

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 木城町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	7
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1.第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	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	48
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	52
第 8 章 特定健診以外の健（検）診との関係	52
参考資料	54

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

木城町においては、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

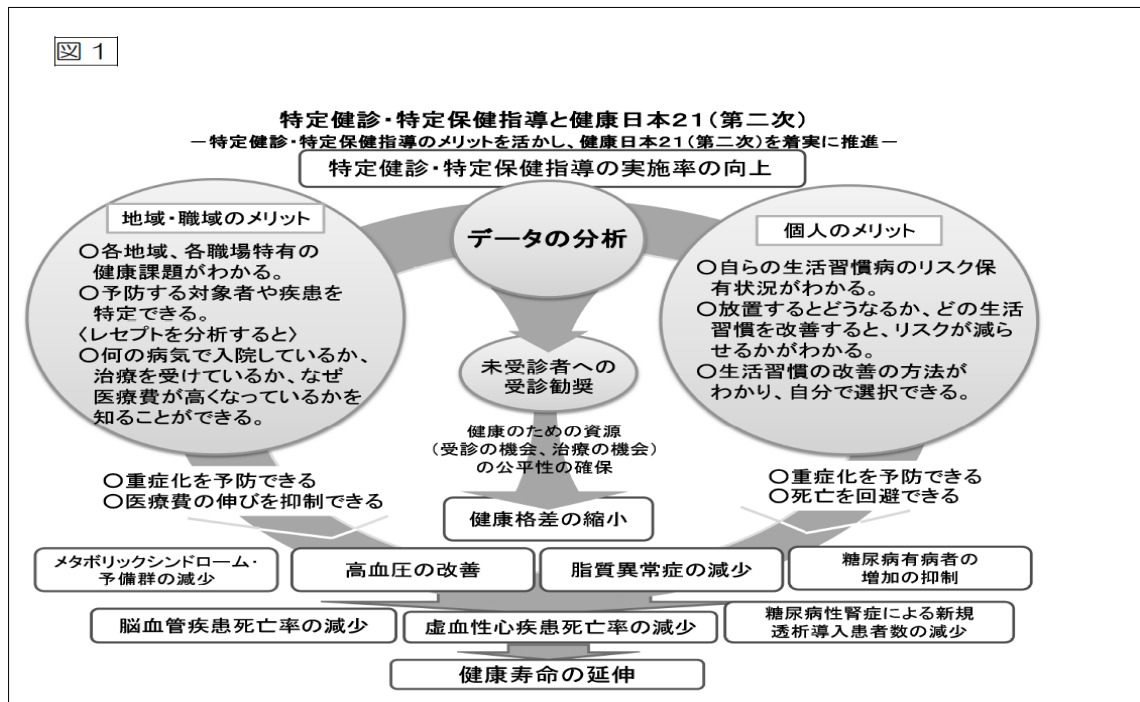
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、宮崎県健康増進計画や木城町健康増進計画、宮崎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】

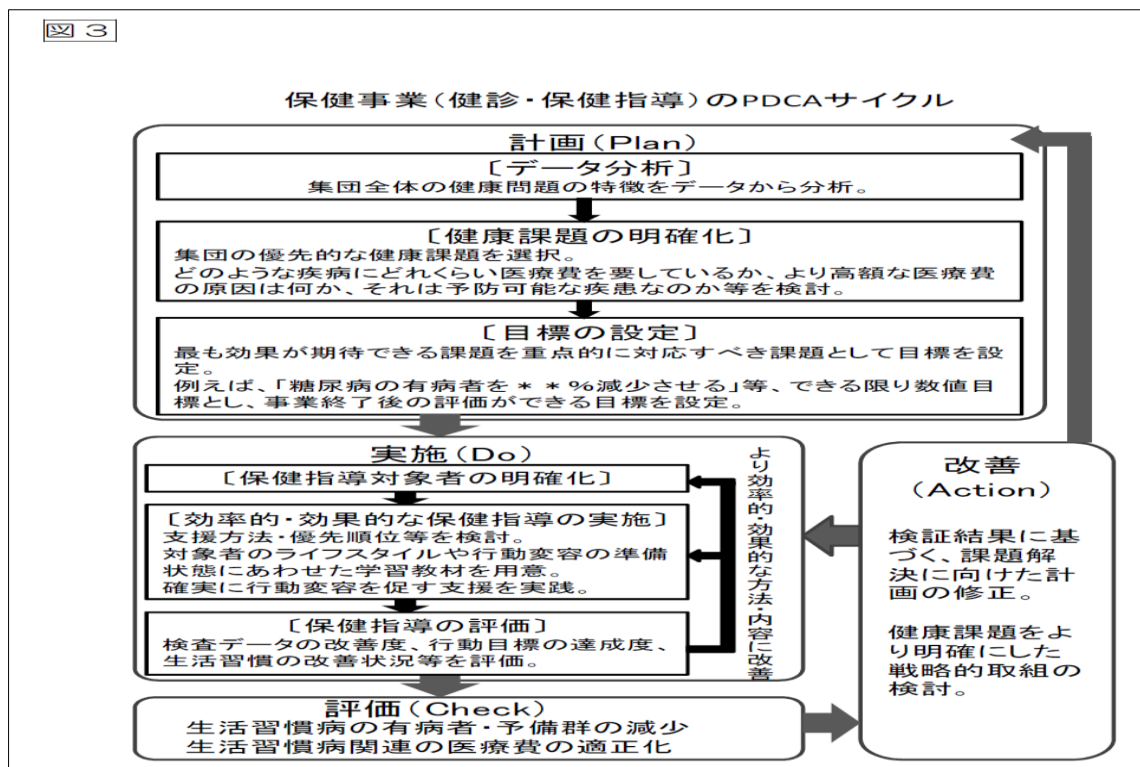
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年8月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正	厚生労働省 老健局 平成28年9月 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 健康局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針について(基本指針)【全額改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の予防や重症化予防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、社会生活の質が向上するものとする。生活習慣の改善及び社会環境の整備に関する取組を推進する。	生活習慣の改善による糖尿病等の発症予防や重症化を抑制し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらに「重症化や合併症の予防」を目的として、生活習慣の改善や重症化を抑制し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらに「重症化や合併症の予防」を目的として、生活習慣の改善や重症化を抑制し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができる。特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の重症化や重症化を抑制し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらに「重症化や合併症の予防」を目的として、生活習慣の改善や重症化を抑制し、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができる。	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り組みについて、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健事業を展開することを旨とする。被保険者の健康の保持増進により、医療費の適正化及び被保険者の健康意識の向上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、重症化を抑制し、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、良質な介護サービス等の提供を通じて、高齢者の生活の質を向上させること等を旨とする。	国民生活の向上を促すこと、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、良質な介護サービス等の提供を通じて、高齢者の生活の質を向上させること等を旨とする。	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機関を連携させ、良質な医療サービスを提供し、医療費の適正化を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年層 、 高齢期)に対応	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若年層(若年期世代、小児期からの生活習慣づき)	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	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	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 脳血管疾患 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生活習慣病(糖尿病・脂質異常症)による年齢別発生率(人口年齢別) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦生活習慣病の予防 ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の予防 ⑩生活習慣病の予防 ⑪生活習慣病の予防 ⑫生活習慣病の予防 ⑬生活習慣病の予防 ⑭生活習慣病の予防 ⑮生活習慣病の予防 ⑯生活習慣病の予防 ⑰生活習慣病の予防 ⑱生活習慣病の予防 ⑲生活習慣病の予防 ⑳生活習慣病の予防 ㉑生活習慣病の予防 ㉒生活習慣病の予防 ㉓生活習慣病の予防 ㉔生活習慣病の予防 ㉕生活習慣病の予防 ㉖生活習慣病の予防 ㉗生活習慣病の予防 ㉘生活習慣病の予防 ㉙生活習慣病の予防 ㉚生活習慣病の予防 ㉛生活習慣病の予防 ㉜生活習慣病の予防 ㉝生活習慣病の予防 ㉞生活習慣病の予防 ㉟生活習慣病の予防 ㊱生活習慣病の予防 ㊲生活習慣病の予防 ㊳生活習慣病の予防 ㊴生活習慣病の予防 ㊵生活習慣病の予防 ㊶生活習慣病の予防 ㊷生活習慣病の予防 ㊸生活習慣病の予防 ㊹生活習慣病の予防 ㊺生活習慣病の予防 ㊻生活習慣病の予防 ㊼生活習慣病の予防 ㊽生活習慣病の予防 ㊾生活習慣病の予防 ㊿生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査実施率	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(特定健診の受診率)③アルブミン尿陽性率 ④生活習慣 ⑤日常生活における歩数 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導受診率 ③健康診査の実施率 ④生活習慣病の有病率・予備病 (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 外支 ②一人あたり医療費の削減率の削減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④特定健康診査・予備病の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病棟機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定			保険者協議会(事務局:関係自治会)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

木城町においては、町民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。特に福祉保健課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（町民課）、保健衛生部局・介護保険部局・生活保護部局（以上、福祉保健課）とも十分連携する。

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とした。（図表4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、宮崎県国民健康保険団体連合会（以下「宮崎県国保連」という。）及び宮崎県国保連に設置される宮崎県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会（以下、「支援・評価委員会」という）等のことをいう

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に木城町国保の保険者機能の強化については、宮崎県の関与が更に重要となる。

このため、木城町国保は、計画素案について宮崎県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、木城町国保と児湯医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

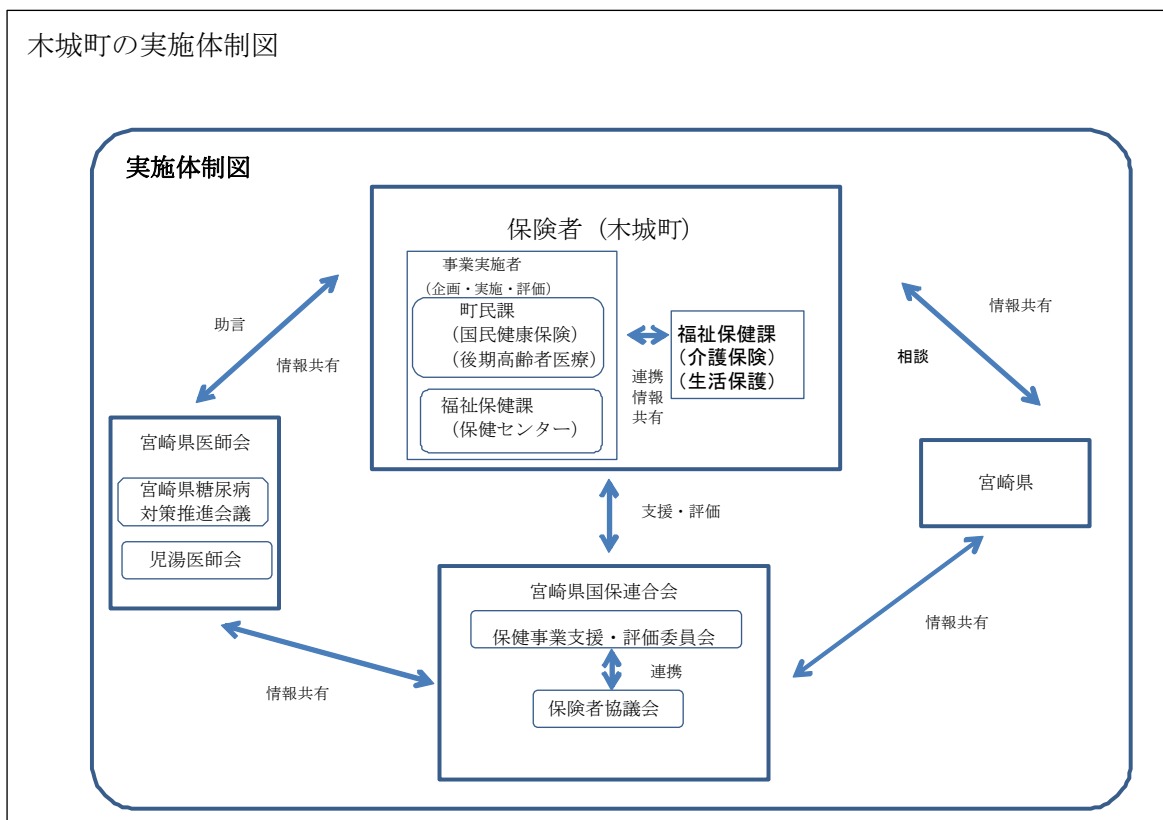
宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】



4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保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	H29		H30	
		得点	配点	得点	配点	得点
総得点(満点)		345	580		850	
交付額(万円)		102				
総得点(体制構築加点含む)		268				
全国順位(1,741市町村中)		72				
共通 ①	特定健診受診率	15	35		50	
	特定保健指導実施率	20	35		50	
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	20		50	
共通 ②	がん検診受診率	0	20		30	
	歯周疾患(病)検診実施状況	0	15		25	
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70		100	
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20	15		25	
	個人のインセンティブ提供	20	45		70	
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25		35	
共通 ⑥	後発医薬品の促進の取組	11	25		35	
	後発医薬品の使用割合	0	45		40	
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	30	70		100	
固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30		40	
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15		25	
固有 ④	地域包括ケア推進の取組の実施状況	5	15		25	
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	7	30		40	
固有 ⑥	適切かつ健全な事業運営の実施状況				50	
体制構築加点		70	70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は大きく減少している。死因別に見ると、特に第1期で割合が高かったがんや脳疾患による死亡は減少したが、心臓病と腎不全による死亡割合は増加しており、国・県、同規模平均との比較では心臓病、脳疾患、腎不全による死亡の割合が高い状況である。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、40～64歳の2号認定率は減少したが、介護認定率が上昇したことで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は減少し、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、検診受診後の適正な受診が行われていることは推測できる。しかし、依然として入院費用の割合は県や同規模と比べても高いことから、重症化予防の取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、木城町の介護給付費は25年度から28年度にかけて増加傾向であるが、1件当たりの給付費は、本町、同規模平均とも減少している。1件当たり給付費では同規模平均より本町の方が水準は高くなっている。内訳をみると、同規模平均では居宅サービス、施設サービスとも1件当たり介護給付費は減っているのに対し、木城町では施設サービスの金額は減っているものの、居宅サービスでは増えていることが分かった。

年度	木城町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	4億8617万円	309,465	47,967	285,866	306,253	41,044	279,592
平成28年度	5億4728万円	348,363	48,725	282,574	313,982	40,981	275,251

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、伸び率 3.6%と同規模の 7.6%を下回っており、総医療費額（全体）の伸び率でも△9.4%と同規模の△3.3%を上回っている。その要因としては、特に入院費用の伸び率を抑制できていることがあげられる。

医療費の変化

【 図表 7 】

項目	総医療費(円)											
	全体				入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
			保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	5億9775万円			2億9103万円				3億673万円			
	H28年度	5億4154万円	5622万円	-9.4	-3.3	2億6063万円	3039万円	-10.4	-2.91	2億8090万円	2582万円	-8.4
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	26,820			13,060				13,760			
	H28年度	27,780	960	3.6	7.6	13,370	310	2.4	8.0	14,410	650	4.7

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

総医療費は56百万円ほど減少しているが、被保険者数の減少もあり一人あたり医療費は957円上昇しており、同規模・県内の順位を下けている。中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費では、慢性腎不全に係る医療費は国・県より低いという特徴があるものの、突出して脳血管疾患の占める割合が高く、虚血性心疾患の割合もこの3年間の動きでは大きく増えて国県の平均的な水準に近いものとなっている。

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28年度）

【図表 8】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	149,001,670	24.93%				
					同規模	県内											慢性腎不全(透析有)
H25	木城町	597,754,330	26,818	69位	9位	7.05%	0.17%	3.25%	0.44%	5.08%	6.92%	2.02%	149,001,670	24.93%	13.64%	10.47%	7.09%
		541,535,300	27,775	92位	14位	4.99%	0.05%	3.14%	2.00%	4.81%	5.80%	1.28%	119,527,510	22.07%	13.04%	11.51%	7.82%
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
		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%

最大医療資源(割計含む)による分類結果

◆「最大医療資源(割計含む)」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中長期的な疾患（図表9）

中長期目標疾患である虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全(透析)について、被保険者数が減少しているにもかかわらず虚血性心疾患の人数は増加しており、罹患者数・割合が増えている。

脳血管疾患、慢性腎不全(透析)の人数は微減しているものの、脳血管疾患の割合は増加、人工透析の割合は一定のため、統計的な優位はないものである。

この3年間の動きでは虚血性心疾患の人数が増えたことで医療費も国県並みとなっており、脳血管疾患も人数は微減であるが割合が増えている。いずれも短期的な目標の面で高血圧症を有している方が多く罹患していることが読み取れる。

【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		脳血管疾患		人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,880	34	1.8%	5	0.3%	1	0.1%	27	1.4%	15	0.8%	16	0.9%
	64歳以下	1,269	9	0.7%	1	0.1%	1	0.1%	8	0.6%	2	0.2%	3	0.2%
	65歳以上	611	25	4.1%	4	0.7%	0	0.0%	19	3.1%	13	2.1%	13	2.1%
H28	全体	1,669	41	2.5%	4	0.2%	1	0.1%	29	1.7%	17	1.0%	21	1.3%
	64歳以下	998	11	1.1%	1	0.1%	1	0.1%	9	0.9%	4	0.4%	2	0.2%
	65歳以上	671	30	4.5%	3	0.4%	0	0.0%	20	3.0%	13	1.9%	19	2.8%

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		脳血管疾患		人工透析		高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,880	81	4.3%	5	0.3%	2	0.1%	65	3.5%	38	2.0%	43	2.3%
	64歳以下	1,269	28	2.2%	1	0.1%	2	0.2%	23	1.8%	13	1.0%	12	0.9%
	65歳以上	611	53	8.7%	4	0.7%	0	0.0%	42	6.9%	25	4.1%	31	5.1%
H28	全体	1,669	80	4.8%	4	0.2%	2	0.1%	59	3.5%	34	2.0%	38	2.3%
	64歳以下	998	23	2.3%	1	0.1%	1	0.1%	16	1.6%	8	0.8%	13	1.3%
	65歳以上	671	57	8.5%	3	0.4%	1	0.1%	43	6.4%	26	3.9%	25	3.7%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧症		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,880	7	0.4%	2	0.1%	1	0.1%	5	0.3%	1	0.1%	1	0.1%
	64歳以下	1,269	6	0.5%	2	0.2%	1	0.1%	4	0.3%	1	0.1%	1	0.1%
	65歳以上	611	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
H28	全体	1,669	6	0.4%	2	0.1%	1	0.1%	4	0.2%	2	0.1%	1	0.1%
	64歳以下	998	4	0.4%	1	0.1%	1	0.1%	2	0.2%	1	0.1%	0	0.0%
	65歳以上	671	2	0.3%	1	0.1%	0	0.0%	2	0.3%	1	0.1%	1	0.1%

【出典】KDB 各7月作成(5月診療分)

(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)

短期的な目標の治療状況をみると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の順となっており、高血圧の割合が23.4%で最も高くなっている。特に65歳以上では43.2%の方が高血圧症となっている(様式3-3)。また、それぞれの実人数は減っているものの、被保険者数の減により疾患の割合はいずれも上がっているが、64歳以下では改善している。

中長期的な目標との関係では、高血圧を有している方の虚血性心疾患、脳血管疾患の発症人数・割合は、糖尿病、脂質異常症を有している方に比べて非常に高くなっていることが読み取れることから、高血圧症を減らすことが、重症化予防においては重要である。糖尿病治療者においては、人数は横ばいであるが割合は上昇しており、特に65歳以上で上昇が顕著である。早期治療によりインスリン治療の割合は抑制できているが、65歳以上の糖尿病性腎症の割合が上昇していることから注意が必要である。

【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							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧症		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,880	194	10.3%	22	1.2%	143	7.6%	118	6.3%	15	0.8%	38	2.0%	1	0.1%	15	0.8%	
	64歳以下	1,269	74	5.8%	15	1.2%	51	4.0%	44	3.5%	2	0.2%	13	1.0%	1	0.1%	10	0.8%	
	65歳以上	611	120	19.6%	7	1.1%	92	15.1%	74	12.1%	13	2.1%	25	4.1%	0	0.0%	5	0.8%	
H28	全体	1,669	191	11.4%	13	0.8%	142	8.5%	110	6.6%	17	1.0%	34	2.0%	2	0.1%	12	0.7%	
	64歳以下	998	43	4.3%	6	0.6%	28	2.8%	21	2.1%	4	0.4%	8	0.8%	1	0.1%	3	0.3%	
	65歳以上	671	148	22.1%	7	1.0%	114	17.0%	89	13.3%	13	1.9%	26	3.9%	1	0.1%	9	1.3%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,880	412	21.9%	143	7.6%	195	10.4%	27	1.4%	65	3.5%	5	0.3%	
	64歳以下	1,269	150	11.8%	51	4.0%	65	5.1%	8	0.6%	23	1.8%	4	0.3%	
	65歳以上	611	262	42.9%	92	15.1%	130	21.3%	19	3.1%	42	6.9%	1	0.2%	
H28	全体	1,669	390	23.4%	142	8.5%	188	11.3%	29	1.7%	59	3.5%	4	0.2%	
	64歳以下	998	100	10.0%	28	2.8%	38	3.8%	9	0.9%	16	1.6%	2	0.2%	
	65歳以上	671	290	43.2%	114	17.0%	150	22.4%	20	3.0%	43	6.4%	2	0.3%	

厚労省様式 様式3-4		中長期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,880	274	14.6%	118	6.3%	195	10.4%	16	0.9%	43	2.3%	1	0.1%	
	64歳以下	1,269	97	7.6%	44	3.5%	65	5.1%	3	0.2%	12	0.9%	1	0.1%	
	65歳以上	611	177	29.0%	74	12.1%	130	21.3%	13	2.1%	31	5.1%	0	0.0%	
H28	全体	1,669	268	16.1%	110	6.6%	188	11.3%	21	1.3%	38	2.3%	1	0.1%	
	64歳以下	998	69	6.9%	21	2.1%	38	3.8%	2	0.2%	13	1.3%	0	0.0%	
	65歳以上	671	199	29.7%	89	13.3%	150	22.4%	19	2.8%	25	3.7%	1	0.1%	

【出典】KDB 各7月作成(5月診療分)

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、男性の BMI・腹囲は改善しているが、女性では悪化しており、これを背景にメタボリックシンドロームの該当者でも、男性は人数・割合とも改善し、女性の人数は不変であったが割合が悪化している。

メタボリックシンドローム予備群・該当者は男性では減少傾向、女性は微増傾向にあり、予備軍の段階から高血圧を有する方が割合的に多い。

該当者の中では血圧と脂質の重なりを有する方の割合が多いことが特徴である。

【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)

性別	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		血清クレアチニン		
		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	
男性	合計	275	97	35.3%	126	45.8%	72	26.2%	58	21.1%	39	14.2%	87	31.6%	141	51.3%	60	21.8%	140	50.9%	82	29.8%	119	43.3%	3	1.1%
	40-64	123	41	33.3%	57	46.3%	37	30.1%	32	26.0%	21	17.1%	28	22.8%	61	49.6%	30	24.4%	59	48.0%	43	35.0%	61	49.6%	1	0.8%
	65-74	152	56	36.8%	69	45.4%	35	23.0%	26	17.1%	18	11.8%	59	38.8%	80	52.6%	30	19.7%	81	53.3%	39	25.7%	58	38.2%	2	1.3%
H28	合計	246	79	32.1%	102	41.5%	69	28.0%	43	17.5%	28	11.4%	77	31.3%	106	43.1%	59	24.0%	137	55.7%	66	26.8%	111	45.1%	2	0.8%
	40-64	86	30	34.9%	39	45.3%	27	31.4%	18	20.9%	8	9.3%	27	31.4%	35	40.7%	20	23.3%	41	47.7%	32	37.2%	47	54.7%	2	2.3%
	65-74	160	49	30.6%	63	39.4%	42	26.3%	25	15.6%	20	12.5%	50	31.3%	71	44.4%	39	24.4%	96	60.0%	34	21.3%	64	40.0%	0	0.0%

性別	受診者	BMI		腹囲		中性脂肪		ALT(GPT)		HDLコレステロール		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDLコレステロール		血清クレアチニン		
		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	
女性	合計	316	81	25.6%	58	18.4%	53	16.8%	29	9.2%	13	4.1%	73	23.1%	181	57.3%	10	3.2%	144	45.6%	48	15.2%	168	53.2%	0	0.0%
	40-64	126	27	21.4%	17	13.5%	23	18.3%	12	9.5%	2	1.6%	17	13.5%	57	45.2%	2	1.6%	48	38.1%	26	20.6%	61	48.4%	0	0.0%
	65-74	190	54	28.4%	41	21.6%	30	15.8%	17	8.9%	11	5.8%	56	29.5%	124	65.3%	8	4.2%	96	50.5%	22	11.6%	107	56.3%	0	0.0%
H28	合計	309	85	27.5%	65	21.0%	56	18.1%	30	9.7%	15	4.9%	76	24.6%	142	46.0%	8	2.6%	140	45.3%	52	16.8%	175	56.6%	1	0.3%
	40-64	111	27	24.3%	23	20.7%	17	15.3%	19	17.1%	1	0.9%	16	14.4%	45	40.5%	2	1.8%	40	36.0%	27	24.3%	61	55.0%	0	0.0%
	65-74	198	58	29.3%	42	21.2%	39	19.7%	11	5.6%	14	7.1%	60	30.3%	97	49.0%	6	3.0%	100	50.5%	25	12.6%	114	57.6%	1	0.5%

メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握(厚生労働省様式6-8)

性別	被保険者数	健診受診者数		腹囲のみ		予備群						該当者												
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3因子全て						
						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			
男性	合計	608	275	45.2%	19	6.9%	44	16.0%	2	0.7%	30	10.9%	12	4.4%	63	22.9%	9	3.3%	2	0.7%	36	13.1%	16	5.8%
	40-64	328	123	37.5%	11	8.9%	21	17.1%	0	0.0%	13	10.6%	8	6.5%	25	20.3%	3	2.4%	0	0.0%	15	12.2%	7	5.7%
	65-74	280	152	54.3%	8	5.3%	23	15.1%	2	1.3%	17	11.2%	4	2.6%	38	25.0%	6	3.9%	2	1.3%	21	13.8%	9	5.9%
H28	合計	529	246	46.5%	15	6.1%	40	16.3%	1	0.4%	31	12.6%	8	3.3%	47	19.1%	12	4.9%	1	0.4%	20	8.1%	14	5.7%
	40-64	235	86	36.6%	7	8.1%	16	18.6%	1	1.2%	10	11.6%	5	5.8%	16	18.6%	2	2.3%	1	1.2%	9	10.5%	4	4.7%
	65-74	294	160	54.4%	8	5.0%	24	15.0%	0	0.0%	21	13.1%	3	1.9%	31	19.4%	10	6.3%	0	0.0%	11	6.9%	10	6.3%

性別	被保険者数	健診受診者数		腹囲のみ該当者		予備群						該当者												
		人数	割合	人数	割合	高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3因子全て						
						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			
女性	合計	607	316	52.1%	5	1.6%	16	5.1%	2	0.6%	14	4.4%	0	0.0%	37	11.7%	3	0.9%	1	0.3%	22	7.0%	11	3.5%
	40-64	289	126	43.6%	3	2.4%	3	2.4%	0	0.0%	3	2.4%	0	0.0%	11	8.7%	3	2.4%	1	0.8%	5	4.0%	2	1.6%
	65-74	318	190	59.7%	2	1.1%	13	6.8%	2	1.1%	11	5.8%	0	0.0%	26	13.7%	0	0.0%	0	0.0%	17	8.9%	9	4.7%
H28	合計	549	309	56.3%	6	1.9%	22	7.1%	3	1.0%	16	5.2%	3	1.0%	37	12.0%	7	2.3%	2	0.6%	18	5.8%	10	3.2%
	40-64	239	111	46.4%	4	3.6%	8	7.2%	1	0.9%	5	4.5%	2	1.8%	11	9.9%	0	0.0%	1	0.9%	7	6.3%	3	2.7%
	65-74	310	198	63.9%	2	1.0%	14	7.1%	2	1.0%	11	5.6%	1	0.5%	26	13.1%	7	3.5%	1	0.5%	11	5.6%	7	3.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は増加しているが、特定保健指導率は減少している。重症化を予防していくためには、特定保健指導率の向上への取組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	同規模内の順位	対象者数	修了者数	実施率	医療機関受診率	
								木城町	同規模平均
H25年度	1,215	591	48.6	61位	86	62	72.1	48.2%	51.2%
H28年度	1,078	555	51.5	55位	63	49	77.8	56.8%	51.9%

2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、国県より高い介護給付費や2号認定者数を下げ、肥満度についても男女ともに高く、血圧と脂質以上の疾病の重なる割合が高いという背景があり、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。

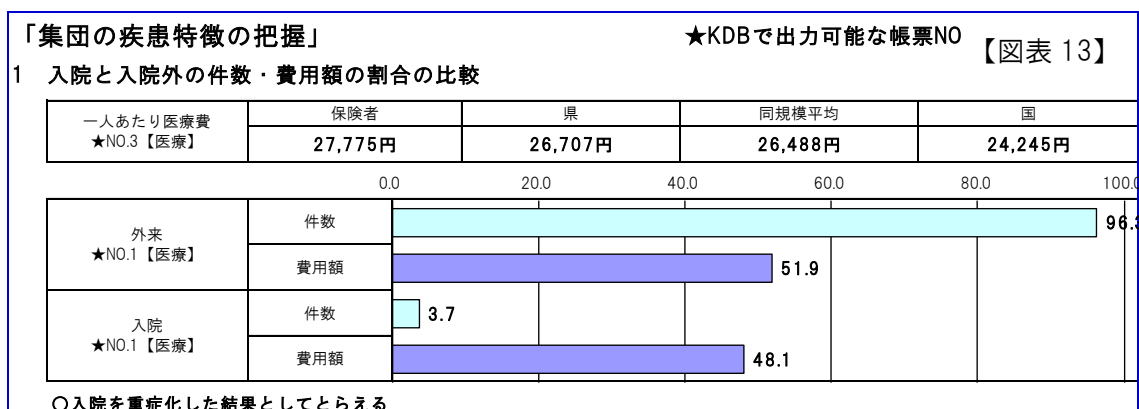
その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、心疾患の医療費の増加、腎不全による死亡など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

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)

木城町の入院件数は 3.7%で、費用額全体の 48.1%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。



(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)

医療費が高額になっている疾患、長期に入院することによって、医療費の負担が増大している疾患、また長期化する疾患について分析する。

①ひと月 100 万円以上の高額になる疾患を分析すると、1 位が虚血性心疾患で全体の 14.8%を占める。生活習慣病の治療者数では脳血管疾患が 12.59%を占め最も多い。

また基礎疾患の重なりは高血圧が 73.8%と多く、次いで脂質異常症が 47.5%、糖尿病が 42.5%となっている。重なりが多いと 3 つの疾患を引き起こす危険性を高めることから、本町においては、3 つの疾患の重なりを対象者を明確にすることが必要となる。

②6 ヶ月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が高く、全体の 13.8%の件数で、26.4%の費用を占めている。

③長期療養する疾患である人工透析を分析すると、全体の 10.9%が糖尿病性であり、糖尿病の重症化を予防することで、新規透析導入者を減らすことができる。(図表 14)

【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	(平成28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	61件	7件 11.5%	9件 14.8%	--
		費用額	9857万円	886万円 9.0%	1938万円 19.7%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	160件	22件 13.8%	4件 2.5%	--
		費用額	7214万円	1905万円 26.4%	107万円 1.5%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	64件	19件 29.7%	12件 18.8%	7件 10.9%
		費用額	2784万円	906万円 32.6%	515万円 18.5%	299万円 10.8%
厚労省様式	対象レセプト	(平成28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	641人		80人 12.5%	41人 6.4%	12人 1.9%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	59人 73.8%	29人 70.7%	9人 75.0%
			糖尿病	34人 42.5%	17人 41.5%	12人 100%
			脂質異常症	38人 47.5%	21人 51.2%	10人 83.3%
		高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		390人 60.8%	191人 29.8%	268人 41.8%	63人 9.8%	

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

本町の1号保険者の20.4%が要介護認定を受けており、約5人に1人が要介護認定を受け、75歳以上では、32.2%と認定率は高くなる。介護認定者のうち要介護3から5の重症者が全体の36.6%と多く、原因疾患では脳血管疾患等の血管疾患が全体の88.9%を占める。この外にも筋骨格系疾患を有する割合が64歳未満で60.0%、65歳以上でも85.3%と高く、肥満による影響も考えられる。

本計画の対象者は75歳未満であり、若い年代においても脳血管疾患等の血管疾患が73.2%を占め、予防可能である血管疾患を守ることが最重要課題となる。また、介護を受けている人の医療費は、受けていない人より3,451円も高く、2号認定者はほとんど健診未受診者であり、特定健診受診率を向上させ、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病予防を行い、さらに重症化予防に取り組んでいく必要がある。

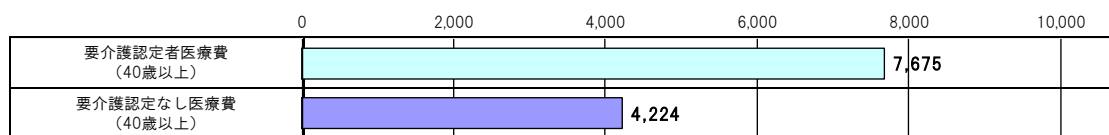
【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計						
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計									
	被保険者数		1,717人	690人	881人	1,571人		3,288人							
	認定者数		5人	36人	284人	320人		325人							
	認定率		0.29%	5.2%	32.2%	20.4%		9.9%							
	新規認定者数		0人	1人	4人	5人		5人							
介護度別人数	要支援1・2	3	60.0%	8	22.2%	67	23.6%	75	23.4%	78	24.0%				
	要介護1・2	1	20.0%	13	36.1%	114	40.1%	127	39.7%	128	39.4%				
	要介護3～5	1	20.0%	15	41.7%	103	36.3%	118	36.9%	119	36.6%				
要介護 突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
		件数	--	5	36	284	320	325							
		循環器 疾患	1	脳卒中	2	40.0%	脳卒中	19	52.8%	脳卒中	146	51.4%	脳卒中	167	51.4%
			2	虚血性 心疾患	0	0.0%	虚血性 心疾患	9	25.0%	虚血性 心疾患	60	21.1%	虚血性 心疾患	69	21.2%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	2	5.6%	腎不全	36	12.7%	腎不全	38	11.7%
		基礎疾患	糖尿病等	3	60.0%	糖尿病等	26	72.2%	糖尿病等	249	87.7%	糖尿病等	275	85.5%	
		血管疾患 合計	合計	3	60.0%	合計	27	75.0%	合計	259	91.2%	合計	286	89.4%	
		認知症	認知症	1	20.0%	認知症	5	13.9%	認知症	127	44.7%	認知症	132	41.3%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	3	60.0%	筋骨格系	23	63.9%	筋骨格系	250	88.0%	筋骨格系	273	85.3%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	3	60.0%	筋骨格系	23	63.9%	筋骨格系	250	88.0%	筋骨格系	273	85.3%	

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、糖尿病性腎症等を引き起こす要因となる。

木城町においては、国と比較して女性の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】

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5				1.8		
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3			
保険者	合計	79	32.1	102	41.5	69	28.0	43	17.5	28	11.4	77	31.3	106	43.1	59	24.0	137	55.7	66	26.8	111	45.1	2	0.8		
	40-64	30	34.9	39	45.3	27	31.4	18	20.9	8	9.3	27	31.4	35	40.7	20	23.3	41	47.7	32	37.2	47	54.7	2	2.3		
	65-74	49	30.6	63	39.4	42	26.3	25	15.6	20	12.5	50	31.3	71	44.4	39	24.4	96	60.0	34	21.3	64	40.0	0	0.0		
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	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2				0.2		
県	9,411	23.4	8,760	21.8	6,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3			
保険者	合計	85	27.5	65	21.0	56	18.1	30	9.7	15	4.9	76	24.6	142	46.0	8	2.6	140	45.3	52	16.8	175	56.6	1	0.3		
	40-64	27	24.3	23	20.7	17	15.3	19	17.1	1	0.9	16	14.4	45	40.5	2	1.8	40	36.0	27	24.3	61	55.0	0	0.0		
	65-74	58	29.3	42	21.2	39	19.7	11	5.6	14	7.1	60	30.3	97	49.0	6	3.0	100	50.5	25	12.6	114	57.6	1	0.5		

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	246	46.5	15	6.1%	40	16.3%	1	0.4%	31	12.6%	8	3.3%	47	19.1%	12	4.9%	1	0.4%	20	8.1%	14	5.7%		
	40-64	86	36.6	7	8.1%	16	18.6%	1	1.2%	10	11.6%	5	5.8%	16	18.6%	2	2.3%	1	1.2%	9	10.5%	4	4.7%		
	65-74	160	54.4	8	5.0%	24	15.0%	0	0.0%	21	13.1%	3	1.9%	31	19.4%	10	6.3%	0	0.0%	11	6.9%	10	6.3%		
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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
保険者	合計	309	56.3	6	1.9%	22	7.1%	3	1.0%	16	5.2%	3	1.0%	37	12.0%	7	2.3%	2	0.6%	18	5.8%	10	3.2%		
	40-64	111	46.4	4	3.6%	8	7.2%	1	0.9%	5	4.5%	2	1.8%	11	9.9%	0	0.0%	1	0.9%	7	6.3%	3	2.7%		
	65-74	198	63.9	2	1.0%	14	7.1%	2	1.0%	11	5.6%	1	0.5%	26	13.1%	7	3.5%	1	0.5%	11	5.6%	7	3.5%		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病で治療が必要な方の多くは治療中となっており、受診勧奨の結果、治療につながっているが、継続受診者の方が早めに受診につながっているため重症化していない。

高血圧や脂質異常症についても、受診勧奨レベルを超える者は新規受診者が多く、治療を受けているから検診を受けて来なかった者や、糖尿病と異なり、高血圧や脂質異常症での治療がない者の比率が高いことが分かる。まずは、毎年の特健診を継続して受診し、治療につなげることで、これらの数値のコントロールにつなげていくことが必要である。

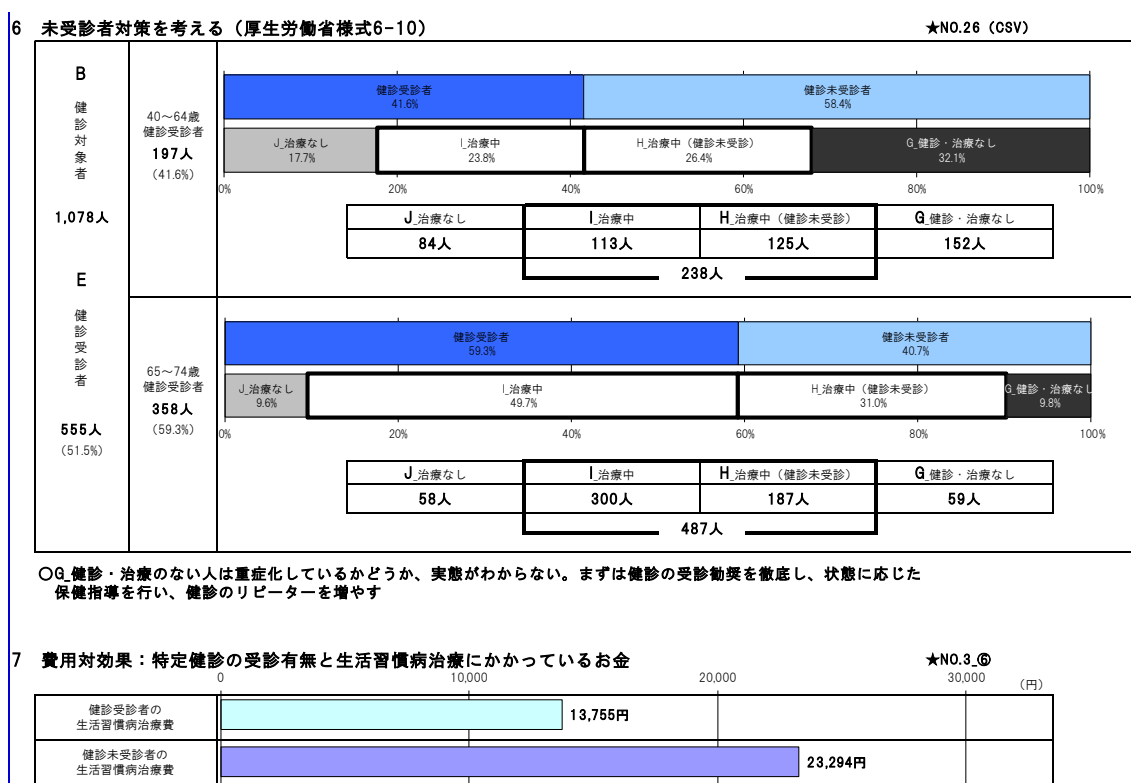
【図表 18】



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32.1%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】



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

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状況であるが、一人当たり医療費の伸びを平成28年度に対し2.0%に抑えることを達成すべき目標とする。

そのための方法として、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、虚血性心疾患について、総医療費に占める割合を県平均以下とすること、及び、糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少を目標にする。

また、平成33年度に進捗管理のための中間評価を行い、最終年の前年に評価を行い、次期計画の見直しに活用する。

②短期的な目標の設定

・健康不明者を訪問し、特定健康診査の受診勧奨をすることで、受診率の向上と生活習慣病の早期発見・治療につなげる。そのためにレセプトデータ及び健診データの分析を行い、訪問対象者や重症化予防対象者を明確にする。

・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す。

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

・治療中であるが健診未受診の方が多く、継続受診者に比べて重症化していることが多いことから、医療機関と十分な連携を図り、特定健診の受診や情報提供事業に誘導する。また、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。その際も、医療機関と十分な連携を図る。

・メタボリックシンドロームと糖尿病は、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。

・脳血管疾患や、高BMI・メタボリックシンドロームを背景にした中高年者の腰、膝等への補装具支給や疾病の悪化から介護認定につながることも多いため、介護との連携と地域包括ケアの推進を行う。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

計画策定に当たり、木城町国保の健康実態を踏まえ、重症化予防による医療費適正化につながるよう、第3期計画における重点化方策を次のように定め、それに向けた特定健診の受診率並びに保健指導の実施に係る目標値を設定し、その達成に向けた取り組みを強化します。

①重症ハイリスク者への確実な介入と保健指導の徹底

脳血管疾患や心疾患など発症リスクの高い予備群を重症度に応じて階層化し、治療の放置や中断をしないことに併せ、必要な生活習慣改善に向けて重点的に介入していきます。

また、保健指導対象者は個別・訪問指導により、科学的根拠に基づいた保健指導を徹底します。

②受診率向上対策

潜在的な重症者を減らすため、健診受診率の向上は不可欠であり、未受診者の受診勧奨はもちろん、治療中の方への健診の必要性のアプローチ（なぜ、健診を受けなければならないのか）や受診者が継続して健診を受けてもらえるよう、魅力的な保健指導を心がけ充実させていきます。

③横断的な連携による生活習慣病予防対策の推進

全ての町民が将来、国保に加入し後期高齢者医療へと移行していくため、介護予防の視点も重要視しながら幼少期から若年者及び他保険者も対象とした生活習慣病対策を推進していきます。

2. 目標値の設定

【図表 20】

木城町国保における第 2 期計画の目標を次のとおり設定します。

	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	56.0%	57.0%	58.0%	59.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%

3. 対象者の見込み

特定健診の対象者数については、被保険者数の減少に伴い減少していきませんが、特定保健指導対象者数は増加する見込みであり、特定保健指導実施率は向上するよう努めます。

【図表 21】

		平成 30 年度	平成 31 年度	平成 32 年度	平成 33 年度	平成 34 年度	平成 35 年度
特定健診	対象者数	1,000 人	950 人	902 人	856 人	813 人	772 人
	受診者数	560 人	542 人	524 人	506 人	488 人	464 人
特定保健指導	対象者数	81 人	84 人	87 人	93 人	99 人	99 人
	実施者数	61 人	63 人	66 人	70 人	75 人	75 人

4. 特定健診の実施

平成 29 年度の特定健診実施形態に基づき、平成 30 年度以降も実施していきます。

(1)実施方法

町の特定健診については、集団健診と個別健診の体制にて実施していきます。

集団健診は特定健診実施機関、個別健診は医療機関に委託します。

また、脳ドック事業を継続して実施するとともに、人間ドックで特定健診が受けられるよう、今後、対象医療機関を拡大します。

その他の職場健診を受けた方や、定期的に通院している方には、健診結果等の提供を情報提供事業により依頼します。

場所	回数等	健診方式
①地域巡回	5 地区 (4 日)	集団健診方式
②保健センター	年間 15 日程度	
③医療機関	随時	個別健診方式

	(医療機関の開院時間内に限る)	
--	-----------------	--

(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、木城町のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.town.kijo.lg.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、宮崎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を行うことが必要である。そうした観点から、対象者全員に受診券を送付するとともに、木城町健康カレンダーを作成し特定健診の日程の周知を図ります。また、町ホームページへの掲載を行うとともに、広報誌や月報（国保だより、健康だより）等を全世帯に配布することで周知を行う。（図表 22）

【 図表22 】

年間スケジュール

健診の案内方法	
特定健診受診券を発行し郵送する。ホームページ及び広報誌、コスモス通信での広報。	
保健師、管理栄養士、看護師からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4月	: 受診券送付
4月～翌年2月	: 特定健診実施（集団、個別）
5月～翌年9月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7月～翌年3月	: 未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
10月～翌年2月	: 2次健康診査実施
10月	: 前年度の実績報告
	: 予算案作成
2月～3月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

5. 特定保健指導の実施

(1) 特定保健指導の体制

特定保健指導の実施については、「福祉保健課衛生係」への執行委任の形態で行います。

(2) 特定保健指導における基本的な考え方

保健指導については、基本的には健診受診者全数に対し次のとおり実施します。

I. 特定保健指導

高齢者の医療の確保に関する法第24条に基づき、内臓脂肪型肥満のある者に対し、将来の循環器疾患及び糖尿病による合併症発症を予防するために実施します。

保健指導対象者自身が、内臓脂肪蓄積と集積しているリスク、及び自らの生活習慣との関係を理解し、内臓脂肪蓄積の要因となっている生活習慣を改善することを目的として行います。

これは中長期的な医療費適正化（削減）対策です。

Ⅱ. 特定保健指導以外の保健指導（情報提供）

健診受診者のうち、特定保健指導対象者以外についても保健指導を実施します。そのためには、健診結果から、緊急性、優先性を勘案し、訪問指導・面接指導・集団指導などの保健指導方法を選択して実施します。基本的には、集団健診結果説明会を原則として実施します。

①重症者に対する保健指導

内臓脂肪蓄積の有無に関係なく、すでに生活習慣病の治療が必要であるなど、健診結果に対し適切な対応がないと、疾病が重症化して死亡や障害＝介護に至る可能性が極めて高い被保険者に対し、優先的に保健指導を実施します。

このような重症者対策は、障害受傷による生活の質の低下を防ぐだけでなく、重症化することによって高額化する医療費の適正化を図ることが出来ます（短期的な医療費適正化対策）。

また、予防の成果は介護給付費など他の社会保障費の適正化にもつながりません。

保健指導では、健診結果を放置することで生活習慣病が重症化し、糖尿病の合併症や循環器疾患を発症することを理解し受診を選択してもらえよう支援します。

さらには、受診を継続しながら生活習慣改善に対する行動変容も支援します。

②予備群に対する保健指導

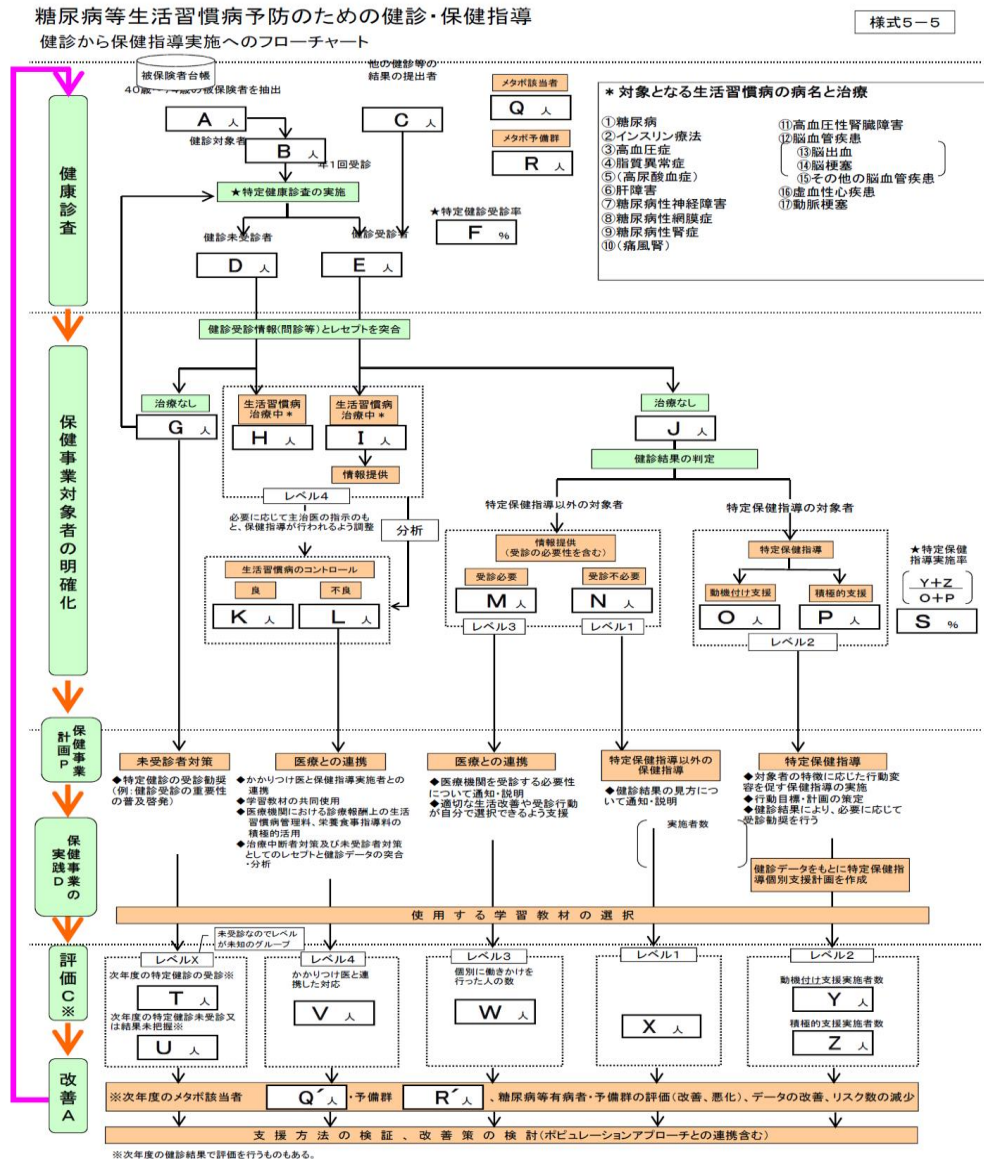
内臓脂肪蓄積の有無に関係なく、健診受診者の全てに対し、健診結果をもとに自らの生活習慣を選択する思考の定着化を目指し、代謝等からだのメカニズムと生活習慣病との関係について学習するための保健指導を実施します。

特に何らかの所見があった被保険者には、リスク項目が動脈硬化や代謝異常、生活習慣とどのように関係しているか把握し、生活習慣改善や必要な治療を選択できるよう支援します。

(3) 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)

将来の循環器疾患及び糖尿病合併症、人工透析を必要とする慢性腎臓病の発症を予防するため、これらの危険因子の程度、数、組み合わせによりガイドラインなどの科学的根拠に基づいて保健指導対象者の優先順位を選定し、保健指導を行います。

なお前年度の健診結果改善状況や診療報酬明細書(レセプト)による受療状況等の評価に応じて保健指導方針を見直し、必要に応じて計画を立案していきます。

【表】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 5-5	保健指導レベル	理由並びに支援方法	対象者数 見込 (受診者の○%)	目標 実施率
1	M	情報提供 (受診必要)	○保健指導対象ではないが緊急性が高い。 重症化予防、医療費適正化の観点から重要。 ◆個別支援を基本とし、メカニズムを通じて医療機関を受診する必要性について支援。 ◆適切な生活改善や受診行動が選択できるよう支援。	129人 (22.4%)	100%
2	O P	特定保健指導 O: 動機付支援 P: 積極的支援	○メタボリック症候群該当者であり緊急性が高い。 ◆個別支援を基本とし、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。	O: 50人 (8.7%) P: 15人 (2.6%)	75%
3	D G	健診未受診者	○潜在的重症化予防の観点から重要。 ◆レセプトから追跡し原則個別面談による理解を促す。 ◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)。	D: 507人 G: 62人 (10.8%)	100%
4	L	情報提供 (治療中でコントロール不良)	○保健指導対象ではないが緊急性が高い。 重症化予防、医療費適正化の観点から重要。 ◆かかりつけ医と連携体制の整備。 ◆個別支援を基本とし、コントロール不良による重症化がイメージできるよう支援。 ◆生活習慣の関係性を理解してもらえるよう支援。	172人 (29.9%)	100%
5	I	情報提供	○健診結果を活かし、継続的に受診することの必要性を理解してもらうことが重要。 ◆集団支援(結果説明会)を基本とする。 ◆結果の見方・食事バランスと運動について支援。	262人 (45.6%)	100%

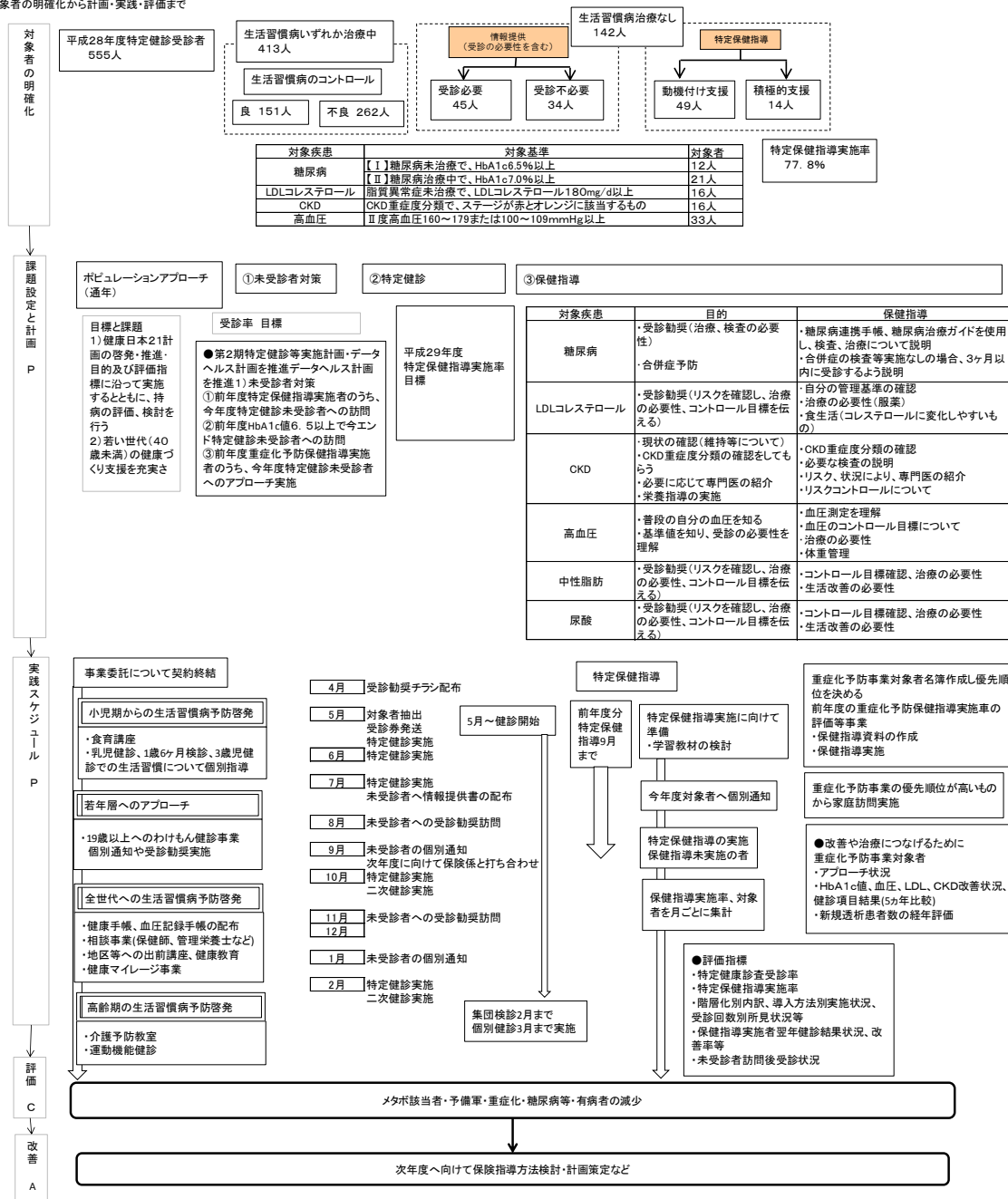
さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク(特に HbA1c8.0 以上・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFR50 未満と尿蛋白+の有無)を評価し、必要な保健指導を実施します。

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導実践スケジュール
対象者の明確化から計画・実践・評価まで



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木城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、木城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)及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針(第1期)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宮崎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。木城町においては特定健診にて血清クレアチニン検査と尿蛋白(定量)検査を実施、必要な方には尿中アルブミン検査を追加して実施することで、腎機能(eGFR)と尿アルブミンの把握を行っている。

(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)

木城町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 24 人(46.2%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 191 人中のうち、特定健診受診者が 52 人(27.2%・G)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 139 人(72.8%・I)おり、健診データがない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 より木城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】

糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・24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)・・・ 44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)・・・ 18人

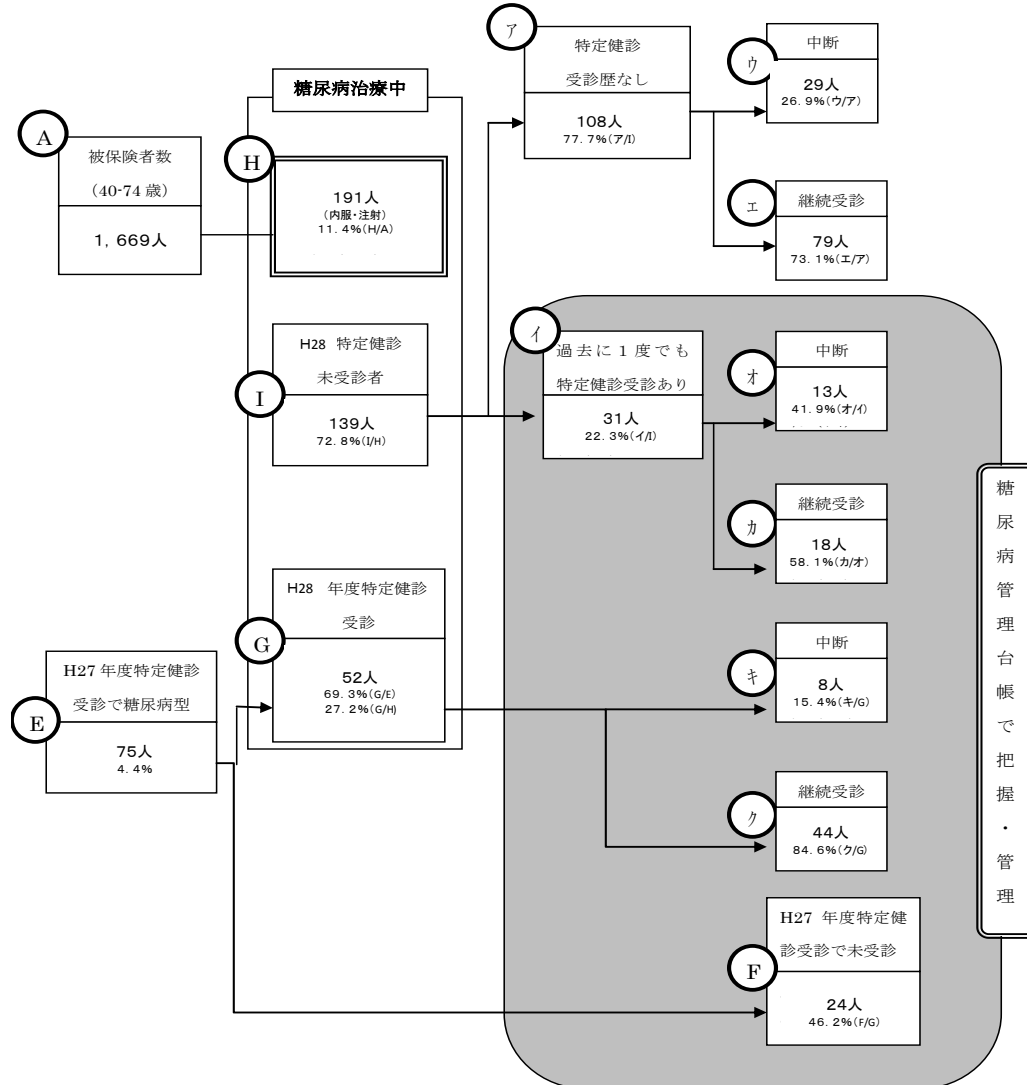
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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ヶ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、作成、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) 対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……34人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……8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。木城町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方 (P29)	資料
<p>インスリン非依存状態: 2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中の私の位置は？ 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？ <ul 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> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>HbA1c 7.0%未満</p> <p>6.0%未満</p> </div> </div>	<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ol style="list-style-type: none"> 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？ </div> <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宮崎県プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73㎡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。

木城町において健診受診者 573 人のうち心電図検査実施者は 52 人(9.1%)であり、そのうち ST 所見があったのは 0 人であり、要精密も該当者がいなかった(図表 30)(図表

31)。

木城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、**心電図検査の対象者の拡大に向けて検討を行っていきます。**

心電図検査結果 【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
					ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	573	100	52	9.1	0	0.0	12	23.1	40	76.9

【図表31】

ST所見ありの医療機関受診状況

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)(%)
0	0	0	0	0	0	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。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	573	0	12	40	521
		0.0	2.1	7.0	90.9
メタボ該当者	84 14.7%	0 0.0%	3 3.6%	3 3.6%	78 92.9%
メタボ予備群	65 11.3%	0 0.0%	4 6.2%	6 9.2%	55 84.6%
メタボなし	424 74.0%	0 0.0%	5 1.2%	31 7.3%	388 91.5%
LDL	140-159	78 13.6%	0 0.0%	2 2.6%	6 7.7%
	160-179	37 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	6 16.2%
	180-	12 2.1%	0 0.0%	1 8.3%	1 8.3%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1~	76	0	2	3	71
		13.3%	0.0%	2.6%	3.9%	93.4%

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

- ・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 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「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」とあることから対象者へは**二次健診**において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集

していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

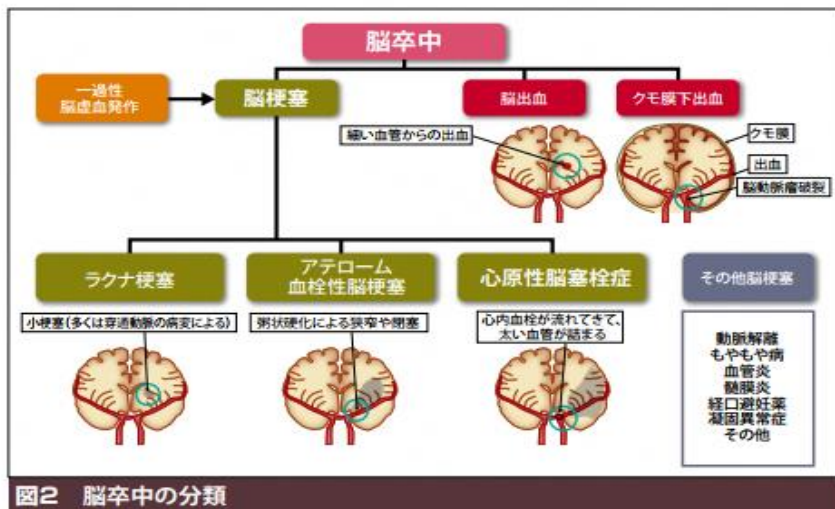
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●				○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○	○
	心原性脳梗塞	●			●	○	○
脳 出 血	脳出血	●					
	くも膜下出血	●					
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDbM)	心房細動	メタリックシンド 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		35人 6.1%	38人 6.6%	16人 2.8%	0人 0.0%	84人 14.6%	14人 2.4% 10人 1.7%
治療なし		23人 6.3%	17人 3.4%	16人 3.3%	0人 0.0%	12人 3.8%	3人 1.0% 3人 1.0%
治療あり		7人 20.0%	4人 10.5%	5人 31.3%	0人 --	12人 14.3%	2人 14.3% 1人 10.0%
臓器障害あり		1人 5.7%	3人 42.0%	2人 0.0%	0人 0.0%	0人 27.5%	3人 4.2% 3人 2.7%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0人	3人	1人	0人	0人	0人
	尿蛋白(2+)以上	0人	2人	0人	0人	0人	0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	1人	0人	0人	0人	0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	0人	1人	0人	0人	0人
	心電図所見あり	1人	0人	1人	0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35人(6.1%)であり、23人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(5.7%)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7人(20.0%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

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。

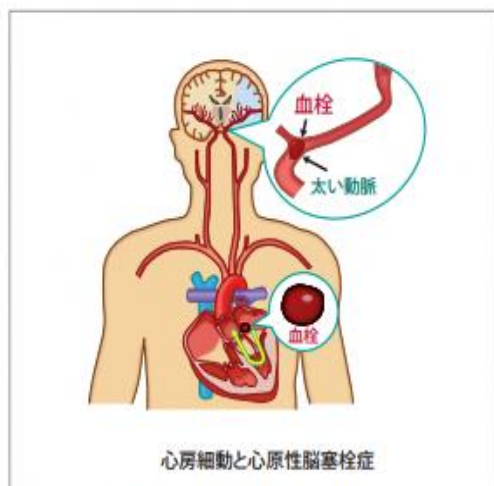
【図表 37】

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定								
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化								
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）								
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	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
	363	101	95	75	69	15	8	
		27.8%	26.2%	20.7%	19.0%	4.1%	2.2%	
リスク第1層	55	24	13	5	11	2	0	
		15.2%	23.8%	13.7%	6.7%	15.9%	13.3%	
リスク第2層	208	63	56	41	37	7	4	
		57.3%	62.4%	58.9%	54.7%	53.0%	46.7%	
リスク第3層	100	14	26	29	21	6	4	
		27.5%	13.9%	27.4%	38.7%	30.4%	40.0%	
再掲 重複あり	糖尿病	35	7	8	17	3	0	
			35.0%	50.0%	30.8%	58.6%	14.3%	0.0%
	慢性腎臓病 (CKD)	38	3	11	11	7	3	
		38.0%	21.4%	42.3%	37.9%	33.3%	50.0%	
3個以上の危険因子	56	7	13	18	14	3		
		56.0%	50.0%	50.0%	62.1%	66.7%	50.0%	

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
11	39	42
3.0%	10.7%	11.6%
11	2	0
100%	5.1%	0.0%
--	37	11
--	94.9%	26.2%
--	--	31
--	--	73.8%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	22	30	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	3	4	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	3	6	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	14	19	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	2	1	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

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	100	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!

心電図検査において心房細動有所見者は0人であった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性と医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、**心電図検査の対象者の拡大に向けて検討を行っていきます。**

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「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」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

③ 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

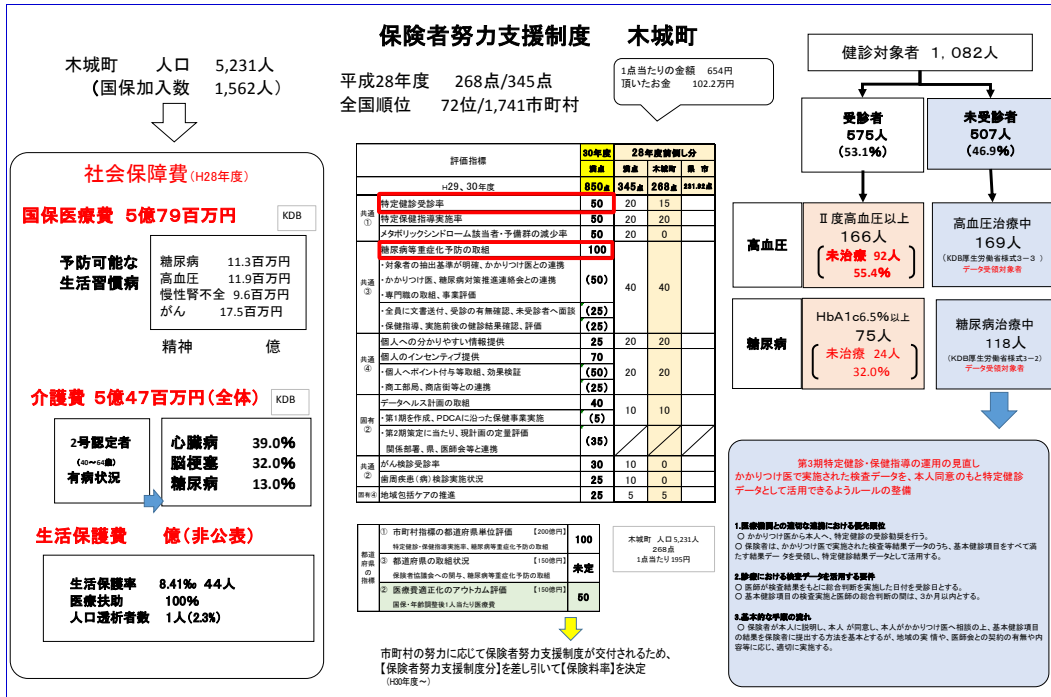
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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)

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】

宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

ポピュレーションアプローチ資料(図表41)

1.からだの実態

①健診データ

(H25年度厚生労働省様式6-2~6-7健診有所見者状況)

腹囲	4位
中性脂肪	10位
HDL	5位
HbA1c8.4以上	15位
血圧140以上	12位

内臓脂肪の蓄積

②患者調査の実態(平成26年)

総数	入院	入院外
	9位	19位

③透析患者の状況

	H26年	H27年
慢性透析患者	3位	5位
新規透析(糖尿病性腎症)	34位	16位

入院 9位

2.宮崎の食の実態

食用油	9位
鶏肉	8位
加工肉	8位
餃子	3位
焼き肉店	7位

即席めん	12位
柑きつ類	3位
砂糖	4位

生鮮野菜(全体) 44位

バー キャバレーナイトクラブ	2位
酒場 ビアホール	5位

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。

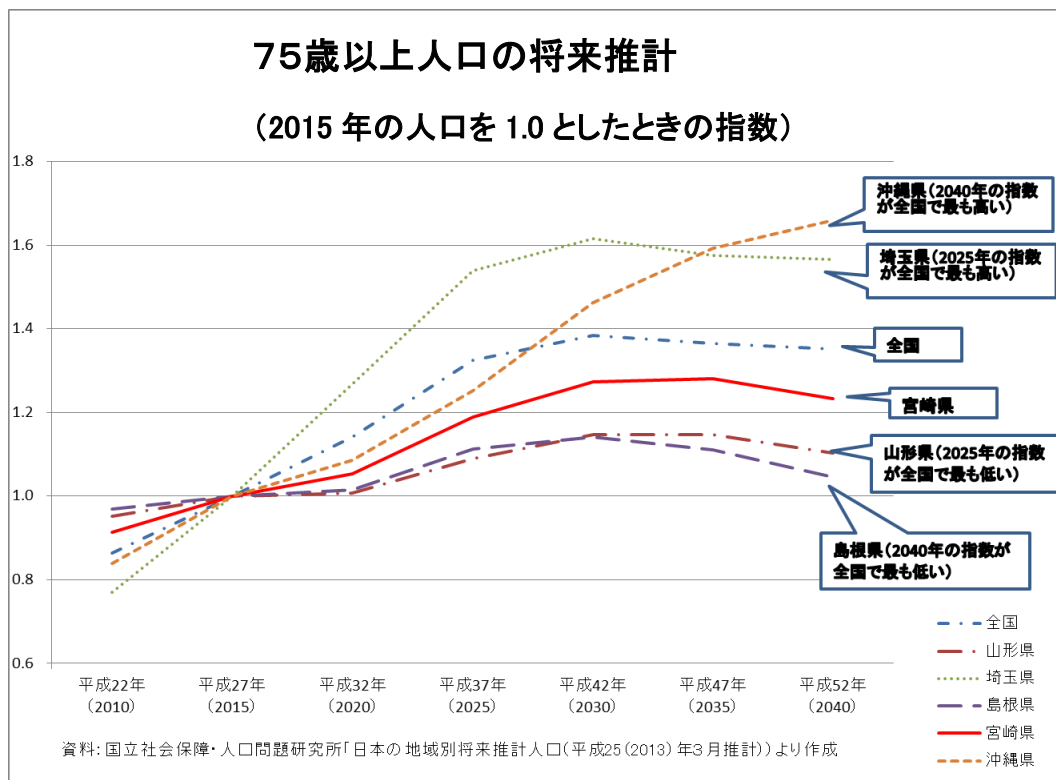
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

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1.23と全国平均の1.35より低く推計されており、中位よりやや下位となっている。

(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4つの指標で評価する。

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

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

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知り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。

生活習慣病の改善により、若い時から糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、更には重症化・合併症予防となり入院患者を減らすことができる。

この結果、住民の生活の質の維持・向上を図りながら、医療費の伸びの抑制を実現することが可能となる。

また、生活習慣病を予防することは、介護認定者数の抑制につながり、介護給付費の抑制が可能となる。加えて後期高齢者医療費の抑制にもつながっていくため、高齢者支援金の伸びを抑えることで若い世代の医療負担を抑制することが可能となる。

予防可能な生活習慣病を予防することによって、将来の医療費の伸びを抑え、住民の負担を減らし、国民皆保険制度を維持可能なものとするためには、住民の実践が最も重要となる。

そのため、特定健康診査等実施計画及び趣旨の普及啓発については、法第18条の規定に基づき、行政掲示板並びにホームページへの掲載において公表するものとし、広報誌、各種通知・各団体との連携や、出前講座、保健事業等を通じた啓発パンフレットの配布により周知する。

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り扱いが確保されるよう措置を講じる。

第8章 特定健診以外の健（検）診との関係

1. 後期高齢者を対象とした健診

国保から移行した後期高齢者医療被保険者については、法に基づく保健事業として健診が実施されるため、特定健診の枠組みを活用して実施します。

2. 39歳以下を対象とした「わけもん健診」

特定健診に該当しない若年層については、健康増進法の観点から、健診習慣と早期の介入による重症化予防を目的として、特定健診の枠組みを活用して実施します。

3. 被用者保険被扶養者を対象とした健診

被用者保険被扶養者の特定健診については、本町が実施する健診会場にて受診できる体制を構築し、その結果を共有することで、将来の国保加入に備えます。

4. 生活保護受給者に対する健診

各医療保険に属さない生活保護受給者については、健康増進法に基づき、特定健診の枠組みを活用して実施します。

5. がん検診

被保険者のがん検診受診率向上に向けて、国保の立場から出来る限り協力をしていきます。

前立腺がん検診と胸部X線撮影、胃がん検診、**胃がんリスク検診**は地区巡回を含め健診と同時に実施できる体制を維持していきます。

その他のがん検診についても健診会場での周知・広報を進めていきます。

6. 歯科検診

生活習慣病予防対策の一つとして、歯科検診による歯周病ケアと口腔ケアを推進します。

7. 肝炎ウイルス検査

特定健診の時に同時に実施できる体制が出来ているので、継続して実施します。

8. 特定健診以外の健診結果の提出

その他の職場健診を受けた方や、定期的に通院している方には、健診結果等の提供を情報提供事業により依頼します。その結果に基づき階層化し、必要に応じて保健指導または特定保健指導以外の保健指導を実施して、重症化しないよう実施していきます。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた木城町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 評価イメージ 2
- 参考資料 12 データヘルス計画の目標管理一覧

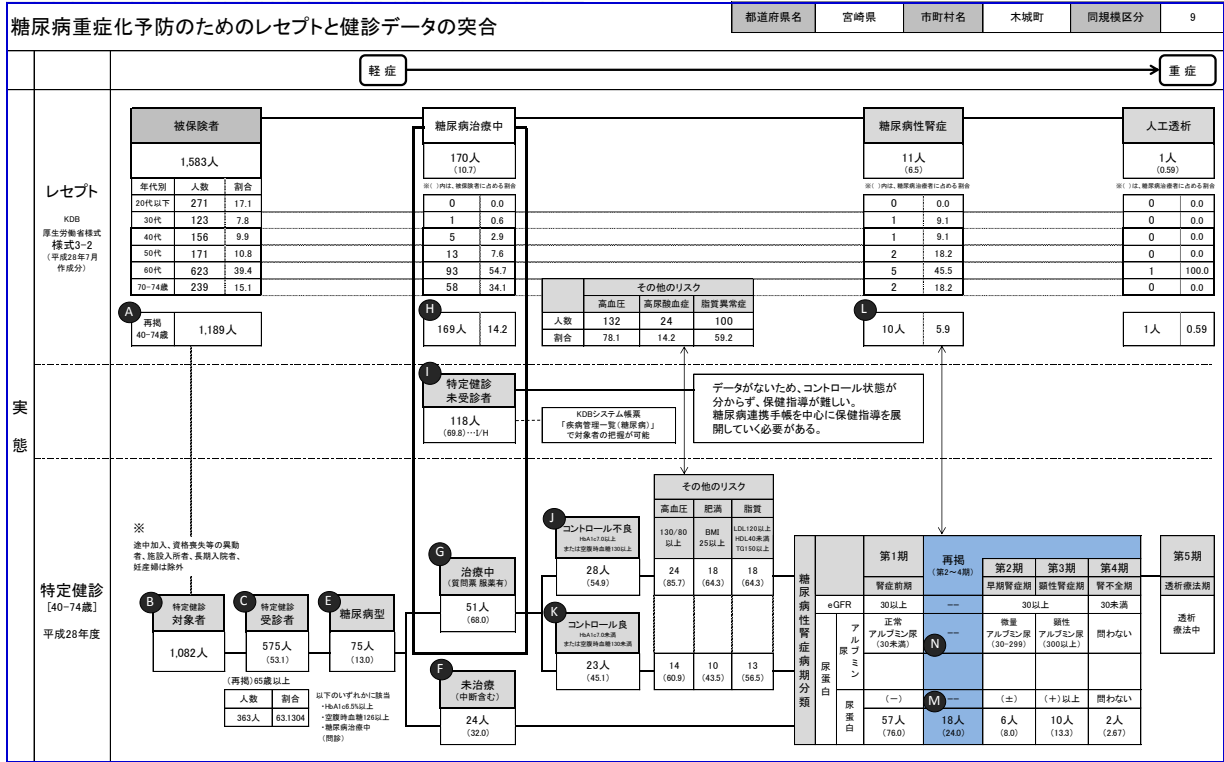
様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた木城町の位置

【参考資料1】

項目		保険者		県		同規模平均		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	5,171		1,125,360		1,815,204		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	1,571	30.4	290,839	25.8	575,561	31.7	29,020,766	23.2		
		75歳以上	881	17.0	156,418	13.9			13,989,864	11.2		
		65～74歳	690	13.3	134,421	11.9			15,030,902	12.0		
		40～64歳	1,717	33.2	383,847	34.1			42,411,922	34.0		
	39歳以下	1,883	36.4	450,674	40.0			53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	24.1		11.8		18.4		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第2次産業	22.8		21.6		25.5		25.2			
		第3次産業	53.1		66.6		56.1		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.6		79.7		79.4		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.6		86.6		86.4		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.3		65.2		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.5		66.8		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	102.2		99.7		104.8		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			91.5		96.2		100.8		100			
		死因	がん	14	36.8	3,469	45.2	6,817	45.1	367,905		49.6
		心臓病	12	31.6	2,242	29.2	4,392	29.1	196,768	26.5		
		脳疾患	8	21.1	1,301	16.9	2,661	17.6	114,122	15.4		
		糖尿病	0	0.0	128	1.7	274	1.8	13,658	1.8		
		腎不全	3	7.9	276	3.6	548	3.6	24,763	3.3		
	自殺	1	2.6	265	3.5	409	2.7	24,294	3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	5	7.1%	1,421	10.5%			142,481	11.0%	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	2	5.6%	948	14.2%			95,219	14.3%		
女性		3	8.8%	473	6.9%			47,262	7.6%			
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	320	20.5	59,315	20.4	114,751	20.1	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	5	0.3	1,066	0.3	1,910	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	5	0.5	1,424	0.4	2,325	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	55	17.1	12,987	21.1	25,230	21.2	1,350,152	22.1		
		高血圧症	181	54.2	35,357	57.9	64,783	54.6	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	44	15.5	16,825	27.4	31,854	26.7	1,741,866	28.4		
		心臓病	201	61.4	40,235	65.9	73,398	61.9	3,529,682	58.0		
		脳疾患	88	27.2	19,122	31.4	33,188	28.2	1,538,683	25.5		
		がん	23	6.7	5,852	9.4	11,653	9.7	631,950	10.3		
		筋・骨格	148	47.1	35,171	57.7	63,731	53.7	3,067,196	50.3		
精神	115	35.7	25,297	40.9	44,036	37.1	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	77,661		66,242		70,589		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス	48,725		47,239		40,981		39,662				
	施設サービス	282,574		282,096		275,251		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	認定あり	7,675	7,149	8,457	7,980				KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		認定なし	4,224	3,962	4,122	3,816						
4	① 国保の状況	被保険者数	1,575		300,107		492,460		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	636	40.4	119,981	40.0			12,461,613	38.2		
		40～64歳	551	35.0	103,073	34.3			10,946,712	33.6		
		39歳以下	388	24.6	77,053	25.7			9,179,541	28.2		
		加入率	30.5		26.7		27.7		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	140	0.5	144	0.3	8,255	0.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	5	3.2	891	3.0	1,108	2.2	96,727	3.0		
		病床数	0	0.0	19,245	64.1	15,468	31.4	1,524,378	46.8		
		医師数	1	0.6	2,730	9.1	1,575	3.2	299,792	9.2		
		外来患者数	671.8		677.3		660.2		668.1			
入院患者数	26.0		24.7		22.7		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,775	県内14位 同規模92位	26,707	26,488	24,245				KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率	697,851		702,012		682,952		686,286				
	外来	費用の割合	51.9	55.1	56.6	60.1						
	件数の割合	96.3	96.5	96.7	97.4							
	入院	費用の割合	48.1	44.9	43.4	39.9						
	件数の割合	3.7	3.5	3.3	2.6							
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名 (頭割含む)	1件あたり在院日数	18.5日		17.8日		16.3日		15.6日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
	新生物	23.9		22.0		24.1		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)	9.1		11.2		9.1		9.7				
	糖尿病	8.8		8.6		10.2		9.7				
	高血圧症	10.6		8.7		9.2		8.6				
	精神	21.1		22.3		17.5		16.9				
筋・骨疾患	14.3		14.6		16.1		15.2					

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	484,912	21位	(21)						KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
			入院	高血圧	634,065	3位	(18)									
		入院	脂質異常症	636,796	3位	(20)										
		入院	脳血管疾患	671,846	3位	(21)										
		入院	心疾患	922,793	2位	(17)										
		入院	腎不全	456,500	26位	(13)										
		入院	精神	497,685	4位	(27)										
		入院	悪性新生物	602,778	16位	(17)										
		入院の()内 は在院日数	糖尿病	24,284	27位											
		外来	高血圧	25,723	24位											
		外来	脂質異常症	20,745	27位											
		外来	脳血管疾患	35,433	13位											
		外来	心疾患	39,396	17位											
		外来	腎不全	190,678	12位											
外来	精神	28,693	17位													
外来	悪性新生物	62,291	5位													
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,322			3,164		3,127		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	9,013			11,427		11,954		12,339					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	13,755			8,696		8,685		6,742					
		健診未受診者	23,294			31,410		33,204		35,459						
7	⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	349	62.9	38,800	54.9	87,076	57.0	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			医療機関受診率	315	56.8	36,267	51.4	79,315	51.9	4,069,618	51.5					
			医療機関非受診率	34	6.1	2,533	3.6	7,761	5.1	357,742	4.5					
5	①	特定健診の 状況	①	健診受診者	555		70,610		152,769		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	51.5	県内7位 同規模55位	34.5	全国32位	43.7	36.4						
			②	特定保健指導終了者(実施率)	35	55.6	3,465	40.8	8036	41.1	198,683	21.1				
			③	非肥満高血糖	43	7.7	5,442	7.7	15,303	10.0	737,886	9.3				
			⑤	メタボ	該当者	84	15.1	12,794	18.1	27,745	18.2	1,365,855		17.3		
					男性	47	19.1	8,493	27.9	19,338	27.2	940,335		27.5		
					女性	37	12.0	4,301	10.7	8,407	10.3	425,520		9.5		
					予備群	62	11.2	8,838	12.5	17,604	11.5	847,733		10.7		
			⑥	メタボ	男性	40	16.3	5,505	18.1	12,301	17.3	588,308		17.2		
					女性	22	7.1	3,333	8.3	5,303	6.5	259,425		5.8		
					⑦	腹囲	総数	167	30.1	24,452	34.6	51,074		33.4	2,490,581	31.5
					男性		102	41.5	15,692	51.6	35,501	50.0		1,714,251	50.2	
			⑧	女性	65	21.0	8,760	21.8	15,573	19.1	776,330	17.3				
			⑨	メタボ 該当 予備 レベル	BMI	総数	39	7.0	3,286	4.7	9,243	6.1		372,685	4.7	
						男性	7	2.8	532	1.8	1,548	2.2		59,615	1.7	
					女性	32	10.4	2,754	6.8	7,695	9.4	313,070		7.0		
					⑩	血糖のみ	4	0.7	467	0.7	1,199	0.8		52,296	0.7	
					⑪	血圧のみ	47	8.5	6,643	9.4	12,440	8.1		587,214	7.4	
					⑫	脂質のみ	11	2.0	1,728	2.4	3,965	2.6		208,214	2.6	
⑬	血糖・血圧	19			3.4	2,194	3.1	4,996	3.3	212,002	2.7					
⑭	血糖・脂質	3	0.5	528	0.7	1,510	1.0	75,032	0.9							
⑮	血圧・脂質	38	6.8	6,424	9.1	12,772	8.4	663,512	8.4							
⑯	血糖・血圧・脂質	24	4.3	3,648	5.2	8,467	5.5	415,310	5.3							
6	①	生活習慣の 状況	①	服薬	208	37.5	26,712	37.8	54,561	35.7	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			②	既往歴	51	9.2	5,470	7.7	12,934	8.5	589,711	7.5				
			③	喫煙	93	16.8	14,669	20.8	34,459	22.6	1,861,221	23.6				
			④	週3回以上朝食を抜く	18	3.2	2,695	3.9	4,709	3.3	246,252	3.3				
			⑤	週3回以上食後間食	25	4.5	3,636	5.3	8,283	5.7	417,378	5.5				
			⑥	週3回以上就寝前夕食	5	0.9	240	0.3	1,808	1.2	39,184	0.5				
			⑦	食べる速度が速い	49	8.8	7,036	10.3	12,100	8.4	761,573	10.2				
			⑧	20歳時体重から10kg以上増加	77	13.9	8,574	12.1	23,837	15.6	1,122,649	14.2				
			⑨	1回30分以上運動習慣なし	189	34.1	23,064	33.7	46,884	33.5	2,192,264	32.1				
			⑩	1日1時間以上運動なし	331	59.6	37,367	54.5	92,124	65.7	4,026,105	58.8				
			⑪	睡眠不足	104	18.8	32,220	47.0	67,794	48.5	3,209,187	47.0				
			⑫	毎日飲酒	272	50.9	32,998	48.3	78,084	56.1	3,387,102	50.3				
			⑬	時々飲酒	119	21.5	14,204	20.7	28,876	20.7	1,321,337	19.5				
			⑭	一 日 飲 酒 量	1合未満	171	30.9	17,240	25.2	37,935	27.2	1,755,597		26.0		
			1～2合		318	57.4	45,922	67.0	90,299	64.6	4,425,971	65.6				
			2～3合		65	11.7	5,377	7.8	11,447	8.2	567,502	8.4				
			3合以上		60	10.8	10,362	15.1	22,957	16.4	1,054,516	15.5				

【参考資料 2】



【参考資料 3】

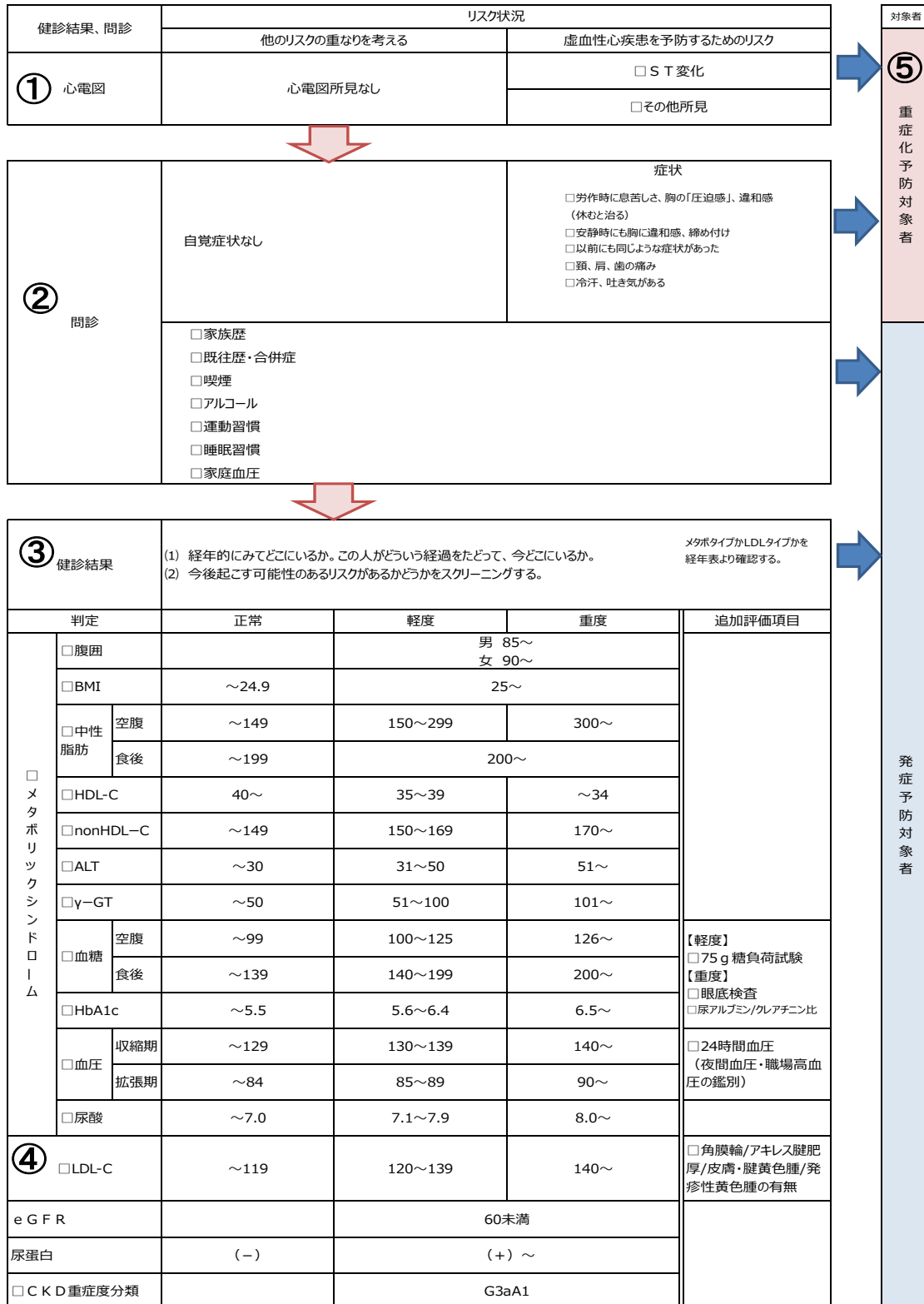
糖尿病管理台帳 (永年)																
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病	糖 以外 CKD	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症		血圧								
								GFR								
							尿蛋白									
						糖尿病	糖 以外 CKD	服薬								
						高血圧		HbA1c								
						虚血性心疾患		体重								
						脳血管疾患		BMI								
						糖尿病性腎症		血圧								
								GFR								
							尿蛋白									

【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	統合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	1,669人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	1,248人							
2	①	対象者数	1,078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	555人							
	③	受診率	51.5%							
3	①	特定保健指導 対象者数	63人							
	②	実施率	77.8%							
4	①	糖尿病型	E	75人	13.0%				特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	24人	32.0%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	51人	68.0%					
	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	28人	54.9%					
	⑤			血圧 130/80以上	24人	85.7%				
	⑥			肥満 BMI25以上	18人	64.3%				
	⑦			コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	23人	45.1%			
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	57人	76.0%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		6人	8.0%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		10人	13.3%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	2.7%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	114.4人						KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	152.2人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	1,030件	(867.7)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	入院外(件数)	5件	(4.2)			9件	(5.4)		
	⑤	糖尿病治療中	H	191人	11.4%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳	I	190人	15.2%					
	⑦	健診未受診者		139人	73.2%					
	⑧	インスリン治療	O	13人	6.8%					
	⑨	(再掲)40-74歳		13人	6.8%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	12人	6.3%					
	⑪	(再掲)40-74歳		12人	6.3%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		2人	1.05%					
	⑬	(再掲)40-74歳		2人	1.05%					
	⑭	新規透析患者数								
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症								
	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)		212人	1.4%				KDB 厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	①	総医療費	5億4154万円				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	2億9556万円				3億8078万円			
	③	(総医療費に占める割合)	54.6%				56.7%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	13,755円			8,685円			
	⑤	健診未受診者	23,294円			33,204円				
	⑥	糖尿病医療費	2604万円				3885万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	8.8%				10.2%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	5843万円							
	⑨	1件あたり	24,284円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	7031万円							
	⑪	1件あたり	484,912円							
	⑫	在院日数	21日							
	⑬	慢性腎不全医療費	2729万円				3708万円			
	⑭	透析有り	2701万円				3468万円			
	⑮	透析なし	28万円				240万円			
7	①	介護給付費	5億4728万円				7億5295万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症								
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%				1人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中期中評価値	最終評価値	現状値の把握方法					
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
特定健康計画	・高血圧者の割合が23.4%で県、同規模団体と比較して高い。 ・慢性腎不全に係る医療費は国・県より低い。突出して脳血管疾患の占める割合も大きく増えて国県の平均に近づいている。 ・肥満及びメタボリックシンドロームの該当者が増えている。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 一人当たり医療費の伸びを対平成28年度で2.0%に抑制する	特定健診受診率60%以上	51.5%								特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	77.8%								
データヘルス計画	・肥満及びメタボリックシンドロームの該当者が増えている。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	脳血管疾患の総医療費に占める割合0.75%減少	3.14%								KDBシステム
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合1.56%減少	2.00%								
保険者努力支援制度	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少(%)	0.0%								
			メタボリックシンドローム、予備群の割合25%減少	15.1%								
短期	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の高血圧者(収縮期血圧)の割合1%減少(130mmHg以上)	49.9%								
			健診受診者の高血圧者(拡張期血圧)の割合5%減少(85mmHg以上)	21.3%								
短期	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少3%(LDL120以上)	51.5%								KDBシステム
			健診受診者の糖尿病者の割合減少9%(HbA1c5.6以上)	44.7%								
短期	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者(中断者含む)の割合減少5%	32.0%								
			がん検診受診率 胃がん検診 5%以上	3.5%								
短期	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	肺がん検診 5%以上	3.2%								
			大腸がん検診 15%以上	11.3%								
短期	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	子宮頸がん検診 27%以上	22.6%								
			乳がん検診 15%以上	11.0%								
短期	・がんによる死亡率は36.8%で国・県・同規模団体と比較して低くなっている。 ・がん検診の受診率は低い。ため、早期発見できないことがある。	がんの早期発見、早期治療	健康マイレージの取組みを行う実施者の割合20%以上	14.3%								木城町福祉保健課
			後発医薬品の使用割合80%以上	80.5%								

