

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 2 月 相良村

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)	19
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. 脳血管疾患重症化予防	
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	47
第 6 章 計画の評価・見直し	49

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	50
参考資料	51

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付け

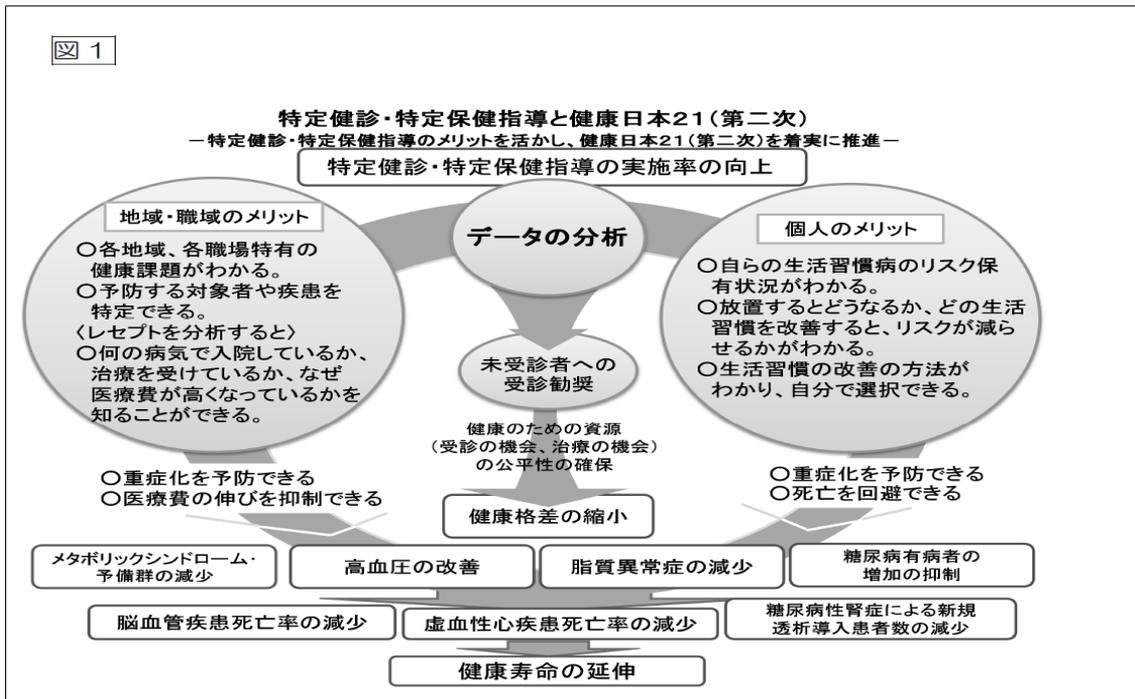
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDC Aサイクルに沿って運用するものである。

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「くまもと21ヘルスプラン」や熊本県医療費適正化計画「熊本県における医療費の見通しに関する計画」、相良村高齢者福祉計画・介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。【図表1・2・3】

【図表1】

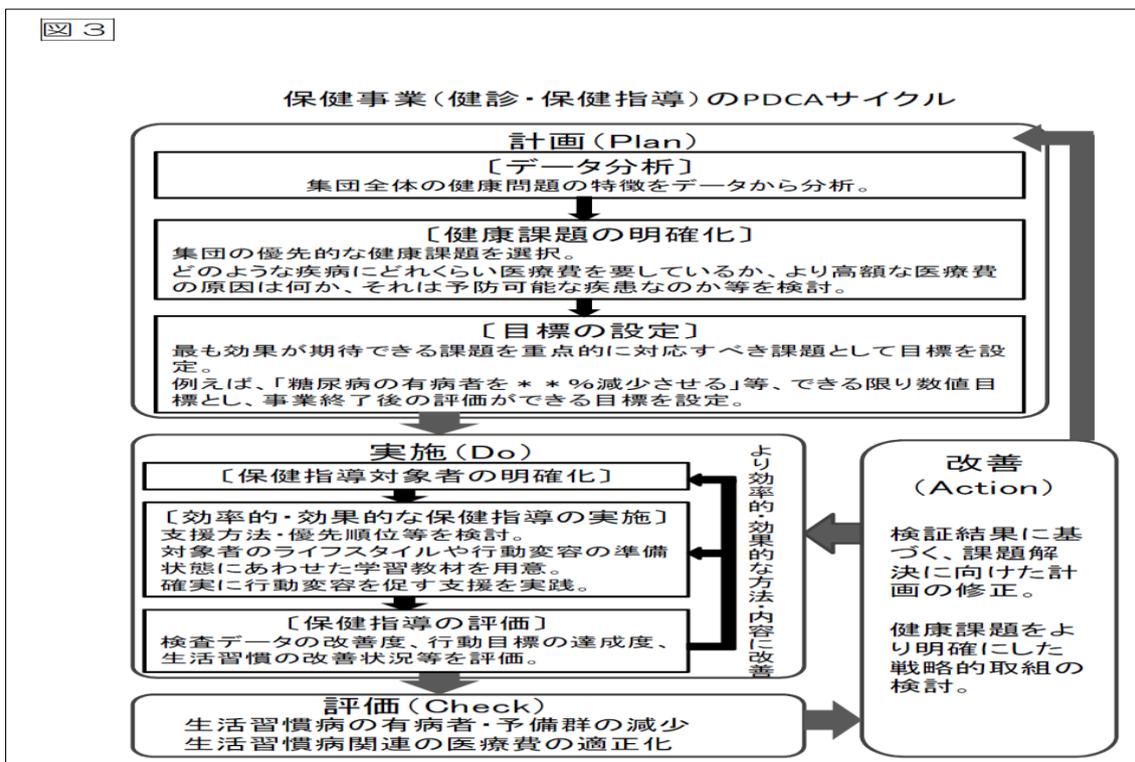
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
2017.10.11						
健康増進法(第2条) 健康増進法(第9条) 国民健康保険法(第2条) 介護保険法(第116条、第117条、第118条) 高齢者の医療の確保に関する法律(第9条) 医療法(第30条)						
「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」	
法律 健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第2条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	
基本的な指針 厚生労働省 健康局 平成24年4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29年4月 特定健康診査及び特定健康診査の選択 かつ有効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29年4月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針」の改正	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業の実施に際しての円滑な 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29年3月 医療費適正化に関する施策 について基本的指針【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		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、生活習慣病の予防や重症化予防 策をとり、社会生活を営むための必要な 健康の維持を図り、その結果、 生活習慣 病が予防可能なものとなる よう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す とする。	生活習慣の改善による糖尿病等の 重症化の予防 策をとり、健康寿命を延ばすことができ、患者 数を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発生を 抑制 し、入院患者を減らすことができ、国民の生活 の質の維持および向上を図る ための予防 を実施 することを旨とする。 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、 メタリックシンドローム に 着目し、生活習慣を改善するための特定健康診査を必要とす るものとし、効果的に実施するものとする。	生活習慣病の予防 に比して、被保険者の 自主 的な健康増進及び予防意識の醸成 について、 患 者 がその意識の中心となって、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 とを旨とする。また、 医療費の適正化 及び 被保険者の健康増進 が図られることは被保険者 自身にとって重要である。	高齢者がその有する能力に即して自立した日常生活 を営むことができるよう支援することや、重症化 防止には 患者 が主体的に行動することや、要介護 状態等の軽減(又は 重症化の防止)を旨としている。	国民健康保険法 に基づき、国、国民 の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が適度に増えないよう努めていくことと、 医療 費 の適正化を図ることを旨とする。また、 医療 費 の適正化を図るための施策を推進する。また、 医療 費 の適正化を図るための施策を推進する。	医療費の適正化を推進することを 旨とし、 地域において関係機関の連携 を図り、 医療費 の適正化を図る。また、 医療 費 の適正化を図るための施策を推進する。また、 医療 費 の適正化を図るための施策を推進する。	
対象年齢 ライフステージ(幼少期、 若年層)、高 齢期にわたって	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が増える時期に高齢期を迎 える現役の若年(若年層)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 60～64歳 特定疾病 習慣づくり	すべて	すべて	
対象疾病 メタ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	メタリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	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、特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の削減率 ②合併症(糖尿病性腎症)による年間医療費増加分(人患者数) ③慢性閉塞性肺疾患 ④脳卒中(脳出血)による入院患者数 ⑤糖尿病患者数 ⑥特定健康診査の実施率 ⑦メタリックシンドローム ⑧認知症 ⑨メンタルヘルス ⑩健康増進法に基づく健康増進事業の実施率 ⑪特定健康診査の実施率 ⑫特定健康診査の結果 ⑬生活習慣病の有病率・予備群 ⑭医療費等 ⑮医療費⑯介護費	①特定健康診査受診率 ②特定健康診査実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣病(特定健康診査の実施率) 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) 糖尿病等の受診率 ①特定健康診査 ②特定健康診査受診率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	①医療費適正化の取組 効果 ②一人あたり1円未満の医療費の削減 ③特定健康診査・特定健康診査の実施率の向上 ④メタリックシンドロームの削減 ⑤糖尿病重症化予防の推進 入院 病床稼働率の向上・連携の推進	①5疾病+事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実情に応じて)	
その他	保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(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)を選定し、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

相良村においては、国保係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。特に保健係の保健師等の専門職と連携し、一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、保健福祉課（保健係・福祉係）において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、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、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府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、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、

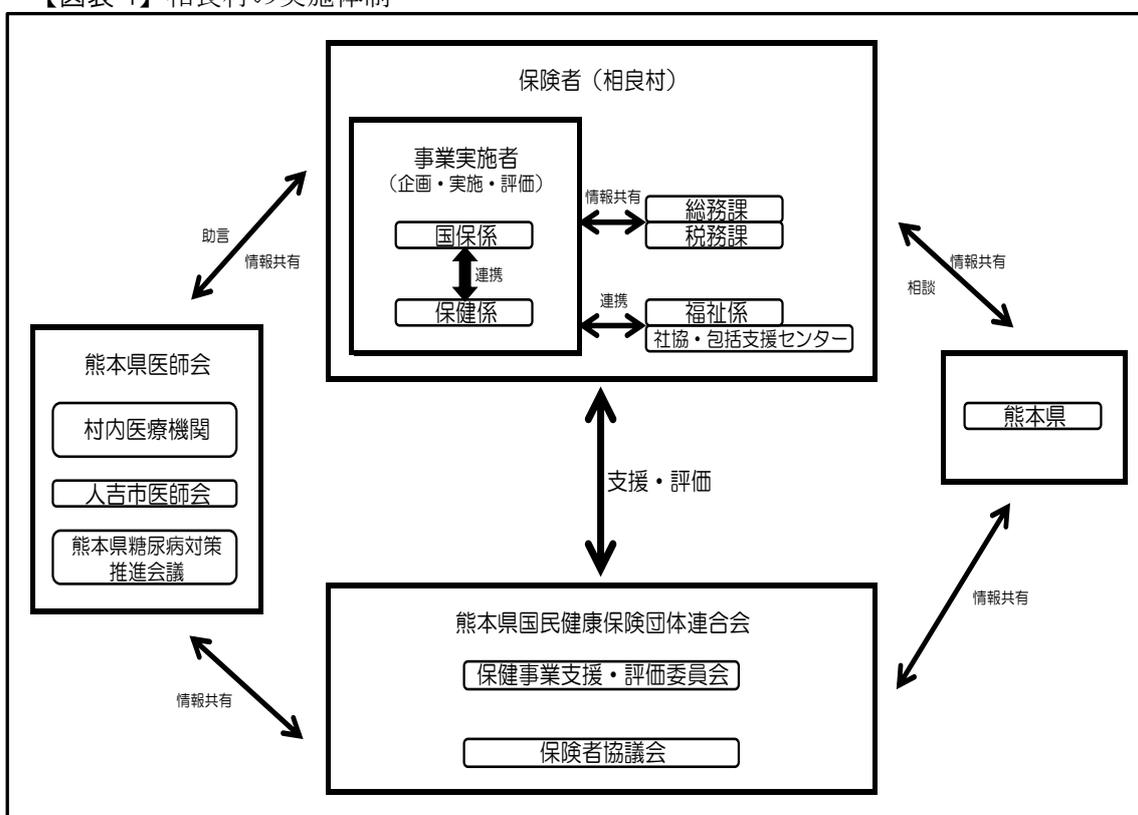
平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】相良村の実施体制



5. 保険者努力支援制度

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

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

【図表 5】 保険者努力支援制度

評価指標		H28 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)		697			
全国順位(1,741市町村中)		396			
共通 ①	特定健診受診率	20			50
	特定保健指導実施率	20			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			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	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			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	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0			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	0			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
固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	6			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

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少していたが、死因別に脳疾患・腎不全による死亡割合は増加した。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率、40～64歳の2号認定率は大きな変化はなく、それに伴い介護給付費の増加も抑えられている。

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、H28年度の介護給付費は減少したが、1件当たり介護給付費を同規模平均・県・国と比較すると高い状況は続いている。特に、居宅サービスにかかる費用が高いことがわかった。

【図表6】介護給付費の変化

年度	相良村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当 り給付 費 (全体)	居宅 サー ビス	施設 サー ビス	1件当 り給付 費 (全体)	居宅 サー ビス	施設 サー ビス
H25年度	5億8,013万円	94,719	47,998	283,496	76,041	40,283	279,561
H28年度	5億5,278万円	80,732	44,429	283,218	73,702	39,646	273,946

※様式6-1 3-③介護給付費より

② 医療費の状況【図表 7】

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

【図表 7】 医療費の変化

項目		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	
				相良村	同規模			相良村	同規模			相良村	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	4億4016万円				1億8038万円				2億5978万円			
	H28年度	4億1548万円	-2468万円	-5.61	5.21	1億6025万円	-2013万円	-11.16	4.81	2億5523万円	-454万円	-1.75	5.53
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	2万3960円				9820円				1万4140円			
	H28年度	2万6500円	2294円	10.60	6.81	1万220円	400円	4.07	6.39	1万6280円	2140円	15.13	7.15

※KDBの1人当り医療費は、月平均額での表示となる。

KDB No.3健診・医療・介護データからみる地域の健康課題CSV

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・短期目標疾患の医療費計では H25 年度と比較し減少しているが、疾患別に割合をみると中長期目標疾患である慢性腎不全(透析無)、虚血性心疾患に係る医療費割合が増加していることがわかった。

短期目標疾患については糖尿病・高血圧に係る費用割合は減少している。しかし中長期目標疾患に共通する糖尿病・高血圧・脂質異常症の全てにおいて県・国と比較すると高くなっている。

【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 年度と H28 年度との比較)

市町村名	総医療費	一人当たり医療費				中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
		金額		順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
		同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞										
H25	相良村	444,887,030	24,213	121位	34位	3.34%	0.10%	1.64%	0.38%	7.79%	11.53%	2.19%	120,019,720	26.98%	6.78%	12.96%	8.77%
H28	相良村	415,476,160	26,507	131位	32位	3.73%	0.67%	1.53%	0.64%	7.58%	8.34%	3.28%	107,090,740	25.78%	8.63%	14.61%	8.08%
H28	熊本県	161,643,949,660	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%
	国	9,677,041,336,540	24,253			5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	223,785,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源(調剤含む)による分類結果
 ◆「最大医療資源(調剤含む)」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
 ※国保連合会より資料提供あり

【出典】
 KDBシステム・健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患【図表 9】

中長期・短期目標疾患の変化をみると、大きな変化は見られないが割合は虚血性心疾患・脳血管疾患で増加している。高血圧が基礎疾患としての割合が8割以上と高く、65歳以下においては9割以上となっている。

【図表 9】中長期的な疾患の変化

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1545	40	2.6	6	15.0	1	2.5	35	87.5	16	40.0	19	47.5	
	64歳以下	1027	14	1.4	2	14.3	0	0.0	12	85.7	6	42.9	8	57.1	
	65歳以上	518	26	5.0	4	15.4	1	3.8	23	88.5	10	38.5	11	42.3	
H28	全体	1323	45	3.4	6	13.3	1	2.2	39	86.7	24	53.3	27	60.0	
	64歳以下	773	9	1.2	1	11.1	0	0.0	9	100.0	7	77.8	8	88.9	
	65歳以上	550	36	6.5	5	13.9	1	2.8	30	83.3	17	47.2	19	52.8	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1545	57	3.7	6	10.5	0	0.0	48	84.2	17	29.8	22	38.6	
	64歳以下	1027	19	1.9	2	10.5	0	0.0	17	89.5	5	26.3	7	36.8	
	65歳以上	518	38	7.3	4	10.5	0	0.0	31	81.6	12	31.6	15	39.5	
H28	全体	1323	56	4.2	6	10.7	0	0.0	49	87.5	26	46.4	27	48.2	
	64歳以下	773	14	1.8	1	7.1	0	0.0	13	92.9	6	42.9	5	35.7	
	65歳以上	550	42	7.6	5	11.9	0	0.0	36	85.7	20	47.6	22	52.4	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		被保険者数	人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1545	4	0.3	0	0.0	1	25.0	4	100.0	1	25.0	1	25.0	
	64歳以下	1027	3	0.3	0	0.0	0	0.0	3	100.0	1	33.3	1	33.3	
	65歳以上	518	1	0.2	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	1323	2	0.2	0	0.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
	64歳以下	773	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	550	1	0.2	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4)【図表10】

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。人工透析者も同様に減少しているが、透析開始による後期高齢者医療保険への異動も考慮する必要があり、治療中であってもコントロールの確認や治療中断者がなかったかなど確認していく必要がある。

【図表10】中長期目標疾患に共通リスクの変化

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	1545	174	11.3	19	10.9	132	75.9	92	52.9	16	9.2	17	9.8	1	0.6	14	8.0	
	64歳以下	1027	70	6.8	7	10.0	50	71.4	34	48.6	6	8.6	5	7.1	1	1.4	2	2.9	
	65歳以上	518	104	20.1	12	11.5	82	78.8	58	55.8	10	9.6	12	11.5	0	0.0	12	11.5	
H28	全体	1323	202	15.3↑	15	7.4↓	149	73.8	117	57.9↑	24	11.9↑	26	12.9↑	0	0.0	9	4.5↓	
	64歳以下	773	65	8.4	4	6.2	48	73.8	38	58.5↑	7	10.8	6	9.2	0	0.0	1	1.5	
	65歳以上	550	137	24.9↑	11	8.0	101	73.7	79	57.7	17	12.4	20	14.6	0	0.0	8	5.8	

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	1545	437	28.3	132	30.2	196	44.9	35	8.0	48	11.0	4	0.9	
	64歳以下	1027	175	17.0	50	28.6	78	44.6	12	6.9	17	9.7	3	1.7	
	65歳以上	518	262	50.6	82	31.3	118	45.0	23	8.8	31	11.8	1	0.4	
H28	全体	1323	434	32.8↑	149	34.3↑	209	48.2↑	39	9.0	49	11.3	2	0.5	
	64歳以下	773	142	18.4	48	33.8	57	40.1	9	6.3	13	9.2	1	0.7	
	65歳以上	550	292	53.1	101	34.6	152	52.1	30	10.3	36	12.3	1	0.3	

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	1545	235	15.2	92	39.1	196	83.4	19	8.1	22	9.4	1	0.4	
	64歳以下	1027	93	9.1	34	36.6	78	83.9	8	8.6	7	7.5	1	1.1	
	65歳以上	518	142	27.4	58	40.8	118	83.1	11	7.7	15	10.6	0	0.0	
H28	全体	1323	270	20.4↑	117	43.3↑	209	77.4↓	27	10.0↑	27	10.0	0	0.0	
	64歳以下	773	84	10.9	38	45.2	57	67.9	8	9.5	5	6.0	0	0.0	
	65歳以上	550	186	33.8	79	42.5	152	81.7	19	10.2	22	11.8	0	0.0	

② 健診結果リスクの経年変化【図表 11】

健診結果リスクの経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、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予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11】 健診結果の変化

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（帳票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国 (H28)	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 (H28)	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			
H25	合計	101	31.6	139	43.4	83	25.9	87	27.2	26	8.1	136	42.5	171	53.4	76	23.8	142	44.4	80	25.0	142	44.4	8	2.5		
	40-64	59	36.9	67	41.9	45	28.1	54	33.8	17	10.6	69	43.1	84	52.5	45	28.1	62	38.8	51	31.9	82	51.3	6	3.8		
	65-74	42	26.3	72	45.0	38	23.8	33	20.6	9	5.6	67	41.9	87	54.4	31	19.4	80	50.0	29	18.1	60	37.5	2	1.3		
H28	合計	89	32.6	138	50.5	71	26.0	59	21.6	19	7.0	141	51.6	192	70.3	43	15.8	98	35.9	49	17.9	120	44.0	7	2.6		
	40-64	41	35.3	52	44.8	33	28.4	31	26.7	7	6.0	55	47.4	79	68.1	21	18.1	38	32.8	30	25.9	61	52.6	0	0.0		
	65-74	48	30.6	86	54.8	38	24.2	28	17.8	12	7.6	86	54.8	113	72.0	22	14.0	60	38.2	19	12.1	59	37.6	7	4.5		

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		クレアチン				
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国 (H28)	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 (H28)	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			
H25	合計	104	30.6	73	21.5	46	13.5	35	10.3	12	3.5	108	31.8	214	62.9	16	4.7	156	45.9	55	16.2	204	60.0	2	0.6		
	40-64	43	30.3	29	20.4	14	9.9	18	12.7	2	1.4	45	31.7	79	55.6	7	4.9	53	37.3	30	21.1	92	64.8	1	0.7		
	65-74	61	30.8	44	22.2	32	16.2	17	8.6	10	5.1	63	31.8	135	68.2	9	4.5	103	52.0	25	12.6	112	56.6	1	0.5		
H28	合計	80	28.0	62	21.7	31	10.8	26	9.1	4	1.4	103	36.0	227	79.4	10	3.5	113	39.5	30	10.5	151	52.8	1	0.3		
	40-64	29	27.6	21	20.0	15	14.3	15	14.3	0	0.0	38	36.2	74	70.5	3	2.9	37	35.2	8	7.6	56	53.3	0	0.0		
	65-74	51	28.2	41	22.7	16	8.8	11	6.1	4	2.2	65	35.9	153	84.5	7	3.9	76	42.0	22	12.2	95	52.5	1	0.6		

*全国については、有所見割合のみ表示

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	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者														
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て								
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	320	57.1	10	3.1%	53	16.6%	2	0.6%	36	11.3%	15	4.7%	76	23.8%	18	5.6%	3	0.9%	32	10.0%	23	7.2%		
	40-64	160	50.5	7	4.4%	27	16.9%	2	1.3%	17	10.6%	8	5.0%	33	20.6%	9	5.6%	2	1.3%	13	8.1%	9	5.6%		
	65-74	160	65.8	3	1.9%	26	16.3%	0	0.0%	19	11.9%	7	4.4%	43	26.9%	9	5.6%	1	0.6%	19	11.9%	14	8.8%		
H28	合計	273	55.6	14	5.1%	46	16.8%	1	0.4%	34	12.5%	11	4.0%	78	28.6%	19	7.0%	6	2.2%	29	10.6%	24	8.8%		
	40-64	116	49.6	9	7.8%	14	12.1%	1	0.9%	9	7.8%	4	3.4%	29	25.0%	7	6.0%	3	2.6%	7	6.0%	12	10.3%		
	65-74	157	61.1	5	3.2%	32	20.4%	0	0.0%	25	15.9%	7	4.5%	49	31.2%	12	7.6%	3	1.9%	22	14.0%	12	7.6%		

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者														
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て								
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	合計	340	63.7	10	2.9%	17	5.0%	0	0.0%	16	4.7%	1	0.3%	46	13.5%	8	2.4%	2	0.6%	23	6.8%	13	3.8%		
	40-64	142	55.3	5	3.5%	6	4.2%	0	0.0%	6	4.2%	0	0.0%	18	12.7%	5	3.5%	2	1.4%	6	4.2%	5	3.5%		
	65-74	198	71.5	5	2.5%	11	5.6%	0	0.0%	10	5.1%	1	0.5%	28	14.1%	3	1.5%	0	0.0%	17	8.6%	8	4.0%		
H28	合計	286	62.0	10	3.5%	14	4.9%	1	0.3%	11	3.8%	2	0.7%	38	13.3%	9	3.1%	1	0.3%	19	6.6%	9	3.1%		
	40-64	105	55.9	4	3.8%	6	5.7%	0	0.0%	5	4.8%	1	1.0%	11	10.5%	3	2.9%	1	1.0%	2	1.9%	5	4.8%		
	65-74	181	66.3	6	3.3%	8	4.4%	1	0.6%	6	3.3%	1	0.6%	27	14.9%	6	3.3%	0	0.0%	17	9.4%	4	2.2%		

※KDBツール特徴の把握5～8

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率【図表 12】

特定保健指導対象者は減少傾向にあるが、実施率については増減を繰り返している。また、医療機関受診率も減少しており、特定保健指導の実施率向上とともに、医療機関受診勧奨保健指導についても徹底していく必要がある。

特定健診受診率も減少していることから、重症化を予防していくため特定健診受診率の向上への取組も同様に重要となってくる。

【図表 12】 特定健診受診率・保健指導実施率の変化

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	同規模内順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								相良村	同規模平均
H25年度	1073	660	61.5%	10位	80	51	63.8%	57.0%	48.9%
H28年度	951	559	58.8%	43位	52	29	55.8%	45.4%	51.3%

※法定報告値、同規模内順位・医療機関受診率はKDBツール様式6-1より

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・介護給付費の抑制などの医療費適正化繋がったと思われる。しかし、虚血性心疾患や慢性腎不全の医療費割合の増加や共通のリスクとなる糖尿病・高血圧・脂質異常症の増加、特定健診においてはメタボ該当者の増加などの課題も見えてきている。その背景として、健診後の医療機関受診勧奨の徹底や治療に繋がった者に対する治療中断の有無、コントロール状態の把握など重症化予防の視点として医療機関受診後の継続した支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。第1期計画の実践と評価・考察については、評価シート【参考資料 12】参照。

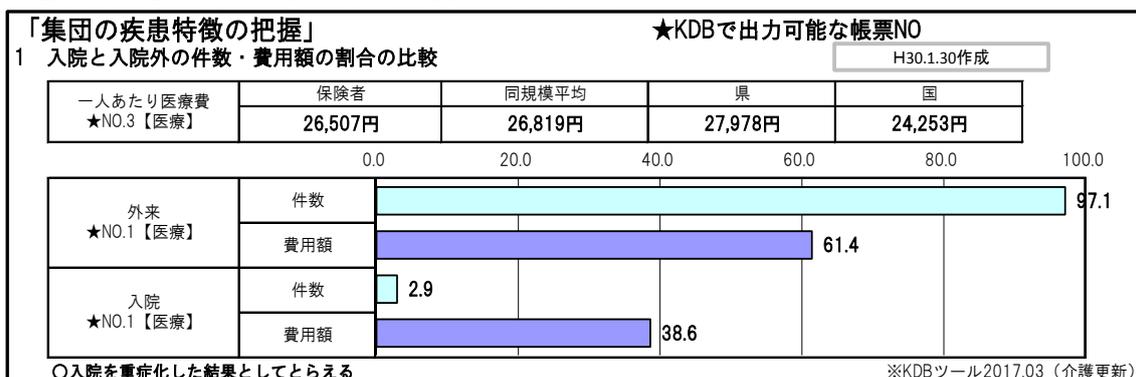
2. 第2期計画における健康課題の明確化

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】

相良村の入院件数は 2.9%で、費用額全体の 38.6%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】 入院と入院外件数・費用の割合比較



(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】

ひと月 80 万円以上となる疾患を分析すると、H25 年度にはみられなかった脳血管疾患・虚血性心疾患が上がってきている。特に脳血管疾患においては 40 歳代と若年層での発症例があり、将来的に長期入院・介護・生活保護など医療費や介護給付費、生活保護費などの社会保障費が増大する可能性がある。

【図表 14】入院の状況（高額・長期・人工透析・生活習慣病）

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか		H30.1.30作成										
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	30人	2人		1人		9人	18人			
				6.7%		3.3%		30.0%	60.0%			
		件数	年 代 別	45件	2件		1件		14件	28件		
					4.4%		2.2%		31.1%	62.2%		
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	10.7%
				40代	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	17.9%
50代	0			0.0%	0	0.0%	1	7.1%	4	14.3%		
60代	0	0.0%	0	0.0%	5	35.7%	15	53.6%				
70-74歳	1	50.0%	0	0.0%	8	57.1%	1	3.6%				
費用額		6594万円	227万円		168万円		2067万円	4132万円				
			3.4%		2.6%		31.3%	62.7%				
*最大医療資源傷病名(主病)で計上 *疾患別(脳・心・がん・その他)の人数は同一人物でも主病が異なる場合があるため、合計人数とは一致しない。												
厚労省様式	対象レセプト (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	13人	9人		1人		0人				
				69.2%		7.7%		0.0%				
		件数	132件	99件		5件		0件				
			75.0%		3.8%		0.0%					
費用額		4625万円	3369万円		106万円		--					
			72.8%		2.3%		--					
*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上 *脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)												
厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症		脳血管疾患		虚血性心疾患				
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	2人	0人		0人		1人				
				0.0%		0.0%		50.0%				
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	44件		14件		2件				
				31.8%		4.5%		31.8%				
費用額		1588万円	464万円		81万円		522万円					
			29.2%		5.1%		32.9%					
*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	の基 礎 な 疾 患	621人	56人		45人		9人				
				9.0%		7.2%		1.4%				
			高血圧	49人		39人		8人				
				87.5%		86.7%		88.9%				
			糖尿病	26人		24人		9人				
				46.4%		53.3%		100.0%				
			脂質異常症	27人		27人		5人				
	48.2%		60.0%		55.6%							
高血圧症	434人		202人		270人		70人					
	69.9%		32.5%		43.5%		11.3%					
○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。												

※KDBツール2017.03 (介護更新)

(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86.3%であり、筋・骨格疾患の84.4%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者では、筋骨格系と血管疾患による介護認定を受けている割合の差が大きく、年齢が低いものほど血管疾患への対策が重要である。

また、この年齢は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

【図表 15】 介護の状況

3 何の疾患で介護保険を受けているのか													H30.1.22作成					
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		1,705人		707人		920人		1,627人		3,332人							
	認定者数		7人		25人		288人		313人		320人							
	認定率		0.41%		3.5%		31.3%		19.2%		9.6%							
	新規認定者数		0人		0人		3人		3人		3人							
	介護度別人数		要支援1・2		2	28.6%	6	24.0%	40	13.9%	46	14.7%	48	15.0%				
		要介護1・2		1	14.3%	6	24.0%	119	41.3%	125	39.9%	126	39.4%					
		要介護3～5		4	57.1%	13	52.0%	129	44.8%	142	45.4%	146	45.6%					
要介護突合状況 ★NO.49	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			
			件数	--	7		25		288		313		320					
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	2	28.6%	脳卒中	12	48.0%	脳卒中	120	41.7%	脳卒中	132	42.2%	脳卒中	134	41.9%
			2	虚血性心疾患	2	28.6%	虚血性心疾患	6	24.0%	虚血性心疾患	90	31.3%	虚血性心疾患	96	30.7%	虚血性心疾患	98	30.6%
			3	腎不全	0	0.0%	腎不全	1	4.0%	腎不全	32	11.1%	腎不全	33	10.5%	腎不全	33	10.3%
	基礎疾患		糖尿病等		5	71.4%	糖尿病等	19	76.0%	糖尿病等	247	85.8%	糖尿病等	266	85.0%	糖尿病等	271	84.7%
	血管疾患合計		合計		5	71.4%	合計	19	76.0%	合計	252	87.5%	合計	271	86.6%	合計	276	86.3%
	認知症		認知症		1	14.3%	認知症	4	16.0%	認知症	128	44.4%	認知症	132	42.2%	認知症	133	41.6%
	筋・骨格疾患		筋骨格系		4	57.1%	筋骨格系	14	56.0%	筋骨格系	252	87.5%	筋骨格系	266	85.0%	筋骨格系	270	84.4%
	介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較													★NO.1【介護】				
													0	2,000	4,000	6,000	8,000	
要介護認定者医療費 (40歳以上)													7,582					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)													3,428					

※KDBツール2014

2) 健診受診者の実態【図表 16・17】

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高くなる。

相良村においては、健診結果の有所見状況において GPT・空腹時血糖・HbA1c・尿酸・LDL-C などで割合が高い。また、同規模・県・国と比較してメタボリックシンドローム該当者が多く、その中でも血糖+血圧、血糖+脂質、血糖+血圧+脂質などリスクの重なりがある者が多い。これらの実態は内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】 健診受診者の状況

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 (帳票) H30.1.22作成

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		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			
相良村	合計	89	32.6	138	50.5	71	26.0	59	21.6	19	7.0	141	51.6	192	70.3	43	15.8	98	35.9	49	17.9	120	44.0	7	2.6		
	40-64	41	35.3	52	44.8	33	28.4	31	26.7	7	6.0	55	47.4	79	68.1	21	18.1	38	32.8	30	25.9	61	52.6	0	0.0		
	65-74	48	30.6	86	54.8	38	24.2	28	17.8	12	7.6	86	54.8	113	72.0	22	14.0	60	38.2	19	12.1	59	37.6	7	4.5		

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン				
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.3		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			
相良村	合計	80	28.0	62	21.7	31	10.8	26	9.1	4	1.4	103	36.0	227	79.4	10	3.5	113	39.5	30	10.5	151	52.8	1	0.3		
	40-64	29	27.6	21	20.0	15	14.3	15	14.3	0	0.0	38	36.2	74	70.5	3	2.9	37	35.2	8	7.6	56	53.3	0	0.0		
	65-74	51	28.2	41	22.7	16	8.8	11	6.1	4	2.2	65	35.9	153	84.5	7	3.9	76	42.0	22	12.2	95	52.5	7	4.5		

○全国については、有所見割合のみ表示

※KDBツール2014

【図表 17】 メタボリックシンドロームの状況

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8) ★NO.24 (帳票) H30.1.22作成

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	相良村	合計	273	55.6	14	5.1%	46	16.8%	1	0.4%	34	12.5%	11	4.0%	78	28.6%	19	7.0%	6	2.2%	29	10.6%	24	8.8%	
相良村	40-64	116	49.6	9	7.8%	14	12.1%	1	0.9%	9	7.8%	4	3.4%	29	25.0%	7	6.0%	3	2.6%	7	6.0%	12	10.3%		
	65-74	157	61.1	5	3.2%	32	20.4%	0	0.0%	25	15.9%	7	4.5%	49	31.2%	12	7.6%	3	1.9%	22	14.0%	12	7.6%		

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	相良村	合計	286	62.0	10	3.5%	14	4.9%	1	0.3%	11	3.8%	2	0.7%	38	13.3%	9	3.1%	1	0.3%	19	6.6%	9	3.1%	
相良村	40-64	105	55.9	4	3.8%	6	5.7%	0	0.0%	5	4.8%	1	1.0%	11	10.5%	3	2.9%	1	1.0%	2	1.9%	5	4.8%		
	65-74	181	66.3	6	3.3%	8	4.4%	1	0.6%	6	3.3%	1	0.6%	27	14.9%	6	3.3%	0	0.0%	17	9.4%	4	2.2%		

※KDBツール2014

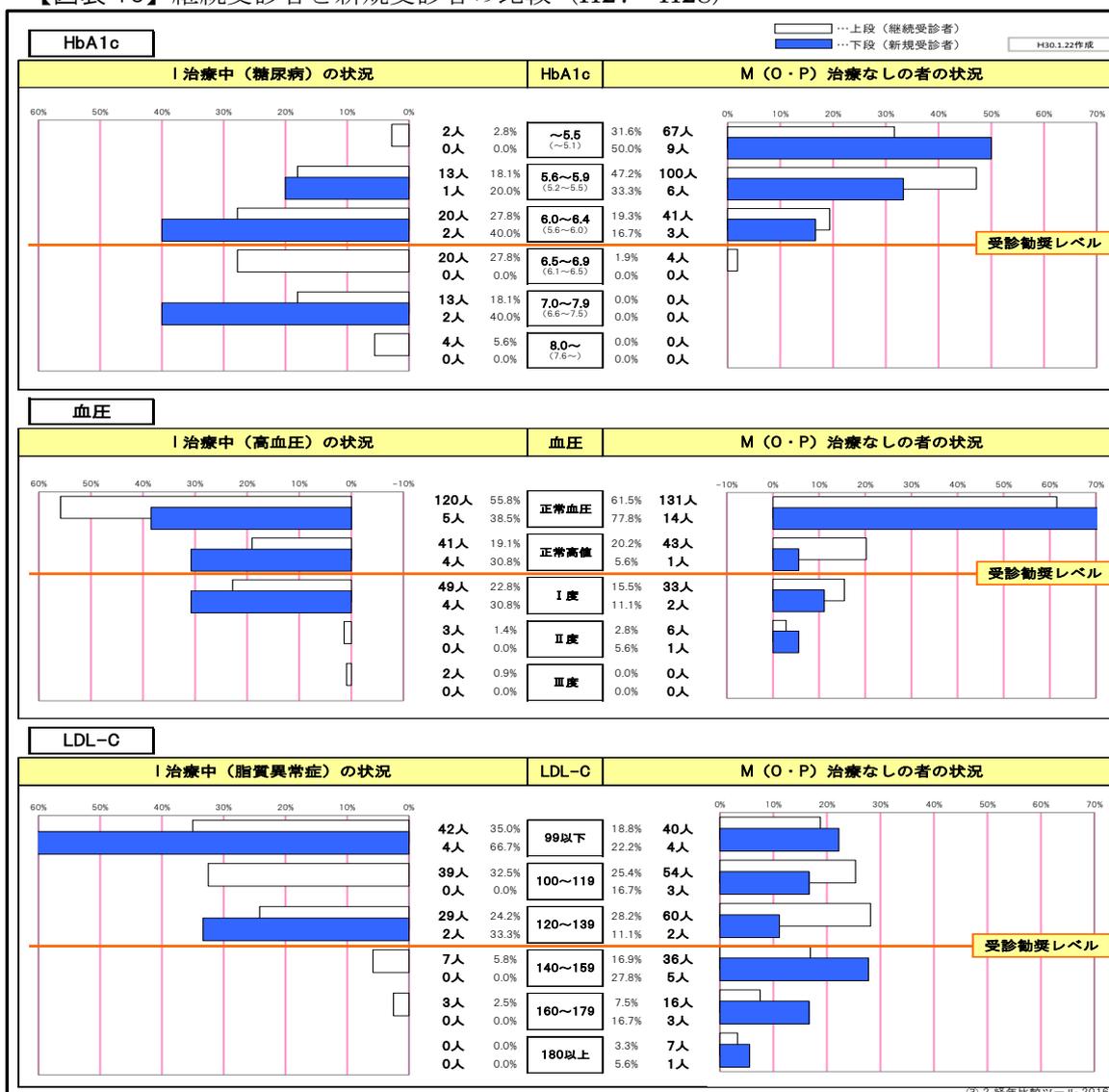
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況【図表 18】

短期目標となる3疾患のコントロール状況では、医療機関へ受診しても解決できない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があるが、相良村においても治療中で受診勧奨レベルとなるコントロール不良者が糖尿病において特に多く、その中でも新規受診者割合が高い。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の併用が必要である疾患であり、個々人の生活にあった栄養指導の重要性を示す。

また、血圧、LDL については薬物治療によりコントロールが良好となるケースも多く、医療受診が必要な者に対して適切な医療機関受診勧奨を行い、治療中断がないよう継続した支援を行う必要がある。

さらに、治療なしの者で新規受診者の中には受診勧奨レベルまで悪化しているケースも多い。これは生活習慣病が自覚症状のないまま進行するためであり、まずは健診受診の機会を提供、健診の継続受診を勧奨、状態に応じた保健指導を実施する。このことにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

【図表 18】継続受診者と新規受診者の比較 (H27・H28)

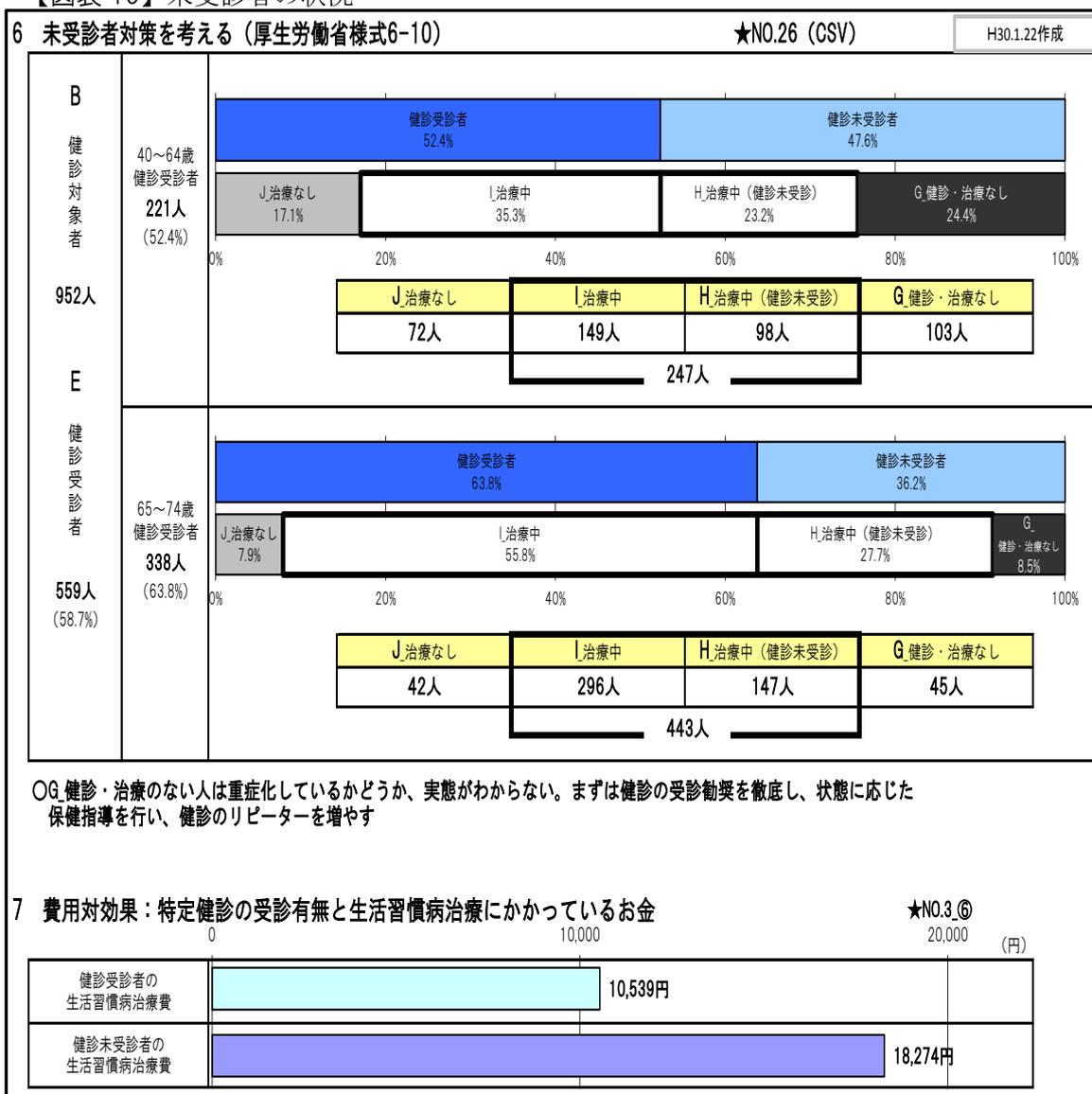


③ 2 経年比較ツール 2016.5

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24.4%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】 未受診者の状況



3. 目標の設定

1) 成果目標【図表 20】

(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、脳血管疾患（高額な医療費や 6 か月以上の長期入院となる疾患）・糖尿病性腎症（人工透析となる疾患）及び虚血性心疾患（介護認定者の有病状況の多い疾患）を減らしていく必要がある。H35 年度には H30 年度と比較して、3 つの疾患を中心に総医療費に占める割合を減少させることを目標とする。

(2) 短期的な目標の設定

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の血管変化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、血糖、血圧、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糖尿病とメタボリックシンドロームがあげられる。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、【図表 20】に示す。また特定健診・特定保健指導については、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。

【図表 20】 データヘルス計画目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値		中間評価値					最終評価値	現状値の把握方法	
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35		
特定健診等計画		医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率 60%以上	58.8%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	65.0%	65.0%	65.0%	特定健診・特定保健指導結果【TKCAM02】	
			特定保健指導実施率 60%以上	55.8%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%		
			特定保健指導対象者の減少率 25%	25.0%	25.0%	25.0%	27.0%	27.0%	27.0%	27.0%	28.0%		
中長期	(相良村の健康課題)	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合 1.4%以下	1.53%			1.50%				1.40%	KDBシステム 【健診・医療・介護データから見る地域の健康課題】	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合 0.5%以下	0.64%			0.60%				0.50%		
			慢性腎不全(透析あり)の総医療費に占める割合 3.7%以下	3.73%			3.70%				3.70%		
データヘルス計画	・HbA1c5.6以上の割合が男女ともに70%以上で県・国と比較して高い。 ・高額医療費、長期入院では脳血管疾患の割合が増加している。	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に、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	メタボリックシンドローム該当者の割合 18%	20.8%	20.0%	20.0%	19.0%	19.0%	19.0%	19.0%	18.0%	特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)	
			メタボリックシンドローム予備群の割合8%	10.7%	10.0%	10.0%	9.0%	9.0%	9.0%	9.0%	8.0%		
			健診受診者の高血圧の割合 (160/100以上) 1.8%	2.5%			2.0%					1.8%	あなみツール 【資料B】
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL180以上) 2.0%	2.6%			2.3%					2.0%	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少 (TG300以上) 2.0%	2.1%			2.0%					2.0%	
			健診受診者の糖尿病有病者の割合減少 (HbA1c6.5以上・治療中7.0以上) 6.0%	6.7%			6.5%					6.0%	
			糖尿病の未治療者の割合減少 3.0%	3.7%			3.5%					3.0%	
重症化予防対象者への保健指導実施割合の増加	80.0%			90.0%					92.0%				
短期	・がんによる死亡率40.0%、総医療費に占める割合が15.1%とH25と比較し上昇	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 25%以上	21.5%			23.0%				25.0%	地域保健事業報告	
			肺がん検診 20%以上	15.4%			18.0%				20.0%		
			大腸がん検診 40%以上	37.8%			39.0%				40.0%		
			子宮頸がん検診 22%以上	19.9%			20.0%				22.0%		
			乳がん検診 25%以上	22.4%			23.0%				25.0%		
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイント制度等(検討中)											
	・数量シェアH28年度75.3%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合増加	75.3%			76.0%				77.0%	厚生労働省公表結果	

※各市町独自の設定目標があればそれぞれ追加する

※H32にH31のデータで中間評価を行う。

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。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

特定健診受診率、特定保健指導率の目標については【図表21・22】に示す通り、国の目標値を達成、維持できるようにする。

また、生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診機会の提供、状態に応じた保健指導の実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防の実施が重要である。その目標値は、第2章の【図表20】に合わせて記載する。また目標設定については、健診受診者の実態把握を行ったデータを集計ツールや評価ツールを使用して1年毎に作成、評価・目標設定していくこととする。

【図表21】特定健診実施率・特定保健指導実施率

	H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診実施率	60%	60%	60%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3. 対象者の見込み

【図表22】特定健診・特定保健指導対象者数

		H30年度	H31年度	H32年度	H33年度	H34年度	H35年度
特定健診	対象者	930人	910人	890人	870人	850人	830人
	受診者数	558人	546人	534人	565人	552人	539人
保健指導	対象者	55人	54人	53人	56人	55人	53人
	実施者数	33人	32人	32人	34人	33人	32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。

- (1) 検診車による集団健診
- (2) がんどックと同時実施による集団健診
- (3) 各医療機関による個別健診

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

- 公益社団法人熊本県医師会（8 施設）
- 社団法人人吉市医師会（20 施設）
- 独立行政法人地域医療機能推進機構人吉医療センター
- 球磨公立多良木病院企業団総合健診センター「コスモ」
- 日本赤十字社熊本健康管理センター
- 大腸肛門病センター高野病院

4) 特定健診実施項目

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

5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施する。詳細なスケジュールについては【図表 23】に記載する。

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、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、広報や回覧等による周知啓発を行う。また申込書については区長による確実な配布と回収を行う。申込み書回収後、申込みのない者に対しては、電話勧奨や訪問による受診票配布などの未受診者対策を行う。さらに国保途中加入者に対しても、加入手続きの際に必ず窓口で健診の案内を行うなど受診率の向上を図る。途中申し込みについても、可能な範囲で受け付ける。

健診スケジュールとしては、4 月から人間ドックを開始、5 月集団健診、6 月～9 月まで個別健診を実施する。

健診結果説明については、健診受診後の早い段階で管理栄養士・保健師による個別訪問を中心として実施する。優先順位については特定保健指導対象、各ガイドラインを参考に階層化を行い、重症化予防が必要な対象者を優先して実施する。情報提供者についても、生活習慣病の発症予防を視点におき実施していく。【図表 23】

【図表 23】 健診実施スケジュール

相良村		前年度 12月～	前年度 1月	前年度 2月	前年度 3月	当該年度 4月	当該年度 5月	当該年度 6月	当該年度 7月	当該年度 8月	当該年度 9月	当該年度 10月	当該年度 11月	当該年度 12月	当該年度 1月	当該年度 2月	当該年度 3月	
申し込み	申し込み書作成	申し込み書作成																
	申し込み発送	第2週 区長便にて配布																
	申し込み受付・取りまとめ	区長より保健係へ提出																
	未受診者への受診勧奨	電話 訪問 → 国保窓口での受診勧奨																
人間ドック	人間ドック受付名簿発送	実施期間は随時受付可能																
	人間ドック実施	がんドックと同日実施																
	健診結果説明																	
集団健診	受診票発送	中旬 郵送																
	集団健診実施	中旬 場所ふれあいセンター																
	健診結果説明																	
各種健診	受診票発送	第4週 区長便にて配布 実施期間は随時受付可能																
	各種健診実施	人吉市・球磨郡内医療機関にて実施																
	健診結果説明																	

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者が直接実施、保健係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

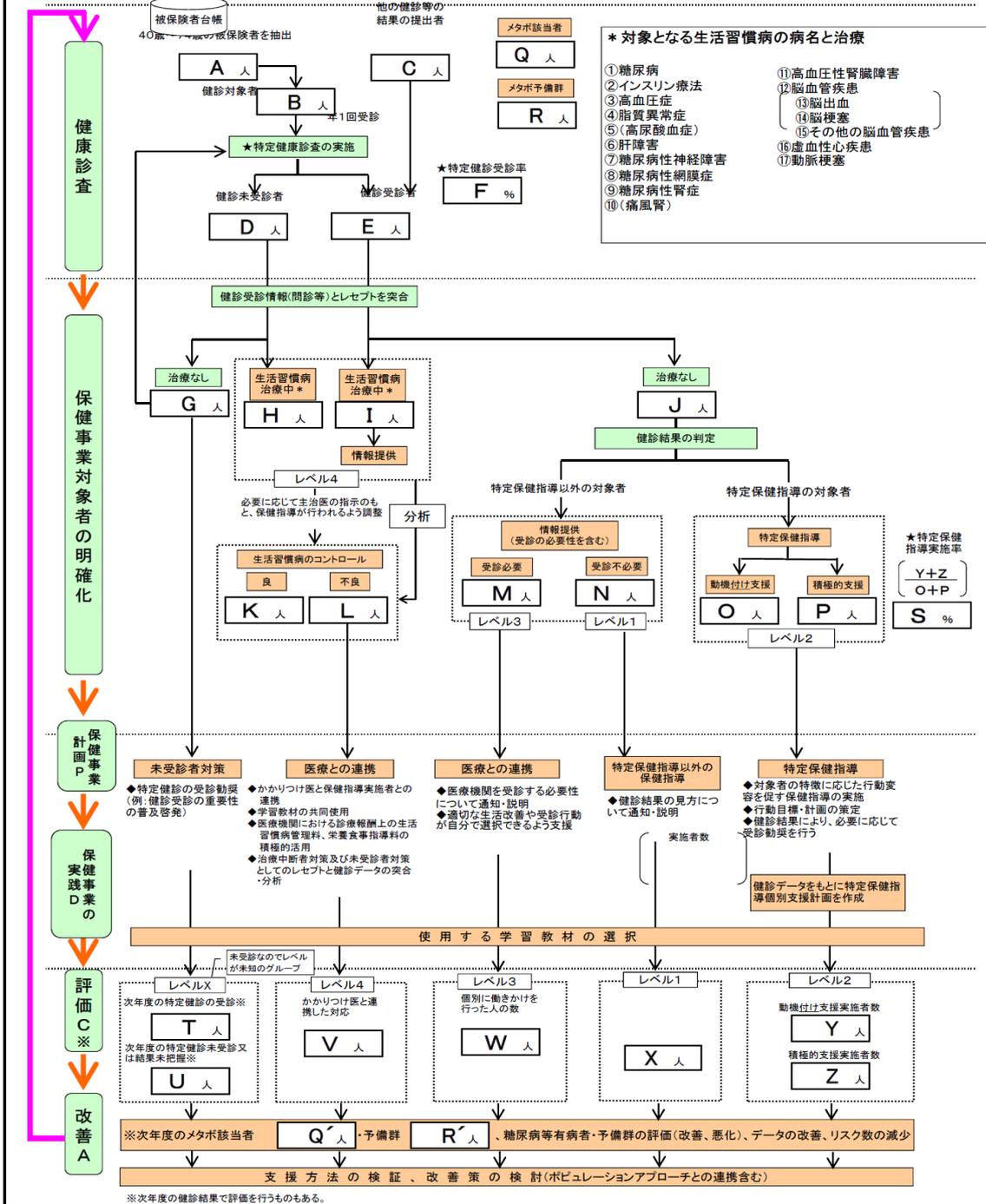
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。【図表 24】

【図表 24】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導

様式5-5

健診から保健指導実施へのフローチャート



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 25】

【図表 25】

優先順位	様式	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	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施	55人	60%

		P：積極的支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	(10.0)	
2	M	情報提供 (受診必要)	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	78人 (14.0)	HbA1c6.5 以上については 100%
3	D	健診未受診者	<ul style="list-style-type: none"> ◆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） 	372人 ※受診率目標達成までに あと10人	95%
4	N	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果の見方について通知・説明 	110人 (20.0)	90%
5	I	情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆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 	340人 (60.0)	90%

3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理と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 26】

【図表 26】

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、相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

のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

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

ポピュレーションアプローチの取組としては、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住民へ周知する。

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

【図表 27】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取り組みの流れ】

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・広域など)	○				□
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	P 対象者選定基準検討		○			□
9	計画 基準に基づく該当者数試算		○			□
10	画 介入方法の検討		○			□
11	・ 予算・人員配置の確認	○				□
12	準備 実施方法の決定		○			□
13	画 計画書作成		○			□
14	・ 募集方法の決定		○			□
15	準備 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	受診 記録、実施件数把握			○		□
22	勧奨 かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	薬 レセプトにて受診状況把握				○	□
24	募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	保 介入開始(初回面接)		○			□
27	健 継続的支援		○			□
28	指 カンファレンス、安全管理		○			□
29	導 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	評 6か月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	価 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	報 医師会等への事業報告	○				□
35	告 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	改 マニュアル修正		○			□
38	善 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 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。【図表 28】

【図表 28】

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。相良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 29】

相良村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者はF:18 人(29.5%・F/E)であった。また40～74歳における糖尿病治療者H:268人中のうち、特定健診受診者がG:161人(37.9%・G/E)であったが、キ:49人(30.4%・キ/G)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者I:107人(39.9%・I/H)のうち、過去に1度でも特定健診受診歴がある者イ:35人中オ:11人は治療中断であることが分かった。また、カ:24人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

【図表 28】より相良村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)・・・60人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応

優先順位2

【保健指導】

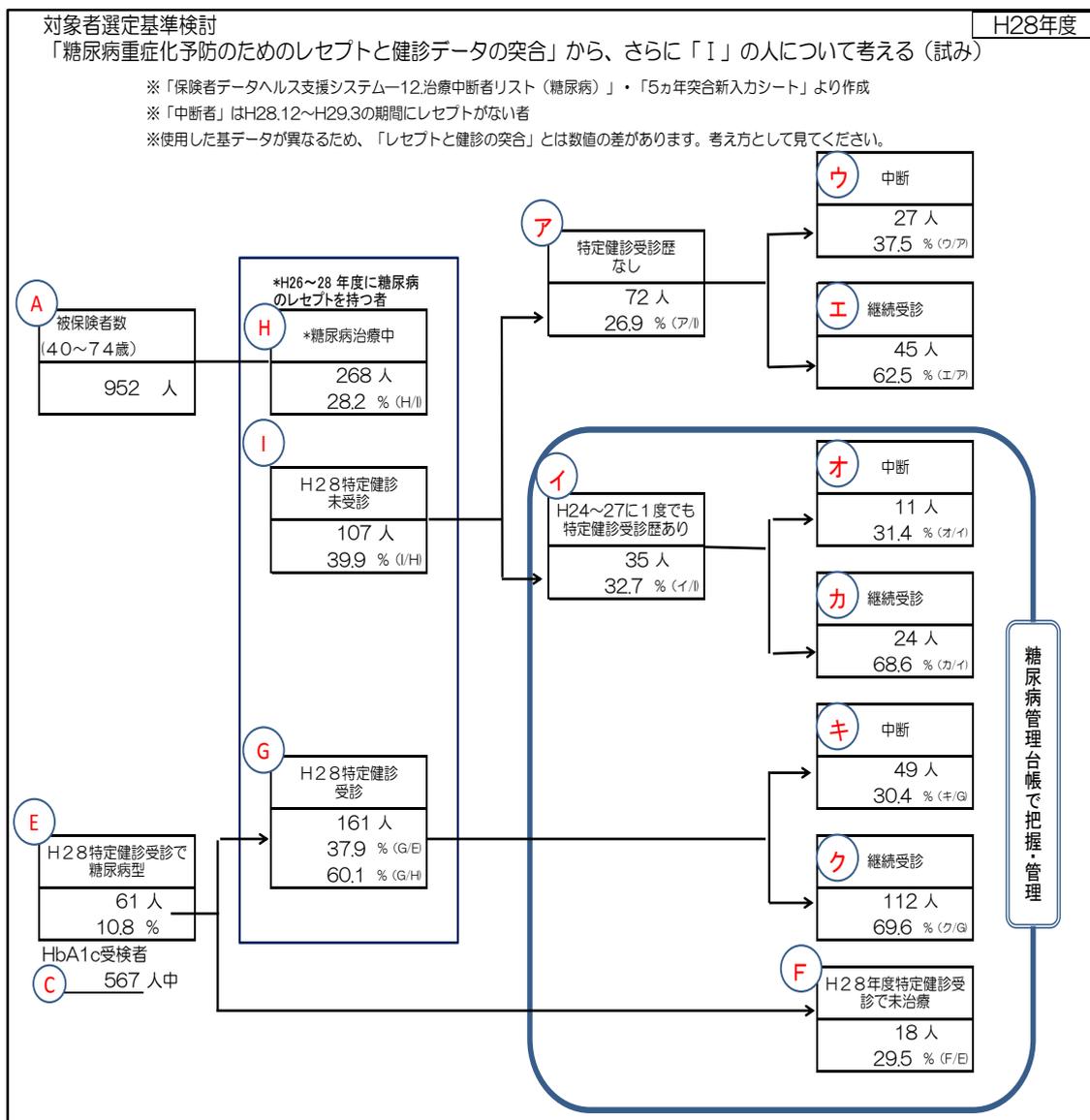
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・112人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

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)・・・24人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等で対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 29】



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・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。相良村においては、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し行っていく。【図表 30】

【図表 30】

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> <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ずみ方 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・腎機能の評価</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) 二次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性（±）へは二次健診等での尿アルブミン検査の実施を検討し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門（福祉係）との連携

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

7) 評価

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

また、中長期的評価においては様式 6-1 糖尿病性腎症取組評価表【参考資料 5】を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- ア. 受診勧奨対象者への介入率
- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- ア. 保健指導実施率
- イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化（1 年で 25%以上の低下、1 年で 5 ml/1.73 m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 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 31、32】

【脳卒中の分類】

【図表 31】

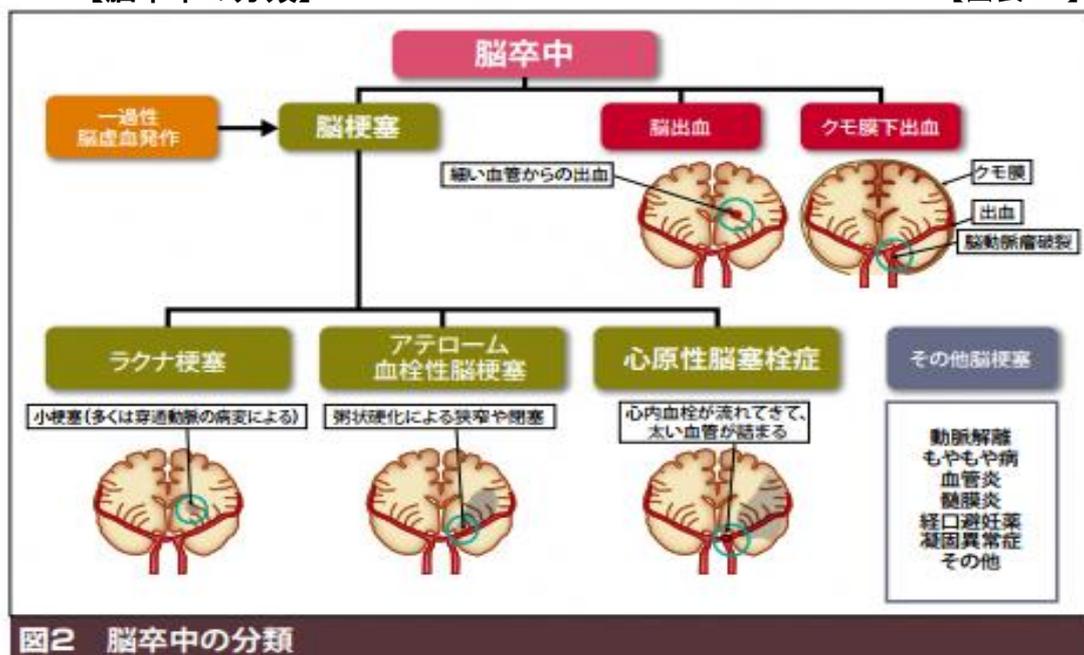


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 32】

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 33】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14人(2.5%)であり、8人は未治療者であった。また未治療者のうち3人(37.5%)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6人(2.4%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

【図表 33】

特定健診受診者における重症化予防対象者														H30.1.22作成	
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BMDMB)		心房細動		メボリックシンド 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 570人		14人	2.5%	38人	6.7%	15人	2.6%	12人	2.1%	117人	20.5%	2人	0.4%	20人	3.5%
治療なし		8人	2.5%	18人	3.7%	14人	3.2%	4人	1.6%	16人	6.3%	0人	0.0%	2人	0.8%
治療あり		6人	2.4%	20人	24.1%	1人	0.7%	8人	2.5%	101人	31.9%	2人	0.6%	18人	5.7%
臓器障害あり		3人	37.5%	6人	33.3%	3人	0.7%	4人	100.0%	3人	18.8%	0人	—	2人	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0人		2人		0人		0人		0人		0人		2人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1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		2人		0人		0人		0人		0人		2人	
	心電図所見あり	3人		6人		3人		4人		3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。

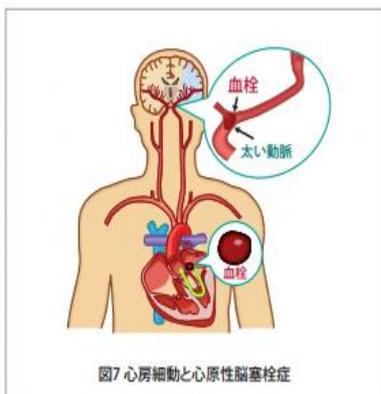
【図表 34】が血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

【図表 34】

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）		H30.1.22作成								
		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			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	316	114 36.1%	89 28.2%	61 19.3%	44 13.9%	8 2.5%	0 0.0%	低リスク群 3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療 3 0.9%	中リスク群 1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療 23 7.3%	高リスク群 ただちに降圧薬治療 26 8.2%
	リスク第1層	41 13.0%	21 18.4%	7 7.9%	8 13.1%	3 6.8%	2 25.0%	0 --	3 100%	2 8.7%
リスク第2層	169 53.5%	63 55.3%	54 60.7%	28 45.9%	21 47.7%	3 37.5%	0 --	--	21 91.3%	3 11.5%
リスク第3層	106 33.5%	30 26.3%	28 31.5%	25 41.0%	20 45.5%	3 37.5%	0 --	--	--	23 88.5%
再掲 重複あり	糖尿病	36 34.0%	10 33.3%	9 32.1%	11 44.0%	6 30.0%	0 0.0%	0 --		
	慢性腎臓病 (CKD)	48 45.3%	16 53.3%	14 50.0%	9 36.0%	8 40.0%	1 33.3%	0 --		
	3個以上の危険因子	46 43.4%	11 36.7%	14 50.0%	11 44.0%	8 40.0%	2 66.7%	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 35】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 35】

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	241	234	8	3.3%	4	1.7%	—	—
40歳代	22	10	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	39	34	1	2.6%	0	0.0%	0.8	0.1
60歳代	114	130	5	4.4%	0	0.0%	1.9	0.4
70～74歳	66	60	2	3.0%	4	6.7%	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 36】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
12	2.5%	2	16.7%	10	83.3%

相良村では心電図検査において 12 人が心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 60 代男性、70 代女性においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。また 12 人のうち 10 人は既に治療が開始されていたが、2 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った。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。【図表 36】

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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二次健診において、これらの検査実施を検討していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

【参考資料 6】

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 7】

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(福祉係)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

【図表 20】データヘルス計画目標管理一覧表にて評価していくが、年度中に評価が可能な【参考資料 10】による重症化予防対象者の減少等も確認し、次年度の計画立案に反映していく。

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)

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 8】

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 9】

(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。相良村において健診受診者 570 人のうち心電図検査実施者は 475 人(69.4%)であり、そのうち ST 所見があったのは 14 人であった【図表 37】。ST 所見あり 14 人中いたが、要精査には該当しなかったため、その後の医療機関受診はなかった【図表 38】。しかし、このような医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行い、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。

相良村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が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 37】

	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	(b/a)	人	(c/b)	人	(d/b)	人	(e/b)
		平成28年度	570	475 83.3%	14	2.9%	170	35.8%	291

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 38】

	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)(%)
	平成28年度	14	2.9%	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 以上もしくは拡張期血圧 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 39】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 39】

平成28年度	心電図検査 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		
	570	14 2.5%	170 29.8%	291 51.1%	95 16.7%	
メタボ該当者	117 20.5%	3 2.6%	40 34.2%	57 48.7%	17 14.5%	
メタボ予備群	62 10.9%	3 4.8%	11 17.7%	33 53.2%	13 21.0%	
メタボなし	393 68.9%	8 2.0%	119 30.3%	201 51.1%	65 16.5%	
LDL	140-159	56 14.2%	2 3.6%	17 30.4%	28 50.0%	9 16.1%
	160-179	26 6.6%	1 3.8%	13 50.0%	10 38.5%	2 7.7%
	180-	9 2.3%	0 0.0%	2 22.2%	5 55.6%	2 22.2%
【参考】						
Non-HDL	190-	30 5.3%	6 20.0%	9 30.0%	20 66.7%	0 0.0%
	170-189	30 5.3%	15 50.0%	9 30.0%	20 66.7%	0 0.0%
CKD	G3aA1~	99 17.4%	1 1.0%	33 33.3%	44 44.4%	6 6.1%

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 40】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。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 40】

<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 9】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二次健診において、これらの検査を実施していくことを検討する。

(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(福祉係)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

【図表 20】データヘルス計画目標管理一覧表にて評価していくが、年度中に評価が可能な【参考資料 10】による重症化予防対象者の減少等も確認し、次年度の計画立案に反映していく。

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

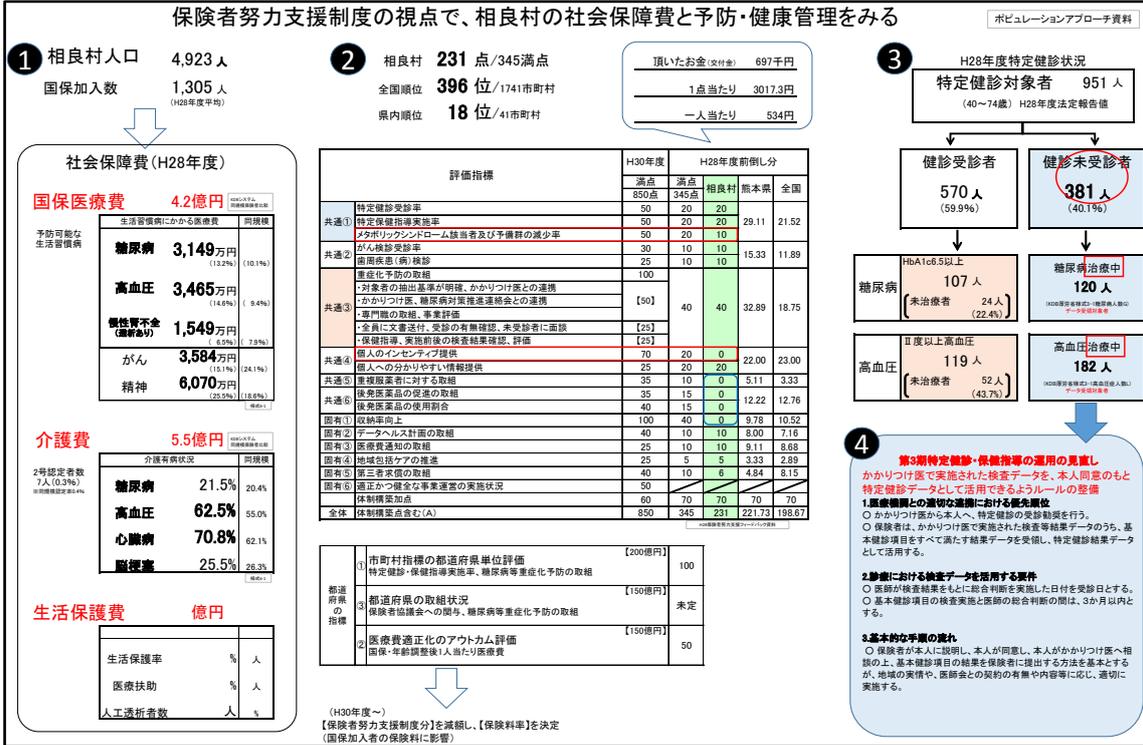
5 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

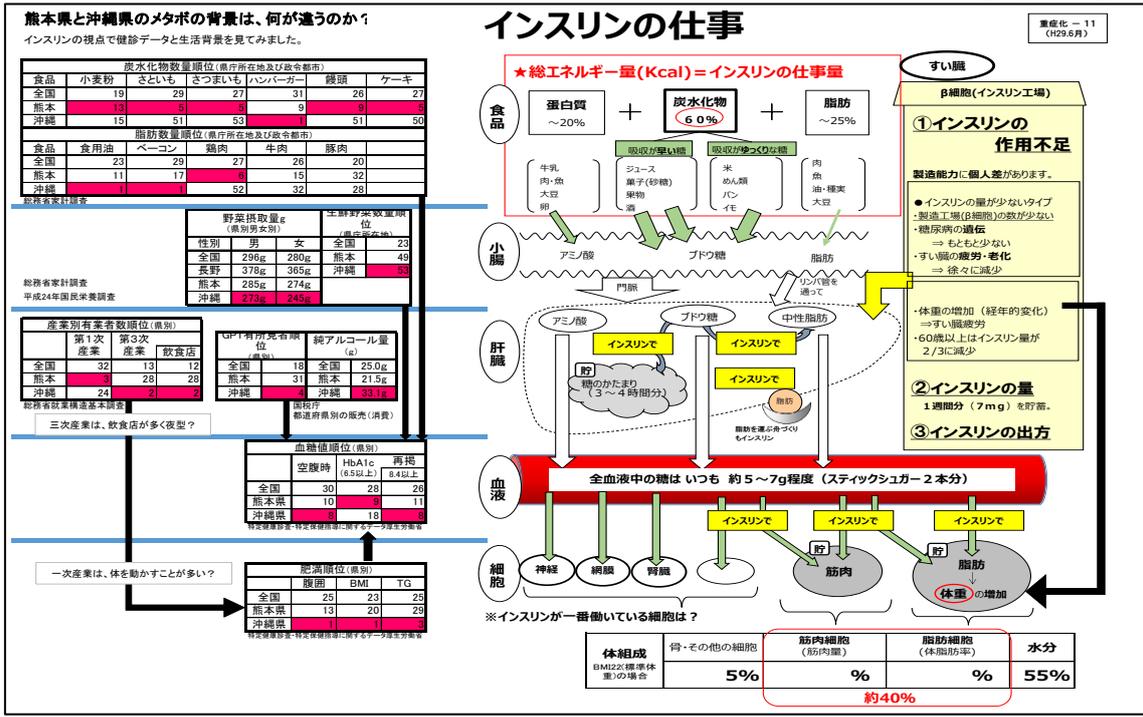
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く住民へ周知していく。【図表 41・42】

【図表 41】



評価指標	H30年度		H28年度前例値		相良村	熊本県	全国
	満点	850点	満点	345点			
共通1 特定健診受診率	50	20	20	20	29.11	21.52	21.52
共通2 がん検診受診率	30	10	10	10	15.33	11.89	11.89
共通3 重症化予防の取組	100	40	40	40	32.89	18.75	18.75
共通4 個人のニーズ提供	70	20	20	20	22.00	23.00	23.00
共通5 重複服薬者に対する取組	35	10	0	0	5.11	3.33	3.33
共通6 後発医薬品の受診の取組	35	15	0	0	12.22	12.76	12.76
共通7 後発医薬品の使用割合	40	15	0	0	9.78	10.52	10.52
国策1 受診率向上	100	40	0	0	8.00	7.16	7.16
国策2 予防ヘルス計画の取組	40	10	0	0	4.84	8.13	8.13
国策3 医療費通知の取組	25	10	10	10	9.11	8.68	8.68
国策4 地域包括ケアの推進	25	5	5	5	3.33	2.89	2.89
国策5 予防事業の取組	40	10	0	0	4.84	8.13	8.13
国策6 適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	20	20	20	12.22	12.76	12.76
国策7 体制構築要案点	60	70	70	70	70	70	70
全体	850	345	231	221.73	198.67	198.67	198.67

【図表 42】



第5章 地域包括ケアに係る取組

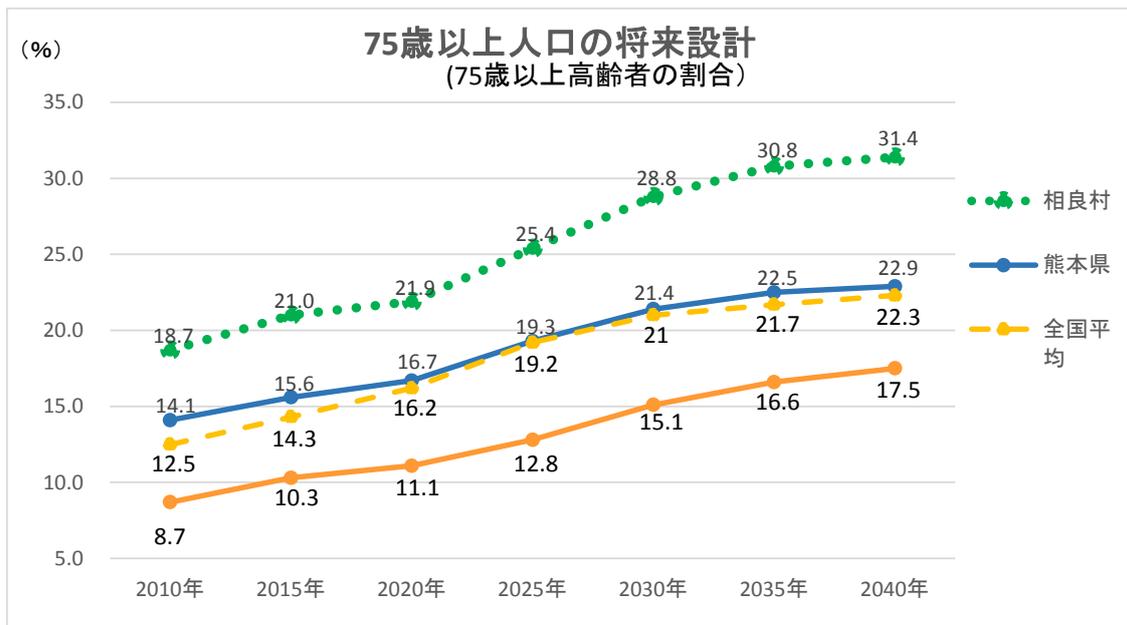
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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が、相良村においても介護認定を受けている者の 86.3%が糖尿病等を含む血管疾患であり、特に脳卒中によるものは4割を超えている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、住民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

相良村は、75歳以上人口の将来推計は31.4%と全国の中でも高くなると推計されている。【図表 43】

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 43】



※国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」

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。健診結果に基づく保健指導など予防活動を実践しながら、毎月行われている相良村地域ケア会議等へも出席し高齢者や要介護者の現状や背景など情報共有を図り連携を深めていく必要がある。【参考資料 11】

相良村地域ケア会議メンバー

行政	委員長（保健福祉課長）	老人福祉担当（福祉係長）
	介護保険担当者（福祉係）	後期高齢者医療担当者（国保係）
	保健予防担当者（保健係）	保健師（保健係・母子担当）
	保健師（保健係・成人担当）	
関係団体	民生委員協議会（会長）	社会福祉協議会（事務局長）
	医療機関（村内医療機関医師）	老人福祉施設（施設職員）
	居宅介護支援事業所（居宅介護支援事業所管理者）	
	地域包括支援センター（保健師）	
	地域包括支援センター（認知症地域支援推進員）	
	地域包括支援センター（生活支援コーディネーター）	

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。具体的には【参考資料12】等の評価シートを活用する。

※評価における4つの指標

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

評価方法については、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。その内容は国保担当者と保健師等で適宜情報共有を行い、分析・評価を行う。さらに、評価した内容については、国保運営協議会等を活用し体制整備や予算確保について検討、次年度計画へつなげていく。

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。

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る。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相良村の位置
- 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 血圧評価表
- 参考資料 7 心房細動管理台帳
- 参考資料 8 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 9 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 10 脳・心・腎を守るために
-重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-
- 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 評価シート（評価イメージ）

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた相良村の位置（H25・28比較）

H30.1.22作成

項目	H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)				
	相良村		相良村		県		同規模平均			国			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	4,923		4,923		1,794,477		712,964		124,852,975		KDB.No.5 人口の状況 KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		65歳以上（高齢化率）	1,627	33.0	1,627	33.0	462,261	25.8	250,396	35.1	29,020,766	23.2	
		75歳以上	920	18.7	920	18.7	253,517	14.1			13,989,864	11.2	
		65～74歳	707	14.4	707	14.4	208,744	11.6			15,030,902	12.0	
		40～64歳	1,705	34.6	1,705	34.6	602,031	33.5			42,411,922	34.0	
	39歳以下	1,591	32.3	1,591	32.3	730,185	40.7			53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	25.0		25.0		10.5		22.7		4.2		KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		第2次産業	22.4		22.4		21.2		21.7		25.2		
		第3次産業	52.6		52.6		68.4		55.6		70.6		
	③ 平均寿命	男性	80.3		80.3		80.3		79.4		79.6		KDB.No.1 地域全体像の把握
女性		86.9		86.9		87.0		86.5		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.4		65.3		65.3		65.1		65.2			
	女性	66.9		66.9		66.7		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	94.5		96.7		94.7		102.6		100		KDB.No.1 地域全体像の把握
		がん	19	38.8	18	40.0	5,499	48.4	2,874	44.3	367,905	49.6	
		心臓病	11	22.4	9	20.0	3,135	27.6	1,917	29.6	196,768	26.5	
		脳疾患	16	32.7	16	35.6	1,774	15.6	1,158	17.9	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	183	1.6	115	1.8	13,658	1.8	
		腎不全	2	4.1	2	4.4	449	3.9	231	3.6	24,763	3.3	
	自殺	1	2.0	0	0.0	332	2.9	187	2.9	24,294	3.3		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満) H24・27	合計	10	11.6	2	2.6	1967	9.5			142,481	11.0	厚生省HP 人口動態調査
		男性	7	15.2	2	6.1	1303	12.8			95,219	14.3	
		女性	3	6.7	0	0	664	6.3			47,262	7.6	
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）	287	18.1	313	19.1	108,753	23.3	49,932	20.0	5,882,340	21.2	KDB.No.1 地域全体像の把握
		新規認定者	7	0.3	3	0.3	1,536	0.3	781	0.3	105,654	0.3	
	2号認定者	6	0.4	7	0.3	2,247	0.4	856	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病	54	18.1	69	21.5	24,059	21.2	10,568	20.4	1,343,240	21.9	
		高血圧症	162	49.1	199	62.5	64,201	57.3	28,302	55.0	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	52	16.4	71	21.1	32,849	29.1	14,020	27.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	189	57.8	227	70.8	72,675	64.9	31,852	62.1	3,511,354	57.5	
		脳疾患	71	21.9	85	25.5	27,774	25.2	13,312	26.3	1,530,506	25.3	
		がん	16	6.3	18	4.8	12,180	10.7	4,845	9.3	629,053	10.1	
		筋・骨格	163	50.0	193	60.4	65,671	58.5	28,251	55.0	3,051,816	49.9	
精神	86	28.2	122	37.7	42,763	38.0	19,059	36.9	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費（全体）	94,719		80,734		61,022		73,702		58,349			
	居宅サービス	47,998		44,429		40,033		39,646		39,683			
	施設サービス	283,496		283,218		291,281		273,946		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費（40歳以上）	認定あり	7,801	認定あり	7,582	8,532	8,522	7,980	3,822	3,822			
	認定なし	3,378	3,428	3,919	4,226								
4	① 国保の状況	被保険者数	1,497		1,275		471,487		198,796		32,587,223		KDB.No.1 地域全体像の把握 KDB.No.5 被保険者の状況
		65～74歳	536	35.8	559	43.8	182,316	38.7			12,462,053	38.2	
		40～64歳	628	42.0	472	37.0	162,771	34.5			10,946,693	33.6	
		39歳以下	333	22.2	244	19.1	126,400	26.8			9,178,477	28.2	
	加入率	30.4		25.9		26.3		28.1		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	214	0.5	47	0.2	8,255	0.3	
		診療所数	3	2.0	3	2.4	1,471	3.1	621	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	35,190	74.6	3,963	19.9	1,524,378	46.8	
		医師数	3	2.0	2	1.6	5,156	10.9	541	2.7	299,792	9.2	
		外来患者数	725.2		813.5		727.4		652.4		668.3		
入院患者数	23.3		24.2		25.6		23.7		18.2				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費	23,955	県内25位	26,507	県内32位 同規模131位	27,978	26,819	24,253					
	受診率	748,558		837,693		752,943		676,093		686,501			
	外来 費用の割合	59.0		61.4		55.7		55.3		60.1			
	件数の割合	96.9		97.1		96.6		96.5		97.4			
	入院 費用の割合	41.0		38.6		44.3		44.7		39.9			
	件数の割合	3.1		2.9		3.4		3.5		2.6			
1件あたり在院日数	17.4日		18.7日		18.0日		16.3日		15.6日				
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病 名（調期含む）	新生物	11.5		15.1		20.5		24.1		25.6		KDB.No.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
	慢性腎不全（透析あり）	6.1		6.5		12.4		7.9		9.7			
	糖尿病	14.1		13.2		9.6		10.1		9.7			
	高血圧症	20.8		14.6		8.4		9.4		8.6			
	精神	23.6		25.5		22.4		18.6		16.9			
筋・骨疾患	15.9		14.1		15.1		16.4		15.2				

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳

【対象者抽出基準】

(HbA1c7.0以上)

過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c7.0以上に該当した者

※糖尿病疑義は問診結果による
 ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す
 ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	記号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢	項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H28未受診	備考(移動情報)	H28未治療者	備考(しせ情報)	HbA1c悪化	H28戻らんばく								
1	中四清1	H26		相良	YY		男	68	糖						0		転入一国(H15~)		(O医院)										
									HbA1c	6.1	6.2	7.4	6.5	6.7															
									重症度分類	G2A1	G1A1	G2A1	G2A1	G2A1															
									GFR	86.9	97.1	81	84.4	76.9															
									尿蛋白	-	-	-	-	-															
2	中四清1	H28		相良	TM		男	60	糖								転入一国(H19~)		(O医院)										
									HbA1c	5.9	5.7	5.7	6.1	6.5															
									重症度分類	G2A2	G2A3	G2A1	G2A2	G2A2															
									GFR	70.3	73.6	72.3	80.1	85.8															
									尿蛋白	+	++	±	+	+															
3	初神1	H24		相良	TY		男	70	糖								社一国(H21~)		(H医院)										
									HbA1c	7	7.4	7.4	7.2	7.2															
									重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1															
									GFR	65.4	65.1	64.9	61.6	64.3															
									尿蛋白	-	-	-	-	-															
4	初神3	H25		相良	OT		男	53	糖								社一国一社一国一社(H29~)		(Iクリニック)										
									HbA1c		7.7	7.4	8.2	7.4															
									重症度分類		G2A1	G2A1	G2A1	G2A1															
									GFR		62.4	60.8	60.4	71.4															
									尿蛋白		-	-	-	-															
5	下四清1	H24		相良	TK		男	67	糖								社一国(H21~)		(T公立病院)										
									HbA1c	11.1	5.9	5.8	6.1	6.6															
									重症度分類	G1A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1															
									GFR	96.3	79.4	76.8	70.5	73.1															
									尿蛋白	-	-	-	-	±															
6	下四清2	H24		相良	MS		女	73	糖								社一国(H16~)												
									HbA1c	7.6	6.8	7.4	7.3	6.4															
									重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1															
									GFR	62.8	72.7	66.5	69.6	71.9															
									尿蛋白	-	-	-	-	-															
7	下四清2	H24		相良	KM		男	77	糖								社一国一後(H27~)												
									HbA1c	7	7	7.1																	
									重症度分類	G2A3	G2A2	G2A1																	
									GFR	60.6	66.5	64.6																	
									尿蛋白	++	+	±																	

【参考資料 4】

糖尿病台帳からの年次計画 H28年度

対象者の把握	担当地区が実施すること	他の専門職との関係												
<p>糖尿病管理台帳の全数(A+B) 66人</p> <p>A 健診未受診者 23人</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>7人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>11人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>4人</td> </tr> <tr> <td>④住基移動(死亡・転出)</td> <td>1人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>0人</td> </tr> </table> <p>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</p> <p>B 結果把握 43人</p> <p>①HbA1cが悪化している 23人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している 14人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある</p> <p>②蛋白尿 (-) 30人 (±) 6人 (+)~顕性腎症 7人</p> <p>③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 0人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 9人</p>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	7人	②後期高齢者	11人	③他保険	4人	④住基移動(死亡・転出)	1人	⑤確認できず	0人	<p>1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因</p> <p>2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患の手術 ●人工透析 ●がん </div> <p>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</p> <p>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</p>	<p>後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプト確認協力</p> <p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p> <p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>
結果把握(内訳)														
①国保(生保)	7人													
②後期高齢者	11人													
③他保険	4人													
④住基移動(死亡・転出)	1人													
⑤確認できず	0人													

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 相良村													
	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	被保険者数 (再掲)40才~74才	1323	人		人		人		人		KDB厚生労働省様式様式3-2	
	② 特定健診	健診対象者数	951	人		人		人		人	B C 保健指導支援ツール「血糖異常者に対するためのレセプトと健診データの活用」		
	③	健診受診者数	570	人		人		人		人			
		健診受診率	59.9	%		%		%		%			
3	① 特定保健指導	保健指導対象者数	52	人		人		人		人		H28年度特定健康診査・特定保健指導実施状況	
	②	実施率	55.8	%		%		%		%			
4	① 健診データ	糖尿病型	107	人	18.8	%		人		%		E F G J あなみツール②_2 集計ツール2017.7 (DM腎症(レセ×健診)) K M	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	24	人	22.4	%		人		%			
	③	治療中(質問票 服薬有)	83	人	77.6	%		人		%			
	④	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	28	人	33.7	%		人		%			
	⑤	血圧 130/80以上	10	人	35.7	%		人		%			
	⑥	肥満 BMI25.0以上	15	人	53.6	%		人		%			
	⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	55	人	66.3	%		人		%			
	⑧	糖尿病病期分類											
	⑨	尿蛋白	(-) 第1期	86	人	80.4	%		人		%		
	⑩		(±) 第2期	12	人	11.2	%		人		%		
	⑪	(+)以上 第3期	9	人	8.4	%		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	15.3	%		人		%		あなみツール②_2 集計ツール2017.7 (DM腎症(レセ×健診)) N O P Q R S T U V W X Y Z	
	②	(再掲)40才~74才	201	人	99.5	%		人		%			
	③	健診未受診者	118	人	58.7	%		人		%			
	④	糖尿病性腎症	9	人	4.5	%		人		%			
	⑤	(再掲)40才~74才	9	人	100.0	%		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)	4	人	1.7	%				%			
	⑨	新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症	人		%		人		%				
6	①	医療費	総医療費	a	4.2	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	1.1	億円		億円		億円			
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	25.78	%		%		%			
	④		生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	10,539	円		円		円			
	⑤		健診未受診者	18,274	円		円		円				
	⑥		糖尿病医療費	c	3,149	万円		万円		万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	7.58	%		%		%			
	⑧		入院外	人		%		人		%			
	⑨		入院	人		%		人		%			
	⑩		糖尿病入院外総医療費	7,023	万円		万円		万円		万円		
	⑪		1件当たり	26,168	円		円		円		円		
	⑫		糖尿病入院総医療費	3,036	万円		万円		万円		万円		
	⑬		1件当たり	349,014	円		円		円		円		
	⑭		在院日数	16	日		日		日		日		
	⑮		慢性腎不全医療費										
	透析有り	1,549	万円		万円		万円		万円				
	透析なし	280	万円		万円		万円		万円				
7	①	介護	介護給付費	5.8	億円		億円		億円		KDB市町村別データ 要介護(支援)有実態状況CSV		
	②	(再掲)認定者の有る割合											
	③	糖尿病	21.5	%		%		%		%			
	糖尿病合併症	1.8	%		%		%		%				
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	45	人		人		人		KDB地域の全体像の把握CSV		
	糖尿病	0	人	0%		人		人					

血圧評価表 (H24~H28)

個人 番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	番号	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												
1	相良		女	56	該当者	5.7	161	64.7	+++	3.7	○	132	82	○	140	92	○	150	100	○	150	92	○	142	94	
2	相良		男	58	なし	5.2	81	67.1	±	6.1		168	80		142	80		176	100	○	126	80	○	122	70	
3	相良		男	70	なし	5.2	149	73.2	-	5.4														177	102	
4	相良		女	56	なし	5.4	117	84.4	-	4.7		180	96	○	152	83	○	139	80							
5	相良		男	61	予備群	5.3	74	73.1	-	5.2	○	147	89	○	163	97	○	159	94	○	157	92	○	132	78	
6	相良		男	67	予備群	6.6	135	71.8	-	8.4	○	170	92	○	160	89	○	176	100							
7	相良		女	68	なし	5.8	149	83.8	-	3.3		147	75		138	65		163	83		156	73		146	84	
8	相良		男	73	なし	6.1	97	69.4	-	5.9	○	128	75	○	140	91		153	83	○	149	82	○	167	89	
9	相良		女	64	なし	5.4	119	74.6	-	5.8							139	76						163	89	
10	相良		女	70	予備群	5.8	115	60.7	-	5.8	○	145	81	○	167	91	○	139	77	○	134	77	○	156	80	

心房細動管理台帳

個人 番号	登録年度 番号	基本情報				治療の状況			随検量の有無		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	随検開始日	随検量 病名	随検量 診察日	H26年度				H27年度				H28年度						
												随診 日	心電図 判定	治療 状況	内服薬 備考	随診 日	心電図 判定	治療 状況	内服薬 備考	随診 日	心電図 判定	治療 状況	内服薬 備考			
																								随診 日	心電図 判定	治療 状況

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

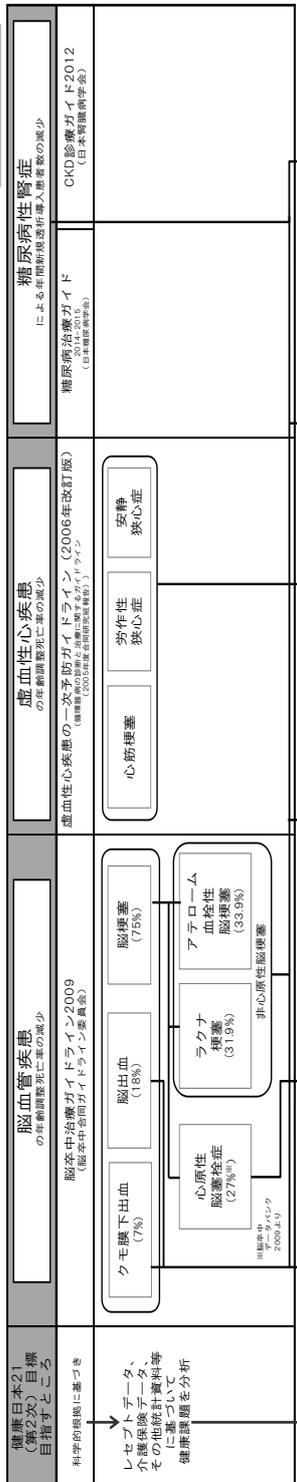
【参考資料 9】

健診結果、問診	リスク状況			対象者			
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者			
② 問診	自覚症状なし		症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
	<input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧						
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういった経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。			⑥ 発症予防対象者			
	判定	正常	軽度		重度	追加評価項目	
□メタボリックシンドローム	□腹囲		男 85～ 女 90～				
	□BMI	～24.9	25～				
	□中性脂肪	空腹	～149			150～299	300～
		食後	～199			200～	
	□HDL-C	40～	35～39			～34	
	□nonHDL-C	～149	150～169			170～	
	□ALT	～30	31～50			51～	
	□γ-GT	～50	51～100			101～	
	□血糖	空腹	～99	100～125		126～	【軽度】 <input type="checkbox"/> 75g糖負荷試験 【重度】 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン/クレアチニン比
		食後	～139	140～199		200～	
□HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）			
□血圧	収縮期	～129	130～139		140～		
	拡張期	～84	85～89	90～			
□尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ □LDL-C	～119	120～139	140～	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
eGFR	60未満						
尿蛋白	(-)	(+)～					
□CKD重症度分類	G3aA1						

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の観点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする - (H28)

H30.1.22作成



優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)
科学的根拠に基づき 保健指導から 対象者の抽出	高血圧治療09 ガイドライン (日本高血圧学会)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	メタボリックシンドローム (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0以上)	蛋白尿 (2+) 以上
受診者数	14	12	15	117	38	20
対象者数	2.5%	2.1%	2.6%	20.5%	6.7%	0.4%
治療なし	8	4	14	16	18	0
(重症)特定保健指導	2	0	5	16	1	0
治療中	6	8	1	101	20	18
	2.4%	2.5%	0.7%	31.9%	24.1%	5.7%
臓器障害あり	3	4	3	3	6	2
CKD (専門医対象者)	0	0	0	0	2	0
尿蛋白 (2+) 以上	0	0	0	0	1	0
尿蛋白 (+) and 尿糖血 (+) 以上	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	0	0	0
心電図所見あり	3	4	3	3	6	0
臓器障害なし	5	--	11	13	12	--
	62.5%	--	78.6%	81.3%	66.7%	--

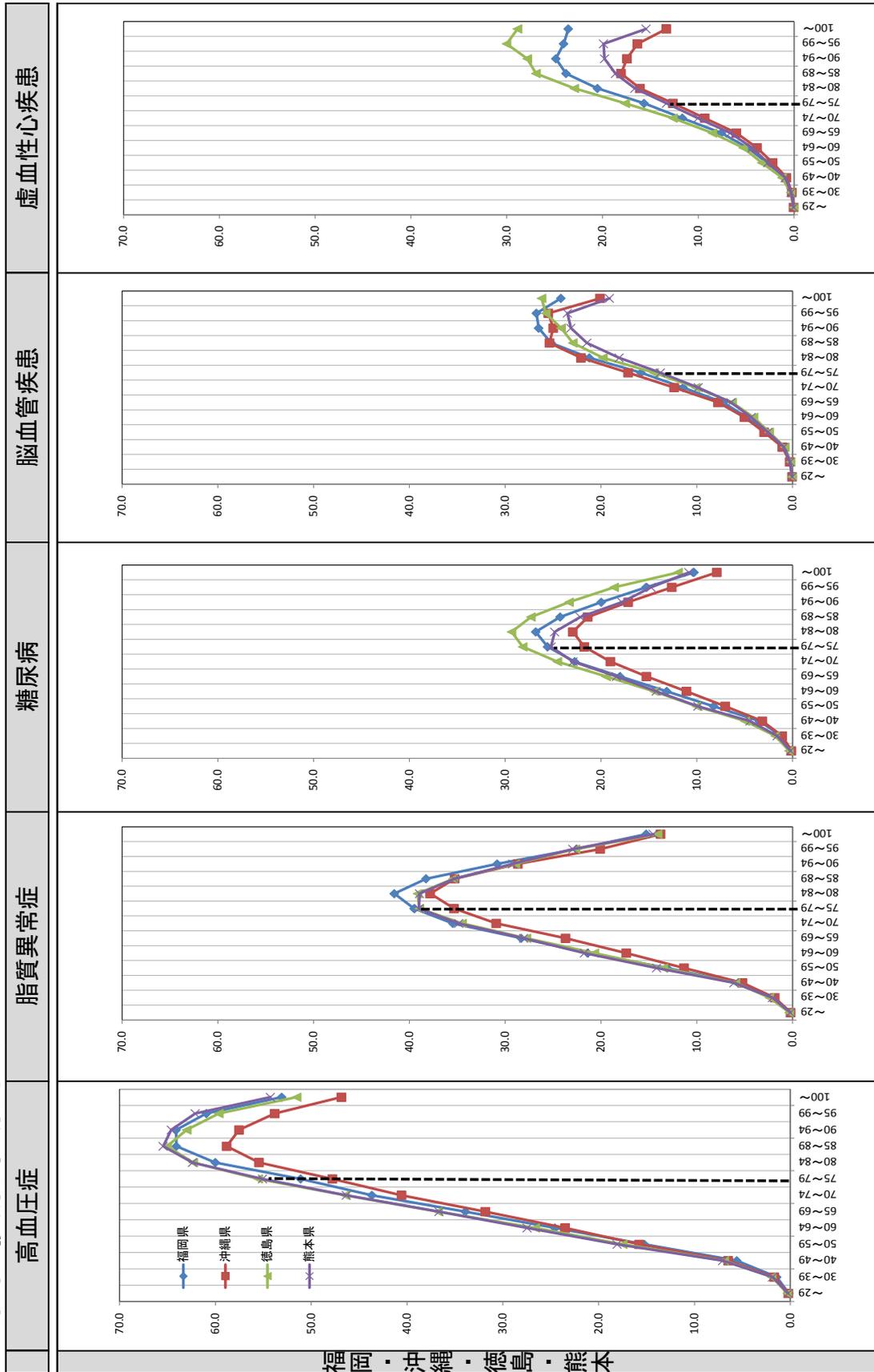
治療中

臓器障害あり	臓器障害なし
3	3
50.0%	50.0%
8	1
100.0%	100.0%
2	0
0	0
0	0
0	0
2	0
8	0
3	0
50.0%	0.0%
3	2
60.0%	66.7%
12	12
64.4%	66.7%
2	0
100.0%	0.0%
36	65
35.6%	64.4%
8	12
40.0%	60.0%
2	5
100.0%	100.0%
18	7
41.1%	--

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)

【参考資料 11】



第1期一タヘルス計画 評価シート

保険者名: 相良村

※行が足りない場合は追加して使用してください。

事業名 or 評価項目	目標	ストラクチャー	プロセス	アウトプット		アウトカム		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		
人工透析 予防 記入例	新規人工透析 入者の減少	今年度実績 (事務職、専門職の人数、 体制、関係機関等)	今年度実績 (期間、手段・方法、関係機 関との連携状況等)	計画の内容 (回数、実施人数、介入率 等)	今年度実績	計画の内容 (健康予防、受診率、入、外 受診率、医療費、新規人工 透析導入者数等)	今年度実績		
1	未受診者 ・特定保健受診 率60%以上 ・健診、治療な しの者の減少		期間: 申し込み締め切り後 ~健診開始時 対象者: 申し込みのない者 手段: ①電話による受診動 機(事務・保健師)②訪問 による受診票配布(保健 師・管理栄養士)③関係加 入手続の際、健診の案 内(事務) ※健診開始時に村内医療 機関へ説明。	回数:①電話動機/回/人 ②訪問動機/回/人 実施人数:約400人 実施人数:約400人	①電話動機者 数:142人 ②訪問動機者数(実 施率):320人(86.3%)	①特定保健受診者数(率) H25:660(60.3%) ②新規受診者数(率) H25:69人(10.1%) ③未受診者動機後受診し た者の数	①H25:559人(58.8%) ②H28:36人(6.3%) ③H28:24人(7.2%)、自 費健診・職場健診結果提 出者6人	受診率は年々減少傾向、 H28年度60%を下回つ た。新規受診者割合も同 様に減少傾向。 未受診者対策の方向性を 検討する必要がある。	
2	健診結果 ・有所見者の減 少		期間: 通年 対象者: 健診受診者全員 (重症化予防・特定保健指 導対象者を除く) 手段: 経年表・構造図等の 資料を使用。個別訪問に よる結果説明。(保健師・ 管理栄養士)	回数: 最低1回/人 実施人数: 約200人(各種 健診受診者)	①H28保健指導対象者 数:142人 ②実施者数:102人(本人 85人、家族17人) ③実施率:71.8%	各種ドック含む ①総健診受診者数(割合) H25:561人(81.0%) ②内臓脂肪症候群該当者 数(割合) H25:122人(18.5%) ③内臓脂肪症候群予備群 数(割合) H25:70人(10.6%) ④内臓脂肪症候群該当者 減少率 H25:16.8%	①484人(79.3%)【評価 ツール】受診率の推移参 照 ②116人(20.8%) ③60人(10.7%) ④16.0%	人間ドック受診者は結果説 明まで委託していたため各 種健診受診者を優先して いたが、発症予防につな がっていない事例が多 かった。	ドック受診者に対し、発症 予防の観点で結果説明 (情報提供者へも尿別の 保健指導を実施)
3	重症化予 防 ・重症化予防対 象者のうち、未 治療の者の減 少 ・重症化予防対 象者の減少		期間: 通年 対象者: HbA1c6.5以上、 II度高血圧以上、心房細 動所見、LDL180以上、 TG300以上、尿蛋白2+以 上、eGFR50未満(70歳以 上は40未満) 手段: 個別訪問を基本(保 健師・管理栄養士)、治療 中の者に対しては主治医と の連携を検討。	回数: 対象者に合わせ実 施 実施人数: 約130人 実施率: 71.3%	H28年度対象者数:150人 実施者数:107人 実施率:71.3%	①有所見者数(割合) H25:202人(30.1%) ②次年度健診予防改善 した者の数(割合) H25:16.8%	①H28:170人(29.8%) 【集計ツール】資料B参照 ②【評価ツール】次年度変 化参照	訪問数は増えたものの、単 年度の間にわたりなってい た。管理台帳(DM・GKD)を 作成したことで、定期的な 関わりが必要が見えてき た。	・担当制の検討 ・マンパワーの確保 ・個別の事例を通して医療 機関とのつながり強化
4	特定保健 指導 ・特定保健実施 率60%以上		期間: 通年 対象者: 動機づけ支援・積 極的支援対象者	回数: 初回面談後、1~3 回の継続支援と評価 実施人数: 約50人	H28年度対象者数:52人 実施者数(終了者数):29人 実施率:55.8%	①特定保健指導対象者減 少率 H25:20.0% ②昨年度特定保健指導利 用者のうち対象者でなく なった者の数(減少率) H25:9人(20.9%)	①H28:20.0% ②7人(25.0%)		・専門職の力量形成 ・マンパワーの確保