

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。

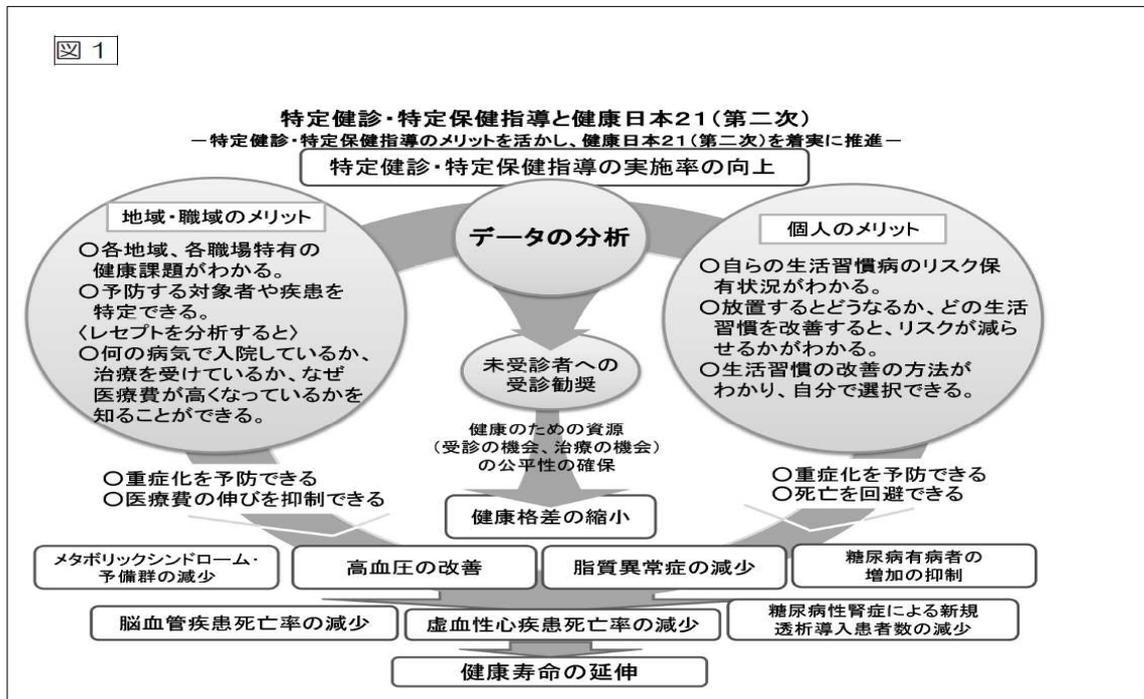
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化するが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととなった。

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。)の一部改正等により、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された。

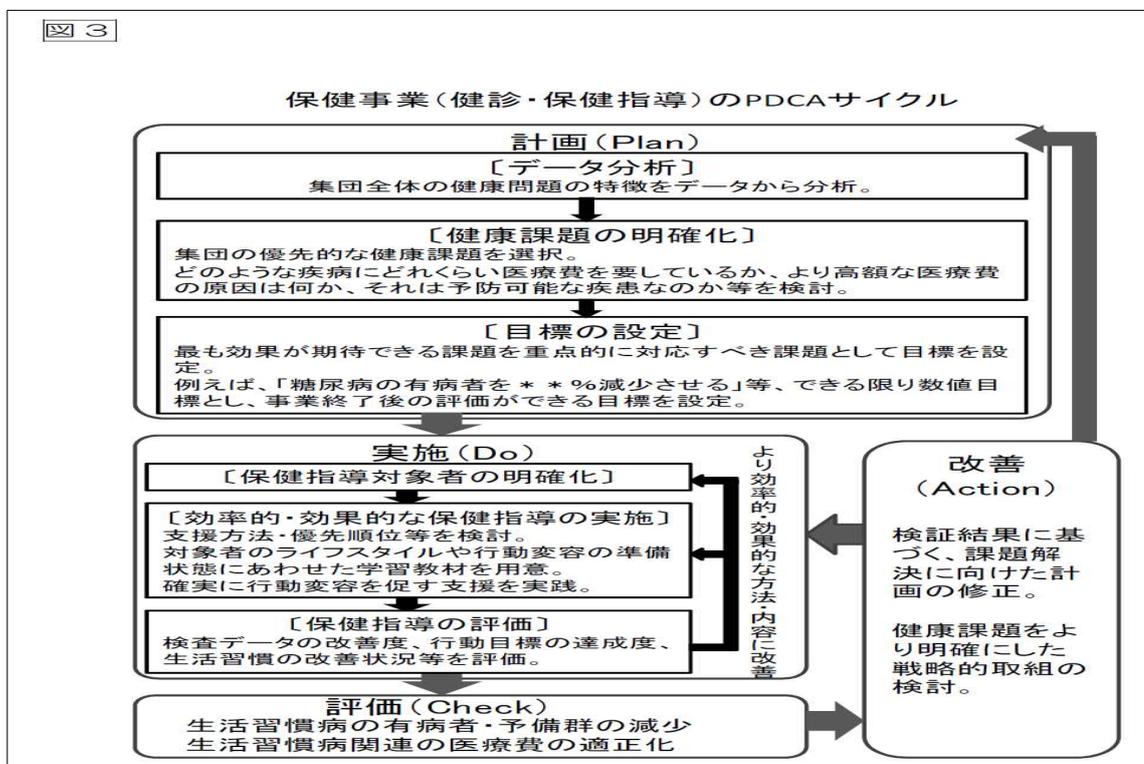
綾町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【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おり、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

綾町においては、福祉保健課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に健康推進係の保健師等の専門職と保健推進係（国保担当・介護担当）の事務職が課内で連携をはかり、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、福祉保健課保健推進係（国保担当・介護担当）、健康増進係、福祉係、総務税政課、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「国保連」という。）及び宮崎県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。

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。

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、特に綾町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、綾町は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、綾町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。

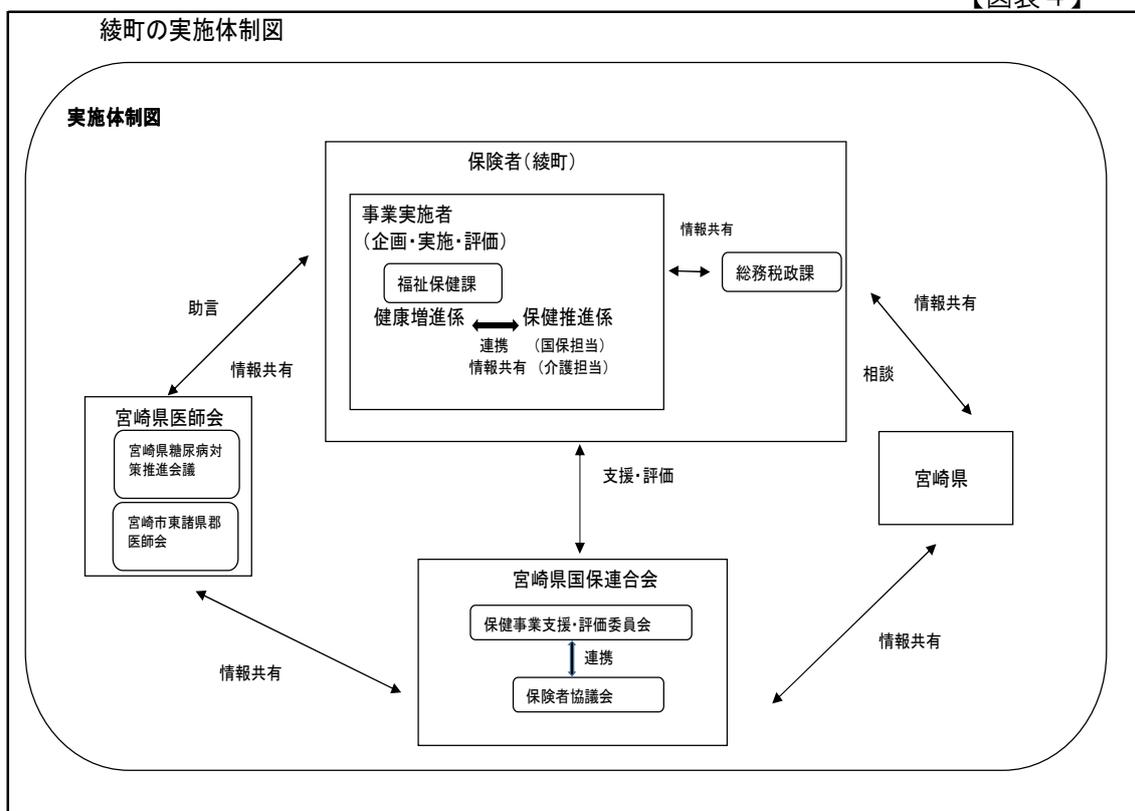
宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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。

【図表4】



4. 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、市町村国保に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されている。（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
		配点	綾町	配点	綾町	配点
満点		345		580		850
交付額(万円)			151.8			
総得点(体制構築加点含む)			251			
全国順位(1,741市町村中)			166			
共通①	特定健診受診率	20	15	35		50
	特定保健指導実施率	20	20	35		50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	20	10	35		50
共通②	がん検診受診率	10	0	20		30
	歯周疾患(病)検診	10	10	15		25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70		100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	20	45		70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15		25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25		35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組み	15	11	25		35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30		40
固有①	収納率向上	40	0	70		100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30		40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15		25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15		25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30		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数（65歳未満）は減少しており、死因別には心臓病・脳疾患による死亡割合が減少している。脳疾患は減少しているものの同規模・県・国の割合と比較すると高率であった。また、腎不全の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の上昇はみられるが、2号認定率は減少し、介護給付費にも減少がみられた。しかし同規模・県・国の割合と比較すると一件あたりの介護給付費は高額となっている。

国保被保険者の年齢構成で65歳以上の割合が増加しており一人当たりの医療費が上昇しているが、同規模・県・国と比較すると低い状況である。

医療費は同規模・県・国と比較すると低いのに、介護給付費が高い状況である。また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、医療費分析において透析や糖尿病の増加がみられることなどにより重症化が懸念される。

特定健診の受診率は年々高くなり同規模・県・国と比較し高い状況である。健診受診者の服薬者の割合が増えていることから、今後の重症化予防につながるものと考えられる。医療費適正化の観点からも今後も特定健診受診率向上への取組みは重要となる。【p.52～53 参考資料1】

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況【図表 6】

介護給付の変化について、1件あたりの介護給付費は減っているが介護給付費総額は増え介護保険被保険者一人当たりの給付費も増えている。同規模市町村と比べ1件あたりの給付費も一人当たりの給付費も高く、特に居宅サービスの給付費が高い。

【図表 6】

介護給付費の変化

年度	綾町					同規模平均			
	介護給付費 (万円)	一人当たり 給付額	1件当 り給付費 (全体)	1件当 り給付費 (全体)		一人当たり 給付額	1件当 り給付費 (全体)	1件当 り給付費 (全体)	
				居宅サービス	施設サービス			居宅サービス	施設サービス
H25年度	6億8,635万円	328,083	81,206	52,152	280,365	306,253	71,282	41,044	279,592
H28年度	7億3,556万円	351,608	74,000	49,500	270,891	313,982	70,589	40,981	275,251

② 医療費の状況【図表 7】

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を国・同規模と比較すると綾町は入院費用の伸び率を抑制できていないことがわかる。

【図表 7】

医療費の変化

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	国			保険者	同規模	国			保険者	同規模	国
1 総医療費 (円)	H25年度	7億7469万円					3億2387万円					4億5081万円				
	H28年度	7億3524万円	△3944万円	-5.1	-3.3	-0.3	3億1958万円	△430万円	-1.3	-2.9	-0.74	4億1566万円	△3515万円	-7.8	-3.5	0.0
2 一人当たり 医療費(円)	H25年度	22,270				9,310					12,960					
	H28年度	23,590	1,320	5.9	7.6	8.3	10,250	940	10.1	8.0	7.8	13,340	380	2.9	7.2	8.6

※KDBの1人当り医療費は、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】

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では減少しているが、疾患別にみると慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

短期目標疾患に係る費用割合では、高血圧・脂質異常症が減少し糖尿病が増えている。国と比較すると糖尿病は低いが高血圧・脂質異常症は高くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

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		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	糖尿病	高血圧	脂質異常症	2025年度	2028年度			
				同規模	県内												
H25	綾町	774,685,090	22,278	178位	23位	5.78%	0.74%	5.10%	3.21%	4.65%	7.60%	4.04%	240,958,320	31.10%	10.65%	6.75%	6.80%
		H28	735,240,630	23,591	189位	25位	7.49%	0.36%	3.12%	2.35%	4.94%	5.69%	3.56%	202,259,970	27.51%	11.62%	4.93%
医療費の伸び						23.1	-54.1	-42.0	-30.3	0.8	-28.9	-16.3					
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 中長期的な疾患【図表 9】

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見るとどの疾患も中長期的な疾患が重複している人が増えている。慢性腎不全（透析）では 64 歳以下で糖尿病が増えている。

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(透析)についてそれぞれの短期的な目標疾患を見ると、共通して高血圧の割合が高い。虚血性心疾患では高血圧と脂質異常症の割合が高い状況である。

【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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2904	134	4.6	29	21.6	2	1.5	105	78.4	55	41.0	87	64.9	
	64歳以下	2036	41	2.0	8	19.5	2	4.9	28	68.3	19	46.3	23	56.1	
	65歳以上	868	93	10.7	21	22.6	0	0.0	77	82.8	36	38.7	64	68.8	
H28	全体	2622	103	3.9	30	29.1	5	4.9	83	80.6	43	41.7	67	65.0	
	64歳以下	1672	24	1.4	5	20.8	1	4.2	15	62.5	10	41.7	13	54.2	
	65歳以上	950	79	8.3	25	31.6	4	5.1	68	86.1	33	41.8	54	68.4	

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2904	114	3.9	29	25.4	1	0.9	89	78.1	51	44.7	52	45.6	
	64歳以下	2036	35	1.7	8	22.9	1	2.9	27	77.1	16	45.7	17	48.6	
	65歳以上	868	79	9.1	21	26.6	0	0.0	62	78.5	35	44.3	35	44.3	
H28	全体	2622	104	4.0	30	28.8	2	1.9	83	79.8	48	46.2	63	60.6	
	64歳以下	1672	24	1.4	5	20.8	0	0.0	21	87.5	10	41.7	14	58.3	
	65歳以上	950	80	8.4	25	31.3	2	2.5	62	77.5	38	47.5	49	61.3	

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	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2904	8	0.3	1	12.5	2	25.0	7	87.5	2	25.0	1	12.5	
	64歳以下	2036	6	0.3	1	16.7	2	33.3	5	83.3	1	16.7	0	0.0	
	65歳以上	868	2	0.2	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0	
H28	全体	2622	11	0.4	2	18.2	5	45.5	10	90.9	5	45.5	2	18.2	
	64歳以下	1672	6	0.4	0	0.0	1	16.7	6	100.0	3	50.0	1	16.7	
	65歳以上	950	5	0.5	2	40.0	4	80.0	4	80.0	2	40.0	1	20.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)【図表10】

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者の状況(様式3-2)においては、糖尿病治療者の割合は増加している。インスリン療法、人工透析の割合が増加しているが、糖尿病性腎症の割合は減少している。高血圧治療者の状況(様式3-3)において、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、人工透析で治療している人が

増加している。脂質異常症治療者（様式3-4）において、脳血管疾患、人工透析で治療している人が増えている。どの短期的目標疾患においても虚血性心疾患は減少しているが脳血管疾患・人工透析が増加しており、早期介入して治療中断者がなかったか、確認し重症化を防ぐ必要がある。

【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	
H25	全体	2904	257	8.8	19	7.4	182	70.8	160	62.3	55	21.4	51	19.8	2	0.8	36	14.0	
	64歳以下	2036	104	5.1	8	7.7	63	60.6	62	59.6	19	18.3	16	15.4	1	1.0	13	12.5	
	65歳以上	868	153	17.6	11	7.2	119	77.8	98	64.1	36	23.5	35	22.9	1	0.7	23	15.0	
H28	全体	2622	239	9.1	20	8.4	178	74.5	151	63.2	43	18.0	48	20.1	5	2.1	28	11.7	
	64歳以下	1672	78	4.7	8	10.3	58	74.4	52	66.7	10	12.8	10	12.8	3	3.8	10	12.8	
	65歳以上	950	161	16.9	12	7.5	120	74.5	99	61.5	33	20.5	38	23.6	2	1.2	18	11.2	

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	
H25	全体	2904	610	21.0	182	29.8	314	51.5	105	17.2	89	14.6	7	1.1	
	64歳以下	2036	230	11.3	63	27.4	117	50.9	28	12.2	27	11.7	5	2.2	
	65歳以上	868	380	43.8	119	31.3	197	51.8	77	20.3	62	16.3	2	0.5	
H28	全体	2622	537	20.5	178	33.1	293	54.6	83	15.5	83	15.5	10	1.9	
	64歳以下	1672	178	10.6	58	32.6	100	56.2	15	8.4	21	11.8	6	3.4	
	65歳以上	950	359	37.8	120	33.4	193	53.8	68	18.9	62	17.3	4	1.1	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標					
		脂質異常症			糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2904	437	15.0	160	36.6	314	71.9	87	19.9	52	11.9	1	0.2	
	64歳以下	2036	185	9.1	62	33.5	117	63.2	23	12.4	17	9.2	0	0.0	
	65歳以上	868	252	29.0	98	38.9	197	78.2	64	25.4	35	13.9	1	0.4	
H28	全体	2622	421	16.1	151	35.9	293	69.6	67	15.9	63	15.0	2	0.5	
	64歳以下	1672	157	9.4	52	33.1	100	63.7	13	8.3	14	8.9	1	0.6	
	65歳以上	950	264	27.8	99	37.5	193	73.1	54	20.5	49	18.6	1	0.4	

②リスクの健診結果経年変化【図表 11】

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに中性脂肪、GPT、HDL-C、HbA1c、尿酸、収縮期血圧の有所見者が増加している。またメタボリックシンドローム予備群は減少しているが該当者が男女とも増えている。このことより、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。またH28年度新規受診者の状況を見ると有所見者が多くみられ、未受診者の

掘り起しが重要と思われる。

【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標票

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		α7チフ	
		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	106	27.0	180	45.5	93	23.7	74	18.9	11	2.8	148	37.8	159	40.6	89	22.7	159	40.6	91	23.2	183	46.0	6	1.5
	40-64	52	28.1	85	45.9	51	27.6	45	23.2	8	4.3	67	36.2	65	35.1	42	22.7	60	32.4	44	23.8	86	51.9	0	0.0
	65-74	54	28.1	105	50.7	42	20.3	31	15.0	3	1.4	81	38.1	94	45.4	47	22.7	99	47.8	47	22.7	92	44.4	6	2.9
H28	合計	103	25.9	176	44.3	106	26.7	77	19.4	30	7.6	128	32.2	176	44.3	95	23.9	177	44.6	79	19.9	174	43.8	8	2.0
	40-64	46	27.7	82	37.3	47	28.3	39	23.5	10	6.0	40	24.1	54	32.5	39	23.5	56	33.7	32	19.3	78	47.0	0	0.0
	65-74	57	24.7	114	49.4	59	25.5	38	16.5	20	8.7	88	38.1	122	52.8	56	24.2	121	52.4	47	20.3	96	41.6	8	3.5

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		α7チフ	
		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	89	20.6	85	19.6	51	11.8	32	7.4	8	1.8	84	19.4	150	34.6	5	1.2	139	32.1	46	10.6	240	55.4	1	0.2
	40-64	38	18.7	32	15.8	23	11.3	14	6.9	3	1.5	33	16.3	58	28.6	2	1.0	44	21.7	20	9.9	107	52.7	0	0.0
	65-74	51	22.2	53	23.0	28	12.2	18	7.8	5	2.2	51	22.2	92	40.0	3	1.3	95	41.3	26	11.3	133	57.8	1	0.4
H28	合計	101	23.2	97	22.2	60	13.8	39	8.9	12	2.8	93	21.3	208	47.7	7	1.6	180	41.3	44	10.1	216	48.5	1	0.2
	40-64	35	20.1	34	19.5	20	11.5	16	9.2	3	1.7	23	13.2	59	33.9	3	1.7	49	27.6	16	9.2	82	47.1	0	0.0
	65-74	66	25.2	63	24.0	40	15.3	23	8.8	9	3.4	70	26.7	149	56.9	4	1.5	132	50.4	28	10.7	134	51.1	1	0.4

H28年度新規受診者の状況

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		α7チフ	
		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	103	25.9	176	44.3	106	26.7	77	19.4	30	7.6	128	32.2	176	44.3	95	23.9	177	44.6	79	19.9	174	43.8	8	2.0
	初回	16	35.6	19	42.2	12	26.7	13	28.9	4	8.9	12	26.7	15	33.3	12	26.7	21	46.7	9	20.0	18	40.0	0	0.0

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		α7チフ	
		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	101	23.2	97	22.2	60	13.8	39	8.9	12	2.8	93	21.3	208	47.7	7	1.6	180	41.3	44	10.1	216	48.5	1	0.2
	初回	14	29.8	11	23.4	8	17.0	5	10.6	2	4.3	10	21.3	24	51.1	2	4.3	19	40.4	4	8.5	29	61.7	1	2.1

メタ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標票

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	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	392	43.2	35	8.9%	77	19.6%	3	0.8%	59	15.1%	15	3.8%	78	19.9%	15	3.8%	4	1.0%	39	9.9%	20	5.1%		
	40-64	185	38.2	20	10.8%	34	18.4%	2	1.1%	19	10.2%	13	7.0%	31	16.8%	3	1.6%	1	0.5%	19	9.7%	9	4.9%		
	65-74	207	48.8	15	7.2%	43	20.8%	1	0.5%	40	19.2%	2	1.0%	47	22.7%	12	5.8%	3	1.4%	21	10.1%	11	5.3%		
H28	合計	397	48.2	21	5.3%	56	14.1%	2	0.5%	38	9.6%	16	4.0%	99	24.9%	24	6.0%	3	0.8%	51	12.8%	21	5.3%		
	40-64	166	40.8	10	6.0%	23	13.9%	2	1.2%	11	6.6%	10	6.0%	29	17.5%	1	0.6%	3	1.8%	20	12.0%	5	3.0%		
	65-74	231	55.4	11	4.8%	33	14.3%	0	0.0%	27	11.7%	6	2.6%	70	30.3%	23	10.0%	0	0.0%	31	13.4%	16	6.9%		

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	433	44.4	15	3.5%	36	8.3%	1	0.2%	32	7.4%	3	0.7%	34	7.9%	3	0.7%	0	0.0%	22	5.1%	9	2.1%		
	40-64	203	40.3	8	3.9%	11	5.4%	0	0.0%	10	4.9%	1	0.5%	13	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	8	3.9%	5	2.5%		
	65-74	230	48.7	7	3.0%	25	10.9%	1	0.4%	22	9.6%	2	0.9%	21	9.1%	3	1.3%	0	0.0%	14	6.1%	4	1.7%		
H28	合計	438	48.7	13	3.0%	34	7.8%	0	0.0%	29	6.7%	5	1.1%	50	11.5%	9	2.1%	0	0.0%	26	6.0%	15	3.4%		
	40-64	174	43.3	8	4.6%	12	6.9%	0	0.0%	10	5.7%	2	1.1%	14	8.0%	3	1.7%	0	0.0%	8	4.6%	3	1.7%		
	65-74	262	53.1	5	1.9%	22	8.4%	0	0.0%	19	7.3%	3	1.1%	36	13.7%	6	2.3%	0	0.0%	18	6.9%	12	4.6%		

H28新規受診者の状況

性別		健診受診者		予備群		該当者	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	合計	397	48.2	56	14.1%	99	24.9%
	初回	45		6	13.3%	9	20.0%

性別		健診受診者		予備群		該当者	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H28	合計	438	48.7	34	7.8%	50	11.5%
	初回	47		3	6.4%	6	12.8%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率【図表 12】

特定健診受診率、特定保健指導率ともに上昇している。受診勧奨者について同規模と比較すると医療機関受診率が低い。

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

【図表 12】

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	1,884	825	43.8	98	111	75	67.6	43.4	51.2
H28年度	1,719	833	48.5	71	88	63	71.6	44.2	51.9

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。1期の成果目標としてそれぞれの疾患を5%減らすこと、医療費の伸びをおさえること、特に入院の医療費の伸びを抑えることを掲げた。

その結果として、綾町の脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費の総医療費に占める割合は5.10%→3.12% 3.21%→2.35%と減少してきたが、慢性腎不全（透析）の医療費の総医療費に占める割合は5.78%→7.49%と増加している状況であった。（図表8）また一人当たりの入院医療費の伸びは、国・同規模と比べ高く抑制できなかった。（図表7）一人当たりの介護給付費も同規模と比べ高くさらに重症化予防の視点を持ち保健事業に取り組んでいく必要がある。治療に繋がったが継続した治療ができているか、医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、新規受診者に有所見者が多いことから、特定健診受診率の向上と受診後の医療機関への受診勧奨や丁寧な保健指導の実施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

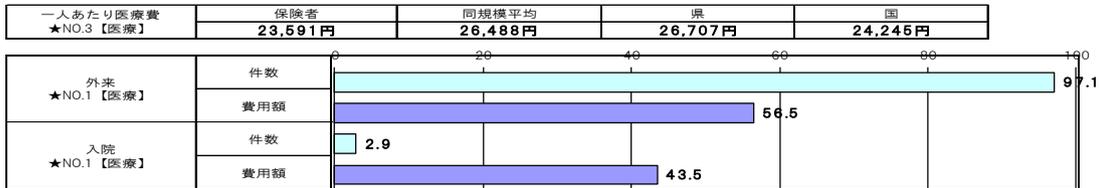
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

綾町の一人当たりの医療費は、同規模・県・国と比較して低い。綾町の入院件数は2.9%で、費用額全体の43.5%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【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）

人工透析者における原因疾患を見てみると、糖尿病性腎症の件数割合が47.9%、費用額の46.4%と約半数を占めている。人工透析は開始すると長期化していくことから糖尿病性腎症の予防に力を入れていくことが重要だと考えられる。

高額な医療費の原因となっている、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病腎症治療中の人には、基礎疾患の重なりが多く特に高血圧や脂質異常症の基礎疾患を持っている人の割合が高い。

生活習慣病治療者のうち6割が高血圧、半数近くが脂質異常症、約4分の1が糖尿病の治療をしており、これらの病気の重なりが重症化の原因となっている。生活習慣病は自覚症状がないまま悪化するが、予防が可能であるため保健事業の対象としていく。

【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 (H28年度)	件数	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)		109件	13件 11.9%	7件 6.4%	--
		費用額	1億5115万円	1616万円 10.7%	1875万円 12.4%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)		92件	5件 5.4%	0件 0.0%	--
		費用額	4315万円	238万円 5.5%	--	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)		140件	22件 15.7%	50件 35.7%	67件 47.9%
		費用額	6934万円	946万円 13.6%	3068万円 44.3%	3220万円 46.4%

厚労省様式	対象レセプト (H29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.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	889人	104人 11.7%	103人 11.6%	28人 3.1%	
		の基礎疾患	高血圧	83人 79.8%	83人 80.6%	19人 67.9%
		糖尿病	48人 46.2%	43人 41.7%	28人 100.0%	
		脂質異常症	63人 60.6%	67人 65.0%	14人 50.0%	
		高血圧症	537人 60.4%	239人 26.9%	421人 47.4%	94人 10.6%
		糖尿病				
		脂質異常症				

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表15）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが96.5%であり、筋・骨格疾患の95.1%を上回っていた。2号認定者では全員が脳卒中であり血管疾患によるも

のであった。

血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症などの基礎疾患のあるケースは約90%以上あり、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、健診後の保健指導により重症化を防ぐことは介護予防にもつながる。

【図表15】

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	2,532人	965人	1,127人	2,092人		4,624人							
	認定者数	8人	36人	353人	389人		397人							
	認定率	0.32%	3.7%	31.3%	18.6%		8.6%							
	新規認定者数(*1)	1人	4人	51人	55人		56人							
介護度別人数	要支援1・2	2	25.0%	4	11.1%	68	19.3%	72	18.5%	74	18.6%			
	要介護1・2	4	50.0%	17	47.2%	158	44.8%	175	45.0%	179	45.1%			
	要介護3~5	2	25.0%	15	41.7%	127	36.0%	142	36.5%	144	36.3%			
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計					
	年齢	40~64歳	65~74歳	75歳以上	計									
	介護件数(全体)	8	36	353	389		397							
	再)国保・後期	5	29	335	364		369							
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	5	100.0%	17	58.6%	175	52.2%	189	51.9%	194	52.6%
			2	虚血性心疾患	1	20.0%	6	20.7%	172	51.3%	181	49.7%	182	49.3%
		3	腎不全	1	20.0%	4	13.8%	85	25.4%	89	24.5%	90	24.4%	
		4	糖尿病合併症	1	20.0%	5	17.2%	13	3.9%	18	4.9%	19	5.1%	
	基礎疾患		5		26		318		344		349			
	高血圧・糖尿病 脂質異常症		100.0%		89.7%		94.9%		94.5%		94.6%			
	血管疾患合計		5		26		325		351		356			
	100.0%		89.7%		97.0%		96.4%		96.5%					
	認知症		0		11		163		174		174			
	0.0%		37.9%		48.7%		47.8%		47.2%					
	筋・骨格疾患		5		21		325		346		351			
	100.0%		72.4%		97.0%		95.1%		95.1%					

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2000	4000	6000	8000
要介護認定者医療費 (40歳以上)				5,834	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			3,823		

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

発症が多い。綾町においては、全国と比較して男性はメタボリックシンドローム該当者が多く、女性はメタボリックシンドローム予備群・該当者ともに多い。健診結果の有所見状況では、男女とも空腹時血糖が多く、それ以外にも男性では尿酸、女性ではBMI、腹囲、HDL-C、GPTが多く内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【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）

	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		ケアチニン		
	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	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	103	25.9	176	44.3	106	26.7	77	19.4	30	7.6	128	32.2	176	44.3	95	23.9	177	44.6	79	19.9	174	43.8	8	2.0
	40-64	46	27.7	62	37.3	47	28.3	39	23.5	10	6.0	40	24.1	54	32.5	39	23.5	56	33.7	32	19.3	78	47.0	0	0.0
	65-74	57	24.7	114	49.4	59	25.5	38	16.5	20	8.7	88	38.1	122	52.8	56	24.2	121	52.4	47	20.3	96	41.6	8	3.5

	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		ケアチニン		
	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	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	101	23.2	97	22.2	60	13.8	39	8.9	12	2.8	93	21.3	208	47.7	7	1.6	180	41.3	44	10.1	216	49.5	1	0.2
	40-64	35	20.1	34	19.5	20	11.5	16	9.2	3	1.7	23	13.2	59	33.9	3	1.7	48	27.6	16	9.2	82	47.1	0	0.0
	65-74	66	25.2	63	24.0	40	15.3	23	8.8	9	3.4	70	26.7	149	56.9	4	1.5	132	50.4	28	10.7	134	51.1	1	0.4

*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表18）

【図表17】

受診勧奨レベルの治療中の状況を見ると継続受診者より新規受診者が多い。治療とあわせ生活改善を行うことの必要性を結果説明会で行っているが今後も同様に実施

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	
全国					588,308	17.2%							940,335	27.5%									
県					5,505	18.1%							8,493	27.9%									
保険者	合計	397	48.2	21	5.3%	56	14.1%	2	0.5%	38	9.6%	16	4.0%	99	24.9%	24	6.0%	3	0.8%	51	12.8%	21	5.3%
	40-64	166	40.8	10	6.0%	23	13.9%	2	1.2%	11	6.6%	10	6.0%	29	17.5%	1	0.6%	3	1.8%	20	12.0%	5	3.0%
	65-74	231	55.4	11	4.8%	33	14.3%	0	0.0%	27	11.7%	6	2.6%	70	30.3%	23	10.0%	0	0.0%	31	13.4%	16	6.9%

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	
全国					259,425	5.8%							425,520	9.5%									
県					3,333	8.3%							4,301	10.7%									
保険者	合計	436	48.7	13	3.0%	34	7.8%	0	0.0%	29	6.7%	5	1.1%	50	11.5%	9	2.1%	0	0.0%	26	6.0%	15	3.4%
	40-64	174	43.3	8	4.6%	12	6.9%	0	0.0%	10	5.7%	2	1.1%	14	8.0%	3	1.7%	0	0.0%	8	4.6%	3	1.7%
	65-74	262	53.1	5	1.9%	22	8.4%	0	0.0%	19	7.3%	3	1.1%	36	13.7%	6	2.3%	0	0.0%	18	6.9%	12	4.6%

していく必要がある。

受診勧奨レベルで治療なしの者の割合は少ないがどの項目にも見られる。きちんと受診勧奨を行い治療に結びつけたかどうか確認していくことが重症化予防のために重要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が26.2%と高くなっている。健診

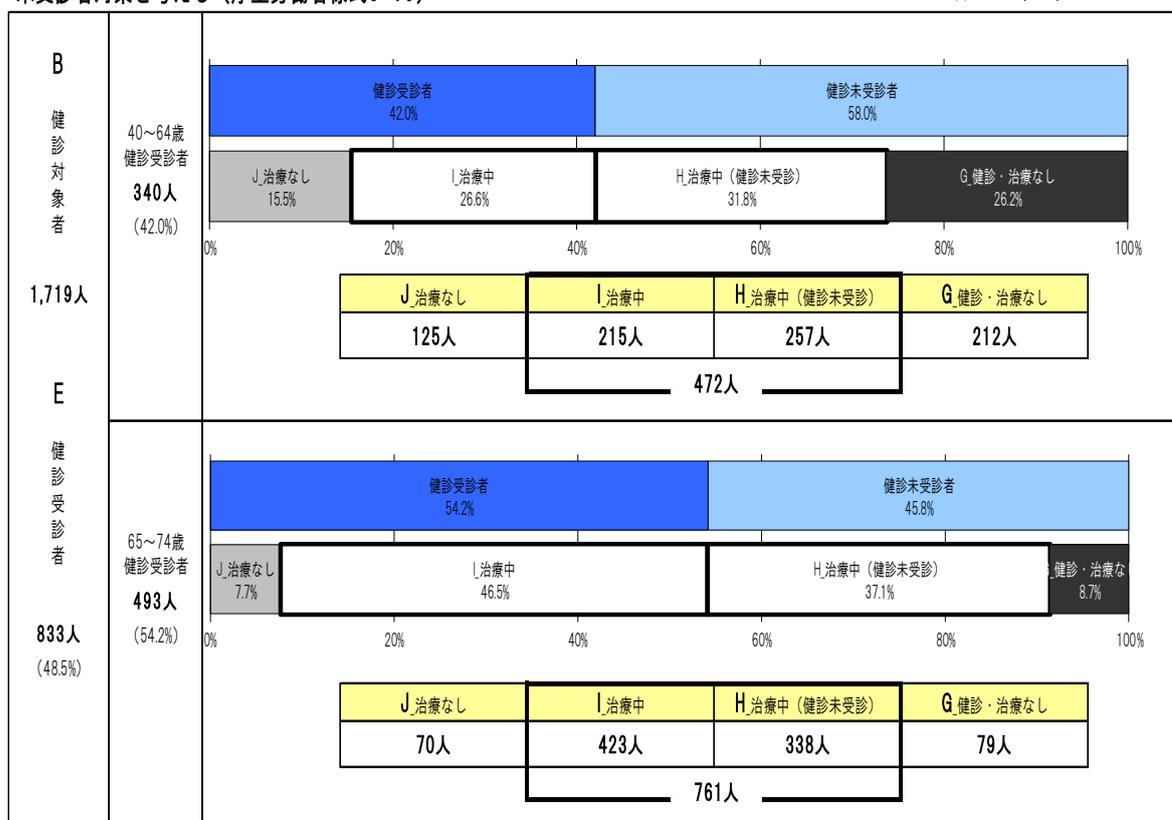
も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の受診勧奨を徹底し、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）

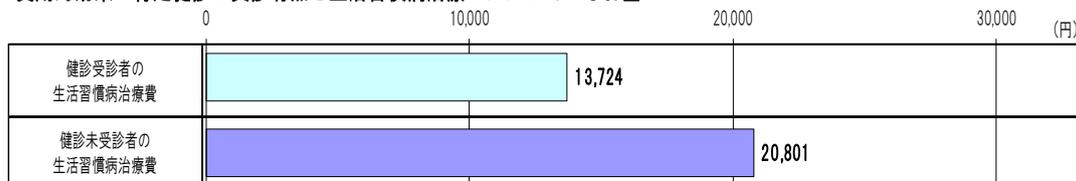
★NO.26 (CSV)



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.3⑥



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28年度と比較して脳血管疾患・虚血性心疾患については総医療費に占める割合の10%を減少させることを目標とする。糖尿病性腎症による透析導入者は年間0から2名であるため、1名以下にすることを目標とする。また、3つの疾患の患者数をそれぞれ10%減少させることを目標にする。【図表14】

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、綾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

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、毎年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第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ふまえ、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

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	60%	60%	60%	60%	60%	60%
特定保健指導実施率	70%	70%	70%	70%	70%	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	1,700人	1,680人	1,660人	1,640人	1,620人	1,600人
	受診者数	1,020人	1,008人	996人	984人	972人	960人
特定保健指導	対象者数	130人	128人	126人	124人	122人	120人
	受診者数	91人	89人	87人	85人	83人	81人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関である宮崎県健康づくり協会に委託する。健康づくり協会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診（綾町健康センター）
- ② 集団健診（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)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国が定めた抽出する項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血・心電図・尿蛋白定量）を実施する。

(4)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(5)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、かかりつけ医との協力及び連携を行う。

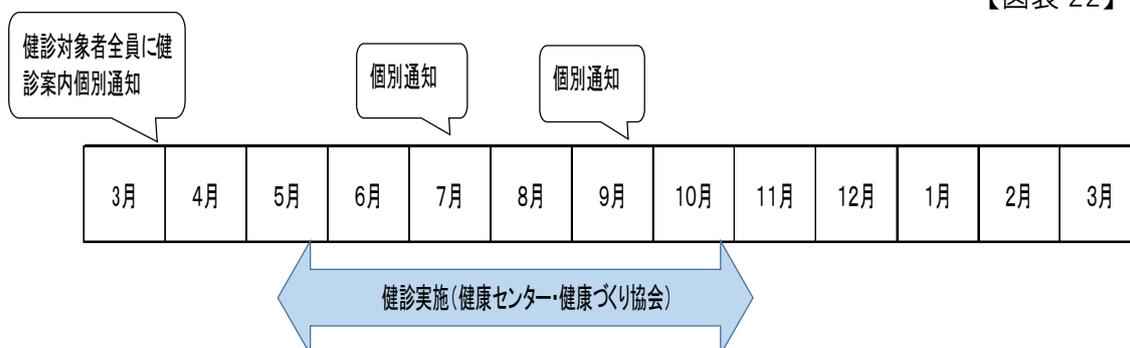
(6)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(7)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ることから、3 月に受診者全員に健診予定表と申込書を個別に案内を行う。年度途中にも残った健診スケジュールを個別に案内し周知を図る。（図表 22）

【図表 22】



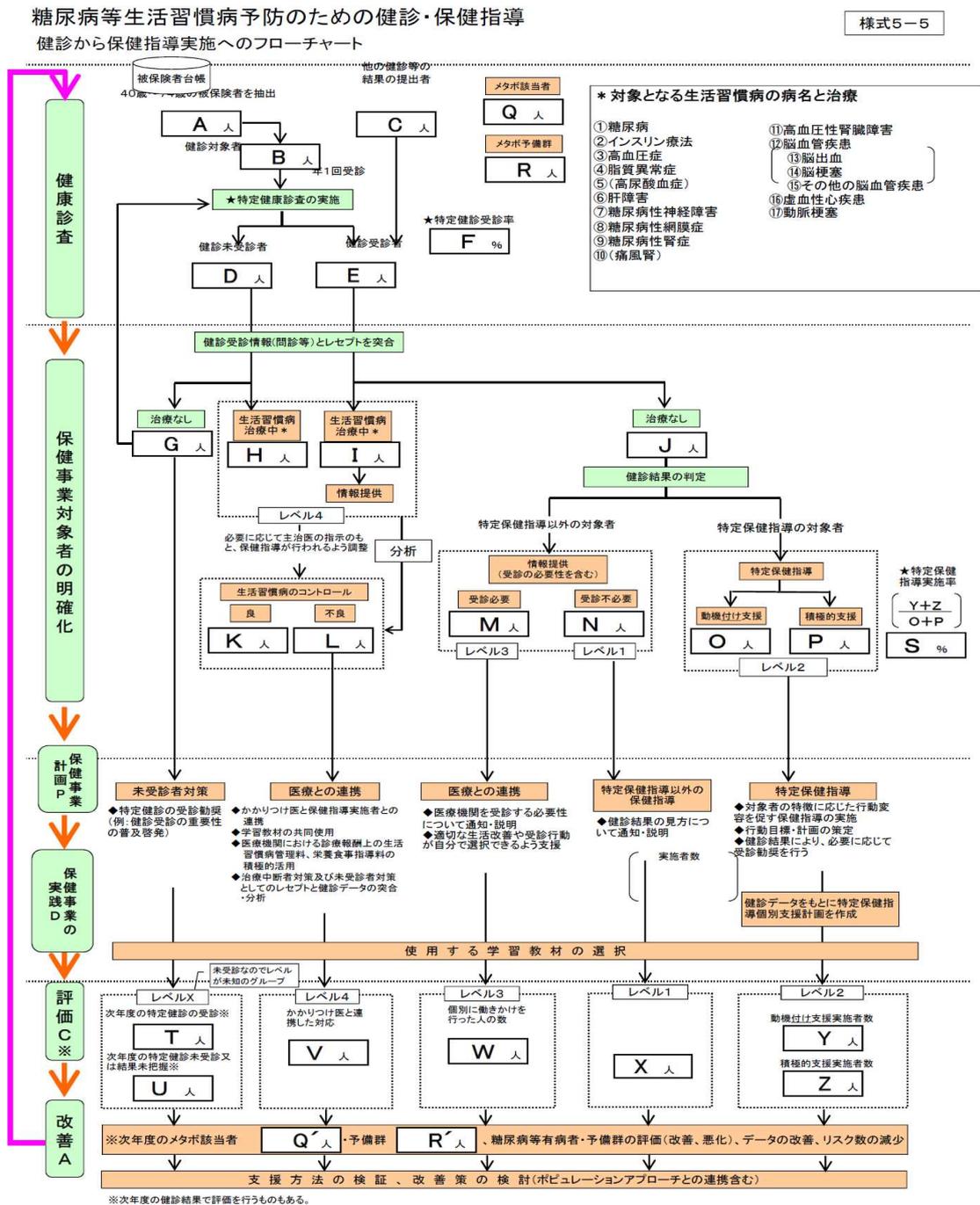
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。【図表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（図表 24）

【図表 2 4】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の %)	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	100人 (12%)	70%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性 について面接説明 ◆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	67人 (7%)	HbA1c 5.6 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 ・町政座談会での受診勧奨 ・健康づくり推進員による 地域での受診勧奨 ・民間業者による未受診者 への行動パターン別通知 ・町職員・健康づくり推進員 による未受診者訪問によ る受診勧奨	886人 ※受診率目標達 成まであと 200人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について面 接説明	91人	
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	638人	

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綾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、綾町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び宮崎県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に、綾町糖尿病性腎症重症化予防実施計画に基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (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	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては綾町糖尿病性腎症重症化予防実施計画に準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者、中断者
- ② 治療中のハイリスク者

(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。綾町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)(定量)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白定性(-)定量(0.15未満)、微量アルブミン尿と尿蛋白定性(±)定量(0.15~0.49)、顕性アルブミン尿(+)と尿蛋白定性(+)定量(0.5以上)としていることから尿蛋白(定性)(定量)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料2)

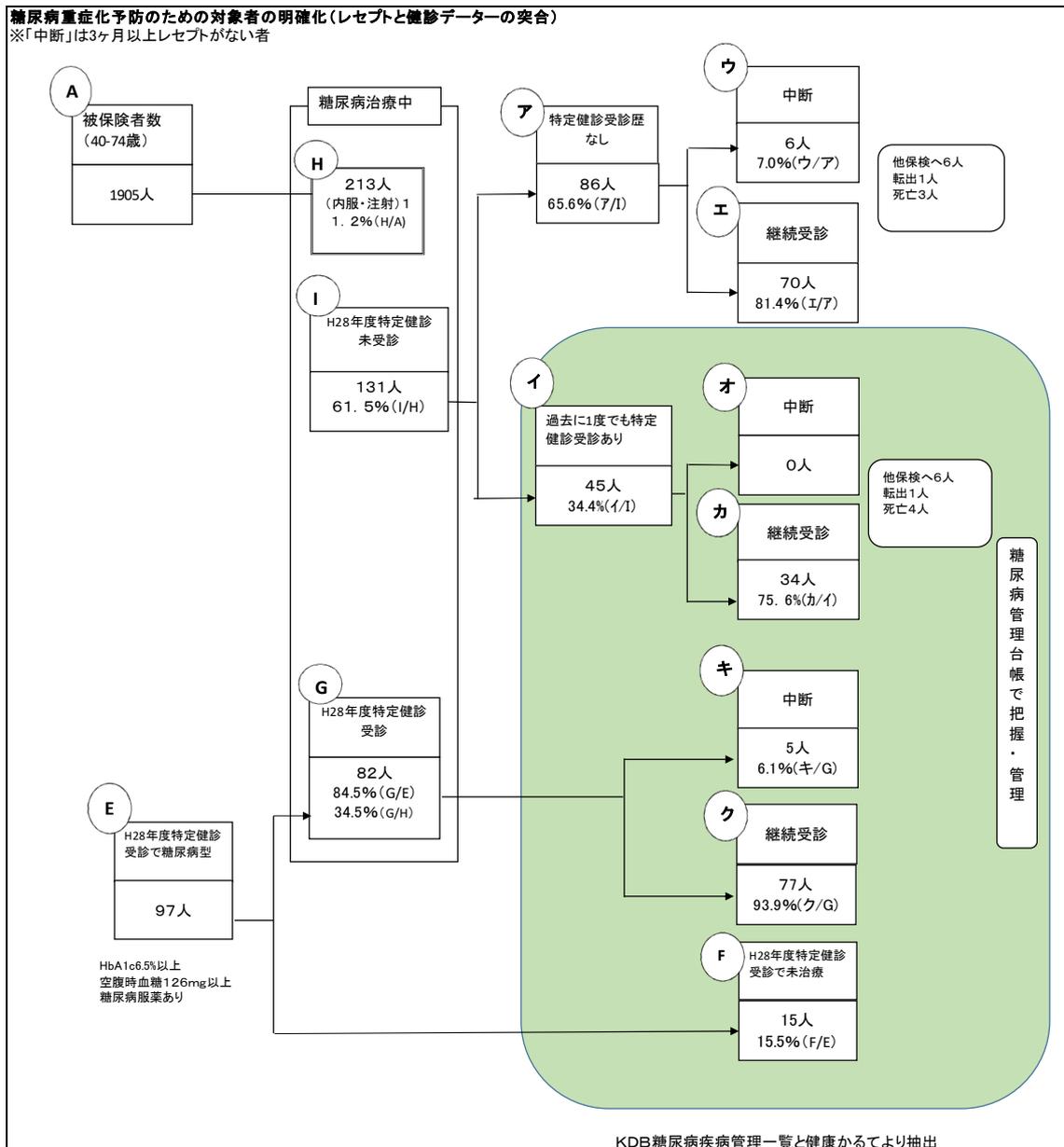
② 基準に基づく該当者数の把握

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)

綾町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 15 人 (15.5%・F) であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 213 人中のうち、特定健診受診者が 82 人 (34.5%・G) であったが、5 人 (6.1%・キ) は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 131 人 (61.5%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 45 人中、治療中断者はいないことが分かった。また、86 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。

【図表 28】



③ 介入方法と優先順位

図表 28 より綾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)・・・15人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・5人

介入方法として (キ) (F) : 結果説明会での個別面接及びその後の確認
(オ) : 個別訪問、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病にて通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・77人
- ・介入方法として結果説明会での個別面接、戸別訪問、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】

- ・過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 (カ)・・・34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

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、管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 医療保険の資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当者の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者（受診勧奨者）数
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）数

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。綾町においては、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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> → </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか? ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が生まれません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>① 経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>② 体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③ 血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階?</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともと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 26. ビグアノイド薬とは 27. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では血清クレアチニン検査、尿蛋白（定量）検査を実施しているが、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（－）（±）および尿蛋白定量0.15未満は、2次健診等で尿中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・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、健診結果とともに精密依頼書を持参し受診してもらい結果報告書を返送してもらうことで連携を図る。

(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たり指示書を依頼するなど、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綾町糖尿病性腎症重症化予防実施計画に準じ、また宮崎県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(包括支援センター等)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。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り重症化を予防していく。

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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5 ml/1.73 m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者抽出、介入方法、実施方法の決定
- 5月～対象者抽出、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) このことから、心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。綾町において健診受診者全員に心電図検査実施をしており、特定健診受診者 885 人のうち ST 所見があったのは 59 人であった(図表 30)。ST 所見あり 59 人のうち 3 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 3 人全員が医療機関を受診していた(図表 31)。医療機関未受診者があった場合には、メタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖など他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 56 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。

綾町はメタボリックシンドローム該当者が増えている。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今後も心電図検査の全数実施をしていく。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	885	100	885	100	59	6.7	301	34	570	64.4

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精密(b)					
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
				(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
59	100	3	5.1	3	100	0	

② 心電図以外からの把握

綾町では心電図検査は全員実施しているが、心電図以外からも図表 32 に沿って対象者を抽出する。虚血性心疾患はメタボリックシンドローム(②-1)又はLDL コレステロール(②-2)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				
		856	58 6.8	249 29.1		549 64.1	0 0.0	
メタボ該当者	152 17.8%	9 5.9%	56 36.8%	87 57.2%	0 0.0%	②-1		
メタボ予備群	93 10.9%	10 10.8%	28 30.1%	55 59.1%	0 0.0%			
メタボなし	611 71.4%	39 6.4%	165 27.0%	407 66.6%	0 0.0%	②-2		
	LDL	140-159	82 9.6%	5 6.1%	20 24.4%		57 69.5%	0 0.0%
		160-179	42 4.9%	3 7.1%	8 19.0%		31 73.8%	0 0.0%
	180-	23 2.7%	3 13.0%	4 17.4%	16 69.6%		0 0.0%	

【参考】

CKD	G3aA1~	130	10	47	73	0
		15.2%	7.7%	36.2%	56.2%	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週間同様な症状	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、これらの検査の実施を検討していく。

(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、糖尿病のある者は糖尿病管理台帳で行い、その他のものについては重症化予防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、心電図管理台帳及び重症化予防台帳などを活用していく。

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(包括支援センター)との連携

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

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は **糖尿病管理台帳の情報及び重症化予防台帳、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 対象者抽出、介入方法、実施方法の決定
- 5 月～対象者抽出、特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳及び重症化予防台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

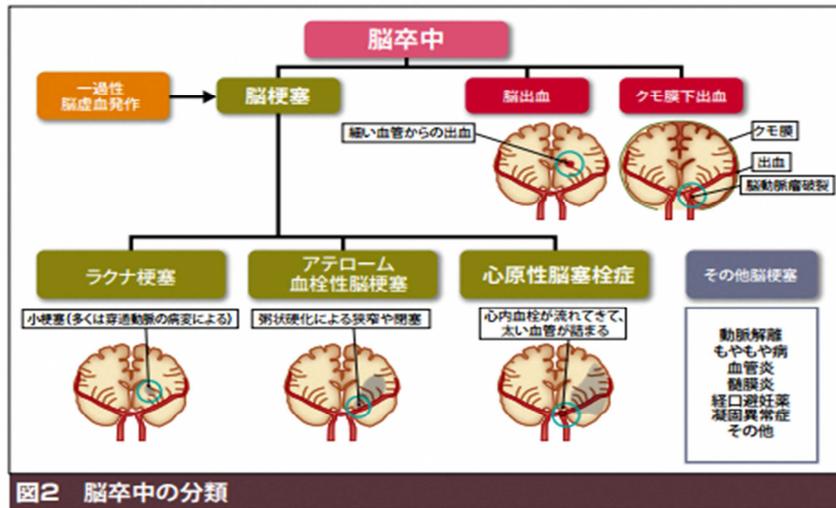
3. 脳血管疾患重症化予防

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】



【図表 35】

脳血管疾患とリスク因子

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	●	●	●			○	○							
	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 856 人		41人	4.8%	41人	4.8%	31人	3.6%	11人	1.3%	152人	17.8%	5人	0.6%	19人	2.2%
治療なし		24人	4.2%	31人	3.9%	30人	4.6%	2人	0.4%	28人	5.9%	1人	0.2%	5人	1.1%
治療あり		17人	5.9%	10人	18.2%	1人	0.5%	9人	2.3%	124人	32.4%	4人	1.0%	14人	3.7%
臓器障害あり		11人	45.8%	17人	54.8%	10人	33.3%	2	100%	12人	42.9%	1人	100%	5人	100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		3人		1人		0人		1人		1人		5人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		0人		0人		0人		1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)	0人		3人		1人		0人		1人		0人		5人	
	心電図所見あり	11人		15人		9人		2人		12人		0人		2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見るとⅡ度高血圧以上が41人(4.8%)であり、24人は未治療者であった。また未治療者のうち11人(45.8%)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17人(5.9%)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】

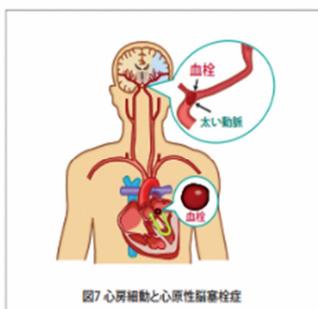
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	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
568		234	119	113	78	18	6	6	46	50
		41.2%	21.0%	19.9%	13.7%	3.2%	1.1%	1.1%	8.1%	8.8%
リスク第1層 (危険因子がない)		94	57	20	9	2	0	6	2	0
		16.5%	24.4%	16.8%	8.0%	7.7%	11.1%	0.0%	100%	4.3%
リスク第2層 *		302	128	59	61	8	2	--	44	10
		53.2%	54.7%	49.6%	54.0%	56.4%	44.4%	33.3%	95.7%	20.0%
リスク第3層 **		172	49	40	43	8	4	--	--	40
		30.3%	20.9%	33.6%	38.1%	35.9%	44.4%	66.7%	--	--
(再掲) 重複あり	糖尿病	35	5	7	12	8	3	0		
		20.3%	10.2%	17.5%	27.9%	28.6%	37.5%	0.0%		
慢性腎臓病 (CKD)		71	26	17	11	14	1	2		
		41.3%	53.1%	42.5%	25.6%	50.0%	12.5%	50.0%		
3個以上の危険因子		96	21	22	27	18	6	2		
		55.8%	42.9%	55.0%	62.8%	64.3%	75.0%	50.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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。

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

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	418	467	7	1.7	3	0.6	—	—
40歳代	55	39	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	71	64	0	0	1	1.6	0.8	0.1
60歳代	182	236	3	1.6	1	0.4	1.9	0.4
70～74歳	110	128	4	3.6	1	0.8	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～74歳

【図表 39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
10	100	1	10	9	90

心電図検査において心房細動の所見が10人であった。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10人のうち9人は既に治療が開始されていたが、1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、継続受診の必要性と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の全数実施を今後も実施していく。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。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、これらの検査の実施を検討していく。

(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、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(包括支援センター等)との連携

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

6) 評価

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

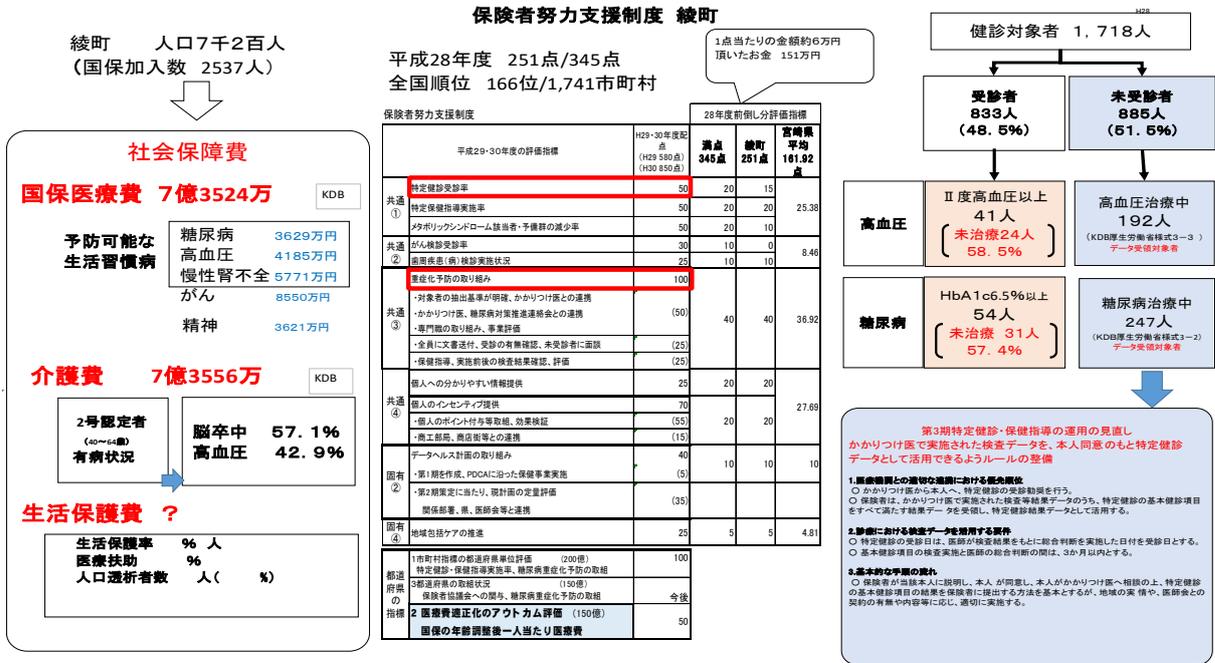
4月 対象者抽出、介入方法、実施方法の決定

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

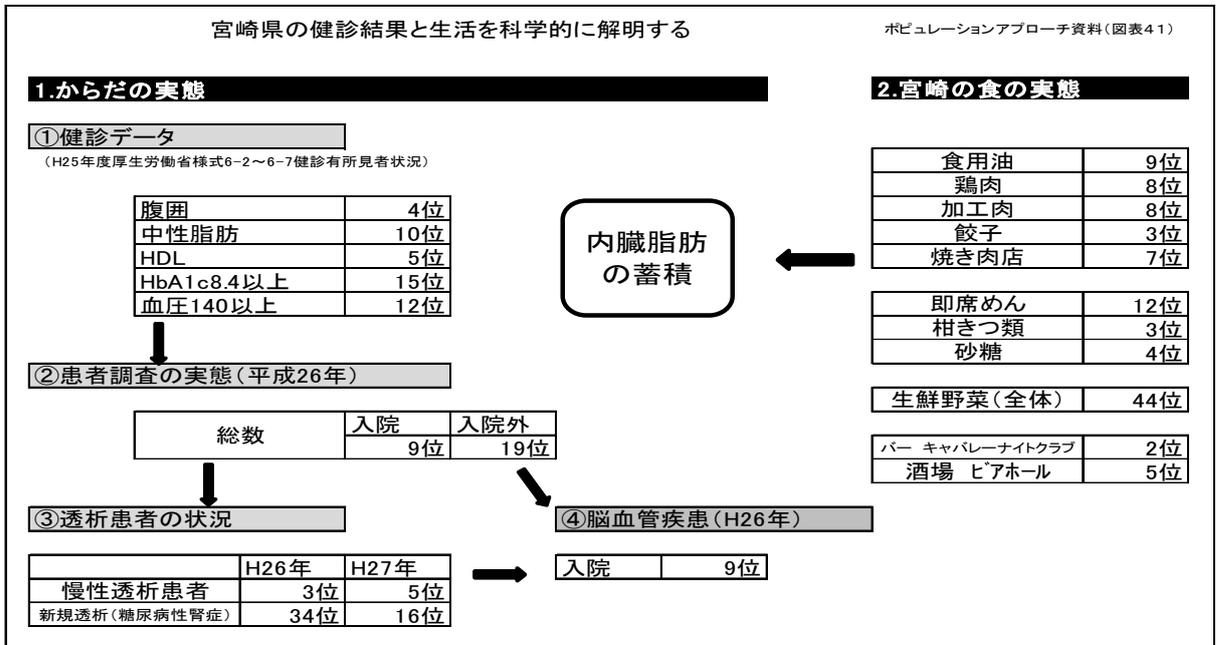
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の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】



第5章 地域包括ケアに係る取組

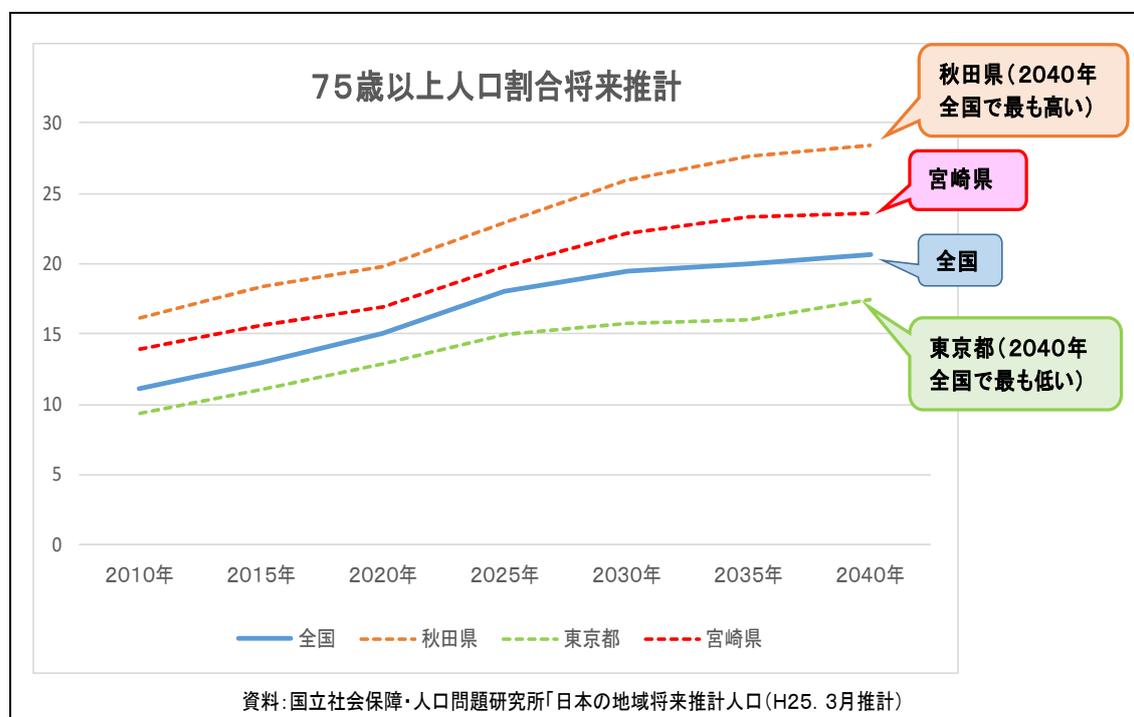
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2040 年で全国平均を上回る 23.6%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、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費全体の 6 割 (57.3%) 近くとなっている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まっ

て高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながると考えられる。

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、次期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4つの指標で評価する。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

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得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綾町の位置
- 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 重症化予防管理台帳
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 参考資料 12 データーヘルス計画の目標管理一覧

【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみたA市の位置

項目		H25		H28		同規模平均		H28		国		データ元 (CSV)				
		保険者		保険者		同規模平均		県		国						
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合					
1	① 人口構成	総人口		7,215		7,215		1,815,204	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）		2,092	29.0	2,092	29.0	575,561	31.7	290,839	25.8		29,020,766	23.2		
		75歳以上		1,127	15.6	1,127	15.6			156,418	13.9		13,989,864	11.2		
		65～74歳		965	13.4	965	13.4			134,421	11.9		15,030,902	12.0		
		40～64歳		2,532	35.1	2,532	35.1			383,847	34.1		42,411,922	34.0		
	39歳以下		2,591	35.9	2,591	35.9			450,674	40.0	53,420,287	42.8				
	② 産業構成	第1次産業		25.1		25.1		18.4	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		22.7		22.7		25.5	21.6		25.2					
		第3次産業		52.3		52.3		56.1	66.6		70.6					
	③ 平均寿命	男性		79.3		79.3		79.4	79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
女性		86.4		86.4		86.4	86.6		86.4							
④ 健康寿命	男性		65.5		65.5		65.2	65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	女性		66.8		66.8		66.7	66.8		66.8						
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性		102.3		108.2		104.8		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		98.6		116.2		100.8		96.2		100		
		死 因	がん		15	37.5	28	50.9	6,817	45.1	3,469	45.2	367,905	49.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			心臓病		10	25.0	12	21.8	4,392	29.1	2,242	29.2	196,768	26.5		
			脳疾患		12	30.0	12	21.8	2,661	17.6	1,301	16.9	114,122	15.4		
			糖尿病		0	0.0	0	0.0	274	1.8	128	1.7	13,658	1.8		
			腎不全		1	2.5	2	3.6	548	3.6	276	3.6	24,763	3.3		
			自殺		2	5.0	1	1.8	409	2.7	265	3.5	24,294	3.3		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計												厚労省HP 人口動態調査		
		男性														
		女性														
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		372	17.1	389	18.8	114,751	20.1	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		14	0.3	5	0.3	1,910	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3			
	2号認定者		9	0.4	8	0.3	2,325	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4				
	② 有病状況	糖尿病		86	21.1	95	25.2	25,230	21.2	12,987	21.1	1,350,152	22.1			
		高血圧症		247	63.4	268	67.2	64,783	54.6	35,357	57.9	3,101,200	50.9			
		脂質異常症		93	24.5	115	28.8	31,854	26.7	16,825	27.4	1,741,866	28.4			
		心臓病		276	72.5	298	74.1	73,398	61.9	40,235	65.9	3,529,682	58.0			
		脳疾患		132	35.3	126	32.6	33,188	28.2	19,122	31.4	1,538,683	25.5			
		がん		23	6.5	32	7.3	11,653	9.7	5,852	9.4	631,950	10.3			
		筋・骨格		217	57.5	245	60.9	63,731	53.7	35,171	57.7	3,067,196	50.3			
精神		164	41.4	177	42.1	44,036	37.1	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）		81,206		74,000		70,589		66,242		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
	居宅サービス		52,152		49,500		40,981		47,239		39,662					
		施設サービス		280,365		270,891		275,251		282,096		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別		認定あり		8,458		5,834		8,457		7,149		7,980			
	医療費（40歳以上）		認定なし		3,745		3,823		4,122		3,962		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数		2,872		2,537		492,460		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		909	31.7	941	37.1			119,981	40.0	12,461,613	38.2			
		40～64歳		1,102	38.4	893	35.2			103,073	34.3	10,946,712	33.6			
		39歳以下		861	30.0	703	27.7			77,053	25.7	9,179,541	28.2			
			加入率		39.8		35.2		27.7		26.7		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	0	0.0	144	0.3	140	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況		
		診療所数		5	1.7	5	2.0	1,108	2.2	891	3.0	96,727	3.0			
		病床数		0	0.0	0	0.0	15,468	31.4	19,245	64.1	1,524,378	46.8			
		医師数		6	2.1	6	2.4	1,575	3.2	2,730	9.1	299,792	9.2			
		外来患者数		632.3		657.1		660.2		677.3		668.1				
		入院患者数		20.3		19.8		22.7		24.7		18.2				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		22,278		23,591		26,488		26,707		24,245		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			県内23位 同規模178位				県内25位 同規模189位									
	受診率		652,585		676,891		682,952		702,012		686,286					
	外 来	費用の割合		58.2		56.5		56.6		55.1		60.1				
		件数の割合		96.9		97.1		96.7		96.5		97.4				
	入 院	費用の割合		41.8		43.5		43.4		44.9		39.9				
件数の割合		3.1		2.9		3.3		3.5		2.6						
		1件あたり在院日数		16.0日		14.9日		16.3日		17.8日		15.6日				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源係数 名（顕別含む）	がん		82,492,250	19.1	85,450,120	22.3	24.1		22.0		25.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題			
	慢性腎不全（透析あり）		44,760,980	10.3	55,084,270	14.4	9.1		11.2		9.7					
	糖尿病		36,023,060	8.3	36,328,900	9.5	10.2		8.6		9.7					
	高血圧症		58,855,870	13.6	41,834,690	10.9	9.2		8.7		8.6					
	精神		52,323,140	12.1	36,213,640	9.5	17.5		22.3		16.9					
		筋・骨格		52,669,580	12.2	54,775,670	14.3	16.1		14.6		15.2				

【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							

糖尿病管理台帳からの年次計画

【参考資料 4】

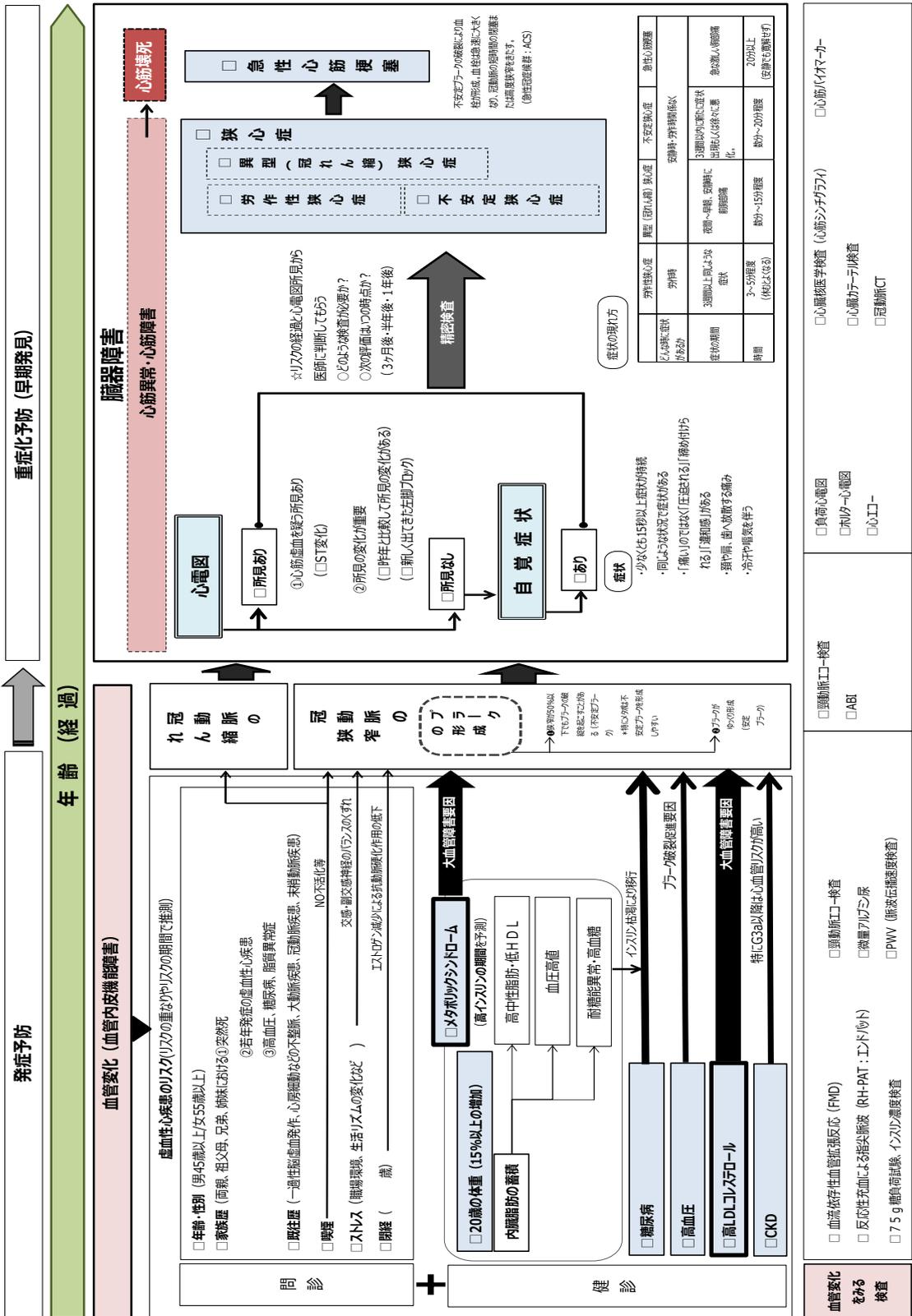
対象者把握	実施すること①	実施すること②
糖尿病管理台帳の全数 ()人 (H20～特定健診で空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上) 健診未受診者 ()人 国保外 ①生保 ②後期高齢者 ③他保険 ④死亡 ⑤転出 ⑥その他 国保 治療中 ()人 治療中断・未治療 ()人 健診受診者 ()人 ①空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上 未治療 ()人 治療中断 ()人 治療中 ()人 ②空腹時血糖126mg/dl未満かつHbA1c6.5%未満 ()人	1. 資格喪失の確認 ○死亡 ○転出 ○医療保険移動 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 訪問等 ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認 ○健診受診勧奨 (結果説明会時に個別に結果を返す) 1. 結果説明時に医療受診勧奨 2. 結果説明 1. 結果説明	死亡原因の確認 後期高齢者担当と連携 後期健診結果 後期レセ確認 医療機関受診勧奨後の受診確認 かかりつけ医との連携 糖尿病専門医との連携 2次検査の実施(尿アルブミン検査) 医療機関受診勧奨後の受診確認 健診受診勧奨

【参考資料 5】

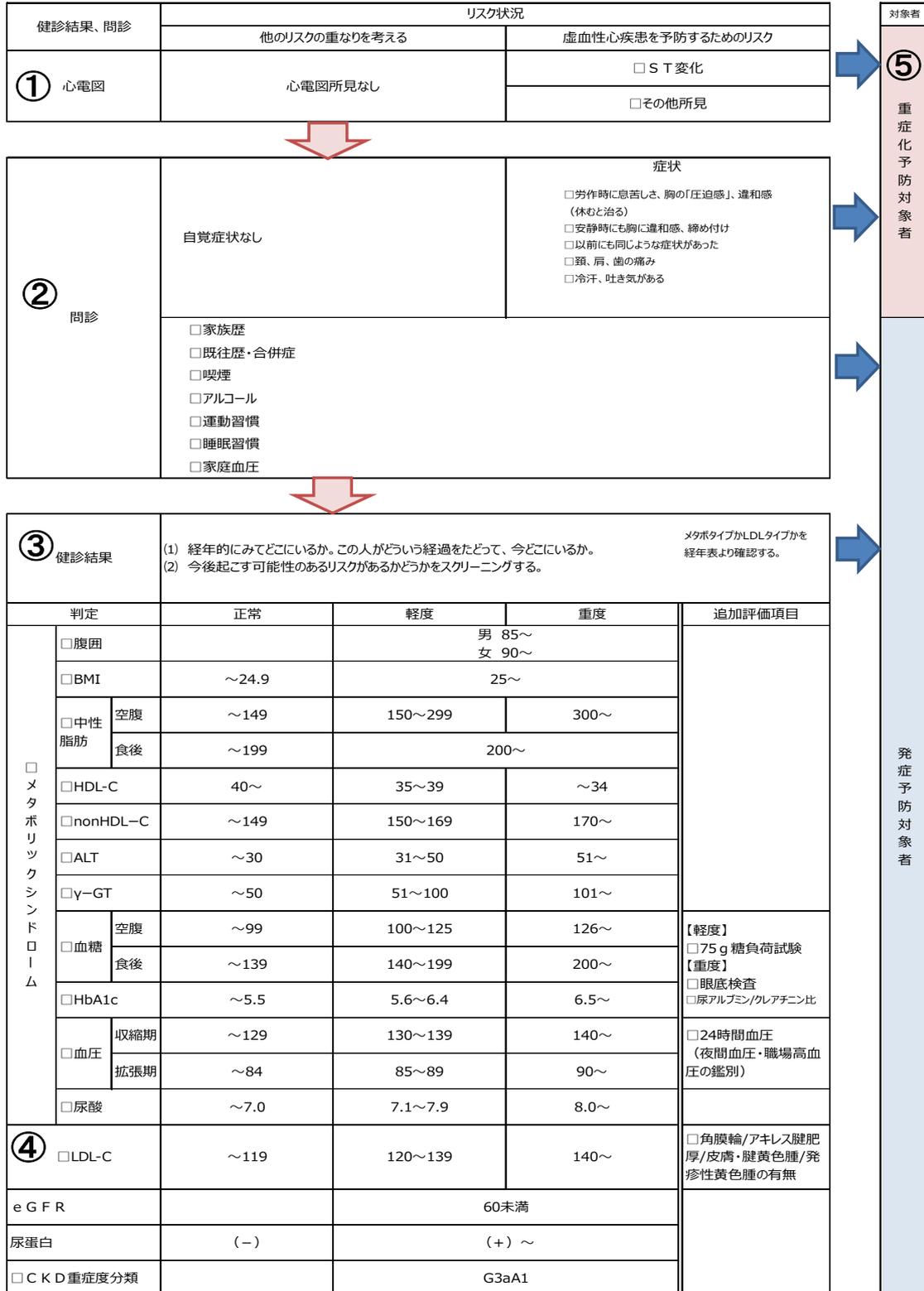
様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

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238			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	2,622人						KDB 厚生労働省様式様式3-2		
			(再掲)40-74歳								
2	② 特定健診	B	1,724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		
		C	対象者数								
			受診者数		856人						
3	③ 特定保健指導		受診率		49.7%						
			実施率		71.6%						
4	④ 健診データ	E	94人	11.0%					特定健診結果		
		F	39人	41.5%							
		G	55人	58.5%							
		J	コントロール不良 HbA1c 6.5%以上または空腹時血糖130以上		15人	27.3%					
			血圧 130/80以上		10人	66.7%					
			肥満 BMI25以上		5人	33.3%					
		K	コントロール良 HbA1c 6.5未満かつ空腹時血糖130未満		40人	72.7%					
		M	第1期 尿蛋白(-)		85人	90.4%					
			第2期 尿蛋白(±)		3人	3.2%					
			第3期 尿蛋白(+)以上		6人	6.4%					
			第4期 eGFR30未満		0人	0.0%					
5	⑤ レセプト		糖尿病受療率(被保険者対)		91.2人				KDB 厚生労働省様式様式3-2		
			(再掲)40-74歳(被保険者対)		124.9人						
			レセプト件数 (40-74歳) 1)再掲被保険者対	入院外(件数)	1,233件	(672.3)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
				入院(件数)	7件	(3.8)			9件	(5.4)	
			糖尿病治療中		239人	9.1%				KDB 厚生労働省様式様式3-2	
			(再掲)40-74歳		238人	12.5%					
			健診未受診者		183人	76.9%					
			インスリン治療		20人	8.4%					
			(再掲)40-74歳		20人	8.4%					
			糖尿病性腎症		28人	11.7%					
			(再掲)40-74歳		28人	11.8%					
			慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		5人	2.09%					
			(再掲)40-74歳		5人	2.10%					
			新規透析患者数								
			(再掲)糖尿病性腎症								
			【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)		314人	0.3%				KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
6	⑥ 医療費		総医療費		7億3524万円			6億7140万円	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		3億8256万円			3億8078万円			
			(総医療費に占める割合)		52.0%			56.7%			
			生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	13,724円			8,685円			
		健診未受診者		20,801円			33,204円				
			糖尿病医療費		3633万円			3885万円			
			(生活習慣病総医療費に占める割合)		9.5%			10.2%			
			糖尿病入院外総医療費		1億0688万円						
			1件あたり		32,446円						
			糖尿病入院総医療費		7601万円						
			1件あたり		527,881円						
			在院日数		18日						
			慢性腎不全医療費		5771万円			3708万円			
			透析有り		5508万円			3468万円			
			透析なし		263万円			240万円			
7	⑦ 介護		介護給付費		7億3556万円			7億5295万円			
			(2号認定者)糖尿病合併症		1件	20.0%					
8	⑧ 死亡		糖尿病(死因別死亡数)		0人	0.0%		1人	1.0%	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



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



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

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	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	最終評価値	現状値の把握方法			
特定健康計画		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	48.5%										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70%以上	71.6%													
データヘルス計画	脳血管疾患の割合が0%で、県内、同規模と比較して高い。糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の0%を占めており、増加している。 ...等	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	特定保健指導対象者の減少率25% H28:10.6%→H35:8%	10.6%													
			脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少 H28:3.12%→H35:2.8%	3.12%													
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少 H28:2.35%→H35:2.1%	2.35%												KDBシステム	
			糖尿病性腎症による透析導入者を1名以下にする	1名													
			メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合減少25% H28:28.7%→H35:21.5%	28.7%													
			健診受診者の高血圧者の割合減少15%(160/100以上) H28:4.8%→H35:4.15%	4.8%													
			健診受診者の脂質異常者の割合減少15%(LDL140以上) H28:23.9%→H35:20.3%	23.9%												〇〇市健康増進計画	
			健診受診者の糖尿病者の割合減少15%(HbA1c6.5以上)H28:6.4%→H35:5.4%	6.4%													
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合80%														
			糖尿病の保健指導を実施した割合95%以上														
保険者努力支援制度		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 20%以上	18.4%													
			肺がん検診 (CT検診のため計上できず)	0.0%													
			大腸がん検診 25%以上	22.4%												地域保健事業報告	
			子宮頸がん検診 25%以上	24.3%													
			乳がん検診 10%以上	9.0%													
	後発医薬品の使用割合0%以上	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0%以上	80.7%										厚生労働省公表結果			