		71,981		72,943		62,286	
	④ 医療費等	居宅サービス			39,512		41,873		51,504		41,562	
		施設サービス			245,925		252,129		260,884		260,295	

4	①	国保の状況	被保険者数	1,827	500,198	490,632	22,679,387	KDB_No.1 地域全体像の把握 KDB_No.5 被保険者の状況	
			65～74歳	441	24.1	92,543	18.9		
			40～64歳	867	47.5	193,997	39.5		
	②	医療の概況 (人口千対)	39歳以下	519	28.4	204,092	41.6		
			加入率	35.3	31.2	35.7	29.7		
			病院数	0	0.0	123	0.2		
	③	医療費の 状況	診療所数	4	2.2	1,005	2.0		
			病床数	0	0.0	12,494	25.0		
			医師数	3	1.6	1,312	2.6		
			外来患者数	565.4	630.4	490.2	642.6		
			入院患者数	23.6	21.9	19.1	18.7		
	④	医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	一人当たり医療費	24,869	県内3位 同規模97位	24,550	20,126	23,013	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	588,979	652,513	509,311	661,966		
			外 来 件数の割合	52.5	56.4	53.5	58.9		
			入 院 件数の割合	96.0	96.6	96.3	97.2		
			費用の割合	47.5	43.6	46.5	41.1		
			1件あたり在院日数	4.0	3.4	3.7	2.8		
			新生物	17.5日	16.5日	17.1日	16.3日		
5	⑤	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数42	糖尿病	11.6	23.5	16.5	24.4	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）	14.8	8.7	15.1	9.4		
			糖尿病	9.7	11.0	8.3	10.7		
			高血圧症	6.1	8.4	5.5	7.9		
			精神	30.2	17.0	28.6	17.4		
			筋・骨疾患	13.2	16.7	12.9	15.4		
			入院	509,891 558,799 567,144 574,505 517,992 458,698 448,946 625,897	30位 (16) 17位 (17) 34位 (17) 35位 (9) 36位 (11) 23位 (26) 22位 (14)				
			外 来	41,467 34,505 30,773 41,218 54,809 203,399 33,326 53,658	6位 11位 21位 16位 18位 15位 22位 4位				
			入院の（　）内 は在院日数						
	⑥	健診有無別 一人当たり 費用	健診対象者	5,477	4,315	3,768	3,742	KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
			健診未受診者	6,617	10,408	8,170	10,591		
			生活習慣病対象者	17,572	12,288	13,359	10,931		
	⑦	健診・レセ 突合	健診受診者	21,229	29,637	28,966	30,935	KDB_No.1 地域全体像の把握	
			受診済業者	343	53.8	72,414 56.2	52,653 56.2		
			医療機関受診率	314	49.3	60,848 47.2	41,353 44.1		
			医療機関非受診率	29	4.6	11,566 9.0	11,295 12.1		
5	⑤	特定健診の 状況	健診受診者	637	128,937	93,670	4,781,425	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	52.6	県内9位 同規模32位	38.1	35.6		
			特定保健指導終了者（実施率）	89	88.1	1180	7.0		
			非肥満高血糖	15	2.4	7,557	5.9		
			該当者	151	23.7	21,547	16.7		
			男性	101	28.1	14,692	24.8		
			女性	50	18.1	6,855	9.8		
			予備群	107	16.8	15,270	11.8		
			男性	81	22.5	10,531	17.8		
			女性	26	9.4	4,739	6.8		
			総数	308	48.4	42,103	32.7		
			腹囲	212	58.9	28,685	48.5		
			女性	96	34.7	13,418	19.2		
			BMI	37	5.8	7,930	6.2		
			男性	12	3.3	1,284	2.2		
			女性	25	9.0	6,646	9.5		
			血糖のみ	11	1.7	1,000	0.8		
			血圧のみ	64	10.0	10,745	8.3		
			脂質のみ	32	5.0	3,525	2.7		
			血糖・血圧	22	3.5	3,958	3.1		
			血糖・脂質	11	1.7	1,195	0.9		
			血圧・脂質	78	12.2	10,346	8.0		
			血糖・血圧・脂質	40	6.3	6,048	4.7		

6	生活習慣の状況	服薬	301	47.3	57,620	44.7	41,510	44.3	2,127,684	44.5	KDB_No.1 地域全体像の把握
		既往歴	47	7.4	66,931	53.6	39,431	45.5	2,616,482	57.4	
		喫煙	115	18.1	19,890	15.4	13,567	14.5	668,778	14.0	
		週3回以上朝食を抜く	0	0.0	8,686	7.3	10,203	17.2	301,742	7.5	
		週3回以上食後間食	2	12.5	15,549	13.1	9,324	15.7	473,832	11.8	
		週3回以上就寝前夕食	4	25.0	20,503	17.2	14,073	23.7	642,958	16.1	
		食べる速度が速い	7	43.8	32,373	27.2	16,528	27.8	1,039,135	26.0	
		20歳時体重から10kg以上増加	9	50.0	39,368	31.6	27,085	33.0	1,279,084	28.1	
		1回30分以上運動習慣なし	12	75.0	79,439	66.6	34,779	58.0	2,411,978	59.9	
		1日1時間以上運動なし	4	25.0	58,487	49.1	28,281	47.2	1,910,806	47.5	
		睡眠不足	4	25.0	26,343	22.4	18,467	30.9	980,410	24.6	
		毎日飲酒	6	33.3	31,267	25.6	14,285	18.9	1,117,644	25.5	
		時々飲酒	2	11.1	26,355	21.6	19,324	25.5	922,913	21.1	
		一 日 飲 酒 量	1合未満	5	41.7	49,964	60.8	23,664	53.5	1,865,176	64.0
		1~2合	2	16.7	21,322	25.9	12,122	27.4	703,754	24.2	
		2~3合	3	25.0	8,041	9.8	5,368	12.1	265,466	9.1	
		3合以上	2	16.7	2,878	3.5	3,118	7.0	77,682	2.7	

本村は表 1 の項目 5 のメタボリックシンドローム該当者が男女ともに同規模、国と比較してほとんどの項目において高く、項目 6 の生活習慣の状況では、就寝前に夕食をとる割合、1 日飲酒量を 2~3 合以上摂取する割合が同規模、国より高い。このような習慣から夜間余ったエネルギー、過度なアルコールが内臓脂肪蓄積や脂肪肝をきたす。また、アルコールの代謝産物がインスリンの妨害作用に影響し、インスリン抵抗性を引き起こしやすくなる（表 1）。

### (1) 医療の状況

沖縄県の医療のかかり方は、表 2 に示すように入院外が全国最下位であるが、入院は全国と比較して高い状況である。普段は医療機関へかからず、重症化して医療機関へ駆けつける県民の行動が現われており、重症化して入院する状況になる前に、適切な受診をすることが優先課題となる（表 2）。また、1 人あたり医療費と介護給付費の変化をみると、国保の医療費は全国一低いが、高齢になると全国より高くなり、さらに介護給付費では全国一高いことがわかる（表 3）。

表 2) 医療のかかり方

KDB 帳票 No.20

患者調査 人口10万対	総数	虚血性心疾患	脳血管疾患	腎不全	糖尿病
入院 順位 受療率 (全国受療率)	23位 1,238 (1,068)	13位 16 (13)	30位 127 (137)	17位 37 (28)	26位 17 (19)
入院外 順位 受療率 (全国受療率)	47位 4,371 (5,784)	45位 30 (49)	33位 70 (89)	8位 142 (100)	31位 162 (166)

○外来受療率が全国最下位で、入院受療率が全国と比較して高い。普段は病院へかからず、重症化して病院へ駆けつける。

表 3) 医療費と介護給付費の変化

医療費の変化、介護給付費の変化(厚生労働省様式4 KDB帳票No.21)

(単位:円)

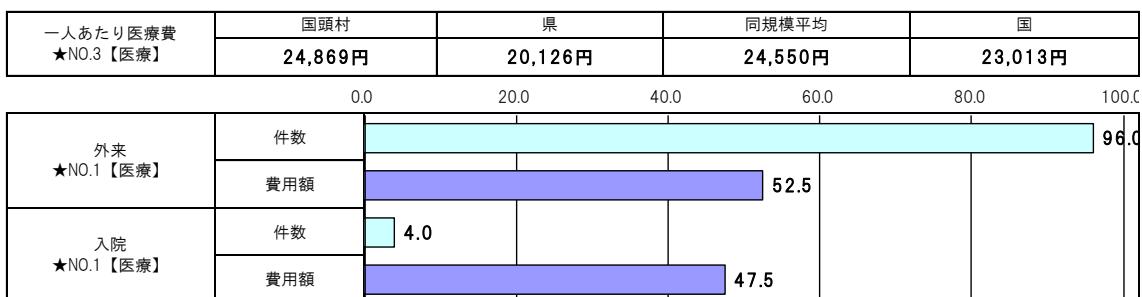
項目		国保医療費		後期医療費		介護給付費		後期+介護	
年度		H23年	H24年	H23年	H24年	H23年	H24年	H23年	H24年
順位		47位	47位	12位	12位	1位	1位	6位	6位
1人あたり 費用額	県	259,130	267,461	1,001,713	1,000,858	355,227	359,032	1,356,940	1,359,890
	全国	305,276	311,899	908,543	907,497	281,171	287,921	1,189,714	1,195,419

本村の国民健康保険加入率は、35.3%で同規模、国と比較して高い。65歳以上の高齢化率は、27.6%で、同規模平均より低いが、国、県と比較すると高い。また、高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える40~64歳の壮年期の割合が高く、今後医療費の増大も考慮し、予防可能な生活習慣病の発症及び重症化予防に努める必要がある。

本村の1人当たり医療費は、24,869円で同規模、国、県より高い。入院はわずか4.0%の件数で、費用額全体の約47.5%を占めている。入院を減らす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化を図ることができる(図4)。

図 4) 医療費の状況

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

## (2)介護の状況

本村の介護保険の認定率は、1号・2号被保険者とともに同規模、国、県よりも高い(表1)。

### (3)死亡

沖縄県は、2010年の平均寿命が男性30位、女性3位に転落した。特に65歳未満の死亡率は、男女とも全国1位で、早世である。表1に示すように県内でも本村の男性は県よりも比率が高く、介護保険認定者の2号認定者も多いことから、保険料を収める年代の若い青年期・壮年期の健康実態が危機的な状況であり、医療保険者においては、社会保障費の安定化の面でも厳しい（表4）。

表4) 平均寿命と65歳未満死亡割合

項目	平均寿命				65歳未満死亡割合			
	男性		女性		男性		女性	
性別	1985年	2010年	1985年	2010年	2000年	2012年	2000年	2012年
年代	1985年	2010年	1985年	2010年	2000年	2012年	2000年	2012年
沖縄県	1位 76.3歳	30位 79.4歳	1位 83.7歳	3位 87.0歳	1位 33.2%	1位 26.6%	8位 16.3%	1位 12.2%
長野県	2位 75.9歳	1位 80.9歳	9位 81.1歳	1位 87.2歳	44位 20.4%	47位 13.2%	46位 10.2%	44位 6.7%

## 2 健康・医療情報の分析及び分析結果に基づく健康課題の把握

保健事業実施指針では、生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心になって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要であると謳われている。

保健事業の実施指針で取り扱う対象疾患は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症及び慢性閉塞性肺疾患(COPD)、がんの5つで、特に心臓、脳、腎臓、肺の臓器を守ることであり、そのためには、まず健康・医療情報を分析する必要がある。

今回新しく追加されたCOPDは、「たばこ病」ともいわれるよう、主に喫煙が原因で起こる「肺の生活習慣病」であるが、沖縄県は、1995年から年齢調整死亡率が長いこと全国第1位であり、COPDの課題についても実態を整理する必要がある。

また、癌については脂肪と関係の深い大腸癌、乳癌、子宮癌が、上位を占めている。

参考) 死亡統計 (2010 年)

	虚血性 心疾患	脳血管 疾患	腎不全	閉塞性肺疾 患 (COPD)	大腸癌	乳癌	子宮癌
男性順位 10 万対 (全国値)	12 位 39.2 (36.9)	24 位 48.4 (49.5)	44 位 6.7 (8.3)	1 位 12.8 (9.1)	4 位 24.1 (21.0)		
女性順位 10 万対 (全国値)	18 位 14.9 (15.3)	43 位 22.4 (26.9)	37 位 4.3 (4.8)	1 位 3.9 (1.4)	34 位 11.4 (12.1)	5 位 13.4 (11.9)	2 位 7.6 (5.3)

本村の健康・医療情報を分析するために、KDB 等の以下の帳票から情報を把握する。

- ① 高額になる疾患 様式 1-1 (帳票No.10)
- ② 長期入院 様式 2-1 (帳票No.11)
- ③ 人工透析患者 様式 2-2 (帳票No.12)
- ④ 生活習慣病レセプト 様式 3-1～3-7 (帳票No.13～19)
- ⑤ 要介護認定状況 (帳票No.47)
- ⑥ 健診有所見状況 様式 6-2～6-7 (帳票No.23)
- ⑦ メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 様式 6-8 (帳票No.24)
- ⑧ その他関係部署の保健師等が日頃の保健活動から把握している情報

### (1) 医療 (レセプト) の分析

医療費が高額になっている疾患、長期に入院することによって、医療費の負担が増大している疾患、また長期化する疾患について分析する。ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、1 位が虚血性心疾患とがんであり、それぞれ全体の 11.4% を占める。虚血性心疾患における基礎疾患の重なりは、高血圧が 82.0% で、脂質異常 74.0%、糖尿病が 56.0% である。メタボリックシンドロームの多い本村においては、3 つの疾患の重なりの対象者を明確にすることが必要となる。6 ヶ月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が多く、全体の 8.7% の件数で、11.4% の費用を占めている。長期療養する疾患である人工透析を分析すると、全体の 57.4% が糖尿病性であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる (表 5)。

表5) 生活習慣病の医療費分析

厚労省様式	対象レセプト (H25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 (80万円以上レセ)	人数	44人	3人	5人		5人	35人	
				6.8%	11.4%		11.4%	79.5%	
		件数	71件	3件	5件		7件	56件	
				4.2%	7.0%		9.9%	78.9%	
		年代別	40歳未満	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
			40代	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
			50代	0	0.0%	1	20.0%	2	28.6%
			60代	1	33.3%	3	60.0%	4	57.1%
			70-74歳	0	0.0%	1	20.0%	1	14.3%
		費用額	446万円		798万円		1212万円	8358万円	
			4.1%		7.4%		11.2%	77.3%	

\*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 (H25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	16人	14人	3人	0人	
				87.5%	18.8%	0.0%	
		件数	149件	107件	13件	0件	
				71.8%	8.7%	0.0%	
		費用額	6370万円	4014万円	725万円		
				63.0%	11.4%	--	
		*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）					
		*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					
		*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					
		*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		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)	H25.5 診療分	人数	8人	5人	3人	4人
					62.5%	37.5%	50.0%
		H25年度 累計	件数	94件	54件	34件	45件
					57.4%	36.2%	47.9%
		費用額	4551万円	2199万円		1781万円	1826万円
				48.3%	39.1%	40.1%	
		*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					
		*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					
		*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					
		*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 (H25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	H25.5 診療分	人数	596人	99人	50人	5人
					16.6%	8.4%	0.8%
		の基 重 なり 患	高血圧	68人	41人	4人	
					68.7%	82.0%	80.0%
		糖尿病	31人	28人	5人		
					31.3%	56.0%	100.0%
		脂質 異常症	59人	37人	5人		
					59.6%	74.0%	100.0%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		340人	174人	282人	83人		
		57.0%	29.2%	47.3%	13.9%		

○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

## (2)介護（レセプト）の分析

本村の1号保険者の22.3%が要介護認定を受けており、約5人に1人が要介護認定を受け、75歳以上では、32.4%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要介護3から5の重症者が全体の53.8%と多く、原因疾患では脳血管疾患等の血管疾患が全体の27.0%を占める。さらに75歳以上の高齢者においては、認知症など脳の病変に起因するものや筋骨格系疾患が出現てくる。

本計画の対象者は表6の太枠の75歳未満であり、特に40~64歳の若い年代においても脳血管疾患等の血管疾患が66.7%を占め、予防可能である血管疾患を守るということが最重要課題となる。また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より9,470円も高く、2号認定者はほとんど健診未受診者であり、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧、高血糖、脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある（表6、図5）。

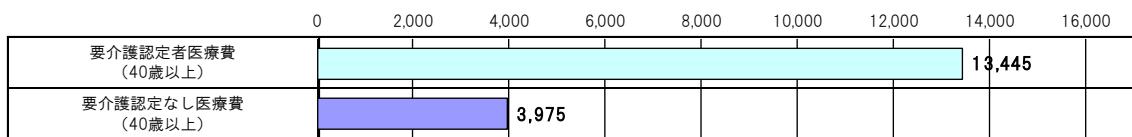
表6) 要介護認定率と要介護認定者の有病状況

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				
	被保険者数		1,826人		517人		911人		1,428人		
	認定者数		12人		23人		295人		318人		
	認定率		0.66%		4.4%		32.4%		22.3%		
	新規認定者数（*1）		2人		3人		45人		48人		
介護度別人数	要支援1・2	3	25.0%	7	30.4%	63	21.4%	70	22.0%	73	22.1%
	要介護1・2	3	25.0%	9	39.1%	68	23.1%	77	24.2%	80	24.2%
	要介護3～5	6	50.0%	7	30.4%	164	55.6%	171	53.8%	177	53.6%
	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	
要介護突合状況 ★NO.49	件数	--	12		23		295		318		330
	循環器疾患	1	脳卒中	8 66.7%	脳卒中	11 47.8%	脳卒中	163 55.3%	脳卒中	174 54.7%	脳卒中 182 55.2%
		2	虚血性心疾患	2 16.7%	虚血性心疾患	7 30.4%	虚血性心疾患	117 39.7%	虚血性心疾患	124 39.0%	虚血性心疾患 126 38.2%
		3	腎不全	2 16.7%	腎不全	1 4.3%	腎不全	43 14.6%	腎不全	44 13.8%	腎不全 46 13.9%
	基礎疾患（*2）	糖尿病	6 50.0%	糖尿病	10 43.5%	糖尿病	172 58.3%	糖尿病	182 57.2%	糖尿病 188 57.0%	
		高血圧	8 66.7%	高血圧	13 56.5%	高血圧	219 74.2%	高血圧	232 73.0%	高血圧 240 72.7%	
		脂質異常症	5 41.7%	脂質異常症	13 56.5%	脂質異常症	179 60.7%	脂質異常症	192 60.4%	脂質異常症 197 59.7%	
		血管疾患合計	8 66.7%	合計	17 73.9%	合計	268 90.8%	合計	285 89.6%	合計 293 88.8%	
	認知症	認知症	1 8.3%	認知症	1 4.3%	認知症	37 12.5%	認知症	38 11.9%	認知症 39 11.8%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	7 58.3%	筋骨格系	16 69.6%	筋骨格系	244 82.7%	筋骨格系	260 81.8%	筋骨格系 267 80.9%	

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

\*2) 基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

図 5) 要介護認定率と要介護認定者の有病状況



### (3) 健診の分析

糖尿病と生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等が重複した場合には、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くなる。「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」においては、高中性脂肪血症、耐糖能異常、高血圧、肥満のうち、3個以上合併した場合の危険率は正常の方の30倍以上にも達するとされている。また、内臓脂肪の蓄積は、リスクファクターの悪化や直接心血管疾患につながる。表7のメタボリックシンドローム該当・予備群のほとんどの項目において、同規模平均より高いことがわかる。表8の該当者の結果をみると、男性の場合は年齢に関係なく28.1%と高く、重なっている項目をみると、血圧+脂質が16.9%で一番多く、次に3項目全てで、6.7%となっている。一方女性の場合は、40~64歳で12.2%、65~74歳で23.9%と若い層の約2倍近い結果である。重なりの項目は、男性と同様であり、血圧+脂質が6.1%と一番多く、次に3項目全てで5.8%の結果となっている。次に表9の健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別にみると、多くの項目で全国より高く、女性より男性の率が高いことがわかる(表7、表8、表9)。

上記の結果を踏まえると、ターゲットは、男性の40代、50代の若い層となる。しかし、その年代の特定健診受診率は35%にも届かないため、まず健診を受けてもらうことが最優先課題となる(図6)。

表 7) メタボリックシンドローム該当・予備群レベルの状況

項目	国頭村		同規模平均			
	実数	割合	実数	割合		
メタボ	該当者	151	23.7	21,547	16.7	
	男性	101	28.1	14,692	24.8	
	女性	50	18.1	6,855	9.8	
	予備群	107	16.8	15,270	11.8	
	男性	81	22.5	10,531	17.8	
	女性	26	9.4	4,739	6.8	
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	308	48.4	42,103	32.7
		男性	212	58.9	28,685	48.5
		女性	96	34.7	13,418	19.2
	BMI	総数	37	5.8	7,930	6.2
		男性	12	3.3	1,284	2.2
		女性	25	9.0	6,646	9.5
	血糖のみ		11	1.7	1,000	0.8
	血圧のみ		64	10.0	10,745	8.3
	脂質のみ		32	5.0	3,525	2.7
	血糖・血圧		22	3.5	3,958	3.1
	血糖・脂質		11	1.7	1,195	0.9
	血圧・脂質		78	12.2	10,346	8.0
	血糖・血圧・脂質		40	6.3	6,048	4.7

表 8) メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握

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	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		
国頭村	合計	360	50.2	30	8.3%	81	22.5%	8	2.2%	50	13.9%	23	6.4%	101	28.1%	10	2.8%	6	1.7%	61	16.9%	24	6.7%
	40-64	210	42.5	21	10.0%	46	21.9%	6	2.9%	23	11.0%	17	8.1%	60	28.6%	4	1.9%	2	1.0%	39	18.6%	15	7.1%
	65-74	150	67.3	9	6.0%	35	23.3%	2	1.3%	27	18.0%	6	4.0%	41	27.3%	6	4.0%	4	2.7%	22	14.7%	9	6.0%
国頭村	合計	277	56.2	20	7.2%	26	9.4%	3	1.1%	14	5.1%	9	3.2%	50	18.1%	12	4.3%	5	1.8%	17	6.1%	16	5.8%
	40-64	139	47.1	15	10.8%	11	7.9%	2	1.4%	6	4.3%	3	2.2%	17	12.2%	4	2.9%	3	2.2%	3	2.2%	7	5.0%
	65-74	138	69.7	5	3.6%	15	10.9%	1	0.7%	8	5.8%	6	4.3%	33	23.9%	8	5.8%	2	1.4%	14	10.1%	9	6.5%

表 9) 特定健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代の把握

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

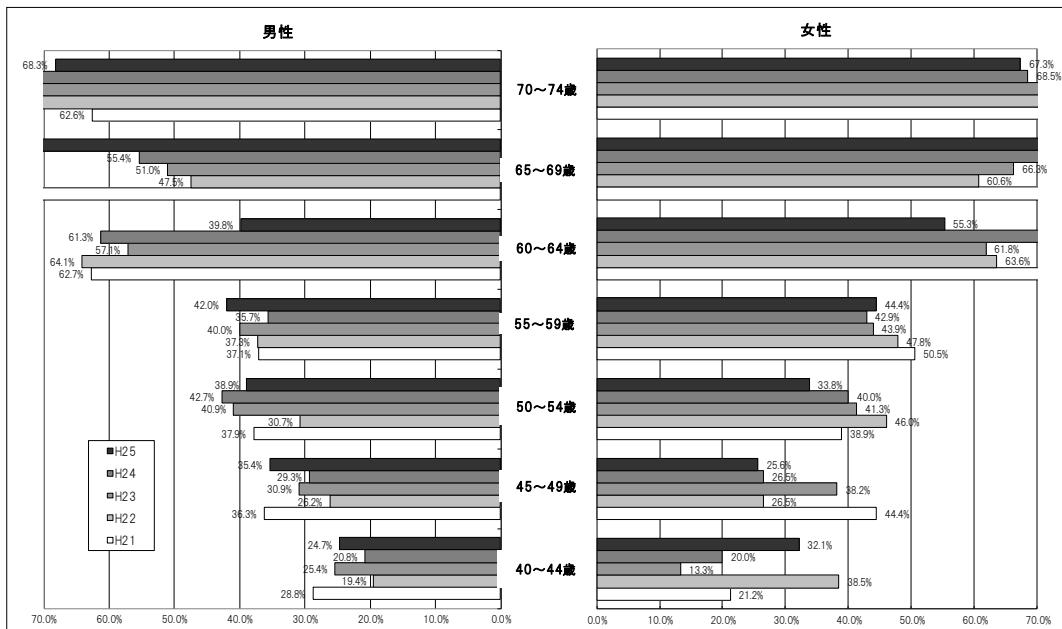
★NO.23（帳票）

男性	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	29.6		48.2		28.3		20.0		9.2		26.5		50.8		12.6		49.4		23.9		48.6		1.5		
県	19,237	44.1	25,827	59.2	13,211	30.3	9,557	21.9	4,079	9.3	15,389	35.3	22,188	50.8	12,047	27.6	21,251	48.7	10,590	24.3	20,889	47.9	1,027	2.4	
国 頭 村	合計	163	45.3	212	58.9	112	31.1	90	25.0	37	10.3	73	20.3	186	51.7	112	31.1	129	35.8	74	20.6	157	43.6	10	2.8
40-64		104	49.5	127	60.5	81	38.6	63	30.0	22	10.5	43	20.5	106	50.5	72	34.3	78	37.1	47	22.4	96	45.7	4	1.9
65-74		59	39.3	85	56.7	31	20.7	27	18.0	15	10.0	30	20.0	80	53.3	40	26.7	51	34.0	27	18.0	61	40.7	6	4.0
女性	BM		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	21.0		17.7		17.0		8.7		2.2		15.9		50.9		1.5		43.2		14.5		58.8		0.2		
県	17,129	34.2	13,434	26.9	9,372	18.7	5,439	10.9	1,266	2.5	10,519	21.0	25,941	51.9	2,306	4.6	20,400	40.8	7,212	14.4	29,006	58.0	215	0.4	
国 頭 村	合計	112	40.4	96	34.7	50	18.1	35	12.6	11	4.0	46	16.6	181	65.3	7	2.5	78	28.2	21	7.6	153	55.2	0	0.0
40-64		50	36.0	43	30.9	28	20.1	24	17.3	7	5.0	25	18.0	90	64.7	3	2.2	37	26.6	10	7.2	73	52.5	0	0.0
65-74		62	44.9	53	38.4	22	15.9	11	8.0	4	2.9	21	15.2	91	65.9	4	2.9	41	29.7	11	8.0	80	58.0	0	0.0

\* 全国については、有所見割合のみ表示

図 6) 特定健診受診率の推移

特定健診受診率の推移



#### (4)未受診者の状況

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みであるが、図7の本村における特定健康診査・特定保健指導は、受診率52.6%、保健指導実施率88.1%で、同規模、国、県より高くなっている。しかし、年齢別でみると65歳以上の受診率は68.4%となっているのに対し、40～64歳はわずか44.2%である。特に健診も治療も受けていない方(G)は、重症化しているかどうかの実態が全くわからない。また、図8のように健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者の1人当たり医療費は、健診受診者より3,657円も高くなっている。

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。また、特定健診の結果、特定保健指導の対象者にならないが、生活習慣病の重複するリスクが有るものに対しては、積極的に保健指導を実施する必要がある。(図7、図8)

図7) 健診未受診者の把握

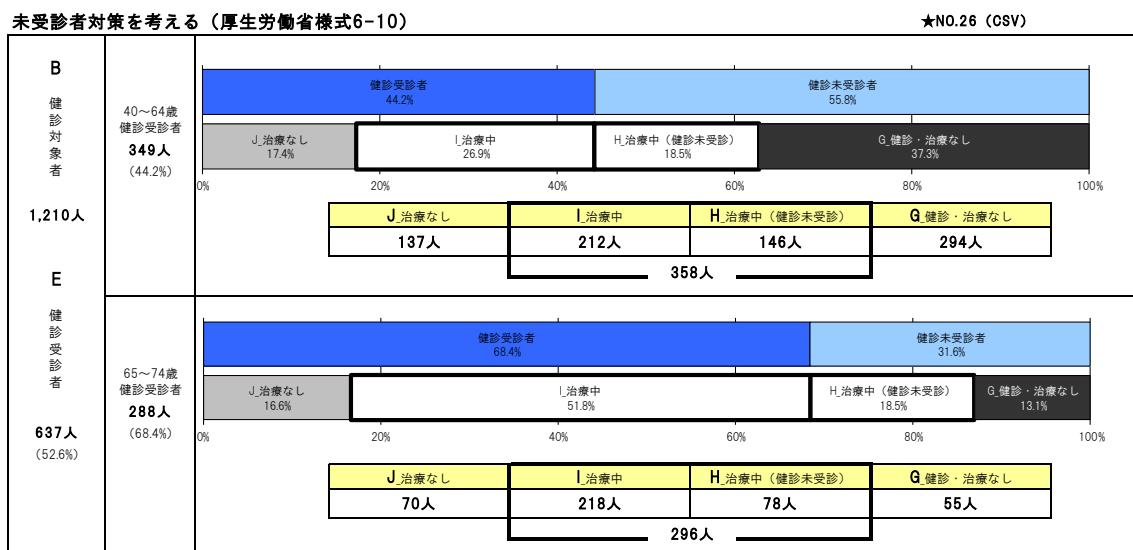
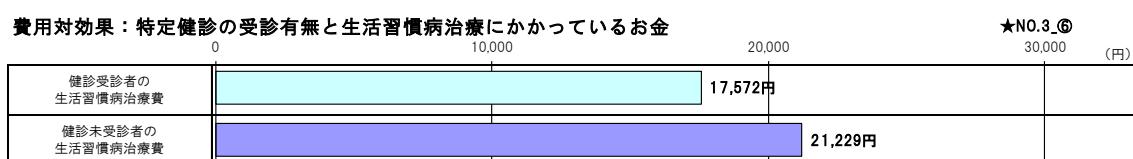


図8) 特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかるお金



## (5)重症化予防対象者の状況

本村の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると 253 人で 37.6%である。うち治療なしが 87 人で 24.7%を占め、さらに臓器障害あり直ちに取り組むべき予防対象者が 20 人である。また、本村においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なる率が 87 人中 53 人と高いため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率化を図ることができる(図 9)。

重症化予防対象者への取り組みは、医療との連携が不可欠であり、保健指導を行った後、確実に医療機関を受診したのか、KDB システムを活用し、医療受診の状況を確認し、その後も治療中断しないか等の疾病管理を行う必要がある。さらに重症化予防のための二次健診の検討も医師と連携し、進めていくことも必要となる。

※参考 脳卒中治療ガイドライン

虚血性心疾患一次予防ガイドライン

糖尿病治療ガイド、C KD 診療ガイド

COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン

図 9) 重症化予防対象者の状況

脳・心・腎を守るために ー 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにするー								
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統合資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳血管疾患 の年齢調整率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規登録患者数の減少	
	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2008年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防・治療ガイドライン委員会)	糖尿病治療ガイド (糖尿病治療の最新・治療ガイドライン委員会)	COPD診療ガイド (日本呼吸器学会)	CKD診療ガイド (日本腎臓病学会)			
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)		
科学的根拠に基づき 健康課題を抽出 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)			
<b>重症化予防対象</b>	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボリック当番	HbA1c 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40例
受診者数 <b>672</b>	24 3.6%	0 0.0%	31 4.6%	41 6.1%	160 23.8%	48 7.1%	37 5.5%	22 3.3%
対象者数	5 1.2%	0 0.0%	28 5.6%	36 6.0%	32 9.1%	23 3.7%	13 3.8%	7 2.0%
(再掲) 特定保健指導	1 4.2%	0 --	12 38.7%	10 24.4%	32 20.0%	8 18.7%	7 18.9%	3 13.6%
治療中	19 7.4%	0 0.0%	2 1.3%	5 3.3%	128 40.0%	25 48.1%	24 7.6%	15 4.7%
<b>臓器障害 あり</b>	<b>1 20.0%</b>	<b>0 --</b>	<b>1 3.4%</b>	<b>6 16.7%</b>	<b>4 12.5%</b>	<b>4 17.4%</b>	<b>18 100.0%</b>	<b>7 100.0%</b>
OKD (専門医対象者)	1	0	1	6	4	3	13	7
尿蛋白 (2+) 以上	1	0	1	6	2	1	13	0
尿蛋白 (+) and 尿蛋白 (2+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	1
eGFR50未満 (70歳未満は40例)	0	0	0	0	2	2	0	7
心電図所見あり	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>臓器障害 なし</b>	<b>4 80.0%</b>	<b>--</b>	<b>28 96.6%</b>	<b>30 83.3%</b>	<b>28 87.5%</b>	<b>19 82.6%</b>	<b>--</b>	<b>--</b>
重症化予防対象者 (実人数)								
	253	37.6%						
	87	24.7%						
	53	20.9%						
	166	51.9%						

### 3 目的・目標の設定

#### (1)健康格差(疾病・障害・死亡)の縮小

今回の計画の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の死亡を減らし、健康格差を縮小することであるが、沖縄県は表 9 に示したように、メタボリックシンドロームが背景にあり、入院外が低く、入院は全国よりも高く、死亡においては、糖尿病は男女ともに減ってきており、虚血性心疾患においては、男女ともに増加している。

本村においても医療、介護及び健診の分析から、医療費が高額で死亡率が高く、要介護の原因疾患となっている、虚血性心疾患の重症化予防が喫緊の課題であり、最優先事項として取り組む（表 10）。

表 10) 沖縄県の特定健診・医療・死亡の状況

該当者	特定健康診査			医療(受療率)※受療率は2011年						死亡(年齢調整死亡率)									
	メタボリックシンドローム	脂質異常	糖尿病	虚血性心疾患		脳血管疾患		腎臓疾患		糖尿病		虚血性心疾患		脳血管疾患		腎不全		65歳未満	
	中性脂肪 300以上	HbA1c 8.4以上 (NGSP)	入院外	入院	入院外	入院	入院外	入院	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
全国順位 (2010年)	1位	1位	1位	45位	13位	33位	30位	8位	17位	12位	8位	12位	18位	24位	43位	44位	37位	1位	1位
過去の順位 (2000年)										↓	↓	↑	↑	↑	↑	↓	↑	→	↑
										2位	2位	16位	23位	43位	47位	43位	43位	1位	8位

#### (2)これまでの取り組み

本村においては、これまで内臓脂肪症候群をターゲットとした特定健診・特定保健指導の取り組みを行ってきたが、特定健診受診率については、若干右肩下がりで推移し、保健指導実施率については伸びてきている。個の解決のために一人でも多くの方へ保健指導を実施することの課題解決に力を注ぎ、医療機関の先生方との連携にも取り組んできた。しかし、メタボリックシンドローム該当者は毎年伸び、重症化である虚血性心疾患、脳血管疾患が伸びており、対応できていない実態も明らかになった。

これからは、まず重症化予防対象者を明確化し、血管変化まで起こしているにもかかわらず、治療を受けていない方に治療の必要性を理解してもらい、治療につなげることが必要となる。例えば人工透析導入を 1 年遅らすことで、年間 1 人 500 万円の医療費の適正化に寄与することができるが、そのことは被保険者の立場に立っても保険者本来の役割もある。

### (3)成果目標

#### ①中長期的な目標の設定

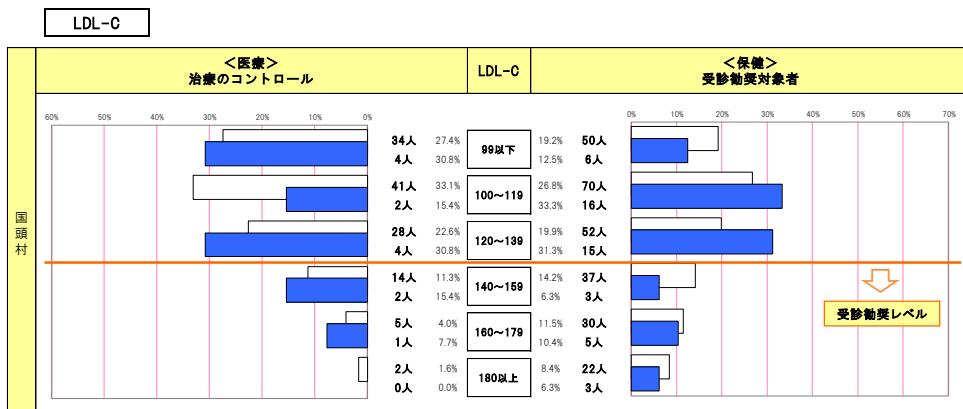
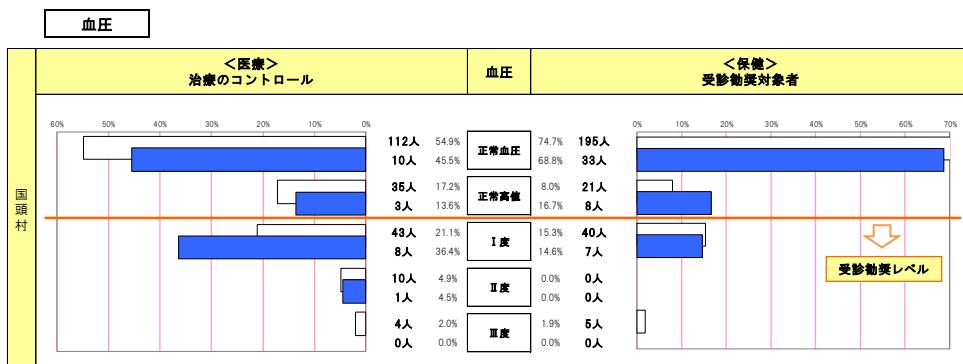
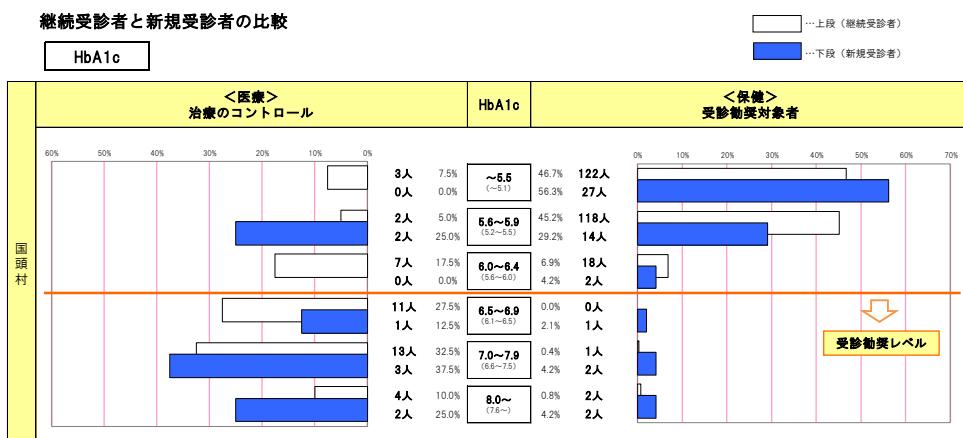
これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の入院における疾患、長期化することで高額になる疾患で、介護認定者の有病状況の多い疾患でもある虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。29年度には26年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、心臓、脳、腎臓の3つの血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。しかし本村の医療のかかり方は、普段は医療にかかりず、重症化して入院する実態が明らかであり、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29年度に国並みとすることを目指す。

#### ②短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。そのためには、医療受診が必要な者に適切な受診への働きかけ、治療を継続するための働きかけをするとともに、継続的な治療が必要であるにも関わらず、医療機関の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。また、治療におけるデータをみると、医療機関へ受診していても解決しない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病がある。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(図10、図11)。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・重症化予防につなげることが重要であるため、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。その目標値は、特定健診等実施計画に準ずることとする。

図 10) 治療状況別の重症化予防対象者の状況

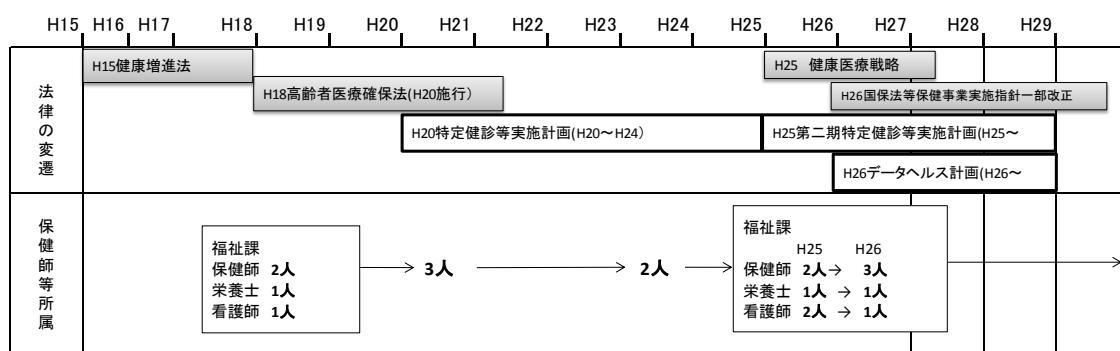
図 11) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況



### 第3節 保健事業の実施

具体的な課題別の保健事業計画については、第2章の各論で定めることとし、その際は「目的」「目標」「対象者」「保健事業内容」「実施方法」「実施者」「実施期間」等を記載する。本村においては、福祉課に保健師等の専門職が配置されており、保健師を中心に本計画に沿った事業を展開することとする。

図12) 保健事業実施体制の変遷



## 第4節 その他の保健事業

### 1 COPD(慢性閉塞性肺疾患)

WHO（世界保健機関）は COPD を「予防でき、治療できる病気」と位置付け、啓発運動を進めることを提言している。日本では平成 24 年（2012 年）、COPD は「健康日本 21（第 2 次）」の中で、今後、取り組むべき深刻な病気とされ新たに加えられた。生活習慣病対策として発症予防と重症化予防の推進を図るため、「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第 4 版」（日本呼吸器学会 2013 年 4 月発行）に基づき保健事業の実施計画（データヘルス計画）を検討、作成する。

#### (1) COPD の定義と包括的疾患概念

タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である。呼吸機能検査で正常に復すことのない気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり、通常は進行性である。臨床的には徐々に生じる労作性の呼吸困難や慢性の咳、痰を特徴とするが、これらの症状に乏しいこともある。

資料 COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第 4 版(日本呼吸器学会) P5 2013 年 4 月発行

#### (2) COPD の経済的負荷と社会負荷

国民医療の統計資料によると、呼吸器疾患の医療費は一般診療医療費の約 8% 前後を推移。呼吸器疾患医療費に占める「気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患」の医療費の割合は約 7~9%、総額では 1,900 億円を上回っている。医療費の内訳では入院の割合が増加し、入院治療にかかる医療費は 5 年前に比し 100 億円増加している（表 11）。

表 11) 年度別の呼吸器疾患の医療費

年 度	一般診療 医療費 (単位:億)	呼吸器疾患 医療費	気管支炎および COPD 医療費		
			総額	( 内 訳 )	
				入院	入院外
平成 16 年度	243, 627	19, 801 (8. 1%)	1, 742 (8. 8%)	605 (34. 7%)	1, 137 (65. 3%)
平成 18 年度	250, 468	21, 224 (8. 5%)	1, 625 (7. 7%)	543 (33. 4%)	1, 082 (66. 6%)
平成 20 年度	259, 595	20, 186 (7. 8%)	1, 925 (9. 5%)	705 (36. 6%)	1, 220 (63. 4%)

### (3) COPD の全身的影響

COPD 自体が肺以外にも全身性の影響をもたらして併存症を引き起こしている可能性もあることから、COPD を全身性疾患として捉える考え方もある。

- 全身性炎症: 全身性サイトカインの上昇、CRP の上昇 ●栄養障害: 脂肪量、除脂肪量の減少
- 骨格筋機能障害: 筋量・筋力の低下 ●心・血管疾患: 心筋梗塞、狭心症、脳血管障害
- 骨粗鬆症: 脊椎圧迫骨折 ●抑うつ ●糖尿病 ●睡眠障害 ●貧血

### (4) COPD の有病者の状況

厚生労働省の患者調査では、平成 20 年に 17 万人と集計上は減少している。一方で COPD 疫学調査では 40 歳以上の 10.9% に気流閉塞が認められ、喘息による影響を除いた場合でも 8.6% と推測いる。多くの潜在 COPD 患者が見過ごされ、正確な診断を受けられていない現状にあると予想される。2011 年に行ったアンケートでは、COPD という病気について知っていると回答した人は 7.1% と COPD の認知度が極めて低いこと、また COPD の症状である咳と痰は COPD の早期から、呼吸困難はある程度進行してから持続的に、あるいは反復的に生じるが、これらは非特異的な症状であるため、加齢や風邪によるものとして見過ごされていることが多いことが理由としてあげられている。COPD の診断が遅れ、治療が遅れることで肺機能が短期間のうちに著しく低下していく人もいる。酸素療法が必要な段階まで悪化して外出が不自由となり、寝たきりに近い生活に追いこまれることで、支える家族の負担も大きい。

COPD の患者数(厚生労働省大臣官房統計情報部 患者調査)

単位:千人

年 度	総 数			65 歳以上			75 歳以上		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
平成 11(1999)	212	139	73	160	109	51	87	57	29
平成 14(2002)	213	135	78	170	113	56	103	66	37
平成 17(2005)	223	146	78	180	120	60	119	77	42
平成 20(2008)	173	114	60	140	98	42	91	62	29

住民調査による大規模な COPD 疫学調査(NICE)の結果では、スパイロメトリーで 40 歳以上の 10.9% (男性 16.4%、女性 5.0%) に気流閉塞が認められた。喘息による気流閉塞の影響を除いた場合でも日本人の COPD 有病率は 8.6% と推測される。

資料 COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第4版(日本呼吸器学会) P7 2013年4月発行

## (5) COPD の診断基準

タバコ煙を主とする有害物質の長期にわたる吸入暴露を危険因子とし、慢性に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられる患者に対して COPD を疑う。以下、診断基準を示す。

1. 気管支拡張薬投与後のスパイロメトリーで 1 秒率(FEV<sub>1</sub>/FVC) が 70%未満であること。
2. 他の気流閉塞をきたし得る疾患を除外すること。

資料 COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第4版(日本呼吸器学会) P28 2013年4月発行

## (6) COPD の危険因子

	外因性因子	内因性因子
<b>最重要因子</b>	<b>タバコ煙</b>	$\alpha$ 1-アンチトリプシン欠損症
<b>重要因子</b>	大気汚染 受動喫煙 職業上の粉塵や化学物質への暴露 バイオマス燃焼煙	
<b>可能性の指摘されている因子</b>	呼吸器感染 小児期の呼吸器感染 妊娠時の母体喫煙 肺結核の既往 社会経済的要因	遺伝子変異 気道過敏性 COPD や喘息の家族歴 自己免疫 老化

COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第4版(日本呼吸器学会) P9 2013年4月発行

タバコ煙は COPD の最大の危険因子で、COPD 患者の約 90%に喫煙歴がある。COPD の発症予防にはタバコ煙の暴露からの回避が重要であり、現在の青年期・壮年期の世代への生活習慣病の改善に向けた働きかけを重点的に行なうことが大切である。特に、子どもたちの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げる。さらに、成人になってから喫煙することで COPD を発症しやすいことが知られている。

### (参考 肺の成長・発達)

		気管支・細気管支	肺胞	
妊娠中	早期の時期 (26日目)	肺になる組織(肺芽)ができる		出来上がる過程で何らかの原因で妨げられると、気管支や細気管支の数が不足した状態が起こる
	4か月頃	気管支となる部分やその先の終末細気管支までの基本的構造が完成		
	5ヶ月		肺胞がつくられ、出産時には約 6000 万個 (成人の肺胞数は約 5 億個)	
2 歳頃まで			80~90%以上が完成	
18 歳頃まで			完成	

## (7) 健康・医療情報を活用した被保険者の健康課題の分析・評価

### ①生活習慣の状況より

特定健診受診者の喫煙率を同規模と比較

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
国頭村	18. 4%	17. 7%	18. 1%
同規模	15. 4%	15. 6%	15. 5%
沖縄県	14. 4%	14. 5%	14. 8%
国	14. 0%	14. 1%	14. 2%

KDB システム 質問票調査の経年比較

### ②医療機関への受診状況・医療費の状況

KDB システム 疾病別医療費分析より 被保険者千人当たりレセプト件数(入院)

	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	肺気腫	間質性肺炎	気管支喘息
国頭村	0. 045	0. 000	0. 045	0. 315
同規模	0. 028	0. 050	0. 067	0. 095
沖縄県	0. 037	0. 021	0. 043	0. 118
国	0. 025	0. 043	0. 058	0. 070

KDB システム 疾病別医療費分析(細小(82)分類) H25 年度(累計)

特定健診受診者の喫煙率は 1 年で 0.6% の減少に止まっている。被保険者千人当たりのレセプト件数(入院)から呼吸器疾患の受診状況をみると、COPD の入院件数が同規模、国、県と比較して高い状況にある。これらの結果から、喫煙率を、10% 減少させることを中期目標とする。

## (8) 事業計画に基づく事業の実施

平成 25 年度(速報)の特定健康診査実施率は 52.6%、特定保健指導の実施率は 88.1% となっている。それらの実施の中で、喫煙状況をはじめとする生活習慣、咳や痰、息切れといった健康状態に関する情報の把握を適切に行うとともに、医療機関受診が必要な対象者、禁煙指導など生活習慣改善を要する対象者など、個々に応じた保健指導を実施する。特に、重症化予防に係る、早期に診断や治療が必要と思われる対象者の受診勧奨には、地域の医療機関との連携を図る。

## (9)事業の評価

評価に用いることが可能な指標として、健康・医療情報を活用して喫煙の有無(生活習慣の状況)を把握する。国の喫煙率を目標とする。

## 2 子どもの生活習慣病

予防を目標とする疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病腎症は、遺伝的な要因等もあるが、共通する生活習慣がその背景にあり、共通してみられる生活習慣は、食や生活リズム、運動習慣などである。食においては、エネルギーの過剰摂取、エネルギー比率のバランスの悪さ（脂質の割合が多い）、野菜の摂取不足（野菜嫌い）、食事回数やリズムに問題などがある。生活習慣病予防につながる野菜は、1日の目標摂取量（350g）を男女ともに達している県は、長野県だけとなっている（平成24年国民健康栄養調査）。生活リズムは、睡眠時間が短く夜型の生活である。運動習慣は、体を動かすことを好まない傾向にある。大人の生活習慣は、小児期の生活が大きく影響する。乳幼児期から生活習慣病予防を視野に入れて生活習慣を身につけさせていくことが望まれる。具体的には、食は、消化酵素の発達にあわせて食品を選び、形状を変え、消化吸収のリズムを作っていく離乳食が重要となる。また、味覚が完成するまでに、本能的に好まない酸味や苦味（野菜）の味に慣れていくことが、野菜を好む嗜好につながる。生活リズムは、生活リズムをコントロールする脳が完成するまでに早寝早起きのリズムを作つておくことが必要である。運動習慣は、全身運動の基礎が完成するまでに体を動かす体験を重ねて、体を動かすことを好むようにしておこなうのである。このように親が、成長発達の原理を理解した上で子どもの生活環境を作っていくことが、将来の生活習慣病予防につながっていく。保険者としては、成長発達の節目ごとに親が子どもの体の原理を学習できる機会を、乳幼児健診や保健事業等で整備し、学習内容を充実させていくが重要となる（図13）。

図13) 子どもの成長発達と親が学習する機会

	2か月	4か月	7か月	10か月	1歳	1歳6か月	2歳	3歳	幼稚園・保育所	学校	成年期
子どもの成長・発達	食										
		<b>離乳食</b> 消化吸収能力に応じて食品、形状、リズムを変えていく。									
		<b>すい臍完成</b> すい臍は、消化酵素、インスリンを分泌。4歳で完成。									
		<b>味覚の形成</b> 酸味や苦味（野菜）は本能的に嫌いな味。体験で好む味に着つ。 塩味も良体験で覚える。10歳頃に完成。									
生活リズム	<b>3大栄養素のエネルギー配分で適量のエネルギーを摂取</b> 4歳で大人と同じエネルギー配分になる （糖質・蛋白質・脂質 = 60：15：25の比率）										
	<b>生活リズムをコントロールする脳</b> 生活リズムをコントロールする脳は、4歳～5歳で完成。 完成までに太陽のリズムに合わせて朝は起こし、夜は寝かしつけることを続ける。 早寝早起										
	<b>全身運動の基礎</b> 月齢・年齢に応じて体を使う体験を重ねると、体を使つた遊びを好むようになる。 体を使う体験がないと、体を使う遊びを好まなくなる。										
親が学習する機会	<b>訪問</b> <b>離乳食実習</b> 身長・体重の伸び（成長）と体格（身長と体重のバランス）をみていく										
	<b>前期健診</b> <b>後期健診</b> <b>1歳6か月健診</b> <b>3歳児健診</b>										

### **3 重複受診者への適切な受診指導**

健診・医療情報を活用したその他の取り組みとしては、診療報酬明細書等情報を活用して、同一疾患で複数の医療機関を重複して受診している被保険者に対し、医療機関、保険者等の関係者が連携して、適切な受診の指導を行う。

### **4 後発医薬品の使用促進**

診療報酬等情報に基づき、後発医薬品を使用した場合の具体的な自己負担の差額について被保険者に通知を行う。

## 第5節 事業実施計画(データヘルス計画)の評価方法の設定

評価については、国保データベース（KDB）システムの情報を活用し、毎年行うこととする。また、データについては経年変化、国、県、同規模保険者との比較を行い、評価する。

表 12) 全体の経年変化

項目		H26		H27		H28		H29		同規模平均		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	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	318	23.3	336	23.9						KDB NO.1 地域全体別の把握
		新規認定者	3	0.3	11	0.4						
	② 有病状況	2号認定者	12	0.7	13	0.7						
		糖尿病	50	14.9	43	13.2						
		高血圧症	188	52.8	188	55.7						
		脳血管疾患	97	26.6	107	30.5						
		心疾患	224	65.1	210	63.9						
		脳卒中	113	35.8	107	33.3						
		がん	27	9.5	23	6.6						
		筋・骨格	195	57.5	206	59.6						
		精神	105	30.4	138	40.6						
	③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	90,080		81,999							
		宿泊サービス	39,512		36,777							
		施設サービス	245,925		274,436							
	④ 医療費等	要介護度別	13,445		8,773							
		医療費(4件目まで)	3,975		4,047							
2	① 國別の状況	被保険者数	1,827		1,742							KDB NO.1 地域全体別の把握 KDB NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	441	24.1	494	28.4						
		40～64歳	867	47.5	792	45.5						
		20歳以下	519	28.4	456	26.2						
		加入率		35.3		33.7						
	② 病院の構成(人口当対)	病院数	0	0.0	0	0.0						
		診療所数	4	2.2	4	2.3						
		病床数	0	0.0	0	0.0						
		医師数	3	1.6	3	1.7						
		外来患者数	565.4		581.8							
	③ 医療費の状況	入院患者数	23.6		22.0							
		一人当たり医療費	24,869	県内3位 同規模9位	26,150	県内4位 同規模12位						
		受診率	588,979		603,798							
		小 計	費用の割合	92.5	53.9							
		併診の割合	96.0		96.4							
	④ 医療費分析 細別に占める割合 ※(医療費実績額 総医療費額)	入 院	費用の割合	47.5	46.1							KDB NO.3 被保険者・医療 データからみた地 域全体別の把握
		併診の割合	4.0		3.6							
		1件あたり在院日数	17.5日		18.7日							
		新生児	11.6		13.0							
		慢性腎不全(透析あり)	14.8		13.0							
	⑤ 費用額 (件あたり) 県内順位 順位総数 内は在院日数	糖尿病	9.7		6.5							KDB NO.3 被保険者・医療 データからみた地 域全体別の把握 KDB NO.1 地域全体別の把握 KDB NO.3 被保険者・医療 データからみた地 域全体別の把握
		高血圧症	6.1		7.4							
		脳血管疾患	30.2		28.0							
		心疾患	13.2		14.3							
		入 院	糖尿病	509,891	30位 (18)	684,309	6位 (20)					
		高血圧	558,799	30位 (16)	593,644	26位 (18)						
		脳血管疾患	567,144	17位 (17)	646,903	29位 (16)						
		心疾患	574,505	34位 (17)	606,706	31位 (22)						
		脳血管疾患	458,698	36位 (11)	925,791	7位 (13)						
		精神	448,946	23位 (26)	503,353	9位 (27)						
	⑥ 健診有無別 一人当たり 費用	精神	33,326	27位 (22)	34,309	22位 (22)						KDB NO.3 被保険者・医療 データからみた地 域全体別の把握 KDB NO.3 被保険者・医療 データからみた地 域全体別の把握
		精神	53,658	4位 (14)	59,372	17位 (15)						
		糖尿病	41,467	6位 (14)	47,551	5位 (14)						
		高血圧	34,505	11位 (16)	37,205	11位 (16)						
		脳血管疾患	30,773	21位 (17)	28,350	31位 (16)						
		心疾患	41,218	16位 (17)	33,207	31位 (16)						
		脳血管疾患	54,809	19位 (15)	71,633	5位 (15)						
		精神	203,399	15位 (26)	318,390	1位 (26)						
		精神	33,326	27位 (22)	34,309	22位 (22)						
		精神	53,658	4位 (14)	59,372	17位 (15)						
	⑦ 健診・レセ ヒ�合	健診対象者	5,477		3,438							KDB NO.3 被保険者・医療 データからみた地 域全体別の把握
		健診未受診者	6,617		11,238							
		生活習慣病対象者	17,572		10,608							
	⑦ 健診・レセ ヒ�合	健診未受診者	21,229		24,673							KDB NO.1 地域全体別の把握
		受診勧奨者	343	53.8	349	60.4						
		医療機関受診率	314	49.3	311	53.8						
		医療機関来院受診率	29	4.6	38	6.6						

表 13) 医療費の変化

医療費分析の経年比較

(1) 総医療費

KDB帳票「医療費分析の経年比較」

項目	総医療費(円)					
	全体		入院		入院外	
	費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
H24年度	5億4104万円	-	2億6749万円	-	2億7355万円	-
H25年度	5億5241万円	1136万円	2億6254万円	-494万円	2億8986万円	1631万円
H26年度	5億9699万円	4458万円	3億2619万円	6364万円	2億7080万円	-1906万円
H27年度	5億5223万円	-4476万円	2億5477万円	-7142万円	2億9746万円	2666万円
H28年度						
H29年度						

(2) 一人当たり医療費

	項目	1人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H24年度	国頭村	23,999	11,870	12,130	△	△	△
	同規模	24,131	10,560	13,360			
	沖縄県	19,399	9,020	10,380			
	国	22,429	9,250	12,970			
H25年度	国頭村	24,869	11,820	13,050	3.6	-0.4	7.6
	同規模	24,550	10,660	13,810	1.7	0.9	3.4
	沖縄県	20,126	9,360	10,760	3.7	3.8	3.7
	国	23,013	9,420	13,520	2.6	1.8	4.2
H26年度	国頭村	27,646	15,110	12,540	11.2	27.8	3.9
	同規模	25,108	10,930	14,180	2.3	2.5	2.7
	沖縄県	20,914	9,880	11,030	3.9	5.6	2.5
	国	23,392	9,380	13,910	1.6	-0.4	2.9
H27年度	国頭村	26,150	12,060	14,090	-5.4	-20.2	12.4
	同規模	26,509	11,280	15,230	5.6	3.2	7.4
	沖縄県	21,731	10,180	11,550	3.9	3.0	4.7
	国	24,452	9,580	14,870	4.5	2.1	6.9
H28年度	国頭村						
	同規模						
	沖縄県						
	国						
H29年度	国頭村						
	同規模						
	沖縄県						
	国						

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

表 14) 疾病の発生状況の経年変化(1)

疾病の発生状況(中長期的な目標疾患)

KDB帳票No.21・No.23「厚労省様式」「医療費分析(1)細小分類」

疾患	虚血性心疾患							
	患者数 (様式3-5)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)		
				国頭村	同規模	狭心症	伸び率	心筋梗塞
平成24年	50人	-		6.158	8.953	654,290	-	159,442
平成25年	50人	0人	0.0%	8.685	8.929	823,910	25.9%	198,445
平成26年	59人	9人	18.0%					
平成27年	52人	-7人	-11.9%					
平成28年	60人	8人	15.4%					
平成29年								

毎年5月診療分(KDB7月作成)\*新規患者数は狭心症のみ

疾患	脳血管疾患							
	患者数 (様式3-6)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)		
				国頭村	同規模	脳出血	伸び率	脳梗塞
平成24年	91人	-	-	13.377	8.407	896,675	-	72,271
平成25年	99人	8人	8.8%	10.097	8.442	671,781	-25.1%	132,989
平成26年	90人	-9人	-9.1%					
平成27年	89人	-1人	-1.1%					
平成28年	94人	5人	5.6%					
平成29年								

毎年5月診療分(KDB7月作成)

疾患	糖尿病性腎症							
	患者数 (様式3-2)	増減数	伸び率	新規患者数(千人当たり)		入院医療費(円)		
				国頭村	同規模	糖尿病	伸び率	
平成24年	6人	-	-	59.03	48.574	569,104	-	
平成25年	5人	-1人	-16.7%	74.259	50.9	341,238	-40.0%	
平成26年	10人	5人	100.0%					
平成27年	9人	-1人	-10.0%					
平成28年	7人	-2人	-2.2%					
平成29年								

毎年5月診療分(KDB7月作成)

疾患	慢性閉塞性肺疾患(COPD)							
	患者数(千人当たり)-入院		患者数(千人当たり)-入院外					
	国頭村	同規模	国頭村	同規模				
平成24年	0	0.024	1.641	0.682				
平成25年	0.045	0.028	1.125	1.03				
平成26年	0.139	0.042	1.297	0.928				
平成27年	0.189	0.054	1.657	1.045				
平成28年								
平成29年								

年度累計

表 15) 疾病の発生状況の経年変化(2)

共通する基礎疾患(短期的な目標疾患)

KDB帳票No.21「厚労省様式」「医療費分析(1)細小分類」

疾患	糖尿病				高血圧				脂質異常症				
	患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)	患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)	患者数	増減	増減率	新規患者数(千人当たり)	
				国頭村	同規模	国頭村	同規模	国頭村	同規模	国頭村	同規模	国頭村	
平成24年	186人	-		59.03	48.57	345人	-	22.72	15.56	251人	-	40.13	
平成25年	174人	-12人	-6.5%	74.25	50.90	340人	-5人	23.55	15.29	282人	31人	12.4%	
平成26年	193人	7人	3.8%			335人	-10人	-2.9%		279人	28人	11.2%	
平成27年	134人	-59人											
平成28年	139人	5人											
平成29年													

毎年5月診療分(KDB 7月作成)

表 16) 有所見割合の経年変化

表 17) メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年変化

表 18) 質問票調査の経年変化

	KDB帳票No.22「質問票項目集計集」(保険者、同規模別)															
	服薬 高血圧症	服薬 糖尿病	服薬 脂質異常症	服薬 脳卒中	服薬 心臓病	服薬 腎不全	服薬 貧血	服薬 喫煙	20歳時 体重から1 kg以上 増加	1回30分 以上の運動 習慣なし	1日1時間 以上の運動 習慣なし	歩行速度 遅い	1年間で体 重増減3kg 以上	食事速い	食事普通	食事遅い
H24年度	37.6	7.3	20.9	3.5	3.2	1	7.7	18.4	41.7	66.7	41.7	33.3	33.3	50	50	0
H25年度	38.2	7.4	22.2	3.2	3	1	6.3	17.7	56.3	75	25	18.8	25	46.7	46.7	6.7
H26年度	39	7.9	26.5	2.7	4.6	1	6.3	18.1	33.3	56.3	37.5	43.8	33.3	37.5	56.3	6.3
H27年度	38.2	8.8	26.8	4.2	3.3	0.7	9.7	16.6	33.3	71.9	65.6	56.7	16.7	10.3	79.3	10.3
H28年度																
H29年度																

	KDB帳票No.22「質問票項目集計集」(保険者、同規模別)																
	就寝前夕 食週3回 以上	夕食後間 食週3回 以上	朝食を抜く 週3回以上	飲酒毎日	飲酒時々	飲酒飲ま ない	一日飲酒 量 1合未 満	1日飲酒 量 1~2 合	1日飲酒 量 2~3 合	1日飲酒 量 3合以 上	睡眠不足	生活習慣 改善意欲 無し	生活習慣 改善意欲 あり	生活習慣 改善取り 組みが6ヶ 月未満	生活習慣 改善取り 組みが6ヶ 月以上	保健指導 利用しな い	
H24年度	8.3	8.3	8.3	7.7	38.5	53.8	62.5	12.5	12.5	50	0.6	0.2	57.2	41.4	0.6	25	
H25年度	25	12.5	0	33.3	11.1	55.6	41.7	16.7	25	16.7	25	0.6	0.2	64.5	34.3	0.4	37.5
H26年度	25	6.7	0	11.8	41.2	47.1	36.4	27.3	9.1	27.3	20	0.6	0.2	62.4	36.6	0.2	40
H27年度	29	6.7	13.3	24.2	33.3	42.4	45.5	22.7	27.3	4.5	27.6	2.2	0	64.1	33	0.7	53.3
H28年度																	
H29年度																	

表 19) 特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年変化

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者				KDB帳票No.1、No.22			
	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		保健指導 利用しない			保健指導 利用しない		
								国頭村	同規模平均	同規模平均	同規模平均	同規模平均	同規模平均	同規模平均	
H24年度	1,223	639	52.2%	27位	108	77	71.3%	52.5%	54.4%						
H25年度	1,202	630	52.4%	32位	99	88	88.9%	49.5%	47.2%						
H26年度	1,190	595	50.0%	57位	110	97	88.2%	58.1%	56.8%						
H27年度	1,177	581	49.4%	69位	105	86	81.9%	60.4%	57.0%						
H28年度															
H29年度															

## **第6節 実施計画(データヘルス計画)の見直し**

計画の見直しは、最終年度となる平成29年度に、計画に掲げた目的・目標の達成状況の評価を行う。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かかる保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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、国保連合会に設置する保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## **第7節 計画の公表・周知**

策定した計画は、村の広報誌やホームページに掲載するとともに、実施状況の取りまとめを行い、評価・見直しに活用するため報告書を作成する。

## **第8節 事業運営上の留意事項**

本村は福祉課に保健師等の専門職が配置されており、国保部門、福祉部門の両方に関わっている。データヘルス計画策定作業を通じて、今後も連携を強化するとともに、介護部門等関係部署と共に認識をもって、課題解決に取り組むものとする。

## **第9節 個人情報の保護**

本村における個人情報の取り扱いは、国頭村個人情報保護条例(平成16年12月20日国頭村条例第24号)によるものとする。

## **第10節 その他計画策定に当たっての留意事項**

データ分析に基づく本村の特性を踏まえた計画を策定するため、国保連合会が行うデータヘルスに関する研修に事業運営にかかる担当者(国保、衛生、介護部門等)が積極的に参加するとともに、事業推進に向けて協議する場を設けるものとする。