

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

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

2. 計画の位置付け

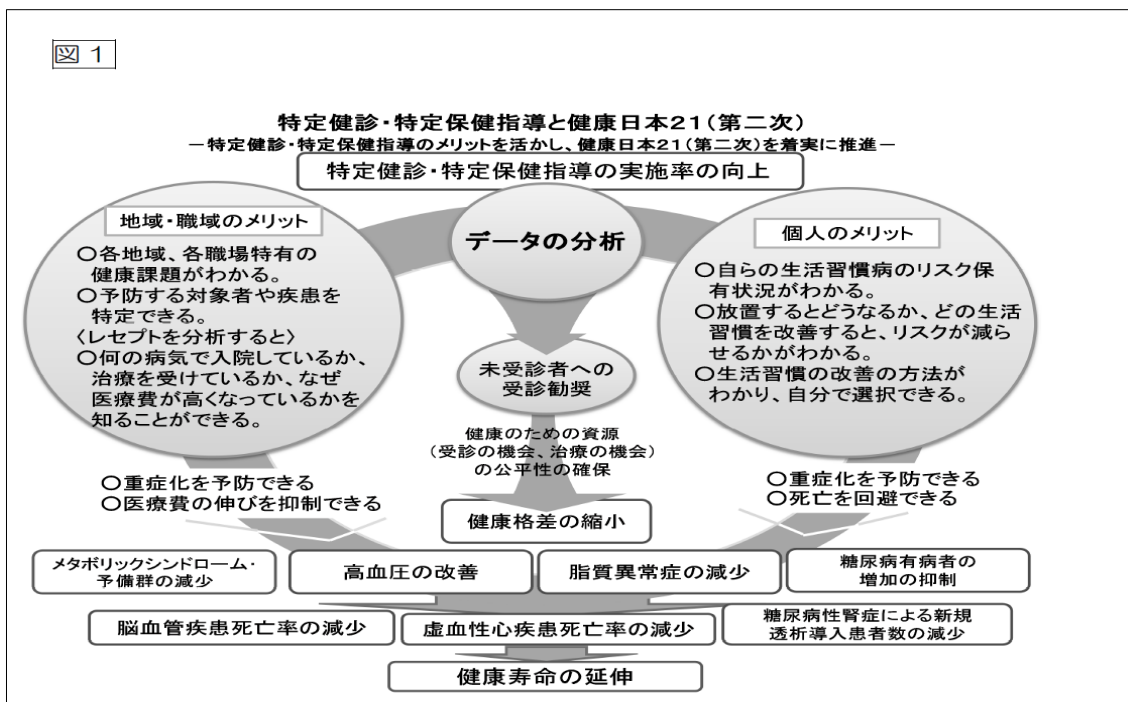
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ

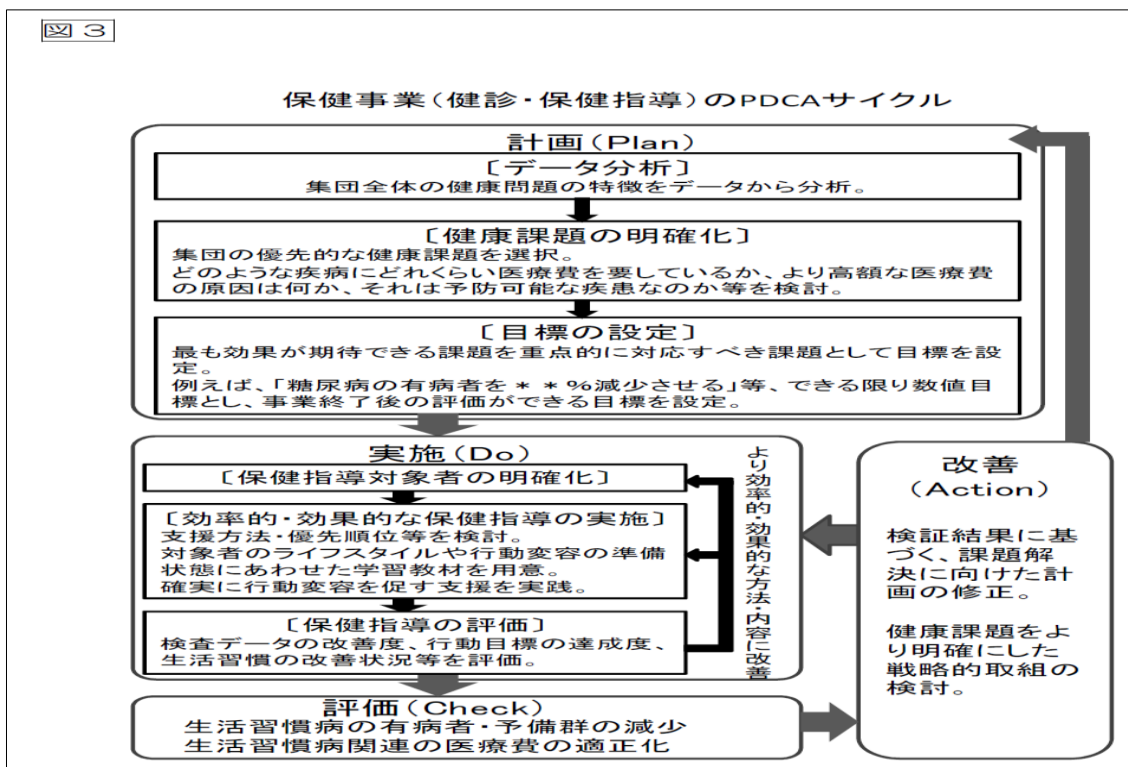
		※ 健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			「医療費適正化計画」	「医療計画」
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」		
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能 の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障 制度が維持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。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者 を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を 抑え 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 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 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 となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進 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。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、要介護状 態または要支援状態となることの 予防 又は、要介護 状態等の 軽減 もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 青壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコー ル摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 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・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

国富町においては、保健担当部局（保健介護課）の保険年金係と健康推進係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。具体的には、企画部局（企画政策課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、国富町国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、国富町国保と宮崎市郡医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行

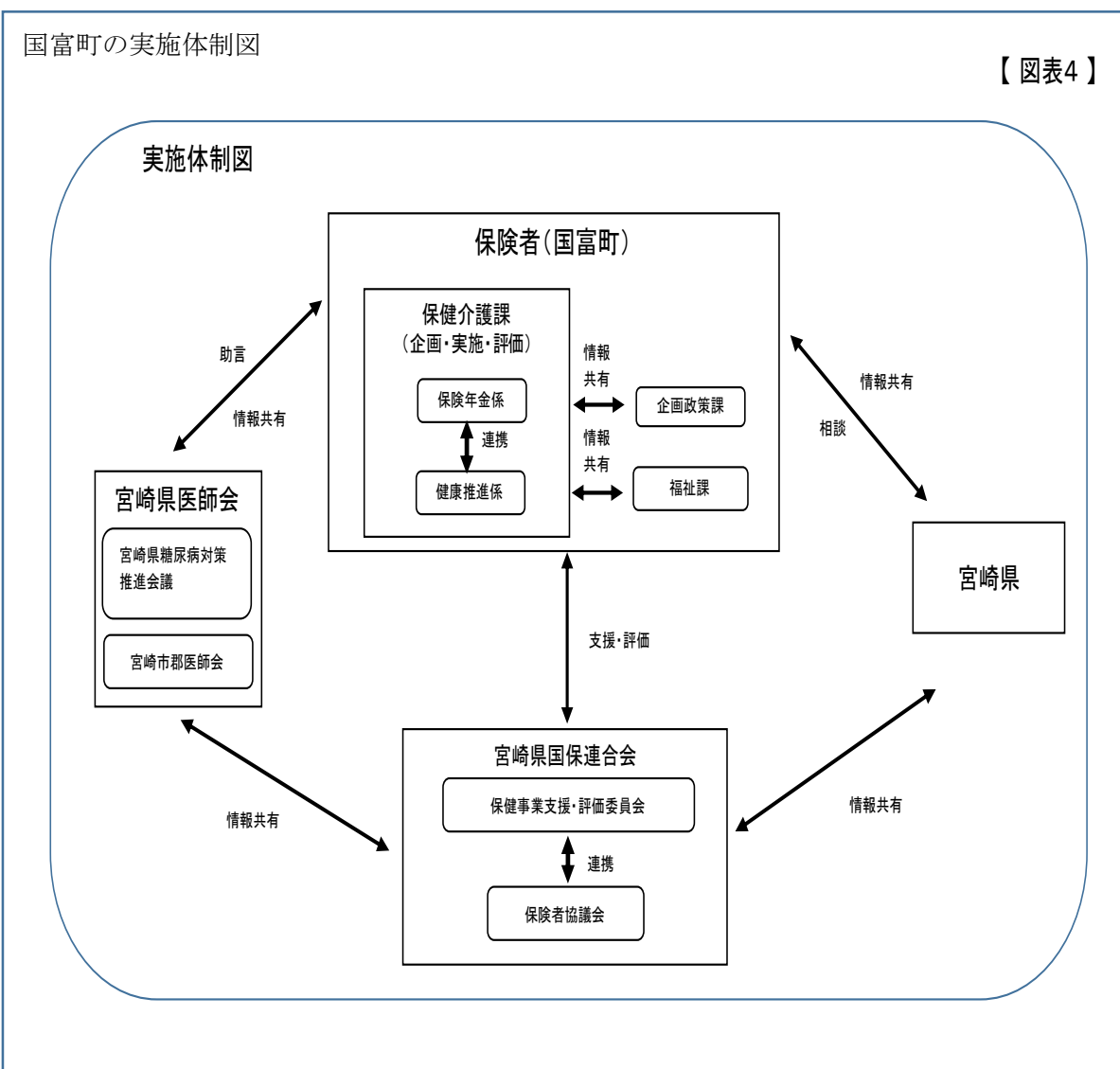
うためには、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	国富町	配点	国富町	配点
満点		345		580		850
交付額(万円)			323.5		534.9	
総得点(体制構築加点含む)			217		344	
全国順位(1,741市町村中)			597			
共通①	特定健診受診率	20	0	35	10	50
	特定保健指導実施率	20	10	35	15	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	10	20	10	30
	歯周疾患(病)検診	10	10	15	15	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45	0	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	7	25	14	35
	後発医薬品の使用割合	15	15	30	25	40
固有①	収納率向上	40	0	70	0	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	25	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	9	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30	26	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

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別では心臓病・腎不全による死亡割合が増加している。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率では65歳以上の1号認定率が増加しており、それに伴う介護給付費の増加がみられるが、新規認定者数及び2号認定率は減少している。(参考資料1)

医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。特定健診受診者における受診勧奨対象者の医療機関非受診率の減少を考えると、健診受診後の適正な医療受診行動につながったとの推測もできるが、入院費用割合の増加と疾患別の高血圧・脳血管疾患の1件あたり医療費の増加をみると、まだまだ重症化しての医療機関受診者もみられることが考えられる。また、国富町の特定健診受診率は国の目標には達しておらず、重症化予防及び医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

国富町の介護給付費は、平成25年度と平成28年度を比較すると、総額で1億1,342万円増加している。1件当たり給付費をみると、居宅・施設ともに減少しているが、1人当たりの給付費は19,616円高くなっており、さらに同規模平均の1人当たりと比べても高い状況である。1人当たりの給付費の増や介護認定者の増加により、介護給付費は増加傾向にある。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	国富町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	18億449万円	312,088	50,612	301,626	278,500	41,572	283,169
平成28年度	19億1791万円	331,704	47,332	289,798	296,708	40,734	277,659

②医療費の状況（図表 7）

医療費合計（入院・入院外）は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、979 万円増加しており、1 人当たりの医療費も 3,190 円増加している。被保険者数の減から医療費の伸びは若干抑えられているものの、高齢化により医療費そのものは抑えることが難しい。

医療費の変化

【図表 7】

項目		総医療費(円)											
		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	20億475万円				8億2947万円				11億7528万円			
	H28年度	20億1454万円	979万円	0.5	-6.6	8億7205万円	4258万円	5.1	-6.73	11億4248万円	-3279万円	-2.8	-6.5
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	23,050				9,540				13,510			
	H28年度	26,240	3,190	13.8	8.8	11,360	1,820	19.1	8.6	14,880	1,370	10.1	8.8

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期的及び短期的目標疾患医療費計は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、総医療費に占める割合は減少している。疾患別にみると、慢性腎不全(透析)、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全（透析無）および脳血管疾患に係る費用が増加していることがわかった。

中長期目標疾患に共通するリスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る割合では、糖尿病の割合が増加している。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表 8】

同規模区分	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	553,842,120	27.63%			
				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	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28	H25	H28			
国富町	H25	2,004,748,690	23,049	102位	21位	7.01%	0.12%	3.04%	2.37%	5.19%	7.24%	2.66%	553,842,120	27.63%	10.60%	9.43%	7.50%
	H28	2,014,538,200	26,234	68位	18位	6.56%	0.60%	3.81%	1.92%	5.68%	5.72%	2.50%	539,630,120	26.79%	12.23%	8.57%	8.72%
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④中長期的疾患（図表 9）

中長期的目標の疾患の人数を平成 25 年度と平成 28 年度で比較すると、やや減少している。しかし、全体の被保険者数が減っているため、全体に占める割合としては増加している。中長期的疾患全体を通して、高血圧を有するものの割合が高い。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	7306	257	3.5	40	15.6	7	2.7	200	77.8	90	35.0	164	63.8	
	64歳以下	5146	87	1.7	11	12.6	4	4.6	62	71.3	30	34.5	53	60.9	
	65歳以上	2160	170	7.9	29	17.1	3	1.8	138	81.2	60	35.3	111	65.3	
H28	全体	6530	233	3.6	37	15.9	10	4.3	197	84.5	99	42.5	156	67.0	
	64歳以下	4109	57	1.4	12	21.1	6	10.5	49	86.0	26	45.6	35	61.4	
	65歳以上	2421	176	7.3	25	14.2	4	2.3	148	84.1	73	41.5	121	68.8	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	7306	274	3.8	40	14.6	8	2.9	199	72.6	116	42.3	141	51.5	
	64歳以下	5146	94	1.8	11	11.7	6	6.4	61	64.9	32	34.0	49	52.1	
	65歳以上	2160	180	8.3	29	16.1	2	1.1	138	76.7	84	46.7	92	51.1	
H28	全体	6530	254	3.9	37	14.6	6	2.4	199	78.3	102	40.2	134	52.8	
	64歳以下	4109	78	1.9	12	15.4	4	5.1	52	66.7	26	33.3	39	50.0	
	65歳以上	2421	176	7.3	25	14.2	2	1.1	147	83.5	76	43.2	95	54.0	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症			
				人数	割合	人数	割合							人数	割合
H25	全体	7306	26	0.4	8	30.8	7	26.9	22	84.6	9	34.6	7	26.9	
	64歳以下	5146	17	0.3	6	35.3	4	23.5	13	76.5	6	35.3	5	29.4	
	65歳以上	2160	9	0.4	2	22.2	3	33.3	9	100.0	3	33.3	2	22.2	
H28	全体	6530	26	0.4	6	23.1	10	38.5	24	92.3	12	46.2	10	38.5	
	64歳以下	4109	16	0.4	4	25.0	6	37.5	14	87.5	6	37.5	6	37.5	
	65歳以上	2421	10	0.4	2	20.0	4	40.0	10	100.0	6	60.0	4	40.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (図表 10)

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見ると、糖尿病治療者(様式 3-2)において、糖尿病治療中の者の割合は増加しているが、インスリン療法を行っている者の割合は減少している。特に 64 歳以下の人数が減少している。糖尿病性腎症の割合も、全体で見ると減少しているが、64 歳以下の割合が大きく減少し 65 歳以上では増加している。人工透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標									
		糖尿病			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	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	7306	649	8.9	57	8.8	454	70.0	356	54.9	90	13.9	116	17.9	9	1.4	88	13.6		
	64歳以下	5146	268	5.2	32	11.9	170	63.4	145	54.1	30	11.2	32	11.9	6	2.2	43	16.0		
	65歳以上	2160	381	17.6	25	6.6	284	74.5	211	55.4	60	15.7	84	22.0	3	0.8	45	11.8		
H28	全体	6530	716	11.0	48	6.7	523	73.0	424	59.2	99	13.8	102	14.2	12	1.7	88	12.3		
	64歳以下	4109	255	6.2	22	8.6	164	64.3	133	52.2	26	10.2	26	10.2	6	2.4	30	11.8		
	65歳以上	2421	461	19.0	26	5.6	359	77.9	291	63.1	73	15.8	76	16.5	6	1.3	58	12.6		

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	7306	1538	21.1	454	29.5	787	51.2	200	13.0	199	12.9	22	1.4			
	64歳以下	5146	619	12.0	170	27.5	302	48.8	62	10.0	61	9.9	13	2.1			
	65歳以上	2160	919	42.5	284	30.9	485	52.8	138	15.0	138	15.0	9	1.0			
H28	全体	6530	1555	23.8	523	33.6	834	53.6	197	12.7	199	12.8	24	1.5			
	64歳以下	4109	524	12.8	164	31.3	238	45.4	49	9.4	52	9.9	14	2.7			
	65歳以上	2421	1031	42.6	359	34.8	596	57.8	148	14.4	147	14.3	10	1.0			

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	
		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	7306	1095	15.0	356	32.5	787	71.9	164	15.0	141	12.9	7	0.6			
	64歳以下	5146	436	8.5	145	33.3	302	69.3	53	12.2	49	11.2	5	1.1			
	65歳以上	2160	659	30.5	211	32.0	485	73.6	111	16.8	92	14.0	2	0.3			
H28	全体	6530	1158	17.7	424	36.6	834	72.0	156	13.5	134	11.6	10	0.9			
	64歳以下	4109	378	9.2	133	35.2	238	63.0	35	9.3	39	10.3	6	1.6			
	65歳以上	2421	780	32.2	291	37.3	596	76.4	121	15.5	95	12.2	4	0.5			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

有所見者割合の高い項目では、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、男性・女性ともに糖尿病診断の基準のひとつとなる、HbA1c の割合が高くなっている。特に 65 歳～74 歳の有所見者割合が高くなっている。

また、メタボリックシンドロームの該当者は、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、男性の割合は変わっていないが、40 歳～64 歳の割合が減った一方で、65 歳～74 歳の割合が高くなっている。なかでも 65 歳～74 歳の該当者における血糖と血圧、血圧と脂質のリスクを合わせもつ者の割合が高くなっている。

女性は、該当者の割合は若干減ったが、予備群の割合が高くなっている。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	266	29.7	468	52.3	248	27.7	189	21.1	57	6.4	468	52.3	415	46.4	209	23.4	495	55.3	268	29.9	510	57.0	14	1.6
	H25 40-64	149	34.1	235	53.8	151	34.6	120	27.5	32	7.3	210	48.1	169	38.7	109	24.9	211	48.3	155	35.5	264	60.4	4	0.9
	H25 65-74	117	25.5	233	50.9	97	21.2	69	15.1	25	5.5	258	56.3	246	53.7	100	21.8	284	62.0	113	24.7	246	53.7	10	2.2
女性	合計	276	29.8	483	52.2	229	24.8	175	18.9	69	7.5	503	54.4	517	55.9	218	23.6	513	55.5	247	26.7	486	52.5	18	1.9
	H28 40-64	129	34.5	192	51.3	110	29.4	99	26.5	31	8.3	176	47.1	147	39.3	85	22.7	159	42.5	117	31.3	214	57.2	3	0.8
	H28 65-74	147	26.7	291	52.8	119	21.6	76	13.8	38	6.9	327	59.3	370	67.2	133	24.1	354	64.2	130	23.6	272	49.4	15	2.7

性別	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		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
女性	合計	187	20.3	212	23.0	132	14.3	82	8.9	15	1.6	293	31.7	424	45.9	20	2.2	369	40.0	115	12.5	614	66.5	1	0.1
	H25 40-64	75	17.2	84	19.3	53	12.2	44	10.1	3	0.7	127	29.1	168	38.5	8	1.8	127	29.1	55	12.6	284	65.1	0	0.0
	H25 65-74	112	23.0	128	26.3	79	16.2	38	7.8	12	2.5	166	34.1	256	52.6	12	2.5	242	49.7	60	12.3	330	67.8	1	0.2
男性	合計	182	20.0	209	23.0	116	12.8	70	7.7	16	1.8	283	31.1	518	57.0	24	2.6	452	49.7	149	16.4	594	65.3	2	0.2
	H28 40-64	69	17.0	74	18.3	53	13.1	34	8.4	7	1.7	110	27.2	194	47.9	9	2.2	154	38.0	73	18.0	258	63.7	1	0.2
	H28 65-74	113	22.4	135	26.8	63	12.5	36	7.1	9	1.8	173	34.3	324	64.3	15	3.0	298	59.1	76	15.1	336	66.7	1	0.2

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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
男性	合計	895	37.5	40	4.5%	181	20.2%	13	1.5%	132	14.7%	36	4.0%	247	27.6%	63	7.0%	14	1.6%	80	8.9%	90	10.1%
	H25 40-64	437	32.3	27	6.2%	91	20.8%	5	1.1%	57	13.0%	29	6.6%	117	26.8%	25	5.7%	8	1.8%	44	10.1%	40	9.2%
	H25 65-74	458	44.3	13	2.8%	90	19.7%	8	1.7%	75	16.4%	7	1.5%	130	28.4%	38	8.3%	6	1.3%	36	7.9%	50	10.9%
女性	合計	925	42.5	52	5.6%	176	19.0%	19	2.1%	126	13.6%	31	3.4%	255	27.6%	68	7.4%	12	1.3%	94	10.2%	81	8.8%
	H28 40-64	374	34.7	39	10.4%	72	19.3%	9	2.4%	40	10.7%	23	6.1%	81	21.7%	13	3.5%	7	1.9%	37	9.9%	24	6.4%
	H28 65-74	551	50.1	13	2.4%	104	18.9%	10	1.8%	86	15.6%	8	1.5%	174	31.6%	55	10.0%	5	0.9%	57	10.3%	57	10.3%

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		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		
女性	合計	923	37.7	33	3.6%	80	8.7%	8	0.9%	60	6.5%	12	1.3%	99	10.7%	17	1.8%	1	0.1%	58	6.3%	23	2.5%
	H25 40-64	436	34.4	20	4.6%	31	7.1%	7	1.6%	19	4.4%	5	1.1%	33	7.6%	3	0.7%	0	0.0%	18	4.1%	12	2.8%
	H25 65-74	487	41.3	13	2.7%	49	10.1%	1	0.2%	41	8.4%	7	1.4%	66	13.6%	14	2.9%	1	0.2%	40	8.2%	11	2.3%
男性	合計	909	40.7	29	3.2%	86	9.5%	7	0.8%	71	7.8%	8	0.9%	94	10.3%	11	1.2%	3	0.3%	57	6.3%	23	2.5%
	H28 40-64	405	39.6	21	5.2%	29	7.2%	2	0.5%	22	5.4%	5	1.2%	24	5.9%	3	0.7%	1	0.2%	13	3.2%	7	1.7%
	H28 65-74	504	41.6	8	1.6%	57	11.3%	5	1.0%	49	9.7%	3	0.6%	70	13.9%	8	1.6%	2	0.4%	44	8.7%	16	3.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定保健指導率・特定健診受診率ともに増加している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率のさらなる向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.1、No.22

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	
								保険者	同規模平均
H25年度	4,832	1,818	37.6	85	263	39	14.8	56.1	51.6
H28年度	4,411	1,834	41.6	67	263	170	64.6	56.0	52.1

2) 第 1 期に係る考察

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

総医療費では外来（入院外）は減少しているが入院医療費の増加がみられ、さらに一人当たり医療費をみても入院医療費が増加しており、重症化での受診が推測される。介護保険の状況をもみても 2 号認定者における重度者（要介護 3～5）の割合も高い（図表 15）。

第 1 期から取り組んできた重症化予防については、人工透析の人数やリスクとなる中長期的な目標疾患の人数は変わっていないが、特定健診・特定保健指導実施率は増加していることがわかった。特定健診受診率をさらに向上させ、個人にあった特定保健指導を実施することで、重症化を予防することができると思う。

また、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、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ある。適正な医療につなげるためには、住民自ら身体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

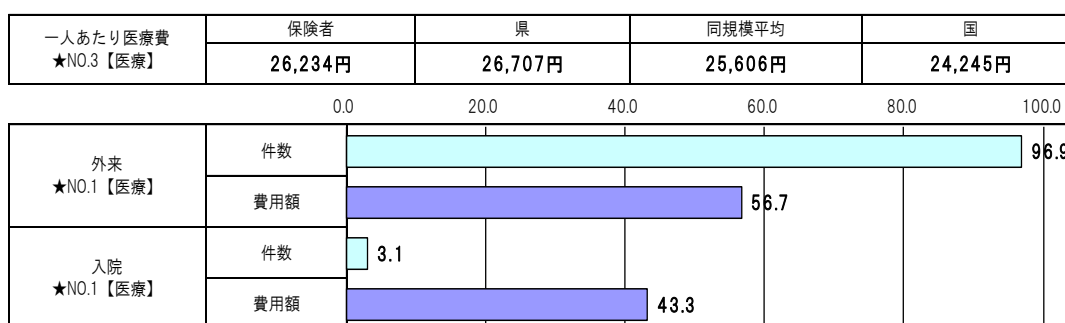
(1) 一人当たりの医療費は、国・同規模平均と比較して高い状況にある。また、入院と入院外の件数・費用額を見ると、入院はわずか3.1%の件数で費用額が全体の約4割を占めており、入院すると多額の医療費がかかることがわかる。重症化による入院を予防することで、高額な医療費を抑制する効果が高いと考えられる。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

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している疾患、また長期化する疾患について分析した。

ひと月80万円以上の高額になる疾患を分析すると、脳血管疾患が虚血性心疾患の2倍以上の件数で全体の15.6%を占めており、第一章でも述べたように第1期計画と比較しても脳血管疾患の割合が増えている。

6か月以上の長期入院のレセプトをみても、脳血管疾患が高く、全体の件数では17.1%、費用額では19.1%を占めている。

基礎疾患の重なりをみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症のすべてにおいて高血圧が8割近くと高く、次いで脂質異常症が脳血管疾患・糖尿病性腎症で5割、虚血性心疾患では67.0%となっている。また、糖尿病も脳血管疾患・虚血性心疾患の約4割にみられる。

長期療養を要する疾患である人工透析をみると、全体の42.0%が糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化を予防し新規透析導入者を減らすことは、国富町においても重点をおいて取り組む必要がある。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (28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	307件	48件 15.6%	21件 6.8%	--
		費用額	4億1988万円	5984万円 14.3%	3425万円 8.2%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	391件	67件 17.1%	39件 10.0%	--
		費用額	1億7866万円	3417万円 19.1%	1560万円 8.7%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	332件	92件 27.7%	137件 41.3%	140件 42.2%
		費用額	1億3386万円	3726万円 27.8%	5486万円 41.0%	5617万円 42.0%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5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.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	2,489人 10.2%	254人 9.4%	233人 9.4%	88人 3.5%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	199人 78.3%	197人 84.5%	70人 79.5%
			糖尿病	102人 40.2%	99人 42.5%	91人 103%
			脂質 異常症	134人 52.8%	156人 67.0%	44人 50.0%
		高血圧症	1,555人 62.5%	716人 28.8%	1,158人 46.5%	287人 11.5%

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定における分析では、脳卒中や虚血性心疾患等の血管疾患によるものが91.0%であり、筋・骨格疾患の82.0%を上回っている。40~64歳の2号認定者では、27人中11人が血管疾患を有しており、全員が基礎疾患として糖尿病の診断を受けている。さらに2号認定者の半数以上が要介護3~5であり重度であることがわかる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人の約2倍と高い。若いうちから特定健診による生活習慣病予防、特に血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化予防に取り組むことが、介護予防においても必要である。

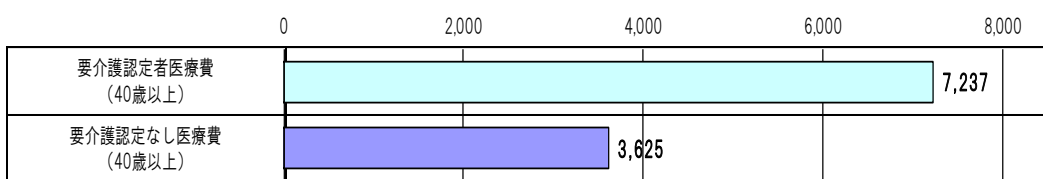
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40~64歳	65~74歳	75歳以上	計							
	被保険者数		7,449人	2,545人	3,237人	5,782人			13,231人				
	認定者数		27人	112人	1,029人	1,141人			1,168人				
	認定率		0.36%	4.4%	31.8%	19.7%			8.8%				
	新規認定者数		2人	4人	16人	20人			22人				
介護度別人数	要支援1・2		7	24	243	267			274				
	要介護1・2		6	40	437	477			483				
	要介護3~5		14	48	349	397			411				
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数		
				割合		割合		割合		割合			
		件数	--	13	76	0	76	89					
		循環器疾患	1	脳卒中	8	脳卒中	44	脳卒中	0	脳卒中	44	脳卒中	52
					61.5%		57.9%		--		57.9%		58.4%
			2	虚血性心疾患	2	虚血性心疾患	17	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	17	虚血性心疾患	19
					15.4%		22.4%		--		22.4%		21.3%
		3	腎不全	1	腎不全	10	腎不全	0	腎不全	10	腎不全	11	
					7.7%		13.2%		--		13.2%		12.4%
		基礎疾患	糖尿病等	11	糖尿病等	64	糖尿病等	0	糖尿病等	64	糖尿病等	75	
			84.6%		84.2%		--		84.2%		84.3%		
血管疾患合計	合計	11	合計	70	合計	0	合計	70	合計	81			
			84.6%		92.1%		--		92.1%		91.0%		
認知症	認知症	1	認知症	17	認知症	0	認知症	17	認知症	18			
			7.7%		22.4%		--		22.4%		20.2%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	9	筋骨格系	64	筋骨格系	0	筋骨格系	64	筋骨格系	73			
			69.2%		84.2%		--		84.2%		82.0%		

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】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、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。

図表 16 の健診データの有所見者割合をみると、男性・女性ともに腹囲・空腹時血糖・尿酸・血圧・LDLコレステロールの割合が国や県よりも高くなっており、女性よりも男性の方が有所見者割合が高い。

図表 17 のメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合も国と比べて多く、特に

男性の割合が高い。重なる項目は、血圧+脂質が男性で 10.2%女性で 6.3%と最も高く、次いで 3 項目全てが男性 8.8%女性 2.5%と高くなっている。内臓脂肪の蓄積はリスクファクターを悪化させ、複数のリスクを併せもつほど心血管疾患のリスクが高いため、まずは健診を受けてもらい、健診データから身体の状態をしっかりと住民に伝え、早期に保健指導を実施していくことが重要である。

【図表 16】

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

★NO.23 (概票)

H28

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
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	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3	
保険者	合計	276	29.8	483	52.2	229	24.8	175	18.9	69	7.5	503	54.4	517	55.9	218	23.6	513	55.5	247	26.7	486	52.5	18	1.9
	40-64	129	34.5	192	51.3	110	29.4	99	26.5	31	8.3	176	47.1	147	39.3	85	22.7	159	42.5	117	31.3	214	57.2	3	0.8
	65-74	147	26.7	291	52.8	119	21.6	76	13.8	38	6.9	327	59.3	370	67.2	133	24.1	354	64.2	130	23.6	272	49.4	15	2.7

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		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	人数
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	9,411	23.4	8,760	21.8	5,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3	
保険者	合計	182	20.0	209	23.0	116	12.8	70	7.7	16	1.8	283	31.1	518	57.0	24	2.6	452	49.7	149	16.4	594	65.3	2	0.2
	40-64	69	17.0	74	18.3	53	13.1	34	8.4	7	1.7	110	27.2	194	47.9	9	2.2	154	38.0	73	18.0	258	63.7	1	0.2
	65-74	113	22.4	135	26.8	63	12.5	36	7.1	9	1.8	173	34.3	324	64.3	15	3.0	298	59.1	76	15.1	336	66.7	1	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24 (概票)

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	人数	割合	人数	割合	
	全国	3,416,820	32.9%	1,714,251	50.2%	588,308	17.2%							940,335	27.5%										
県	29,997	31.0%	1,669	5.6%	5,434	18.1%	308	1.0%	4,032	13.4%	1,094	3.6%	8,399	28.0%	1,531	5.1%	364	1.2%	4,021	13.4%	2,483	8.3%			
保険者	合計	925	42.5	52	5.6%	176	19.0%	19	2.1%	126	13.6%	31	3.4%	255	27.6%	68	7.4%	12	1.3%	94	10.2%	81	8.8%		
	40-64	374	34.7	39	10.4%	72	19.3%	9	2.4%	40	10.7%	23	6.1%	81	21.7%	13	3.5%	7	1.9%	37	9.9%	24	6.4%		
	65-74	551	50.1	13	2.4%	104	18.9%	10	1.8%	86	15.6%	8	1.5%	174	31.6%	55	10.0%	5	0.9%	57	10.3%	57	10.3%		

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	全国	4,481,600	39.6%	776,329	17.3%	259,424	9.0%							425,520	9.5%										
県	39,710	37.3%	1,118	2.8%	3,313	8.3%	152	0.4%	2,554	6.4%	607	1.5%	4,287	10.8%	634	1.6%	155	0.4%	2,364	6.0%	1,134	2.9%			
保険者	合計	909	40.7	29	3.2%	86	9.5%	7	0.8%	71	7.8%	8	0.9%	94	10.3%	11	1.2%	3	0.3%	57	6.3%	23	2.5%		
	40-64	405	39.6	21	5.2%	29	7.2%	2	0.5%	22	5.4%	5	1.2%	24	5.9%	3	0.7%	1	0.2%	13	3.2%	7	1.7%		
	65-74	504	41.6	8	1.6%	57	11.3%	5	1.0%	49	9.7%	3	0.6%	70	13.9%	8	1.6%	2	0.4%	44	8.7%	16	3.2%		

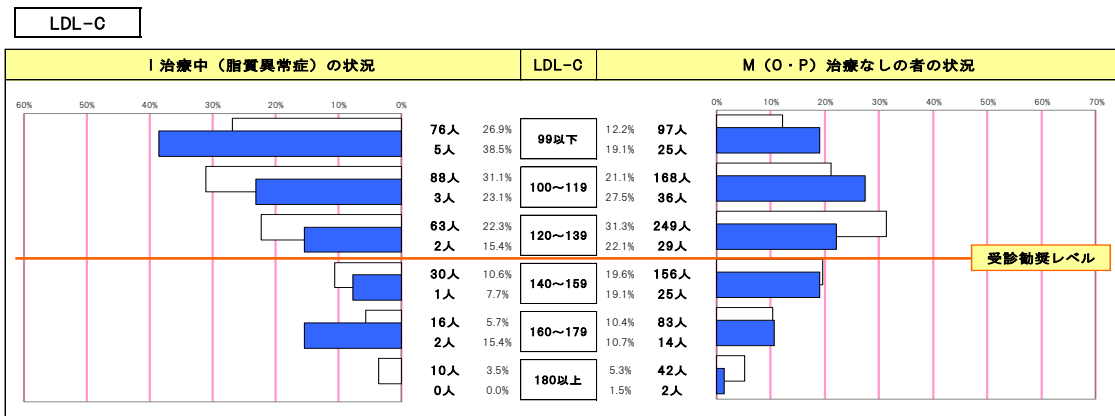
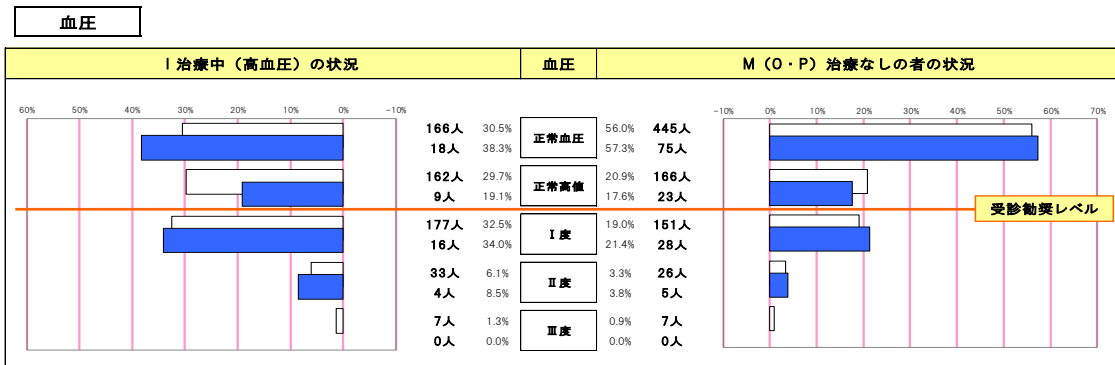
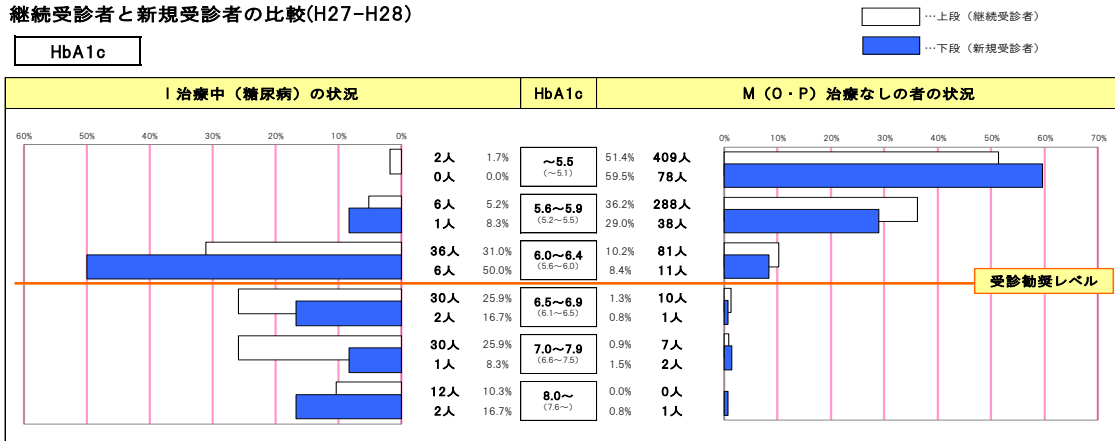
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病では、HbA1c6.5%以上の人は治療につながっている者が多いが、治療中においてもHbA1c7.0以上の者がみられる。合併症を予防するために血糖のコントロールは重要であり、主治医と連携した保健指導の実施が必要である。また、HbA1c6.5以上の未受診者については確実に受診勧奨を実施する必要がある。

高血圧・脂質異常は治療すればコントロール可能であるが、治療に結びついていない者も多い状況である。受診勧奨とともに食生活などの保健指導を行っていくことで改善や重症化予防を図ることができる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較(H27-H28)



4) 未受診者の把握 (図表 19)

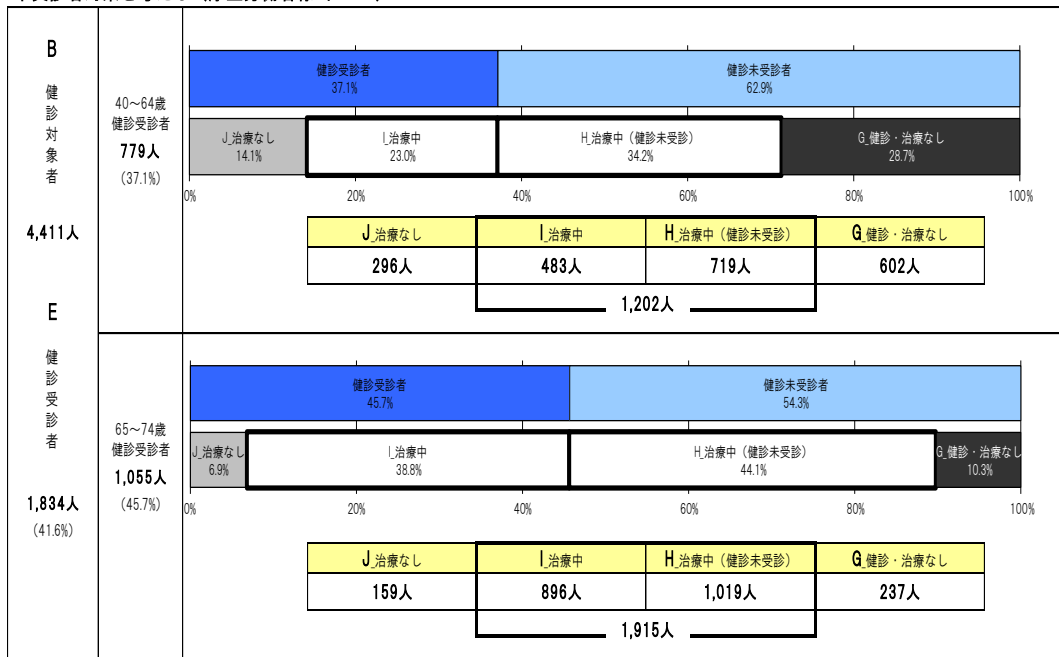
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、国富町の健診受診率は41.6%であり、被保険者の半数以上が未受診である。更に「G健診・治療なし」を見ると40～64歳の割合が、28.7%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全くわからない状態であり、重症化しているかどうかの実態も把握できない。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療にかかっているお金を見ても、健診を受診することが医療費適正化の面において有用であることがわかる。

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

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

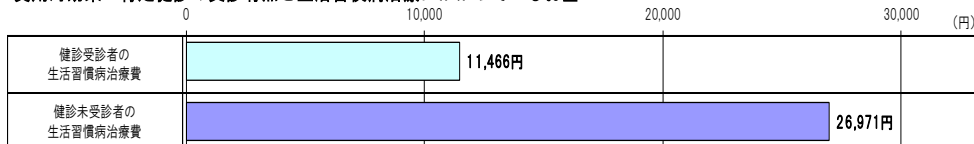
★NO.26 (CSV)



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

★NO.3.⑥



3. 目標の設定

1) 成果目標

(1)中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患の総医療費に占める割合をそれぞれ10%減少させることを目標にする。特に若年者（40～64歳）の脳血管疾患を減らす。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、国富町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

(2)短期的な目標の設定

まずは脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなるメタボリックシンドロームを減らし、重症化を予防するため高血圧・脂質異常症・糖尿病を減らしていくことを短期的な目標とする。

重点目標として、糖尿病ではHbA1c6.5以上の未治療者、治療中でHbA1c7.0以上のコントロール不良の者を減らすこととする。高血圧では、Ⅱ度以上高血圧の未治療者、Ⅰ度高血圧の者の割合を減らしていくことを目標とする。

個人としては、1年、1年、血圧、血糖、脂質の短期的な目標の検査結果を悪化させないこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な受診勧奨や治療継続への働きかけを行うとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療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、治療中の者に対しても検査データから必要な者については主治医と連携を図りながら栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、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、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	45%	48%	51%	54%	57%	60%
特定保健指導実施率	60%	62%	64%	66%	68%	70%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	4,463人	4,329人	4,216人	4,035人	3,789人	3,518人
	受診者数	2,000人	2,070人	2,150人	2,170人	2,160人	2,110人
特定保健指導	対象者数	300人	310人	320人	320人	320人	310人
	受診者数	190人	200人	210人	210人	220人	220人

※特定健診対象者数は、平成29年12月1日時点の国保被保険者数（4,641人）から推計

特定保健指導対象者数は、過去4年間の発生率の平均（15%）で推計

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、宮崎県健康づくり協会に委託し集団健診と人間ドックで実施する。

- ① 集団健診(国富町保健センター、八代小学校体育館、木脇改善センター)
- ② 人間ドック（宮崎県健康づくり協会）

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関は宮崎県健康づくり協会とし、国富町ホームページに掲載する。また、今後健診実施機関が追加された場合も町ホームページにて周知する。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血・心電図）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5)実施時期

集団健診は、5月から11月の間で1か月おきに年度4回をめぐりに実施する。人間ドックによる特定健康診査は、5月から12月の間で宮崎県健康づくり協会と日程調整を行い実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

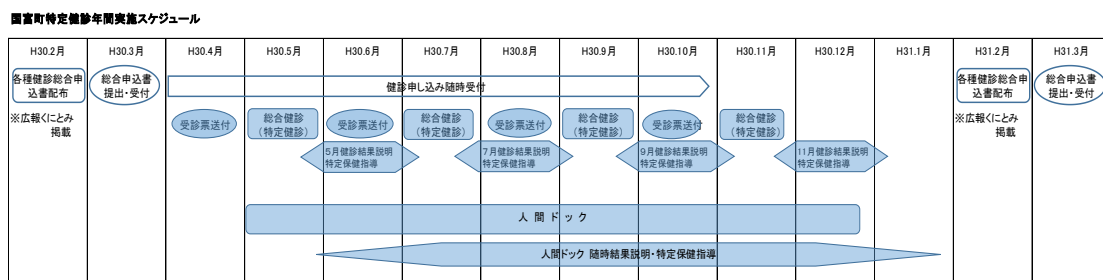
(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国保連に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であり、国富町においては全世帯を対象に各種健（検）診総合申込書を送付し、がん検診をあわせた健診の案内を行っている。また、町広報誌への掲載や転入者や国保加入者への窓口での健診案内の配布も行い周知を図っていく。（図表 22）

【図表 22】



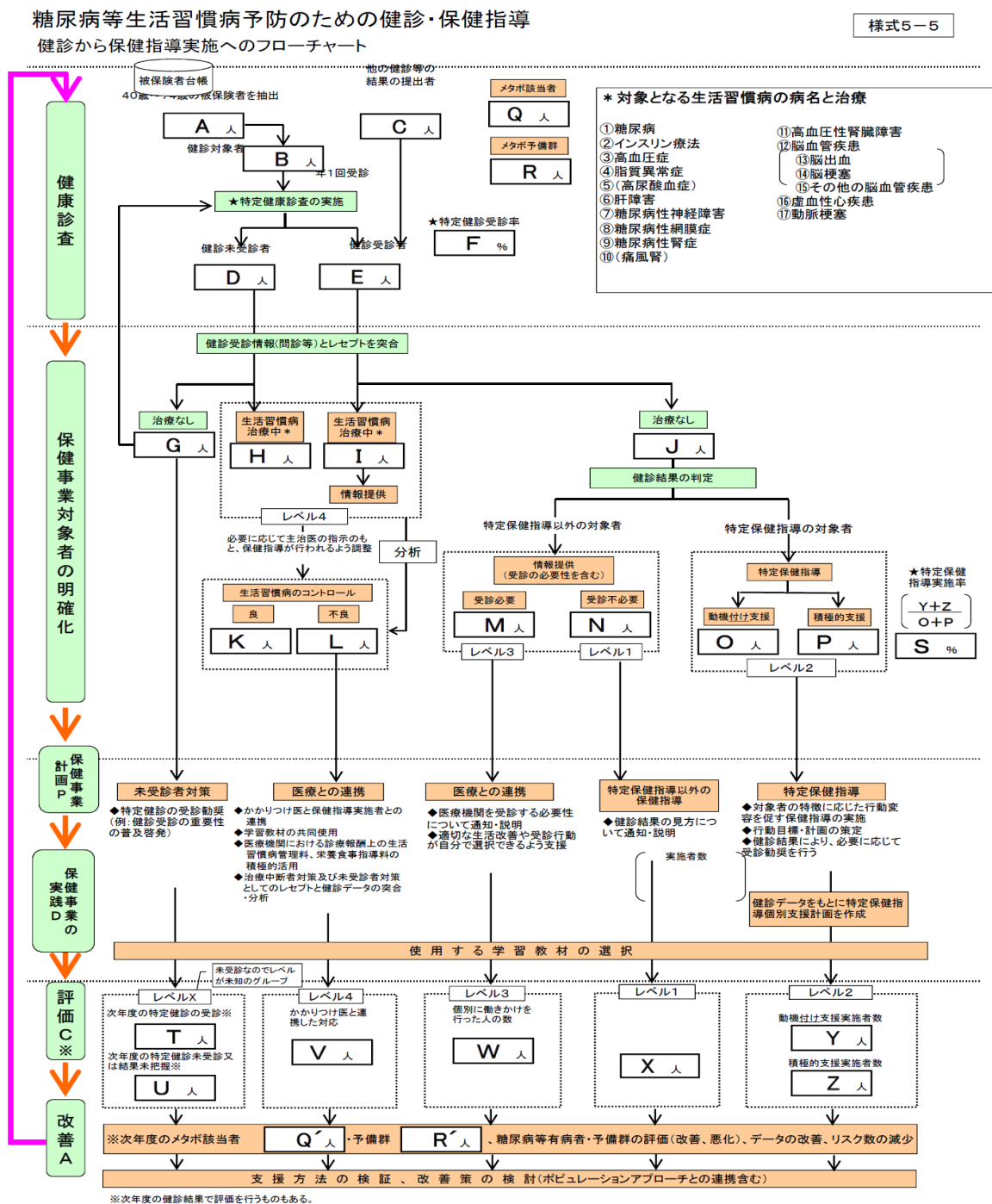
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保健センターで実施し、一部を健康づくり協会へ委託し実施する。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5(改訂版厚労省様式6-10)をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

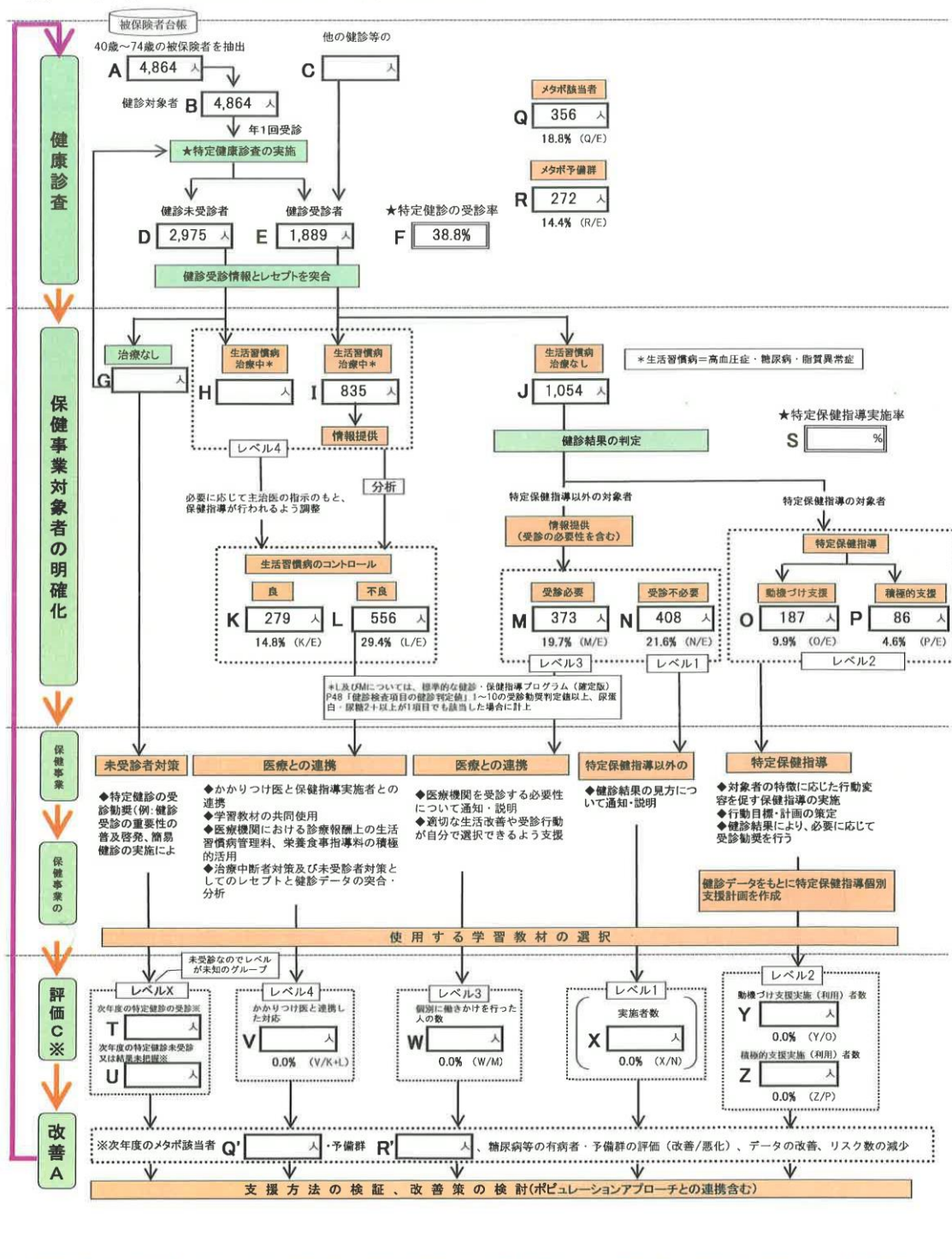
平成28年度の結果より

【図表 24】

優先順位	改訂版 厚労省 様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	273人 (14.5%)	60%
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	408人 (20.6%)	HbA1c6.5 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)	2,975人 ※受診率目標達成までにあと 1,029人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	373人 (19.7%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	556人 (29.4%)	受診勧奨対象者で未治療・治療中断者の保健指導 100%

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

様式6-10

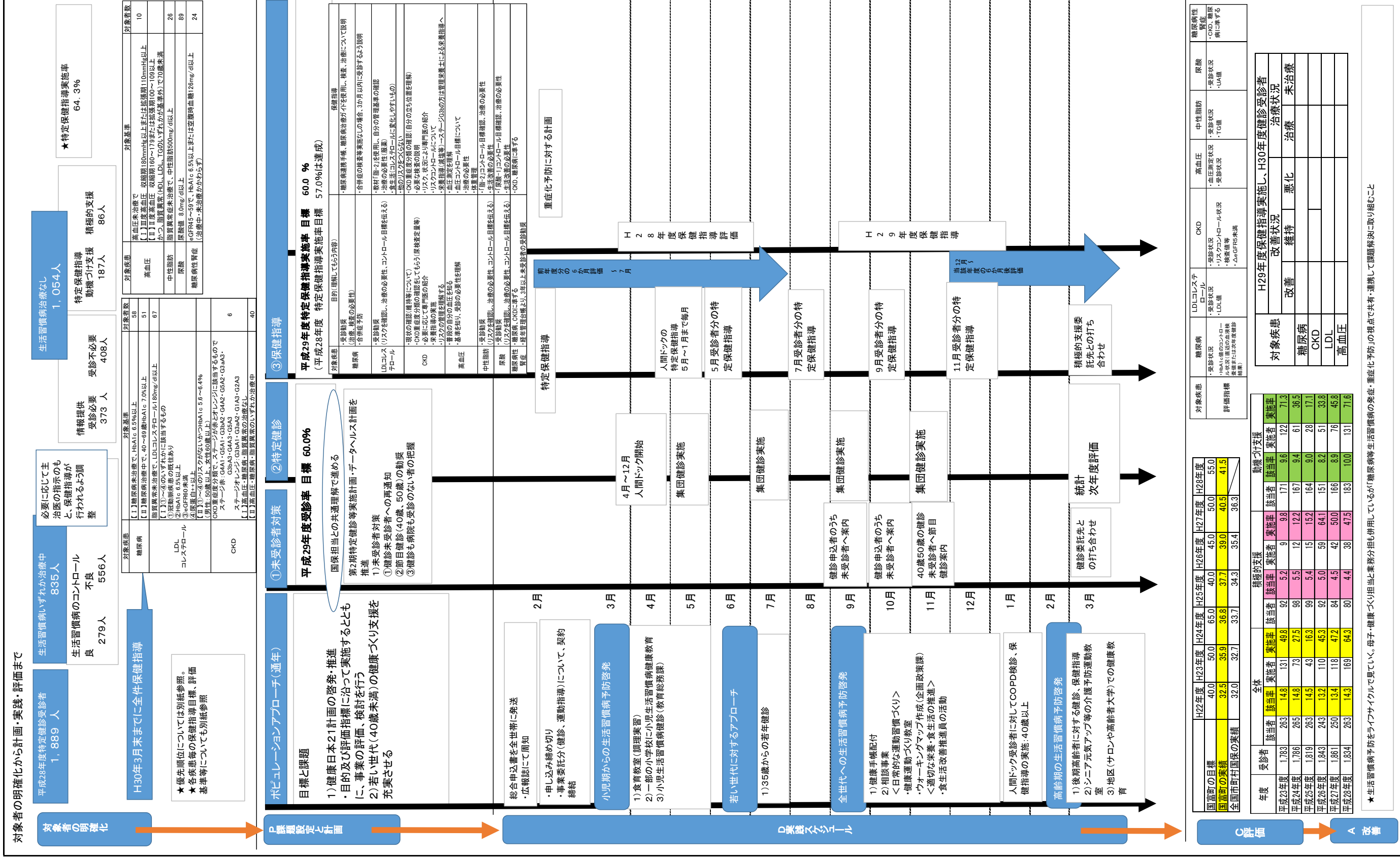


(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール



★生活習慣病予防をライフスタイルで見ている。母子・健康づくり担当と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防の観点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

6. 個人情報の保護

(1)基本的な考え方

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

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

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

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

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、国富町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

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

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取り組みを行う。具体的には医療機関の受診が必要な者には適切な受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取り組みとしては、生活習慣病の重症化による医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知するとともに、早期からの生活習慣の振り返りや意識づけの機会となるよう啓発を行う。

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

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取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(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)及び宮崎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国富町糖尿病性腎症重症化予防実施計画書を作成し、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病腎症重症化予防指針(第1期)の第4章糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 腎機能の低下がみられる者
 - イ. 医師が必要と認めた者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。

国富町においては特定健診にて蛋白尿(定性)検査に加えて、血清クレアチニン検査と尿蛋白(定量)検査を実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測は可能であるが、今後早期に重症化予防に介入するためには尿アルブミン検査の活用が必要である。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28、参考資料 2)

国富町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 83 人(36.1%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 553 人中のうち、特定健診受診者が 169 人(30.6%・G)であったが、9 人(5.3%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 384 人(69.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 51 人中 16 人は治療中断であることが分かった。また、35 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より国富町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・83 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・25 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・160 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

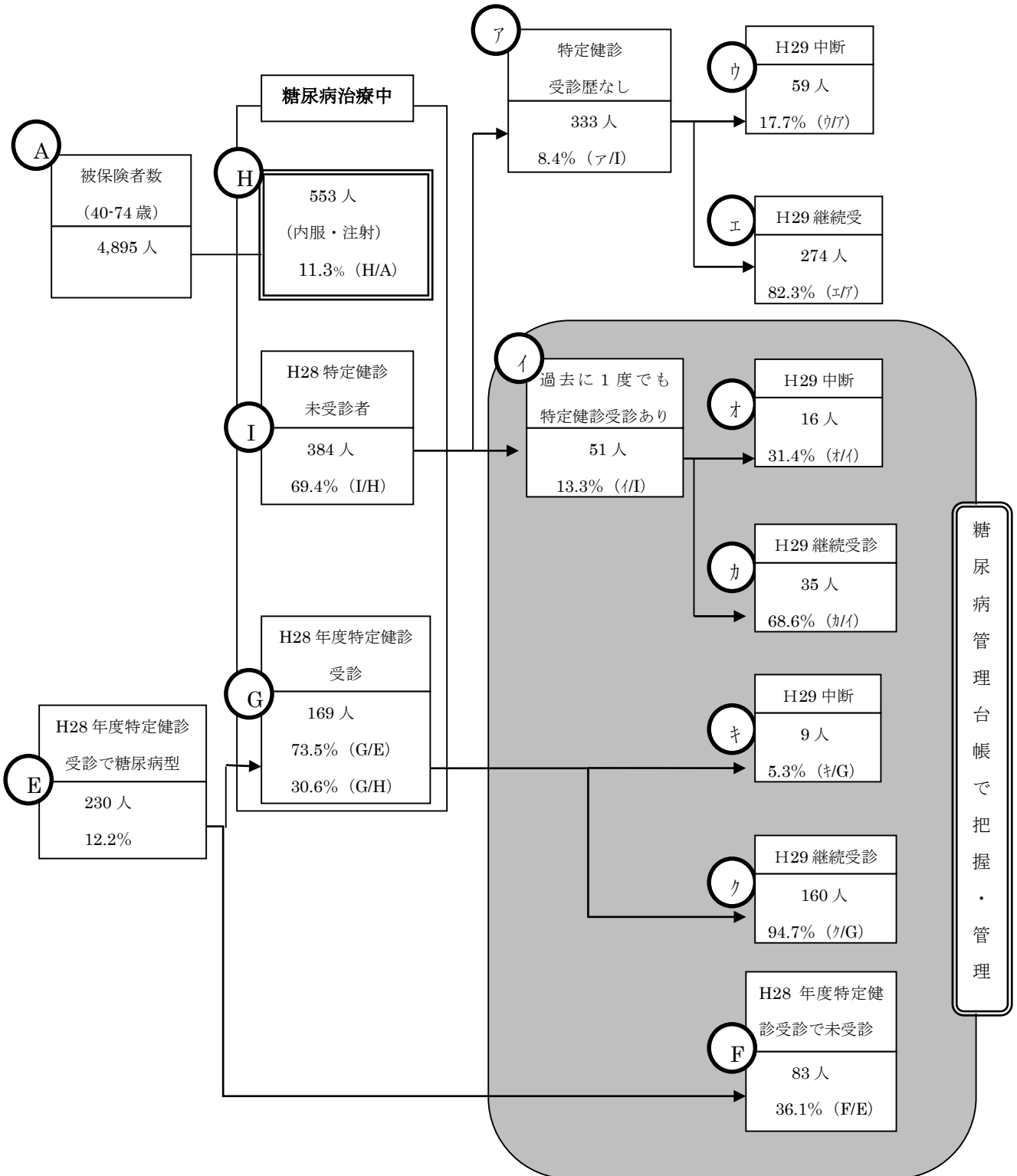
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・35 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3ヶ月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

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

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白(定性)

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

- ・特定健診の間診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- 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・重症化予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。国富町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> ヘモグロビンA1cとは 糖尿病の治療の進め方 健診を受けた人の中での私の位置は？ HbA1cと体重の変化 HbA1cとGFRの変化 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> 糖尿病による網膜症 眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ 糖尿病性神経障害とそのすみ方 糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 糖尿病のタイプ インスリンの仕事 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 私はどのパターン？(抵抗性) なぜ体重を減らすのか 自分の腎機能の位置と腎の構造 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 腎臓は なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 血圧値で変化する腎機能の低下速度 血糖値で変化する腎機能の低下速度 血圧を下げる薬と作用 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています ピグアナイド薬とは チアゾリジン薬とは 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及び定量検査を実施しているが、可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に宮崎市郡医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針(第1期)の第5章及び宮崎市糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく(参考資料11)。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用して行く。

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

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数
- ② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白(定性)の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

(2) 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料6)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。国富町において健診受診者1,889人のうち心電図検査実施者は100%であり、そのうちST所見があったのは108人であった(図表30)。ST所見あり108人中のうち6人は要精査であり、その後の受診状況を見ると3人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの102人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

国富町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため引き続き心電図検査の全数実施を行う。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
			ST所見あり(c)				その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%(b/a)	人	%(c/b)	人	%(d/b)	人	%(e/b)
平成28年度	1,889	100	1,889	100	108	5.7	552	29.2	1,229	65.1

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精検(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)
108	100	6	5.6	3	50.0	3	50.0

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以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。国富町では心電図検査は全数実施しており、対象者は図表32に沿って抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
		1889	108	552		1229
		5.7	29.2	65.1	0.0	
メタボ該当者	356 18.8%	22 6.2%	121 34.0%	213 59.8%	0 0.0%	
メタボ予備群	272 14.4%	13 4.8%	79 29.0%	180 66.2%	0 0.0%	
メタボなし	1261 66.8%	73 5.8%	352 27.9%	836 66.3%	0 0.0%	
LDL	140-159	236 12.5%	16 6.8%	62 26.3%	158 66.9%	0 0.0%
	160-179	101 5.3%	6 5.9%	24 23.8%	71 70.3%	0 0.0%
	180-	57 3.0%	4 7.0%	12 21.1%	41 71.9%	0 0.0%

【参考】

CKD	G3aA1~	284	28	85	171	0
		15.0%	9.9%	29.9%	60.2%	0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(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象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく(参考資料 11)。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は **糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報** を活用していく。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

(3) 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】

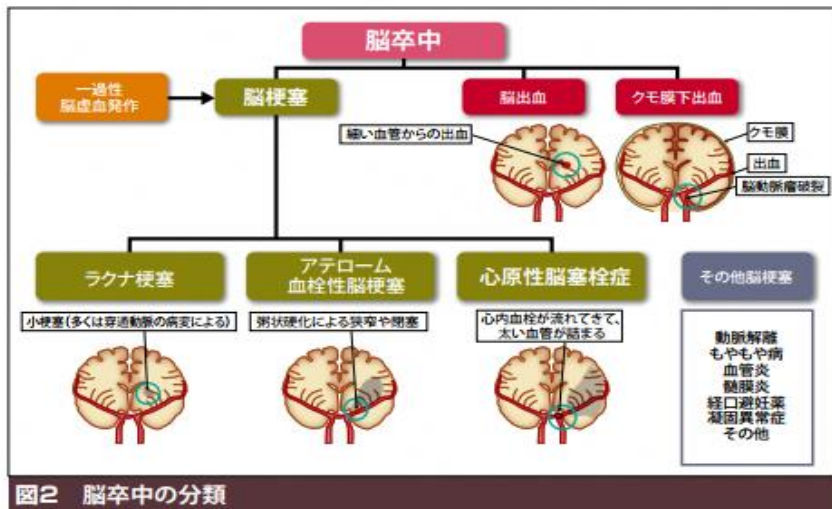


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○			○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○			○					
脳出血	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BMDbM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		102人	5.4%	109人	5.8%	77人	4.1%	28人	1.5%	356人	18.8%	3人	0.2%	45人	2.4%
治療なし		51人	4.2%	58人	3.3%	67人	4.3%	2人	0.2%	73人	6.9%	0人	0.0%	10人	0.9%
治療あり		51人	7.7%	51人	34.7%	10人	3.0%	26人	3.1%	283人	33.9%	3人	0.4%	35人	4.2%
臓器障害あり		27人	52.9%	20人	34.5%	18人	26.9%	2人	100.0%	30人	41.1%	0人	0.0%	10人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人		2人		2人		0人		0人		0人		10人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1人		2人		2人		0人		0人		0人		10人	
	心電図所見あり	26人		19人		18人		2人		30人		0人		4人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が102人(5.4%)であり、51人は未治療者であった。また未治療者のうち27人(52.9%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も16人(15.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

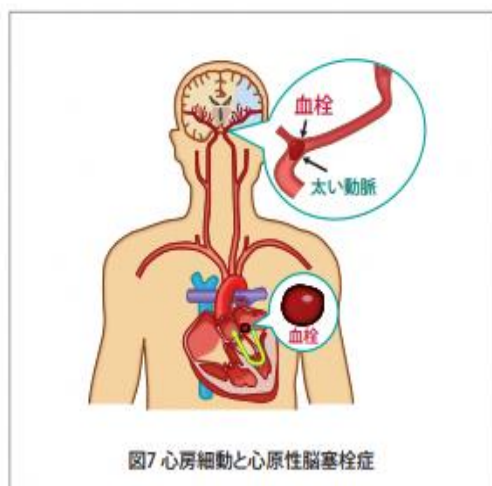
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

【図表 37】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	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
	1,225	377	296	249	252	41	10
		30.8%	24.2%	20.3%	20.6%	3.3%	0.8%
リスク第1層	200	92	52	34	20	2	0
		16.3%	24.4%	17.6%	13.7%	7.9%	4.9%
リスク第2層	658	197	167	134	127	26	7
		53.7%	52.3%	56.4%	53.8%	50.4%	63.4%
リスク第3層	367	88	77	81	105	13	3
		30.0%	23.3%	26.0%	32.5%	41.7%	31.7%
再掲 重複あり	糖尿病	114	30	27	23	29	4
		31.1%	34.1%	35.1%	28.4%	27.6%	30.8%
	慢性腎臓病 (CKD)	139	37	33	24	42	3
		37.9%	42.0%	42.9%	29.6%	40.0%	23.1%
	3個以上の危険因子	190	37	34	49	59	8
		51.8%	42.0%	44.2%	60.5%	56.2%	61.5%
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					
20	129	154					
1.6%	10.5%	12.6%					
20	2	0					
100%	1.6%	0.0%					
--	127	33					
--	98.4%	21.4%					
--	--	121					
--	--	78.6%					

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	950	939	27	2.8	1	0.1	-	-
40歳代	87	80	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	150	172	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	475	484	18	3.8	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	238	203	9	3.8	1	0.5	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
28	100	2	7.1	26	92.9

心電図検査において 28 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代、70代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 28 人のうち 26 人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査を引き続き全数実施していくことが重要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく(参考資料 11)。

短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は心房細動管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

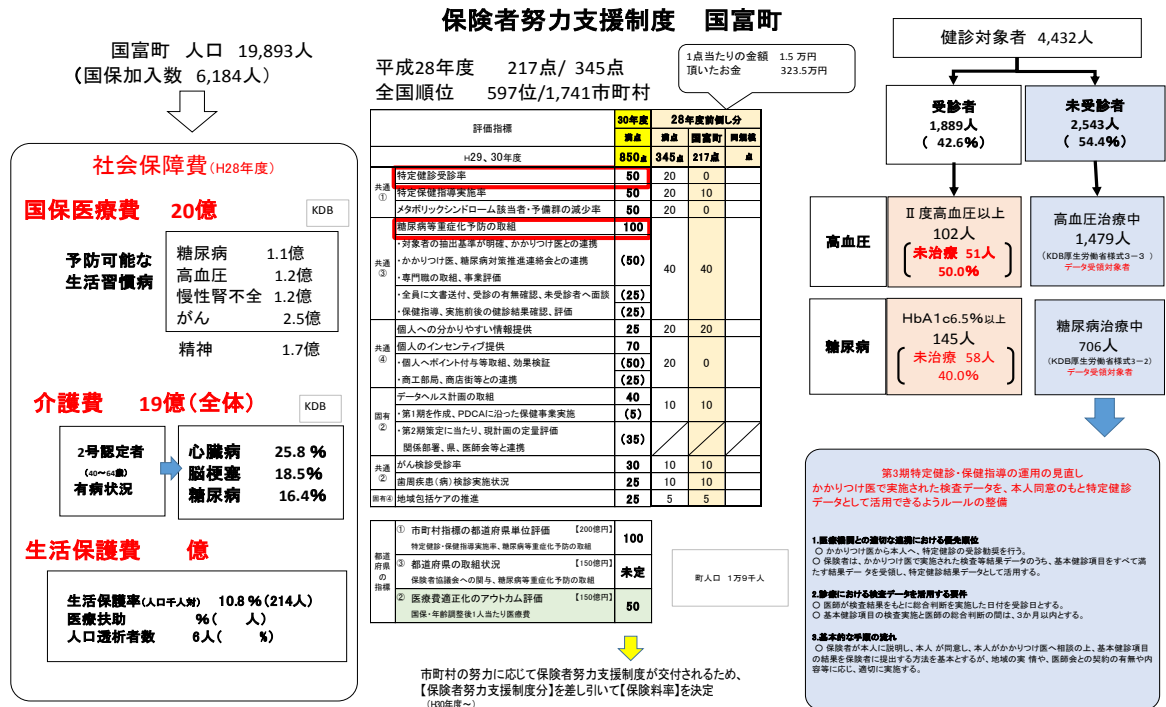
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第心房細動管理台帳に記載。台帳記載後順次、
対象者へ介入(通年)

3 ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】

宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料 (図表 41)

1. からだの実態

① 健診データ

(H25年度厚生労働省様式6-2~6-7健診有所見者状況)

腹囲	4位
中性脂肪	10位
HDL	5位
HbA1c8.4以上	15位
血圧140以上	12位

② 患者調査の実態 (平成26年)

総数	入院	入院外
	9位	19位

③ 透析患者の状況

	H26年	H27年
慢性透析患者	3位	5位
新規透析(糖尿病性腎症)	34位	16位

内臓脂肪の蓄積

④ 脳血管疾患 (H26年)

入院	9位
----	----

2. 宮崎の食の実態

食用油	9位
鶏肉	8位
加工肉	8位
餃子	3位
焼肉店	7位

即席めん	12位
柑きつ類	3位
砂糖	4位

生鮮野菜(全体)	44位
----------	-----

バー キャバレー 田イクラブ	2位
酒場 ビアホール	5位

第5章 地域包括ケアに係る取組

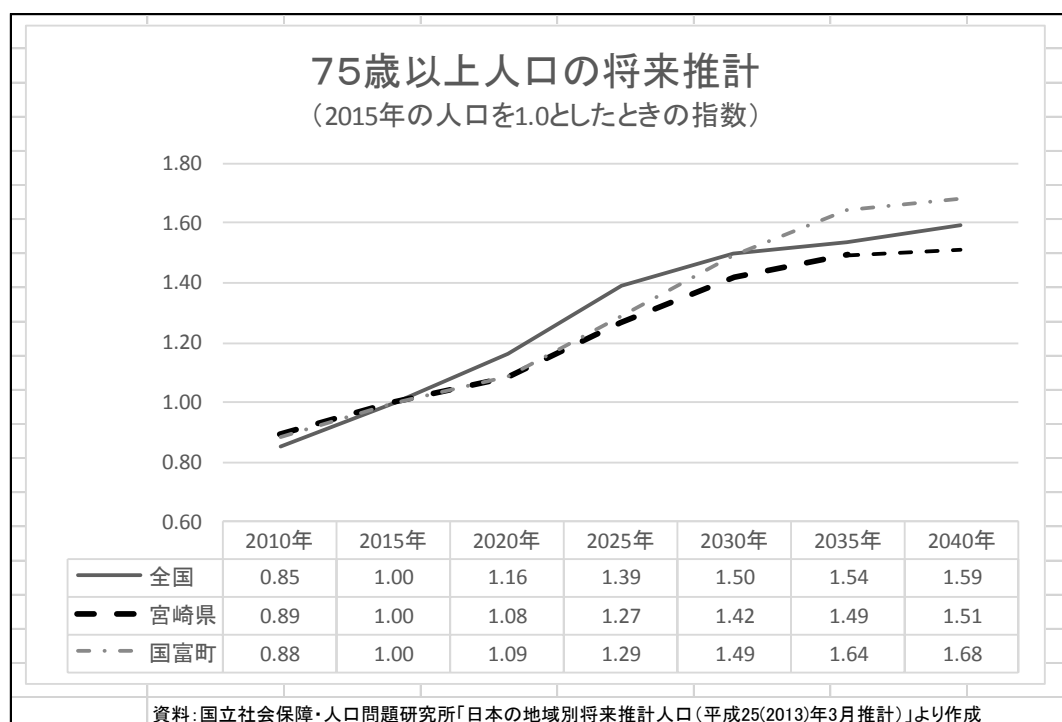
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患のうち脳血管疾患、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。

本町は、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1.68と全国平均よりも高くなると推計されている。(図表42)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても町にとっても非常に重要である。

【図表42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料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）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設定した目標に達することができたか （検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など）

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた国富町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 データヘルスの目標管理一覧表

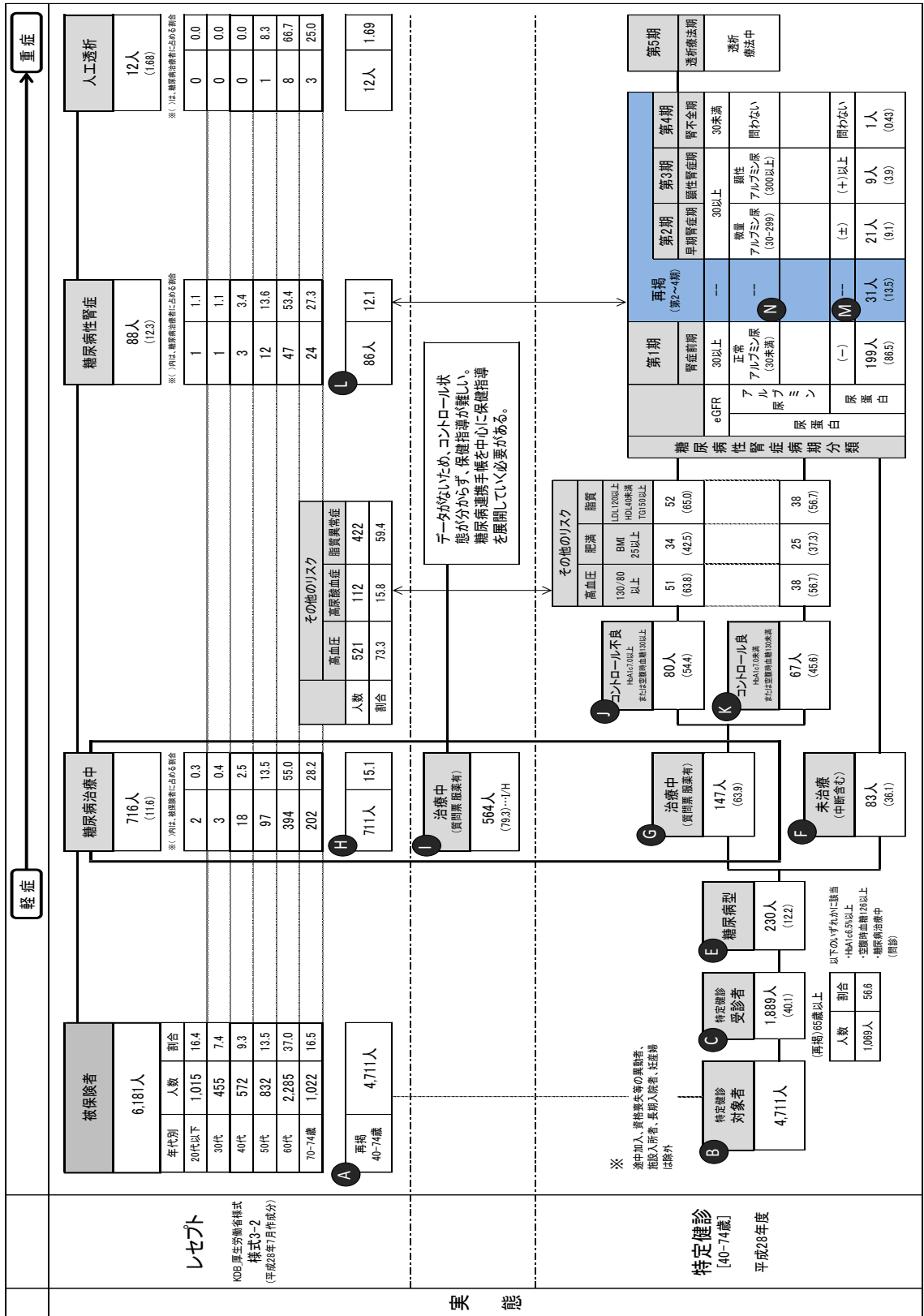
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた国富町の位置

項目		H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
		保険者		保険者		同規模平均		県			国		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合	
1	① 人口構成	総人口	20,869		20,869		4,840,962		1,125,360		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)	5,782	27.7	5,782	27.7	1,107,232	22.9	290,839	25.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	3,237	15.5	3,237	15.5			156,418	13.9	13,989,864	11.2	
		65～74歳	2,545	12.2	2,545	12.2			134,421	11.9	15,030,902	12.0	
		40～64歳	7,449	35.7	7,449	35.7			383,847	34.1	42,411,922	34.0	
	39歳以下	7,638	36.6	7,638	36.6			450,674	40.0	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	21.7		21.7		6.2		11.8		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	22.8		22.8		28.8		21.6		25.2		
		第3次産業	55.5		55.5		65.0		66.6		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.2		79.2		79.7		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		87.0		87.0		86.5		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.0		65.0		65.4		65.2		65.2			
	女性	66.9		66.9		66.9		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	99.9		104.3		98.8		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	77	47.2	70	45.5	13,676	49.0	3,469	45.2	367,905	49.6	
		心臓病	40	24.5	44	28.6	7,410	26.6	2,242	29.2	196,768	26.5	
		脳疾患	34	20.9	23	14.9	4,436	15.9	1,301	16.9	114,122	15.4	
		糖尿病	2	1.2	2	1.3	538	1.9	128	1.7	13,658	1.8	
		腎不全	4	2.5	5	3.2	920	3.3	276	3.6	24,763	3.3	
		自殺	6	3.7	10	6.5	924	3.3	265	3.5	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	32	12.2	30	10.3							厚労省HP 人口動態調査
		男性	21	16.3	21	14.3							
		女性	11	8.2	9	6.2							
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	1,098	18.8	1,141	19.6	214,304	19.5	59,315	20.4	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	30	0.3	20	0.3	3,881	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	36	0.5	27	0.4	5,773	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	218	19.6	220	19.8	50,726	22.7	12,987	21.1	1,350,152	22.1	
		高血圧症	666	59.9	692	59.2	116,656	52.4	35,357	57.9	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	319	28.0	344	29.8	62,464	27.9	16,825	27.4	1,741,866	28.4	
		心臓病	767	68.2	795	68.6	132,934	59.8	40,235	65.9	3,529,682	58.0	
		脳疾患	366	33.0	384	33.0	59,484	26.9	19,122	31.4	1,538,683	25.5	
		がん	103	8.5	105	8.3	22,320	9.9	5,852	9.4	631,950	10.3	
		筋・骨格	676	58.5	692	58.7	114,481	51.4	35,171	57.7	3,067,196	50.3	
精神	479	40.7	485	40.6	80,074	35.8	25,297	40.9	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	69,305		64,965		62,901		66,242		58,284			
	居宅サービス	50,612		47,332		40,734		47,239		39,662			
	施設サービス	301,626		289,798		277,659		282,096		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別	7,560		7,237		8,370		7,149		7,980			
	医療費 (40歳以上)	3,444		3,625		3,831		3,962		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	7,164		6,240		1,198,062		300,107		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	2,305	32.2	2,412	38.7			119,981	40.0	12,461,613	38.2	
		40～64歳	2,857	39.9	2,294	36.8			103,073	34.3	10,946,712	33.6	
		39歳以下	2,002	27.9	1,534	24.6			77,053	25.7	9,179,541	28.2	
	加入率	34.3		29.9		25.1		26.7		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.3	2	0.3	296	0.2	140	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	15	2.1	15	2.4	2,970	2.5	891	3.0	96,727	3.0	
		病床数	137	19.1	125	20.0	53,431	44.6	19,245	64.1	1,524,378	46.8	
		医師数	24	3.4	22	3.5	8,940	7.5	2,730	9.1	299,792	9.2	
		外来患者数	676.6		715.2		692.6		677.3		668.1		
入院患者数	20.5		23.0		19.6		24.7		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	23,049	県内21位 同規模102位	26,234	県内18位 同規模68位	25,606		26,707		24,245			
	受診率	697.134		682.73		712.241		702.012		686.286			
	外来費用の割合	58.6		56.7		59.2		55.1		60.1			
	入院費用の割合	41.4		43.3		40.8		44.9		39.9			
	1件あたり在院日数	16.5日		15.5日		15.8日		17.8日		15.6日			
	新生物	19.1		21.6		25.2		22.0		25.6			
	慢性腎不全 (透析あり)	12.6		11.6		9.3		11.2		9.7			
④ 医療費分析 総額に占める割合 (最大医療費源疾病名 (調和含む))	糖尿病	9.3		10.0		10.1		8.6		9.7			
	高血圧症	13.0		10.1		8.8		8.7		8.6			
	精神	17.0		15.1		16.6		22.3		16.9			
	筋・骨疾患	13.5		15.4		15.5		14.6		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	521,288	11位	(18)	500,466	19位	(17)											KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	511,203	12位	(18)	548,655	12位	(17)															
	県内順位 順位総数28	入院の()内 は在院日数	外来	脂質異常症	504,919	8位	(17)	515,683	8位	(16)															
				脳血管疾患	562,239	10位	(21)	620,223	6位	(19)															
					心疾患	621,814	8位	(14)	524,792	22位	(15)														
					腎不全	629,433	8位	(14)	510,363	23位	(12)														
					精神	447,869	8位	(24)	490,229	6位	(25)														
					悪性新生物	579,995	17位	(13)	635,440	8位	(14)														
					糖尿病	31,942	16位		29,521	25位															
					高血圧	26,021	24位		26,629	22位															
					脂質異常症	23,835	22位		24,426	22位															
					脳血管疾患	41,259	3位		36,999	9位															
					心疾患	37,714	17位		41,995	12位															
					腎不全	196,386	12位		157,893	22位															
	精神	30,299	13位		26,898	20位																			
	悪性新生物	45,126	18位		52,264	17位																			
⑥	健診有無別 一人あたり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,306			4,360			3,022		3,164		2,346							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
			健診未受診者	9,043			10,257			12,116		11,427		12,339											
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,853			11,466			8,244		8,696		6,742											
			健診未受診者	24,220			26,971			33,045		31,410		35,459											
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	1,108	60.9	1,107	60.4	189,567	56.6	38,800	54.9	4,427,360	56.1													
			医療機関受診率	1,019	56.1	1,027	56.0	174,386	52.1	36,267	51.4	4,069,618	51.5												
			医療機関非受診率	89	4.9	80	4.4	15,181	4.5	2,533	3.6	357,742	4.5												
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数28	メタボ	健診受診者	1,818			1,834			334,719		70,610		7,898,427						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 地域全体の把握				
				受診率	37.6	県内14位 同規模85位	41.6	県内14位 同規模67位	40.6	34.5	全国32位	36.4													
				特定保健指導終了者(実施率)	39	14.8	170	64.6	13919	34.0	3,465	40.8	198,683	21.1											
				非肥満高血糖	152	8.4	167	9.1	34,471	10.3	5,442	7.7	737,886	9.3											
				⑤				該当者	346	19.0	349	19.0	59,567	17.8	12,794	18.1	1,365,855	17.3							
									男性	247	27.6	255	27.6	40,619	27.7	8,493	27.9	940,335	27.5						
									女性	99	10.7	94	10.3	18,948	10.1	4,301	10.7	425,520	9.5						
									予備群	261	14.4	262	14.3	36,195	10.8	8,838	12.5	847,733	10.7						
				⑥				男性	181	20.2	176	19.0	25,013	17.0	5,505	18.1	588,308	17.2							
									女性	80	8.7	86	9.5	11,182	5.9	3,333	8.3	259,425	5.8						
				⑦				BMI	総数	680	37.4	692	37.7	107,607	32.1	24,452	34.6	2,490,581	31.5						
									男性	468	52.3	483	52.2	73,443	50.1	15,692	51.6	1,714,251	50.2						
									女性	212	23.0	209	23.0	34,164	18.2	8,760	21.8	776,330	17.3						
									総数	47	2.6	39	2.1	16,193	4.8	3,286	4.7	372,685	4.7						
									男性	10	1.1	11	1.2	2,462	1.7	532	1.8	59,615	1.7						
									女性	37	4.0	28	3.1	13,731	7.3	2,754	6.8	313,070	7.0						
									血糖のみ	21	1.2	26	1.4	2,474	0.7	467	0.7	52,296	0.7						
									血圧のみ	192	10.6	197	10.7	24,960	7.5	6,643	9.4	587,214	7.4						
				⑧				脂質のみ	48	2.6	39	2.1	8,761	2.6	1,728	2.4	208,214	2.6							
									血糖・血圧	80	4.4	79	4.3	9,940	3.0	2,194	3.1	212,002	2.7						
血糖・脂質	15	0.8	15						0.8	3,451	1.0	528	0.7	75,032	0.9										
血圧・脂質	138	7.6	151						8.2	27,799	8.3	6,424	9.1	663,512	8.4										
血糖・血圧・脂質	113	6.2	104						5.7	18,377	5.5	3,648	5.2	415,310	5.3										
⑨									総数	586	32.2	644	35.1	114,619	34.3	26,712	37.8	2,650,283	33.6						
既往歴									117	6.4	144	7.9	26,435	7.9	5,470	7.7	589,711	7.5							
喫煙				289	15.9	323	17.6	78,343	23.4	14,669	20.8	1,861,221	23.6												
週3回以上朝食を抜く				56	3.1	51	2.8	10,454	3.3	2,695	3.9	246,252	3.3												
週3回以上食後間食				54	3.0	45	2.5	18,765	5.8	3,636	5.3	417,378	5.5												
週3回以上就寝前夕食				2	0.1	4	0.2	2,354	0.7	240	0.3	39,184	0.5												
食べる速度が速い				216	11.9	206	11.2	31,124	9.7	7,036	10.3	761,573	10.2												
⑩				生活習慣の 状況	20歳時体重から10kg以上増加	255	14.0	253	13.8	44,727	13.4	8,574	12.1	1,122,649	14.2										
					1回30分以上運動習慣なし	599	32.9	610	33.3	96,666	32.5	23,064	33.7	2,192,264	32.1										
					1日1時間以上運動なし	1,147	63.1	1,125	61.3	171,305	57.8	37,367	54.5	4,026,105	58.8										
					睡眠不足	974	53.6	960	52.3	137,370	46.1	32,220	47.0	3,209,187	47.0										
					毎日飲酒	1,051	57.8	1,044	56.9	151,154	51.4	32,998	48.3	3,387,102	50.3										
					時々飲酒	354	19.5	383	20.9	55,552	18.9	14,204	20.7	1,321,337	19.5										
					⑪					1合未満	504	27.7	506	27.6	74,088	25.2	17,240	25.2	1,755,597	26.0					
										1~2合	1,192	65.6	1,198	65.3	194,800	66.3	45,922	67.0	4,425,971	66.6					
										2~3合	122	6.7	130	7.1	25,040	8.5	5,377	7.8	567,502	8.4					
										3合以上	379	20.8	349	19.0	43,462	14.6	10,362	15.1	1,054,516	15.5					
⑫										1日飲酒量															

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度		担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 <input type="checkbox"/> 医療保険移動の確認 <input type="checkbox"/> 死亡はその原因 2.レセプトの確認 <input type="checkbox"/> 治療の確認 <input type="checkbox"/> 直近の治療の有無の確認 3.会いに行く <input type="checkbox"/> 医療受診勧奨の保健指導 <input type="checkbox"/> 糖尿病手帳の確認 4.結果から動く <input type="checkbox"/> 経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 <input type="checkbox"/> 経年データ、治療状況に応じた保健指導 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 <input type="checkbox"/> 健診データを本人から <input type="checkbox"/> レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 尿アルブミン検査の継続 栄養士中心 腎専門医	
	④健診未受診者 ()人			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん </div>
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保) ()人			
	②後期高齢者 ()人			
	③他保険 ()人			
	④住基異動(死亡・転出) ()人			
	⑤確認できず ()人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	⑥結果把握 ()人			
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人				
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人				

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

同規模区分 12

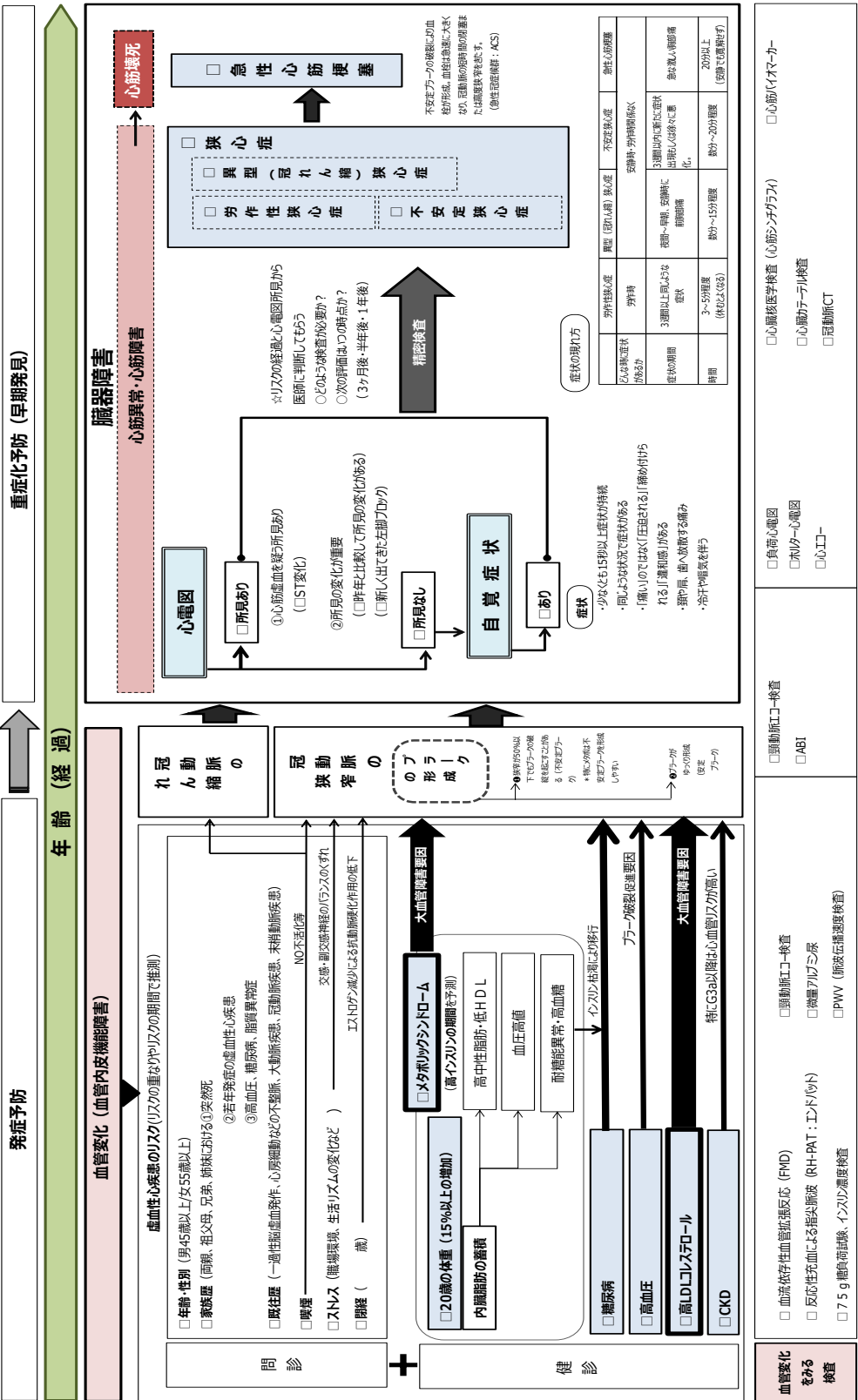
都道府県 45

市町村名

国富町

項目	実合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	6,181人							KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		4,711人								
2	① 対象者数	B	4,792人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 特定健診 受診者数	C	1,889人								
	③ 受診率		39.4%								
3	① 特定保健指導 対象者数		263人								
	② 実施率		64.3%								
4	① 健診データ	糖尿病型	E	230人	12.2%						特定健診結果
		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	83人	36.1%						
		治療中(質問票 服薬あり)	G	147人	63.9%						
		コントロール不良		80人	54.4%						
		HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	51人	63.8%						
		血圧 130/80以上		34人	42.5%						
		肥満 BMI25以上									
		コントロール良	K	67人	45.6%						
		HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満									
		第1期 尿蛋白(-)	M	199人	86.5%						
		第2期 尿蛋白(±)		21人	9.1%						
第3期 尿蛋白(+)		9人	3.9%								
第4期 eGFR30未満		1人	0.4%								
5	① レセプト	糖尿病受療率(被保険者対)		117.1人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
		(再掲)40-74歳(被保険者対)		152.4人							
		レセプト件数(40-74歳) / 1000被保険者対	入院外(件数)	3,810件	(809.6)			4,309件	(785.4)		KDB_疾病別医療費分析(生活習慣病)
			入院(件数)	44件	(9.3)			28件	(5.1)		
		糖尿病治療中	H	724人	11.7%						KDB_厚生労働省様式様式3-2
		(再掲)40-74歳	I	718人	15.2%						
		健診未受診者		571人	79.5%						
		インスリン治療	O	47人	6.5%						
		(再掲)40-74歳		46人	6.4%						
		糖尿病性腎症	L	95人	13.1%						
		(再掲)40-74歳		95人	13.2%						
		慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		11人	1.52%						
		(再掲)40-74歳		10人	1.39%						
		新規透析患者数		3							
		(再掲)糖尿病性腎症		3							
		【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		688人	0.9%						KDB_厚生労働省様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費	総医療費		20億1454万円				23億0569万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		生活習慣病総医療費		11億4006万円				13億0229万円			
		(総医療費に占める割合)		56.6%				56.5%			
		生活習慣病対象者一人あたり	健診受診者	11,466円				8,244円			
			健診未受診者	26,971円				33,045円			
		糖尿病医療費		1億1446万円				1億3171万円			
		(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.0%				10.1%			
		糖尿病入院外総医療費		2億7992万円							
		1件あたり		29,521円							
		糖尿病入院総医療費		1億6415万円							
		1件あたり		500,466円							
		在院日数		17日							
		慢性腎不全医療費		1億4435万円				1億2887万円			
		透析有り		1億3224万円				1億2093万円			
		透析なし		1211万円				794万円			
7	① 介護	介護給付費		19億1791万円				19億7126万円			
		(2号認定者)糖尿病合併症		0件							
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		2人	0.8%			3人	1.2%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



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ガイドライン2015、血管機能障害の診断法に関するガイドライン、冠動脈狭窄の診断法に関するガイドライン、エビデンスに基づくコロンの影響ガイドライン、糖尿病診療ガイドライン、血管内皮機能検査（健康診断）

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	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、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。		⑥ 発症予防対象者			
判定	正常	軽度		重度	追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲			男 85～ 女 90～		
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9		25～		
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹		～149	150～299	300～
		食後		～199	200～	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～		35～39	～34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149		150～169	170～	
	<input type="checkbox"/> ALT	～30		31～50	51～	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50		51～100	101～	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	～99	100～125	126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	～139	140～199	200～	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	～84	85～89	90～		
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+)～				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

平成29年度に向けての全体評価(平成28年度評価)

様式1

課題・目標		評価			
<p>課題・目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らすことを目標に平成29年度には平成28年度と比較して3疾患それぞれ5%減少させる</p> <p>○医療費の伸びを抑える</p> <p>○新規透折患者数を減らす</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 ・集団健診(5・7・9・11月実施)について、5月健診未受診者に7月健診、7月健診未受診者に9月健診、9月健診未受診者に11月健診の再案内をそれぞれ行った。 (各月健診事前申込者に対して)</p> <p>・40歳、50歳の健診未受診者を対象に、前日健診として11月健診の再案内を行った。(健診事前申し込みをしていない者を含む)</p> <p>・H28年度は、日曜健診の実施も行った</p> <p>↓</p> <p>・受診率向上にむ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。受診率の向上に向けて未受診者対策を効果的に行うために、対象者の把握と優先順位づけを行い、積極的受診勧奨の対象者を明確にすることが必要である。今後は、複数年継続した未受診者やセプトから医療機関未受診をあわせた分析を行い、健診も医療機関も受診していない者から明確にしていくことが重要である。また、若いうちから健診や健康への関心をもってもらい、健診受診の習慣を啓発する必要があり、35歳からの若年者の健診の実施についても検討が必要である。</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○健診未受診者(申し込み者)への再勧奨の実施状況</p> <p>○前日健診対象者への受診勧奨実施状況</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%の達成状況</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <p>○保健活動に関して具体的な目標・効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○未受診者受診勧奨対象者の抽出と勧奨方法の検討(電話・郵送・訪問等)</p> <p>○若年からの健診受診の啓発(35歳からの健診の検討)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討</p> <p>○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)</p> <p>○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)</p>
<p>課題</p> <p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い</p> <p>◆受診勧奨の対象者・アプローチ方法の検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◆対象者・実施方法の検討</p> <p>◆保健師間の指導のばらつき</p> <p>◆評価指標の検討</p> <p>◆医療機関との連携</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診 ・集団健診(5・7・9・11月実施)について、5月健診未受診者に7月健診、7月健診未受診者に9月健診、9月健診未受診者に11月健診の再案内をそれぞれ行った。 (各月健診事前申込者に対して)</p> <p>・40歳、50歳の健診未受診者を対象に、前日健診として11月健診の再案内を行った。(健診事前申し込みをしていない者を含む)</p> <p>・H28年度は、日曜健診の実施も行った</p> <p>↓</p> <p>・受診率向上にむ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。受診率の向上に向けて未受診者対策を効果的に行うために、対象者の把握と優先順位づけを行い、積極的受診勧奨の対象者を明確にすることが必要である。今後は、複数年継続した未受診者やセプトから医療機関未受診をあわせた分析を行い、健診も医療機関も受診していない者から明確にしていくことが重要である。また、若いうちから健診や健康への関心をもってもらい、健診受診の習慣を啓発する必要があり、35歳からの若年者の健診の実施についても検討が必要である。</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○健診未受診者(申し込み者)への再勧奨の実施状況</p> <p>○前日健診対象者への受診勧奨実施状況</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%の達成状況</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <p>○保健活動に関して具体的な目標・効果を検討し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○未受診者受診勧奨対象者の抽出と勧奨方法の検討(電話・郵送・訪問等)</p> <p>○若年からの健診受診の啓発(35歳からの健診の検討)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討</p> <p>○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)</p> <p>○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)</p>
<p>未受診者対策</p> <p>◆受診率が低い</p> <p>◆受診勧奨の対象者・アプローチ方法の検討</p> <p>重症化予防対策</p> <p>◆対象者・実施方法の検討</p> <p>◆保健師間の指導のばらつき</p> <p>◆評価指標の検討</p> <p>◆医療機関との連携</p>	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○これまでの発症予防を含めた保健指導を実施したが、今年度は特にCKDの重症化予防に着目し、特定健診に尿蛋白定量検査を追加し、その結果もふまえた保健指導を行った。</p> <p>・対象者の選定については血圧・脂質・血糖・CKDについてそれぞれ受診勧奨値を超えているものとし、複数のリスクが重なる者は優先順位を高くした。</p> <p>・保健指導は健診結果説明と同時に実施することで、当該年度の健診結果もふまえてより直近のデータ下に保健指導を行っている。保健指導実施には、個人の経年変化(経年差)も活用し、より対象者の個別性と経過を考慮した保健指導の実施に努めている。</p> <p>・医療機関受診が必要な者へは、受診結果の確認と主治医の治療方針を把握するため検査依頼書(返信封筒あり)を発行し受診勧奨を行っている。</p> <p>↓</p> <p>・保健指導を行う上で、目的・目標を明確にすることで、評価にもつながると同時に、保健指導の内容も具体的に標準化でき、保健師間の共通認識を図ることができると考える。</p> <p>・今後は、重症化予防の中でもどのリスクに重点を置き取り組んでいくのかを明確にし、対象者の抽出・保健指導の目的・評価指標を明確にしていくことが必要である。また、対象者と保健指導の実施状況管理を経年的に行うため、管理台帳の作成が必要である。</p>	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導の実施状況</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○保健指導実施者の翌年の健診結果の状況</p> <p>○保健指導後の受診状況 集団・個別</p> <p>○重症化予防対象者数</p>	<p>④ストラクチャー (構造)</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>重症化予防対策</p> <p>○対象者の検討</p> <p>○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)</p> <p>○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)</p>

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値				最終評価値	現状値の把握方法		
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34		H35	
特定健診等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	41.5%								特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			特定保健指導実施率60%以上	64.3%									
			特定保健指導対象者の減少率25%(→10.7%へ)	14.3%									
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、脳血管疾患の有病者が県・国と比較して高い。 ・糖尿病の有病者が増加している ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が増加している。 ・慢性腎不全、糖尿病、高血圧症の医療費総額に占める割合が県・同規模よりも高い 	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少(→3.4%へ)【図表8】	3.8%								KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少(→1.7%へ)【図表8】	1.9%									
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合10%減少(→37.9%へ)【図表14】	42.2%									
		<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす 	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%(→25%へ)	33.3%									特定健診結果 KDB 糖尿病管理台帳
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	5.4%									
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	31.3%									
			健診受診者の糖尿病患者の割合減少(HbA1c6.5以上)	7.7%									
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%(HbA1c6.5以上)	-									
			糖尿病の保健指導を実施した割合 80%以上(HbA1c6.5以上)	-									
保険者努力支援制度	新生物の医療費総額に占める割合が高い	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 25%以上	19.1%								地域保健事業報告 健康増進計画	
			肺がん検診 20%以上	15.6%									
			大腸がん検診 25%以上	22.3%									
			子宮頸がん検診 25%以上	21.0%									
			乳がん検診 25%以上	19.6%									
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合60%以上	-								特定健診受診率		
	・数量シェアH28年度49.9%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合50%以上	49.9%							厚生労働省公表結果		

※特定健診等計画の目標値は国の定める目標値で設定

その他については、国富町の定める目標値で設定