

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 本部町

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)	21
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	27
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	49
第6章 計画の評価・見直し	51
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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（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。

本部町においては、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

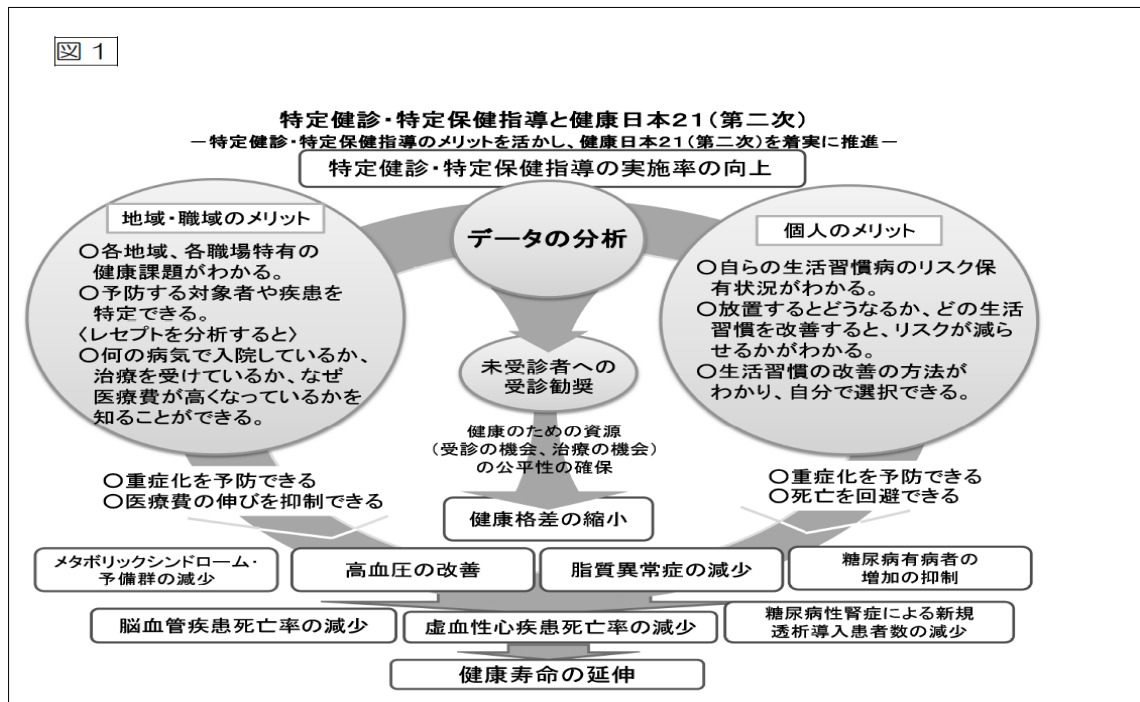
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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】

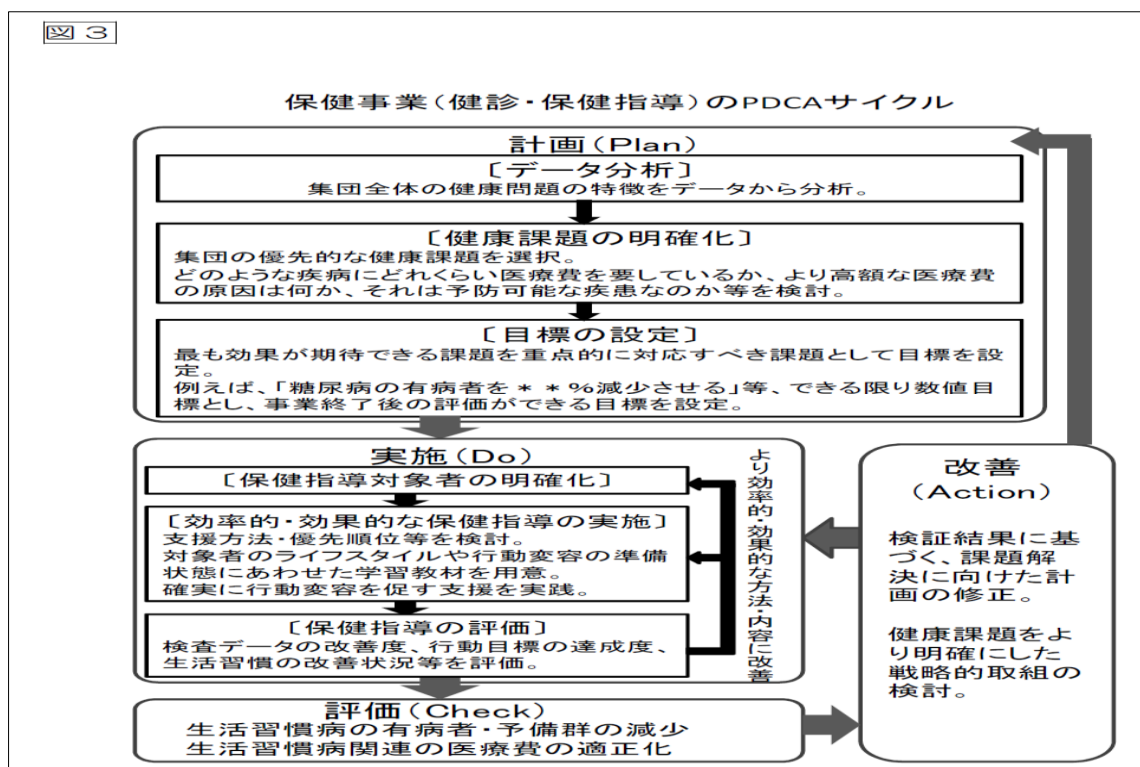
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
健康増進法(厚生労働省) ほか 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	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(一部改正)	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29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29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、 社会生活 機能が維持可能なもの 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。 る。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 発症予防 を進め、慢性疾患等を予防することができれば、慢性患 者を見逃すことができ、さらに 重症化や合併症の発生を 抑制 、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、 重症化の抑制を 進める ことが可能となる。 特定健康診査は、 慢性疾患等の発症予防や重症化 の抑制 に重点を置いて、 データヘルス計画 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 ものとの役割に抽出するために行うのである。	生活習慣の改善 をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び病状予防の取り組み について、 医 療者がその支援の中心 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 を目標とする。 被保険者の健康の増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 満足 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、 重症化 状態または要支援状態となること の予防又は、要介護 状態等の防止もしくは 重症化の防止 を旨としている	国民皆保険を堅持 、続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費 が適度に増大しないよう にいくととも、 負担 が大きい医療を効果的に提供 する仕組みの 構築を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、 地域において役割の異なる医療 の提供 を実現し、負担が大きい医療を効果 的に提供するための適切な体制を構築する
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若壮年期 、高 齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎 える現在の若年期・壮年期世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 生活習慣病 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 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・脳血管症、腎臓病等症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、若年性動脈硬化症 後縦脊神経症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※5項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②心臓病(糖尿病性腎症による年齢別発生率・発生率) ③生活習慣病の予防 ④血圧コントロール率(目標値)におけるコントロール不十分者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの発生率 ⑧生活習慣病の発生率 ⑨日常生活における歩数 ⑩運動習慣の普及 ⑪がんの発生率 ⑫飲酒している者	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)を ①若生活 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生活習慣病の有病率・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	①医療費適正化の取組 外※ ②一人あたり医療費の適正化の削減 ③特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドロームの減少 ⑤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 (地域の医師に対して健診)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度別)】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度		保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

本町においては、国民健康保険主管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。特に保険予防課予防班の保健師等の専門職と連携をして、本部町役場が一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、保健衛生部局（保険予防課）、高齢者医療部局、介護保険部局・生活保護部局（福祉課）、財政部局（総務課）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る。

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る。

また、保険者等と地区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ある。

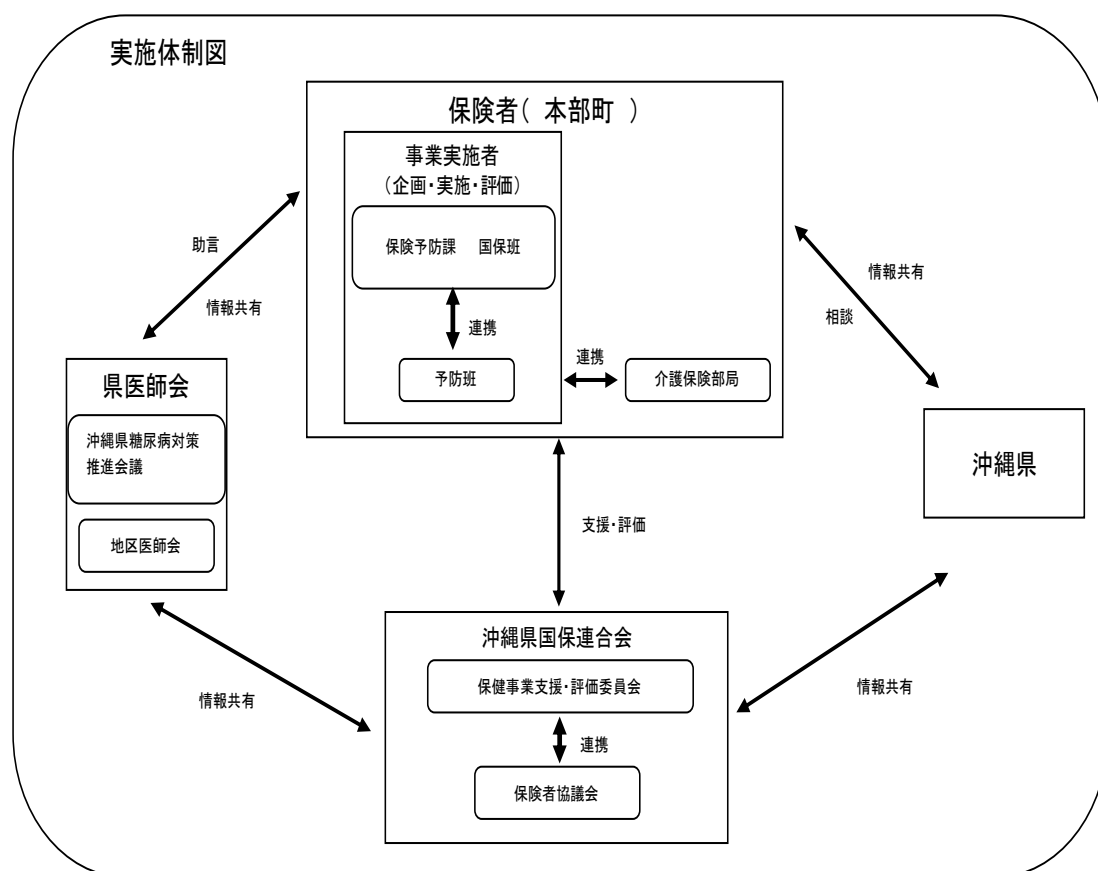
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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。

【図表4】



4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		207	208	384	
全国順位(1,741市町村中)		1021			
共通 ①	特定健診受診率	0	25	40	50
	特定保健指導実施率	20	0	0	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	0	0	30
	歯周疾患(病)検診の実施	0	0	0	20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40	0	0	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	10	12	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	0	0	0	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	0	0	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	7	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	20	25	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0	0	0	25
	第三者求償の取組の実施状況	10	16	21	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			20	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

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が上昇し、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合と外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が目標にとどいていないため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

(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、平成28年度の介護給付費が増え、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、本町は、居宅サービス、施設サービス共に増えている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	本部町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 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	13億4880万円	85,492	47,143	278,956	69,743	42,430	283,377
平成28年度	13億5593万円	92,353	54,749	284,029	68,807	42,403	278,098

② 医療費の状況（図表7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると本町は入院費用の伸び率が増加していることがわかった。

医療費の変化

【図表 7】

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	
				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	13億9898万円				6億3281万円				7億6617万円			
	H28年度	15億3472万円	1億3574万円	9.7	△0.4	7億5597万円	1億2316万円	19.4	△0.8	7億7874万円	1,257万円	1.6	△0.06
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	22,970				10,390				12,580			
	H28年度	26,720	3,750	16.3	8.8	13,160	2,770	26.6	9.3	13,560	980	7.7	8.1

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

H25 年度と H28 年度を比較すると、中長期目標疾患である脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計は減少している。しかし、疾患別にみると脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費は減少しているものの虚血性心疾患に係る費用が増加していることがわかった。

H28 年度の短期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、国に比較すると低くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

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)
H25 本郡町	1,388,988,460	22,975	94位	7位	8.69%	0.20%	2.68%	2.27%	3.48%	5.59%	2.31%	353,049,210	25.24%	8.46%	20.61%	6.83%
H28	1,534,720,280	26,724	73位	2位	7.12%	0.27%	2.11%	2.54%	3.78%	3.41%	1.91%	324,328,590	21.13%	9.21%	17.92%	6.89%
H28 沖縄県	120,484,405,470	22,111	--	--	8.79%	0.35%	2.38%	1.86%	3.81%	3.43%	1.88%	27,110,894,510	22.50%	9.47%	15.38%	7.21%
H28 国	9,687,968,260,190	24,245	--	--	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源(傷病(調剤含む))による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な目標 (図表 9)

中長期目標疾患である慢性腎不全(透析無)が増えている。保健指導によって一時的に医療機関への受診が増えているのではないかと。又、慢性腎不全と診断されても生活改善によって透析にまで至らない事例が増えていることも影響していると思われる。新生物が増加していることも医療費が増加する要因と思われる。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	5101	113	2.2	35	31.0	9	8.0	100	88.5	52	46.0	79	69.9	
	64歳以下	4125	55	1.3	13	23.6	8	14.5	49	89.1	22	40.0	34	61.8	
	65歳以上	976	58	5.9	22	37.9	1	1.7	51	87.9	30	51.7	45	77.6	
H28	全体	4848	132	2.7	31	23.5	8	6.1	108	81.8	55	41.7	97	73.5	
	64歳以下	3644	62	1.7	15	24.2	5	8.1	45	72.6	28	45.2	43	69.4	
	65歳以上	1204	70	5.8	16	22.9	3	4.3	63	90.0	27	38.6	54	77.1	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合								
H25	全体	5101	232	4.5	35	15.1	10	4.3	184	79.3	66	28.4	140	60.3	
	64歳以下	4125	95	2.3	13	13.7	9	9.5	74	77.9	34	35.8	54	56.8	
	65歳以上	976	137	14.0	22	16.1	1	0.7	110	80.3	32	23.4	86	62.8	
H28	全体	4848	209	4.3	31	14.8	9	4.3	166	79.4	58	27.8	145	69.4	
	64歳以下	3644	75	2.1	15	20.0	5	6.7	57	76.0	20	26.7	44	58.7	
	65歳以上	1204	134	11.1	16	11.9	4	3.0	109	81.3	38	28.4	101	75.4	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合							人数
H25	全体	5101	23	0.5	10	43.5	9	39.1	23	100.0	9	39.1	9	39.1
	64歳以下	4125	19	0.5	9	47.4	8	42.1	19	100.0	6	31.6	6	31.6
	65歳以上	976	4	0.4	1	25.0	1	25.0	4	100.0	3	75.0	3	75.0
H28	全体	4848	19	0.4	9	47.4	8	42.1	19	100.0	10	52.6	7	36.8
	64歳以下	3644	12	0.3	5	41.7	5	41.7	12	100.0	6	50.0	4	33.3
	65歳以上	1204	7	0.6	4	57.1	3	42.9	7	100.0	4	57.1	3	42.9

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、インスリン療法、糖尿病性腎症、人工透析の割合が増加している。また、人工透析のうち糖尿病の割合が、平成25年度の39.1%から平成28年度は52.6%と増加しているため、早期の受診による重症化予防や治療中断者への取り組みをさらに強化する必要がある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5101	335	6.6	34	10.1	256	76.4	226	67.5	52	15.5	66	19.7	9	2.7	12	3.6
	64歳以下	4125	173	4.2	20	11.6	125	72.3	109	63.0	22	12.7	34	19.7	6	3.5	5	2.9
	65歳以上	976	162	16.6	14	8.6	131	80.9	117	72.2	30	18.5	32	19.8	3	1.9	7	4.3
H28	全体	4848	349	7.2	39	11.2	267	76.5	233	66.8	55	15.8	58	16.6	10	2.9	80	22.9
	64歳以下	3644	165	4.5	20	12.1	118	71.5	108	65.5	28	17.0	20	12.1	6	3.6	37	22.4
	65歳以上	1204	184	15.3	19	10.3	149	81.0	125	67.9	27	14.7	38	20.7	4	2.2	43	23.4

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5101	932	18.3	256	27.5	532	57.1	100	10.7	184	19.7	23	2.5
	64歳以下	4125	499	12.1	125	25.1	268	53.7	49	9.8	74	14.8	19	3.8
	65歳以上	976	433	44.4	131	30.3	264	61.0	51	11.8	110	25.4	4	0.9
H28	全体	4848	920	19.0	267	29.0	566	61.5	108	11.7	166	18.0	19	2.1
	64歳以下	3644	416	11.4	118	28.4	239	57.5	45	10.8	57	13.7	12	2.9
	65歳以上	1204	504	41.9	149	29.6	327	64.9	63	12.5	109	21.6	7	1.4

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	5101	666	13.1	226	33.9	532	79.9	79	11.9	140	21.0	9	1.4
	64歳以下	4125	351	8.5	109	31.1	268	76.4	34	9.7	54	15.4	6	1.7
	65歳以上	976	315	32.3	117	37.1	264	83.8	45	14.3	86	27.3	3	1.0
H28	全体	4848	718	14.8	233	32.5	566	78.8	97	13.5	145	20.2	7	1.0
	64歳以下	3644	323	8.9	108	33.4	239	74.0	43	13.3	44	13.6	4	1.2
	65歳以上	1204	395	32.8	125	31.6	327	82.8	54	13.7	101	25.6	3	0.8

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム該当者においては、健診受診者が増加していることも有所見者の増加要因のひとつとして考えられるが、メタボ該当者のうち、血圧、血糖、脂質の3項目すべての項目で平成25年度より数値が上がっており、男女共にその傾向が見られる。

メタボリックシンドローム該当者は増加傾向にあることから、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る。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

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
H25	合計	265	41.7	369	58.0	161	25.3	143	22.5	45	7.1	173	27.2	447	70.3	157	24.7	267	42.0	152	23.9	312	49.1	11	1.7
	40-64	146	40.4	193	53.5	99	27.4	90	24.9	19	5.3	86	23.8	230	63.7	91	25.2	134	37.1	94	26.0	178	49.3	3	0.8
	65-74	119	43.3	176	64.0	62	22.5	53	19.3	26	9.5	87	31.6	217	78.9	66	24.0	133	48.4	58	21.1	134	48.7	8	2.9
H28	合計	301	44.7	418	62.0	216	32.0	130	19.3	45	6.7	208	30.9	507	75.2	179	26.6	339	50.3	179	26.6	328	48.7	13	1.9
	40-64	145	46.3	192	61.3	121	38.7	84	26.8	23	7.3	89	28.4	215	68.7	95	30.4	140	44.7	104	33.2	167	53.4	2	0.6
	65-74	156	43.2	226	62.6	95	26.3	46	12.7	22	6.1	119	33.0	292	80.9	84	23.3	199	55.1	75	20.8	161	44.6	11	3.0

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
H25	合計	207	34.2	145	24.0	99	16.4	67	11.1	15	2.5	99	16.4	434	71.7	23	3.8	198	32.7	72	11.9	340	56.2	0	0.0
	40-64	101	30.7	73	22.2	54	16.4	35	10.6	9	2.7	47	14.3	220	66.9	11	3.3	88	26.7	42	12.8	190	57.8	0	0.0
	65-74	106	38.4	72	26.1	45	16.3	32	11.6	6	2.2	52	18.8	214	77.5	12	4.3	110	39.9	30	10.9	150	54.3	0	0.0
H28	合計	212	35.6	168	28.2	112	18.8	73	12.2	16	2.7	100	16.8	446	74.8	25	4.2	230	38.6	103	17.3	335	56.2	2	0.3
	40-64	89	32.0	69	24.8	62	22.3	35	12.6	10	3.6	38	13.7	194	69.8	12	4.3	84	30.2	53	19.1	165	59.4	0	0.0
	65-74	123	38.7	99	31.1	50	15.7	38	11.9	6	1.9	62	19.5	252	79.2	13	4.1	146	45.9	50	15.7	170	53.5	2	0.6

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

男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		3項目全て									
						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
H25	合計	636	35.2	53	8.3	132	20.8	10	1.6	96	15.1	26	4.1	184	28.9	33	5.2	8	1.3	90	14.2	53	8.3
	40-64	361	28.2	32	8.9	77	21.3	4	1.1	52	14.4	21	5.8	84	23.3	14	3.9	6	1.7	41	11.4	23	6.4
	65-74	275	51.9	21	7.6	55	20.0	6	2.2	44	16.0	5	1.8	100	36.4	19	6.9	2	0.7	49	17.8	30	10.9
H28	合計	674	39.0	43	6.4	111	16.5	4	0.6	91	13.5	16	2.4	264	39.2	40	5.9	16	2.4	104	15.4	104	15.4
	40-64	313	29.6	23	7.3	51	16.3	2	0.6	35	11.2	14	4.5	118	37.7	13	4.2	9	2.9	52	16.6	44	14.1
	65-74	361	54.0	20	5.5	60	16.6	2	0.6	56	15.5	2	0.6	146	40.4	27	7.5	7	1.9	52	14.4	60	16.6

女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者		3項目全て									
						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		
H25	合計	605	48.9	19	3.1	58	9.6	5	0.8	42	6.9	11	1.8	68	11.2	9	1.5	6	1.0	36	6.0	17	2.8
	40-64	329	41.7	11	3.3	32	9.7	4	1.2	23	7.0	5	1.5	30	9.1	6	1.8	4	1.2	15	4.6	5	1.5
	65-74	276	61.5	8	2.9	26	9.4	1	0.4	19	6.9	6	2.2	38	13.8	3	1.1	2	0.7	21	7.6	12	4.3
H28	合計	596	48.8	25	4.2	55	9.2	7	1.2	38	6.4	10	1.7	88	14.8	18	3.0	5	0.8	39	6.5	26	4.4
	40-64	278	39.6	13	4.7	23	8.3	4	1.4	12	4.3	7	2.5	33	11.9	5	1.8	3	1.1	14	5.0	11	4.0
	65-74	318	61.2	12	3.8	32	10.1	3	0.9	26	8.2	3	0.9	55	17.3	13	4.1	2	0.6	25	7.9	15	4.7

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率が増加しているが、特定保健指導率は減少していることから、重症化を予防していくためには、特定保健指導率の向上への取組が課題となっている。

【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	実施率	医療機関受診率	
								本部町	同規模平均
H25年度	3,044	1,239	40.7	71位	177	107	60.4%	50.1%	50.8%
H28年度	2,944	1,269	43.1	77位	153	51	33.3%	56%	51.7%

2) 第1期に係る考察

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

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の増加などの医療費適正化が課題と思われる。しかし、介護認定率、慢性腎不全、虚血性心疾患の増加など新たな課題も見えてきた。

適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり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）

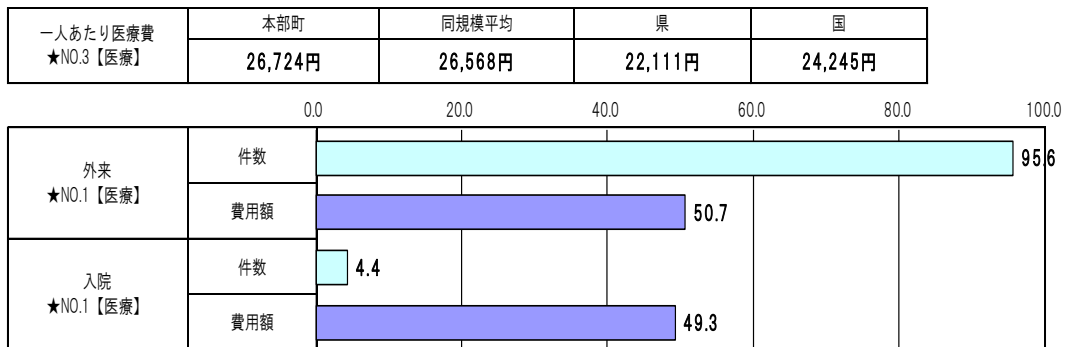
本町の入院件数は4.4%で、費用額全体の49.3%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

H28年度は1件200万円以上となった高額レセプトは33件であり、主病名でみると虚血性心疾患が3件(9.1%)、費用額は882万円で7.4%を占めている。人工透析患者のレセプトは年間266件で費用額は総額1億2181万円。透析患者の46.2%は糖尿病性腎症があり糖尿病の重症化を予防することが必要である。また、透析患者の40.6%に脳血管疾患、28.9%に虚血性心疾患を併発していることから、血管病変の重症化は医療費の増大につながると考えられる。

【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 (H28年度)	人数	全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他	
			24人	0人	3人	2人	20人	0.0%	12.5%	8.3%	83.3%
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	33件	0件	3件	2件	28件	0.0%	9.1%	6.1%	84.8%	
			0	0	0	9	0.0%	0.0%	0.0%	32.1%	
		年代別	40代	0	0	0	1	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%
			50代	0	2	0	7	66.7%	0.0%	0.0%	25.0%
			60代	0	1	1	7	33.3%	50.0%	0.0%	25.0%
			70-74歳	0	0	1	4	0.0%	50.0%	0.0%	14.3%
		費用額	1億1852万円	882万円	758万円	1億0212万円	--	7.4%	6.4%	86.2%	

*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 (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	55人	37人 67.3%	8人 14.5%	6人 10.9%
		件数	524件	361件 68.9%	76件 14.5%	41件 7.8%
		費用額	2億6730万円	1億4190万円 53.1%	3476万円 13.0%	2357万円 8.8%

*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)	H28.5 診療分	人数	19人	10人 52.6%	9人 47.4%	8人 42.1%
		件数	266件	123件 46.2%	108件 40.6%	77件 28.9%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H28年度 累計	費用額	1億2181万円	5730万円 47.0%	4740万円 38.9%	3416万円 28.0%
		人工透析患者 (長期化する疾患)				

*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		349人	39人 11.2%	80人 22.9%	55人 15.8%
		の基礎 な疾 患	高血圧	166人 425.6%	108人 135.0%	72人 130.9%
			糖尿病	58人 148.7%	55人 68.8%	80人 145.5%
			脂質 異常症	145人 371.8%	97人 121.3%	62人 112.7%
		高血圧症	88人 25.2%	18人 5.2%	0人 0.0%	233人 66.8%
		糖尿病				
		脂質異常症				

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが93.1%であり、筋・骨格疾患の92.8%を上回っていた。

65～75歳について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つながる。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

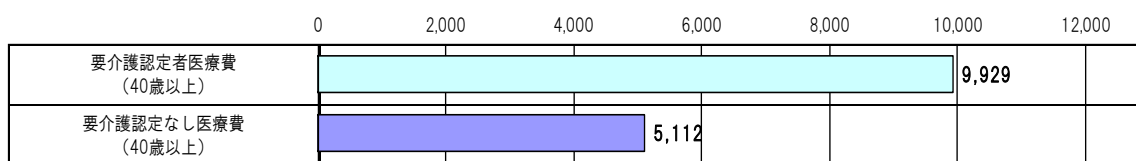
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計		
	被保険者数	4,855人	1,305人	2,102人	3,407人	8,262人					
認定者数	17人	70人	731人	801人	818人						
	認定率	0.35%	5.4%	34.8%	23.5%	9.9%					
新規認定者数（*1）	6人	22人	96人	118人	124人						
介護度別人数	要支援1・2	3	17.6%	18	25.7%	146	20.0%	164	20.5%	167	20.4%
	要介護1・2	7	41.2%	28	40.0%	223	30.5%	251	31.3%	258	31.5%
	要介護3～5	7	41.2%	24	34.3%	362	49.5%	386	48.2%	393	48.0%

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）	17	70	731	801	818											
再）国保・後期	10	44	644	688	698												
（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	疾患	順位	脳卒中	4	40.0%	脳卒中	25	56.8%	脳卒中	354	55.0%	脳卒中	379	55.1%	脳卒中	383	54.9%
			循環器疾患	2	虚血性心疾患	4	40.0%	虚血性心疾患	10	22.7%	虚血性心疾患	196	30.4%	虚血性心疾患	206	29.9%	虚血性心疾患
	3	腎不全	1	10.0%	腎不全	6	13.6%	腎不全	93	14.4%	腎不全	99	14.4%	腎不全	100	14.3%	
	4	糖尿病合併症	1	10.0%	糖尿病合併症	4	9.1%	糖尿病合併症	51	7.9%	糖尿病合併症	55	8.0%	糖尿病合併症	56	8.0%	
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	6	60.0%	37	84.1%	576	89.4%	613	89.1%	619	88.7%						
	血管疾患 合計	7	70.0%	38	86.4%	605	93.9%	643	93.5%	650	93.1%						
	認知症	0	0.0%	10	22.7%	336	52.2%	346	50.3%	346	49.6%						
	筋・骨格疾患	7	70.0%	38	86.4%	603	93.6%	641	93.2%	648	92.8%						

*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】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

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

本町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

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

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		ケアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	20,395	44.5	27,902	60.9	14,513	31.7	10,862	23.7	3,802	8.3	15,977	34.9	25,201	55.0	13,169	28.8	22,161	48.4	10,595	23.1	21,390	46.7	1,238	2.7	
本 部 町	合計	301	44.7	418	62.0	216	32.0	130	19.3	45	6.7	208	30.9	507	75.2	179	26.6	339	50.3	179	26.6	328	48.7	13	1.9
	40-64	145	46.3	192	61.3	121	38.7	84	26.8	23	7.3	89	28.4	215	68.7	95	30.4	140	44.7	104	33.2	167	53.4	2	0.6
	65-74	156	43.2	226	62.6	95	26.3	46	12.7	22	6.1	119	33.0	292	80.9	84	23.3	199	55.1	75	20.8	161	44.6	11	3.0
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		ケアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	17,387	34.1	13,686	26.8	9,686	19.0	6,130	12.0	1,067	2.1	11,053	21.7	28,592	56.0	2,667	5.2	20,461	40.1	7,166	14.0	28,398	55.6	258	0.5	
本 部 町	合計	212	35.6	168	28.2	112	18.8	73	12.2	16	2.7	100	16.8	446	74.8	25	4.2	230	38.6	103	17.3	335	56.2	2	0.3
	40-64	89	32.0	69	24.8	62	22.3	35	12.6	10	3.6	38	13.7	194	69.8	12	4.3	84	30.2	53	19.1	165	59.4	0	0.0
	65-74	123	38.7	99	31.1	50	15.7	38	11.9	6	1.9	62	19.5	252	79.2	13	4.1	146	45.9	50	15.7	170	53.5	2	0.6

*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）

男性		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
本 部 町	合計	674	39.0	43	6.4%	111	16.5%	4	0.6%	91	13.5%	16	2.4%	264	39.2%	40	5.9%	16	2.4%	104	15.4%	104	15.4%
	40-64	313	29.6	23	7.3%	51	16.3%	2	0.6%	35	11.2%	14	4.5%	118	37.7%	13	4.2%	9	2.9%	52	16.6%	44	14.1%
	65-74	361	54.0	20	5.5%	60	16.6%	2	0.6%	56	15.5%	2	0.6%	146	40.4%	27	7.5%	7	1.9%	52	14.4%	60	16.6%
女性		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
本 部 町	合計	596	48.8	25	4.2%	55	9.2%	7	1.2%	38	6.4%	10	1.7%	88	14.8%	18	3.0%	5	0.8%	39	6.5%	26	4.4%
	40-64	278	39.6	13	4.7%	23	8.3%	4	1.4%	12	4.3%	7	2.5%	33	11.9%	5	1.8%	3	1.1%	14	5.0%	11	4.0%
	65-74	318	61.2	12	3.8%	32	10.1%	3	0.9%	26	8.2%	3	0.9%	55	17.3%	13	4.1%	2	0.6%	25	7.9%	15	4.7%

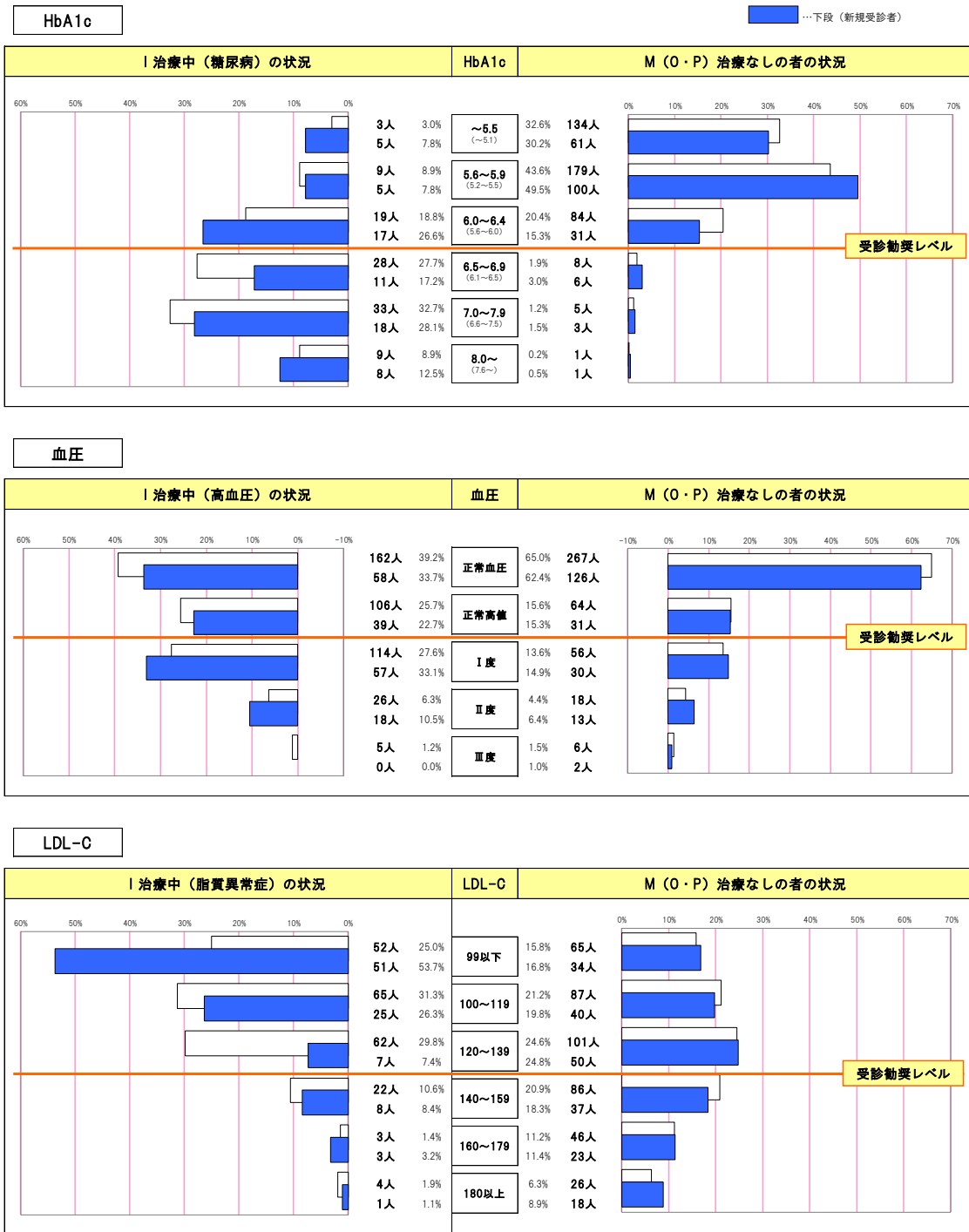
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病・血圧について、治療なしの受診勧奨レベルを超えている者の割合は比較的少なく、治療中の患者のコントロール不良が多く見受けられる。一方で LDL-C においては治療なしの受診勧奨レベルを超えている者の割合が多く、治療中の患者についてはコントロールができていない割合が高い。

LDL-C の受診勧奨レベルの割合が比較的高い要因のひとつに、受診勧奨レベルに達していても、他の疾患（糖尿病、高血圧）に比べて自覚症状が乏しいため、対象者が治療の必要性を意識しづらいことが考えられる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 19)

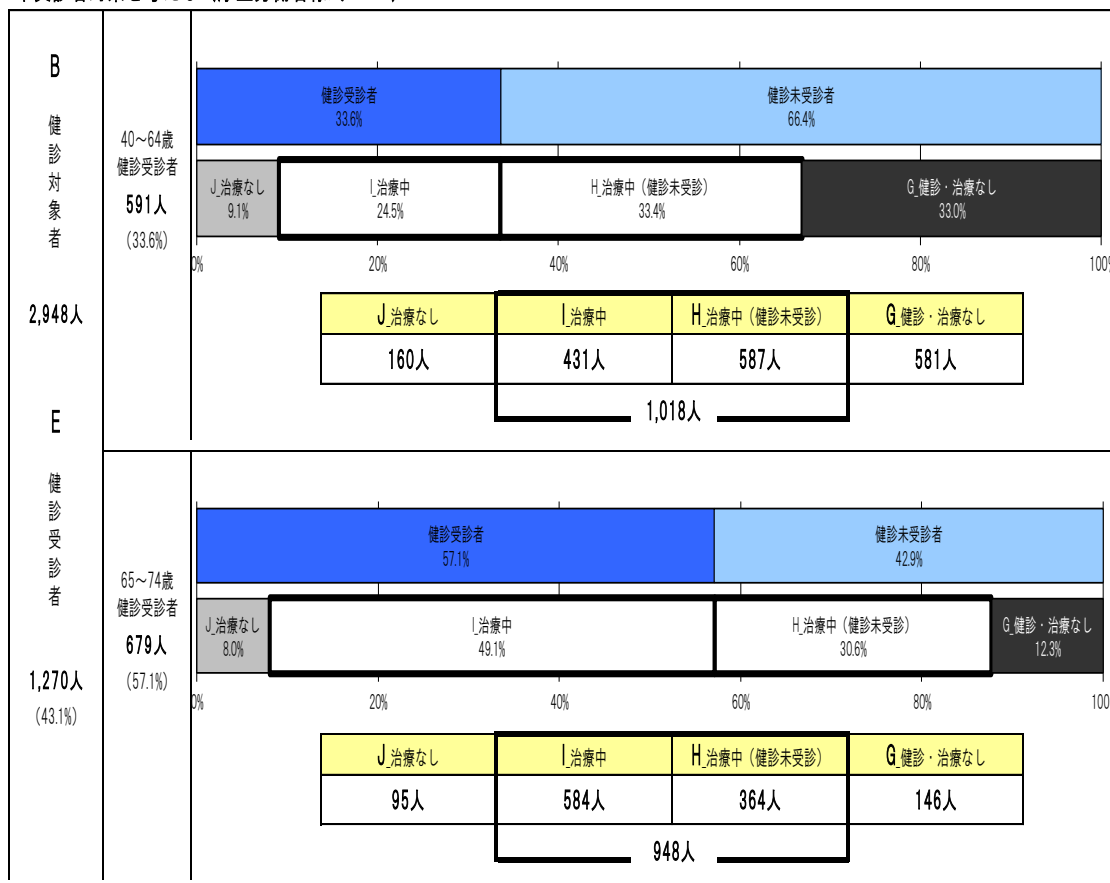
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が33%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診

受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

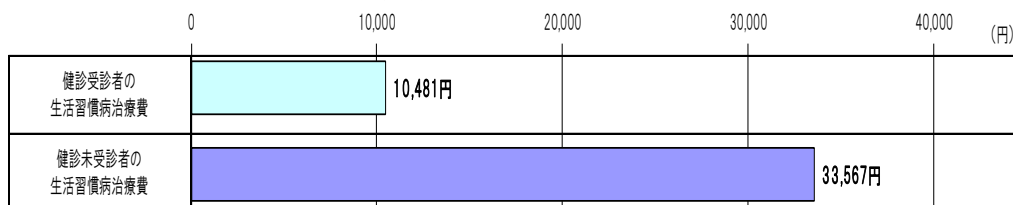
★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3 ㊦



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年度には平成30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ20%、20%、10%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、本町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、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. 第三期特定健康診査等実施計画について

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

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

2. 目標の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	48%	50%	53%	55%	58%	60%
特定保健指導実施率	65%	65%	65%	65%	65%	65%

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	2,909人	2,875人	2,840人	2,806人	2,772人	2,737人
	受診者数	1,353人	1,409人	1,463人	1,516人	1,581人	1,643人
特定保健指導	対象者数	160人	155人	150人	145人	140人	135人
	受診者数	105人	100人	98人	95人	92人	88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(本部町役場、本部町内11か所)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.okikoku.or.jp/>

(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）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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


(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、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、どのように行う予定なのか記載する。（図表 22）

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		受診券発行月日												受診券有効期限
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月	
A	3,079	4月1日												3月31日

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。

（注）年度途中で75歳に到達する方については、長寿健診に移行されます。

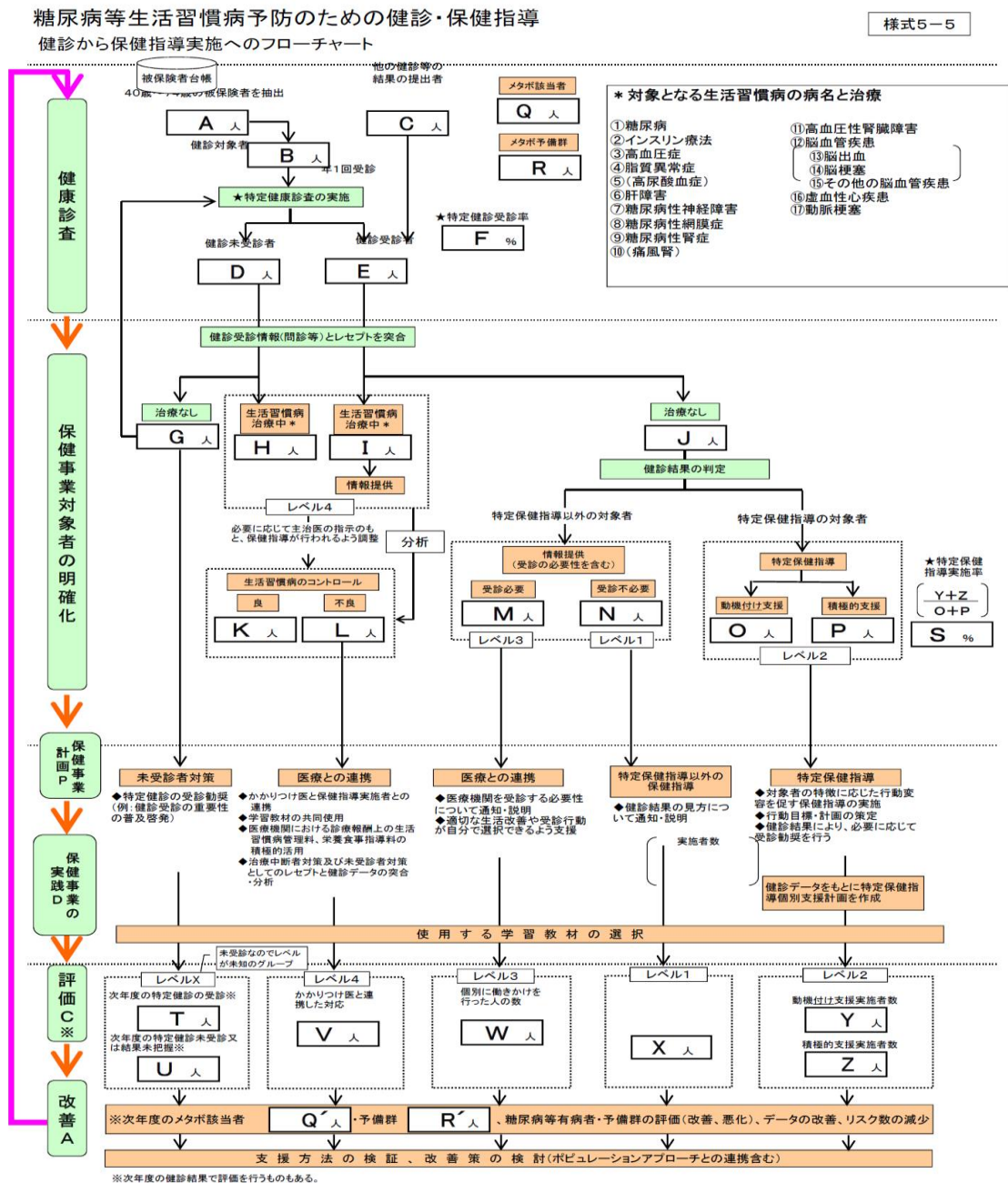
5. 特定保健指導の実施

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

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

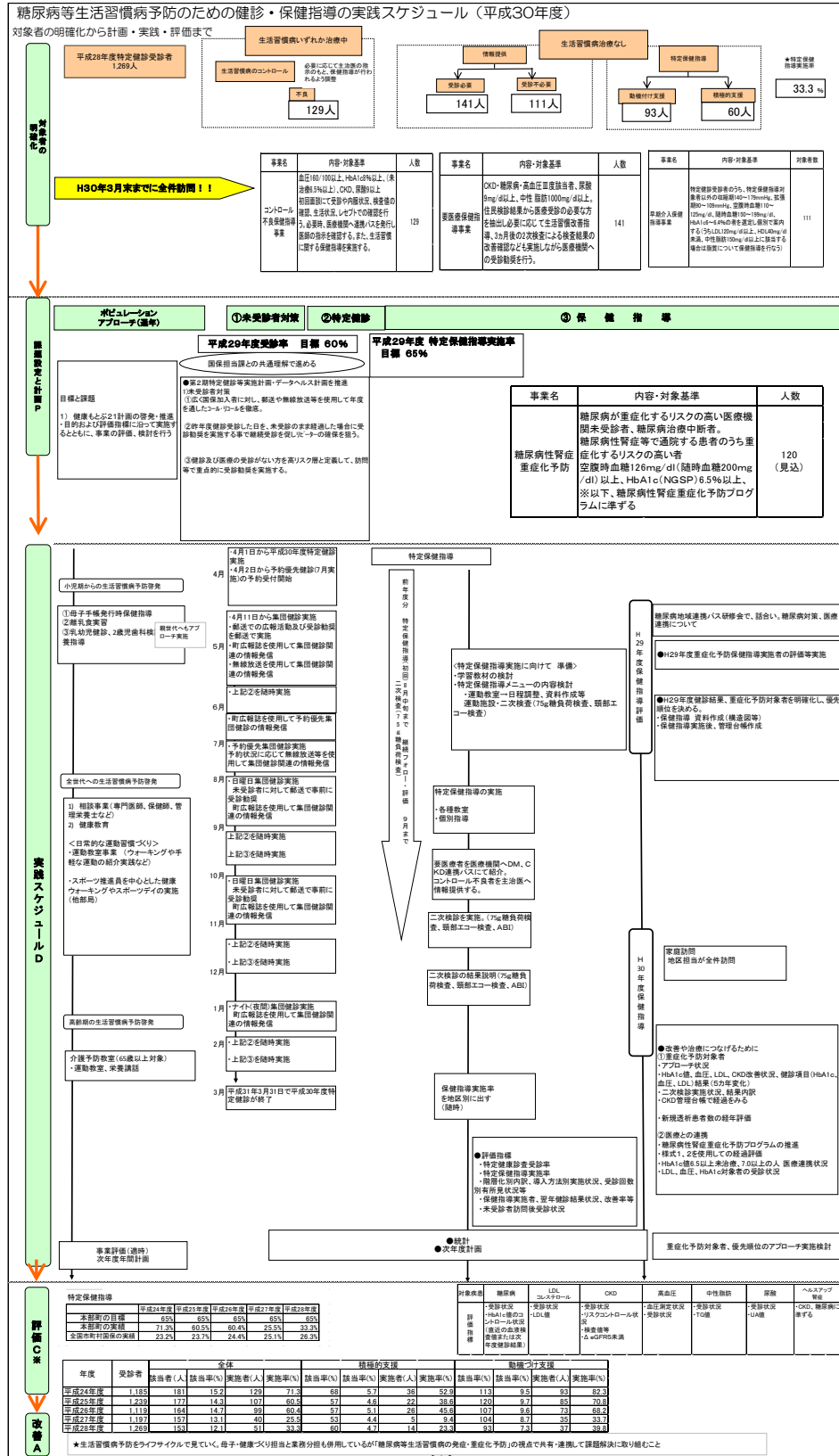
【図表 24】

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	◆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	155人 (12.2%)	65%
2	M	情報提供（要医療保健指導事業）	◆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	141人 (11.1%)	60% (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、健診通知書の複数回の通知等）	1,675人 ※受診率目標達成までにあ と91人	60%
4	L	情報提供（コントロール不良保健指導事業）	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆医療機関との連携	129人 (10.2%)	60%
5	N	情報提供（早期介入保健指導事業）	◆対象者（生活習慣病予備軍）へ健診結果の見方を説明 ◆生活習慣病を予防するための食事や運動等に関する保健指導を行い、対象者の生活改善を図り疾病予防につなげる	111人 (8.7%)	60%

(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

目標に向かつ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本部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、本部町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

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

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)及び沖縄県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下:沖縄県プログラム)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沖縄県プログラムに準じ、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 ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

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

本部町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 63 人(37.1%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 332 人中のうち、特定健診受診者が 107 人(32.2%・G)であったが、8 人(7.5%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 162 人(48.8%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 21 人おり、治療中断者はいなかった。また、21 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 より本町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・63 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・8 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)・・・99 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)・・・21 人

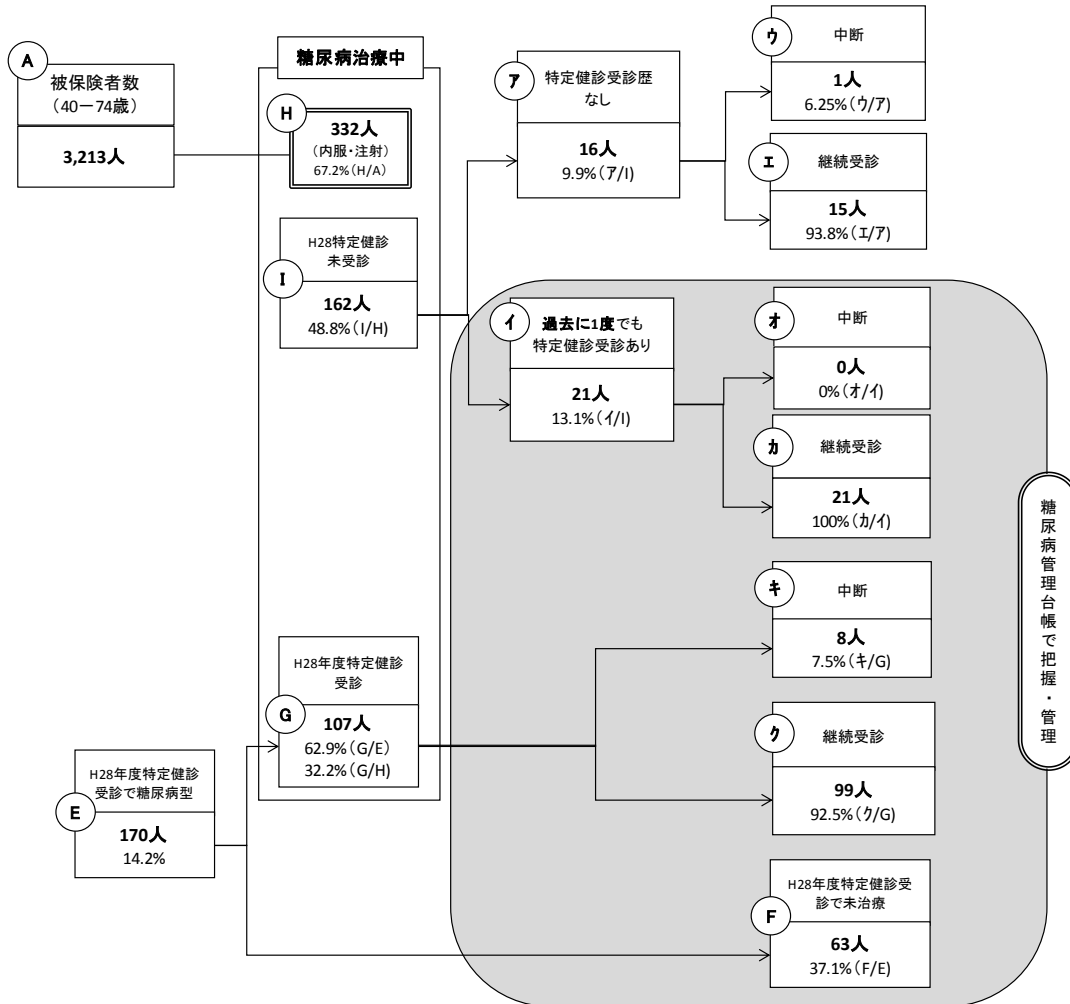
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3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

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握 【参考資料 4】

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……258人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……89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。本町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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？ <ol style="list-style-type: none"> 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(グリコカリクス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では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2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に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沖縄県版プログラムに準じて行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。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 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

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2)

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6)

(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。本町において健診受診者1,329人のうち心電図検査実施者は50人(3.8%)であり、そのうちST所見があったのは9人であった(図表30)。ST所見あり9人中のうち2人は要精査であり、その後の受診状況をみると未受診者はいなかった(図表31)。また要精査には該当しないがST所見ありの7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。

本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。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	1329	45.1	50	3.8	9	18.0	5	10.0	36	72.0

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)(%)
9	100	2	22.2	2	100	0	0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。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。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1328	9 0.7	5 0.4	36 2.7	1279 96.3	
メタボ該当者	363 27.3	5 1.4	4 0.1	7 1.9	347 95.6	
メタボ予備群	176 13.3	3 1.7	1 0.6	23 13.1	149 84.7	
メタボなし	789 59.4	1 0.1	0 0.0	6 0.8	782 99.1	
LDL	140-159	141 10.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	141 100.0
		64 4.8	0 0.0	0 0.0	2 3.1	62 96.9
	180-	39 2.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	39 100.0

【参考】

Non-HDL	190-					
	170-189					

CKD	G3aA1~	251	2	3	12	234
		18.9	0.8	1.2	4.8	93.2

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次検診の実施

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検診において、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)

10月 中間まとめ(進捗状況報告)

3月 事業評価

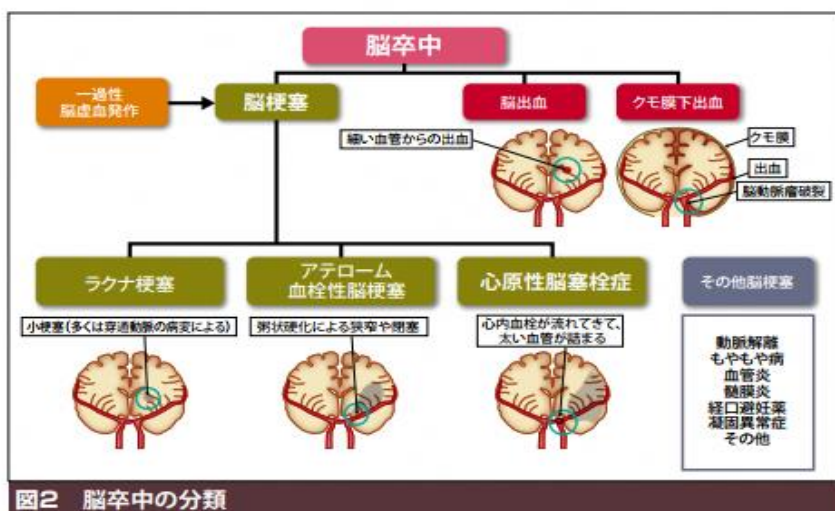
3. 脳血管疾患重症化予防

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	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者 30.2.16修正 【図表 36】

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BMDBM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)				
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数		94人	7.1%	131人	9.9%	60人	4.5%	0人	0.0%	363人	27.3%	49人	3.7%	43人	3.2%
治療なし		44人	6.0%	63人	5.5%	55人	5.4%	0人	0.0%	67人	10.8%	11人	1.8%	12人	1.9%
治療あり		50人	8.4%	68人	41.0%	5人	1.6%	0人	0.0%	296人	42.0%	38人	5.4%	31人	4.4%
臓器障害あり		6人	13.6%	8人	12.7%	2人	3.6%	0人	—	5人	7.5%	11人	100.0%	12人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	5人		7人		2人		0人		3人		11人		12人	
	尿蛋白(2+)以上	3人		3人		1人		0人		1人		11人		2人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	2人		2人		0人		0人		0人		0人		1人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		2人		1人		0人		2人		2人		12人	
	心電図所見あり	1人		1人		0人		0人		2人		0人		0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94人(7.1%)であり、44人は未治療者であった。また未治療者のうち6人(13.6%)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50人(8.4%)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

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】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

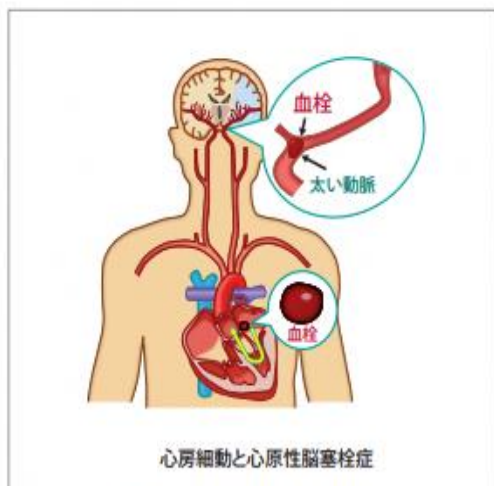
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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				3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療
		1,307	337	346	258	274	78	14	0	0	366
		25.8%	26.5%	19.7%	21.0%	6.0%	1.1%	0.0%	0.0%	28.0%	
リスク第1層		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
リスク第2層		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
リスク第3層		1,307	337	346	258	274	78	14	0	0	
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
再掲 重複 あり	糖尿病	1,307	337	346	258	274	78	14	0	0	
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	慢性腎臓病 (CKD)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	3個以上の危険因子	1,241	322	328	243	264	70	14	0	0	
		95.0%	95.5%	94.8%	94.2%	96.4%	89.7%	100.0%	0.0%	0.0%	

(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。

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	37	13	0	0.0	0	0.0	63万人	
40歳代	1	0	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	9	1	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	20	7	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	7	5	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	0.0	0	0.0	0	0.0

心電図検査において心電図検査受診者 50 人中、心房細動所見者はなしであった。

本町は心電図検査の全数実施はしていないため、受診者の心電図結果を全数把握できていない。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査を全数実施できるよう検討していく。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であ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) 二次検診の実施

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検診において、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

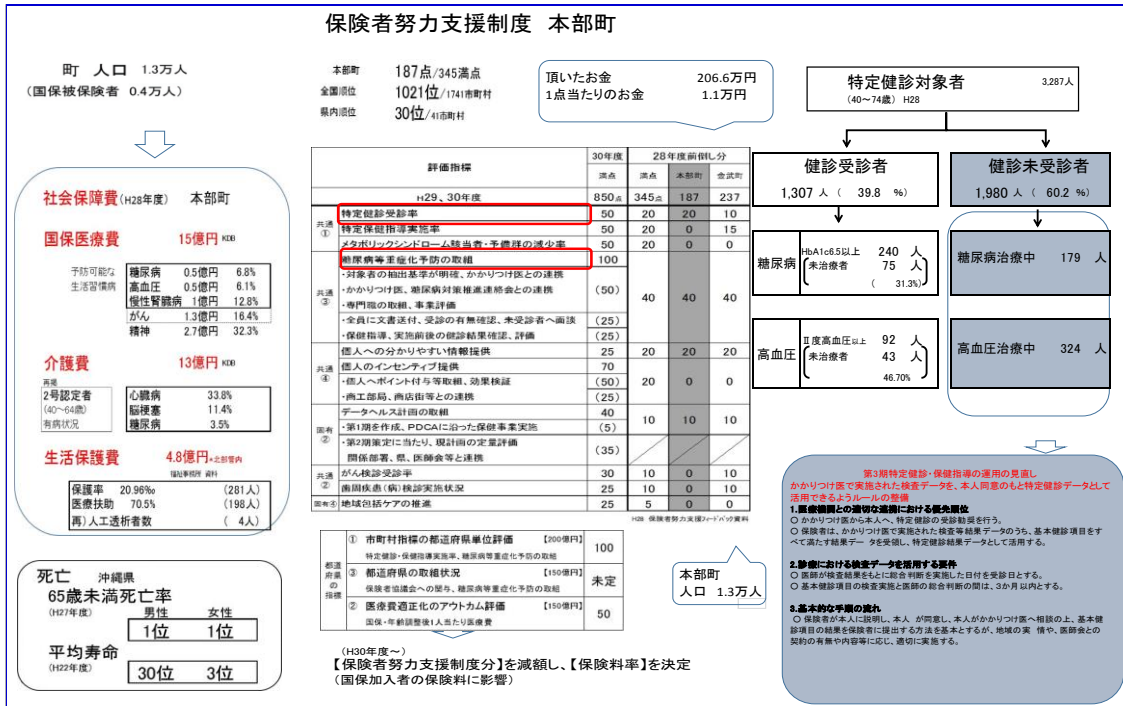
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 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)

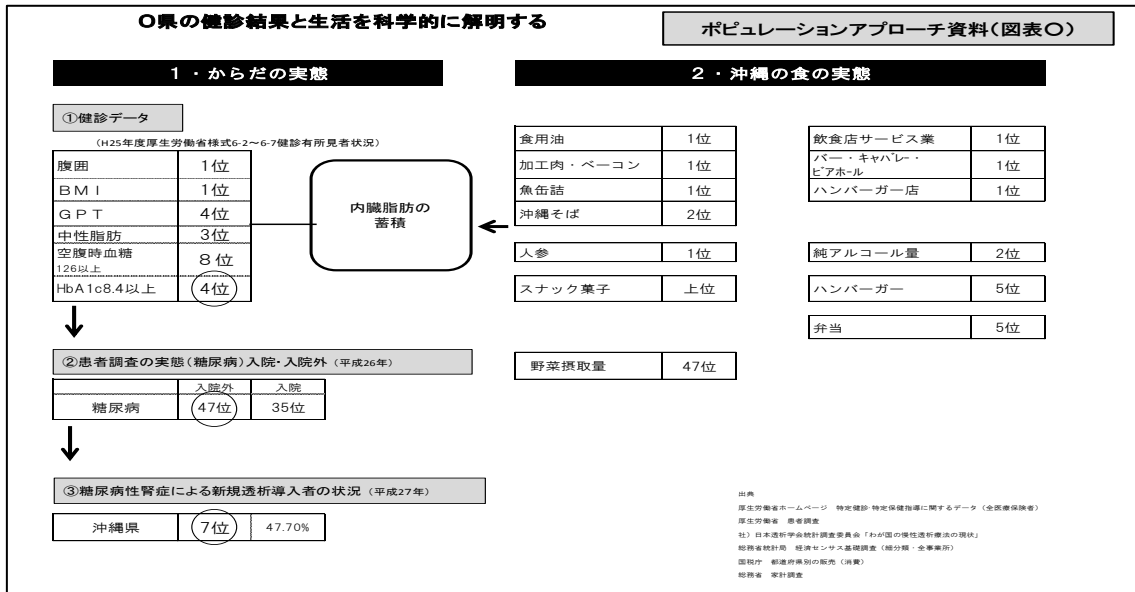
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

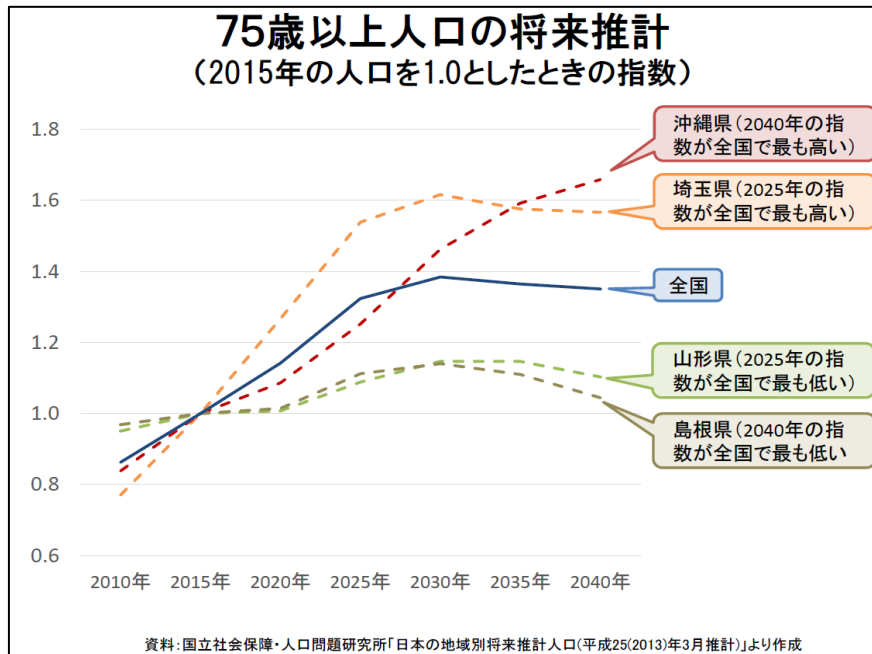
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2015年の人口を1.0としたときの指数で2040年が1.66と全国一高くなると推計されている。(図表42)

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

【図表 42】



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

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11・12）

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。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	H29	H30	H31	中間評価値	H32	H33	H34	H35	最終評価値	現状値の把握方法
特定健診 等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	43.1%	45.5%	48.0%	50.0%	53.0%	55.0%	58.0%	60.0%	60.0%	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	33.3%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	65.0%	
データヘルス計画		脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%	12.2%	11.8%	11.3%	11.0%	10.6%	10.1%	9.7%	9.2%	9.2%		
			脳血管疾患の総医療費に占める割合20%減少	2.1%			1.9%					1.7%		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合20%減少	2.5%			2.3%					2.0%		
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少10%	7.1%			6.4%					5.7%		
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	13.1%	12.6%	12.2%	11.7%	11.2%	10.8%	10.3%	9.8%			
			メタボリックシンドローム該当者の割合減少25%	27.7%	26.7%	25.7%	24.7%	23.7%	22.7%	21.7%	20.8%			
			健診受診者の高血圧の割合減少20%(160/100以上)	7.1%	6.9%	6.7%	6.5%	6.3%	6.1%	5.9%	5.7%			
			健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL160以上)	11.4%	11.7%	10.7%	10.4%	10.1%	9.8%	9.4%	9.1%			
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少20%(HbA1c6.5以上)	12.9%	12.5%	12.2%	11.8%	11.4%	11.1%	10.7%	10.3%			
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合15%	4.0%	5.6%	7.1%	8.7%	10.3%	11.9%	13.4%	15.0%			
短期		がんの早期発見、早期治療	糖尿病の保健指導を実施した割合20%以上	9.1%	10.7%	12.2%	13.8%	15.3%	16.9%	18.5%	20.0%	20.0%		
			がん健診受診率 胃がん健診 13%以上	6.2%	7.0%	8.0%	9.0%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%			
			肺がん健診 14%以上	6.8%	8.0%	9.0%	10.0%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%			
			大腸がん健診 20%以上	13.1%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%			
			子宮頸がん健診 17%以上	10.2%	11.0%	12.0%	13.0%	14.0%	15.0%	16.0%	17.0%			
短期		後発医薬品の使用により、医療費の削減	乳がん健診 21%以上	13.5%	15.0%	16.0%	17.0%	18.0%	19.0%	20.0%	21.0%	21.0%		
			後発医薬品の使用割合80%以上	77.4%										80.0%

※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、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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本町の位置
- 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 虚血性心疾患予防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 平成 30 年度に向けての全体評価

様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた本町の位置

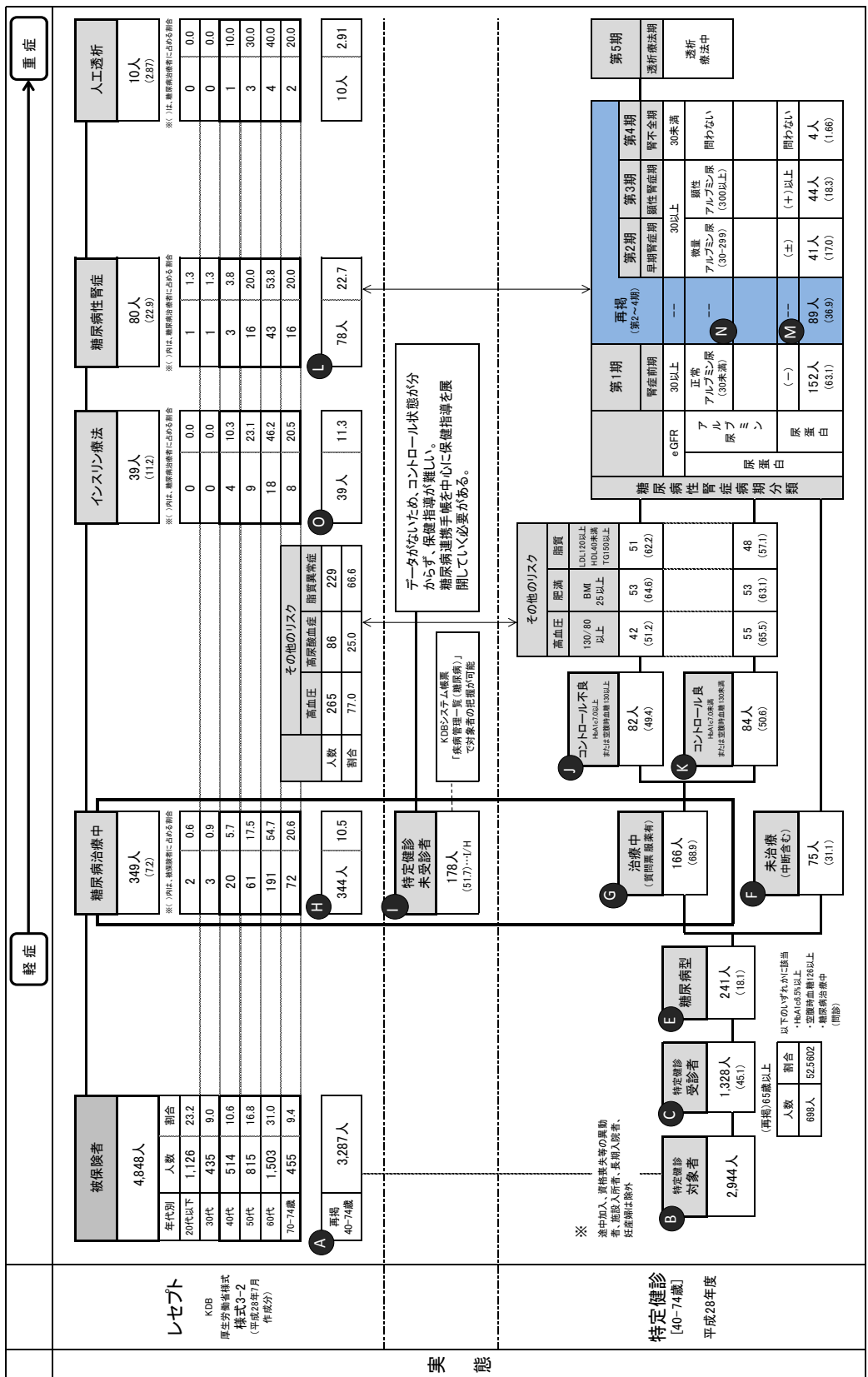
【参考資料 1】

項目		本部町		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	13,833		1,944,956		1,373,576		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	3,407	24.6	575,439	29.6	239,486	17.4	29,020,766		23.2
		75歳以上	2,102	15.2			119,934	8.7	13,989,864		11.2
		65～74歳	1,305	9.4			119,552	8.7	15,030,902		12.0
		40～64歳	4,855	35.1			448,207	32.6	42,411,922		34.0
		39歳以下	5,571	40.3			685,883	49.9	53,420,287	42.8	
	② 産業構成	第1次産業		11.2		14.7		5.4		4.2	KDB_NO.3 健康・医療・介護データからみる地域の健康課題
		第2次産業		18.2		26.9		15.4		25.2	
		第3次産業		70.6		58.3		79.2		70.6	
	③ 平均寿命	男性		79.1		79.3		79.4		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性			87.2		86.4		87.0		86.4		
④ 健康寿命	男性		64.1		65.1		64.5		65.2		
	女性		66.4		66.8		66.5		66.8		
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)									KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性		94.2		105.0		97.8		100	
		女性		71.6		102.7		87.5		100	
		がん	44	50.0	6,768	45.4	2,965	48.0	367,905	49.6	
		心臓病	21	23.9	4,236	28.4	1,600	25.9	196,768	26.5	
		脳疾患	13	14.8	2,609	17.5	893	14.5	114,122	15.4	
	死因	糖尿病	3	3.4	263	1.8	187	3.0	13,658	1.8	
		腎不全	1	1.1	584	3.9	243	3.9	24,763	3.3	
		自殺	6	6.8	444	3.0	287	4.6	24,294	3.3	
		合計									
② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
	男性										
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	801	24.3	114,846	20.2	54,602	22.9	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	4	0.3	1,946	0.3	122	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	17	0.4	2,492	0.4	2,288	0.5	151,813	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	120	14.3	25,612	21.3	10,612	18.3	1,350,152	22.1	
		高血圧症	425	52.0	63,835	53.4	27,224	47.1	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	215	26.3	31,966	26.7	14,881	25.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	473	57.9	72,264	60.6	30,191	52.3	3,529,682	58.0	
		脳疾患	238	29.2	32,398	27.3	15,052	26.1	1,538,683	25.5	
		がん	65	7.4	11,697	9.6	4,558	7.8	631,950	10.3	
		筋・骨格	452	55.0	62,083	51.8	27,292	47.3	3,067,196	50.3	
	精神	371	42.8	44,206	36.6	19,275	33.0	2,154,214	35.2		
	③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		92,353		68,807		71,386		58,284	
		居宅サービス		54,749		42,403		52,569		39,662	
		施設サービス		284,029		278,098		282,196		281,186	
	④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		9,929		8,199		9,703		7,980	
		認定あり 認定なし		5,112		3,955		4,397		3,816	
4	① 国保の状況	被保険者数		4,738		509,741		444,291		32,587,866	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65～74歳	1,257	26.5			103,448	23.3	12,461,613	38.2	
		40～64歳	1,950	41.2			168,937	38.0	10,946,712	33.6	
		39歳以下	1,531	32.3			171,906	38.7	9,179,541	28.2	
		加入率		34.3		26.6		32.3		26.9	
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.4	121	0.2	94	0.2	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	4	0.8	1,138	2.2	874	2.0	96,727	3.0	
		病床数	346	73.0	17,242	33.8	18,893	42.5	1,524,378	46.8	
		医師数	17	3.6	1,935	3.8	3,552	8.0	299,792	9.2	
		外来患者数		553.5		682.6		507.9		668.1	
		入院患者数		25.6		22.4		20.0		18.2	
	③ 医療費の状況	一人当たり医療費	26,724		県内2位 同規模73位	26,568		22,111		24,245	KDB_NO.3 健康・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		579.098		705.038		527.86		686.286	
		外来	費用の割合	50.7		57.2		52.4		60.1	
		件数の割合	95.6		96.8		96.2		97.4		
		入院	費用の割合	49.3		42.8		47.6		39.9	
件数の割合		4.4		3.2		3.8		2.6			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	141,343,150	16.6	23.8		17.3		25.6	KDB_NO.3 健康・医療・介護データからみる地域		
	慢性腎不全 (透析あり)	109,264,490	12.8	9.5		16.0		9.7			
	糖尿病	57,993,300	6.8	10.3		7.0		9.7			
	高血圧症	52,273,240	6.1	9.2		6.3		8.6			
	精神	274,948,970	32.2	18.8		28.0		16.9			
	筋・骨格	105,708,490	12.4	15.1		13.1		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	584,590	27位	(19)						KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域	
				高血圧	554,440	34位	(18)							
				脂質異常症	510,312	33位	(13)							
				脳血管疾患	517,501	39位	(21)							
				心疾患	636,350	25位	(15)							
				腎不全	651,603	32位	(16)							
				精神	445,823	31位	(26)							
				悪性新生物	626,491	31位	(16)							
				外来	糖尿病	42,390	17位							
					高血圧	32,579	27位							
					脂質異常症	29,696	26位							
					脳血管疾患	41,850	18位							
					心疾患	56,681	25位							
					腎不全	214,885	11位							
精神	40,455	5位												
悪性新生物	59,254	21位												
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	3,369			3,051		1,919		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	10,789			11,945		10,954		12,339			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	10,481			8,266		6,836		6,742			
			健診未受診者	33,567			32,361		39,024		35,459			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	775	61.0	89,238	56.7	54,166	55.9	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	711	56.0	81,322	51.7	49,936	51.6	4,069,618	51.5				
		医療機関非受診率	64	5.0	7,916	5.0	4,230	4.4	357,742	4.5				
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	特定健診の 状況	県内順位 順位総数42	健診受診者	1,270			157,335		96,836		7,898,427	KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				受診率	43.1	県内18位 同規模77位	43.2		37.5	全国25位	36.4			
				特定保健指導終了者(実施率)	51	33.6	8184	41.7	7,845	50.6	198,683	21.1		
				非肥満高血糖	120	9.4	17,078	10.9	6,227	6.4	737,886	9.3		
				メタボ	該当者	352	27.7	28,039	17.8	21,916	22.6	1,365,855		17.3
					男性	264	39.2	19,376	27.0	15,055	32.9	940,335		27.5
					女性	88	14.8	8,663	10.1	6,861	13.4	425,520		9.5
					予備群	166	13.1	17,199	10.9	14,505	15.0	847,733		10.7
				BMI	男性	111	16.5	11,819	16.4	9,655	21.1	588,308		17.2
					女性	55	9.2	5,380	6.3	4,850	9.5	259,425		5.8
					総数	586	46.1	50,519	32.1	41,588	42.9	2,490,581		31.5
					男性	418	62.0	34,664	48.2	27,902	60.9	1,714,251		50.2
				メタボ該当・ 予備群 レベル	女性	168	28.2	15,855	18.6	13,686	26.8	776,330		17.3
					総数	80	6.3	8,872	5.6	6,193	6.4	372,685		4.7
					男性	13	1.9	1,430	2.0	901	2.0	59,615		1.7
					女性	67	11.2	7,442	8.7	5,292	10.4	313,070		7.0
					血糖のみ	11	0.9	1,171	0.7	913	0.9	52,296		0.7
					血圧のみ	129	10.2	12,209	7.8	10,137	10.5	587,214		7.4
					脂質のみ	26	2.0	3,819	2.4	3,455	3.6	208,214		2.6
血糖・血圧	58	4.6	5,194		3.3	3,328	3.4	212,002	2.7					
血糖・脂質	21	1.7	1,482		0.9	1,228	1.3	75,032	0.9					
血圧・脂質	143	11.3	12,677		8.1	10,556	10.9	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	130	10.2	8,686		5.5	6,804	7.0	415,310	5.3					
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	578	45.5	55,608	35.4	35,736	36.9	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	163	12.8	13,020	8.3	8,886	9.2	589,711	7.5		
				脂質異常症	299	23.5	34,949	22.2	19,747	20.4	1,861,221	23.6		
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	55	4.6	4,523	3.0	2,781	3.2	246,252		3.3
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	49	4.1	7,878	5.3	3,985	4.5	417,378	5.5		
				腎不全	15	1.2	780	0.5	477	0.5	39,184	0.5		
				貧血	12	9.0	12,720	8.7	5,051	6.2	761,573	10.2		
				喫煙	238	18.7	22,916	14.6	14,476	14.9	1,122,649	14.2		
				週3回以上朝食を抜く	28	22.4	10,085	7.0	10,244	18.2	585,344	8.7		
				週3回以上食後間食	19	15.1	17,363	12.0	9,397	16.7	803,966	11.9		
				週3回以上就寝前夕食	40	31.5	22,799	15.8	13,503	23.9	1,054,516	15.5		
				食べる速度が速い	38	29.9	38,905	26.9	17,001	31.4	1,755,597	26.0		
				20歳時体重から10kg以上増加	69	53.9	46,745	32.4	25,674	46.4	2,192,264	32.1		
				1回30分以上運動習慣なし	75	59.5	92,627	64.1	32,954	57.5	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	69	54.8	68,134	47.2	27,541	49.9	3,209,187	47.0						
睡眠不足	39	31.0	35,522	24.6	16,386	30.1	1,698,104	25.1						
毎日飲酒	29	22.0	38,267	26.0	14,259	22.1	1,886,293	25.6						
⑭	時々飲酒	1合未満	32	43.8	61,172	61.1	22,185	50.1	3,333,836	64.0				
		1~2合	23	31.5	25,170	25.1	12,695	28.7	1,245,341	23.9				
		2~3合	14	19.2	10,318	10.3	5,994	13.5	486,491	9.3				
		3合以上	4	5.5	3,436	3.4	3,385	7.6	142,733	2.7				

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

本都町 H28年度



【参考文献2】

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳(永年)

番号	地区	追加 年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年 度末年 齢	診療開始日 合併症の有無	項目					H25	H26	H27	H28	H29	転出 死亡	備考								
										糖	糖 以外	CKD	HbA1c	体重								BMI	血糖	GFR	尿蛋白				
		H29							糖尿病	糖	服薬																		
									高血圧	糖	HbA1c	5.8	6.3	6.4	6.3	6.5													
									虚血性心疾患	糖以外	体重	87.2	95.2	94.6	97	99.8													
									脳血管疾患	糖以外	BMI	33.5	36.8	36.1	37.5	38.7													
									糖尿病性腎症	糖以外	血糖	106/73	122/78	106/72	109/74	108/75													
										CKD	GFR	77.4	78.4	74	76.2	90													
8		H25							糖尿病	糖	服薬			○	○	○													
									高血圧	糖	HbA1c	7	7.6	7.1	7.8	8.1													
									虚血性心疾患	糖以外	体重	35.4	35.6	35.9	36.1	37.2													
									脳血管疾患	糖以外	BMI	18.5	18.6	18.8	19.1	19.6													
									糖尿病性腎症	糖以外	血糖	136/63	128/80	131/78	129/77	145/81													
										CKD	GFR	102.1	97.1	108.7	116.9	126.4													
		尿蛋白	-	-	-	-	-																						

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年度計画

H 28 年度

担当地区

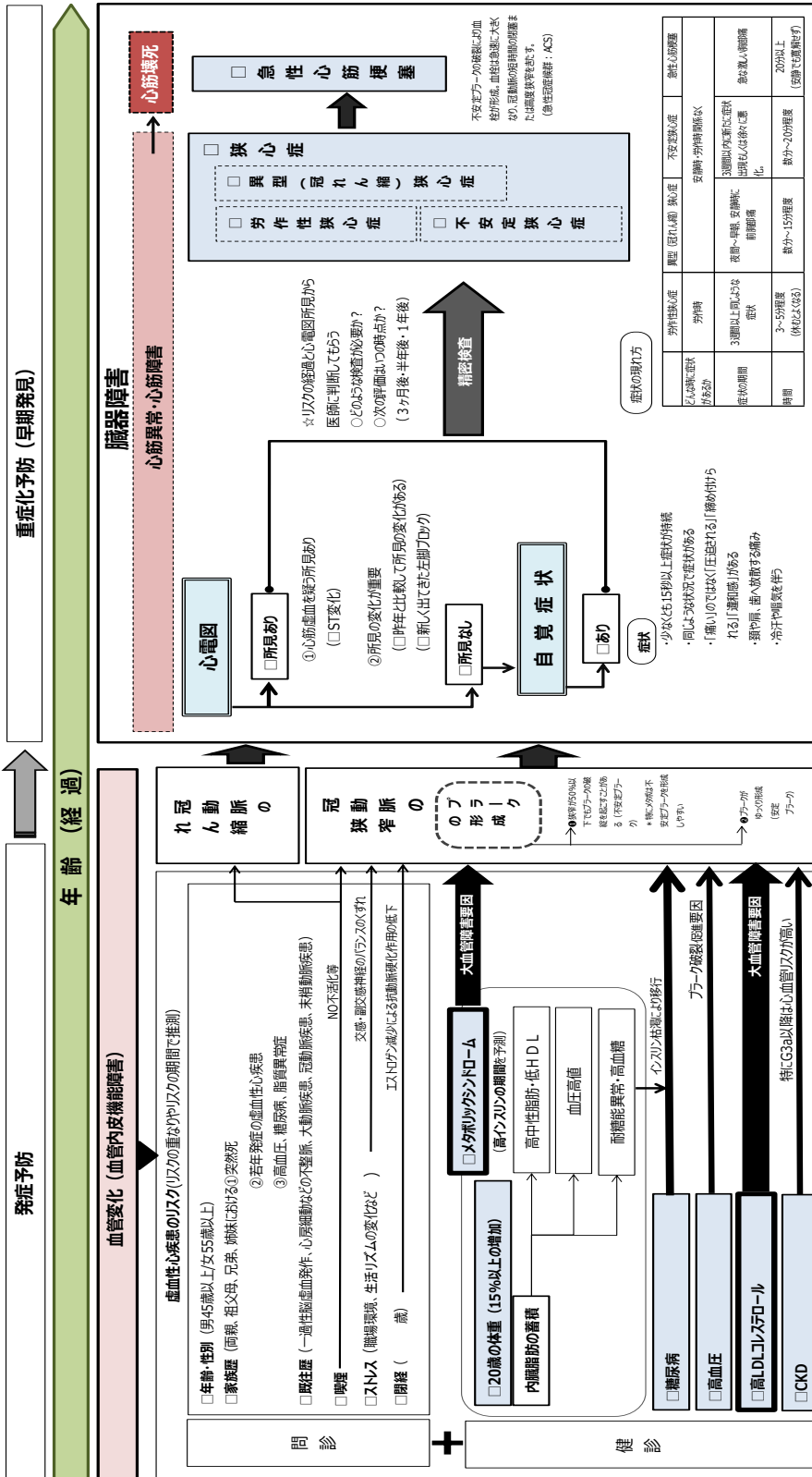
対象者把握		地区担当が実施すること	他の専門医との連携												
結果把握	<p>糖尿病管理台帳の全数 (A) + (B) (385) 人</p> <p>(A) 健診未受診者 (174) 人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動(死亡・転出)</td> <td>()人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>()人</td> </tr> </table> <p>①-1未治療者(中断者含む) (258) 人</p> <p><small>*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</small></p>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
	結果把握(内訳)														
①国保(生保)	()人														
②後期高齢者	()人														
③他保険	()人														
④住基異動(死亡・転出)	()人														
⑤確認できず	()人														
<p>②HbA1cが悪化している (89) 人</p> <p><small>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</small></p> <p>③蛋白尿 (-) (131) 人 (±) (42) 人 (+) ~ 顕性腎症 (22) 人</p> <p>④eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (4) 人 1年で5ml/1分以下 (58) 人</p>															

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目	突合表	本部町						同規模保険者(平均)		データ基	
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数152			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	4,848人							KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲)40-74歳		3,287人								
2	① 対象者数	B	2,944人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 受診者数	C	1,328人								
	③ 受診率		45.1%								
3	① 特定保健指導対象者数		153人								
	② 実施率		33.3%								
4	健診データ	① 糖尿病型	E	241人	18.1%						特定健診結果
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	75人	31.1%						
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	166人	68.9%						
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	82人	49.4%						
		⑤ 血圧 130/80以上		42人	51.2%						
		⑥ 肥満 BMI25以上		53人	64.6%						
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	84人	50.6%						
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	152人	-63.1%						
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		41人	17.0%						
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		44人	18.3%						
		⑪ 第4期 eGFR30未満		4人	1.7%						
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		#VALUE!						KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲)40-74歳(被保険者対)		#VALUE!							
		③ レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,995件	(622.1)			2,076件	(799.2)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ (1)内は被保険者対 入院(件数)		13件	(4.1)			16件	(6.0)		
		⑤ 糖尿病治療中	H	349人	7.2%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑥ (再掲)40-74歳		344人	10.5%						
		⑦ 健診未受診者	I	178人	51.7%						
		⑧ インスリン治療	O	39人	11.2%						
		⑨ (再掲)40-74歳		39人	11.3%						
		⑩ 糖尿病性腎症	L	80人	22.9%						
		⑪ (再掲)40-74歳		78人	22.7%						
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		10人	-2.87%						
		⑬ (再掲)40-74歳		10人	2.91%						
		⑭ 新規透析患者数		4	9.50%					KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		2	4.80%						
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人	2.3%						
⑰											
6	医療費	① 総医療費		15億3472万円				10億9540万円	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
		② 生活習慣病総医療費		8億5364万円				6億2716万円			
		③ (総医療費に占める割合)		55.6%				57.3%			
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	10,481円				8,266円			
		⑤ 健診未受診者		33,567円			32,361円				
		⑥ 糖尿病医療費		5799万円			6466万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		6.8%			10.3%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		1億9228万円							
		⑨ 1件あたり		42,390円							
		⑩ 糖尿病入院総医療費		1億4206万円							
		⑪ 1件あたり		584,590円							
		⑫ 在院日数		19日							
		⑬ 慢性腎不全医療費		1億1339万円			6350万円				
		⑭ 透析有り		1億0926万円			5982万円				
		⑮ 透析なし		412万円			368万円				
7	介護	① 介護給付費		13億5593万円			11億9822万円				
		② (2号認定者)糖尿病合併症		1件	9.1%						
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)		3人	1.7%			2人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



血管変化をみる検査

- 血流依存性血管拡張反応 (FMD)
- 反応性充血による指動脈波 (RH-PAT・エンドト)
- 75g 糖負荷試験、インスリン濃度検査
- 運動脈エコー検査
- ABI
- PWV (脈波伝播速度検査)

臓器障害をみる検査

- 負荷心電図
- ホリター心電図
- 心エコー
- 心臓核医学検査 (心筋シンチグラフィ)
- 心臓カテーテル検査
- 冠動脈CT
- 心筋バイオマーカー

【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン2015、血管機能障害の研究動向に関するガイドライン、虚血性心疾患の予防ガイドライン、エビデンスに基づいたリスクの管理に関するガイドライン2015、虚血性心疾患の診断に関するガイドライン、血管内皮機能障害に関するガイドライン (日本循環器学会)

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 重症化予防対象者			
			<input type="checkbox"/> その他所見				
②	問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<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」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	⑤ 重症化予防対象者			
			<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				
③	健診結果	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。	⑤ 重症化予防対象者		
		判定	正常			軽度	重度
④	メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~		<input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 <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"/> 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~	<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		
	e G F R		60未満				
	尿蛋白	(-)	(+) ~				
	<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類		G3aA1~				
	その他	<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		⑤ 発症予防対象者			

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

血圧評価表

【参考資料 8】

個人番号	被保険者証 記号	被保険者証 番号	名前	性別	年齢	健診データ																			
						過去5年間のうち直近						血圧													
						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		
						該当者	6.3	131	84.1	-	6.5	○	154	101			○	133	89	○	159	91	○	136	85
						該当者	5.9	146	53.3	±	9.6								○	174	88				
						なし	5.9	52	77.6	-	6.3		153	85	136	87	171	89	166	84					

【参考資料 9】

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	名前	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	H28年度						
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考		

平成30年度に向けての全体評価				
評価(良くなったこと)				
課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	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)
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診率 H30年度目標48% ○特定受診率 H29年度目標49% ○特定受診率 H28年度目標50% ○特定受診率 H27年度目標51% ○特定受診率 H26年度目標52% ○特定受診率 H25年度目標53% ○特定受診率 H24年度目標54% ○特定受診率 H23年度目標55% ○特定受診率 H22年度目標56% ○特定受診率 H21年度目標57% ○特定受診率 H20年度目標58% ○特定受診率 H19年度目標59% ○特定受診率 H18年度目標60% ○特定受診率 H17年度目標61% ○特定受診率 H16年度目標62% ○特定受診率 H15年度目標63% ○特定受診率 H14年度目標64% ○特定受診率 H13年度目標65% ○特定受診率 H12年度目標66% ○特定受診率 H11年度目標67% ○特定受診率 H10年度目標68% ○特定受診率 H09年度目標69% ○特定受診率 H08年度目標70% ○特定受診率 H07年度目標71% ○特定受診率 H06年度目標72% ○特定受診率 H05年度目標73% ○特定受診率 H04年度目標74% ○特定受診率 H03年度目標75% ○特定受診率 H02年度目標76% ○特定受診率 H01年度目標77% ○特定受診率 H00年度目標78% ○特定受診率 H99年度目標79% ○特定受診率 H98年度目標80% ○特定受診率 H97年度目標81% ○特定受診率 H96年度目標82% ○特定受診率 H95年度目標83% ○特定受診率 H94年度目標84% ○特定受診率 H93年度目標85% ○特定受診率 H92年度目標86% ○特定受診率 H91年度目標87% ○特定受診率 H90年度目標88% ○特定受診率 H89年度目標89% ○特定受診率 H88年度目標90% ○特定受診率 H87年度目標91% ○特定受診率 H86年度目標92% ○特定受診率 H85年度目標93% ○特定受診率 H84年度目標94% ○特定受診率 H83年度目標95% ○特定受診率 H82年度目標96% ○特定受診率 H81年度目標97% ○特定受診率 H80年度目標98% ○特定受診率 H79年度目標99% ○特定受診率 H78年度目標100% 	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定受診率向上に向けての取り組みは実施していたが、積極的な取り組みではなかった。受診率向上に向けて、本受診者対策を効果的に実行するために、医療機関との協力をより一層進めたい。また、未受診者前回の対象者をより一層進めたい。検査項目の検査項目を抽出するだけでなく、現在、作成・整理しているCKD台帳、HbA1c管理台帳等を活用していくことで未受診者対策にもつながる。今後、地区担当を推進していく上でも、台帳の活用が重要である。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防対策として、未治療者を優先的にアプローチ実施してきた。 ○対象者選定を単年の検査結果で抽出し、数値による条件等で、台帳作成してきた。 ○重症化予防対策の標準化は十分でない。個々の状況に応じて、共通認識を十分図れない現状がある。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○DM・CKD連携ハブを使って近隣医療機関と連携を図っており、必要時ケースカンファレンスを実施している。 ○未受診者対策を含め、医師会、個々の医療機関の協力を得ていくことは必要不可欠である。現状、課題を共有していく中で、今後も協力体制をつづけていく。 	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○協力的医療機関へのかかりつけ受診者に対する特定健診受診呼びかけを依頼 ○未受診者訪問実施状況 ○未受診者不在世帯に対して受診勧奨ちらしポスターアップ ○ホビコレーション実施状況 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(所内、訪問)実施状況 ○他保険者に対する保健指導実施状況 	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H30年度目標48%達成状況 ○未受診者訪問実施状況 ○個々の医療機関アプローチ受診者数 ○行ったホビコレーション毎の結果(例えば地区毎の受診率等) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施者の単年の検査結果状況 ○保健指導後の受診率(検査、検査等)状況 ○単年評価(詳細項目)集団、個別両方 ○検査結果の状況(受診者毎の高血圧割合状況) ○重症化予防対策実施(3疾患治療なしの者) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○DM・CKD連携形式にすすめた検査、専門医への受診行動等 ○個々の医療機関との連携状況(対象者の受診行動状況) ○試験的実施の実施状況(対象者の検査、受診行動、生活状況等) ○協力体制づくりに向けてのアプローチ状況(受診者数の変化等) 	<p>⑤残っている課題</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健活動に関する具体的な目標、別冊を設計し、PDCAサイクルに基づいて事業を計画する。 ○地区担当の活用、地区台帳をもとに経年管理していく。また、地区状況に合わせて、保健活動を行うっていく。 ○事業実施等ばらばらにならないように、成人3担当で話し合いをし、共通認識を図っていく。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健活動への協力依頼の検討(医療機関数が多いので、優先的に依頼していく(医療機関の連携基盤、実施方法等の検討)) ○未受診者訪問の対象者の検討(全くの未受診者、健診中断者の継続受診促進等) ○ホビコレーションの取り組みを強化(医療機関、住民等対象者を対象とした検討(受診率、受診行動等)) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討。(単年の検査結果での抽出に加え、経年地区台帳から優先すべき対象者の選定等) ○保健指導後の評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) ○保健事業の目標、評価指標の検討。(健診、検査値の改善状況、受診行動等対象者ごとに検討) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○町外の未だ連携のとれていない医療機関との協力体制を拡げていく。