

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 9 月 瀬戸内町

## 第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	4
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第 2 章 第 1 期計画に係る評価及び考察と第 2 期計画における健康課題の明確化	10
1.第 1 期計画に係る評価及び考察	
2.第 2 期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第 3 章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	22
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	25
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	
第 5 章 地域包括ケアに係る取組	48

第6章 計画の評価・見直し	50
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	52
参考資料	53

# 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。

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

## 2. 計画の位置付け

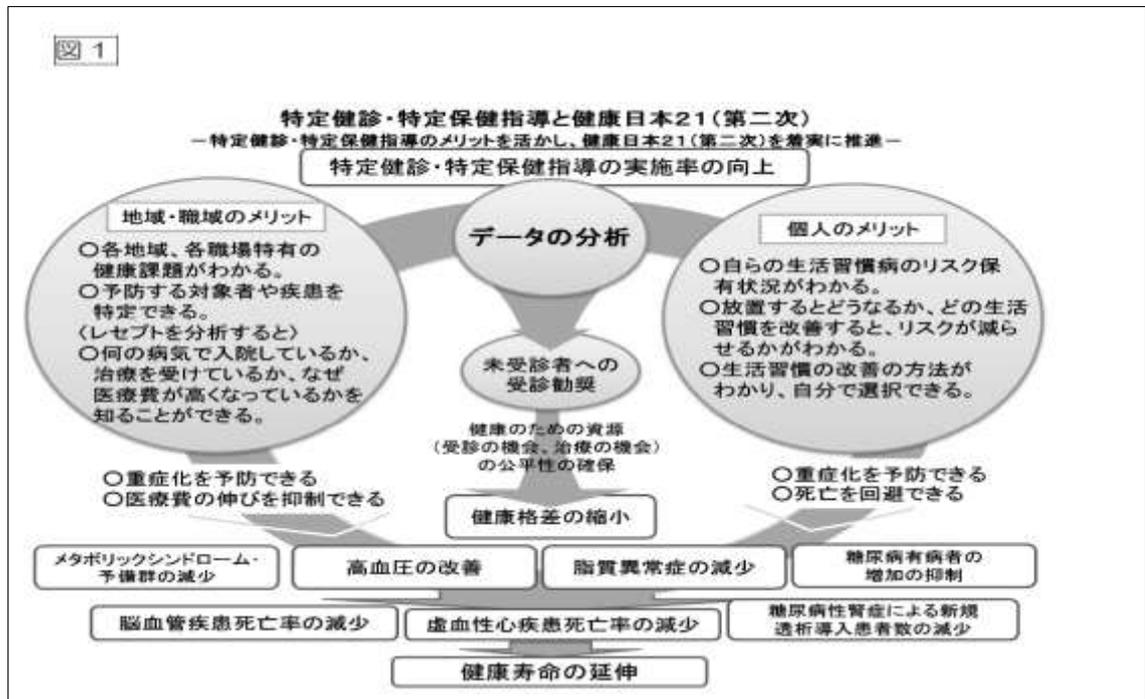
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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

【図表1】

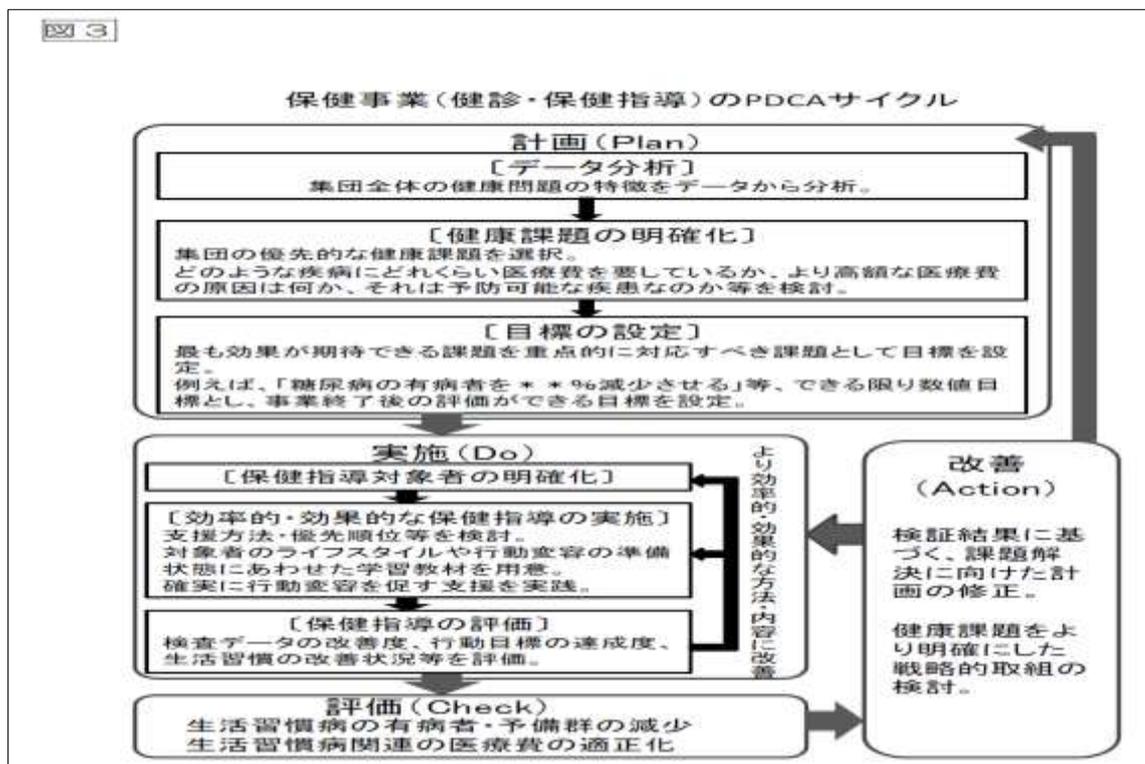
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第22条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年6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(一部改正)	厚生労働省 老健局 平成28年3月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 健康局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針(全般改正)について(基本指針)【全般改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康増進の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、その結果、社会生活機能の向上を図るものとする。生活習慣の改善及び社会環境の整備に積極的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発症予防や重症化を防止することができ、さらに重症化や合併症の発症を防止し、入浴意欲を減らすことができない結果、日常生活の質の維持および向上を図る。重症化の予防を促進することが可能となる。特定健康診査は、慢性疾患等の発症予防や重症化を防止することによって、データヘルス計画に貢献し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするのを、法的に推進するための手段である。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の主体的な健康増進及び疾病予防の取組能力について、医療者がその支援の中心となって、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを目標とする。被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化及び保険者の財政健全化が図られることは被保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することや、重症化防止または支援状態となることへの予防又は、要介護状態等の防止もしくは重症化の防止を意味している。	国民生活機能と結びつけていく。国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が適度に増大しないようしていくとともに、良質かつ適切な医療と結果的に確保する医療の確保を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において役割の異なる医療の連携を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 <b>若年期</b> 、 <b>高齢期</b> )に対応	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える若年(若年)世代、小児期からの生活習慣づき	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタルヘルス	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 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 特発性認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病、痴呆疾患 腎臓病、糖尿病、腎臓病併発症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、非多系統臓器硬化症 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 脳血管疾患 がん 精神疾患
評価	※5項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②生活習慣病(糖尿病性腎症)による年齢別罹患率(人口年齢別) ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦生活習慣病の予防 ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の予防 ⑩生活習慣病の予防 ⑪生活習慣病の予防 ⑫生活習慣病の予防 ⑬生活習慣病の予防 ⑭生活習慣病の予防 ⑮生活習慣病の予防 ⑯生活習慣病の予防 ⑰生活習慣病の予防 ⑱生活習慣病の予防 ⑲生活習慣病の予防 ⑳生活習慣病の予防 ㉑生活習慣病の予防 ㉒生活習慣病の予防 ㉓生活習慣病の予防 ㉔生活習慣病の予防 ㉕生活習慣病の予防 ㉖生活習慣病の予防 ㉗生活習慣病の予防 ㉘生活習慣病の予防 ㉙生活習慣病の予防 ㉚生活習慣病の予防 ㉛生活習慣病の予防 ㉜生活習慣病の予防 ㉝生活習慣病の予防 ㉞生活習慣病の予防 ㉟生活習慣病の予防 ㊱生活習慣病の予防 ㊲生活習慣病の予防 ㊳生活習慣病の予防 ㊴生活習慣病の予防 ㊵生活習慣病の予防 ㊶生活習慣病の予防 ㊷生活習慣病の予防 ㊸生活習慣病の予防 ㊹生活習慣病の予防 ㊺生活習慣病の予防 ㊻生活習慣病の予防 ㊼生活習慣病の予防 ㊽生活習慣病の予防 ㊾生活習慣病の予防 ㊿生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の参加率)①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿ (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 外支 ②一人あたり外支医療費の地域差の縮減 ③特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ④特定健康診査・予備群の減少 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて設定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定		保険者協議会(事務局: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) 実施主体関係部の役割

瀬戸内町においては、保険給付係（保健福祉課）が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健師、管理栄養士等の各係における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、保健予防係、介護係、包括支援センター、総務課、税務課、町民生活課、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、定期的に課内会議、庁舎内会議を開催し、進捗状況を確認していく。また担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である。（図表4）

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、市町村国保は、計画素案について国保指導室と意見交換を行い、県と

の連携に努める。

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

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

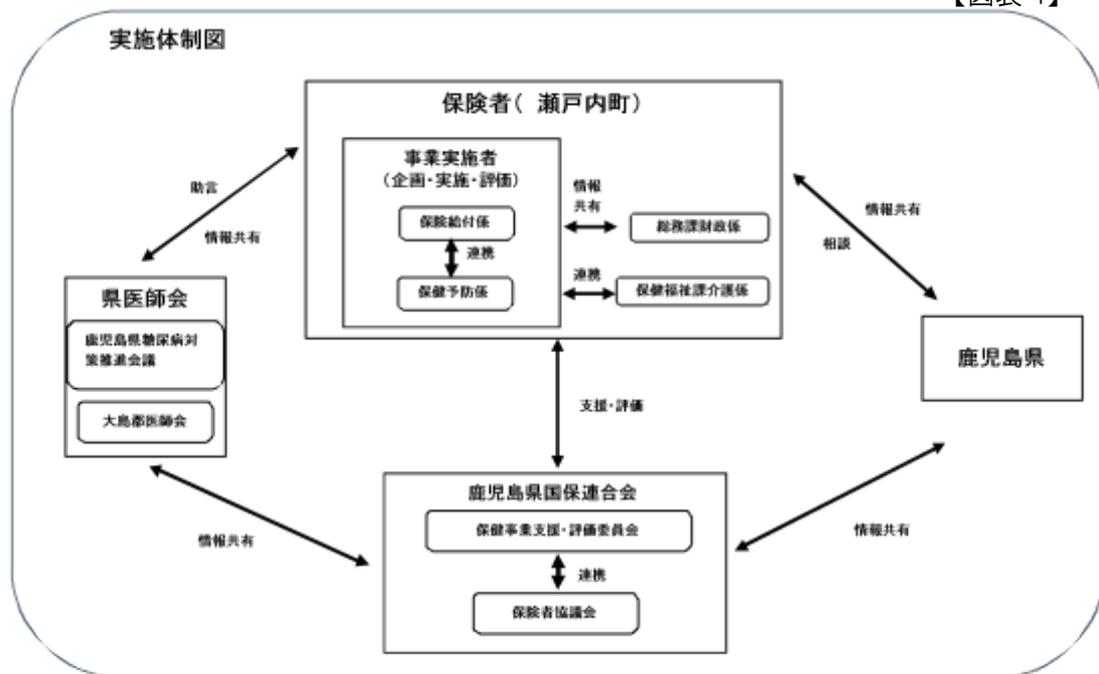
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 3) 被保険者の役割

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

瀬戸内町の実施体制図

【図表 4】



#### 4. 保険者努力支援制度

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

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。本町において、特定健診受診率が低いこと、生活習慣病有病者の増加、脳血管疾患の増加、糖尿病の重症化予防が課題であり、これに対し、下記評価指標を基に保健事業を展開していくものとする。

【図表 5】

#### 保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		129		520	
全国順位(1,741市町村中)		941			
共通 ①	特定健診受診率	5	0	0	50
	特定保健指導実施率	15	35	50	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5	0	0	50
共通 ②	がん検診受診率	0	10	15	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25	20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	0	70	100	100
	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	0	0	0	40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0	0	0	100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	13	21	25
	第三者求償の取組の実施状況	4	15	19	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			21	50
体制構築加点		70	70	60	60

## 第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

### 健康課題の明確化

#### 1. 第1期計画に係る評価及び考察

##### 1) 第1期計画に係る評価

###### (1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は高い状態で変わらず、死因別に心臓病・脳疾患・腎不全による死亡割合は減少しているが、糖尿病による死亡は1.5倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、徐々にではあるが介護認定率は下降し、40～64歳の2号認定率も著しい変化はみられない。しかしながら、本町における介護認定率は国、県平均よりも依然高い状況が続いている。

また、第1期データヘルス計画において、脳卒中の重症化予防のため、高血圧症予防への取組を強化したが、生活習慣病に占める疾患の割合としては高血圧症、脳卒中共に減少していることが分かった。第1期における高血圧症予防への取組が重症化予防につながっていると推測できる。しかしながら、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おり、重症化してからの医療機関受診が推測される。特定健診受診率も現状では32%台であり、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が減ってはいるが、同規模平均と比べても瀬戸内町は依然高い状態であり、今後も介護予防を連携し実施していかなければならない。一人あたりの給付費は減っているが、居宅サービスが増えていることがわかった。

### 介護給付費の変化

【図表6】

年度	瀬戸内町				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	14億3900万円	428,912	37,262	274,656	306,253	41,044	279,592
平成28年度	13億1682万円	392,495	38,537	268,313	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瀬戸内町は入院費が増加していることがわかった。

【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	10億6373万円			6億778万円				4億5595万円			
	H28年度	10億6446万円	9928万円	0.1	-3.3	6億5175万円	5604万円	7.2	-2.91	4億1271万円	4324万円	-9.5
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	27,300			15,600				11,700			
	H28年度	30,870	3,570	13.1	7.6	18,900	3,300	21.2	8.0	11,970	270	2.3

※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、全体的に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)に係る費用が県、国より高い状態であることがわかった。

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、国と比較すると低くなっているものの、糖尿病が増えている現状がある。

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

【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		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)
同規模区分 H25 瀬戸内町	1,063,732,240	27,306	55位	24位	2.83%	1.16%	3.49%	1.62%	3.28%	7.04%	2.20%	230,154,260	21.64%	8.68%	19.02%	7.64%
	H28 1,064,455,980	30,865	34位	22位	2.65%	0.49%	1.75%	1.29%	3.81%	4.40%	1.95%	174,053,780	16.35%	11.22%	23.48%	8.23%
H25 鹿児島県	158,928,384,840	28,051	--	--	7.13%	0.38%	3.18%	2.13%	4.70%	5.68%	2.28%	40,488,398,830	25.48%	10.61%	13.58%	8.58%
	全国 8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,980,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%
H28 鹿児島県	158,822,137,330	30,552	--	--	7.38%	0.36%	2.71%	1.89%	4.82%	4.21%	2.13%	37,328,412,710	23.50%	12.07%	13.69%	8.85%
	全国 9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

④中長期的な疾患（図表9）

中長期的な疾患では虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析からそれぞれの疾患の重なりをみてみると、いずれにしても64歳以下の割合が増加していることがわかる。若年からの重症化の予防が必要であることがわかる。

【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					
		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	
		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	3279	103	3.1	25	24.3	1	1.0	92	89.3	49	47.6	65	63.1	
	64歳以下	2414	37	1.5	8	21.6	1	2.7	31	83.8	16	43.2	22	59.5	
	65歳以上	865	66	7.6	17	25.8	0	0.0	61	92.4	33	50.0	43	65.2	
H28	全体	2887	96	3.3	22	22.9	4	4.2	89	92.7	49	51.0	64	66.7	
	64歳以下	1907	33	1.7	7	21.2	3	9.1	30	90.9	18	54.5	26	78.8	
	65歳以上	980	63	6.4	15	23.8	1	1.6	59	93.7	31	49.2	38	60.3	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		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	
		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	3279	155	4.7	25	16.1	2	1.3	135	87.1	69	44.5	80	51.6	
	64歳以下	2414	53	2.2	8	15.1	0	0.0	46	86.8	20	37.7	27	50.9	
	65歳以上	865	102	11.8	17	16.7	2	2.0	89	87.3	49	48.0	53	52.0	
H28	全体	2887	137	4.7	22	16.1	2	1.5	117	85.4	55	40.1	76	55.5	
	64歳以下	1907	33	1.7	7	21.2	0	0.0	27	81.8	8	24.2	18	54.5	
	65歳以上	980	104	10.6	15	14.4	2	1.9	90	86.5	47	45.2	58	55.8	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		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	
		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	3279	7	0.2	2	28.6	1	14.3	7	100.0	4	57.1	1	14.3	
	64歳以下	2414	4	0.2	0	0.0	1	25.0	4	100.0	1	25.0	1	25.0	
	65歳以上	865	3	0.3	2	66.7	0	0.0	3	100.0	3	100.0	0	0.0	
H28	全体	2887	10	0.3	2	20.0	4	40.0	10	100.0	4	40.0	6	60.0	
	64歳以下	1907	5	0.3	0	0.0	3	60.0	5	100.0	1	20.0	3	60.0	
	65歳以上	980	5	0.5	2	40.0	1	20.0	5	100.0	3	60.0	3	60.0	

(3) 短期目標の達成状況

①共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しており高血圧症との重なりが増えている。また透析者も増加していることから、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表 10】

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	
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
327	10.0	18	5.5	256	78.3	198	60.6	49	15.0	69	21.1	4	1.2	28	8.6
157	6.5	9	5.7	112	71.3	90	57.3	16	10.2	20	12.7	1	0.6	14	8.9
170	19.7	9	5.3	144	84.7	108	63.5	33	19.4	49	28.8	3	1.8	14	8.2
275	9.5	15	5.5	214	77.8	163	59.3	49	17.8	55	20.0	4	1.5	26	9.5
105	5.5	2	1.9	73	69.5	60	57.1	18	17.1	8	7.6	1	1.0	10	9.5
170	17.3	13	7.6	141	82.9	103	60.6	31	18.2	47	27.6	3	1.8	16	9.4

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	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
770	23.5	256	33.2	367	47.7	92	11.9	135	17.5	7	0.9
366	15.2	112	30.6	155	42.3	31	8.5	46	12.6	4	1.1
404	46.7	144	35.6	212	52.5	61	15.1	89	22.0	3	0.7
662	22.9	214	32.3	317	47.9	89	13.4	117	17.7	10	1.5
255	13.4	73	28.6	111	43.5	30	11.8	27	10.6	5	2.0
407	41.5	141	34.6	206	50.6	59	14.5	90	22.1	5	1.2

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	
人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
468	14.3	198	42.3	367	78.4	65	13.9	80	17.1	1	0.2
205	8.5	90	43.9	155	75.6	22	10.7	27	13.2	1	0.5
263	30.4	108	41.1	212	80.6	43	16.3	53	20.2	0	0.0
419	14.5	163	38.9	317	75.7	64	15.3	76	18.1	6	1.4
151	7.9	60	39.7	111	73.5	26	17.2	18	11.9	3	2.0
268	27.3	103	38.4	206	76.9	38	14.2	58	21.6	3	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、男性、女性ともに腹囲、空腹時血糖の有所見者が増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪過多の状態がわかる。

【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	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	129	37.8	191	56.0	101	29.6	74	21.7	27	7.9	122	35.8	151	44.3	36	10.6	207	60.7	111	32.6	146	42.8	6	1.8
	40-64	87	45.5	111	58.1	70	36.6	47	24.6	16	8.4	65	34.0	73	38.2	22	11.5	112	58.6	77	40.3	83	43.5	0	0.0
	65-74	42	28.0	80	53.3	31	20.7	27	18.0	11	7.3	57	38.0	78	52.0	14	9.3	95	63.3	34	22.7	63	42.0	6	4.0
H28	合計	120	40.7	179	60.7	84	28.5	55	18.6	21	7.1	125	42.4	106	35.9	42	14.2	165	55.9	57	19.3	124	42.0	4	1.4
	40-64	60	45.5	82	62.1	46	34.8	36	27.3	9	6.8	51	38.6	38	28.8	27	20.5	64	48.5	35	26.5	59	44.7	0	0.0
	65-74	60	36.8	97	59.5	38	23.3	19	11.7	12	7.4	74	45.4	68	41.7	15	9.2	101	62.0	22	13.5	65	39.9	4	2.5

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	107	30.7	90	25.9	58	16.7	30	8.6	14	4.0	76	21.8	166	47.7	5	1.4	167	48.0	72	20.7	183	52.6	1	0.3
	40-64	44	27.2	31	19.1	32	19.8	15	9.3	9	5.6	26	16.0	74	45.7	2	1.2	63	38.9	30	18.5	91	56.2	1	0.6
	65-74	63	33.9	59	31.7	26	14.0	15	8.1	5	2.7	50	26.9	92	49.5	3	1.6	104	55.9	42	22.6	92	49.5	0	0.0
H28	合計	118	33.7	100	28.6	49	14.0	41	11.7	10	2.9	94	26.9	135	38.6	9	2.6	143	40.9	54	15.4	176	50.3	0	0.0
	40-64	35	25.7	31	22.8	18	13.2	18	13.2	4	2.9	29	21.3	40	29.4	1	0.7	43	31.6	18	13.2	70	51.5	0	0.0
	65-74	83	38.8	69	32.2	31	14.5	23	10.7	6	2.8	65	30.4	95	44.4	8	3.7	100	46.7	36	16.8	106	49.5	0	0.0

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

性別	年代	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	341	29.6	22	6.5%	73	21.4%	4	1.2%	63	18.5%	6	1.8%	96	28.2%	18	5.3%	1	0.3%	46	13.5%	31	9.1%
	40-64	191	26.3	14	7.3%	40	20.9%	2	1.0%	34	17.8%	4	2.1%	57	29.8%	6	3.1%	1	0.5%	30	15.7%	20	10.5%
	65-74	150	35.3	8	5.3%	33	22.0%	2	1.3%	29	19.3%	2	1.3%	39	26.0%	12	8.0%	0	0.0%	16	10.7%	11	7.3%
H28	合計	295	29.0	24	8.1%	69	23.4%	5	1.7%	54	18.3%	10	3.4%	86	29.2%	13	4.4%	4	1.4%	47	15.9%	22	7.5%
	40-64	132	25.0	17	12.9%	29	22.0%	4	3.0%	18	13.6%	7	5.3%	36	27.3%	4	3.0%	3	2.3%	21	15.9%	8	6.1%
	65-74	163	33.3	7	4.3%	40	24.5%	1	0.6%	36	22.1%	3	1.8%	50	30.7%	9	5.5%	1	0.6%	26	16.0%	14	8.6%

性別	年代	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		
女性	合計	348	35.3	14	4.0%	26	7.5%	1	0.3%	22	6.3%	3	0.9%	50	14.4%	6	1.7%	0	0.0%	25	7.2%	19	5.5%
	40-64	162	29.2	10	6.2%	10	6.2%	0	0.0%	8	4.9%	2	1.2%	11	6.8%	2	1.2%	0	0.0%	4	2.5%	5	3.1%
	65-74	186	43.3	4	2.2%	16	8.6%	1	0.5%	14	7.5%	1	0.5%	39	21.0%	4	2.2%	0	0.0%	21	11.3%	14	7.5%
H28	合計	350	38.6	13	3.7%	39	11.1%	3	0.9%	28	8.0%	8	2.3%	48	13.7%	6	1.7%	2	0.6%	28	8.0%	12	3.4%
	40-64	136	29.5	6	4.4%	9	6.6%	1	0.7%	8	5.9%	0	0.0%	16	11.8%	3	2.2%	2	1.5%	9	6.6%	2	1.5%
	65-74	214	48.0	7	3.3%	30	14.0%	2	0.9%	20	9.3%	8	3.7%	32	15.0%	3	1.4%	0	0.0%	19	8.9%	10	4.7%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率、特定保健指導率共に徐々に増加はしているが、特定健診に至っては伸び率が悪い。重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 12】

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(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	受診率	医療機関受診率	
								瀬戸内町	同規模平均
H25年度	2,136	689	32.3	196	94	42	44.7	58.2	51.2
H28年度	1,926	645	33.5	184	89	52	58.2	48.8	51.6

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、高血圧症の減少、脳血管疾患の減少に繋がり、介護認定率の減少にもつながったと考えるが、介護認定率は依然として高く、糖尿病の増加、慢性腎不全における透析費用増加のおそれなど、新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は今後も重要な取り組むべき課題である。

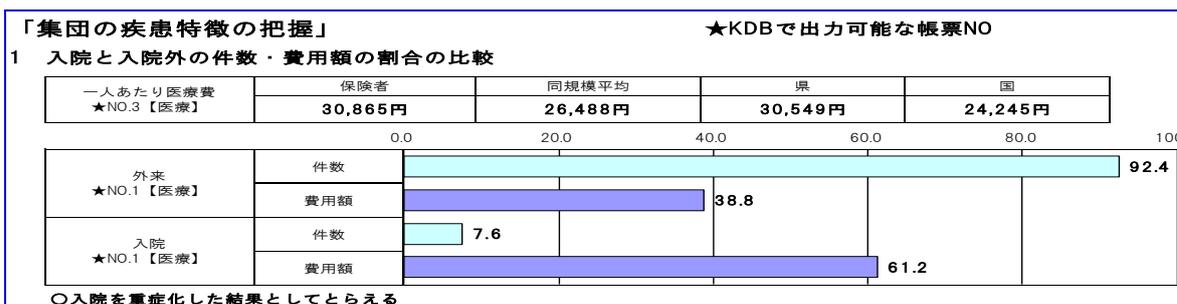
## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 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)

瀬戸内町の入院件数は7.6%で、費用額全体の61.2%を占めている。重症化予防をすることで入院費や入院日数の減少に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)

瀬戸内町には入院施設を伴う精神科病院があるため、必然的に精神疾患の長期入院数が多くなっている。次いで脳血管疾患、虚血性心疾患は件数的には少ないものの、治療に際し医療費が高額になるため医療費に占める割合が高く、また60代が発症している率が高い。背景として基礎疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病を有する割合も高くなっている。

【図表14】

厚労省様式	対象レセプト (H●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	83人	6人	5人	22人	56人		
				7.2%	6.0%	26.5%	67.5%		
		件数	134件	10件	5件	40件	79件		
				7.5%	3.7%	29.9%	59.0%		
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	1	6
				40代	0	0.0%	0	0	3
50代	0	0.0%		1	0	16			
60代	8	80.0%		3	29	34			
70-74歳	2	20.0%	1	10	20				
費用額	1億7489万円	1009万円	885万円	5336万円	1億0259万円				
		5.8%	5.1%	30.5%	58.7%				

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

厚労省様式	対象レセプト (H●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	63人	56人	5人	2人
				88.9%	7.9%	3.2%
		件数	678件	598件	46件	23件
			88.2%	6.8%	3.4%	
費用額	2億3804万円	2億0791万円	1912万円	1003万円		
			87.3%	8.0%	4.2%	

\*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)	H●5 診療分	10人	4人	2人	4人
				40.0%	20.0%	40.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	H●年度 累計	件数	137件	55件	18件	39件
				40.1%	13.1%	28.5%
費用額	5973万円	2405万円	740万円	1543万円		
			40.3%	12.4%	25.8%	

\*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 (H●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	全体	1,026人	137人	96人	26人	
				13.4%	9.4%	2.5%	
		の基礎 な疾患	高血圧	117人	89人	24人	
					85.4%	92.7%	92.3%
			糖尿病	55人	49人	26人	
					40.1%	51.0%	100.0%
		脂質異常症	76人	64人	19人		
			55.5%	66.7%	73.1%		
高血圧症	662人	275人	419人	157人			
			64.5%	40.8%	15.3%		

(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96.4%であり、筋・骨格疾患の93.9%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

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】

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		3,478人		1,171人		2,184人		3,355人		6,833人
認定者数		17人		56人		726人		782人		799人	
認定率		0.49%		4.8%		33.2%		23.3%		11.7%	
新規認定者数（※1）		5人		9人		67人		76人		81人	
介護度別人数	要支援1・2	4	23.5%	11	19.6%	172	23.7%	183	23.4%	187	23.4%
	要介護1・2	5	29.4%	23	41.1%	277	38.2%	300	38.4%	305	38.2%
	要介護3～5	8	47.1%	22	39.3%	277	38.2%	299	38.2%	307	38.4%

要介護 突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		1号				合計									
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上			計								
	介護件数（全体）		17		56		726		782		799							
再）国保・後期		12		44		630		674		686								
（レセプトの 診断名より 重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器 疾患	1	脳卒中	8	66.7%	脳卒中	31	70.5%	脳卒中	397	63.0%	脳卒中	428	63.5%	脳卒中	436	63.6%
			2	虚血性 心疾患	1	8.3%	虚血性 心疾患	9	20.5%	虚血性 心疾患	181	28.7%	虚血性 心疾患	190	28.2%	虚血性 心疾患	191	27.8%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	3	6.8%	腎不全	136	21.6%	腎不全	139	20.6%	腎不全	139	20.3%
		基礎疾患 （※2）	糖尿病	6	50.0%	糖尿病	19	43.2%	糖尿病	301	47.8%	糖尿病	320	47.5%	糖尿病	326	47.5%	
			高血圧	8	66.7%	高血圧	37	84.1%	高血圧	570	90.5%	高血圧	607	90.1%	高血圧	615	89.7%	
			脂質 異常症	3	25.0%	脂質 異常症	23	52.3%	脂質 異常症	345	54.8%	脂質 異常症	368	54.6%	脂質 異常症	371	54.1%	
		血管疾患 合計	合計	12	100.0%	合計	39	88.6%	合計	610	96.8%	合計	649	96.3%	合計	661	96.4%	
		認知症	認知症	2	16.7%	認知症	13	29.5%	認知症	233	37.0%	認知症	246	36.5%	認知症	248	36.2%	
		筋・骨格疾患	筋骨格系	9	75.0%	筋骨格系	35	79.5%	筋骨格系	600	95.2%	筋骨格系	635	94.2%	筋骨格系	644	93.9%	

※1）新規認定者についてはNO.49.要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上  
 ※2）基礎疾患のうち、糖尿病については、糖尿病の合併症（網膜症・神経障害・腎症）も含む

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



## 2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

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、糖尿病性腎症等の瀬戸内町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも中性脂肪・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

	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	17,687	32.4	28,019	51.4	13,109	24.0	11,162	20.5	5,501	10.1	23,746	43.5	26,618	48.8	7,207	13.2	27,790	50.9	10,793	19.8	22,792	41.8	1,460	2.7	
保険者	合計	120	40.7	179	60.7	84	28.5	55	18.6	21	7.1	125	42.4	106	35.9	42	14.2	165	55.9	57	19.3	124	42.0	4	1.4
	40-64	60	45.5	82	62.1	46	34.8	36	27.3	9	6.8	51	38.6	38	28.8	27	20.5	64	48.5	35	26.5	59	44.7	0	0.0
	65-74	60	36.8	97	59.5	38	23.3	19	11.7	12	7.4	74	45.4	68	41.7	15	9.2	101	62.0	22	13.5	65	39.9	4	2.5

	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	17,166	24.4	14,284	20.3	9,494	13.5	6,666	9.5	1,950	2.8	19,033	27.1	33,416	47.5	1,304	1.9	30,939	44.0	9,051	12.9	37,843	53.8	327	0.5	
保険者	合計	118	33.7	100	28.6	49	14.0	41	11.7	10	2.9	94	26.9	135	38.6	9	2.6	143	40.9	54	15.4	176	50.3	0	0.0
	40-64	35	25.7	31	22.8	18	13.2	18	13.2	4	2.9	29	21.3	40	29.4	1	0.7	43	31.6	18	13.2	70	51.5	0	0.0
	65-74	83	38.8	69	32.2	31	14.5	23	10.7	6	2.8	65	30.4	95	44.4	8	3.7	100	46.7	36	16.8	106	49.5	0	0.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

### 5 メタ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)

	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	295	29.0	24	8.1%	69	23.4%	5	1.7%	54	18.3%	10	3.4%	86	29.2%	13	4.4%	4	1.4%	47	15.9%	22	7.5%
保険者	合計	132	25.0	17	12.9%	29	22.0%	4	3.0%	18	13.6%	7	5.3%	36	27.3%	4	3.0%	3	2.3%	21	15.9%	8	6.1%
	40-64	163	33.3	7	4.3%	40	24.5%	1	0.6%	36	22.1%	3	1.8%	50	30.7%	9	5.5%	1	0.6%	26	16.0%	14	8.6%

	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	350	38.6	13	3.7%	39	11.1%	3	0.9%	28	8.0%	8	2.3%	48	13.7%	6	1.7%	2	0.6%	28	8.0%	12	3.4%
保険者	合計	136	29.5	6	4.4%	9	6.6%	1	0.7%	8	5.9%	0	0.0%	16	11.8%	3	2.2%	2	1.5%	9	6.6%	2	1.5%
	40-64	214	48.0	7	3.3%	30	14.0%	2	0.9%	20	9.3%	8	3.7%	32	15.0%	3	1.4%	0	0.0%	19	8.9%	10	4.7%

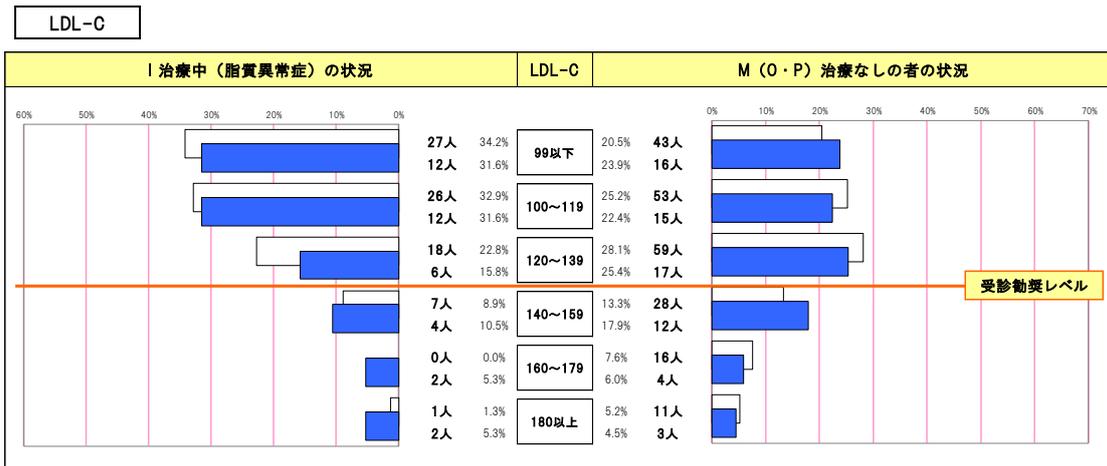
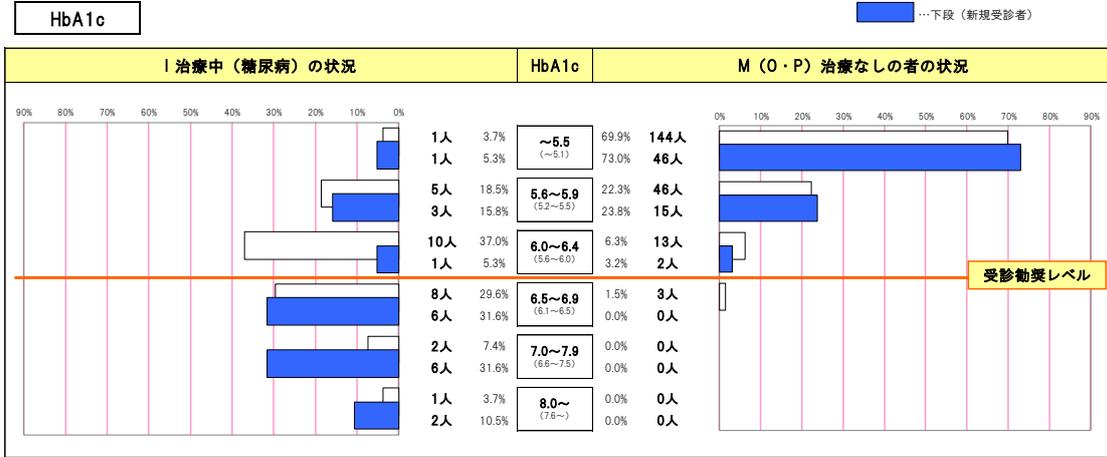
## 3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

糖尿病においては、治療中の方が治療中にも関わらずコントロールが出来ていない。血圧でも治療中のコントロールが図れていない状況があるが、治療なしの方も血圧異常が多くみられる。LDL-C に関してはハイリスク者がどちらとも多く、今後 CKD に対する対策が必要であると考えられる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段（継続受診者）  
 ■ …下段（新規受診者）



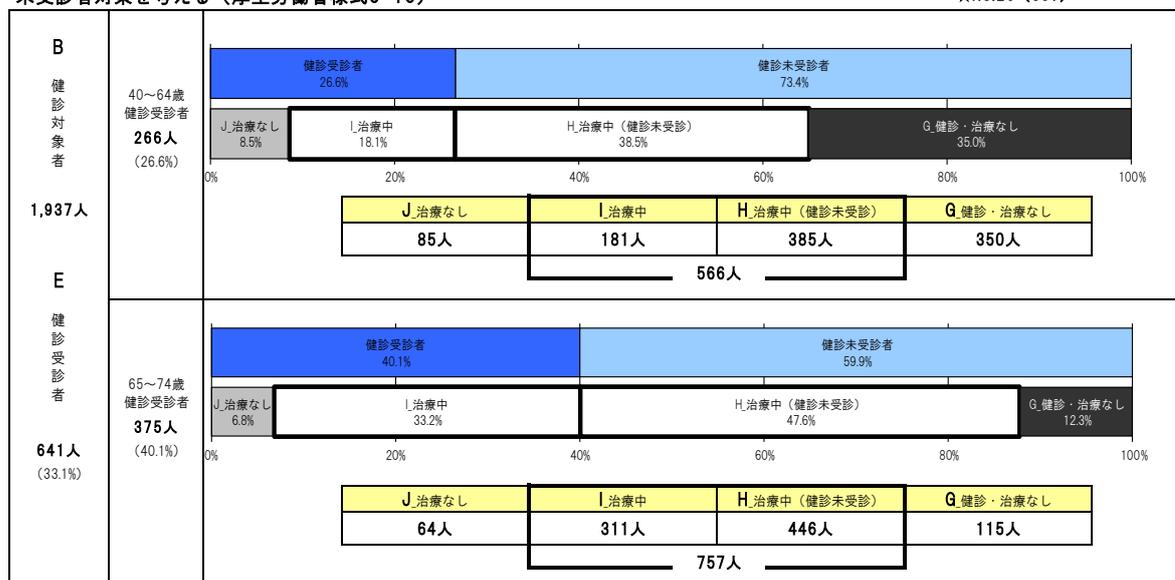
#### 4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、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%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】

#### 6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



○G\_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

	0	100,000	200,000	300,000 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費		66,228円		
健診未受診者の生活習慣病治療費			249,589円	

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10%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、瀬戸内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。其々の目標については、健康課題に対応して年度ごとの目標を設定する。【図表44】

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

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

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

さらに生活習慣病は自覚症状がなく経過しやすい。まずは広く町民に本町の疾病の特徴や医療費の現状などを周知していき、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施していく。現状を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	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	65%	70%	75%	80%	85%

### 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	1910人	1840人	1800人	1760人	1710人	1650人
	受診者数	669人	736人	810人	880人	941人	990人
特定保健指導	対象者数	85人	90人	95人	100人	105人	110人
	受診者数	51人	58人	67人	75人	84人	94人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(すこやか福祉センター)
- 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、市町村のホームページに掲載する。

#### (4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

#### (5)実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。

#### (6)医療機関との適切な連携

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

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

#### (7)代行機関

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

#### (8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

【図表 22】

##### 年間スケジュール

<b>健診の案内方法</b> 特定健診受診券を発行し郵送する。脱漏健診時にはハガキで受診勧奨。 ホームページ及び広報誌、FM放送での広報。  健康づくり推進員からの受診勧奨。医療機関による受診勧奨。	
<b>健診実施スケジュール</b>	
4 月～翌年 3 月	: 医療機関による個別健診開始
5 月～翌年 9 月	: 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
7 月～翌年 3 月	: 特定健診実施（集団 3 回 計10回） 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 : 予算案作成
2 月～3 月	: 受診結果の把握と次年度受診券準備（健診対象者の抽出、印刷）

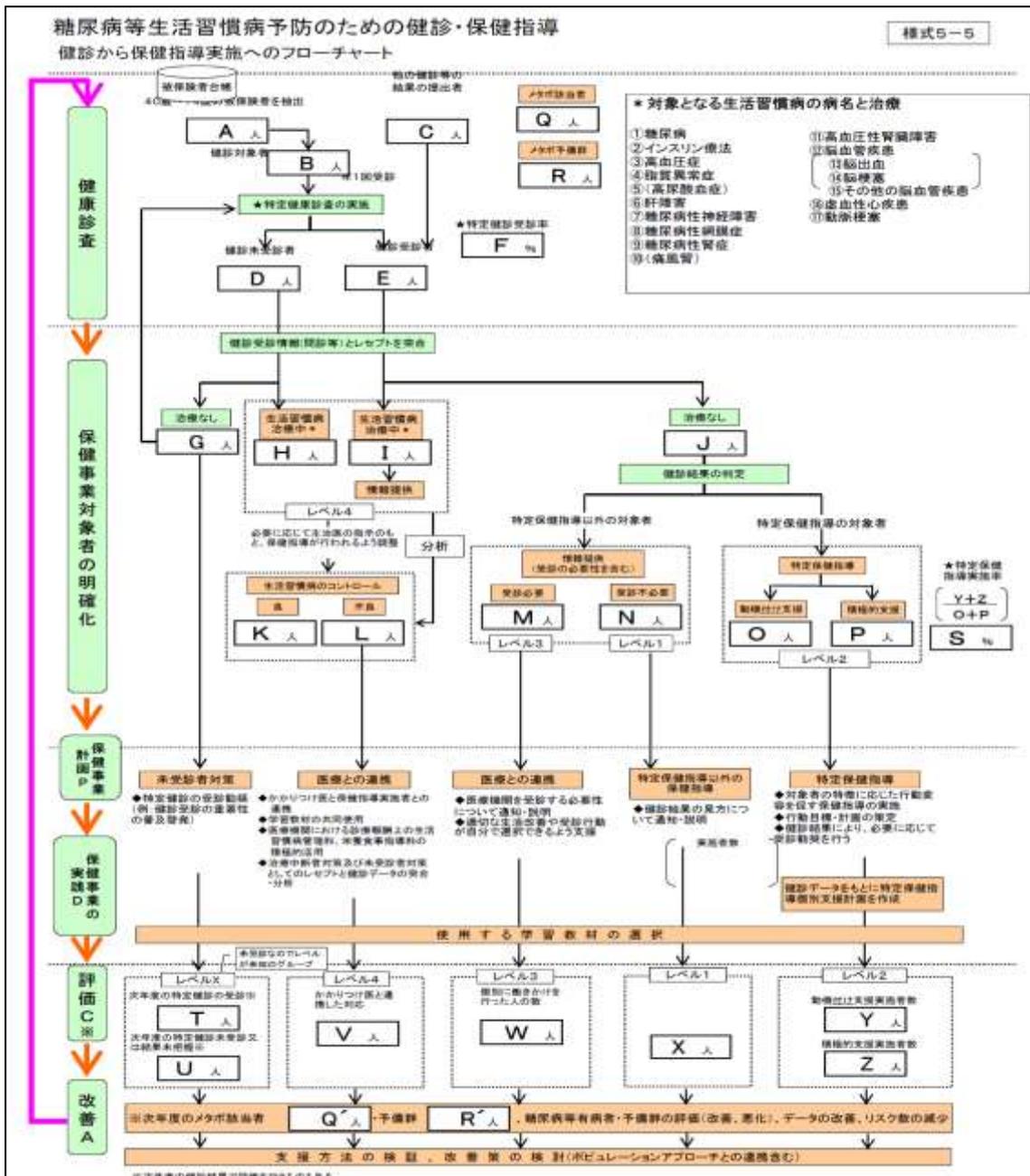
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生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】



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

【図表 24】

優先 順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	H30 年度 対象者数見込 (受診者の〇%)	目標 実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	85 人 (12.7)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	148 人 (20.0)	HbA1c6.5 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 ・健診受診の重要性の普及啓発 ・健康づくり推進員、各地区長との連携 ・在宅看護師の活用	1241 人 ※受診率目標 達成までにあ と 200 人	16.1%
4	N	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 (疾病リスクとの関係で検査値の意味について説明及び生活習慣についてのアドバイス)	150 人 (22.4)	50%
5	I	情報提供	◆個人へのわかりやすい情報提供 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	300 人 (44.8)	30%

※（様式 5-5 を基に）H28 年度対象者割合で、H30 年度対象者数見込



## 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瀬戸内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、瀬戸内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。具体的には保健指導対象となる血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためにはポピュレーションアプローチと重症化予防を組み合わせる必要がある。

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したり、生活習慣病の予防や疾病予防について学習する場の提供を行う。また、努力者支援制度における個人へのインセンティブを図りながら、住民主体の健康で自立した地域づくりを目指す。

重症化予防としては、脳血管疾患発症や生活習慣病による新規透析導入者の抑制を目指し、健康教室の充実や医療機関と連携を図った個別保健指導、医療機関未受診者対策を行い、ハイリスク者により焦点を当てた事業展開をしていく。

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

### II 重症化予防の取組

#### 1. 糖尿病性腎症重症化予防

##### 1) 基本的な考え方

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

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

【図表 26】

## 【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

\* 平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては鹿児島県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
  - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
  - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### (2) 選定基準に基づく該当数の把握

#### ① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>※2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>※3</sup>	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 <sup>※4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>※5</sup>	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。瀬戸内町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

## 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)

瀬戸内町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 72 人(24%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 584 人中のうち、特定健診受診者が 208 人(35.6%・G)であったが、20 人(9.6%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 376 人(64.4%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者144人中 46 人は治療中断であることが分かった。また、98 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 より瀬戸内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)・・・72 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・66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)・・・188人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

### 優先順位3

#### 【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・98 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

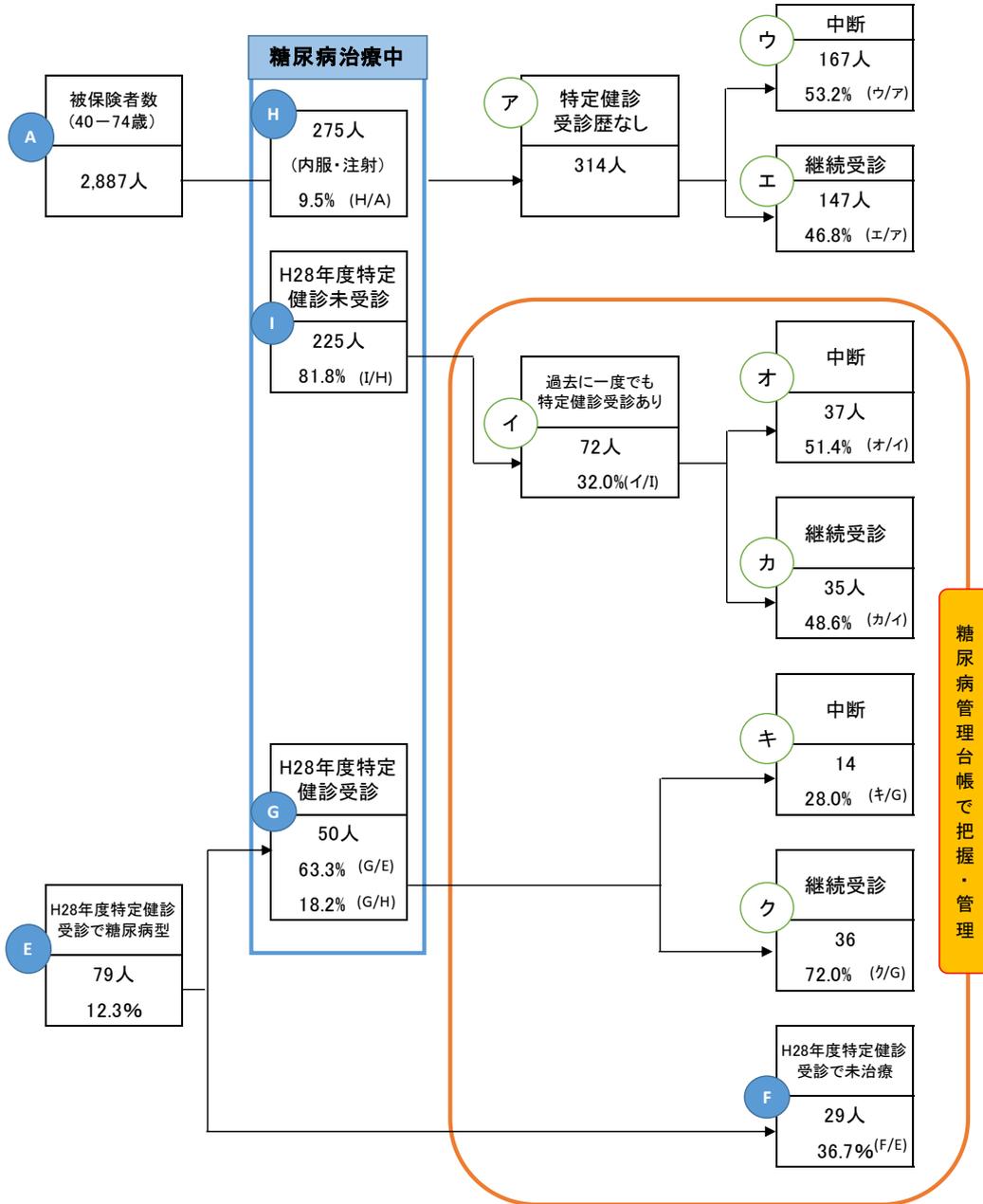
・医療機関と連携した保健指導

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)

瀬戸内町

【図表28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



※特定健診受診歴なし(糖尿病治療中)は、新医療費分析システム抽出データ(糖尿病被保険者一覧)を使用  
 ※中断の条件は、H29.8月~H29.10月に糖尿病レセがなかった者とした

### 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、担当地区ごとに作成し管理していく。

#### 【糖尿病管理台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

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

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

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……29 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……28 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。瀬戸内町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ヘモグロビンA1cとは</li> <li>2. 糖尿病の治療の進め方</li> <li>3. 健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>4. HbA1cと体重の変化</li> <li>5. HbA1cとGFRの変化</li> <li>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？             <ol style="list-style-type: none"> <li>①糖尿病による網膜症</li> <li>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…～</li> <li>③糖尿病性神経障害とそのすすみ方</li> <li>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～</li> </ol> </li> <li>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)</li> </ol>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？</li> <li>10. 糖尿病のタイプ</li> <li>11. インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>13. 私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>14. なぜ体重を減らすのか</li> <li>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>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？</li> <li>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>18. 腎臓は</li> <li>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>22. 血圧を下げる薬と作用</li> <li>□ 食の資料 … 別資料</li> </ol>
<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>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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>26. ビグアナイド薬とは</li> <li>27. チアゾリジン薬とは</li> <li>28. SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## (2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し、尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

### (2) 治療中の者への対応

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

## 6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 7) 評価

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

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 m<sup>2</sup>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

4月～翌年3月末 医療機関で個別健診開始

6月～個別健診受診後の結果と請求が役場へ到着。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)

9月 集団検診受診者内から対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

9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。瀬戸内町において健診受診者657人のうち、心電図検査を実施した者は437名、ST所見があったのは12人であった(図表30)。ST所見あり12人中のうち、その後の受診状況をみると3人は未受診であった(図表31)。医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの人へは、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。

瀬戸内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。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)							
	人	%	ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)			
			人	%	人	%	人	%		
平成28年度	657	100	473	72.0	12	2.5	133	28.1	328	69.3

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
12	100	7	58.3	7	100	0	0

② 心電図以外からの把握

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

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		
	657	12	133	328	184	
		1.8	20.2	49.9	28.0	
メタボ該当者	134 20.4%	1 0.7%	39 29.1%	44 32.8%	50 37.3%	
メタボ予備群	111 16.9%	2 1.8%	20 18.0%	62 55.9%	27 24.3%	
メタボなし	412 62.7%	9 2.2%	74 18.0%	222 53.9%	107 26.0%	
LDL	140-159	48 7.3%	1 2.1%	5 10.4%	32 66.7%	10 20.8%
	160-179	25 3.8%	0 0.0%	5 20.0%	13 52.0%	7 28.0%
	180-	14 2.1%	0 0.0%	3 21.4%	9 64.3%	2 14.3%

【参考】

CKD	G3aA1~	87	1	24	45	17
		13.2%	1.1%	27.6%	51.7%	19.5%

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

#### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも 15 秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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

4月～翌年3月末 医療機関で個別健診開始

6月～個別健診受診後の結果と請求が役場へ到着。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)

9月 集団検診受診者内から対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

### 3. 脳血管疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

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

【脳卒中の分類】

【図表 34】

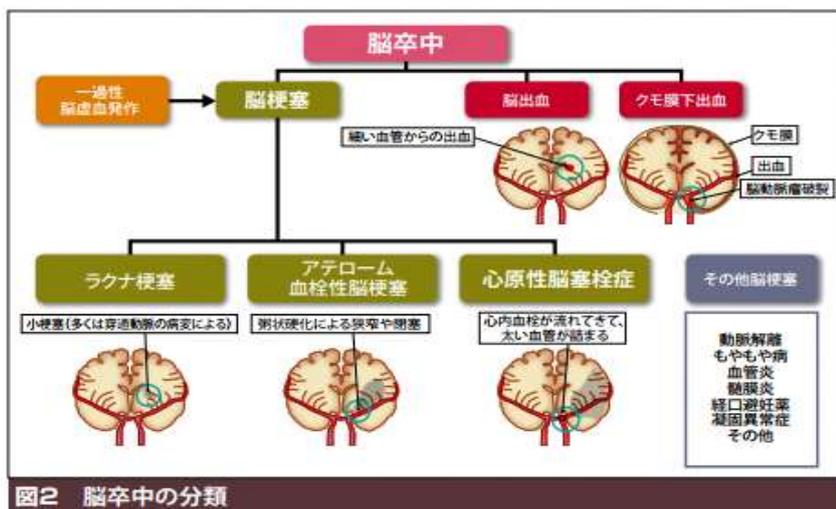


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

## 2) 対象者の明確化

### (1) 重症化予防対象者の抽出

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

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○	○							
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○							
	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタリックシント ローム	慢性腎臓病(CDK)								
特定健診受診者における重症化予 防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上	eGFR50未満 (70歳以上40未満)							
受診者数		13人	3.7%	24人	6.9%	11人	3.2%	3人	0.9%	104人	29.8%	7人	2.0%	12人	3.4%
治療なし		5人	2.6%	10人	3.7%	10人	3.7%	2人	1.3%	18人	11.4%	0人	0.0%	5人	3.4%
治療あり		2人	15.4%	2人	8.3%	3人	27.3%	1人	33.3%	18人	17.3%	0人	0.0%	0人	0.0%
臓器障害あり		1人	5.1%	1人	38.9%	1人	1.3%	2人	0.5%	1人	45.0%	0人	3.7%	5人	4.8%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0人		0人		1人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		0人		1人		0人		0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		0人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	1人		1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13人(3.7%)であり、5人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(5.1%)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2人(15.4%)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】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

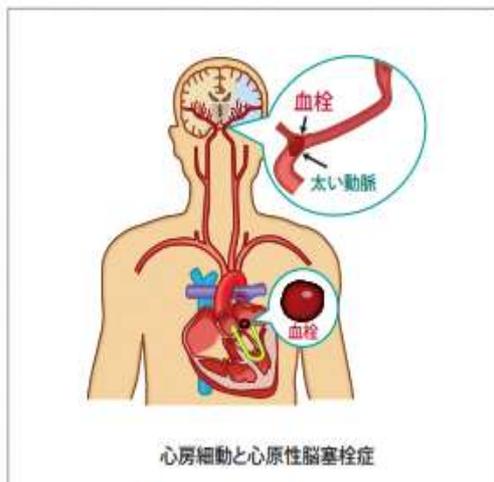
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)							低リスク群	中リスク群	高リスク群
	至適血圧 ~119 / ~79	正常血圧 120~129 / 80~84	正常高値血圧 130~139 / 85~89	I度高血圧 140~159 / 90~99	II度高血圧 160~179 / 100~109	III度高血圧 180以上 / 110以上				
	192	84	48	31	24	4	1	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
	43.8%	25.0%	16.1%	12.5%	2.1%	0.5%				
リスク第1層	18	9	5	4	0	0	0	0	10	19
	9.4%	10.7%	10.4%	12.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.2%	9.9%
リスク第2層	99	49	25	12	10	3	0	--	10	3
	51.6%	58.3%	52.1%	38.7%	41.7%	75.0%	0.0%	--	100.0%	15.8%
リスク第3層	75	26	18	15	14	1	1	--	--	16
	39.1%	31.0%	37.5%	48.4%	58.3%	25.0%	100.0%	--	--	84.2%
再掲 重複あり	糖尿病	22	10	4	3	5	0	0		
		29.3%	38.5%	22.2%	20.0%	35.7%	0.0%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	24	7	6	5	4	1	1		
		32.0%	26.9%	33.3%	33.3%	28.6%	100.0%	100.0%		
	3個以上の危険因子	45	14	9	11	11	0	0		
		60.0%	53.8%	50.0%	73.3%	78.6%	0.0%	0.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



(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。

【図表 38】

## 特定健診における心房細動有所見者状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	211	262	4	1.9	3	1.1	-	-
40歳代	27	22	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	28	37	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	115	150	2	1.7	3	2.0	1.9	0.4
70～74歳	41	53	2	4.9	0	0.0	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

\* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

## 心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
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代女性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心電図検査の全数実施が望まれる。

## 3) 保健指導の実施

## (1) 受診勧奨及び保健指導

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

## (2) 対象者の管理

### ① 高血圧者の管理

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

### ② 心房細動の管理台帳

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

## 4) 医療との連携

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

## 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

## 6) 評価

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

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

### (1) 短期的評価

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

## 7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

4月～翌年3月末 医療機関で個別健診開始

6月～個別健診受診後の結果と請求が役場へ到着。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)

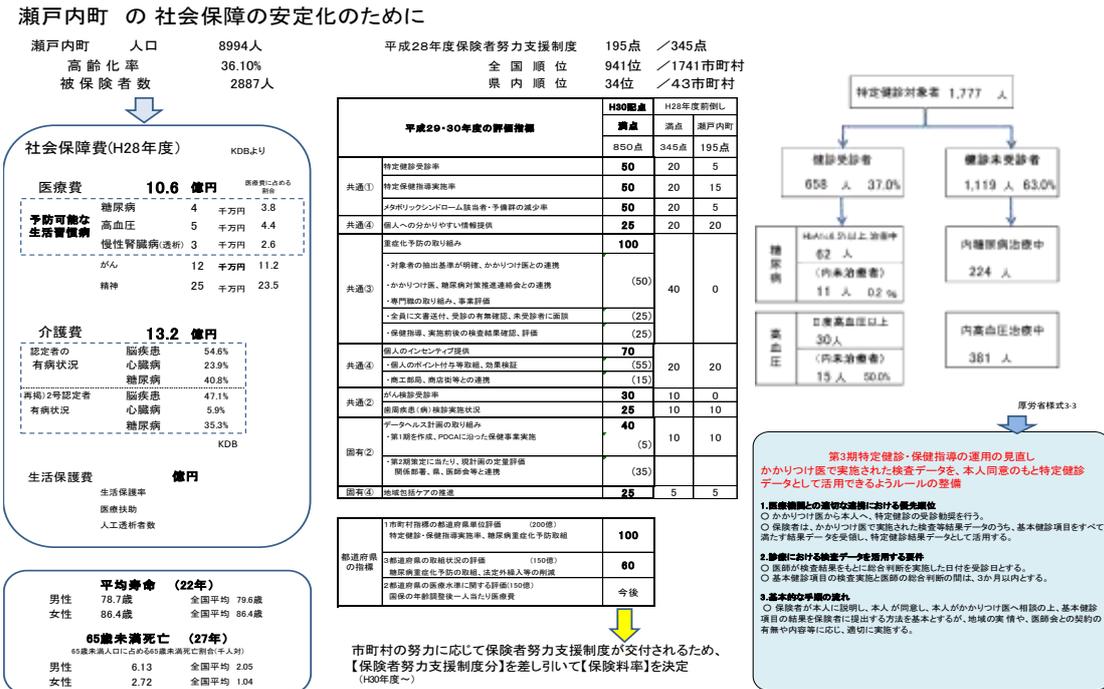
9月 集団検診受診者内から対象者の抽出、介入方法、実施方法の決定

9月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

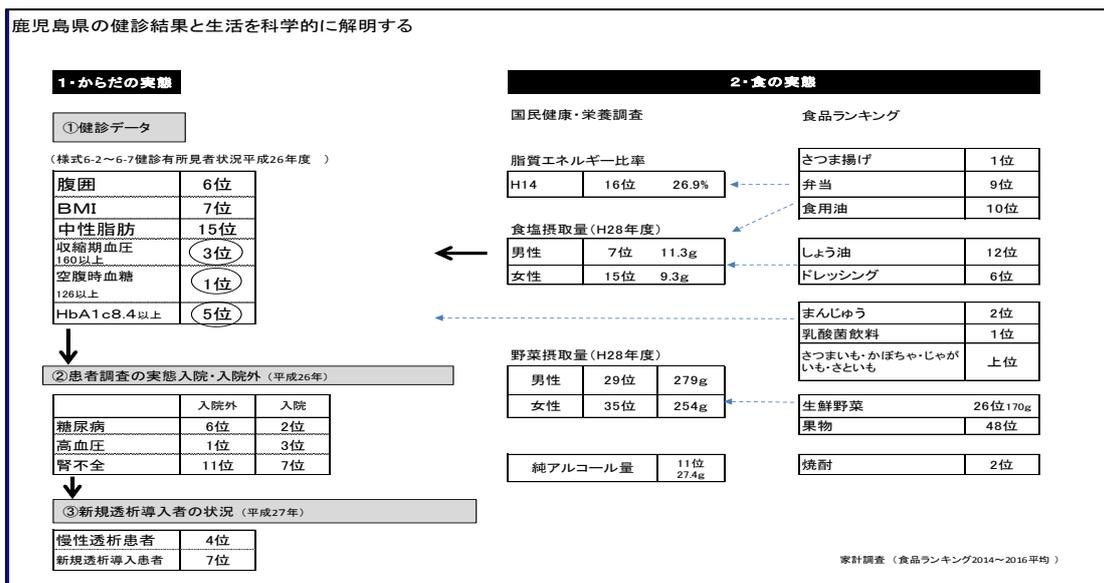
### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 40】



【図表 41】



## 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、国保加入者のみならず、町民全体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。その為には幼少期、学童期、成人期の各ライフステージにおける生活習慣病予防について取り組みが必要であり、それと同時に健康に暮らせる地域づくりも必要である。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75歳以上割合が2040年23.9%となり、4人に1人が後期高齢者になる。75歳以上人口の将来推計は、2010年の人口を100としたときの指数で2040年が124と全国より低い指数となっているが、本県は総人口も減少するため後期高齢者の割合が高い状態で推移する。瀬戸内町においては、県より高い水準で推移し、2040年には3人に1人が後期高齢者となる。(図表42)

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表42】



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（H25.3月推計）」

#### 前期高齢者の市町村国保に占める割合

【図表 43】

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

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

高齢期は個人において健康格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ことが必要である。その為には医療・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。庁舎内においては、地域支援係や介護係、福祉係との連携を図り、外部機関では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に参画し、地域で元気に自立して暮らしていく町民を増やしていくことを目指す。

## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料10・11）

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

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・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、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

### 3. 目標管理一覽

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

【図表 44】

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					現状値の把握方法	
				H28	H29	H30	H31	H32		
特定保健指導	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	33.7%					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	58.2%						
データヘルス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血糖者の割合が5%、高血圧者の割合12.7%で県内、同規模と比較して高い</li> <li>・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の40.1%を占めており、増加している。</li> <li>・脂質異常者の割合が増加している</li> <li>・高齢化に伴い、筋・骨格系の疾患が増加している。</li> </ul>	適正受診を推進し、重症化して入院する患者を減らす	入院医療費の割合を国並みの39%とする	61.2%					KDBシステム	
			必要な医療動員を行い入院外医療費を伸ばす60.1%	38.8%						
			脳血管疾患の総医療費に占める割合0.8%減少	1.8%						
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.5%減少	1.3%						
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少1%	2.7%						
			健診受診者の高血圧の割合減少10%(130/90以上)	27.8%						
			健診受診者の脂質異常者の割合減少5%(LDL160以上)	9.6%						
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少3%(HbA1c6.5以上)	6.1%						
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	37.5%						
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合7%	10.3%						
保険者努力支援制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本腸がんによる死亡率が国と比較して高い。</li> </ul>	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の併健指導を実施した割合60%以上	12.5%					瀬戸内町健康増進計画	
			がん検診受診率 胃がん検診 10%以上	7.2%						
			肺がん検診 30%以上	23.2%						
			大腸がん検診 20%以上	13.4%						
			子宮頸がん検診 35%以上	25.6%						
後発医薬品の使用により、医療費の削減	<ul style="list-style-type: none"> <li>・数量シェアH28年度82.3%</li> </ul>	自己の健康に関心を持つ住民が増える	乳がん検診 20%以上	9.2%					瀬戸内町保健福祉課 厚生労働省公表結果	
			健康ポイントの取組みを行う実施者の割合70%以上	55.0%						
			後発医薬品の使用割合40%以上	82.3%						

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

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

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

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

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

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた瀬戸内町の位置

瀬戸内町

項目		H25		H28		H28同規模平均		H28県		H28国		データ元 (CSV)	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	9,857		9,857		1,815,204		1,691,041		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）	3,355	34.0	3,355	34.0	575,561	31.7	449,078	26.6	29,020,766		23.2
		75歳以上	2,184	22.2	2,184	22.2			251,927	14.9	13,989,864		11.2
		65～74歳	1,171	11.9	1,171	11.9			197,151	11.7	15,030,902		12.0
		40～64歳	3,478	35.3	3,478	35.3			572,168	33.8	42,411,922		34.0
	39歳以下	3,024	30.7	3,024	30.7			669,795	39.6	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	9.7		9.7		18.4		10.4		4.2	KDB_NO.3	
		第2次産業	13.6		13.6		25.5		19.6		25.2	健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第3次産業	76.8		76.8		56.1		70.0		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.7		78.7		79.4		79.2		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.4		86.4		86.4		86.3		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.2		64.2		65.2		64.8		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	65.9		65.9		66.7		66.6		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	101.5	109.1	104.8	102.1	100				KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	91.3	85.1	100.8	99.4	100						
		がん	50	49.5	49	48.5	6,817	45.1	5,546	46.2	367,905		49.6
		心臓病	17	16.8	24	23.8	4,392	29.1	3,146	26.2	196,768		26.5
		脳疾患	25	24.8	20	19.8	2,661	17.6	2,166	18.0	114,122		15.4
		糖尿病	2	2.0	0	0.0	274	1.8	233	1.9	13,658		1.8
		腎不全	7	6.9	6	5.9	548	3.6	560	4.7	24,763		3.3
	自殺	0	0.0	2	2.0	409	2.7	355	3.0	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	26	14.7	28	16.8			2222	10.4		厚労省HP 人口動態調査	
		男性	18	20.4	20	20.6			1514	14.6			
女性		8	5.8	8	11.4			708	6.4				
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	843	25.9	782	23.7	114,751	20.1	99,733	22.2	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	7	0.3	8	0.2	1,910	0.3	1,613	0.3	105,636	0.3	
	2号認定者	20	0.5	17	0.5	2,325	0.4	2,237	0.4	151,813	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	182	20.8	155	19.7	25,230	21.2	22,589	22.0	1,350,152	22.1	
		高血圧症	532	61.3	494	61.8	64,783	54.6	60,158	58.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	250	28.8	236	30.5	31,854	26.7	29,779	28.9	1,741,866	28.4	
		心臓病	567	66.4	538	66.9	73,398	61.9	69,010	67.5	3,529,682	58.0	
		脳疾患	319	37.4	274	35.0	33,188	28.2	35,809	35.2	1,538,683	25.5	
		がん	90	12.4	113	13.4	11,653	9.7	11,405	11.1	631,950	10.3	
		筋・骨格	505	57.7	493	60.9	63,731	53.7	61,746	60.5	3,067,196	50.3	
		精神	263	31.4	297	35.7	44,036	37.1	41,682	40.5	2,154,214	35.2	
	再掲)認知症	130	15.8	179	21.2	27,878	23.1	28,189	27.1	1,350,588	21.9		
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費	457,112	1,538,609.513	392,495	1,316,822.256	313,982	1,000,000.000	331,923	1,000,000.000	310,082	—	
1件当たり給付費 (全体)		69,656		64,091		70,589		65,532		58,284			
居宅サービス		37,279		38,537		40,981		43,003		39,662			
施設サービス		274,730		268,313		275,251		284,004		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	認定あり	13,240	9,048	8,457	8,789	7,980						
	認定なし	4,581	4,984	4,122	4,245	3,816							
4	① 国保の状況	被保険者数	3,210	2,832	492,460	423,755	32,587,223					KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	907	28.3	994	35.1			170,126	40.1	12,462,053		38.2
		40～64歳	1,454	45.3	1,140	40.3			147,782	34.9	10,946,693		33.6
		39歳以下	849	26.4	698	24.6			105,847	25.0	9,178,477		28.2
		加入率	32.6	28.7	27.7	25.1	26.9						
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	0.6	2	0.7	144	0.3	256	0.6	8,255	0.3	
		診療所数	11	3.4	11	3.9	1,108	2.2	1,406	3.3	96,727	3.0	
		病床数	272	84.7	272	96.0	15,468	31.4	34,275	80.9	1,524,378	46.8	
		医師数	12	3.7	11	3.9	1,575	3.2	4,300	10.1	299,792	9.2	
		外来患者数	558.0	559.5	660.2	710.0	668.1						
入院患者数	39.8	45.9	22.7	29.9	18.2								
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,306	県内24位 同規模55位	30,865	県内22位 同規模34位	26,488	30,549	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	597.777		605.399		682.952		739.897		686.286			
	外来	費用の割合	42.9		38.8		56.6		52.2		60.1		
		件数の割合	93.3		92.4		96.7		96.0		97.4		
	入院	費用の割合	57.1		61.2		43.4		47.8		39.9		
		件数の割合	6.7		7.6		3.3		4.0		2.6		
	1件あたり在院日数	21.0日		19.9日		16.3日		18.7日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	がん	92,283,840	15.1	119,411,570	18.9	24.1	20.7	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)	30,135,280	4.9	28,161,280	4.4	9.1	12.6	9.7					
	糖尿病	34,869,990	5.7	40,571,740	6.4	10.2	8.3	9.7					
	高血圧症	74,926,960	12.3	46,883,380	7.4	9.2	7.2	8.6					
	脂質異常症	23,454,030	3.8	20,972,480	3.3	5.0	3.6	5.3					
	脳梗塞・脳出血	37,174,930	6.1	18,655,840	3.0	4.1	4.7	4.0					
	狭心症・心筋梗塞	17,280,950	2.8	13,705,060	2.2	3.5	3.2	3.7					
	精神	202,361,770	33.2	250,101,500	39.5	17.5	23.4	16.9					
筋・骨格	81,256,430	13.3	87,823,920	13.9	16.1	15.1	15.2						

項目		保険者		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)			
		費用額	件数	費用額	件数										
4	⑤	左/費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	496,136	268	476,260	249					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
				高血圧	477,716	479	474,338	476							
				脂質異常症	426,249	229	437,446	234							
				脳血管疾患	478,719	166	481,935	171							
				心疾患	563,003	77	578,588	81							
				腎不全	644,110	69	606,623	79							
				精神	362,647	704	366,266	817							
				悪性新生物	521,097	200	576,294	215							
				外来	糖尿病	31,246	3,817	28,985	3,468						
					高血圧	26,112	9,184	25,107	8,258						
					脂質異常症	24,906	5,680	26,921	5,135						
					脳血管疾患	34,104	1,814	28,681	1,604						
					心疾患	31,133	1,288	36,654	1,222						
					腎不全	150,438	365	120,267	412						
精神	28,648	2,345	30,335		2,404										
悪性新生物	34,474	1,928	36,397	1,895											
⑥	健診有無別 一人当たり 医療費	生活習慣病一人 当たり医療費	健診受診者 42,090	健診未受診者 192,501	66,228	249,589	88,243	262,304	100,364	274,511	79,159	238,237	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
		項目	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	データ元 (CSV)		
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	437	63.4	352	54.6	87,076	57.0	68,465	54.8	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
		医療機関受診率	400	58.1	315	48.8	79,315	51.9	64,096	51.3	4,069,618	51.5			
		医療機関非受診率	37	5.4	37	5.7	7,761	5.1	4,369	3.5	357,742	4.5			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数45	健診受診者	689		645		152,769		124,862		7,898,427		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			受診率	31.2	県内42位 同規模194位	33.5	県内42位 同規模203位	43.7	43.1	全国8位	36.4				
				初回	200	29.0	132	20.5	18,058	11.8	16,672	13.4	1,237,550		15.7
			特定保健指導終了者 (実施時)	42	44.7	31	34.8	8,036	41.1	13,520	33.4	511,151	50.0		
			非肥満高血糖	36	5.2	47	7.3	15,303	10.0	11,552	9.3	737,886	9.3		
			メタボ	該当者	146	21.2	134	20.8	27,745	18.2	23,163	18.6	1,365,855		17.3
				男性	96	28.2	86	29.2	19,338	27.2	15,563	28.5	940,335		27.5
				女性	50	14.4	48	13.7	8,407	10.3	7,600	10.8	425,520		9.5
				予備群	99	14.4	108	16.7	17,604	11.5	14,588	11.7	847,733		10.7
			メタボ 該当・予 備群レ ベル	総数	281	40.8	279	43.3	51,074	33.4	42,303	33.9	2,490,581		31.5
					男性	191	56.0	179	60.7	35,501	50.0	28,019	51.4		1,714,251
				BMI	90	25.9	100	28.6	15,573	19.1	14,284	20.3	776,330		17.3
					女性	26	7.5	39	11.1	5,303	6.5	4,982	7.1		259,425
				総数	45	6.5	46	7.1	9,243	6.1	6,625	5.3	372,685		4.7
				男性	8	2.3	5	1.7	1,548	2.2	1,020	1.9	59,615		1.7
				女性	37	10.6	41	11.7	7,695	9.4	5,605	8.0	313,070		7.0
				血糖のみ	5	0.7	8	1.2	1,199	0.8	937	0.8	52,296		0.7
				血圧のみ	85	12.3	82	12.7	12,440	8.1	10,832	8.7	587,214		7.4
				脂質のみ	9	1.3	18	2.8	3,965	2.6	2,819	2.3	208,214		2.6
血糖・血圧	24	3.5		19	2.9	4,996	3.3	4,388	3.5	212,002	2.7				
血糖・脂質	1	0.1		6	0.9	1,510	1.0	1,104	0.9	75,032	0.9				
血圧・脂質	71	10.3		75	11.6	12,772	8.4	10,659	8.5	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質	50	7.3		34	5.3	8,467	5.5	7,012	5.6	415,310	5.3				
6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況		服薬	高血圧	293	42.8	278	43.1	54,561	35.7	50,390	40.4	2,650,283	33.6
			糖尿病		53	7.7	51	7.9	12,934	8.5	12,088	9.7	589,711	7.5	
			脂質異常症		153	22.3	135	20.9	34,459	22.6	28,308	22.7	1,861,221	23.6	
			既往歴	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	21	3.1	16	2.5	4,709	3.3	6,252	5.1	246,252	3.3	
				心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	26	3.8	40	6.2	8,283	5.7	9,034	7.4	417,378	5.5	
				腎不全	4	0.6	1	0.2	1,808	1.2	959	0.8	39,184	0.5	
				貧血	63	9.2	63	9.8	12,100	8.4	10,539	8.6	761,573	10.2	
			喫煙	106	15.5	93	14.4	23,837	15.6	14,067	11.3	1,122,649	14.2		
			週3回以上朝食を抜く	110	16.1	96	14.9	10,687	7.7	9,919	8.1	585,344	8.7		
			週3回以上食後間食	103	15.0	114	17.7	18,294	13.1	13,431	11.0	803,966	11.9		
			週3回以上就寝前夕食	162	23.7	141	21.9	22,957	16.4	21,086	17.3	1,054,516	15.5		
			食べる速度が速い	211	30.8	212	32.9	37,935	27.2	30,003	24.6	1,755,597	26.0		
			20歳時体重から10kg以上増	260	38.0	270	41.9	46,884	33.5	41,664	34.1	2,192,264	32.1		
			1回30分以上運動習慣なし	332	48.5	298	46.2	92,124	65.7	67,654	55.3	4,026,105	58.8		
1日1時間以上運動なし	201	29.3	166	25.7	67,794	48.5	54,729	44.8	3,209,187	47.0					
睡眠不足	153	22.4	163	25.5	32,751	23.6	26,766	22.0	1,698,104	25.1					
毎日飲酒	204	29.8	181	28.1	37,751	26.0	31,047	25.3	1,886,293	25.6					
時々飲酒	181	26.4	172	26.7	31,060	21.4	26,092	21.3	1,628,466	22.1					
一日 飲酒 量	1合未満	204	48.7	215	53.8	57,553	59.5	45,862	62.9	3,333,836	64.0				
	1~2合	146	34.8	135	33.8	25,692	26.5	20,515	28.1	1,245,341	23.9				
	2~3合	52	12.4	40	10.0	10,133	10.5	5,557	7.6	486,491	9.3				
	3合以上	17	4.1	10	2.5	3,402	3.5	1,012	1.4	142,733	2.7				



【参考資料 3】

糖尿病管理台帳  
(HbA1c6.5以上)

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

※糖尿病疑義は問診結果による  
※「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・死亡者	備考欄 1	備考欄 2	備考欄 3	備考欄 4	備考欄 5	
1		H25		0			男	54		糖尿病	服薬	○	○			○	鹿児島県大島郡瀬戸内町大字古仁屋字宮前3番地1	○	サンプル 国保病院	宮前	23396	
										高血圧	HbA1c	9.9	7.1			8.4						
										虚血性心疾患	糖	体重										
										脳血管疾患	糖以外	BMI	27.4	29.3								30.5
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	136/106	126/92								130/72
											GFR											
											CKD	尿蛋白	±	+								+
											糖尿病	服薬	○	○	○	○						○
2		H25		0			男	54		糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	鹿児島県大島郡瀬戸内町大字龍川464番地	○	大島郡 医師会	篠川	23413	
										高血圧	HbA1c	9.2	6.6	6.6	6.7	7.1						
										虚血性心疾患	糖	体重										
										脳血管疾患	糖以外	BMI	26.7	24.6	26.1	25.6						25.9
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	121/71	110/80	105/67	98/64						114/76
											GFR	112.4	113.9			85						100.6
											CKD	尿蛋白	-	-	-	-						-
											糖尿病	服薬	○	○	○	○						○
3		H25		0			女	56		糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	鹿児島県大島郡瀬戸内町大字龍川543番地	○	大島郡 医師会	篠川	22374	
										高血圧	HbA1c	6.6	6	6.1	5.9	6.6						
										虚血性心疾患	糖	体重										
										脳血管疾患	糖以外	BMI	23.3	22.1	22.6	22.1						22.5
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	122/82	112/78	126/84	113/79						112/82
											GFR	98.5	109.9	101.9		92.8						98.5
											CKD	尿蛋白	-	-	-	-						-
											糖尿病	服薬	○	○	○	○						○
4		H25		0			女	60		糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	鹿児島県大島郡瀬戸内町大字古仁屋字春日7番地16	○	サンプル 国保病院	春日	21100	
										高血圧	HbA1c	6.6		6.7		6.4						
										虚血性心疾患	糖	体重										
										脳血管疾患	糖以外	BMI	19.9		19.6							19.4
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	123/84		120/82							128/70
											GFR											
											CKD	尿蛋白	++		+							++
											糖尿病	服薬	○	○	○	○						○
5		H25		0			男	60		糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	鹿児島県大島郡瀬戸内町大字古仁屋字松江17番地15	○	大島郡 医師会	松江	20922	
										高血圧	HbA1c	6.9	5.7	6.3	6.3	6.6						
										虚血性心疾患	糖	体重										
										脳血管疾患	糖以外	BMI	22.4	21.6	21.7	21						21.5
										糖尿病性腎症	糖以外	血圧	110/72	114/78	116/84	102/64						98/60
											GFR	71.2	87.1	82.9	82.5	82.1						
											CKD	尿蛋白	±	-	-	-						-
											糖尿病	服薬	○	○	○	○						○

【参考資料 4】

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

H29年度

担当名：田村・西田・満

	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
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数 ( A+B ) (142) 人		
	A 健診未受診者 (91) 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
	結果把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	後期高齢者、社会保険
	①国保(生保) 57人 (生保2人)	3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導	
	②後期高齢者 17人	○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医
	③他保険 9人	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	
	④住基異動(死亡・転出) 8人	○経年データ、治療状況に応じた保健指導	尿アルブミン検査の継続
	⑤確認できず 0人	○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	栄養士中心
	①-1未治療者(中断者含む) (25) 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		腎専門医
	B 結果把握 (51) 人		
① HbA1cが悪化している (14) 人 HbA1c 7.0以上で昨年度より悪化している (2) 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			
② 尿蛋白 (-) (32) 人 (±) (12) 人 (+) ~ 顕性腎症 (6) 人			
③ eGFR値の変化 1年で 25% 以上低下 (0) 人 1年で 5ml/分/1.73m <sup>2</sup> 以上低下 (6) 人			

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	9	都道府県	鹿児島県	市町村名	瀬戸内町	
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	2,887人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	2,183人							
2	①	対象者数	1,911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	644人							
	③	受診率	33.7%							
3	①	特定保健指導 対象者数	89人						特定健診結果	
	②	実施率	47.2%							
4	①	糖尿病型	E	79人	12.3%					
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	29人	36.7%					
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	50人	63.3%					
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	23人	46.0%					
	⑤	血圧 130/80以上	J	12人	52.2%					
	⑥	肥満 BMI25以上	J	13人	56.5%					
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	27人	54.0%					
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	57人	72.2%					
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		14人	17.7%					
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		8人	10.1%					
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%					
5	①	糖尿病受療率(被保険者対)	95.3人						KDB 厚生労働省様式様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳(被保険者対)	126.0人							
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,350件	(632.6)			1,227件	(771.8)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)
	④	( )内は被保険者対	入院(件数)	18件	(8.4)			9件	(5.4)	
	⑤	糖尿病治療中	H	275人	9.5%					KDB 厚生労働省様式様式3-2
	⑥	(再掲)40-74歳	H	275人	12.6%					
	⑦	健診未受診者	I	225人	81.8%					
	⑧	インスリン治療	O	15人	5.9%					
	⑨	(再掲)40-74歳	O	15人	5.5%					
	⑩	糖尿病性腎症	L	26人	9.5%					
	⑪	(再掲)40-74歳	L	26人	9.5%					
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.45%					
	⑬	(再掲)40-74歳		4人	1.45%					
	⑭	新規透析患者数		2人	0.70%					
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		2人	0.70%					
	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)		2人	0.4%					KDB 厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	①	総医療費	10億6446万円				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	6億3334万円				3億8078万円			
	③	(総医療費に占める割合)	59.5%				56.7%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,926円				8,685円		
	⑤	健診未受診者	36,782円				33,204円			
	⑥	糖尿病医療費	4057万円				3885万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	6.4%				10.2%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	1億0052万円							
	⑨	1件あたり	28,985円							
	⑩	糖尿病入院総医療費	1億1859万円							
	⑪	1件あたり	476,260円							
	⑫	在院日数	19日							
	⑬	慢性腎不全医療費	3343万円				3708万円			
	⑭	透析有り	2816万円				3468万円			
	⑮	透析なし	527万円				240万円			
7	①	介護給付費	13億1682万円				7億5295万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	1件 8.3%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人 0.0%				1人 1.0%		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	



虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> S T 変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感がある」 <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
	<input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症				⑥ 発症予防対象者	
<input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙						
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい経過をたどって、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。		
	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~		
	□nonHDL-C	~149	150~169	170~		
	□AST	~30	31~50	51~		
	□血糖	空腹	~99	100~125		126~
		食後	~139	140~199		200~
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~		
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~		
□血圧	収縮期	~129	130~139	140~	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g 糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比	
	拡張期	~84	85~89	90~		
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
e G F R		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□C K D重症度分類		G3aA1~				
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015



平成29年度に向けての全体評価

様式1

課題・目標		評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
課題・目標	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ストラクチャー (構造)		
<p><b>課題・目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 40%</li> <li>肥満・初発2型糖尿病患者</li> <li>脳血管疾患による新規患者を10%減らす。</li> <li>受診者の検査結果の改善</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率</li> <li>個別健診受診状況</li> <li>早期介入・保健事業の受診者状況</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防の実施状況</li> <li>保健指導実施状況</li> <li>他保健者へ対する保健指導実施状況</li> </ul> <p><b>医療との繋がり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個々の医療機関との連携状況</li> <li>協力的体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診 平成28年度特に強化を図ったことは、医療機関の協力のもと、医療機関受診者に対し、情報提供の強化と、未受診者へ情報提供の必要性の説明と用紙を送付し、かかりつけ医で情報提供がスムーズにできるように配慮。</li> <li>医療機関へ何度が説明し、医師から理解が得られるようにしたこと、医療機関全体が情報提供を提出する方向へ流れづくりができたのではなからと思ふ。しかし、医療機関で情報提供を強化したことであってか、医療機関での体制づくりが強化できたので、今後は健診も病院も未受診者の働きかけが課題である。若年者においては健診を22年度から実施しているが、受診率15%前後で経過しており、著しい増加はみられていない。今年度実施した肉休改造教室は若年層が早期離脱率が高かったため、今後は実施形態や時間等配慮し、今後も継続していく。いずれにしても、個人へのインセンティブが少くない現状であるため、インセンティブの内容を充実させていく必要あり。</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防では今まで未治療者を優先的に個別指導を実施していたが、健診後、治療中の方もなるべく介入するようにした。</li> <li>糖尿病・CKD、高血圧症の対象者を抽出し経年で結果を比較、優先順位を決め、個別にアプローチ。</li> <li>保健指導の標準化は十分でない。各々の力量や判断に任せられていたり、共通認識が図られていない現状あり。</li> </ul> <p><b>医療機関との繋がり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今後は、高血圧症も多いが糖尿病も増えている現状があるため、CKD台帳、糖尿病台帳をしっかりと活用し優先順位を決め、アプローチを継続していく。</li> <li>保健指導を行う上で、事業の目的や目標を明確にすることで隣りに繋がる。同時に保健指導の内容も具体的に標準化でき、共通認識を図る事に繋がる。いづれは国保になる町民が多い為、健康増進係と連携を図り、広報誌の活用や、運動教室の見直し等行っていく必要あり。</li> </ul> <p>今後、重症化予防を進めていく上で、町内医療機関との連携が重要になってくるのが考えられるように、各市町村協議の上進めたい。今後は名瀬管内で連携が図られるように、各市町村協議の上進めたい。町内医療機関でも、本町の取組について課題を共有し、協力が得られるような体制作りを行っていく。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関へ特定健診、情報提供の説明実施</li> <li>個々の医療機関へアプローチ状況</li> <li>ポピュレーション実施状況</li> <li>早期介入事業実施状況</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率</li> <li>個別健診受診状況</li> <li>早期介入・保健事業の受診者状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防の実施状況</li> <li>保健指導実施状況</li> <li>他保健者へ対する保健指導実施状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導実施者の受診者の健診結果状況</li> <li>保健指導後の受診状況</li> <li>経年評価</li> <li>健診結果の状況</li> </ul>	<p><b>医療との繋がり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個々の医療機関との連携状況</li> <li>協力的体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>
<p><b>課題・目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 40%</li> <li>肥満・初発2型糖尿病患者</li> <li>脳血管疾患による新規患者を10%減らす。</li> <li>受診者の検査結果の改善</li> </ul> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率</li> <li>個別健診受診状況</li> <li>早期介入・保健事業の受診者状況</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防の実施状況</li> <li>保健指導実施状況</li> <li>他保健者へ対する保健指導実施状況</li> </ul> <p><b>医療との繋がり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個々の医療機関との連携状況</li> <li>協力的体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診 平成28年度特に強化を図ったことは、医療機関の協力のもと、医療機関受診者に対し、情報提供の強化と、未受診者へ情報提供の必要性の説明と用紙を送付し、かかりつけ医で情報提供がスムーズにできるように配慮。</li> <li>医療機関へ何度が説明し、医師から理解が得られるようにしたこと、医療機関全体が情報提供を提出する方向へ流れづくりができたのではなからと思ふ。しかし、医療機関で情報提供を強化したことであってか、医療機関での体制づくりが強化できたので、今後は健診も病院も未受診者の働きかけが課題である。若年者においては健診を22年度から実施しているが、受診率15%前後で経過しており、著しい増加はみられていない。今年度実施した肉休改造教室は若年層が早期離脱率が高かったため、今後は実施形態や時間等配慮し、今後も継続していく。いずれにしても、個人へのインセンティブが少くない現状であるため、インセンティブの内容を充実させていく必要あり。</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防では今まで未治療者を優先的に個別指導を実施していたが、健診後、治療中の方もなるべく介入するようにした。</li> <li>糖尿病・CKD、高血圧症の対象者を抽出し経年で結果を比較、優先順位を決め、個別にアプローチ。</li> <li>保健指導の標準化は十分でない。各々の力量や判断に任せられていたり、共通認識が図られていない現状あり。</li> </ul> <p><b>医療機関との繋がり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>今後は、高血圧症も多いが糖尿病も増えている現状があるため、CKD台帳、糖尿病台帳をしっかりと活用し優先順位を決め、アプローチを継続していく。</li> <li>保健指導を行う上で、事業の目的や目標を明確にすることで隣りに繋がる。同時に保健指導の内容も具体的に標準化でき、共通認識を図る事に繋がる。いづれは国保になる町民が多い為、健康増進係と連携を図り、広報誌の活用や、運動教室の見直し等行っていく必要あり。</li> </ul> <p>今後、重症化予防を進めていく上で、町内医療機関との連携が重要になってくるのが考えられるように、各市町村協議の上進めたい。今後は名瀬管内で連携が図られるように、各市町村協議の上進めたい。町内医療機関でも、本町の取組について課題を共有し、協力が得られるような体制作りを行っていく。</p>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関へ特定健診、情報提供の説明実施</li> <li>個々の医療機関へアプローチ状況</li> <li>ポピュレーション実施状況</li> <li>早期介入事業実施状況</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率</li> <li>個別健診受診状況</li> <li>早期介入・保健事業の受診者状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重症化予防の実施状況</li> <li>保健指導実施状況</li> <li>他保健者へ対する保健指導実施状況</li> </ul>	<p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保健指導実施者の受診者の健診結果状況</li> <li>保健指導後の受診状況</li> <li>経年評価</li> <li>健診結果の状況</li> </ul>	<p><b>医療との繋がり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個々の医療機関との連携状況</li> <li>協力的体制づくりに向けてのアプローチ状況</li> </ul>

平成29年度事業(進捗状況)		保険者名		様式4			
P(計画)		C(評価 良くなったところ)					
D(実施)		A(改善)					
<p>平成29年度課題</p> <p><b>目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率 H29年度目標 40%</li> <li>特定健康指導実施率目標 60%</li> <li>脳血管疾患、虚血性腎疾患、糖尿病を減少させる。</li> </ul> <p><b>課題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率が低い</li> <li>高血圧、高脂血症、高血糖の人が多い</li> <li>治療中断者が多い</li> <li>医療機関と連携が不十分</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定健診受診率が低い</li> <li>受診料の負担が大きい</li> <li>アプローチが不明</li> <li>市街地以外の地区訪問が不足</li> <li>40代～50代の5年健診、病院未受診者をリストアップし、15分～20分で終わる特定健診を案内</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧者リストと糖尿病管理台帳を活用し、対象者にCKD教室開催</li> <li>対象者の自分の腎機能の値とCKDについて、今後の生活のことに評価は次年度の健診結果、病院受診状況、レポート</li> </ul>	<p>①プロセス(平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実践事項を振り返ってみる)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健診、病院未受診者の掘り起しが課題。また、継続受診していない人は毎年受診する事が習慣化することが目標。</li> <li>個別訪問が地区によっては回れていないため、訪問勧奨も動めていく。</li> <li>対象のリストアップは継続し、経年的にアプローチは続けていく。</li> <li>町内医療機関へ情報提供の強化をお願いしているが、前年度に比べて増えている。さらに情報提供の徹底が必要</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾患別の教室を開催すると、なかなか参加者は増えないが、今回は対象者に腎臓の教室ということで案内。個別での声掛けなどなかったが、参加者全員が自主的に申込み、教室へ参加してくれた。切り口を変えるもの良い効果だと思った。</li> </ul>	<p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>町内医療機関5医療機関に情報提供の強化について</li> <li>未受診者255名へスピード健診の案内地区訪問 25/54集落</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧者リスト、糖尿病管理台帳の整理と優先順位の決定</li> </ul> <p><b>医療機関との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関との連携</li> </ul>	<p>②アウトプット(事業実施量)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>町内医療機関5医療機関に情報提供の強化について</li> <li>未受診者255名へスピード健診の案内地区訪問 25/54集落</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧者リスト、糖尿病管理台帳の整理と優先順位の決定</li> </ul> <p><b>医療機関との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関との連携</li> </ul>	<p>③アウトカム(結果)</p> <p><b>未受診者対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健診未受診者の医療費の増大が以前よりあり、重症化してから病院で受診→入院という事が起こっていると考えられ、健診未受診者には今後も継続して病気の現状を伝えながら、掘り起しを行っていく必要あり。</li> <li>また、医療機関に受診している国保加入者も多いため、医療機関での情報提供が確実に実行されるように働きかけていく必要あり。病院受診者自身も一年に一回の特定健診を自覚できるようにアプローチが必要。</li> </ul> <p><b>重症化予防対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リストや管理台帳を活用し、優先順位を明確化したことで、アプローチがしやすくなったように思う。今後もツールを活用し、対象者の明確化と重症化予防に重点を置く必要がある。</li> <li>また、誰が誰をアプローチしていくかという体制づくりを見直し、在宅専門職などの人材の活用を可能な限り行っていく必要がある。</li> </ul> <p><b>医療機関との連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関との繋がりが町内医療機関としか所でも連携が図れ始めたのは良かったと思う。糖尿病管理手帳も利用しながら他医療機関と連携が図れるようになっていきたい。</li> <li>今後は名瀬管内で郡医師会と足並みを揃えて重症化予防が図れるように事例検討など行っていく予定。</li> </ul>	<p>④ストラクチャー(構造)</p>	<p>⑤残っている課題</p>