

第 2 期

保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成30年 3月 西米良村

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)	18
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	24
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.脳血管疾患重症化予防	
2.糖尿病性腎症重症化予防	
3.虚血性心疾患重症化予防	
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	40
第6章 計画の評価・見直し	41
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	42
参考資料	43

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して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。

西米良村（以下「村」という。）においては、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し、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）」を定める。

2. 計画の位置付け

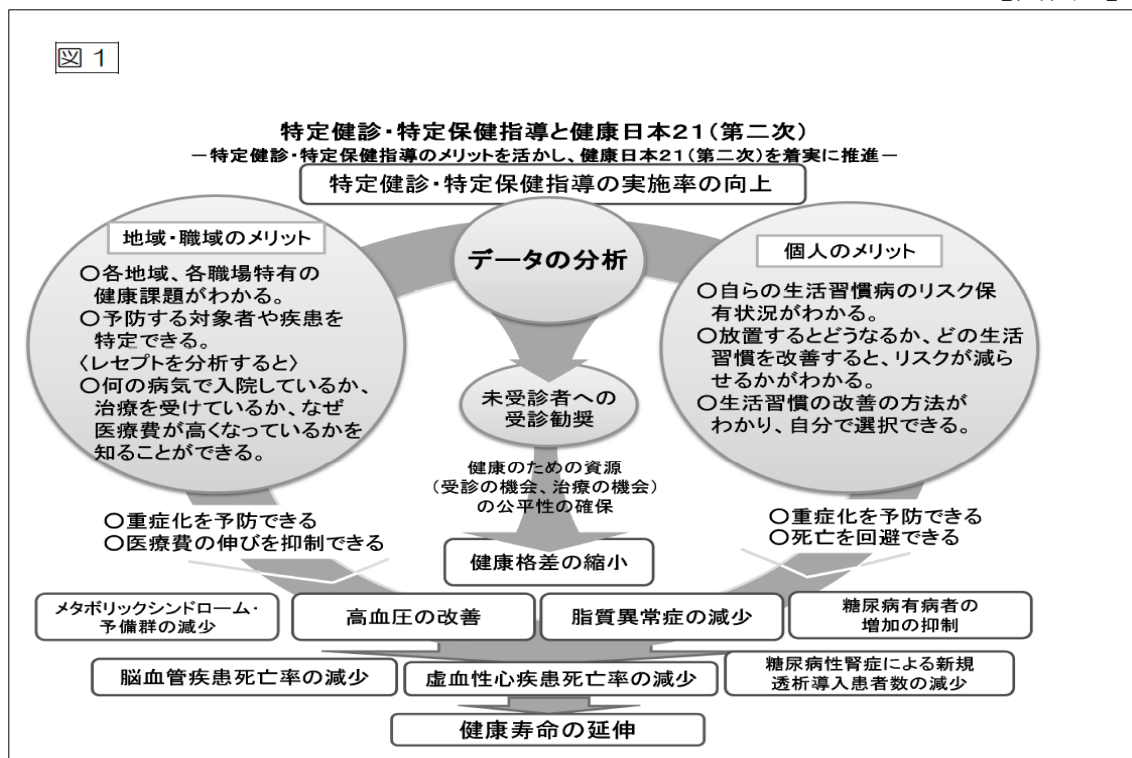
第2期計画とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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西米良村健康増進計画、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】

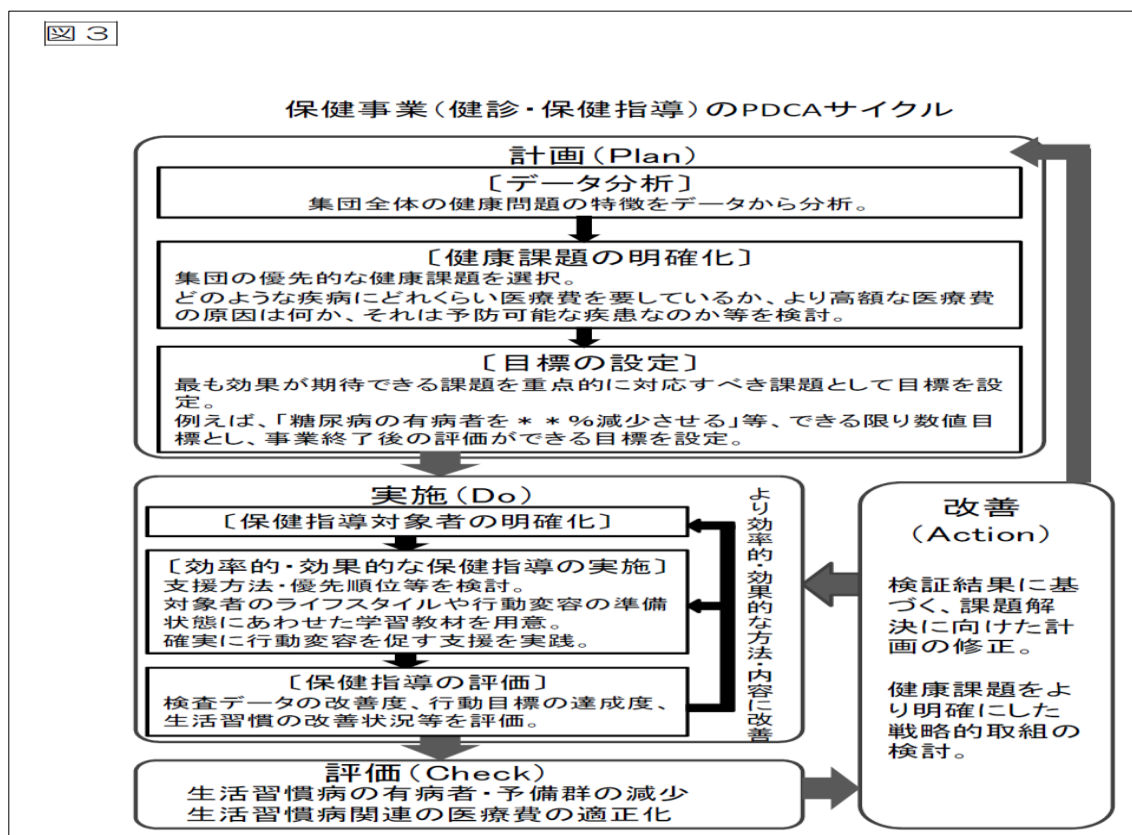
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
※ 健康増進法(注)とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者※)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第92条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成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29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する指針 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25~34年(第2次)	法定 平成30~35年(第3期)	指針 平成30~35年(第2期)	法定 平成30~32年(第7次)	法定 平成30~35年(第3期)	法定 平成30~35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や重症化予防 策ととも、社会生活を営むために必要な 能力の維持及び向上を目指す。その結果、社会生活 能力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みことを目標とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 策を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発生を 防止、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら医療の伸びの抑制を要 することが可能となる。 特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の重症化 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 該当し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、段階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組みについて、保 険者がその支援の中心となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の維持増進により、医療費の適正化 及び保険者の財政健全化が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に即し自立した日常生活 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重症化を予防している 国民の健康を維持し、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について、国民 かつ適切な医療を効果的に提供する公衆の 健康を図っていく。	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 量を確保し、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、若壮年期、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遅 らせる若年(青年・壮年)世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 認知症の認知症、早老症 痴呆、骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、慢性腎臓病 脳脊髄液減少症、変形性関節症 多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 後縦靭帯骨化症	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	※53項目中、特定健診に関連する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年間罹患率 ②合併症(糖尿病性腎症による透析導入患者数) ③生活習慣病の割合 ④脳卒中・心筋梗塞におけるコントロール不適合者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧・脂質異常症 ⑨適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑩適切な栄養の食事受入 ⑪国民生活における歩数 ⑫運動習慣者の割合 ⑬成人の喫煙率 ⑭飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の結果を踏まえて) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外注 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・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

村においては、福祉健康課が計画を策定する。

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「国保連」という。）及び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、特に西米良村国保の保険者機能の強化については、宮崎県（以下「県」という。）の関与が更に重要となる。

このため、西米良村国保は、計画素案について県関係課と意見交換を行い、連携に努める。

また、西米良村国保と国民健康保険西米良診療所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、県が宮崎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、ともに保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

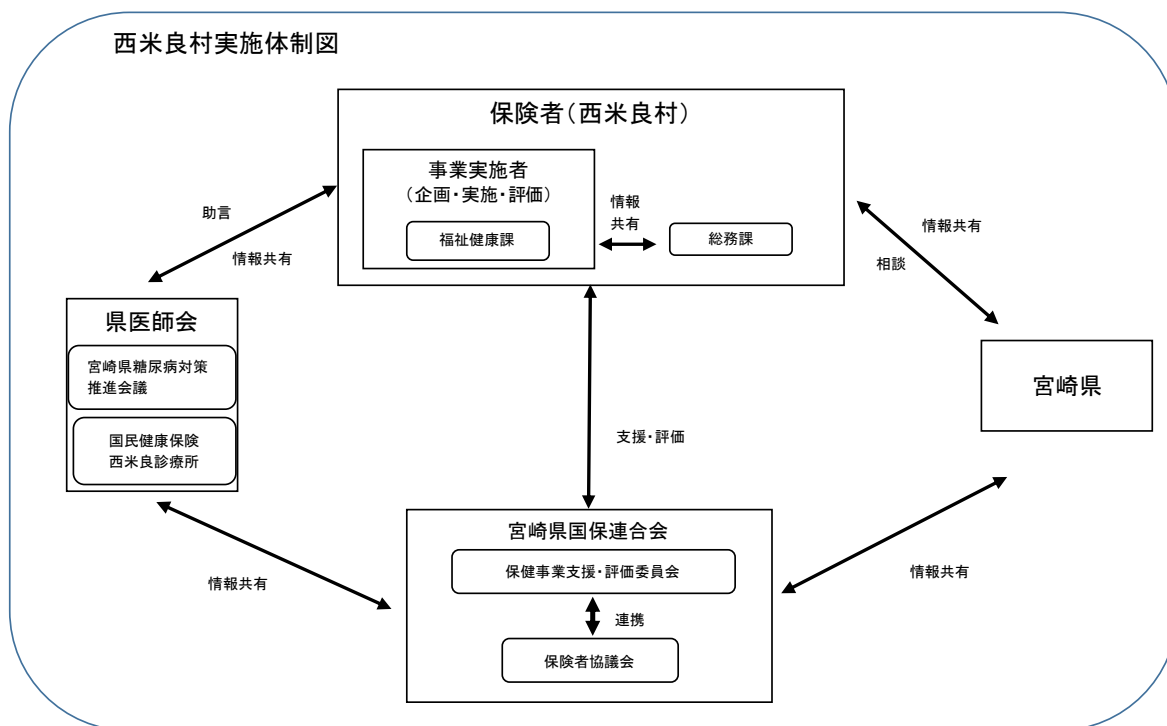
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に

努めることが重要である。このためには、宮崎県保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

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

【図表4】



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	西米良村	配点	西米良村	配点
満点		345		580		850
交付額（万円）			18.3			
総得点（体制構築加点含む）			235		346	
全国順位（1,741市町村中）			238			
共通①	特定健診受診率	20	20	35	20	50
	特定保健指導実施率	20	10	35	10	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	0	35	30	50
共通②	がん検診受診率	10	10	20	10	30
	歯周疾患（病）検診	10	10	15	15	25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70	70	100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45	0	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15	15	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25	0	35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25	14	35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30	0	40
固有①	収納率向上	40	15	70	30	100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30	30	40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15	15	25
固有④	地域包括ケアの推進	5	5	15	3	25
固有⑤	第三者求償の取組	10	4	30	14	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26年度と平成28年度の経年比較を見ると、心臓病による死亡割合は44.4%と年々増加しており、脳疾患は増減があるものの33.3%と死因2位であった。

重症化の指標となる介護の状況を見ると介護認定者数の増加、40～64歳の2号認定者の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診受診率が減少しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、28年度の介護給付費は減額していることがわかった。それは、居宅及び施設サービスともに1件当たり給付費が減少しており、それに伴い1人当たり給付費が同規模平均並みになったことによるものと考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	西米良村				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26年度	1億7333万円	336,560	37,768	289,628	310,373	39,796	281,312	
平成28年度	1億5737万円	305,574	30,757	274,540	308,637	39,646	273,946	

②医療費の状況(図表7)

医療費の変化については、入院の総医療費は減少しているものの、一人当たり医療費は入院・入院外ともに伸びており、医療費を抑制できていないことがわかった。

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)	H26年度	1億2810万円				4866万円				7944万円			
	H28年度	1億2937万円	9873万円	①.0	0.8	4545万円	321万円	-6.6	0.354	8392万円	9552万円	⑤.6	1.1
2 一人当たり医療費(円)	H26年度	29,010				11,020				17,990			
	H28年度	34,010	5,000	①7.2	3.4	11,950	930	⑧.4	3.0	22,060	4,070	②2.6	3.8

※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増加しており、慢性腎不全(透析)に係る費用は減少していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する高血圧・脂質異常症に係る医療費に占める割合については、国と比較すると高くなっている。また、参考資料1のメタボ該当者割合及び予備群割合が高いことから、血管内皮障害により、重症化していることが考えられる。

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】

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								
H26	西米良村	124,946,980	26,704	93位	10位	12.05%	0.23%	0.83%	1.71%	6.99%	10.44%	2.85%	43,856,780	35.10%	14.13%	5.00%	5.82%
H28		129,368,500	34,009	27位	3位	9.95%	0.25%	4.47%	1.95%	5.28%	5.40%	3.02%	39,209,730	30.31%	16.39%	6.74%	4.49%
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虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全(透析)に係る人数割合は、3疾患ともに増加していることがわかった。なお、虚血性心疾患及び慢性腎不全(透析)については人数の増加はないため、人数割合の増加は分母である被保険者数が減少したことによる率の変動が原因と考える。脳血管疾患については人数が増えており、中長期目標疾患に共通する高血圧・脂質異常症の人数も増加していることがわかった。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	382	17	(4.5)	1	(5.9)	1	(5.9)	10	(58.8)	6	(35.3)	9	(52.9)	
	64歳以下	200	3	1.5	0	0.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3	2	66.7	
	65歳以上	182	14	7.7	1	7.1	1	7.1	8	57.1	5	35.7	7	50.0	
H28	全体	329	15	4.6	2	13.3	1	6.7	13	86.7	4	26.7	14	93.3	
	64歳以下	162	2	1.2	0	0.0	0	0.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0	
	65歳以上	167	13	7.8	2	15.4	1	7.7	11	84.6	3	23.1	12	92.3	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	382	24	(6.3)	1	(4.2)	1	4.2	22	(91)	8	33.3	12	50.0	
	64歳以下	200	6	3.0	0	0.0	0	0.0	6	100.0	0	0.0	2	33.3	
	65歳以上	182	18	9.9	1	5.6	1	5.6	16	88.9	8	44.4	10	55.6	
H28	全体	329	26	(7.9)	2	(7.7)	1	(3.8)	24	(92.3)	8	(30.8)	13	(50.0)	
	64歳以下	162	5	3.1	0	0.0	0	0.0	5	100.0	2	40.0	3	60.0	
	65歳以上	167	21	12.6	2	9.5	1	4.8	19	90.5	6	28.6	10	47.6	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	382	3	(0.8)	1	33.3	1	33.3	3	100.0	1	33.3	0	(0.0)	
	64歳以下	200	2	1.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	182	1	0.5	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	
H28	全体	329	3	0.9	1	33.3	1	33.3	3	100.0	1	33.3	1	33.3	
	64歳以下	162	1	0.6	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	167	2	1.2	1	50.0	1	50.0	2	100.0	1	50.0	1	50.0	

(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、糖尿病治療者割合は減少しているものの、インスリン療法の割合が増加していることから、重症化を抑制できていないと推測される。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標								
		被保険者数		糖尿病		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	
H26	全体	382	50	13.1	3	(6.0)	37	(74.0)	32	64.0	6	12.0	8	(16.0)	1	(2.0)	11	(22.0)
	64歳以下	200	13	6.5	1	7.7	7	53.8	9	69.2	1	7.7	0	0.0	0	0.0	2	15.4
	65歳以上	182	37	20.3	2	5.4	30	81.1	23	62.2	5	13.5	8	21.6	1	2.7	9	24.3
H28	全体	329	38	(11.6)	5	13.2	31	81.6	24	(63.2)	4	(10.5)	8	21.1	1	2.6	10	26.3
	64歳以下	162	7	4.3	0	0.0	4	57.1	3	42.9	1	14.3	2	28.6	0	0.0	1	14.3
	65歳以上	167	31	18.6	5	16.1	27	87.1	21	67.7	3	9.7	6	19.4	1	3.2	9	29.0

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	382	131	(34.3)	37	28.2	76	(58.0)	10	(7.6)	22	(16.8)	3	(2.3)	
	64歳以下	200	41	20.5	7	17.1	23	56.1	2	4.9	6	14.6	2	4.9	
	65歳以上	182	90	49.5	30	33.3	53	58.9	8	8.9	16	17.8	1	1.1	
H28	全体	329	121	36.8	31	(25.6)	71	58.7	13	10.7	24	19.8	3	2.5	
	64歳以下	162	30	18.5	4	13.3	18	60.0	2	6.7	5	16.7	1	3.3	
	65歳以上	167	91	54.5	27	29.7	53	58.2	11	12.1	19	20.9	2	2.2	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	全体	382	97	(25.4)	32	33.0	76	(78.4)	9	(9.3)	12	(12.4)	0	(0.0)	
	64歳以下	200	30	15.0	9	30.0	23	76.7	2	6.7	2	6.7	0	0.0	
	65歳以上	182	67	36.8	23	34.3	53	79.1	7	10.4	10	14.9	0	0.0	
H28	全体	329	85	25.8	24	(28.2)	71	83.5	14	16.5	13	15.3	1	1.2	
	64歳以下	162	22	13.6	3	13.6	18	81.8	2	9.1	3	13.6	0	0.0	
	65歳以上	167	63	37.7	21	33.3	53	84.1	12	19.0	10	15.9	1	1.6	

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、男性は空腹時血糖、HbA1c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該当者数も増加したことから、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。女性は、HbA1cの有所見者数が増加していることがわかった。また、血圧は男女ともに改善傾向にあることがわかった。

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)

【図表11】 ☆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		クレアチン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H26	合計	39	35.8	52	47.7	31	28.4	26	23.9	5	4.6	24	22.0	46	42.2	30	27.5	60	55.0	39	35.8	47	43.1	47	43.1	3	2.8
	40-64	17	41.5	23	56.1	17	41.5	14	34.1	1	2.4	11	26.8	18	43.9	13	31.7	23	56.1	19	46.3	19	46.3	1	2.4		
	65-74	22	32.4	29	42.6	14	20.6	12	17.6	4	5.9	13	19.1	28	41.2	17	25.0	37	54.4	20	29.4	28	41.2	2	2.9		
H28	合計	28	30.8	48	52.7	29	31.9	21	23.1	5	5.5	27	29.7	55	60.4	23	25.3	55	60.4	27	29.7	38	41.8	38	41.8	3	3.3
	40-64	11	35.5	18	58.1	14	45.2	5	16.1	0	0.0	9	29.0	18	58.1	11	35.5	20	64.5	11	35.5	16	51.6	2	6.5		
	65-74	17	28.3	30	50.0	15	25.0	16	26.7	5	8.3	18	30.0	37	61.7	12	20.0	35	58.3	16	26.7	22	36.7	1	1.7		

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
H26	合計	32	29.4	32	29.4	16	14.7	14	12.8	3	2.8	21	19.3	45	41.3	2	1.8	59	54.1	22	20.2	59	54.1	2	1.8
	40-64	6	20.7	5	17.2	5	17.2	6	20.7	1	3.4	4	13.8	9	31.0	0	0.0	10	34.5	5	17.2	19	65.5	1	3.4
	65-74	26	32.5	27	33.8	11	13.8	8	10.0	2	2.5	17	21.3	36	45.0	2	2.5	49	61.3	17	21.3	40	50.0	1	1.3
H28	合計	25	30.5	28	34.1	14	17.1	13	15.9	1	1.2	16	19.5	52	63.4	2	2.4	41	50.0	19	23.2	42	51.2	0	0.0
	40-64	4	17.4	4	17.4	3	13.0	4	17.4	0	0.0	5	21.7	13	56.5	0	0.0	5	21.7	3	13.0	15	65.2	0	0.0
	65-74	21	35.6	24	40.7	11	18.6	9	15.3	1	1.7	11	18.6	39	66.1	2	3.4	36	61.0	16	27.1	27	45.8	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		
H26	合計	109	73.2	3	2.8%	23	21.1%	0	0.0%	19	17.4%	4	3.7%	26	23.9%	4	3.7%	1	0.9%	19	17.4%	2	1.8%
	40-64	41	62.1	2	4.9%	10	24.4%	0	0.0%	8	19.5%	2	4.9%	11	26.8%	1	2.4%	1	2.4%	8	19.5%	1	2.4%
	65-74	68	81.9	1	1.5%	13	19.1%	0	0.0%	11	16.2%	2	2.9%	15	22.1%	3	4.4%	0	0.0%	11	16.2%	1	1.5%
H28	合計	91	72.8	4	4.4%	17	18.7%	1	1.1%	12	13.2%	4	4.4%	27	29.7%	2	2.2%	0	0.0%	16	17.6%	9	9.9%
	40-64	31	60.8	2	6.5%	8	25.8%	1	3.2%	5	16.1%	2	6.5%	8	25.8%	0	0.0%	0	0.0%	6	19.4%	2	6.5%
	65-74	60	81.1	2	3.3%	9	15.0%	0	0.0%	7	11.7%	2	3.3%	19	31.7%	2	3.3%	0	0.0%	10	16.7%	7	11.7%

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		
H26	合計	109	80.7	2	1.8%	9	8.3%	0	0.0%	8	7.3%	1	0.9%	21	19.3%	2	1.8%	0	0.0%	12	11.0%	7	6.4%
	40-64	29	67.4	1	3.4%	1	3.4%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	3	10.3%	0	0.0%	3	10.3%	0	0.0%		
	65-74	80	87.0	1	1.3%	8	10.0%	0	0.0%	7	8.8%	1	1.3%	18	22.5%	2	2.5%	0	0.0%	9	11.3%	7	8.8%
H28	合計	82	78.1	2	2.4%	9	11.0%	2	2.4%	6	7.3%	1	1.2%	17	20.7%	2	2.4%	0	0.0%	10	12.2%	5	6.1%
	40-64	23	71.9	1	4.3%	2	8.7%	1	4.3%	1	4.3%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%
	65-74	59	80.8	1	1.7%	7	11.9%	1	1.7%	5	8.5%	1	1.7%	16	27.1%	2	3.4%	0	0.0%	9	15.3%	5	8.5%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は減少しているが、特定保健指導率が増加している。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必要と推測される。

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	
								西米良村	同規模平均
H26年度	278	218	78.4	3	29	12	41.4	54.6%	51.1%
H28年度	230	173	75.2	5	26	15	57.7	53.2%	51.3%

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、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護保険2号認定者の増加、高血圧症の有病者数の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、食習慣が大きく影響していると推測される。保険者として住民がどのような生活を送っているのか把握し、保健事業に反映し住民一人ひとりに返していくことが重症化予防に繋がると考える。

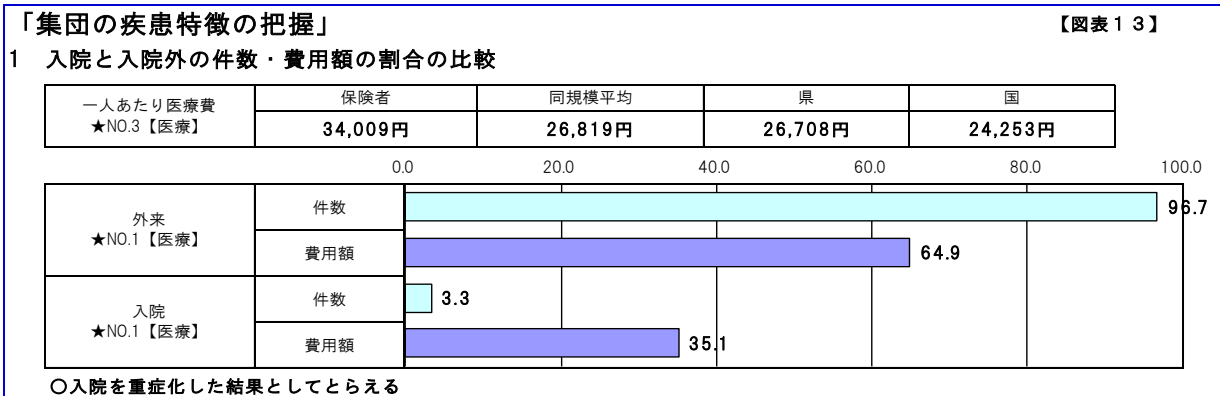
また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は今後も取り組むべき課題であると同時に、かかりつけ医などの医療機関との連携にも取り組んでいく必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

村の入院件数は 3.3%で、費用額全体の 35.1%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防に繋がることに加え、費用対効果の面からも効率がよいと推測される。



(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

医療費が 80 万円以上になっている疾患を見ると 4 件あがっていたが、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症以外によるものであることがわかった。また、生活習慣病の治療者数構成割合を見ると、3 疾患すべてにおいて基礎疾患として高血圧を持っている人が多いことがわかった。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか 【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	4件	0件	0件	--
		費用額	813万円	0.0%	0.0%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	2件	1件	0件	0件
		費用額	79万円	50.0%	0.0%	0.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	4件	2件	2件	1件
		費用額	177万円	50.0%	50.0%	25.0%

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	全体	171人	26人	15人	10人
		基礎疾患の 重なり	高血圧	24人	13人	10人
			糖尿病	8人	4人	10人
			脂質異常症	13人	14人	9人
		高血圧症	121人	38人	85人	29人
			70.8%	22.2%	49.7%	17.0%

○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100%であり、筋・骨格疾患の83.3%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があった。

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、介護予防にも繋がると考える。

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

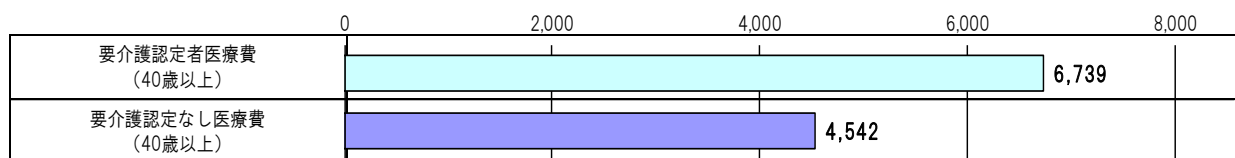
【図表 15】

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	375人		206人		309人		515人		890人	
認定者数	4人		5人		80人		85人		89人		
認定率	1.07%		2.4%		25.9%		16.5%		10.0%		
新規認定者数 (*1)	1人		0人		0人		0人		1人		
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	2	40.0%	21	26.3%	23	27.1%	23	25.8%
	要介護1・2	1	25.0%	1	20.0%	20	25.0%	21	24.7%	22	24.7%
	要介護3～5	3	75.0%	2	40.0%	39	48.8%	41	48.2%	44	49.4%

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)	3		3		0		3		6		
再) 国保・後期	3		3		0		3		6			
(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
		1	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	0 --	脳卒中	2 66.7%	脳卒中	4 66.7%
	循環器 疾患	2	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	0 --	虚血性 心疾患	0 0.0%	虚血性 心疾患	0 0.0%
		3	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 --	腎不全	0 0.0%	腎不全	0 0.0%
		4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	1 33.3%	糖尿病 合併症	0 --	糖尿病 合併症	1 33.3%	糖尿病 合併症	1 16.7%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	3		2		0		2		5		
		100.0%		66.7%		--		66.7%		83.3%		
	血管疾患 合計	3		3		0		3		6		
		100.0%		100.0%		--		100.0%		100.0%		
	認知症	0		2		0		2		2		
	0.0%		66.7%		--		66.7%		33.3%			
筋・骨格疾患	2		3		0		3		5			
	66.7%		100.0%		--		100.0%		83.3%			

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

村は県と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者ともに多く、健診結果の有所見状況から中性脂肪・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

また、村のメタボリックシンドロームの該当者・予備群の有所見状況を見ると、予備群では男女ともに高血圧が、該当者では血圧と脂質の両方を有している人が多いことがわかった。メタボリックシンドロームに高血圧等を合併することで、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症の3疾患を引き起こしている可能性が高いと推測される。

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) 【図表 16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	9,575	31.6	15,630	51.7	7,821	25.8	6,239	20.6	3,236	10.7	11,486	38.0	16,848	55.7	6,819	22.5	15,844	52.4	6,542	21.6	13,241	43.8	686	2.3	
保険者	合計	28	30.8	48	52.7	29	31.9	21	23.1	5	5.5	27	29.7	55	60.4	23	25.3	55	60.4	27	29.7	38	41.6	3	3.3
	40-64	11	35.5	18	58.1	14	45.2	5	16.1	0	0.0	9	29.0	18	58.1	11	35.5	20	64.5	11	35.5	16	51.6	2	6.5
	65-74	17	28.3	30	50.0	15	25.0	16	26.7	5	8.3	18	30.0	37	61.7	12	20.0	35	58.3	16	26.7	22	36.7	1	1.7
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	9,385	23.4	8,731	21.8	5,714	14.2	3,682	9.2	1,096	2.7	9,336	23.3	23,454	58.5	1,132	2.8	18,483	46.1	4,932	12.3	22,389	55.8	130	0.3	
保険者	合計	25	30.5	28	34.1	14	17.1	13	15.9	1	1.2	16	19.5	52	63.4	2	2.4	41	50.0	19	23.2	42	51.2	0	0.0
	40-64	4	17.4	4	17.4	3	13.0	4	17.4	0	0.0	5	21.7	13	56.5	0	0.0	5	21.7	3	13.0	15	65.2	0	0.0
	65-74	21	35.6	24	40.7	11	18.6	9	15.3	1	1.7	11	18.6	39	66.1	2	3.4	36	61.0	16	27.1	27	45.8	0	0.0

*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) 【図表 17】

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	91	72.8	4	4.4%	17	18.7%	1	1.1%	12	13.2%	4	4.4%	27	29.7%	2	2.2%	0	0.0%	16	17.6%	9	9.9%
保険者	合計	31	60.8	2	6.5%	8	25.8%	1	3.2%	5	16.1%	2	6.5%	8	25.8%	0	0.0%	0	0.0%	6	19.4%	2	6.5%
	40-64	60	81.1	2	3.3%	9	15.0%	0	0.0%	7	11.7%	2	3.3%	19	31.7%	2	3.3%	0	0.0%	10	16.7%	7	11.7%
	65-74	82	78.1	2	2.4%	9	11.0%	2	2.4%	6	7.3%	1	1.2%	17	20.7%	2	2.4%	0	0.0%	10	12.2%	5	6.1%
女性	23	71.9	1	4.3%	2	8.7%	1	4.3%	1	4.3%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	
保険者	合計	59	80.8	1	1.7%	7	11.9%	1	1.7%	5	8.5%	1	1.7%	16	27.1%	2	3.4%	0	0.0%	9	15.3%	5	8.5%
	40-64	23	71.9	1	4.3%	2	8.7%	1	4.3%	1	4.3%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.3%	0	0.0%
	65-74	59	80.8	1	1.7%	7	11.9%	1	1.7%	5	8.5%	1	1.7%	16	27.1%	2	3.4%	0	0.0%	9	15.3%	5	8.5%

県内26市町村合計

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	男性	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%
県計	合計	9,912	22.2%	845	8.5%	1,786	18.0%	117	1.2%	1,082	10.9%	587	5.9%	2,480	25.0%	365	3.7%	170	1.7%	1,293	13.0%	652	6.6%
	40-64	20,085	38.4%	824	4.1%	3,648	18.2%	191	1.0%	2,950	14.7%	507	2.5%	5,919	29.5%	1,166	5.8%	194	1.0%	2,728	13.6%	1,831	9.1%
	65-74	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%
女性	12,503	27.9%	468	3.7%	891	7.1%	65	0.5%	614	4.9%	212	1.7%	953	7.6%	166	1.3%	43	0.3%	500	4.0%	244	2.0%	
県計	合計	27,207	44.1%	650	2.4%	2,422	8.9%	87	0.3%	1,940	7.1%	395	1.5%	3,334	12.3%	468	1.7%	112	0.4%	1,864	6.9%	890	3.3%
	40-64	12,503	27.9%	468	3.7%	891	7.1%	65	0.5%	614	4.9%	212	1.7%	953	7.6%	166	1.3%	43	0.3%	500	4.0%	244	2.0%
	65-74	27,207	44.1%	650	2.4%	2,422	8.9%	87	0.3%	1,940	7.1%	395	1.5%	3,334	12.3%	468	1.7%	112	0.4%	1,864	6.9%	890	3.3%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

村において、HbA1c が 6.5%以上だが未治療の人が 6 人いることがわかった。また、Ⅱ度以上高血圧者が 10 人、LDL-C が 140 mg/dl 以上者が 24 人いることがわかった。生活習慣病の重症化を防ぐために、早期に医療機関につなげる必要があると推測する。

継続受診者と新規受診者の比較

【図表 18】

□ …上段 (継続受診者)
 ■ …下段 (新規受診者)



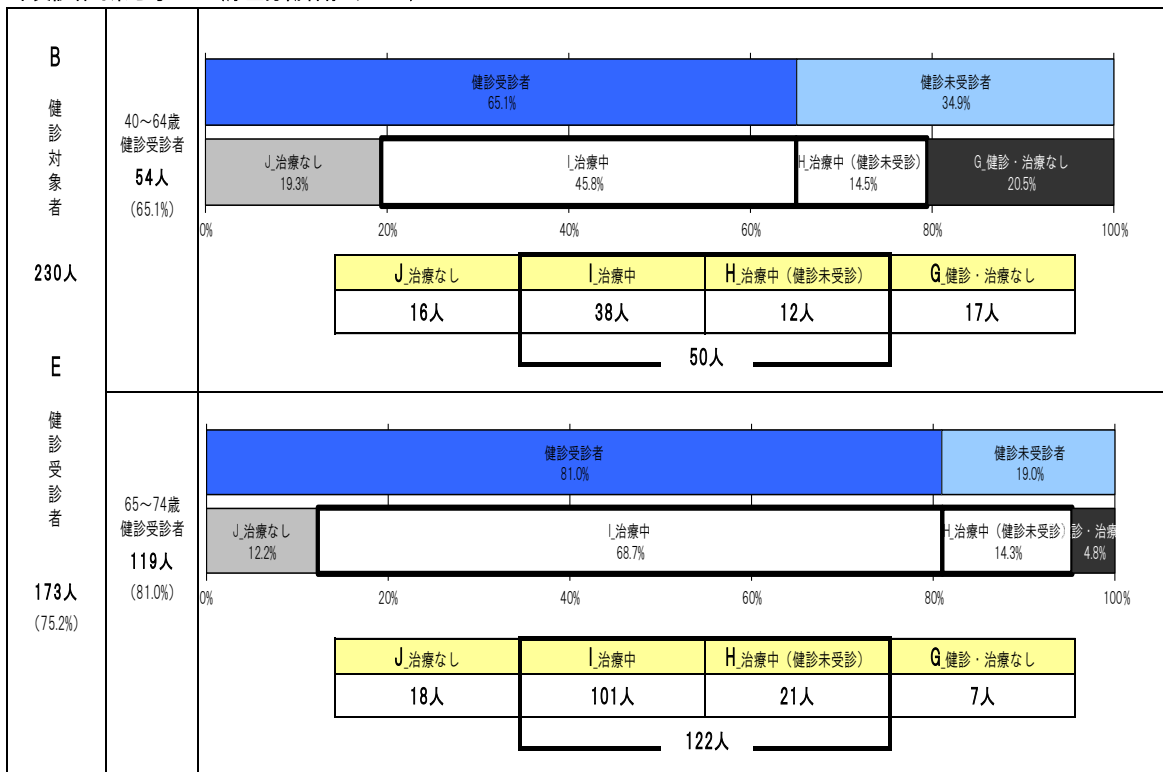
4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、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20.5%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、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を見ると、健診受診者の方が高くなっている。これは、健診を受診し治療に繋がっており、治療開始後も健診を受診している人が多いと考える。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。

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

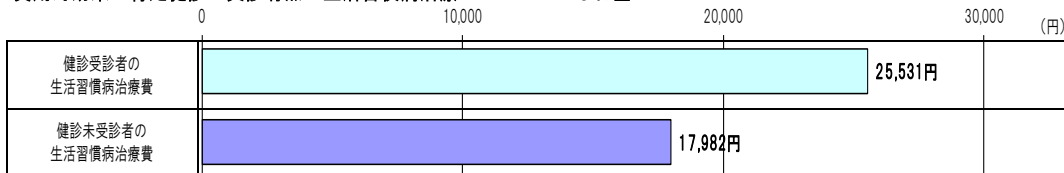
【図表 19】



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥



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3人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。

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。村の医療のかかり方は、健診受診により早期に医療につながり、入院外でかかっていることが推測される。しかし、普段は医療機関にかからず、重症化して医療にかかっている事例もある。本村は被保険者数(分母)が少ないため、1件でも重症化すると医療費に大きく影響する。そのため、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、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、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症等を減らしていくことを短期的な目標とする。

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

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

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。さらに生活習慣病は自覚症状がないため、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、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	76%	77%	78%	79%	80%	80%
特定保健指導実施率	60%	60%	65%	65%	70%	70%

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	230人	225人	220人	215人	210人	205人
	受診者数	175人	174人	172人	170人	168人	164人
特定保健指導	対象者数	30人	30人	30人	30人	30人	30人
	受診者数	18人	18人	20人	20人	21人	21人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、健康づくり協会に委託する。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(西米良村保健センター他)

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、西米良村のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://vill.nishimera.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

定量検査、尿中 Na 濃度検査、アルブミン尿検査)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

5 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、国保連に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。(図表 22)

年間スケジュール

【図表 22】

健診の案内方法	
各地区組長を通じて特定健診受診者に問診票を配布する。その際、健康推進員からの受診勧奨。広報誌及び健診事前説明会にて広報。また、集団健診前に双方向告知通信システムによる広報。	
健診実施スケジュール	
3 月	: 健診受診希望調査 (集団、個別)
5 月	: 特定健診実施 (集団)
6 月	: 未受診者受診勧奨 保健指導対象者の抽出、特定保健指導実施
6 月～12 月	: 特定健診実施 (個別)
7 月	: 特定健診実施 (集団)
8 月～翌年 9 月	: 特定保健指導実施
12 月～2 月	: 受診結果の把握と次年度健診準備 (健診対象者の抽出、印刷)
12 月	: 予算案作成

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施の形態で行う。

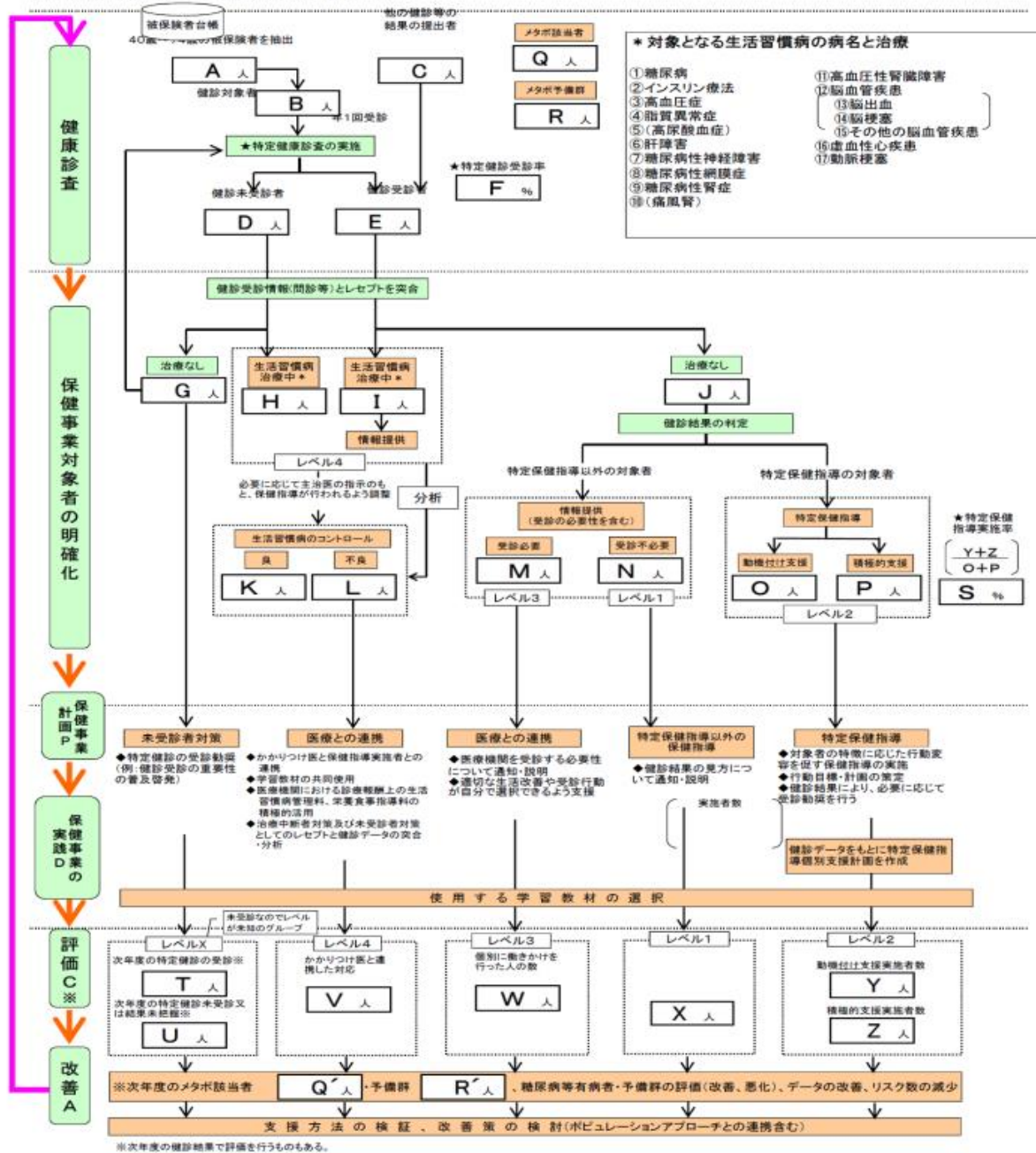
(1)健診から保健指導実施の流れ

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

【図表 23】

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

様式5-5



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

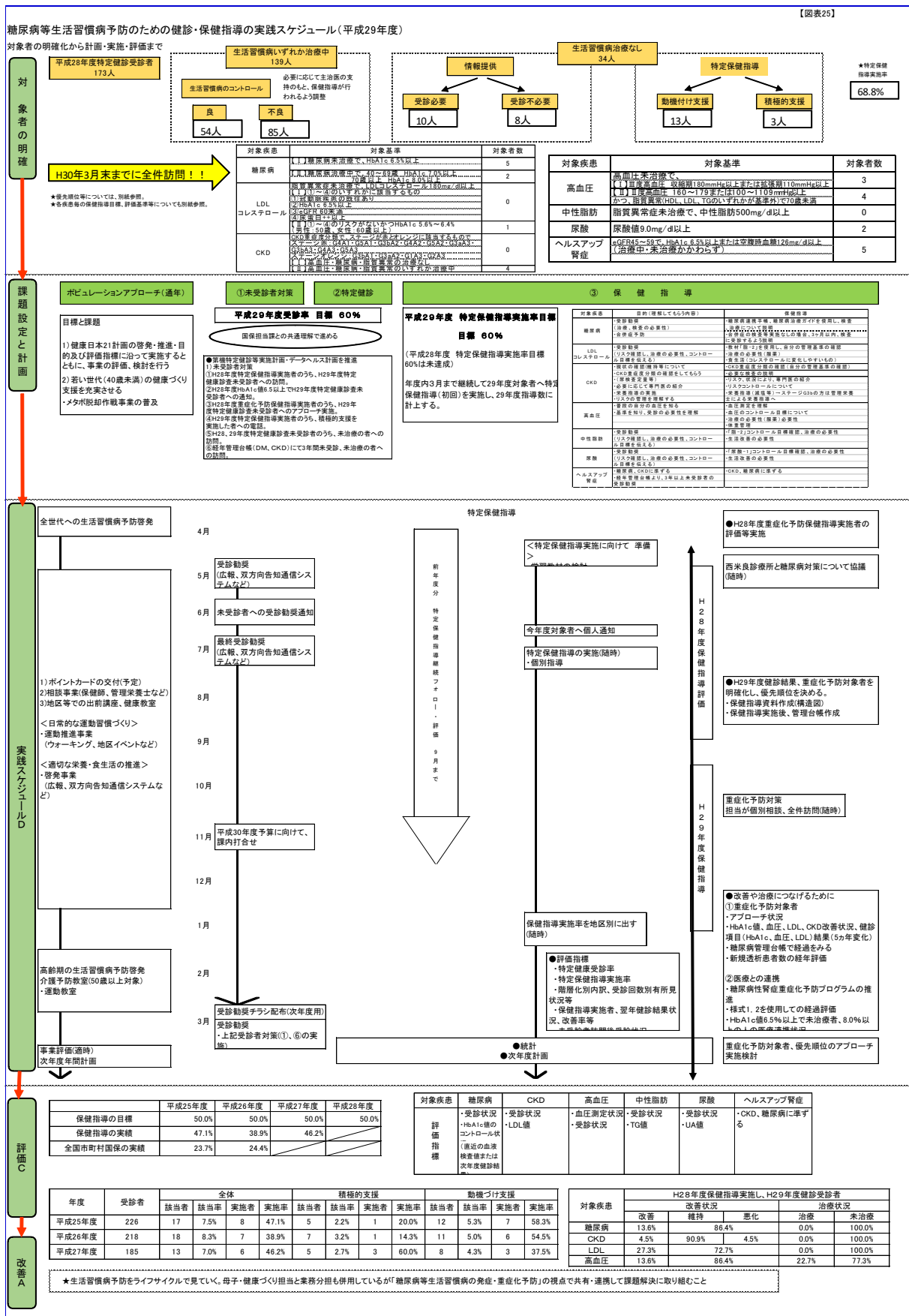
【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	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	21人 (14.8)	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	22人 (15.5)	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）	72人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	23人 (16.2)	25%
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	91人 (53.5)	60%

(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P D C A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西米良村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、西米良村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メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症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(個別)とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、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村民へ周知する。(例: 双方方向告知通信システムや広報誌、各地区総会など)

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

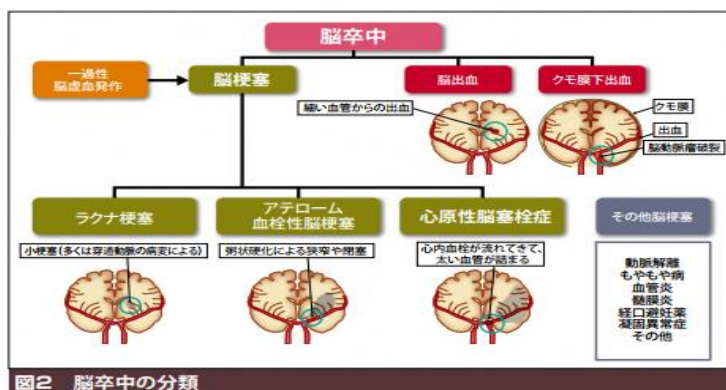
1. 脳血管疾患重症化予防

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 26、27)

【脳卒中の分類】

【図表 26】



(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 27】

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 28 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。

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 19 人(10.4%)であり、10 人は未治療者であった。ま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(21.1%)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。

【図表28】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●					○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○	○
	心原性脳梗塞	●			●		○	○
脳 出 血	脳出血	●						
	くも膜下出血	●						
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)	心房細動	メタリックシフト 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		19人 10.4%	12人 6.6%	3人 1.6%	5人 2.7%	46人 25.3%	2人 1.1%	5人 2.7%
治療なし		10人 10.4%	8人 4.9%	3人 2.1%	1人 1.2%	9人 11.0%	0人 0.0%	1人 1.2%
治療あり		4人 21.1%	1人 8.3%	1人 33.3%	0人 0.0%	9人 19.6%	0人 0.0%	0人 0.0%
臓器障害あり		0人 10.5%	2人 20.0%	0人 0.0%	1人 4.0%	0人 37.0%	0人 2.0%	1人 4.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	尿蛋白(2+)以上	0人	0人	0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	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人

(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 29 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。

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

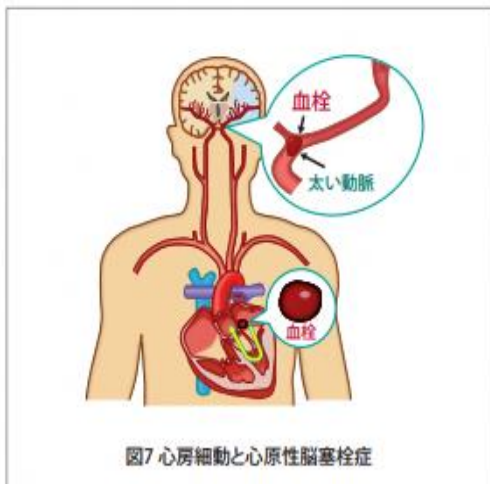
【図表29】

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
	96	24	23	22	17	7	3	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
		25.0%	24.0%	22.9%	17.7%	7.3%	3.1%	0	6	21
		7.3%	16.7%	4.3%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	21.9%
リスク第1層	7	4	1	2	0	0	0	0	0	0
		7.3%	4.3%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	--	0.0%	0.0%
リスク第2層	48	12	12	10	6	5	3	--	6	8
		50.0%	52.2%	45.5%	35.3%	71.4%	100.0%	100.0%	38.1%	38.1%
リスク第3層	41	8	10	10	11	2	0	--	--	13
		42.7%	43.5%	45.5%	64.7%	28.6%	0.0%	--	--	61.9%
再掲 重複あり	糖尿病	15	4	1	5	5	0	--	--	--
		36.6%	10.0%	50.0%	45.5%	0.0%	--	--	--	--
	慢性腎臓病 (CKD)	14	5	4	3	1	1	--	--	--
		34.1%	40.0%	30.0%	9.1%	50.0%	--	--	--	--
	3個以上の危険因子	19	2	5	5	6	1	--	--	--
		46.3%	25.0%	50.0%	54.5%	50.0%	--	--	--	--

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にの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30は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表30】

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	35	26	4	11.4	1	3.8	-	-
40歳代	3	0	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	3	1	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	26	16	4	15.4	1	6.3	1.9	0.4
70~74歳	3	9	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31】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
5	100	1	20.0	4	80.0

心電図検査において5人が心房細動の所見であった。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また5人のうち4人は既に治療が開始されていたが、1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る。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドラインJCS2013より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とある。村において、メタボリックシンドロームの予備群・該当者率ともに県平均を上回っており、多くの村民の血管内皮が傷付いている恐れがある。そのため、特定健診対象者に健診項目を追加して尿中アルブミン検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部門)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

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

7) 実施期間及びスケジュール

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

2. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ）及び宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針(第1期)(その他指針等〈例〉西米良村糖尿病性腎症重症化予防プログラム)(以下、重症化予防プログラムという)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32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)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応
- (3)療中の患者に対する医療と連携した保健指導

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

【図表32】

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	募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 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糖尿病治療中断者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

①対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 33)

【図表 33】

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。村においては、特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定量)検査を実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能である。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できる。(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 34)村において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 9 人(28.1%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 30 人(H)のうち、特定健診受診者が 23 人(76.7%・G)であり、中断者は 0 人(キ)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 7 人(23.3%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴

がある者 3 人は治療を継続していることがわかった。しかし、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 34 より村における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- 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)・・・9 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・0 人(※新規で中断者が出た場合に要対応)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応

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)・・・23 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

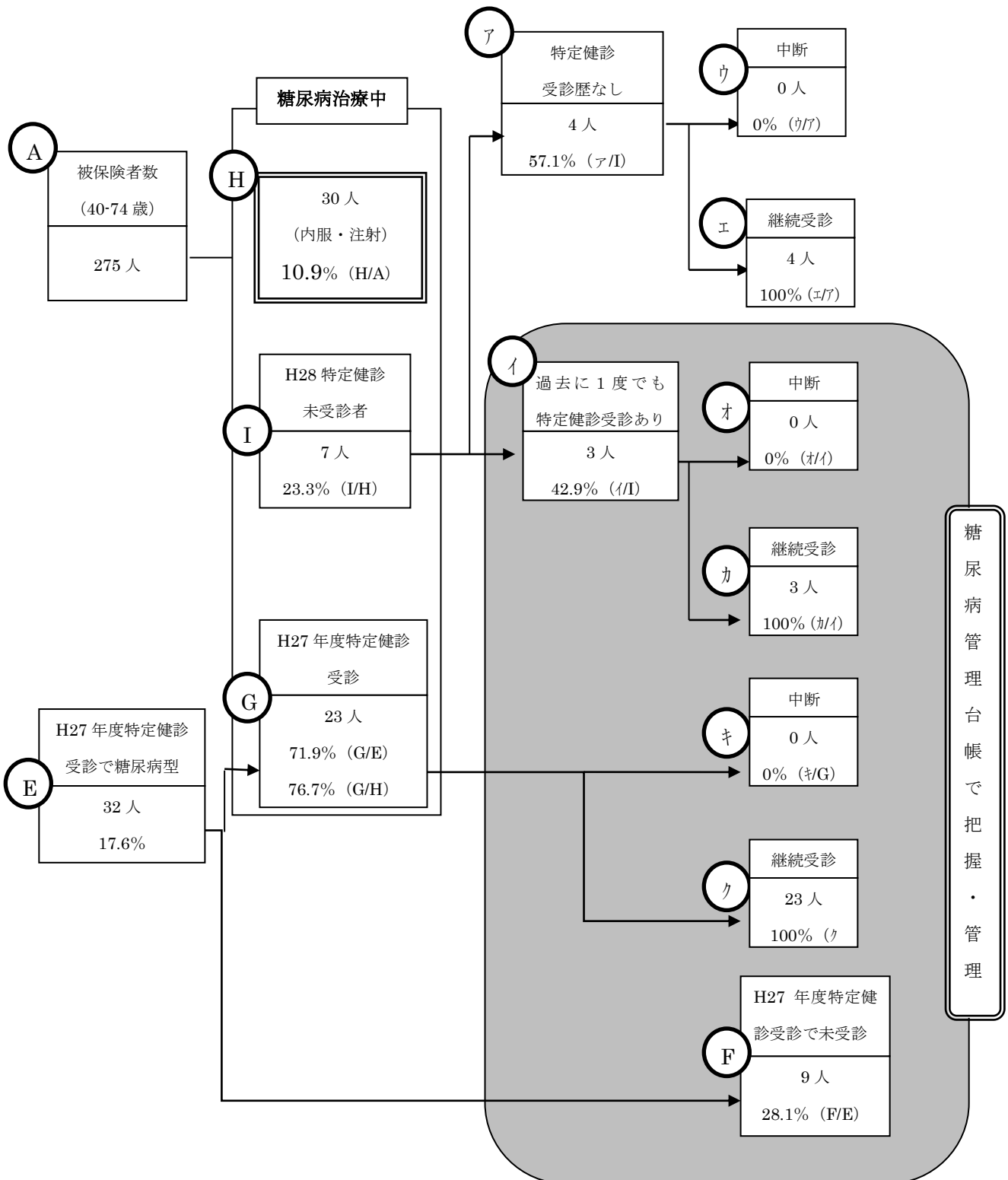
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・3 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 34】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化（レセプトと健診データの突合）

※「中断」は3ヶ月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で管理する。

【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

* 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

○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) 対象者数の把握

①未治療者・中断者(受診勧奨者)……○人

②腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○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・重症化予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。村においては、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する。(図表 35)

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ <p>7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？</p> <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 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～ <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<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"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) <p>14. なぜ体重を減らすのか ←</p> <p>15. 自分の腎機能の位置と腎の構造</p> <p>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？</p> <p>17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</p> <p>18. 腎臓は</p> <p>19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</p> <p>20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度</p> <p>22. 血圧を下げる薬と作用 ←</p> <p>□ 食の資料 … 別資料</p>
<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>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもととの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 健診の項目追加等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定量検査を実施している。しかし、本村はメタボリックシンドロームの予備群・該当者率ともに県平均を上回っており、多くの村民の血管内皮が傷付いている恐れがある。そのため、腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、特定健診対象者に健診項目を追加して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・治療中断者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に国民健康保険西米良診療所等

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・評価委員会の委員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(介護保険部門)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、重症化を予防する。

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等の情報を活用する。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)を用いる。

(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)

3. 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。村において、健診受診者 182 人のうち心電図検査実施者は 61 人(33.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 3 人であった(図表 36)。ST 所見あり 3 人のうち要精査該当者はいなかった。(図表 37)。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 3 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。

心電図検査結果

【図表36】

	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	182	100	61	33.5	3	4.9	15	24.6	43	70.5

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表37】

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)(%)
3	100	0	0	0	0	0	0

②心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 38 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38】

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	
	182	3	15	43	121
		1.6	8.2	23.6	66.5
メタボ該当者	46 25.3%	2 4.3%	8 17.4%	14 30.4%	22 47.8%
メタボ予備群	27 14.8%	0 0.0%	0 0.0%	8 29.6%	19 70.4%
メタボなし	109 59.9%	1 0.9%	7 6.4%	21 19.3%	80 73.4%
LDL	140-159	18 9.9%	0 0.0%	5 27.8%	13 72.2%
	160-179	5 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
	180-	3 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%

②-1

②-2

【参考】

CKD	G3aA1~	32 17.6%	1 3.1%	4 12.5%	10 31.3%	17 53.1%
-----	--------	-------------	-----------	------------	-------------	-------------

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 39 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 39】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2)二次健診の実施

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

(3)対象者の管理

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

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する。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する。

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する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する。

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。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う。

(1)短期的評価

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

7)実施期間及びスケジュール

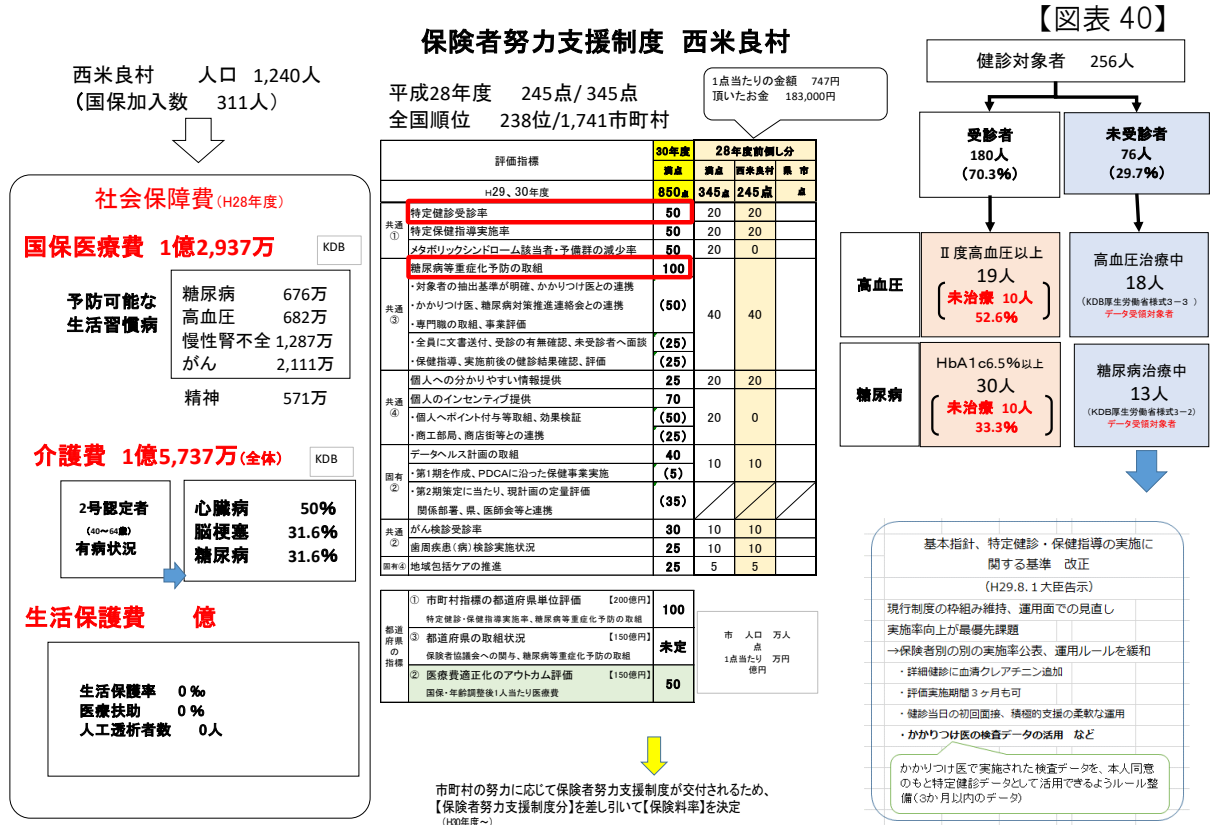
4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

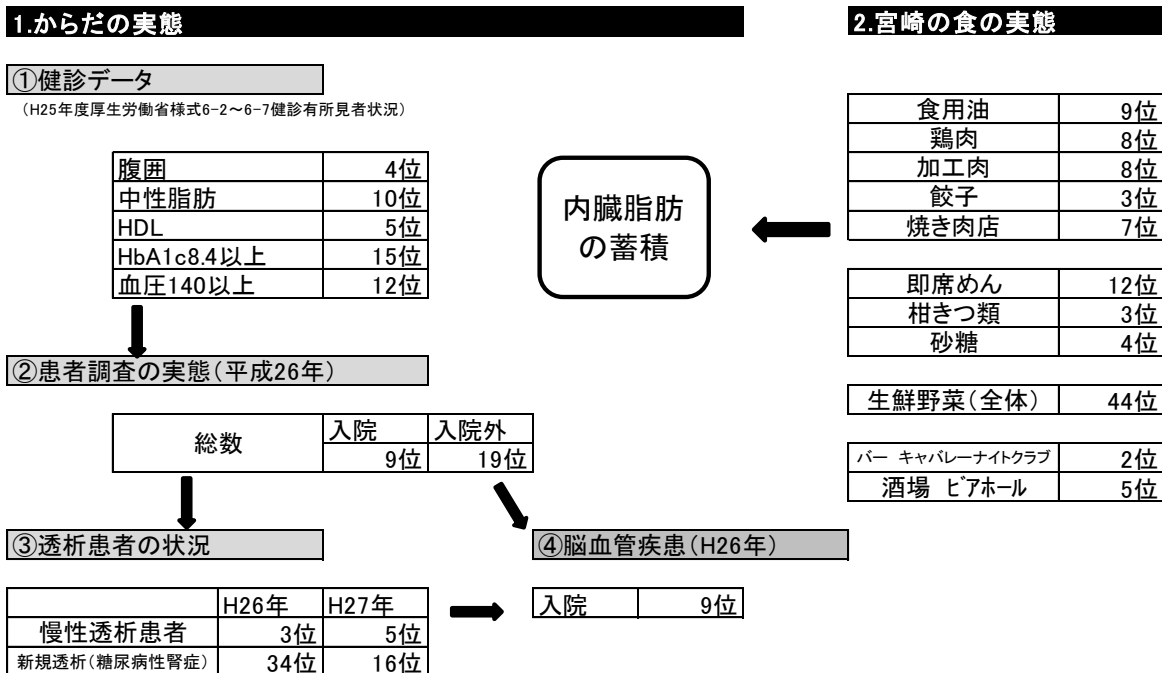
5月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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



【図表 41】 宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する ポピュレーションアプローチ資料



第5章 地域包括ケアに係る取組

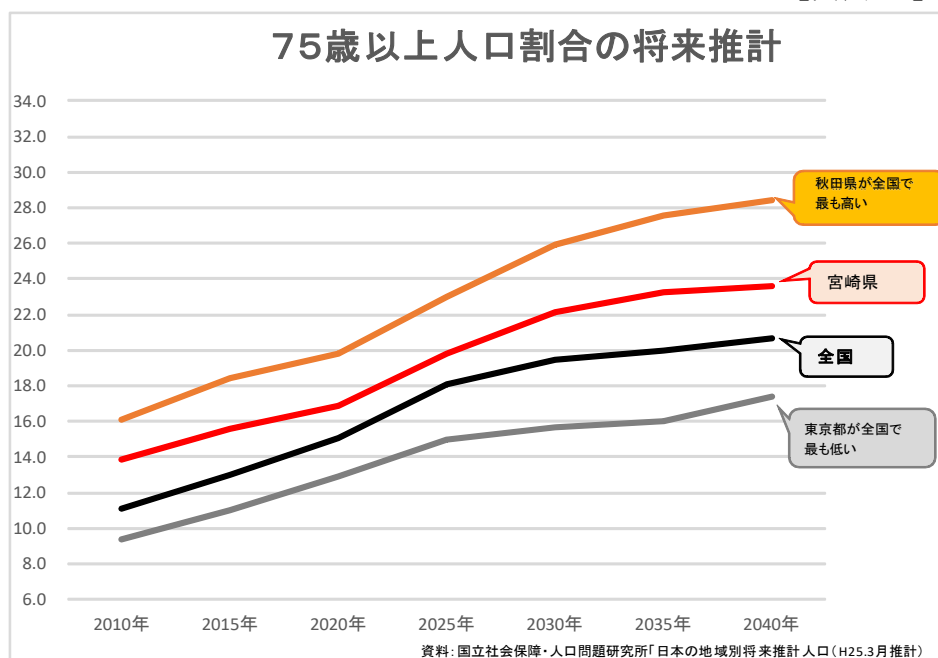
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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

本県は、75歳以上人口の将来推計は、2040年で全国平均を上回る23.6%と推計されている。(図表42)国保では被保険者のうち65歳以上高齢者の割合が高く、前期高齢者に係る医療費の割合は医療費全体の6割(57.3%)近くとなっている。このような状況から、地域で元気に暮らす高齢者を増やすためにその育成やサポート体制づくりを実施するとともに、最小限でかつ質の高い医療サービスを提供することは、国保にも村にも非常に重要である。

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

【図表 42】



第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を4つの指標で評価する。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・管理栄養士等が定期的に行う。また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、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。

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

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、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、国民健康保険西米良診療所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西米良村の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ 1
- 参考資料 11 評価イメージ 2
- 参考資料 12 データヘルス計画の目標管理一覧

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた西米良村の位置

項目	H26年度		H27年度		H28年度		同規模平均		県		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	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	1,240		1,240		1,240		712,964		1,125,360		124,852,975		
		65歳以上(高齢化率)	515	41.5	515	41.5	515	41.5	250,396	35.1	290,839	25.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況
		75歳以上	309	24.9	309	24.9	309	24.9			156,418	13.9	13,989,864	11.2	KDB_NO.3
		65~74歳	206	16.6	206	16.6	206	16.6			134,421	11.9	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		40~64歳	375	30.2	375	30.2	375	30.2			383,847	34.1	42,411,922	34.0	
	39歳以下	350	28.2	350	28.2	350	28.2			450,674	40.0	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	24.0		24.0		24.0		22.7		11.8		4.2		KDB_NO.3
		第2次産業	20.1		20.1		20.1		21.7		21.6		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	56.0		56.0		56.0		55.6		66.6		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.8		78.8		78.8		79.4		79.7		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.8		86.8		86.8		86.5		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.3		64.3		64.3		65.1		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.8		66.8		66.7		66.7		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	111.8		111.8		111.8		102.6		99.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		男性	82.3		82.3		82.3		98.2		96.2		100		
		女性	111.8		111.8		111.8		102.6		99.7		100		
		がん	4	33.3	2	33.3	4	22.2	2,874	44.3	3,469	45.2	367,905	49.6	
		心臓病	1	8.3	2	33.3	8	44.4	1,917	29.6	2,242	29.2	196,768	26.5	
		脳疾患	7	58.3	0	0.0	6	33.3	1,158	17.9	1,301	16.9	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	1	16.7	0	0.0	115	1.8	128	1.7	13,658	1.8	
	腎不全	0	0.0	1	16.7	0	0.0	231	3.6	276	3.6	24,763	3.3		
	自殺	0	0.0	0	0.0	0	0.0	187	2.9	265	3.5	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計													厚労省HP 人口動態調査
男性															
女性															
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	74	15.3	80	14.6	85	15.7	49,932	20.0	59,315	20.4	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者	0	0.2	3	0.3	1	0.3	781	0.3	1,066	0.3	105,654	0.3	
	2号認定者	3	0.8	3	0.8	4	0.8	856	0.4	1,424	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	13	15.9	15	15.8	13	16.1	10,568	20.4	12,984	21.1	1,343,240	21.9	
		高血圧症	47	63.5	52	62.7	58	62.5	28,302	55.0	35,343	57.8	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	14	19.1	16	20.1	21	21.2	14,020	27.1	16,820	27.4	1,733,323	28.2	
		心臓病	50	67.6	59	70.4	65	71.8	31,852	62.1	40,218	65.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	30	38.2	26	35.5	32	34.2	13,312	26.3	19,110	31.4	1,530,506	25.3	
		がん	5	6.2	7	7.1	8	9.0	4,845	9.3	5,851	9.4	629,053	10.1	
		筋・骨格	46	66.3	60	68.6	65	71.3	28,251	55.0	35,158	57.7	3,051,816	49.9	
精神	37	52.4	46	52.5	42	49.9	19,059	36.9	25,273	40.9	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	127,918		111,183		102,589		73,702		66,242		58,349		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	37,768		33,191		30,757		39,646		47,239		39,683			
	施設サービス	289,628		275,755		274,540		273,946		282,096		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	8,372		6,971		6,739		8,522		7,150		7,980		
	医療費(40歳以上)	認定なし	4,195		4,159		4,542		4,226		3,962		3,822		
4	① 国保の状況	被保険者数	352		334		311		198,796		300,094		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		65~74歳	176	50.0	167	50.0	160	51.4			119,980	40.0	12,462,053	38.2	
		40~64歳	115	32.7	108	32.3	96	30.9			103,070	34.3	10,946,693	33.6	
		39歳以下	61	17.3	59	17.7	55	17.7			77,044	25.7	9,178,477	28.2	
	加入率	28.4		26.9		25.1		28.1		26.7		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	0.2	140	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数	3	8.5	3	9.0	3	9.6	621	3.1	891	3.0	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	19,245	64.1	1,524,378	46.8	
		医師数	2	5.7	2	6.0	2	6.4	541	2.7	2,730	9.1	299,792	9.2	
		外来患者数	761.0		769.0		801.0		652.4		677.3		668.3		
入院患者数	26.0		25.7		27.3		23.7		24.7		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	29,015	県内5位 同規模74位	29,116	県内7位 同規模94位	34,009	県内3位 同規模27位	26,819	26,708	24,253				KDB_NO.3	
	受診率	787.089		794.756		828.339		676.093		702.045		686.501			
	外費用の割合	62.0		65.5		64.9		55.3		55.1		60.1			
	来件数の割合	96.7		96.8		96.7		96.5		96.5		97.4			
	入費用の割合	38.0		34.5		35.1		44.7		44.9		39.9			
	院件数の割合	3.3		3.2		3.3		3.5		3.5		2.6			
1件あたり在院日数	16.5日		15.8日		15.5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 最大医療資源 優先病名(調剤含む)	がん	9,648,230	12.6	16,563,830	20.2	21,109,060	28.3	24.1	21.9	25.6			KDB_NO.3 健診・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)	16,465,160	21.5	13,659,820	16.7	12,873,590	17.3	7.9	11.2	9.7					
	糖尿病	7,940,760	10.4	8,079,350	9.9	6,762,690	9.1	10.1	8.6	9.7					
	高血圧症	10,423,100	13.6	8,871,410	10.8	6,823,290	9.1	9.4	8.7	8.6					
	精神	9,121,960	11.9	13,392,280	16.3	8,714,980	11.7	18.6	22.3	16.9					
筋・骨格	15,116,080	19.7	13,015,690	15.9	5,537,220	7.4	16.4	14.6	15.2						

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数28	糖尿病	448,937	24位	(21)	378,000	27位	(21)	447,179	24位	(19)	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域				
				高血圧	314,774	28位	(12)	371,331	28位	(13)	485,851	23位	(10)					
				脂質異常症	389,520	27位	(22)	358,438	27位	(22)	615,538	4位	(12)					
				脳血管疾患	393,719	26位	(15)	338,296	28位	(16)	462,593	24位	(12)					
				心疾患	486,641	20位	(11)	183,360	28位	(3)	602,800	16位	(7)					
				腎不全	567,500	16位	(17)	80,325	28位	(2)	466,723	25位	(14)					
				精神	360,581	27位	(24)	414,409	19位	(27)	363,934	28位	(24)					
				悪性新生物	672,298	8位	(14)	406,516	28位	(9)	432,620	27位	(13)					
				入院の()内 は入院日数	糖尿病	38,013	5位		37,963	7位		37,974	5位					
					高血圧	30,201	7位		30,579	8位		30,029	7位					
					脂質異常症	25,344	18位		26,971	14位		24,519	21位					
					脳血管疾患	35,888	11位		27,476	23位		36,409	11位					
					心疾患	47,931	6位		47,966	8位		42,222	10位					
					腎不全	248,805	2位		204,118	9位		211,942	7位					
					精神	25,371	23位		23,853	28位		20,987	28位					
					悪性新生物	47,450	16位		62,120	7位		97,542	1位					
					健診有無別 一人当たり 費用	健診対象者 一人当たり	10,837			13,318			10,385		2,810	2,188	2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
						健診未受診者 一人当たり	5,049			4,324			7,314		12,706	12,613	12,683	
				⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	136	62.4	110	59.5	106	61.3	31,779		56.5	38,643	54.9	4,116,530
医療機関受診率	119	54.6	100			54.1	92	53.2	28,823	51.3	36,126	51.3	3,799,744	51.6				
医療機関非受診率	17	7.8	10			5.4	14	8.1	2,956	5.3	2,517	3.6	316,786	4.3				
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数28	健診受診者	218		185		173		56,224		70,365		7,362,845		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				受診率	78.4	県内2位 同規模3位	75.2	県内2位 同規模5位	75.2	県内2位 同規模5位	39.7	34.1	全国30位	34.0				
				特定保健指導終了者(実施率)	12	41.4	8	36.4	15	57.7	498	6.6	1,024	12.1	35,557	4.1		
				非肥満高血糖	13	6.0	18	9.7	13	7.5	5,467	9.7	5,398	7.7	687,157	9.3		
				メタボ	該当者	47	21.6	38	20.5	44	25.4	10,599	18.9	12,737	18.1	1,272,714		17.3
					男性	26	23.9	26	27.4	27	29.7	7,361	27.9	8,453	27.9	875,805		27.5
					女性	21	19.3	12	13.3	17	20.7	3,238	10.8	4,284	10.7	396,909		9.5
					予備群	32	14.7	27	14.6	26	15.0	6,633	11.8	8,801	12.5	790,096		10.7
				メタボ該当・予備群 レベル	男性	23	21.1	16	16.8	17	18.7	4,566	17.3	5,483	18.1	548,609		17.2
					女性	9	8.3	11	12.2	9	11.0	2,067	6.9	3,318	8.3	241,487		5.8
					総数	84	38.5	69	37.3	76	43.9	19,372	34.5	24,361	34.6	2,320,533		31.5
					BMI	32	29.4	25	27.8	28	34.1	5,984	20.0	8,731	21.8	723,162		17.3
				②	総数	13	6.0	11	5.9	5	2.9	3,615	6.4	3,276	4.7	346,181		4.7
					男性	5	4.6	3	3.2	2	2.2	629	2.4	524	1.7	55,460		1.7
					女性	8	7.3	8	8.9	3	3.7	2,986	10.0	2,752	6.9	290,721		7.0
					血糖のみ	0	0.0	0	0.0	3	1.7	464	0.8	463	0.7	48,685		0.7
					血圧のみ	27	12.4	24	13.0	18	10.4	4,606	8.2	6,610	9.4	546,667		7.4
					脂質のみ	5	2.3	3	1.6	5	2.9	1,563	2.8	1,728	2.5	194,744		2.6
					血糖・血圧	6	2.8	7	3.8	4	2.3	1,913	3.4	2,177	3.1	196,978		2.7
血糖・脂質	1	0.5	0		0.0	0	0.0	596	1.1	527	0.7	69,975	1.0					
血圧・脂質	31	14.2	23		12.4	26	15.0	4,826	8.6	6,398	9.1	619,684	8.4					
血糖・血圧・脂質	9	4.1	8		4.3	14	8.1	3,264	5.8	3,635	5.2	386,077	5.2					
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	103	47.2	94	50.8	82	47.4	20,411	36.4	26,598	37.8	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
				糖尿病	17	7.8	17	9.2	18	10.4	5,000	8.9	5,492	7.7	551,051	7.5		
				脂質異常症	48	22.0	47	25.4	37	21.4	12,656	22.6	14,617	20.8	1,738,149	23.6		
				既往歴	15	6.9	13	7.0	10	5.8	1,721	3.1	2,678	3.9	230,777	3.3		
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	7	3.2	6	3.2	8	4.6	2,998	5.5	3,610	5.2	391,296	5.5		
				腎不全	1	0.5	1	0.5	0	0.0	335	0.6	240	0.3	37,041	0.5		
				貧血	27	12.4	28	15.1	22	12.7	4,296	8.1	7,028	10.3	710,650	10.1		
				喫煙	33	15.1	28	15.1	28	16.2	9,314	16.6	8,579	12.2	1,048,171	14.2		
				週3回以上朝食を抜く	19	8.7	13	7.0	15	8.7	3,727	7.5	5,423	7.9	540,374	8.5		
				週3回以上食後間食	23	10.6	16	8.6	21	12.1	6,739	13.5	8,370	12.2	743,581	11.8		
				週3回以上就寝前夕食	32	14.7	26	14.1	20	11.6	8,014	16.0	10,350	15.1	983,474	15.4		
				食べる速度が速い	49	22.6	43	23.2	36	20.9	13,924	27.9	17,191	25.1	1,636,988	25.9		
				20歳時体重から10kg以上増加	76	34.9	62	33.5	60	34.7	17,050	33.9	23,020	33.7	2,047,756	32.1		
				1回30分以上運動習慣なし	135	62.5	123	66.5	108	62.4	34,200	67.6	37,331	54.6	3,761,302	58.7		
1日1時間以上運動なし	94	43.3	91	49.5	83	48.0	24,869	49.6	32,133	47.0	2,991,854	46.9						
睡眠不足	44	20.3	42	22.8	31	17.9	12,204	24.3	15,486	22.7	1,584,002	25.0						
②	毎日飲酒	76	35.0	56	30.3	55	31.8	14,071	27.0	18,471	26.9	1,760,104	25.6					
	時々飲酒	62	28.6	59	31.9	58	33.5	11,710	22.5	15,884	23.1	1,514,321	22.0					
	1会未満	67	47.9	45	39.5	55	48.2	19,633	56.3	24,360	53.9	3,118,433	64.1					
	1~2合	51	36.4	53	46.5	43	37.7	9,756	28.0	12,254	29.6	1,158,318	23.8					
2~3合	20	14.3	15	13.2	15	13.2	3,922	11.3	3,977	9.6	452,785	9.3						
3合以上	2	1.4	1	0.9	1	0.9	1,539	4.4	767	1.9	132,608	2.7						

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

軽症
重症

レセプト

KDB
厚生労働省様式
様式3-2
(平成28年7月
作成分)

年代別	人数	割合
20代以下	43	13.1
30代	11	3.3
40代	21	6.4
50代	42	12.8
60代	139	42.2
70~74歳	73	22.2

※(H)は、糖尿病治療中における割合
※(I)は、糖尿病治療中における割合

治療法	人数	割合
人工透析	1人	(2.6)
糖尿病性腎症	10人	(26.3)
インスリン療法	5人	(13.2)
糖尿病治療中	38人	(11.6)

※(H)は、糖尿病治療中における割合
※(I)は、糖尿病治療中における割合

実態

特定健診
[40~74歳]
平成28年度

※ 途中加入、療養喪失等の異動者、施設入所者、最期入所者、既経過は除外

項目	人数	割合
特定健診対象者	256人	
特定健診受診者	182人	(71.1)
特定健診未受診者	74人	
特定健診未受診者(再問)65歳以上	124人	68.1(9)
特定健診未受診者(再問)65歳以下	50人	
以下のみがこれに該当 ・HbA1c5.0以上 ・空腹時血糖182以上 ・糖尿病治療中(再問)		

※(H)は、糖尿病治療中における割合
※(I)は、糖尿病治療中における割合

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

項目	人数	割合
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	275人	

その他のリスク

項目	人数	割合
高血圧	31	13
脂質異常症	24	8.7
腎臓病	13	4.7
その他	81.6	29.6

※(H)は、糖尿病治療中における割合
※(I)は、糖尿病治療中における割合

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

項目	人数	割合
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	275人	

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

項目	人数	割合
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	275人	

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

項目	人数	割合
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	275人	

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

項目	人数	割合
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	275人	

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

項目	人数	割合
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	275人	

【参考資料2】

糖尿病性腎症病期分類

再掲(第2~4期)	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期
腎造時期	腎造時期	早期腎造時期	慢性腎造時期	腎不全期	透析療法期
30以上	30以上	30以上	30以上	30未満	透析療法中
7	正腎	微量	顕性		
アルブミン尿	アルブミン尿(30未満)	アルブミン尿(30~299)	アルブミン尿(300以上)	蛋白尿(+)以上	蛋白尿(+)以上
蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿
蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿
蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿
蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿
蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿	蛋白尿

【参考資料 3】

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

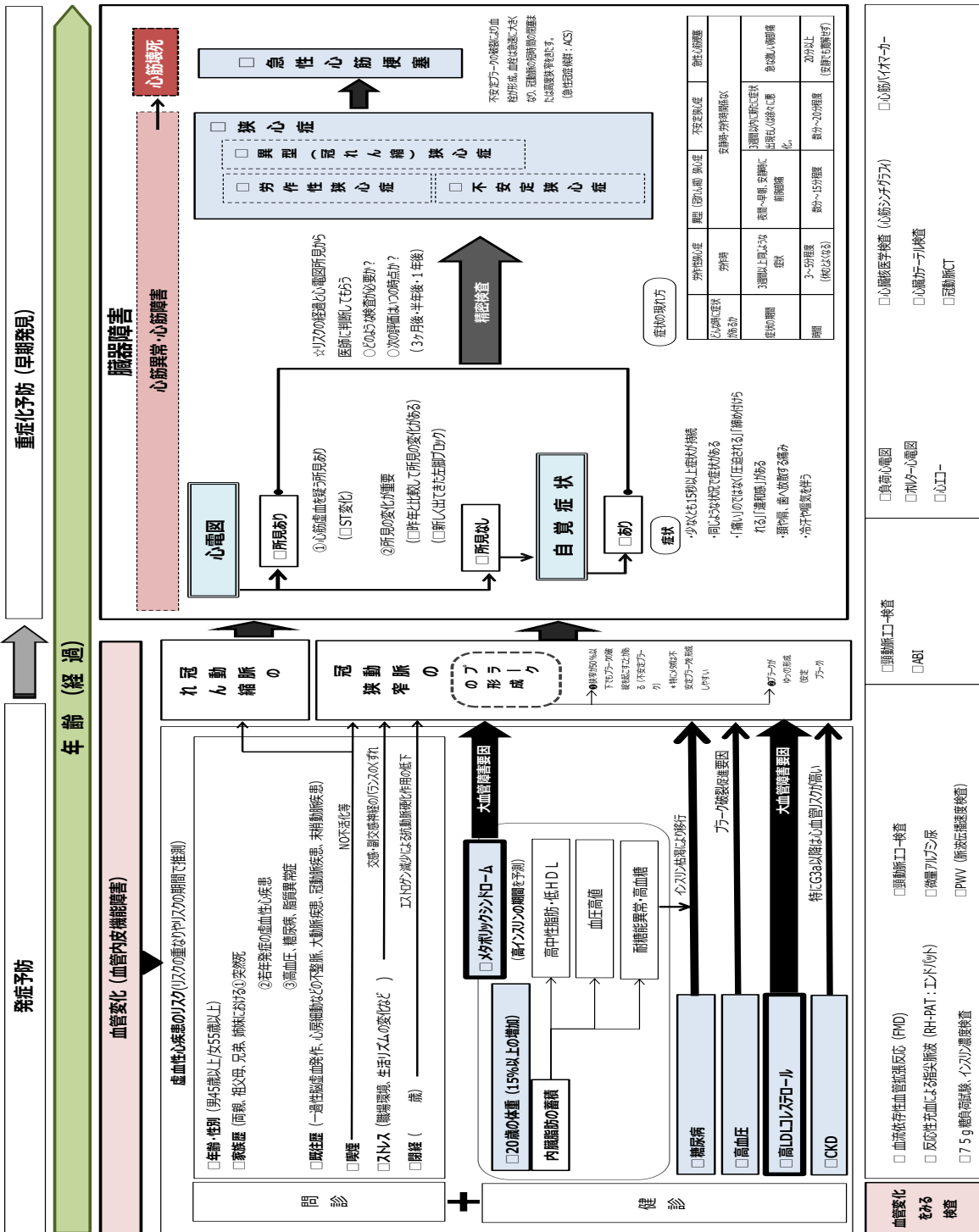
【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人		1. 資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- 後期高齢者、社会保険 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- かかりつけ医、糖尿病専門医 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 ----- 栄養士中心 ----- 腎専門医	
	㉔ 健診未受診者 ()人			
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保)	()人		
	②後期高齢者	()人		
	③他保険	()人		
	④住基異動(死亡・転出)	()人		
	⑤確認できず	()人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ()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			
	㉕ 結果把握 ()人			
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *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 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人				
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人				

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

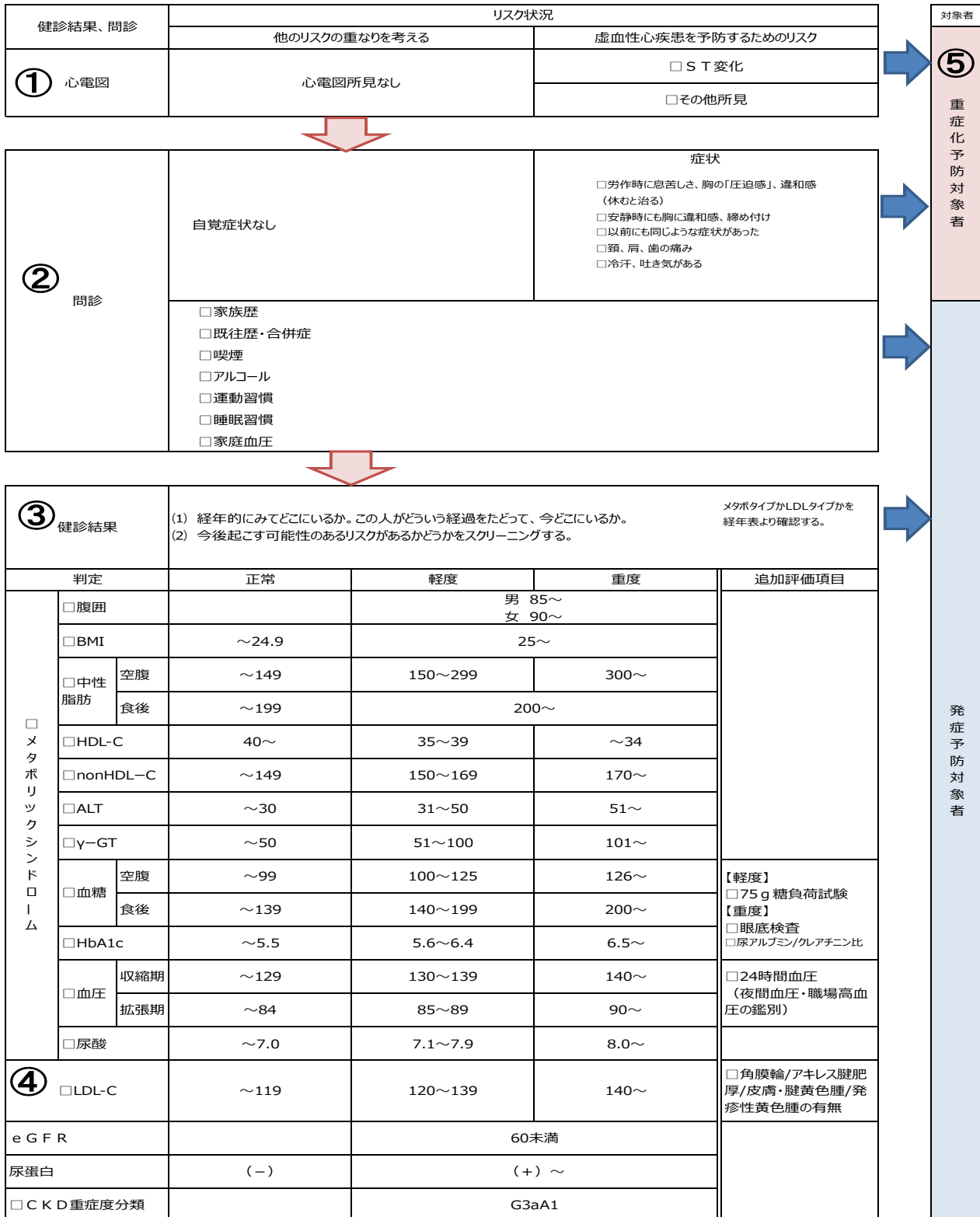
項目		突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数245			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	329人								KDB.厚生労働省様式 様式3-2	
	②	(再掲)40-74歳	275人									
2	①	特定健診	256人								市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	②	対象者数	182人									
	③	受診率	71.1%									
3	①	特定保健指導	26人									
	②	実施率	57.7%									
4	①	糖尿病型	E	30人	16.5%						特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	10人	33.3%							
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	20人	66.7%							
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	8人	40.0%							
	⑤			血圧 130/80以上	3人	37.5%						
	⑥	肥満 BMI25以上		5人	62.5%							
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	12人	60.0%							
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	25人	83.3%							
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		1人	3.3%							
	⑩	第3期 尿蛋白(+)以上		4人	13.3%							
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%							
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	115.5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)	138.2人									
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	27件	(415.4)			58件	(486.6)	KDB.疾病別医療費分析 (生活習慣病)		
	④	()内は標準値千対	入院(件数)	140件	(2153.8)			218件	(1829.4)			
	⑤	糖尿病治療中	H	38人	11.6%					KDB.厚生労働省様式 様式3-2		
	⑥	(再掲)40-74歳		38人	13.8%							
	⑦	健診未受診者	I	18人	47.4%							
	⑧	インスリン治療	O	5人	13.2%							
	⑨	(再掲)40-74歳		5人	13.2%							
	⑩	糖尿病性腎症	L	10人	26.3%							
	⑪	(再掲)40-74歳		10人	26.3%							
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	2.63%							
	⑬	(再掲)40-74歳		1人	2.63%							
	⑭	新規透析患者数		0人	0%							
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症		0人	0%							
	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)		47人	2.1%					KDB.厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー		
6	①	総医療費	1億2937万円						2億6643万円		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	7461万円						1億5157万円			
	③	(総医療費に占める割合)	57.7%						56.9%			
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	25,531円						7,804円		
	⑤		健診未受診者	17,982円						35,289円		
	⑥	糖尿病医療費	676万円						1525万円			
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	9.1%						10.1%			
	⑧	糖尿病入院外総医療費	1709万円									
	⑨	1件あたり	37,974円									
	⑩	糖尿病入院総医療費	1163万円									
	⑪	1件あたり	447,179円									
	⑫	在院日数	19日									
	⑬	慢性腎不全医療費	1320万円						1315万円			
	⑭	透析有り	1287万円						1198万円			
	⑮	透析なし	33万円						116万円			
7	①	介護給付費	1億5737万円						3億1478万円			
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	0件 0.0%									
8	①	死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%			0人	1.0%	KDB.健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防がイライライ2017改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能障害の診断に関するガイドライン、糖尿病診療ガイドライン、エビデンスに基づいた2019、糖尿病診療ガイド、血管内皮機能検査 (東京医科大学)

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表

番号	被保険者証		氏名	性別	年齢	健診データ																																			
	記号	番号				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	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

病状番号	診療年度	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	治療状況	内服薬	備考																

平成29年度に向けての全体評価

課題・目標	評価（良くなったところ）	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）	⑤残っている課題
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 H29年度 目標60% 特定保健指導実施率 H29年度 目標60% 健康診査受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD） 心血管系疾患、脳血管疾患、糖尿病併発症を減らすことを目標に、平成29年度には平成28年度と比較して3疾患それぞれ2%減少させる。 医療費の伸びを抑える。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診率が低い。 受診動機が不明、アプローチ方法等検討。（地区台帳の活用等） 医療機関の協力を得る。 早期介入保健指導事業 対象者の特定、評価方法等検討 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> PDOCAツールからの計画を立案する。 対象者、方法等の検討。 地区台帳の活用。 初期、専任の指導、評価等検討。 林野特定保健指導、健康づくり担当が分からず、把握しきれない状況。 評価期間の検討。 	<p>①プロセス（やってきた実践の過程）</p> <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診 保護センターとしての未受診者対策は保健指導推進委員の健康診査受診率中心であった。H28年度は、新たな取り組みを行い、従来の健診未受診率、生活習慣病治療率に対して（運動喚起）実施を行った。また、未受診者対策の未受診のみに治療の機会が多かったことから、医療機関への対策として、がん検診医療機関説明会等、治療中のがんへの受診勧奨の機会が多かった。 重症化予防対策 重症化予防対策は重症化予防委員が中心であった。H28年度は、新たな取り組みを行い、従来の重症化予防対策は重症化予防委員の健康診査受診率中心であった。H28年度は、新たな取り組みを行い、従来の重症化予防対策は重症化予防委員の健康診査受診率中心であった。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関説明会実施状況 がん検診の医療機関へのアプローチ状況 未受診者対策実施状況 がん検診の医療機関へのアプローチ状況 早期介入保健指導実施状況 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 H29年度目標60%達成状況 未受診者対策実施状況 検査結果の改善状況 検査結果の改善状況 検査結果の改善状況 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療活動に関して具体的な目標、効果を検討し、PDOCAツールに基づいて事業を計画する。 地区台帳の活用、アプローチ方法等検討。 早期介入保健指導事業 対象者の特定、評価方法等検討
<p>課題・目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定健診受診率 H29年度 目標60% 特定保健指導実施率 H29年度 目標60% 健康診査受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD） 心血管系疾患、脳血管疾患、糖尿病併発症を減らすことを目標に、平成29年度には平成28年度と比較して3疾患それぞれ2%減少させる。 医療費の伸びを抑える。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診率が低い。 受診動機が不明、アプローチ方法等検討。（地区台帳の活用等） 医療機関の協力を得る。 早期介入保健指導事業 対象者の特定、評価方法等検討 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> PDOCAツールからの計画を立案する。 対象者、方法等の検討。 地区台帳の活用。 初期、専任の指導、評価等検討。 林野特定保健指導、健康づくり担当が分からず、把握しきれない状況。 評価期間の検討。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策 重症化予防対策

【参考資料10】

平成28年度の実績評価をふまえ、平成29年度の実感評価 (平成29年度進捗状況)		評価(良くなったところ)		
<p>平成28年度課題</p> <p>○特定難症受診率 H28年度実績0%</p> <p>○院内受診率 40.1%</p> <p>○重症化予防率 40.9%</p> <p>○早期介入率 100%</p> <p>○重症化予防率 40.9%</p> <p>○早期介入率 100%</p> <p>○重症化予防率 40.9%</p> <p>○早期介入率 100%</p>	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実績事項を振り返り、(プロセス)</p> <p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の課題を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を明確にする。</p> <p>○院入は担当だけでなく、共通認識を固める。年度当初だけでなく、再々確認しながら、アップデートしていき、重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み</p> <p>・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やし実施。</p> <p>・医療管理台帳を活用し、3年未満未受診・未治療者への受診勧奨訪問。</p> <p>・医療機関への働きかけとして</p> <p>①がん検診実施期間型説明会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。</p> <p>②院内受診率向上に向けた、受診率向上の啓発活動を実施。</p> <p>③重症化予防、特定難症受診率の受診勧奨の協力依頼を実施。</p> <p>・早期介入率向上に向けた、早期介入率向上の啓発活動を実施。</p>	<p>②アウトプット (事業実施)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>○院内受診率向上</p> <p>・40、65、67歳未受診・未治療者への受診勧奨の協力依頼を実施。</p> <p>・重症化予防率向上に向けた、早期介入率向上の啓発活動を実施。</p> <p>○特定難症受診率向上</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>○特定難症受診率</p> <p>・平成28年度実績0%</p> <p>○院内受診率</p> <p>・平成28年度実績40.1%</p> <p>○重症化予防率</p> <p>・平成28年度実績40.9%</p> <p>○早期介入率</p> <p>・平成28年度実績100%</p>	<p>④ストラテジー (構造)</p> <p>○特定難症受診率</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p>
	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やってきた実績事項を振り返り、(プロセス)</p> <p>全体</p> <p>○年度当初、前年度の課題を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画を立案し、目標、事業の位置づけ等を明確にする。</p> <p>○院入は担当だけでなく、共通認識を固める。年度当初だけでなく、再々確認しながら、アップデートしていき、重要である。</p> <p>未受診者対策</p> <p>○取り組み</p> <p>・未受診訪問の対象年齢を40、65、67歳に増やし実施。</p> <p>・医療管理台帳を活用し、3年未満未受診・未治療者への受診勧奨訪問。</p> <p>・医療機関への働きかけとして</p> <p>①がん検診実施期間型説明会にて、治療中の方への受診勧奨の協力依頼を実施。</p> <p>②院内受診率向上に向けた、受診率向上の啓発活動を実施。</p> <p>③重症化予防、特定難症受診率の受診勧奨の協力依頼を実施。</p> <p>・早期介入率向上に向けた、早期介入率向上の啓発活動を実施。</p>	<p>②アウトプット (事業実施)</p> <p>未受診者対策</p> <p>○医療機関へのアプローチ</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>○院内受診率向上</p> <p>・40、65、67歳未受診・未治療者への受診勧奨の協力依頼を実施。</p> <p>・重症化予防率向上に向けた、早期介入率向上の啓発活動を実施。</p> <p>○特定難症受診率向上</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p>	<p>③アウトカム (結果)</p> <p>○特定難症受診率</p> <p>・平成28年度実績0%</p> <p>○院内受診率</p> <p>・平成28年度実績40.1%</p> <p>○重症化予防率</p> <p>・平成28年度実績40.9%</p> <p>○早期介入率</p> <p>・平成28年度実績100%</p>	<p>④ストラテジー (構造)</p> <p>○特定難症受診率</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p>

<p>○特定難症受診率</p> <p>・平成28年度実績0%</p> <p>○院内受診率</p> <p>・平成28年度実績40.1%</p> <p>○重症化予防率</p> <p>・平成28年度実績40.9%</p> <p>○早期介入率</p> <p>・平成28年度実績100%</p>	<p>⑤残っている課題</p> <p>○特定難症受診率</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p> <p>・がん検診実施期間型説明会にて、特定難症受診率向上について協力を依頼する。</p>
--	---

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値	中期評価年度	最終評価年度	現状値の把握方法					
特定 等 計 画 診	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	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	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									
中 長 期	(各市町の健康課題を記載) ・高血糖者の割合が〇%で県内、同規模と比較して高い ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の〇%を占めており、増加している。 ...等	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	特定保健指導対象者の減少率25%									KDBシステム
			脳血管疾患の総医療費に占める割合〇%減少									
デ ・ タ ・ ヘ ル ス 計 画	透析者が透析者の〇%を占めており、増加している。 ...等	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するため、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	虚血性心疾患の総医療費に占める割合〇%減少									〇〇市 健康増進計画
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少〇%									
短 期	がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%									〇〇市 健康増進計画
			健診受診者の高血圧者の割合減少〇%(160/100以上)									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	がんによる死亡率が〇%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少〇%(LDL140以上)									〇〇市 健康増進計画
			健診受診者の糖尿病者の割合減少〇%(HbA1c6.5以上)									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	がんによる死亡率が〇%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合〇%									〇〇市 健康増進計画
			糖尿病の保健指導を実施した割合〇%以上									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	がんによる死亡率が〇%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 〇%以上									〇〇市 健康増進計画
			肺がん検診 〇%以上									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	がんによる死亡率が〇%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 〇%以上									〇〇市 健康増進計画
			子宮頸がん検診 〇%以上									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	がんによる死亡率が〇%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 〇%以上									〇〇市 健康増進計画
			健康ポイントの取組みを行う実施者の割合〇%以上									
保 険 者 努 力 支 援 制 度	がんによる死亡率が〇%で国と比較して高い。	がんの早期発見、早期治療	後発医薬品の使用割合〇%以上									〇〇市 健康増進計画
			後発医薬品の使用割合〇%以上									