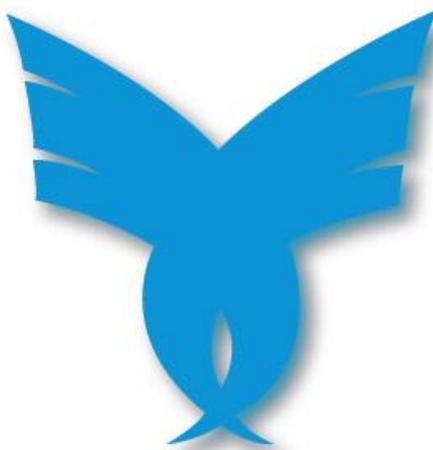


第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)



津 奈 木 町

平成30年3月

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	21
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	27
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアに係る取組	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	51
データヘルス計画目標管理一覧表	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度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

津奈木町においては、国指針に基づき、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て、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定めるものとする。

2. 計画の位置付け

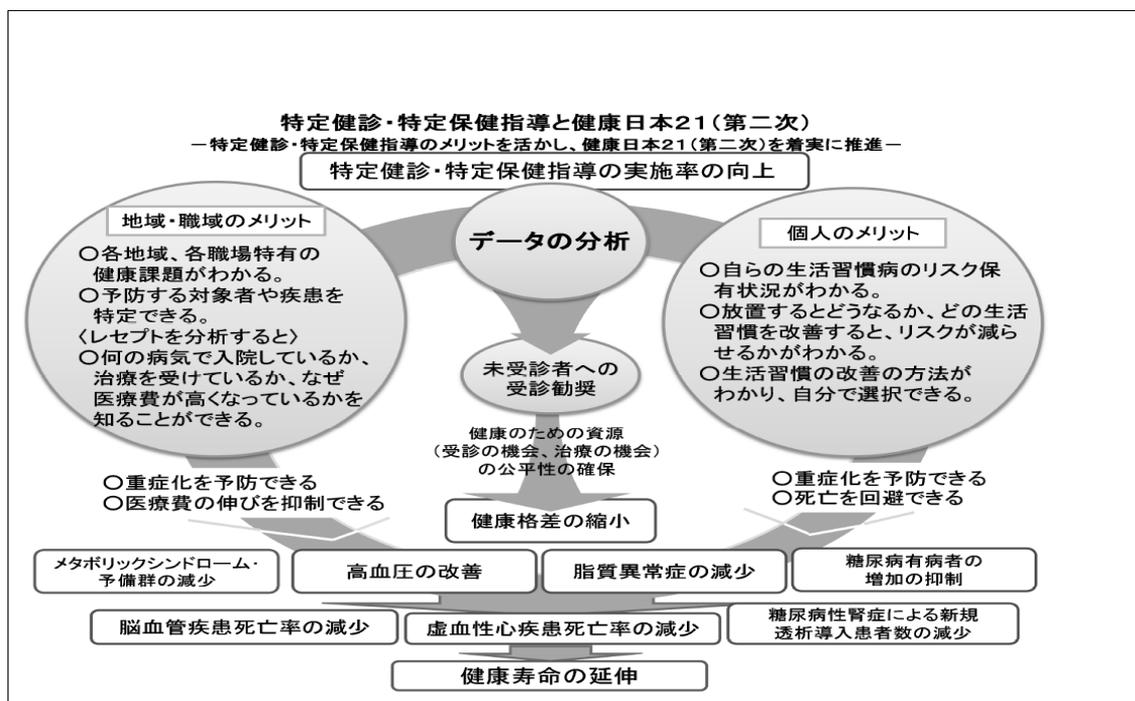
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、熊本県健康増進計画や津奈木町健康増進計画、熊本県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

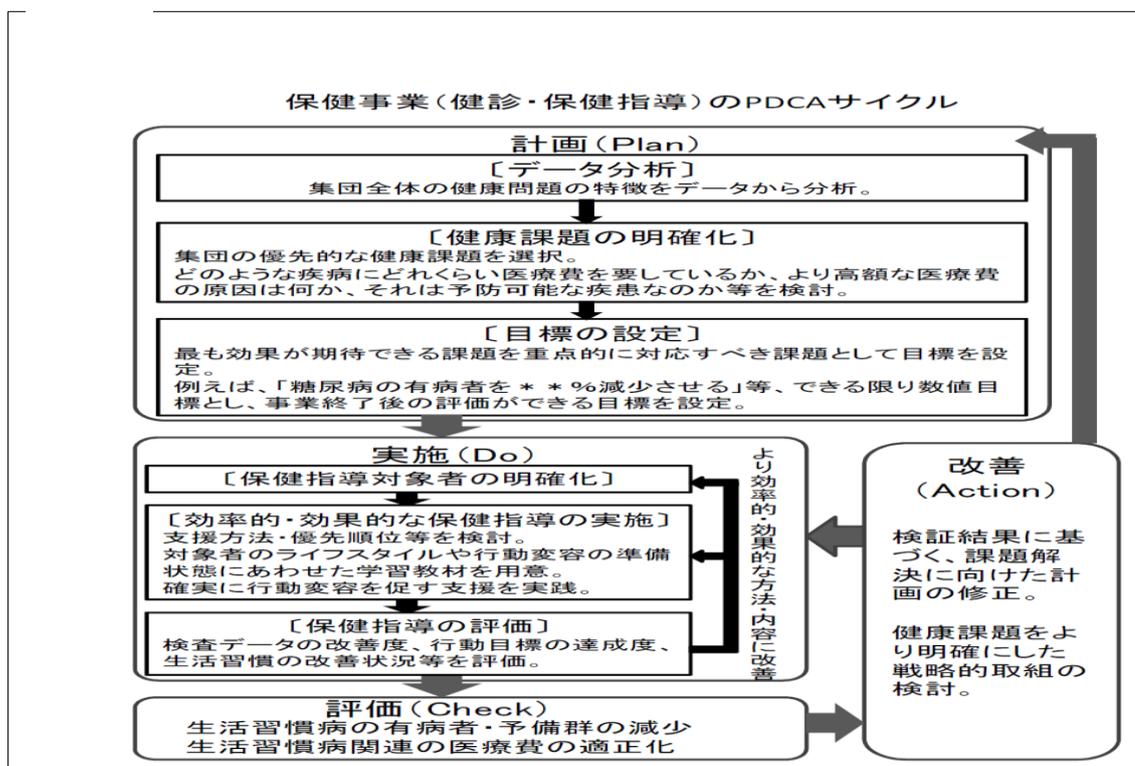
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
健康増進法(第2条)とは「健康増進法、国民健康保険法、介護保険法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進法実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な施策を定めるための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24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 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施に関する指針(一部改正)」	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業におけ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 保険局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針【全部改正】	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格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、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、 社会生活機能が維持可能なもの ともなるよう、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。	生活習慣の改善による糖尿病等の 発症予防 や重症化を遅く、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 重症化や合併症の発生を遅く 、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及び向上を図ることが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の発症予防や重症化を遅く することを目的として、 データヘルス計画 と連携し、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施するものとの役割を担うこととする。	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病状予防の取り組み について、 医療者がその支援の中心 となつて、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。 被保険者の健康意識の向上 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 健康意識の向上 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、 重症化状態または要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 を旨としている。	国民生活意識を醸成 、結びつけるため、国民の生活の質の維持及び向上を支援し、つづき、 医療費が適度に増大しないようにつとめるとともに、良質なかつ適切な医療を効果的に提供するための施策を推進することを目指す。	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、良質なかつ適切な医療を効果的に提供するための施策を推進する。
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迎える若年(若壮年期)世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 老老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管系、腎臓病等 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、若年性動脈硬化症 後縦靭帯断裂症	糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※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発生率 ②生活習慣病(糖尿病・脂質異常症)による年齢別発生率(人口あたり) 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	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健康・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(特定健診の受診率)を評価する ①受診率 ②日常生活における多歩 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健康診査の受診率 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 ①一人あたり医療費の適正化の削減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③特定健康診査・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病状機能分化・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		被保険者努力支援制度 【被保険者努力支援制度(度別)】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、被保険者との連携	

【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、熊本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

津奈木町においては、国民健康保険担当部局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。特に保健衛生部局の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（ほけん福祉課保険班）、保健衛生部局（ほけん福祉課福祉班）、介護保険部局（ほけん福祉課保険班）、企画部局（政策企画課政策企画班）、生活保護部局（ほけん福祉課福祉班）とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成30年度から熊本県が津奈木町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、特に津奈木町国保の保険者機能の強化については、熊本県の関与が更に重要となる。

このため、津奈木町国保は、計画素案について熊本県関係課と意見交換を行い、

熊本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、熊本県が熊本県医師会等との連携を推進することが重要である。

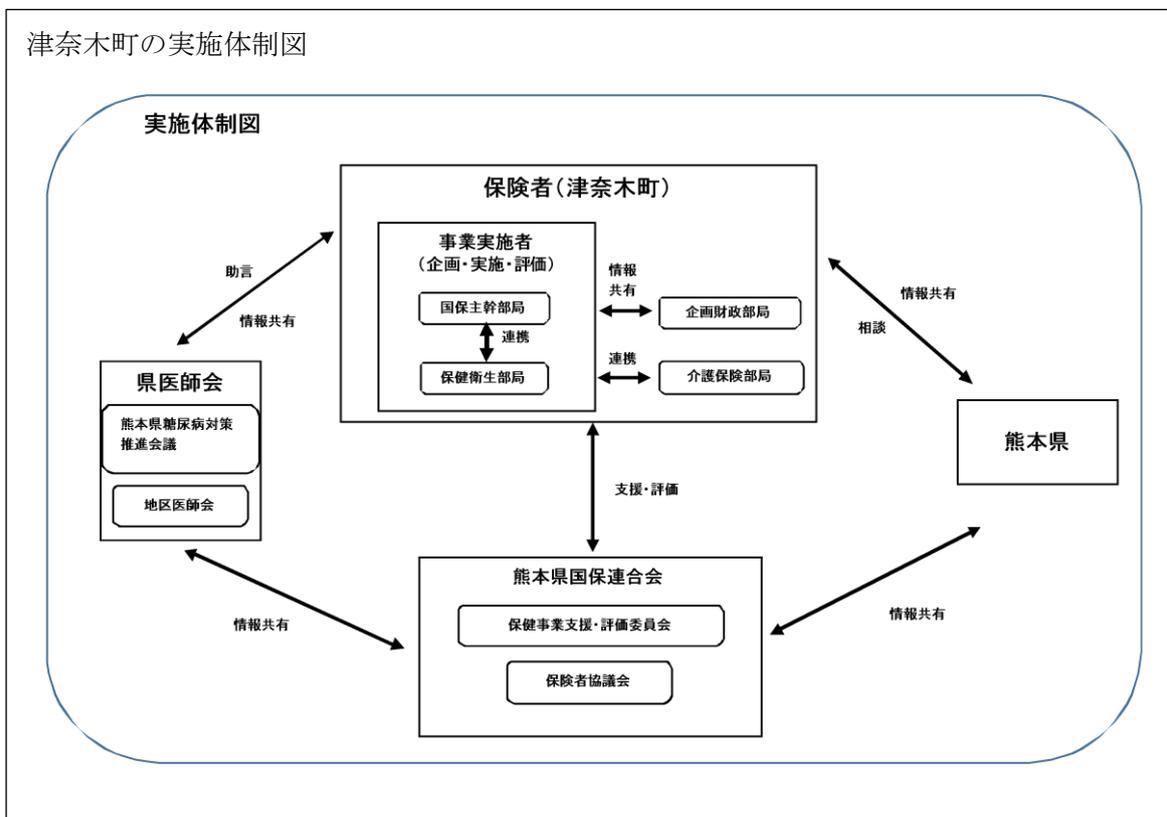
国保連と熊本県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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、毎年度保健所で開催される芦北圏域糖尿病対策地域連携会議（地域・職域連携推進会議）により医療保険者との連携・協力を図る。

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】



4. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		659			
総得点(体制構築加点含む)		211			
全国順位(1, 741市町村中)		692			
共通 ①	特定健診受診率	5			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	5			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	0			20
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	0			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	17			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	10			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			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	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

津奈木町は熊本県南部の水俣市と芦北町の上に位置し、西は不知火海に面し天草群島と相対しており、約7割が山林地帯となっている。

本町の人口は、微減状態が続いているが、65歳以上の高齢化率は34.8%で、同規模、国、県より高い。そのうち、75歳以上の後期高齢者も多いが、高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える40～65歳の壮年期の割合も高い状態である。また、高齢者を支える64歳以下の割合が低いのも特徴であるため、保険料を納める年代の若い青年期・壮年期の財政構造が危機的な状況であり、医療保険者においては、社会保障費の安定化の面でも不安が残る。このことから、若い人から早めの予防活動を行うことは、健康寿命を延ばし、また医療費の抑制にもつながるなど大きな意味がある。

産業構成では、みかん農家や漁業の第1次産業の割合が高く、主要産業の安定化のためにも被保険者の健康の保持、増進は重要である。

本町は、一人当たり医療費が県内及び同規模市町村と比較しても高い状況が続いている。その要因のひとつとして、1件あたりの費用額は県内47位と低いが、医療費の受診率が高く医療費全体を押し上げている現状が伺える。

同様に特定健診の受診率においても課題を抱えており、これまで国保人間ドック事業の開始等、多方面からの取り組みを行い平成25年度に31.8%、平成28年度には39.6%まで受診率を増加することができた。それでも、まだ対象者全体の約4割の実態しか健康状態の把握することができず、医療費適正化の観点からも受診率向上に向けた取り組みは引き続き必要であると考えられる。

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

平成25年度と平成28年度を比較してみると、平成28年度介護給付費、特に1件当たりの施設サービスの給付費が増加していることが分かる。同規模平均と比較すると、本町のほうが1件当たり給付費全体が高く、居宅サービスが低い状況にあり、施設サービスを多く利用していることがわかる。

介護認定者の認定数や介護度、その要因となった疾患等（図表15）の状況推移も併せてみていく必要がある。

介護給付の変化

【図表 6】

年度	津奈木町				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件当たり		施設サービス	1件当たり		施設サービス
		給付費(全体)	居宅サービス		給付費(全体)	居宅サービス	
H25年度	590,862,065	73,667	38,120	293,740	71,886	41,181	279,469
H28年度	618,703,198	76,073	38,367	296,288	70,593	40,986	275,281

② 医療費の状況（図表 7）

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、総医療費は約 4,000 万円減少し、入院・外来ともに伸び率を抑制してきていることが分かった。被保険者数の減少が総医療費の減少に影響を及ぼしていることも考えられるが、高額となる疾患が数件でも増加することで、一人あたり医療費の増額が懸念されることにもなり、心疾患・脳血管疾患・人工透析等の高額となる健康障害を予防することが一段と重要になってくる。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	伸び率		費用額(円)	増減(円)	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	678,643,730				314,433,879				364,209,851			
	H28年度	637,497,420	△ 41,146,310	△ 0.06	0.04	291,500,941	△ 22,932,938	△ 0.07	0.05	345,996,479	△ 18,213,372	△ 0.05	0.03
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	36,130				16,740				19,390			
	H28年度	39,376	3,246	0.09	0.10	18,005	1,265	0.08	0.12	21,371	1,981	0.10	0.09

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

KDB帳票No.1地域の全体像の把握、No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

平成 28 年度の中長期目標疾患である慢性腎不全(透析有)の割合では約 1%の増加はあったが、脳梗塞・脳出血と狭心症・心筋梗塞が占める割合は減少しており、中長期・短期目標疾患医療費計では、約 3,200 万円(19.72%)の減少があった。

【図表 8】

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(H25とH28の比較)

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
9	H25 津奈木町	678,643,730	36,135	1位	3位	2.39%	0.11%	1.59%	3.35%	6.14%	6.01%	3.70%	158,090,500	23.30%	7.85%	15.43%	11.33%
	H28	637,497,420	39,376	1位	2位	3.12%	0.19%	0.12%	1.58%	6.13%	5.08%	3.50%	125,706,270	19.72%	12.08%	12.72%	12.80%
9	H28 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%
	H28 県	1,61,643,949,660	27,978	--	--	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム: 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患 (図表 9)

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、虚血性心疾患で治療する人の割合は 10.8%から 12.4%に増加し、虚血性心疾患で治療中の方に特に高血圧と脂質異常症の治療をしている人の割合が特に高いことが分かった。

同様に脳血管疾患は、平成 28 年度に 8.6%とやや減少し、脳血管疾患を治療中の方に糖尿病、脂質異常症を併せて治療している方が多く、特に平成 28 年度では、糖尿病の割合が 45.7%に増加し今後糖尿病重症化予防に力を入れていく必要があると考えられた。人工透析では、平成 25 年度から平成 28 年度の間で、3 名(0.2%増)増加し、虚血性心疾患、高血圧、脂質異常症で治療している方の割合が増加し、透析だけでなく血管イベントを既に起こしていることが分かる。本町の特徴として、透析を受けている方に糖尿病の治療者はいないが、脳血管疾患では、糖尿病治療者の割合が増加しており、血管を守る視点から糖尿病対策を行っていく必要があると考えられた。

【図表 9】

		中長期的な目標								短期的な目標					
厚生労働省様式様式3-5		虚血性心疾患 B													
		脳血管疾患 C				人工透析 D				高血圧 E		糖尿病 F		脂質異常症 G	
		被保険者数 A	人数	割合(B/A)	人数	割合(B/C)	人数	割合(B/D)	人数	割合(B/E)	人数	割合(B/F)	人数	割合(B/G)	
H25	全体	1,571	169	10.8%	42	24.9%	0	0.0%	116	68.6%	54	32.0%	109	64.5%	
	64歳以下	1,028	64	6.2%	15	1.5%	0	0.0%	42	65.6%	20	31.3%	40	62.5%	
	65歳以上	543	105	19.3%	27	5.0%	0	0.0%	74	70.5%	34	32.4%	69	65.7%	
H28	全体	1,354	168	12.4%	42	25.0%	2	1.2%	129	76.8%	53	31.5%	112	66.7%	
	64歳以下	779	60	7.7%	11	18.3%	1	1.7%	42	70.0%	15	25.0%	40	66.7%	
	65歳以上	575	108	18.8%	31	28.7%	1	0.9%	87	80.6%	38	35.2%	72	66.7%	
		中長期的な目標								短期的な目標					
厚生労働省様式様式3-6		脳血管疾患 B													
		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 A	人数	割合(B/A)	人数	割合(B/C)	人数	割合(B/D)	人数	割合(B/E)	人数	割合(B/F)	人数	割合(B/G)	
H25	全体	1,578	150	9.5%	39	26.0%	0	0.0%	128	85.3%	47	31.3%	97	64.7%	
	64歳以下	1,034	63	6.1%	14	22.2%	0	0.0%	54	85.7%	16	25.4%	41	65.1%	
	65歳以上	544	87	16.0%	25	28.7%	0	0.0%	74	85.1%	31	35.6%	56	64.4%	
H28	全体	1,354	116	8.6%	42	36.2%	0	0.0%	98	84.5%	53	45.7%	78	67.2%	
	64歳以下	779	35	4.5%	11	31.4%	0	0.0%	27	77.1%	13	37.1%	28	80.0%	
	65歳以上	575	81	14.1%	31	38.3%	0	0.0%	71	87.7%	40	49.4%	50	61.7%	
		中長期的な目標								短期的な目標					
厚生労働省様式様式3-7		人工透析 B													
		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 A	人数	割合(B/A)	人数	割合(B/C)	人数	割合(B/D)	人数	割合(B/E)	人数	割合(B/F)	人数	割合(B/G)	
H25	全体	1,571	4	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	75.0%	0	0.0%	1	25.0%	
	64歳以下	1,028	3	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	
	65歳以上	543	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	
H28	全体	1,354	7	0.5%	0	0.0%	2	28.6%	6	85.7%	0	0.0%	2	28.6%	
	64歳以下	779	4	0.5%	0	0.0%	1	25.0%	4	100.0%	0	0.0%	1	25.0%	
	65歳以上	575	3	0.5%	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	

(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)

短期目標である糖尿病、高血圧、脂質異常症では、高血圧と脂質異常症の重なりが多かった。

【糖尿病 様式3-2】

平成25年度と平成28年度を比較すると糖尿病では、平成28年度すべてにおいて全体的に増加傾向であり、今後糖尿病対策が重要な課題となってくることがわかる。

【高血圧 様式3-3】

同様に高血圧では、治療者の割合が増え短期目標である糖尿病、脂質異常症を併せて治療する割合も増加していた。中長期的目標の脳血管疾患の割合が平成28年度に減少がみられた。

【脂質異常症 様式 3-4】

脂質異常症の治療者の割合は、平成 28 年度に増加傾向にある。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標								
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症		
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1,571	212	13.5%	22	10.4%	157	74.1%	126	59.4%	54	25.5%	46	21.7%	0	0.0%	0	0.0%	11	5.2%
	64歳以下	1,028	89	8.7%	8	9.0%	62	69.7%	57	64.0%	20	22.5%	15	16.9%	0	0.0%	0	0.0%	6	6.7%
	65歳以上	543	123	22.7%	14	11.4%	95	77.2%	69	56.1%	34	27.6%	31	25.2%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.1%
H28	全体	1,354	202	↑(14.9%)	29	↑(14.4%)	153	↑(75.7%)	128	↑(63.4%)	53	↑(26.2%)	53	↑(26.2%)	0	0.0%	0	0.0%	15	↑(7.4%)
	64歳以下	779	77	9.9%	10	13.0%	48	62.3%	44	57.1%	15	19.5%	13	16.9%	0	0.0%	0	0.0%	5	6.5%
	65歳以上	575	125	21.7%	19	15.2%	105	84.0%	84	67.2%	38	30.4%	40	32.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	8.0%

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
H25	全体	1,571	521	33.2%	157	30.1%	291	55.9%	116	22.3%	118	22.6%	3	0.6%	
	64歳以下	1,028	221	21.5%	62	28.1%	117	52.9%	42	19.0%	49	22.2%	2	0.9%	
	65歳以上	543	300	55.2%	95	31.7%	174	58.0%	74	24.7%	69	23.0%	1	0.3%	
H28	全体	1,354	482	↑(35.6%)	153	↑(31.7%)	284	↑(58.9%)	129	↑(26.8%)	98	↓(20.3%)	6	↑(1.2%)	
	64歳以下	779	173	22.2%	48	27.7%	96	55.5%	42	24.3%	27	15.6%	4	2.3%	
	65歳以上	575	309	53.7%	105	34.0%	188	60.8%	87	28.2%	71	23.0%	2	0.6%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標										中長期的な目標			
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1,571	415	26.4%	126	30.4%	291	70.1%	109	26.3%	93	22.4%	1	0.2%	
	64歳以下	1,028	186	18.1%	57	30.8%	117	62.9%	40	21.5%	38	20.4%	1	0.5%	
	65歳以上	543	229	42.2%	69	30.1%	174	76.0%	69	30.1%	55	24.0%	0	0.0%	
H28	全体	1,354	411	↑(30.4%)	128	↑(31.1%)	284	↓(69.1%)	112	↑(27.3%)	78	↓(19.0%)	2	↑(0.5%)	
	64歳以下	779	158	20.3%	44	27.8%	96	60.8%	40	25.3%	28	17.7%	1	0.6%	
	65歳以上	575	253	44.0%	84	33.2%	188	74.3%	72	28.5%	50	19.8%	1	0.4%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

【健診データのうち有所見者 厚生労働省様式 6-2～6-7】

男性では、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると平成 28 年度においてほぼすべての項目で有所見割合が増加しており、特に空腹時血糖、血圧（収縮期、拡張期血圧）では約半数の方に所見があった。

女性においても男性同様に、平成 28 年度に空腹時血糖、血圧（収縮期血圧）の割合の増加が顕著であった。

【メタボリックシンドローム該当者・予備群 厚生労働省様式 6-8】

平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、平成 28 年度男性の腹囲のみ該当の割合が 4.5%から 1.0%に減少し、女性では予備群の割合が 8.5%から 5.0%に減少していた。メタボリックシンドローム予備群該当者の中で、高血圧、脂質異常症がある方の割合が男女ともに減少（男性脂質異常症 5.6%→1.1%、女性高血圧 7.4%→5.0%、脂

質異常症 1.1%→0%)していたが、メタボリックシンドローム該当者割合については、男性で平成 28 年度に 24.2%から 29.1%に増加し、女性では 13.2%から 11.4%に減少がみられたものの、40 から 64 歳で 6.2%から 11.0%へ増加がみられた。メタボリックシンドローム該当者の該当項目を詳しくみてみると、男性では血糖+血圧に該当者と血糖+血圧+脂質の 3 項目全てに該当している方の割合が増え、特に 3 項目全てに該当している割合では 65 から 74 歳について 4.9%から 10.4%に顕著に増加が認められた。女性においても 3 項目全てに該当者の割合が 0.5%から 1.5%へ増加していた。

メタボリックシンドロームに該当者すると男女ともに血糖+血圧+脂質の 3 項目全てに該当する割合が増加する傾向にあり、心血管疾患を発症するリスクが増加するため内臓脂肪の蓄積によるリスクに着目した保健指導の充実を図る必要があると考えられる。また、65 歳から 74 歳で血糖+血圧+脂質の 3 項目全てに該当する方の割合も増加する傾向もあるため、若い時からの食事や運動、適正体重の維持について正しい情報の普及・啓発にも努めていかなければならない。

【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	項目	BM		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	52	29.2	90	50.6	40	22.5	44	24.7	13	7.3	62	34.8	94	52.8	40	22.5	87	48.9	62	34.8	74	41.6	5	2.8
	40-64	36	37.5	52	54.2	24	25.0	32	33.3	9	9.4	34	35.4	44	45.8	21	21.9	40	41.7	34	35.4	44	45.8	1	1.0
	65-74	16	19.5	38	46.3	16	19.5	12	14.6	4	4.9	28	34.1	50	61.0	19	23.2	47	57.3	28	34.1	30	36.6	4	4.9
H25	合計	72	35.5	101	49.8	51	25.1	49	24.1	16	7.9	112	55.2	95	46.8	28	13.8	125	61.6	82	40.4	90	44.3	5	2.5
	40-64	34	38.6	38	43.2	25	28.4	28	31.8	11	12.5	44	50.0	37	42.0	10	11.4	53	60.2	42	47.7	41	46.6	0	0.0
	65-74	38	33.0	63	54.8	26	22.6	21	18.3	5	4.3	68	59.1	58	50.4	18	15.7	72	62.6	40	34.8	49	42.6	5	4.3
女性	合計	41	21.7	46	24.3	20	10.6	15	7.9	1	0.5	37	19.6	104	55.0	3	1.6	95	50.3	26	13.8	112	59.3	0	0.0
	40-64	15	18.5	17	21.0	7	8.6	5	6.2	0	0.0	15	18.5	37	45.7	1	1.2	33	40.7	16	19.8	51	63.0	0	0.0
	65-74	26	24.1	29	26.9	13	12.0	10	9.3	1	0.9	22	20.4	67	62.0	2	1.9	62	57.4	10	9.3	61	56.5	0	0.0
H28	合計	43	21.4	37	18.4	17	8.5	17	8.5	1	0.5	69	34.3	95	47.3	1	0.5	111	55.2	37	18.4	101	50.2	1	0.5
	40-64	14	19.2	13	17.8	8	11.0	9	12.3	0	0.0	20	27.4	29	39.7	0	0.0	33	45.2	14	19.2	39	53.4	0	0.0
	65-74	29	22.7	24	18.8	9	7.0	8	6.3	1	0.8	49	38.3	66	51.6	1	0.8	78	60.9	23	18.0	62	48.4	1	0.8

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	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	178	29.7	8	4.5%	39	21.9%	0	0.0%	29	16.3%	10	5.6%	43	24.2%	4	2.2%	2	1.1%	22	12.4%	15	8.4%		
	40-64	96	28.0	7	7.3%	21	21.9%	0	0.0%	11	11.5%	10	10.4%	24	25.0%	2	2.1%	2	2.1%	9	9.4%	11	11.5%		
	65-74	82	32.0	1	1.2%	18	22.0%	0	0.0%	18	22.0%	0	0.0%	19	23.2%	2	2.4%	0	0.0%	13	15.9%	4	4.9%		
H25	合計	203	37.2	2	1.0%	40	19.7%	3	1.5%	31	15.3%	6	3.0%	59	29.1%	13	6.4%	4	2.0%	23	11.3%	19	9.4%		
	40-64	88	32.6	1	1.1%	14	15.9%	1	1.1%	9	10.2%	4	4.5%	23	26.1%	3	3.4%	2	2.3%	11	12.5%	7	8.0%		
	65-74	115	41.7	1	0.9%	26	22.6%	2	1.7%	22	19.1%	2	1.7%	36	31.3%	10	8.7%	2	1.7%	12	10.4%	12	10.4%		
女性	合計	189	35.1	5	2.6%	16	8.5%	0	0.0%	14	7.4%	2	1.1%	25	13.2%	6	3.2%	1	0.5%	17	9.0%	1	0.5%		
	40-64	81	30.9	4	4.9%	8	9.9%	0	0.0%	7	8.6%	1	1.2%	5	6.2%	0	0.0%	0	0.0%	4	4.9%	1	1.2%		
	65-74	108	39.1	1	0.9%	8	7.4%	0	0.0%	7	6.5%	1	0.9%	20	18.5%	6	5.6%	1	0.9%	13	12.0%	0	0.0%		
H28	合計	201	42.3	4	2.0%	10	5.0%	0	0.0%	10	5.0%	0	0.0%	23	11.4%	6	3.0%	0	0.0%	14	7.0%	3	1.5%		
	40-64	73	36.9	2	2.7%	3	4.1%	0	0.0%	3	4.1%	0	0.0%	8	11.0%	3	4.1%	0	0.0%	4	5.5%	1	1.4%		
	65-74	128	46.2	2	1.6%	7	5.5%	0	0.0%	7	5.5%	0	0.0%	15	11.7%	3	2.3%	0	0.0%	10	7.8%	2	1.6%		

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度に 32.3%であった特定健診受診率は、平成 28 年度に 39.6%へ増加した。この背景に本町は、特定健診が開始された平成 20 年度から 25 年度まで、県内町村別でも受診率が最下位を推移しており、受診率向上を目的として平成 25 年度より「国保人間ドック事業」を立ち上げ、毎年実施してきた。この事業は、40 歳から 70 歳までの 5 歳きざみの該当年齢の方々を対象に、特定健診とがん検診をセットにして無料で受診できる事業であり、これまで特定健診を受けていない方に受診機会の提供を行うとともに、ドック受診をきっかけに引き続き健診を受診していただけるようリピーターの確保に努めてきた。加えて平成 26 年度から健診料金の無料化や平成 28 年度から水俣・芦北管内の各医療機関で受診できる「個別健診」や、かかりつけ医療機関での診療情報を本人同意のもと町へ提供して頂いて、特定健診のデータとして活用できる「情報提供事業」を開始するなど、受診率向上に向けた取り組みを推進している。健診後は、結果説明会で丁寧な説明を行い、受診者自身で健康管理ができるように「わたしの健康ノート」を配布している。保健指導が必要な者には、担当地区の保健師と管理栄養士で訪問や来所による面談等を実施し、継続した健康支援を行っている。このことも、リピーター率の増加に繋がっていると考えられる。

少しずつ受診率は向上しているが、目標である 60%には達成しておらず、引き続き新規受診者の増加やリピーターの確保にも努めていかなければならない。

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	実施率	医療機関受診率	
								津奈木町	同規模平均
H25年度	1,137	367	32.3%	194位	47	20	42.6%	56.1%	51.2%
H28年度	1,020	404	39.6%	158位	46	21	45.7%	56.4%	51.9%

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進め、健診結果から被保険者をリスク別に分けてターゲットを絞り、担当地区制で個別の保健指導を実施してきた。

特に本町の健康課題である高血圧重症化予防の取り組みは、中長期目標疾患である脳梗塞・脳出血や狭心症・心筋梗塞が減少につながり、中長期・短期目標疾患医療費の減少に繋がったのではないかと考えられ、今後も引き続きターゲットを絞り、担当地区制で個人への関わりを継続していく必要があると考える。

特定健診の受診率は平成28年度で約39.6%と少しずつ向上しているものの、被保険者の4割の健康状況しか把握ができていない状況である。適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表13)

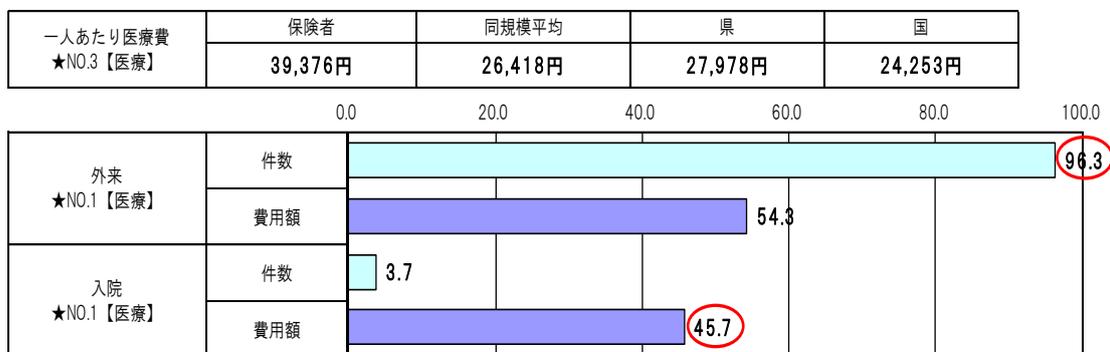
本町の平成28年度の一人あたり医療費は、39,376円で国、県、同規模平均と比較しても高額であり、医療費の課題は大きい。件数の割合は、外来が全体の96.3%占めるが、費用額は入院が45.7%と外来と大差はなかった。少ない入院件数が、費用額の約半分を占めるため、重症化して入院する件数を減少させることが医療費適正化につながると考えられ、心疾患・脳血管疾患等の健康障害を予防していくことが重要になってくる。

【図表13】

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表 14）

平成 28 年度の 80 万円以上の高額になる疾患（様式 1-1）をみると、脳血管疾患、虚血性心疾患の人数、件数は少なく全体の費用額に占める割合も 5.2%と多くなかった。しかし、長期入院（6 か月以上の入院）（様式 2-1）では脳血管疾患の 2 人で費用額全体の 10.8%の 1,045 万円の医療費がかかっていることがわかる。脳梗塞を起こすと長期的な入院を必要とし医療費だけの問題だけでなく、その方の生活の質の低下も招くことになる。同様に人工透析患者のレセプト（様式 3-7、2-2）からは、透析者 7 人のうち 2 人が虚血性心疾患で治療し、費用額の 3 割を占めていた。透析だけでなく、同時に心血管イベントを起こしていることが予測され、CKD 予防対策も継続していかなければならない。

平成 28 年 5 月診療分の生活習慣病の治療者数構成割合（様式 3）では、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の順に多い。脳血管疾患、虚血性心疾患、では高血圧、脂質異常症の基礎疾患の重なりが多く、糖尿病性腎症の人数は、少ないもののほぼ全員の方に基礎疾患の重なりがあることがわかり、高血圧、糖尿病、脂質異常症の基礎疾患の改善や悪化を予防することが、人工透析予防の取り組みとしても重要になってくる。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	48人	0人	4人	16人	30人	
		件数	94件	0件	5件	33件	56件	
			40歳未満	0	0	0	1	1
			40代	0	0	1	0	0
			50代	0	0	7	4	7
60代	0	5	17	40	71.4			
70-74歳	0	0	8	11	19.6			
費用額	1億0961万円	--	569万円	4043万円	6350万円			
			5.2%	36.9%	57.9%			

*最大医療費源傷病名（主病）で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	23人	16人	2人
		件数	233件	170件	24件
		費用額	9681万円	6114万円	1045万円
			63.2%	10.8%	4.2%

*精神疾患については最大医療費源傷病名（主病）で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出（重複あり）

厚労省様式	対象レセプト	全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	7人	0人	0人
		H28年度 累計	75件	0件	2件
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	3321万円	76万円	1003万円
			--	2.3%	30.2%

*糖尿病性腎症については人工透析患者のうち、基礎疾患に糖尿病の診断があるものを計上

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	828人	116人	168人	15人	
		の 基 礎 疾 患	高血圧	98人	53人	53人	15人
			糖尿病	78人	78人	112人	11人
			脂質異常症	78人	78人	112人	11人
		高血圧症	482人	202人	411人	95人	
			58.2%	24.4%	49.6%	11.5%	

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

平成 28 年度は、40 から 64 歳の新規の 2 号認定者はいなかったが、既に認定をされている●人のレセプトの有病状況から●人とも血管疾患があり、基礎疾患の高血圧には●人とも該当していた。その他の年代においても、約 5～9 割で糖尿病、高血圧、脂質異常症の基礎疾患があり、これらの基礎疾患の予防、治療コントロールを良好に保つことで、脳卒中等の発症を予防し、健康障害を起こさず、介護保険等の社会保障費の抑制につながると考えられ、高血圧の改善、脂質異常症の減少、糖尿病重症化予防に取組みの継続が重要と考える。

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28

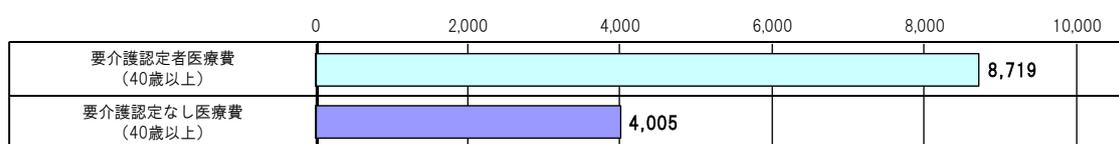
要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
	被保険者数	1,667人		741人		1,018人		1,759人		3,426人		
認定者数	●人		22人		372人		394人		396人			
	認定率		●		3.0%		36.5%		22.4%			
新規認定者数 (*1)		0人		9人		48人		57人		57人		
介護度別人数	要支援1・2		●	50.0%	12	54.5%	102	27.4%	114	28.9%	115	29.0%
	要介護1・2		0	0.0%	6	27.3%	137	36.8%	143	36.3%	143	36.1%
	要介護3～5		●	50.0%	4	18.2%	133	35.8%	137	34.8%	138	34.8%

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)		●		22		372		394		396						
再) 国保・後期		●		18		365		383		385							
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	●	50.0%	虚血性心疾患	8	44.4%	脳卒中	191	52.3%	脳卒中	198	51.7%	脳卒中	199	51.7%
		2	腎不全	●	50.0%	脳卒中	7	38.9%	虚血性心疾患	154	42.2%	虚血性心疾患	162	42.3%	虚血性心疾患	162	42.1%
	3	虚血性心疾患	0	0.0%	腎不全	1	5.6%	腎不全	50	13.7%	腎不全	51	13.3%	腎不全	52	13.5%	
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	●	50.0%	糖尿病	10	55.6%	糖尿病	136	37.3%	糖尿病	146	38.1%	糖尿病	147	38.2%	
		高血圧	●	100.0%	高血圧	16	88.9%	高血圧	316	86.6%	高血圧	332	86.7%	高血圧	334	86.8%	
		脂質異常症	●	50.0%	脂質異常症	13	72.2%	脂質異常症	209	57.3%	脂質異常症	222	58.0%	脂質異常症	223	57.9%	
	血管疾患合計		合計	●	100.0%	合計	18	100.0%	合計	342	93.7%	合計	360	94.0%	合計	362	94.0%
	認知症		認知症	0	0.0%	認知症	2	11.1%	認知症	163	44.7%	認知症	165	43.1%	認知症	165	42.9%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	●	100.0%	筋骨格系	16	88.9%	筋骨格系	336	92.1%	筋骨格系	352	91.9%	筋骨格系	354	91.9%

*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)

有所見者割合 (厚生労働省様式 6-2~6-7) では、男女ともに空腹時血糖、血圧の有所見割合が国や県よりも高く、高血圧や糖尿病対策が課題と考えられる。加えて、BMI や腹囲の有所見割合も高く、特に男性ではメタボリックシンドローム該当者及び予備群が約 2~3 割あり、男性の肥満予防対策が課題である。

【図表 16】

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

★NO.23 (概要)

	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	305		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1	
保険者	合計	72	35.5	101	49.8	51	25.1	49	24.1	16	7.9	112	55.2	95	46.8	28	13.8	125	61.6	82	40.4	90	44.3	5	2.5
	40-64	34	38.6	38	43.2	25	28.4	28	31.8	11	12.5	44	50.0	37	42.0	10	11.4	53	60.2	42	47.7	41	46.6	0	0.0
	65-74	38	33.0	63	54.8	26	22.6	21	18.3	5	4.3	68	59.1	58	50.4	18	15.7	72	62.6	40	34.8	49	42.6	5	4.3

	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		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2	
保険者	合計	43	21.4	37	18.4	17	8.5	17	8.5	1	0.5	69	34.3	95	47.3	1	0.5	111	55.2	37	18.4	101	50.2	1	0.5
	40-64	14	19.2	13	17.8	8	11.0	9	12.3	0	0.0	20	27.4	29	39.7	0	0.0	33	45.2	14	19.2	39	53.4	0	0.0
	65-74	29	22.7	24	18.8	9	7.0	8	6.3	1	0.8	49	38.3	66	51.6	1	0.8	78	60.9	23	18.0	62	48.4	1	0.8

*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	203	37.2	2	1.0%	40	19.7%	3	1.5%	31	15.3%	6	3.0%	59	29.1%	13	6.4%	4	2.0%	23	11.3%	19	9.4%
保険者	合計	88	32.6	1	1.1%	14	15.9%	1	1.1%	9	10.2%	4	4.5%	23	26.1%	3	3.4%	2	2.3%	11	12.5%	7	8.0%
	40-64	115	41.7	1	0.9%	26	22.6%	2	1.7%	22	19.1%	2	1.7%	36	31.3%	10	8.7%	2	1.7%	12	10.4%	12	10.4%
	65-74	201	42.3	4	2.0%	10	5.0%	0	0.0%	10	5.0%	0	0.0%	23	11.4%	6	3.0%	0	0.0%	14	7.0%	3	1.5%
保険者	合計	73	36.9	2	2.7%	3	4.1%	0	0.0%	3	4.1%	0	0.0%	8	11.0%	3	4.1%	0	0.0%	4	5.5%	1	1.4%
	40-64	128	46.2	2	1.6%	7	5.5%	0	0.0%	7	5.5%	0	0.0%	15	11.7%	3	2.3%	0	0.0%	10	7.8%	2	1.6%
	65-74	128	46.2	2	1.6%	7	5.5%	0	0.0%	7	5.5%	0	0.0%	15	11.7%	3	2.3%	0	0.0%	10	7.8%	2	1.6%

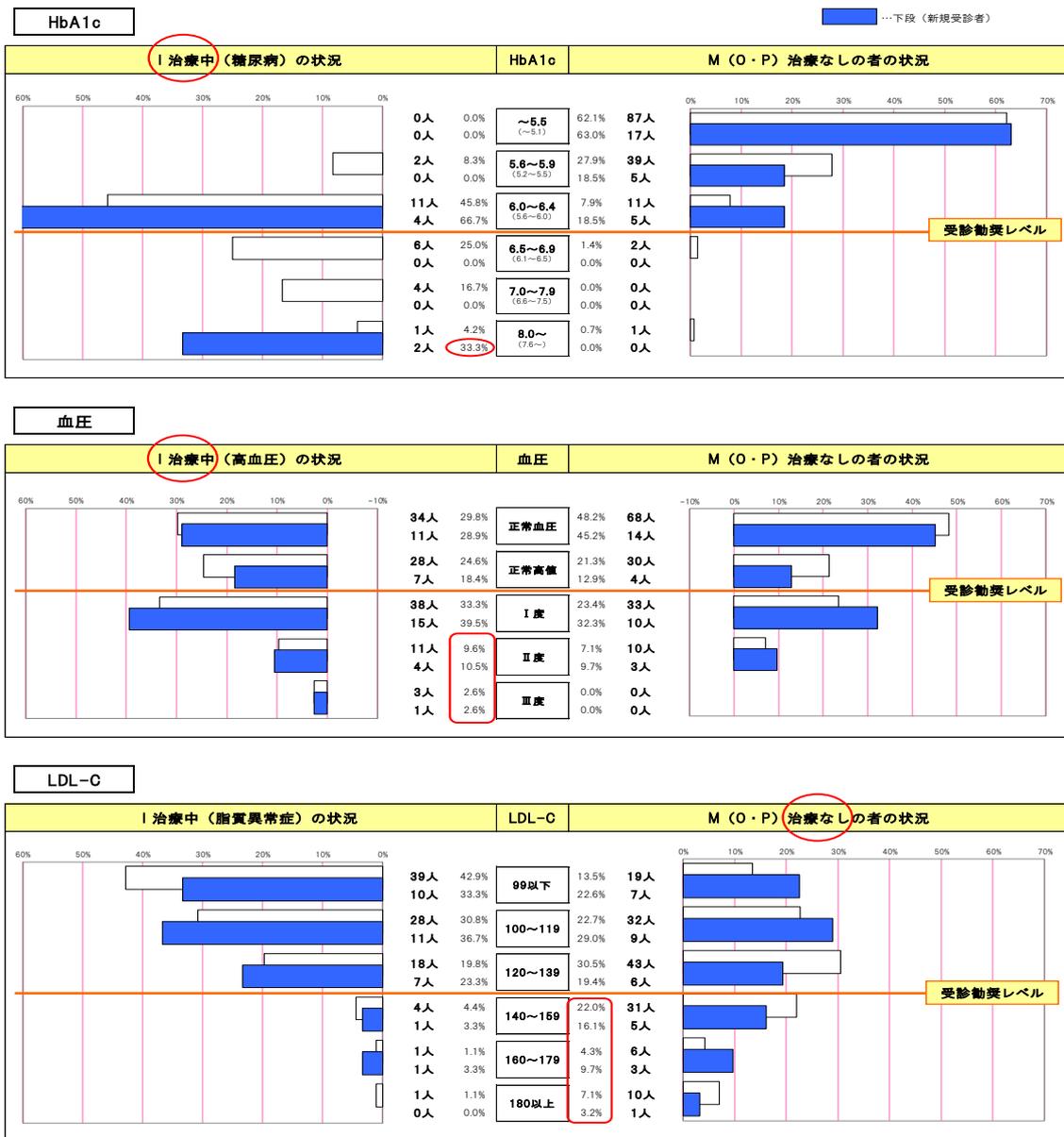
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

HbA1c では、糖尿病治療中の新規受診者の方にコントロールが不良となっている。同様に高血圧でも、高血圧治療中の新規受診者にコントロールが不良であり、内服状況の確認や家庭血圧の測定の必要性について保健指導を行っていくこと必要がある。LDL-C では、未治療者に受診勧奨レベルの方が多く、受診勧奨の保健指導を行っていかねばならない。

平成 28 年度より個別健診や情報提供事業を開始しており、今後の経過を注意深く確認していきながら、治療中の方にコントロール不良者が多い実態もあるため、医療機関との連携を図っていかねばならない。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



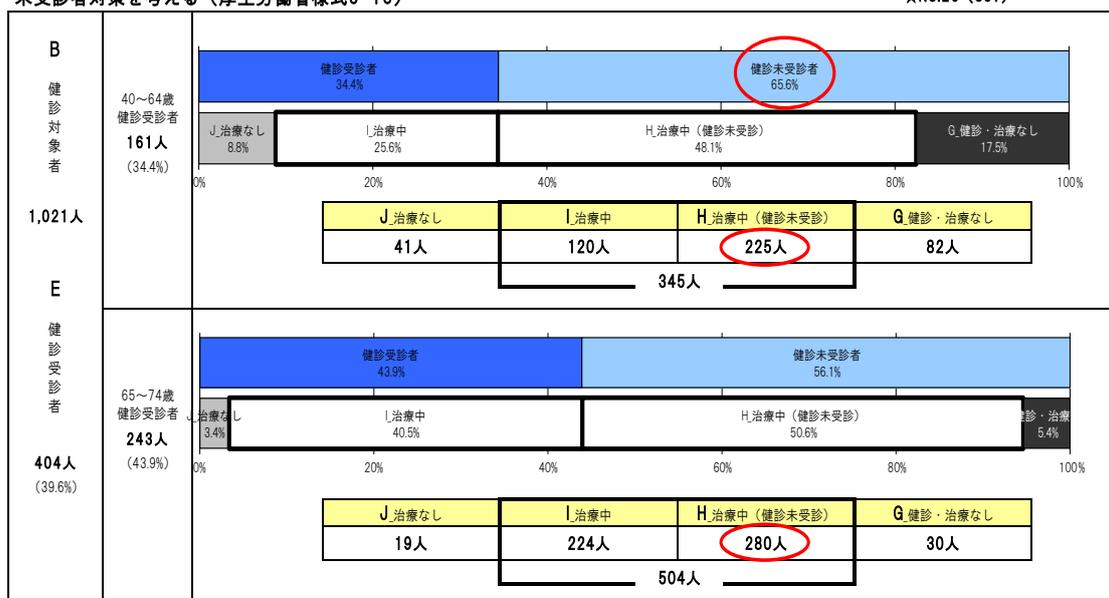
4) 未受診者の把握 (図表 19)

健診受診者の年齢を 40～64 歳と 65～74 歳で区分すると、40～64 歳の 65.6%が健診未受診者で、若い年齢層で未受診が多いことがわかる。7 費用対効果 (特定健診の受診の有無と生活習慣病治療にかかっているお金) で比較すると、健診未受診者は約 8 倍の生活習慣病治療がかかっていることがわかる。健診を受診し、自身の健康状態を確認する機会とすることで生活習慣病にかかる治療費を抑え、重症化予防につなげることができるため、治療中の方にも受診勧奨を行っていかなければならない。また健診未受診者の約半数が生活習慣病を治療中 (H) であり、この方達の診療情報を本人同意のもと町へ提供して頂くことができれば、受診率の向上に繋げることができる。個別健診や情報提供事業を推進し、被保険者の健康状態の把握に努めていかなければならない。加えて健診も治療も受けていない方 (G) についても (合計 112 人) 健康状態の実態が不明なため、特定健診の受診勧奨を行い、健診結果に応じた保健指導を行っていく。

【図表 19】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



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

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

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

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

また、少子高齢化の影響により被保険者数は年々減少傾向にあるため、少ない入院件数の増加が一人当たり医療費の増加につながり、重症化予防に取り組み、入院の伸び率の減少を目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

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

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

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診受診率	40.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
特定保健指導実施率	40.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%

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	980人	961人	942人	924人	906人	888人
	受診者数	392人	404人	424人	462人	498人	533人
特定保健指導	対象者数	38人	39人	41人	42人	44人	45人
	実施者数	15人	16人	18人	21人	24人	27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。集団健診に関しては、ほけん福祉課福祉班で取りまとめを行い、国保人間ドック・個別健診・情報提供事業に関しては、ほけん福祉課保険班にて取りまとめを行う。契約に関しては、すべてほけん福祉課保険班で行う。

- ① 集団健診(ほけん福祉課福祉班)
- ② 国保人間ドック・個別健診・情報提供事業（ほけん福祉課保険班）

(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、対象者へ個別に通知する。

(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・貧血・心電図検査・眼底検査）を実施する。（ただし、貧血・心電図検査・眼底検査は医師が必要と認めた場合の詳細検査となる）（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、熊本県国保連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に理解してもらうことが不可欠であることから、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）

【図表 22】

保険者年間実施スケジュール		受診券発行月日※										受診券有効期限		
保険者名	受診券発行予定枚数 (平成29年6月1日現在)	H29年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H30年1月	2月	3月	
津奈木町(集団健診)	300							10月1日					3月31日	
津奈木町(人間ドック)	100		5月1日										3月31日	
津奈木町(個別・情報提供)	1,000							10月1日					3月31日	

※「受診券発行月日」とは、受診券面に記載される発行月日です。実際に受診券が発行・交付されるのは7月です。

(9) 未受診者対策

国保人間ドックの年齢該当者に対して受診勧奨及び未申込者に電話勧奨を行い特定健診の継続的な受診勧奨を行う。また国保人間ドック又は特定健診（集団健診）未申込者へ個別健診や情報提供事業の受診勧奨を行う。

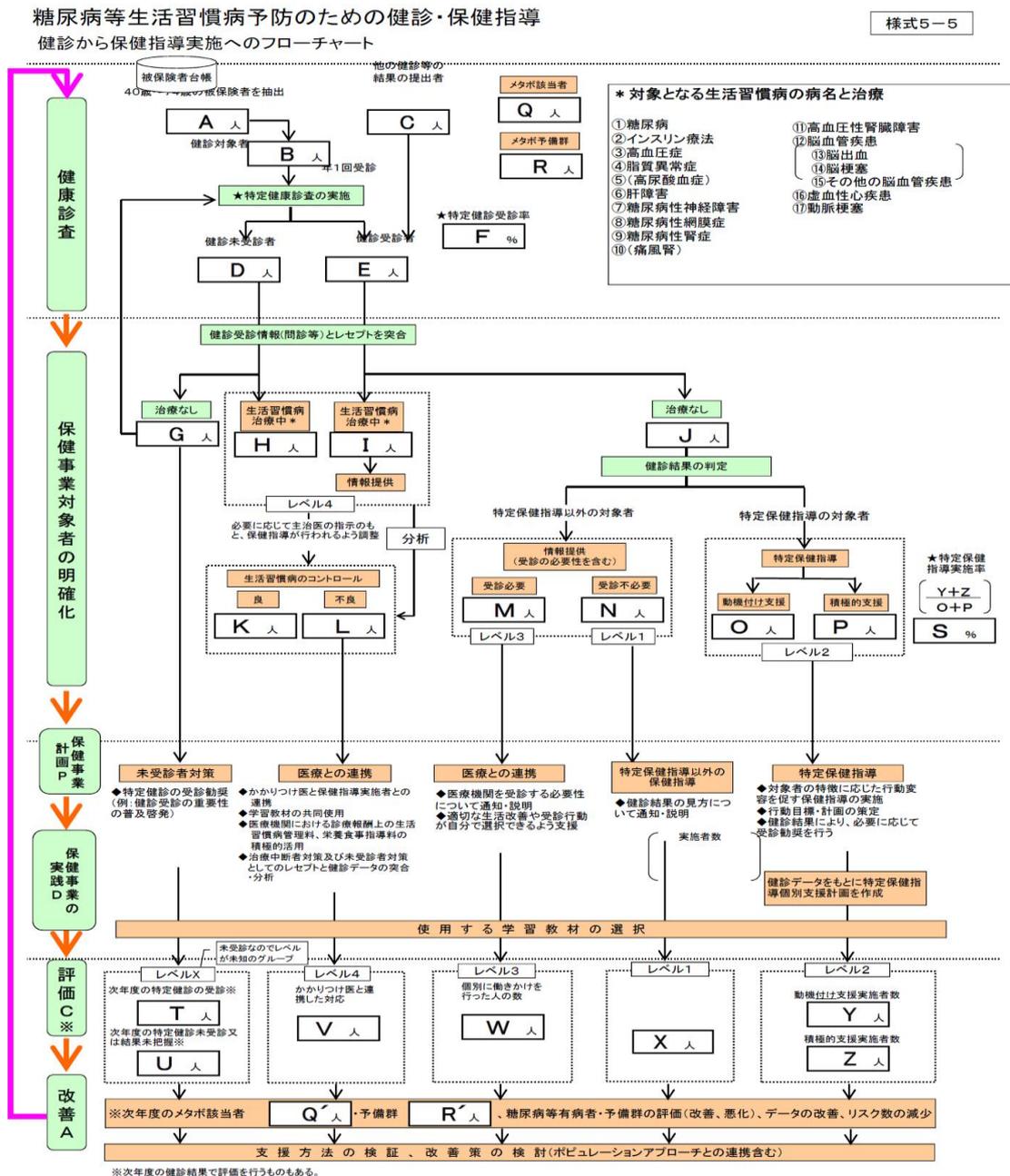
5. 特定保健指導の実施

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】

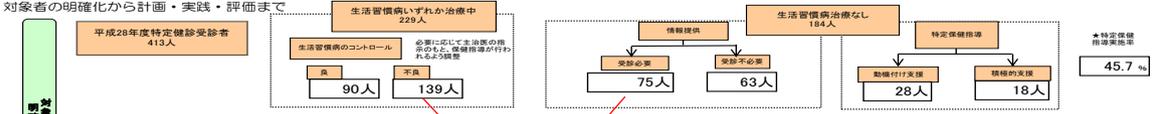
優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	46人 (11.0%)	45%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	75人 (18.0%)	HbA1c6.1 以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	616人 ※受診率目標達成までにあ と200人	60.0%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	63人 (15.0%)	10.0%
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	229人 (56.0%)	30.0%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

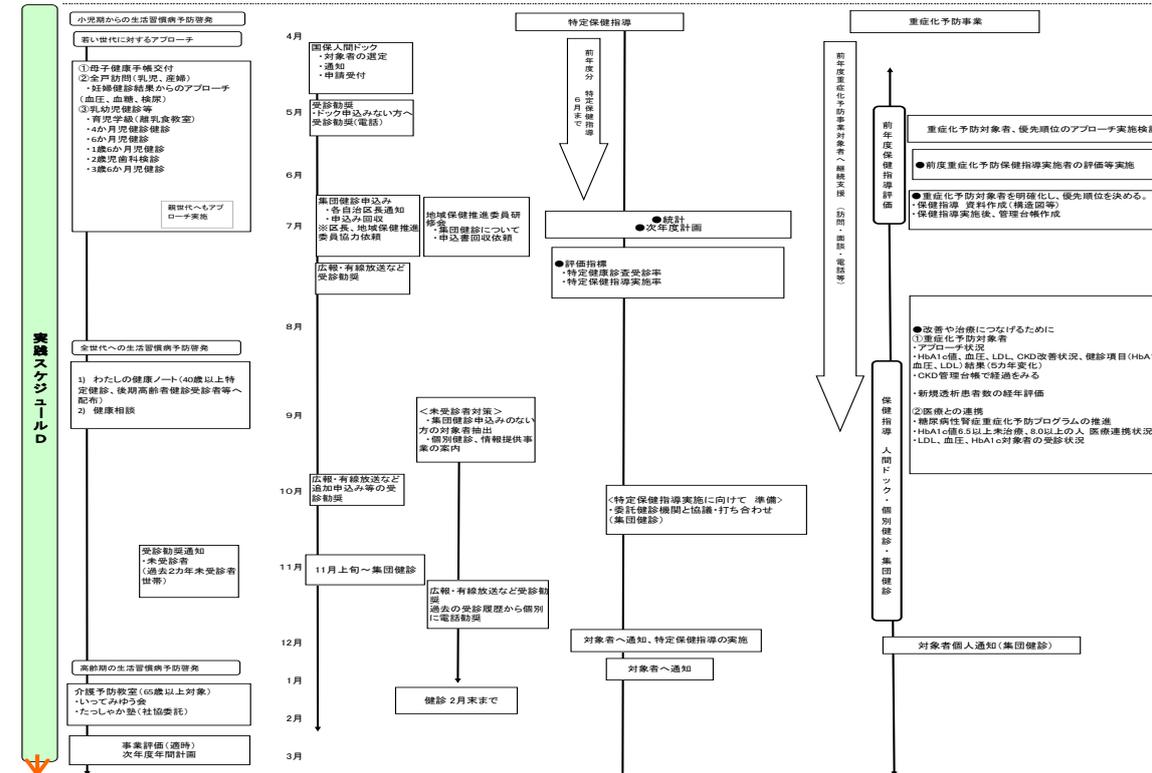
【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成29年度）



対象疾患	対象基準	対象者数
糖尿病	HbA1c6.5%以上（治療中：7.0以上）	18
LDLコレステロール	180mg/dl以上	14
CKD（慢性腎臓病）	尿蛋白（2+）以上 eGFR50未満 70歳以上40未満	5 15
高血圧	II度高血圧以上	35
中性脂肪	300mg/dl以上	4
心電図	心房細動	4

ポデュレーション アプローチ(毎年)	①未受診者対策	②特定健診	③保健指導
<p>平成29年度実施率 目標 65%</p> <p>平成29年度 特定保健指導実施率 目標 50%</p> <p>（平成28年度 特定保健指導実施率目標 45.7%にあともう少し）</p> <p>検診機関と連携を、実施率向上をはかる。</p>	<p>●第2期特定健診等実施計画・データヘルズ計画を推進</p> <p>①過去の受診歴から特定健診受診ありの方に対してH29年度特定健診受診未受診者への電話勧誘</p> <p>②H29年度健康増進生活習慣病指導実施者のうち、H29年度特定健診受診未受診者へのアプローチ実施</p> <p>③職保健管理台帳からH29年度特定健診受診未受診者へのアプローチ</p>	<p>対象疾患</p> <p>目的（理解してもらう内容）</p> <p>糖尿病</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨（治療、改善の必要性） 合併症予防 受診勧奨 <p>LDLコレステロール</p> <ul style="list-style-type: none"> リスクを確認し、治療の必要性、コントロール目標を伝える。） リスクの確認 <p>CKD（慢性腎臓病）</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて専門医の紹介 受診勧奨 <p>高血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> 普段の血圧を知る 重症化することによるリスクを確認 <p>中性脂肪</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨（リスクの確認等） <p>心電図</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨 	<p>対象者数</p> <p>糖尿病</p> <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病選考手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査や治療について説明 糖尿病の予防 教材「脂-2」を使用し、自分の管理基準の確認 治療の必要性（原案） 日常生活 他のリスクをつくらない <p>LDLコレステロール</p> <ul style="list-style-type: none"> リスクのコントロールについて 内服のコントロール（自分勝手に服用しない） 教材「脂-2」コントロール目標確認、治療の必要性 <p>CKD（慢性腎臓病）</p> <ul style="list-style-type: none"> 家庭血圧の測定 リスクのコントロール 内服のコントロール（自分勝手に服用しない） 教材「脂-2」コントロール目標確認、治療の必要性 生活改善 治療の必要性 尿蛋白について <p>高血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> 重症化することによるリスクを確認 内服のコントロール（自分勝手に服用しない） 教材「脂-2」コントロール目標確認、治療の必要性 <p>中性脂肪</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活改善 治療の必要性 尿蛋白について <p>心電図</p> <ul style="list-style-type: none"> 尿蛋白について



特定健診受診率	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
本町の目標	50.0%	60.0%	65.0%	35.0%	40.0%	50.0%	60.0%
本町の実績	26.0%	26.4%	28.1%	32.3%	36.9%	39.9%	39.6%
熊本県	32.4%	32.6%	33.7%	33.8%	34.5%	35.3%	34.2%

年度	受診者	該当者	該当率	終了者	実施率
平成23年度	308	33	10.7%	14	4.3%
平成24年度	320	41	12.8%	17	4.3%
平成25年度	367	47	12.8%	20	5.4%
平成26年度	408	42	10.3%	24	5.7%
平成27年度	425	40	9.4%	20	5.0%

★生活習慣病予防をライフサイクルで見ている。母子健康事業や健康増進部門と業務分担も併用しているが「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の観点で共有・連携して課題解決に取り組むこと

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津奈木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、津奈木町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9. 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。

短期的評価の時期は 2 月末現在の見込み数で行い、次年度への改善につなげる。

(1) 短期的評価

- ①特定健診受診率（2 月末現在の受診見込者数）
- ②特定保健指導実施率（2 月末現在の受診見込者数）
- ③特定保健指導対象者の減少率（2 月末現在の受診見込者数）

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「熊本県プログラム」)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

【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・保健衛生部局)	○				<input type="checkbox"/>
2	健康課題の把握	○				<input type="checkbox"/>
3	チーム内での情報共有	○				<input type="checkbox"/>
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				<input type="checkbox"/>
5	医師会等への相談(情報提供)	○				<input type="checkbox"/>
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				<input type="checkbox"/>
7	情報連携方法の確認	○				<input type="checkbox"/>
8	対象者選定基準検討		○			<input type="checkbox"/>
9	基準に基づく該当者数試算		○			<input type="checkbox"/>
10	介入方法の検討		○			<input type="checkbox"/>
11	予算・人員配置の確認	○				<input type="checkbox"/>
12	実施方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
13	計画書作成		○			<input type="checkbox"/>
14	募集方法の決定		○			<input type="checkbox"/>
15	マニュアル作成		○			<input type="checkbox"/>
16	保健指導等の準備		○			<input type="checkbox"/>
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				<input type="checkbox"/>
18	個人情報の取り決め	○				<input type="checkbox"/>
19	苦情、トラブル対応	○				<input type="checkbox"/>
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			<input type="checkbox"/>
21	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			<input type="checkbox"/>
23	D レセプトにて受診状況把握				○	<input type="checkbox"/>
24	D 募集(複数の手段で)		○			<input type="checkbox"/>
25	D 対象者決定		○			<input type="checkbox"/>
26	D 介入開始(初回面接)		○			<input type="checkbox"/>
27	D 継続的支援		○			<input type="checkbox"/>
28	D カンファレンス、安全管理		○			<input type="checkbox"/>
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			<input type="checkbox"/>
30	D 記録、実施件数把握			○		<input type="checkbox"/>
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	<input type="checkbox"/>
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	<input type="checkbox"/>
34	C 医師会等への事業報告	○				<input type="checkbox"/>
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				<input type="checkbox"/>
36	A 改善点の検討		○			<input type="checkbox"/>
37	A マニュアル修正		○			<input type="checkbox"/>
38	A 次年度計画策定		○			<input type="checkbox"/>

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熊本県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 健診を受診した者のうち医療機関未受診者
- ② 糖尿病治療中断者
通院中の患者で最終受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者。
- ③ 重症化リスクの高い者
健診データ、本人・医療機関からの情報提供により、糖尿病治療中で血糖コントロール目標を達成できない者や尿アルブミン、尿たんぱく、eGFR 等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者。

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

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

【図表 27】

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1		
病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。津奈木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)

津奈木町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 18 人(36%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 200 人中のうち、特定健診受診者が 32 人(16.0%・G)であったが、中断者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 168 人(84.0%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 59 人中 11 人(キ)は治療中断であることが分かった。また、48 人(カ)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 より津奈木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)・・・18 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・11 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)・・・32 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)・・・48 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

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

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

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・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。津奈木町においては、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>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <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～ 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>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か？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</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> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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(±)以上者へは2次健診等を活用し尿蛋白定量検査を実施し、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、検診機関で作成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熊本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、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトプット(事業実施量)、アウトカム(結果)の各段階を意識した評価を行う。

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) アウトプット

- ① プログラム対象者数、そのうち個別に働きかけた数
- ② かかりつけ医等と連携した対応を行った数

(2) アウトカム

- ① 糖尿病性腎症病気分類のステージの維持・改善・悪化の数
- ② 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移

- ③ 人工透析にかかる医療費の推移
- ④ 医療機関未受診者の割合
- ⑤ 治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎症)の割合

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
- 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月 単年度評価の実施

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。津奈木町において健診受診者 421 人のうち心電図検査実施者は 373 人(88.6%)であり、そのうち ST 所見があったのは 10 人であった(図表 30)。ST 所見あり 10 人中のうち要精査の者はいなかった(図表 31)。要精査には該当しないが ST 所見ありの 10 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。

津奈木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。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者数(a)	心電図検査(b)		ST所見あり(c)		他所見(d)		異常なし(e)	
		人	人	%	人	%	人	%	人
平成28年度	421	373	88.6%	10	2.7%	66	17.7%	297	79.6%

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)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
10	0	0.0%	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 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		
	421人	10人 2.4%	66人 15.7%	297人 70.5%	48人 11.4%	
メタボ該当者	83人 19.7%	4人 4.8%	11人 13.3%	57人 68.6%	11人 13.3%	
メタボ予備群	50人 11.9%	1人 2.0%	7人 14.0%	33人 66.0%	9人 18.0%	
メタボなし	288人 68.4%	5人 1.7%	48人 16.7%	207人 71.9%	28人 9.7%	
LDL	140-159	45人 15.6%	1人 2.2%	7人 15.6%	34人 75.6%	3人 6.6%
	160-179	9人 3.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	8人 88.9%	1人 11.1%
	180-	10人 3.5%	0人 0.0%	1人 10.0%	7人 70.0%	2人 20.0%
【参考】						
Non-HDL	190-	5人 1.2%	0人 0.0%	0人 0.0%	5人 100.0%	0人 0.0%
	170-189	5人 1.2%	0人 0.0%	0人 0.0%	5人 100.0%	0人 0.0%
CKD	G3aA1~	93人 22.1%	1人 1.1%	17人 18.3%	63人 67.7%	12人 12.9%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 受診勧奨の実施

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」とあることから対象者へは必要性を説明し、医療機関へ受診勧奨を行う。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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月 単年度評価の実施

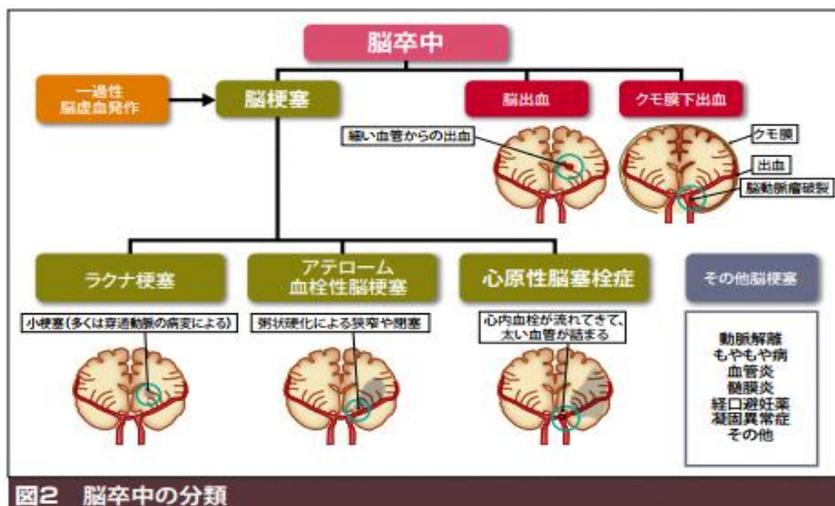
3. 脳血管疾患重症化予防

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】



(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	●	●	●			○	○							
脳出血	心原性脳梗塞	●			●		○	○							
	脳出血	●													
くも膜下出血	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		35人	8.5%	18人	4.4%	14人	3.4%	4人	1.0%	83人	20.1%	5人	1.2%	15人	3.6%
治療なし		15人	6.2%	9人	2.5%	13人	4.7%	1人	0.5%	17人	9.2%	0人	0.0%	1人	0.5%
治療あり		20人	11.8%	9人	28.1%	1人	0.7%	3人	1.3%	66人	28.8%	5人	2.2%	14人	6.1%
臓器障害あり		3人	11.8%	1人	28.1%	1人	0.7%	1人	1.3%	4人	28.8%	0人	2.2%	1人	6.1%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人		0人		0人		0人		2人		0人		1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		1人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		0人		0人		0人		1人		0人		1人	
	心電図所見あり	3人		1人		1人		1人		2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35人(8.5%)であり、15人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(11.8%)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20人(11.8%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

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）

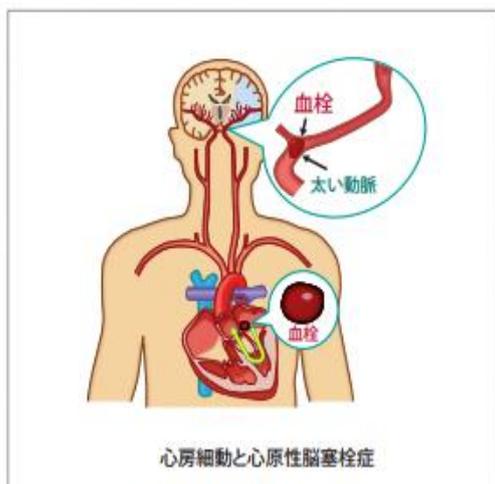
【図表 37】

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	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療			
	243	69	45	51	63	15	0	7	30	41
	28.4%	18.5%	21.0%	25.9%	6.2%	0.0%	2.9%	12.3%	16.9%	
リスク第1層	29	13	4	4	7	1	0	7	1	0
	11.9%	18.8%	8.9%	7.8%	11.1%	6.7%	--	100%	3.3%	0.0%
リスク第2層	140	47	27	28	29	9	0	--	29	9
	57.6%	68.1%	60.0%	54.9%	46.0%	60.0%	--	--	96.7%	22.0%
リスク第3層	74	9	14	19	27	5	0	--	--	32
	30.5%	13.0%	31.1%	37.3%	42.9%	33.3%	--	--	--	78.0%
再掲 重複あり	糖尿病	18	3	2	4	8	1	0		
	24.3%	33.3%	14.3%	21.1%	29.6%	20.0%	--			
	慢性腎臓病 (CKD)	40	3	7	12	16	2	0		
	54.1%	33.3%	50.0%	63.2%	59.3%	40.0%	--			
	3個以上の危険因子	30	4	6	6	12	2	0		
	40.5%	44.4%	42.9%	31.6%	44.4%	40.0%	--			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

【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	181	192	4	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	17	11	0	0.0	0	0.0	0.2	0.04
50歳代	36	17	0	0.0	0	0.0	0.8	0.1
60歳代	91	98	4	4.3	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	37	66	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

* 日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者	治療の有無			
	未治療者		治療中	
人	人	%	人	%
4	0	0.0	4	100.0

心電図検査において4人が心房細動の所見であった。全員が60歳代男性であった。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。全員がすでに治療中であったが、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) 受診勧奨の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

③ 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

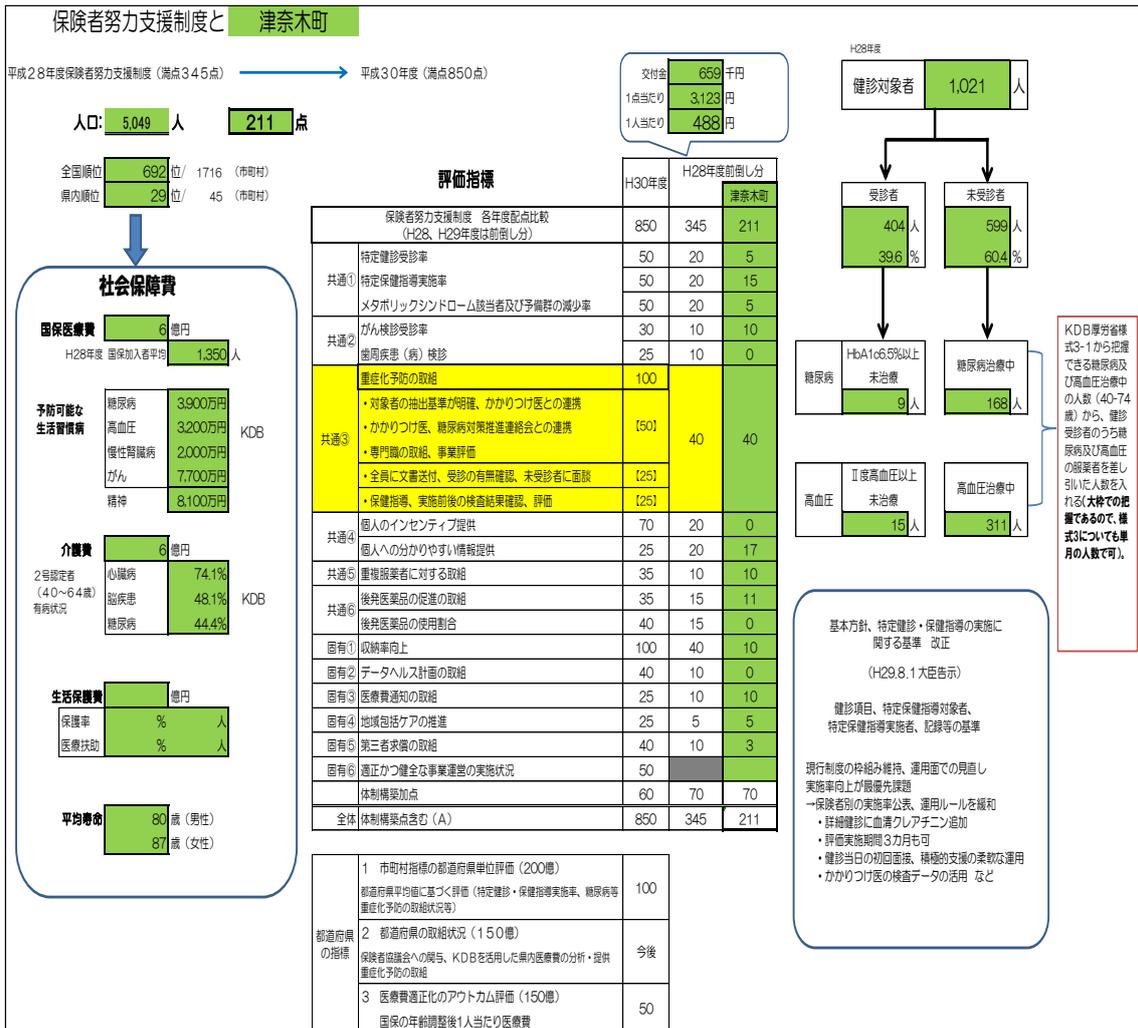
9 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

3 月 単年度評価の実施

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広報誌等に掲載し周知していく。また、地域保健推進委員へ説明・研修等を行っていく。(図表 40)

【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

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

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

津奈木町は、75歳以上人口割合が熊本県より高く高齢化がより加速していくことが推測されている。(図表 41)

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 41】

75歳以上人口の将来推計

		2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
熊本県	総数(人)	1,817,426	1,775,543	1,724,546	1,666,017	1,603,413	1,537,678	1,467,142
	75歳以上人口(人)	255,979	276,362	288,584	321,053	342,395	345,444	336,316
	75歳以上人口割合	14.08%	15.56%	16.73%	19.27%	21.35%	22.47%	22.92%
		2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
津奈木町	総数(人)	5,062	4,718	4,360	4,022	3,697	3,394	3,116
	75歳以上人口(人)	1,019	1,076	1,054	1,023	1,037	1,030	968
	75歳以上人口割合	20.13%	22.81%	24.17%	25.44%	28.05%	30.35%	31.07%

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より」

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

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料12）

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

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

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

なお中長期的な評価については、ほけん福祉課・総務課（財政部局）で連携して行う。

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。

データヘルス計画の目標管理一覧表

成果目標	評価項目	評価指標	中間評価						最終評価			
			H28	H30	H31	H32	H33	H34	H35			
			現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	
中長期目標	医療費の伸びの抑制	一人当たり医療費	39,671円				35,000円				30,000円	
		レセプトに占める入院の割合	45.7%				45.0%				40.0%	
	入院の伸び率	新規 脳血管疾患患者数	7人				6人				5人	
		虚血性心疾患患者数	22人				20人				18人	
		人工透析患者数	0人				0人				0人	
		高額(80万円)以上のレセプト	0人				0人				0人	
		脳血管疾患患者数	4人				4人				4人	
		虚血性心疾患患者数	7人				7人				7人	
	重症化した結果の疾患の発生状況	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率	39.6%	40.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%		
			特定保健指導実施率	45.7%	40.0%	42.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%		
基礎疾患の重症化予防		特定保健指導対象者の減少率	11.4%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%		
		メタボリックシンドローム・予備群の割合	30.4%	30.0%	29.0%	28.0%	27.0%	26.0%	25.0%			
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	8.7%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%			
		健診受診者の脂質異常者(LDL140以上)の割合	3.4%	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%			
がんの早期発見・早期治療		健診受診者の糖尿病者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	4.5%	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%			
		健診受診者の糖尿病者(治療中HbA1c7.0以上)の割合	4.2%	4.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%			
		糖尿病の未治療者の割合	36.0%	35.0%	30.0%	20.0%	17.0%	14.0%	10.0%			
		糖尿病の保健指導実施率	72.2%	75.0%	77.0%	80.0%	83.0%	86.0%	90.0%			
	がん検診受診率 胃がん検診	6.1%	8.0%	14.0%	20.0%	26.0%	28.0%	30.0%				
	肺がん検診	12.4%	14.0%	18.0%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%				
自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合(未定)	大腸がん検診	13.5%	14.0%	18.0%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%			
		子宮頸がん検診	19.8%	20.0%	22.0%	25.0%	28.0%	30.0%	30.0%			
		乳がん検診	26.2%	28.0%	28.0%	29.0%	30.0%	30.0%	30.0%			
		後発医薬品の使用による医療費の削減	64.7%	65.0%	65.0%	68.0%	68.0%	70.0%	70.0%			

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津奈木町の位置
- 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 高血圧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 11 生活習慣病有病状況
- 参考資料 12 第 1 期データヘルス計画 評価と課題整理

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた津奈木町の位置

項目		平成25年度		平成28年度		同規模平均(228町村)		熊本県		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		
1	① 人口構成	総人口	5,049		5,049		1,815,204		1,794,477		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況	
		65歳以上(高齢化率)	1,759	34.8	1,759	34.8	575,561	31.7	462,261	25.8	29,020,786	23.2	KDB_NO.3
		75歳以上	1,018	20.2	1,018	20.2			253,517	14.1	13,989,864	11.2	健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題
		65~74歳	741	14.7	741	14.7			208,744	11.6	15,030,902	12.0	
		40~64歳	1,667	33.0	1,667	33.0			602,031	33.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	1,623	32.1	1,623	32.1			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	20.5		20.5		18.4		10.5		4.2		KDB_NO.3
	第2次産業	22.8		22.8		25.5		21.2		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	56.7		56.7		56.1		68.4		70.6			
	③ 平均寿命	男性	80.0		80.0		79.4		80.3		79.6		KDB_NO.1
女性	87.2		87.2		86.4		87.0		86.4		地域全体像の把握		
④ 健康寿命	男性	65.4		65.3		65.2		65.3		65.2			
女性	66.7		66.7		66.7		66.7		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	男性	100.3		124.1		104.8		94.7		100	
		女性	95.8		92.1		100.8		82.8		100		
		がん	24	44.4	12	32.4	6,817	45.1	5,499	48.4	367,905	49.6	KDB_NO.1
		心臓病	23	42.6	13	35.1	4,392	29.1	3,135	27.6	196,768	26.5	地域全体像の把握
		脳疾患	2	3.7	9	24.3	2,661	17.6	1,774	15.6	114,122	15.4	
		糖尿病	1	1.9	1	2.7	274	1.8	183	1.6	13,658	1.8	
		腎不全	3	5.6	1	2.7	548	3.6	449	3.9	24,763	3.3	
		自殺	1	1.9	1	2.7	409	2.7	332	2.9	24,284	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)	383	21.5	394	21.9	114,707	20.1	108,753	23.3	5,882,340	21.2	
		新規認定者	8	0.3	8	0.3	1,910	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
		2号認定者	3	0.2	2	0.1	2,325	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4	
	② 有病状況	糖尿病	80	21.4	75	17.6	25,164	21.2	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	243	62.1	252	62.8	64,630	54.6	64,201	57.3	3,085,109	50.5	KDB_NO.1
		脂質異常症	122	29.7	131	32.7	31,788	26.7	32,849	29.1	1,733,323	28.2	地域全体像の把握
		心臓病	279	70.9	298	73.4	73,217	61.9	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	141	36.0	120	30.0	33,089	28.2	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん	25	6.7	20	7.2	11,629	9.7	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	261	66.6	252	63.9	63,583	53.7	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
精神	140	36.6	170	41.4	43,915	37.0	42,763	38.0	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	73,667		76,073		70,593		61,022		58,349			
居宅サービス	38,120		38,367		40,986		40,033		39,683				
施設サービス	293,740		296,288		275,281		291,281		281,115				
④ 医療費等	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	10,385		8,719		8,458		8,532		7,980		
	認定なし	3,690		4,005		4,123		3,919		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,546		1,341		493,770		471,487		32,587,223		
		65~74歳	566	36.6	592	44.1			182,316	38.7	12,462,053	38.2	KDB_NO.1
		40~64歳	662	42.8	531	39.6			162,771	34.5	10,946,693	33.6	地域全体像の把握
		39歳以下	318	20.6	218	16.3			126,400	26.8	9,178,477	28.2	被保険者の状況
	加入率	30.6		26.6		27.8		26.3		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	144	0.3	214	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	4	2.6	3	2.2	1,108	2.2	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	15,468	31.3	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数	3	1.9	3	2.2	1,575	3.2	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	939.0		997.9		658.5		727.4		668.3		
入院患者数	40.1		38.9		22.6		25.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	36,135		39,376		26,418		27,978		24,253			
	受診率	979		1,036,751		681,134		752,943		686,501		KDB_NO.3	
	外来費用の割合	53.7		54.3		56.6		55.7		60.1		健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
	入院費用の割合	46.3		45.7		43.4		44.3		39.9		KDB_NO.1	
	1件あたり在院日数	20.0		19.1日		16.3日		18.0日		15.6日		地域全体像の把握	
	がん	53,304,220	13.5	77,008,410	21.0	24.1		20.5		25.6			
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	慢性腎不全(透析あり)	16,234,980	4.1	19,910,480	5.4	9.1		12.4		9.7		KDB_NO.3	
	糖尿病	41,697,140	10.5	39,058,900	10.6	10.2		9.6		9.7		健診・医療・介護 データからみる地域の	
	高血圧症	40,792,900	10.3	32,392,340	8.8	9.2		8.4		8.6			
	精神	104,696,650	26.5	81,073,400	22.1	17.5		22.4		16.9			
	筋・骨格	76,921,100	19.4	81,616,320	22.2	16.1		15.1		15.2			

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画

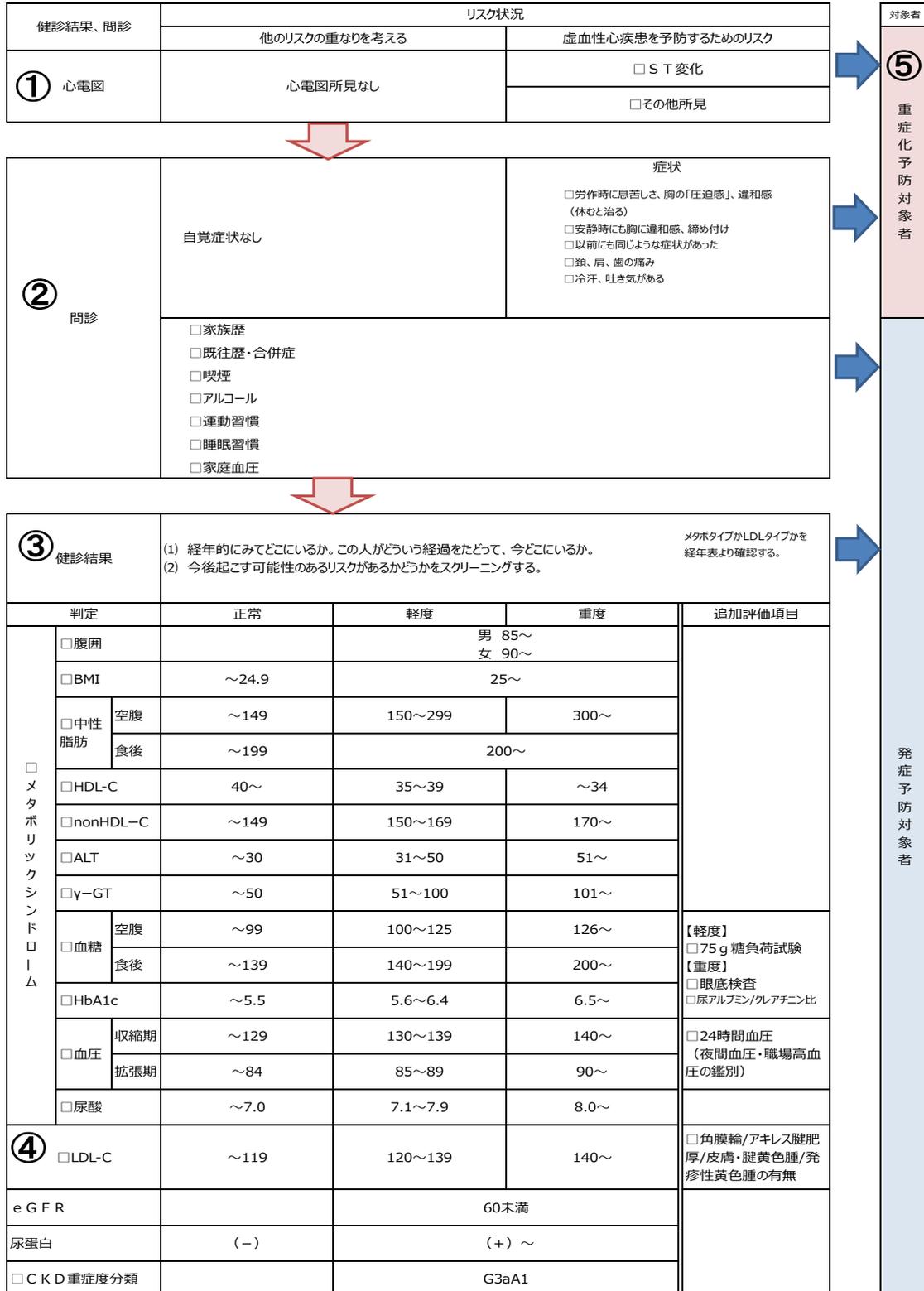
H28年度

保健指導の視点		地区担当が実施すること	他の専門職への紹介など												
結果把握	糖尿病管理台帳の全数 59人														
	A 健診未受診者 20人	1. 資格喪失（死亡、転出）の確認 後期高齢者、社会保険 ○住基異動（死亡、転出）の確認 ○医療保険異動の確認													
保健指導の優先づけ	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果把握（内訳）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①国保（生保）</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>18人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>2人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動（死亡・転出）</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table>	結果把握（内訳）		①国保（生保）	0人	②後期高齢者	18人	③他保険	2人	④住基異動（死亡・転出）	0人	⑤確認できず	0人	2. レセプト（治療状況）の確認 ●合併症 ○治療の確認 ●脳・心疾患—手術 ○直近の治療の有無の確認 ●人工透析 ●がん	
	結果把握（内訳）														
	①国保（生保）	0人													
	②後期高齢者	18人													
	③他保険	2人													
④住基異動（死亡・転出）	0人														
⑤確認できず	0人														
①-1 未治療者（中断者含む） ※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 11人	3. 会いに行く ○医療受診動向の有無 ○糖尿病連携手帳の確認 かかりつけ医、糖尿病連携医														
③ HbA1cが悪化している ※HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している。 15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 ○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														
④ 尿蛋白 (-) 48人 (±) 5人 (+) ~ 顕性腎症 6人		栄養士中心													
⑤ eGFR値の変化 1年で25%以上低下 0人 1年で5ml/分/1.73m ² 以上低下 7人		腎専門医													

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 津奈木町												
		項目	保険者						同規模保険者		データ元	
			平成28年度		平成29年度		平成30年度		実数	割合		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者 (再掲)40才~74才	被保険者数	1,354	人		人		人		KDB厚生労働省様式 様式3-2	
				1,140	人		人		人			
2	①	特定健診	健診対象者数	1,020	人		人		人		保健指導支援ツール	
	②		健診受診者数	404	人		人		人			
	③		健診受診率	39.6	%		%		%			
3	①	特定保健指導 実施率	保健指導対象者数	28	人		人		人		H28年度特定健康診査・ 特定保健指導実施状況	
	②			43.5	%		%		%			
4	①	健診データ	糖尿病型	50	人	12.1	%		人	%	特定健診結果 保健 指導支援ツール	
	②		未治療・中断者(質問票 服薬なし)	18	人	36.0	%		人	%		
	③		治療中(質問票 服薬有)	32	人	64.0	%		人	%		
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	17	人	53.1	%		人	%		
	⑤		血压 130/80以上	11	人	64.7	%		人	%		
	⑥		肥満 BMI25.0以上	7	人	41.2	%		人	%		
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	15	人	46.9	%		人	%		
	⑧		糖尿病病期分類									
	⑨		尿蛋白	(-) 第1期	38	人	76.0	%		人		%
	⑩			(±) 第2期	4	人	8.0	%		人		%
	⑪			(+)以上 第3期	8	人	16.0	%		人		%
			eGFR(30未満) 第4期	0	人	0.0	%		人	%		
5	①	レセプト	糖尿病治療中	202	人	14.9	%		人	%	あなみツール②_2集 計ツール2017.7(DM 腎症(レセ×健診))	
	②		(再掲)40才~74才	200	人	28.7	%		人	%		
	③		健診未受診者	168	人	84.0	%		人	%		
	④		糖尿病性腎症	15	人	7.4	%		人	%		
	⑤		(再掲)40才~74才	15	人	7.5	%		人	%		
	⑥		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	0	人	0.0	%		人	%		
	⑦		(再掲)40才~74才	0	人	0.0	%		人	%		
	⑧		後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2	人	1.0	%					
	⑨		新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症	0	人	0.0	%		人	%		
6	①	医療費	総医療費	a	6.3	億円		億円		億円	KDB健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題CSV	
	②		生活習慣病総医療費	b	3.6	億円		億円		億円		
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	57.1	%		%		%		
	④		生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	2,199	円		円		円		
	⑤			健診未受診者	18,251	円		円		円		
	⑥		糖尿病医療費	c	3.9	万円		万円		万円		
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	10.6	%		%		%		
	⑧			2,698	人	100.0	%		人	%		
	⑨		入院外	2,612	人	96.8	%		人	%		
	⑩		入院	86	人	3.2	%		人	%		
	⑪		糖尿病入院外総医療費	81,594,460	円		億円		億円			
	⑫		1件当たり	31,238	円		円		円			
	⑬		糖尿病入院総医療費	48,139,940	円		億円		億円			
	⑭		1件当たり	559,767	円		円		円			
	⑮		在院日数	17	日		日		日			
⑯	慢性腎不全医療費											
⑰	透析有り	19,910,480	円		億円		億円					
⑱	透析なし	1,186,860	円		万円		万円					
7	①	介護	介護給付費	6.1	億円		億円		億円	KDB市町村別データ		
	②		(再掲)2号認定者の有者割合	0.12								
	③		糖尿病	50	%		%		%			
		糖尿病合併症	50	%		%		%				
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	37	人		人		人	KDB地域の全体像の 把握CSV		
	②		糖尿病	1	人	2.7	%		人		%	

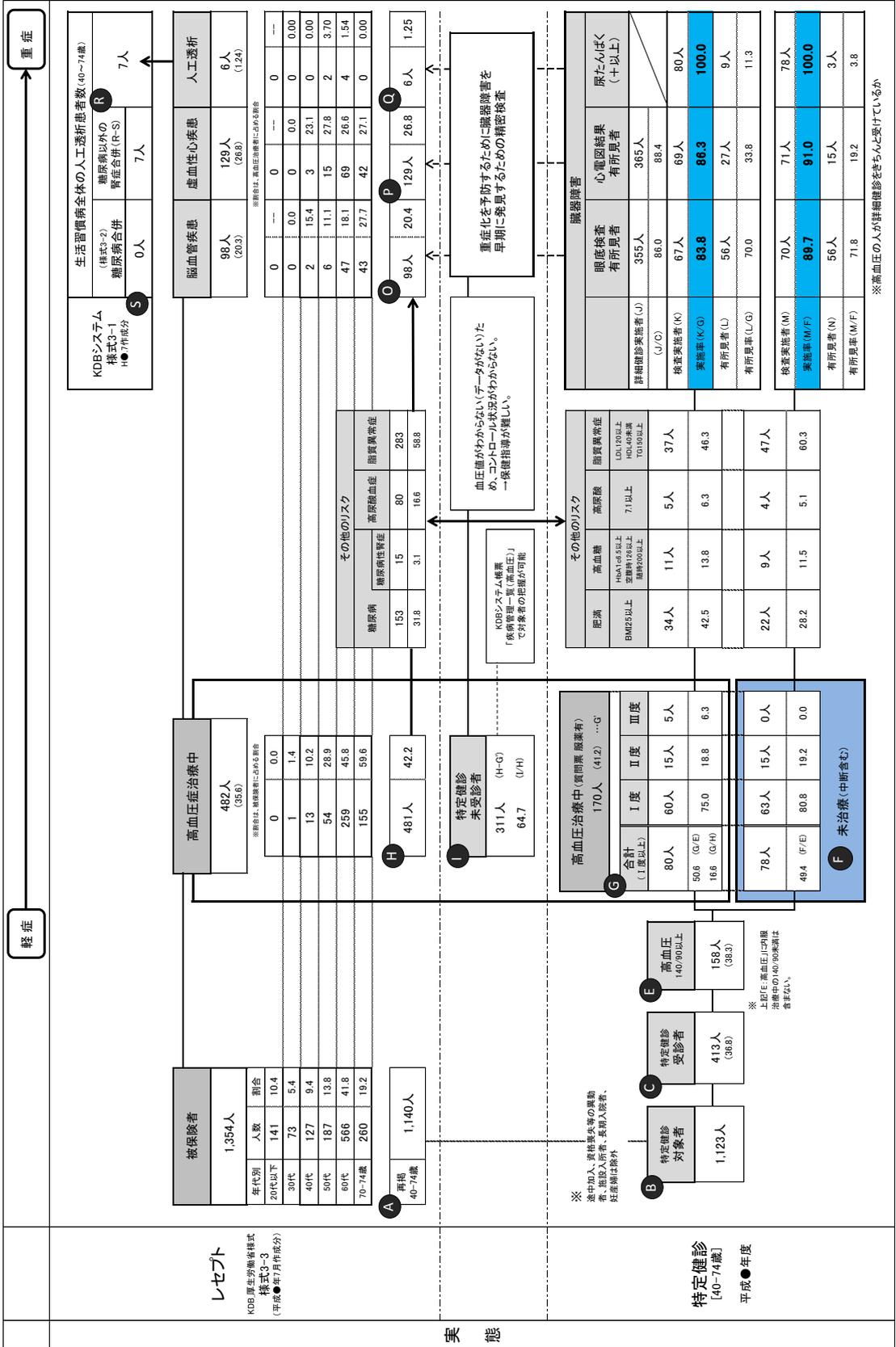
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



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

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

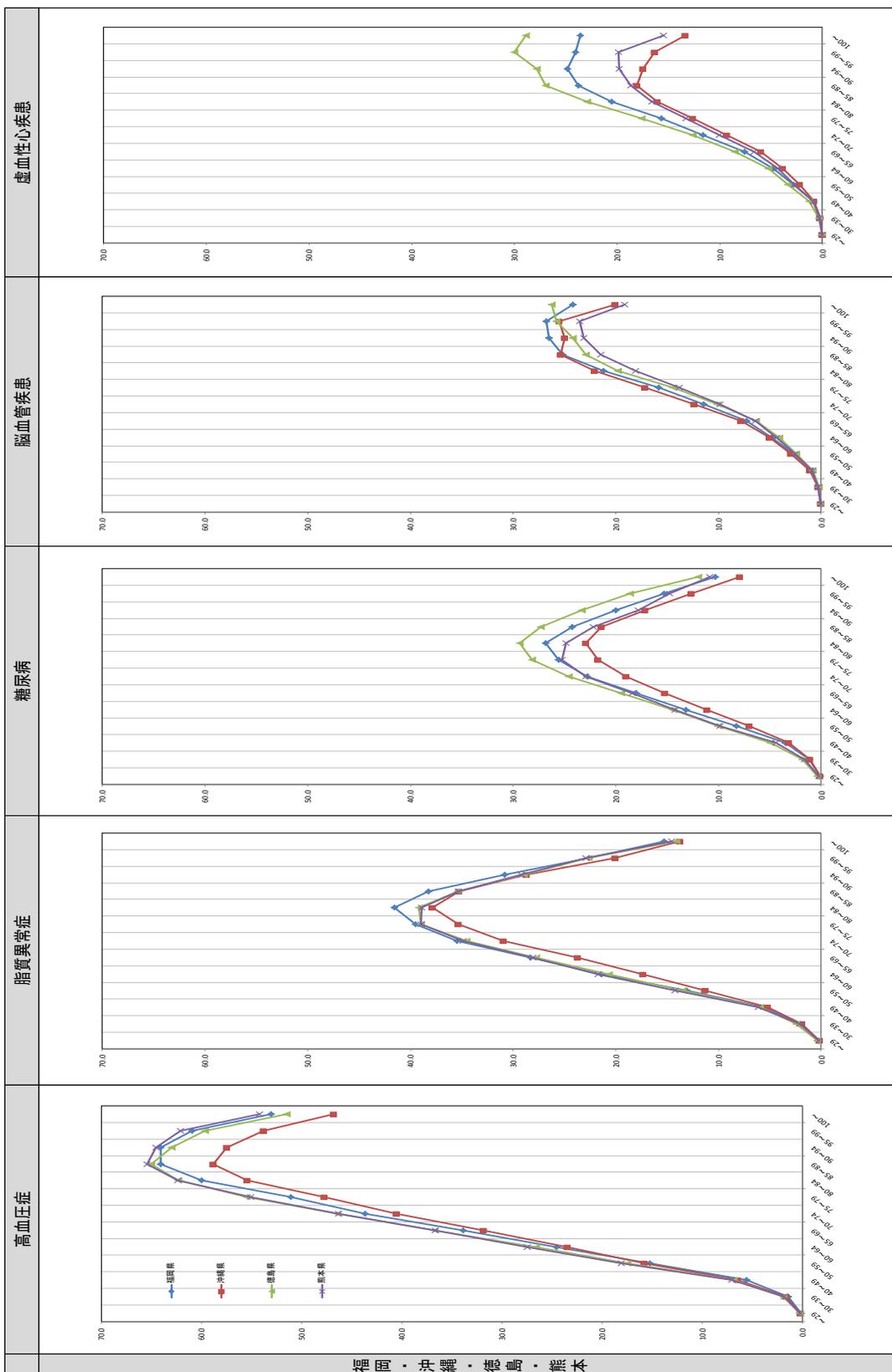
都道府県名 熊本県 市町村名 津奈木町 同規模区分 9



【参考資料10】

生活習慣病有病状況

平成29年5月診療分(国保データベース(KDB)システム_平成29年7月作成分)



福岡・中絶・徳島・香川

第1期示-ータヘルス計画 評価と課題整理(平成29年度進捗状況)

事業名 or 評価項目	目標	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)		アウトカム (結果)		考察と課題	第2期への反映事項
				評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果		
1 未受診 者対策	○特定健診 ・H29年度受 診率目標値 65% ○特定保健 指導 ・H29年度実 施率目標値 50%	保険証、福祉証が 未受診者対策に向 けて課題を共有し、 お互い連携して取 組む。	平成28年度に個別健 診と情報提供事業が 開始され受診率は向 上する見込みであつた が、受診率が減少し た。	・個別健診、情報提供 事業を勧奨。(有線放 送や電話等) 結果	・集団健診:281人 ・国保ドック:78人 ・個別健診: 情報情報提供:3件 (平成30年1月 末時点)	集団健診終了後の未 受診者対策をどのよう に進めていくのか検討 が必要。(どのタイム ラグで、どのようにアプ ローチしていくか。)	・個別健診、情報提供 事業の推進する。 ・本町の健康課題や 保険者努力支援制度 の説明等、ポピュラー シオンアプローチをあら ゆる機会を通して行っ ていく。		
2 重症化 予防事 業	○健診受診 者の検査結 果の改善 (血圧、HbA 1c、脂質、 腎機能) ○虚血性心 疾患、脳血 管疾患、糖 尿病性腎症 の減少	平成28年度末保健 師1名の退職に伴 い、平成29年3月と 11月に1名ずつ管 理栄養士を雇用。	通年で訪問・面談・電 話等、対象者の実情 に応じて保健指導を実 施。	※現在進行中 (平成30年1月末現 在) H28年度継続支援 者:23人 H29年度集団健診: 64人 H29年度国保ドック: 10人	※現在進行中 ・保健指導実施者の状 況 ・保健指導後の受診 (服薬、検査等)の状 況 ・健診結果の状況(全 体の評価) ・重症化予防事業対 象者数	・連携手帳を活用した 状況の評価ができるよ うに把握していく。 ・糖尿病管理台帳、C KD管理台帳を整理し 地区担当制でアプロ ーチしていく。	・個人を対象として、 訪問・面談等を中心 に実施していく。 ・糖尿病管理台帳、C KD管理台帳を整理し 地区担当制でアプロ ーチしていく。		
3 医療と の連携	○個別健 診、情報提 供事業の増 加 ○個々の事 例を通じて連 携を図ってい く。	水俣・芦北管内の医 療機関に個別健診 情報提供事業の契約	・個々の医療機関との 連携状況	※現在進行中 ・糖尿病連携手帳の 活用状況 ・CKD連絡票の活用 状況	※現在進行中	・医療機関との連携は まだまだ不十分。	・本町の医療受診圏 域は、町内に限らず近 隣の市町にかかりつけ 医療機関とされている 方も多し。保健所で開 催される糖尿病連携 会議や特定健診実施時 等の機会を捉えて、連 携についての依頼を行 うとともに、個々の事例 を通して連携を図って いく。		

【参考資料 12】