

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「データヘルス計画」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。

門川町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

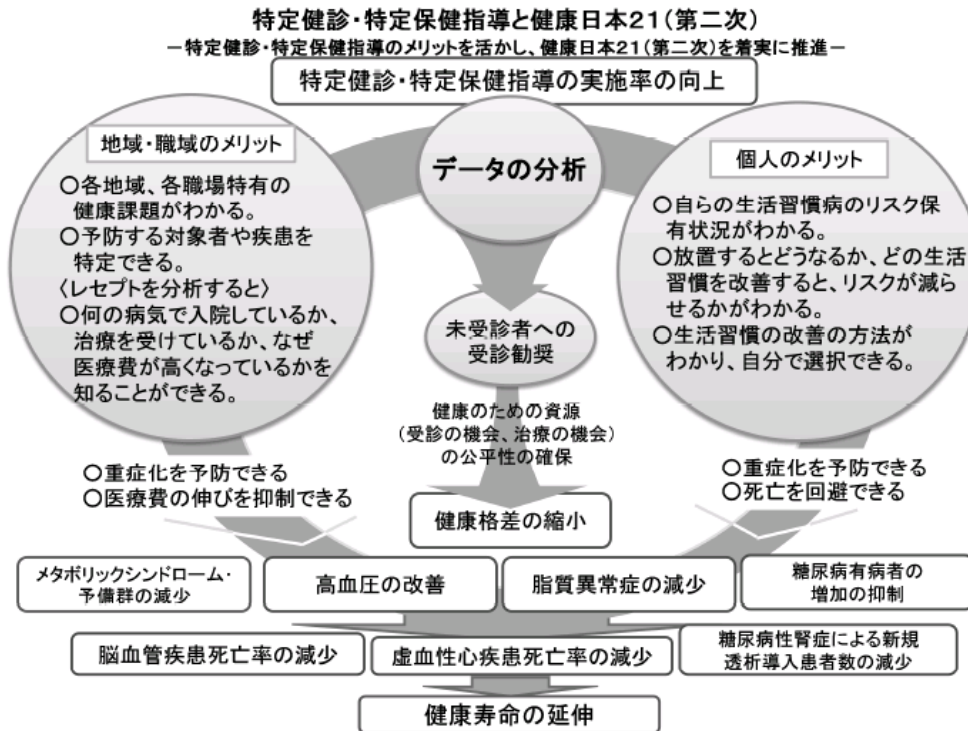
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、宮崎県健康増進計画や門川町健康増進計画、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】

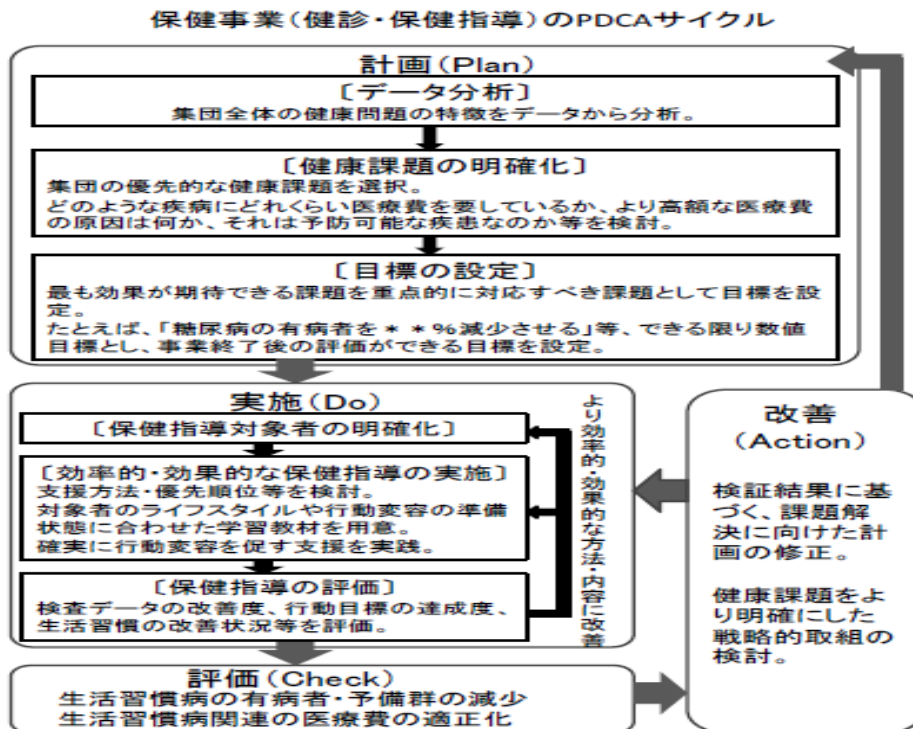
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
※ 健康増進法第21条とは 健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施法）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年9月 国民の健康の確保の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年9月 特定健康診査及び特定健康増進法の関係 かつ有関係な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年9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指針	厚生労働省 保険局 平成28年9月 医療費適正化に関する指針 について基本指針（全部改正）	厚生労働省 保険局 平成28年9月 医療費適正化に関する基本指針
視座・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1次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第1次）
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な 能力の維持及び向上を目的とし、その結果、社会生活 の質の向上を図るとともに、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慢性疾患の重症化の予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な 能力の維持及び向上を目的とし、その結果、社会生活 の質の向上を図るとともに、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。	生活習慣の改善を前提として、被保険者の自主 的な健康増進及び重症化予防の取組みについて、医 療者がその支援の中心として、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものとする。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び保険料の削減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即した日常生活 を営むことができるよう支援することや、重症化 または重症化状態となることの予防又は、重症化 状態等の軽減もしくは重症化の防止を理念として 取り組むものとする。	国民健康保険法に基づいて、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適切に抑制し、品質 かつ適切な医療を結果的に提供する仕組みの確 立を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、地域において役割の異なる医療の 連携を実現し、品質かつ適切な医療を結果 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（幼児期、児童期、高 齢期）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合も高くなる時期に高齢期を迎 える現在の若年層（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	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 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※SS項目中 特定健診に関係する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数） ③合併症患者の割合 ④メタボリックシンドローム患者におけるメタボリック不患者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健診・特定健康増進の実施率 ⑦メタボリックシンドローム患者 ⑧糖尿病性腎症患者 ⑨糖尿病性神経障害患者 ⑩糖尿病性網膜症患者 ⑪糖尿病性網膜症患者 ⑫糖尿病性網膜症患者 ⑬糖尿病性網膜症患者 ⑭糖尿病性網膜症患者 ⑮糖尿病性網膜症患者 ⑯糖尿病性網膜症患者 ⑰糖尿病性網膜症患者 ⑱糖尿病性網膜症患者 ⑲糖尿病性網膜症患者 ⑳糖尿病性網膜症患者 ㉑糖尿病性網膜症患者 ㉒糖尿病性網膜症患者 ㉓糖尿病性網膜症患者 ㉔糖尿病性網膜症患者 ㉕糖尿病性網膜症患者 ㉖糖尿病性網膜症患者 ㉗糖尿病性網膜症患者 ㉘糖尿病性網膜症患者 ㉙糖尿病性網膜症患者 ㉚糖尿病性網膜症患者 ㉛糖尿病性網膜症患者 ㉜糖尿病性網膜症患者 ㉝糖尿病性網膜症患者 ㉞糖尿病性網膜症患者 ㉟糖尿病性網膜症患者 ㊱糖尿病性網膜症患者 ㊲糖尿病性網膜症患者 ㊳糖尿病性網膜症患者 ㊴糖尿病性網膜症患者 ㊵糖尿病性網膜症患者 ㊶糖尿病性網膜症患者 ㊷糖尿病性網膜症患者 ㊸糖尿病性網膜症患者 ㊹糖尿病性網膜症患者 ㊺糖尿病性網膜症患者 ㊻糖尿病性網膜症患者 ㊼糖尿病性網膜症患者 ㊽糖尿病性網膜症患者 ㊾糖尿病性網膜症患者 ㊿糖尿病性網膜症患者	①特定健診受診率 ②特定健康増進実施率	健診・医療情報を利用して、費用対効果の検証も考慮 (1)生活習慣の状況（健康診断の受診率等） 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特定健康増進率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外米 ①一人あたり外米医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定健康増進の実施率の向上 ③メタボリックシンドローム患者の減少 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	⑤疾病・5事業 ⑥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（区分）を減額し、保険料率決定】				保健事業支援・評価委員会（事務局：国民連合会）による計画作成支援 保険者協議会（事務局：国民連合会）を通じて、保険者との連携

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム【平成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【平成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

門川町においては、国保部署に専属の保健師が配置されていないため、町民課健康づくり係が主体となりデータヘルス計画に基づいた事業を展開していく。しかし、市町村一体となって計画策定を進めていく必要があるため、国保担当部署である町民課 医療年金係と密に連携を図っていく。

また、高齢者医療部局（町民課医療年金係）、介護保険部局（福祉課介護保険係）生活保護部局（福祉課地域福祉係）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、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、特に門川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、門川町国保は、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、門川町国保と日向市東臼杵郡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。

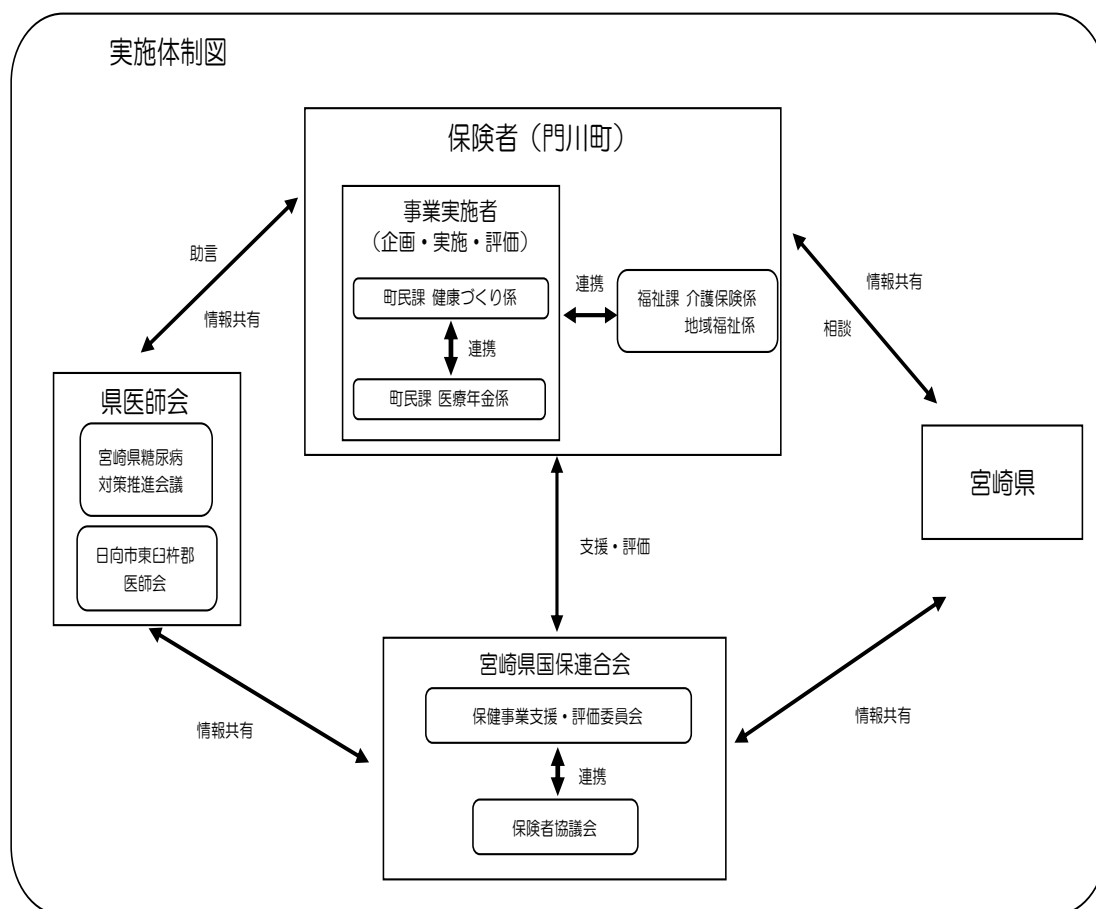
宮崎県国保連と宮崎県は、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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】



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。（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年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	門川町	配点	門川町	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）		/	198	/	/	/
総得点（体制構築加点点含む）		/	166	/	343	/
全国順位（1,741市町村中）		/	1336	/	/	/
共通①	特定健診受診率	20	5	35	0	50
	特定保健指導実施率	20	20	35	35	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	0	50
共通②	がん検診受診率	10	0	20	0	30
	歯周疾患（病）検診	10	0	15	0	25
共通③	重症化予防の取組	40	0	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45	0	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25	25	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	4	25	14	35
	後発医薬品の使用割合	15	15	30	30	40
固有①	収納率向上	40	0	70	0	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	30	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	13	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	7	40	26	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	/	/	/	/	50
体制構築加点点		70		70		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（参考資料1 P52）

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)の割合は増加しており、死因別については脳疾患による死亡割合が7%も増加していた。

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、40～64歳の2号認定率はほぼ変わらず、介護給付費においては減少となっている。しかし有病状況の糖尿病・脂質異常症の割合は増えていることが分かった。

医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることが分かった。中でも悪性新生物に次ぎ、慢性腎不全の医療費割合が伸びていること、糖尿病の入院費用額も増えていることから重症化予防に更なる取り組みが必要となる。また、特定健診受診率は伸びているが同規模と比べると低いため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、平成25年度と比べて平成28年度の介護給付費、1件あたり給付費は減り、減少額も同規模の減少額より大きい。また、居宅サービスが伸びている同規模平均に対し、門川町は居宅・施設ともに減っていることが分かった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	門川町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件あたり 給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25	17億9,010万円	66,070	48,092	304,758	67,744	41,879	281,910
H28	17億3,868万円	61,404	46,680	301,323	67,108	41,924	276,079

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、総医療費は平成 25 年度に比べ抑えることが出来ているが、入院にかかった費用額や 1 人あたり医療費の伸び率は同規模と比較すると高くなっていることが分かった。

*同規模とは…門川町と同規模の人口 1 万 5 千～2 万人の全国市町村の平均

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				外来			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
総医療費 (円)	H25	17億9,010万円			8億555万円					9億8,455万円			
	H28	17億3,868万円	△5,142万円	-2.9	-7.6	8億3,804万円	3,249万円	4.0	-6.6	9億64万円	△8,391万円	-8.5	-8.9
1人あたり 医療費(円)	H25	25,335			11,401					13,934			
	H28	28,216	2,881	11.4	7.7	13,600	2,199	19.3	8.6	14,616	682	4.9	6.4

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、慢性腎不全(透析)に係る費用が増加していることがわかった。

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

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

【図表 8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
		金額	順位		慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	心 狭心症 心筋梗塞	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
			同規模	県内												
H25	1,790,104,360	25,335	52位	13位	4.96%	0.15%	4.82%	1.78%	5.36%	5.76%	2.37%	451,191,220	25.20%	10.58%	12.45%	7.48%
H28	1,738,687,620	28,216	41位	13位	6.16%	0.50%	3.29%	1.03%	4.98%	4.31%	2.29%	392,402,630	22.57%	12.90%	11.58%	7.61%
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%	8.45%

最大医療資源傷病（調剤含む）による分類結果

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

【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脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)の数をみてみると、虚血性心疾患、脳血管疾患の数は減ってきている。しかし、人工透析者数は増えており、有する疾患として高血圧、脂質異常症の割合も増えていた。また、虚血性心疾患や脳血管疾患を有する者の人工透析を併せ持つ割合も増えていることが分かった。人工透析は町に与える経済的負担も大きく、基礎疾患から予防し人工透析を減らしていくことが重要な課題となる。

【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		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,994	339	5.7%	49	14.5%	3	0.9%	272	80.2%	126	37.2%	225	66.4%
	64歳以下	4,047	107	2.6%	18	16.8%	2	1.9%	84	78.5%	39	36.4%	78	72.9%
	65歳以上	1,947	232	11.9%	31	13.4%	1	0.4%	188	81.0%	87	37.5%	147	63.4%
H28	全体	5,281	287	5.4%	34	11.8%	4	1.4%	229	79.8%	96	33.4%	204	71.1%
	64歳以下	3,202	70	2.2%	6	8.6%	0	0.0%	55	78.6%	22	31.4%	46	65.7%
	65歳以上	2,079	217	10.4%	28	12.9%	4	1.8%	174	80.2%	74	34.1%	158	72.8%

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		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,994	224	3.7%	49	21.9%	5	2.2%	171	76.3%	76	33.9%	105	46.9%
	64歳以下	4,047	79	2.0%	18	22.8%	4	5.1%	59	74.7%	25	31.6%	31	39.2%
	65歳以上	1,947	145	7.4%	31	21.4%	1	0.7%	112	77.2%	51	35.2%	74	51.0%
H28	全体	5,281	191	3.6%	34	17.8%	8	4.2%	144	75.4%	64	33.5%	81	42.4%
	64歳以下	3,202	55	1.7%	6	10.9%	5	9.1%	41	74.5%	18	32.7%	18	32.7%
	65歳以上	2,079	136	6.5%	28	20.6%	3	2.2%	103	75.7%	46	33.8%	63	46.3%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,994	21	0.4%	5	23.8%	3	14.3%	19	90.5%	7	33.3%	4	19.0%
	64歳以下	4,047	12	0.3%	4	33.3%	2	16.7%	12	100.0%	2	16.7%	2	16.7%
	65歳以上	1,947	9	0.5%	1	11.1%	1	11.1%	7	77.8%	5	55.6%	2	22.2%
H28	全体	5,281	28	0.5%	8	28.6%	4	14.3%	26	92.9%	8	28.6%	8	28.6%
	64歳以下	3,202	13	0.4%	5	38.5%	0	0.0%	12	92.3%	5	38.5%	2	15.4%
	65歳以上	2,079	15	0.7%	3	20.0%	4	26.7%	14	93.3%	3	20.0%	6	40.0%

(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、高血圧からの虚血性心疾患や脂質異常からの脳血管疾患の増加は抑えられている。糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者の割合に変化はないがインスリン療法を受けている者の割合が高くなっている。また、3 リスク全てにおいて透析者は増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していき短期的な目標の問題解決に向けた更なる重症化予防対策が必要である。

【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									
		糖尿病			インスリン療法			高血圧			脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	5,994	540	9.0%	46	8.5%	350	64.8%	278	51.5%	126	23.3%	76	14.1%	7	1.3%	64	11.9%		
	64歳以下	4,047	219	5.4%	17	7.8%	124	56.6%	106	48.4%	39	17.8%	25	11.4%	2	0.9%	25	11.4%		
	65歳以上	1,947	321	16.5%	29	9.0%	226	70.4%	172	53.6%	87	27.1%	51	15.9%	5	1.6%	39	12.1%		
H28	全体	5,281	474	9.0%	43	9.1%	296	62.4%	255	53.8%	96	20.3%	64	13.5%	8	1.7%	48	10.1%		
	64歳以下	3,202	152	4.7%	13	8.6%	88	57.9%	72	47.4%	22	14.5%	18	11.8%	5	3.3%	14	9.2%		
	65歳以上	2,079	322	15.5%	30	9.3%	208	64.6%	183	56.8%	74	23.0%	46	14.3%	3	0.9%	34	10.6%		

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		高血圧			糖尿病			脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	5,994	1,182	19.7%	350	29.6%	589	49.8%	272	23.0%	171	14.5%	19	1.6%	
	64歳以下	4,047	450	11.1%	124	27.6%	207	46.0%	84	18.7%	59	13.1%	12	2.7%	
	65歳以上	1,947	732	37.6%	226	30.9%	382	52.2%	188	25.7%	112	15.3%	7	1.0%	
H28	全体	5,281	1,008	19.1%	296	29.4%	516	51.2%	229	22.7%	144	14.3%	26	2.6%	
	64歳以下	3,202	324	10.1%	88	27.2%	141	43.5%	55	17.0%	41	12.7%	12	3.7%	
	65歳以上	2,079	684	32.9%	208	30.4%	375	54.8%	174	25.4%	103	15.1%	14	2.0%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		脂質異常症			糖尿病			高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	5,994	882	14.7%	278	31.5%	589	66.8%	225	25.5%	105	11.9%	4	0.5%	
	64歳以下	4,047	353	8.7%	106	30.0%	207	58.6%	78	22.1%	31	8.8%	2	0.6%	
	65歳以上	1,947	529	27.2%	172	32.5%	382	72.2%	147	27.8%	74	14.0%	2	0.4%	
H28	全体	5,281	783	14.8%	255	32.6%	516	65.9%	204	26.1%	81	10.3%	8	1.0%	
	64歳以下	3,202	242	7.6%	72	29.8%	141	58.3%	46	19.0%	18	7.4%	2	0.8%	
	65歳以上	2,079	541	26.0%	183	33.8%	375	69.3%	158	29.2%	63	11.6%	6	1.1%	

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、健診の受診者が増えたため各検査項目の基準値以上の割合が増えているが、特に顕著に増加したものが男性は中性脂肪と LDL コレステロール、女性は収縮期血圧であった。メタボリックシンドローム該当者の割合も増加しており、血管内皮を傷つける 3 項目(血圧・脂質・血糖)すべてを併せ持つ者の割合が増えていることが分かった。

【図表 11】

性別	年齢	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	139	29.4	236	49.9	107	22.6	78	16.5	52	11.0	135	28.5	212	44.8	120	25.4	238	50.3	104	22.0	206	43.6	8	1.7
	40-64	53	33.5	79	50.0	48	30.4	41	25.9	18	11.4	44	27.8	66	41.8	45	28.5	71	44.9	47	29.7	85	53.8	0	0.0
	65-74	86	27.3	157	49.8	59	18.7	37	11.7	34	10.8	91	28.9	146	46.3	75	23.8	167	53.0	57	18.1	121	38.4	8	2.5
H28	合計	180	31.4	283	49.3	151	26.3	105	18.3	73	12.7	175	30.5	211	36.8	164	28.6	288	50.2	134	23.3	266	46.3	12	2.1
	40-64	58	35.2	80	48.5	48	29.1	44	26.7	15	9.1	43	26.1	50	30.3	58	35.2	78	47.3	53	32.1	86	52.1	2	1.2
	65-74	122	29.8	203	49.6	103	25.2	61	14.9	58	14.2	132	32.3	161	39.4	106	25.9	210	51.3	81	19.8	180	44.0	10	2.4

性別	年齢	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
女性	合計	138	21.4	156	24.1	97	15.0	56	8.7	26	4.0	129	20.0	294	45.5	33	5.1	284	44.0	75	11.6	385	59.6	4	0.6
	40-64	45	20.1	37	16.5	31	13.8	19	8.5	11	4.9	42	18.8	91	40.6	8	3.6	82	36.6	33	14.7	141	62.9	2	0.9
	65-74	93	22.0	119	28.2	66	15.6	37	8.8	15	3.6	87	20.6	203	48.1	25	5.9	202	47.9	42	10.0	244	57.8	2	0.5
H28	合計	195	24.9	195	24.9	119	15.2	69	8.8	27	3.4	145	18.5	309	39.5	35	4.5	402	51.3	88	11.2	409	52.2	4	0.5
	40-64	44	20.8	37	17.5	24	11.3	22	10.4	5	2.4	32	15.1	69	32.5	11	5.2	75	35.4	29	13.7	119	56.1	1	0.5
	65-74	151	26.4	158	27.7	95	16.6	47	8.2	22	3.9	113	19.8	240	42.0	24	4.2	327	57.3	59	10.3	290	50.8	3	0.5

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	473	24.6	31	6.6	93	19.7	5	1.1	70	14.8	18	3.8	112	23.7	27	5.7	5	1.1	56	11.8	24	5.1
	40-64	158	15.5	10	6.3	31	19.6	2	1.3	19	12.0	10	6.3	38	24.1	11	7.0	3	1.9	18	11.4	6	3.8
	65-74	315	34.8	21	6.7	62	19.7	3	1.0	51	16.2	8	2.5	74	23.5	16	5.1	2	0.6	38	12.1	18	5.7
H28	合計	574	34.3	31	5.4	109	19.0	6	1.0	82	14.3	21	3.7	143	24.9	27	4.7	7	1.2	67	11.7	42	7.3
	40-64	165	22.2	9	5.5	38	23.0	0	0.0	32	19.4	6	3.6	33	20.0	5	3.0	1	0.6	21	12.7	6	3.6
	65-74	409	44.1	22	5.4	71	17.4	6	1.5	50	12.2	15	3.7	110	26.9	22	5.4	6	1.5	46	11.2	36	8.8

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	646	33.6	21	3.3	61	9.4	0	0.0	53	8.2	8	1.2	74	11.5	15	2.3	2	0.3	40	6.2	17	2.6
	40-64	224	24.9	9	4.0	12	5.4	0	0.0	10	4.5	2	0.9	16	7.1	4	1.8	1	0.4	9	4.0	2	0.9
	65-74	422	41.4	12	2.8	49	11.6	0	0.0	43	10.2	6	1.4	58	13.7	11	2.6	1	0.2	31	7.3	15	3.6
H28	合計	783	46.0	21	2.7	66	8.4	4	0.5	54	6.9	8	1.0	108	13.8	20	2.6	4	0.5	58	7.4	26	3.3
	40-64	212	31.4	9	4.2	11	5.2	0	0.0	9	4.2	2	0.9	17	8.0	6	2.8	1	0.5	5	2.4	5	2.4
	65-74	571	55.5	12	2.1	55	9.6	4	0.7	45	7.9	6	1.1	91	15.9	14	2.5	3	0.5	53	9.3	21	3.7

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度と比べ平成 28 年度は、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに大幅に伸ばすことができた。新規受診者の方が継続受診者よりも検査値の数値が悪い割合が高く、重症化を予防していくためには、これからも特定健診受診率の向上への取組を行い新規受診者や不定期受診者の掘り起こし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	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								門川町	同規模平均
H25年度	3,824	1,117	29.3	113位	164	75	45.7	49.2%	51.0%
H28年度	3,381	1,357	40.1	71位	174	168	96.6	50.5%	51.1%

※法定報告の受診者数、終了者数で計上

特定健康診査受診者の受診回数別結果

28年度健診結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者		
受診者数				1,385 人	100.0%	1,084 人	78.3%	301 人	21.7%	
項目		基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25以上	382 人	27.6%	275 人	25.4%	107 人	35.5%		
	腹囲	男性85以上 女性90以上	484 人	34.9%	355 人	32.7%	129 人	42.9%		
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	300以上	278 人	20.1%	216 人	19.9%	62 人	20.6%	
		インスリン 抵抗性	血糖	HbA1c (NGSP値)	6.5以上	99 人	8.0%	69 人	7.2%	30 人
	(再掲) 7.0以上			46 人	3.7%	33 人	3.4%	13 人	4.7%	
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	61 人	4.4%	46 人	4.2%	15 人	5.0%
			拡張期	100以上	15 人	1.1%	10 人	0.9%	5 人	1.7%
			計		64 人	4.6%	49 人	4.5%	15 人	5.0%
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	157 人	11.3%	115 人	10.6%	42 人	14.0%		
腎機能	尿蛋白	2+以上	15 人	1.1%	12 人	1.1%	3 人	1.0%		
	eGFR	50未満 70歳以上は40未満	28 人	2.1%	18 人	1.7%	10 人	3.4%		
	尿酸	8.0以上	59 人	4.3%	44 人	4.2%	15 人	5.0%		

*HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

2) 第1期に係る考察

第1期計画においては、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。まずは特定健診の受診率を向上させ、糖尿病を始めとする生活習慣病の早期発見と未治療及び治療中断者への保健指導を行ってきた。結果、中長期目標である虚血性心疾患や脳血管疾患に係る医療費の減少に繋がっていたが、慢性腎不全に係る医療費や患者数は増加した。また、65歳未満の死亡の割合増加、入院費用の割合増加など、まだ解決できていない課題が浮き彫りとなった。

その背景として、メタボリックシンドロームや糖尿病など薬物療法だけでは改善が難しい疾患が課題として残り、継続した治療が出来ているか、薬物療法と併せて生活改善が出来ているかなど重症化予防の視点として、医療機関受診中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る。特定健診受診率向上に向けて更なる対策を講じ、加えて医療費抑制のために保険者だけでなく、医療機関や医師会等の地区組織と連携を図りながら、包括的に行われることが望ましく、そのような体制づくりを確立し生活習慣病の重症化予防への取り組みを推進していく必要がある。

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)

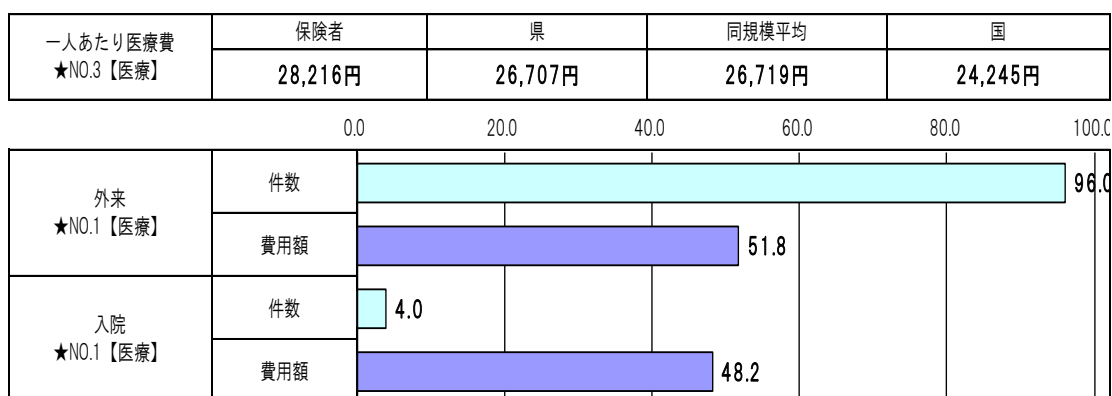
門川町の1人あたり医療費は28,216円で、国・県・同規模のそれより高くなっている。入院はわずか4.0%の件数であるが、費用額全体の48.2%を占めており、中でも糖尿病、腎不全、高血圧が県内上位にある。(参考資料1) また、慢性腎不全は総医療費の11.2%を占めていることから血管疾患による重症化を予防することが医療費の抑制に繋がると考えられる。早期発見のためにも健診受診者を増やし、生活習慣病のメカニズムを住民に伝えていくことが重要となる。

【図表 13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

医療費が高額になっている疾患、長期入院により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。

※門川町では悪性新生物や精神疾患が費用額等の最多を占めているが、生活習慣病予防を目的とするため今計画では取り上げないこととする。

(i) ひと月80万円以上の高額になる疾患を分析すると、1位は脳血管疾患で全体の11.5%を占める。基礎疾患は高血圧症が75.4%、脂質異常症が42.4%、糖尿病が33.5%重なっており、3つの疾患の重なりを対象者を明確にすることが必要である。

(ii) 6ヶ月以上の長期入院レセプトの分析では、脳血管疾患が19.4%で、費用額も虚血性心疾患の2倍となっている。

(iii) 長期化する疾患で人工透析患者を分析すると、約25%は脳血管疾患を併せ持っている。生活習慣病の重なりも多く、基礎疾患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出来る。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	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 (80万円以上レセ)	件数	253件	29件 11.5%	10件 4.0%	--
		費用額	3億4311万円	3202万円 9.3%	1791万円 5.2%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	526件	102件 19.4%	36件 6.8%	--
		費用額	2億2203万円	4995万円 22.5%	2029万円 9.1%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	343件	85件 24.8%	51件 14.9%	108件 31.5%
		費用額	1億4205万円	3383万円 23.8%	1973万円 13.9%	4349万円 30.6%

厚労省様式	対象レセプト (H28.5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	1,828人	191人 10.4%	287人 15.7%	48人 2.6%	
		基礎疾患 の重なり	高血圧	144人 75.4%	229人 79.8%	35人 72.9%
			糖尿病	64人 33.5%	96人 33.4%	48人 100%
			脂質異常症	81人 42.4%	204人 71.1%	21人 43.8%
		高血圧症	1,008人 55.1%	糖尿病 474人 25.9%	脂質異常症 783人 42.8%	高尿酸血症 169人 9.2%

○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)

門川町の1号保険者の17.9%が要介護認定を受けており、75歳以上では30.8%と認定率が高くなる。全体の有病状況では、脳卒中や虚血性心疾患などの血管疾患が9割以上を占めており、筋・骨格疾患の84.3%を上回っていた。

また、2号認定者及び65~74歳の1号認定者で年齢が低いものほど血管疾患により介護認定を受けている実態であった。この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。そして、介護を受けている人の医療費は受けていない人より2倍近く高く、特定健診による高血圧症、糖尿病、脂質異常症の早期発見、重症化予防に取り組んでいく必要がある。

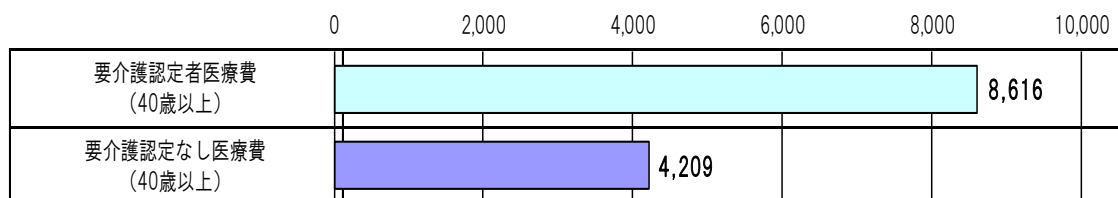
【図表 15】

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		6,429人		2,437人		2,553人		4,990人	11,419人			
	認定者数		25人		108人		787人		895人	920人			
	認定率		0.39%		4.4%		30.8%		17.9%	8.1%			
	新規認定者数		1人		4人		16人		20人	21人			
介護度別人数	要支援1・2		7	28.0%	43	39.8%	240	30.5%	283	31.6%	290	31.5%	
	要介護1・2		11	44.0%	34	31.5%	254	32.3%	288	32.2%	299	32.5%	
	要介護3～5		7	28.0%	31	28.7%	293	37.2%	324	36.2%	331	36.0%	
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	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		件数	--	18		71		0		71		89	
		循環器 疾患	1	脳卒中	11 61.1%	脳卒中	34 47.9%	脳卒中	0 --	脳卒中	34 47.9%	脳卒中	45 50.6%
			2	腎不全	2 11.1%	虚血性 心疾患	10 14.1%	虚血性 心疾患	0 --	虚血性 心疾患	10 14.1%	腎不全	12 13.5%
			3	虚血性 心疾患	1 5.6%	腎不全	10 14.1%	腎不全	0 --	腎不全	10 14.1%	虚血性 心疾患	11 12.4%
		基礎疾患		糖尿病等	17 94.4%	糖尿病等	65 91.5%	糖尿病等	0 --	糖尿病等	65 91.5%	糖尿病等	82 92.1%
		血管疾患 合計		合計	17 94.4%	合計	65 91.5%	合計	0 --	合計	65 91.5%	合計	82 92.1%
		認知症		認知症	1 5.6%	認知症	15 21.1%	認知症	0 --	認知症	15 21.1%	認知症	16 18.0%
		筋・骨格疾患		筋骨格系	13 72.2%	筋骨格系	62 87.3%	筋骨格系	0 --	筋骨格系	62 87.3%	筋骨格系	75 84.3%

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、糖尿病性腎症等の発症につながる。

門川町においては、全国と比較してBMI25以上の者の割合が高く、女性では腹囲90cm以上の割合も高い。内臓脂肪の蓄積に糖尿病や高血圧、尿酸の背景も重なり、血管内皮機能低下者が多いと予測される。

【図表 16】

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

★NO.23 (概票)

	性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	16,950	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	180	31.4	283	49.3	151	26.3	105	18.3	73	12.7	175	30.5	211	36.8	164	28.6	288	50.2	134	23.3	266	46.3	12	2.1		
	40-64	58	35.2	80	48.5	48	29.1	44	26.7	15	9.1	43	26.1	50	30.3	58	35.2	78	47.3	53	32.1	86	52.1	2	1.2		
	65-74	122	29.8	203	49.6	103	25.2	61	14.9	58	14.2	132	32.3	161	39.4	106	25.9	210	51.3	81	19.8	180	44.0	10	2.4		
	性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	9,414	23.4	8,761	21.8	5,727	14.2	3,690	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,553	46.1	4,952	12.3	22,446	55.8	131	0.3		
保険者	合計	195	24.9	195	24.9	119	15.2	69	8.8	27	3.4	145	18.5	309	39.5	35	4.5	402	51.3	88	11.2	409	52.2	4	0.5		
	40-64	44	20.8	37	17.5	24	11.3	22	10.4	5	2.4	32	15.1	69	32.5	11	5.2	75	35.4	29	13.7	119	56.1	1	0.5		
	65-74	151	26.4	158	27.7	95	16.6	47	8.2	22	3.9	113	19.8	240	42.0	24	4.2	327	57.3	59	10.3	290	50.8	3	0.5		

*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 (概票)

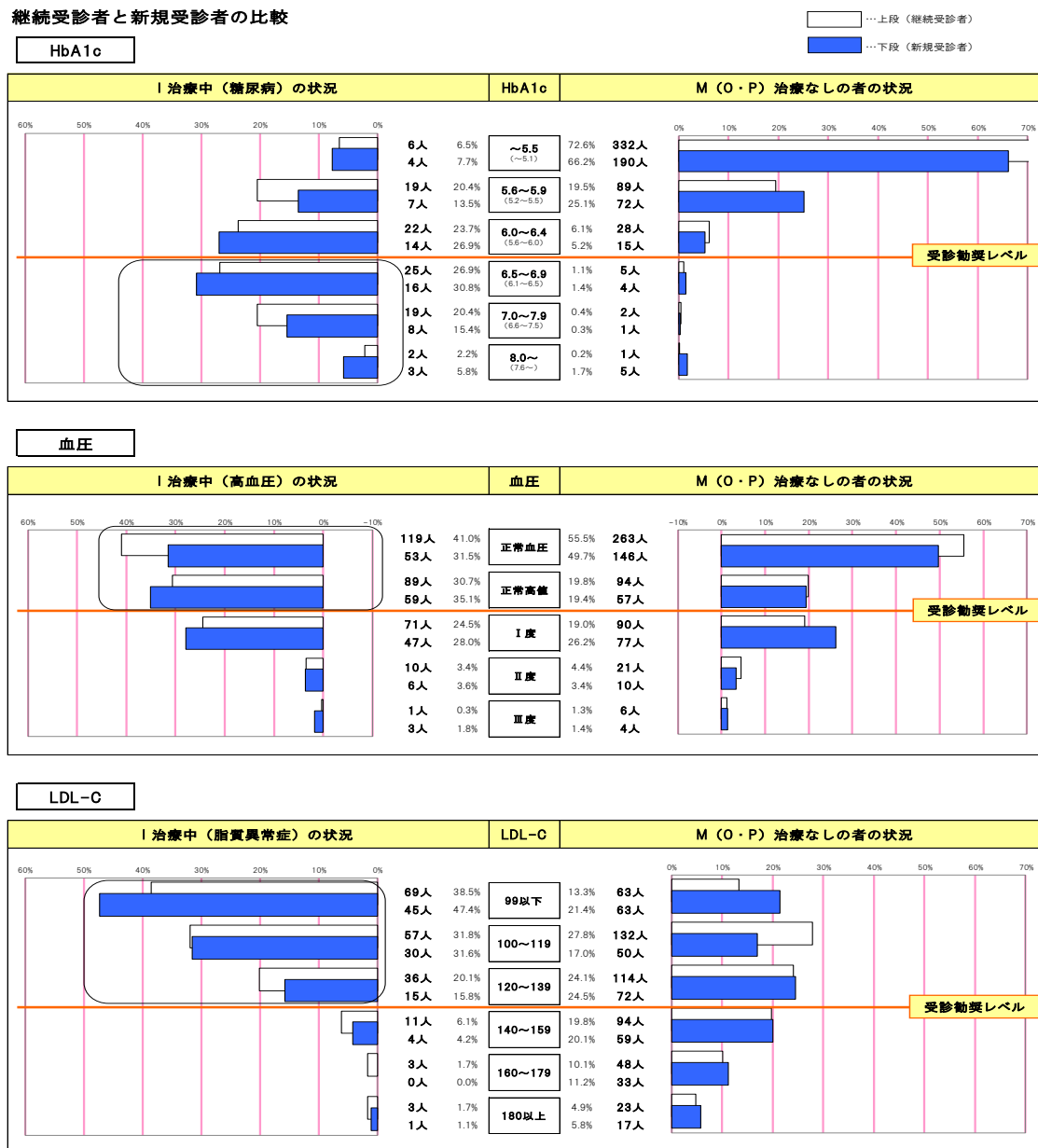
	性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	574	34.3	31	5.4%	109	19.0%	6	1.0%	82	14.3%	21	3.7%	143	24.9%	27	4.7%	7	1.2%	67	11.7%	42	7.3%		
	40-64	165	22.2	9	5.5%	38	23.0%	0	0.0%	32	19.4%	6	3.6%	33	20.0%	5	3.0%	1	0.6%	21	12.7%	6	3.6%		
	65-74	409	44.1	22	5.4%	71	17.4%	6	1.5%	50	12.2%	15	3.7%	110	26.9%	22	5.4%	6	1.5%	46	11.2%	36	8.8%		
	性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
保険者	合計	783	46.0	21	2.7%	66	8.4%	4	0.5%	54	6.9%	8	1.0%	108	13.8%	20	2.6%	4	0.5%	58	7.4%	26	3.3%		
	40-64	212	31.4	9	4.2%	11	5.2%	0	0.0%	9	4.2%	2	0.9%	17	8.0%	6	2.8%	1	0.5%	5	2.4%	5	2.4%		
	65-74	571	55.5	12	2.1%	55	9.6%	4	0.7%	45	7.9%	6	1.1%	91	15.9%	14	2.5%	3	0.5%	53	9.3%	21	3.7%		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病、血圧、LDL コレステロールのコントロール状況を見てみると、重症化しやすい受診勧奨レベル以上の割合は血圧、LDL コレステロールは治療中であれば少なくなるが、HbA1c においては、治療中であっても受診勧奨レベル以上の割合が 50% を占めている。これは、HbA1c が血糖のコントロール状態を評価しており、糖尿病が薬物療法だけで解決する問題ではなく、生活習慣改善への取組が大きく影響しているためと考える。糖尿病治療者が治療中断しないような指導に加えて、未治療の受診勧奨レベル以上の者も含め、医療機関と連携した生活習慣改善の保健指導や栄養指導への取組が必要である。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



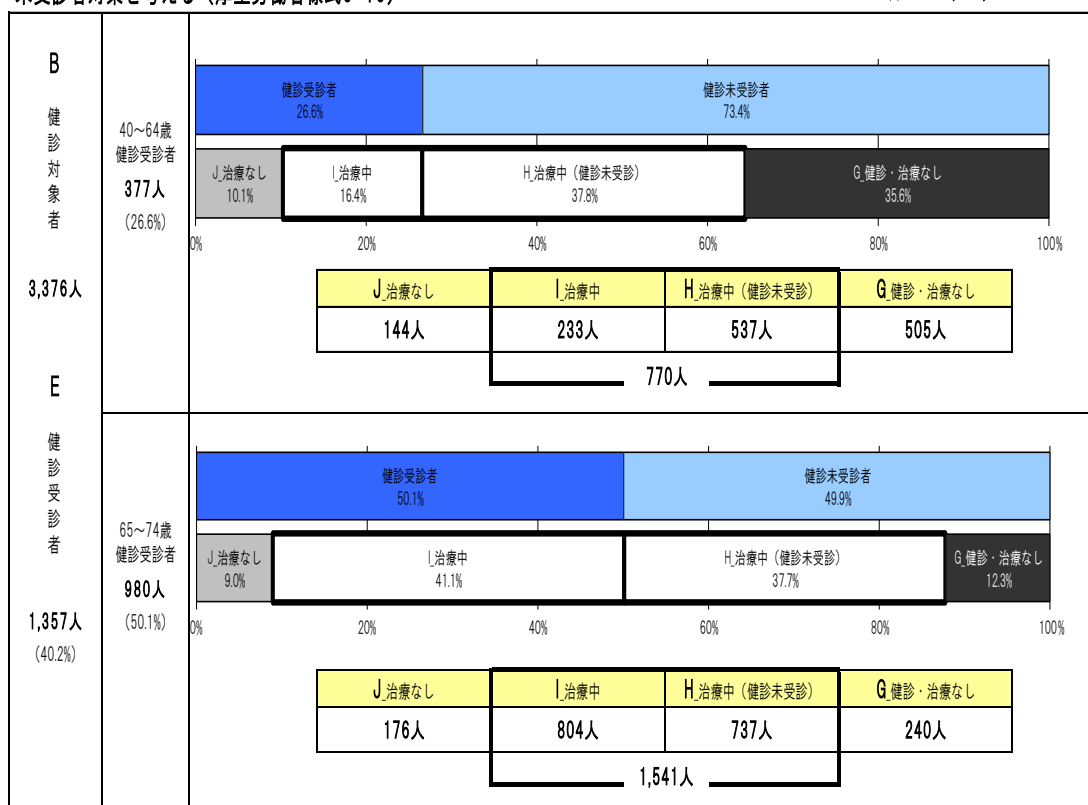
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が35.6%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分かる。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

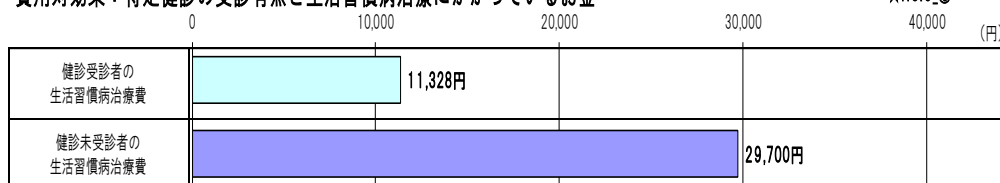
★NO.26 (GSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑥



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 (図表 20)

【図表 20】

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					
特定健診計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率60%以上	特定健診受診率60%以上	40.1%		45.0%									60.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
			特定保健指導実施率60%以上	96.6%		80.0%										80.0%
	特定保健指導対象者の減少率25%		特定保健指導対象者の減少率25%	24.4%		24.8%									25.0%	
	総医療費を横ばいにする		総医療費を横ばいにする	17億3,868万円												
	1人あたり医療費が県平均を下回る(目標差額0円)		1人あたり医療費が県平均を下回る(目標差額0円)	373,212円												
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	脳血管疾患の総医療費に占める割合の減少	3.3%		3.2%									2.8%	KDBシステム
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合の減少	1.03%		1.0%									0.97%	
		慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少	慢性腎不全(透析有)の総医療費に占める割合の減少	6.16%		6.1%									6.0%	
		糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	糖尿病レセプトのうち人工透析割合の減少	1.7%		1.5%									1.3%	
		メタボリックシンドローム該当者の割合減少	メタボリックシンドローム該当者の割合減少	18.5%		18.0%									16.5%	
		メタボリックシンドローム予備群の割合減少	メタボリックシンドローム予備群の割合減少	12.9%		12.5%									11.0%	
		健診受診者のⅡ度高血圧者の割合減少(180/110以上)	健診受診者のⅡ度高血圧者の割合減少(180/110以上)	1.1%		1.0%									0.6%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL180以上)	3.4%		3.2%									2.9%	
		健診受診者のHbA1c8.0以上の者の割合減少	健診受診者のHbA1c8.0以上の者の割合減少	0.8%		0.5%									0.3%	
		健診受診者の糖尿病未治療者の割合減少	健診受診者の糖尿病未治療者の割合減少	19.3%		18.0%									15.0%	
保険者努力支援制度	がんの早期発見、早期治療	重症化予防対象者のうち未治療者の医療機関受診率 目標80%	重症化予防対象者のうち未治療者の医療機関受診率 目標80%													
		がん検診受診率 胃がん検診 目標・20%	がん検診受診率 胃がん検診 目標・20%	5.5%		15%									20%	地域保健事業報告
		肺がん検診 目標・20%	肺がん検診 目標・20%	0%		10%								20%		
		大腸がん検診 目標・30%	大腸がん検診 目標・30%	7.9%		25%								30%		
		子宮頸がん検診 目標・40%	子宮頸がん検診 目標・40%	19.0%		30%								40%		
乳がん検診 目標・40%	乳がん検診 目標・40%	8.1%		30%								40%				

(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が引き続き重要な課題となる。

しかし、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。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。

(2) 短期的な目標の設定

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健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21】

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	42%	45%	48%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	80%	80%	80%	80%	80%	80%

3. 対象者の見込み

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者数	3,670人	3,600人	3,490人	3,350人	3,180人	2,990人
	受診者数	1,541人	1,620人	1,675人	1,675人	1,749人	1,794人
特定保健指導	対象者数	200人	203人	203人	196人	197人	194人
	実施者数	160人	163人	162人	157人	157人	155人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

門川町においての特定健診は、集団健診及び個別健診で実施する。集団健診の実施場所は、町内数箇所への巡回で行うものとし、個別健診の実施場所は、委託した医療機関にて実施する。

(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、受診券や受診勧奨通知に掲載の他、門川町のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.town.kadogawa.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更される。（実施基準第 1 条 4 項）

(5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末までの間で医師会と協議した上で、実施期間を設定し実施する。

(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、宮崎県国保連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。（図表 22）

【図表 22】

年間スケジュール

＜健診の周知や案内方法＞	
●周知	町広報誌・個別チラシなど紙媒体を活用する他、ホームページなどを活用し周知を図る。また、町や地区で開催される行事や、地区での健康講話等で健診の必要性を説明する。
●案内	受診対象者については直接、受診案内及び受診券を送付
＜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）
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	: 前年度の実績報告
11月	: 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

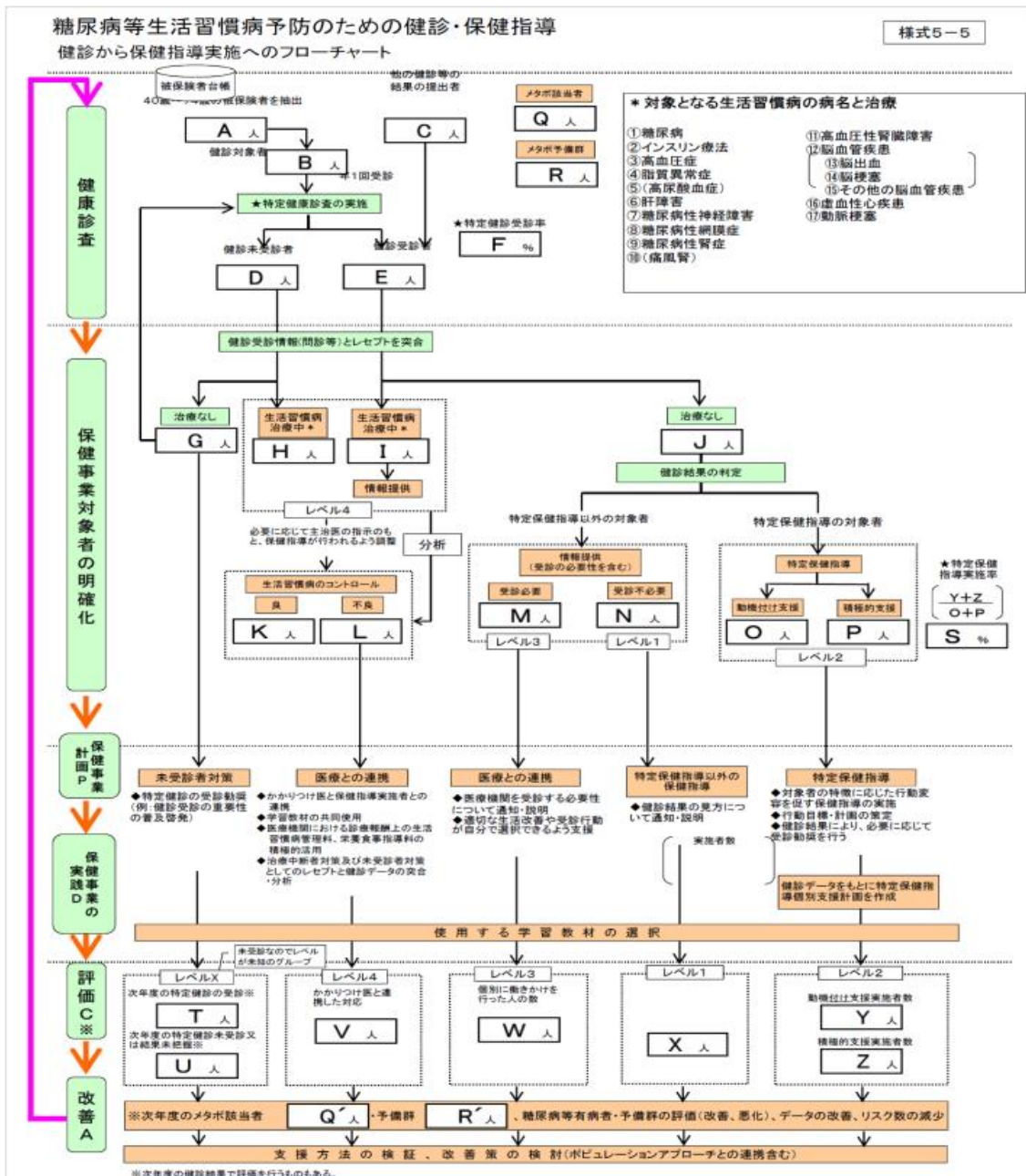
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導は、門川町(町民課 健康づくり係)が実施し、家庭訪問及び役場内など個別の面談方式を基本に実施する。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



(2) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

【図表 24】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数 H29 見込み (受診者の0%)	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	174 人 (12.8%)	80%
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	284 人 (20.5%)	HbA1c6.5 以上については 85%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,357 人 ※受診率 60% 達成まであと 672 人	95%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	306 人 (22.0%)	95%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	617 人 (44.5%)	50%

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門川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項に基づく計画は、門川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実施していく必要がある。

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については、「やっちみろや健康づくりプラン21」に基づき、町民全体を対象に実施していくこととする。

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25を参考に実施する。

- (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 25】

【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	D 保健指導 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		○			□

* 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糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針（第1期）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 糖尿病治療中断者
 - 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 26）

【図表 26】

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)で把握する。

門川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・定量）検査を必須項目として実施しているため腎機能（eGFR）の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

②基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 27)

門川町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 20 人 (11.6%・F) であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 575 人 (H) のうち、特定健診受診者が 153 人 (26.6%・G) であったが、その内の 10 人 (6.5%・キ) については治療中断の可能性がある。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 422 人 (73.4%・I) のうち、過去に 1 度でも特定健診を受診したことがある 96 人 (イ) のうち、37 人 (38.5%・オ) については治療中断の可能性があることが分かった。また、残りの 59 人 (カ) については医療機関通院中であるが健診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 27 より門川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・保健指導】

- 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)
- ② 糖尿病治療中であったが中断者 (キ)
- ③ 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (クのハイリスク者)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談を中心に対応

優先順位 2

【受診勧奨】

- ④ 糖尿病治療中であったが中断者 (オ)
 - ・介入方法として電話、手紙等で健診または医療機関受診を促す
 - ・それでも健診または医療機関未受診の場合は戸別訪問、個別面談で対応

優先順位 3

【受診勧奨・保健指導】

- ⑤ 過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者 (カ)
 - ・介入方法として電話、手紙等で健診受診またはデータ提供を促す
 - ・それでも健診未受診の場合はレセや以前の健診結果をもとに優先順位を決めて個別訪問、個別面談を実施し、コントロール状況を確認する。
 - ・必要に応じて、医療機関と連携した保健指導を実施する。

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)を作成し、地区ごとに割り振りをおこない、受診勧奨者等一覧（エクセル様式）にて訪問記録等管理していく。

【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 HbA1c 7.0%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

*HbA1c 7.0%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 7.0%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

*当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 7.0%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）
- ② 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

(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・重症化予防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。門川町においては、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 28)

【図表 28】

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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">経年表</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での私の位置は? 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? 7. 高血糖が続くと体に何が起ころのでしょうか? <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ずみ方 ④糖尿病性神経障害～起ころ体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリクス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という)「代謝改善」という言い方</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p style="margin-left: 20px;">○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="margin-left: 100px;">} 6.0%未満</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう? 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン?(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか? 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは? 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど?</p> <p style="margin-left: 20px;">{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階? }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアソリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 二次精密検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性・定量検査のみの実施のため、可逆的な糖尿病性腎症第2期の段階の者を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、医療機関での検査の機会が少ない、HbA1c 6.5%以上で服薬治療が開始にならず、尿蛋白定性の結果が(一～土)であった者に対して尿アルブミン検査を実施する。二次精密検査を実施した者については、結果に基づき、早期介入を行うことで腎症の重症化予防を目指す。また、対象者全員に対して、糖尿病に対する保健指導を合わせて実施していく。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、日向保健所管内の市町村および、日向市東臼杵郡医師会等と協議して作成した「重症化予防連絡票」を使用する。

(2) 治療中の者への対応（糖尿病連携手帳の活用）

治療中の場合でも「重症化予防連絡票」を活用し、必要に応じて糖尿病連携手帳を使って、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言等をいただき連携をはかる。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては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）に準じ、行っていく。

6) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

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5 ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

- 4月 対象者の選定基準の決定
- 5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 5月～ 特定健診結果が届き次第、糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

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。門川町において健診受診者 1,385 人のうち心電図検査実施者は 1,111 人 (80.2%) であり、そのうち ST 所見があったのは 26 人であった (図表 29)。ST 所見あり 26 人中のうち 14 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 6 人は未受診であった (図表 30)。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 12 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。

門川町は県や同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表29】

	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	1385	100	1111	80.2	26	2.3	344	31.0	741

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表30】

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	%	人	%	人	%
26	100	14	53.8	8	57.1	6	42.9

② 心電図以外からの把握

門川町は平成28年度より追加健診として対象者全員に心電図検査を実施している。何らかの理由で心電図検査を実施しない場合は、図表31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31】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
		ST変化	その他の変化	異常なし		
	1385	26	344	741	274	
		1.9	24.8	53.5	19.8	
メタボ該当者	254 18.3%	3 1.2%	65 25.6%	122 48.0%	64 25.2%	
メタボ予備群	177 12.8%	4 2.3%	45 25.4%	93 52.5%	35 19.8%	
メタボなし	954 68.9%	19 2.0%	234 24.5%	526 55.1%	175 18.3%	
LDL	140-159	153 11.0%	4 2.6%	35 22.9%	91 59.5%	23 15.0%
	160-179	72 5.2%	0 0.0%	13 18.1%	54 75.0%	5 6.9%
	180-	31 2.2%	1 3.2%	14 45.2%	15 48.4%	1 3.2%

【参考】

CKD	G3aA1~	224	2	77	98	47
		16.2%	0.9%	34.4%	43.8%	21.0%

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 32 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 32】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度 (PWV)、心臓足首血管指数 (CAVI)、足関節上腕血圧比 (ABI) などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT (内膜中膜複合体厚) の測定がある」とあることから対象者への二次健診として、これらの検査の実施を検討していく。

(3) 対象者の管理

虚血性心疾患重症化予防対象者については、心電図検査管理台帳を作成する。(参考資料 8) 心電図所見・判定・訪問記録、その後の経過などを地区担当者が記入、確認し、未治療者や中断者の把握に努め、必要に応じて受診勧奨を含む保健指導を行っていく。

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 KDB 等の情報や糖尿病管理台帳の情報も併せて活用していく。

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、心電図検査管理台帳に記載。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 33、34)

脳卒中の分類

【図表 33】

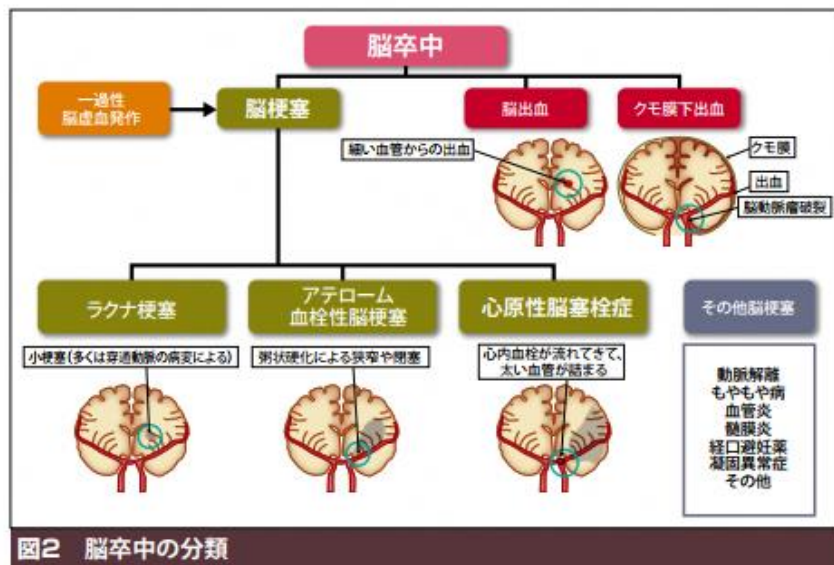


図2 脳卒中の分類

(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 34】

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 35 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 35】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
脳出血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高LDL)		心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)					
特定健診受診者における重症化 予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数 1,456人		64人	4.6%	58人	4.2%	49人	3.5%	7人	0.5%	254人	18.3%	15人	1.1%	28人	2.0%
治療なし		44人	4.7%	26人	2.4%	45人	4.1%	4人	0.5%	56人	7.3%	3人	0.4%	7人	0.9%
治療あり		16人	25.0%	13人	22.4%	16人	32.7%	4人	57.1%	56人	22.0%	2人	13.3%	4人	14.3%
臓器障害あり		21人	4.4%	8人	22.1%	14人	1.5%	4人	0.5%	18人	32.1%	3人	2.0%	7人	3.5%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	4人		1人		0人		0人		3人		0人		0人	
	尿蛋白(2+) 以上	1人		0人		0人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(+) and尿潜血(+)	1人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	2人		0人		0人		0人		1人		0人		0人	
	心電図所見あり	20人		7人		14人		0人		17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見るとⅡ度高血圧以上が64人(4.6%)であり、44人は未治療者であった。また未治療者のうち21人(4.4%)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16人(25.0%)いるのがわかった。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 36)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 36】

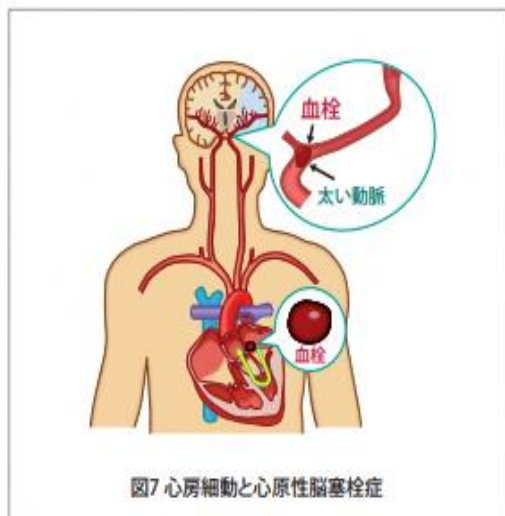
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1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
927		291	198	202	192	34	10	12	103	121
		31.4%	21.4%	21.8%	20.7%	3.7%	1.1%	1.3%	11.1%	13.1%
リスク第1層		57	23	13	12	1	0	12	1	0
		11.4%	19.6%	11.6%	6.4%	6.3%	2.9%	0.0%	100%	1.0%
リスク第2層		160	105	109	102	20	4	--	102	24
		53.9%	55.0%	53.0%	54.0%	53.1%	58.8%	40.0%	99.0%	19.8%
リスク第3層		74	70	80	78	13	6	--	--	97
		34.6%	25.4%	35.4%	39.6%	40.6%	38.2%	60.0%	--	80.2%
再掲 重複あり	糖尿病	95	20	21	33	15	3	3		
		29.6%	27.0%	30.0%	41.3%	19.2%	23.1%	50.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	131	40	28	28	24	7	4		
	40.8%	54.1%	40.0%	35.0%	30.8%	53.8%	66.7%			
3個以上の危険因子		175	28	38	42	58	6	3		
		54.5%	37.8%	54.3%	52.5%	74.4%	46.2%	50.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 36 の血圧に基づいた脳心血管リスク層別化は、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①については早急な受診勧奨が必要になってくる。また、②~④についてはリスクとなる疾患と合わせて保健指導を実施する。

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 37 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 37】

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				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	479	632	6	1.3	1	0.2	-	-
40歳代	47	35	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	43	63	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	240	341	2	0.8	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	149	193	4	2.7	1	0.5	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 38】

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	%
7	100	4	57.1	3	42.9

心電図検査において7人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代と70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7人のうち3人は既に治療が開始されていたが、4人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた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、引き続き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。

(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」とあることから対象者への二次健診として、これらの検査の実施を検討していく。

(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 9)

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心電図検査管理台帳へ明記し、経過を把握していく。(参考資料 8)

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 KDB 等の情報や糖尿病管理台帳の情報も併せて活用していく。

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

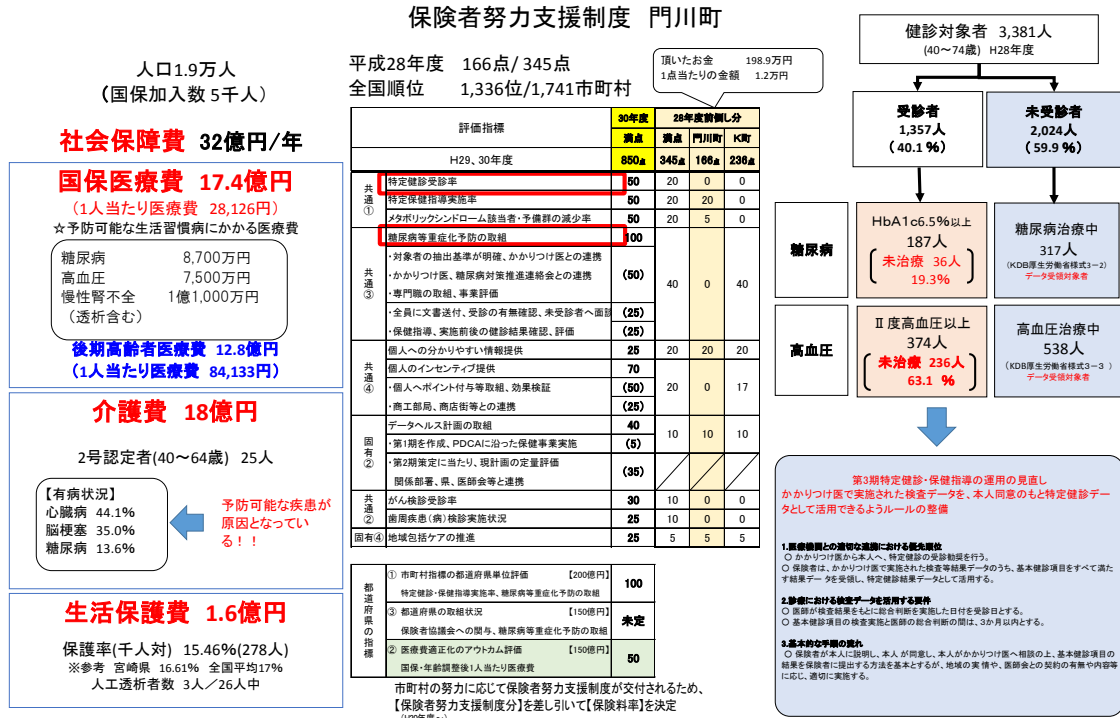
5 月～特定健診結果が届き心電図検査管理台帳（参考資料 8）に記載。

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

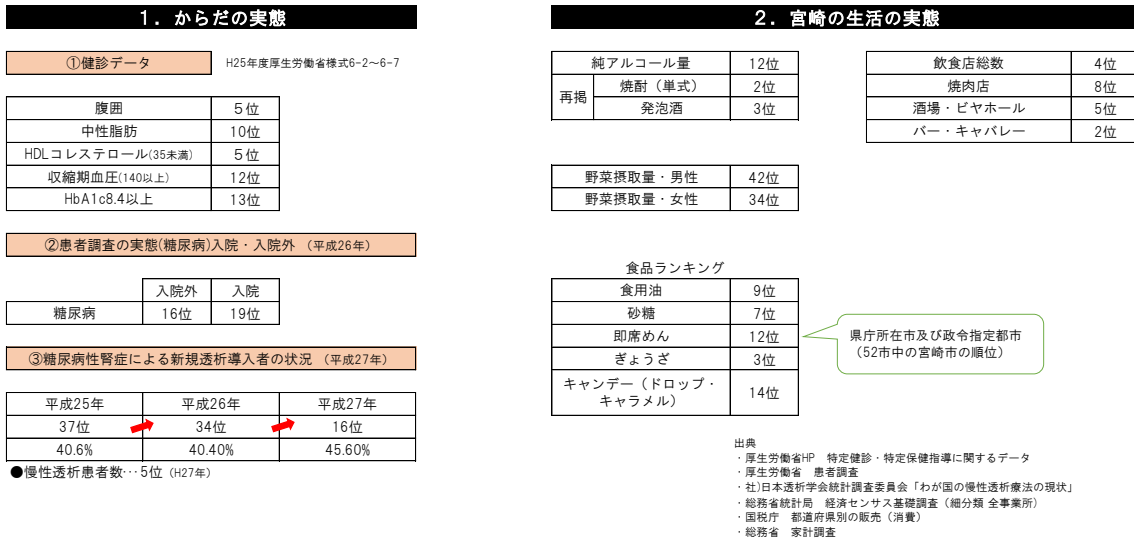
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く住民へ周知していく。(図表 39・40)

【図表 39】



【図表 40】

宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する



第5章 地域包括ケアに係る取組

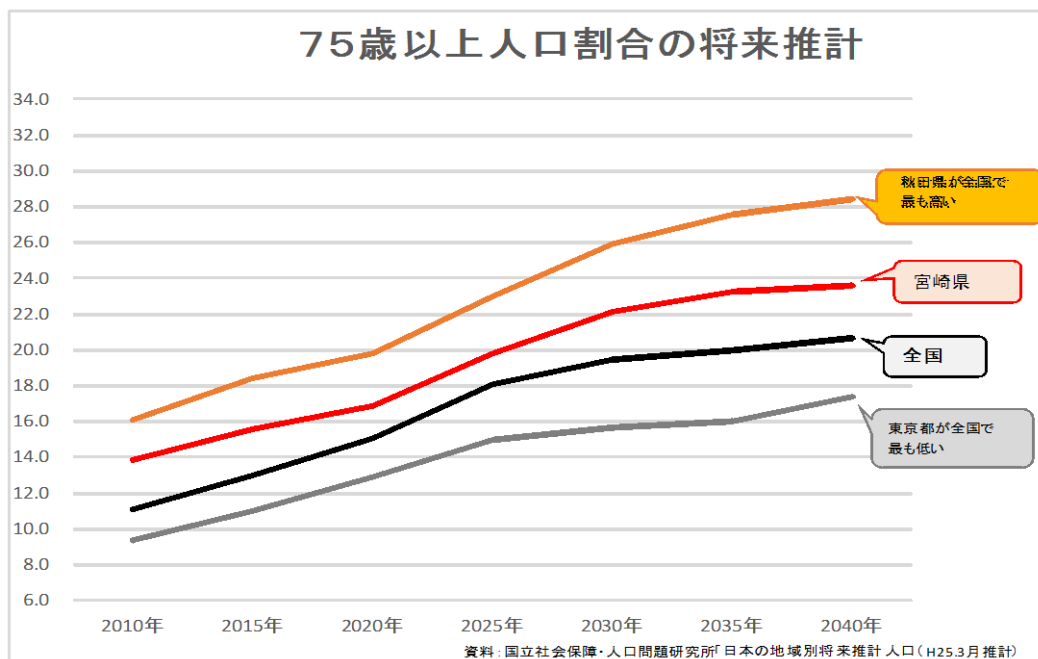
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、住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、2040年で全国平均を上回る 23.6%と推計されている。(図表 42)

国保では被保険者のうち 65歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費全体の 6割(57.3%)近くとなっている。このような状況から、地域で元気に暮らす高齢者を増やすためにその育成やサポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、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住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

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

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

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

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、門川町国保運営協議会等で関係団体に周知する。

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、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取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門川町の位置
- 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 管理台帳（心電図検査結果より）
- 参考資料 9 血圧評価表

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた門川町の位置

項目		H25		H28		県		H28		国		データ元 (CSV)		
		保険者		保険者		実数		同規模平均		実数				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	18,808		18,808		1,125,360		2,213,234		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)	4,990	26.5	4,990	26.5	290,839	25.8	623,636	28.2	29,020,766	23.2		
		75歳以上	2,553	13.6	2,553	13.6	156,418	13.9			13,989,864	11.2		
		65~74歳	2,437	13.0	2,437	13.0	134,421	11.9			15,030,902	12.0		
		40~64歳	6,429	34.2	6,429	34.2	383,847	34.1			42,411,922	34.0		
	39歳以下	7,389	39.3	7,389	39.3	450,674	40.0			53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	7.9		7.9		11.8		12.2		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	33.2		33.2		21.6		27.7		25.2			
		第3次産業	58.9		58.9		66.6		60.1		70.6			
	③ 平均寿命	男性	78.7		78.7		79.7		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.7		86.7		86.6		86.3		86.4				
④ 健康寿命	男性	64.9		64.8		65.2		65.1		65.2				
	女性	67.3		67.4		66.8		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	104.5		113.1		99.7		103.9		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		死因	がん	64	46.7	59	45.0	3,469	45.2	7,565	46.0	367,905		49.6
			心臓病	42	30.7	42	32.1	2,242	29.2	4,757	29.0	196,768		26.5
			脳疾患	14	10.2	23	17.6	1,301	16.9	2,675	16.3	114,122		15.4
			糖尿病	3	2.2	0	0.0	128	1.7	338	2.1	13,658		1.8
			腎不全	7	5.1	5	3.8	276	3.6	619	3.8	24,763		3.3
			自殺	7	5.1	2	1.5	265	3.5	474	2.9	24,294		3.3
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	29	12.4	40	15.6	1,363	10.0			136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	22	18.3	28	23.0	915	13.5			91,123	13.5		
		女性	7	6.1	12	8.9	448	6.5			45,821	7.2		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	883	17.4	895	17.8	59,315	20.4	126,477	20.4	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者	32	0.3	20	0.3	1,066	0.3	2,113	0.3	105,636	0.3		
		2号認定者	23	0.4	25	0.4	1,424	0.4	2,818	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	161	18.1	189	19.6	12,987	21.1	27,976	21.2	1,350,152	22.1		
		高血圧症	491	53.2	497	53.7	35,357	57.9	69,160	52.8	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	183	19.2	214	21.2	16,825	27.4	35,266	26.8	1,741,866	28.4		
		心臓病	585	63.4	581	62.3	40,235	65.9	78,851	60.3	3,529,682	58.0		
		脳疾患	263	28.6	261	28.1	19,122	31.4	34,930	26.8	1,538,683	25.5		
		がん	60	7.0	73	7.9	5,852	9.4	13,037	9.8	631,950	10.3		
		筋・骨格	460	50.8	494	52.6	35,171	57.7	67,521	51.7	3,067,196	50.3		
精神	327	35.7	367	39.8	25,297	40.9	47,722	36.3	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	66,070		61,404		66,242		67,108		58,284				
	居宅サービス	48,092		46,680		47,239		41,924		39,662				
	施設サービス	304,758		301,323		282,096		276,079		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	8,360	8,616	7,149	8,324	7,980							
	認定なし	4,161	4,209	3,962	3,994	3,816								
4	① 国保の状況	被保険者数	5,797		4,972		300,107		574,796		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳	1,992	34.4	2,057	41.4	119,981	40.0			12,461,613	38.2		
		40~64歳	2,122	36.6	1,635	32.9	103,073	34.3			10,946,712	33.6		
		39歳以下	1,683	29.0	1,280	25.7	77,053	25.7			9,179,541	28.2		
	加入率		30.8		26.4		26.7		26.0		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	3	0.5	3	0.6	140	0.5	173	0.3	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況	
		診療所数	6	1.0	6	1.2	891	3.0	1,295	2.3	96,727	3.0		
		病床数	487	84.0	487	97.9	19,245	64.1	22,850	39.8	1,524,378	46.8		
		医師数	34	5.9	33	6.6	2,730	9.1	2,887	5.0	299,792	9.2		
		外来患者数	642.2		653.8		677.3		686.7		668.1			
入院患者数		24.5		27.2		24.7		22.1		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	25,335	県内13位 同規模52位	28,216	県内13位 同規模41位	26,707		26,719		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	666.624		680.948		702.012		708.781		686.286				
	外来	費用の割合	55.0	51.8	55.1	57.8	60.1							
	件数の割合	96.3	96.0	96.5	96.9	97.4								
	入院	費用の割合	45.0	48.2	44.9	42.2	39.9							
	件数の割合	3.7	4.0	3.5	3.1	2.6								
	1件あたり在院日数	17.8日		18.1日		17.8日		16.6日		15.6日				
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費源傷病名(顕利含む)	新生物	18.8		23.4		22.0		24.4		25.6		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)	8.8		11.2		11.2		9.4		9.7				
	糖尿病	9.5		9.0		8.6		10.2		9.7				
	高血圧症	10.2		7.8		8.7		9.0		8.6				
	精神	22.1		21.0		22.3		18.4		16.9				
筋・骨疾患	13.3		13.8		14.6		15.2		15.2					

【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	年度年齢	診療開始日 合併症の有無		項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考	
						糖尿病		糖	服薬								
						高血圧			HbA1c								
						虚血性心疾患		糖 以外	体重								
						脳血管疾患			BMI								
						糖尿病性腎症		CKD	血圧								
									GFR								
								尿蛋白									

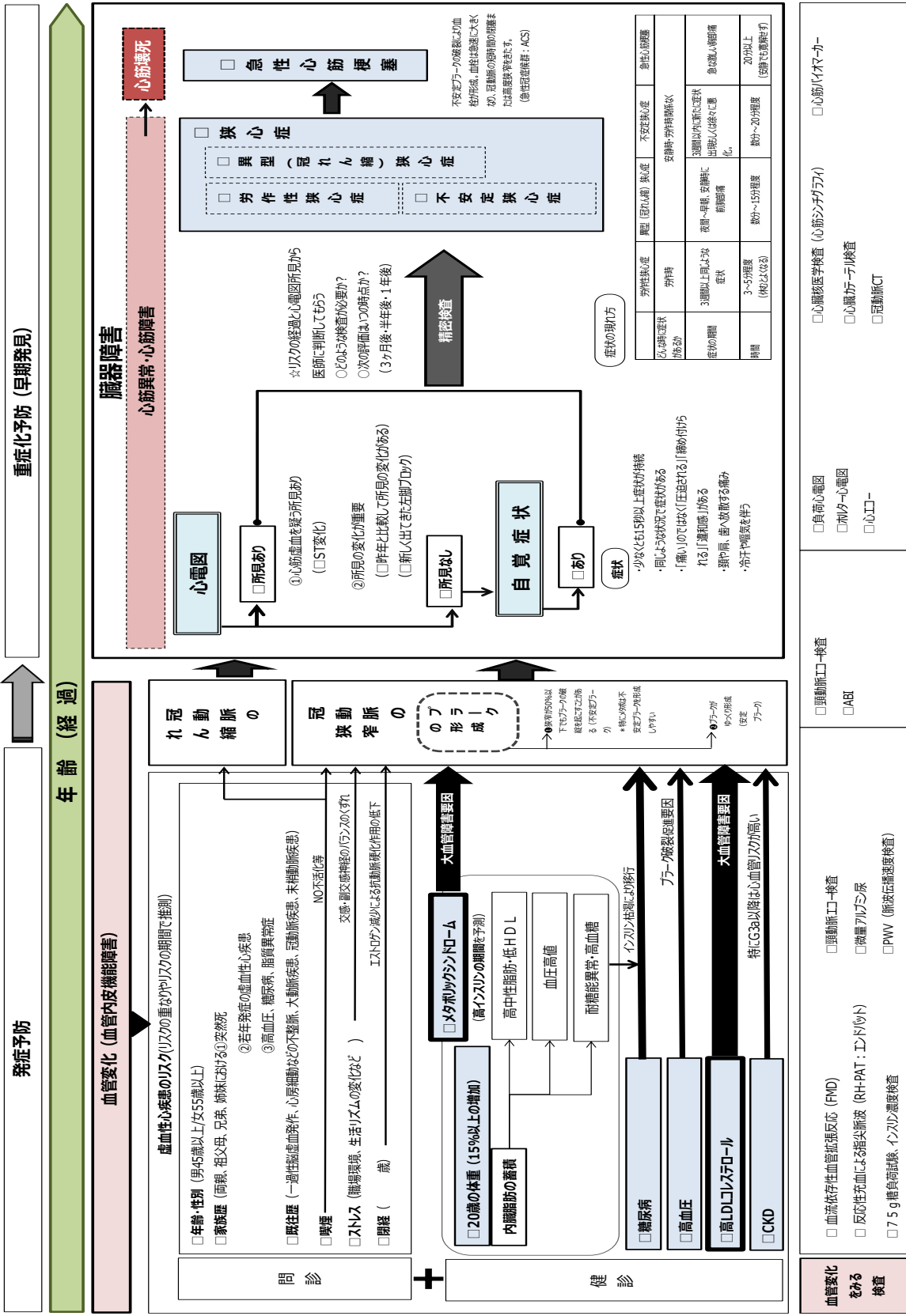
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H	年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険		<ul style="list-style-type: none"> ○ 健診データを本人から ○ レセプトの確認協力
	㉔ 健診未受診者 ()人		○ 医療保険移動の確認		
	結果把握(内訳)		○ 死亡はその原因		
	①国保(生保) ()人		2.レセプトの確認		
	②後期高齢者 ()人		○ 治療の確認		
	③他保険 ()人		○ 直近の治療の有無の確認		
	④住基異動(死亡・転出) ()人		<ul style="list-style-type: none"> ● 合併症 ● 脳・心疾患-手術 ● 人工透析 ● がん 		
	⑤確認できず ()人		3.会いに行く		
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人		○ 医療受診勧奨の保健指導		
	*対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である		○ 糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医		
保健指導の優先づけ	㉕ 結果把握 ()人		4.結果から動く		<ul style="list-style-type: none"> ----- 尿アルブミン検査の継続 ----- 栄養士中心 ----- 腎専門医
	①HbA1cが悪化している ()人		○ 経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認		
	例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人		○ 経年データ、治療状況に応じた保健指導		
	*医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		○ 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導		
	②尿蛋白 (-) ()人				
(±) ()人					
(+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化					
1年で25%以上低下 ()人					
1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

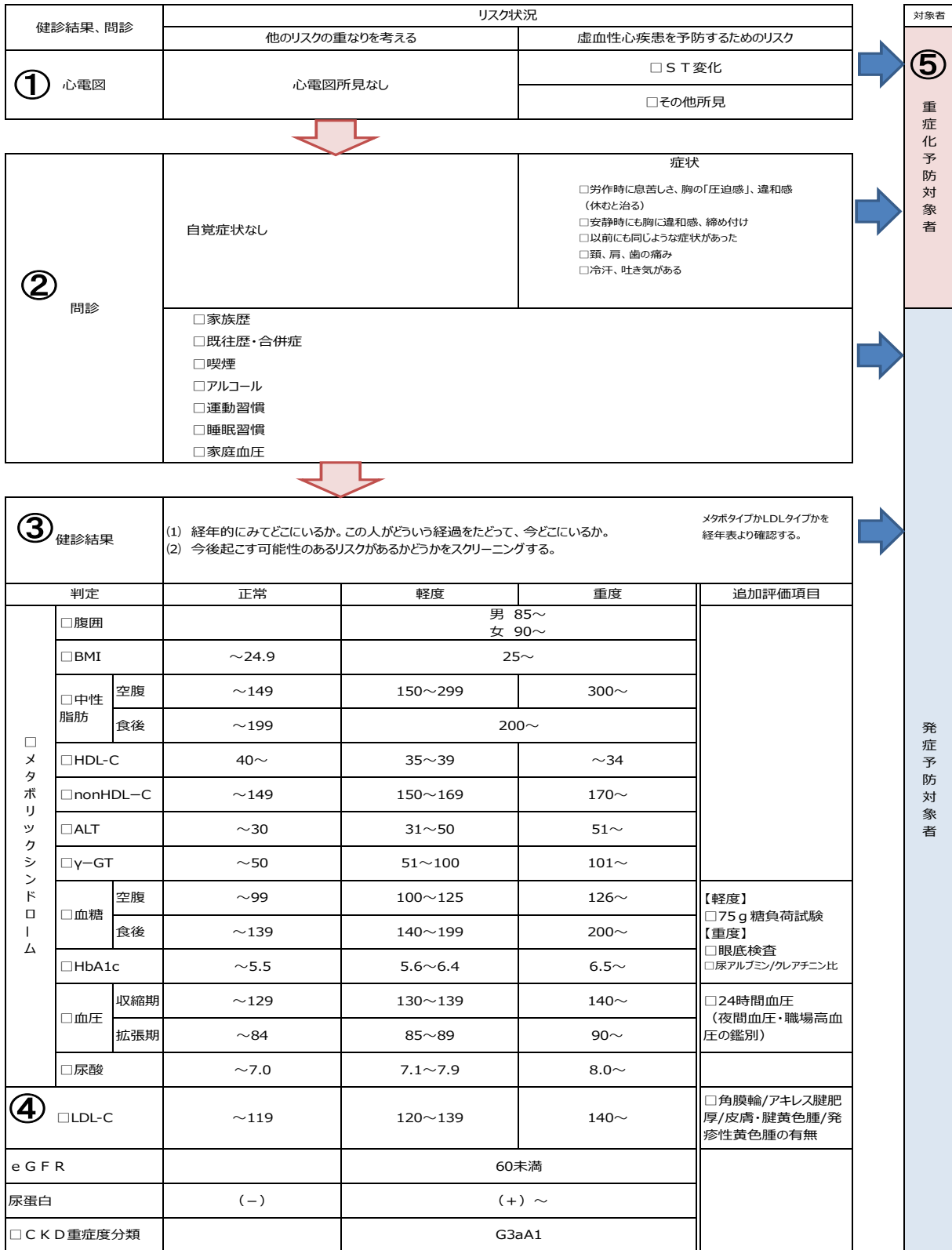
項目	実数	割合	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数									KDB_厚生労働省様式様式3-2
	②	(再掲)40-74歳		5,281人							
2	①	対象者数		3,381人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書
	②	受診者数		1,385人							
	③	受診率		41.0%							
3	①	特定保健指導対象者数		179人							
	②	実施率		97.2%							
4	①	糖尿病型	E	187人	13.5%						特定健診結果
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	36人	19.3%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	151人	80.7%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		44人	29.1%						
	⑤	血圧 130/80以上	J	33人	75.0%						
	⑥	肥満 BMI25以上		21人	47.7%						
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	107人	107.0%						
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	162人	86.6%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		13人	7.0%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		10人	5.3%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		2人	1.1%						
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)		89.8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)		119.8人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)								KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	()内は被保険者千対		入院(件数)							
	⑤	糖尿病治療中	H	474人	9.0%						KDB_厚生労働省様式様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳		468人	12.0%						
	⑦	健診未受診者	I	317人	67.7%						
	⑧	インスリン治療	O	43人	9.1%						
	⑨	(再掲)40-74歳		42人	9.0%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	48人	10.1%						
	⑪	(再掲)40-74歳		47人	10.0%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人	1.7%						KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
	⑬	(再掲)40-74歳		8人	1.7%						
	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)									
6	①	総医療費		17億4000万円							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		2億8600万円							
	③	(総医療費に占める割合)		16.4%							
	④	生活習慣病 対象者	健診受診者		11,328円						
	⑤	一人あたり		健診未受診者		29,700円					
	⑥	糖尿病医療費		8665万円							
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)		30.3%							
	⑧	糖尿病入院外総医療費		7400万円							
	⑨	1件あたり		33,372円							
	⑩	糖尿病入院総医療費		1260万円							
	⑪	1件あたり		545,990円							
	⑫	在院日数		20日							
	⑬	慢性腎不全医療費									
	⑭	透析有り		1億0720万円							
	⑮	透析なし		868万円							
7	①	介護給付費		12億7200万円							
	②	(2号認定者)糖尿病合併症		1.8%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)		0.0%							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



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2017改訂版、脳・血管予防に関する包括的リスク管理ガイドライン、エビデンスに基づいたリスク管理ガイドライン、血管機能評価検査指針に関するガイドライン、エビデンスに基づいたリスク管理ガイドライン2013、糖尿病予防ガイドライン、糖尿病予防ガイドライン、血管内皮機能検査 (虚血性心疾患)

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

