

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月 湧水町



## 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
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアに係る取組	46
第6章 計画の評価・見直し	48
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	50
参考資料	51

# 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。

湧水町においては、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

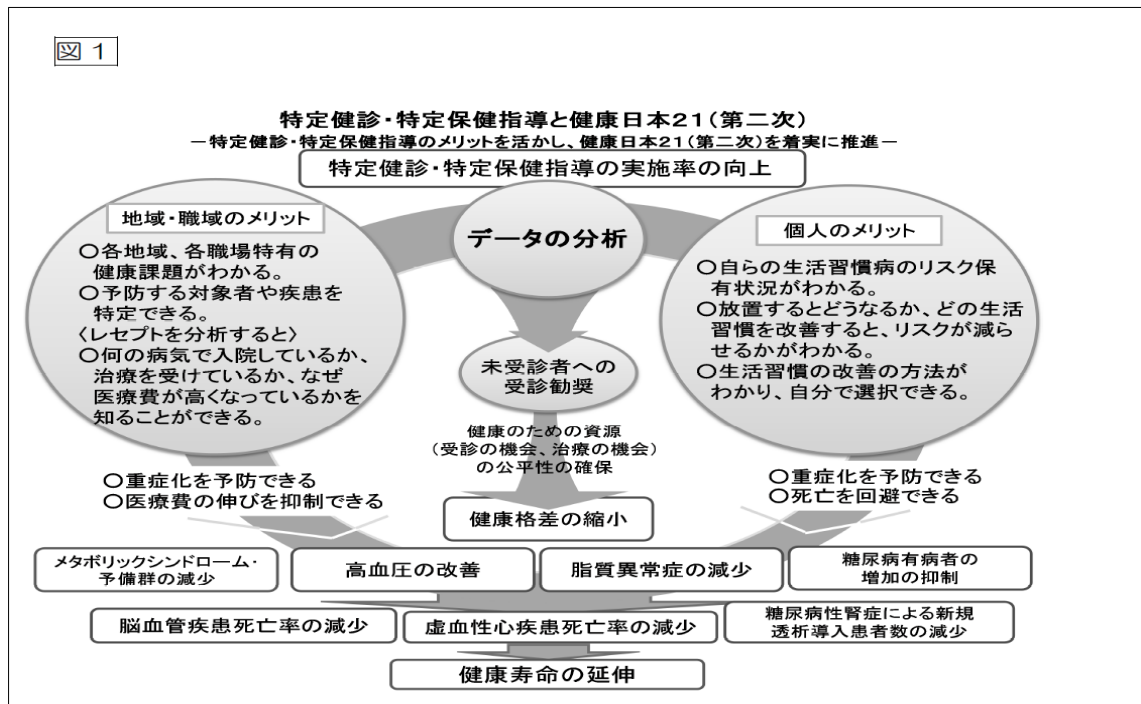
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

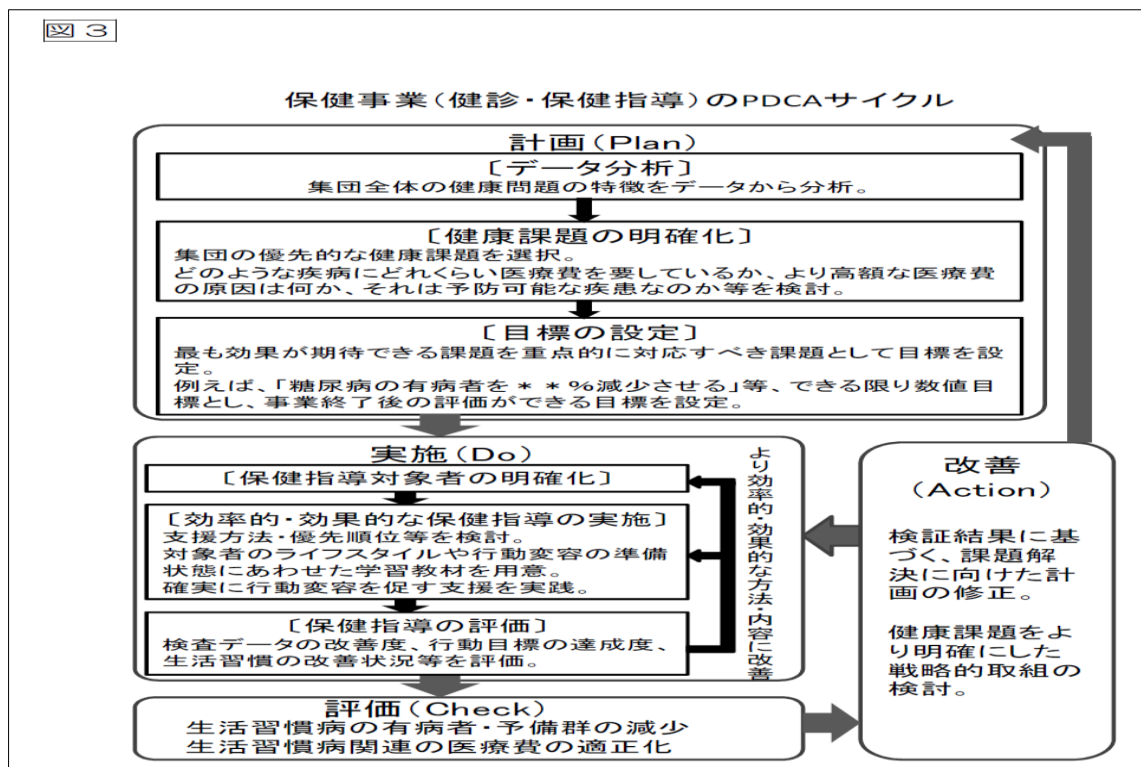
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
健康増進法（第19条）とは「健康増進法（第19条）とは「健康増進法（第19条）とは「健康増進法（第19条）とは「健康増進法（第19条）とは「健康増進法（第19条）とは「健康増進法（第19条）とは」						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進法実施計画）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者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24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の選択 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保険事業の 実施に関する指針の改訂」	厚生労働省 老健局 平成23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方針	厚生労働省 保険局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2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、生活習慣の改善や予防の徹底を 推進するとともに、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、 <b>社会生活 機能が維持可能なもの</b> ともなるよう、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指す。	生活習慣の改善による慢性疾患の <b>発症予防</b> を進め、慢性疾患を予防することができれば、慢性疾患 を予防することができ、さらに <b>重症化や合併症の発生を 抑制</b> 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持及び向上を図ることができ、 <b>重症化の抑制を 進める</b> ことが可能となる。 特定健康診査は、 <b>慢性疾患の発症予防や重症化 の抑制</b> に重点を置いて、 <b>データヘルス計画</b> と一 貫し、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施する ための取組に抽出するための取組である。	<b>生活習慣の改善</b> をはじめとして、被保険者の <b>自主 的な健康増進及び病状の早期発見</b> について、 <b>医 療者がその支援の中心</b> となつて、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 を目的とする。 <b>被保険者の健康の増進</b> により、 <b>医療費の適正化 及び被保険者の負担軽減</b> 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た日常生活 を営むことができるように支援することや、 <b>重症化 状態または要支援状態となることの予防</b> 又は、要介護 状態等の防止もしくは <b>重症化の防止</b> 等を目的としている。	<b>国民皆保険を堅持</b> 、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、 <b>医療費 が適度に増大しないよう</b> にいくととも、 <b>負担 かつ適切な医療を効果的に提供するための取組 を進める</b> 。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、 <b>地域において役割の異なる医療 の提供</b> を実現し、負担かつ適切な医療を効果 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、 <b>若壮年期</b> 、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高くなる時期に高齢期を迎 え現在の青年期・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	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
対象疾病	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等		生活習慣病	
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
対象疾病	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん		慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期		がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			老老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管系、神経管等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統脳症、若年性認知症 後縦骨椎間椎症		精神疾患
評価	※5項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②生活習慣病（糖尿病・脂質異常症）による年齢別発生率（患者数） ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況（特定健診の出席率） ①受診率 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特定健康診査 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※ ①一人あたり医療費の適正化の確保 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③予防給付者・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 （地域の医師に依って健診）
	①国民生活の向上 ②国民生活の向上 ③国民生活の向上 ④国民生活の向上 ⑤国民生活の向上	①国民生活の向上 ②国民生活の向上 ③国民生活の向上 ④国民生活の向上 ⑤国民生活の向上	①国民生活の向上 ②国民生活の向上 ③国民生活の向上 ④国民生活の向上 ⑤国民生活の向上	①国民生活の向上 ②国民生活の向上 ③国民生活の向上 ④国民生活の向上 ⑤国民生活の向上	①国民生活の向上 ②国民生活の向上 ③国民生活の向上 ④国民生活の向上 ⑤国民生活の向上	①国民生活の向上 ②国民生活の向上 ③国民生活の向上 ④国民生活の向上 ⑤国民生活の向上
その他		保健事業支援（評価委員会（事務局、国民連合会））による計画作成支援			保険者協議会（事務局、国民連合会）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) 実施主体関係部の役割

湧水町においては、保健衛生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。特に健康推進系の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（地域総務課）、保健衛生部局（保健衛生課）、介護保険部局（福祉課）企画部局（企画課）、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、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

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、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県との連携に努める。



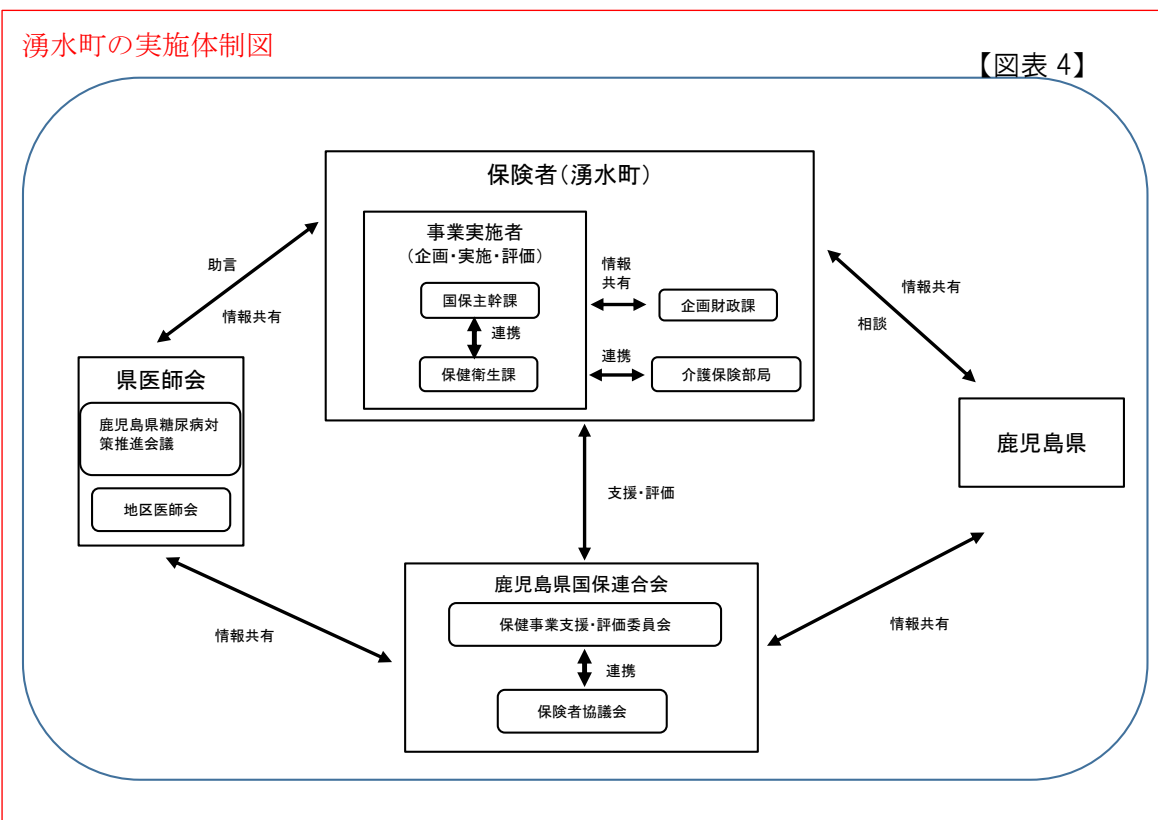
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と県は、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、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。



#### 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		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
<b>評価指標</b>					
<b>総得点(満点)</b>		345	580	850	850
交付額 (万円)		595			
総得点(体制構築加点含む)		257			
全国順位(1,741市町村中)		121			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

### 健康課題の明確化

#### 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、男性は増加し、女性は減少していた。死因別に心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合は増加している。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や介護給付費はほぼ横ばいであるが、県や国の平均よりは高い状況にある。

また、受診率や一人当たり医療費は増加しており、県や国の平均よりも明らかに高い。特定健診受診率は4割程度にとどまっているが、特定保健指導実施率は高く、メタボ該当者・予備群該当者どちらも減少している。一方、非肥満高血糖者の割合は増加しており、特定保健指導に該当しない高血糖の方への保健指導も重要となる。(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)

介護給付の変化について、同規模平均では、1件当たり介護給付費は減っているのに対し、湧水町は増え、居宅サービスが増えていることがわかった。平成25年度と比較し平成28年度の介護給付費は4659万円の増額となっている。1人当たり給付費も1万1千円程度増額している。

#### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	湧水町				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	12億474万円	296,443	39,016	292,867	309,957	42,430	283,377
平成28年度	12億5133万円	307,906	39,239	287,919	320,002	42,403	278,098

##### ② 医療費の状況(図表7)

医療費の変化について、総医療費は減額しているものの、1人当たり医療費は月額950円増額している。内訳をみると入院740円/月、外来210円/月の増額となっている。一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると湧水町は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。

医療費の変化

【 図表 7 】

湧水町

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	11億9160万円				5億5807万円				6億3353万円			
	H28年度	11億1570万円	7590万円	-6.4	4.4	5億3244万円	2563万円	-4.6	3.717	5億8326万円	5027万円	-7.9	4.9
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	32,200				15,080				17,120			
	H28年度	33,150	950	3.0	8.8	15,820	740	4.9	8.2	17,330	210	1.2	9.4

※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)

短期目標疾患では高血圧と脂質異常症の占める割合は減少している。糖尿病の占める割合は増加しており県や国と比較しても高い。高血圧は県よりは低いが高国よりは高い。

中長期目標疾患では脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費割合は減少しているものの、慢性腎不全（透析ありなしともに）に係る医療費割合は増加している。

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		慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質異常症	321,102,080	26,95%			
				同規模	県内												
H25	湧水町	1,191,596,160	32,210	6位	8位	6.07%	0.13%	3.22%	1.76%	5.46%	7.67%	2.64%	321,102,080	26.95%	10.60%	13.20%	8.12%
		1,115,697,500	33,157	6位	11位	6.71%	0.22%	2.86%	1.08%	6.41%	5.96%	2.44%	286,435,430	25.67%	13.70%	13.86%	8.78%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
	全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%
H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%
	全国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	

④ 中長期的な疾患 (図表 9)

虚血性心疾患のある者の割合は少し減少しているが、そのうち脳血管疾患と人工透析の割合が増加している。高血圧割合は横ばいで糖尿病と脂質異常は増えている。

脳血管疾患の割合も減少しているが、そのうち虚血性心疾患のある割合が3.5ポイント増、人工透析は1人減少したことで、64歳以下の割合が高くなっている。高血圧・糖尿病・脂質異常症の割合はともに増加している。

人工透析患者の人数、割合は変化がなく、そのうち、脳血管疾患・糖尿病割合は減少し、虚血性心疾患・脂質異常症は増加している。脂質異常症の割合は全体で20ポイントも増加している。

【図表 9】

【図表9】湧水町

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		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	3172	128	4.0	22	17.2	5	3.9	103	80.5	45	35.2	69	53.9	
	64歳以下	1946	46	2.4	6	13.0	4	8.7	33	71.7	18	39.1	29	63.0	
	65歳以上	1226	82	6.7	16	19.5	1	1.2	70	85.4	27	32.9	40	48.8	
H28	全体	2876	108	3.8	24	22.2	6	5.6	87	80.6	51	47.2	67	62.0	
	64歳以下	1607	33	2.1	6	18.2	5	15.2	26	78.8	18	54.5	21	63.6	
	65歳以上	1269	75	5.9	18	24.0	1	1.3	61	81.3	33	44.0	46	61.3	

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		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	3172	182	5.7	22	12.1	5	2.7	146	80.2	52	28.6	89	48.9	
	64歳以下	1946	53	2.7	6	11.3	3	5.7	43	81.1	15	28.3	28	52.8	
	65歳以上	1226	129	10.5	16	12.4	2	1.6	103	79.8	37	28.7	61	47.3	
H28	全体	2876	153	5.3	24	15.7	4	2.6	124	81.0	47	30.7	77	50.3	
	64歳以下	1607	32	2.0	6	18.8	3	9.4	23	71.9	9	28.1	18	56.3	
	65歳以上	1269	121	9.5	18	14.9	1	0.8	101	83.5	38	31.4	59	48.8	

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		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3172	15	0.5	5	33.3	5	33.3	14	93.3	11	73.3	3	20.0	
	64歳以下	1946	11	0.6	3	27.3	4	36.4	11	100.0	9	81.8	3	27.3	
	65歳以上	1226	4	0.3	2	50.0	1	25.0	3	75.0	2	50.0	0	0.0	
H28	全体	2876	15	0.5	4	26.7	6	40.0	14	93.3	10	66.7	6	40.0	
	64歳以下	1607	11	0.7	3	27.3	5	45.5	11	100.0	7	63.6	4	36.4	
	65歳以上	1269	4	0.3	1	25.0	1	25.0	3	75.0	3	75.0	2	50.0	

28  
9  
19  
32  
5  
27

### (3) 短期目標の達成状況

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・高血圧・脂質異常治療者の割合は若干増加している。

糖尿病治療者(様式3-2)においては、インスリン療法、虚血性心疾患、糖尿病腎症の割合が増加している。高血圧治療者(様式3-3)においては、糖尿病、脂質異常症、人工透析の割合が増加している。脂質異常症治療者(様式3-4)においては、高血圧・脳血管疾患の割合は減少している。人工透析の割合は増加しており、実人数も2倍になっている。

糖尿病治療者のうち糖尿病性腎症の割合、高血圧・脂質異常症治療者のうち人工透析の割合は増加傾向にあることから、重症化がすすむと今後、人工透析患者は増えてくることが予測される。

【図表 10】

【図表10】湧水町

厚労省様式 様式3-2	短期的な目標								中長期的な目標									
	被保険者数	糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3172	362	11.4	27	7.5	264	72.9	206	56.9	45	12.4	52	14.4	11	3.0	41	11.3
	64歳以下	1946	137	7.0	11	6.0	95	69.3	61	59.1	18	13.1	15	10.9	9	6.6	21	15.3
	65歳以上	1226	225	18.4	16	7.1	169	75.1	125	55.6	27	12.0	37	16.4	2	0.9	20	8.9
H28	全体	2876	349	12.1	27	7.7	250	71.6	196	56.2	51	14.6	47	13.5	10	2.9	54	15.5
	64歳以下	1607	101	6.3	12	11.9	63	62.4	61	60.4	18	17.8	9	8.9	7	6.9	18	17.8
	65歳以上	1269	248	19.5	15	6.0	187	75.4	135	54.4	33	13.3	38	15.3	3	1.2	36	14.5

厚労省様式 様式3-3	短期的な目標						中長期的な目標							
	被保険者数	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		
		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	3172	915	28.8	264	28.9	427	46.7	103	11.3	146	16.0	14	1.5
	64歳以下	1946	305	15.7	95	31.1	136	44.6	33	10.8	43	14.1	11	3.6
	65歳以上	1226	610	49.8	169	27.7	291	47.7	70	11.5	103	16.9	3	0.5
H28	全体	2876	837	29.1	250	29.9	393	47.0	87	10.4	124	14.8	14	1.7
	64歳以下	1607	226	14.1	63	27.9	95	42.0	26	11.5	23	10.2	11	4.9
	65歳以上	1269	611	48.1	187	30.6	298	48.8	61	10.0	101	16.5	3	0.5

厚労省様式 様式3-4	短期的な目標						中長期的な目標							
	被保険者数	脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	3172	572	18.0	206	36.0	427	74.7	69	12.1	89	15.6	3	0.5
	64歳以下	1946	202	10.4	81	40.1	136	67.3	29	14.4	28	13.9	3	1.5
	65歳以上	1226	370	30.2	125	33.8	291	76.6	40	10.8	61	16.5	0	0.0
H28	全体	2876	543	18.9	196	36.1	393	72.4	67	12.3	77	14.2	6	1.1
	64歳以下	1607	155	9.6	61	39.4	95	61.3	21	13.5	18	11.6	4	2.6
	65歳以上	1269	388	30.6	135	34.8	298	76.8	46	11.9	59	15.2	2	0.5

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者割合が増加していることがわかった。BMIの該当者は増加し、腹囲該当者は減少している。また、男女ともに血圧の有所見者割合は減少しているが、男性の54.1%、女性の40.9%で収縮期血圧が有所見となっている。なお、40～64歳に比べ、65～74歳で高い割合を示している。

メタボリックシンドローム予備群・該当者はともに減少している。

【図表 11】

湧水町

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	年齢	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	117	29.3	219	54.9	101	25.3	80	20.1	40	10.0	185	46.4	158	39.6	0	0.0	238	59.6	101	25.3	160	40.1	6	1.5
	40-64	44	31.0	75	52.8	43	30.3	39	27.5	14	9.9	66	46.5	56	39.4	0	0.0	77	54.2	44	31.0	58	40.8	2	1.4
	65-74	73	28.4	144	56.0	58	22.6	41	16.0	26	10.1	119	46.3	102	39.7	0	0.0	161	62.6	57	22.2	102	39.7	4	1.6
女性	合計	117	30.3	175	45.3	88	22.8	70	18.1	35	9.1	199	51.6	178	46.1	0	0.0	209	54.1	89	23.1	155	40.2	2	0.5
	40-64	34	33.0	51	49.5	27	26.2	30	29.1	6	5.8	49	47.6	38	36.9	0	0.0	47	45.6	26	25.2	35	34.0	0	0.0
	65-74	83	29.3	124	43.8	61	21.6	40	14.1	29	10.2	150	53.0	140	49.5	0	0.0	162	57.2	63	22.3	120	42.4	2	0.7

性別	年齢	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	116	22.4	142	27.5	85	16.4	46	8.9	19	3.7	133	25.7	219	42.4	0	0.0	239	46.2	89	17.2	309	59.8	1	0.2
	40-64	30	16.7	34	18.9	29	16.1	13	7.2	5	2.8	36	20.0	62	34.4	0	0.0	66	36.7	38	21.1	122	67.8	0	0.0
	65-74	86	25.5	108	32.0	56	16.6	33	9.8	14	4.2	97	28.8	157	46.6	0	0.0	173	51.3	51	15.1	187	55.5	1	0.3
H28	合計	116	24.7	109	23.2	49	10.4	42	9.0	9	1.9	135	28.8	208	44.3	0	0.0	192	40.9	71	15.1	265	56.5	0	0.0
	40-64	41	27.0	33	21.7	16	10.5	16	10.5	2	1.3	33	21.7	55	36.2	0	0.0	42	27.6	20	13.2	89	58.6	0	0.0
	65-74	75	23.7	76	24.0	33	10.4	26	8.2	7	2.2	102	32.2	153	48.3	0	0.0	150	47.3	51	16.1	176	55.5	0	0.0

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	年齢	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	399	37.8	17	4.3%	86	21.6%	4	1.0%	73	18.3%	9	2.3%	116	29.1%	23	5.8%	9	2.3%	44	11.0%	40	10.0%
	40-64	142	28.5	9	6.3%	25	17.6%	2	1.4%	19	13.4%	4	2.8%	41	28.9%	9	6.3%	6	4.2%	14	9.9%	12	8.5%
	65-74	257	46.1	8	3.1%	61	23.7%	2	0.8%	54	21.0%	5	1.9%	75	29.2%	14	5.4%	3	1.2%	30	11.7%	28	10.9%
女性	合計	386	39.5	17	4.4%	60	15.5%	7	1.8%	47	12.2%	6	1.6%	98	25.4%	22	5.7%	6	1.6%	37	9.6%	33	8.5%
	40-64	103	26.6	9	8.7%	14	13.6%	2	1.9%	10	9.7%	2	1.9%	28	27.2%	8	7.8%	5	4.9%	8	7.8%	7	6.8%
	65-74	283	48.0	8	2.8%	46	16.3%	5	1.8%	37	13.1%	4	1.4%	70	24.7%	14	4.9%	1	0.4%	29	10.2%	26	9.2%

性別	年齢	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
女性	合計	517	45.8	24	4.6%	53	10.3%	3	0.6%	36	7.0%	14	2.7%	65	12.6%	7	1.4%	3	0.6%	40	7.7%	15	2.9%
	40-64	180	36.1	9	5.0%	16	8.9%	1	0.6%	10	5.6%	5	2.8%	9	5.0%	1	0.6%	0	0.0%	5	2.8%	3	1.7%
	65-74	337	53.5	15	4.5%	37	11.0%	2	0.6%	26	7.7%	9	2.7%	56	16.6%	6	1.8%	3	0.9%	35	10.4%	12	3.6%
H28	合計	469	45.5	17	3.6%	38	8.1%	2	0.4%	28	6.0%	8	1.7%	54	11.5%	11	2.3%	2	0.4%	28	6.0%	13	2.8%
	40-64	152	37.2	8	5.3%	12	7.9%	0	0.0%	9	5.9%	3	2.0%	13	8.6%	3	2.0%	2	1.3%	6	3.9%	2	1.3%
	65-74	317	51.0	9	2.8%	26	8.2%	2	0.6%	19	6.0%	5	1.6%	41	12.9%	8	2.5%	0	0.0%	22	6.9%	11	3.5%

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表 12)

特定健診の受診率は医療機関からの情報提供を入れて42.6%であり、目標を達成していない。特定保健指導実施率は67.9%と高い。今後、生活習慣病の重症化を予防していくために、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

【図表 12】

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	受診率	医療機関受診率	
								湧水町	同規模平均
H25年度	2,184人	904人	41.40%		110人	75人	68.20%	10.80%	
H28年度	2,013人	852人	42.30%		84人	57人	67.90%	8.69%	

## 2) 第1期に係る考察

### 【考察】

健診受診率は42%で県内33位と低い。特定保健指導実施率は67.9%でと県内でも3位と高く、メタボリックシンドロームの状況は該当者・予備群ともに減少していることから効果が出ていると思われる。

しかし、医療のかかり方からは、1人当たり医療費が入院・入院外ともに増えていることや、総医療費に占める割合では糖尿病と慢性腎不全が増えていることから、重症化のリスクが高い健診未受診者や、非肥満高血糖者などの特定保健指導以外のハイリスク者への取り組みが必要と考えられる。

高血圧・脂質異常、脳血管疾患・虚血性心疾患は減少が見られているが、第2期では特定健診の受診勧奨や、医療費が高くなる腎不全への移行を防ぐための糖尿病等の生活習慣病の重症化予防の保健事業が重要と考えられる。

また、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、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) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表13)

湧水町の外来と入院の件数や費用を比較すると、入院はわずか4.1%で費用額全体の47.7%を占めていることから、入院の1件当たりの費用額が外来と比較すると高くなっていることがわかる。つまり、重症化予防をすることにより入院医療費を減少させることにつながり、費用対効果も期待できる。

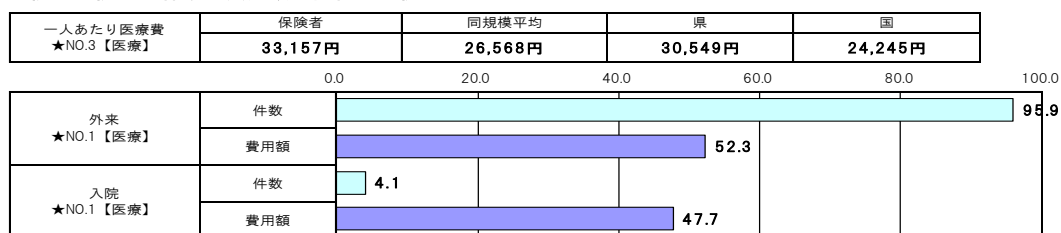


「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

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）

- ① ひと月 80 万円以上の高額になる疾患を分析すると、脳血管疾患が全体の 7.8%を占め、虚血性心疾患の 4.9%をあわせると全体の 12.7%を占める。併存する疾患として、高血圧が 81.0%で、脂質異常 50.3%、糖尿病 30.7%重なっており、メタボの多い湧水町においては、3 つの疾患の重なりの対象者を明確にすることが必要となる。
- ② 6 ヶ月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患は全体の 25.6%で、全体の 20.0%の件数で、18.6%の費用を占めている。
- ③ 長期療養を必要とする人工透析患者について分析すると、全体の 66.3%が糖尿病が原因と考えられ、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。

【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 (H●年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	102人	8人		5人		35人		61人		
				7.8%		4.9%		34.3%		59.8%		
		件数	年 代 別	174件	14件		6件		59件		95件	
					8.0%		3.4%		33.9%		54.6%	
				40歳未満	3	21.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.1%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%
				50代	1	7.1%	0	0.0%	1	1.7%	11	11.6%
60代	10	71.4%	6	100.0%	34	57.6%	47	49.5%				
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	24	40.7%	34	35.8%				
費用額		2億1534万円	1686万円		833万円		7187万円		1億1828万円			
			7.8%		3.9%		33.4%		54.9%			

\*最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。

厚労省様式	対象レセプト (H●年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	39人	32人	10人	7人
				82.1%	25.6%	17.9%
		件数	366件	279件	74件	76件
			76.2%	20.2%	20.8%	
費用額		1億4489万円	1億0046万円	2698万円	2686万円	
			69.3%	18.6%	18.5%	

\*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

\*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H●5 診療分	人数	15人	10人	4人	6人
					66.7%	26.7%	40.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H●年度 累計	件数	192件	123件	50件	80件
					64.1%	26.0%	41.7%
		費用額	9367万円	5087万円	2212万円	3347万円	
				54.3%	23.6%	35.7%	

\*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H●年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基 礎 な 疾 患	1,302人	153人	108人	54人
				11.8%	8.3%	4.1%
			高血圧	124人	87人	44人
				81.0%	80.6%	81.5%
			糖尿病	47人	51人	54人
				30.7%	47.2%	100.0%
			脂質異常症	77人	67人	38人
	50.3%	62.0%	70.4%			
高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症			
837人	349人	543人	140人			
64.3%	26.8%	41.7%	10.8%			

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

湧水町の1号保険者の19.9%が要介護認定を受けており、約5人に1人が要介護認定を受け、75歳以上では、30.0%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要介護3から5の重症者が全体の41.3%と多く、原因疾患では脳血管疾患等の血管疾患が全体の96.1%を占める。さらに75歳以上の高齢者においては、認知症など脳の病変に起因するものや筋骨格系疾患が出現してくる。

75歳未満の若い年代においても脳血管疾患等の血管疾患が大部分を占め、予防可能である血管疾患を守ることが最重要課題となる。

また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より4,972円も高く、2号認定者はほとんど健診未受診者であり、特定健診による生活習慣病予防、特に重症化予防のための高血圧、高血糖、脂質異常症予防に取り組んでいく必要がある。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計												
	被保険者数		3,950人	1,539人	2,525人	4,064人			8,014人									
	認定者数		19人	49人	758人	807人			826人									
	認定率		0.48%	3.2%	30.0%	19.9%			10.3%									
	新規認定者数 (*1)		1人	12人	98人	110人			111人									
介護度別人数	要支援1・2	4	21.1%	11	22.4%	165	21.8%	176	21.8%	180	21.8%							
	要介護1・2	11	57.9%	20	40.8%	278	36.7%	298	36.9%	309	37.4%							
	要介護3～5	4	21.1%	18	36.7%	315	41.6%	333	41.3%	337	40.8%							
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)		19	49	758	807			826									
	(再) 国保・後期		13	42	725	767			780									
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	1	脳卒中	10	76.9%	脳卒中	26	61.9%	脳卒中	366	50.5%	脳卒中	392	51.1%	脳卒中	402	51.5%
			2	腎不全	2	15.4%	虚血性心疾患	7	16.7%	虚血性心疾患	204	28.1%	虚血性心疾患	211	27.5%	虚血性心疾患	212	27.2%
	3	虚血性心疾患	1	7.7%	腎不全	4	9.5%	腎不全	85	11.7%	腎不全	89	11.6%	腎不全	91	11.7%		
	4	糖尿病合併症	3	23.1%	糖尿病合併症	4	9.5%	糖尿病合併症	56	7.7%	糖尿病合併症	60	7.8%	糖尿病合併症	63	8.1%		
	基礎疾患		10		34		667		701		711							
	高血圧・糖尿病 脂質異常症		76.9%		81.0%		92.0%		91.4%		91.2%							
	血管疾患		10		38		697		735		745							
	血管疾患 合計		76.9%		90.5%		96.1%		95.8%		95.5%							
	認知症		1		15		408		423		424							
			7.7%		35.7%		56.3%		55.1%		54.4%							
	筋・骨格疾患		11		37		691		728		739							
			84.6%		88.1%		95.3%		94.9%		94.7%							

\*1) 新規認定者についてはNO.49 要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上  
\*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	9,168					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,196					

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

女性では BMI・腹囲高値の割合が高い。また、男女ともに空腹時血糖有所見者割合が高く、HbA1c 有所見者割合は低い。収縮期血圧は 65 歳以上で有所見者割合が高い。メタボリックシンドローム予備群・該当者ともに男性の方がリスク重複の割合が多い。男性の予備群では高血圧該当が 12.2%と一番多く、該当者では血圧＋脂質の重複が 9.6%と最も多い、また、次いで 3 項目すべて重複が 8.5%となっている。女性でも予備群では高血圧が 6.0%と最も多く、該当者も血圧と脂質の重複が 6.0%と最も多い、次いで、3 項目すべて 2.89%、血糖＋血圧 2.3%となっている。

リスクの重複を予防できるようさらなる取り組みが必要である。

【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（帳票）

	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		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	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	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7			
保険者	合計	117	30.3	175	45.3	88	22.8	70	18.1	35	9.1	199	51.6	178	46.1	0	0.0	209	54.1	89	23.1	155	40.2	2	0.5		
	40-64	34	33.0	51	49.5	27	26.2	30	29.1	6	5.8	49	47.6	38	36.9	0	0.0	47	45.6	26	25.2	35	34.0	0	0.0		
	65-74	83	29.3	124	43.8	61	21.6	40	14.1	29	10.2	150	53.0	140	49.5	0	0.0	162	57.2	63	22.3	120	42.4	2	0.7		

	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	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	17,166	24.4	14,284	20.3	9,494	13.5	6,666	9.5	1,950	2.8	19,033	27.1	33,416	47.5	1,304	1.9	30,939	44.0	9,051	12.9	37,843	53.8	327	0.5			
保険者	合計	116	24.7	109	23.2	49	10.4	42	9.0	9	1.9	135	28.8	208	44.3	0	0.0	192	40.9	71	15.1	265	56.5	0	0.0		
	40-64	41	27.0	33	21.7	16	10.5	16	10.5	2	1.3	33	21.7	55	36.2	0	0.0	42	27.6	20	13.2	89	58.6	0	0.0		
	65-74	75	23.7	76	24.0	33	10.4	26	8.2	7	2.2	102	32.2	153	48.3	0	0.0	150	47.3	51	16.1	176	55.5	0	0.0		

\*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（帳票）

	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	386	39.5	17	4.4%	60	15.5%	7	1.8%	47	12.2%	6	1.6%	98	25.4%	22	5.7%	6	1.6%	37	9.6%	33	8.5%				
保険者	合計	103	26.6	9	8.7%	14	13.6%	2	1.9%	10	9.7%	2	1.9%	28	27.2%	8	7.8%	5	4.9%	8	7.8%	7	6.8%				
	40-64	283	48.0	8	2.8%	46	16.3%	5	1.8%	37	13.1%	4	1.4%	70	24.7%	14	4.9%	1	0.4%	29	10.2%	26	9.2%				

	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	469	45.5	17	3.6%	38	8.1%	2	0.4%	28	6.0%	8	1.7%	54	11.5%	11	2.3%	2	0.4%	28	6.0%	13	2.8%				
保険者	合計	152	37.2	8	5.3%	12	7.9%	0	0.0%	9	5.9%	3	2.0%	13	8.6%	3	2.0%	2	1.3%	6	3.9%	2	1.3%				
	40-64	317	51.0	9	2.8%	26	8.2%	2	0.6%	19	6.0%	5	1.6%	41	12.9%	8	2.5%	0	0.0%	22	6.9%	11	3.5%				

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

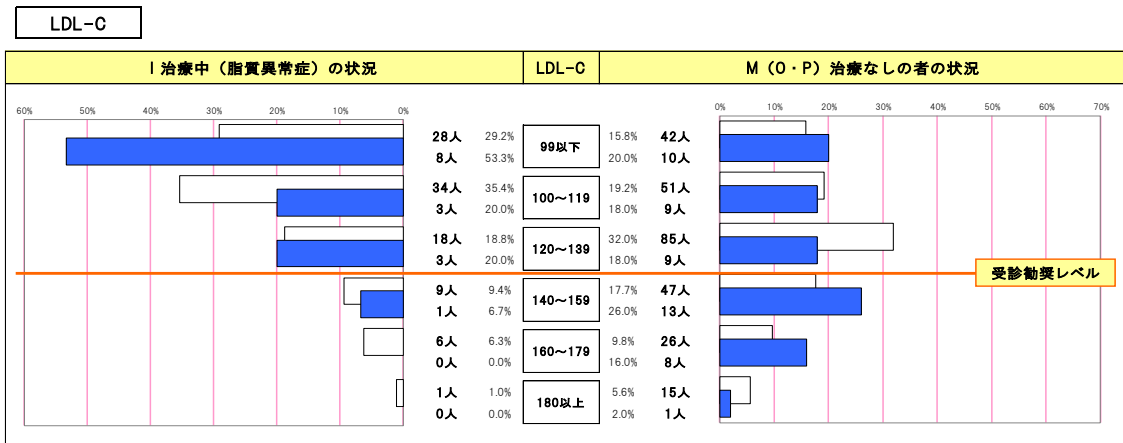
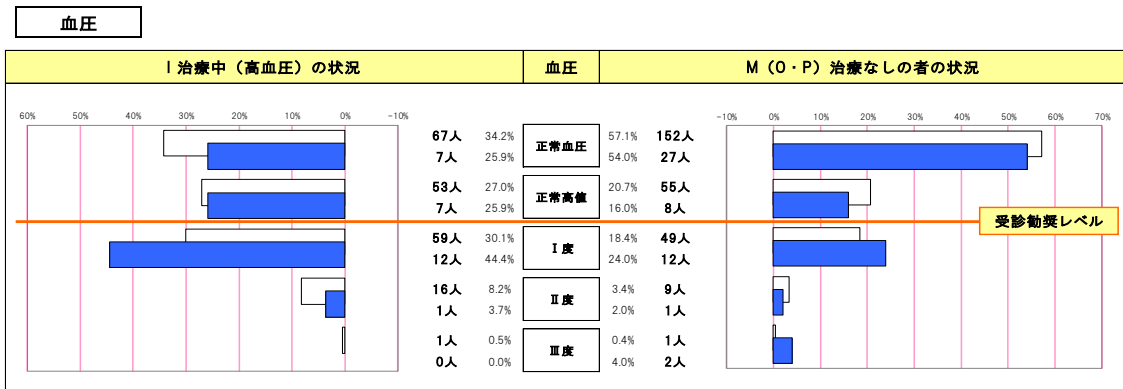
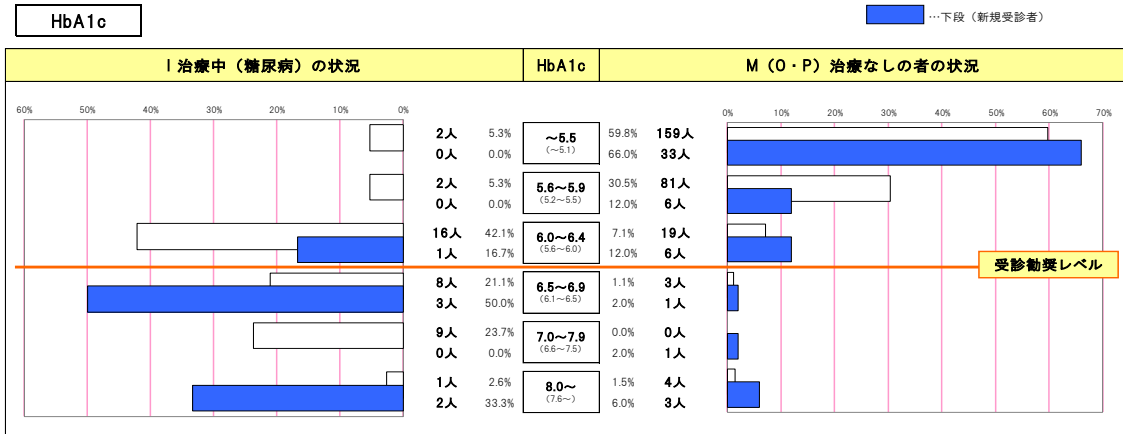
糖尿病は治療中でHbA1c6.5%を上回る者が52.2%であり、治療なしの者では3.8%である。高血圧では治療あり・なしともにI度以下の範囲がほとんどを占めている。脂質異常症では治療なしの者のうちLDL-C140以上の方が34.8%、治療ありの者では15.3%である。

このことから、糖尿病は治療中でもコントロールが難しく、医療機関と連携した保健指導を実施し重症化を防いでいくことが必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段（継続受診者）  
 ■ …下段（新規受診者）



#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

湧水町の特定健康診査は、受診率 42.6%である。しかし、年齢別でみると 65 歳以上の受診率は 49.5%となっているのに対し、40~64 歳はわずか 32.0%となっている。特に健診も治療も受けていない方 (G) は、重症化しているかどうかの実態が全くわからない。

未受診者のうち、健診も治療もない者が 40~64 歳では 240 人、65~74 歳のうち 114 人いる。優先的に受診勧奨する必要がある。また、健診未受診者の生活習慣病治療費は健診受診者の 2 倍以上であり、重症化してから治療を受けていることが考えられる。

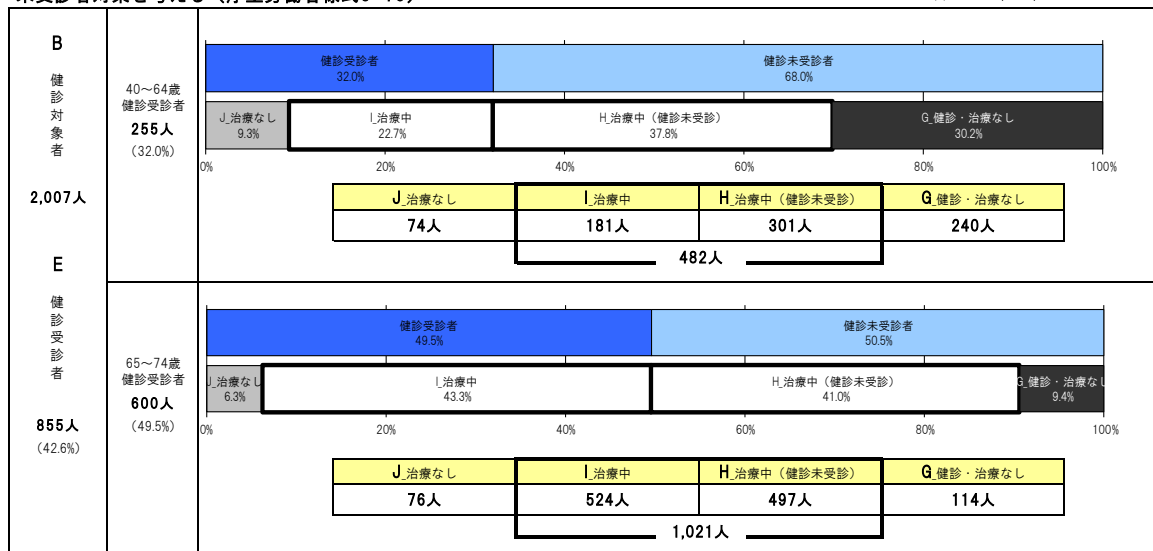
生活習慣病は自覚症状がないことが多いため、まずは、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につながる。

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

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

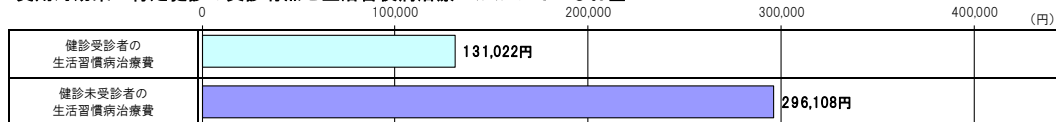
★NO.26 (CSV)



○G 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



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。

### 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つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。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、湧水町の医療のかかり方は、重症化してから医療にかかる実態があり、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。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表44】

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、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。

【図表 20】

### 2. 目標値の設定

	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	80%	80%	80%	80%	80%	80%

### 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	2000人	2000人	2000人	2000人	2000人	2000人
	受診者数	1000人	1100人	1200人	1300人	1400人	1500人
特定保健指導	対象者数	100人	100人	100人	100人	100人	100人
	受診者数	60人	70人	80人	90人	100人	100人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(湧水町栗野保健センター、吉松保健センター)

#### (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）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）

### (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、鹿児島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。毎年 2 月に案内を送付し申込をとる。（図表 22）

【 図表22 】

#### 年間スケジュール

<b>健診の案内方法</b>	
毎年2月に案内を対象世帯へ送付する。申込調査書を提出してもらい、除外理由の届け出がない方へは文書で受診勧奨する。	
<b>健診実施スケジュール</b>	
4 月	: 受診券送付
5 月	: 特定健診実施（集団）
6 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
6 月～翌年 3 月	: 未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
1 0 月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2 月～3 月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

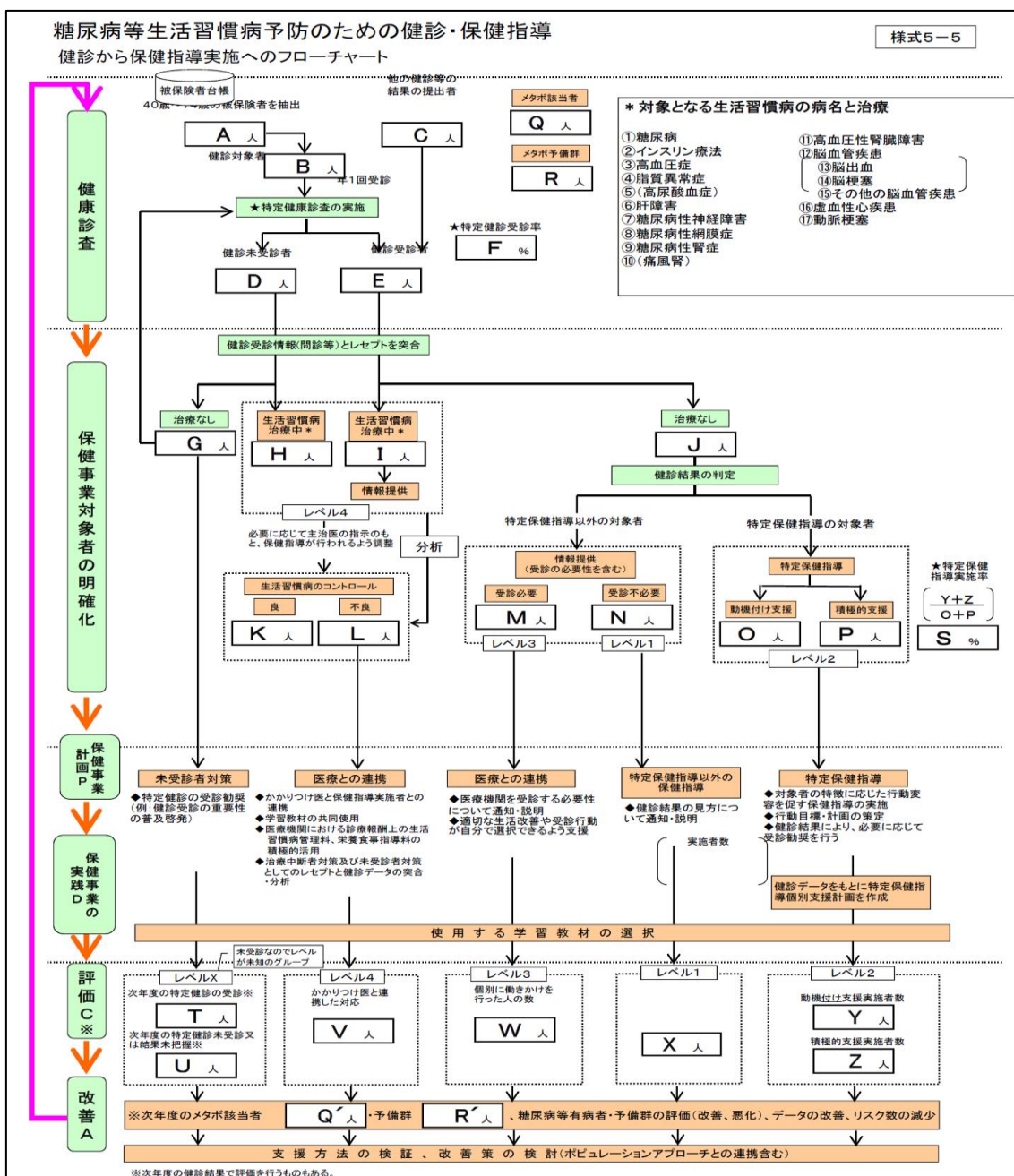
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、保健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 24】

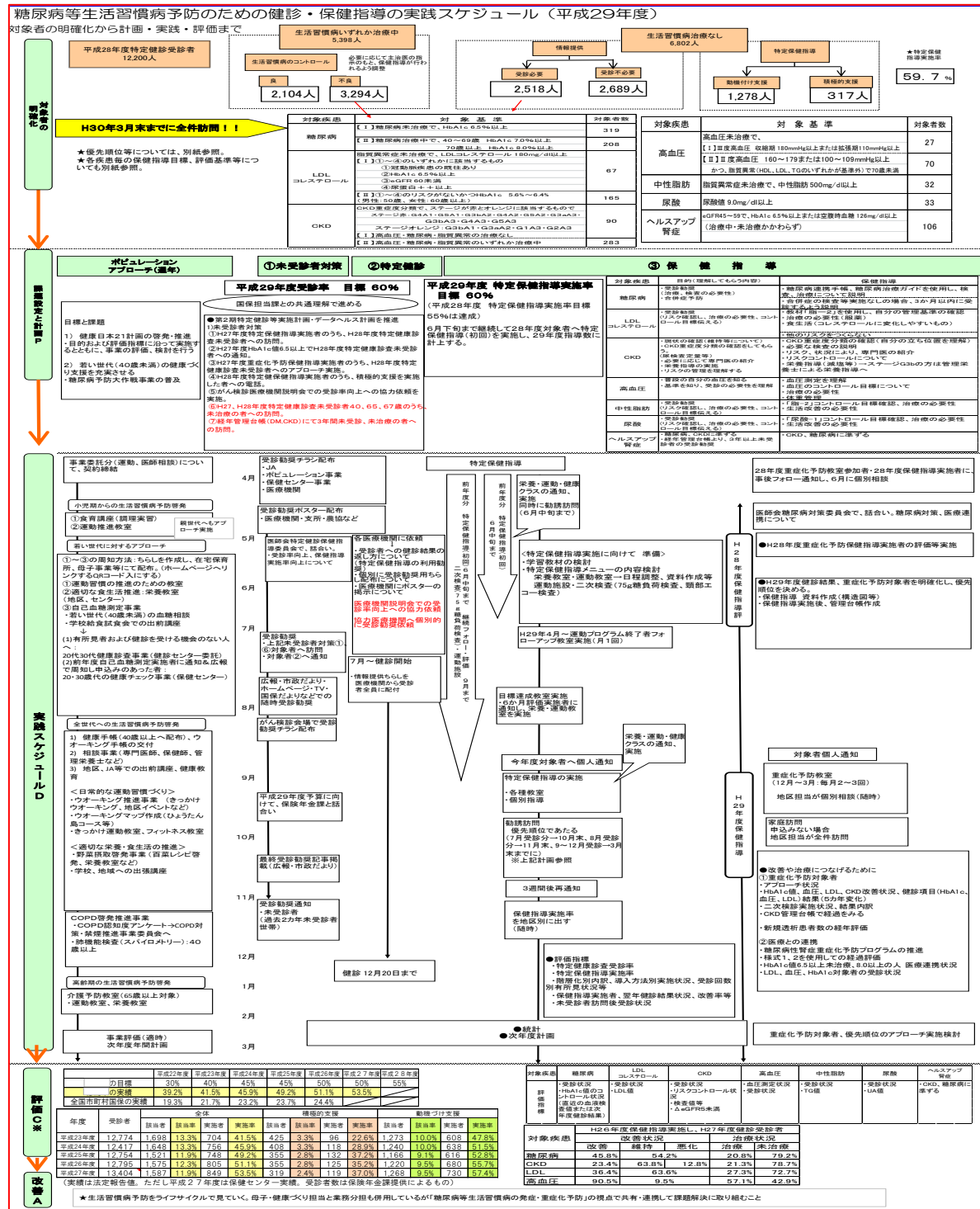
優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	40 人 (4%)	80%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	67 人 (6.7%)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,000 人 ※受診率目標達成までにあ と 400 人	%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供(疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	73 人 (7.3%)	%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆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	825 人 (82.5%)	%

※(様式 5-5 を基に) H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込

### (3)生活習慣予防のための健診・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】



## 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湧水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、湧水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)及び鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (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鹿児島県糖尿病重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- 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. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### 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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	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。湧水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)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(-)、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)

湧水町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 45 人(32.8%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 348 人中のうち、特定健診受診者が 92 人(26.4%・G)であったが、17 人(18.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 256 人(73.6%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 73 人中 35 人は治療中断であることが分かった。また、38 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 より湧水町における介入方法を以下の通りとする。

### 優先順位1

#### 【受診勧奨】

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)・・・45 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・52 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)・・・75 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)・・・38 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

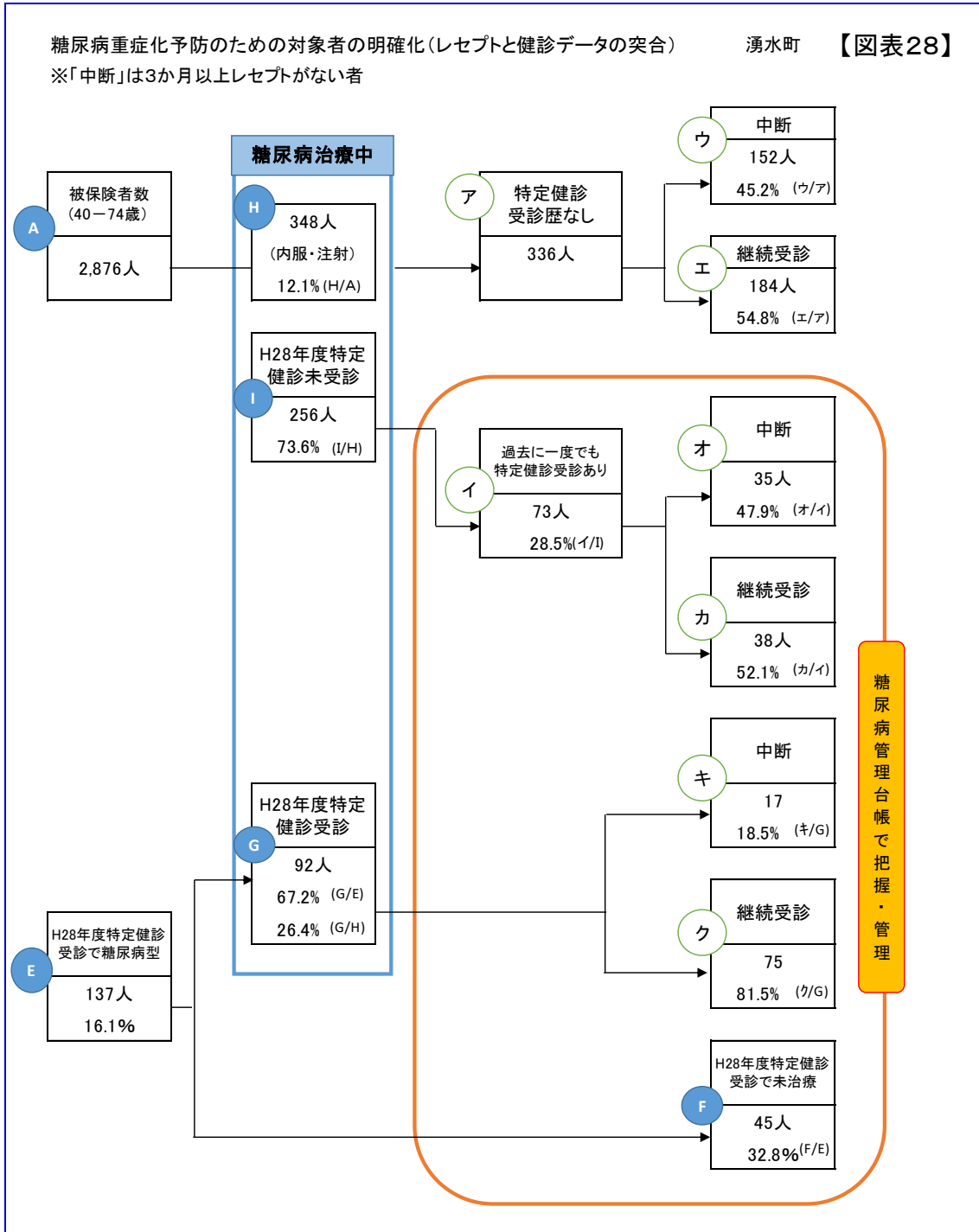
【図表 28】

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)

湧水町

【図表 28】

※「中断」は3か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、担当地区ごとに作成し管理していく。

#### 【糖尿病管理台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

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) 担当地区の対象者数の把握

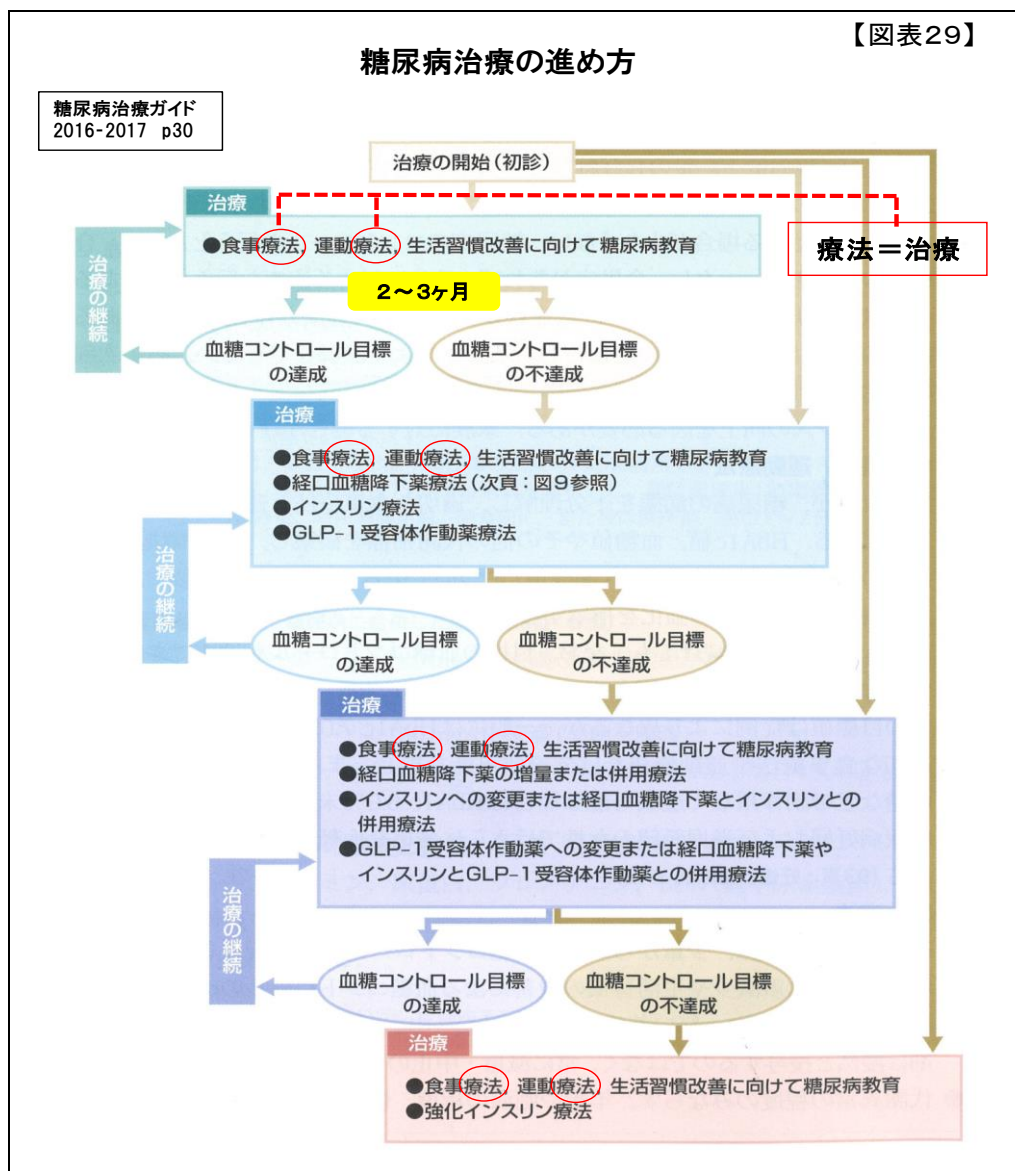
① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……5人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……174人

## 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。湧水町においては、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。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われることをよく理解してもらい、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 29)



## (2) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため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(±)へは二次健診等を活用し、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、事前に地区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鹿児島県プログラムに準じていく。

## 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。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5ml/1.73 m<sup>2</sup>以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、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。湧水町において健診受診者876人のうち心電図検査実施者は676人(77.2%)であり、そのうちST所見があったのは44人であった(図表30)。ST所見あり256人中のうち36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220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。

湧水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心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表30】

	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	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	876	100	676	77.2	44	6.5	205	30.3	427	63.2

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
256	100	36	14.1	33	91.7	3	8.3

### 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。心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って対象者を抽出する。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。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

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		
	876	44	205	427	200	
		5.0	23.4	48.7	22.8	
メタボ該当者	155 17.7%	11 7.1%	34 21.9%	51 32.9%	59 38.1%	
メタボ予備群	102 11.6%	3 2.9%	23 22.5%	61 59.8%	15 14.7%	
メタボなし	619 70.7%	30 4.8%	148 23.9%	315 50.9%	126 20.4%	
LDL	140-159	107 12.2%	11 10.3%	14 13.1%	64 59.8%	18 16.8%
	160-179	42 4.8%	1 2.4%	11 26.2%	22 52.4%	8 19.0%
	180-	18 2.1%	1 5.6%	4 22.2%	11 61.1%	2 11.1%

②-1

②-2

## 【参考】

CKD	G3aA1~	100	10	36	49	5
		11.4%	10.0%	36.0%	49.0%	5.0%

## 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。



**虚血性心疾患に関する症状**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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。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)

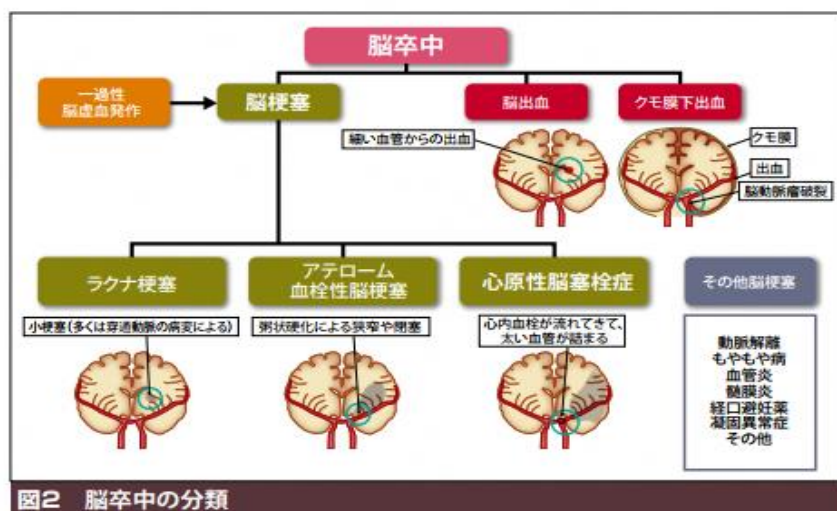
### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 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】



(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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳塞栓症	●			●			○	○
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 876人		28人 3.2%	58人 6.6%	29人 3.3%	9人 1.0%	155人 17.7%	7人 0.8%	6人 0.7%	
治療なし		15人 3.0%	34人 4.8%	28人 4.1%	2人 0.5%	21人 5.1%	3人 0.7%	1人 0.3%	
治療あり		13人 3.4%	24人 28.9%	1人 0.5%	7人 1.5%	134人 29.0%	4人 0.9%	5人 1.6%	
臓器障害あり		7人 46.7%	10人 29.4%	14人 50.0%	2人 100%	7人 33.3%	3人 100%	1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	3人	1人	
	尿蛋白(2+)以上	0人	3人	1人	0人	1人	3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	1人	0人	0人	0人	0人	1人	
	心電図所見あり	7人	7人	13人	0人	7人	2人	1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28人(3.2%)であり、15人は未治療者であった。また未治療者のうち7人(3.4%)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13人(3.4%)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】

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定

### 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

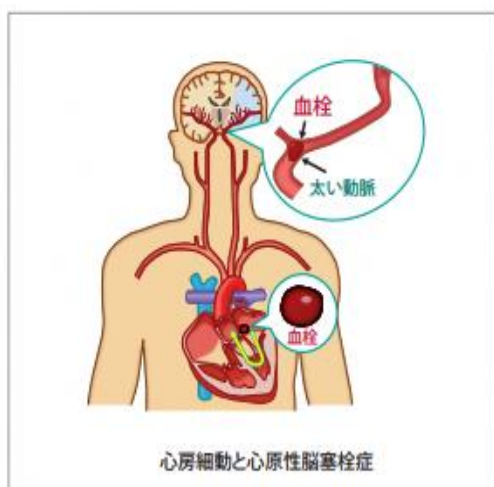
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	497	188	124	92	78	12	3	6	39	48
		37.8%	24.9%	18.5%	15.7%	2.4%	0.6%	1.2%	7.8%	9.7%
リスク第1層	60	30	17	7	6	0	0	6	0	0
		12.1%	16.0%	13.7%	7.6%	7.7%	0.0%	0.0%	100%	0.0%
リスク第2層	291	112	76	52	39	9	3	--	39	12
		58.6%	59.6%	61.3%	56.5%	50.0%	75.0%	100.0%	--	100.0%
リスク第3層	146	46	31	33	33	3	0	--	--	36
		29.4%	24.5%	25.0%	35.9%	42.3%	25.0%	0.0%	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	54	10	13	11	17	3	0	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	55	19	13	14	8	1	0	--	--
	3個以上の危険因子	65	18	10	18	17	2	0	--	--
		44.5%	39.1%	32.3%	54.5%	51.5%	66.7%	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。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者状況

【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	296	380	7	2.4	2	0.5	-	-
40歳代	11	15	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	26	47	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	151	197	4	2.6	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	108	121	3	2.8	2	1.7	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

\* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
9	100	2	22.2	7	77.8

心電図検査において9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9人のうち7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る。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が望まれる。

### 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、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。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。その際は血圧評価表、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

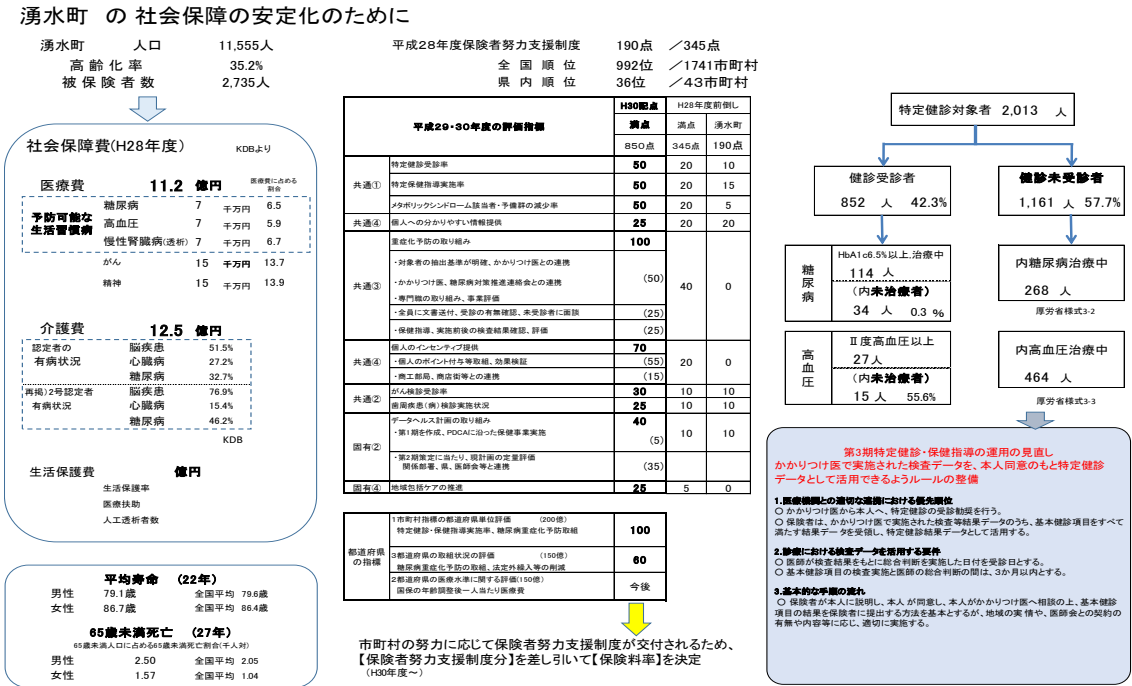
5 月～特定健診結果が届き次第心房細動の管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)



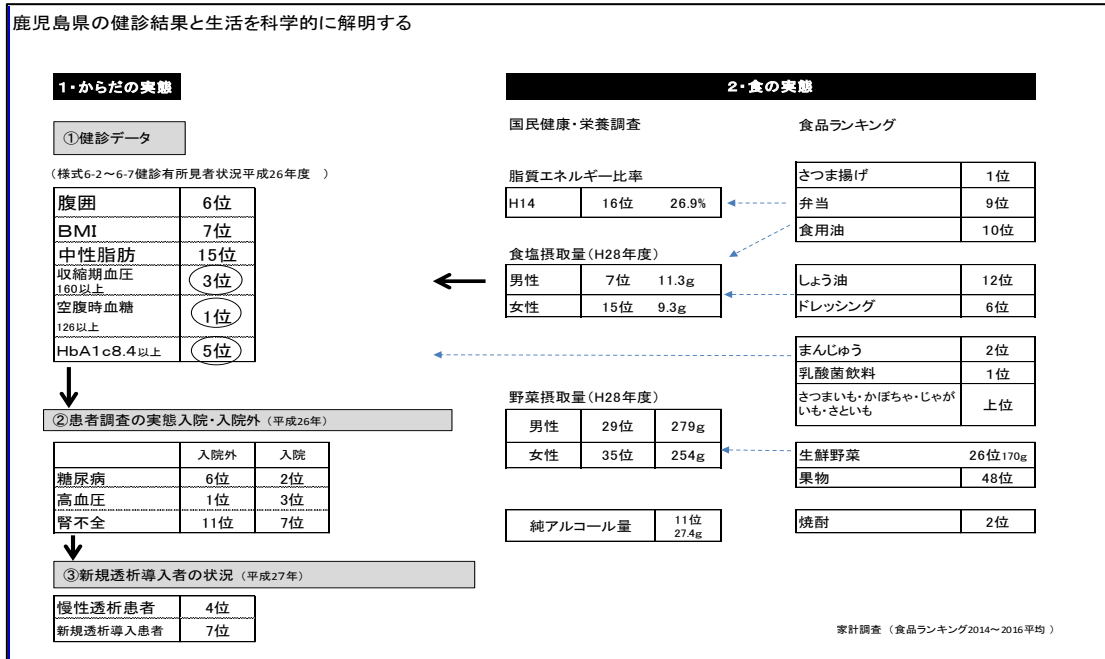
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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住民へ周知していく。(図表 40・41)

【図表 40】



【図表 41】



## 第5章 地域包括ケアに係る取組

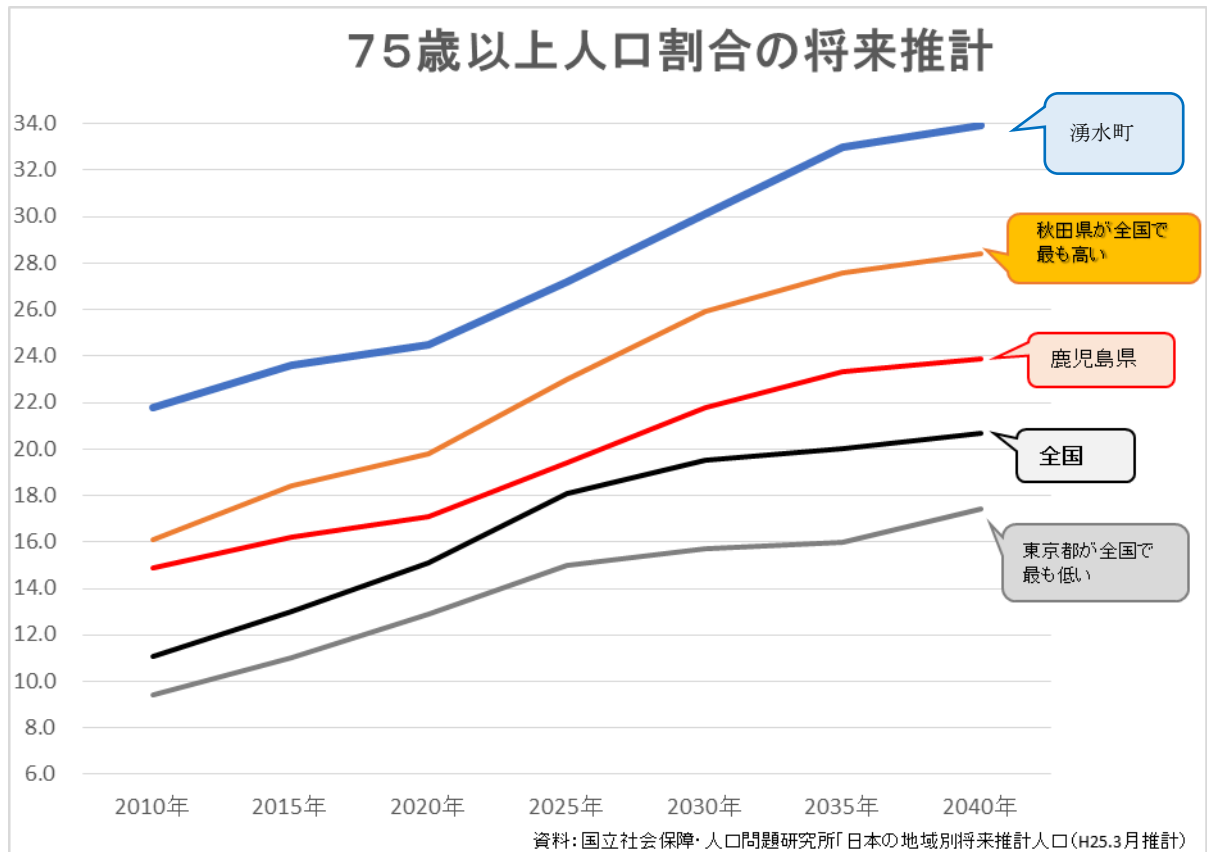
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、住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歳以上割合が2040年23.9%となり、4人に1人が後期高齢者になる。75歳以上人口の将来推計は、2010年の人口を100としたときの指数で2040年が124と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。本町においては、県より高い水準で推移し、2040年には3人に1人が後期高齢者となる。(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市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

H27年度		被保険者数 (人)		療養諸費 (円)		一人当たり 療養諸費(円)
			国保に占める割合		国保に占める割合	
国保	国保(~74歳)	438,810	100%	1,741億	100%	396,863
	前期高齢者(65~74歳)	166,243	38%	987億	57%	593,971
後期高齢者(75歳~)		261,232	-	2,791億	-	1,068,398

H27年度国民健康保険事業状況報告年報 H27年度鹿児島県後期高齢者医療事業報告

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住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)	・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・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連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。

### 3. 目標管理一覧

計画における目標等を踏まえた評価指標を個別に設定し、毎年度評価を行い、必要に応じて翌年度の事業見直しを行う。

【図表 44】

ヘルス計画の目標管理一覧表		湧水町							様式2		
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
・高血圧症の割合が62.9%で県・国・同規模と比較して高い。 ・生活習慣病のうち糖尿病にかかる医療費の割合が10.4%であり、県・国と比較して高く、h25年度より増加している。 ・	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	42.30%						60.00%	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	67.90%						80.00%		
		特定保健指導対象者の減少率25%	37.20%						25.00%		
	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	入院医療費の伸び率を3%とする	4.90%							3.00%	KDBシステム
		必要な医療動員を行い入院外医療費を伸ばす3%	1.20%							3.00%	
	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5%減少	2.86%							2.70%	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少	1.08%							1.00%	
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	71.40%							60.00%	
	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	健診受診者の高血圧の割合減少5%(160/100以上)	3.20%							3.00%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	9.30%							8.80%	
		健診受診者の糖尿病有病者の割合減少5%(HbA1c6.5以上)	11.10%							10.00%	
		メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	15.81%							25.00%	
糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合100%									100.00%		
糖尿病の保健指導を実施した割合10%以上								10.00%			

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

## 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、広報誌を通じて周知する。

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

湧水町においては、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り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湧水町の位置
- 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 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた湧水町の位置

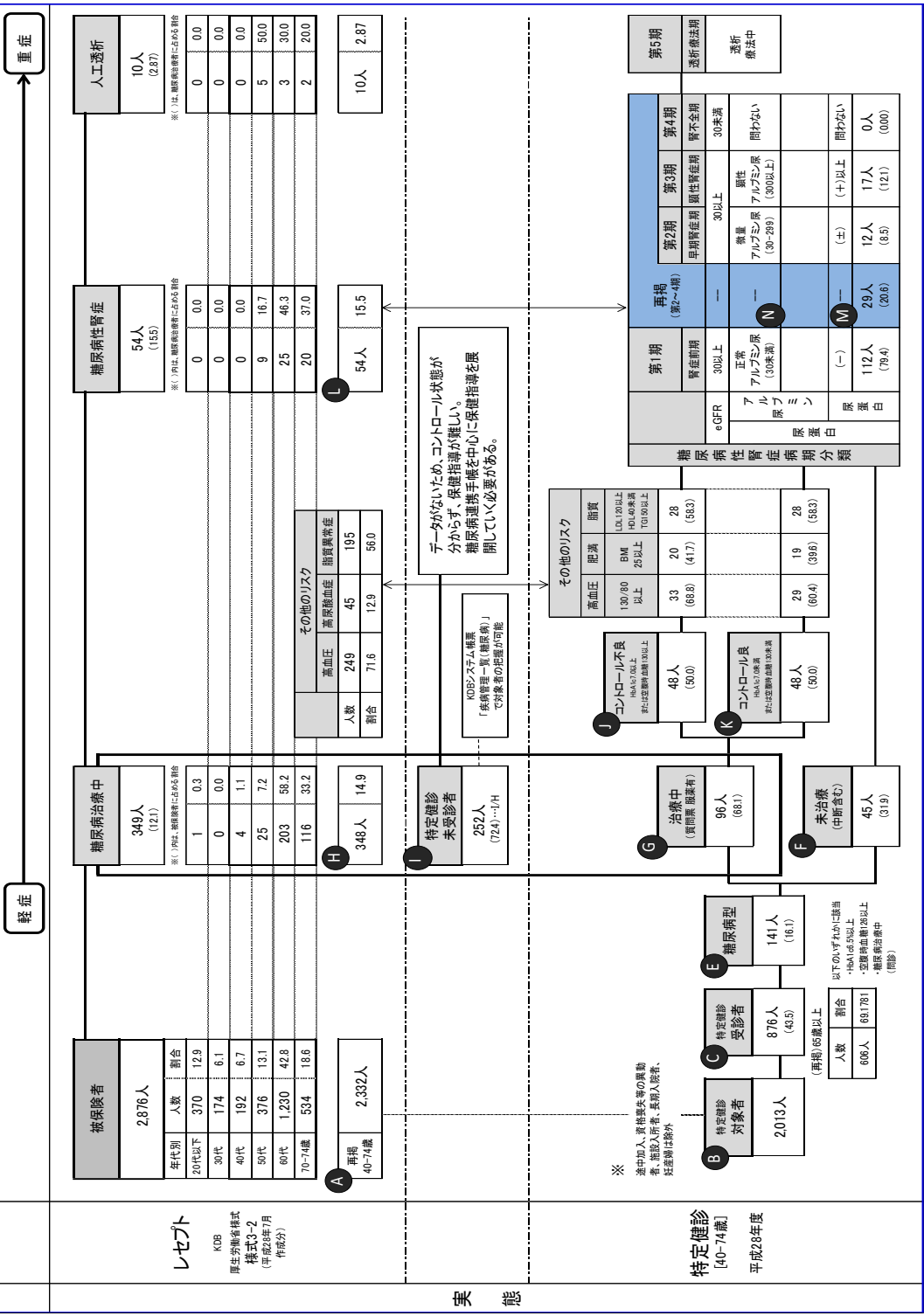
【参考資料1】

項目	H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28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	11,555		11,555		1,944,956		1,691,041		124,952,975	
		65歳以上（高齢化率）	4,064	35.2	4,064	35.2	575,439	29.6	449,078	26.6	29,020,766	23.2
		75歳以上	2,525	21.9	2,525	21.9			251,927	14.9	13,989,864	11.2
		65～74歳	1,539	13.3	1,539	13.3			197,151	11.7	15,030,902	12.0
		40～64歳	3,950	34.2	3,950	34.2			572,168	33.8	42,411,922	34.0
	39歳以下	3,541	30.6	3,541	30.6			669,795	39.6	53,420,287	42.8	
	② 産業構成	第1次産業	16.7		16.7		14.7		10.4		4.2	
		第2次産業	26.4		26.4		26.9		19.6		25.2	
		第3次産業	56.9		56.9		58.3		70.0		70.6	
	③ 平均寿命	男性	79.1		79.1		79.3		79.2		79.6	
女性		86.7		86.7		86.4		86.3		86.4		
④ 健康寿命	男性	65.1		65.1		65.1		64.8		65.2		
	女性	66.0		66.1		66.8		66.6		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	102.8		107.6		105.0		102.1		100	
		男性										
		女性	88.6		87.1		102.7		99.4		100	
		がん	44	37.3	35	33.0	6,768	45.4	5,546	46.2	367,905	49.6
		心臓病	40	33.9	42	39.6	4,236	28.4	3,146	26.2	196,768	26.5
		脳疾患	19	16.1	20	18.9	2,609	17.5	2,166	18.0	114,122	15.4
		糖尿病	4	3.4	2	1.9	263	1.8	233	1.9	13,658	1.8
	腎不全	5	4.2	6	5.7	584	3.9	560	4.7	24,763	3.3	
	自殺	6	5.1	1	0.9	444	3.0	355	3.0	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡（65歳未満）	合計										
男性												
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	823	20.3	807	19.8	114,846	20.2	99,733	22.2	5,885,270	21.2
		新規認定者	10	0.3	20	0.3	1,946	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3
		2号認定者	21	0.5	19	0.5	2,492	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4
	② 有病状況	糖尿病	133	16.3	151	17.5	25,612	21.3	22,589	22.0	1,350,152	22.1
		高血圧症	527	63.1	520	62.9	63,835	53.4	60,158	58.7	3,101,200	50.9
		脂質異常症	190	22.1	176	21.8	31,966	26.7	29,779	28.9	1,741,866	28.4
		心臓病	590	70.1	586	70.7	72,264	60.6	69,010	67.5	3,529,682	58.0
		脳疾患	235	29.5	260	30.7	32,398	27.3	35,809	35.2	1,538,683	25.5
		がん	69	7.5	73	8.6	11,697	9.6	11,405	11.1	631,950	10.3
		筋・骨格	544	63.3	521	62.7	62,083	51.8	61,746	60.5	3,067,196	50.3
精神		366	44.2	431	50.0	44,206	36.6	41,682	40.5	2,154,214	35.2	
再掲認知症	263	31.3	319	37.0	28,253	23.2	28,189	27.1	1,350,588	21.9		
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	301,502	1,225,305,823	307,906	1,251,331,622	320,002	1,821,291,588,894	331,923	149,059,341,986	310,082	8,522,083,374,823	
	1件当たり給付費（全体）	69,051		67,970		68,807		65,532		58,284		
	居宅サービス	39,021		39,239		42,403		43,003		39,662		
	施設サービス	292,412		287,919		278,098		284,004		281,186		
④ 医療費等	要介護認定別医療費（40歳以上）	14,228		9,168		8,199		8,789		7,980		
	認定あり 認定なし	3,804		4,196		3,955		4,245		3,816		
4	① 国保の状況	被保険者数	3,032		2,735		509,741		423,755		32,587,223	
		65～74歳	1,246	41.1	1,288	47.1			170,126	40.1	12,462,053	38.2
		40～64歳	1,162	38.3	925	33.8			147,782	34.9	10,946,693	33.6
		39歳以下	624	20.6	522	19.1			105,847	25.0	9,178,477	28.2
	加入率	26.2		23.7		26.6		25.1		26.9		
	② 医療の概況（人口千対）	病院数	1	0.3	1	0.4	121	0.2	256	0.6	8,255	0.3
		診療所数	10	3.3	10	3.7	1,138	2.2	1,406	3.3	96,727	3.0
		病床数	230	75.9	230	84.1	17,242	33.8	34,275	80.9	1,524,378	46.8
		医師数	13	4.3	14	5.1	1,935	3.8	4,300	10.1	299,792	9.2
		外来患者数	785.4		799.3		682.6		710.0		668.1	
入院患者数	32.7		33.9		22.4		29.9		18.2			
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	32,210		33,157		26,568		30,549		24,245		
	受診率	818.084		833.19		705.038		739.897		686.286		
	外費用の割合	53.2		52.3		57.2		52.2		60.1		
	来件数の割合	96.0		95.9		96.8		96.0		97.4		
	入費用の割合	46.8		47.7		42.8		47.8		39.9		
	院件数の割合	4.0		4.1		3.2		4.0		2.6		
	1件あたり在院日数	19.0日		18.4日		16.7日		18.7日		15.6日		
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源確保病名（調剤含む）	がん	126,345,400	17.9	152,895,140	21.9	23.8		20.7		25.6		
	慢性腎不全（透析あり）	72,348,350	10.3	74,844,810	10.7	9.5		12.6		9.7		
	糖尿病	65,023,270	9.2	72,272,780	10.4	10.3		8.3		9.7		
	高血圧症	91,434,340	13.0	66,287,850	9.5	9.2		7.2		8.6		
	脂質異常症	31,493,800	4.5	27,285,030	3.9	5.0		3.6		5.3		
	脳梗塞・脳出血	38,323,730	5.5	31,417,340	4.5	3.8		4.7		4.0		
	狭心症・心筋梗塞	20,969,140	3.0	11,813,840	1.7	3.4		3.2		3.7		
	精神	157,309,420	22.3	154,621,410	22.1	18.8		23.4		16.9		
	筋・骨格	96,738,840	13.7	98,554,130	14.1	15.1		15.1		15.2		

項目	保険者		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)					
	費用額	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額	件数						
4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	530,128	302	453,364	269				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからなる地 域				
				高血圧	525,125	461	489,495	405								
				脂質異常症	501,270	241	415,840	208								
				脳血管疾患	582,489	177	500,224	191								
				心疾患	604,733	111	470,095	147								
				腎不全	686,670	63	719,530	76								
				精神	388,301	542	432,043	546								
				悪性新生物	606,661	238	556,408	247								
				外来	糖尿病	36,709	4,769	35,195	4,771							
					高血圧	28,346	11,065	27,787	10,196							
					脂質異常症	27,034	7,025	26,163	6,711							
					脳血管疾患	34,250	2,040	40,293	1,803							
					心疾患	43,913	1,441	50,205	1,301							
					腎不全	173,731	391	169,064	389							
精神	26,201	3,399	26,104		3,669											
悪性新生物	43,418	1,785	50,270	1,986												
⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	生活習慣病一人当 たり医療費	健診受診者	80,993		131,022		87,457		100,364		79,159	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからなる地 域			
		健診未受診者	284,506		296,108		260,263		274,511		238,237					
項目			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	データ元 (CSV)			
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	544	59.4	477	55.8	89,238	56.7	68,465	54.8	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	506	55.2	447	52.3	81,322	51.7	64,096	51.3	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	38	4.1	30	3.5	7,916	5.0	4,369	3.5	357,742	4.5				
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数45	健診受診者	916		855		157,335		124,862		7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからなる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			受診率	41.0	県内29位 同規模66位	42.6	県内33位 同規模79位	43.2	43.1	全国8位	36.4					
			初回	246	26.9	130	15.2	18,559	11.8	16,672	13.4	1,237,550	15.7			
			特定保健指導終了者 (実施率)	75	68.2	59	61.5	8,184	41.7	13,520	32.1	505,607	48.2			
			非肥満高血糖	85	9.3	102	11.9	17,078	10.9	11,552	9.3	737,886	9.3			
			メタボ	該当者	181	19.8	152	17.8	28,039	17.8	23,163	18.6	1,365,855		17.3	
				男性	116	29.1	98	25.4	19,376	27.0	15,563	28.5	940,335		27.5	
				女性	65	12.6	54	11.5	8,663	10.1	7,600	10.8	425,520		9.5	
				予備群	139	15.2	98	11.5	17,199	10.9	14,588	11.7	847,733		10.7	
				男性	86	21.6	60	15.5	11,819	16.4	9,606	17.6	588,308		17.2	
				女性	53	10.3	38	8.1	5,380	6.3	4,982	7.1	259,425		5.8	
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	BMI	総数	361	39.4	284	33.2	50,519	32.1	42,303	33.9		2,490,581	31.5
					男性	219	54.9	175	45.3	34,664	48.2	28,019	51.4		1,714,251	50.2
					女性	142	27.5	109	23.2	15,855	18.6	14,284	20.3		776,330	17.3
					総数	30	3.3	46	5.4	8,872	5.6	6,625	5.3		372,685	4.7
					男性	2	0.5	14	3.6	1,430	2.0	1,020	1.9		58,615	1.7
					女性	28	5.4	32	6.8	7,442	8.7	5,605	8.0		313,070	7.0
			血糖のみ	7	0.8	9	1.1	1,171	0.7	937	0.8	52,296	0.7			
			血圧のみ	109	11.9	75	8.8	12,209	7.8	10,832	8.7	587,214	7.4			
脂質のみ	23	2.5	14	1.6	3,819	2.4	2,819	2.3	208,214	2.6						
血糖・血圧	30	3.3	33	3.9	5,194	3.3	4,388	3.5	212,002	2.7						
血糖・脂質	12	1.3	8	0.9	1,482	0.9	1,104	0.9	75,032	0.9						
血圧・脂質	84	9.2	65	7.6	12,677	8.1	10,659	8.5	663,512	8.4						
血糖・血圧・脂質	55	6.0	46	5.4	8,686	5.5	7,012	5.6	415,310	5.3						
6	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	385	42.0	372	43.5	55,608	35.4	50,390	40.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	85	9.3	95	11.1	13,020	8.3	12,088	9.7	589,711	7.5			
			脂質異常症	198	21.6	183	21.4	34,949	22.2	28,308	22.7	1,861,221	23.6			
			脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	44	4.8	46	5.4	4,523	3.0	6,252	5.1	246,252	3.3			
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	58	6.3	66	7.7	7,878	5.3	9,034	7.4	417,378	5.5			
			腎不全	8	0.9	8	0.9	780	0.5	959	0.8	39,184	0.5			
			貧血	66	7.2	55	6.4	12,720	8.7	10,539	8.6	761,573	10.2			
			喫煙	98	10.7	80	9.4	22,916	14.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2			
			週3回以上朝食を抜く	46	5.0	51	6.0	10,085	7.0	9,919	8.1	585,344	8.7			
			週3回以上食後間食	107	11.7	87	10.2	17,363	12.0	13,431	11.0	803,966	11.9			
			週3回以上就寝前夕食	149	16.3	139	16.3	22,799	15.8	21,086	17.3	1,054,516	15.5			
			食べる速度が遅い	179	19.6	183	21.4	38,905	26.9	30,003	24.6	1,755,597	26.0			
			20歳時体重から10kg以上増加	286	31.3	255	29.9	46,745	32.4	41,664	34.1	2,192,264	32.1			
			1回30分以上運動習慣なし	532	58.1	492	57.6	92,627	64.1	67,654	55.3	4,026,105	58.8			
1日1時間以上運動なし	434	47.4	341	40.0	68,134	47.2	54,729	44.8	3,209,187	47.0						
睡眠不足	130	14.2	157	18.4	35,522	24.6	26,766	22.0	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	249	27.2	243	28.5	38,267	26.0	31,047	25.3	1,886,293	25.6						
⑬	時々飲酒	1合未満	209	22.8	177	20.8	29,879	20.3	26,092	21.3	1,628,466	22.1				
		1~2合	279	51.6	238	53.0	61,172	61.1	45,862	62.9	3,333,836	64.0				
		2~3合	156	32.2	178	39.6	25,170	25.1	20,515	28.1	1,245,341	23.9				
		3合以上	42	8.7	30	6.7	10,318	10.3	5,557	7.6	486,491	9.3				



### 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



#### 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

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

KDBシステム構築「糖尿病一貫（糖尿病）」で対象者の把握が可能

再掲

【参考資料 2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳		【対象者抽出基準】		※糖尿病診断は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が密い順に並び替え													
(HbA1c6.5以上)		過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者															
手続	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H24年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	備考	備考
1		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○				
									高血圧	HbA1c	8.8	8.1	7.8				
									虚血性心疾患	体重	84.2	77	76.7				
									脳血管疾患	BMI	21.8	25.7	25.7				
									糖尿病性腎症	血糖	87/82	114/75	110/80				
										GFR							
										尿蛋白	—	—	—				
										CKD							
2		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○				
									高血圧	HbA1c	7.8						
									虚血性心疾患	体重	77.2						
									脳血管疾患	BMI	28.3						
									糖尿病性腎症	血糖	138/97						
										GFR							
										尿蛋白	±						
										CKD							
3		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○				
									高血圧	HbA1c	10.7						
									虚血性心疾患	体重	75						
									脳血管疾患	BMI	28.3						
									糖尿病性腎症	血糖	109/70						
										GFR							
										尿蛋白	—						
										CKD							
4		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○	○	○		
									高血圧	HbA1c	7.2			6.7	6.6		
									虚血性心疾患	体重	68.1			71.2	72.6		
									脳血管疾患	BMI	22.1			23.3	23.8		
									糖尿病性腎症	血糖	140/84			137/80	127/78		
										GFR				88.3	87.9		
										尿蛋白	—			—	—		
										CKD							
5		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○				
									高血圧	HbA1c	6.7	6.3	6.6				
									虚血性心疾患	体重	70.3	67.9	67.2				
									脳血管疾患	BMI	28.1	27.8	27.8				
									糖尿病性腎症	血糖	135/98	133/91	120/74				
										GFR		68.1					
										尿蛋白	—	—	—				
										CKD							
6		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○				
									高血圧	HbA1c	7.2				9.5		
									虚血性心疾患	体重	56.6				56.1		
									脳血管疾患	BMI	21.5				21.1		
									糖尿病性腎症	血糖	132/111				137/95		
										GFR					84.8		
										尿蛋白	—				—		
										CKD							
7		H24							糖尿病	糖尿病	○	○	○	○	○		
									高血圧	HbA1c	7.9	7	6.2	○			
									虚血性心疾患	体重	87.9	89	89.5	88.8			
									脳血管疾患	BMI	28.2	28.8	28.7	28.3			
									糖尿病性腎症	血糖	132/72	120/70	128/84	130/78			
										GFR			73.6				
										尿蛋白	—	—	—	—			
										CKD							

【参考資料 4】

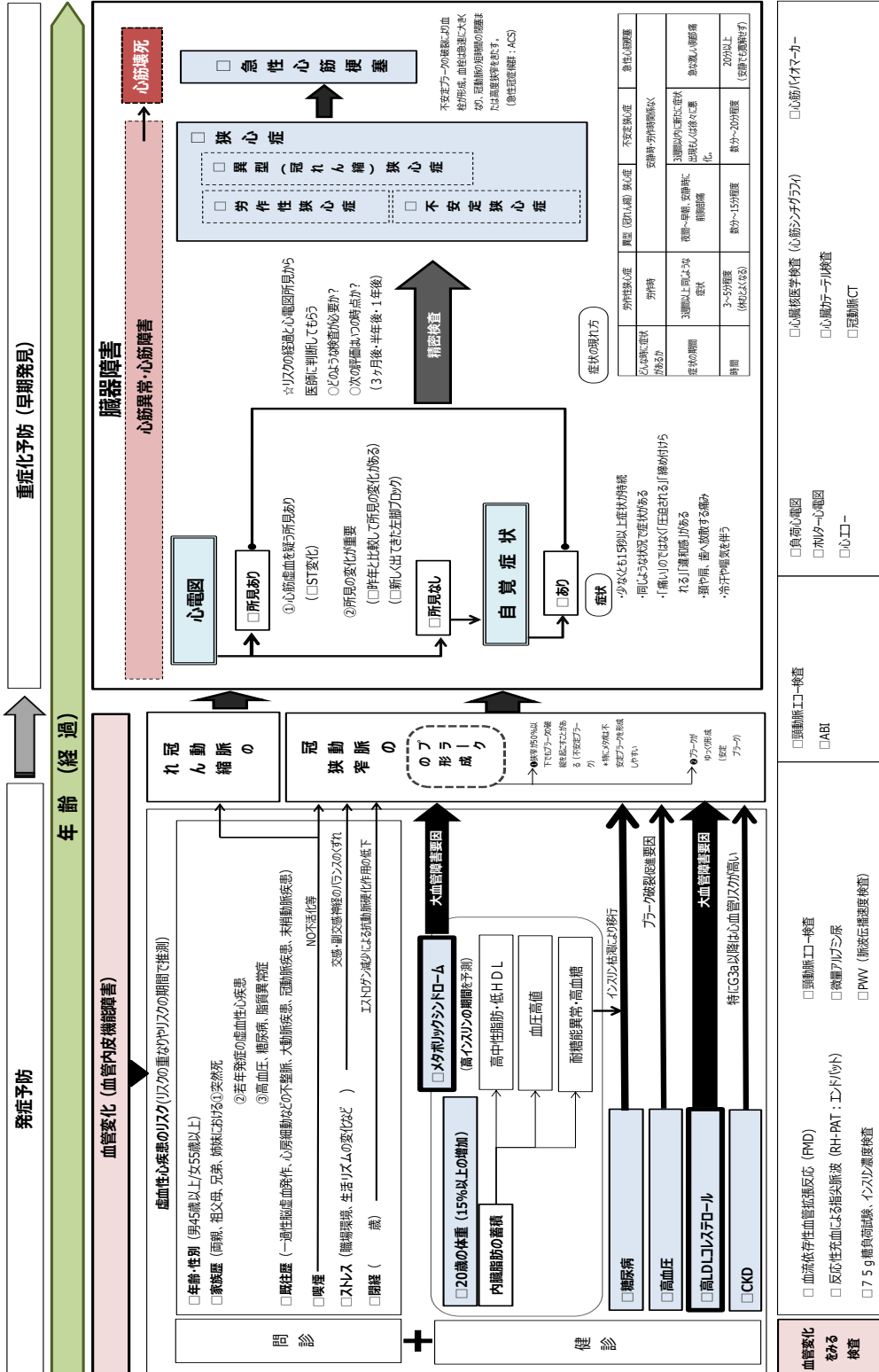
糖尿病管理台帳からの年次計画		H 28 年度	担当者名 :	【参考資料 4】		
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職への紹介など	実施計画(月)	
糖尿病管理台帳の全数 ( A+B )		( 247 ) 人				
結果把握	A 健診未受診者	( 119 ) 人		1 資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	
	結果把握(内訳)			2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	後期高齢者、社会保険	
	①国保(生保)	51人				
	②後期高齢者	57人				
	③他保険	6人				
④住居異動(死亡・転出)	4人					
⑤確認できず	1人					
①-1未治療者(中断者含む)		( 5 ) 人		3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導		
※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				○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医	
保健指導の優先づけ	B 結果把握	( 128 ) 人		4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認		
	① HbA1cが悪化している	( 26 ) 人		○経年データ、治療状況に応じた保健指導		
	※例年bA1c7.0以上で昨年度より悪化している		( 19 ) 人		○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	※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 (-)	( 106 ) 人				
	( ± ) ( 11 ) 人					
	( + ) ~ 顕性腎症 ( 11 ) 人				栄養士中心	
③ eGFR値の変化						
1年で 25% 以上低下		( 0 ) 人				
1年で 5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下		( 18 ) 人			腎専門医	

【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

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

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献 6】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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	⑤			
			<input type="checkbox"/> その他所見				
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある	重症化予防対象者			
			<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム 目的 (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。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。		発症予防対象者		
③ 健診結果	判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
③	<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム <input type="checkbox"/> LDL-C e G F R 尿蛋白 <input type="checkbox"/> C K D 重症度分類	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~		【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【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"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別) <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	
		<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"/> nonHDL-C	~149	150~169	170~		
		<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50	51~		
		<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99	100~125		126~
			食後	~139	140~199		200~
		<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~		
		<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~		
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~			
	拡張期	~84	85~89	90~			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~				
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類		G3a1~					
④	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム	0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 8】

血圧評価表

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健康データ																	
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧												
						HbA1c判定	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24		H25		H26		H27		H28				
											治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	
			該当者	127	150	68.2	±	0		165	108		125	95									
			該当者	5.2	81	0	—	0					166	95		163	104		152	98			
			なし	5.3	94	67.6	±	6.2						0	173	84	0	134	65	0	137	72	
			予備群	5.2	101	62.8	—	0	0	170	100	0	164	91	0	157	104	0	130	84			
			該当者	0	108	0	++	0		200	100	0	160	80	0	170	90	0	190	90			
			該当者	7.1	40	0	—	0											166	90			
			該当者	5.3	121	48.1	—	7.7		138	86		168	93	0	138	80	0	144	96	0	148	96
			該当者	6.3	113	81.7	+	3.3												0	159	107	
			なし	5.7	208	70.3	—	0								166	97						
			予備群	5.5	135	62.5	—	7.4	0	167	82	0	162	73	0	130	74	0	123	78	0	130	76
			該当者	6.8	132	0	—	0								155	100						
			なし	5.2	106	77.8	—	0		165	80					146	78		135	88			
			なし	5.4	115	52.6	—	7.6		112	75		104	62		138	62		133	74		166	98
			該当者	6	133	15.3	++	0						0	164	85							

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

年齢	基本情報					治療状況		脳梗塞の有無		毎年確認すること																		
	行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診断開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	平成26年度					平成27年度					平成28年度							
											健康受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健康受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健康受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考			
1	28			70	男		心房細動		無																			
2	28			71	男		心房細動		無																			
3	28			72	女		心房細動		無																			
4	28			71	女		心房細動		無																			
5	28			71	女		心房細動		脳梗塞後遺症																			
6	28			72	男		心房細動		無																			
7	28			69	男		慢性心房細動		無																			
8	28			66	男		頻拍性心房細動		脳梗塞後遺症																			
9	28			69	男		心房細動		無																			

平成28年度事業評価(平成29年度に向けての全体評価)		湧水町		様式3							
P(計画)		C(評価 良くなったところ)				A(改善)					
課題・目標		①プロセス (やっていた実践の過程)		②アウトプット (事業実施量)		③アウトカム (結果)		④ストラクチャー (構造)		⑤残っている課題	
目標	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	全体	未受診者対策	未受診者対策	
特定健診受診率向上と、治療中の者の受診状況を把握し、重症化予防につなげる	未受診者対策 28年度健診未申込者に勧奨	未受診者対策 集団健診前に特定健診動員チラシと特定健診受診券を送付	1126人に通知	124人(11%)が受診	国保係と健康増進担当者が一緒に健診となり、集団健診と同時に実施ができるようにしている	未受診者理由を把握し、健診の受け方(集団健診の日時設定)を検討する。	未受診者理由を把握し、健診の受け方(集団健診の日時設定)を検討する。				
特定健診受診率向上と、治療中の者の受診状況を把握し、重症化予防につなげる	未受診者対策 30歳代の国保加入者への受診勧奨	未受診者対策 集団健診前に無料受診券を送付し、無料で健診を実施	171人に通知	19人(11%)が受診 若年者から家族へ声かけし健診を受けの方も増えた。	国保係と健康増進担当者が一緒に健診となり、集団健診と同時に実施ができるようにしている	多くの人が受診してもらえよう勧奨の方法を検討する。	多くの人が受診してもらえよう勧奨の方法を検討する。				
特定健診受診率向上と、治療中の者の受診状況を把握し、重症化予防につなげる	未受診者対策 ・集団健診実施後、未受診者の中で「病院で受ける」「職場で受ける」の申し出があった人に対して勧奨 ・生活習慣病(血圧、血糖、脂質)治療中の方へかかりつけ医での受診勧奨	未受診者対策 情報提供票を送付し、12月から3月までの期間医療機関(かかりつけ医)で健診を受診してもらおう。 厚生連へ情報提供を依頼。年間通して厚生連で受診した方は厚生連より直接結果がもらえる仕組みが整った。	809人に通知	情報提供票が定着しつつあり、通知がなくても健診結果を報告に来る方が増えている。	人	現在期間を限定し行っているが、この期間の幅を広げたり年間通しての実施などの工夫が必要だと考えている。	現在期間を限定し行っているが、この期間の幅を広げたり年間通しての実施などの工夫が必要だと考えている。				
重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策				
精密受診率の向上を図る	精密受診率向上を 図る	精密受診率向上を 図る	対象者734人	123人受診	国保レセプト係に医療機関受診しているか確認する。						
医療機関との連携	医療機関との連携	医療機関との連携	医療機関との連携	医療機関との連携	医療機関との連携						

平成29年度事業（進捗状況）		湧水町		様式 4	
P(計画)	D(実施)	C(評価 良くなったところ)		A(改善)	
平成29年度課題	対象者の明確化・具体的な実践方法	①プロセス(平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる)		④ストラクチャー(構造化)	⑤残っている課題
<b>目標</b> ○特定健診受診率 H28年度目標90% ○特定保健指導実施率 H29年度目標80%	<b>未受診者対策</b> ○特定健診 ・未申込者で除外部理由届け出の無い方へ又書にて受診勧奨。 ・連年未受診者名簿を地区ごと作成。	<b>未受診者対策</b> ・特定健診の実践方法が5月に10日間の集団健診のみ。機会を逃した方は個人的に人間ドックや医療機関での健診を受けるしかない状況。脱漏健診について検討したが、過去の脱漏健診受診者が少ないことから実施には至らなかった。また、医療機関での個別健診について近隣市町の委託状況を参考に検討したところ、集団健診のみの受診率と大差がないことから、健診形態は集団健診のまま、受診勧奨をしていくことが優先と考えた。 ・連年未受診者名簿にて40～50歳代を優先的に受診勧奨の対象とすることとした。40～50歳代対象者の生活習慣病等の状況を調べたところ、すでに高血圧や糖尿病等で治療中の方がいることから、早期から健診を受診してもらい、保健指導を実施して積極的に予防を働きかけていくことが重要	<b>未受診者対策</b> ・未申込者への文書による受診勧奨 821件	<b>未受診者対策</b> ○業務分担制(成人担当保健師1名、臨時職員管理栄養士1名)特定健診、保健指導、未受診者対策、医療費適正化事業、重症化予防対策、がん検診等を担当しており、取組体制の構築が不十分である。医師会等へは実施体制について相談できているが、今後症例を重ねながらよりよい連携体制を構築し、連携体制を整える。	<b>未受診者対策</b> ・未受診者対策として訪問対象者を40歳代を優先にするなど、効果的な方法を検討し実施していく。
<b>課題</b>	<b>重症化予防対策</b> ・糖尿病管理台帳を作成し、対象者の把握をした。健診でHbA1c6.5%以上の方へは個別に受診勧奨を行った。3か月後経過しても未受診の方は電話や家庭訪問で受診勧奨を行った。 ・今後は、治療中の方への保健指導として医療機関と連携した取組が重要である。	<b>重症化予防対策</b> ・精密検査未受診者の受診勧奨を実施。 ・特定健診結果にて血糖、血圧・脂質がそれぞれ保健指導判定値以上の方を対象とした教室を開催。文書にて通知して参加勧奨した。 ・まずは未受診者、治療中断者の受診勧奨から取り組んでいるが、糖尿病管理台帳にて治療状況の確認をすると、治療中でも網膜症や腎症などの合併症を引き起こしている方も多く、医療機関と連携した重症化予防の保健指導が必要である。	<b>重症化予防対策</b> ・教室(糖尿病予防:2回、高血圧予防2回、脂質異常予防2回)	<b>重症化予防対策</b> ・糖尿病予防78名 ・中11名参加、高血圧予防125名通知9名参加、脂質異常予防194名中15名参加	<b>重症化予防対策</b> ・糖尿病重症化予防については管理台帳を更新し、毎年追加情報を確認し優先順位を整理して保健指導を実施していく。
	<b>医療機関との連携</b> ・慢性腎臓病予防のために、CKD予防ネットワークが開始	<b>医療機関との連携</b> ・健診結果報告会にてCKD予防ネットワークについて説明し、登録医の受診勧奨を行った。	<b>医療機関との連携</b> ・CKD予防対象者 53名	<b>医療機関との連携</b> ・糖尿病重症化予防については、糖尿病管理台帳を用いて連携をとっていく。	<b>医療機関との連携</b> ・CKD予防については引き続きネットワークを活用していく。

【参考資料 二】