

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成30年4月 芦北町

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) 20

- 1.第 3 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.評価
- 8.結果の報告
- 9.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 27

I 保健事業の方向性

II 重症化予防の取組み

- 1.糖尿病性腎症重症化予防
- 2.生活習慣病重症化予防
- 3.特定保健指導
- 4.虚血性心疾患重症化予防
- 5.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み	51
第6章 計画の評価・見直し	52
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	53
参考資料	54

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ます。

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み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ました。

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費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りましたが、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です。

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化を進めるため、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りました。

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ます。

芦北町においては、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を図られることを目的とします。

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す。

計画の策定に当たっては、特定健診等の結果、レセプト等のデータを活用し分析を行うことや、保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく事業の評価においても健康・医療情報を活用して行います。（図表1・2・3）

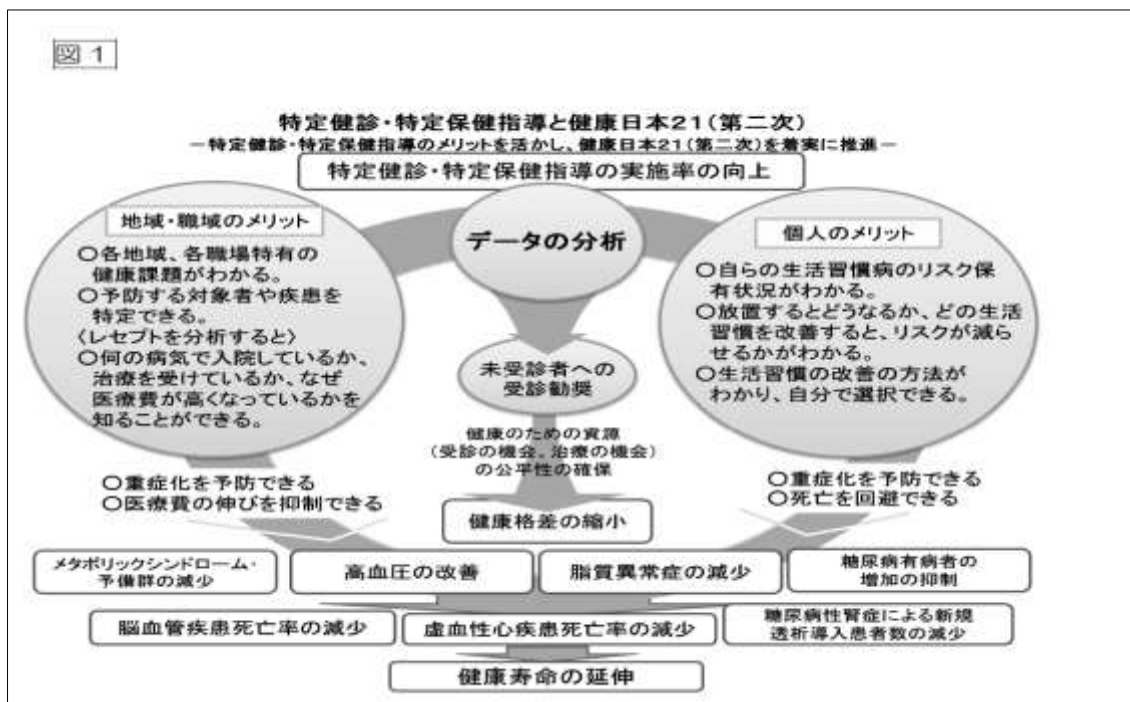
保健事業実施計画（データヘルス計画）は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））」に示された基本方針を踏まえるとともに、「熊本県健康増進計画」及び「芦北町健康づくり増進計画」で用いた評価指標を用いるなど、それぞれの計画との整合性を図ります。

なお、「特定健康診査実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画（データヘルス計画）と一体的に策定します。

【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			
	「健康日本21」計画	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法	
		「特定健康診査実施計画」	「データヘルス計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者※	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成29年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」
根拠・期間	法定 平成25年～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第2期）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	芦北町（医療保険者）	芦北町（医療保険者）
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持および向上を目指し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を実現することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の自主的な健康増進および疾病予防の取り組みについて、保険者がその支援の中心となっており、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目指すものである。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化および保険者の財政基盤強化が図られることは保険者自身にとっても重要である。
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期）に応じて	40～74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る現在の青年期、壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり
対象疾病	メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム	メタボリックシンドローム
	肥満	肥満	肥満
	糖尿病	糖尿病	糖尿病
	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症	糖尿病性腎症
	高血圧	高血圧	高血圧等
	虚血性心疾患	虚血性心疾患	虚血性心疾患
評価	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	慢性閉塞性肺疾患 脳血管疾患	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス		
評価	※53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調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数） ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧 ⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） ⑪適切な量と質の食事をする ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 （1）生活習慣の状況（特定健診の質問票） ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 （2）健康診査等の受診率 ①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 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
		保険者努力支援制度	
その他		保健事業支援・評価委員会（事務局・国保連合会）による計画作成支援	

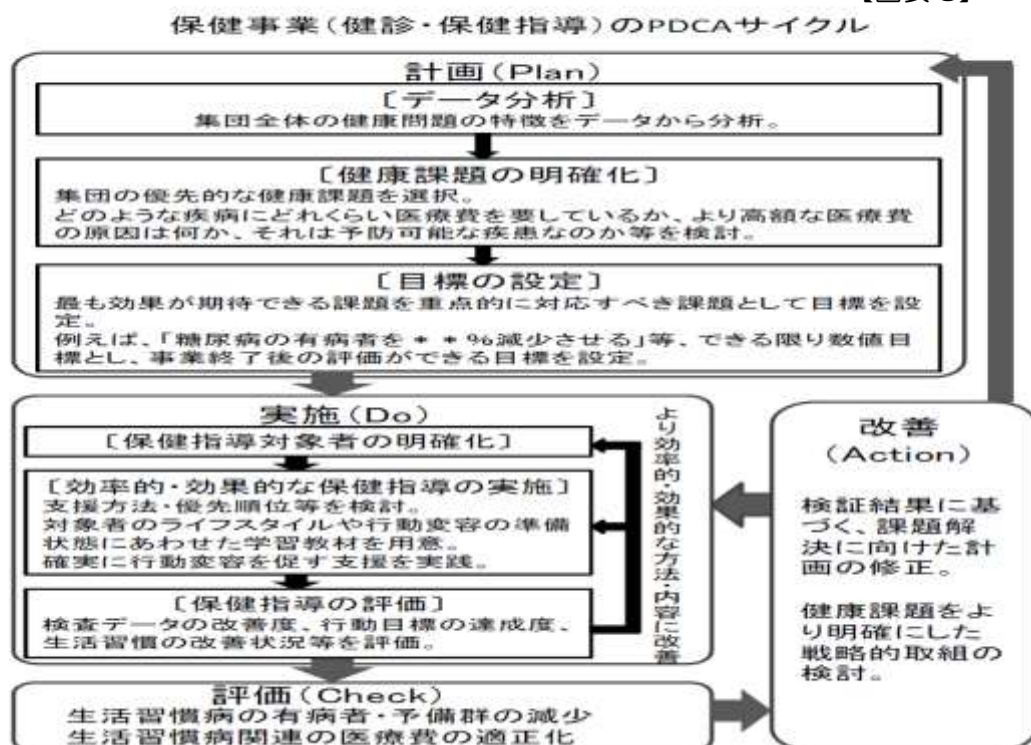
【図表 2】



健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

図 3

【図表 3】



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、関係する計画との整合性を図るため、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査実施計画及び健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、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年間とします。

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

芦北町においては、住民生活課（第2期データヘルス計画作成年度においては国保部局と保健衛生部局は住民生活課）が主体となりデータヘルス計画を策定しますが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっています。特に健康増進課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きます。

具体的には、高齢者医療部局（住民生活課）、保健衛生部局（健康増進課）、介護保険・生活保護部局（福祉課）、企画部局（企画財政課）とも十分連携することが望ましいと考えます。

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す。（図表4）

2) 外部有識者等との連携

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い、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ます。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・協力が重要となります。

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ます。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政運営の責任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ります。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努めます。

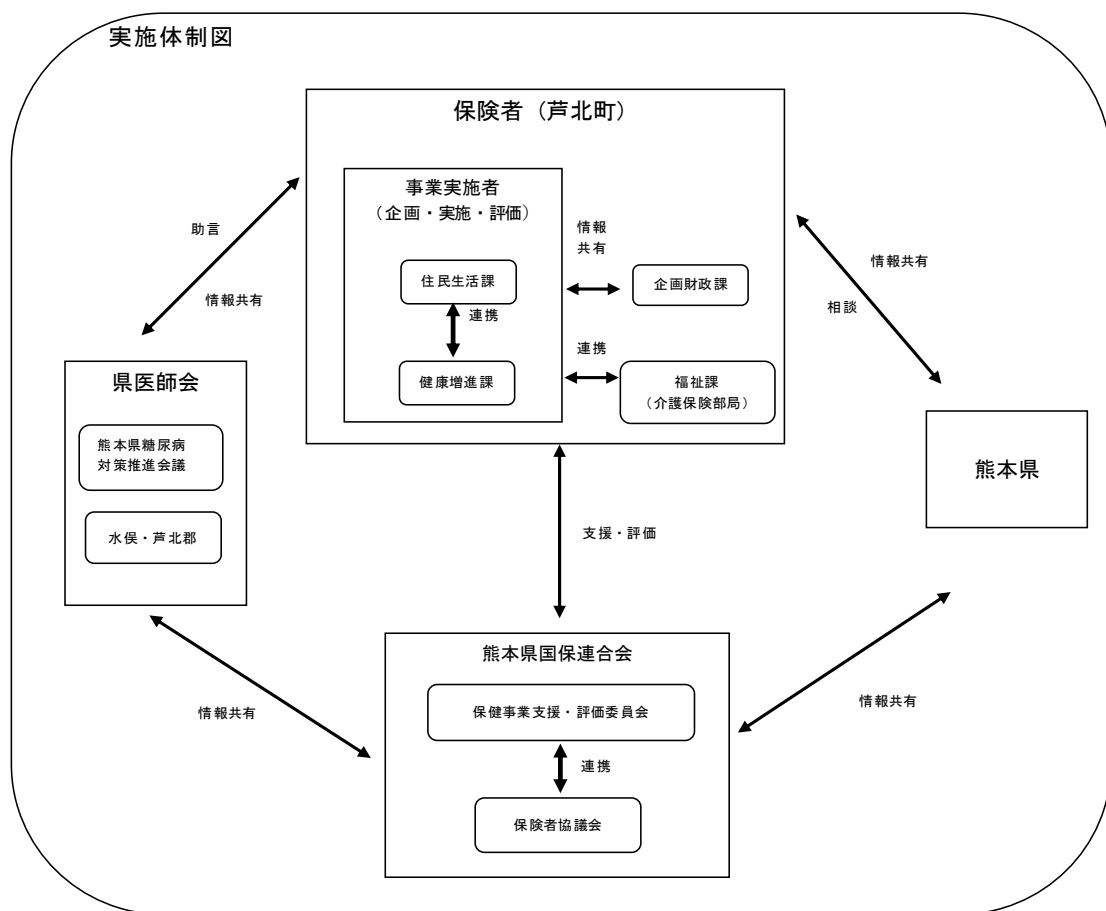
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要です。

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す。本町に在住する特定健診対象の協会けんぽ被扶養者が集団健診会場において特定健診を受診できるよう、協力・連携し実施します。また、地域・職域連携推進協議会等を活用し、各保険者間の情報を共有し、地域全体での特定健診等受診率向上を図ります。

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す。

【図表 4】



5. 保険者努力支援制度

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

平成 28 年度の本町の特定健診受診率は 35.8%、特定保健指導実施率は 27.4% であり、国の目標値（60%）を達成するには、引き続き未受診者対策等の受診率・実施率向上の取り組みが必要です。また、個人へのインセンティブ提供の基準が未達成であり、今後は事業実施の計画が必要です。水俣芦北圏域糖尿病対策会議において協議を行い、円滑な実施に向けた協議を行っていきます。（図表 5）

保険者努力支援制度と芦北町

【図表 5】

評価指標		H30年度	H28年度前倒し分	
			満点	芦北町
保険者努力支援制度 各年度配点比較 (H28、H29年度は前倒し分)		850	345	196
共通①	特定健診受診率	50	20	0
	特定保健指導実施率	50	20	0
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	50	20	5
共通②	がん検診受診率	30	10	0
	歯周疾患（病）検診	25	10	10
共通③	重症化予防の取組	100	40	40
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携	【50】		
	・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携			
	・専門職の取組、事業評価			
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者に面談	【25】		
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	【25】		
共通④	個人のインセンティブ提供	70	20	0
	個人への分かりやすい情報提供	25	20	20
共通⑤	重複服薬者に対する取組	35	10	10
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	35	15	11
	後発医薬品の使用割合	40	15	0
固有①	収納率向上	100	40	0
固有②	データヘルス計画の取組	40	10	10
固有③	医療費通知の取組	25	10	10
固有④	地域包括ケアの推進	25	5	0
固有⑤	第三者求償の取組	40	10	10
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	60	70	70
全体	体制構築点含む（A）	850	345	196

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

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた芦北町の位置より抜粋

【図表6】

		H25		H28	
		保険者		保険者	
		実数	割合	実数	割合
人口構成	総人口	18,975		17,960	
	65歳以上（高齢化率）	7,191	37.9	7,311	40.7
	75歳以上	4,299	22.7	4,360	24.3
	65～74歳	2,892	15.2	2,951	16.4
	40～64歳	6,187	32.6	5,574	31.0
	39歳以下	5,597	29.5	5,075	28.3
早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		25.4		21.4 ↓
	男性		34.9		21.3
	女性		14.1		21.4
死亡の状況	死因				
	がん	65	35.1	76	43.7
	心臓病	66	35.7	55	31.6
	脳疾患	41	22.2	34	19.5
	糖尿病	3	1.6	2	1.1
	腎不全	3	1.6	5	2.9
介護保険	自殺	7	3.8	2	1.1
	1号認定者数（認定率）	1,491	21.6	1,654	23.9
	新規認定者	26	0.3	3	0.3
介護給付費	2号認定者	29	0.5	27	0.4
	1件当たり給付費（全体）	65,084		68,406	
	居宅サービス	40,129		43,439	
国保の状況	施設サービス	276,147		273,687	
	被保険者数	5,743		5,013 ↓	
	65～74歳	2,330	40.6	2,382	47.5 ↑
	40～64歳	2,291	39.9	1,828	36.5
	39歳以下	1,122	19.5	803	16.0
	加入率	29.8		26.0	
医療費の状況	一人当たり医療費	37,919	県内2位 同規模1位	41,399	県内1位 同規模1位
	受診率	998.667		1028.835	
	外来 費用の割合	54.0		52.6	
	入院 費用の割合	46.0		47.4 ↑	
健診・レセ 突合	受診勧奨者	775	53.9	743	54.9
	医療機関受診率	724	50.3	696	51.4
	医療機関非受診率	51	3.5	47	3.5

平成25年度と平成28年度の経年比較（図表6）を見ると、国保の被保険者数は減少していますが、65歳以上の被保険者数は増加しています。また、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少し、死因別に心臓病・脳疾患・糖尿病による死亡割合は減少したものの、腎不全によるものが増加しており、がんによる死亡割合も増加していることがわかります。

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、それに伴う介護給付費のうち、居宅サービスにかかる介護給付費の増加がみられました。また、医療費に

占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかります。特定健診受診率は向上しましたが、医療機関受診率が増加しているため、医療費適正化の観点からも引き続き、特定健診受診率向上への取組みは重要となります。（参考資料 1）

特定健診の結果から高血糖者の割合が増加し、また、治療に結び付いていない者の割合も高い状況です。特定健診の受診率向上への取組みと併せて、健診結果を生活習慣等の見直しと改善に役立てることの重要性を引き続き伝えていく必要があります。

更に連携計画である「芦北町健康づくり推進計画(第3期)」に基づき、ポピュレーションアプローチの観点からも引き続き、医師会や薬剤師会、栄養士会などの各団体や健康づくり推進員、食生活改善推進員などの住民組織との協同により、子どもの頃からの生活習慣病予防を進めていくことが重要となります。

（２）中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表 7）

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が増え、同規模平均よりも高くなっています。1件当たり介護給付費についても、増加し、居宅サービスが増えていることがわかります。

介護給付費の変化

【図表 7】

年度	芦北町				同規模平均		
	介護給付費	1件あたり 給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス	1件あたり 給付費（全体）	居宅サービス	施設サービス
H25年度	18億6,429万円	65,155	39,749	252,847	68,347	42,665	255,889
H28年度	19億2,618万円	68,406	43,439	273,687	67,108	41,924	276,079

②医療費の状況

医療費の変化を見ると、総医療費が減少していますが、要因として被保険者数の減少が考えられます。しかし、標準化医療費による1人当たり医療費をみると、入院・外来ともに高くなっています。（図表 8）

図表 15 の医療費の負担が大きい、高額になる疾患では、中長期目標疾患以外のその他の疾患による費用が54.5%を占めていることがわかりました。

【図表 8】

医療費の変化

項目		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	
				町	同規模平均			町	同規模平均			町	同規模平均
1. 総医療費（円）	H25年度	26億7,410万円				14億3,867万円				12億3,543万円			
	H28年度	25億4,553万円	△1億2,857万円	-4.8	0.97	12億658万円	△2億3,209万円	-16.1	-2.36	13億3,895万円	1億352万円	8.3	0.06
2. 一人当たり医療費（円）	H25年度	37,919				17,442				20,478			
	H28年度	41,399	3,481	9.1	10.92	19,626	2,184	12.5	8.91	21,773	1,295	6.3	11.37

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

標準化医療費（平成25-27年度）

保険者名	1人当たり医療費							
	計		入院		入院外＋調剤		歯科	
	H25	H27	H25	H27	H25	H27	H25	H27
芦北町	495,472	540,695	232,657	256,856	245,115	265,821	17,700	18,018
同規模	350,261	373,455	153,350	159,386	174,824	191,744	22,086	22,324

※標準化医療費＝年齢調整した医療費

③最大医療資源（中長期的疾患及び短期的な疾患）（図表 9）

中長期目標疾患である虚血性心疾患、慢性腎不全（透析有）に係る医療費は減少しているものの、脳血管疾患、慢性腎不全（透析無）に係る費用が増加していることがわかります。また、短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用割合は、平成25年度と比較すると減少しましたが、高血圧、脂質異常症については、国・県と比較すると高い割合です。

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（平成25年度と平成28年度との比較）

【図表 9】

同規模区分	市町村名		総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
				金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧						脂質異常症
					同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
	H25	芦北町	2,674,100,750	37,919	1位	2位	5.13%	0.31%	1.88%	1.64%	5.33%	6.52%	3.07%	638,900,850	23.89%	7.51%	13.48%	10.20%
H28	2,545,534,170		41,399	1位	1位	↓(4.64%)	↑(0.34%)	↑(1.92%)	↓(1.46%)	5.18%	5.54%	2.96%	560,703,920	↓(22.03%)	8.14%	↑(13.98%)	10.21%	
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	--	--	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%	
	国	9,677,041,336,540	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%	

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

【出典】

◆「最大医療資源傷病名」とはレセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

KDBシステム：健診・医療介護データからみえる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 10）

虚血性心疾患における基礎疾患をみると、高血圧、脂質異常症、糖尿病の順に多く、中でも糖尿病を持つ者の増加が目立ちます。特に、64 歳以下の糖尿病患者が目立って増加しています。脳血管疾患では全体として治療者の割合は減少しましたが、基礎疾患を見ると糖尿病を持つ者の割合が最も増加しています。人工透析における基礎疾患においても、糖尿病を持つ者の割合の増加が目立ち、25 年度から 4 人増加しています。その中には、国民健康保険被保険者資格を取得する前からの人工透析者もあり、すべての医療保険者において引き続き、糖尿病の重症化予防に取り組む必要があります。中でも早期介入による生活習慣の改善が期待される 64 歳以下のものを優先し実施していく必要があります。

【図表 10】

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	5,975	371	6.2		75	20.2	7	1.9	275	74.1	150	40.4	229	61.7
	64歳以下	3,690	120	3.3		18	15.0	3	2.5	80	66.7	46	38.3	63	52.5
	65歳以上	2,285	251	11.0		57	22.7	4	1.6	195	77.7	104	41.4	166	66.1
H28	全体	5,213	346	6.6		62	17.9	10	2.9	266	76.9	159	46.0	224	64.7
	64歳以下	2,844	84	3.0		13	15.5	3	3.6	57	67.9	43	51.2	54	64.3
	65歳以上	2,369	262	11.1		49	18.7	7	2.7	209	79.8	116	44.3	170	64.9

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	5,975	375	6.3		75	20.0	6	1.6	283	75.5	162	43.2	212	56.5
	64歳以下	3,690	104	2.8		18	17.3	1	1.0	77	74.0	38	36.5	54	51.9
	65歳以上	2,285	271	11.9		57	21.0	5	1.8	206	76.0	124	45.8	158	58.3
H28	全体	5,213	289	5.5		62	21.5	6	2.1	229	79.2	139	48.1	174	60.2
	64歳以下	2,844	71	2.5		13	18.3	1	1.4	50	70.4	29	40.8	41	57.7
	65歳以上	2,369	218	9.2		49	22.5	5	2.3	179	82.1	110	50.5	133	61.0

厚労省様式 様式 3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析		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	5,975	25	0.4		6	24.0	7	28.0	21	84.0	12	48.0	9	36.0
	64歳以下	3,690	14	0.4		1	7.1	3	21.4	11	78.6	6	42.9	2	14.3
	65歳以上	2,285	11	0.5		5	45.5	4	36.4	10	90.9	6	54.5	7	63.6
H28	全体	5,213	28	0.5		6	21.4	10	35.7	25	89.3	16	57.1	12	42.9
	64歳以下	2,844	11	0.4		1	9.1	3	27.3	9	81.8	6	54.5	3	27.3
	65歳以上	2,369	17	0.7		5	29.4	7	41.2	16	94.1	10	58.8	9	52.9

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2～3-4) (図表 11)

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（様式 3-3）の治療者数は増加していますが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少しています。しかし、透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか確認していく必要があります。また、高血圧（様式 3-3）や脂質異常症（様式 3-4）の治療者数は増加しましたが、虚血性心疾患や脳血管疾患の割合は減少しています。

健診結果においても高血圧治療中の者が増加していますが、Ⅰ度高血圧における治療なしの者が増加していることから、正常高値からの移行を減らすうえでも、早期からの保健指導が必要です。また、脂質異常においては、治療中、治療なしともに正常値の者が増加し、受診勧奨判定値を超える者が減少していることから、治療につながったことが推測されます。

【図表 11】

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																	
		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	5,975	790	(13.2)	83	10.5	553	(70.0)	445	(56.3)	150	19.0	162	20.5	12	(1.5)	59	7.5	
	64歳以下	3,690	299	8.1	35	11.7	184	61.5	149	49.8	46	15.4	38	12.7	6	2.0	26	8.7	
	65歳以上	2,285	491	21.5	48	9.8	369	75.2	296	60.3	104	21.2	124	25.3	6	1.2	33	6.7	
H28	全体	5,213	843	16.2	73	↓(8.7)	612	72.6	506	60.0	159	↓(18.9)	139	↓(16.5)	16	1.9	55	↓(6.5)	
	64歳以下	2,844	283	10.0	30	10.6	184	65.0	171	60.4	43	15.2	29	10.2	6	2.1	23	8.1	
	65歳以上	2,369	560	23.6	43	7.7	428	76.4	335	59.8	116	20.7	110	19.6	10	1.8	32	5.7	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標															
		高血圧				糖尿病				脂質異常症				虚血性心疾患				脳血管疾患				人工透析			
被保険者数		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合								
H25	全体	5,975	1,744	(29.2)	553	(31.7)	856	(49.1)	275	15.8	283	16.2	21	(1.2)											
	64歳以下	3,690	629	17.0	184	29.3	275	43.7	80	12.7	77	12.2	11	1.7											
	65歳以上	2,285	1,115	48.8	369	33.1	581	52.1	195	17.5	206	18.5	10	0.9											
H28	全体	5,213	1,728	33.1	612	35.4	925	53.5	266	↓(15.4)	229	↓(13.3)	25	1.4											
	64歳以下	2,844	526	18.5	184	35.0	259	49.2	57	10.8	50	9.5	9	1.7											
	65歳以上	2,369	1,202	50.7	428	35.6	666	55.4	209	17.4	179	14.9	16	1.3											

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	5,975	1,228	(20.6)	445	(36.2)	856	69.7	229	18.6	212	17.3	9	(0.7)		
	64歳以下	3,690	431	11.7	149	34.6	275	63.8	63	14.6	54	12.5	2	0.5		
	65歳以上	2,285	797	34.9	296	37.1	581	72.9	166	20.8	158	19.8	7	0.9		
H28	全体	5,213	1,342	25.7	506	37.7	925	↓(68.9)	224	↓(16.7)	174	↓(13.0)	12	0.9		
	64歳以下	2,844	445	15.6	171	38.4	259	58.2	54	12.1	41	9.2	3	0.7		
	65歳以上	2,369	897	37.9	335	37.3	666	74.2	170	19.0	133	14.8	9	1.0		

②リスクの健診結果経年変化（図表 12）

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 の有所見者が増加しています。メタボリックシンドローム予備群は女性で減少していますが、該当者においては男女ともに増加していることから、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ます。また、メタボリックシンドローム該当者及び非肥満の高血糖者が増えています。どちらも国、県、同規模平均と変わらない状況です。

メタボリックシンドローム該当者をみると、男性では 65～74 歳で増加が大きく、「血圧＋脂質」「血糖＋血圧」の重なりの方に多いことがわかりました。

女性では、「血圧＋血糖＋脂質」の 3 項目全ての重なり者が増加しており、特に 65～74 歳の割合が多くなっていることから、予備群からの移行を減らすうえでも、特定保健指導の実施率の向上が重要となります。

また、リスクの重なりをみると「血圧＋脂質」「血圧＋血糖＋脂質」「血糖＋血圧」が増加し、なかでも「血糖＋血圧」については、国、県、同規模平均と比較して高いため、血糖及び血圧の改善が課題となります。

【図表 12】

健診データのうち有所見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 横表

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		HDL		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		HDL-C	
		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
男性	合計	192	29.0	314	47.4	166	25.1	125	18.9	73	11.0	311	47.0	361	54.5	140	21.1	281	42.4	153	23.1	327	49.4	8	1.2
	40-64	90	30.7	147	50.2	88	30.0	64	21.8	30	10.2	123	42.0	143	48.8	73	24.9	107	36.5	76	25.9	150	51.2	1	0.3
	65-74	102	27.6	167	45.3	78	21.1	61	16.5	43	11.7	188	50.9	218	59.1	67	18.2	174	47.2	77	20.9	177	48.0	7	1.9
	合計	190	30.6	294	47.4	140	22.8	137	22.1	47	7.8	304	49.0	407	65.6	118	19.0	328	52.9	186	30.0	292	47.1	8	1.3
H25	40-64	90	31.3	147	50.2	88	30.0	64	21.8	30	10.2	123	42.0	143	48.8	73	24.9	107	36.5	76	25.9	150	51.2	1	0.3
	65-74	100	26.4	174	45.9	77	20.3	73	19.3	26	7.2	184	48.5	261	68.9	62	16.4	216	57.0	100	26.4	155	40.9	7	1.8

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		HDL		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		HDL-C	
		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	166	21.4	139	17.9	99	12.8	55	7.1	21	2.7	244	31.4	465	59.9	18	2.3	317	40.9	116	14.9	472	60.8	3	0.4
	40-64	69	21.8	55	17.4	43	13.6	25	7.9	6	1.9	87	27.5	168	53.2	8	2.5	99	31.3	52	16.5	197	62.3	0	0.0
	65-74	97	21.1	84	18.3	56	12.2	30	6.5	15	3.3	157	34.1	297	64.6	10	2.2	218	47.4	64	13.9	275	59.8	3	0.7
	合計	164	22.8	122	16.6	111	15.3	61	8.3	17	2.3	244	33.3	524	71.3	12	1.6	344	46.8	141	19.2	384	52.4	1	0.1
H25	40-64	69	22.3	56	13.4	40	14.9	25	9.3	3	1.1	70	26.0	180	66.9	2	0.7	112	41.6	57	21.2	147	54.6	0	0.0
	65-74	104	22.9	86	18.5	71	15.3	36	7.8	14	3.0	174	37.5	344	74.7	10	2.2	232	50.9	84	18.1	237	51.1	1	0.2

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省 様式 6-8）

☆No. 24 横表

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	662	31.2	57	8.6%	107	16.2%	11	1.7%	69	10.4%	27	4.1%	150	22.7%	30	4.5%	12	1.8%	63	9.5%	45	6.8%
	40-64	293	26.9	32	10.9%	55	18.8%	8	2.7%	27	9.2%	20	6.8%	60	20.5%	11	3.8%	6	2.0%	28	9.6%	15	5.1%
	65-74	369	35.7	25	6.8%	52	14.1%	3	0.8%	42	11.4%	7	1.9%	90	24.4%	19	5.1%	6	1.6%	35	9.5%	30	8.1%
	合計	620	32.3	30	4.8%	104	16.8%	11	1.8%	75	12.1%	18	2.9%	160	25.8%	40	6.5%	6	1.0%	68	11.0%	46	7.4%
H25	40-64	241	28.4	15	6.2%	50	20.7%	9	3.7%	33	13.7%	8	3.3%	55	22.8%	13	5.4%	4	1.7%	23	9.5%	15	6.2%
	65-74	379	35.4	15	4.0%	54	14.2%	2	0.5%	42	11.1%	10	2.6%	105	27.7%	27	7.1%	2	0.5%	45	11.9%	31	8.2%

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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	776	37.7	20	2.6%	55	7.1%	2	0.3%	43	5.5%	10	1.3%	64	8.2%	13	1.7%	4	0.5%	33	4.3%	14	1.8%
	40-64	316	35.7	15	4.7%	24	7.6%	0	0.0%	16	5.1%	8	2.5%	16	5.1%	3	0.9%	1	0.3%	6	1.9%	6	1.9%
	65-74	460	39.3	5	1.1%	31	6.7%	2	0.4%	27	5.9%	2	0.4%	48	10.4%	10	2.2%	3	0.7%	27	5.9%	8	1.7%
	合計	733	39.7	11	1.5%	41	5.6%	0	0.0%	31	4.2%	10	1.4%	70	9.5%	11	1.5%	4	0.5%	36	4.9%	18	2.6%
H25	40-64	269	38.0	6	2.2%	15	5.6%	0	0.0%	10	3.7%	5	1.9%	15	5.6%	3	1.1%	0	0.0%	8	3.0%	4	1.5%
	65-74	464	40.8	5	1.1%	26	5.6%	0	0.0%	21	4.5%	5	1.1%	55	11.9%	8	1.7%	4	0.9%	28	6.0%	15	3.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定健診受診率、特定保健指導率ともに向上しており、受診勧奨者の医療機関受診率も増加しています。同規模と比較すると、特定健診受診率は6%ほどの差があります。医療の介入が必要な対象者をスクリーニングするためにも、引き続き、特定健診受診率を向上させる取組みが重要となります。

【図表 13】

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	同規模の受診率	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
									芦北町	同規模平均
H25年度	4,185	1,433	34.2%	5位	38.1%	187	50	26.70%	50.3%	51.0%
H28年度※	3,765	1,349	35.8%↑	5位	41.0%	168	46	27.40%↑	51.4%	51.1%

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきました。その結果、総医療費や一人当たりの医療費の伸びを抑制することに繋がったと思われます。

しかし、75歳以上の介護認定率、脳血管疾患や虚血性心疾患による長期入院費用の増加などの課題も見えてきました。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題です。

また、適正な医療につなげるためには、住民自ら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す。

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

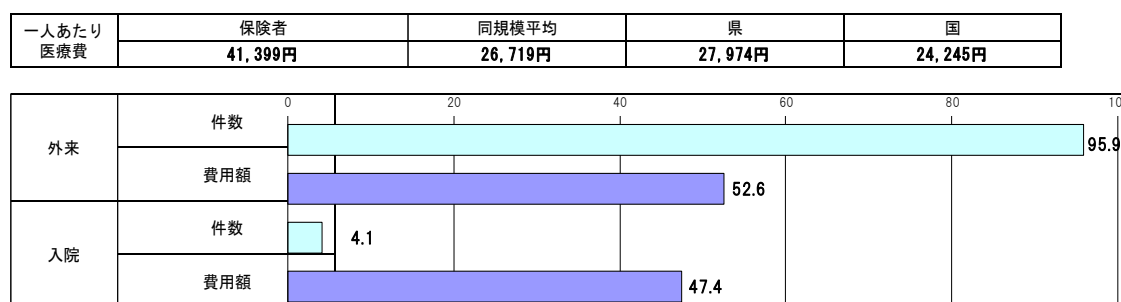
(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 14）

入院件数は4.1%で、費用額全体の47.4%を占めています。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と考えます。

「集団の疾患特徴の把握」

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 14】



○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 15）

長期入院では、精神疾患を除き、脳血管疾患による入院が多く、費用額の 7.1% を占めています。人工透析では、28 人のうち 16 人が糖尿病性腎症で全体の 57.1% を占めています。脳血管疾患と虚血性心疾患における基礎疾患の重なりを見ると、約 8 割が高血圧を持っており、糖尿病性腎症患者においては約 9 割が高血圧を併せ持っていることがわかります。

【図表 15】

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）		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 (200万円以上レセ)	人数	25人	2人	4人	6人	13人
				8.0%	16.0%	24.0%	52.0%
		件数	25件	2件	4件	6件	13件
				8.0%	16.0%	24.0%	52.0%
		費用額	6805万円	558万円	1011万円	1528万円	3708万円
				8.2%	14.9%	22.5%	54.5%

*最大医療費負担額名（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（H28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	118人	69人	10人	10人
				58.5%	8.5%	8.5%
		件数	1,265件	730件	89件	77件
				57.7%	7.0%	6.1%
		費用額	5億5617万円	2億5569万円	3958万円	2648万円
				46.0%	7.1%	4.8%

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)	H28.5 診療分	人数	28人	16人 57.1%	6人 21.4%	10人 35.7%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	381件	201件 52.8%	46件 12.1%	118件 31.0%
					費用額	1億5158万円	8049万円 53.1%

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

厚労省様式	対象レセプト（H28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	2,932人		289人	346人	55人
				9.9%	11.8%	1.9%
		の基 礎 健 な 疾 り 患	高血圧	229人	266人	49人
				79.2%	76.9%	89.1%
			糖尿病	139人	159人	55人
				48.1%	46.0%	100.0%
			脂質 異常症	174人	224人	41人
				60.2%	64.7%	74.5%
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		1,728人		843人	1,342人	283人
58.9%		28.8%	45.8%	9.7%		

○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 16)

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75歳以上においては95%を超えています。74歳以下については全員が血管疾患により介護認定を受けており、また、2号認定者で介護度の高い者の割合が多いという実態です。

この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながるものと考えられます。

【図表 16】

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			6,626人		2,940人		3,989人		6,929人		13,555人		
	認定者数			27人		114人		1,540人		1,654人		1,681人		
		認定率			0.41%		3.9%		38.6%		23.9%		12.4%	
	新規認定者数（※1）			0人		0人		115人		115人		115人		
	介護度別 人数	要支援1・2			11	40.7%	52	45.6%	610	39.6%	662	40.0%	673	40.0%
要介護1・2			4	14.8%	25	21.9%	442	28.7%	467	28.2%	471	28.0%		
要介護3～5			12	44.4%	37	32.5%	488	31.7%	525	31.7%	537	31.9%		

要介護 実合状況 ★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）			1		2		997		999		1,000		
	再）国保・後期			1		2		974		976		977		
	（レセプトの 診断名より 重複して計上） 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器 疾患	1	脳卒中	0 0.0%	脳卒中	2 100.0%	脳卒中	388 39.8%	脳卒中	390 40.0%	脳卒中	390 39.9%	
			2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	1 50.0%	虚血性 心疾患	297 30.5%	虚血性 心疾患	298 30.5%	虚血性 心疾患	298 30.5%	
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 0.0%	腎不全	130 13.3%	腎不全	130 13.3%	腎不全	130 13.3%	
		基礎疾患 （※2）		糖尿病	0 0.0%	糖尿病	2 100.0%	糖尿病	356 36.6%	糖尿病	358 36.7%	糖尿病	358 36.6%	
				高血圧	1 100.0%	高血圧	2 100.0%	高血圧	832 85.4%	高血圧	834 85.5%	高血圧	835 85.5%	
				脂質 異常症	0 0.0%	脂質 異常症	2 100.0%	脂質 異常症	506 52.0%	脂質 異常症	508 52.0%	脂質 異常症	508 52.0%	
		血管疾患 合計			合計	1 100.0%	合計	2 100.0%	合計	928 95.3%	合計	930 95.3%	合計	931 95.3%
		認知症			認知症	0 0.0%	認知症	1 50.0%	認知症	425 43.6%	認知症	426 43.6%	認知症	426 43.6%
		筋・骨格疾患			筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	2 100.0%	筋骨格系	935 96.0%	筋骨格系	937 96.0%	筋骨格系	938 96.0%

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

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

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	10000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					8122	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)			3998			

2) 健診受診者の実態 (図表 17・18)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなります。

芦北町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者の割合は変わりませんが、メタボリックシンドローム該当者が増加しています。健診結果では、空腹時血糖やHbA1cの有所見者が目立って多い状況であり、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測されます。

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6-2~6-7)

【図表 17】

男性	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	
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	14,419	30.2	23,751	49.8	12,161	25.5	9,779	20.5	3,606	7.6	21,575	45.2	31,912	66.9	9,273	19.4	23,534	49.3	12,827	26.9	22,482	47.1	1,022	2.1	
保険者	合計	190	30.6	294	47.4	140	22.6	137	22.1	47	7.6	304	49.0	407	65.6	118	19.0	328	52.9	186	30.0	292	47.1	8	1.3
	40-65	90	37.3	120	49.8	63	26.1	210	87.1	19	7.9	120	49.8	146	60.6	56	23.2	112	46.5	86	35.7	137	56.8	1	0.4
	65-75	100	26.4	174	45.9	77	20.3	73	19.3	28	7.4	184	48.5	261	68.9	62	16.4	216	57.0	100	26.4	155	40.8	7	1.9

女性	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	
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	12,551	20.5	11,046	18.1	8,477	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,493	27.0	42,445	69.5	1,256	2.1	25,834	42.3	9,085	14.9	34,484	56.4	141	0.2	
保 険 者	合計	166	22.6	122	16.6	111	15.1	61	8.3	17	2.3	244	33.3	524	71.5	12	1.6	344	46.9	141	19.2	384	52.4	1	0.1
	40-65	60	22.3	36	13.4	40	14.9	25	9.3	3	1.1	70	26.0	180	66.9	2	0.7	112	41.6	57	21.2	147	54.7	0	0.0
	65-75	106	22.8	86	18.5	71	15.3	36	7.8	14	3.0	174	37.5	344	74.1	10	2.2	232	50.0	84	18.1	237	51.1	1	0.2

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

【図表 18】

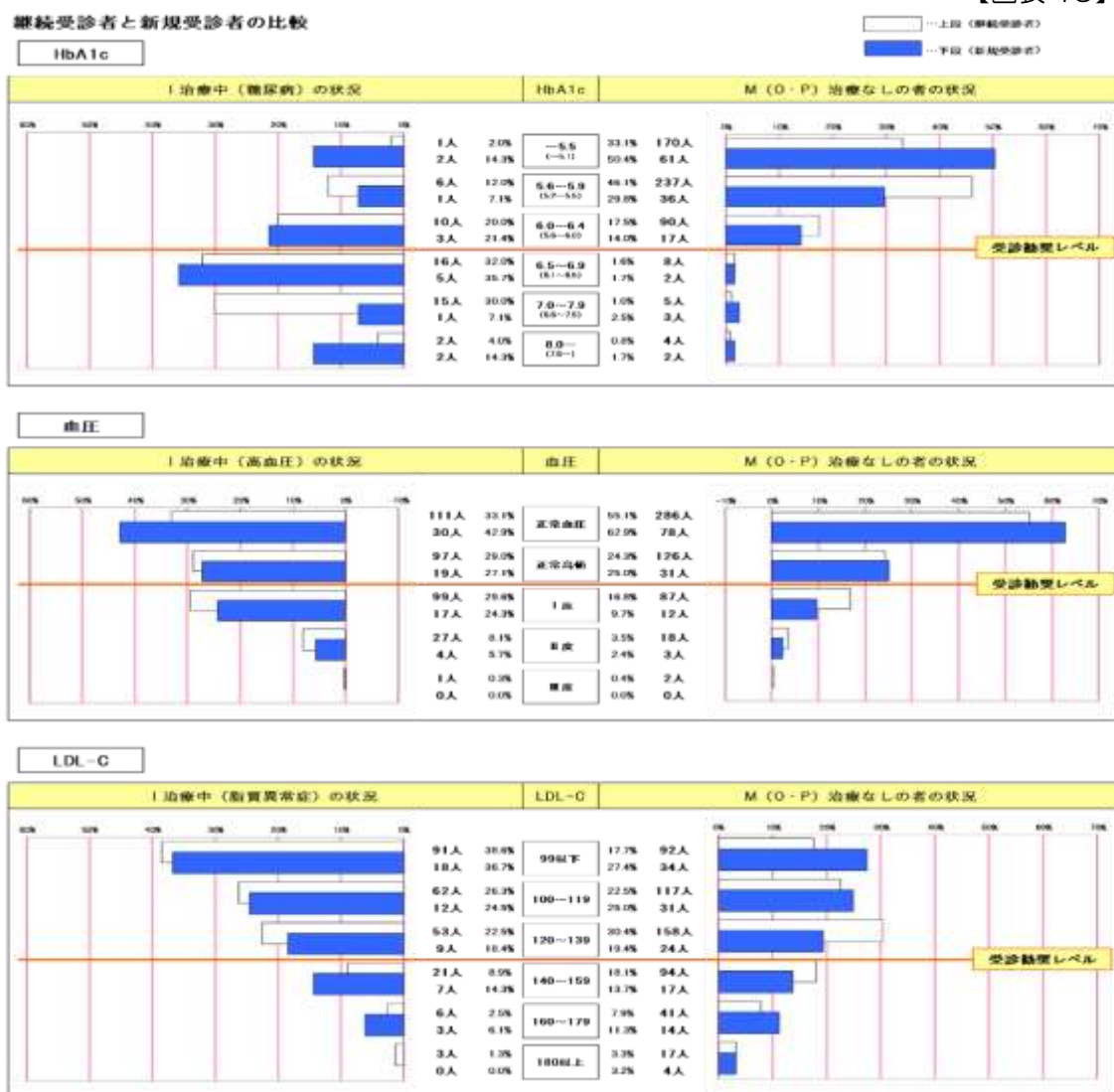
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群								該当者											
		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て											
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合						
保険者	合計	620	32.3	30	4.8	104	16.8	11	1.8	75	12.1	18	2.9	160	25.8	40	6.5	6	1.0	68	11.0	46	7.4		
	40-65	241	27.4	15	6.2	50	20.7	9	3.7	33	13.7	8	3.3	55	22.9	13	5.4	4	1.7	23	9.5	15	6.2		
	65-75	379	35.4	15	4.0	54	14.2	2	0.5	42	11.1	10	2.6	105	27.7	27	7.1	2	0.5	45	11.9	31	8.2		

女性		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						
保 険 者	合計	733	39.7	11	1.5	41	5.6	0	0.0	31	4.2	10	1.4	70	9.5	11	1.5	4	0.5	36	4.9	19	2.6		
	40-65	269	38.0	6	2.2	15	5.6	0	0.0	10	3.7	5	1.9	15	5.6	3	1.1	0	0.0	8	3.0	4	1.5		
	65-75	464	40.8	5	1.1	26	5.6	0	0.0	21	4.5	5	1.1	55	11.9	8	1.7	4	0.9	28	6.0	15	3.2		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 19)

全体としてHbA1c治療中者は継続、新規受診者にかかわらず、受診勧奨レベル者が多く、また、有所見者の経年変化をみてもHbA1c6.5%以上者の増加が最も多くなっていることから、血糖のコントロールがうまくいっていないことがわかります。また、高血圧についても治療中者に受診勧奨レベルが多いため、継続受診の勧奨と医療機関と連携した保健指導をさらに進めていく必要があります。

【図表 19】



有所見者の経年変化

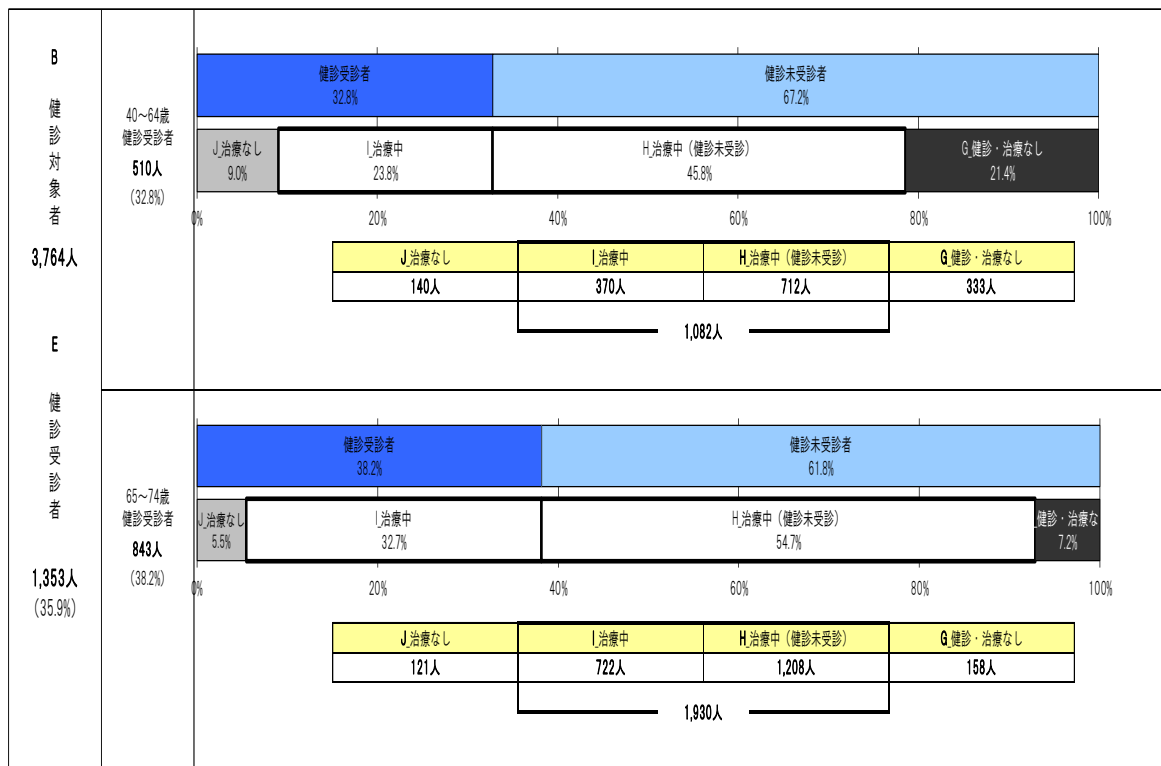
	HbA1c6.5%以上	II 度以上高血圧	LDL160以上
H25	5.3%	4.3%	13.0%
H26	5.0%	4.4%	13.4%
H27	6.2%	5.7%	13.6%
H28	8.3%	5.4%	9.2%

4) 未受診者の把握（図表 20）

医療費適正化において、重症化予防の取組みは重要ですが、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21.4%と高くなっていることがわかります。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す。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ります。「H」の治療中（健診未受診）が健診対象者の約5割であり、第1期計画策定時と変わらない状況であるため、治療中でも健診を受診することの意義を周知していく必要があり、医療機関との連携がさらに必要です。

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

【図表 20】



OG、健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.6

	0	10,000	20,000	30,000	40,000	(円)
健診受診者の生活習慣病治療費	3,773円					
健診未受診者の生活習慣病治療費				32,261円		

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、糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患を減らしていくことを目指しますが、今後も高齢者が増加することが明らかであるため、3つの疾患における患者数の増加を抑えていくことを目標とします。

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します。

しかし、芦北町の医療のかかり方は、普段から医療にかかっている人が多く、医療機関の受診率が高い状況であるものの、外来医療費の割合は減少しています。しかし、入院医療費の割合は増加し、同規模よりも悪いことから、重症化予防、医療費の適正化へつなげるため、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とします。

(2) 短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、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します。

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します。

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います。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します。

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ます。

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きます。

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、特定健康診査等実施計画に準することとします。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第3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ます。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていましたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年1期として策定します。

2. 目標値の設定

【図表21】

項目/年度	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	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0
特定保健指導実施率	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0	60.0

3. 対象者の見込み

【図表22】

項目/年度	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	3,651	3,466	3,354	3,167	2,893
	受診者数	1,300	1,250	1,200	1,130	970
特定保健指導	対象者数	165	156	151	142	124
	受診者数	50	50	50	40	40

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します。（1）集団健診については、熊本県厚生農業協同組合連合会、（2）個別健診については県医師会が実施機関の取りまとめを行います。（2）は県医師会と本町が契約を行い、（3）及び（4）については、国保被保険者は特定健診の対象とします。

- （1）集団健診(芦北町内6か所を会場とする)
- （2）個別健診(水俣市芦北郡医師会所属の特定健診実施医療機関)
- （3）国保2日人間ドック（日本赤十字社熊本健康管理センターほか）
- （4）日帰りがんドック（大腸肛門病センター高野病院）

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ます。

3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、芦北町のホームページに掲載します。

4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施します。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ます。（実施基準第 1 条 4 項）

5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末までの間に実施します。

6) 医療機関との適切な連携

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

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います。

7) 代行機関

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

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、図表 23 のとおり計画しています。

【図表 23】

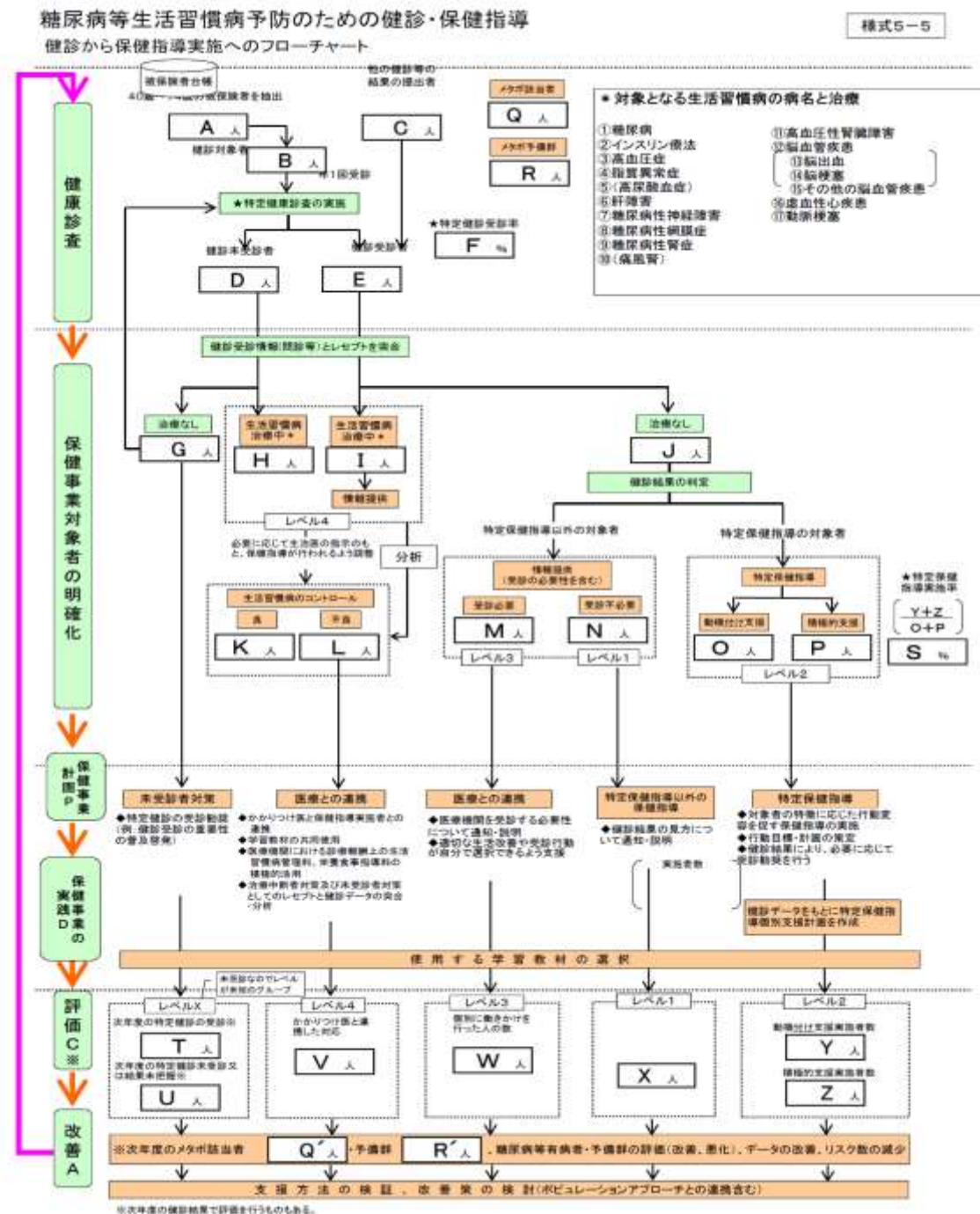


特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

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・実践評価を行います。(図表 24)

【図表 24】



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 25】

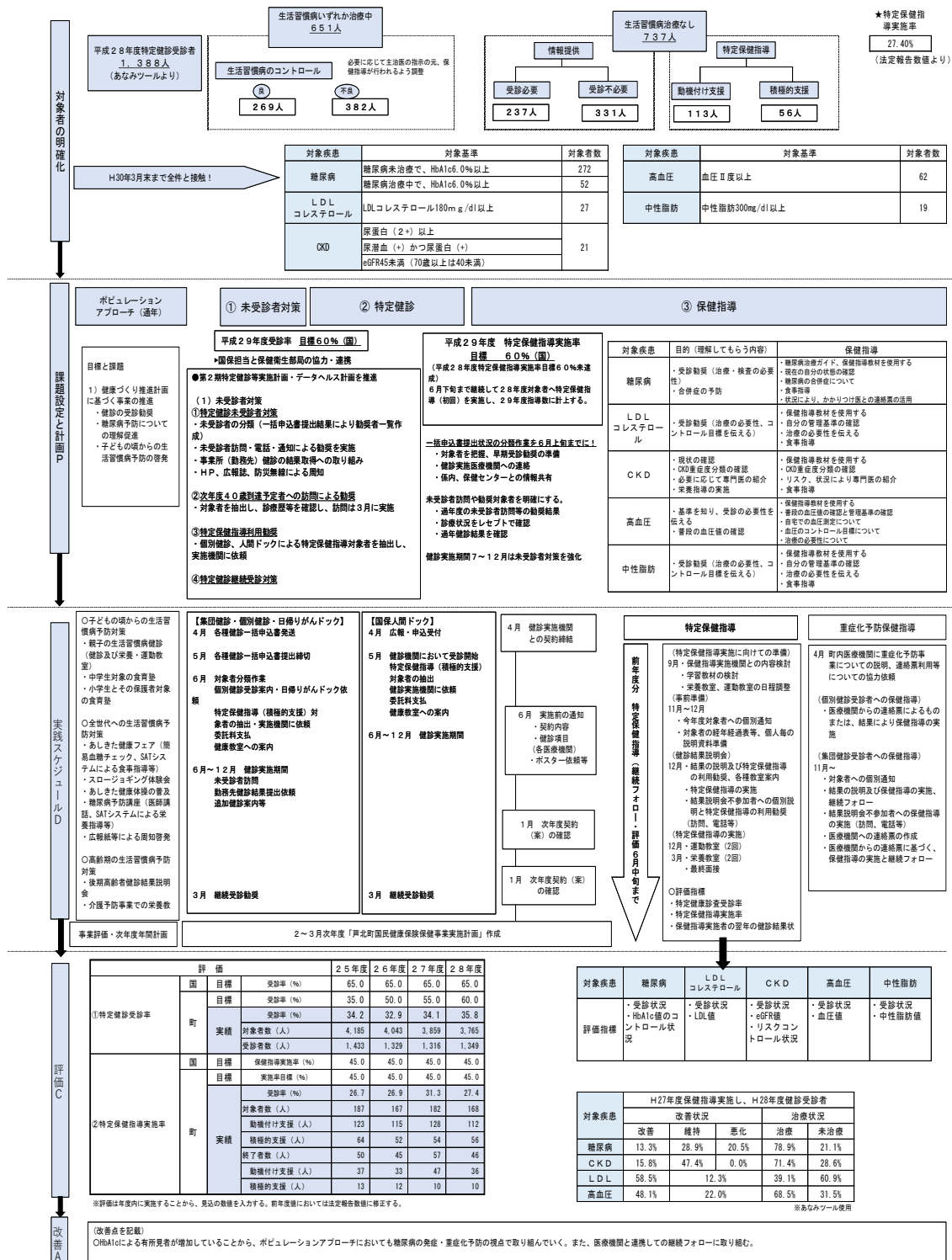
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆健診結果及び経年経過表等により、対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆必要に応じて受診勧奨を行う ◆運動教室及び栄養教室の実施 ◆継続受診の勧奨	169人 (12.5)	60%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆健診結果及び経年経過表等により医療機関を受診する必要性について個別説明と保健指導の実施 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう継続支援 ◆医療機関への連絡票の作成 ◆医療機関からの連絡票に基づく、保健指導の実施と継続支援 ◆継続受診の勧奨	237人 (17.6)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	I	情報提供 (生活習慣病 治療中)	◆健診結果説明会の実施 ◆健診結果の見方、重症化予防について保健指導の実施 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆医療機関への連絡票の作成 ◆医療機関からの連絡票に基づく、保健指導の実施と継続支援 ◆継続受診の勧奨 ◆治療中断者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	651人 (48.3)	

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 (受診者の〇%)	目標 実施率
4	D	健診未受診者	◆訪問・電話・通知による受診勧奨の実施 ◆事業所（勤務先）健診の結果取得の実施 ◆HP、広報誌、防災無線による周知 ◆次年度40歳到達予定者への訪問による受診勧奨 ◆不定期受診者への継続受診の勧奨 ◆治療中の者への受診勧奨	2,416人 ※受診率目標 達成までにあと910人	
5	N	情報提供 (受診不必要)	◆健診結果説明会の実施 ◆健診結果の見方、生活習慣病予防について保健指導の実施 ◆継続受診の勧奨	331人 (24.5)	

3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成します。(図表 26)

【図表 26】



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芦北町個人情報保護条例（平成 17 年 3 月 31 日芦北町条例第 188 号）を踏まえた対応を行います。

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します。

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います。

7. 評価

特定健康診査等実施計画に準じて、評価・見直しを行います。実施計画の最終年度を評価年度と定め、(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施率、(2) メタボリックシンドロームの該当者・予備群該当状況の推移、(3) 実施方法・内容・スケジュールについて国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行います。但し、最終年度においては、国への実績報告前であることから、見込により評価します。

8. 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 日までに報告します。

9. 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、芦北町ホームページ等への掲載により公表、周知します。

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、中長期的な目標に設定している「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高血圧、糖尿病、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圧、血糖、脂質の検査結果を改善していくこととします。そのためには重症化予防の取組み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ります。

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等の取組みを行います。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きます。

ポピュレーションアプローチの取組みとしては、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します。

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きます。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ります。その実施にあたっては特定健診等実施計画に準ずるものとします。

II 重症化予防の取組み

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みにあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施します。なお、取組みにあたっては図表27に沿って実施します。

- (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

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表 27】

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	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	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を改定

2) 対象者の明確化

(1) 対象者の選定基準

○熊本県糖尿病腎症重症化予防プログラムに準じます。

①健診を受診した者のうち医療機関未受診者

ア・図表 28 のフローチャートの3つの条件 (A・B・C) すべてに該当する者
イ・ア以外であっても図表 28 を参考に、健診結果により受診勧奨が必要な者

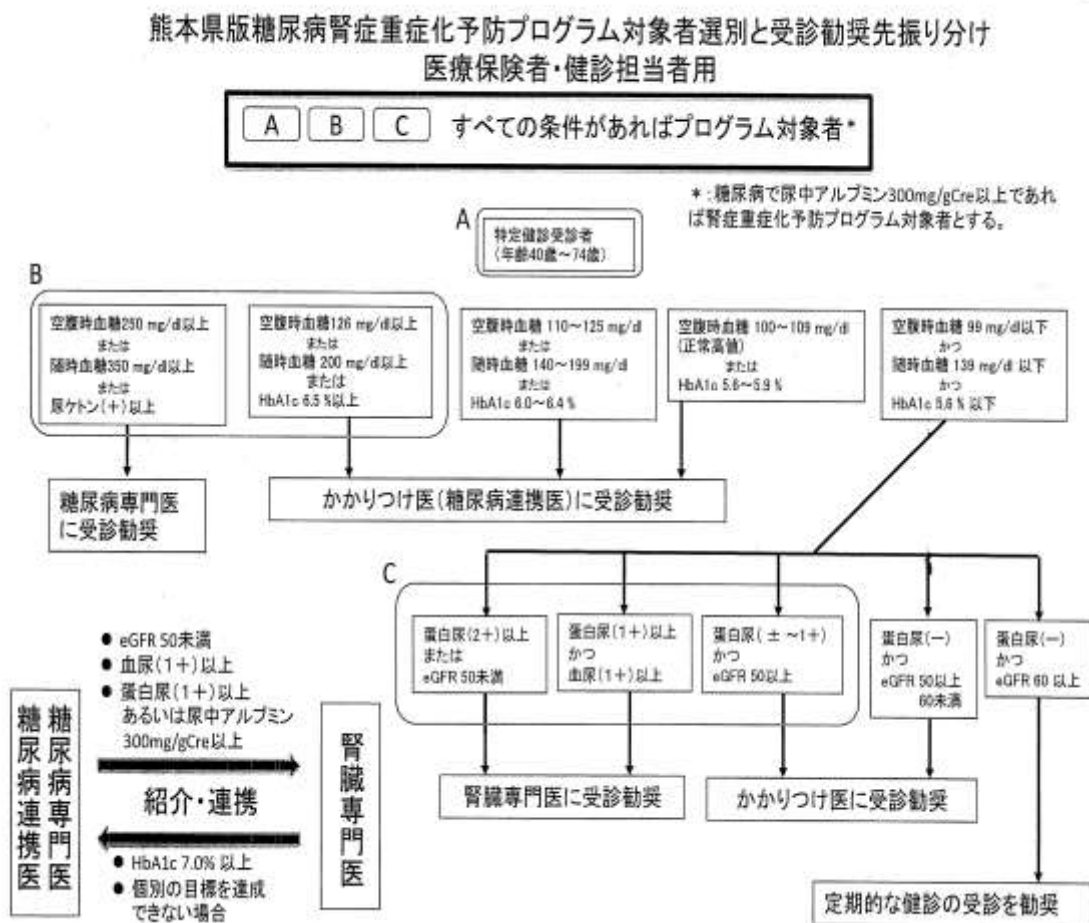
②糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から6か月経過しても受診した記録がない者

③重症化するリスクの高い者

健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できていない者や尿蛋白、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者

【図表 28】



(2) 対象者の把握の方法

○レセプト及び特定健診データを活用し対象者数の把握を行います。

○腎症重症化ハイリスク者は、「糖尿病性腎症病気分類」〔糖尿病性腎症合同委員会〕（図表 29）に基づいて対象者の把握を行います。

【図表 29】

糖尿病性腎症病期分類 (改訂) 注1		
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 ^{※2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299) ^{※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 ^{※4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{※5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

※参考：H28 年度特定健診結果（図表 30）

①糖尿病未治療者は 88 人（60.3%・F）

②40～74 歳における糖尿病治療者 524 人のうち、特定健診受診者が 131 人（10.5%・G）、このうち、79 人（60.3%・キ）は治療中断者

③糖尿病治療者で特定健診未受診者 393 人（75.0%・I）このうち、過去に 1 度でも特定健診の受診歴がある者 44 人中 41 人は治療中断者

(3) 介入方法と優先順位 （図表 30）

○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)・・・88 人

②糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)・・・ 120 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

○優先順位 2：【保健指導】

①糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)・・・51 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

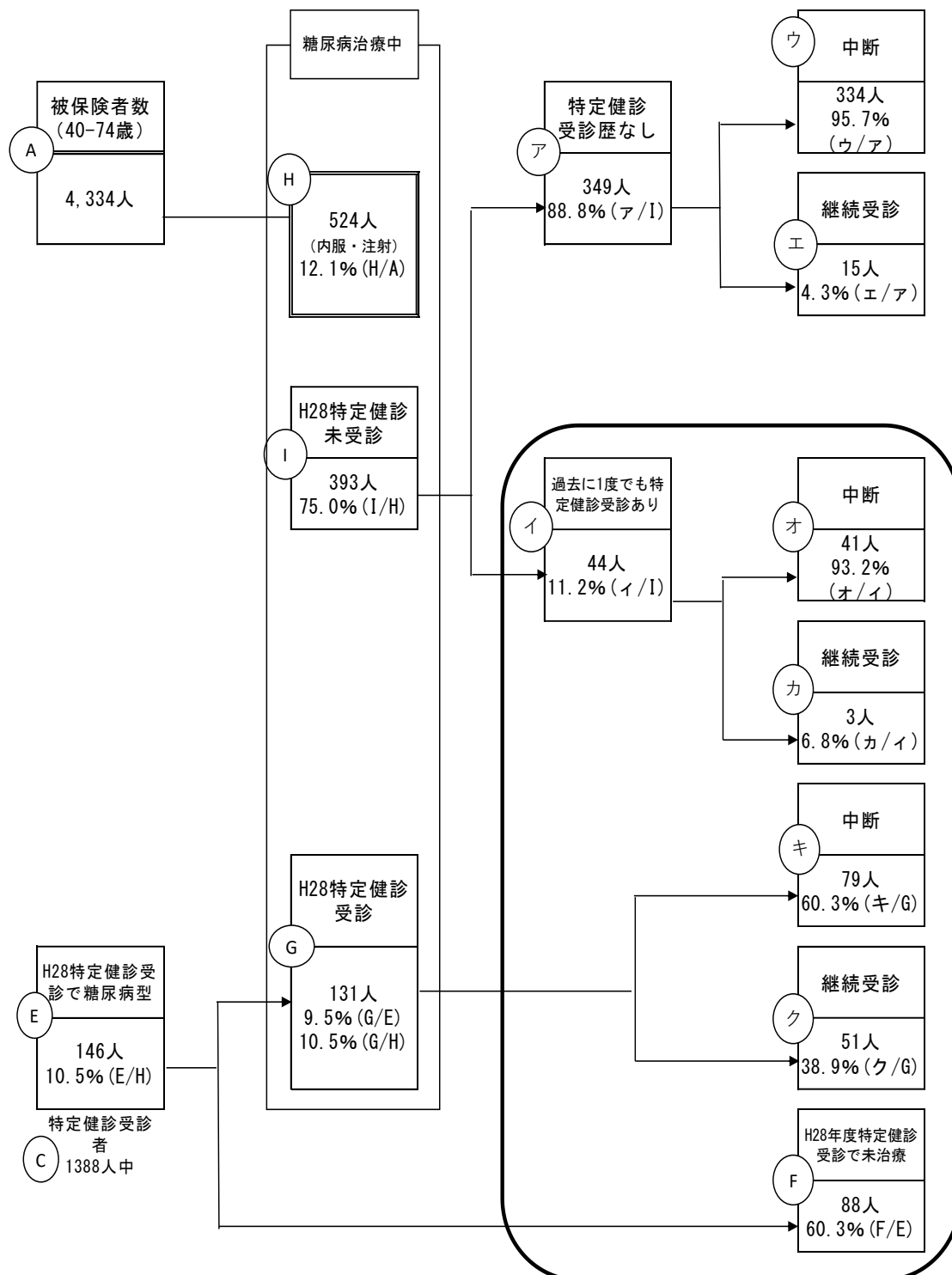
○優先順位 3：【保健指導】

①過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 (力)・・・3 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 30】



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（図表 31）及び年次計画表（図表 32）で行い、地区ごとに作成し管理していきます。

【図表 31】

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								
						HbA1c											
						高血圧		糖 以外	体重								
						虚血性心疾患			BMI								
						脳血管疾患			血圧								
						糖尿病性腎症			CKD	GFR							
										尿蛋白							
					糖尿病		糖	服薬									
					HbA1c												
					高血圧		糖 以外	体重									
					虚血性心疾患			BMI									
					脳血管疾患			血圧									
					糖尿病性腎症			CKD	GFR								
									尿蛋白								

【図表 32】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度			担当者名：	担当地区：
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○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	
	④健診未受診者 ()人	2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患－手術 ●人工透析 ●がん	
	結果把握(内訳)	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医	
	①国保(生保) ()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 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○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	
	②後期高齢者 ()人			
	③他保険 ()人			
	④住基異動(死亡・転出) ()人			
	⑤確認できず ()人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	⑥結果把握 ()人			
	①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある			
	②尿蛋白 (一) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人		栄養士中心	
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人		腎専門医	

【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 HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載します。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載
*HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%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資格を確認します。

- ③レセプトを確認し治療状況等の情報を記載します。

- ・ 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、結果を確認します。

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を把握します。

- ①医療機関未受診者・糖尿病治療中断者（受診勧奨者）
②腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

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します。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ます。(図表 33)

【図表 33】

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
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 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出ません。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)
食事療法・運動療法の必要性 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 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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
薬物療法 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 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 ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ } 薬が必要になった人の保健指導 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. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(1) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について

かかりつけ医や糖尿病連携医等に紹介し、適切な医療に結び付けます。

(2) 治療中の者について

①連絡票や糖尿病連携手帳等を活用し、対象者の保健指導への指示をもらい、対象者個々人の生活習慣や服薬状況などに応じて保健指導を行います。

②保健指導の結果についてはかかりつけ医等に情報提供を行います。

6) 高齢者福祉及び介護保険部門との連携

保健事業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、情報提供を行います。40～64歳の第2号被保険者が要介護認定を受けることができる特定疾病の一つに糖尿病性腎症が含まれているため、必要により介護サービス・介護予防サービスの利用も検討します。

7) 評価

(1) 時期

データヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。

(2) 方法・項目

①糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用し、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行います。

〈アウトプット〉

- ・プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ・かかりつけ医等と連携した対応を行った数

〈アウトカム〉

- ・糖尿病性腎症病期分類のステージの維持・改善・悪化の数
- ・新規人工透析導入患者数（糖尿病性腎症患者数）の推移
- ・人工透析にかかる医療費の推移
- ・医療機関未受診者の割合
- ・治療中断者（糖尿病および糖尿病性腎症）の割合

②中長期的な費用対効果の観点から、「様式 6-1 糖尿病性腎症取組み評価表（参考資料 3）」を用いて評価を行います。

③事業から得られたデータを取りまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析します。

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

随時 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 月 データヘルス計画評価の実施

2. 生活習慣病重症化予防

1) 基本的な考え方

特定健診の結果から、高血糖者の割合が増加し、また、治療に結びついていない者の割合も高い状況にあります。また、中長期的疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患における基礎疾患をみると高血圧、脂質異常症、糖尿病の順に多く、なかでも糖尿病の増加が目立つことから、糖尿病を重要課題として生活習慣病の発症、進展の抑制を目指し、保健指導に取組みます。

2) 対象者の明確化

(1) 対象者の選定基準

特定健診を受診した者のうち、次の基準に該当する者とします。

- ① 糖尿病未治療で、HbA1c6.0%以上の者
- ② 糖尿病治療中で、HbA1c6.0%以上の者
- ③ 血圧Ⅱ度以上の者
- ④ LDL コレステロール 180mg/dl 以上の者
- ⑤ 中性脂肪300mg/dl 以上の者
- ⑥ 尿蛋白（2+）以上の者
- ⑦ 尿潜血（+）かつ尿蛋白（+）
- ⑧ eGFR45 未満の者（70 歳以上は 40 未満）

(2) 基準に基づく対象者数の把握

○特定健診データを活用し対象者の把握を行います。

- ①の該当者・・・272 人
 - ②の該当者・・・52 人
 - ③の該当者・・・62 人
 - ④の該当者・・・27 人
 - ⑤の該当者・・・19 人
 - ⑥、⑦、⑧の該当者・・・21 人
- ※参考）28 年度特定健診結果

(3) 介入方法

○対象者①～⑧に対して、保健指導を行います。

- ・介入方法として健診結果説明会での個別説明、戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応します。
- ・必要により、かかりつけ医への連絡票の作成、かかりつけ医からの指示のもと、継続して保健指導、受診勧奨を行います。

3) 対象者の進捗管理

(1) 保健指導管理台帳の作成

保健指導管理台帳を担当地区ごとに作成し管理します。(図表 34)

保健指導管理台帳

【図表 34】

番号	行政区	氏名	性別	診療開始日		項目	年度	年度	年度	年度	年度	
		住民番号					歳	歳	歳	歳	歳	
				糖尿病		血糖						
				高血圧		血圧						
				脂質異常症		LDL						
				虚血性心疾患		中性脂肪						
				脳血管疾患		尿						
				CKD		eGFR						
						主治医						
						記録						
				糖尿病		血糖						
				高血圧		血圧						
				脂質異常症		LDL						
				虚血性心疾患		中性脂肪						
				脳血管疾患		尿						
				CKD		eGFR						
						主治医						
						記録						

(2) 保健指導管理台帳の作成手順

①健診データが届いたら治療の有無にかかわらず、対象者情報を管理台帳に記載します。

- ①HbA1c ②血圧 ③LDL ④中性脂肪 ⑤体重 ⑥eGFR
⑦尿蛋白、尿潜血

②資格を確認します。

③レセプトを確認し治療状況等の情報を記載します。

- ・ 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、脂質異常症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) 保健指導の実施

疾患名	目的	内容
糖尿病	受診勧奨（治療・検査の必要性） 合併症の予防	・糖尿病治療ガイド、保健指導教材を使用する ・現在の自分の状態の確認 ・糖尿病の合併症について ・食事指導 ・状況により、かかりつけ医との連絡票の活用
脂質異常症	受診勧奨（治療の必要性、コントロール目標を伝える）	・保健指導教材を使用する ・自分の管理基準の確認 ・治療の必要性を伝える ・食事指導 ・状況により、かかりつけ医との連絡票の活用
高血圧	基準を知り、受診の必要性を伝える 普段の血圧値の確認	・保健指導教材を使用する ・普段の血圧値の確認と管理基準の確認 ・自宅での血圧測定について ・血圧のコントロール目標について ・治療の必要性について
CKD	CKD 重症度分類の確認 必要に応じて専門医の紹介 食事指導の実施	・保健指導教材を使用する ・CKD 重症度分類の確認 ・リスク、状況により専門医の紹介 ・食事指導

5) 医療との連携

- (1) 健診を受診した者のうち医療機関未受診者や中断者について
 - ・かかりつけ医等に紹介し、適切な医療に結び付けます。
- (2) 治療中の者について
 - ・連絡票等を活用し、対象者の保健指導への指示をもらい、対象者個々人の生活習慣や服薬状況などに応じて保健指導を行います。
 - ・保健指導の結果についてはかかりつけ医等に情報提供を行います。

6) 評価

- (1) 時期
データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。
- (2) 方法・項目
 - ①保健指導管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行います。

②

＜アウトプット＞

- ・プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ・かかりつけ医等と連携した対応を行った数

＜アウトカム＞

- ・健診データの維持・改善・悪化の数

②短期的目標である高血圧、糖尿病、脂質異常症等に係る検査値の変化や治療の状況等を健診データ及びレセプトデータを活用し評価を行います。

7) 実施機関及びスケジュール

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

随時 特定健診結果が届き次第保健指導管理台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3 月 データヘルス計画評価の実施

3. 特定保健指導

1) 対象者の明確化及び進捗管理

(1) 特定保健指導管理台帳の作成

特定保健指導管理台帳を担当地区ごとに作成し管理します。

(2) 特定保健指導管理台帳の作成手順

- ①健診データが届いたら対象者の情報を管理台帳に記載します。
- ②資格を確認する。
- ③レセプトを確認し治療状況等の情報を記載します。

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します。

2) 保健指導の実施

第3章「5. 特定保健指導の実施」及び第3期特定健診等実施計画「8 ページ 11)」により行う。

3) 評価

(1) 時期

データヘルス計画評価等と合わせ年1回行います。

(2) 方法・項目（健診データ等を活用）

評価項目	・対象者数の変化 ・特定保健指導実施率 ・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の数 ・リスクの重なりの変化
------	--

4) 実施期間及びスケジュール

対象	集団健診受診者	個別健診・人間ドック受診者
健診実施時期	10～12月	6～12月
準備	11～12月 ・経年経過表、説明資料等準備	健診結果把握後、随時 〈委託機関に依頼〉 ・結果の説明及び特定保健指導の利用勧奨 ・特定保健指導の実施
特定保健指導	12月 ・結果の説明及び特定保健指導の利用勧奨 ・特定保健指導の実施	
健康教室等案内	12～3月 ・運動教室、栄養教室の実施、対象者への案内	
最終評価	3月	

4. 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み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ます。

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病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ます。(参考資料 4)

(2) 対象者の抽出

①心電図検査の結果を活用し、対象者の把握を行います。

(参考) H28 年度集団健診受診者の心電図検査結果

健診受診者 1,388 人のうち心電図検査実施者は 1,259 人 (90.7%)

ST 所見あり・・・21 人 (図表 35)

要精査・・・5 人 (医療機関受診 3 人、未受診 2 人) (図表 36)

心電図検査結果

【図表 35】

	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)	
平成28年度	(人)	(%)	(人)	b/a (%)	(人)	c/b (%)	(人)	d/b (%)	(人)	e/b (%)
	1,388	100	1,259	90.7%	21	1.7%	333	26.4%	905	71.9%

ST 所見ありの医療機関受診状況

【図表 36】

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 (%)
21	100	5	24	3	60	2	40

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

- ①図表 37 の問診を活用し、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よう保健指導を行います。
- ②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、対象者に応じた保健指導を行います。
- ③治療が必要にもかかわらず、医療機関未受診である場合及び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は受診勧奨を行います。
- ④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います。

(2) 対象者の管理

- ①糖尿病、慢性腎臓病（CKD）が高リスクであるため、糖尿病管理台帳で行います。

※「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ープ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）を活用。

- ②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を記載します。

※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を行います。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 37】

・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う	
---	--

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

4) 医療との連携

(1) 未治療や治療中断者について

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行います。その際、対象者個々人の生活習慣や服薬状況等に応じて、かかりつけ医と十分連携したうえで保健指導を行います。

(2) 医療の情報について

かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用し、データの収集を行います。

5) 高齢者福祉及び介護保険部門との連携

保健事業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、相互に情報提供を行います。

6) 評価

(1) 時期

データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。

(2) 方法・項目

①短期的評価については糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用し、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行います。

評価項目	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
------	--

②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実施し、事業から得られたデータを取りまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析します。

7) 実施機関及びスケジュール

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

随時 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 月 データヘルス計画評価の実施

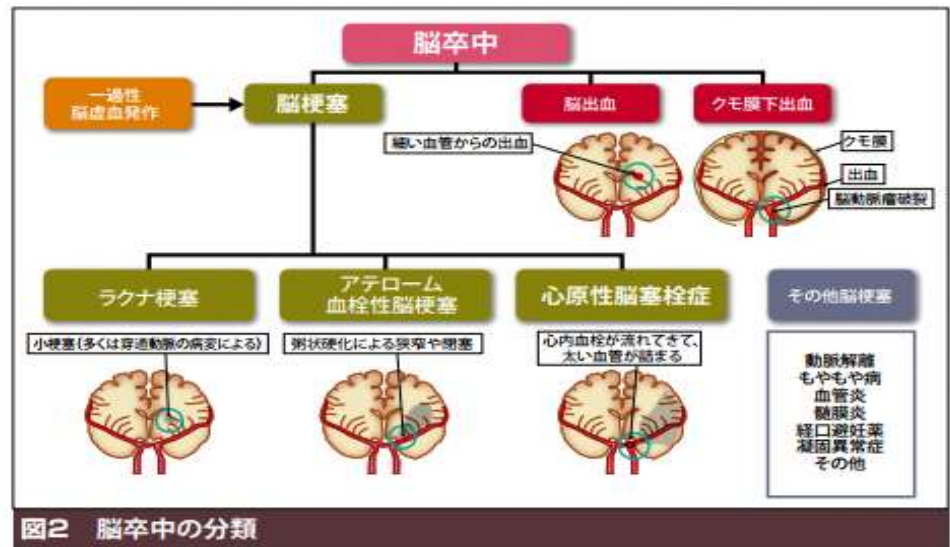
5. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組み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きます。(図表 38、39)

【脳卒中の分類】

【図表 38】



(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 39】

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) 対象者の抽出 (図表 40)

特定健診受診者の健診データより図表 40 を作成し、対象者の把握を行います。
その際、治療の有無の視点も加えて分析を行い、受診勧奨対象者の把握も行います。

【図表 40】

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1,388人		75人 5.4%	87人 6.3%	35人 2.5%	19人 1.4%	232人 16.8%	12人 0.9%
治療なし		36人 4.6%	63人 4.9%	31人 3.0%	4人 0.5%	56人 7.6%	3人 0.4%
治療あり		39人 8.2%	24人 30.8%	4人 1.2%	15人 2.3%	176人 27.0%	9人 1.4%
臓器障害あり		7人 19.4%	12人 19.0%	7人 22.6%	4人 100.0%	9人 16.1%	3人 100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象者)	0	2人	2人	0	0	3人
	尿蛋白(2+)以上	0	1人	0	0	0	3人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0	0	1人	0	0	1人
	eGFR50未満(70歳以上40未満)	0	2人	1人	0	0	1人
	心電図所見あり	7人	11人	6人	4人	9人	0

(参考) H28 年度特定健診結果

Ⅱ度高血圧以上 75 人 (5.4%) うち、36 人は未治療者

未治療者 (36 人) のうち、7 人 (19.4%) は臓器障害の所見あり

治療中のⅡ度高血圧者 39 人 (4.6%)

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握 (図表 41)

特定健診受診者の健診データより図表 41 (血圧に基づいた脳心血管リスク層別化) を作成し、対象者の把握を行います。

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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)

【図表 41】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)						低リスク群			中リスク群			高リスク群		
		至適血圧 ~119 /~79	正常血圧 120~129 /80~84	正常高値血圧 130~139 /85~89	I度高血圧 140~159 /90~99	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上	3ヶ月以内の指導で 140/90以上	1ヶ月以内の指導で 140/90以上	ただちに降圧薬治療	3ヶ月以内の指導で 140/90以上	1ヶ月以内の指導で 140/90以上	ただちに降圧薬治療	3ヶ月以内の指導で 140/90以上	1ヶ月以内の指導で 140/90以上	ただちに降圧薬治療
911		316 34.7%	192 21.1%	218 23.9%	149 16.4%	32 3.5%	4 0.4%	5 0.5%	87 9.5%	93 10.2%	5 0.5%	87 9.5%	1 1.1%	5 0.5%	87 9.5%	1 1.1%
リスク第1層		121 13.3%	67 21.2%	25 13.0%	21 9.6%	5 3.4%	2 6.3%	5 100%	2 2.3%	1 1.1%	5 100%	2 2.3%	1 1.1%	5 100%	2 2.3%	1 1.1%
リスク第2層		485 53.2%	165 52.2%	108 56.3%	111 50.9%	85 57.0%	15 46.9%	--	85 97.7%	16 17.2%	--	85 97.7%	16 17.2%	--	85 97.7%	16 17.2%
リスク第3層		305 33.5%	84 26.6%	59 30.7%	86 39.4%	59 39.6%	15 46.9%	--	--	76 81.7%	--	--	76 81.7%	--	--	76 81.7%
再掲 重複あり	糖尿病	88 28.9%	21 25.0%	18 30.5%	30 34.9%	14 23.7%	4 26.7%	14 100%	4 26.7%	1 12.5%	14 100%	4 26.7%	1 12.5%	14 100%	4 26.7%	1 12.5%
	慢性腎臓病 (CKD)	162 53.1%	54 64.3%	26 44.1%	45 52.3%	31 52.5%	6 40.0%	162 100%	54 33.3%	0 0.0%	162 100%	54 33.3%	0 0.0%	162 100%	54 33.3%	0 0.0%
	3個以上の危険因子	129 42.3%	26 31.0%	24 40.7%	47 54.7%	23 39.0%	8 53.3%	129 100%	26 20.2%	1 0.8%	129 100%	26 20.2%	1 0.8%	129 100%	26 20.2%	1 0.8%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3) 心電図検査による心房細動有所見者の把握 (図表 42)

特定健診受診者の健診データより図表 42 を作成し、対象者の把握を行います。

(参考) H28 年度特定健診結果 心房細動有所見者 19 人(図表 43)

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 42】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	569	690	14	2.5	5	0.7	—	—
40歳代	56	44	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	74	72	1	1.4	1	1.4	0.8	0.1
60歳代	308	386	6	1.9	2	0.5	1.9	0.4
70～74歳	131	188	7	5.3	2	1.1	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細胞有病率

* 日本循環器学会疫学調査の 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 43】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
19	1.5	0	0	19	100

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

- ①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います。
- ②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ます。
- ③治療が必要にもかかわらず 医療機関未受診である場合及び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は受診勧奨を行います。
- ④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います。

(2) 対象者の管理

①高血圧者の管理 (図表 44)

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います。

【図表 44】

血圧評価表																										
番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近					血圧															
						メタボ判定	HbA1c	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	治療有無	収縮期	拡張期

②心房細動の管理台帳（図表 45）

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ます。

【図表 45】

心房細動管理台帳																			
番号	登録年度番号	基本情報				治療の状況				脳梗塞の有無		毎年度確認すること							
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度				H27年度			
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況

4) 医療との連携

(1) 未治療や治療中断者について

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行います。その際、対象者個々人の生活習慣や服薬状況等に応じて、かかりつけ医と十分連携したうえで保健指導を行います。

(2) 医療の情報について

かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用し、データの収集を行います。

5) 高齢者福祉及び介護保険部門との連携

保健事業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、相互に情報提供を行います。

6) 評価

(1) 時期

データヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。

(2) 方法・項目

- ①短期的評価については糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用し、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行います。

評価項目	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
------	--

- ②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実施し、事業から得られたデータを取りまとめ、内部での検討を行い、さらに専門家等の助言を得ながら事業の成果を分析します。

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

随時 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載

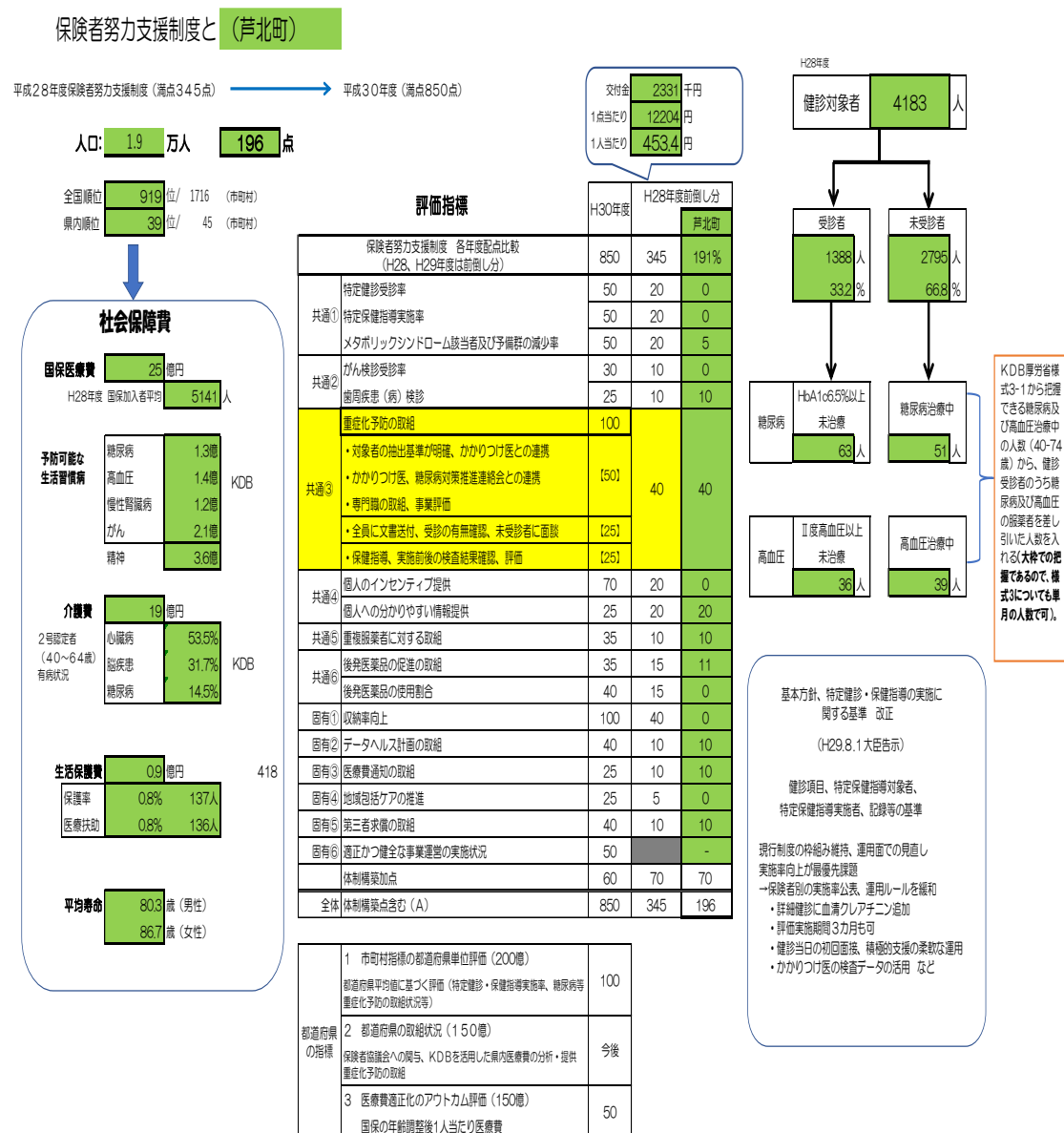
台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3 月 データヘルス計画評価の実施

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实態と社会環境等について、町ホームページへの掲載、広報紙や防災無線等を活用し、広く町民へ周知します。(図表 46)

【図表 46】



第5章 地域包括ケアに係る取組み

「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ました。

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ます。要介護になる原因疾患のうち、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながります。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します。第4章の重症化予防の取組みそのものが介護予防として捉える事ができます。

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を超えています。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す。

保健部門では、特定健診の結果から医療につなぎ、発症や重症化を防ぐということだけでなく、糖尿病等の生活習慣病を抱えながらも地域で安心して生活が続けられるための支援を高齢・介護部門と連携しながら展開していくことが必要です。

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います。
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ります。

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ます。

※評価における4つの指標（参考資料7・8）

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、特定保健指導実施率 ・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います。専門職と国保事務職が情報を共有し、相互連携して実施していくこととします。

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します。特に直ちに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します。

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ます。

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します。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保険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す。

2. 個人情報の取扱い

健診内容等の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係者における個人情報の取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月14日通知、同年5月30日適用）、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月27日保発第1227001号厚生労働省保険局長通知）等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督）について周知徹底をするとともに、芦北町において定める個人情報の取扱いに係る条例等に基づき、個人情報の保護に努めます。

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芦北町の位置

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 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 4 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 5 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 6 生活習慣病有病状況

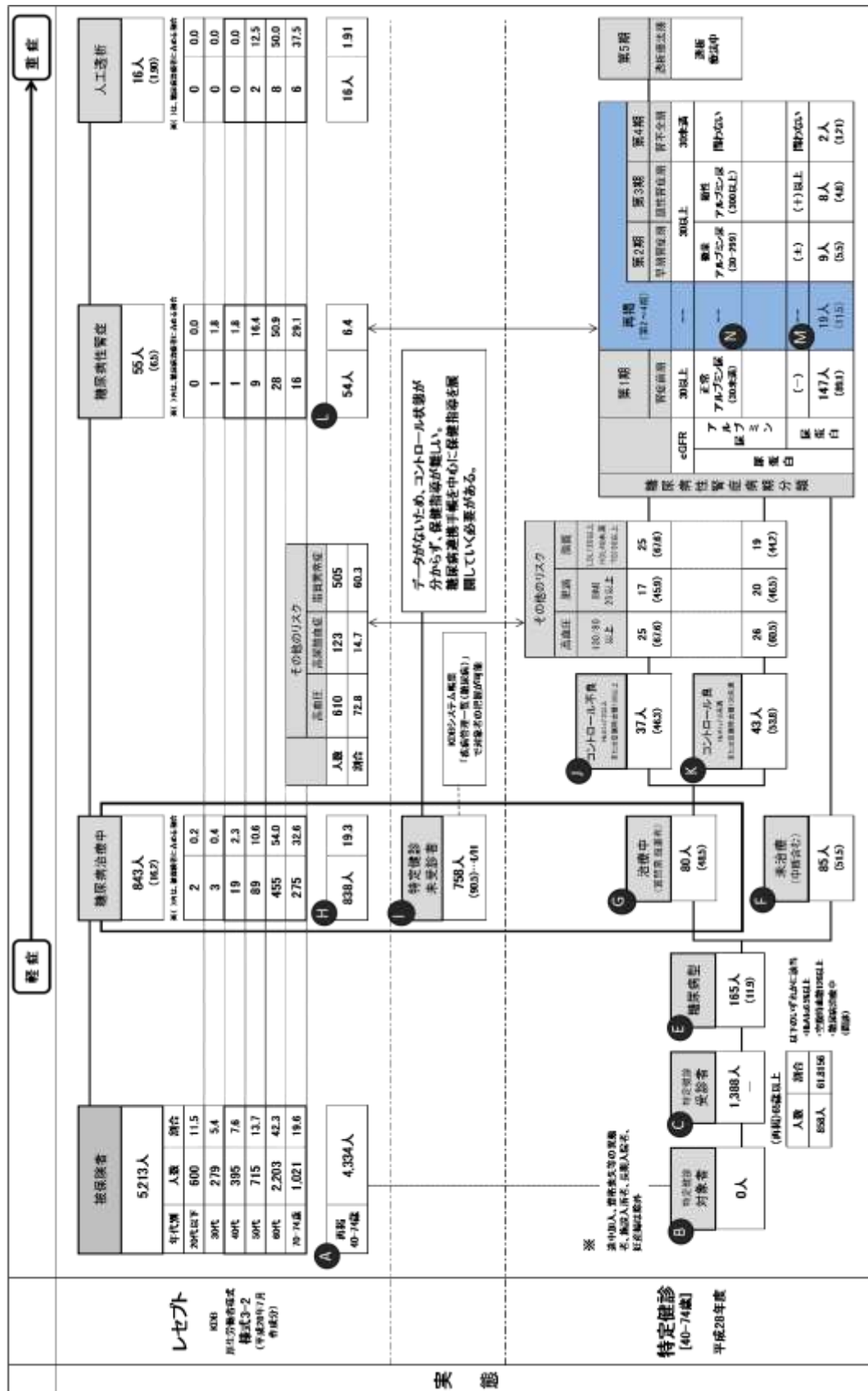
参考資料 7 評価イメージ 1

参考資料 8 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた芦北町の位置

項目				H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)		
				保険者		保険者										
				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			18,975		17,960		16,517		1,794,477		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況	
		65歳以上（高齢化率）			7,191	37.9	7,311	40.7	4,658	28.2	462,261	25.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.3 健診・医	
		75歳以上			4,299	22.7	4,360	24.3	2,511	15.2	253,517	14.1	13,989,864	11.2		
		65～74歳			2,892	15.2	2,951	16.4	2,147	13.0	208,744	11.6	15,030,902	12.0		
		40～64歳			6,187	32.6	5,574	31.0	5,665	34.3	602,031	33.5	42,411,922	34.0		
	39歳以下			5,597	29.5	5,075	28.3	6,194	37.5	730,185	40.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業			16.5		16.5		12.2		10.5		4.2		KDB_NO.3	
		第2次産業			24.9		24.9		27.7		21.2		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第3次産業			58.5		58.5		60.1		68.4		70.6			
	③ 平均寿命	男性			80.3		80.3		79.3		80.3		79.6		KDB_NO.1	
女性			(H22) 86.7		86.7		86.3		87.0		86.4					
④ 健康寿命	男性			65.4		65.4		65.1		65.3		65.2		地域全体像の把握		
	女性			66.9		66.8		66.8		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性 102.2		93.4		103.9		94.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				女性 93.1		100.0		102.0		92.8		100				
		死 因	がん			65	35.1	76	(43.7)	7,565	46.0	5,499	48.4		367,905	49.6
			心臓病			66	35.7	55	31.6	4,757	29.0	3,135	27.6		196,768	26.5
			脳疾患			41	22.2	34	19.5	2,675	16.3	1,774	15.6		114,122	15.4
			糖尿病			3	1.6	2	1.1	338	2.1	183	1.6		13,658	1.8
			腎不全			3	1.6	5	(2.9)	619	3.8	449	3.9		24,763	3.3
			自殺			7	3.8	2	1.1	474	2.9	332	2.9		24,294	3.3
	② 早世予防からみた死亡 (55歳未満)		合計			25.4		(21.4)						厚労省HP 人口動態調査		
		男性			34.9		21.3									
		女性			14.1		21.4									
		① 介護保険	1号認定者数（認定率）			1,491	21.6	1,654	(23.9)	126,477	20.4	108,753	23.3	5,885,270	21.2	
	新規認定者			26	0.3	3	0.3	2,113	0.3	1,536	0.3	105,636	0.3			
2号認定者			29	0.5	27	0.4	2,818	0.4	2,247	0.4	151,813	0.4				
② 有病状況	糖尿病			265	17.6	376	(21.1)	27,976	21.2	24,299	21.5	1,350,152	22.1			
	高血圧症			948	62.1	1,071	(63.0)	69,160	52.8	64,733	57.8	3,101,200	50.9			
	脂質異常症			388	25.1	544	(31.1)	35,266	26.8	33,149	29.4	1,741,866	28.4			
	心臓病			1,131	74.6	1,252	73.4	78,851	60.3	73,278	65.4	3,529,682	58.0			
	脳疾患			437	29.1	467	28.1	34,930	26.8	28,092	25.5	1,538,683	25.5			
	がん			128	8.5	171	9.7	13,037	9.8	12,291	10.8	631,950	10.3			
	筋・骨格			1,081	71.0	1,205	(72.1)	67,521	51.7	66,219	59.0	3,067,196	50.3			
	精神			532	35.0	693	(40.9)	47,722	36.3	43,162	38.3	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）			65,084		68,406		67,108		61,022		58,284				
	居宅サービス			40,129		43,439		41,924		40,033		39,662				
	施設サービス			276,147		273,687		276,079		291,281		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別		認定あり	8,339		8,122		8,324		8,546		7,980				
	医療費（40歳以上）		認定なし	3,890		3,998		3,994		3,906		3,816				
3	① 国保の状況	被保険者数			5,743		(5,013)		574,796		471,539		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳			2,330	40.6	2,382	(47.5)			182,325	38.7	12,461,613	38.2		
		40～64歳			2,291	39.9	1,828	36.5			162,787	34.5	10,946,712	33.6		
		39歳以下			1,122	19.5	803	16.0			126,427	26.8	9,179,541	28.2		
		加入率			29.8		26.0		26.0		26.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数			3	0.5	3	0.6	173	0.3	214	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数			18	3.1	18	3.6	1,295	2.3	1,471	3.1	96,727	3.0		
		病床数			286	49.8	289	57.7	22,850	39.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8		
		医師数			31	5.4	32	6.4	2,887	5.0	5,156	10.9	299,792	9.2		
		外来患者数			959.2		986.4		686.7		727.3		668.1			
		入院患者数			39.4		42.4		22.1		25.6		18.2			
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費			37,919	県内2位 同規模1位	41,399	(県内1位 同規模1位)	26,719		27,974		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		
		受診率			998.667		1028.835		708.781		752.848		686.286		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		外 来	費用の割合			54.0		52.6		57.8		55.7		60.1		
			件数の割合			96.0		95.9		96.9		96.6		97.4		
		入 院	費用の割合			46.0		(47.4)		42.2		44.3		39.9		
			件数の割合			4.0		4.1		3.1		3.4		2.6		
1件あたり在院日数			21.3日		21.2日		16.6日		18.0日		15.6日					
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費源病 名（調査含む）	がん			202,890,290	13.6	207,003,890	14.9	24.4		20.5		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）			137,470,540	9.2	117,994,380	8.5	9.4		12.4		9.7				
	糖尿病			142,489,340	9.6	132,344,840	9.5	10.2		9.5		9.7				
	高血圧症			173,578,510	11.6	(138,534,270)	10.0	9.0		8.4		8.6				
	精神			360,774,250	24.2	355,664,570	25.6	18.4		22.4		16.9				
	筋・骨格			276,910,080	18.6	261,843,050	18.8	15.2		15.1		15.2				

項目				H25		H28		H28		データ元 (CSV)							
				保険者		保険者		同規模平均		県		国					
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数47 入院の（ ）内 は在院日数	糖尿病	468,450	37位 (19)	492,509	35位 (18)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	470,290	32位 (20)	509,009	26位 (20)									
				脂質異常症	448,392	30位 (19)	474,165	26位 (19)									
				脳血管疾患	433,924	45位 (20)	591,302	22位 (22)									
				心疾患	444,607	40位 (16)	480,014	36位 (19)									
				腎不全	553,877	37位 (19)	524,308	36位 (21)									
				精神	393,425	33位 (28)	418,537	29位 (28)									
				悪性新生物	556,035	31位 (16)	576,789	32位 (16)									
				糖尿病	35,579	18位	36,589	15位									
				高血圧	30,193	16位	29,951	19位									
				脂質異常症	28,874	7位	27,723	12位									
				脳血管疾患	33,947	26位	36,068	19位									
				心疾患	37,462	31位	39,425	29位									
				腎不全	186,638	32位	193,726	25位									
精神	25,616	37位	25,309	40位													
悪性新生物	43,334	30位	39,397	43位													
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	3,288		1,901		3,095		2,198		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
				健診未受診者	14,310		16,257		12,111		12,509		12,339				
				生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,624		3,773		8,344		5,853		6,742			
				健診未受診者	28,833		32,261		32,649		33,315		35,459				
7	⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	775	53.9	743	54.9	94,649	55.9	60,057	55.2	4,427,425	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				医療機関受診率	724	50.3	696	51.4	86,527	51.1	55,724	51.2	4,069,632		51.5		
				医療機関非受診率	51	3.5	47	3.5	8,122	4.8	4,333	4.0	357,793		4.5		
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数47 メタボ BMI 血糖のみ 血圧のみ 脂質のみ 血糖・血圧 血糖・脂質 血圧・脂質 血糖・血圧・脂質	健診受診者	1,438		1,354		169,425		108,836		7,898,602		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	34.4	県内38位 同規模89位	36.0	県内36位 同規模93位	41.0	34.1	全国33位	36.4					
				特定保健指導終了者 (実施率)	49	26.2	46	27.4	7675	36.9	5,067	37.9	191,922		20.3		
				非肥満高血糖	125	8.7	139	10.3	16,972	10.0	9,737	8.9	737,871		9.3		
				メタボ	該当者	214	14.9	230	17.0	29,849	17.6	18,344	16.9		1,365,885	17.3	
					男性	150	22.7	160	25.8	20,492	26.8	12,812	26.8		940,350	27.5	
					女性	64	8.2	70	9.5	9,357	10.1	5,532	9.1		425,535	9.5	
					予備群	162	11.3	145	10.7	18,589	11.0	12,351	11.3		847,757	10.7	
				BMI	男性	107	16.2	104	16.8	12,858	16.8	8,307	17.4		588,322	17.2	
					女性	55	7.1	41	5.6	5,731	6.2	4,044	6.6		259,435	5.8	
					総数	453	31.5	416	30.7	54,266	32.0	34,803	32.0		2,490,653	31.5	
					男性	314	47.4	294	47.4	37,210	48.6	23,754	49.8		1,714,294	50.2	
				血糖のみ	女性	139	17.9	122	16.6	17,056	18.4	11,049	18.1		776,359	17.3	
					総数	61	4.2	71	5.2	8,621	5.1	4,579	4.2		372,673	4.7	
					男性	10	1.5	12	1.9	1,455	1.9	712	1.5		59,609	1.7	
					女性	51	6.6	59	8.0	7,166	7.7	3,867	6.3		313,064	7.0	
				生活習慣の 状況	血糖のみ	13	0.9	11	0.8	1,181	0.7	794	0.7		52,299	0.7	
					血圧のみ	112	7.8	106	7.8	12,870	7.6	8,842	8.1		587,214	7.4	
					脂質のみ	37	2.6	28	2.1	4,538	2.7	2,715	2.5		208,235	2.6	
					血糖・血圧	43	3.0	51	3.8	5,121	3.0	3,488	3.2		211,996	2.7	
					血糖・脂質	16	1.1	10	0.7	1,656	1.0	960	0.9		75,037	1.0	
					血圧・脂質	96	6.7	104	7.7	13,984	8.3	8,521	7.8		663,535	8.4	
					血糖・血圧・脂質	59	4.1	65	4.8	9,088	5.4	5,375	4.9		415,318	5.3	
					服薬 既往歴 喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が遅い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒	高血圧	484	33.7	467	34.6	59,191	35.0	36,552		33.6	2,650,269	33.6
						糖尿病	86	6.0	77	5.7	13,756	8.1	7,968		7.3	589,679	7.5
						脂質異常症	211	14.7	336	24.9	39,064	23.1	22,932		21.1	1,861,172	23.6
						脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	50	3.5	33	2.5	5,171	3.2	3,037		2.8	246,264	3.3
心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	114	8.0	100			7.5	9,675	6.0	5,576	5.2	417,386	5.5					
腎不全	2	0.1	4			0.3	786	0.5	437	0.4	39,181	0.5					
貧血	165	11.6	187	14.0		13,916	8.7	11,247	10.5	761,617	10.2						
喫煙	144	10.0	172	12.7		23,957	14.1	14,438	13.3	1,122,770	14.2						
週3回以上朝食を抜く	94	7.7	79	6.5		10,392	7.0	8,211	8.5	585,443	8.7						
週3回以上食後間食	166	13.6	168	13.9		19,186	12.8	11,260	11.4	804,012	11.9						
週3回以上就寝前夕食	165	13.5	176	14.6		23,760	15.9	14,549	14.8	1,054,636	15.5						
食べる速度が遅い	274	22.5	270	22.4		41,067	27.5	25,790	26.2	1,755,652	26.0						
20歳時体重から10kg以上増加	395	32.4	408	33.8		47,870	32.1	33,551	33.2	2,192,397	32.1						
1回30分以上運動習慣なし	786	64.5	834	69.0	93,986	62.8	61,879	61.3	4,026,273	58.8							
1日1時間以上運動なし	611	50.1	633	52.4	70,876	47.6	49,841	50.5	3,209,243	47.0							
睡眠不足	368	30.2	400	33.1	37,570	25.3	24,811	25.2	1,698,203	25.1							
毎日飲酒	380	26.7	391	29.4	40,677	25.3	26,095	25.0	1,886,358	25.6							
時々飲酒	300	21.1	285	21.4	32,633	20.3	24,936	23.8	1,628,531	22.1							
14	⑭	一日飲酒量	1合未満	935	78.0	832	70.6	65,110	62.0	58,893	69.7	3,334,011	64.0				
			1～2合	206	17.2	271	23.0	26,275	25.0	16,278	19.3	1,245,365	23.9				
			2～3合	43	3.6	59	5.0	10,712	10.2	6,373	7.5	486,513	9.3				
			3合以上	14	1.2	17	1.4	2,961	2.8	2,913	3.4	142,761	2.7				



様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

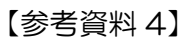
【参考資料3】

		項目	突合表	保険者						同規模保険者		データ元 (CSV)
				H28		H29		H30				
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	A	5,213						4,526		KDB厚生労働省様式 様式3-2（H28.7）
		（再掲）40－74歳		4,334								
2	①	特定健診	B									
	②	健診対象者		3,765人								平成28年度特定健診・特定 保健指導法定報告結果
	③	健診受診者	C	1,349人								
	④	健診受診率		35.8%								
3	①	特定保健指導										
	②	保健指導対象者数		168人								
	③	実施率		27.4%								
4	①	健診データ										KDB厚生労働省様式 様式3-2
	②	糖尿病型	E	165人	11.9%							
	③	未治療・中断者（質問票・服薬なし）	F	85人	51.5%							
	④	治療中（質問票・服薬有）	G	838人	19.3%							
	⑤	コントロール不良 （HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上）	J	37人	46.3%							
	⑥	血圧130/80以上	K	25人	67.6%							
	⑦	肥満BMI25.0以上		17人	45.9%							
	⑧	コントロール良 （HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満）		43人	53.8%							
	⑨	糖尿病病期分類	M									
	⑩	尿蛋白（－） 第1期		147人	89.1%							
	⑪	（±） 第2期		9人	5.5%							
⑫	（＋）以上 第3期	8人		4.8%								
	⑬	eGFR（30未満） 第4期		2人	1.21%							
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）		843人	16.2%							
	③	入院外										
	④	入院										
	⑤	糖尿病治療中	H	843人	16.2%							
	⑥	（再掲）40-74歳		838人	19.3%							
	⑦	健診未受診者	I	758人	90.5%							
	⑧	糖尿病性腎症	L	55人	6.5%							
	⑨	（再掲）40-74歳		54人	6.4%							
	⑩	慢性人工透析患者数（糖尿病治療中に占める割合）		16人	1.9%							
	⑪	（再掲）40-74歳		16人	1.9%							
	⑫	（再掲）前期高齢者65-74歳		10人	1.8%							
	⑬	新規透析患者数										
	⑭	（再掲）糖尿病性腎症										
	⑮	後期高齢者（糖尿病治療中に占める割合）		0.8%								
6	①	医療費	総医療費	a	25.5億円		億円		億円		19億円	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	5.6億円		億円		億円		4億円		
	③	（総医療費に占める割合）	b/a	22%		%		%		%		
	④	生活習慣病対象者一人 当たり	健診受診者	1,901円		円		円		円		
	⑤	健診未受診者		16,257円		円		円		円		
	⑥	糖尿病医療費	c	1.3億円		円		円		円		
	⑦	（生活習慣病総医療費に占める割合）	c/b	23%		%		%		%		
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1.2億円		億円		億円		億円		
	⑨	1件当たり		36,589円		円		円		円		
	⑩	糖尿病入院総医療費		0.2億円		億円		億円		億円		
	⑪	1件当たり		492,509円		円		円		円		
	⑫	在院日数		18日		月		火		水		
	⑬	慢性腎不全医療費										
	⑭	透析有り		1.2億円		億円		億円		億円		
	⑮	透析無し		0.09億円		億円		億円		億円		
7	①	介護	介護給付費		19.3億円							KDB 同規模保険者比較 要介護（支援）社認定状況
	②	（再掲）2号認定者の有所見										
		糖尿病合併症		27人	1.5%							
8	①	死亡	死因別死亡者数									KDB 地域の全体像の把握
		糖尿病		1.1%								

発症予防

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）



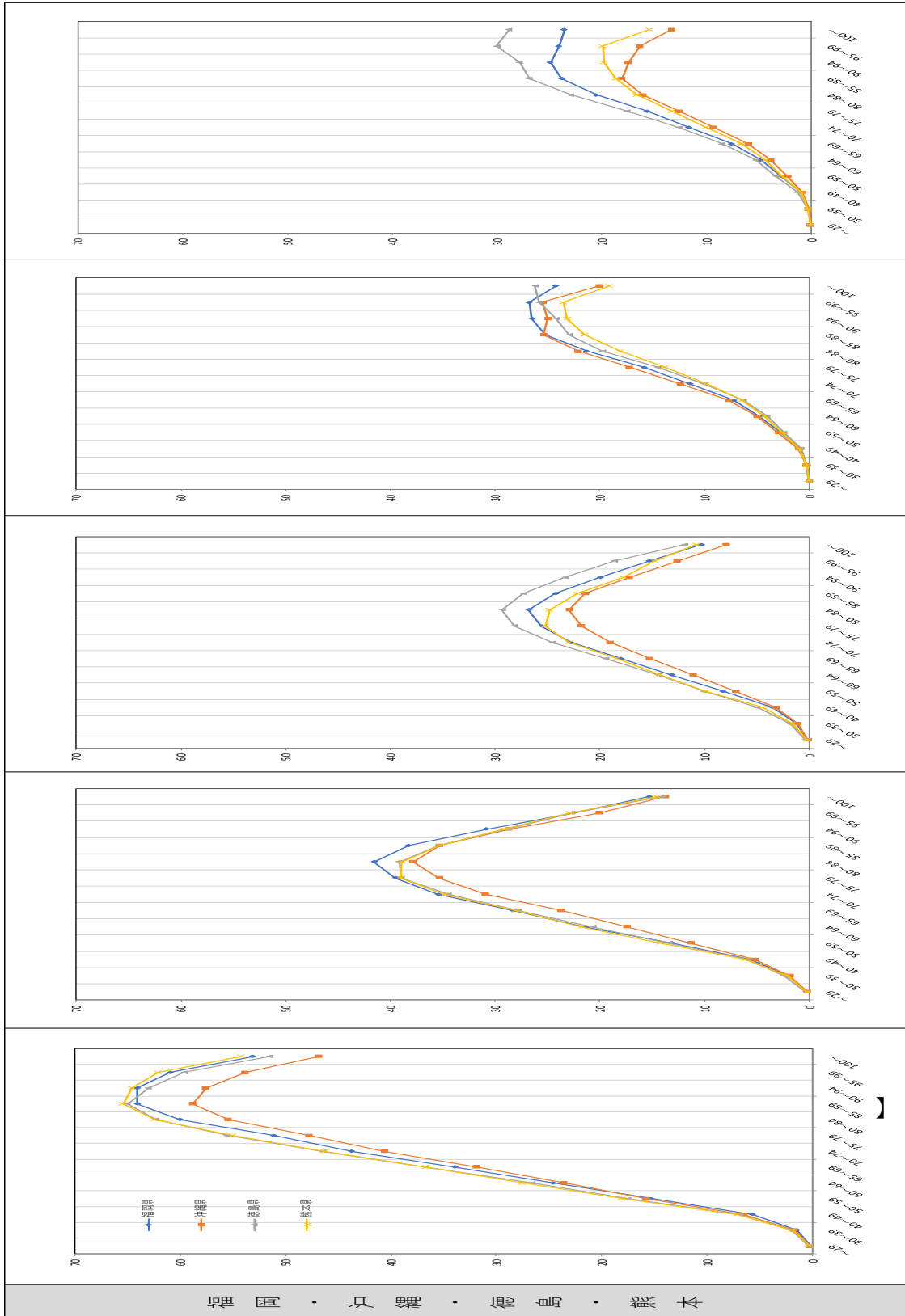
【参考資料 5】

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	☐ ST変化 ☐ その他所見	⑤ 重症化予防対象者
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある	⑤ 重症化予防対象者
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧		
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。		⑤ 重症化予防対象者 発症予防対象者
□メタボリックシンドローム	判定	正常 軽度 重度	
	□腹囲	男 85～ 女 90～	
	□BMI	～24.9 25～	
	□中性脂肪	空腹 ～149	
		食後 ～199	
	□HDL-C	40～	
	□nonHDL-C	～149	
	□ALT	～30	
	□γ-GT	～50	
	□血糖	空腹 ～99 食後 ～139	
□LDL-C	□HbA1c	～5.5	
	□尿酸	収縮期 ～129 拡張期 ～84	
		～7.0	
	□LDL-C	～119	
	eGFR	60未満	
	尿蛋白	(-) (+) ~	
	□CKD重症度分類	G3aA1	
	追加評価項目	【軽度】 ☐ 75g 糖負荷試験 【重度】 ☐ 眼底検査 ☐ 尿アルブミン/クレアチニン比	
	□24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	140～ 90～	
	□角膜炎/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		

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

【参考資料 6】



【参考資料 7】

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標	評価（よくなったところ）				
	①プロセス (やってきた実績の過程)	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	全 体
○特定健診受診率 H29年度目標90% ○特定保健指導実施率 H29年度目標90% ○健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質・CKD) 【短期的な目標の設定】 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 【中長期的な目標の設定】 脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎臓病を減らしていくことを目標とする 【長期的な目標の設定】	○特定健診 ・経年的未受診者訪問は地域毎、年齢毎に選定基準を検討し、毎年実施してきた。近年は同じ対象者が訪問対象となることが多く、「受診しない」とこの前も話してから何度も来なくていい」と断られることも多い。 ・かかりつけ医での個別健診受診者数の増を期待する。 ↓ ・医療機関の通常診療の負担になる場合などは、町の集団健診を案内していたらよい理解を求める。 ・前年度受診者のうち一括申込書未提出の者を対象とし、追加健診の案内を計画した。また、新たな取り組みとして、日帰りがんドック受診者の国保被保険者を特定健診の対象者とし、受診率向上につなげる取り組みを行った。・医療年金保口での国保加入者に対して、直接受診勧奨を実施した。	・各種健診一括申込書の提出状況の分類 ・健診実施医療機関への個別健診実施の依頼 ・かかりつけ医療機関への個別健診受診勧奨 ・生活習慣病受療中の者への受診勧奨 ・前年度受診者で当該年度一括申込書未提出の者への未受診者訪問の実施 ・勤務先での健診受診者への受診結果提出依頼 ・早期介入保健事業の実施 ・次年度40歳特定健診対象者への訪問による受診勧奨	○特定健診受診率 H27～34.1% H28～35.8% (1.7%アップ) 目標の60%には、達しないが前年度を上回る受診率となった。 ○医療機関等の個別健診受診者数調査 ○早期介入保健事業（生活習慣病健診の国保被保険者）対象者の健診結果による健康教室等への案内	・医療年金保を主体とし、未受診者対策を実施している。保健センターにおける、追加健診案内の対象者と重複することのないよう対象者を分類している。 ・訪問で本人と面会できない場合、家族への説明や電話、通知による受診勧奨を実施しているが、健診申込みまでつながりにくい。 ・国保ドックや日帰りがんドックなど、お得な健診を周知し、継続して受診してもらう必要がある。 ・訪問対象者の集団健診案内実施期間が短い。6月に分限し、7～9月に受診勧奨、10～11月に集団健診実施、12月に追加健診受診勧奨している。	・保健活動に関して具体的な目標、効果を検討してPDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ・医療年金保（国保事務職）と保健センター（保険師・管理栄養士・事務職）との業務連携と役割分担を明確にする。 ・共通認識、目標の共有、各分野の担当者まとめ、指示する役割のリーダーを配置し、事業実施していく体制が今後必要と思われる。 ・定期的な検討会を実施し、情報共有と意見交換、協議が必要。
未受診者対策	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	未受診者対策
・受診率の上昇 ・早期介入保健事業による生活習慣病健診の受診者数を増やす ・国保人間ドックの申込者を定員まで増やす ・各事業実施のための対象者分科作業の早期実施と保健センターとのデータ共有 ・医療機関による個別健診への協力依頼、特定保健指導対象者の利用助成依頼	・重症化予防対象者として、単年の健診結果で数値による条件で選定し、保健指導を実施してきた。 ・重症化予防対象者については、結果説明会の会場において、個別で保健指導を実施した。不参加だった方に対しては、地区担当保健師により連絡をとり、訪問・面談・電話などで保健指導を実施してきた。 ・ケースによっては、かかりつけ医への連絡票を作成し、主治医からの指示による保健指導を実施してきた。 ↓ ・血圧Ⅱ度以上、HbA1c 5以上、LDL180以上、OQ対象者への保健指導を個別実施。 ・健診結果がHbA1c 6.5以上の方を抽出し、保健指導を実施してきたが、それ以下（HbA1c 5.5～6.5）にあたる方の割合が減少し、HbA1c 5以上の方の割合が増えてきている。そのため、単年の健診結果だけでなく、経年の状況や治療の有無、個々の数値の変化などから対象者を選定していく必要があり、管理台帳を作成し、活用していく流れを整理する必要がある。 ・集団健診による重症化予防対象者については、健診結果説明会やその後に個別対応ができていたが、個別健診（医療機関での健診受診者）で対象となった方への保健指導が十分にできていない。 ・連絡票を活用したケースについては、一度の訪問指導で終了せず、定期的に継続フォローできることにつながった。	・重症化予防対象者への保健指導の実施状況（訪問・面談・電話等） ・保健指導の実施数 面談 146 訪問 21 電話 6	・保健指導実施者の翌年の健診結果の状況 ・保健指導後の受診（服薬、検査等）の状況 ・全体の健診結果の状況 ・重症化予防対象者数	・保健指導担当者が把握。対象者を選定し、その後、地区担当へ割り振っているが、割り振られた後の動きがそれぞれで、十分に機能していない。 ・保健指導後の状況把握や翌年の健診結果の追跡など、保健指導実施後のことを地区担当により十分対応できるように意識統一が必要。 ・管理栄養士が対応する対象者の明確化と地区担当保健師との連絡調整を図る。	・健診実施医療機関への協力依頼 ・未受診者訪問の対象者の検討 ・未受診者訪問等の実施時期の検討（年度内健診への受診勧奨につながるよりよい時期や内容を検討） ・継続的未受診者の意識改革 ・勤務先健診受診者の特定健診項目の未実施
重症化予防対策	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり	重症化予防対策
・保健指導対象者の管理台帳の作成 ・保健指導の方法の検討 ・保健指導担当者と地区担当との役割の明確化と連携体制の検討	・町内医療機関と重症化予防対策に向けた検討会を実施してきた。 ・検討会の中で、健診結果や医療の状況など町の現状について情報共有し、効果的な保健指導を実施していくための医療との連携体制について整備を行っていった。 ↓ ・町内の医療機関の医師、看護師など関係者の方へ、町が行う特定健診と保健指導についての理解、協力を得ていくことが不可欠であり、連携体制について検討していくことができた。 ・保健指導を実施するにあたり、医療機関との間で用いる連絡票を作成し、そのやり取りの流れを整備し、重症化予防対象者及び特定保健指導対象者に対して活用を始めた。 ・連絡票の活用を始めたが、対象者の理解を得るための工夫や周知の必要がある。また、対象者との信頼関係の構築、継続した関わりがなかでない、有効な活用につながっていない。 ・各医療機関に重症化予防に関して医師との連携を促してもらう担当者を決めてもらい、担当者を通じてケースについてスムーズなやり	・連絡票の活用状況（件数） ・連絡票を活用した保健指導の実施数 ・医療機関との連携状況 ・医療機関との連絡体制強化に向けてのフォロー状況	・連絡票を活用した者の翌年の健診結果、生活、行動の変化 ・医療機関との連携状況、結果	・保健指導後の状況把握や翌年の健診結果の追跡など、保健指導実施後のことを地区担当により十分対応できるように意識統一が必要。 ・管理栄養士が対応する対象者の明確化と地区担当保健師との連絡調整を図る。	・単年の健診結果だけではなく、経年結果、受診状況等も含めたところを対象者抽出を行うように管理台帳の整理。 ・保健指導の目標、評価の指標の検討。 ・個別健診の重症化予防対象者への保健指導について方法の検討。
医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり
・連絡票を作成し、医療機関との連絡の仕組みができたが、実際に動かせるのかの検証。	・町内の医療機関の医師、看護師など関係者の方へ、町が行う特定健診と保健指導についての理解、協力を得ていくことが不可欠であり、連携体制について検討していくことができた。 ・保健指導を実施するにあたり、医療機関との間で用いる連絡票を作成し、そのやり取りの流れを整備し、重症化予防対象者及び特定保健指導対象者に対して活用を始めた。 ・連絡票の活用を始めたが、対象者の理解を得るための工夫や周知の必要がある。また、対象者との信頼関係の構築、継続した関わりがなかでない、有効な活用につながっていない。 ・各医療機関に重症化予防に関して医師との連携を促してもらう担当者を決めてもらい、担当者を通じてケースについてスムーズなやり	・連絡票の活用状況（件数） ・連絡票を活用した保健指導の実施数 ・医療機関との連携状況 ・医療機関との連絡体制強化に向けてのフォロー状況	・連絡票を活用した者の翌年の健診結果、生活、行動の変化 ・医療機関との連携状況、結果	・保健指導後の状況把握や翌年の健診結果の追跡など、保健指導実施後のことを地区担当により十分対応できるように意識統一が必要。 ・管理栄養士が対応する対象者の明確化と地区担当保健師との連絡調整を図る。	・連絡票を活用したケースの評価。（保健指導後の検査値や行動等どのように評価していくか検討） ・連絡票を活用してきた医療機関との情報共有 ・連絡票を活用できることの住民への周知 ・医療機関の協力体制の確保 ・個別健診受診者の保健指導の実施

【参考資料 8】

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

平成29年度 課題	評価（よくなったところ）				
	①平成28年度 残っている課題を踏まえ、 やってきた実践事項を振り返ってみる （プロセス）	②アウトプット （事業実施量）	③アウトカム （結果）	④ストラクチャー （構造）	⑤残っている課題
目 標	全 体	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策	未受診者対策
○特定健診受診率 H29年度目標90% ○特定保健指導実施率 H29年度目標90% ○健診受診者の検査結果の改善 （血圧・血糖・脂質・CKD） 【短期的な目標の設定】 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 【中長期的な目標の設定】 脳血管疾患・虚血性心疾患・慢 性腎臓病を減らしていくことを 目標とする 【長期的な目標の設定】	○年度当初、前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 ・医療年金係（国保事務職）と保健センター（保健師・管理栄養士・事務職）との業務連携と役割分担を明確にする。 ・共通課題、目標の共有	○各種健診一括申込書の提出状況の把握作業 （6月実施・所要時間5時間） ○健診実施医療機関への個別健診実施依頼 （医療機関数21件） ○個別健診受診勧奨 （6月1,300人、8月1人） ○未受診者訪問等 前年度受診者で当該年度一括申込書未提出の者への未受診者訪問等の実施（72人） ・申込者数 集団21人 個別11人 受けたくない9人 ○勤務先健診結果提出依頼（104件） ○早期介入保健事業の実施（国保被保険者60人） ○次年度40歳特定健診対象者への訪問による受診勧奨（34人）	○病院で治療中の者に対し、個別健診の案内をしたが、かかりつけ医師からの健診受診の勧奨の協力は必要不可欠であり、今後も声掛け等行っていたきたい。 ○今年度は未受診者訪問を12月追加健診前に実施したため、取り組める期間が短かった。しかし、対象者を前年度受診者で健診申込がない者を対象としたため、健診への意識が高い人たちが多く、受診につながる結果となった。この結果を踏まえて、次年度は地まわりとの調整を行い、未受診者対策の実施スケジュールを見直すことでより多くの受診につながることを期待できる。 ○医療年金係窓口における受診勧奨は、国保加入者に対し健診を案内する絶対の機会である。但し、年額を越えての国保被保険者資格がある者ではないため、平成28年度の受診率にはつながらない。今後、社保等へ保険異動することもあるが、健診の必要性と継続して健診を受診する意識を持ってもらうためには必要かつ欠かすことができない。 ○健康事業担当以外の職員も対応できるよう、係内での学習会を実施したほうが良い。 ○勤務先健診結果により、特定健診項目を満たしていない場合は、不足する項目の必要性を伝え、集団健診等の受診案内を実施したことにより、健診結果の追加提出や個別健診受診へとつなげることができた。次年度は勤務先健診結果により、特定保健指導対象となった者に対する特定保健指導の実施など、対応できる範囲を広げることが必要。 ○次年度は集団健診結果による積極的支援の特定保健指導実施方法を見直す必要があり、新たに依頼する実施機関への依頼などがスムーズに行えるよう十分な協議と準備が必要。	重症化予防対策	○糖尿病管理台帳を作成したが、効果的な活用までにはいたっていない。前年度までの結果をもとに整理した台帳に、今年度の結果を加え、整理をしていく。その後、その台帳を基に、31年度の健診に向けて、医療機関への未受診者や健診の未受診者について整理し、訪問等による保健指導及び受診勧奨を継続して行っていく必要がある。 ○今年度も基本的に単年の健診結果からの保健指導対象者の抽出だったが、糖尿病管理台帳を作成したことで、前年度の結果と医療機関への受診状況などを事前に把握し、準備したうえで保健指導に臨むことができた。 今後、管理台帳を効果的に活用していくための方法を更に検討していく。 ○地区担当をとり、保健指導を行っているが、事業全体として評価しづらい面がある。そのため、保健指導担当が対象者抽出、地区担当へ振り分け地区担当が保健指導実施、保健指導担当へ結果報告（台帳への記載）→保健指導担当が総括という流れを整理し、事業をまとめて評価できるように仕組みを整えていく必要がある。 ○特定保健指導の実施率アップに向けて、委託している保健指導機関との協議、連絡調整の必要がある。 集団健診の啓発会当日（指定日）に不参加だった方に対しては、地区担当よりすぐご連絡を入れ、日程の調整ができたため、対象者の9割以上は、特定保健指導機関による個別説明ができ、特定保健指導実施率アップにつながった。 ○次年度の集団健診受診者の積極的支援対象の特定保健指導については、委託機関を変更する。健診結果説明会と同日に初回面接が行われるかまたは重なりで行われることが求められるため、委託の2機関との協議が必要。 ○基本的には特定保健指導利用者を対象にしている集団の健康教室への参加者が少ない。対象者以外の参加者が多い状況ではあるため、ポピュレーションアプローチの機会としてとらえ内容等も検討していく必要がある。
未受診者対策	○取り組み ・未受診者訪問の対象を受診率につながりやすい「前年度受診者で今年度申込をしていない者」を対象とする。 ・個別健診受診勧奨を一括申込書の提出結果により分類して「定期的（病院で受診している）」「病院で受診する」と回答した者を対象とする。早期実施。 ・医療機関の連携診療の負担になる場合などは、町の集団健診を案内していただくよう理解を求める。 ・医療年金係窓口での国保加入者に対する積極的な受診勧奨の実施。 ・勤務先健診を受診した者への健診結果提出依頼 ・次年度40歳到達者への訪問による特定健診受診勧奨	○結果説明会の参加者数 706 重症化予防対策対象者の保健指導実施者数 217 面談 199 (91.74%) 訪問 9 電話 9 特定保健指導対象者数 保健指導実施者数 特定保健指導利用者数 積極的 動機付け	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	・血圧血値以上、HbA1c 6.0以上、LDL180以上、OGTT対象者への保健指導を個別実施。 ・HbA1cについては、受診勧奨判定値を超える者の割合が増加したことから、対象とする基準値を下げ、保健指導を実施。 ・医療年金係から個別健診受診者の健診結果の提供を受け、保健指導及び栄養指導を実施。 ・糖尿病管理台帳を作成、今後活用し、経年的に経過を追っていくようにした。 ↓ ・HbA1cについては、保健指導を行う基準を下げたことで、これまで個別で対応できなかった方に具体的に保健指導ができた。 ・毎年受診している人が少なく、不定期受診者やここ数年の未受診者も目立つ。不特定の受診者で、数値が悪くなっている人（医療機関への受診につながっていない？）や治療中の方でも数値が高い、悪化しているケースもみられることから一定のかかり方は決めているが、その後の経過、フォローの方法について検討が必要	・保健指導対象者の管理台帳の作成 ・保健指導の方法の検討 ・個別健診受診者への保健指導実施手続の見直しと整理 ・保健指導担当者や地区担当との役割の明確化と連携体制の検討	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策
医療とのつながり	・医療機関との連携体制の検証 ・医療機関の協力体制の確保 ・連絡票を用いた保健指導についての住民への周知、理解を勧める。	・連絡票の活用状況 医療機関から連絡を受けた件数	医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり
医療とのつながり	・町内医療機関に対し、連絡票を活用した重症化予防の取り組みについて、個々の医療機関を訪問し、再度、説明と協力を依頼した。 ・個別健診受診者について、医療機関側から、保健指導の依頼があった。		医療とのつながり	医療とのつながり	医療とのつながり