

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。

東串良町においては、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

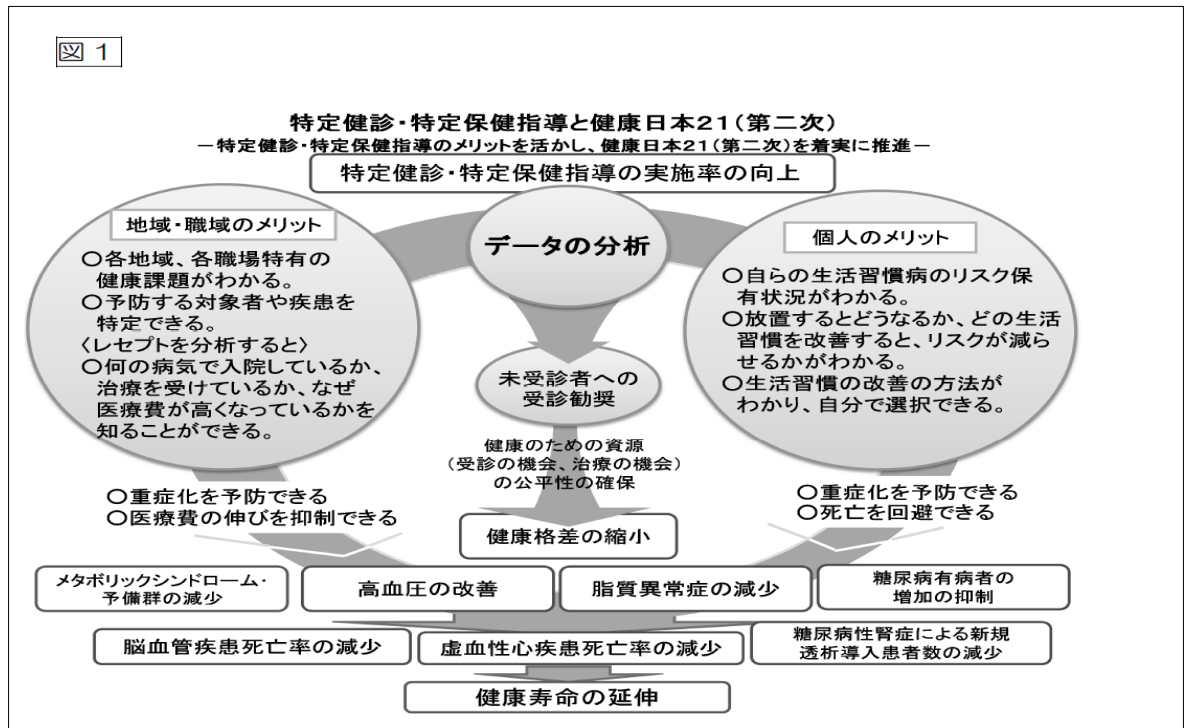
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、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】

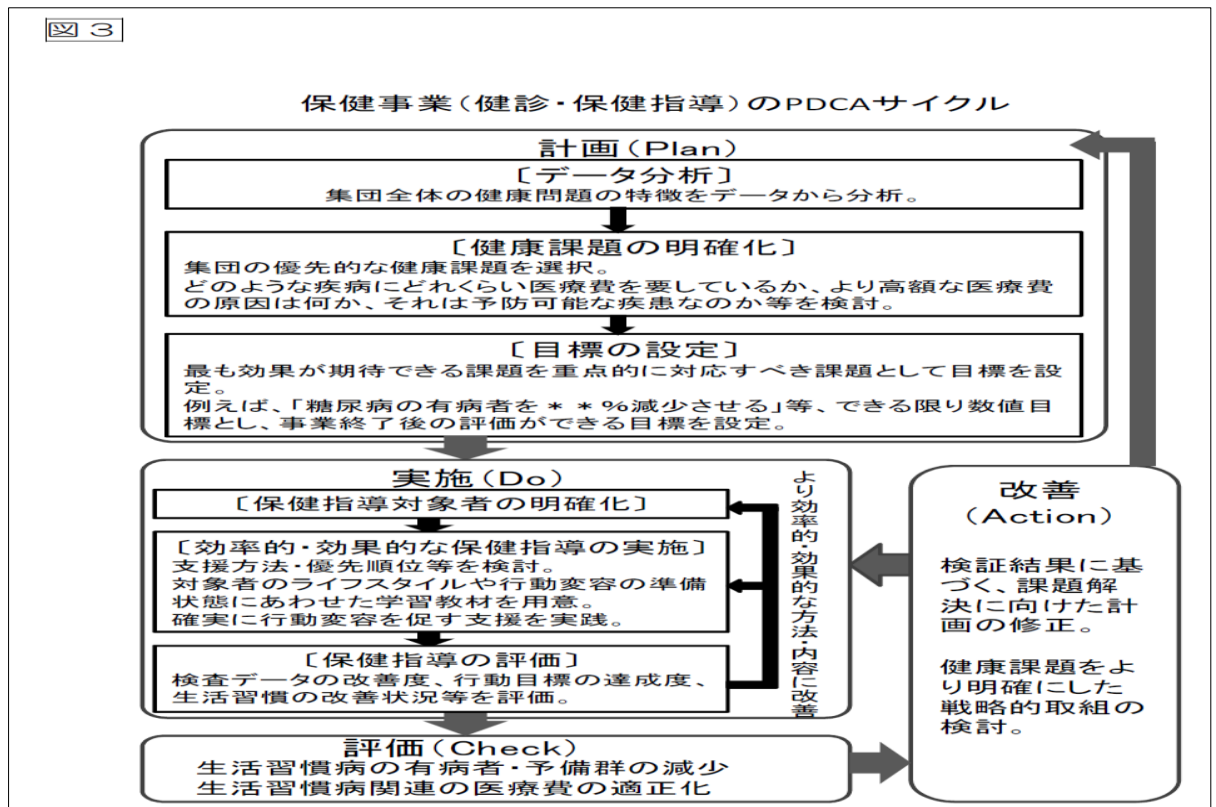
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進事業法とは 健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成29年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29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会環境制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を抑制 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を達成することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、 データヘルス計画 に準じ、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、対象に抽出するに当たって行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の 自主的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保険者がその支援の中心 となって、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 保険者の財政基盤強化 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	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介護状態となることの 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、続けていくため、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないよう、いかに いかに、負いかつ適切な医療を効果的に提供 する体制の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において切れ目のない医療の提供 を実現し、良質なかつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青少年期)高齢期)に応じて	40歳~74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 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 骨格・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、慢性腎臓病 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、脳萎縮性痴呆、後縦靭帯骨化症	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 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関連する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症・糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数 ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧・脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な薬と食の食事による ⑪日常生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の結果を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 未定 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		<p style="text-align: center;">保険者努力支援制度</p> <p style="text-align: center;">【保険者努力支援制度判定分】を減額し、保険料率決定</p>				<p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携</p>

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

東串良町においては、福祉課国保部門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。特に福祉課保健衛生部門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（福祉課福祉係）、保健衛生部局（福祉課保健衛生部門）、介護保険部局（福祉課介護保険係）、生活保護部局（福祉課福祉係）とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

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

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

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

このため、市町村国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県と

の連携に努める。

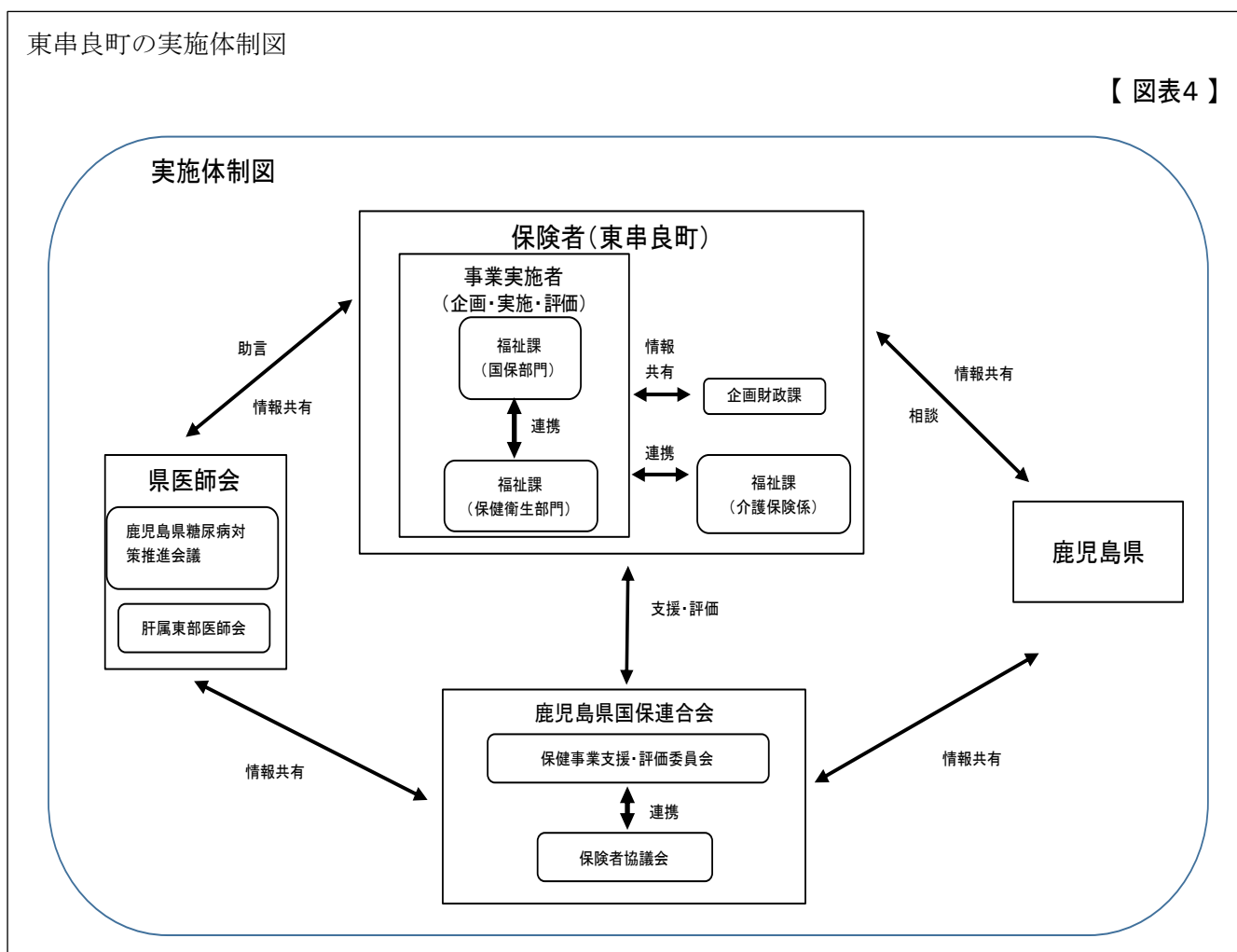
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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



4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		116.9			
全国順位(1,741市町村中)		547			
共通 ①	特定健診受診率	15			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	5			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		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)の割合の変化はそれ程みられないが、死因別にかん、心臓病による死亡割合は増加しており、特に、がんによる死亡は16%増加している。一方で、脳血管疾患・腎不全の死亡割合は減少した。

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減少、40～64歳の2号認定率の減少の一方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減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が目標の60%にまだ遠いため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(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)

平成25年と28年度を比較すると、介護給付費は若干減少しており、1人当たり給付費もやや減少。居宅サービスに変化はないが、施設サービスの1人当たり給付費の減少(-2,862円)が影響していると考えられる。

同規模平均と比較すると、本町は1人当たり給付費が約32,000円、居宅サービスは約5,000円高く、特に施設サービスが約21,000円高い。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	東串良町				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	8億126万円	347,919	46,111	293,899	306,253	41,044	279,592
平成28年度	7億9723万円	346,171	46,142	296,761	313,982	40,981	275,251

減少

増加

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費全体の伸び率を同規模と比較すると東串良町は-7.9 と伸び率を抑制しており、特に入院費用の伸び率が-13.5 と抑制している。

【図表 7】

医療費の変化

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	8億2842万円				4億553万円				4億2289万円			
	H28年度	7億6267万円	6575万円	-7.9	-3.3	3億5075万円	5478万円	-13.5	-2.91	4億1192万円	1097万円	-2.6	-3.5
2 総医療費(円)	H25年度	27,010				13,220				13,790			入院外伸び率 減少
	H28年度	27,920	910	3.4	7.6	12,840	-380	-2.9	8.0	15,080	1,290	9.4	7.2

※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）

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)に係る医療費計では減少しているが、疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの脳血管疾患は全国・県より割合高く、また慢性腎不全(透析)に係る費用は増加し全国より割合が高い。

中長期目標疾患に共通する短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、糖尿病は微増し、高血圧・脂質異常症は減少しているものの、高血圧は全国・県よりも割合が高い。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

【図表 8】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患						短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症							
					同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)				脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞					
H25	東串良町	828,420,850	27,010	64位	25位	3.15%	0.25%	4.14%	2.49%	5.42%	6.00%	2.11%	195,191,670	23.56%	12.31%	14.54%	7.78%	
	H28	762,671,450	27,923	89位	28位	悪化	6.37%	0.19%	2.87%	1.68%	微増	5.85%	4.79%	1.77%	179,414,150	23.52%	8.39%	17.23%
H25	鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%	
	全国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%	
H28	鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%	
	全国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	

④中長期的な疾患（図表 9）

中長期的な目標疾患のうち、虚血性心疾患はH25年度とH28年度を比較すると人数・割合に変化はみられないが、脂質異常症が微増。脳血管疾患では人

数・割合にやや改善がみられ、高血圧と糖尿病の割合にやや増加がみられた。また、特に人工透析は人数・割合共に増加しており、糖尿病増加がみとめられた。

【図表9】

東串良町

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		被保険者数		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2559	107	4.2	27	25.2	2	1.9	74	69.2	44	41.1	74	69.2
	64歳以下	1802	33	1.8	5	15.2	1	3.0	25	75.8	10	30.3	21	63.6
	65歳以上	757	74	9.8	22	29.7	1	1.4	49	66.2	34	45.9	53	71.6
H28	全体	2316	99	4.3	20	20.2	4	4.0	69	69.7	37	37.4	71	71.7
	64歳以下	1565	30	1.9	6	20.0	3	10.0	21	70.0	9	30.0	18	60.0
	65歳以上	751	69	9.2	14	20.3	1	1.4	48	69.6	28	40.6	53	76.8

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		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	2559	120	4.7	27	22.5	0	0.0	81	67.5	40	33.3	65	54.2
	64歳以下	1802	42	2.3	5	11.9	0	0.0	25	59.5	17	40.5	22	52.4
	65歳以上	757	78	10.3	22	28.2	0	0.0	56	71.8	23	29.5	43	55.1
H28	全体	2316	99	4.3	20	20.2	1	1.0	68	68.7	38	38.4	55	55.6
	64歳以下	1565	29	1.9	6	20.7	0	0.0	23	79.3	16	55.2	18	62.1
	65歳以上	751	70	9.3	14	20.0	1	1.4	45	64.3	22	31.4	37	52.9

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標							
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2559	4	0.2	0	0.0	2	50.0	4	100.0	1	25.0	1	25.0	
	64歳以下	1802	3	0.2	0	0.0	1	33.3	3	100.0	1	33.3	1	33.3	
	65歳以上	757	1	0.1	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	2316	9	0.4	1	11.1	4	44.4	9	100.0	4	44.4	2	22.2	
	64歳以下	1565	6	0.4	0	0.0	3	50.0	6	100.0	4	66.7	2	33.3	
	65歳以上	751	3	0.4	1	33.3	1	33.3	3	100.0	0	0.0	0	0.0	

(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治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式

3-2)においては、糖尿病治療者は微増しインスリン療法、糖尿病性腎症の割合も増加していることから重症化予防につなげられていない状況がみとめられた。また、人工透析は64歳以下の方が特に増加している。高血圧治療者（様式3-3）も同様に人工透析の増加みとめられ、64歳以下の方が増えている。糖尿病や高血圧症の治療中断、適正内服治療の継続を確認していく必要がある。

【図表10】

【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		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	2559	244	9.5	21	8.6	163	66.8	142	58.2	44	18.0	40	16.4	1	0.4	20	8.2	
	64歳以下	1802	111	6.2	10	9.0	69	62.2	64	57.7	10	9.0	17	15.3	1	0.9	6	5.4	
	65歳以上	757	133	17.6	11	8.3	94	70.7	78	58.6	34	25.6	23	17.3	0	0.0	14	10.5	
H28	全体	2316	222	9.6	22	9.9	143	64.4	124	55.9	37	16.7	38	17.1	4	1.8	20	9.0	
	64歳以下	1565	93	5.9	9	9.7	59	63.4	58	62.4	9	9.7	16	17.2	4	4.3	5	5.4	
	65歳以上	751	129	17.2	13	10.1	84	65.1	66	51.2	28	21.7	22	17.1	0	0.0	15	11.6	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2559	551	21.5	163	29.6	253	45.9	74	13.4	81	14.7	4	0.7	
	64歳以下	1802	233	12.9	69	29.6	95	40.8	25	10.7	25	10.7	3	1.3	
	65歳以上	757	318	42.0	94	29.6	158	49.7	49	15.4	56	17.6	1	0.3	
H28	全体	2316	471	20.3	143	30.4	224	47.6	69	14.6	68	14.4	9	1.9	
	64歳以下	1565	175	11.2	59	33.7	84	48.0	21	12.0	23	13.1	6	3.4	
	65歳以上	751	296	39.4	84	28.4	140	47.3	48	16.2	45	15.2	3	1.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	2559	372	14.5	142	38.2	253	68.0	74	19.9	65	17.5	1	0.3	
	64歳以下	1802	150	8.3	64	42.7	95	63.3	21	14.0	22	14.7	1	0.7	
	65歳以上	757	222	29.3	78	35.1	158	71.2	53	23.9	43	19.4	0	0.0	
H28	全体	2316	345	14.9	124	35.9	224	64.9	71	20.6	55	15.9	2	0.6	
	64歳以下	1565	144	9.2	58	40.3	84	58.3	18	12.5	18	12.5	2	1.4	
	65歳以上	751	201	26.8	66	32.8	140	69.7	53	26.4	37	18.4	0	0.0	

②リスクの健診結果経年変化（図表11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに BMI、尿酸の有所見者が増加し、HbA1c、LDL コレステロールは減少していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は、男性は予備群が増加し、女性は該当者が増加している。高血糖のみでは増加はみられないが、該当者には血糖＋高血圧や3項目（血糖・血圧・脂質すべて）に増加がみられることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖・高血圧・脂質異常状態であることが推測される。

【図表11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省6-2~6-7) ○ 悪化 ○ 改善 ☆No.23帳票

性別	年代	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
男性	合計	103	29.9	153	44.3	81	23.5	85	24.6	32	9.3	145	42.0	187	54.2	44	12.8	150	43.5	89	25.8	190	55.1	8	2.3
	40-64	64	32.8	93	47.7	56	28.7	56	28.7	18	9.2	73	37.4	102	52.3	30	15.4	71	36.4	51	26.2	109	55.9	0	0.0
	65-74	39	26.0	60	40.0	25	16.7	29	19.3	14	9.3	72	48.0	85	56.7	14	9.3	79	52.7	38	25.3	81	54.0	8	5.3
H28	合計	95	31.1	149	48.9	64	21.0	76	24.9	25	8.2	121	39.7	137	44.9	80	26.2	144	47.2	82	26.9	139	45.6	8	2.6
	40-64	50	38.2	68	51.9	29	22.1	35	26.7	9	6.9	48	36.6	51	38.9	46	35.1	49	37.4	38	29.0	62	47.3	2	1.5
	65-74	45	25.9	81	46.6	35	20.1	41	23.6	16	9.2	73	42.0	86	49.4	34	19.5	95	54.6	44	25.3	77	44.3	6	3.4

性別	年代	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
女性	合計	104	25.7	83	20.5	54	13.3	36	8.9	14	3.5	93	23.0	209	51.6	4	1.0	170	42.0	83	20.5	247	61.0	1	0.2
	40-64	41	19.9	33	16.0	24	11.7	20	9.7	8	3.9	35	17.0	90	43.7	3	1.5	62	30.1	46	22.3	129	62.6	1	0.5
	65-74	63	31.7	50	25.1	30	15.1	16	8.0	6	3.0	58	29.1	119	59.8	1	0.5	108	54.3	37	18.6	118	59.3	0	0.0
H28	合計	104	28.0	71	19.1	50	13.4	33	8.9	17	4.6	101	27.2	181	48.7	12	3.2	159	42.7	64	17.2	207	55.6	3	0.8
	40-64	46	27.1	30	17.6	22	12.9	21	12.4	5	2.9	39	22.9	65	38.2	5	2.9	45	26.5	27	15.9	99	58.2	0	0.0
	65-74	58	28.7	41	20.3	28	13.9	12	5.9	12	5.9	62	30.7	116	57.4	7	3.5	114	56.4	37	18.3	108	53.5	3	1.5

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) ○ 悪化 ○ 改善 ☆No.24帳票

性別	年代	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
男性	合計	345	39.7	22	6.4%	51	14.8%	4	1.2%	32	9.3%	15	4.3%	80	23.2%	10	2.9%	13	3.8%	30	8.7%	27	7.8%		
	40-64	195	36.4	17	8.7%	34	17.4%	2	1.0%	19	9.7%	13	6.7%	42	21.5%	3	1.5%	6	3.1%	17	8.7%	16	8.2%		
	65-74	150	45.0	5	3.3%	17	11.3%	2	1.3%	13	8.7%	2	1.3%	38	25.3%	7	4.7%	7	4.7%	13	8.7%	11	7.3%		
H28	合計	305	39.5	25	8.2%	54	17.7%	3	1.0%	39	12.8%	12	3.9%	70	23.0%	17	5.6%	4	1.3%	27	8.9%	22	7.2%		
	40-64	131	30.7	15	11.5%	24	18.3%	2	1.5%	16	12.2%	6	4.6%	29	22.1%	5	3.8%	1	0.8%	13	9.9%	10	7.6%		
	65-74	174	50.3	10	5.7%	30	17.2%	1	0.6%	23	13.2%	6	3.4%	41	23.6%	12	6.9%	3	1.7%	14	8.0%	12	6.9%		

性別	年代	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
女性	合計	405	47.5	14	3.5%	29	7.2%	3	0.7%	21	5.2%	5	1.2%	40	9.9%	5	1.2%	0	0.0%	24	5.9%	11	2.7%		
	40-64	206	45.5	9	4.4%	13	6.3%	0	0.0%	11	5.3%	2	1.0%	11	5.3%	1	0.5%	0	0.0%	7	3.4%	3	1.5%		
	65-74	199	49.9	5	2.5%	16	8.0%	3	1.5%	10	5.0%	3	1.5%	29	14.6%	4	2.0%	0	0.0%	17	8.5%	8	4.0%		
H28	合計	372	49.1	11	3.0%	18	4.8%	1	0.3%	14	3.8%	3	0.8%	42	11.3%	6	1.6%	2	0.5%	19	5.1%	15	4.0%		
	40-64	170	45.6	5	2.9%	10	5.9%	1	0.6%	7	4.1%	2	1.2%	15	8.8%	1	0.6%	2	1.2%	8	4.7%	4	2.4%		
	65-74	202	52.6	6	3.0%	8	4.0%	0	0.0%	7	3.5%	1	0.5%	27	13.4%	5	2.5%	0	0.0%	11	5.4%	11	5.4%		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定保健指導率は目標の60%を達成しており、特定健診受診率も上昇してきているが、健診受診率目標の60%を達成できていない。

重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となる。

【図表12】

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

KDB帳票No.1、No.22

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	749	1,687	44.4	91	89	54	60.7	53.9	51.2
H28年度	748	1,526	49.0	70	94	57	60.6	54.1	51.9

改善

2) 第1期に係る考察

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

その結果、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、介護給付費の増加、慢性腎不全における件数や透析費用の増加など新たな課題も出てきた。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、メタボリックシンドロームの増加や非肥満の高血糖状態からも重症化予防にしっかりとつなげられるよう結果につながる保健指導の実施も重要である。

適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率は推進員や係内職員による受診勧奨で上昇や維持ができているが、まだ目標の60%には届いておらず、今後も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

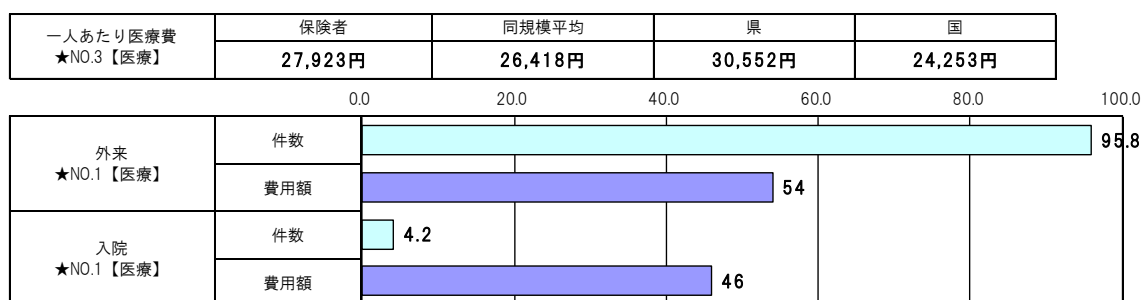
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

東串良町の1人あたり医療費は全国より高いが、県・同規模平均より低い。入院件数は4.2%で、費用額全体の46%を占めている。重症化予防の取組は入院件数の減少にもつながり費用対効果も得られると考えられ、入院外の件数や費用額の増加は適正医療や重症化予防にもなると推測される。

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較

【図表 13】



○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)

高額になる疾患(80万円以上レセ)では、虚血性心疾患が7.8%、脳血管疾患が3.1%と虚血性心疾患の方が多いが、脳血管疾患は40代の件数が75%と多い。

長期入院(6ヶ月以上の入院)では、脳血管疾患が14.7%、虚血性心疾患よりも多く、費用額も脳血管疾患が1,305万円と虚血性心疾患の3倍である。

人工透析患者では、糖尿病性腎症が44.4%とほぼ半数を占め、虚血性心疾患に罹患している方も44.4%と多い。

生活習慣病の治療者数の構成割合をみると、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の方には基礎疾患の重なりとして高血圧症の割合が高く、糖尿病だけでなく高血圧症の重症化予防も必要であることがわかる。

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】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他				
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	64人	2人 3.1%	5人 7.8%	15人 23.4%	44人 68.8%				
		件数	103件	4件 3.9%	5件 4.9%	16件 15.5%	78件 75.7%				
		年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	10.3%
			40代	3	75.0%	0	0.0%	1	6.3%	16	20.5%
			50代	0	0.0%	1	20.0%	1	6.3%	15	19.2%
			60代	1	25.0%	1	20.0%	7	43.8%	24	30.8%
70-74歳	0	0.0%	3	60.0%	7	43.8%	15	19.2%			
費用額		1億4148万円	463万円 3.3%	551万円 3.9%	2137万円 15.1%	1億0998万円 77.7%					

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	34人	27人 79.4%	5人 14.7%	3人 8.8%
		件数	298件	246件 82.6%	35件 11.7%	17件 5.7%
		費用額	1億0682万円	8131万円 76.1%	1305万円 12.2%	571万円 5.3%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上
*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	9人	4人 44.4%	1人 11.1%	4人 44.4%
		H28年度 累計	120件	49件 40.8%	14件 11.7%	48件 40.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	5291万円	2230万円 42.1%	564万円 10.7%	2221万円 42.0%

*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	の基礎 な疾 り患	840人	99人 11.8%	99人 11.8%	20人 2.4%
			高血圧	68人 68.7%	69人 69.7%	17人 85.0%
			糖尿病	38人 38.4%	37人 37.4%	20人 100.0%
			脂質 異常症	55人 55.6%	71人 71.7%	14人 70.0%
		高血圧症	471人 56.1%	222人 26.4%	345人 41.1%	80人 9.5%

○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)

要介護認定状況からは、介護度別人数は介護度が高い程割合が高い状況にあり、特に2号認定者(40~64歳)は割合が高いことがわかる。介護認定者におけるレセプト分

析では、血管疾患によるものが92.1%ととても高く、1号認定者（65歳以上）では脳卒中・虚血性心疾患の割合が高いが、2号認定者では特に脳卒中の割合が高い。

また、2号認定者の年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。重症化が予防されることで医療費適正化にもつながると考えられる。

【図表 15】

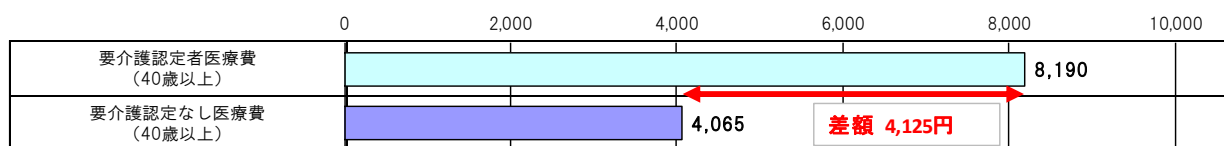
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

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	2,306人	936人	1,367人	2,303人			4,609人					
	認定者数	12人	44人	409人	453人			465人					
	認定率	0.52%	4.7%	29.9%	19.7%			10.1%					
	新規認定者数(*1)	1人	3人	52人	55人			56人					
介護度別人数	要支援1・2	2	16.7%	8	18.2%	82	20.0%	90	19.9%	92	19.8%		
	要介護1・2	4	33.3%	15	34.1%	123	30.1%	138	30.5%	142	30.5%		
	要介護3～5	6	50.0%	21	47.7%	204	49.9%	225	49.7%	231	49.7%		
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)	12	44	409	453			465					
	再) 国保・後期	8	36	389	425			433					
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	6	75.0%	18	50.0%	224	57.6%	242	56.9%	248	57.3%
		2	虚血性心疾患	2	25.0%	10	27.8%	182	46.8%	192	45.2%	194	44.8%
		3	腎不全	0	0.0%	2	5.6%	47	12.1%	49	11.5%	49	11.3%
	基礎疾患(*2)	糖尿病	2	25.0%	17	47.2%	142	36.5%	159	37.4%	161	37.2%	
		高血圧	5	62.5%	22	61.1%	317	81.5%	339	79.8%	344	79.4%	
		脂質異常症	4	50.0%	16	44.4%	202	51.9%	218	51.3%	222	51.3%	
	血管疾患合計	合計	6	75.0%	30	83.3%	363	93.3%	393	92.5%	399	92.1%	
	認知症	認知症	4	50.0%	9	25.0%	171	44.0%	180	42.4%	184	42.5%	
	筋・骨格疾患	筋骨格系	5	62.5%	26	72.2%	368	94.6%	394	92.7%	399	92.1%	

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1 【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

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、糖尿病性腎症等の重症化の可能性が高くなる。

東串良町においては、全国と比較してBMIや腹囲の基準値より高い方が多く、健診結果の有所見状況でも空腹時血糖・尿酸・拡張期血圧は男女関係なく割合が高く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。特に男性は40歳～64歳の比較的若い時期から有所見が目立ち、女性は65歳以上から有所見の割合が高くなる。

東串良町のメタボリックシンドロームの該当者・予備群の基礎疾患の重なり状況は、高血圧や血圧と脂質、3項目全てにおいて多く、このような方々は重症化につながる心配がある。

【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 (概要)

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	人数
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	17,119	32.3	27,180	51.2	12,687	23.9	10,782	20.3	5,390	10.2	23,232	43.8	25,897	48.8	6,870	13.0	26,960	50.8	10,323	19.5	22,034	41.5	1,432	2.7	
保険者	合計	112	32.2	173	49.7	79	22.7	89	25.6	26	7.5	148	42.5	161	46.3	93	26.7	160	46.0	93	26.7	159	45.7	8	2.3
	40-64	63	39.9	85	53.8	41	25.9	44	27.8	9	5.7	64	40.5	64	40.5	57	36.1	57	36.1	46	29.1	76	48.1	2	1.3
	65-74	49	25.8	88	46.3	38	20.0	45	23.7	17	8.9	84	44.2	97	51.1	36	18.9	103	54.2	47	24.7	83	43.7	6	3.2
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	16,753	24.5	13,969	20.4	9,286	13.6	6,519	9.5	1,909	2.8	18,675	27.3	32,648	47.7	1,263	1.8	30,217	44.2	8,730	12.8	36,782	53.8	321	0.5	
保険者	合計	115	28.8	82	20.5	54	13.5	35	8.8	20	5.0	115	28.8	201	50.3	13	3.3	167	41.8	70	17.5	222	55.5	3	0.8
	40-64	49	27.1	32	17.7	23	12.7	21	11.6	6	3.3	44	24.3	73	40.3	6	3.3	50	27.6	31	17.1	104	57.5	0	0.0
	65-74	66	30.1	50	22.8	31	14.2	14	6.4	14	6.4	71	32.4	128	58.4	7	3.2	117	53.4	39	17.8	118	53.9	3	1.4

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概要)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
保険者	合計	348	45.1	29	8.3%	60	17.2%	4	1.1%	41	11.8%	15	4.3%	84	24.1%	20	5.7%	4	1.1%	32	9.2%	28	8.0%
	40-64	158	37.1	18	11.4%	29	18.4%	3	1.9%	17	10.8%	9	5.7%	38	24.1%	6	3.8%	1	0.6%	17	10.8%	14	8.9%
	65-74	190	54.9	11	5.8%	31	16.3%	1	0.5%	24	12.6%	6	3.2%	46	24.2%	14	7.4%	3	1.6%	15	7.9%	14	7.4%
女性	合計	400	53.1	12	3.0%	24	6.0%	1	0.3%	16	4.0%	7	1.8%	46	11.5%	6	1.5%	2	0.5%	22	5.5%	16	4.0%
	40-64	181	49.1	6	3.3%	11	6.1%	1	0.6%	7	3.9%	3	1.7%	15	8.3%	1	0.6%	2	1.1%	8	4.4%	4	2.2%
	65-74	219	57.0	6	2.7%	13	5.9%	0	0.0%	9	4.1%	4	1.8%	31	14.2%	5	2.3%	0	0.0%	14	6.4%	12	5.5%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

継続受診者と新規受診者の比較では、HbA1c の項目において「治療なしの新規受診者」は受診勧奨レベルより値は低く、「治療なしの継続受診者」は受診勧奨レベルの方が残っている。また、「治療中の新規受診者」は血糖のコントロール不良が多い。

また、血圧の項目では、「治療なしの新規受診者」に受診勧奨レベルの方が残っており、「治療中」の方は新規受診者も継続受診者もコントロール不良者が残る。

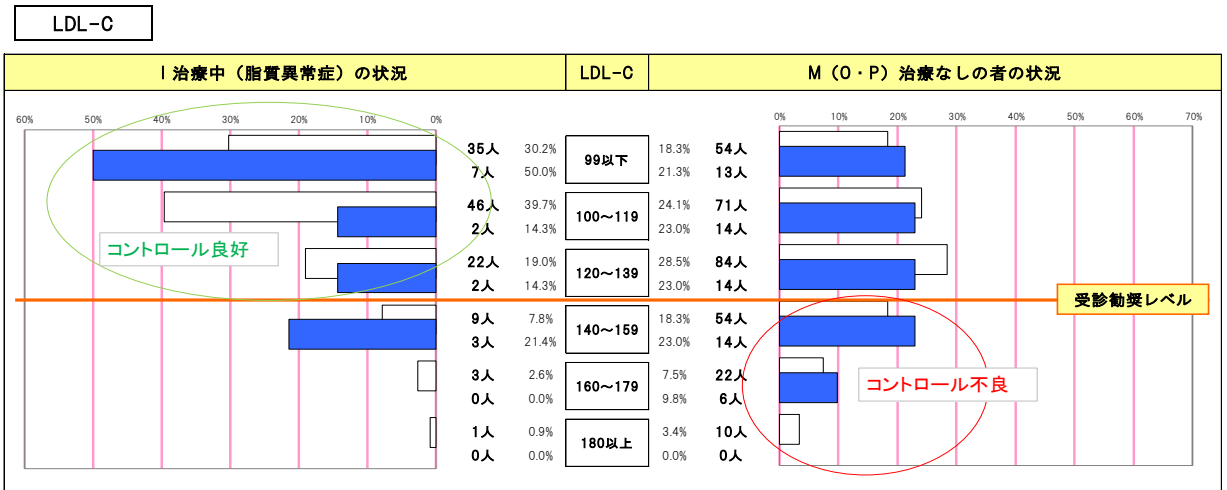
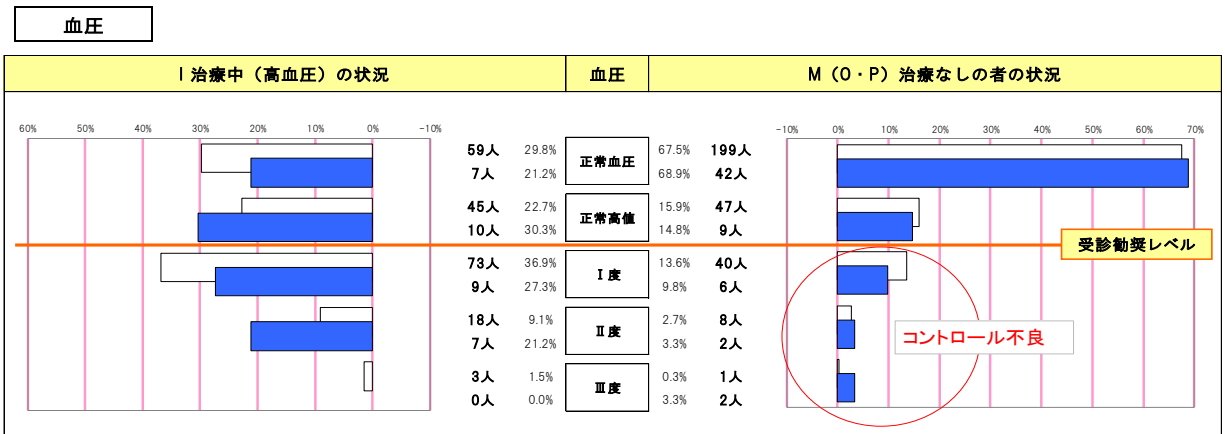
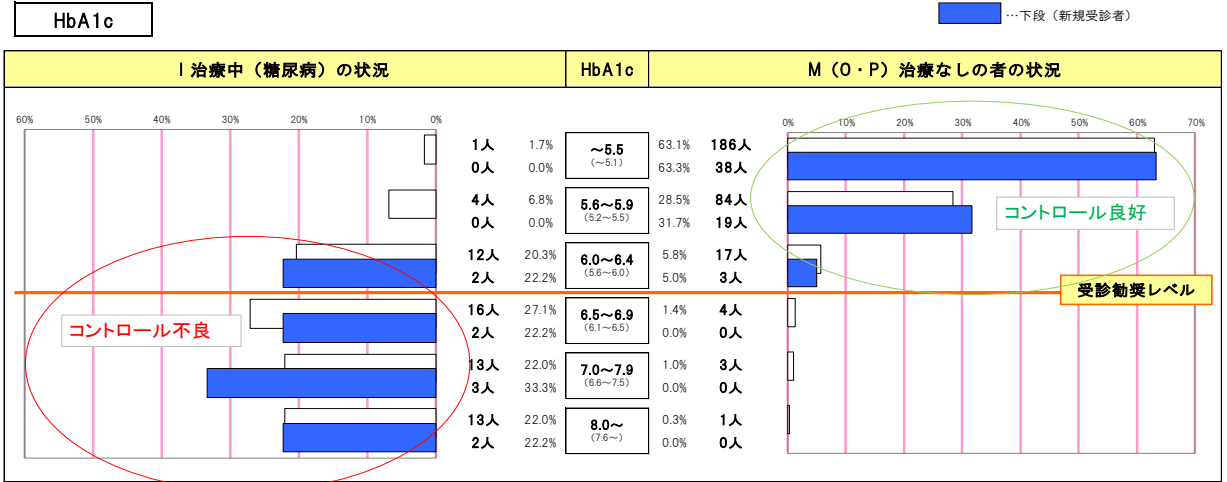
LDL コレステロールの項目では、「治療中」の方にはコントロール良好が多く、「治療なし」の方には新規受診者も継続受診者も受診勧奨レベルの方が多く残っている。

コントロール状況を良好にすることは、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症などの重症化予防につながるため、結果につながる保健指導が重要である。

継続受診者と新規受診者の比較

【図表 18】

□ …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)

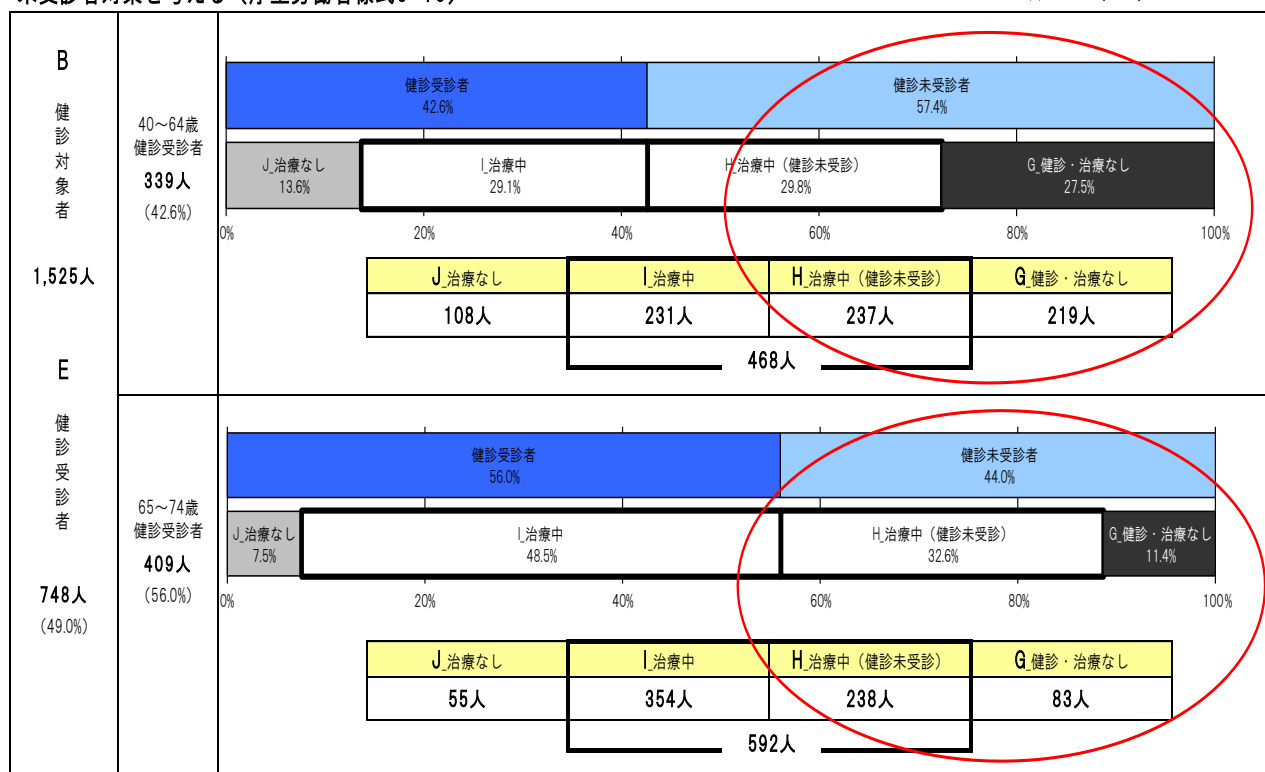
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、東串良町は健診未受診者の割合がまだまだ高い。特に、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が

若い40～64歳の割合が27.5%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、健康状態の実態が全く分からない。また、健診受診者と未受診者の生活習慣病治療費の費用対効果をもても、健診受診者は未受診者と比べ治療費が約14万円安く、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

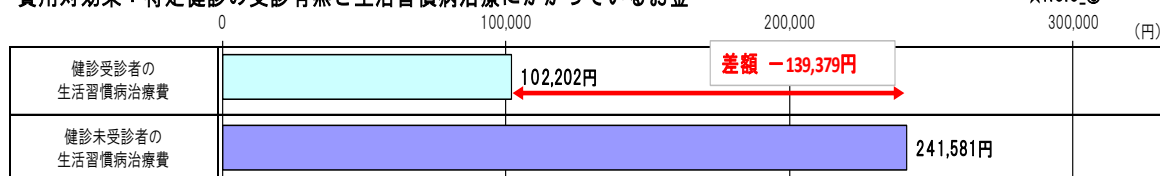
★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥



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

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、脳血管疾患を2%・虚血性心疾患を1%・糖尿病性腎症による透析導入者の割合を5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

しかし、東串良町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであることや、人工透析患者の増加や介護給付費の増加などを抑えるために重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、今後も入院外を伸ばし、入院をさらに抑えることを目標とする。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表44】

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

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

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

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	1,586人	1,527人	1,470人	1,416人	1,363人	1,313人
	受診者数	872人	916人	882人	850人	818人	788人
特定保健指導	対象者数	107人	113人	108人	104人	101人	97人
	受診者数	64人	68人	65人	62人	61人	58人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。

- ① 集団健診(東串良町保健センター、総合センター、農村環境改善センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)
- ③ 情報提供事業(委託医療機関)
- ④ 人間ドック(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

《集団健診》

健診実施機関
厚生連健康管理センター
肝属東部医師会
ヘルスサポートセンター

《個別健診》

実施機関
肝属東部医師会内 一部医療機関
鹿屋市医師会内 一部医療機関

《情報提供事業》

実施機関
鹿児島県医師会内 医療機関
大隅鹿屋病院
吾平クリニック

《人間ドック》

	実施機関
一般ドック	厚生連健康管理センター
	肝属郡医師会立病院
	大隅鹿屋病院
	鹿児島県民総合保健センター
	藤元総合病院附属総合健診センター
脳ドック	県民健康プラザ鹿屋医療センター
	徳田脳神経外科病院
	厚地脳神経外科病院
PETドック	南風病院
	厚地記念クリニック
	藤元総合病院附属総合健診センター

(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、鹿児島県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

【図表 22】

健診の案内方法	
特定健診申込書を振興会発送や郵送で送付。広報誌、防災無線での広報。集団健診前の防災無線による広報。特定健診推進員からの受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4月	: 申込書送付
6月～翌年3月	: 随時、特定健診受診券送付
4月～翌年3月	: 特定健診実施（集団、個別、情報提供、人間ドック）
7月～翌年9月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
5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	: 前年度の実績報告
11月～12月	: 予算案作成
2月～3月	: 受診結果の把握と次年度申込書準備（健診対象者の抽出、印刷）

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、委託機関での実施、保険者直接実施で一般衛生部門と連携を図りながら行う。

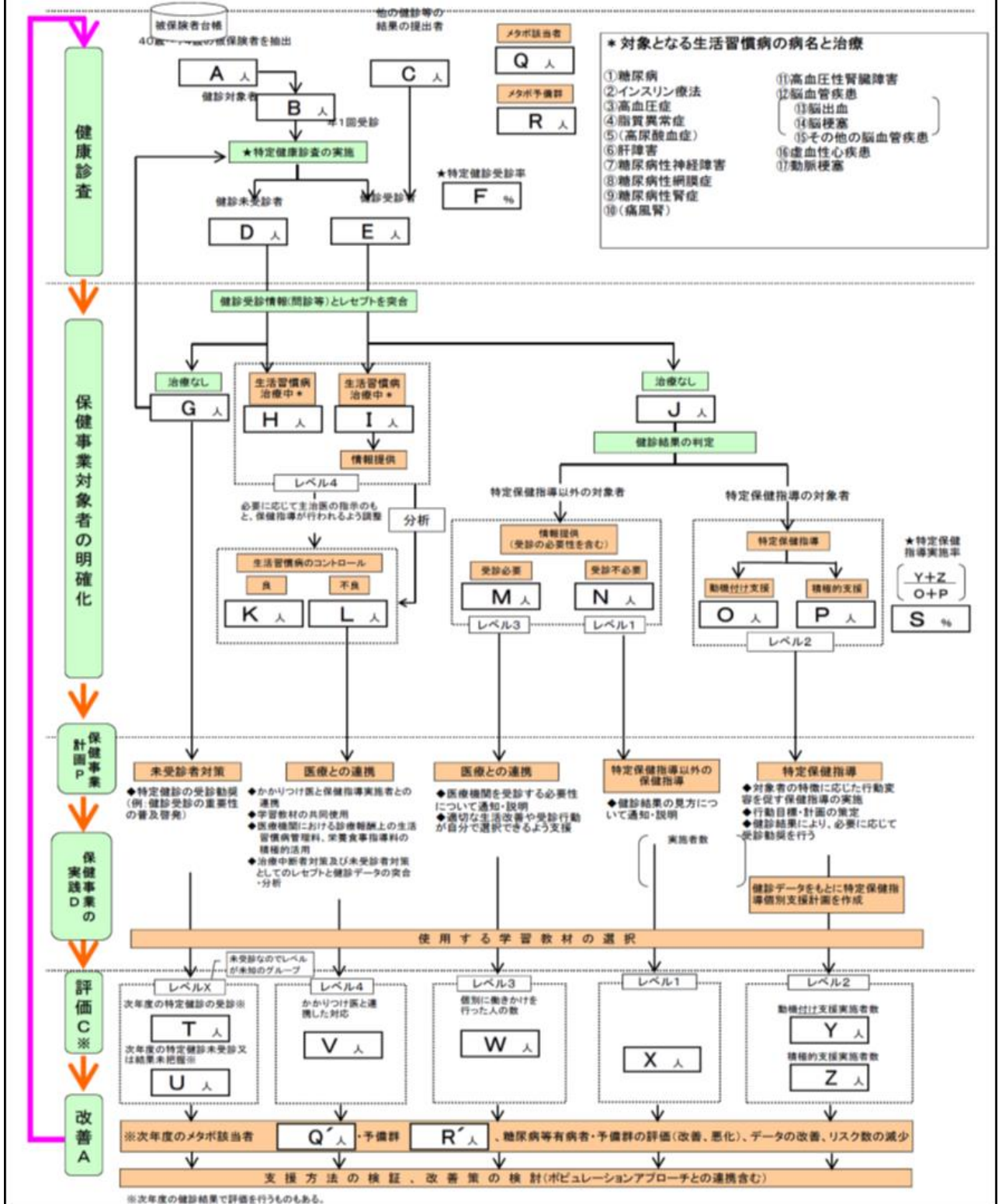
(1)健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	107 人 (12.3)	60%
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	137 人 (17.3)	HbA1c6 .5 以上 につい ては 70%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(特定健診推進員や職員による健診受診勧奨やハガキ発送による健診受診重要性の普及啓発)	793 人 ※受診率目標 達成までにあ と 90 人	55%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供(疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	197 人 (24.9)	70%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	361 人 (45.5)	70%

※(様式5-5を基に)H28年度対象者割合で、H30年度対象者数見込

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール(平成29年度)
対象者の明確化から計画・実践・評価まで

生活習慣病いづれか治療中 355人

生活習慣病のコントロール
高 119人 中 236人

生活習慣病治療なし 425人

情報提供
受診必要 135人 受診不必要 194人

特定保健指導
動機付け支援 71人 積極的支援 25人

★優先順位を決め、実施する。
★各生活習慣病の保健指導目標、評価基準等についても別添参照。

H30年3月末までに全件訪問!!

対象疾病	対象基準	対象者数
糖尿病	HbA1c 6.5以上	16
高血圧	高血圧Ⅱ度以上	16
LDLコレステロール	LDL180以上	15
中性脂肪	TG300以上	4
心臓病	①脳梗塞②以上または ③虚脱④かつ⑤脈速⑥以上	8
心臓病	①脳梗塞②以上または ③虚脱④かつ⑤脈速⑥以上	72
CKD	⑦eGFR60未満	2
	⑧40~70歳未満⑨eGFR60未満 ⑩70歳以上⑪eGFR40未満	2
	⑫腎臓病	115
合計		215

★特定保健指導実施率 60.6%

①未受診者対策

②特定健診

③保健指導

平成29年度受診率 目標 60%

平成29年度 特定保健指導実施率 目標 60%(達成)

①未受診者対策

②特定健診

③保健指導

実施スケジュール

4月 高血圧・糖尿病予防啓発
5月 健康手帳(40歳以上対象)
6月 健康手帳(40歳以上対象)
7月 健康手帳(40歳以上対象)
8月 健康手帳(40歳以上対象)
9月 健康手帳(40歳以上対象)
10月 健康手帳(40歳以上対象)
11月 健康手帳(40歳以上対象)
12月 健康手帳(40歳以上対象)
1月 健康手帳(40歳以上対象)
2月 健康手帳(40歳以上対象)
3月 健康手帳(40歳以上対象)

評価・改善

年度	受診者数	受診率	実施者数	実施率
平成23年度	339	45.0%	11	3.0%
平成24年度	649	55.0%	29	4.5%
平成25年度	749	59.0%	32	4.3%
平成26年度	771	56.0%	29	3.8%
平成27年度	778	55.9%	38	4.9%
平成28年度	748	55.7%	23	3.1%

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

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

『図表15 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	P 計画・準備	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 受診勧奨	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 保健指導	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 評価報告	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	改善点の検討	○			□
37		マニュアル修正	○			□
38		次年度計画策定	○			□

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肝属東部医師会プログラム、鹿児島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。東串良町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

また、二次検診として微量アルブミン尿検査を前年度特定健診結果から抽出し実施していく。

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)

東串良町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は6人(5.2%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者219人中のうち、特定健診受診者が74人(64.3%・G)であったが、14人(18.9%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 145 人(66.2%・I)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者145人中4人は治療中断であることが分かった。また、24人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より東串良町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・6人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・28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)・・・60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

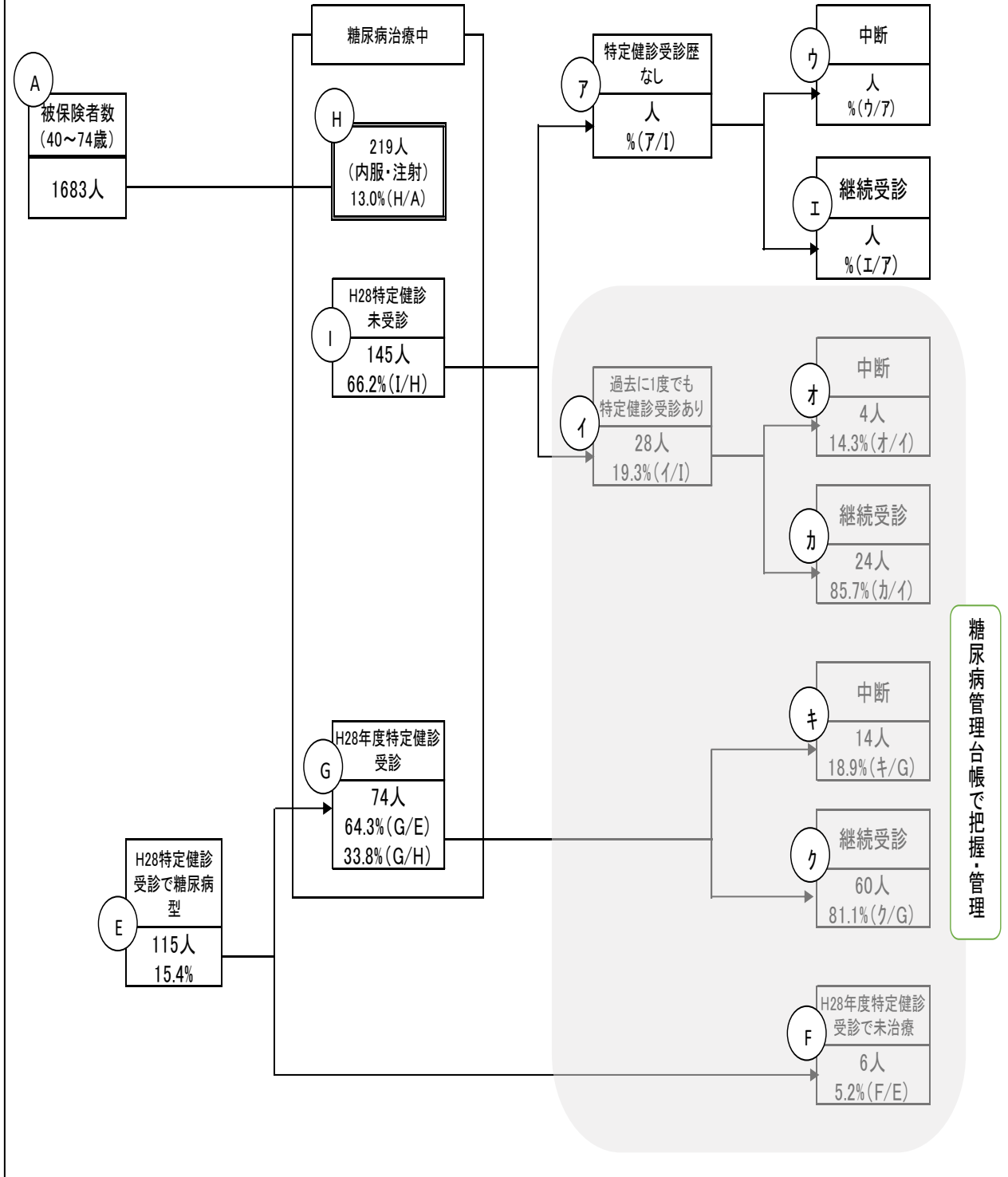
優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・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
- ・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)平成28年度
 ※「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、地区(振興会)ごとに作成し管理していく。

【糖尿病管理台帳作成手順】

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

* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

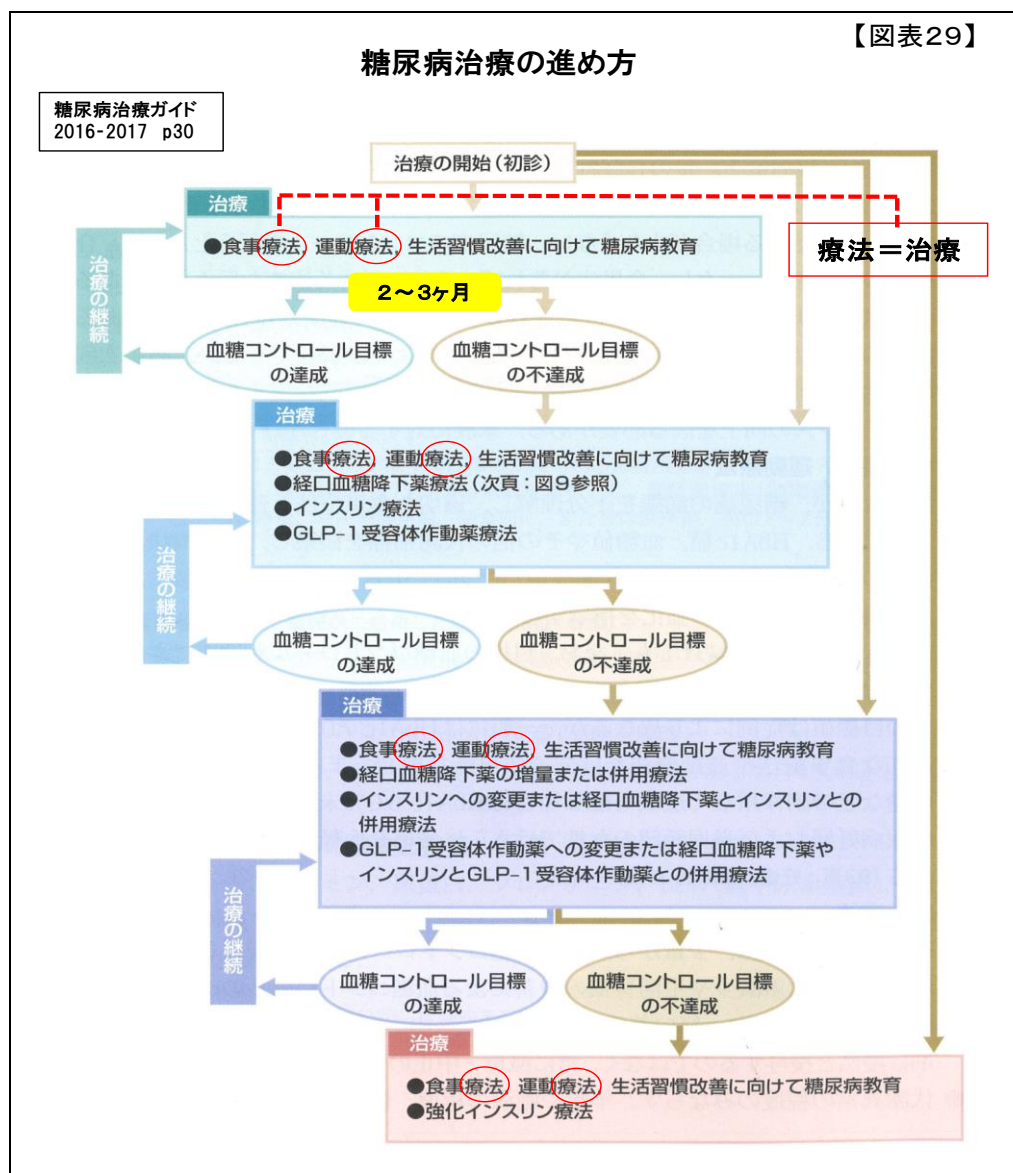
① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……15 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……32 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。東串良町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。糖尿病は自覚症状が乏しいため通院が中断しがちであるが、病態の把握は検査値を中心に行われることをよく理解してもらい、治療の継続と適切な食事療法と運動療法が重要であることを理解してもらう。(図表 29)



(2) 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鹿児島県プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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。(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。東串良町において健診受診者786人のうち心電図検査実施者は659人(83.8%)であり、そのうちST所見があったのは18人であった(図表30)。ST所見あり18人中のうち3人は要精査であり、その後の受診状況をみると未受診者はいなかった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの18人へは、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

東串良町はメタボリックシンドローム該当者及び予備群が増加している。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 30】

心電図検査結果

【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	786	100	659	83.8	18	2.7	180	27.3	461	70.0

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
18	2.25	3	16.7	3	100	0	0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 32】

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	受診者	心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	786	18	180	461	127	
		2.3	22.9	58.7	16.2	
メタボ該当者	135 17.2%	3 2.2%	34 25.2%	61 45.2%	37 27.4%	
メタボ予備群	86 10.9%	3 3.5%	15 17.4%	49 57.0%	19 22.1%	
メタボなし	565 71.9%	12 2.1%	131 23.2%	351 62.1%	71 12.6%	
LDL	140-159	90 11.5%	3 3.3%	17 18.9%	56 62.2%	14 15.6%
	160-179	27 3.4%	2 7.4%	4 14.8%	18 66.7%	3 11.1%
	180-	12 1.5%	0 0.0%	2 16.7%	10 83.3%	0 0.0%

②-1

②-2

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも 1 5 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】

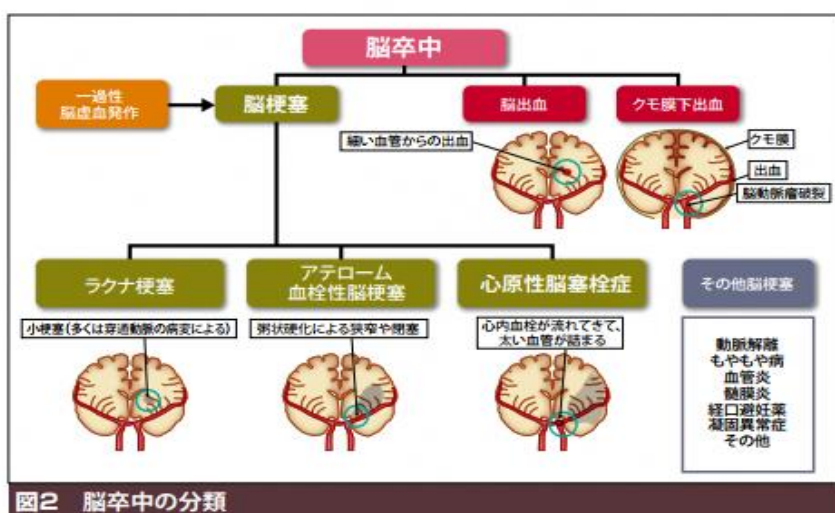


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者 【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○		○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○		○
	心原性脳梗塞	●				●	○		○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタリック 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		51人 6.5%	62人 7.9%	19人 2.4%	1人 0.1%	134人 17.2%	11人 1.4%	16人 2.1%	
治療なし		19人 3.7%	27人 3.9%	18人 2.9%	0人 0.0%	31人 7.3%	2人 0.5%	1人 0.2%	
治療あり		9人 17.6%	5人 8.1%	2人 10.5%	0人 0.0%	31人 23.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	
臓器障害あり		9人 12.0%	10人 45.5%	4人 0.6%	0人 0.3%	11人 29.0%	2人 2.5%	1人 4.2%	
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	1人	0人	0人	0人	1人	2人	1人	
	尿蛋白(2+)以上	0人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	1人	0人	0人	0人	1人	0人	0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	
	心電図所見あり	9人	10人	4人	0人	11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53人(6.7%)であり、21人は未治療者であった。また未治療者のうち10人(12.0%)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11人(20.8%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

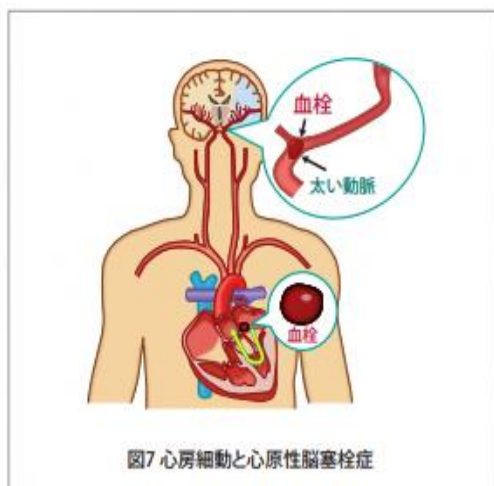
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定									
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化									
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）									
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧		
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上		
		519	195	148	80	75	16	5	
			37.6%	28.5%	15.4%	14.5%	3.1%	1.0%	
リスク第1層		78	46	24	4	2	2	0	
			15.0%	23.6%	16.2%	5.0%	2.7%	12.5%	0.0%
リスク第2層		269	93	87	41	39	7	2	
			51.8%	47.7%	58.8%	51.3%	52.0%	43.8%	40.0%
リスク第3層		172	56	37	35	34	7	3	
			33.1%	28.7%	25.0%	43.8%	45.3%	43.8%	60.0%
再掲 重複あり	糖尿病	55	17	10	12	11	3	2	
			32.0%	30.4%	27.0%	34.3%	32.4%	42.9%	66.7%
	慢性腎臓病 (CKD)	71	21	19	15	13	2	1	
			41.3%	37.5%	51.4%	42.9%	38.2%	28.6%	33.3%
	3個以上の危険因子	84	27	19	15	17	5	1	
			48.8%	48.2%	51.4%	42.9%	50.0%	71.4%	33.3%

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
2	41	53
0.4%	7.9%	10.2%
2	2	0
100%	4.9%	0.0%
--	39	9
--	95.1%	17.0%
--	--	44
--	--	83.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



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)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	309	350	1	0.3	0	0.0	-	-
40歳代	34	28	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	63	72	1	1.6	0	0	0.8	0.1
60歳代	139	165	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	73	85	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
1	100	0	0.0	1	100.0

心電図検査において1人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると、50代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また心房細動1人は既に治療が開始されていたが、もし治療開始されていなければ、特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができる、受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、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全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

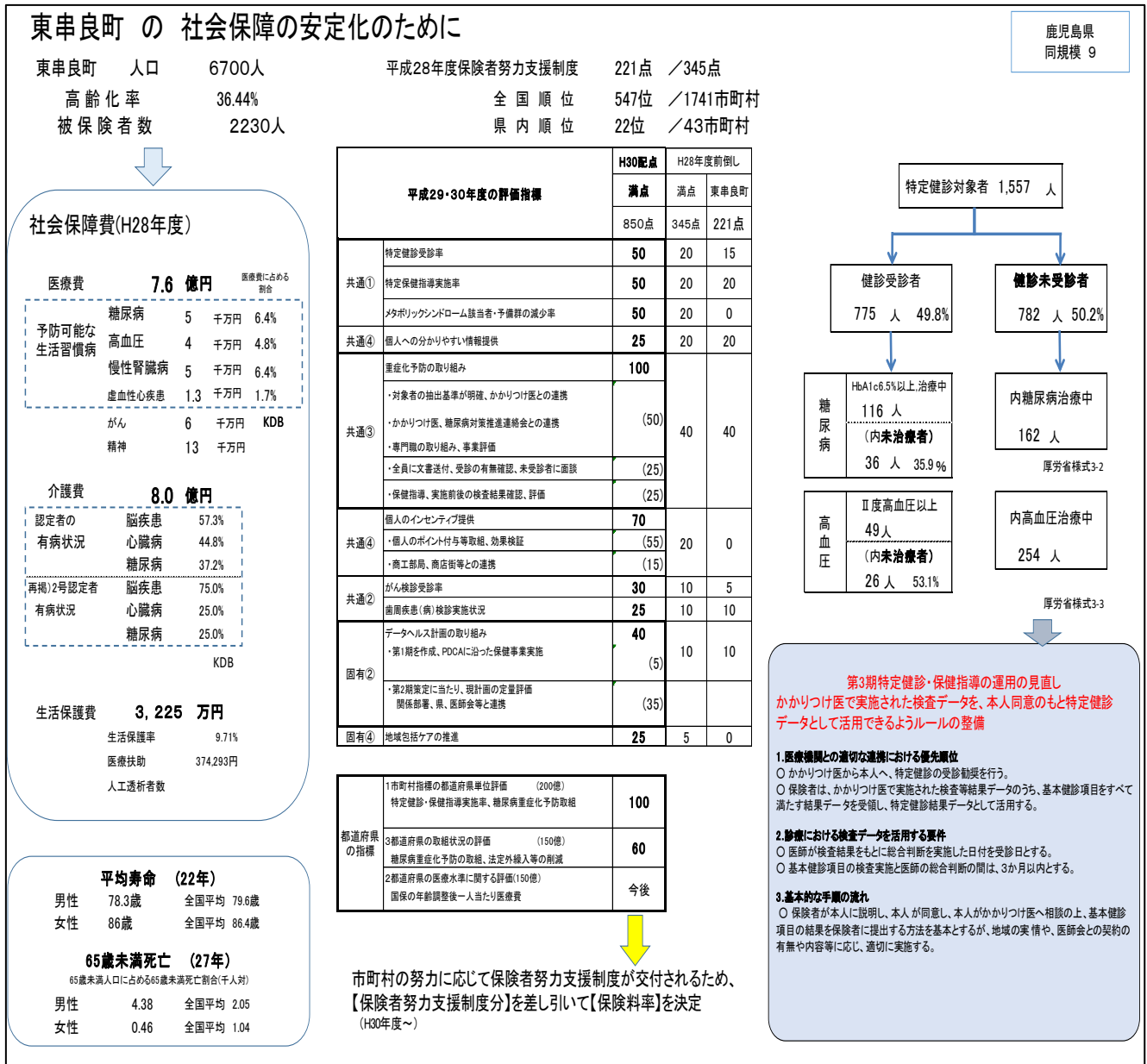
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

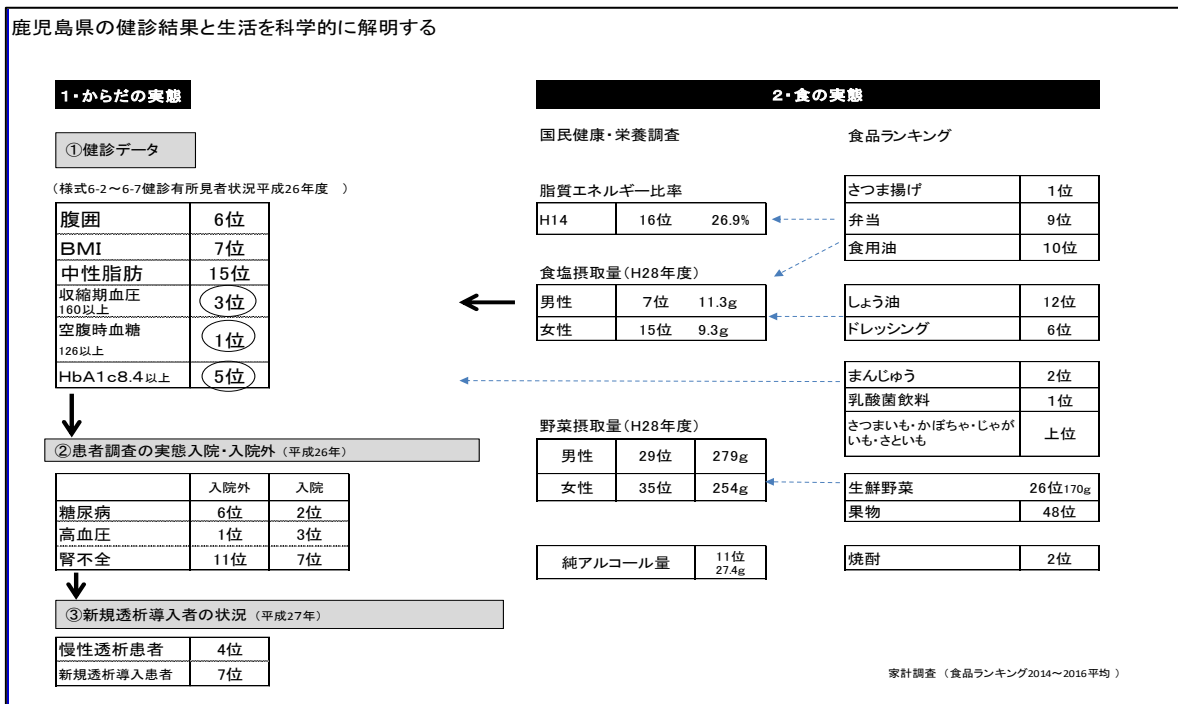
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

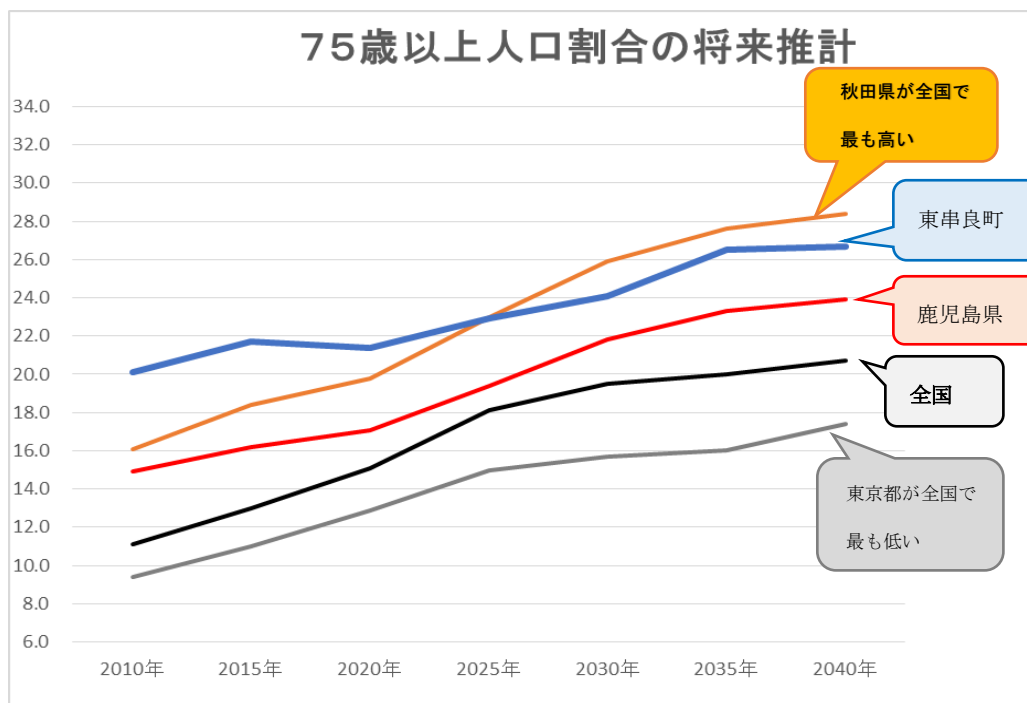
重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上割合が2040年23.9%となり、4人に1人が後期高齢者になる。75歳以上人口の将来推計は、2010年の人口を100としたときの指数で2040年が124と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。本町においては、県より高い水準で推移し、2040年には約4人に1人が後期高齢者となる。(図表42)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者

が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

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

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

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料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ことが望ましい。

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

3. 目標管理一覧

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

【図表 44】

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					中間評価値					最終評価値			現状値の把握方法				
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H28	H29	H30	H31	H32		H33	H34	H35	
特定計画 健康診断	生活習慣病重症化による人工透析患者や介護給付費の増加による医療費の増加。 ○特定健康診受診率の伸び悩み。 ○メタリックシンドロームや高血圧・糖尿病の重症化予防対象者多さ。 ○糖尿病治療中断等による糖尿病性腎症による人工透析導入の増加	生活習慣病発症予防・重症化予防のために、特定健康診受診率、特定保健指導の実施率を向上させる。	特定健康診受診率80%以上	49.1%														特定健康診・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	60.6%																	
データヘルス計画	○生活習慣病重症化による人工透析患者や介護給付費の増加による医療費の増加。 ○特定健康診受診率の伸び悩み。 ○メタリックシンドロームや高血圧・糖尿病の重症化予防対象者多さ。 ○糖尿病治療中断等による糖尿病性腎症による人工透析導入の増加	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%	16.9%																	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合2%減少	5.1%																	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合1%減少	3.0%																	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少5%	44.4%																KDBシステム	
			メタリックシンドローム・予備群の割合減少2.5%	-5.2%																	
			健康診受診者の高血圧者の割合減少2%(160/100以上)	6.4%																	
			健康診受診者の脂質異常者の割合減少1%(LDL140以上)	2.4%																	
			健康診受診者の糖尿病者の割合減少3%(HbA1c6.5以上)	10.7%																	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合70%	60.9%																	
			糖尿病の保健指導を実施した割合70%以上	54.7%																	
保険者努力支援制度	がんによる死亡はH24年死亡原因の第1位で死亡率は329.2と全国・県より高い。 ・SMRより男性は胃がん・大腸がん、女性は胃がん・子宮がんによる死亡が多い。 ・がん検診受診率低く、早期発見・早期治療のためには受診率向上が必要。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 40%以上	15.4%																	
			肺がん検診 40%以上	6.7%																	
			大腸がん検診 40%以上	8.9%																	
			子宮頸がん検診 50%以上	18.2%																	
			乳がん検診 50%以上	25.2%																	
			健康ポイントの取組みを行う実施者の割合10%以上	4.3%																	東串良町福祉課(国保)
後発医薬品の使用割合50%以上	48.3%																	厚生労働省公表結果			

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

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。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

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

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。

参考資料

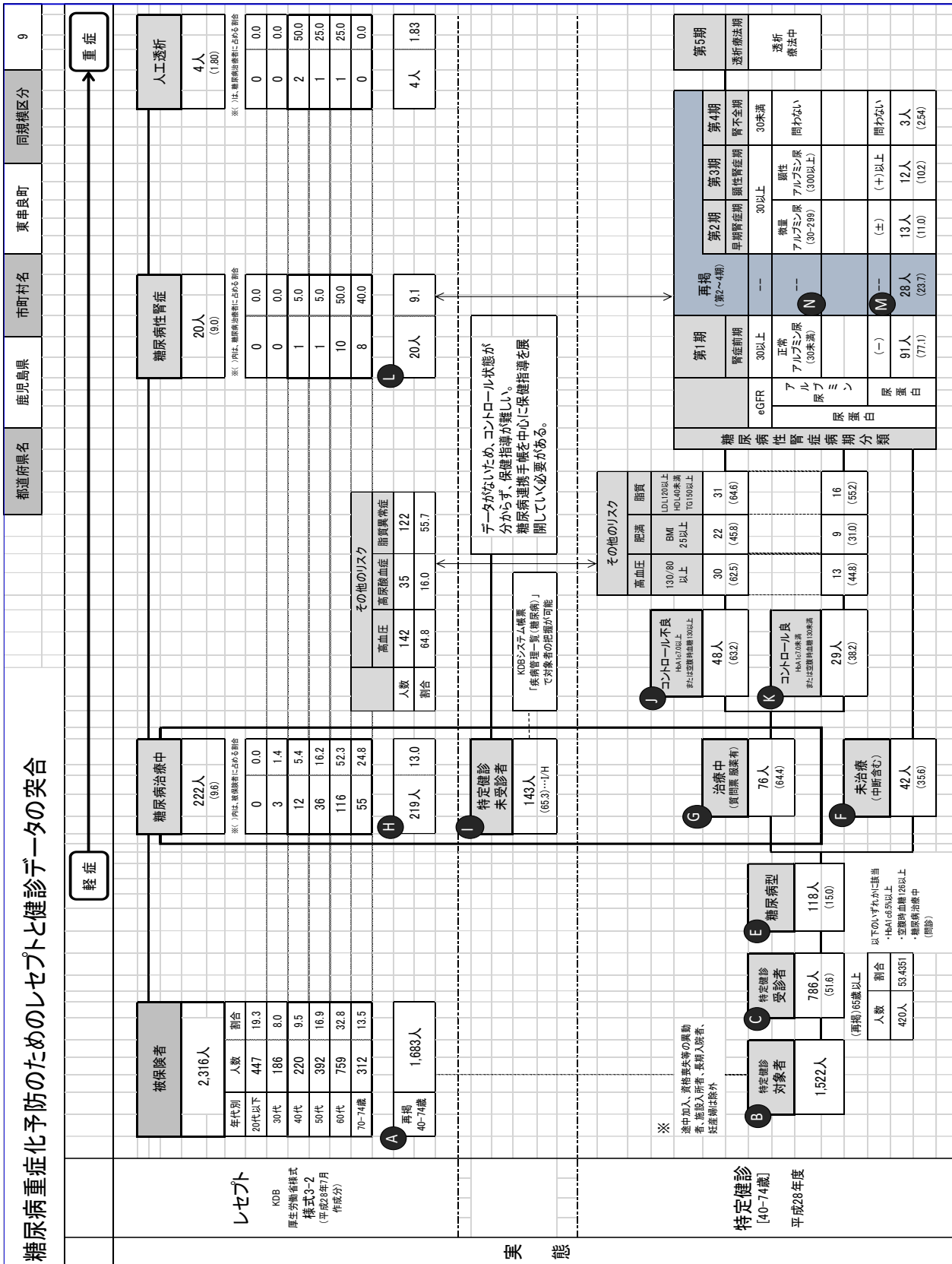
- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた東串良町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 平成 29 年度に向けての全体評価
- 参考資料 11 平成 29 年度事業（進捗状況）

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた東串良町の位置												悪化		改善		東串良町	
項目		H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28国		データ元 (CSV)					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
1	① 人口構成	総人口		6,759		6,759		1,815,204		1,691,041		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)		2,303	34.1	2,303	34.1	575,561	31.7	449,078	26.6	29,020,766	23.2				
		75歳以上		1,367	20.2	1,367	20.2			251,927	14.9	13,989,864	11.2				
		65~74歳		936	13.8	936	13.8			197,151	11.7	15,030,902	12.0				
		40~64歳		2,306	34.1	2,306	34.1			572,168	33.8	42,411,922	34.0				
	39歳以下		2,150	31.8	2,150	31.8			669,795	39.6	53,420,287	42.8					
	② 産業構成	第1次産業		35.2		35.2		18.4		10.4		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		17.3		17.3		25.5		19.6		25.2					
		第3次産業		47.5		47.5		56.1		70.0		70.6					
	③ 平均寿命	男性		78.3		78.3		79.4		79.2		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
女性		86.0		86.0		86.4		86.3		86.4							
④ 健康寿命	男性		64.6		64.6		65.2		64.8		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	女性		66.5		66.5		66.7		66.6		66.8						
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		106.5		112.2		104.8		102.1		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		男性		108.3		116.0		100.8		99.4		100					
		死因	がん		22	35.5	34	51.5	6,817	45.1	5,546	46.2	367,905		49.6		
			心臓病		15	24.2	18	27.3	4,392	29.1	3,146	26.2	196,768		26.5		
			脳疾患		17	27.4	12	18.2	2,661	17.6	2,166	18.0	114,122		15.4		
			糖尿病		0	0.0	0	0.0	274	1.8	233	1.9	13,658		1.8		
			腎不全		4	6.5	2	3.0	548	3.6	560	4.7	24,763		3.3		
	自殺		4	6.5	0	0.0	409	2.7	355	3.0	24,294	3.3					
	合計		8		7		9		7.6		2,154		10		厚労省HP 人口動態調査		
	男性		4		9.1		5		8.8		1,456		13.8				
女性		4		5.7		4		6.5		698		6.3					
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		473	21.6	453	19.8	114,707	20.1	99,733	22.2	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		新規認定者		9		0.3		7		0.3		1,613			0.3		
		2号認定者		16		0.6		12		0.5		2,325			0.4		
	② 有病状況	糖尿病		81		18.0		82		16.2		25,164			21.2		
		高血圧症		274		56.4		247		54.5		64,630			54.6		
		脂質異常症		146		29.1		131		26.4		31,788			26.7		
		心臓病		323		66.2		287		64.6		73,217			61.9		
		脳疾患		181		37.1		152		32.6		33,089			28.2		
		がん		38		9.4		51		10.1		11,629			9.7		
		筋・骨格		263		55.9		253		53.9		63,583			53.7		
精神		173		33.6		173		37.2		43,915		37.0					
再掲)認知症		121		22.0		125		26.9		27,784		23.1					
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		349,067	803,900,931	346,171	797,231,397	313,131	718,713,803	331,923	748,016,960	307,293	—	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	1件当たり給付費 (全体)		69,004		71,181		70,593		65,532		58,349						
	居室サービス		46,101		46,142		40,986		43,003		39,683						
施設サービス		293,845		296,761		275,281		284,004		281,115							
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		13,217		8,190		8,458		8,787		7,980		KDB_NO.1 地域全体像の把握				
	認定あり		3,925		4,065		4,123		4,246		3,822						
4	① 国保の状況	被保険者数		2,514		2,231		493,770		423,755		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況			
		65~74歳		769		30.6		772		34.6		170,126			40.1		
		40~64歳		1,046		41.6		876		39.3		147,782			34.9		
		39歳以下		699		27.8		583		26.1		105,847			25.0		
	加入率		37.2		33.0		27.8		25.1		26.9						
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0		0.0		144		0.3		256		0.6			
		診療所数		8		3.2		8		3.6		1,108		2.2			
		病床数		0		0.0		15,468		31.3		34,275		80.9			
		医師数		3		1.2		4		1.8		1,575		3.2			
		外来患者数		687.9		698.6		658.5		710.1		668.3					
入院患者数		29.0		30.3		22.6		29.9		18.2							
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		27,010	県内25位 同規模64位	27,923	県内28位 同規模89位	26,418	30,552	24,253				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		716.899		728.957		681.134		739.956		686.501						
	外来	費用の割合		51.0		54.0		56.6		52.2		60.1					
		件数の割合		96.0		95.8		96.7		96.0		97.4					
	入院	費用の割合		49.0		46.0		43.4		47.8		39.9					
		件数の割合		4.0		4.2		3.3		4.0		2.6					
1件あたり在院日数		18.5日		19.5日		16.3日		18.7日		15.6日							
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源係病 名 (調剤含む)	がん		102,009,280		63,978,000		14.9		24.1		20.6		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
	慢性腎不全 (透析あり)		26,075,150		48,616,270		11.3		9.1		12.6						
	糖尿病		44,924,870		44,606,640		10.4		10.2		8.2						
	高血圧症		49,716,610		36,552,680		8.5		9.2		7.2						
	脂質異常症		17,508,930		13,520,130		3.1		5.0		3.6						
	脳梗塞・脳出血		34,293,260		21,868,470		5.1		4.1		4.7						
	狭心症・心筋梗塞		20,597,600		12,803,990		3.0		3.5		3.2						
	精神		120,486,870		131,400,470		30.6		17.5		23.4						
筋・骨格		64,491,350		51,638,060		12.0		16.1		15.1							

4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	504,753	233	422,785	167							KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	607,398	220	502,140	227										
				脂質異常症	526,789	171	462,249	123										
				脳血管疾患	530,980	161	493,115	113										
				心疾患	575,774	96	488,173	102										
				腎不全	714,730	25	425,119	20										
				精神 悪性新生物	411,599 693,811	412 180	355,944 504,408	413 142										
右/レセプト 件数	外来	糖尿病	29,260	3,341	33,786	3,166												
		高血圧	28,338	6,450	32,764	5,871												
		脂質異常症	24,579	4,525	25,053	4,329												
		脳血管疾患	28,235	1,367	28,466	1,100												
		心疾患	36,479	1,193	43,586	1,306												
		腎不全	119,657	294	190,113	292												
		精神 悪性新生物	29,805 41,362	2,091 1,006	27,420 40,910	1,797 1,114												
⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	生活習慣病一人 当たり医療費	健診受診者	113,899		102,202		83,303		103,103		75,005		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
			健診未受診者	215,858		241,581		258,289		265,772		236,926						
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	449	59.9	433	57.9	81,971	56.9	66,520	54.8	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握					
		医療機関受診率	405	54.0	405	54.1	74,352	51.6	62,404	51.4	3,799,744	51.6						
		医療機関非受診率	44	5.9	28	3.8	7,619	5.3	4,116	3.4	316,786	4.3						
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	健診受診者	750		748		143,970		121,472		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握				
			受診率	43.6	県内21位 同規模93位	49.0	県内21位 同規模100位	41.0	41.7	全国11位	34.0							
			初回	207	27.6	72	10.6	16,693	11.6	16,174	13.3	1,130,653	15.4					
			特定保健指導終了者(実施率)	54	60.7	52	55.3	1499	8.1	13,009	33.3	479,361	49.9					
			非肥満高血糖	69	9.2	80	10.7	14,201	9.9	11,323	9.3	687,157	9.3					
			メタボ	該当者	120	16.0	130	17.4	25,927	18.0	22,568	18.6	1,272,714		17.3			
				男性	80	23.2	84	24.1	18,053	27.1	15,107	28.5	875,805		27.5			
				女性	40	9.9	46	11.5	7,874	10.2	7,461	10.9	396,909		9.5			
				予備群	80	10.7	84	11.2	16,553	11.5	14,166	11.7	790,096		10.7			
			県内順位	男性	51	14.8	60	17.2	11,535	17.3	9,308	17.5	548,609		17.2			
				女性	29	7.2	24	6.0	5,018	6.5	4,858	7.1	241,487		5.8			
			⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	順位総数45	メタボ該当・予備群 レベル	腹囲	総数	236	31.5	255	34.1	47,928	33.3		41,149	33.9	2,320,533	31.5
							男性	153	44.3	173	49.7	33,271	49.9		27,180	51.2	1,597,371	50.1
						女性	83	20.5	82	20.5	14,657	19.0	13,969		20.4	723,162	17.3	
						BMI	総数	41	5.5	52	7.0	8,649	6.0		6,455	5.3	346,181	4.7
							男性	7	2.0	8	2.3	1,438	2.2		998	1.9	55,460	1.7
						女性	34	8.4	44	11.0	7,211	9.3	5,457		8.0	290,721	7.0	
						血糖のみ	7	0.9	5	0.7	1,116	0.8	913		0.8	48,685	0.7	
						血圧のみ	53	7.1	57	7.6	11,683	8.1	10,507		8.6	546,667	7.4	
脂質のみ	20	2.7				22	2.9	3,754	2.6	2,746	2.3	194,744	2.6					
血糖・血圧	15	2.0				26	3.5	4,665	3.2	4,277	3.5	196,978	2.7					
血糖・脂質	13	1.7				6	0.8	1,419	1.0	1,087	0.9	69,975	1.0					
血圧・脂質	54	7.2				54	7.2	12,004	8.3	10,348	8.5	619,684	8.4					
血糖・血圧・脂質	38	5.1	44	5.9	7,839	5.4	6,856	5.6	386,077	5.2								
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	237	31.6	258	34.5	51,055	35.5	49,356	40.7	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
				糖尿病	67	8.9	75	10.0	12,000	8.3	11,880	9.8	551,051	7.5				
				脂質異常症	133	17.7	150	20.1	32,128	22.3	27,779	22.9	1,738,149	23.6				
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	42	5.6	43	5.7	4,464	3.2	6,128	5.1	230,777	3.3				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	42	5.6	58	7.8	7,897	5.7	8,849	7.4	391,296	5.5				
				腎不全	3	0.4	5	0.7	1,763	1.3	946	0.8	37,041	0.5				
			貧血	65	8.7	80	10.7	11,617	8.5	10,210	8.6	710,650	10.1					
			喫煙	98	13.1	115	15.4	22,417	15.6	13,680	11.3	1,048,171	14.2					
			週3回以上朝食を抜く	71	9.5	75	10.1	10,140	7.6	9,543	8.0	540,374	8.5					
			週3回以上食後間食	87	11.6	81	10.9	17,461	13.1	12,939	10.9	743,581	11.8					
			週3回以上就寝前夕食	174	23.2	166	22.3	21,902	16.5	20,425	17.2	983,474	15.4					
			食べる速度が速い	181	24.1	195	26.2	36,107	27.2	29,091	24.4	1,636,988	25.9					
			20歳時体重から10kg以上増	262	34.9	281	37.7	44,552	33.4	40,614	34.1	2,047,756	32.1					
			1回30分以上運動習慣なし	488	65.1	472	63.3	87,774	65.8	65,686	55.1	3,761,302	58.7					
1日1時間以上運動なし	317	42.3	312	41.9	64,466	48.5	52,890	44.5	2,991,854	46.9								
睡眠不足	157	21.0	147	19.7	31,141	23.6	25,858	21.8	1,584,002	25.0								
毎日飲酒	214	28.5	206	27.5	35,843	26.0	30,233	25.3	1,760,104	25.6								
⑭	時々飲酒	1日1合未満	230	57.5	235	55.6	55,592	59.9	44,830	63.1	3,118,433	64.1						
		1~2合	116	29.0	141	33.3	24,370	26.3	19,921	28.0	1,158,318	23.8						
		2~3合	44	11.0	41	9.7	9,606	10.4	5,380	7.6	452,785	9.3						
		3合以上	10	2.5	6	1.4	3,225	3.5	955	1.3	132,608	2.7						

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考文献2】

【参考資料3】

糖尿病管理台帳		【対象者抽出基準】		※糖尿病臨床は問診結果による ※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																				
(HbA1c6.5以上)		過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者																						
番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢	診察開始日 合併の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	転出 死亡	備考	訪問①	訪問②			
1	H25	0					男	66	H26.12.16	糖尿病	糖	血糖	7.29	6.37	6.5	6.6	6.2	6.5	6.5	訪問:月1回通院。 HbA1c7以下ならいいと、レセ:糖尿病診断あり(H29年4月)、S/P-C7。	H29.11.21 (森山)			
										高血圧	糖	HbA1c												
										虚血性心疾患	糖	体重	53	54.3	53.6	52.4	53.3							
										脳血管疾患	糖	BMI	19.4	19.8	19.7	19.2	19.6							
										糖尿病性腎症	糖	血圧	130/70	126/70	138/82	150/80	140/88							
											CKD	GFR	76.1	75.8	63.2	66.3	67.3	61.7	65.4					
2	H26	0					女	59	H27.3.27	糖尿病	糖	血糖		6.17	6.3	6.6	6.3	6.6	面談:内服治療開始(病院)、H29.11月医師会健診受診。 DM連携手帳所持。	H29.11.19 (宮之前)				
										高血圧	糖	HbA1c												
										虚血性心疾患	糖	体重	53.9	53.8	54.8	52.1	50.8							
										脳血管疾患	糖	BMI	21.2	21.3	21.5	20.4	20.1							
										糖尿病性腎症	糖	血圧	118/68	126/68	116/70	128/78	127/77							
											CKD	GFR	123.7	88.6	100.8	102.1	104							
3	H25	0					男	67	H29.4.1	糖尿病	糖	血糖		6.7	6.2				レセ:定期内服なし。 H29年1月多発骨折にて病院入院。					
										高血圧	糖	HbA1c												
										虚血性心疾患	糖	体重	71.2	68.7										
										脳血管疾患	糖	BMI	25.1	24.2										
										糖尿病性腎症	糖	血圧		126/82	132/78									
											CKD	GFR		64.4	71.8									
4	H25	0					女	52	H26.7.9	糖尿病	糖	血糖					○	○	レセ:H27・28年度糖尿病診断なし。(○病院)					
										高血圧	糖	HbA1c	5.86	6.17	6.6	8.3	6.4	7.2				6.2		
										虚血性心疾患	糖	体重	61.4	70.5	72.6	65	70							
										脳血管疾患	糖	BMI	26	29.6	30.6	27	29.2							
										糖尿病性腎症	糖	血圧	140/94	143/87	149/89	142/87	139/89							
											CKD	GFR	68	74.4	57.5	54.6	71.9	67.1				66.7		
5	H26	0					男	68	H26.6.6	糖尿病	糖	血糖		5.96		6.5	6.7	6.9	7.7	訪問:キーナ(H29.11月)、高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症、K病院。	H29.11.10 (森山) DM連携手帳渡す。			
										高血圧	糖	HbA1c												
										虚血性心疾患	糖	体重	75.8		78.9	78.8	79							
										脳血管疾患	糖	BMI			30.9	31	30.9							
										糖尿病性腎症	糖	血圧		128/90	137/94	148/84	176/97							
											CKD	GFR	69.7	73.1		62.4	60.7	68.2	60.9					
6	H28	0					男	63	H21.1.18	糖尿病	糖	血糖						○	○	H27年4月国保取得 レセ:M性腎症第3期、慢性心不全、インスリン注射(S/P-C7)				
										高血圧	糖	HbA1c			社保	社保	社保	社保	国保				8.4	11.2
										虚血性心疾患	糖	体重						83.9	86.6					
										脳血管疾患	糖	BMI						29.3	30.4					
										糖尿病性腎症	糖	血圧						116/70	122/70					
											CKD	GFR						28	26					

【参考資料4】

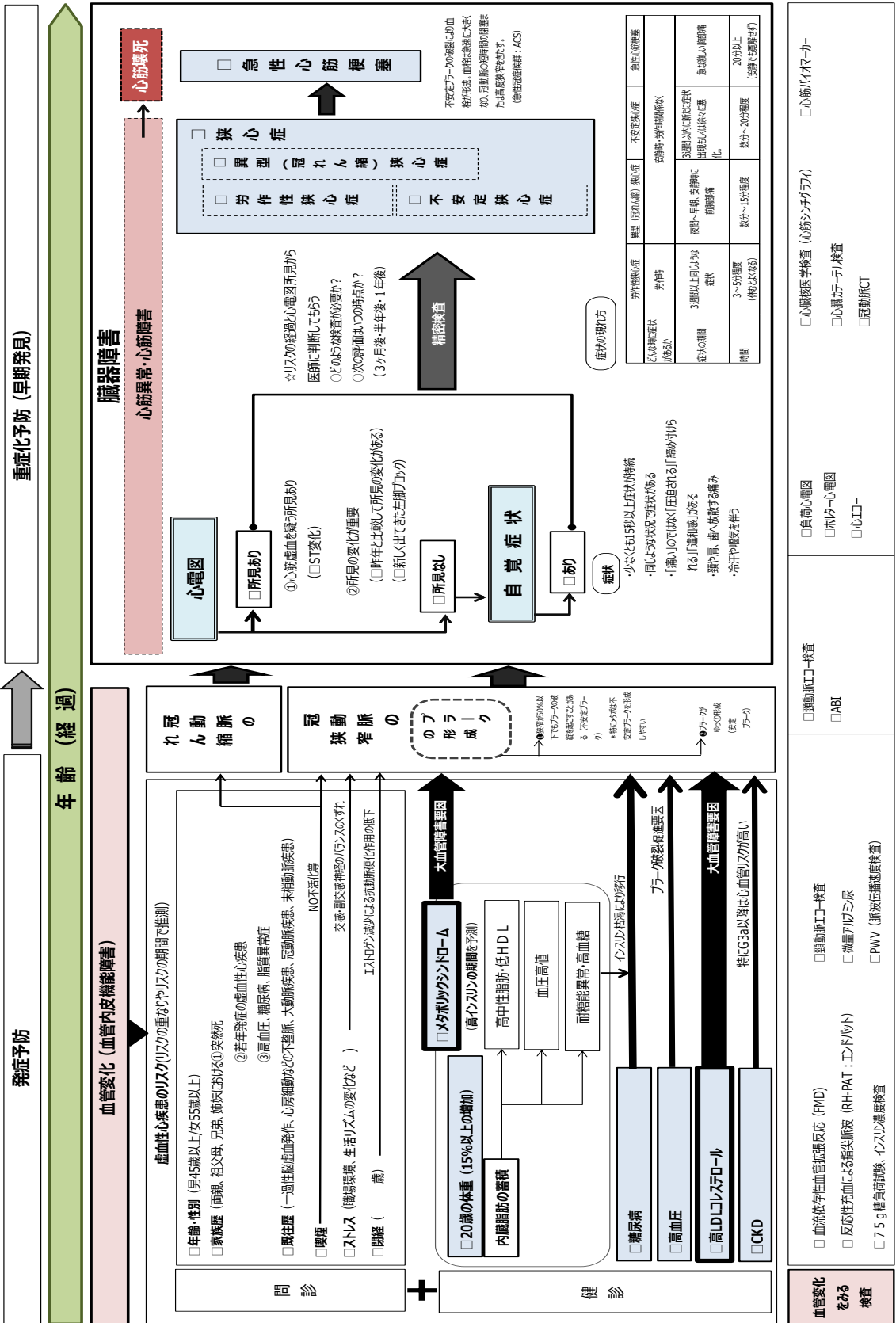
糖尿病管理台帳からの年次計画		H29.6.10					
保健指導の視点		地区担当が実施すること		他の専門職への紹介など		実施計画(月)	
糖尿病管理台帳の全数		(143) 人					
① 健診未受診者	(33) 人	○住基異動(死亡、転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○レセプト(治療状況)の確認		後期高齢者、社会保険		①健診未受診者	7月~8月訪問
② 未治療者(中断者含む)	(29) 人	○レセプト(直近の治療有無)の確認 ○医療受診勧奨の保健指導				②未治療者	8月~9月訪問
③ HbA1cが悪化している (悪化の目安)台帳追加年度と直近年度を比較 →コントロール目標の階層が悪化した場合 (6%未満・6~6.9・7~7.9・8%以上の4階層)	(20) 人	○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				③HbA1cが悪化	9月~10月訪問
④ 尿蛋白 (-)	(84) 人	○尿アルブミン検査の情報を追加		尿アルブミン検査の継続		④尿蛋白	(-)
直近年度で集計	(±) (13) 人	○腎症予防のための保健指導				(±)	10月~11月訪問
(+) ~ 顕性腎症	(13) 人			栄養士中心		(+)	11月~12月訪問
⑤ eGFR値の変化						⑤eGFR値の変化	
1年で25%以上低下	(1) 人			腎専門医			
1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下	(50) 人						1月~2月訪問

*A1c悪化については、4段階の中で1段階でもあがった場合は悪化としてみる。

【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				同規模区分	9	都道府県	鹿児島県	市町村名	東串良町			
項目		突合表	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	A	2,316人								KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳	A	1,683人								
2	①	対象者数	B	1,522人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	受診者数	C	748人								
	③	受診率	C	49.1%								
3	①	特定保健指導 対象者数		94人								
	②	実施率		60.6%								
4	①	糖尿病型	E	115人	15.4%							特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	41人	35.7%							
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	74人	64.3%							
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		46人	62.2%							
	⑤	血圧 130/80以上	J	29人	63.0%							
	⑥	肥満 BMI25以上		21人	45.7%							
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	29人	39.2%							
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	89人	77.4%							
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	11.3%							
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		11人	9.6%							
	⑪	第4期 eGFR30未満		3人	2.6%							
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		95.9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)		130.1人								
	③	レセプト件数 (40-74歳) (内は被保険者千対)	入院外(件数)	1,657件	(1005.5)			1,227件	(771.8)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④		入院(件数)	6件	(3.6)			9件	(5.4)			
	⑤	糖尿病治療中	H	222人	9.6%							KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		219人	13.0%							
	⑦	健診未受診者	I	145人	66.2%							
	⑧	インスリン治療	O	22人	9.9%							
	⑨	(再掲)40-74歳	O	21人	9.6%							
	⑩	糖尿病性腎症	L	20人	9.0%							
	⑪	(再掲)40-74歳	L	20人	9.1%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.80%							
	⑬	(再掲)40-74歳		4人	1.83%							
	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)		3人	1.1%							KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費		7億6267万円				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		4億2970万円				3億8078万円				
	③	(総医療費に占める割合)		56.3%				56.7%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,514円				8,685円				
	⑤		健診未受診者	28,387円				33,204円				
	⑥	糖尿病医療費		4469万円				3885万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		10.4%				10.2%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1億0697万円								
	⑨	1件あたり		33,786円								
	⑩	糖尿病入院総医療費		7061万円								
	⑪	1件あたり		422,785円								
	⑫	在院日数		17日								
	⑬	慢性腎不全医療費		5006万円				3708万円				
	⑭	透析有り		4862万円				3468万円				
	⑮	透析なし		145万円				240万円				
7	①	介護給付費		7億9723万円				7億5295万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		0件 0.0%								
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	

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者	
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者	
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			⑤ 重症化予防対象者
	<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往症・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙			⑤ 重症化予防対象者	
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。				⑤ 重症化予防対象者
判定	正常	軽度	重度	追加評価項目	
④ メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~		
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~		
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149		150~299
		食後	~199		200~
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169		170~
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50		51~
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99		100~125
		食後	~139		140~199
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4		6.5~
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9		8.0~
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139		
	拡張期	~84	85~89		
<input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無	
e G F R		60未満			
尿蛋白	(-)	(+) ~			
<input type="checkbox"/> C K D 重症度分類		G3aA1~			
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24			⑤ 重症化予防対象者	

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【参考資料 9】

【心房細動管理台帳】随診で「心房細動」の所見があった方																		
No	年度	行政区	氏名	生年月日	性別	特定随診その他のECG所見とレセプト(KDB活用)									その他心疾患 心不全 虚血性心臓病 中脳症	備考	帰結	
						H26年度			H27年度			H28年度						
						その他のECG所見	診察開始	随診	その他のECG所見	診察開始	随診	その他のECG所見	診察開始	随診				
1	26				66	男	有	有	有・無	有	有	有・無	有	有				
							心室性期外収縮、左室肥大、軽度のST-T異常	H23年9月	H26年2月	H23年9月	H26年2月	H23年9月	H26年2月					
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	※4診断名「心房細動」なし 高血圧症(内服なし) 高脂血症(内服) 肺炎並発病(内服なし)		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
2	26				71	男	有	無	有・無	有	無	有・無	有	無				
							完全右脳ブロック	H22年1月		H22年1月		H22年1月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○			
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
3	25				67	女	有・無	有	有・無	有	無	有・無	有	無				
								H25年9月		H25年9月		H25年9月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	高血圧症(内服) 高血圧症(内服)		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
4	25				55	男	有・無	有	有・無	有	無	有・無	有	無				
								H23年3月		H23年3月		H23年3月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	高血圧症(内服) 高血圧症(内服) 高血圧症(内服) 非持続性頻拍(内服)		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
5	25				66	女	有・無	有	有・無	有	無	有・無	有	無				
								H20年11月		H20年11月		H20年11月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	高血圧症(内服) 2型糖尿病(内服) 高血圧症(内服) 心室性期外収縮(内服) 心室性浮腫(内服)		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
6	27				67	男	有・無	無	有	有	無	有	無					
										H27年8月		H27年8月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	H27年8月随診受診後から 禁煙継続中	構造的病変(内服なし)	
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
7	27				73	男	有	有	左室肥大、軽度のST-T異常	有	有	左室肥大、軽度のST-T異常	有	有				
							心室性期外収縮、左室肥大、軽度のST-T異常	H20年5月	H20年5月	H20年5月	H20年5月							
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	H26年6月NOAK→内服変更		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
8	27				72	女	有・無	有	不整脈	有	有	不整脈	有	有				
								H22年3月	H21年12月	H22年3月	H21年12月	H22年3月	H21年12月					
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	高血圧症 脳血管異常症 腎臓病 閉塞性心臓病 クモ膜下出血		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
9	27				75	女	有・無	有	無	有	無	有	無					
								H25年4月		H25年4月		H25年4月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	高血圧症 高コレステロール血症 痛風	H27年 12月 後期高齢 加入	
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							
10	27				57	男	有・無	無	有	有	無	有	無					
										H27年6月		H27年6月						
						薬	内服開始	薬	内服開始	薬	内服開始	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	1.治療中 2.治療開始(月～) 3.中断(月～) 4.受診のみ(服薬無) 5.病院受診無	○	高血圧症(内服) 高コレステロール血症 高脂血症 9型慢性肝炎		
						ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)	ワーファリン	治療開始(月～)							

目 標	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策	重症化予防対策
<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を顕著に改善していき、28年度には28年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させる。</p>	<p>① 対象者がタボリック・スクワットの危険性を認識し、食生活等の生活習慣改善に関しての知識・方法を習得する。</p> <p>② 受診勧奨対象者が医療機関を受診し、治療または生活習慣を改善する。</p> <p>③ 次年度の特定健診を受診し、健診結果が改善する。</p>	<p>2.重症化予防のための個別保健指導 【新規事業】特定健診時の検診・医師診察 【対象者】 特定健診(9月)及び11月医師会健診(受診者約200名) 【実施方法】 ①特定健診の同診・血圧測定の際に、30秒間の検診を実施する。 ②高血圧・心臓病・脳血管疾患未治療者で心臓病疑いの不整脈がある場合、健診当日医師の医師診察を受け、治療を受ける。 【実施期間】 8月及び11月の医師会健診当日 【実施体制】 ○同診・検診:保健師及び在宅保健師・看護師 ○医師診察:健診機関医師</p>	<p>特定健診の間診の際に、検診の対象者を把握し検診を実施するが、対象者数が増えることができていないため、対象者数を減らすことができなかった。 心臓病疑い患者数4名 特定健診における心臓病疑い患者数4名 治療者の心臓病疑い患者数4名</p>	<p>①H29年度の特定健診における検診実施者数 不明 ②心臓病疑い患者数4名 ③心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>○同診・検診・検診・検診及び在宅保健師・看護師 ○医師診察・健診機関医師</p>
<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を顕著に改善していき、28年度には28年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させる。</p>	<p>① 対象者がタボリック・スクワットの危険性を認識し、食生活等の生活習慣改善に関しての知識・方法を習得する。</p> <p>② 受診勧奨対象者が医療機関を受診し、治療または生活習慣を改善する。</p> <p>③ 次年度の特定健診を受診し、健診結果が改善する。</p>	<p>3.重症化予防のための個別保健指導(糖尿病重症化予防事業含む) 【対象者】 H28年度及び28年度の特定健診結果から、高血圧・脂質異常・肥満・心臓病疑いの項目における、国保加入の40歳～74歳の重症化予防対象者(未治療者:約80名)で個別指導のできていない方 【実施方法】 ①心臓病疑い患者数4名 ②心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ③心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ④心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑤心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑥心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑦心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑧心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑨心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑩心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑪心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑫心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑬心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑭心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑮心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑯心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑰心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑱心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑲心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ⑳心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉑心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉒心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉓心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉔心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉕心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉖心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉗心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉘心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉙心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉚心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉛心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉜心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉝心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉞心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㉟心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊱心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊲心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊳心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊴心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊵心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊶心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊷心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊸心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊹心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊺心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊻心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊼心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊽心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊾心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名 ㊿心臓病疑い治療者の心臓病疑い患者数4名</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>○保健師 ○在宅保健師・管理栄養士 ○かかりつけ医との未治療者・治療中断者の連携</p>	
<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を顕著に改善していき、28年度には28年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させる。</p>	<p>① 対象者がタボリック・スクワットの危険性を認識し、食生活等の生活習慣改善に関しての知識・方法を習得する。</p> <p>② 受診勧奨対象者が医療機関を受診し、治療または生活習慣を改善する。</p> <p>③ 次年度の特定健診を受診し、健診結果が改善する。</p>	<p>4.重症化予防のための個別保健指導(糖尿病重症化予防) 【対象者】 H28年度及び28年度の特定健診結果から高血圧項目における、国保加入の40歳～74歳の重症化予防対象者(未治療者:約200名)で個別指導のできていない方 【実施方法】 ①糖尿病管理治療の整理 ②保健師または管理栄養師による保健指導を訪問または電話で実施する。 ③医師診察 ④医師診察 ⑤医師診察 ⑥医師診察 ⑦医師診察 ⑧医師診察 ⑨医師診察 ⑩医師診察 ⑪医師診察 ⑫医師診察 ⑬医師診察 ⑭医師診察 ⑮医師診察 ⑯医師診察 ⑰医師診察 ⑱医師診察 ⑲医師診察 ⑳医師診察 ㉑医師診察 ㉒医師診察 ㉓医師診察 ㉔医師診察 ㉕医師診察 ㉖医師診察 ㉗医師診察 ㉘医師診察 ㉙医師診察 ㉚医師診察 ㉛医師診察 ㉜医師診察 ㉝医師診察 ㉞医師診察 ㉟医師診察 ㊱医師診察 ㊲医師診察 ㊳医師診察 ㊴医師診察 ㊵医師診察 ㊶医師診察 ㊷医師診察 ㊸医師診察 ㊹医師診察 ㊺医師診察 ㊻医師診察 ㊼医師診察 ㊽医師診察 ㊾医師診察 ㊿医師診察</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>○保健師 ○在宅保健師・管理栄養士 ○かかりつけ医との未治療者・治療中断者の連携</p>	
<p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標60%</p> <p>○健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD)</p> <p>○虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症を顕著に改善していき、28年度には28年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ5%減少させる。</p>	<p>① 対象者がタボリック・スクワットの危険性を認識し、食生活等の生活習慣改善に関しての知識・方法を習得する。</p> <p>② 受診勧奨対象者が医療機関を受診し、治療または生活習慣を改善する。</p> <p>③ 次年度の特定健診を受診し、健診結果が改善する。</p>	<p>4.【新規事業】(二次検診)運動検診の導入 H28年度特健診健診結果で①LDL160以上②HbA1c6.5以上③高血圧Ⅱ度以上④中性脂肪500以上の40～64歳の生活習慣病未治療の方、約30名 さらにH28年度特健診健診結果より上記に該当した方、 【実施方法】 厚生労働省が実施している「運動検診」検査を実施する。運動検診は検査結果から、医師が医師会健診や保健指導を実施し重症化予防につなげる。 【実施期間】 8月厚生労働省 8月医師会健診 8月医師会健診 11月医師会健診 【実施体制】 保健師(名)と検査希望者を抽出し、検査希望者を抽出し、検査申込書へ問診票を送付し、集団健診の午後には検査を個別に実施する。</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>①未治療者の医療機関受診率(目標80%)→54.4% 目標達成率90.7%</p>	<p>①H29年度の重症化予防対策(未治療者)への保健指導割合(目標80%)→92.7%(115名/124名) 目標達成率115.9%</p>	<p>○保健師 ○在宅保健師・管理栄養士 ○かかりつけ医との未治療者・治療中断者の連携</p>	

