

第2期 保健事業実施計画 (データヘルス計画)

【平成30年～35年度】

平成30年3月

宮崎県 美郷町



第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項 1

- 1.背景・目的
- 2.計画の位置付け
- 3.計画期間
- 4.関係者が果たすべき役割と連携
- 5.保険者努力支援制度

第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化 7

- 1.第 1 期計画に係る評価及び考察
- 2.第 2 期計画における健康課題の明確化
- 3.目標の設定

第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) 21

- 1.第三期特定健診等実施計画について
- 2.目標値の設定
- 3.対象者の見込み
- 4.特定健診の実施
- 5.特定保健指導の実施
- 6.個人情報の保護
- 7.結果の報告
- 8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第 4 章 保健事業の内容 27

I 保健事業の方向性

II 重症化予防の取組

- 1.糖尿病性腎症重症化予防
- 2.虚血性心疾患重症化予防
- 3.脳血管疾患重症化予防

III ポピュレーションアプローチ

第 5 章 地域包括ケアに係る取組	46
第 6 章 計画の評価・見直し	48
第 7 章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料	50

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。

美郷町においては、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

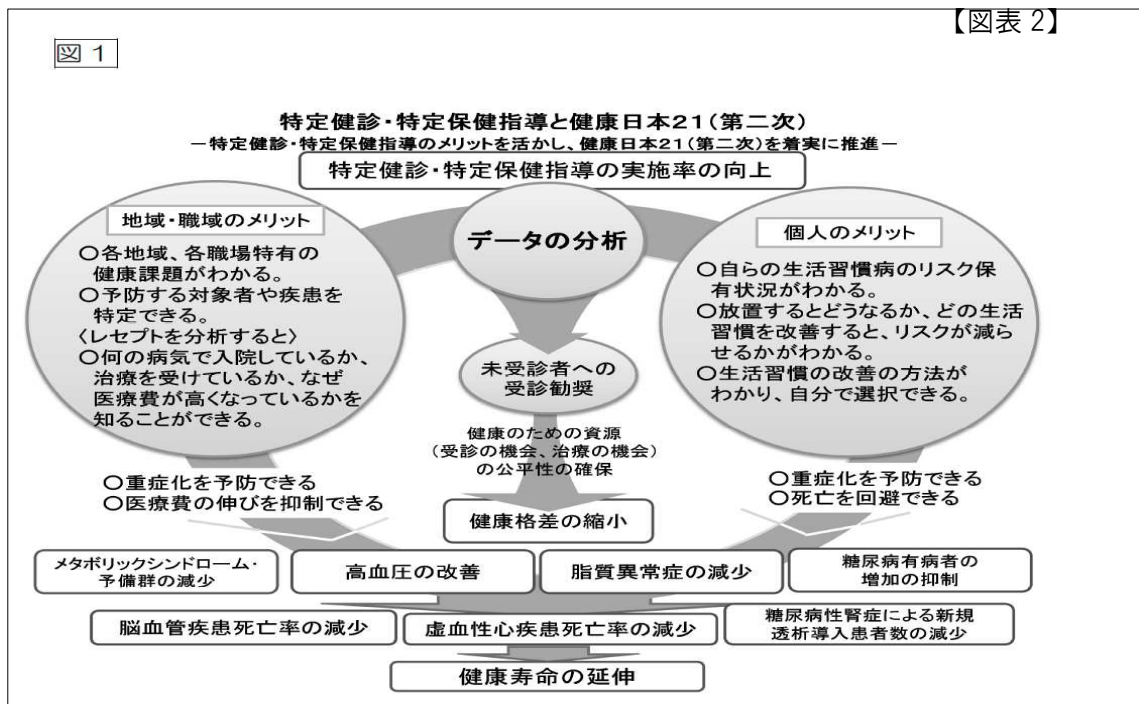
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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美郷町健康増進計画、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】

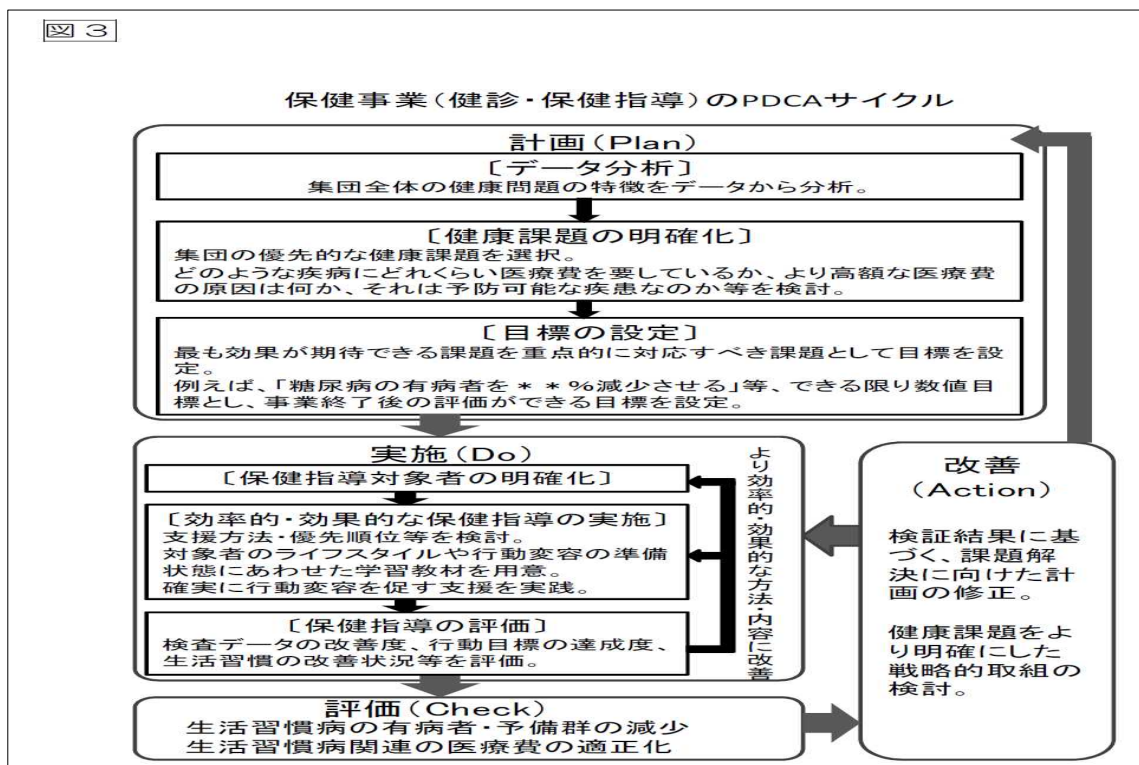
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進法第21条とは、健康増進法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（ <u>健康増進法第21条</u> ）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な 実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成24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般改正」	厚生労働省 健康局 平成24年8月 介護保険事業に関する関係法令の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8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 健康局 平成24年8月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年（第2次）	法定 平成30～35年（第3期）	指針 平成30～35年（第2期）	法定 平成30～32年（第7次）	法定 平成30～35年（第3期）	法定 平成30～35年（第7次）
計画策定者	都道府県：義務、市町村：努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村：義務、都道府県：義務	都道府県：義務	都道府県：義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や健康増進を 推進するとともに、社会生活を営むために必要な 健康の維持及び向上を図り、その結果、 社会生活 健康が維持可能な 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慢性疾患等の生活習慣病の予防 対策を進め、慢性疾患等を予防することができれば、慢性疾 患を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発生を 抑制 し、入院患者を減らすことができ、国民の生活 の質の維持および向上を図ることが、 医療の持続可能な 発展に 貢献することが可能となる。 特定健康診査は、 慢性疾患等の生活習慣病の重症化や合併症 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に 関し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする ものとし、的確に抽出するために行うものである。	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、 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 とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び被保険者の財政負担の軽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応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、 要介護 状態または要支援状態となること 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	慢性疾患の予防 、 生活習慣病の予防 、 生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 することや、 要介護 状態または要支援状態となること の 予防 又は、要介護 状態等の軽減もしくは 悪化の防止 を理念としている	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供を実現し 、良質かつ適切な医療を効率的に 提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、 育壮年期 、 高齢期 ）に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える 現在の若年層（ 育壮年期 ）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 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん がん末期 初老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病、腎臓病、腎臓病 関節リウマチ、変形性関節症 多発性骨髄腫、原発性骨髄腫 後遺症等	メタボリックシンドローム 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	①55項目中 特定健康診査に該当する項目15項目 ①糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、脂質異常症、 肥満、慢性閉塞性肺疾患、がん、認知症、ロコモティブシ ンドローム、メンタルヘルス ②特定健康診査・特定保健指導の実施率 ③メタボリックシンドローム、糖尿病、脂質異常症、 肥満、慢性閉塞性肺疾患、がん、認知症、ロコモティブシ ンドローム、メンタルヘルス ④生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率 ③生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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	①生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率 ③メタボリックシンドローム、糖尿病、脂質異常症、肥満、慢性閉 塞性肺疾患、がん、認知症、ロコモティブシンドローム、メン タルヘルス ④生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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	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 ④生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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	①医療費適正化の取組 ②一人あたり医療費の削減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④メタボリックシンドローム、糖尿病、脂質異常症、肥満、慢性閉 塞性肺疾患、がん、認知症、ロコモティブシンドローム、メン タルヘルス ⑤生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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	①55項目中 特定健康診査に該当する項目15項目 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率 ③メタボリックシンドローム、糖尿病、脂質異常症、肥満、慢性閉 塞性肺疾患、がん、認知症、ロコモティブシンドローム、メン タルヘルス ④生活習慣病の予防、生活習慣病の重症化や合併症の発生を抑制 すること、要介護状態または要支援状態となること、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
その他		保健事業支援（評価委員会（事務局：国保連合会）による計画作成支援			保険者協議会（事務局：国保連合会）を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

美郷町においては、町民生活課国民健康保険係り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。特に健康福祉課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、健康福祉課内の高齢者担当・保健担当、介護保険担当、町民生活課内の生活保護担当、企画課とも十分連携する。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に美郷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、美郷町国保は、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。

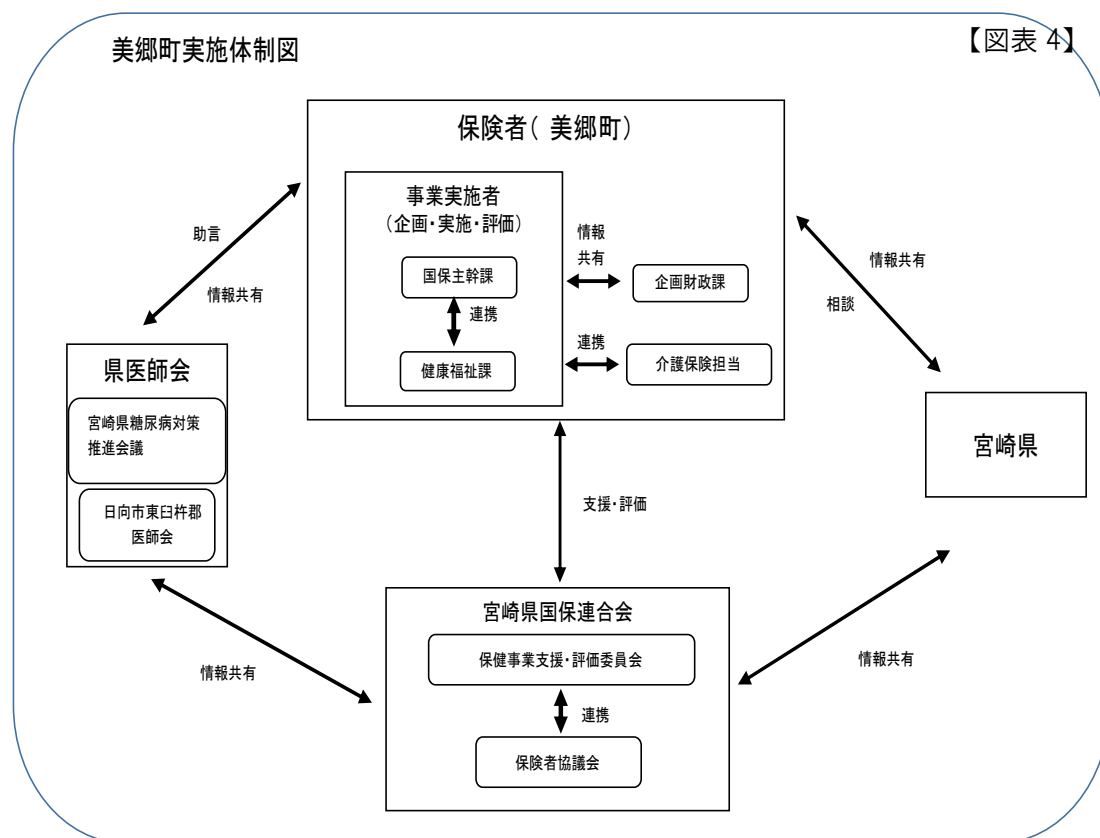
また、美郷町国保と日向市・東臼杵郡医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、宮崎県が宮崎県医師会等との連携を推進することが重要である。

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、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。



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)

保険者努力支援制度

【図表 5】

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	美郷町	配点	美郷町	配点
満 点		345		580		850
交付額(万円)			124.7			
総得点(体制構築含む)			280			
全国順位(1,741市町村中)			21			
共通①	特定健診実施率	20	20	35		50
	特定保健指導実施率	20	20	35		50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	20	10	35		50
共通②	がん検診受診率	10	10	20		30
	歯周疾患(病)検診実施状況	10	10	15		25
共通③	重症化予防の取り組み	40	40	70		100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	20	45		70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15		25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	10	25		35
共通⑥	後発医薬品等の促進の取組	15	15	25		35
	後発医薬品等の使用割合	15		30		40
固有①	収納率向上	40	0	70		100
固有②	データヘルス計画の策定、取り組み	10	10	30		40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15		25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15		25
固有⑤	第三者求償の取組	10	10	30		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		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

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)の割合はわずかに減少している。死因別にみると、がんによる死亡割合が減少し、脳疾患による死亡割合が増加している。

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者数は65歳以上の1号認定者、40～64歳の2合認定者ともに減少しているが、割合は変化ない。介護給付費については増加がみられた。

1人あたりの医療費は平成25年度より1,012円増えているが、県内ワースト1位からワースト4位に改善された。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。

健診後の受診勧奨者数は減少し、健診受診者の1人あたり医療点数はH25年と比較すると862点減少している。健診受診後の日常生活の改善や適切な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。今後も医療費適正化の観点から引き続き、特定健診受診率向上へ取り組んでいきたい。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が増えている。1件あたりの給付費では、同規模平均では減っているのに対し、美郷町では居宅サービスが増えている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	美郷町				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	9億1130万円	339,278	43,509	274,557	306,253	41,044	279,592
平成28年度	9億5978万円	357,329	45,858	271,642	313,982	40,981	275,251

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると美郷町は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。

医療費の変化

【図表 7】

項目		総医療費(円)											
		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				保険者	同規模			保険者	同規模			保険者	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	8億4228万円				4億4116万円				4億112万円			
	H28年度	7億7722万円	6507万円	-7.7	-3.3	3億8797万円	5319万円	-12.1	-2.91	3億8925万円	1187万円	-3.0	-3.5
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	32,950				17,260				15,690			
	H28年度	33,960	1,010	3.1	7.6	16,950	-310	-1.8	8.0	17,010	1,320	8.4	7.2

※KDBの1人当たり医療費は、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。疾患別にみると脳血管疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析無)と虚血性心疾患に係る費用が増加している。

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、糖尿病のみ増加し、高血圧・脂質異常症については減少している。

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

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	美郷町	842,282,650	32,948	8位	1位	5.27%	0.21%	3.01%	0.97%	3.30%	6.48%	2.27%	181,164,820	21.51%	9.26%	14.12%	11.23%		
H28		777,216,850	33,960	8位	4位	4.66%	0.39%	↓1.06%	1.00%	↑4.07%	4.88%	1.84%	↓139,111,850	17.90%	13.23%	18.29%	7.94%		
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,930	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%		
	全国	9,687,968,260,190	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）

中長期目標疾患であるデータを見てみると、虚血性心疾患は 65 歳以上になると 15%の方が脳血管疾患を発症している。高血圧治療者の割合は 64 歳以下の方が 88.3%で、65 歳以上 78.9%より高くなっている。糖尿病を発症されている方は 65 歳以上の方の割合が増加している。脂質異常者は H25 年度は 64 歳以下の方に多く見られたが H28 年度は 65 歳以上に増加している。

脳血管疾患のデータでは、80%の方に高血圧、50%の方に脂質異常症、20%の方に糖尿病、10%の方に虚血性心疾患がみられる。H25 のデータと比較すると大きな変化はみられない。

人工透析を受けている方は 8 人から 4 人へ減少。人口透析を受けている方は全員高血圧の治療を受け、50%の人が脂質異常症で 25%の方が虚血性心疾患の治療を受けている。

【図表 9】

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																	
			被保険者数	人数	割合	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				
H25	全体	2164	200	9.2	18	9.0	144	72.0	133	66.5	21	10.5	18	9.0	0	0.0	36	18.0		
	64歳以下	1359	80	5.9	12	15.0	50	62.5	55	68.8	7	8.8	6	7.5	0	0.0	17	21.3		
	65歳以上	805	120	14.9	6	5.0	94	78.3	78	65.0	14	11.7	12	10.0	0	0.0	19	15.8		
H28	全体	1948	174	8.9	15	8.6	124	71.3	116	66.7	22	12.6	13	7.5	0	0.0	36	20.7		
	64歳以下	1083	56	5.2	10	17.9	40	71.4	40	71.4	7	12.5	3	5.4	0	0.0	16	28.6		
	65歳以上	865	118	13.6	5	4.2	84	71.2	76	64.4	15	12.7	10	8.5	0	0.0	20	16.9		

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	2164	580	26.8	144	24.8	327	56.4	49	8.4	60	10.3	7	1.2
	64歳以下	1359	205	15.1	50	24.4	110	53.7	15	7.3	14	6.8	4	2.0
	65歳以上	805	375	46.6	94	25.1	217	57.9	34	9.1	46	12.3	3	0.8
H28	全体	1948	501	25.7	124	24.8	287	57.3	45	9.0	48	9.6	4	0.8
	64歳以下	1083	149	13.8	40	26.8	77	51.7	15	10.1	7	4.7	2	1.3
	65歳以上	865	352	40.7	84	23.9	210	59.7	30	8.5	41	11.6	2	0.6

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												
			被保険者数	人数	割合	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	2164	434	20.1	133	30.6	327	75.3	39	9.0	41	9.4	1	0.2	
	64歳以下	1359	156	11.5	55	35.3	110	70.5	13	8.3	10	6.4	0	0.0	
	65歳以上	805	278	34.5	78	28.1	217	78.1	26	9.4	31	11.2	1	0.4	
H28	全体	1948	393	20.2	116	29.5	287	73.0	44	11.2	33	8.4	2	0.5	
	64歳以下	1083	124	11.4	40	32.3	77	62.1	14	11.3	6	4.8	1	0.8	
	65歳以上	865	269	31.1	76	28.3	210	78.1	30	11.2	27	10.0	1	0.4	

(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、糖尿病治療者が人数、割合においても減少しているが、治療中断がないかの確認が必要。

高血圧治療者(様式3-3)、脂質異常者(様式3-4)においても治療者人数、割合減少しており確認が必要。

【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																	
		被保険者数	人数	割合	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				
H25	全体	2164	200	9.2	18	9.0	144	72.0	133	66.5	21	10.5	18	9.0	0	0.0	36	18.0		
	64歳以下	1359	80	5.9	12	15.0	50	62.5	55	68.8	7	8.8	6	7.5	0	0.0	17	21.3		
	65歳以上	805	120	14.9	6	5.0	94	78.3	78	65.0	14	11.7	12	10.0	0	0.0	19	15.8		
H28	全体	1948	174	8.9	15	8.6	124	71.3	116	66.7	22	12.6	13	7.5	0	0.0	36	20.7		
	64歳以下	1083	56	5.2	10	17.9	40	71.4	40	71.4	7	12.5	3	5.4	0	0.0	16	28.6		
	65歳以上	865	118	13.6	5	4.2	84	71.2	76	64.4	15	12.7	10	8.5	0	0.0	20	16.9		

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													
		被保険者数	人数	割合	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		
H25	全体	2164	580	26.8	144	24.8	327	56.4	49	8.4	60	10.3	7	1.2		
	64歳以下	1359	205	15.1	50	24.4	110	53.7	15	7.3	14	6.8	4	2.0		
	65歳以上	805	375	46.6	94	25.1	217	57.9	34	9.1	46	12.3	3	0.8		
H28	全体	1948	501	25.7	124	24.8	287	57.3	45	9.0	48	9.6	4	0.8		
	64歳以下	1083	149	13.8	40	26.8	77	51.7	15	10.1	7	4.7	2	1.3		
	65歳以上	865	352	40.7	84	23.9	210	59.7	30	8.5	41	11.6	2	0.6		

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															
		被保険者数	人数	割合	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				
H25	全体	2164	434	20.1	133	30.6	327	75.3	39	9.0	41	9.4	1	0.2				
	64歳以下	1359	156	11.5	55	35.3	110	70.5	13	8.3	10	6.4	0	0.0				
	65歳以上	805	278	34.5	78	28.1	217	78.1	26	9.4	31	11.2	1	0.4				
H28	全体	1948	393	20.2	116	29.5	287	73.0	44	11.2	33	8.4	2	0.5				
	64歳以下	1083	124	11.4	40	32.3	77	62.1	14	11.3	6	4.8	1	0.8				
	65歳以上	865	269	31.1	76	28.3	210	78.1	30	11.2	27	10.0	1	0.4				

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

健診データの有所見者割合は、男性はBMI25 以上 35%、腹囲 85cm 以上 54.4%。どちらも H25 に比べ増加している。腹囲の有所見者が多い。

女性は 40～64 歳では BMI25 以上 34.9%、腹囲 90cm 以上 30.8%と H25 より増加している。男女ともに空腹時血糖の有所見者が増加している。メタボリックシンドローム該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

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
男性	合計	167	31.7	275	52.2	150	28.5	105	19.9	47	8.9	131	24.9	217	41.2	128	24.3	224	42.5	128	24.3	248	47.1	19	3.6
	H25 40-64	82	33.6	131	53.7	86	35.2	58	23.8	18	7.4	59	24.2	88	36.1	62	25.4	99	40.6	73	29.9	127	52.0	6	2.5
	65-74	85	30.0	144	50.9	64	22.6	47	16.6	29	10.2	72	25.4	129	45.6	66	23.3	125	44.2	55	19.4	121	42.8	13	4.6
H28	合計	173	35.5	265	54.4	138	28.3	113	23.2	44	9.0	134	27.7	201	41.3	123	25.3	214	43.9	101	20.7	213	43.7	13	2.7
	40-64	72	39.3	98	53.6	53	29.0	53	29.0	13	7.1	48	26.2	62	33.9	50	27.3	73	39.9	46	25.1	87	47.5	4	2.2
	65-74	101	33.2	167	54.9	85	28.0	60	19.7	31	10.2	86	28.3	139	45.7	73	24.0	141	46.4	55	18.1	126	41.4	9	3.0

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
女性	合計	152	27.5	144	26.0	87	15.7	58	10.5	26	4.7	89	16.1	281	50.8	17	3.1	207	37.4	56	10.1	319	57.7	6	1.1
	H25 40-64	52	26.0	46	23.0	32	16.0	29	14.5	4	2.0	22	11.0	95	47.5	4	2.0	58	29.0	26	13.0	113	56.5	1	0.5
	65-74	100	28.3	98	27.8	55	15.6	29	8.2	22	6.2	67	19.0	186	52.7	13	3.7	149	42.2	30	8.5	206	58.4	5	1.4
H28	合計	141	28.8	133	27.1	60	12.2	31	6.3	11	2.2	92	18.8	239	48.8	17	3.5	200	40.8	43	8.8	267	54.5	6	1.2
	40-64	51	34.9	45	30.9	19	13.0	14	9.6	2	1.4	27	18.5	64	43.8	4	2.7	43	29.5	11	7.5	75	51.4	1	0.7
	65-74	90	26.2	88	25.6	41	11.9	17	4.9	9	2.6	65	18.9	175	50.9	13	3.8	157	45.6	32	9.3	192	55.8	5	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)

☆No.24帳票

男性		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		
H25	合計	527	63.8	32	6.1%	111	21.1%	7	1.3%	81	15.4%	23	4.4%	132	25.0%	22	4.2%	3	0.6%	69	13.1%	38	7.2%
	40-64	244	53.4	21	8.6%	52	21.3%	3	1.2%	35	14.3%	14	5.7%	58	23.8%	8	3.3%	1	0.4%	30	12.3%	19	7.8%
	65-74	283	76.7	11	3.9%	59	20.8%	4	1.4%	46	16.3%	9	3.2%	74	26.1%	14	4.9%	2	0.7%	39	13.8%	19	6.7%
H28	合計	487	63.9	30	6.2%	98	20.1%	3	0.6%	80	16.4%	15	3.1%	137	28.1%	19	3.9%	5	1.0%	66	13.6%	47	9.7%
	40-64	183	52.9	18	9.8%	37	20.2%	2	1.1%	28	15.3%	7	3.8%	43	23.5%	7	3.8%	4	2.2%	18	9.8%	14	7.7%
	65-74	304	73.1	12	3.9%	61	20.1%	1	0.3%	52	17.1%	8	2.6%	94	30.9%	12	3.9%	1	0.3%	48	15.8%	33	10.9%

女性		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	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	合計	553	75.9	21	3.8%	53	9.6%	3	0.5%	33	6.0%	17	3.1%	70	12.7%	6	1.1%	0	0.0%	42	7.6%	22	4.0%
	40-64	200	65.4	12	6.0%	21	10.5%	1	0.5%	12	6.0%	8	4.0%	13	6.5%	1	0.5%	0	0.0%	6	3.0%	6	3.0%
	65-74	353	83.5	9	2.5%	32	9.1%	2	0.6%	21	5.9%	9	2.5%	57	16.1%	5	1.4%	0	0.0%	36	10.2%	16	4.5%
H28	合計	490	73.5	25	5.1%	44	9.0%	1	0.2%	34	6.9%	9	1.8%	64	13.1%	6	1.2%	0	0.0%	34	6.9%	24	4.9%
	40-64	146	61.9	11	7.5%	16	11.0%	0	0.0%	12	8.2%	4	2.7%	15	12.3%	3	2.1%	0	0.0%	7	4.8%	8	5.5%
	65-74	344	79.8	14	4.1%	28	8.1%	1	0.3%	22	6.4%	5	1.5%	46	13.4%	3	0.9%	0	0.0%	27	7.8%	16	4.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定保健指導率が増加しているが、特定健診受診率がやや減少していることから、重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

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.122）

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	受診率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	1,555	1,080	69.5%	2	150	84	56.0%	48.1	51.2
H28年度	1,428	973	68.1%	3	109	92	84.4%	46.7	51.9

2）第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・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、平成 28 年度においては、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。介護認定率、2 号認定者数、慢性腎不全における透析費用は減少し、県内トップだった医療費も 4 位に改善されたが、1 人あたり医療費は高く、今後もワースト 1 位になる可能性も高い。

今後も重症化予防が大きな課題となっている。適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

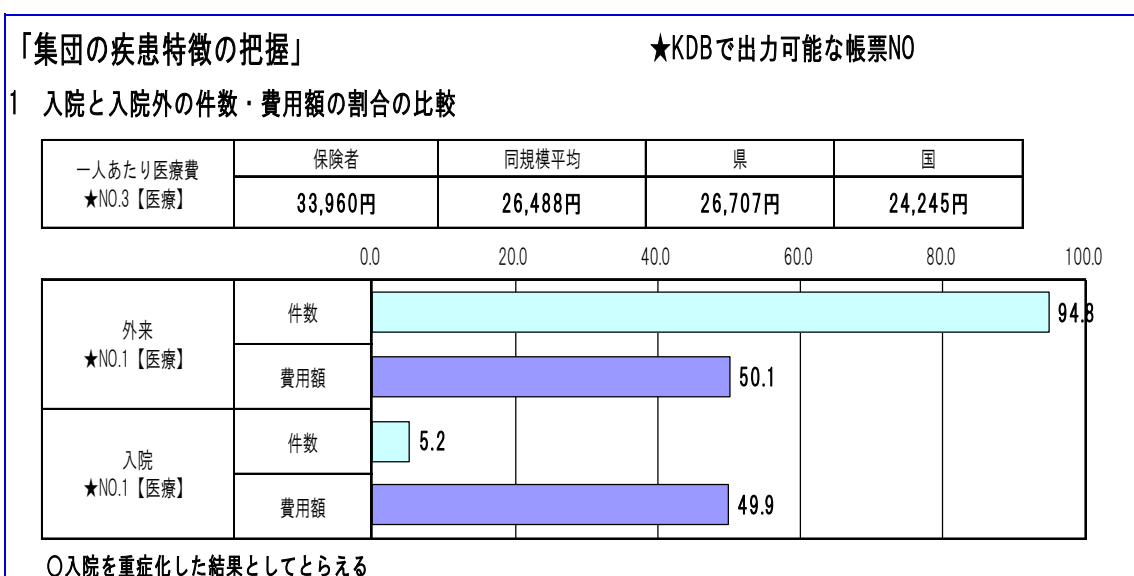
2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表 13）

美郷町の入院件数は 5.2%で、費用額全体の 49.9%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】



(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（80 万円以上）になる疾患は人数・件数とものがんが多い。年代別では 60～74 歳で 73.9%を占めている。早期がん発見のためには、積極的ながん検診の受診勧奨が必要。

6 ヶ月以上の長期入院においては精神疾患が人数・件数・費用ともに多く 70%近く占めている。脳血管疾患による長期入院のは件数は少ないものの 1 件当たりの入院費が高い。

生活習慣病の治療者構成割合を見ると脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の基礎疾患の重なりとして、高血圧・脂質異常症が多い。これらの疾患を早期から改善することにより重症化予防が可能である。

【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		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	66人		3人		4人		18人		42人	
					4.5%		6.1%		27.3%		63.6%	
		件数	113件	3件		5件		29件		76件		
				2.7%		4.4%		25.7%		67.3%		
				年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10
			40代		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	17.1%
			50代		0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	6	7.9%
			60代		1	33.3%	4	80.0%	19	65.5%	26	34.2%
		70-74歳	2	66.7%	1	20.0%	9	31.0%	21	27.6%		
		費用額	1億7300万円	282万円		497万円		4404万円		1億2117万円		
		1.6%		2.9%		25.5%		70.0%				

*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	32人	25人		2人		0人	
				78.1%		6.3%		0.0%	
		件数	329件	228件		24件		0件	
				69.3%		7.3%		0.0%	
		費用額	1億2264万円	8067万円		1000万円			
				65.8%		8.2%		--	

*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	人数	4人	0人 0.0%	1人 25.0%	1人 25.0%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	92件	11件 12.0%	21件 22.8%	32件 34.8%	
					費用額	3634万円 10.6%	757万円 20.8%	1262万円 34.7%

*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	794人		65人	56人	36人
				8.2%	7.1%	4.5%
		の基礎 な疾 り患	高血圧	48人	45人	28人
				73.8%	80.4%	77.8%
			糖尿病	13人	22人	36人
				20.0%	39.3%	100.0%
		脂質 異常症	33人	44人	29人	
			50.8%	78.6%	80.6%	
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症
		501人		174人	393人	80人
63.1%		21.9%	49.5%	10.1%		

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか（図表 15）

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが93.4%であり、筋・骨格疾患の91.3%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者においては、血管疾患が100%で介護認定を受けている実態であった。

また、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。

【図表 15】

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		2,090人		966人		1,720人		2,686人		4,776人	
	認定者数		3人		22人		478人		500人		503人	
		認定率	0.14%		2.3%		27.8%		18.6%		10.5%	
	新規認定者数（※1）		1人		3人		58人		61人		62人	
	介護度 別人数	要支援1・2		0	0.0%	3	13.6%	89	18.6%	92	18.4%	92
要介護1・2		1	33.3%	10	45.5%	154	32.2%	164	32.8%	165	32.8%	
要介護3～5		2	66.7%	9	40.9%	235	49.2%	244	48.8%	246	48.9%	

要介護 実合状況 ★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）		3		22		478		500		503			
	再）国保・後期		3		21		448		469		472			
	（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	
		循環器 疾患	1	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	12 57.1%	脳卒中	225 50.2%	脳卒中	237 50.5%	脳卒中	239 50.6%	
			2	虚血性 心疾患	0 0.0%	腎不全	6 28.6%	虚血性 心疾患	145 32.4%	虚血性 心疾患	148 31.6%	虚血性 心疾患	148 31.4%	
			3	腎不全	0 0.0%	虚血性 心疾患	3 14.3%	腎不全	49 10.9%	腎不全	55 11.7%	腎不全	55 11.7%	
			合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	1 4.8%	糖尿病 合併症	37 8.3%	糖尿病 合併症	38 8.1%	糖尿病 合併症	38 8.1%
				基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		2 66.7%	18 85.7%		407 90.8%		425 90.6%		427 90.5%	
			血管疾患 合計			3 100.0%	19 90.5%		419 93.5%		438 93.4%		441 93.4%	
		認知症		2 66.7%	5 23.8%		195 43.5%		200 42.6%		202 42.8%			
		筋・骨格疾患		2 66.7%	17 81.0%		411 91.7%		428 91.3%		430 91.1%			

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

※2）有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)					7,023
要介護認定なし医療費 (40歳以上)					4,434

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リスクが高くなる。

美郷町においては、健診結果の有所見割合では全国・県と比較して男女ともに BMI・腹囲の有所見者が多い。また、尿酸値・クレアチニン値と腎臓関係の検査値が高くなっている。メタボリックシンドローム予備群・該当者は、高血圧・脂質異常者の重なり多く、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

4 健診データのうち有所見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	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,828	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3	
保険者	合計	173	35.5	265	54.4	138	28.3	113	23.2	44	9.0	134	27.5	201	41.3	123	25.3	214	43.9	101	20.7	213	43.7	13	2.7
	40-64	72	39.3	98	53.6	53	29.0	53	29.0	13	7.1	48	26.2	62	33.9	50	27.3	73	39.9	46	25.1	87	47.5	4	2.2
	65-74	101	33.2	167	54.9	85	28.0	60	19.7	31	10.2	86	28.3	139	45.7	73	24.0	141	46.4	55	18.1	126	41.4	9	3.0
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	9,411	23.4	8,760	21.8	5,725	14.2	3,689	9.2	1,098	2.7	9,408	23.4	23,539	58.5	1,130	2.8	18,551	46.1	4,951	12.3	22,442	55.8	131	0.3	
保険者	合計	141	28.8	133	27.1	60	12.2	31	6.3	11	2.2	92	18.8	239	48.8	17	3.5	200	40.8	43	8.8	267	54.5	6	1.2
	40-64	51	34.9	45	30.8	19	13.0	14	9.6	2	1.4	27	18.5	64	43.8	4	2.7	43	29.5	11	7.5	75	51.4	1	0.7
	65-74	90	26.2	88	25.6	41	11.9	17	4.9	9	2.6	65	18.9	175	50.9	13	3.8	157	45.6	32	9.3	192	55.8	5	1.5

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）																				★NO.24（概要）			
男性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		3,306,030	32.4%			564,654	17.1%							987,054	27.1%								
県		29,997	31.0%	1,669	5.6%	5,434	18.1%	308	1.0%	4,032	13.4%	1,094	3.6%	8,399	28.0%	1,531	5.1%	364	1.2%	4,021	13.4%	2,483	8.3%
保険 者	合計	487	63.9%	30	6.2%	98	20.1%	3	0.6%	80	16.4%	15	3.1%	137	28.1%	19	3.9%	5	1.0%	66	13.6%	47	9.7%
	40～64	183	52.9%	18	9.8%	37	20.2%	2	1.1%	28	15.3%	7	3.8%	43	23.5%	7	3.8%	4	2.2%	18	9.8%	14	7.7%
	65～74	304	73.1%	12	3.9%	61	20.1%	1	0.3%	52	17.1%	8	2.6%	94	30.9%	12	3.9%	1	0.3%	48	15.8%	33	10.9%
女性		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国		4,531,499	39.8%			262,862	5.8%							424,580	9.4%								
県		39,710	37.3%	1,118	2.8%	3,313	8.3%	152	0.4%	2,554	6.4%	607	1.5%	4,287	10.8%	634	1.6%	155	0.4%	2,364	6.0%	1,134	2.9%
保険 者	合計	490	73.5%	25	5.1%	44	9.0%	1	0.2%	34	6.9%	9	1.8%	64	13.1%	6	1.2%	0	0.0%	34	6.9%	24	4.9%
	40～64	146	61.9%	11	7.5%	16	11.0%	0	0.0%	12	8.2%	4	2.7%	18	12.3%	3	2.1%	0	0.0%	7	4.8%	8	5.5%
	65～74	344	79.8%	14	4.1%	28	8.1%	1	0.3%	22	6.4%	5	1.5%	46	13.4%	3	0.9%	0	0.0%	27	7.8%	16	4.7%

*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病治療者に HbA1c7 以上のコントロール不良者の割合が多い。特定健診の新規受診者は継続受診者よりコントロール不良者の割合が多い。糖尿病管理台帳を活用し、受診勧奨や訪問指導を行なっていく必要がある。

血圧も同様に治療中で受診勧奨レベルの方が多いが、高血圧Ⅰ度の方が主である。未治療者の方に高血圧Ⅱ度以上の方が9人おり、早期に医療につなげる必要がある。

脂質異常者は治療中の方は受診勧奨レベル以上の方は少なく、比較的コントロールされている。

【図表 18】

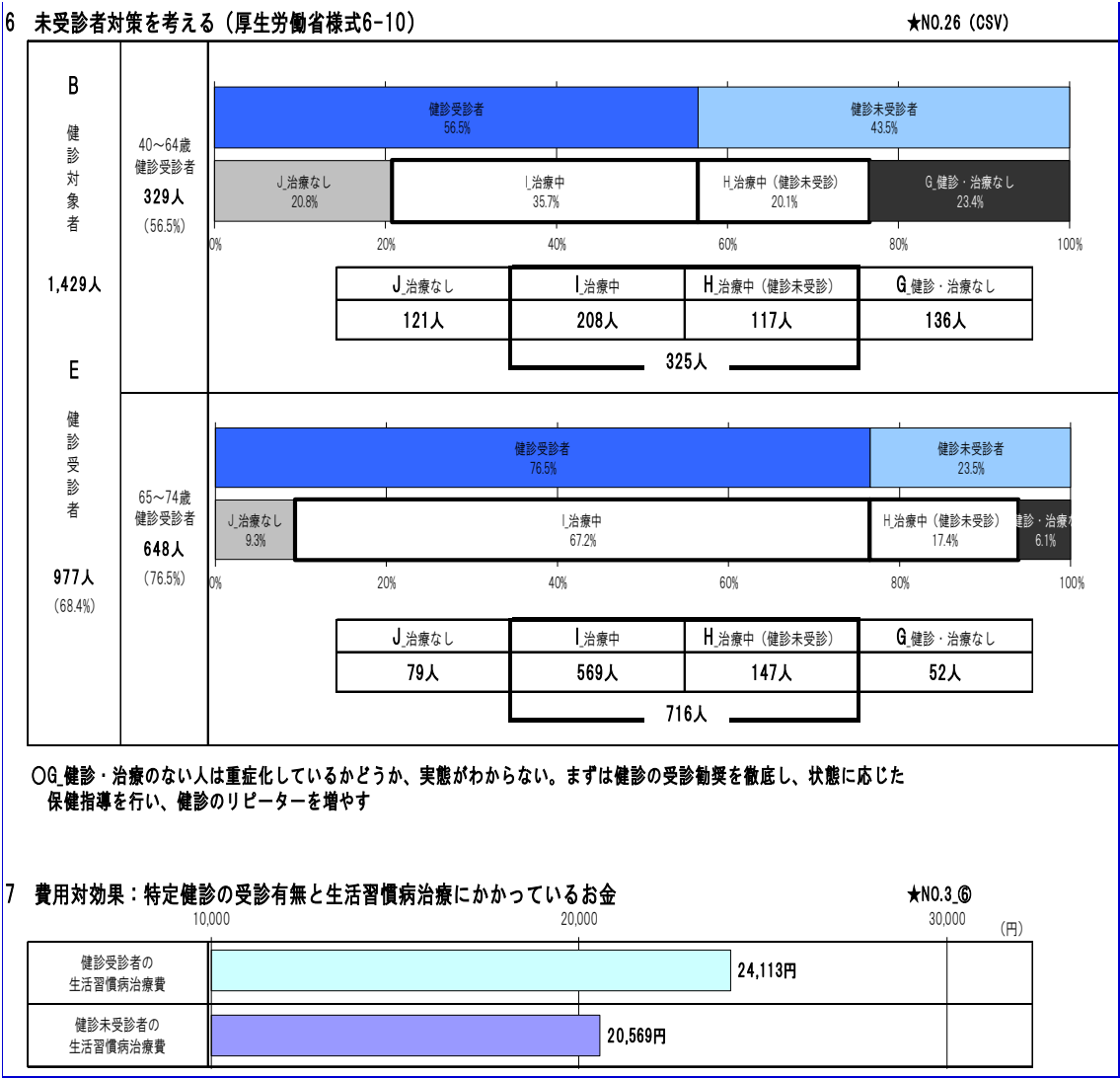


未受診者の把握（図表 19）

年齢が若い 40～64 歳の受診状況をみると、治療中で健診受診者が 35.7%と多く、ついで、健診も治療も受けていない「G」が 23.4%となっている。健診も治療も受けていない方は健康状況がわからないので、積極的に受診勧奨を行なう必要がある。

健診受診者と未受診者の治療にかかるお金でみると健診受診者の方が生活習慣病治療にお金がかかっているが、H25 のデータと比較すると H28 は未受診者との差は小さくなってきている。

【図表 19】



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

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

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、3つの疾患をそれぞれ5%減少させることを目標にする。また、3年後の平成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と考えると、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、美郷町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を平成35年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、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	70%	70%	70%	70%	70%	70%
特定健診保健指導実施率	90%	90%	90%	90%	90%	90%

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	1,338人	1,298人	1,258人	1,218人	1,178人	1,138人
	受診者数	937人	909人	881人	853人	825人	797人
特定保健指導	対象者数	103人	91人	88人	77人	74人	67人
	受診者数	93人	82人	80人	69人	67人	60人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、集団健診においては宮崎県健康づくり協会と個別健診については日向東臼杵郡医師会に委託し、それぞれに美郷町と契約を行なう。

- ① 集団健診(各地区公民館・保健センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、美郷町のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.town.miyazaki-misato.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・尿蛋白定量）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換えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5)実施時期

6 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

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

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるために、特定健診と同時に歯周疾患健診・結核検診・大腸がん検診等をあわせて実施。案内文書は区長・組合長を通じて配布する。

未受診者対策として過去の特定健診未受診者を訪問し受診勧奨する。前年度、受診勧奨にて受診された方には、ありがとう訪問し継続した受診につなげる。（図表 22）

【図表 22】

年間スケジュール

健診の案内方法	
特定健診受診券（問診票）を発行し組合長を通じて配布。 ホームページ及び広報誌での広報。集団健診前に防災無線にて広報。 未受診者には、訪問員および保健師からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
健診実施スケジュール	
4 月	： 特定健診対象者データ抽出 健康づくり協会送付
5 月～7 月	： 受診券（問診票）送付
5 月～8 月	： 未受診者訪問 受診勧奨
6 月～翌年 2 月	： 特定健診実施（集団、個別）
7 月～翌年 9 月	： 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7 月～翌年 3 月	： 未受診者対策（事業者健診・医療機関通院者のデータ収集含む）
1 1 月	： 前年度の実績報告
1 1 月	： 予算案作成
2 月～3 月	： 受診結果の把握

5. 特定保健指導の実施

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

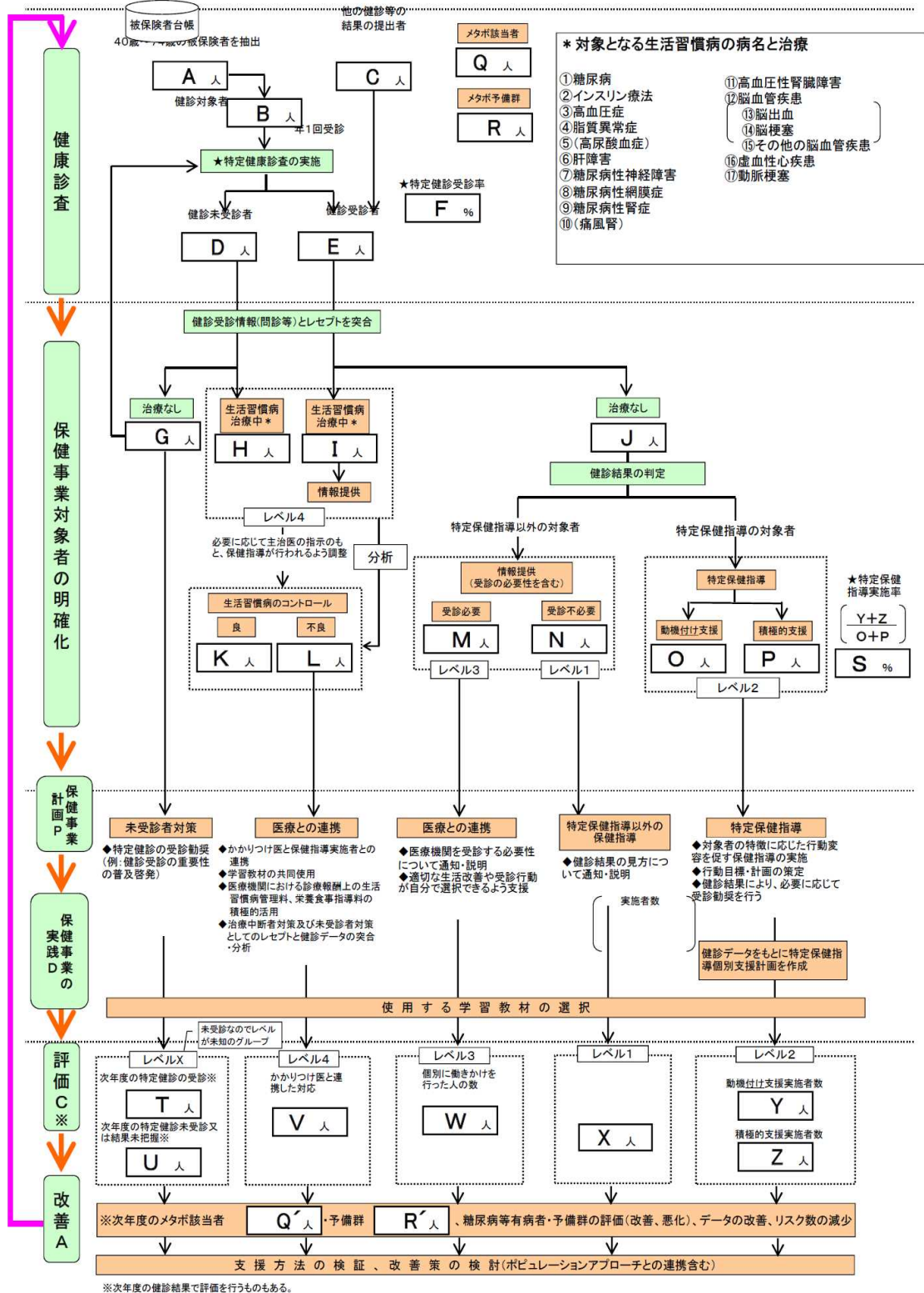
(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】

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）

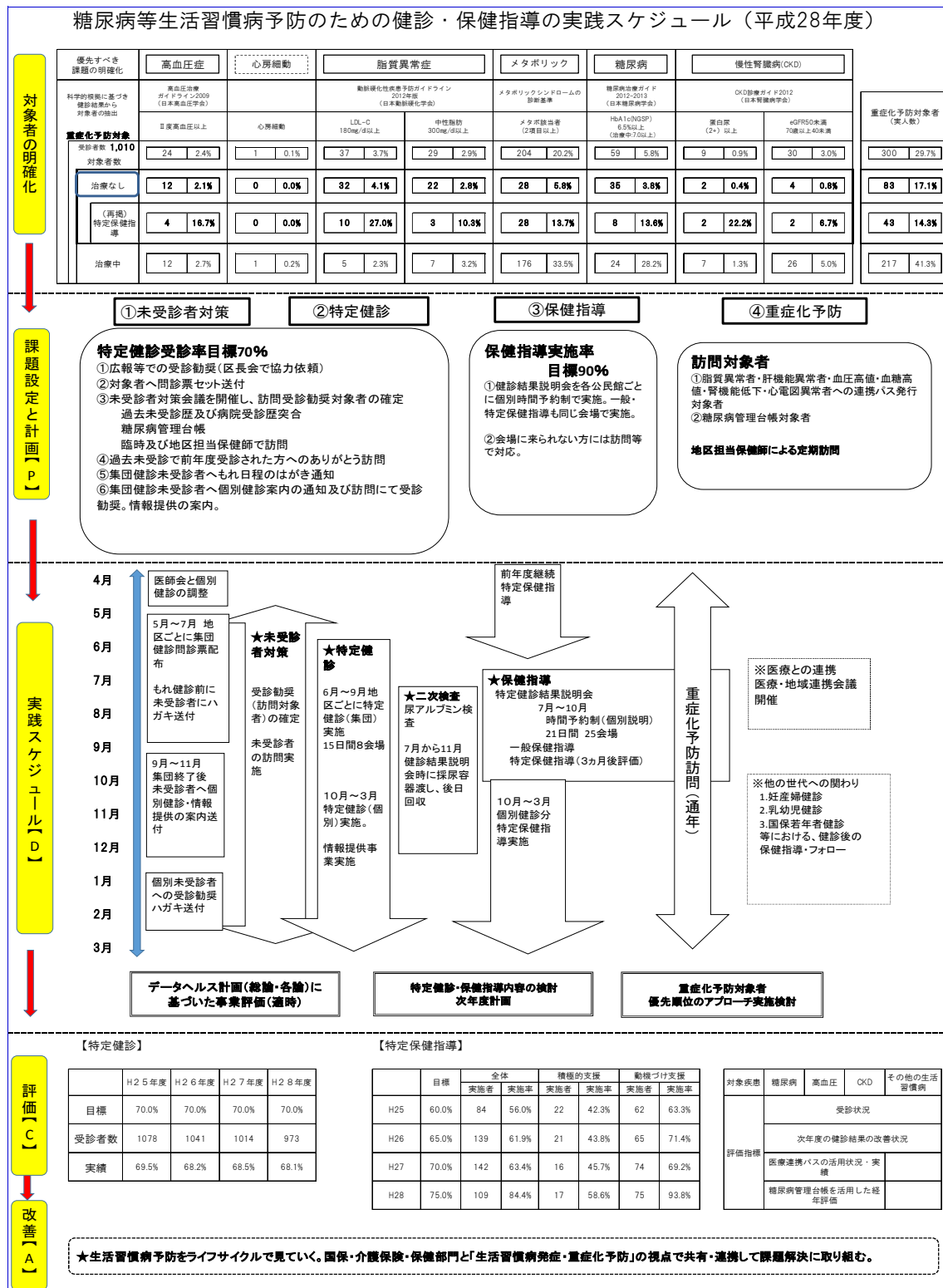
平成 28 年度糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導より【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	動機 30 人 (3.0%) 積極 15 人 (1.5%)	90%
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	67 人 (6.9%)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	452 人 ※受診率目標達成までにあ と 24 人	%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	88 人 (9.0%)	90%
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	777 人 (79.5%)	90%

(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】



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美郷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、美郷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、メタリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く町民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び宮崎県糖尿病性腎症重症化予防指針(第1期)プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

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

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO		項 目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	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		○			☐

* 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 0 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】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
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。
美郷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(定量)検査を必須項目として実施しており、CKD の重症度分類の把握は可能である。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

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

美郷町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 43 人(33.6%・F)と多いことがわかった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 174 人の中のうち、特定健診受診者が 85 人(48.9%・G)で中断者(キ)はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 89 人(51.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 39 人中 13 人は治療中断であることが分かった。また、26 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 より美郷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)・・・43 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・39 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)・・・85 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

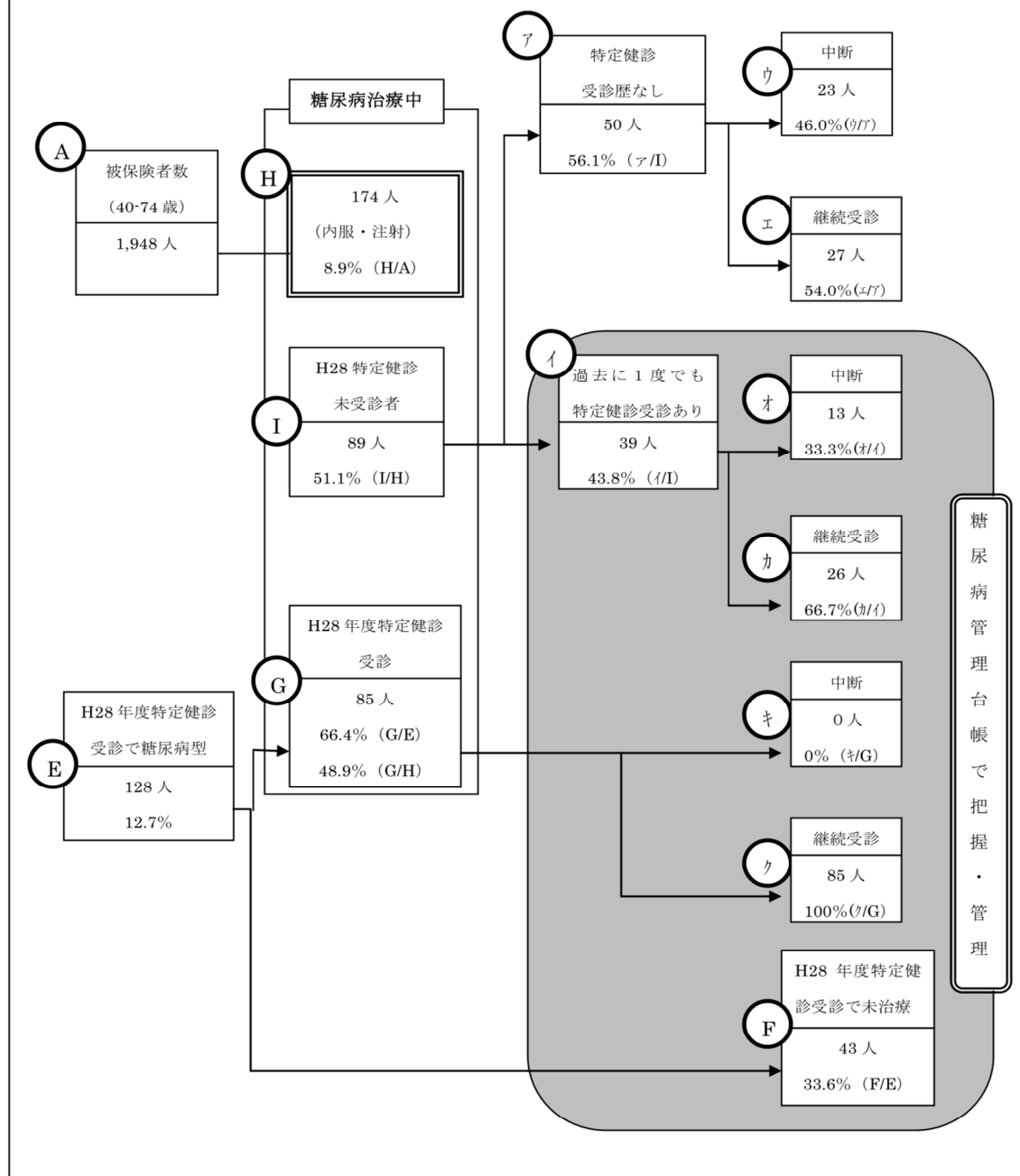
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)・・・26 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は6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、担当が一括管理し、重症度の高い人から地区担当に訪問依頼し、状況把握する。

【糖尿病台帳作成手順】

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

＊HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

＊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) 全体の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……43 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……15 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。美郷町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資 料
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
食事療法・運動療法の必要性 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) 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 ○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 6.0%未満	9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
薬物療法 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 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 ③ 血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ 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？ 薬が必要になった人の保健指導 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともと働きの助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアノイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2 次健診等を活用した重症化予防対策

美郷町では特定健診において追加項目として尿蛋白定量検査を実施するが、腎症重化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白/Cr比 0.15 以上者に対し、2 次健診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、糖尿病・高血圧・CKD 連携パス(重症化予防連絡票)を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては宮崎県プログラムに準じていく。

(3) 糖尿病連携手帳の活用について

支援・評価委員会からの助言でもあるが、糖尿病連携手帳は、原則として糖尿病治療中の場合に活用することとし、かかりつけ医と相談しながら使用していくこととする。

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5ml/1.73 m²以上低下)
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。美郷町において健診受診者 1,010 人のうち心電図検査実施者は、35 人(3.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 0 人であった(図表 30)。

美郷町は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれるが、平成 30 年度から、心電図検査の該当者が拡大されることになったので、虚血性心疾患の早期発見につながることを期待したい。

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	1010	100	35	3.5	0	0.0	12	34.3	23	65.7

② 心電図以外からの把握

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

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度		受診者	① 心電図検査実施			実施なし	
			ST変化	その他の変化	異常なし		
		1010	0	12	23	975	
			0.0	1.2	2.3	96.5	
メタボ該当者		204 20.2%	0 0.0%	7 3.4%	10 4.9%	187 91.7%	②-1
メタボ予備群		148 14.7%	0 0.0%	1 0.7%	4 2.7%	143 96.6%	
メタボなし		658	0	4	9	645	
		65.1%	0.0%	0.6%	1.4%	98.0%	
LDL	140－159	107	0	0	3	104	
		10.6%	0.0%	0.0%	2.8%	97.2%	
	160－179	38	0	1	0	37	
		3.8%	0.0%	2.6%	0.0%	97.4%	
	180－	25	0	0	0	25	②-2
		2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	

【参考】

CKD	G3aA1～	147	0	3	4	140
		14.6%	0.0%	2.0%	2.7%	95.2%

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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

・少なくとも 15 秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

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

(2) 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

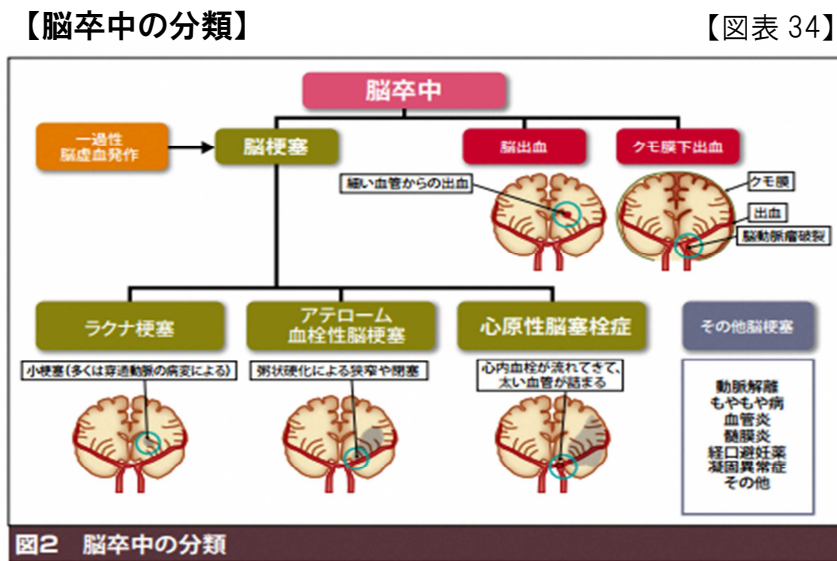
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 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)



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●								○		○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		●				○		○			
	心原性脳梗塞	●						●		○		○			
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(GDK)			
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 全体1010人		24人	2.4%	59人	5.8%	37人	3.7%	1人	0.1%	204人	20.2%	9人	0.9%	30人	3.0%
治療なし		12人	2.1%	35人	3.8%	32人	4.1%	0人	0.0%	28人	5.8%	2人	0.4%	4人	0.8%
治療あり		12人	2.7%	24人	28.2%	5人	2.3%	1人	0.2%	176人	33.5%	7人	1.3%	26人	5.0%
臓器障害あり		0人	0.0%	2人	5.7%	1人	3.1%	0人	0.0%	1人	3.6%	2人	100.0%	4人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		1人		1人		0人		1人		0人		4人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1人		0人		0人		1人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		1人		0人		0人		0人		4人	
	心電図所見あり	0人		2人		0人		0人		1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24人(2.4%)であり、12人は未治療者であった。未治療者のうち臓器障害の所見が見られた者はいなかった。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も4人(16.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(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】

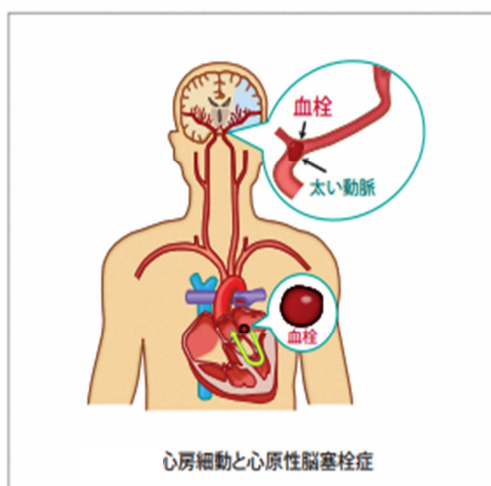
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定							
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化							
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I 度 高血圧	II 度 高血圧	III 度 高血圧
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上
	569	229	124	132	72	8	4
		40.2%	21.8%	23.2%	12.7%	1.4%	0.7%
リスク第1層	75	44	19	9	2	1	0
		13.2%	19.2%	15.3%	6.8%	2.8%	12.5%
リスク第2層	320	123	72	80	39	4	2
		56.2%	53.7%	58.1%	60.6%	54.2%	50.0%
リスク第3層	174	62	33	43	31	3	2
		30.6%	27.1%	26.6%	32.6%	43.1%	37.5%
再掲 重複あり	糖尿病	53	19	7	15	10	0
		30.5%	30.6%	21.2%	34.9%	32.3%	66.7%
	慢性腎臓病（CKD）	70	27	13	17	12	1
		40.2%	43.5%	39.4%	39.5%	38.7%	33.3%
	3個以上の危険因子	83	24	16	22	18	1
		47.7%	38.7%	48.5%	51.2%	58.1%	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	40	42
0.4%	7.0%	7.4%
2	1	0
100%	2.5%	0.0%
--	39	6
--	--	36
		85.7%

（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

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

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査 *	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	26	9	1	3.8	0	0.0	－	－
40歳代	1	0	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	8	0	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	13	7	1	7.7	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	4	2	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

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

(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る。(参考資料 8)

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 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)

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实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)

美郷町 人口 6,233人
(国保加入数 1,846人)

↓

社会保障費 (H28年度)

国保医療費 7億7千万

予防可能な生活習慣病

糖尿病 3千百万
高血圧 3千7百万
慢性腎不全 3千6百万
がん 1億2百万

精神 1億4千万

介護費 9億5千万(全体)

高齢化率 43.1%

2号認定者 (40~64歳) 有病状況

生活保護費

生活保護率 13.14% 70人
医療扶助 %
人口適死者数 1人(1.4%)

保険者努力支援制度 美郷町

平成28年度 280点 / 345点
全国順位 21位 / 1,741市町村

評価指標	30年度		28年度前倒し分	
	得点	満点	町平均	県平均
30年度	85.0	345.0	280.0	231.0
共通①	特定健診受診率	50	20	20
共通②	特定保健指導実施率	50	20	20
共通③	特定保健指導実施率(高齢者・重症化予防の取組)	50	20	10
共通④	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	100		
共通⑤	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(50)	40	40
共通⑥	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(25)		
共通⑦	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(25)		
共通⑧	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	25	20	20
共通⑨	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	70		
共通⑩	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(50)	20	20
共通⑪	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(25)		
共通⑫	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	40	10	10
共通⑬	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(5)		10
共通⑭	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	(35)		
共通⑮	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	30	10	10
共通⑯	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	25	10	10
共通⑰	特定保健指導実施率(がん検診受診率)	25	5	4.81

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

健診対象者 1,545人

受診者 1,010人 (65.3%)

高血圧 24人
[未治療 12人 50.0%]

HbA1c 6.5%以上 128人
[未治療 43人 33.6%]

糖尿病 89人

未受診者 535人 (34.3%)

高血圧治療中 56人
(KDB厚生労働省発表形式③-3) データ受取対象者

糖尿病治療中 89人
(KDB厚生労働省発表形式③-2) データ受取対象者

↓

第3期特定健診・保健指導の運用の見直し

かかりつけ医で実施される検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールを整備

1. 重症化予防と疾病予防の観点における取組強化
○ かかりつけ医から本人へ、特定健診の受診要請を送付。
○ 受診結果、かかりつけ医から特定健診データとして活用される。基本保健項目をすべて満たした検査結果データを受取り、特定健診結果データとして活用する。

2. 診療における検査データと活用する取組
○ 医師が検査結果をもとに総合的な診断した日付を受診日とする。
○ 基本保健項目の検査実施と医師の総合判断の間は、3か月以内とする。

3. 基本的な情報の提供
○ 検査者が本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、基本保健項目の結果を保健者に提供する手法を基本とするが、地域の特性や、医師会との契約の有無や内容等に、適切に実施する。

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

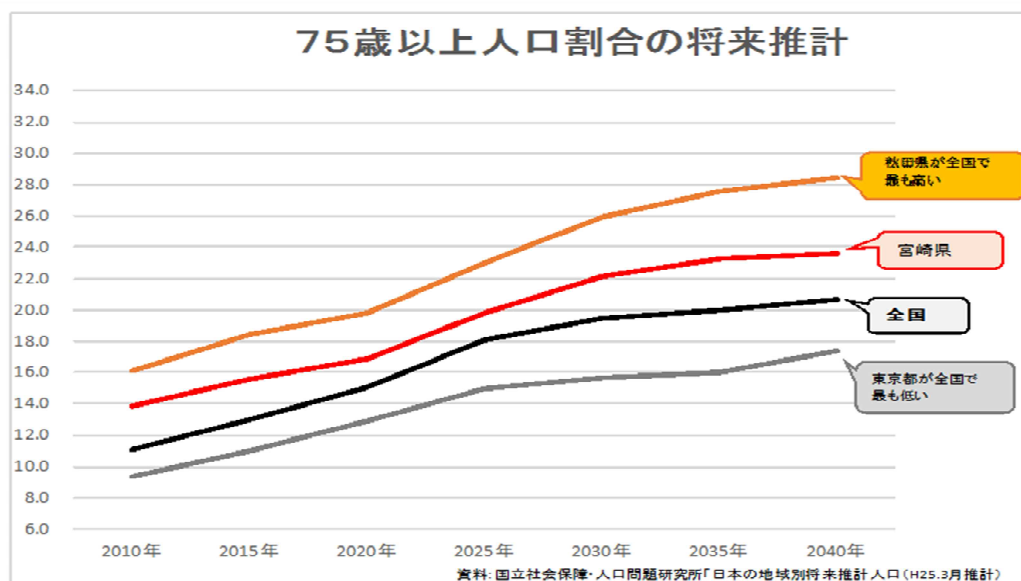
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える2040(平成52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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、町民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえKDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上人口の将来推計は、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作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町民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

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つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

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

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

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに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、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。

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた美郷町の位置

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

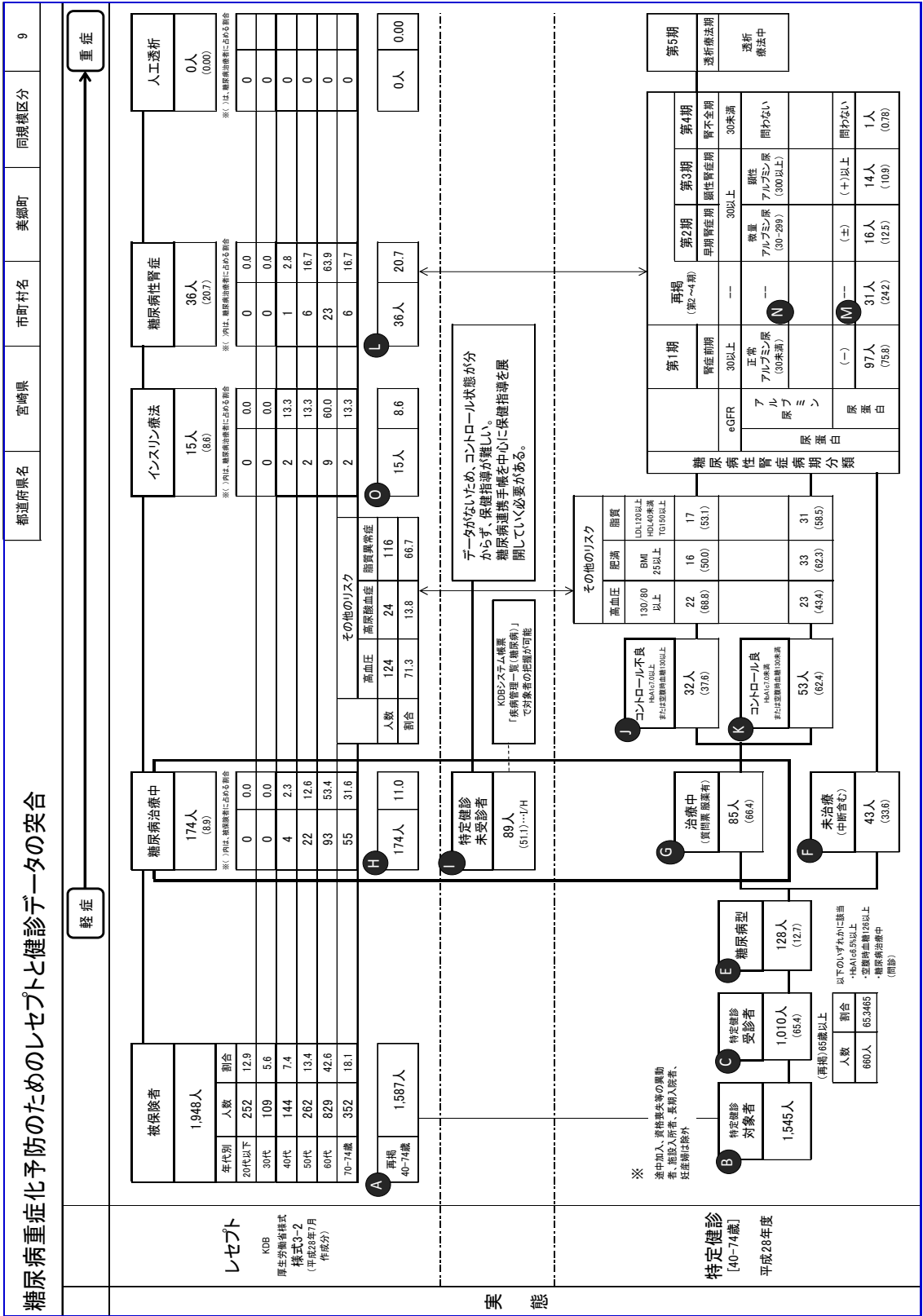
参考資料 10 平成 30 年度にむけての全体評価

参考資料 11 データヘルス計画の目標管理一覧

【参考資料 1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた美郷町の位置

項目				H25		H28		H28						データ元 (CSV)	
				美郷町				同規模平均		県		国			
				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	6,233		6,233		1,815,204		1,125,360		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			65歳以上（高齢化率）	2,686	43.1	2,686	43.1	575,561	31.7	290,839	25.8	29,020,766	23.2		
			75歳以上	1,720	27.6	1,720	27.6			156,418	13.9	13,989,864	11.2		
			65～74歳	966	15.5	966	15.5			134,421	11.9	15,030,902	12.0		
			40～64歳	2,090	33.5	2,090	33.5			383,847	34.1	42,411,922	34.0		
		39歳以下	1,457	23.4	1,457	23.4			450,674	40.0	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	35.1		35.1		18.4		11.8		4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
			第2次産業	17.3		17.3		25.5		21.6		25.2			
			第3次産業	47.6		47.6		56.1		66.6		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.2		79.2		79.4		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			女性	86.7		86.7		86.4		86.6		86.4			
	④	健康寿命	男性	64.1		64.2		65.2		65.2		65.2			
			女性	67.0		67.1		66.7		66.8		66.8			
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	87.5		100.3		104.8		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性	91.0		99.7		100.8		96.2		100		
			死因	がん	40	51.3	21	38.9	6,817	45.1	3,469	45.2	367,905	49.6	
			心臓病	16	20.5	17	31.5	4,392	29.1	2,242	29.2	196,768	26.5		
			脳疾患	14	17.9	12	22.2	2,661	17.6	1,301	16.9	114,122	15.4		
			糖尿病	0	0	2	3.7	274	1.8	128	1.7	13,658	1.8		
			腎不全	5	6.4	2	3.7	548	3.6	276	3.6	24,763	3.3		
			自殺	3	3.8	0	0.0	409	2.7	265	3.5	24,294	3.3		
	②	早世予防から みた死亡 (65歳未満)	合計	8	7.27	9	6.12			1363	9.95		11.8	厚労省HP 人口動態調査	
			男性	7	12.96	8	9.52			915	13.52		15.2		
			女性	1	1.79	1	1.59			448	6.46		8.2		
	3	①	介護保険	1号認定者数（認定率）	577	20.6	500	20.3	114,751	20.1	59,315	20.4	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
				新規認定者	20	0.3	10	0.2	1,910	0.3	1,066	0.3	105,636	0.3	
2号認定者				9	0.5	3	0.2	2,325	0.4	1,424	0.4	151,813	0.4		
②		有病状況	糖尿病	99	15.9	95	18.5	25,230	21.2	12,987	21.1	1,350,152	22.1		
			高血圧症	355	59.8	289	57.9	64,783	54.6	35,357	57.9	3,101,200	50.9		
			脂質異常症	169	27.1	159	31.5	31,854	26.7	16,825	27.4	1,741,866	28.4		
			心臓病	418	68.9	345	68.2	73,398	61.9	40,235	65.9	3,529,682	58.0		
			脳疾患	214	37.0	173	34.6	33,188	28.2	19,122	31.4	1,538,683	25.5		
			がん	61	8.9	57	10.3	11,653	9.7	5,852	9.4	631,950	10.3		
			筋・骨格	350	59.7	300	60.1	63,731	53.7	35,171	57.7	3,067,196	50.3		
			精神	240	40.3	241	46.6	44,036	37.1	25,297	40.9	2,154,214	35.2		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	83,216		91,696		70,589		66,242		58,284			
			居宅サービス	43,509		45,858		40,981		47,239		39,662			
	施設サービス		274,557		271,642		275,251		282,096		281,186				
④	医療費等	要介護認定別	認定あり	6,557		7,023		8,457		7,149		7,980			
		医療費（40歳以上）	認定なし	4,362		4,434		4,122		3,962		3,816			
4	①	国保の状況	被保険者数	2,089		1,846		492,460		300,107		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
			65～74歳	826	39.5	867	47.0			119,981	40.0	12,461,613	38.2		
			40～64歳	850	40.7	661	35.8			103,073	34.3	10,946,712	33.6		
			39歳以下	413	19.8	318	17.2			77,053	25.7	9,179,541	28.2		
			加入率	33.5		29.6		27.7		26.7		26.9			
	②	医療の概況 (人口千対)	病院数	1	0.5	1	0.5	144	0.3	140	0.5	8,255	0.3		
			診療所数	6	2.9	6	3.3	1,108	2.2	891	3.0	96,727	3.0		
			病床数	29	13.9	29	15.7	15,468	31.4	19,245	64.1	1,524,378	46.8		
			医師数	8	3.8	7	3.8	1,575	3.2	2,730	9.1	299,792	9.2		
			外来患者数	698.1		699.1		660.2		677.3		668.1			
	③	医療費の 状況	入院患者数	39.0		38.6		22.7		24.7		18.2			
			一人当たり医療費	32,948	県内1位 同規模8位	33,960	県内4位 同規模8位	26,488	26,707	24,245					
			受診率	737.091		737.656		682.952		702.012		686.286			
外来費用の割合			47.6		50.1		56.6		55.1		60.1				
来件数の割合			94.7		94.8		96.7		96.5		97.4				
入院費用の割合			52.4		49.9		43.4		44.9		39.9				
入院件数の割合			5.3		5.2		3.3		3.5		2.6				
1件あたり在院日数			19.2日		18.8日		16.3日		17.8日		15.6日				
④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費原傷病 名（調剤含む）	がん	77,974,920	16.4	102,823,660	22.8	24.1	22.0	25.6			KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題			
		慢性腎不全（透析あり）	44,422,220	9.4	36,228,610	8.0	9.1	11.2	9.7						
		糖尿病	27,788,960	5.9	31,606,740	7.0	10.2	8.6	9.7						
		高血圧症	54,567,290	11.5	37,914,730	8.4	9.2	8.7	8.6						
		精神	118,900,720	25.1	142,139,360	31.5	17.5	22.3	16.9						
		筋・骨格	94,568,040	19.9	61,722,330	13.7	16.1	14.6	15.2						



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

(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

※糖尿病服薬は問診結果による

※「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

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H29年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H25	H26	H27	H28	H29	転出・死亡等	かかりつけ医	備考
1									糖尿病	服薬			○		○			
									高血圧	HbA1c	6.5	6.9	5.9	7	7.5			
									虚血性心疾患	体重	78.3	78.9	78.1	78.7	79.3			
									脳血管疾患	BMI	26.7	27.1	26.7	26.9	27.1			
									糖尿病性腎症	血圧	125/75	149/81	137/68	146/81	144/82			
										GFR	73.7	75.4	71.2	73.7	78.7			
2									CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—			
									糖尿病	服薬			○		○			
									高血圧	HbA1c	7.4	7.5	7.3	7.7	7.9			
									虚血性心疾患	体重	51.5	51.8	52	51.7	50.4			
									脳血管疾患	BMI	19.3	19.4	19.5	19.6	19			
									糖尿病性腎症	血圧	117/73	125/75	138/84	129/77	136/78			
3										GFR	86.7	76.6	79.7	74.9	69.7			
									CKD	尿蛋白	—	+++	—	—	—			
									糖尿病	服薬	○	○	○	○	○			
									高血圧	HbA1c	6.2	6.1	6.3	6.6	6.6			
									虚血性心疾患	体重	70	74.9	75.5	75.4	75.7			
									脳血管疾患	BMI	25.3	28.9	27.3	27	27.2			
									糖尿病性腎症	血圧	132/75	148/84	146/83	140/84	148/81			
										GFR	78.8	78.5	73.9	75.7	74.3			
									CKD	尿蛋白	—	—	—	—	—			

【参考資料 4】

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H 29 年度

担当者名：

担当地区：神門上・鬼神野・上瀬川

対象者把握		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)											
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (25) 人														
	A 健診未受診者 (6) 人														
	結果把握(内訳)														
	<table><tr><td>①国保(生保)</td><td>5人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>0人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>1人</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>0人</td></tr><tr><td>⑤確認できず</td><td>0人</td></tr></table>		①国保(生保)	5人	②後期高齢者	0人	③他保険	1人	④住基異動(死亡・転出)	0人	⑤確認できず	0人	1.資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力	10月～
	①国保(生保)	5人													
	②後期高齢者	0人													
	③他保険	1人													
	④住基異動(死亡・転出)	0人													
	⑤確認できず	0人													
	①-1未治療者(中断者含む) (1) 人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	後期高齢者、社会保険											
B 結果把握 (19) 人		3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医	11月～											
① HbA1cが悪化している (15) 人 例)HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している (4) 人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある		4. 結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続	11月～											
② 尿蛋白 (-) (16) 人 (±) (1) 人 (+) ~ 顕性腎症 (2) 人			栄養士中心												
③eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 (0) 人 1年で 5ml/分/1.73㎡ 以上低下 (2) 人			腎専門医												

【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	宮崎県	市町村名	美郷町
項目				実 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	1,948人								KDB,厚生労働省様式 様式3-2		
	②	(再掲)40～74歳			1,587人										
2	①	対象者数		B	1,545人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	②	受診者数		C	1,010人										
	③	受診率			65.4%										
3	①	対象者数			109人		114人								
	②	実施率			84.4%		98.2%								
4	①	健診 データ	糖尿病型		E	128人	12.7%						特定健診結果		
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)		F	43人	33.6%								
	③		治療中(質問票 服薬あり)		G	85人	66.4%								
	④		コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上		J	32人	37.6%								
	⑤					血圧 130/80以上		22人	68.8%						
	⑥					肥満 BMI25以上		16人	50.0%						
	⑦		コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		K	53人	62.4%								
	⑧		第1期 尿蛋白(－)		M	97人	75.8%								
	⑨		第2期 尿蛋白(±)			16人	12.5%								
	⑩		第3期 尿蛋白(＋)以上			14人	10.9%								
	⑪		第4期 eGFR30未満			1人	0.8%								
5	①	レセプト	糖尿病受療率(被保険者千対)			89.3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)			109.6人									
	③		レセプト件数 (40～74歳) ()内は糖尿病千対	入院外(件数)		893件	(584.4)			1,227件	(771.8)				
	④			入院(件数)		21件	(13.7)			9件	(5.4)				
	⑤		糖尿病治療中		H	174人	8.9%					KDB,厚生労働省様式 様式3-2			
	⑥		(再掲)40～74歳			174人	11.0%								
	⑦		健診未受診者		I	89人	51.1%								
	⑧		インスリン治療		O	15人	8.6%								
	⑨		(再掲)40～74歳			15人	8.6%								
	⑩		糖尿病性腎症		L	36人	20.7%								
	⑪		(再掲)40～74歳			36人	20.7%								
	⑫		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)			0人	0.00%								
	⑬		(再掲)40～74歳			0人	0.00%								
	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	1.0%					KDB,厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー			
6	①	医療費	総医療費			7億7722万円				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			4億5178万円				3億8078万円					
	③		(総医療費に占める割合)			58.1%				56.7%					
	④		生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者		24,113円				8,685円					
	⑤			健診未受診者		20,569円				33,204円					
	⑥		糖尿病医療費			3161万円				3885万円					
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)			7.0%				10.2%					
	⑧		糖尿病入院外総医療費			7294万円									
	⑨		1件あたり			31,224円									
	⑩		糖尿病入院総医療費			7373万円									
	⑪		1件あたり			423,756円									
	⑫		在院日数			20日									
	⑬		慢性腎不全医療費			3927万円				3708万円					
	⑭		透析有り			3623万円				3468万円					
	⑮		透析なし			304万円				240万円					
7	①	介護	介護給付費			9億5979万円				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)			2人	1.7%				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		

[illegible]

【参考文献】

【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	☐ S T 変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者			
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。 メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。			⑤ 重症化予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149		150～299	300～	
		食後	～199		200～		
	□HDL-C	40～	35～39		～34		
	□nonHDL-C	～149	150～169		170～		
	□ALT	～30	31～50		51～		
	□γ-GT	～50	51～100		101～		
	□血糖	空腹	～99		100～125	126～	【軽度】 □75g 糖負荷試験 【重度】 □眼底検査 □尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139		140～199	200～	
	□HbA1c	～5.5	5.6～6.4		6.5～		
	□血圧	収縮期	～129		130～139	140～	□24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）
		拡張期	～84		85～89	90～	
	□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	□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	(-)	(+) ～					
□C K D重症度分類		G3aA1					

参考）脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証番号		氏名	性別	年齢	健診データ																				
						過去5年間のうち直近						血圧														
	メタボ判定	HbA1c				LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28				
										治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期		

【参考資料 9】

心房細動管理台帳

番号	登録年度番号	基本情報					治療の状況		脳梗塞の有無		毎年度確認すること																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
		行政区	担当	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動の病名	心房細動診療開始日	脳梗塞病名	脳梗塞診療日	H26年度					H27年度					H28年度																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
												健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定	治療状況	内服薬	備考	健診受診日	心電図判定																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

平成30年度に向けての全体評価(平成29年度2月まで)

平成28～		評価(良くなったところ)		①プロセス(やってきた実践の過程)		②アウトプット(事業実施量)		③アウトカム(結果)		④ストラテジャー(構造)		⑤残っている課題									
○特定健診受診率 目標 70% ・H28年度実績 68.1% ○特定保健指導実施率 目標 90% ・H28年度実績 84.4% ○メタ後継当者を200人以下にする ○人工透析新規導入者を減らす ○高血圧Ⅱ期以上の未治療者を減らす 未受診者対策 ○課題 ・受診率が目標に達していない						○取り組み ・過去5年の健診受診情報と医療機関の受診情報より未受診者訪問の対象者を決定。前回訪問時の情報も加え、台帳作成した。 ・前回未受診者で受診していた方には、ありがとう訪問を行い継続受診につなげた。 ・重症化の対象者で未受診の方には地区担当保健師が訪問。 ・各地区のしめ健診の前には、はがきで受診勧奨。 ・集団健診未受診者には個別健診受診案内と情報提供の依頼文書を送付、受診勧奨のための訪問と電話を実施。 ○医療機関へのアプローチ ・国保機関に事業説明を兼ねて治療中の方も受診勧奨を依頼する。 ・国保機関に事業説明を兼ねて治療中の方も受診勧奨を依頼する。 ・日南市・東臼杵郡医師会の事業説明に出席。個別健診について説明する。(H29年度)						H28年度 集団健診受診勧奨 440人 個別健診受診勧奨 66人 H29年度 集団健診受診勧奨 337人 個別健診受診勧奨 264人		H28年度 H28年度受診勧奨結果 集団健診受診者 134人(18.9%) 個別健診受診者 2人(3%) H29年度 H29年度受診勧奨結果 (H30・2月現在) 集団健診受診者 74人(22.0%) 個別健診受診者 55人(20.8%) 糖尿病管理台帳を活用し、継続受診・治療になるよう関わっていくことができた。 病院受診受診者や調剤健診のある方は情報提供が定着してきている。		↑ ・業務分担と地区担当をあわせ て実施(主は専任担当4人) 未受診者訪問は主に臨時職の保 健師2名で対応。 29年度は看護師1名追加になり、 受診勧奨者も増えた。 ・重症化対象者は地区担当が訪問し 生活状況の確認や受診勧奨を合 わせて実施。訪問の優先順位等今 後検討必要。 ・健診結果説明会には健康づくり協 会や在宅保健師・栄養士を活用し ながら実施した。事業を実施する うえでスタッフの確保が課題。		↓ ・町内の医療機関と連携を行なうた めに、打ち合わせを町内3医療機 関にて実施。 個別健診等の取り組みについて協 力を得られた。 又、日南・東臼杵郡医師会にて重 症化連携パス等の利用や個別健 診の実施について協力が得られた。		・未治療者で健診未受診者への受 診勧奨 ・治療中患者の医療機関受診勧奨 ・重症化予防のための保健指導	
重症化予防対策																					
○医療連携の充実 ・H28年より、健診結果説明会を予約制で個別にて実施。H28年は1人あたり20分、 H29年は1人あたり30分時間をもい、スタッフ共通の資料を使って説明を行なった。 ・動機づけ支援・積極的支援の支援の方にも会場で初回面接した。 ○医療連携パスの利用 ・H28年よりCUC精密検査(重症化予防)連絡票を町内の医療機関受診者で使用。 H29年からは日南・東臼杵郡医師会統一様式の重症化予防連絡票(糖尿病、 肝機能、血圧・高血糖、腎機能低下、心電図)を使用し、地区担当が受診の有無 と結果を把握している。						結果説明会 H28年度 19日間 44余組(症) H29年度 22日間 45余組(症) パスの発行 H28年度 5人 H29年度 28人		特定保健指導実施率 H28年度 84.4%(全体) 積極的支援 58.6% 動機付け支援 93.8% パスの回収 H28年度 0件 ※レセプトより全員治療開始 H29年度(2月現在) 178人(76.7%)		↑		・町内の医療機関との連携は進んでい ている。今後、事業をすすめていきなが らよりよい方向へ連携を検討していく。 ・日南・東臼杵郡医師会との連携につ いては日南保健所、日南市の協力を得 ながら進めていく。									
医療との連携強化																					
・日南・東臼杵郡医師会にて連携パスの利用について了済を得て29年から使 用開始。糖尿病連携手帳の活用についても同意を得た。 ・町内の医療機関においては、特定健診前に事業説明と前年度実績を説明 し、治療中の方にも受診勧奨を依頼した。連携パスの利用についても説明を 行い、協力を依頼した。 ・日南・東臼杵郡医師会の会議にて29年度の個別健診の依頼実施。						・町内の医療機関においては、 ケース相談の会議を開催。治療 方針について確認した。		・町内の医療機関との個別健診・情報提供 の受診者数が増加。 ・糖尿病連携手帳の活用。		↑		・町内の医療機関との連携は進んでい ている。今後、事業をすすめていきなが らよりよい方向へ連携を検討していく。 ・日南・東臼杵郡医師会との連携につ いては日南保健所、日南市の協力を得 ながら進めていく。									

【参考資料 10】

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	
特定健康計画	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 ・BMI25以上と腹囲のメタボ該当者が男女とも高い。 ・メタボの中で血糖・血圧・脂質の高い人の割合が県内3位と高い。 ・男性のγ-GTP高い人の割合が全国・県と比較して高い。 ・男女とも尿酸・カルシウム値の高い人の割合が全国・県と比較して高い。	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 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	特定健診受診率60%以上	88.1%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	70.0%	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	84.4%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	
			特定保健指導対象者の減少率25%	11.2%	11.0%	11.0%	10.0%	10.0%	9.0%	9.0%	8.4%	8.4%	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合0.1%減少	2.0%			1.95%				1.9%	1.9%	
データヘルス計画		虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.2%減少		1.29%			1.19%				1.09%	KDBシステム	
データヘルス計画		糖尿病性腎症による新規透析導入者を0にする		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
健康増進計画	・メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25% 健診受診者の高血圧者の割合減少0.4% (160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少3.6% (LDL140以上) 健診受診者の糖尿病者の割合減少2.7% (HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者割合を5%減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25% 健診受診者の高血圧者の割合減少0.4% (160/100以上) 健診受診者の脂質異常者の割合減少3.6% (LDL140以上) 健診受診者の糖尿病者の割合減少2.7% (HbA1c6.5以上) 糖尿病の未治療者割合を5%減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	34.6%	33.0%	32.0%	31.0%	30.0%	29.0%	27.5%	25.0%	美郷町健康増進計画	
			健診受診者の高血圧者の割合減少0.4% (160/100以上)	2.4%			2.2%				2.0%		2.0%
			健診受診者の脂質異常者の割合減少3.6% (LDL140以上)	23.6%			22.0%				20.0%		20.0%
			健診受診者の糖尿病者の割合減少2.7% (HbA1c6.5以上)	12.7%			11.0%				10.0%		10.0%
			糖尿病の未治療者割合を5%減らす	33.6%			31.0%				28.6%		28.6%
			糖尿病 (HbA1c6.5以上) の保健指導を実施した割合90%以上	90.0%			90.0%				90.0%		90.0%
短期	がんの早期発見、早期治療 ・がんによる早世者がいる。	がんの早期発見、早期治療 肺がん検診 大腸がん検診 30%以上 子宮頸がん検診 40%以上 乳がん検診 50%以上	がん検診受診率 胃がん検診 30%以上	24.2%			27.0%				30.0%	地域保健事業報告	
肺がん検診			0.0%			0.0%				0.0%	0.0%		
大腸がん検診 30%以上			25.9%			28.0%				30.0%	30.0%		
子宮頸がん検診 40%以上			34.3%			37.0%				40.0%	40.0%		
乳がん検診 50%以上			42.2%			46.0%				50.0%	50.0%		
保険者努力支援制度													

※肺がん検診は肺ヘリカルCTのため未計上