

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

2018(平成 30)年 3 月 玄海町

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	4
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	10
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)	24
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	29
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	45
第 6 章 計画の評価・見直し	46
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48

参考資料	48
参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置	
参考資料 2 糖尿病管理台帳	
参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画	
参考資料 4 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 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか	
参考資料 6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方	
参考資料 7 血圧評価表	

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

こうした中、2013(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。

2015(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、2018(平成30)年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部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PDC Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

玄海町においては、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、P D

CAサイクルに沿って運用するものである。

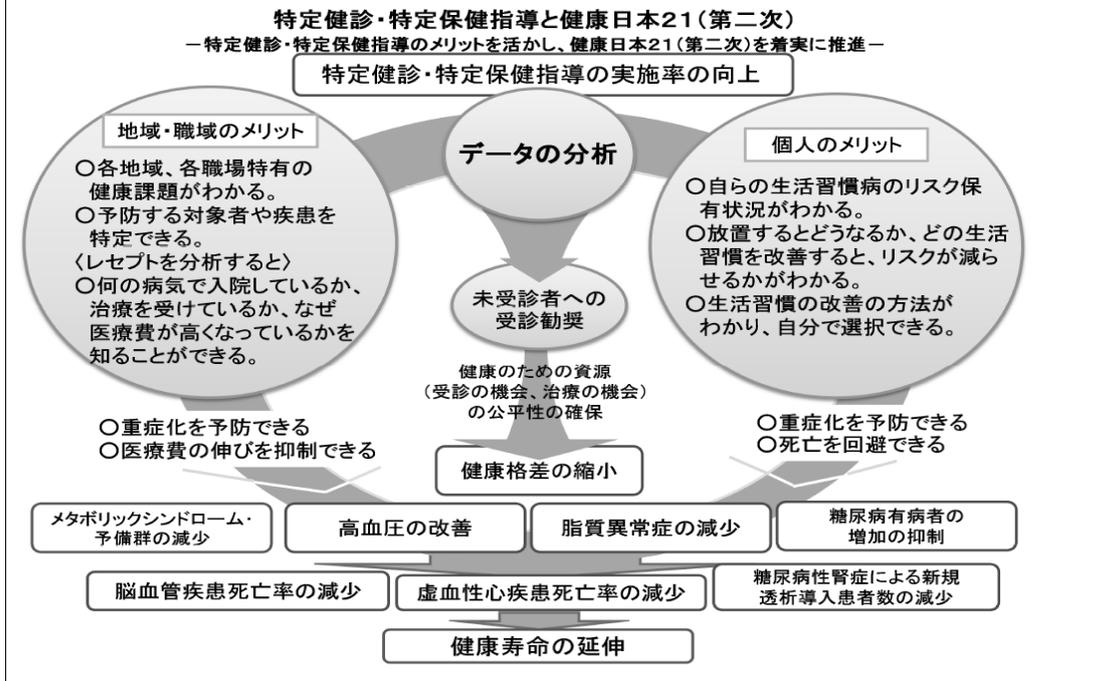
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。(図表1・2・3)

【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						
2017.10.11						
※ 健康増進法(関係)とは 健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、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						
	「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(健康増進事業実施指針)	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4月 国民の健康の増進を総合的に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4月 特定健康診査及び特定健康指導の適切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24年4月 「国民健康保険法に基づく保険事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成24年4月 介護保険事業による高齢者の生活の支えを確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成24年4月 医療費適正化に関する指針【全額改正】	厚生労働省 医政局 平成24年4月 医療提供体制の確保に関する基本指針
視認・期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次)
計画策定者	都道府県、義務、市町村、努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村、義務、都道府県、義務	都道府県、義務	都道府県、義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を図り、その結果、社会参加が促進されるものとなるよう、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、さらに重症化や合併症の発生を減らし、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準じ、生活習慣を改善するための特定健康指導を必要とするもの、前記に抽出するための基本的な指針である。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び疾病予防の取組について、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保険事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態または要支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を理念としている。	国民皆保険を堅持し続けていたが、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していくとともに、良質かつ適切な医療を効果的に提供するための基本的な指針を定めていく。	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、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための基本的な指針を定めていく。
対象年齢	ライフステージ(現役期、若年層)・高齢期)に応じて	40歳~74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の若年層(若年層、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 メタボヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、長寿性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦筋硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※52項目中 特定健康診査に係る項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②全学直(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数) ③診療報酬の割合 ④血糖コントロール目標値におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健康診査・特定健康指導の実施率 ⑦メタボ予防率 ⑧メタボ予防者 ⑨高血圧⑩脂質異常症 ⑪適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑫適切な科と医師の受診率 ⑬健康増進法における歩数 ⑭運動習慣者の割合 ⑮成人の喫煙率 ⑯飲酒している者	①特定健康診査率 ②特定健康指導実施率	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(特定健康診査の受診率) ②食生活 ③日常生活における歩数 ④アルコール摂取量 ⑤喫煙 ⑥健康診査等の受診率 ⑦特定健康診査率 ⑧特定健康指導率 ⑨健診結果の変化 ⑩生活習慣病の有病者・予備群 ⑪医療費等 ⑫医療費 ⑬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介護給付の適正化	①医療費適正化の取組 外未 ②一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定健康指導の実施率の向上 ④メタボ予防者・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援	被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度】を減額し、保険料率決定	被保険者協議会(事務局、国保連合会)を通じて、被保険者との連携		

図 1

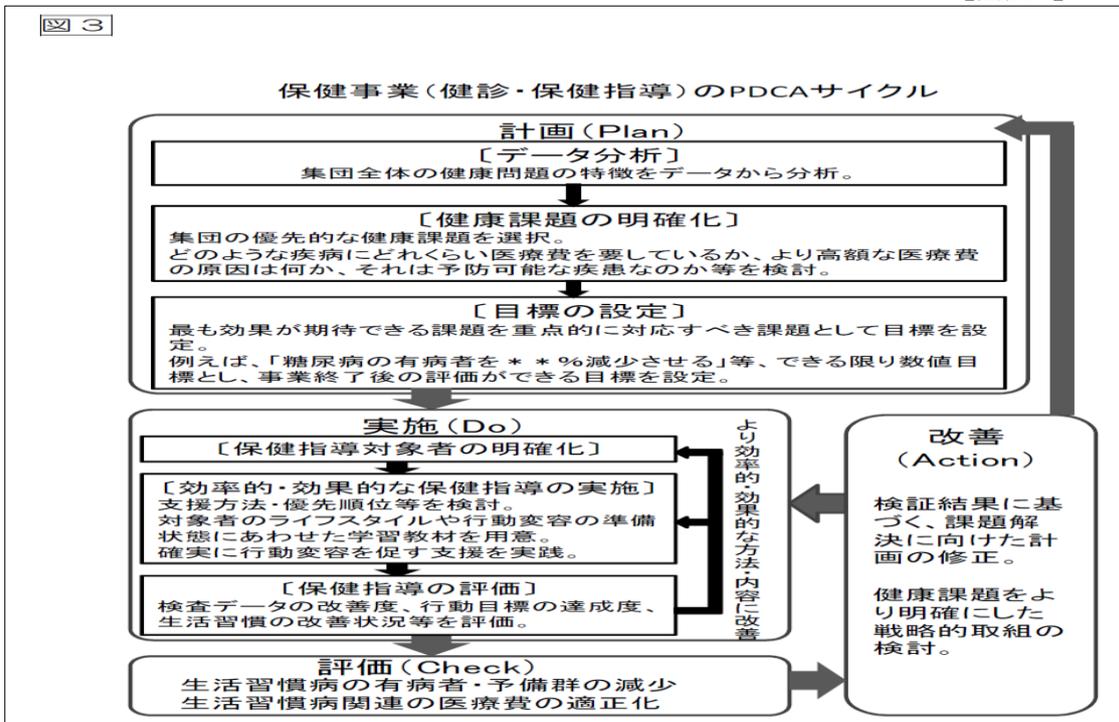
【図表 2】



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】

図 3



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画が2018(平成30)年度から2023(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2018(平成30)年度から2023(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（図表4）

1) 実施主体関係部局の役割

玄海町においては、保健師が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。具体的には、国民健康保険担当、後期高齢者保険担当、介護保険担当、生活保護担当、地域包括支援センター担当とも十分連携することが望ましく、計画推進体制を整えていく必要がある。

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

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、2018(平成30)年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に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、玄海町国保は、計画素案について佐賀県関係課と意見交換を行い、佐賀県との連携に努める。

また、玄海町と唐津東松浦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、佐賀県が佐賀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。

玄海町は、転職や加齢等による被保険者の往来があることから、他の医療保

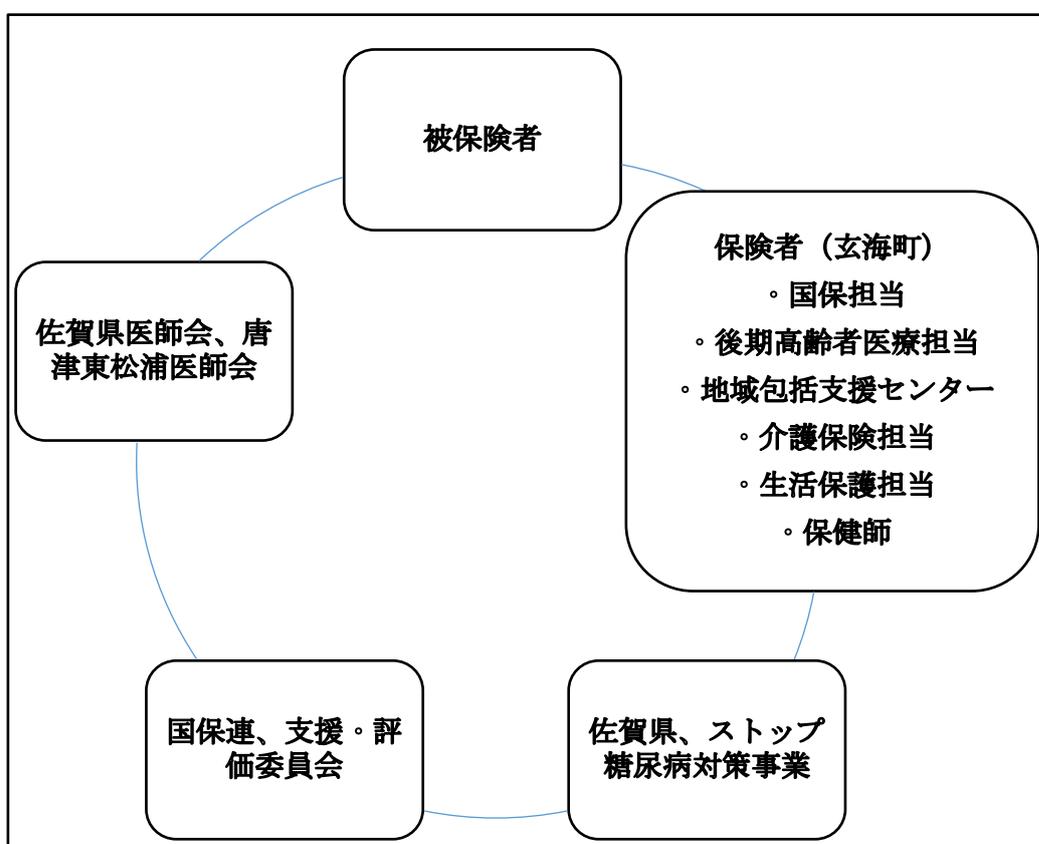
険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

玄海町の実施体制

【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、2016(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。(2018(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】

評価指標		2017年10月申請時点		
		2016年 (H28)配点	2018年 (H30)配点	2018年 (参考)
総得点(満点)		345	850	850
交付額(万円)		103	374	
玄海町の総得点(体制構築加点含む)		229	584	850
全国順位(1,741市町中)		443		
共通 ①	特定健診受診率	10	25	50
	特定保健指導実施率	10	20	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	20	50
共通 ②	がん検診受診率	10	15	30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10	25	25
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40	100	100
固有 ②	データヘルス計画の取組	10	40	40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	6	25	25
	個人のインセンティブ提供	14	70	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7	10	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	10	45	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	17	25
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	7	27	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況		25	50
体制構築加点		70	60	60

玄海町 2018(H30)年度 一人あたり交付額2,014円

市町村の努力に応じて保険者努力支援制度が交付されるため、
【保険者努力支援制度分】を差し引いて【保険料率】を決定
(H30年度～)

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

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（参考資料1）

(1) 全体の経年変化

2013(平成25)年度と2016(平成28)年度の経年比較を見ると、死因別に脳疾患・糖尿病による死亡割合は増加(2-①死亡の状況)し、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(3-①介護保険)、施設サービス費の上昇とそれに伴う介護給付費の増加(3-③介護給付費)がみられた。

また、医療費に占める外来費用の割合は減少し、入院費用の割合が上昇していることがわかった(4-③医療費の状況)。健診受診後の適正な医療受診行動ができず、重症化予防につながっていないと推測できる。

特定保健指導実施率が減少しているため、医療費適正化の観点からも特定保健指導実施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、28年度の介護給付費が増えている。玄海町、同規模平均ともに1件当たり介護給付費は減っているのに対し、玄海町は、施設サービスが増えていることがわかった。

【図表6】

年度	玄海町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
2013 H25	436,519,178	90,023	47,023	289,903	71,282	41,044	279,592
2016 H28	↑483,263,304	88,737	47,004	↑300,946	70,589	40,981	275,251

②医療費の状況（図表7）

医療費の変化について、「一人当たり医療費」の伸び率は同規模と比較するとやや低いものの、総額、入院、入院外の一人当たり医療費はいずれも増加している。玄海町は外来費用の伸び率が抑制していることがわかった。

【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	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1総医療費(円)	H25年度	6億5038万円				3億0416万円				3億4622万円			
	H28年度	6億1114万円	-5,969万円	0.83	0.95	2億9640万円	-776万円	0.97	0.97	3億1473万円	-3,149万円	0.91	0.96
2一人当たり医療費(円)	H25年度	24,388円				11,410円				12,980円			
	H28年度	↑25,499円	1,111円	1.05	1.08	↑12,370円	960円	1.08	1.08	↑13,130円	150円	1.01	1.07

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム:「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

「中長期目標疾患」である慢性腎不全(透析)、脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費計は増加している。

「中長期目標疾患」を疾患別にみると、脳血管疾患に係る費用が増加していることと、慢性腎不全(透析有)と脳血管疾患の割合が国・県よりも多いことがわかった。

「短期目標疾患」は中長期目標疾患のリスク要因であるが、糖尿病・脂質異常症に係る費用割合について高くなっている。

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

【図表8】

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・骨格疾患		
		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
H25	6億5038万円	24,388円	122位	20位	7.00%	0.45%	1.49%	1.20%	3.76%	5.12%	3.26%	144,846,910	22.27%	11.94%	10.77%	9.20%	
H28	6億1114万円	↑25,499円	149位	20位	6.64%	0.24%	↑3.64%	0.91%	↑4.95%	4.16%	↑3.31%	↑145,728,090	23.85%	7.60%	8.25%	8.27%	
H28	佐賀県	746億1405万円	/	/	/	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%
	国	9兆6879億0826万円	/	/	/	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病名(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

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中長期的な疾患（図表9）

中長期目標疾患ごとに見ると、虚血性心疾患（様式3-5）においては、脳血管疾患や高血圧・脂質異常症をあわせもつ方の割合が増加している。

脳血管疾患（様式3-6）では、虚血性心疾患や糖尿病・脂質異常症をあわせもつ方の割合が増加している。

人工透析（様式3-7）の方はすべての方に高血圧があることと、虚血性心疾患・脳血管疾患でも7～8割異常の方が高血圧であることから、高血圧のコントロールが重症化予防に必要である。

【図表9】

厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,228	115	5.2%	31	27.0%	6	5.2%	81	70.4%	38	33.0%	71	61.7%	
	64歳以下	1,720	53	3.1%	11	20.8%	3	5.7%	37	69.8%	17	32.1%	29	54.7%	
	65歳以上	508	62	12.2%	20	32.3%	3	4.8%	44	71.0%	21	33.9%	42	67.7%	
H28	全体	2,024	81	4.0%	26	32.1%	3	3.7%	67	82.7%	25	30.9%	56	69.1%	
	64歳以下	1,459	26	1.8%	8	30.8%	1	3.8%	22	84.6%	6	23.1%	18	69.2%	
	65歳以上	565	55	9.7%	18	32.7%	2	3.6%	45	81.8%	19	34.5%	38	69.1%	

厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患				人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2,228	91	4.1%	31	34.1%	2	2.2%	72	79.1%	38	41.8%	54	59.3%	
	64歳以下	1,720	32	1.9%	11	34.4%	0	0.0%	25	78.1%	13	40.6%	14	43.8%	
	65歳以上	508	59	11.6%	20	33.9%	2	3.4%	47	79.7%	25	42.4%	40	67.8%	
H28	全体	2,024	76	3.8%	26	34.2%	2	2.6%	58	76.3%	33	43.4%	49	64.5%	
	64歳以下	1,459	23	1.6%	8	34.8%	1	4.3%	18	78.3%	10	43.5%	15	65.2%	
	65歳以上	565	53	9.4%	18	34.0%	1	1.9%	40	75.5%	23	43.4%	34	64.2%	

厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数		人工透析				高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2,228	10	0.4%	2	20.0%	6	60.0%	9	90.0%	6	60.0%	4	40.0%
	64歳以下	1,720	6	0.3%	0	0.0%	3	50.0%	6	100.0%	3	50.0%	2	33.3%
	65歳以上	508	4	0.8%	2	50.0%	3	75.0%	3	75.0%	3	75.0%	2	50.0%
H28	全体	2,024	9	0.4%	2	22.2%	3	33.3%	9	100.0%	5	55.6%	2	22.2%
	64歳以下	1,459	4	0.3%	1	25.0%	2	50.0%	4	100.0%	1	25.0%	1	25.0%
	65歳以上	565	5	0.9%	1	20.0%	1	20.0%	5	100.0%	4	80.0%	1	20.0%

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである生活習慣病の治療状況を見ると、糖尿病・高血圧・脂質異常症(様式3-2~3-4)において、すべて治療者の割合は増加しており、糖尿病治療者においては糖尿病性腎症の割合も増加していることや5~6割の方が高血圧や脂質異常症をあわせもっていることから重症化防止が十分にできていないと推測される。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標										
		糖尿病			インスリン療法			高血圧			脂質異常症			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2228	172	7.7%	13	7.6%	110	64.0%	110	64.0%	38	22.1%	38	22.1%	6	3.5%	6	3.5%			
	64歳以下	1720	83	4.8%	8	9.6%	48	57.8%	47	56.6%	17	20.5%	13	15.7%	3	3.6%	3	3.6%			
	65歳以上	508	89	17.5%	5	5.6%	62	69.7%	63	70.8%	21	23.6%	25	28.1%	3	3.4%	3	3.4%			
H28	全体	2024	184	9.1%	14	7.6%	117	63.6%	114	62.0%	25	13.6%	33	17.9%	5	2.7%	10	5.4%			
	64歳以下	1459	85	5.8%	9	10.6%	49	57.6%	51	60.0%	6	7.1%	10	11.8%	1	1.2%	4	4.7%			
	65歳以上	565	99	17.5%	5	5.1%	68	68.7%	63	63.6%	19	19.2%	23	23.2%	4	4.0%	6	6.1%			

厚生労働省 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	2228	351	15.8%	110	31.3%	204	58.1%	81	23.1%	72	20.5%	9	2.6%	
	64歳以下	1720	160	9.3%	48	30.0%	85	53.1%	37	23.1%	25	15.6%	6	3.8%	
	65歳以上	508	190	37.4%	62	32.6%	119	62.6%	44	23.2%	47	24.7%	3	1.6%	
H28	全体	2024	341	16.8%	117	34.3%	199	58.4%	67	19.6%	58	17.0%	9	2.6%	
	64歳以下	1459	142	9.7%	49	34.5%	81	57.0%	22	15.5%	18	12.7%	4	2.8%	
	65歳以上	565	199	35.2%	68	34.2%	118	59.3%	45	22.6%	40	20.1%	5	2.5%	

厚生労働省 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	2228	331	14.9%	110	33.2%	204	61.6%	71	21.5%	54	16.3%	4	1.2%	
	64歳以下	1720	151	8.8%	47	31.1%	85	56.3%	29	19.2%	14	9.3%	2	1.3%	
	65歳以上	508	180	35.4%	63	35.0%	119	66.1%	42	23.3%	40	22.2%	2	1.1%	
H28	全体	2024	321	15.9%	114	35.5%	199	62.0%	56	17.4%	49	15.3%	2	0.6%	
	64歳以下	1459	141	9.7%	51	36.2%	81	57.4%	18	12.8%	15	10.6%	1	0.7%	
	65歳以上	565	180	31.9%	63	35.0%	118	65.6%	38	21.1%	34	18.9%	1	0.6%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診結果の経年変化を見ると、男女ともにHbA1c、LDL-コレステロールの有所見者が増加していることがわかった。

様式 6-8 からは、メタボリックシンドローム予備群やメタボリックシンドローム該当者でリスク 3 項目ありの者、BMI、腹囲 85cm 以上も増加傾向にある。

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

★NO.23 (帳票)

【図表 11】

性別		BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
2013 H25	合計	94	31.2	132	43.9	86	28.6	72	23.9	37	12.3	171	56.8	132	43.9	68	22.6	128	42.5	47	15.6	139	46.2	3	1.0
	40-64	56	31.5	75	42.1	56	31.5	39	21.9	18	10.1	90	50.6	66	37.1	44	24.7	76	42.7	33	18.5	88	49.4	1	0.6
	65-74	38	30.9	57	46.3	30	24.4	33	26.8	19	15.4	81	65.9	66	53.7	24	19.5	52	42.3	14	11.4	51	41.5	2	1.6
2016 H28	合計	96	34.4	133	47.7	76	27.2	64	22.9	30	10.8	129	46.2	171	61.3	72	25.8	118	42.3	37	13.3	139	49.8	7	2.5
	40-64	38	31.4	56	46.3	37	30.6	35	28.9	9	7.4	53	43.8	67	55.4	36	29.8	44	36.4	22	18.2	65	53.7	0	0.0
	65-74	58	36.7	77	48.7	39	24.7	29	18.4	21	13.3	76	48.1	104	65.8	36	22.8	74	46.8	15	9.5	74	46.8	7	4.4
2013 H25	合計	69	22.0	42	13.4	51	16.2	25	8.0	9	2.9	118	37.6	145	46.2	7	2.2	102	32.5	25	8.0	158	50.3	1	0.3
	40-64	40	24.2	21	12.7	28	17.0	14	8.5	5	3.0	56	33.9	75	45.5	5	3.0	48	29.1	17	10.3	86	52.1	1	0.6
	65-74	29	19.5	21	14.1	23	15.4	11	7.4	4	2.7	62	41.6	70	47.0	2	1.3	54	36.2	8	5.4	72	48.3	0	0.0
2016 H28	合計	82	27.9	57	19.4	59	20.1	32	10.9	4	1.4	87	29.6	200	68.0	8	2.7	88	29.9	29	9.9	162	55.1	1	0.3
	40-64	39	27.9	26	18.6	24	17.1	16	11.4	1	0.7	28	20.0	88	62.9	4	2.9	31	22.1	14	10.0	80	57.1	1	0.7
	65-74	43	27.9	31	20.1	35	22.7	16	10.4	3	1.9	59	38.3	112	72.7	4	2.6	57	37.0	15	9.7	82	53.2	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

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（仮票）

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		2013 H25	合計	301	42.6	17	5.6%	45	15.0%	6	2.0%	26	8.6%	13	4.3%	70	23.3%	18	6.0%	7	2.3%	29	9.6%
	40-64	178	38.0	9	5.1%	29	16.3%	3	1.7%	17	9.6%	9	5.1%	37	20.8%	6	3.4%	5	2.8%	16	9.0%	10	5.6%
	65-74	123	51.5	8	6.5%	16	13.0%	3	2.4%	9	7.3%	4	3.3%	33	26.8%	12	9.8%	2	1.6%	13	10.6%	6	4.9%
2016 H28	合計	279	41.4	19	6.8%	48	17.2%	7	2.5%	26	9.3%	15	5.4%	66	23.7%	9	3.2%	5	1.8%	32	11.5%	20	7.2%
	40-64	121	32.6	8	6.6%	23	19.0%	3	2.5%	12	9.9%	8	6.6%	25	20.7%	1	0.8%	2	1.7%	13	10.7%	9	7.4%
	65-74	158	52.1	11	7.0%	25	15.8%	4	2.5%	14	8.9%	7	4.4%	41	25.9%	8	5.1%	3	1.9%	19	12.0%	11	7.0%

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
		2013 H25	合計	314	50.3	3	1.0%	21	6.7%	3	1.0%	11	3.5%	7	2.2%	18	5.7%	3	1.0%	0	0.0%	12	3.8%
	40-64	165	43.8	1	0.6%	13	7.9%	1	0.6%	6	3.6%	6	3.6%	7	4.2%	2	1.2%	0	0.0%	4	2.4%	1	0.6%
	65-74	149	60.3	2	1.3%	8	5.4%	2	1.3%	5	3.4%	1	0.7%	11	7.4%	1	0.7%	0	0.0%	8	5.4%	2	1.3%
2016 H28	合計	294	52.0	11	3.7%	21	7.1%	2	0.7%	11	3.7%	8	2.7%	25	8.5%	4	1.4%	3	1.0%	12	4.1%	6	2.0%
	40-64	140	45.3	7	5.0%	12	8.6%	2	1.4%	3	2.1%	7	5.0%	7	5.0%	2	1.4%	1	0.7%	3	2.1%	1	0.7%
	65-74	154	60.2	4	2.6%	9	5.8%	0	0.0%	8	5.2%	1	0.6%	18	11.7%	2	1.3%	2	1.3%	9	5.8%	5	3.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表12）

特定保健指導率が減少している。

重症化を予防していくためには、特定保健指導実施率の向上及び医療機関受診が必要な者が重症化する前に治療するように取り組むことが重要となってくる。

【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	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								玄海町	同規模平均
H25年度	1,331	615	46.2	76位	99	32	32.3	45.2	51.2
H28年度	1,237	572	46.2	99位	90	26	28.9	48.3	51.9

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である重症化予防を進めてきた。

しかし、メタボリックシンドロームの予備群・該当者の増加、一人あたり入院医療費の増加、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、重症化予防の視点として適切な医療機関受診の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診・特定保健指導は重要であり、特定健診受診率及び特定保健指導実施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)

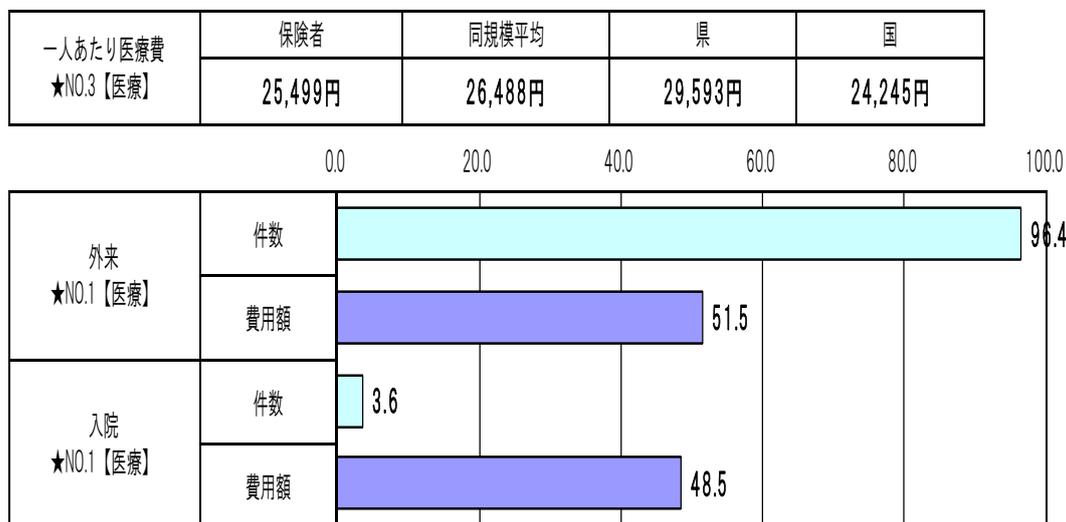
玄海町の入院件数は3.6%で、費用額全体の48.5%を占めている。重症化予防をすすめる入院を減らしていくことは医療費削減にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

人工透析患者は、他の血管疾患 (脳・心・がん) もあわせもつことが多い。

様式 3 をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症ともに 6 割以上が基礎疾患 (高血圧・脂質異常症) を重なりもつことが分かった。

【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)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (OSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	94件	8件 8.5%	0件 0.0%	13件 13.8%	73件 77.7%
		費用額	1億1231万円	1326万円 11.8%	--	1425万円 12.7%	8480万円 75.5%
様式2-1 ★NO.11 (OSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	202件	56件 27.7%	33件 16.3%	0件 0.0%	
		費用額	1億1106万円	2691万円 24.2%	1548万円 13.9%	--	
様式2-2 ★NO.12 (OSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	104件	51件 49.0%	23件 22.1%	40件 38.5%	
		費用額	4793万円	2057万円 42.9%	1367万円 28.5%	1563万円 32.6%	

*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		670人	76人 11.3%	81人 12.1%	10人 1.5%	
		の基礎 な疾 患	高血圧	58人 76.3%	67人 82.7%	8人 80.0%	
			糖尿病	33人 43.4%	25人 30.9%	10人 100.0%	
			脂質 異常症	49人 64.5%	56人 69.1%	7人 70.0%	
			高血圧症	341人 50.9%	184人 27.5%	321人 47.9%	78人 11.6%

○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した要介護突合状況をみると、血管疾患によるものが 97.0%であり、筋・骨格疾患の 93.6%を上回っていた。2号認定者及び 65～74歳の 1号認定者で年齢が低い者は血管疾患 100%で介護認定を受けている実態であった。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計							
	被保険者数	2,043人	646人	937人	1,583人			3,626人				
	認定者数	4人	16人	236人	252人			256人				
	認定率	0.20%	2.5%	25.2%	15.9%			7.1%				
	新規認定者数 (*1)	4人	2人	88人	90人			94人				
介護度別人数	要支援1・2	3	75.0%	3	18.8%	34	14.4%	37	14.7%	40	15.6%	
	要介護1・2	0	0.0%	4	25.0%	98	41.5%	102	40.5%	102	39.8%	
	要介護3～5	1	25.0%	9	56.3%	104	44.1%	113	44.8%	114	44.5%	
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢	40～64歳	65～74歳	75歳以上	計							
	介護件数 (全体)	8	32	472	504			512				
	再) 国保・後期	6	20	444	464			470				
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病		疾病		疾病		疾病		疾病	
			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	6 100.0%	脳卒中	16 80.0%	脳卒中	256 57.7%	脳卒中	272 58.6%	脳卒中	278 59.1%
		2	虚血性心疾患	2 33.3%	腎不全	4 20.0%	虚血性心疾患	180 40.5%	虚血性心疾患	180 38.8%	虚血性心疾患	182 38.7%
		3	腎不全	0 0.0%	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	78 17.6%	腎不全	82 17.7%	腎不全	82 17.4%
	合併症	4	糖尿病合併症	2 33.3%	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	14 3.2%	糖尿病合併症	14 3.0%	糖尿病合併症	16 3.4%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		4	66.7%	18	90.0%	416	93.7%	434	93.5%	438	93.2%
	血管疾患 合計		6	100.0%	20	100.0%	430	96.8%	450	97.0%	456	97.0%
	認知症		0	0.0%	8	40.0%	196	44.1%	204	44.0%	204	43.4%
	筋・骨格疾患		6	100.0%	12	60.0%	422	95.0%	434	93.5%	440	93.6%

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

*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8,462					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,069					

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等の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上昇する。

玄海町においては、全国と比較してメタリックシンドローム予備群・該当者の割合が3年前より多くなっており(参考資料1)、健診結果の有所見状況でも腹囲・BMIの基準値以上の者が全国より高くなってきている状況である。

【図表 16】

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

★NO.23 (概票)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,759	68.2	4,858	19.8	10,321	42.0	4,405	17.9	11,243	45.7	480	2.0	
保険者	合計	96	34.4	133	47.7	76	27.2	64	22.9	30	10.8	129	46.2	171	61.3	72	25.8	118	42.3	37	13.3	139	49.8	7	2.5
	40-64	38	31.4	56	46.3	37	30.6	35	28.9	9	7.4	53	43.8	67	55.4	36	29.8	44	36.4	22	18.2	65	53.7	0	0.0
	65-74	58	36.7	77	48.7	39	24.7	29	18.4	21	13.3	76	48.1	104	65.8	36	22.8	74	46.8	15	9.5	74	46.8	7	4.4

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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	6,647	21.5	6,381	20.7	4,257	13.8	2,680	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,789	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,585	56.9	81	0.3	
保険者	合計	82	27.9	57	19.4	59	20.1	32	10.9	4	1.4	87	29.6	200	68.0	8	2.7	88	29.9	29	9.9	162	55.1	1	0.3
	40-64	39	27.9	26	18.6	24	17.1	16	11.4	1	0.7	28	20.0	88	62.9	4	2.9	31	22.1	14	10.0	80	57.1	1	0.7
	65-74	43	27.9	31	20.1	35	22.7	16	10.4	3	1.9	59	38.3	112	72.7	4	2.6	57	37.0	15	9.7	82	53.2	0	0.0

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	合計	279	41.4	19	6.8%	48	17.2%	7	2.5%	26	9.3%	15	5.4%	66	23.7%	9	3.2%	5	1.8%	32	11.5%	20	7.2%
保険者	40-64	121	32.6	8	6.6%	23	19.0%	3	2.5%	12	9.9%	8	6.6%	25	20.7%	1	0.8%	2	1.7%	13	10.7%	9	7.4%
	65-74	158	52.1	11	7.0%	25	15.8%	4	2.5%	14	8.9%	7	4.4%	41	25.9%	8	5.1%	3	1.9%	19	12.0%	11	7.0%

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	
	合計	294	52.0	11	3.7%	21	7.1%	2	0.7%	11	3.7%	8	2.7%	25	8.5%	4	1.4%	3	1.0%	12	4.1%	6	2.0%
保険者	40-64	140	45.3	7	5.0%	12	8.6%	2	1.4%	3	2.1%	7	5.0%	7	5.0%	2	1.4%	1	0.7%	3	2.1%	1	0.7%
	65-74	154	60.2	4	2.6%	9	5.8%	0	0.0%	8	5.2%	1	0.6%	18	11.7%	2	1.3%	2	1.3%	9	5.8%	5	3.2%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

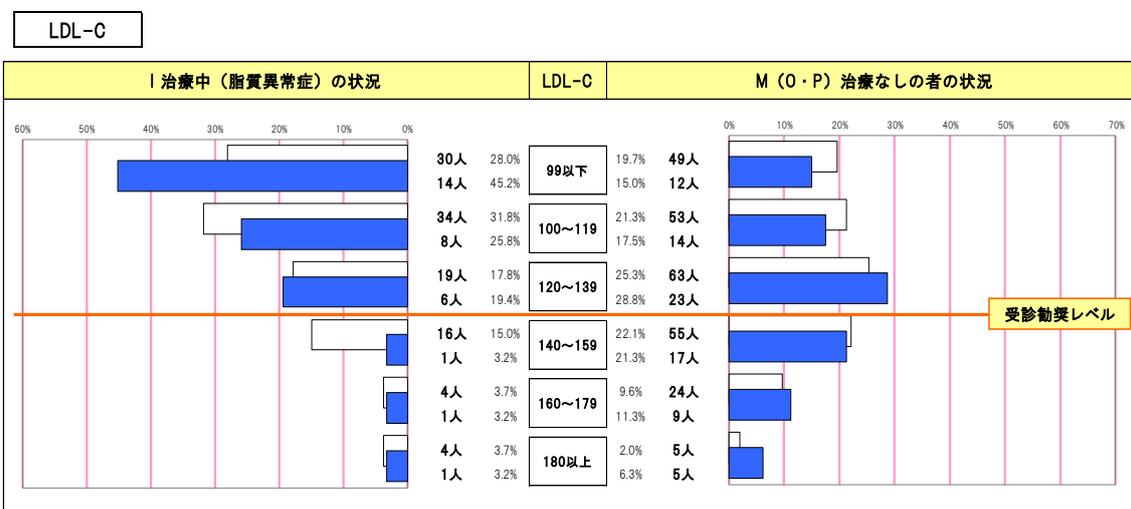
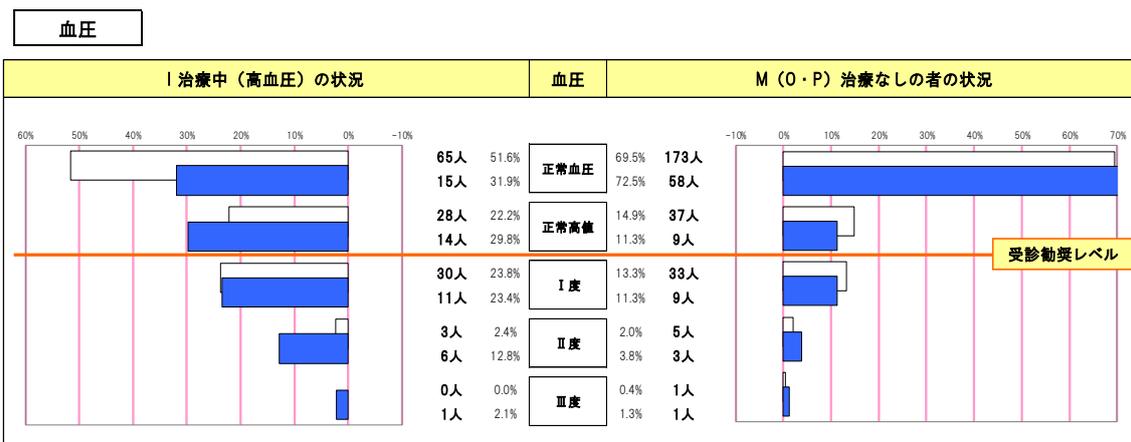
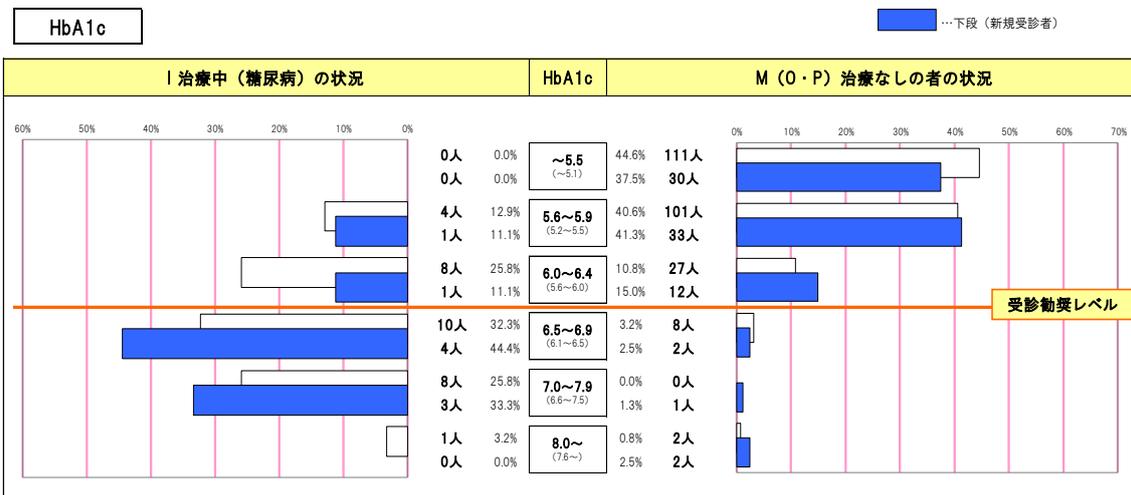
健診の継続受診者でも医療機関受診勧奨レベルで治療なしの者がいるので、重症化予防に向けた保健指導が必要であることが分かった。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較 2015年度・2016年度

…上段 (継続受診者)

…下段 (新規受診者)



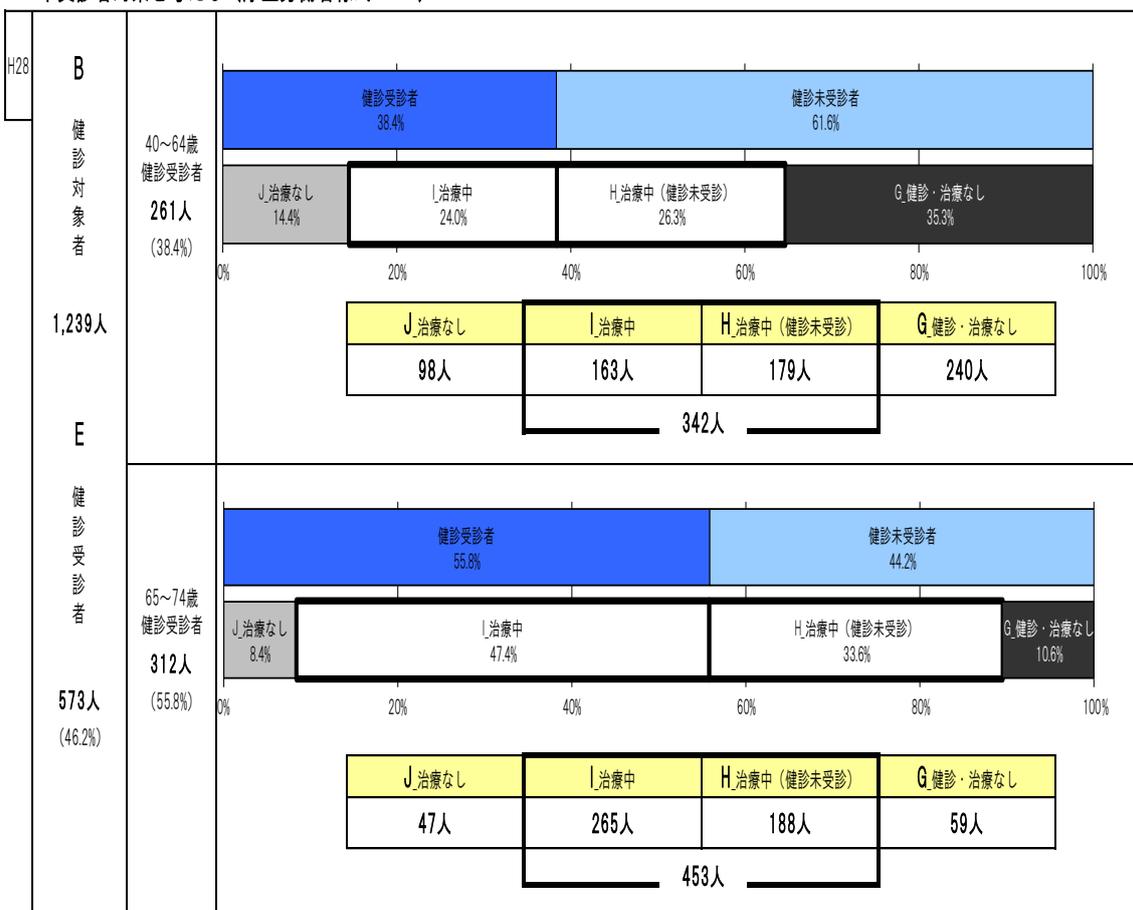
4) 未受診者の把握 (図表 19)

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35.3%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。健診受診者と未受診者の治療費(下表)でも、健診を受けて生活習慣の改善や外来受診をすることは重症化予防につながり、医療費適正化の面において有用であることがわかる。生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

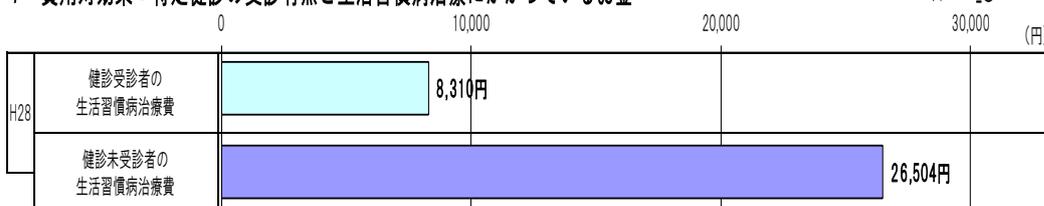
★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑥



3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。2023(平成35)年度には2018(平成30)年度と比較して、3つの疾患の医療費をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の2020(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、玄海町の医療のかかり方は、普段は病院にかからず、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保健指導を実施して、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、適切な医療受診や、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。

データヘルス計画の目標一覧表

【別添①】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価				最終評価値	現状値の把握方法	
				2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年		2023年
特定健診等	メタボリックシンドロームの予備群・該当者の増加、一人あたり入院医療費の増加、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の増加(データヘルス計画 第2章の2) 第1期に係る考察 から抜粋)	一人あたり入院医療費、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の減少	特定健診受診率60%以上(法定報告)	46.2	46.2	48.5	51.0	53.5	56.0	58.5	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(法定報告)	28.9	28.9	37.0	41.5	46.0	50.5	55.0	60.0	
			特定保健指導対象者の減少率25%	94	94	95	90	85	80	75	70	
データヘルス計画	中長期	一人あたり入院医療費、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合5%減少(第2章3 目標の設定 から抜粋)	3.64	3.64	3.61	3.58	3.55	3.52	3.49	3.46	データヘルス計画の図表 8:KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合5%減少(")	0.91	0.91	0.90	0.89	0.88	0.87	0.86	0.86	
			腎疾患(透析)の総医療費に占める割合5%減少(")	6.64	6.64	6.58	6.52	6.47	6.42	6.37	6.31	
データヘルス計画	短期	一人あたり入院医療費、中長期的目標の疾患に対する医療費割合の減少	メタボリックシンドローム・予備群の割合5%減少(第2章3 目標の設定 から抜粋)	27.9	27.9	27.6	27.4	27.2	26.9	26.7	26.5	データヘルス計画の参考資料1項目5及び図表18
			健診受診者の高血圧者の割合5%減少(Ⅱ度以上)	3.50	3.50	3.47	3.44	3.41	3.38	3.35	3.32	
			健診受診者の脂質異常者の割合5%減少(LDL180以上)	2.60	2.60	2.58	2.56	2.54	2.52	2.50	2.47	
保健推進協力			健診受診者の糖尿病患者の割合5%減少(HbA1c6.5以上)	7.2	7.2	7.1	7.1	7.0	7.0	6.9	6.8	

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期(2018(平成30)年度以降)からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	48.5%	51.0%	53.5%	56.0%	58.5%	60%
特定保健指導実施率	37.0%	41.5%	46.0%	50.5%	55.0%	60%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	1308	1281	1254	1228	1202	1177
	受診者数	634	653	671	688	703	706
特定保健指導	対象者数	95	98	101	103	105	106
	実施者数	35	41	46	52	58	64

※特定健診の対象者数は直近5年の伸び率平均0.979066から算出。

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、集団健診と個別健診を実施する。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、県医師会と市町国保の代表保険者として佐賀市が集合契約を行う。

(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、対象者への健診案内通知に同封する。

(4) 特定健診実施項目

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

5 月から翌年 2 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、医療機関へ協力依頼する。

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、佐賀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、医療保険者として加入者に対する周知広報活動を実施する。

- | | |
|------|--------------------|
| 5 月 | 玄海広報にて健診について周知する。 |
| 6 月 | 対象者に健診案内と受診券を個別通知。 |
| 7 月 | 集団健診の実施。 |
| 9 月 | 健診未受診者への受診勧奨。 |
| 〃 | 集団健診の実施。 |
| 10 月 | 集団健診の実施。 |

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(2018(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)

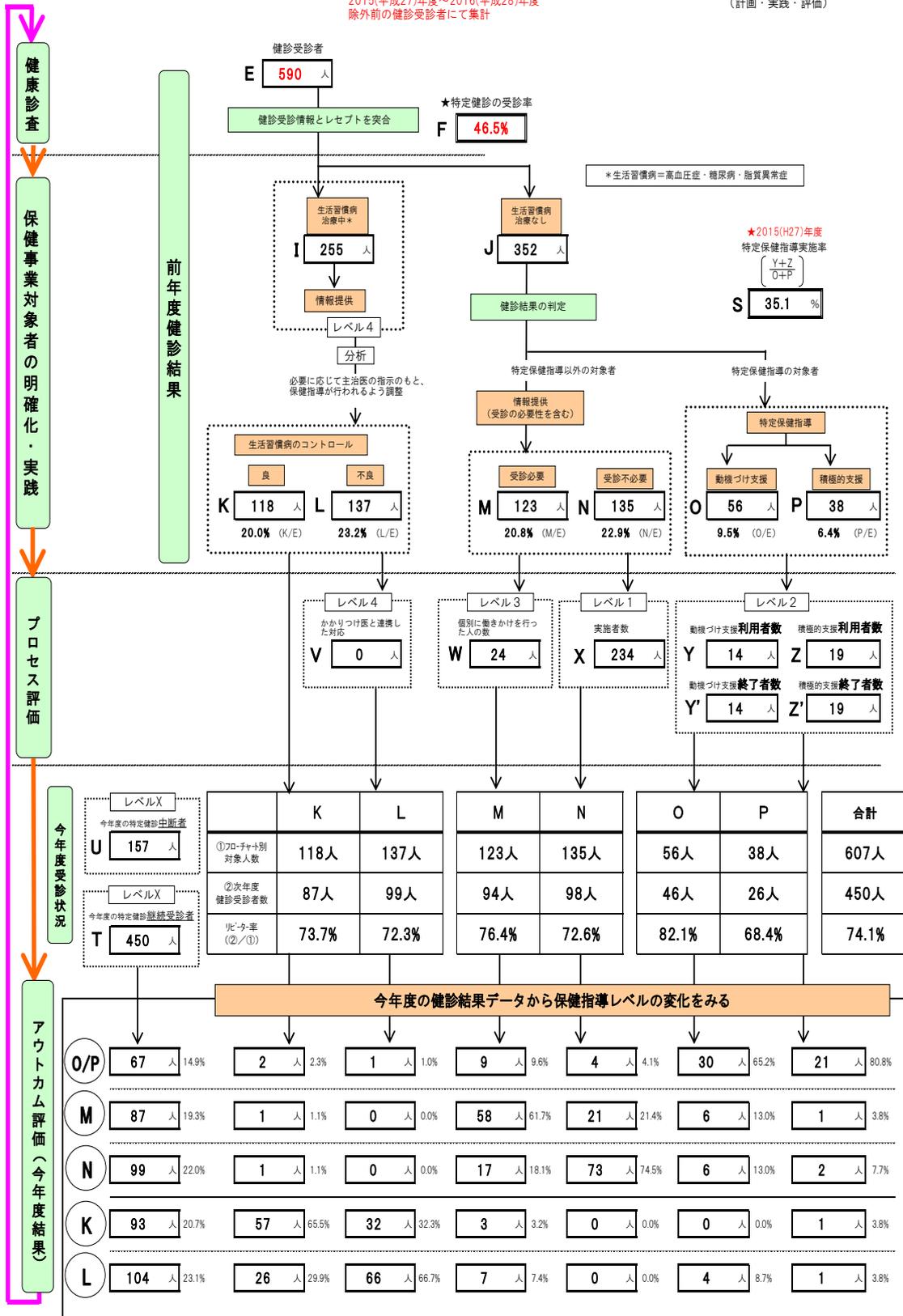
【図表 23】

様式6-10 健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10

(計画・実践・評価)

2015(平成27)年度~2016(平成28)年度
除外前の健診受診者にて集計



(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)

優先順位	様式 6-10	保健指導 レベル	支援方法	2015(H27) 年度の 対象者数 (受診者 590 人の ○%)	2018(H30) 対象者数 見込 (受診者 634 人の ○%)	目標実施率 H30
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	94 人 (15.9%) 実施者 34 人	対象者 95 人 (15.0%)	実施目標 35 人 37.0%
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	123 人 (20.3%)	131 人 (20.3%)	・結果通知に同封にて 100% ・HbA1c6.5 以上の者は 個別 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、通知や訪問・電話等による受診勧奨)	678 人	674 人	通知 100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	258 人 (43.7%)	277 人 (43.7%)	通知 100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	255 人 (43.2%)	274 人 (43.2%)	L 生活習慣病コントロール不良 147 人 (23.2%)に 対しては 50%

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDC A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】

生活習慣病予防保健指導年間スケジュール

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
特定健診	・対象者データの作成	・受診券発行 ・通知準備	・個別通知 ・区長会で受診勧奨の協力依頼 ・特定健康診査の広報	・7月の集団健診(健診当日に初回面接、または結果説明会の予約を取る)	・7月集団健診の結果説明会	・9月の集団健診(健診当日に初回面接、または結果説明会の予約を取る)	・9月集団健診の結果説明会 ・10月の集団健診(健診当日に初回面接、または結果説明会の予約を取る)	・10月集団健診の結果説明会				・契約	
未受診者対策				・7月の集団健診の後、未受診者受診勧奨通知・電話・訪問									
特定保健指導 重症化予防				・特定健康診査受診呼びかけ(広報・行政放送) ・二次健診の実施および結果説明	→								
	・前年度の特定保健指導、重症化予防などの対象者に、引き続き訪問・面接を実施していく。			→									
				・特定保健指導、重症化予防などの対象者抽出し、訪問・面接を実施していく。 ・必要に応じてかかりつけ医と連携をとる。									

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玄海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、玄海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（2017(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）及び佐賀県および唐津地区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佐賀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
 1. 糖尿病性腎症で通院している者
 2. 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。玄海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。(図表 28 の右下)

② 基準に基づく該当者数の把握

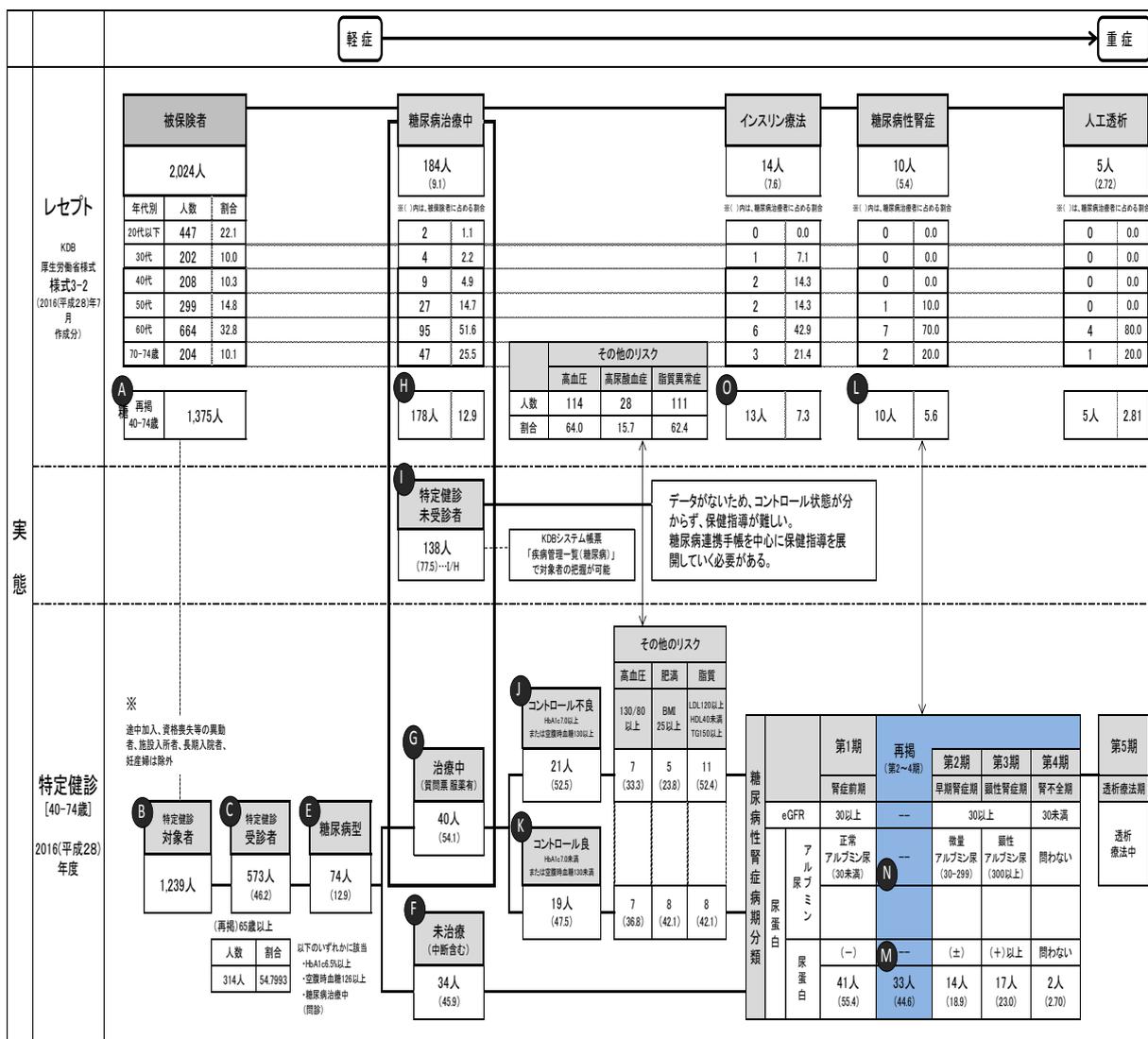
レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

玄海町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 34 人 (45.9%・F) であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 74 人中のうち、特定健診受診者が 40 人 (54.1%・G) であったが、21 人 (52.5%・J) はコントロール不良であった。

【図表 28】

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

都道府県名	佐賀県	市町村名	玄海町	同規模区分	9
-------	-----	------	-----	-------	---



糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

【別添②】

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
尿アルブミン定量		正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30～299	300以上	
(尿蛋白/Cr比) (g/gCr)				(0.50以上)	
		尿蛋白定性検査			
		(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分	未実施	第1期 (腎症前 期)	第2期 (早期 腎症期)	第3期 (顕性 腎症期)	
	G1				≥90
	G2				60～89
	G3a				45～59
	G3b				30～44
	G4	15～29	第4期 (腎不全期)		
	G5	>15	第4期 (腎不全期)		
透析療法中		第5期(透析療法期)			

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

《介入方法と優先順位》

図表 28 より玄海町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)・・・34人
- ② 糖尿病治療中であつたが中断者(レセプトを確認する)
 - ・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 (J)・・・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

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)・・・98人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

3) 対象者の進捗管理

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料2)及び年次計画表(参考資料3)で行い、下記「玄海町糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施計画(手順書)」に基づき管理していく。

○玄海町糖尿病性腎症重症化予防プログラム実施計画（手順書）

1 対象者の抽出

(1) 毎年8月（※抽出作業実施時期）に過去5年間（※抽出対象データの時期）の特定健診データにより、HbA1c (NGSP) 6.5%以上の者で、糖尿病を治療していない者。ただし当該基準を満たす者のうち、尿蛋白（1+）以上を認める者又は推算糸球体ろ過率（eGFR）が60ml/分/1.73 m²未満の者（※抽出基準）に該当した者を抽出し、糖尿病管理台帳を作成。

(2) KDBシステムからレセプトデータ等により糖尿病治療の有無を確認し、①医療機関未受診者、②糖尿病治療中断者、③ハイリスク者を把握し、保健指導の優先順位を確認。

2 対象者への受診勧奨

対象者全員に対し、医療機関の継続受診及び特定健診の受診について、面談、家庭訪問や文書送付等により受診勧奨を実施し、継続的な介入が必要と思われる対象者に対しては、併せて保健指導の同意を得る。

※同意の取得方法：健診の結果説明会または訪問や電話などによる聞き取り。

なお、未来所、不在等により対象者に接触できなかった場合は、文書を送付。（又は、文書送付後に、訪問や電話による勧奨の実施。）

勧奨実施後、3ヶ月後にレセプトデータや面接等により受診が確認できない場合は、家庭訪問、電話、文書送付等により再勧奨の実施。

3 保健指導の実施

同意を得た全ての対象者に対し、個別面談、電話等により以下のような保健指導を継続して実施。

(1) 対象者毎の保健指導

- ① 医療機関未受診者（中断者含む）については、受診勧奨の保健指導の実施。
- ② 特定健診未受診者については、特定健診受診勧奨の保健指導の実施。
- ③ ハイリスク者については、医療機関（かかりつけ医）と連携した保健指導。

(2) 指導の内容等

1回目指導：医療機関への定期受診勧奨、特定健診受診勧奨。

2回目指導：1回目の指導から3ヶ月を目途に、医療機関検査値の確認と重症化予防についての保健指導を実施し、必要に応じて連絡票、佐賀県糖尿病連携手帳等を活用して医療機関（かかりつけ医）との連携した保健指導の実施。

3 回目指導：特定健診データや医療機関の検査値を確認し、数値が良好な場合は、医療機関の受診継続の指導と次年度の特定健診の受診勧奨を実施。

4 保健指導後の評価

保健指導実施後に、特定健診の結果や医療機関の検査結果等を確認し、HbA1c 値、eGFR 値、尿蛋白等の結果から、保健指導実施前後の評価を行う。

(1) 前年度からの保健指導実施者については、今年度の特定健診の結果における HbA1c 値、eGFR 値、尿蛋白等の結果と前年度の健診データを比較・確認し評価を行う。特定健診のデータが得られない場合であっても、佐賀県糖尿病連携手帳等により医療機関（かかりつけ医）の検査結果が把握できる場合は、これらのデータを活用し評価を行う。

(2) 今年度から保健指導を実施する対象者については、現在の特定健診データと次年度の特定健診データにおける HbA1c 値、eGFR 値、尿蛋白等の結果を確認し評価を行う。なお、医療機関（かかりつけ医）の検査結果が、佐賀県糖尿病連携手帳等により医療機関（かかりつけ医）の検査結果が把握できる場合は、これらのデータを活用し評価を行う。

【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する。

*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) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

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。玄海町においては、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み方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 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次健診の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

治療中の場合は佐賀県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佐賀県や唐津地区のプログラムに準じ行っていく。

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く。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価(参考資料4)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

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/1.73m²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

8月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8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。

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5）

(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。

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、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。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 6 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健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病 (CKD) が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳 (参考資料 2) 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

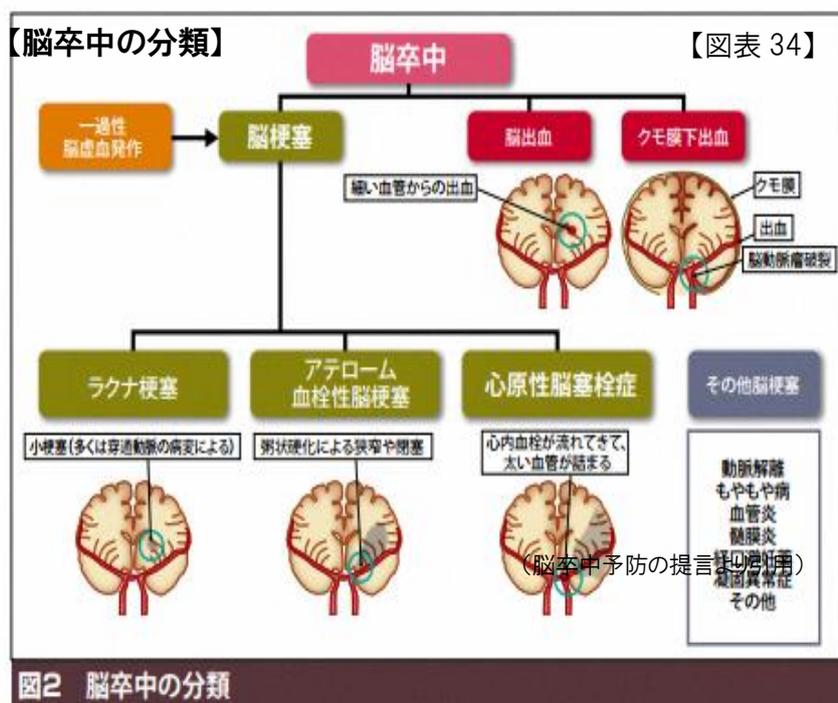
8月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出 (概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入 (通年)

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 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。

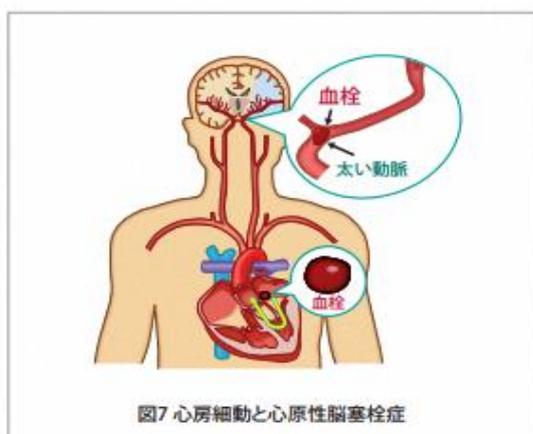
脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が20人(3.4%)であり、10人は未治療者であった。また未治療者のうち8人(80%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧の者も10人(5.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少			
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中合同ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (循環器科の診断と治療に関するガイドライン (2005年委員会研究提報))			糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>クモ膜下出血(7%)</div> <div>脳出血(18%)</div> <div>脳梗塞(75%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div>心原性 脳塞栓症 (27%)</div> <div>ラクナ 梗塞 (31.9%)</div> <div>アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%)</div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">※脳卒中 データのうち 20%より 非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>心筋梗塞</div> <div>労作性 狭心症</div> <div>安静 狭心症</div> </div>						
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)				
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)				
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)	
受診者数 580	20	0	16	19	93	41	14	29	165	
対象者数	3.4%	0.0%	2.8%	3.3%	16.0%	7.1%	2.4%	5.0%	28.4%	
治療なし	10	0	11	15	26	29	3	11	64	
	2.5%	0.0%	2.5%	3.4%	7.9%	5.4%	0.9%	3.3%	19.5%	
(再掲) 特定保健指導	5	0	5	9	26	11	2	4	42	
	25.0%	--	31.3%	47.4%	28.0%	26.8%	14.3%	13.8%	25.5%	
治療中	10	0	5	4	67	12	11	18	101	
	5.8%	0.0%	3.6%	2.9%	26.7%	30.0%	4.4%	7.2%	40.2%	
臓器障害 あり	8	0	1	2	7	10	3	11	23	
	80.0%	--	9.1%	13.3%	26.9%	34.5%	100.0%	100.0%	35.9%	
CKD(専門医対象者)	1	0	1	2	4	7	3	11	13	
蛋白尿(2+)以上	0	0	1	1	2	4	3	1	3	
蛋白尿(+) and 尿潜血(+)以上	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1	0	0	2	2	4	1	11	11	
心電図所見あり	8	0	0	0	3	3	0	1	11	
臓器障害 なし	2	--	10	13	19	19	--	--	--	
	20.0%	--	90.9%	86.7%	73.1%	65.5%	--	--	--	

【図表 36】

(2) 心電図検査における 心房細動の実態



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

(3) 対象者の管理

心房細動の方が発見されたら、治療中断がないように台帳管理をしていく。

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) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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。その台帳を（参考資料 7）で作成することを検討する。

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。

(1) 中長期的評価：他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(2) 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

8月 対象者の選定基準の決定

8月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

8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。

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。

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高くなってきており、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】

65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
玄海町	人	1,583	1,672	1,776	1,783	1,728	1,657	1,595
	%	24.8	27.6	31	33	34	34.7	35.7

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

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか(検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

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

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

保健活動の実践体制について、別添③の表で目標と実施量を評価していく。

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表

案

項目	年度		H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
	保健スタッフ数	保健師	実績							
栄養士		実績								
事務職		実績								
特定健診	実績	対象者数								
		受診人数								
		受診率								
保健指導										
1. 特定保健指導対象者	実績	A	対象者数							
		B	指導実人数							
		再掲	(再:訪問実人数)							
		B/A	指導割合							
2. 重症化予防対象者										
1) HbA1c6.5%以上者	実績	C	対象者数							
		D	指導実人数							
		再掲	(再:訪問実人数)							
		D/C	指導割合							
		(1) HbA1c6.5%以上者のうち医療との連携者数	実人数 【①+②合計人数】							
		①治療の受診勧奨者数	実人数							
②保健指導での連携者数	実人数									
2) 高血圧Ⅱ度以上者	実績	E	対象者数							
		F	指導実人数							
		再掲	(再:訪問実人数)							
		F/E	指導(割合)							
3) LDL-180以上者	実績	G	対象者数							
		H	指導実人数							
		再掲	(再:訪問実人数)							
		H/G	指導(割合)							

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、地域の師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

参考資料2 糖尿病管理台帳

参考資料3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料4 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5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料6 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料7 血圧評価表

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

【参考資料1】

項目	玄海町				同規模平均		県		国		データ元 (CSV)	
	2013年度(H25)		2016年度(H28)		実数	割合	2016年度		実数	割合		
	実数	割合	実数	割合			実数	割合				
① 人口構成	総人口	6,375									KDB_NO.5 人口の状況	
	65歳以上(高齢化率)	1,583	24.8								KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	75歳以上	937	14.7									
	65～74歳	646	10.1									
	40～64歳	2,043	32.0									
	39歳以下	2,749	43.1									
② 産業構成	第1次産業	24.4									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	18.4										
	第3次産業	57.2										
③ 平均寿命	男性	79.2										
	女性	86.3										
④ 健康寿命	男性	65.1									KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.7										
① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	107.1	101.7	104.8	102.7	100					
		女性	98.9	108.4	100.8	97.0	100					
	死亡の状況	がん	22	47.8	21	47.7	6,817	45.1	2,798	51.0	367,905	49.6
		心臓病	9	19.6	11	25.0	4,392	29.1	1,387	25.3	196,768	26.5
		脳疾患	6	13.0	8	18.2	2,661	17.6	880	16.0	114,122	15.4
		糖尿病	1	2.2	2	4.5	274	1.8	105	1.9	13,658	1.8
腎不全		3	6.5	1	2.3	548	3.6	174	3.2	24,763	3.3	
自殺	5	10.9	1	2.3	409	2.7	141	2.6	24,294	3.3		
② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計										厚労省HP 人口動態調査	
	男性											
	女性											

【参考資料1-1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

【参考資料1】

項目	玄海町				同規模平均	県		国	データ元 (CSV)			
	2013年度(H25)		2016年度(H28)			2016年度						
	実数	割合	実数	割合		実数	割合					
① 介護保険	1号認定者数(認定率)		233	14.6	252	15.5	114,751	20.1	5,885,270	21.2		
	新規認定者		10	0.2	2	0.3	1,910	0.3	795	0.3	105,636	0.3
② 有病状況	2号認定者		3	0.1	4	0.2	2,325	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4
	糖尿病		46	21.1	54	19.5	25,230	21.2	10,148	21.7	1,350,152	22.1
	高血圧症		139	59.3	167	64.3	64,783	54.6	27,949	59.7	3,101,200	50.9
	脂質異常症		87	40.1	88	34.4	31,854	26.7	14,344	30.6	1,741,866	28.4
	心臓病		168	71.9	194	75.2	73,398	61.9	31,911	68.5	3,529,682	58.0
	脳疾患		97	43.4	115	42.8	33,188	28.2	14,853	32.0	1,538,683	25.5
	がん		38	17.8	52	20.3	11,653	9.7	5,946	12.6	631,950	10.3
	筋・骨格		145	57.7	159	64.0	63,731	53.7	28,340	60.6	3,067,196	50.3
	精神		91	36.1	110	42.1	44,036	37.1	20,766	44.3	2,154,214	35.2
	1件当たり給付費(全体)		90,023		88,737		70,589		65,198		58,284	
③ 介護給付費	居宅サービス		47,073		47,004		40,961		46,314		39,662	
	施設サービス		289,803		300,946		275,251		282,952		281,186	
④ 医療費等	要介護認定別		9,465		8,462		8,457		8,101		7,980	
	医療費(40歳以上)		4,111		4,069		4,122		4,033		3,816	

3

【参考資料 1-2】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

【参考資料1】

項目	玄海町				同規模平均	県		国	データ元 (CSV)		
	2013年度(H25)		2016年度(H28)			2016年度					
	実数	割合	実数	割合		実数	割合				
① 国保の状況	被保険者数										
	65～74歳	515	23.4	594	30.6	80,173	39.1	12,461,613	38.2		
	40～64歳	906	41.2	749	38.5	69,731	34.0	10,946,712	33.6		
	39歳以下	778	35.4	601	30.9	55,261	26.9	9,179,541	28.2		
② 医療の概況 (人口千対)	加入率										
	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	108	0.5	8,255	0.3
	診療所数	4	1.8	3	1.5	1,108	2.2	684	3.3	96,727	3.0
	病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.4	15,108	73.6	1,524,378	46.8
	医師数	3	1.4	4	2.1	1,575	3.2	2,319	11.3	299,792	9.2
	外来患者数	612.5		644.8		660.2		736.4		668.1	
入院患者数	21.6		23.7		22.7		26.3		18.2		
③ 医療費の状況	一人当たり医療費										
	受診率	24,388	県内20位 同規模122位	25,499	県内20位 同規模49位	26,488		29,593		24,245	
	費用の割合	634,168		668,544		682,952		762,714		686,286	
	外来	53.2		51.5		56.6		55.6		60.1	
	入院	96.6		96.4		96.7		96.6		97.4	
	1件あたり入院日数	46.8		48.5		43.4		44.4		39.9	
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(調剤含む)	費用の割合										
	がん	19.3日		19.2日		16.3日		18.0日		15.6日	
	慢性腎不全(透析あり)	77,684,930	21.9	46,430,650	15.8	24.1		21.4		25.6	
	糖尿病	45,519,610	12.9	40,604,490	13.8	9.1		11.0		9.7	
	高血圧症	24,424,280	6.9	30,241,560	10.3	10.2		8.4		9.7	
	精神	33,284,770	9.4	25,410,300	8.6	9.2		7.8		8.6	
筋・骨格	70,036,560	19.8	50,448,210	17.1	17.5		23.2		16.9		
	59,858,620	16.9	50,522,660	17.2	16.1		15.7		15.2		

【参考資料1-3】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

【参考資料1】

項目	玄海町						同規模平均	県		国	データ元 (GSV)		
	2013年度(H25)			2016年度(H28)				2016年度					
	実数	割合	順位	実数	割合	順位		実数	割合				
⑤ 費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数23 入院の()内は在 院日数	入院	糖尿病	553,755	8位	(17)	516,981	16位	(18)					
		高血圧	576,085	9位	(17)	549,808	13位	(21)					
		脂質異常症	508,895	7位	(22)	584,437	3位	(23)					
		脳血管疾患	595,731	7位	(19)	595,808	12位	(23)					
		心疾患	384,448	23位	(21)	510,126	19位	(16)					
		腎不全	658,202	9位	(21)	726,122	7位	(16)					
		精神	493,312	1位	(28)	530,305	1位	(27)					
		悪性新生物	677,209	3位	(14)	598,674	16位	(15)				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
		糖尿病	41,940	2位		32,976	17位						
		高血圧	33,152	4位		30,401	10位						
		脂質異常症	28,192	4位		25,266	16位						
		脳血管疾患	49,780	1位		30,409	20位						
		心疾患	43,488	7位		40,608	14位						
		腎不全	160,533	20位		156,759	21位						
精神	34,663	3位		26,662	22位								
悪性新生物	47,290	11位		41,721	20位								
⑥ 健診有無別 一人当たり 点数	生活習慣病対象者 一人当たり	健診対象者	3,310			2,835			3,127	3,158	2,346	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
		健診受診者											
		健診未受診者	8,752			9,042			11,954	13,153	12,339		
		健診未受診率	9,725			8,310			8,685	8,148	6,742		
⑦ 健診しレ 突合	受診勧奨者	一人当たり	25,715			26,504			33,204	33,935	35,459		
		医療機関受診率	328	53.3		312	54.5		87,076	57.0	29,505	53.2	4,427,360
		医療機関非受診率	278	45.2		277	48.3		79,315	51.9	27,181	49.0	4,069,618
			50	8.1		35	6.1		7,761	5.1	2,324	4.2	357,742
													51.5
													4.5

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

【参考資料1】

項目	玄海町				同規模平均	県		国	データ元 (CSV)
	2013年度(H25)		2016年度(H28)			2016年度			
	実数	割合	実数	割合		実数	割合		
①	健診受診者								
②	46.2	615	46.2	573	152,769	55,471	7,898,427		
③	32	32.3	28	31.1	8036	41.1	40.6	36.4	
④	81	13.2	52	9.1	15,303	10.0	4,488	198,683	
⑤	該当者	88	14.3	91	27,745	18.2	9,280	1,365,855	21.1
	男性	70	23.3	66	19,338	27.2	6,218	940,335	27.5
⑥	女性	18	5.7	25	8,407	10.3	3,062	425,520	9.5
	予備群	66	10.7	69	17,604	11.5	6,844	847,733	10.7
⑦	男性	45	15.0	48	12,301	17.3	4,523	588,308	17.2
	女性	21	6.7	21	5,303	6.5	2,321	259,425	5.8
⑧	総数	174	28.3	190	51,074	33.4	18,841	2,490,581	31.5
	男性	132	43.9	133	35,501	50.0	12,460	1,714,251	50.2
⑨	女性	42	13.4	57	15,573	19.1	6,381	776,330	17.3
	総数	40	6.5	37	9,243	6.1	2,217	372,685	4.7
⑩	男性	9	3.0	7	1,548	2.2	355	59,615	1.7
	女性	31	9.9	30	7,695	9.4	1,862	313,070	7.0
⑪	血糖のみ	9	1.5	9	1,199	0.8	589	52,296	0.7
	血圧のみ	37	6.0	37	12,440	8.1	4,444	587,214	7.4
⑫	脂質のみ	20	3.3	23	3,965	2.6	1,811	208,214	2.6
	血糖・血圧	21	3.4	13	4,996	3.3	1,587	212,002	2.7
⑬	血糖・脂質	7	1.1	8	1,510	1.0	688	75,032	0.9
	血圧・脂質	41	6.7	44	12,772	8.4	4,414	663,512	8.4
⑭	血糖・血圧・脂質	19	3.1	26	8,467	5.5	2,611	415,310	5.3

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた玄海町の位置

【参考資料1】

項目	玄海町				同規模平均		県		国		データ元 (CSV)
	2013年度(H25)		2016年度(H28)		実数	割合	2016年度		実数	割合	
	実数	割合	実数	割合			実数	割合			
①	高血圧	158	25.7	170	29.7	54,561	35.7	18,238	32.9	2,650,283	33.6
	服薬	50	8.1	40	7.0	12,934	8.5	4,910	8.9	589,711	7.5
②	脂質異常症	118	19.2	136	23.7	34,459	22.6	12,593	22.7	1,801,221	23.6
	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	1	50.0	0	0.0	4,709	3.3	627	1.6	246,252	3.3
③	既往	1	50.0	0	0.0	8,283	5.7	862	2.2	417,378	5.5
	往歴	0	0.0	0	0.0	1,808	1.2	305	0.8	39,184	0.5
④	貧血	0	0.0	0	0.0	12,100	8.4	3,369	8.4	761,573	10.2
	喫煙	114	18.5	102	17.8	23,837	15.6	7,948	14.3	1,122,649	14.2
⑤	週3回以上朝食を抜く	94	15.3	73	12.8	10,687	7.7	4,718	8.7	585,344	8.7
	週3回以上食後間食	90	14.6	75	13.1	18,294	13.1	6,241	11.6	803,966	11.9
⑥	週3回以上就寝前夕食	136	22.1	126	22.0	22,957	16.4	6,220	11.5	1,054,516	15.5
	食べる速度が速い	144	23.4	139	24.3	37,935	27.2	15,290	28.3	1,755,597	26.0
⑦	20歳時体重から10kg以上増加	229	37.2	213	37.2	46,884	33.5	17,904	33.2	2,192,264	32.1
	1回30分以上運動習慣なし	469	76.3	414	72.4	92,124	65.7	34,141	63.3	4,026,105	58.8
⑧	1日1時間以上運動なし	244	45.4	172	40.1	67,794	48.5	25,251	49.1	3,209,187	47.0
	睡眠不足	16	20.3	39	27.5	32,751	23.6	12,262	25.5	1,698,104	25.1
⑨	毎日飲酒	138	22.4	138	24.1	37,751	26.0	13,463	24.9	1,886,293	25.6
	時々飲酒	178	28.9	155	27.1	31,060	21.4	11,094	20.5	1,628,466	22.1
⑩	1台未満	140	44.3	147	50.2	57,553	59.5	14,219	53.7	3,333,836	64.0
	1~2台	98	31.0	83	28.3	25,692	26.5	8,870	33.5	1,245,341	23.9
⑪	2~3台	62	19.6	45	15.4	10,133	10.5	2,720	10.3	486,491	9.3
	3台以上	16	5.1	18	6.1	3,402	3.5	645	2.4	142,733	2.7
⑬	生活習慣の状況										

6

【参考資料1-6】

【参考資料2】

糖尿病管理台帳【永年】
(HbA1c6.5以上)

【対象者抽出基準】
過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病療養は問診結果による
※追加年度は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

〇〇市
A 地区

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	H24	H25	H26	H27	H28	H29	転出・死亡等	備考	
1		H24					男	49	糖尿病	H25.3	血糖	HbA1c	8.2	未把握	未把握	未把握	7.3	8.6	H28年6月～ 治療中断
									高血圧		糖	体重	70.7				71.3	68.3	
									虚血性心疾患		糖以外	BMI	26				26	25.4	
									脳血管疾患			血圧	118/86				133/87	125/86	
									糖尿病性腎症			GFR	83.6				94.4	90.9	
											CKD	尿蛋白	±	±					
2		H24					男	52	糖尿病	H22.1	血糖	HbA1c	7.5	7.6	7.1	7	7.2	7	H29.9月 治療継続中 眼科受診有
									高血圧	H22.1	糖	体重	77.9	76.8	75.4	76.7	75.6	73	
									虚血性心疾患		糖以外	BMI	27.9	27.5	26.9	27.4	26.7	25.8	
									脳血管疾患			血圧	149/86	132/72	134/71	136/84	133/68	128/77	
									糖尿病性腎症			GFR	82	92.9	82.2	91.8	73.1	81.9	
											CKD	尿蛋白	±	±	-	+	±	-	
3		H24					男	53	糖尿病	H23.1	血糖	HbA1c	8.1	6.9	6.6	7.1		7.6	H29年度後期、 健診データ・ 治療状況 「後期のKDB」 で確認
									高血圧		糖	体重	93.7	90	88.1	90.9		91	
									虚血性心疾患		糖以外	BMI	29.3	28.2	27.6	28.6		28.5	
									脳血管疾患			血圧	130/79	122/71	124/71	125/72		127/78	
									糖尿病性腎症			GFR	81.5	84.5	75.4	80.1		70.3	
											CKD	尿蛋白	±	±	±	±		±	
4		H24					男	68	糖尿病		血糖	HbA1c							転出？ (H29年11月 で確認)
									高血圧		糖	体重							
									虚血性心疾患		糖以外	BMI							
									脳血管疾患			血圧							
									糖尿病性腎症			GFR							
											CKD	尿蛋白	++	++					

【参考資料3】

糖尿病管理台帳からの年次計画 【平成29年度】

玄海町 H29.11月現在

	対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A+B) 特定健診結果から抽出 135人 (2012～2016年度健診分)		
	A 健診未受診者 (64)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
保健指導の優先づけ	結果未把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	
	①国保(生保) (38)人	3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者 (17)人		
	③他保険 (8)人		
	④住基異動(死亡・転出) (1)人 ⑤確認できず (0)人		
	①-1 未治療者(中断者含む) (7)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	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実施 栄養士中心 腎専門医
	B 結果把握 (71)人		
	①HbA1cが悪化している (30)人 (再掲)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(-) (40)人 (±) (13)人 (+)～顕性腎症 (18)人		
	③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 (2)人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 (14)人		

【参考資料4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実数	割合	玄海町				同規模保険者 (平均)		データ基		
				2016(H28)年度		2017(H29)年度		2018(H30)年度			28年度同規模保険者数238	
				実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合
1	① 被保険者数	2,024人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳	1,375人										
2	① 特定健診 対象者数	1,237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	572人										
	③ 受診率	46.2%										
3	① 特定保健指導 対象者数	90人										
	② 実施率	28.9%										
4	① 健診データ 糖尿病型	E	74人	12.9%						特定健診結果		
	② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	34人	45.9%								
	③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	40人	54.1%								
	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	21人	52.5%								
	⑤ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	J	7人	33.3%								
	⑥ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	J	5人	23.8%								
	⑦ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	K	19人	47.5%								
	⑧ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	M	41人	55.4%								
	⑨ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	M	14人	18.9%								
	⑩ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	M	17人	23.0%								
	⑪ ④ 中 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	M	2人	2.7%								
5	① レセプト 糖尿病受療率(被保険者千対)	90.9人								KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	② (再掲)40-74歳(被保険者千対)	129.5人										
	③ レセプト件数(40-74歳) 入院外(件数)	977件	(727.5)			1,227件	(771.8)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④ (再掲)40-74歳(被保険者千対) 入院(件数)	9件	(6.7)			9件	(5.4)					
	⑤ 糖尿病治療中	H	184人	9.1%						KDB_厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥ (再掲)40-74歳	I	178人	12.9%								
	⑦ 健診未受診者	I	138人	77.5%								
	⑧ インスリン治療	O	14人	7.6%								
	⑨ (再掲)40-74歳	O	13人	7.3%								
	⑩ 糖尿病性腎症	L	10人	5.4%								
	⑪ (再掲)40-74歳	L	10人	5.6%								
	⑫ 慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		5人	2.72%								
	⑬ (再掲)40-74歳		5人	2.81%								
	⑭ 新規透析患者数		4人									
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人									
	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)		7人	3.2%								
6	① 医療費 総医療費	6億1115万円						6億7140万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	② 生活習慣病総医療費	2億9442万円						3億8078万円				
	③ (総医療費に占める割合)	48.2%						56.7%				
	④ 生活習慣病対象者一人あたり 健診受診者	8,310円						8,685円				
	⑤ 健診未受診者	26,504円						33,204円				
	⑥ 糖尿病医療費	3024万円						3885万円				
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	10.3%						10.2%				
	⑧ 糖尿病入院外総医療費	7983万円										
	⑨ 1件あたり	32,976円										
	⑩ 糖尿病入院総医療費	6152万円										
	⑪ 1件あたり	516,981円										
	⑫ 在院日数	18日										
	⑬ 慢性腎不全医療費	4204万円						3708万円				
	⑭ 透析有り	4060万円						3468万円				
	⑮ 透析なし	144万円						240万円				
7	① 介護 介護給付費	4億8326万円						7億5295万円				
	② (2号認定者)糖尿病合併症	2件	33.3%									
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)	2人	2.6%					1人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

虚血性心疾患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"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑥ 発症予防対象者		
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~			
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~			
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~
		食後	~199		200~	
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40~	35~39		~34	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~	
	<input type="checkbox"/> ALT	~30	31~50		51~	
	<input type="checkbox"/> γ-GT	~50	51~100		101~	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99	100~125	126~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験
		食後	~139	140~199	200~	【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	拡張期	~84	85~89	90~		
<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3aA1				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

