

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)

山 都 町

目次

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	1
2. 計画の位置付け	2
3. 計画期間	4
4. 関係者が果たすべき役割と連携	4
5. 保険者努力支援制度	6

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	7
2. 第2期計画における健康課題の明確化	14

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	21
2. 目標の設定	21
3. 対象者の見込み	21
4. 特定健診の実施	21
5. 特定保健指導の実施	24
6. 個人情報保護	29
7. 結果の報告	29
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	29

第4章 保健事業の内容

I. 保健事業の方向性	30
II. 重症化予防の取組	30
1. 糖尿病性腎症重症化予防	30
2. 虚血性心疾患重症化予防	39
3. 脳血管疾患重症化予防	42
III. ポピュレーションアプローチ	47

第5章 地域包括ケアに係る取組

第6章 計画の評価・見直し

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取り扱い

<参考資料一覧>

第 1 章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1. 背景・目的

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

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

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

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

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

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

2. 計画の位置付け

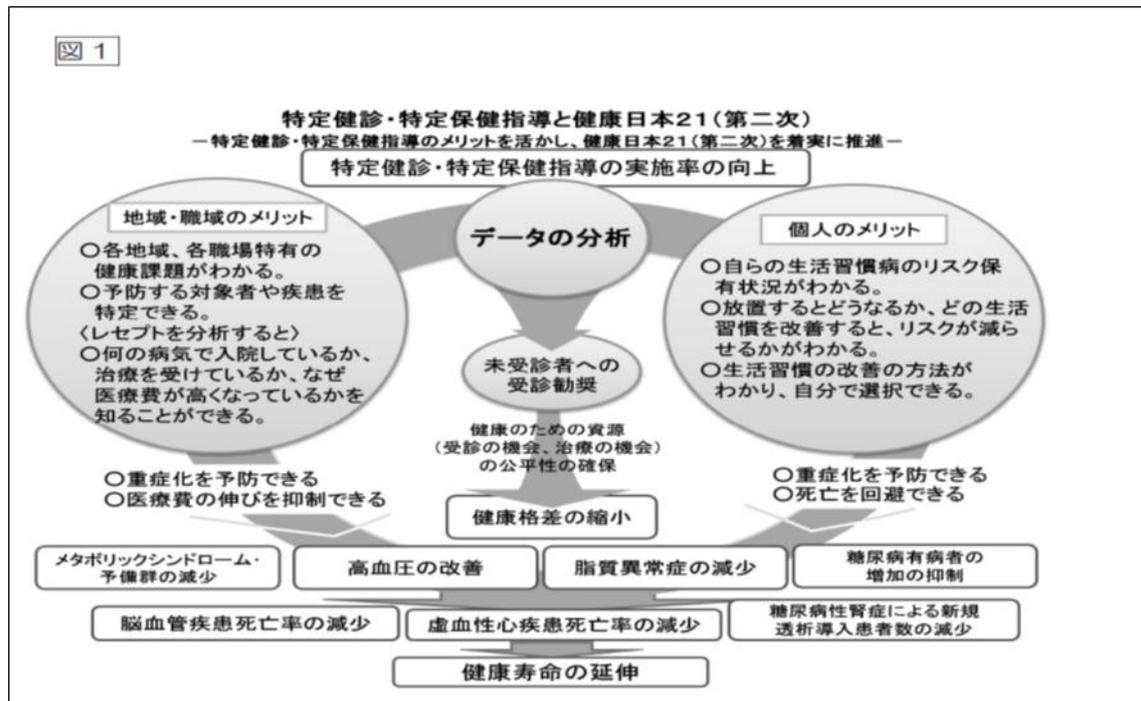
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCA サイクルに沿って運用するものである。

計画は、医療法に基づく「熊本県保健医療計画」や健康増進法に基づく「くまもと21ヘルスプラン」、また「健康やまと21」の基本的な方針を踏まえるとともに、「熊本県における医療費の見通しに関する計画」、「山都町高齢者福祉計画」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】

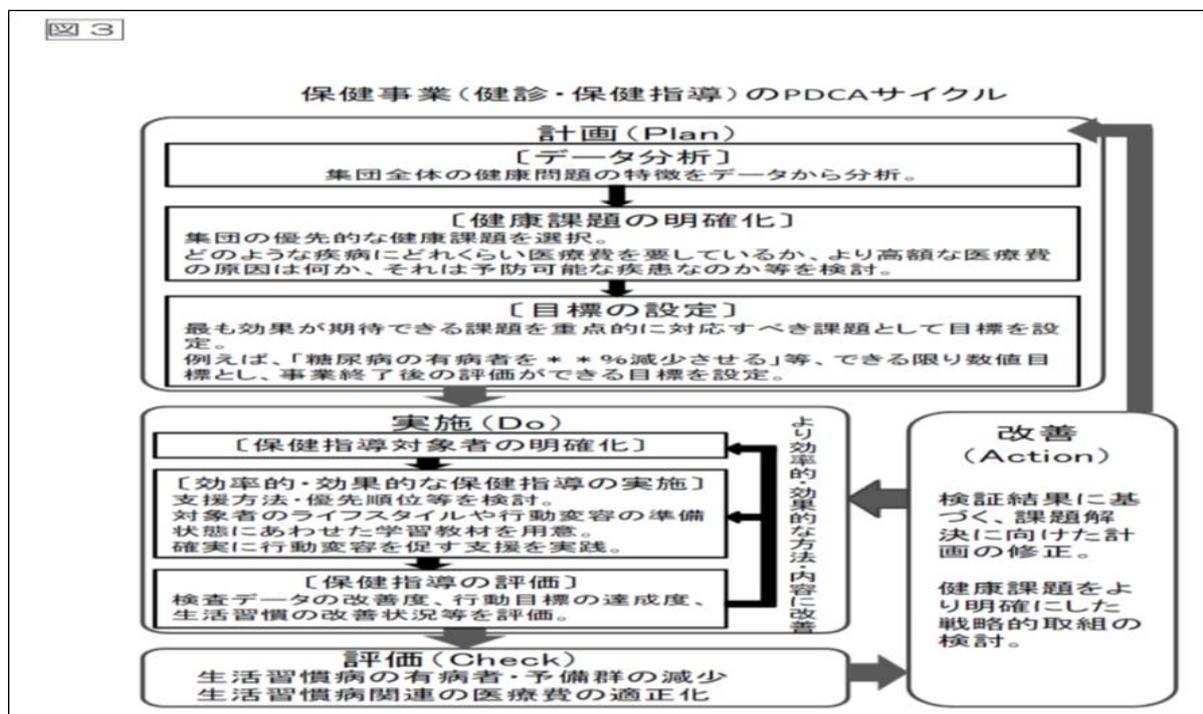
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第9条、第9条 第9条(健康増進事業実施計画)	高齢者の医療に関する法律 第19条	国民健康保険法 第60条	介護保険法 第116条、第117条、第119条	高齢者の医療に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 本部14部局 国家戦略の推進の観点から 健康日本21の基本的な方針	厚生労働省 保険局 本部14部局 特定健康診査及び特定健康診査の適切 かつ実施の推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 本部14部局 「国民健康保険法」に基づく健康増進の 実施等に関する方針(一部改正)	厚生労働省 介護局 本部14部局 介護保険事業(支援)実施計画の円滑化 実施等に関する方針(一部改正)	厚生労働省 健康局 本部14部局 医療費適正化に関する指針 について(基本指針)【全部改正】	厚生労働省 健康局 本部14部局 医療計画の策定に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成20～24年(第1次)	法定 平成30～33年(第1期)	指針 平成30～33年(第1期)	法定 平成20～22年(第1次)	法定 平成20～22年(第1次)	法定 平成30～33年(第1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、 生活習慣病の予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むための心身受容 能力の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加 の促進が期待可能なものとする。また、生活習慣の改 善及び社会参加の促進に取り組むことと目標とする。	生活習慣病の予防や重症化予防の推進 を図るとともに、社会生活を営むための心身受容 能力の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加 の促進が期待可能なものとする。また、生活習慣の改 善及び社会参加の促進に取り組むことと目標とする。	生活習慣病の予防や重症化予防の推進 を図るとともに、社会生活を営むための心身受容 能力の維持及び向上を目的とし、その結果、社会参加 の促進が期待可能なものとする。また、生活習慣の改 善及び社会参加の促進に取り組むことと目標とする。	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、要介護状 況または要支援状態となることへの予防又は、要介護 状態等の発生もしくは悪化の防止を目的とする。	国民健康保険制度、続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が 適度に増大しないようしていくとともに、医療 かつ適切な医療費の適正化に資する施策の確 立を図っていく。	医療費の適正化を図るとともに、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が 適度に増大しないようしていくとともに、医療 かつ適切な医療費の適正化に資する施策の確 立を図っていく。
対象年齢	ライフステージ(現・見・来)世代(若年)高 齢期に依りて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が増加している高齢期に 関する高齢者、若年層、小児からの生活 習慣づくり	65歳以上 75歳未満(特定高齢)	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	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 閉塞性肺疾患 がん 認知症(認知症、単独症、 軽度・軽度型) 骨格・骨格異常 パーキンソン病 難病(難病法、新難病等) 難病(新法、新法指定) 生活習慣病、生活習慣病 脳神経疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病 糖尿病性腎症 糖尿病性網膜症 生活習慣病	糖尿病 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	※取組途中 特定健康診査(第1期)16項目 ①生活習慣病 ②生活習慣病の予防や重症化予防 ③生活習慣病の予防や重症化予防 ④生活習慣病の 予防や重症化予防 ⑤生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑥生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑦生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑧生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑨生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑩生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑪生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑫生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑬生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑭生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑮生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑯生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑰生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑱生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑲生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ⑳生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉑生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉒生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉓生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉔生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉕生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉖生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉗生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉘生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉙生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉚生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉛生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉜生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉝生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉞生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㉟生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊱生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊲生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊳生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊴生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊵生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊶生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊷生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊸生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊹生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊺生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊻生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊼生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊽生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊾生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防 ㊿生活習慣病の予防や重症化 予防や重症化予防	①特定健康診査 ②特定健康診査結果	①生活習慣病の予防や重症化予防 ②生活習慣病の予防や重症化予防 ③生活習慣病の予防や重症化予防 ④生活習慣病の予防や重症化予防 ⑤生活習慣病の予防や重症化予防 ⑥生活習慣病の予防や重症化予防 ⑦生活習慣病の予防や重症化予防 ⑧生活習慣病の予防や重症化予防 ⑨生活習慣病の予防や重症化予防 ⑩生活習慣病の予防や重症化予防 ⑪生活習慣病の予防や重症化予防 ⑫生活習慣病の予防や重症化予防 ⑬生活習慣病の予防や重症化予防 ⑭生活習慣病の予防や重症化予防 ⑮生活習慣病の予防や重症化予防 ⑯生活習慣病の予防や重症化予防 ⑰生活習慣病の予防や重症化予防 ⑱生活習慣病の予防や重症化予防 ⑲生活習慣病の予防や重症化予防 ⑳生活習慣病の予防や重症化予防 ㉑生活習慣病の予防や重症化予防 ㉒生活習慣病の予防や重症化予防 ㉓生活習慣病の予防や重症化予防 ㉔生活習慣病の予防や重症化予防 ㉕生活習慣病の予防や重症化予防 ㉖生活習慣病の予防や重症化予防 ㉗生活習慣病の予防や重症化予防 ㉘生活習慣病の予防や重症化予防 ㉙生活習慣病の予防や重症化予防 ㉚生活習慣病の予防や重症化予防 ㉛生活習慣病の予防や重症化予防 ㉜生活習慣病の予防や重症化予防 ㉝生活習慣病の予防や重症化予防 ㉞生活習慣病の予防や重症化予防 ㉟生活習慣病の予防や重症化予防 ㊱生活習慣病の予防や重症化予防 ㊲生活習慣病の予防や重症化予防 ㊳生活習慣病の予防や重症化予防 ㊴生活習慣病の予防や重症化予防 ㊵生活習慣病の予防や重症化予防 ㊶生活習慣病の予防や重症化予防 ㊷生活習慣病の予防や重症化予防 ㊸生活習慣病の予防や重症化予防 ㊹生活習慣病の予防や重症化予防 ㊺生活習慣病の予防や重症化予防 ㊻生活習慣病の予防や重症化予防 ㊼生活習慣病の予防や重症化予防 ㊽生活習慣病の予防や重症化予防 ㊾生活習慣病の予防や重症化予防 ㊿生活習慣病の予防や重症化予防	①生活習慣病の予防や重症化予防 ②生活習慣病の予防や重症化予防 ③生活習慣病の予防や重症化予防 ④生活習慣病の予防や重症化予防 ⑤生活習慣病の予防や重症化予防 ⑥生活習慣病の予防や重症化予防 ⑦生活習慣病の予防や重症化予防 ⑧生活習慣病の予防や重症化予防 ⑨生活習慣病の予防や重症化予防 ⑩生活習慣病の予防や重症化予防 ⑪生活習慣病の予防や重症化予防 ⑫生活習慣病の予防や重症化予防 ⑬生活習慣病の予防や重症化予防 ⑭生活習慣病の予防や重症化予防 ⑮生活習慣病の予防や重症化予防 ⑯生活習慣病の予防や重症化予防 ⑰生活習慣病の予防や重症化予防 ⑱生活習慣病の予防や重症化予防 ⑲生活習慣病の予防や重症化予防 ⑳生活習慣病の予防や重症化予防 ㉑生活習慣病の予防や重症化予防 ㉒生活習慣病の予防や重症化予防 ㉓生活習慣病の予防や重症化予防 ㉔生活習慣病の予防や重症化予防 ㉕生活習慣病の予防や重症化予防 ㉖生活習慣病の予防や重症化予防 ㉗生活習慣病の予防や重症化予防 ㉘生活習慣病の予防や重症化予防 ㉙生活習慣病の予防や重症化予防 ㉚生活習慣病の予防や重症化予防 ㉛生活習慣病の予防や重症化予防 ㉜生活習慣病の予防や重症化予防 ㉝生活習慣病の予防や重症化予防 ㉞生活習慣病の予防や重症化予防 ㉟生活習慣病の予防や重症化予防 ㊱生活習慣病の予防や重症化予防 ㊲生活習慣病の予防や重症化予防 ㊳生活習慣病の予防や重症化予防 ㊴生活習慣病の予防や重症化予防 ㊵生活習慣病の予防や重症化予防 ㊶生活習慣病の予防や重症化予防 ㊷生活習慣病の予防や重症化予防 ㊸生活習慣病の予防や重症化予防 ㊹生活習慣病の予防や重症化予防 ㊺生活習慣病の予防や重症化予防 ㊻生活習慣病の予防や重症化予防 ㊼生活習慣病の予防や重症化予防 ㊽生活習慣病の予防や重症化予防 ㊾生活習慣病の予防や重症化予防 ㊿生活習慣病の予防や重症化予防	①医療費適正化の確保 ②一人ひとりの医療費の適正化の確保 ③特定健康診査結果の活用による生活習慣病の 予防や重症化予防の推進 ④生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑤生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑥生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑦生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑧生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑨生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑩生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑪生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑫生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑬生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑭生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑮生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑯生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑰生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑱生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑲生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ⑳生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉑生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉒生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉓生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉔生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉕生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉖生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉗生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉘生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉙生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉚生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉛生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉜生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉝生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉞生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㉟生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊱生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊲生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊳生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊴生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊵生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊶生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊷生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊸生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊹生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊺生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊻生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊼生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊽生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊾生活習慣病の予防や重症化予防の推進 ㊿生活習慣病の予防や重症化予防の推進	①医療費 ②生活習慣病の予防や重症化予防
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度】の推進、保険料率決定			保険者努力支援 事務・連携等を通じて、保険者の連携	

【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。

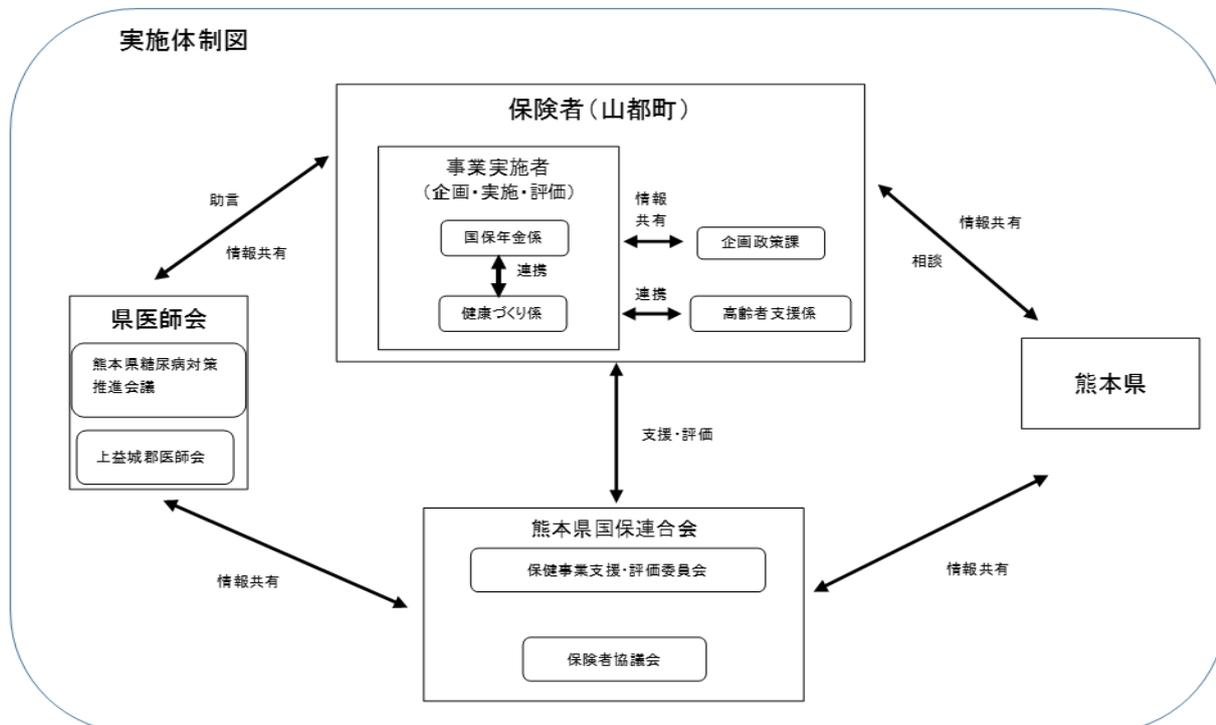
4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

山都町においては、健康ほけん課(国保年金係)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ため、介護保険部局(福祉課高齢者支援係)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(福祉課福祉係)とも十分連携することが望ましい。計画策定は健康ほけん課(国保年金係)が、計画実施にあたっては専門職である保健師等を中心に、計画に沿った保健事業を実施する。

また、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。(図表4)

【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、国保データベース(KDB)システム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。

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。

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。また、平成 30 年度実施分より、共通指標④「個人へのインセンティブの提供の実施」の配点上がり、一般住民の予防・健康づくりの取り組みや成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設ける等の個人インセンティブ事業の基盤整備が求められている。

【図表 5】

保険者努力支援制度

* H28前倒し分(山都町結果)

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)		291			
全国順位(1,741市町村中)		506			
共通 ①	特定健診受診率	15			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	15			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				70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組				35
共通 ⑥	後発医薬品の促進				35
	後発医薬品の使用割合				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				25
	第三者求償の取組の実施状況				40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加算		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（参考資料1）

山都町は山間部に位置し、町の基幹産業は農業である。山都町の人口の約4割が65歳以上で、国・県・同規模と比較すると高齢化率はとても高い。早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は平成25年度よりも減少し、標準化死亡比も国よりも低くなっている。主な死因は「がん」、「心臓病」、「脳疾患」、「糖尿病」となっている。

国民健康保険加入率は30%を超えており、国・県よりも高い背景には、山都町の基幹産業の影響があると考えられる。加入者の年齢構成を見ると、65歳～74歳の加入者数が約4割を占めており、急速な高齢化により、平成25年度から平成28年度にかけて65歳以上の国民健康保険の加入率が伸びている。また、介護の状況では1号認定者数が増加していた。

町内には4つの病院と13の診療所があり、比較的受療しやすい環境にあり、医療の受診率は平成25年度よりも上昇している。その主な疾病医療費の高い順に「精神疾患」、「筋・骨格」、「がん」、「慢性腎不全（透析あり）」である。

健診受診率は、20歳からの若年者健診（基本健診）の実施や、夏・秋健診の他に、農繁期で受診出来ない人も受診出来るように冬・春健診を実施した。また、特定健診開始当初の平成20年度から平成29年度まで、地区毎に「健康づくり推進員」を設置し各地区の受診勧奨等を行うなどして受診者を確保する取組を行ってきたことで、国・県・同規模よりも高い受診率を維持してきた。

山都町的生活習慣の状況は、飲酒をする人、食後に間食をする人の割合が国・県・同規模より高い一方で、運動習慣がほとんど無い事が分かった。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付費の推移を見てみると、1件当たりの給付費は4,000円程度減少しているが、総額は1億1,200万円程度増加している。介護認定者が増えたため介護給付費総額は増加したが、1件当たりの給付費については下がり、同規模平均並みとなった。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	山都町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	24億2,274万円	72,873	37,081	280,375	67,744	41,879	281,910
平成28年度	25億3,507万円	68,560	36,656	280,646	67,101	41,922	276,064

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、平成 25 年度と平成 28 年度を比較すると、総医療費は減少しているが、一人当たりの医療費は増加していた。年齢調整（高齢化率等を調整）した標準化医療費（全国を 1.00）で見ると、医療費が全国平均を超えており、特に入院の医療費指標が高いことが分かる。一人当たりの医療費が増加している要因として、精神疾患の割合が同規模平均、県、国より高いことにあると考える。

医療費の変化

【図表 7】

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	
				山都町	同規模			山都町	同規模			山都町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	20億3,350万円				10億2,467万円				10億883万円			
	H28年度	19億2,104万円	△1億1,246万円	-5.53	-1.93	9億6,932万円	△5,535万円	-5.4	-8.19	9億5,171万円	△5,712万円	-5.66	-5.86
2 一人当たり総医療費(円)	H25年度	26,712				13,460				13,252			
	H28年度	28,830	2,118	7.9	8.27	14,547	1,087	8.0	6.71	14,283	1,031	7.7	9.42

標準化医療費（H25-H27）

地域差指数					
計		入院		入院外+調剤	
H25	H27	H25	H27	H25	H27
1.057	1.077	1.317	1.36	0.922	0.925

医療費の分析（参考資料 1 一部抜粋）

項目		H25		H28		H28					
		保険者		保険者		同規模平均		県		国	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費分析	がん	188,536,200	16.4	165,435,310	15.9	24.4		20.5		25.6	
生活習慣病に占める割合	慢性腎不全（透析あり）	128,473,860	11.2	116,618,440	11.2	9.4		12.4		9.7	
	糖尿病	80,409,370	7.0	79,344,370	7.6	10.2		9.6		9.7	
最大医療資源	高血圧症	132,976,080	11.6	93,329,920	9.0	9.0		8.4		8.6	
傷病名（調剤含む）	精神	259,938,640	22.6	270,716,100	26.0	18.4		22.4		16.9	
	筋・骨格	213,263,120	18.5	204,692,240	19.6	15.2		15.1		15.2	

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

データヘルス計画のターゲットとなる中長期的目標疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析))に係る医療費について平成25年度と平成28年度を比較すると、各々の疾患の総医療費に占める割合は脳血管疾患で0.53%、虚血性疾患で0.32%、慢性腎不全(透析無)で0.57%減少した。また、短期的目標疾患を含めた中長期的・短期的目標疾患医療費計は2.97%減少し、H28年度においては国・県の計を下回った。しかし、その中で短期的目標疾患のうち糖尿病に係る医療費が0.19%増加し、増加幅が大きかった。

【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	糖尿病	高血圧	脂質異常症			
					同規模	県内											
H25	山都町	2,033,506,980	26,713	37位	17位	6.20%	0.79%	2.15%	1.10%	3.94%	6.53%	2.88%	479,625,040	23.59%	9.24%	12.78%	10.52%
		1,921,040,200	28,830	31位	19位	6.07%	0.22%	1.62%	0.78%	4.13%	4.86%	2.94%	396,036,460	20.62%	8.61%	14.09%	10.66%
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	-	-	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,849,103,210	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%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

KDBシステム・健診・医療介護データからみえる地域の健康課題

④中長期的な疾患 (図表 9)

中長期的な疾患については、医療費の割合や金額については減少していたが(図表8)、被保険者数に占める患者数の割合は虚血性心疾患で0.1%増となり、脳血管疾患、慢性腎不全(人工透析)については割合に変化はなかった。

【図表 9】

中長期的な疾患(図表9)

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標						短期的な目標						
		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,445	200	3.1	29	14.5	8	4.0	159	79.5	106	53.0	122	61.0
	64歳以下	4,469	66	1.5	7	10.6	6	9.1	48	72.7	36	54.5	40	60.6
	65歳以上	1,976	134	6.8	22	16.4	2	1.5	111	82.8	70	52.2	82	61.2
H28	全体	5,669	179	3.2	32	17.9	6	3.4	148	82.7	88	49.2	113	63.1
	64歳以下	3,472	46	1.3	3	6.5	1	2.2	31	67.4	22	47.8	27	58.7
	65歳以上	2,197	133	6.1	29	21.8	5	3.8	117	86.0	66	49.6	86	64.7

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標						短期的な目標						
		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,445	188	2.9	29	15.4	3	1.6	146	77.7	86	45.7	93	49.5
	64歳以下	4,469	60	1.3	7	11.7	3	5.0	44	73.3	26	43.3	31	51.7
	65歳以上	1,976	128	6.5	22	17.2	0	0.0	102	79.7	60	46.9	62	48.4
H28	全体	5,669	165	2.9	32	19.4	4	2.4	131	79.4	73	44.2	94	57.0
	64歳以下	3,472	35	1.0	3	8.6	1	2.9	26	74.3	8	22.9	18	51.4
	65歳以上	2,197	130	5.9	29	22.3	3	2.3	105	80.8	65	50.0	76	58.5

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標						短期的な目標						
		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6,445	22	0.3	3	13.6	8	36.4	20	90.9	13	59.1	4	18.2
	64歳以下	4,469	16	0.4	3	18.8	6	37.5	14	87.5	9	56.3	4	25.0
	65歳以上	1,976	6	0.3	0	0.0	2	33.3	6	100.0	4	66.7	0	0.0
H28	全体	5,669	18	0.3	4	22.2	6	33.3	15	83.3	14	77.8	5	27.8
	64歳以下	3,472	9	0.3	1	11.1	1	11.1	7	77.8	5	55.6	4	44.4
	65歳以上	2,197	9	0.4	3	33.3	5	55.6	8	88.9	9	100.0	1	11.1

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク (図表 10)

糖尿病の割合は、平成 25 年と比べて減少しているが、高血圧を併せ持つ人の割合が 73.3% と高い。また、インスリン療法や脂質異常症を併せ持つ人の割合が増え、中でも 65 歳以上のインスリン療法が 6.3% から 7.6% に上昇した。

高血圧や脂質異常症を基礎疾患とした中長期的な目標疾患である脳血管疾患、人工透析、糖尿病性腎症は減少もしくは横ばいで推移しているが、糖尿病を基礎疾患とした脳血管疾患、人工透析、糖尿病性腎症は増加しており、糖尿病が重症化していると推測される。

【図表 10】

共通リスク(様式3-2~3-4)

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標									
		糖尿病						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	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6445	732	11.4	46	6.3	538	73.5	365	49.9	106	14.5	86	11.7	13	1.8	28	3.8			
	64歳以下	4469	320	7.2	20	6.3	212	66.3	157	49.1	36	11.3	26	8.1	9	2.8	14	4.4			
	65歳以上	1976	412	20.9	26	6.3	326	79.1	208	50.5	70	17.0	60	14.6	4	1.0	14	3.4			
H28	全体	5669	604	10.7	43	7.1	443	73.3	343	56.8	88	14.6	73	12.1	14	2.3	33	5.5			
	64歳以下	3472	195	5.6	12	6.2	119	61.0	108	55.4	22	11.3	8	4.1	5	2.6	11	5.6			
	65歳以上	2197	409	18.6	31	7.6	324	79.2	235	57.5	66	16.1	65	15.9	9	2.2	22	5.4			

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標									
		高血圧						糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6445	1549	24.0	538	34.7	634	40.9	159	10.3	146	9.4	20	1.3			
	64歳以下	4469	626	14.0	212	33.9	241	38.5	48	7.7	44	7.0	14	2.2			
	65歳以上	1976	923	46.7	326	35.3	393	42.6	111	12.0	102	11.1	6	0.7			
H28	全体	5669	1433	25.3	443	30.9	653	45.6	148	10.3	131	9.1	15	1.0			
	64歳以下	3472	458	13.2	119	26.0	192	41.9	31	6.8	26	5.7	7	1.5			
	65歳以上	2197	975	44.4	324	33.2	461	47.3	117	12.0	105	10.8	8	0.8			

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標									
		脂質異常症						糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	6445	930	14.4	365	39.2	634	68.2	122	13.1	93	10.0	4	0.4			
	64歳以下	4469	399	8.9	157	39.3	241	60.4	40	10.0	31	7.8	4	1.0			
	65歳以上	1976	531	26.9	208	39.2	393	74.0	82	15.4	62	11.7	0	0.0			
H28	全体	5669	938	16.5	343	36.6	653	69.6	113	12.0	94	10.0	5	0.5			
	64歳以下	3472	323	9.3	108	33.4	192	59.4	27	8.4	18	5.6	4	1.2			
	65歳以上	2197	615	28.0	235	38.2	461	75.0	86	14.0	76	12.4	1	0.2			

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男女ともHbA1cの有所見者の割合は7～8割と高く、微増している。また、男性の空腹時血糖の有所見者は50.1%から46.9%に減少し、女性の空腹時血糖の有所見者が増加しているが、男性の割合は女性の約2倍である。

メタボリックシンドロームの予備群、該当者を経年比較する。「メタボ予備群」の結果をみると、男女とも減少しているが、男性の場合、65-74歳の「高血糖」「高血圧」が増加し、女性の場合、40-64歳の「高血圧」、65-74歳の「高血糖」が増加している。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	339	25.3	501	37.4	290	21.7	310	23.2	66	4.9	670	50.1	931	69.6	270	20.2	639	47.8	334	25.0	645	48.2	17	1.3
	40-64	197	26.9	268	36.6	184	25.1	194	26.5	32	4.4	355	48.4	471	64.3	170	23.2	299	40.8	192	26.2	379	51.7	4	0.5
	65-74	142	23.5	233	38.5	106	17.5	116	19.2	34	5.6	315	52.1	460	76.0	100	16.5	340	56.2	142	23.5	266	44.0	13	2.1
H28	合計	293	24.6	417	35.1	240	20.2	274	23.0	77	6.5	558	46.9	832	70.0	222	18.7	577	48.5	321	27.0	485	40.8	12	1.0
	40-64	142	27.0	186	35.4	134	25.5	149	28.3	34	6.5	224	42.6	337	64.1	113	21.5	235	44.7	169	32.1	251	47.7	1	0.2
	65-74	151	22.8	231	34.8	106	16.0	125	18.9	43	6.5	334	50.4	495	74.7	109	16.4	342	51.6	152	22.9	234	35.3	11	1.7

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	279	20.0	220	15.8	134	9.6	118	8.5	21	1.5	363	26.0	1,078	77.2	20	1.4	492	35.2	192	13.8	794	56.9	6	0.4
	40-64	123	17.9	97	14.1	55	8.0	61	8.9	7	1.0	153	22.2	494	71.8	9	1.3	196	28.5	104	15.1	385	56.0	2	0.3
	65-74	156	22.0	123	17.4	79	11.2	57	8.1	14	2.0	210	29.7	584	82.5	11	1.6	296	41.8	88	12.4	409	57.8	4	0.6
H28	合計	222	19.2	182	15.7	114	9.8	106	9.2	21	1.8	320	27.6	927	80.1	22	1.9	441	38.1	175	15.1	575	49.7	5	0.4
	40-64	93	18.3	70	13.8	40	7.9	57	11.2	8	1.6	126	24.8	380	74.8	9	1.8	171	33.7	95	18.7	269	53.0	1	0.2
	65-74	129	19.8	112	17.2	74	11.4	49	7.5	13	2.0	194	29.8	547	84.2	13	2.0	270	41.5	80	12.3	306	47.1	4	0.6

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	年齢	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		
男性	合計	1,338	55.8	62	4.6%	165	12.3%	9	0.7%	115	8.6%	41	3.1%	274	20.5%	73	5.5%	14	1.0%	93	7.0%	94	7.0%
	40-64	733	51.9	45	6.1%	100	13.6%	4	0.5%	58	7.9%	38	5.2%	123	16.8%	29	4.0%	9	1.2%	46	6.3%	39	5.3%
	65-74	605	61.5	17	2.8%	65	10.7%	5	0.8%	57	9.4%	3	0.5%	151	25.0%	44	7.3%	5	0.8%	47	7.8%	55	9.1%
H28	合計	1,189	56.1	35	2.9%	140	11.8%	7	0.6%	104	8.7%	29	2.4%	242	20.4%	58	4.9%	5	0.4%	99	8.3%	80	6.7%
	40-64	526	51.9	22	4.2%	67	12.7%	1	0.2%	40	7.6%	26	4.9%	97	18.4%	17	3.2%	4	0.8%	42	8.0%	34	6.5%
	65-74	663	59.9	13	2.0%	73	11.0%	6	0.9%	64	9.7%	3	0.5%	145	21.9%	41	6.2%	1	0.2%	57	8.6%	46	6.9%

性別	年齢	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				
女性	合計	1,396	64.5	40	2.9%	88	6.3%	4	0.3%	60	4.3%	24	1.7%	92	6.6%	18	1.3%	8	0.6%	42	3.0%	24	1.7%
	40-64	688	61.2	27	3.9%	33	4.8%	2	0.3%	20	2.9%	11	1.6%	37	5.4%	8	1.2%	4	0.6%	16	2.3%	9	1.3%
	65-74	708	68.1	13	1.8%	55	7.8%	2	0.3%	40	5.6%	13	1.8%	55	7.8%	10	1.4%	4	0.6%	26	3.7%	15	2.1%
H28	合計	1,158	62.6	20	1.7%	64	5.5%	3	0.3%	49	4.2%	12	1.0%	98	8.5%	22	1.9%	4	0.3%	50	4.3%	22	1.9%
	40-64	508	60.2	12	2.4%	26	5.1%	0	0.0%	22	4.3%	4	0.8%	32	6.3%	7	1.4%	0	0.0%	17	3.3%	8	1.6%
	65-74	650	64.6	8	1.2%	38	5.8%	3	0.5%	27	4.2%	8	1.2%	66	10.2%	15	2.3%	4	0.6%	33	5.1%	14	2.2%

「メタボ該当者」の結果をみると、男性はほぼ変わらず、女性は増加しているが、国・県・同規模よりも少ない。

男性の場合、重なっている項目は、40-64歳 65-74歳ともに「血圧+脂質」の割合が、40-64歳では血糖・血圧・脂質の「3項目全て」の割合が増加している。

女性の場合、重なっている項目は、40-64歳 65-74歳ともに「血糖+血圧」、「血圧+脂質」、「3項目全て」の割合で増加している。女性の「メタボ予備群」の割合は減少傾向だが、「メタボ該当者」の割合は増加していることから、リスクが重なり、移行したと考えられる。

「メタボ該当者」、「メタボ予備群」の「血糖+血圧」の割合が国・県・同規模より多いことから、血糖と血圧が課題である。また、非肥満高血糖の割合が国・県・同規模よりも高い。（参考資料1より）

「メタボ該当者」、「メタボ予備群」の「血糖+血圧」の割合が国・県・同規模より多いことから、治療の有無と関係なく、「メタボ該当者」、「メタボ予備群」該当者には健診結果説明会等で体重管理と「高血圧」、「高血糖」の保健指導を徹底し、内臓脂肪の解消により血圧値や血糖値を改善することで、リスクの重なりを防ぎ、メタボ脱出を目指す。また、非肥満高血糖の割合が国・県・同規模よりも高いことから、非肥満者への高血糖対策も必要となる。

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表12）

平成28年度の特定健診受診率は59.1%であり、平成25年度と比べ0.9%減少している。毎年59%台を維持している理由として、リピーターが多い（平成28年度は83.8%）ことも一つの要因であることが考えられる。

平成28年度の特定保健指導実施率は69.6%であり、平成25年度と比べ13%増加している。受診勧奨が必要な者の割合についても、平成28年度は47.6%で、平成25年度と比べ3%減少している。

重症化を予防していくためには、特定健診受診率を保ち、特定保健指導の受診率及び重症化予防対象者への介入を向上させ、健診受診者の健康管理を充実させていくことが重要となる。

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								山都町	同規模平均
H25年度	4,559	2,734	60.0	2	288	163	56.6	49.6	51.0
H28年度	3,970	2,347	59.1	2	207	140	69.6	47.6	51.3

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

重症化予防として、健診の結果で治療が必要である受診勧奨値の方に受診勧奨を行ってきた結果、第1期計画の目標であった脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の各医療費の割合は平成25年度と平成28年度では減少し、一定の成果が見えた。しかし、短期目標である糖尿病の医療費に占める割合は増加した。インスリン療法や人工透析の割合が増え、糖尿病が重症化したと考える。

「メタボ該当者」、「メタボ予備群」の「血糖+血圧」が国・県・同規模より多いが、治療の有無と関係なく、体重管理と「高血圧」、「高血糖」の保健指導が十分になされていなかった。

その背景として、治療に繋がったが継続した治療ができていないなど、医療機関受診後のフォローなども保険者が取り組むべき重要な課題であることが分かった。

また、適正な医療につなげるためには、住民が健診を受診し自分の体の状態を知ることが重要であるため、健診未受診者や健診受診者で3疾患未治療者等へ健診継続受診の勧奨を行い、健診受診率の向上（維持）に努める必要がある。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

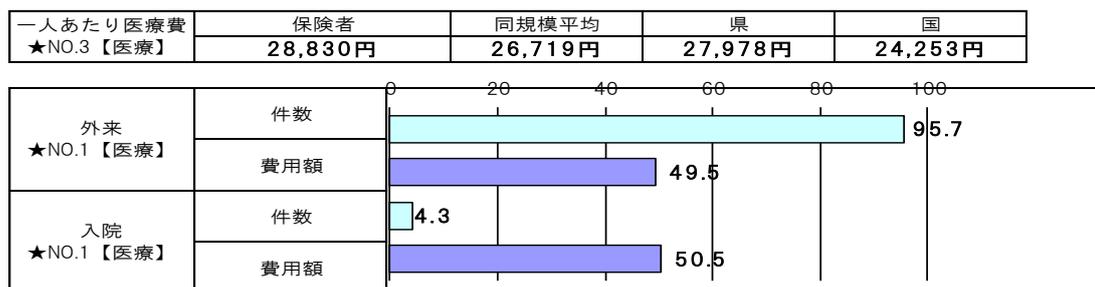
山都町の1人当たりの医療費は、28,830円/月で、同規模平均、国、県より高い。

入院件数は4.3%で、費用額全体の50.5%を占め、平成25年と比べほぼ変わらない。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も見込める。

「集団の疾患特徴の把握」

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



(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)

中長期的目標の疾患でみると、脳血管疾患、虚血性心疾患は1件当たりの費用が高額となり、脳血管疾患では長期入院が多く、人工透析では治療が長期にわたり治療費が高額となっている。

人工透析患者は減少したが、人工透析患者の半数が糖尿病性腎症であり、高額医療の疾患の背景であることが分かる。

【図表 14】

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	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	182件	8件 4.4%	3件 1.6%	--
		費用額	2億7813万円	1241万円 4.5%	481万円 1.7%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	685件	55件 8.0%	44件 6.4%	--
		費用額	2億9,619万円	2972万円 10.0%	1758万円 5.9%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	298件	53件 17.8%	68件 22.8%	170件 57.0%
		費用額	1億2,692万円	2340万円 18.4%	3430万円 27.0%	7734万円 60.9%

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

山都町の1号被保険者の要介護認定率は24.1%で、約4人に1人が要介護認定を受けており、75歳以上では36.9%と認定率は高くなる。65～74歳介護認定者のうち、要介護認定者では要介護1・2の中度者が43.6%と多く、次に要介護3・4・5の重度者が多い。本計画の対象者は大卒の75歳未満であり、2号被保険者の有病状況においても脳血管疾患等の血管疾患が84.6%を占め、予防可能である血管疾患を守る事が最重要課題となる。

また、介護を受けている人の医療費は受けてない人と比べて3,626円の差があり、2号被保険者の健診受診状況を確認すると、健診を受診していた人、又基礎疾患があり、健診より先に医療に繋がっていた人など様々であった。

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

【図表 15】

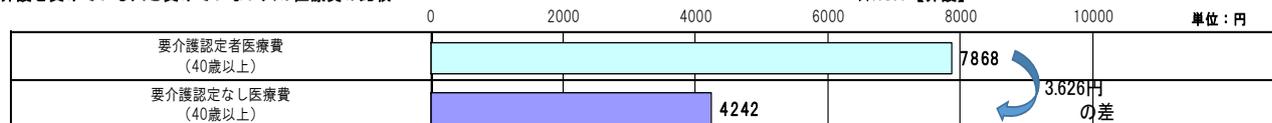
何の疾患で介護保険を受けているのか

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		5,896人		2,597人		4,156人		6,753人	12,649人									
	認定者数		24人		94人		1,534人		1,628人	1,652人									
	認定率		0.41%		3.6%		36.9%		24.1%	13.1%									
	新規認定者数 (*1)		4人		27人		176人		203人	207人									
介護度別人数	要支援1・2		6	25.0%	24	25.5%	385	25.1%	409	415	25.1%								
	要介護1・2		8	33.3%	41	43.6%	611	39.8%	652	660	40.0%								
	要介護3～5		10	41.7%	29	30.9%	538	35.1%	567	577	34.9%								
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)		24		94		1,534		1,628	1,652									
	再) 国保・後期		13		78		1,465		1,543	1,556									
(レセプトの診断名より重複して計上)	有 病 状 況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	7	53.8%	脳卒中	35	44.9%	脳卒中	608	41.5%	脳卒中	643	41.7%	脳卒中	650	41.8%
				2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	16	20.5%	虚血性心疾患	446	30.4%	虚血性心疾患	462	29.9%	虚血性心疾患	462	29.7%
				3	腎不全	0	0.0%	腎不全	7	9.0%	腎不全	151	10.3%	腎不全	158	10.2%	腎不全	158	10.2%
		基礎疾患 (*2)	糖尿病	4	30.8%	糖尿病	42	53.8%	糖尿病	649	44.3%	糖尿病	691	44.8%	糖尿病	695	44.7%		
			高血圧	10	76.9%	高血圧	55	70.5%	高血圧	1321	90.2%	高血圧	1376	89.2%	高血圧	1386	89.1%		
			脂質異常症	4	30.8%	脂質異常症	34	43.6%	脂質異常症	614	41.9%	脂質異常症	648	42.0%	脂質異常症	652	41.9%		
		血管疾患合計	合計	11	84.6%	合計	70	89.7%	合計	1426	97.3%	合計	1496	97.0%	合計	1507	96.9%		
		認知症	認知症	1	7.7%	認知症	12	15.4%	認知症	537	36.7%	認知症	549	35.6%	認知症	550	35.3%		
		筋・骨格疾患	筋骨格系	10	76.9%	筋骨格系	62	79.5%	筋骨格系	1392	95.0%	筋骨格系	1454	94.2%	筋骨格系	1464	94.1%		

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・18)

健診データのうち有所見割合の高い項目を性別、年代別に見ると、全国や県より圧倒的に高いのは、男女共に空腹時血糖とHbA1cである。中でもHbA1cは男性が70%、女性で80%の方が高い状況にある。

【図表 16】

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		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5	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	
保険者	合計	290	24.7	414	35.2	235	20.0	267	22.7	76	6.5	547	46.5	823	70.0	221	18.8	569	48.4	316	26.9	478	40.6	12	1.0
	40-64	141	27.3	185	35.8	132	25.5	145	28.0	34	6.6	216	41.8	331	64.0	113	21.9	229	44.3	165	31.9	246	47.6	1	0.2
	65-74	149	22.6	229	34.7	103	15.6	122	18.5	42	6.4	331	50.2	492	74.7	108	16.4	340	51.6	151	22.9	232	35.2	11	1.7

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	
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	220	19.1	179	15.6	114	9.9	105	9.1	21	1.8	316	27.5	921	80.0	22	1.9	437	38.0	170	14.8	571	49.7	5	0.4
	40-64	92	18.3	69	13.7	40	8.0	56	11.2	8	1.6	124	24.7	376	74.9	9	1.8	168	33.5	91	18.1	266	53.0	1	0.2
	65-74	128	19.8	110	17.0	74	11.4	49	7.6	13	2.0	192	29.6	545	84.1	13	2.0	269	41.5	79	12.2	305	47.1	4	0.6

*全国については、有所見割合のみ表示

次にメタボリックシンドローム予備群、該当者を県と比較する。

「メタボ予備軍」の結果をみると、男性11.8%、女性5.4%と共に県より高い。

また、健診結果を見ると、高血糖、高血圧、脂質異常症の割合がすべて高く、中でも高血圧の割合が男性で8.7%、女性で4.2%と高い割合を占めている。

「メタボ該当者」についても、男性20.4%、女性8.5%と県と比べると高く、健診結果の重なりを見ると「血糖+血圧」、「血糖+脂質」、「血圧+脂質」、「3項目すべて」の割合が県と比較して高く、特に「血圧+脂質」の割合が、男性8.3%、女性4.3%と高い。

これらの重なりを減らす為には、内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測されるので、適正体重の維持や摂取エネルギーの適正化を周知する事が重要である。

【図表 17】

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)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者														
	人数	割合	人数	割合	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					
全国	3,416,820	3.2			588,308	17.2					940,335	27.5													
県	45,831	30.1	2,513	1.7	7,939	5.2	618	0.4	5,577	3.7	1,744	1.1	12,272	8.1	2,538	1.7	674	0.4	5,329	3.5	3,731	2.4			
保険者	合計	1,189	56.1	35	2.9%	140	11.8%	7	0.6%	104	8.7%	29	2.4%	242	20.4%	58	4.9%	5	0.4%	99	8.3%	80	6.7%		
	40-64	526	51.9	22	4.2%	67	12.7%	1	0.2%	40	7.6%	26	4.9%	97	18.4%	17	3.2%	4	0.8%	42	8.0%	34	6.5%		
	65-74	663	59.9	13	2.0%	73	11.0%	6	0.9%	64	9.7%	3	0.5%	145	21.9%	41	6.2%	1	0.2%	57	8.6%	46	6.9%		

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者														
	人数	割合	人数	割合	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							
全国	4,481,600	39.6			259,424	5.8					425,520	9.5													
県	58,136	35.2	1,387	0.8	3,857	2.3	152	0.1	2,865	1.7	840	0.5	5,316	3.2	832	0.5	241	0.1	2,805	1.7	1,438	0.9			
保険者	合計	1,158	62.6	20	1.7%	62	5.4%	3	0.3%	49	4.2%	12	1.0%	98	8.5%	22	1.9%	4	0.3%	50	4.3%	21	1.8%		
	40-64	508	60.2	12	2.4%	26	5.1%	0	0.0%	22	4.3%	4	0.8%	32	6.3%	7	1.4%	0	0.0%	17	3.3%	8	1.6%		
	65-74	650	64.6	8	1.2%	38	5.8%	3	0.5%	27	4.2%	8	1.2%	66	10.2%	15	2.3%	4	0.6%	33	5.1%	13	2.0%		

HbA1c6.5%以上の割合は約 8%である。その中で未受診者の割合は、平成 24 年度は 50.2%であったが平成 28 年度は 39.6%となっており、年々減少している。

治療者の HbA1c8.0%以上の者の割合は、平成 24 年度は 15.3%で平成 28 年度は 8.6%であった。受診勧奨者割合の変化はないが、医療機関に繋がったことで HbA1c8.0%以上の割合は減少したと考えられる。

治療中であっても HbA1c7.0%以上の者、HbA1c6.5%以上で未治療の者がまだ多くおり、糖の治療の有無にかかわらず重症化予防の保健指導をしていくことが必要である。

糖尿病連携手帳の活用を推進し、受診勧奨及び保健指導を継続していくことが重要となる。

【図表 18】

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

(NGSP値)

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再掲			
					再) 7.0以上	未治療	治療	
H24	2,833	655 23.1%	1,273 44.9%	662 23.4%	243 8.6%	122 50.2%	121 49.8%	8.6%
					110 3.9%	37 33.6%	73 66.4%	
H25	2,806	740 26.4%	1,251 44.6%	572 20.4%	243 8.7%	112 46.1%	131 53.9%	8.7%
					104 3.7%	28 26.9%	76 73.1%	
H26	2,619	541 20.7%	1,229 46.9%	634 24.2%	215 8.2%	90 41.9%	125 58.1%	8.2%
					88 3.4%	24 27.3%	64 72.7%	
H27	2,563	590 23.0%	1,204 47.0%	549 21.4%	220 8.6%	101 45.9%	119 54.1%	8.6%
					80 3.1%	22 27.5%	58 72.5%	
H28	2,378	599 25.2%	1,076 45.2%	491 20.6%	212 8.9%	84 39.6%	128 60.4%	8.9%
					98 4.1%	30 30.6%	68 69.4%	

治療と未治療の状況

上段：NGSP値
下段：JDS値

	HbA1c測定	正常				保健指導判定値				受診勧奨判定値				再掲																			
		正常				正常高値				糖尿病				再掲																			
		5.5以下 (5.1以下)				5.6~5.9 (5.2~5.5)				6.0~6.4 (5.6~6.0)				6.5~6.9 (6.1~6.5)				7.0~7.9 (6.6~7.5)				8.0以上 (7.6以上)				7.4以上 (7.0以上)				8.4以上 (8.0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					
A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A																
治療中	H24	170	6.0%	1	0.6%	8	4.7%	40	23.5%	48	28.2%	47	27.6%	26	15.3%	46	27.1%	21	12.4%														
	H25	180	6.4%	1	0.6%	6	3.3%	42	23.3%	55	30.6%	53	29.4%	23	12.8%	40	22.2%	14	7.8%														
	H26	172	6.6%	2	1.2%	9	5.2%	36	20.9%	61	35.5%	44	25.6%	20	11.6%	42	24.4%	15	8.7%														
	H27	178	6.9%	3	1.7%	9	5.1%	47	26.4%	61	34.3%	42	23.6%	16	9.0%	31	17.4%	11	6.2%														
	H28	185	7.8%	0	0.0%	17	9.2%	40	21.6%	60	32.4%	52	28.1%	16	8.6%	40	21.6%	11	5.9%														
治療なし	H24	2,663	94.0%	654	24.6%	1,265	47.5%	622	23.4%	85	3.2%	27	1.0%	10	0.4%	18	0.7%	4	0.2%														
	H25	2,626	93.6%	739	28.1%	1,245	47.4%	530	20.2%	84	3.2%	19	0.7%	9	0.3%	13	0.5%	7	0.3%														
	H26	2,447	93.4%	539	22.0%	1,220	49.9%	598	24.4%	66	2.7%	14	0.6%	10	0.4%	12	0.5%	8	0.3%														
	H27	2,385	93.1%	587	24.6%	1,195	50.1%	502	21.0%	79	3.3%	18	0.8%	4	0.2%	6	0.3%	4	0.2%														
	H28	2,193	92.2%	599	27.3%	1,059	48.3%	451	20.6%	54	2.5%	23	1.0%	7	0.3%	19	0.9%	5	0.2%														

3) 未受診者の把握 (図表 19)

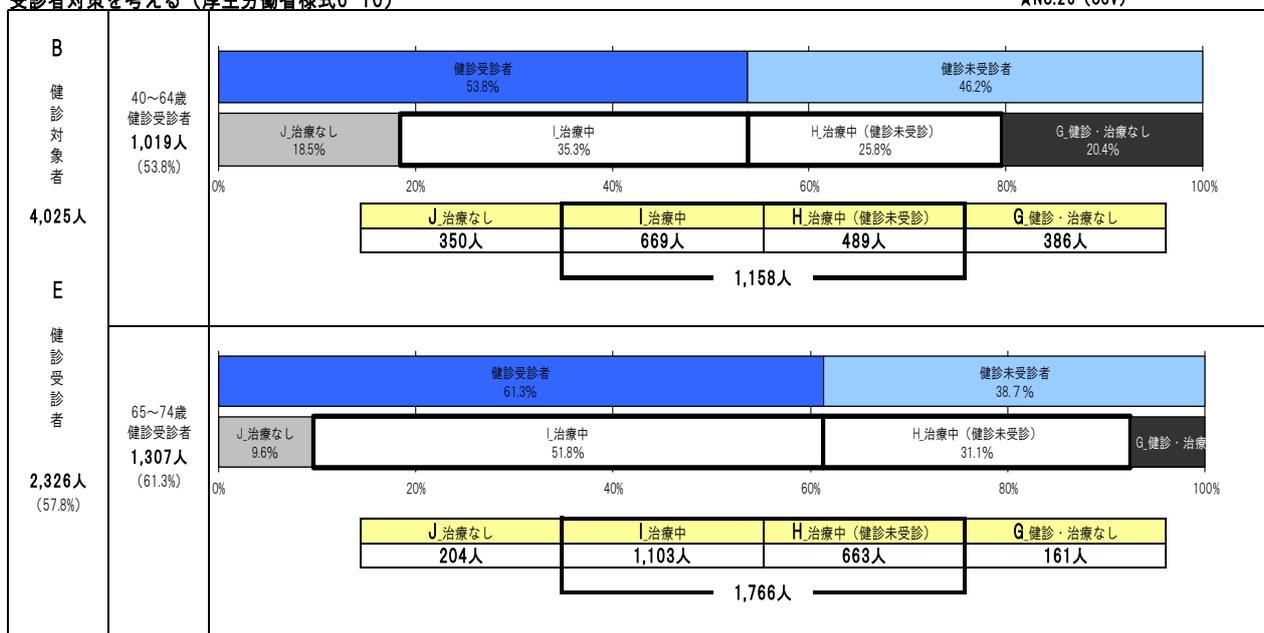
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が20.4%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。健診を受けていない理由として「受けたくない」や、健診申込書が未提出で把握ができない状態であることが分かった。受けたくない理由や未提出である理由を往復はがき等を利用し対策を考える必要がある。

健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でも、健診未受診者は健診受診者より、18,059円も高くなっている。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】

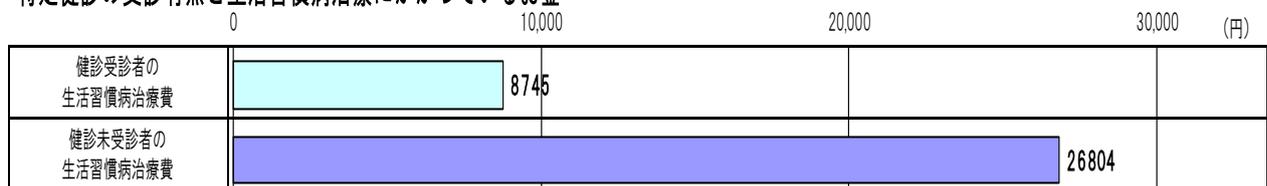
受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



OQ_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

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



4) 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、医療費そのものの増減は環境要因や社会的要因等の影響を受けやすいことから、山都町国保においては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、糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患を減らしていくことを目標とする。

平成35年度には平成30年度と比較して、3つの疾患の新規患者数をそれぞれ5%減少させることを目標にする。

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ため、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

重症化予防、医療費適正化へつなげるため、入院を抑え、未治療者を外来受診に繋げることを目標とし、まずは入院の費用額の割合を平成35年度には県並みとすることを目指す。目標達成のため、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、計画及び評価の見直しをする。

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。

糖尿病は、インスリン生産量が3分の2となる60代より前の段階からインスリンを守る視点での保健指導を行い、インスリン抵抗性による血糖コントロール不良者の割合を減らしていく。また、高血圧と脂質異常症は、健診の結果で受診連絡票等を活用し医療機関への受診勧奨をした結果、受診につながったと考えられるため、今後も受診勧奨保健指導を継続して行う。医療受診に繋がった後も、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、栄養指導等を強化していく。

さらに生活習慣病は自覚症状がないことから、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。

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	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	目標値	実績										
中長期目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費	1,077																				
	入院の伸び率	レセプトに占める入院医療費の割合	50.5																		44.3		
		新規 脳血管疾患患者数	42																			40	
	重症化した結果の疾患の発生状況	虚血性心疾患患者数	36																			34	
		人工透析者数	2																			1	
		高額(100万円)以上のレセプト 脳血管疾患患者数	6																			4	
		虚血性心疾患患者数	3																			2	
	短期目標	基礎疾患の重症化予防	最大医療費(腎不全)透析あり	18																			16
			特定健診受診率	59.1	59.3	59.6	59.9	60	60.1	60.2													
			特定保健指導実施率	67.6	70	71	72	73	74	75													
特定保健指導対象者の減少率			26.1																				23.6
メタボリックシンドローム該当者の割合			14.5																				13
メタボリックシンドローム予備群の割合			8.6																				7.8
健診受診者のⅡ度高血圧者の割合(※1)			0.8																				0.7
健診受診者のⅡ度高血圧者で未治療者の割合(※2)			3																				2
健診受診者の脂質異常者(LDL180以上)の割合(※3)			2.3																				2.1
健診受診者の糖尿病者(未治療HbA1c6.5以上)の割合(※4)			39.6																				35.7
健診受診者の糖尿病者(治療中HbA1c7.0以上)の割合(※5)	36.6																				33		
糖尿病の未治療者の割合(※6)	51.6																				46.5		
糖尿病の保健指導実施率	86.3																				94		

※1) ※3) 全受診者中
 ※2) 治療なしの者のうち
 ※4) HbA1c6.5以上の者のうち
 ※5) 糖尿病で治療中の者のうち
 ※6) 糖尿病管理台帳の対象者中、図表28の(オ・キ・F)

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. 目標の設定

【図表 20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	59.3%	59.6%	59.9%	60%	60.1%	60.2%
特定保健指導実施率	70%	71%	72%	73%	74%	75%

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	4,125人	3,985人	3,850人	3,783人	3,621人	3,390人
	受診者数	2,475人	2,375人	2,306人	2,270人	2,173人	2,034人
特定保健指導	対象者数	198人	185人	175人	173人	161人	151人
	受診者数	139人	131人	126人	126人	119人	113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 集団健診(山都町矢部保健福祉センター千寿苑、清和保健センター、蘇陽支所他)
- ② 節目人間ドック

(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) 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）

(4) 実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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、健診期間や検査項目、料金について住民に広く周知するために、健康診査予定表を作成し、住民に配布したり、町のホームページに掲載する。(図表 22)

また、健診未受診者対策として、未受診者に対して個別の受診勧奨を行う。(第4章Ⅱ重症化予防の取組を参照)

平成30年度山都町健康診査予定表

集 団 健 診						
実施場所と時期	健診名称	時 期	場 所		注 意 点	
	夏健診	6月18日～7月5日	矢部保健センター		地区毎に割り振りますが、他の地区で受けることもできます。 他の地区で受診を希望される場合は申し出ください。 受けられなかった方は受診してください。	
	秋健診	10月24日 ～10月31日	清和保健センター			
		11月1日 ～11月9日	蘇陽支所			
		11月13日・14日	矢部保健センター			
春健診	平成31年2月13日	蘇陽支所				
	2月14日	清和保健センター				
検査項目		対象年齢等	個人負担金		委託料 (実際の金額)	注 意 点
1. 基本健康診査	基本健康診査	20～39歳	1,000円		9,316円	医療保険の種類に関係なく受診できます。
	特定健康診査	40～74歳	1,000円		10,386円	山都町国保加入者は全員が受診可能です。 ※他医療保険の被扶養者は 受診券 が必要です。
	後期高齢者健康診査	75歳以上		800円	9,180円	
2. 肝炎検査(血液検査)		40 45 50 55 60歳のみ	500円		2,592円	肝炎検査の単独での受診も可能です。
3. 胸部レントゲン 検査	肺がん検診	40～64歳	500円		1,890円	
	肺がん・結核検診	65歳以上	無 料	無 料	972円	65歳以上の方は結核検診が義務づけられています。
4. 大腸がん検診(検便)		40歳以上	300円	300円	1,512円	便の提出による検査です。
5. 胃がん検診(透視)		40～80歳	500円	300円	4,752円	バリウムによる検査です。事前に体調などについての問診があります。
6. 腹部超音波検査		20歳以上	1,500円	700円	3,564円	絶食の状態での検査です。
7. 子宮がん検診		20歳以上女性	500円	300円	4,150円	
8. 乳がん検診(超音波)		20歳以上女性	500円	300円	3,240円	
9. 乳がん検診(マンモグラフィ)		20歳以上女性	500円	300円	3,780円	乳房の超音波検査をうけられた方のみ追加で受診できます。
10. 骨粗しょう症検査		20～60歳女性	1,000円		3,240円	
11. 前立腺がん検診(血液検査)		50歳以上男性	500円	300円	1,620円	血液検査で、腫瘍マーカーの量を調べます。
送 迎			無 料			健診受診票のセットに同封して送迎の予定表を配布します。
注 意 点		<p>◎特定健康診査は各医療保険ごとに受診が義務付けられています。積極的に受診しましょう。</p> <p>各医療保険ごとに料金設定があります。ご注意ください。(山都町国保加入者は1,000円です)</p> <p>◎ 社会保険等の被扶養者の方は、健診当日に特定健康診査(40～74歳)の 受診券 を必ず持参してください。 (問い合わせ先は加入している医療保険になります)</p> <p>◎基本健康診査以外の検査は、対象年齢であれば加入の医療保険に関係なく受診することができます。</p> <p>◎1年に1回は基本健診やがん検診を受診し、自分の健康状態を点検しましょう。</p>				
その他の集団健診						
検査項目	時 期	対象年齢等	料 金		委託料 (実際の金額)	注 意 点
			75歳未満	75歳以上		
1. 大腸内視鏡検査	矢部	40歳以上	1,500円	700円	4,100円	S状結腸(肛門から約50～60cm)まで調べます。 大腸内視鏡検査は、便潜血検査を受診された方で陰性(異常なし)と判定された方が対象です。 陽性と判定された方は医療機関を受診してください。
	蘇陽					
	清和					
2. 頸動脈超音波検査	平成31年2月	41、46、 51、56、 61、66、 71歳	1,500円		3,240円	頸動脈の超音波検査で、血管中の動脈硬化の進行度を調べます。 国保加入者で平成30年度に特定健診を受診した方が対象です。対象者には案内を通知します。

※節目人間ドック希望者は裏面をご覧ください。

年齢は平成31年3月31日時点の満年齢です。

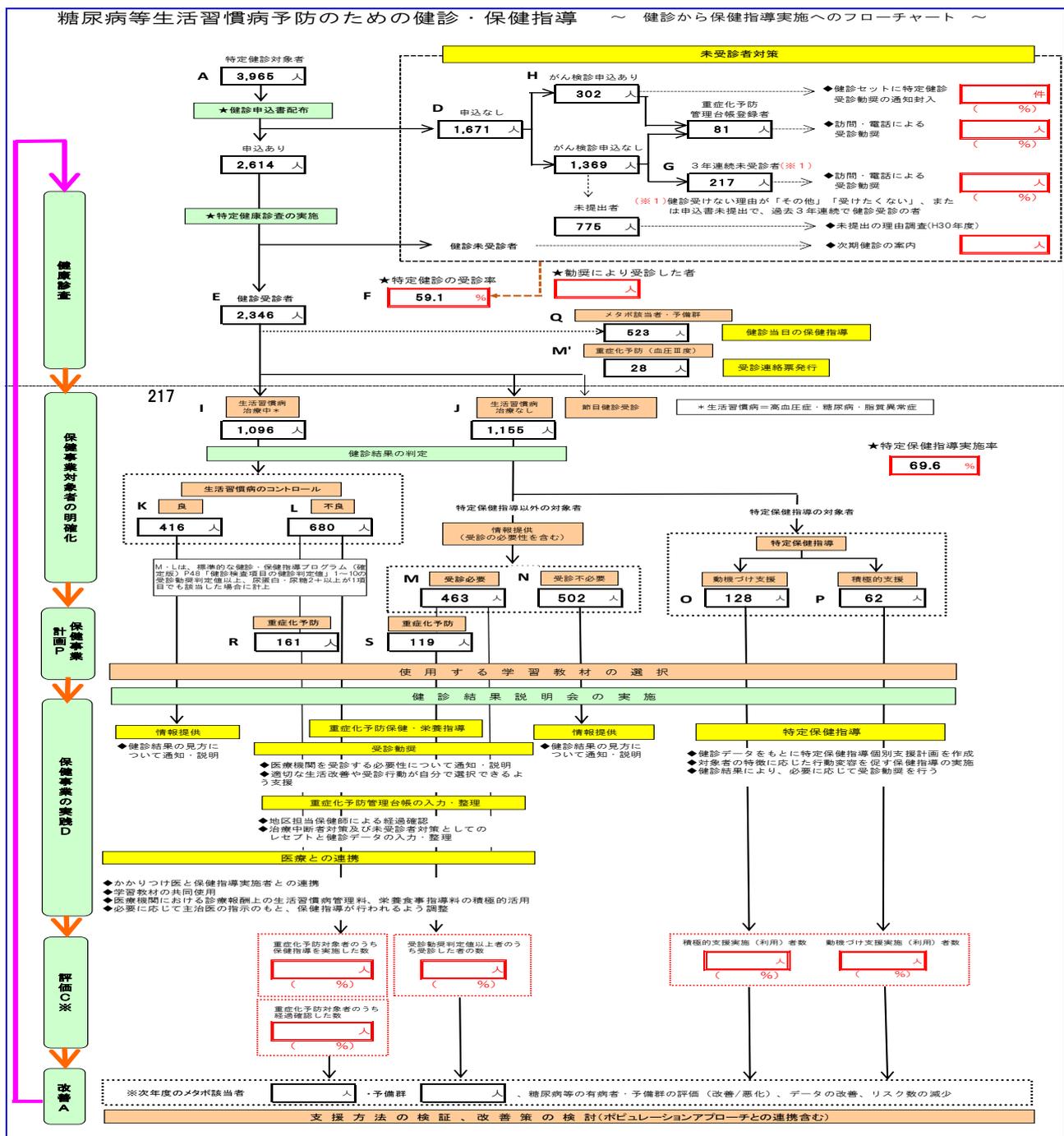
5. 特定保健指導の実施

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】

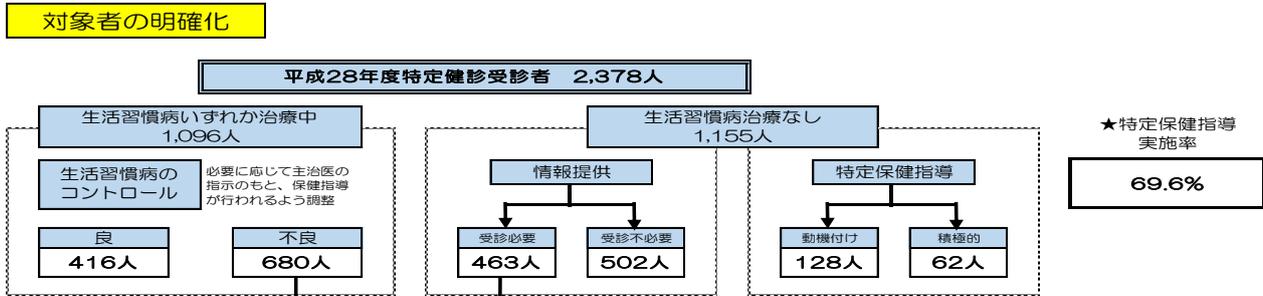
優先順位	図表 23	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	目標実施率
1	O ・ P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動 変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応 じて受診勧奨を行う	190 人 (8.1)	75%
2	S・R	重症化予防	◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援 ◆かかりつけ医との連携	161 人 (6.9)	100%
	L・M ※S・Rは 除く	受診勧奨	◆医療機関を受診する必要性 について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動 が自分で選択できるよう支援	863 人 (36.8)	100%
3	G	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)	217 人	80%
	H	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨 (例：受診勧奨の通知)	302 人	100%
4	K	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明 ◆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	416 人 (17.7)	100%
	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	502 人 (21.4)	100%

(3) 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

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）
～対象者の明確化から計画・実践・評価まで～



対象疾患	対象基準	年齢	対象人数
糖代謝	① 空腹時血糖250mg/dl以上	20歳～74歳	3
	② 空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c 6.5%以上の未治療者		104
	③ HbA1c 7.0%以上で治療ありの者		68
腎機能	① 尿蛋白(2+)以上	20歳～74歳	16
	② 尿中蛋白定量(クレアチン補正) 0.15g/gCr以上 かつ 尿潜血(+)以上		—
	③ 尿中蛋白定量(クレアチン補正) 0.15g/gCr以上		—
	④ e-GFR 50未満		17
高血圧	① 血圧Ⅲ度(収縮期180mmHg以上 または 拡張期110mmHg以上)	20歳～74歳	19
	② 血圧Ⅱ度(収縮期160～179mmHg または 拡張期100～109mmHg)の未治療者		45
	③ 血圧Ⅱ度(収縮期160～179mmHg または 拡張期100～109mmHg)で治療ありの者		49
脂質代謝	① LDLコレステロール 180mg/dl以上	20～74歳	55
	② 中性脂肪 300mg/dl以上		46

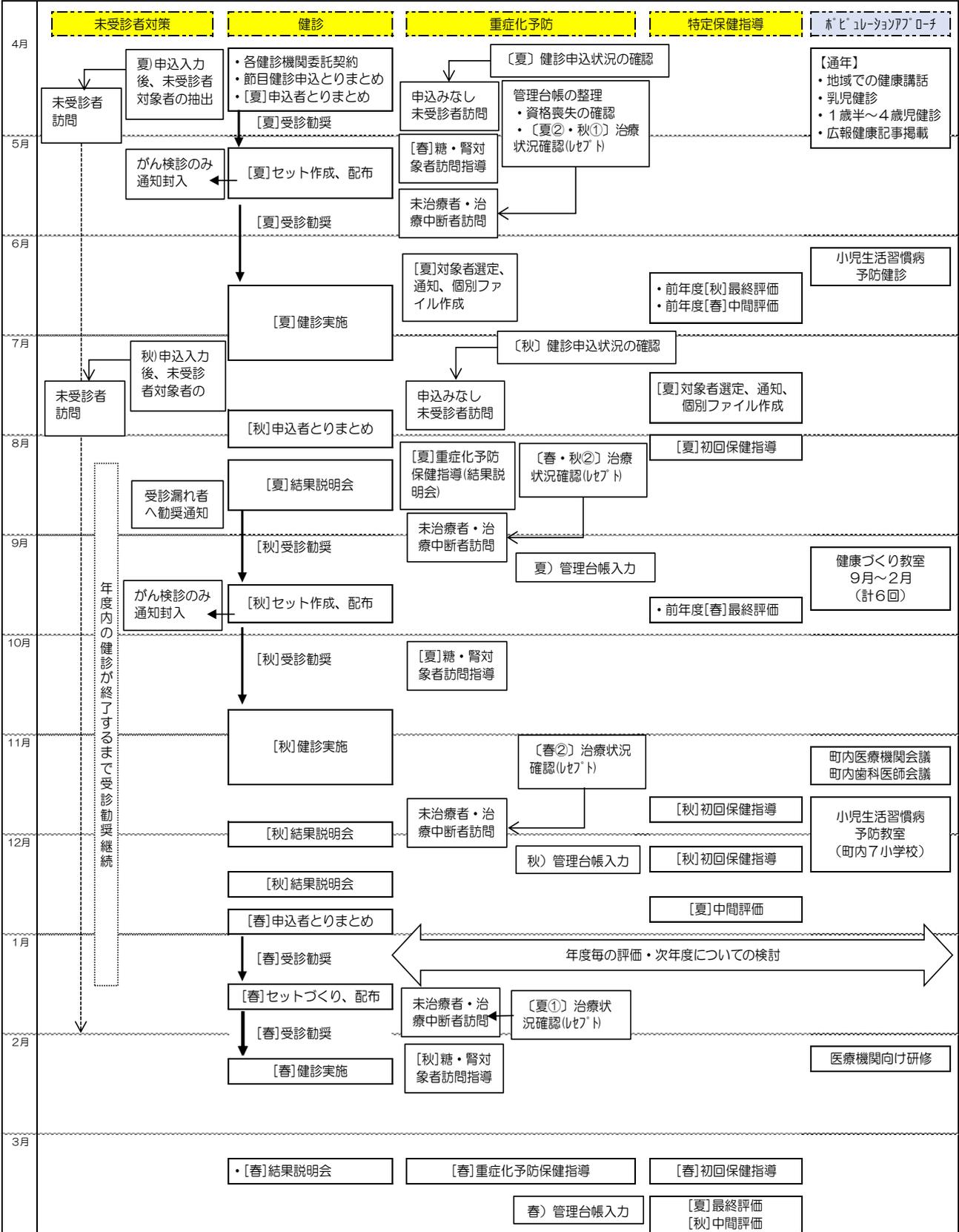
★ 対象疾患の優先順位については番号のとおり
★ 保健指導目標、評価基準等については別紙参照

課題設定と計画【P】

①未受診者対策	②特定健診	③保健指導															
平成29年度受診率目標 65% 国保年金係と共有理解を進める ● 第2期特定健診等実施計画・データヘルズ計画を推進 ● 未受診者対策 ① がん検診のみ申込者に特定健診受診勧奨の通知を同封 ② 3年連続未受診者で、未医療者に電話・訪問で受診勧奨 ③ 重症化予防管理台帳登録者で健診未申込者に対し訪問を行う ④ 健診申込はあるが未受診者に対して、もれ健診前に通知を送付	平成29年度特定保健指導実施率目標 60% 平成28年度は67.6%実施 9月下旬まで平成28年度対象者への特定保健指導(最終)を完了させる。 8月上旬から、29年度の特定保健指導(初回)を開始する。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>対象疾患</th> <th>目的(理解してもらう内容)</th> <th>保健指導</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>糖代謝</td> <td> ・ 受診勧奨(治療・検査の必要性) ・ 合併症予防 </td> <td> ・ 臨床または熊本県版のフローチャートを使用し診断について説明する ・ 糖尿病専門医へ紹介する ・ 糖尿病連携手帳を使用し、検査時期や合併症について説明する </td> </tr> <tr> <td>腎機能</td> <td> ・ 現状の確認 ・ CKD重症度分類の確認 ・ 必要に応じて専門医の紹介 ・ 栄養指導の実施 </td> <td> ・ 受診連絡票の発行 ・ 医療機関での精密検査のすすめ(※専門医受診者除く) →尿蛋白定量検査の実施のすすめ ・ 栄養指導の実施 </td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td> ・ 家庭血圧測定の実践 ・ 受診勧奨 </td> <td> ・ 健診日に家庭血圧測定の必要性を説明し、健診脚気説明会まで測定・記録してもらう ・ 血圧測定方法の説明 ・ 治療の必要性 </td> </tr> <tr> <td>脂質代謝</td> <td> ・ 受診勧奨 </td> <td> ・ 治療の必要性 ・ 生活改善の必要性(食事、体重管理) ・ 栄養指導 </td> </tr> </tbody> </table>	対象疾患	目的(理解してもらう内容)	保健指導	糖代謝	・ 受診勧奨(治療・検査の必要性) ・ 合併症予防	・ 臨床または熊本県版のフローチャートを使用し診断について説明する ・ 糖尿病専門医へ紹介する ・ 糖尿病連携手帳を使用し、検査時期や合併症について説明する	腎機能	・ 現状の確認 ・ CKD重症度分類の確認 ・ 必要に応じて専門医の紹介 ・ 栄養指導の実施	・ 受診連絡票の発行 ・ 医療機関での精密検査のすすめ(※専門医受診者除く) →尿蛋白定量検査の実施のすすめ ・ 栄養指導の実施	高血圧	・ 家庭血圧測定の実践 ・ 受診勧奨	・ 健診日に家庭血圧測定の必要性を説明し、健診脚気説明会まで測定・記録してもらう ・ 血圧測定方法の説明 ・ 治療の必要性	脂質代謝	・ 受診勧奨	・ 治療の必要性 ・ 生活改善の必要性(食事、体重管理) ・ 栄養指導
対象疾患	目的(理解してもらう内容)	保健指導															
糖代謝	・ 受診勧奨(治療・検査の必要性) ・ 合併症予防	・ 臨床または熊本県版のフローチャートを使用し診断について説明する ・ 糖尿病専門医へ紹介する ・ 糖尿病連携手帳を使用し、検査時期や合併症について説明する															
腎機能	・ 現状の確認 ・ CKD重症度分類の確認 ・ 必要に応じて専門医の紹介 ・ 栄養指導の実施	・ 受診連絡票の発行 ・ 医療機関での精密検査のすすめ(※専門医受診者除く) →尿蛋白定量検査の実施のすすめ ・ 栄養指導の実施															
高血圧	・ 家庭血圧測定の実践 ・ 受診勧奨	・ 健診日に家庭血圧測定の必要性を説明し、健診脚気説明会まで測定・記録してもらう ・ 血圧測定方法の説明 ・ 治療の必要性															
脂質代謝	・ 受診勧奨	・ 治療の必要性 ・ 生活改善の必要性(食事、体重管理) ・ 栄養指導															

ポピュレーションアプローチ(通年)
目標と課題 1) 健康山都21計画の啓発・推進 ・ 目的及び評価指標に沿って実施するとともに、事業の評価、検討を行う 2) 若い世代(40歳未満)の健康づくり支援を充実させる ・ 小児生活習慣病予防健診・教室をとおしての知識の普及 ・ 乳児健診、各種幼児健診で子どもや親の生活習慣の改善を行っていく ・ 地域の集まりを利用した糖尿病予防に関する講話の実施 ・ 町広報等を利用した知識の普及

実践スケジュール【D】



[夏]…夏健診(矢部地区)、[秋]…秋健診(清和・蘇陽・矢部地区)、[春]…春健診(清和・蘇陽地区)

評価【C】

特定保健指導

	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
目標(保健指導)	31.0%	38.0%	45.0%	48.0%	51.0%	54.0%	57.0%	60.0%
実績(保健指導)	31.5%	47.8%	57.6%	57.3%	52.5%	68.5%	69.6%	
全国市町村国保の実績	19.3%	21.7%	23.2%	23.7%	24.4%	20.5%	21.1%	

年度	受診者	全体				積極的支援				動機づけ支援			
		該当者	該当率	実施者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率	該当者	該当率	実施者	実施率
H22年度	2,912	365	12.5%	115	31.5%	154	5.3%	48	31.2%	211	7.2%	67	31.8%
H23年度	2,816	320	11.4%	153	47.8%	137	4.9%	49	35.8%	183	6.5%	104	56.8%
H24年度	2,774	311	11.2%	179	57.6%	130	4.7%	60	46.2%	125	69.1%	119	65.7%
H25年度	2,734	288	10.5%	165	57.3%	108	4.0%	44	40.7%	180	6.6%	121	67.2%
H26年度	2,566	238	9.3%	125	52.5%	94	3.7%	34	36.2%	144	5.6%	91	63.2%
H27年度	2,526	222	8.8%	152	68.5%	75	3.0%	42	56.0%	147	5.8%	110	74.8%
H28年度	2,346	207	8.8%	144	69.6%	68	2.9%	39	57.4%	139	5.9%	105	75.5%

重症化予防保健指導

対象疾患	糖代謝	腎機能	高血圧	脂質代謝
評価指標	<ul style="list-style-type: none"> 受診状況 次年度健診結果 (HbA1c値・空腹時血糖値) 	<ul style="list-style-type: none"> 受診状況 次年度健診結果 (尿蛋白・eGFR) 	<ul style="list-style-type: none"> 受診状況 次年度健診結果 (血圧値) 	<ul style="list-style-type: none"> 受診状況 次年度健診結果 (LDL値・中性脂肪値)

対象疾患	H27年度保健指導を実施し、H28年度健診受診者				
	改善状況			治療状況	
	改善	維持	悪化	治療	未治療
糖代謝	22.4%	47.7%	12.6%	60.4%	39.6%
腎機能	12.5%	60.6%	4.2%	93.3%	7.1%
高血圧	56.4%	16.4%	3.1%	50.4%	49.6%
脂質代謝 (LDL)	49.3%	29.0%		1.8%	98.2%

※保健指導支援ツールより
 評価ツール(血圧・HbA1c・LDLの年次比較)
 経年比較ツール(評価、CKD評価)
 集計ツール(CKD分類)

改善【A】

★毎年度当初(4月～5月中旬まで)に、前年度の健診結果等の評価をもとに計画に沿った保健事業が円滑に実施できるよう、健康ほけん課全体(支所健康増進担当含む)で協議し、課題解決に取り組む。

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山都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、特定健康審査等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、山都町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指す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、生活習慣病による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症予防・虚血性心疾患予防・脳血管疾患予防の取組を行う。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る医療費や介護費用等への影響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 特定健診・特定保健指導の実施」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

【図表 26】

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

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糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、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

ア. 参考資料2のフローチャートの3つの条件(A・B・C)すべてに該当する者

イ. ア以外であっても参考資料2を参考に、健診結果より受診勧奨が必要な者

②糖尿病治療中断者

通院中の患者で最終の受診日から6ヶ月以上経過しても受診した記録がない者

③重症化するリスクの高い者

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てい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】

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。

山都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。（図表 28）

【図表 28】

糖尿病性腎症病期分類		第1期		再掲 (第2~4期)			第5期	
		腎症前期		第2期	第3期	第4期	透析療法期	
		eGFR		早期腎症期	顕性腎症期	腎不全期		
尿蛋白	アルブミン尿	30以上		--	30以上		透析療法中	
		正常アルブミン尿 (30未満)	N --	微量アルブミン尿 (30-299)	顕性アルブミン尿 (300以上)	問わない		
	尿蛋白	(一)		M --	(±)	(+)以上		問わない
		274人 (94.2)	17人 (5.8)	4人 (1.4)	11人 (3.8)	2人 (0.69)		

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）

山都町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 106 人（36.4%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 685 人中のうち、特定健診受診者が 347 人（50.7%・G）であったが、100 人（28.8%・キ）は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 338 人（49.3%・I）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 115 人中 35 人は治療中断であることが分かった。また、80 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る。

③介入方法と優先順位

図表 29 より山都町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者（F）・・・106 人
- ② 糖尿病治療中であつたが中断者（オ・キ）・・・135 人
 - ・介入方法として健診結果説明会での面接（重症化予防保健指導）、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】

- 糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者（ク）・・・247 人
 - ・介入方法として健診結果説明会での面接（重症化予防保健指導）、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

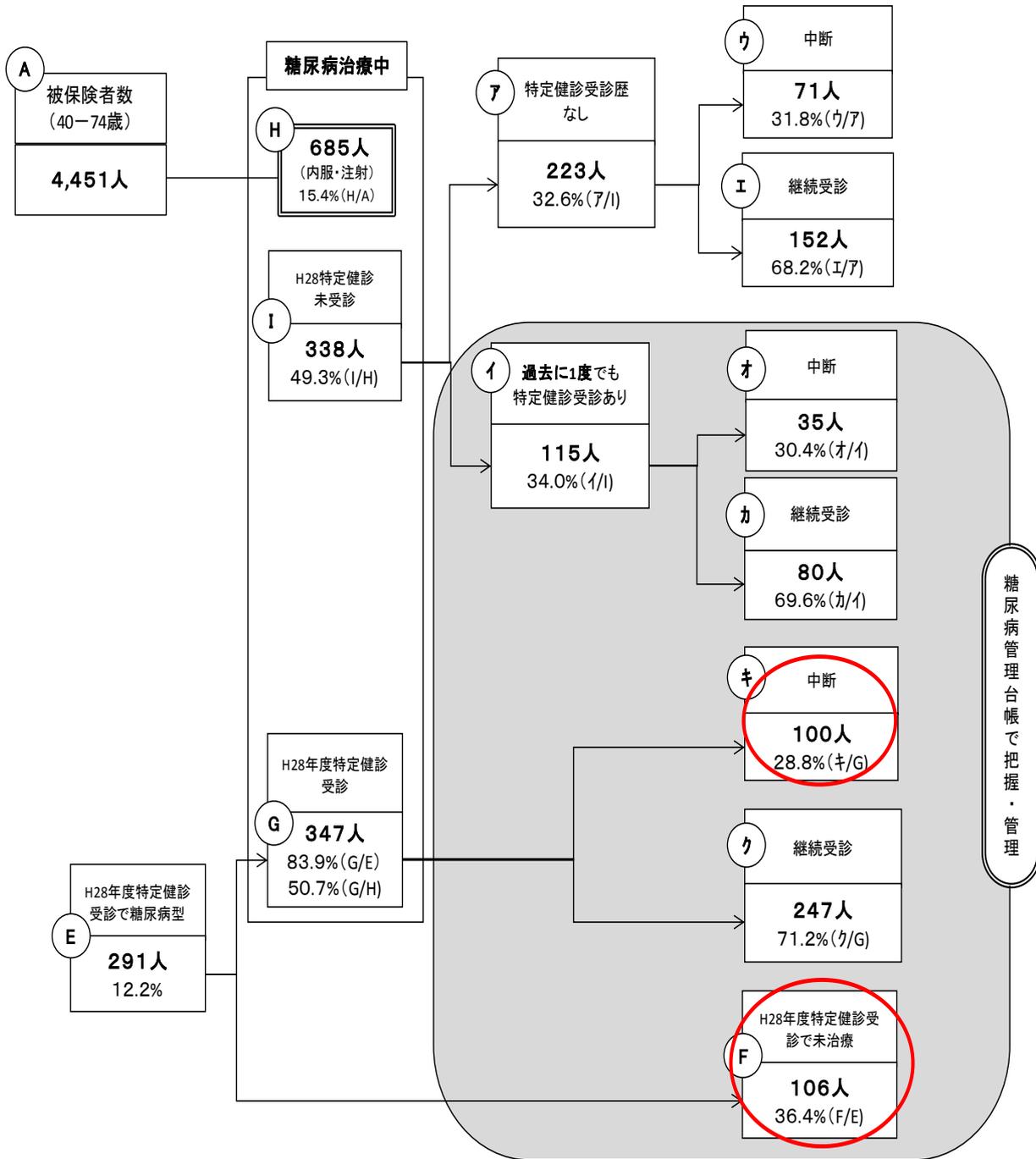
【保健指導】

- 過去に特定健診受診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・80 人
 - ・介入方法として戸別訪問（健診受診勧奨・治療状況の確認）、個別面談、電話、手紙等に対応
 - ・医療機関と連携した保健指導

【図表 29】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳（参考資料3）及び年次計画表（参考資料4）で行い担当地区ごとに作成し管理する。

【糖尿病台帳作成手順】

①健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は HbA1c、eGFR、尿蛋白 の情報を管理台帳に記載する。

*HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

*HbA1c 6.5%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 HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

②資格を確認する

③レセプトを確認し情報を記載する

治療状況の把握

- ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・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、有りの場合は疾患名を記入

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

未治療者・中断者（受診勧奨者）

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。山都町においては、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する。(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; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">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? <p>7. 高血糖が続くと体に何が起るのでしょうか?</p> <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明前まで自覚症状が出ません。だからこち… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起る体の部位と症状のあらわれ方～ <p>8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)</p>
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 }</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか? 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. チアグリジン薬とは 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(±)～(+)には二次健診として尿蛋白定量検査を実施する。さらに尿アルブミン検査の導入に向け財源の確保等を検討し、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、事前に町医師会等と協議し、糖尿病連携手帳、連絡票等を使用する。

(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糖尿病重症化予防プログラムに準じ行う。

6) 介護保険部局(高齢者支援係)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で介護サービス等の生活支援の必要性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る。

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、当該年度の夏健診・秋健診の健診結果を用いて、12月～1月にかけて行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び国保データベース(KDB)システム等の情報を活用し、目標管理一覧に明記する。また、中長期的評価においては「様式6-1糖尿病性腎症取組評価表」(参考資料5)を用いて行う。

(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 ○尿蛋白の変化 ○服薬状況の変化
 - eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下)

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、血管機能の非侵襲的評価法に関するガイドライン等に基づいて進める。(参考資料 6)

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る。(参考資料 7)

(2) 重症化予防対象者の抽出 (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。

山都町では特定健診受診者全員に心電図検査を実施しており、そのうち ST 所見があったのは 196 人であった (図表 31)。

【図表 31】

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)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成28年度	2466	100	2466	100.0	196	8.0	625	25.3	1645	66.9

ST 所見あり 196 人中のうち 23 人は精密検査が必要であった。(図表 32)

【図表 32】

ST所見ありの医療機関受診状況

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)(%)
196	100	23	11.7	3	13	20	87

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないがST所見ありの256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。

山都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は少ないが、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を継続していくことは重要である。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

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

虚血性心疾患に関する症状

【図表 33】

<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6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。

血管機能の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。血管機能不全を評価する検査には、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、尿の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、これらの検査を検討していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフローチャート」(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について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。

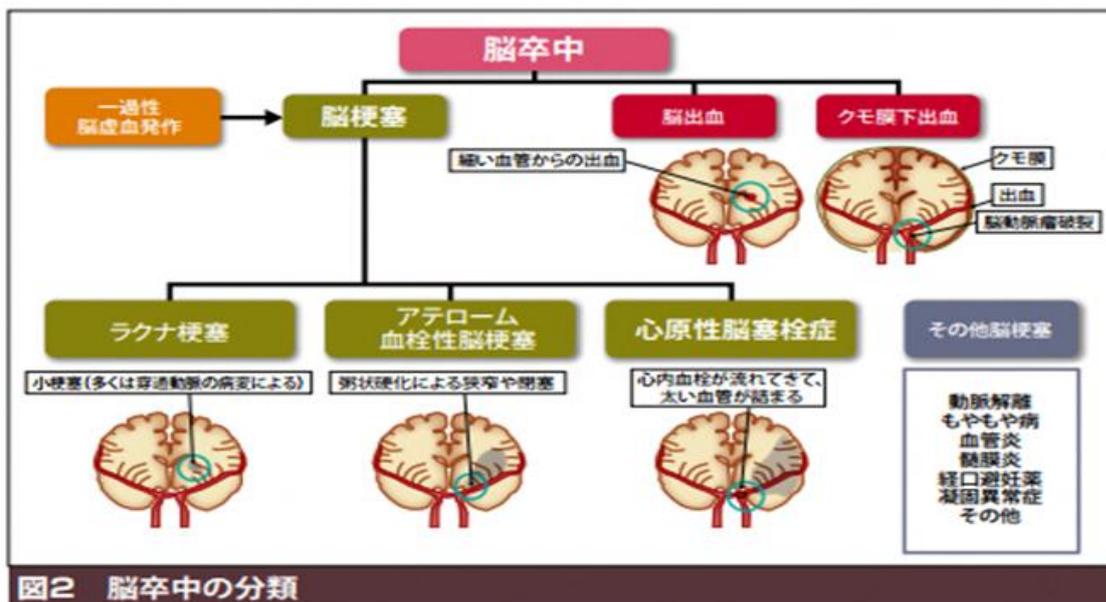
3. 脳血管疾患重症化予防

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る。(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。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳梗塞	ラクナ梗塞	●					○			○			
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●			○			○			
	心原性脳梗塞	●				●	○			○			
脳出血	脳出血	●											
	くも膜下出血	●											
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高BMDBM)		心房細動	メタリック・ 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		113人 4.8%	152人 6.4%	55人 2.3%	26人 1.1%	342人 14.4%	16人 0.7%	35人 1.5%					
治療なし		56人 3.8%	84人 3.8%	54人 2.9%	6人 0.5%	61人 4.9%	1人 0.1%	5人 0.4%					
治療あり		20人 17.7%	22人 14.5%	15人 27.3%	1人 3.8%	61人 17.8%	1人 6.3%	0人 0.0%					
臓器障害あり		33人 6.4%	34人 36.8%	15人 0.2%	6人 1.8%	19人 24.9%	1人 1.3%	5人 2.7%					
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	1人	0人	1人	0人	0人	0人	0人					
	尿蛋白(2+)以上	1人	0人	1人	0人	0人	0人	0人					
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人					
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人					
	心電図所見あり	32人	34人	14人	0人	19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113人(4.8%)であり、56人は未治療者であった。また未治療者のうち33人(6.4%)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(17.7%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要とる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

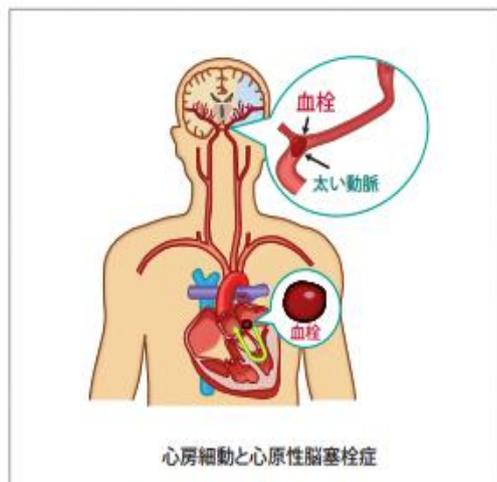
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

血圧分類		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上			
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	1,583	632	385	261	249	38	18	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬 治療	ただちに 降圧薬治療
		39.9%	24.3%	16.5%	15.7%	2.4%	1.1%	18	127	160
リスク第1層	224	123	59	20	18	4	0	18	4	0
		14.2%	19.5%	15.3%	7.7%	7.2%	10.5%	0.0%	100%	3.1%
リスク第2層	780	298	187	143	123	19	10	--	123	29
		49.3%	47.2%	48.6%	54.8%	49.4%	50.0%	55.6%	96.9%	18.1%
リスク第3層	579	211	139	98	108	15	8	--	--	131
		36.6%	33.4%	36.1%	37.5%	43.4%	39.5%	44.4%	--	81.9%
再掲) 重複あり	糖尿病	139	42	39	23	30	4	1		
		24.0%	19.9%	28.1%	23.5%	27.8%	26.7%	12.5%		
	慢性腎臓病 (CKD)	309	133	67	44	53	6	6		
	53.4%	63.0%	48.2%	44.9%	49.1%	40.0%	75.0%			
3個以上の危険因子	258	72	64	52	58	7	5			
	44.6%	34.1%	46.0%	53.1%	53.7%	46.7%	62.5%			

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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る。

(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 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見者の状況である。

(脳卒中予防の提言より引用)

【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			
	男性	女性	男性		女性	
	人	人	人	%	人	%
合計	1197	1181	26	2.2	2	0.2
40歳代	97	74	0	0.0	0	0
50歳代	196	190	2	1.0	0	0
60歳代	672	626	17	2.5	0	0.0
70～74歳	232	291	7	3.0	2	0.7

* 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

心電図検査において 28 人が心房細動の所見であった。(図表 39)

有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。

また 28 人のうち 22 人は既に治療が開始されていたが、6 人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施を継続していくことが必要である。

【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	%
28	100	6	21.6	22	78.6

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能の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、尿の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、これらの検査の実施を検討する。

(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・Ⅲ度高血圧者を対象に台帳管理し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行う。(参考資料8)

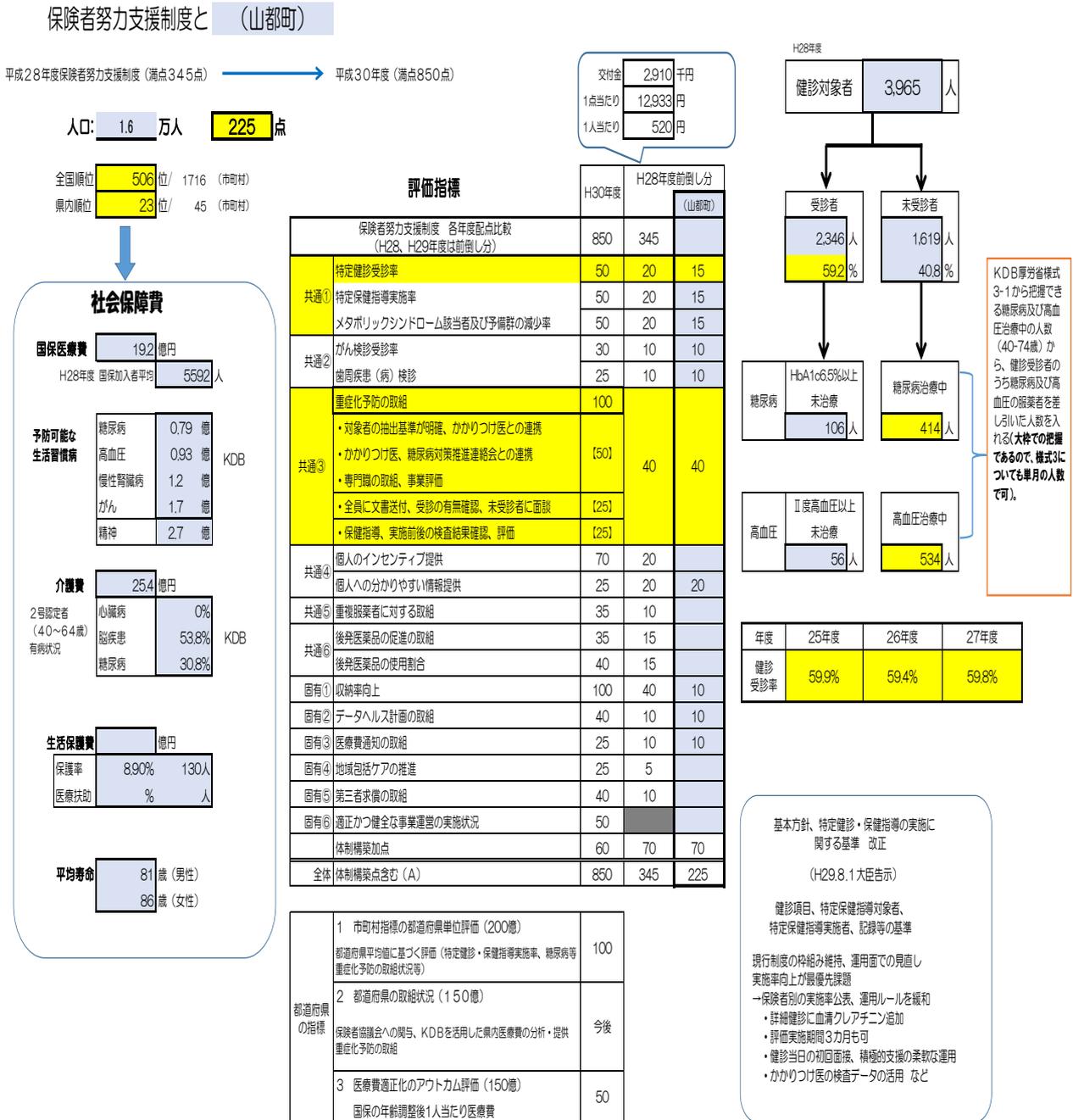
② 心房細動の管理台帳

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

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实態と社会環境等について広く町民へ周知する。(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うち脳血管疾患、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。

熊本県の総人口は平成27年10月1日現在で1,786,118人、うち75歳以上の人口(後期高齢者人口)は275,501人で、平成22年に比べ総人口が31,308人の減少に対し、75歳以上の後期高齢者人口が21,575人の増加となっている。伸び率で見ると総人口が1.7%の減であるのに対して、後期高齢者人口が8.5%増と著しく伸びている。

山都町の後期高齢者の人口伸び率を見ると、2020年から2030年にかけて急激に上昇し、30年以降も増加傾向が見込まれる。

また、山都町国民健康保険被保険者のうち、65歳以上の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、医療サービスを可能な限り必要としないようにするための対策は国保にとっても町にとっても非常に有益である。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアが推進されている。国保保険者としても、地域で被保険者を支える連携の促進のために、在宅医療介護多職種連携事業等へ積極的に参画し、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のネットワークや情報共有の仕組みづくりへの支援・協力を行う。

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。

年1回は、当該年度の健診（夏健診・秋健診）の結果等をもとに12月～1月中に評価を実施する。

2. 評価方法・体制

健診・医療情報（KDBシステム等）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。（参考資料9）

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

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、事務職が受診率・受療率、医療の動向等について定期的に確認を行い、保健指導に係る保健師・栄養士に情報提供する。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連合会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。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた山都町の位置

参考資料 2 熊本県版糖尿病腎症重症化予防プログラム対象者選別と受診勧奨先振り分け

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

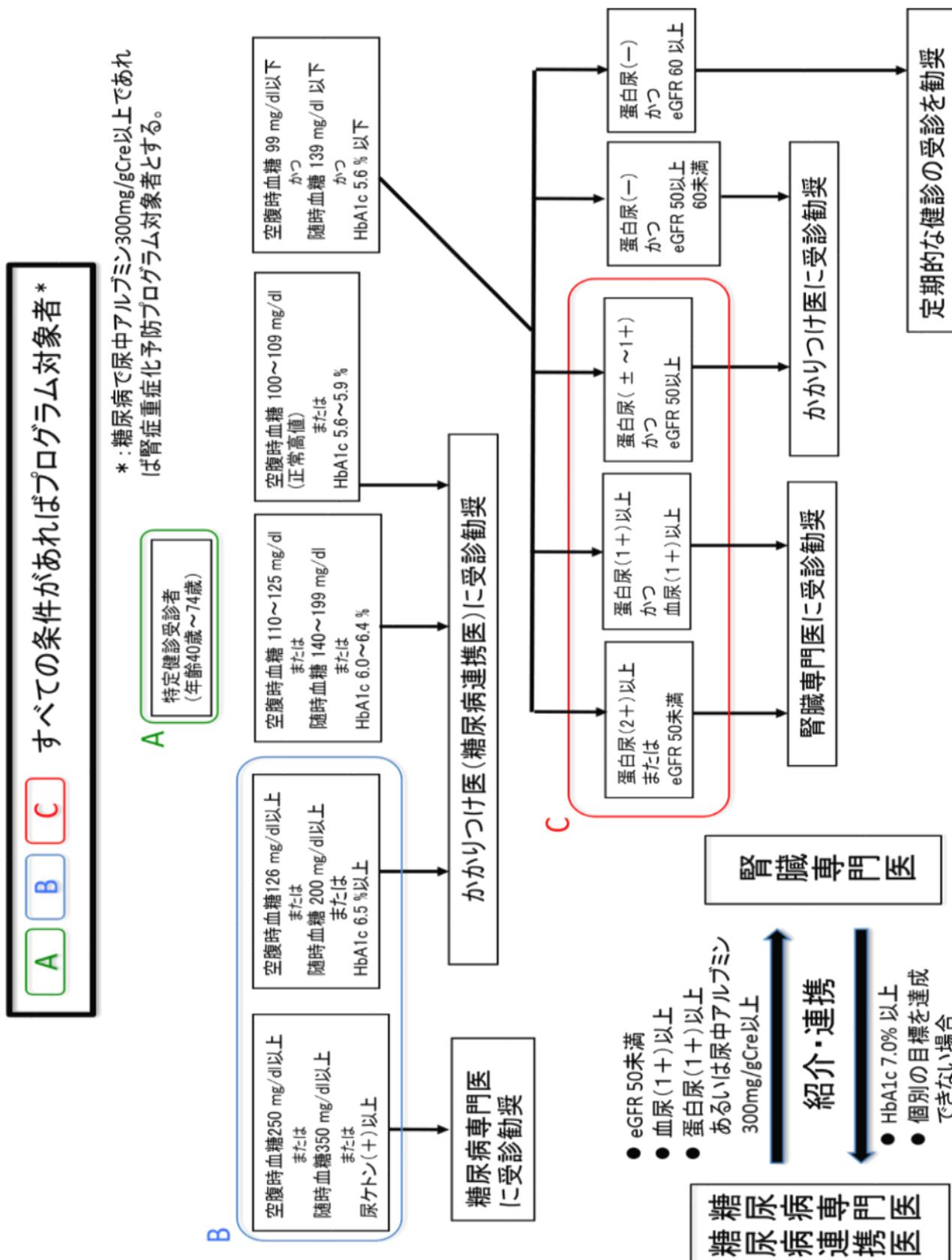
参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧管理台帳

参考資料 9 評価シート

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた山都町の位置											H28年度			
項目		H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)		
		保険者		保険者		同規模平均		県		国				
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		16,929		15,655		2,213,234		1,794,477		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる地域の健康課題	
		65歳以上（高齢化率）		6,753	39.9	6,949	44.4	623,636	28.2	462,261	25.8	29,020,766		23.2
		75歳以上		4,156	24.5	4,241	27.1			253,517	14.1	13,989,864		11.2
		65～74歳		2,597	15.3	2,708	17.3			208,744	11.6	15,030,902		12.0
		40～64歳		5,896	34.8	4,762	30.4			602,031	33.5	42,411,922		34.0
	39歳以下		4,280	25.3	3,944	25.2			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業		38.9		38.9		12.2		10.5		4.2	KDB_NO.3	
		第2次産業		16.1		16.1		27.7		21.2		25.2	健診・医療・介護 データからみられる地域の健康課題	
		第3次産業		45.0		45.0		60.1		68.4		70.6		
	③ 平均寿命	男性		81.0		81.0		79.3		80.3		79.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.0		86.0		86.3		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性		65.5		65.4		65.1		65.3		65.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性		65.7		65.7		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)		男性		89.8		87.8		103.9		94.7		KDB_NO.1 地域全体像の把握
				女性		90.5		95.1		102.0		92.8		
		がん		90	51.1	67	43.8	7,565	46.0	5,499	48.4	367,905	49.6	
		心臓病		36	20.5	41	26.8	4,757	29.0	3,135	27.6	196,768	26.5	
		脳疾患		36	20.5	32	20.9	2,675	16.3	1,774	15.6	114,122	15.4	
		糖尿病		1	0.6	4	2.6	338	2.1	183	1.6	13,658	1.8	
		腎不全		5	2.8	4	2.6	619	3.8	449	3.9	24,763	3.3	
	自殺		8	4.5	5	3.3	474	2.9	332	2.9	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		25	8.1	16	5.2			1,948	9.1	136,944	10.5	厚労省HP 人口動態調査
		男性		15	10.3	12	8.0			1,294	12.6	91,123	13.5	
女性		10	6.1	4	2.5			654	5.9	45,821	7.2			
3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		1,570	23.1	1,628	24.3	126,447	20.4	108,753	23.3	5,882,340	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		新規認定者		10	0.4	21	0.3	2,113	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
	2号認定者		25	0.5	24	0.4	2,818	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4		
	② 有病状況	糖尿病		345	25.5	332	20.3	27,924	21.2	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症		1,050	64.9	1,133	67.8	69,041	52.8	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症		404	24.8	436	26.1	35,204	26.8	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病		1,147	72.1	1,220	73.5	78,702	60.2	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患		509	33.6	456	28.5	34,872	26.7	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん		180	11.9	214	13.2	13,015	9.8	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格		995	62.0	1,059	63.9	67,392	51.7	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
精神		565	35.0	603	37.4	47,608	36.2	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）		72,873		68,560		67,101		61,022		58,349	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス		37,081		36,656		41,922		40,033		39,683			
④ 医療費等	施設サービス		280,375		280,646		276,064		291,281		281,115	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	要介護認定別医療費（40歳以上）		認定あり		7,951	7,868	8,322	8,532	7,980					
		認定なし		4,068	4,242	3,995	3,919	3,822						
4	① 国保の状況	被保険者数		6,199		5,407		574,807		471,487		32,587,223	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		65～74歳		2,052	33.1	2,181	40.3			182,316	38.7	12,462,053		38.2
		40～64歳		2,727	44.0	2,056	38.0			162,771	34.5	10,946,693		33.6
		39歳以下		1,420	22.9	1,170	21.6			126,400	26.8	9,178,477		28.2
	加入率		36.6		31.9		26.0		26.3		26.9			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		4	0.6	4	0.7	173	0.3	214	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 被保険者の状況
		診療所数		13	2.1	13	2.4	1,295	2.3	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数		238	38.4	228	42.2	22,850	39.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数		21	3.4	22	4.1	2,887	5.0	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数		667.7		699.1		686.7		727.4		668.3		
入院患者数		29.5		31.3		22.1		25.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		26,713		26,830		26,719		27,978		24,253	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		697.182		730.344		708.765		752.943		686.501			
	外来	費用の割合		49.6		49.5		57.8		55.7			60.1	
		件数の割合		95.8		95.7		96.9		96.6			97.4	
	入院	費用の割合		50.4		50.5		42.2		44.3			39.9	
		件数の割合		4.2		4.3		3.1		3.4			2.6	
	1件あたり在院日数		18.5日		18.3日		16.6日		18.0日		15.6日			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源疾患名（割合含む）	がん		188,536,200	16.4	165,435,310	15.9	24.4		20.5		25.6	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみられる地域の健康課題		
	慢性腎不全（透析あり）		128,473,860	11.2	116,618,440	11.2	9.4		12.4		9.7			
	糖尿病		80,409,370	7.0	79,344,370	7.6	10.2		9.6		9.7			
	高血圧症		132,976,080	11.6	93,329,920	9.0	9.0		8.4		8.6			
	精神		259,938,640	22.6	270,716,100	26.0	18.4		22.4		16.9			
	筋・骨格		213,263,120	18.5	204,692,240	19.6	15.2		15.1		15.2			

医療保険者・健診担当者用



糖尿病管理台帳
(浜C)

【対象者抽出基準】

過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5%以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	追加年度	自治体	行政区	住所	個人番号	番号	氏名	性別	H29年度末年齢	項目	H25	H26	H27	H28	H29	H30	かかりつけ医 内服薬その他疾病	保健指導内容	
1	H23							男	58	糖	服薬				○	○	申込	○	フオシーが錠5mg メトグルコ錠250mg
										HbA1c	6.6	6.8	7	7.2	7.5	受診			
										重症度分類	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	G1A1	動奨			
										CKD	GFR	108	107.4	91.7	98.6	96.9	指導		
										尿蛋白	-	-	-	-	-	レセ確認			
2	H23							男	64	糖	服薬	○	○	○	○	○	申込	○	エクア錠50mg
										HbA1c	6.4	6.7	7	6.4	7.4	受診			
										重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G3aA1	動奨			
										CKD	GFR	67.2	66.9	65.8	61.5	57.5	指導		
										尿蛋白	-	-	-	-	-	レセ確認			
3	H23							男	68	糖	服薬	○	○	○	○	○	申込	○	ジャヌビア錠50mg メトグルコ錠250mg
										HbA1c	8.8	6.9	6.6	7	7.1	受診			
										重症度分類	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	G2A1	動奨			
										CKD	GFR	75.1	65.7	67	63.3	62.6	指導		
										尿蛋白	-	-	-	-	-	レセ確認			

糖尿病管理台帳からの年次計画

	対象者把握	実施すること	他の機関との連携												
	<p>糖尿病管理台帳の全数 (A+B) (467) 人</p> <p>A.① 健診未受診者 (172) 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>(90) 人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>(52) 人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>(23) 人</td> </tr> <tr> <td>④住基異動 (死亡・転出)</td> <td>(8) 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) (28) 人</p> <p>*対象者を把握するためにも内訳を把握する作業が必要である 生活習慣病治療中で、糖尿病薬処方なしも含む</p>	結果把握 (内訳)		①国保 (生保)	(90) 人	②後期高齢者	(52) 人	③他保険	(23) 人	④住基異動 (死亡・転出)	(8) 人	⑤確認できず	(0) 人	<p>1. 資格喪失 (死亡、転出) の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療保険異動の確認 <p>2. レセプト (治療状況) の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 <p>3. 未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○健診申込状況の確認 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・未治療者は訪問動奨 ・既治療者は通知動奨 ・がんのみ申込み者は健診セットへ動奨通知封入 </div> <p style="text-align: center;">— 健診の実施 —</p> <p>4. 健診結果説明会</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療受診動奨の保健指導 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 	<p>後期高齢者、社会保険</p> <ul style="list-style-type: none"> ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
結果把握 (内訳)															
①国保 (生保)	(90) 人														
②後期高齢者	(52) 人														
③他保険	(23) 人														
④住基異動 (死亡・転出)	(8) 人														
⑤確認できず	(0) 人														
結果把握	<p>B. 結果把握</p> <p>① HbA1cが悪化している (124) 人</p> <p>例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (26) 人</p> <p>*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>5. 会いに行く</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関受診状況の確認 ○糖尿病手帳の確認 ○かかりつけ医との連携 	<p>かかりつけ医、糖尿病専門医</p>												
保健指導の優先づけ	<p>② 尿蛋白 (-) (278) 人</p> <p>(±) (3) 人</p> <p>(+) ~ 顕性腎症 (12) 人</p> <p>③ eGFR値の変化</p> <p>1年で 25% 以上低下 (3) 人</p> <p>1年で 5ml/分/1.73m² 以上低下 (88) 人</p>	<p>6. レポート確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○治療開始・中断の確認 ○状況に応じて訪問 	<p>栄養士中心</p> <p>腎専門医</p>												

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 山都町													
		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	被保険者数 (再掲)40才-74才	5,669	人			人		人		KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2	①	特定健診	健診対象者数	3,965	人			人		人		保健指導支援ツール	
	②		健診受診者数	2,378	人			人		人			
	③		健診受診率	60	%			%		%			
3	①	特定保健指導	保健指導対象者数	207	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	69.6	%			%		%			
4	①	健診データ	糖尿病型	291	人	12.2	%	人	%	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)	106	人	36.4	%	人	%	人	%		
	③		治療中(質問票 服薬有)	185	人	63.6	%	人	%	人	%		
	④		コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	100	人	54.1	%	人	%	人	%		
	⑤		血圧 130/80以上	55	人	55	%	人	%	人	%		
	⑥		肥満 BMI25.0以上	46	人	46	%	人	%	人	%		
	⑦		コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	85	人	45.9	%	人	%	人	%		
	⑧		糖尿病病期分類										
	⑨		尿蛋白	(-) 第1期	274	人	94.2	%	人	%	人		%
	⑩		(±) 第2期	4	人	1.4	%	人	%	人	%		
	⑪		(+)以上 第3期	11	人	3.8	%	人	%	人	%		
5	①	レセプト	糖尿病治療中	604	人	10.7	%	人	%	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	599	人	13.5	%	人	%	人	%		
	③		健診未受診者	414	人	69.1	%	人	%	人	%		
	④		糖尿病性腎症	33	人	5.5	%	人	%	人	%		
	⑤		(再掲)40才-74才	33	人	5.5	%	人	%	人	%		
	⑥		慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	14	人	2.32	%	人	%	人	%		
	⑦		(再掲)40才-74才	14	人	2.32	%	人	%	人	%		
	⑩		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)	17	人		%		%		%		
	⑧		新規透析患者数	3	人	21.4	%	人	%	人	%		
⑨	(再掲)糖尿病性腎症	1	人	7.1	%	人	%	人	%				
6	①	医療費	総医療費	a	19.2	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	1.7	億円		億円		億円			
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	8.8	%		%		%			
	④		生活習慣病 対象者一人	健診受診者	8,745	円		円		円			
	⑤		健診未受診者	26,804	円		円		円				
	⑥		糖尿病医療費	c	7,934	万円		万円		万円			
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	0.005	%		%		%			
	①			人	%	人	%	人	%	人	%		
	②		入院外	人	%	人	%	人	%	人	%		
	③		入院	人	%	人	%	人	%	人	%		
	⑧		糖尿病入院外総医療費	2.4	億円		億円		億円		億円		
	⑨		1件当たり	33,225	円		円		円		円		
	⑩		糖尿病入院総医療費	2.1	億円		億円		億円		億円		
	⑪		1件当たり	502,003	円		円		円		円		
	⑫		在院日数	19	日		日		日		日		
⑬	慢性腎不全医療費	1,521	億円										
⑭	透析有り	1.1	億円		億円		億円		億円				
⑮	透析なし	421	万円		万円		万円		万円				
7	①	介護	介護給付費	25.3	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										
	③		糖尿病	0.7	%		%		%				
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	16	人		人		人		KDB地域の全体像の 把握CSV		
	②		糖尿病	4	人	2.6	%	人	%	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

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 <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	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休憩と治る） <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					
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		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85～ 女 90～				
	<input type="checkbox"/> BMI	～24.9	25～				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～	
		食後	～199	200～			
	<input type="checkbox"/> HDL-C	40～	35～39	～34			
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	～149	150～169	170～			
	<input type="checkbox"/> ALT	～30	31～50	51～			
	<input type="checkbox"/> γ-GT	～50	51～100	101～			
	<input type="checkbox"/> 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～	
<input type="checkbox"/> HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～				
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	<input type="checkbox"/> 24時間血圧（夜間血圧・職場高血圧の鑑別）		
	拡張期	～84	85～89	90～			
<input type="checkbox"/> 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～				
④ <input type="checkbox"/> 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	(-)		(+)～				
<input type="checkbox"/> 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

血圧管理台帳

番号	追加 年度	自治 振興区	行政区	住所	個人番号	番号	氏名	性別	H29年度 末年齢		H27	H28	H29	H30		かかりつけ医 内服薬、その他疾病	保健指導内容	
														申込	○			
1	H23							男	58	服薬	○	○	○		申込	○		
										収縮期血圧	195		137		受診勧奨			
										拡張期血圧	81		73		指導			
										GFR	91.7	98.6	96.9		レセ確認			
尿蛋白	—	—	—															
2	H23							男	64	服薬					申込	○		
										収縮期血圧	145	155	141		受診勧奨			
										拡張期血圧	102	90	92		指導			
										GFR	65.8	61.5	57.5		レセ確認			
尿蛋白	—	—	—															
3	H23							男	68	服薬					申込	○		
										収縮期血圧	164	121	130		受診勧奨			
										拡張期血圧	94	71	83		指導			
										GFR	67	63.3	62.6		レセ確認			
尿蛋白	—	—	—															

第1期ターゲットヘルス計画 評価シート

保険者名: 山都町

※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		
1 脳血管疾患 患者の減少	【長中期】 平成25年度と比較し5%減少する 188人⇒ 178人以下 【短期】 健診受診者における Ⅱ度高血圧者の 減少	【本庁】 国保:事務職1 衛生:事務職1 保健師4 栄養士1 【清和支所】 事務職1、保健師1 【蘇陽支所】 事務職1、保健師2	【期間】 7月～3月 【対象者】 健診受診者のうち、 ①Ⅱ度高血圧者で未治療者 ②Ⅲ度高血圧者 【手段・方法】 健診当日に受診連絡票を 発行し医療機関受診を勧奨す る。結果説明会にて受診の確 認を行う。	H28年度 【回数】 事後指導 結果説明会 【対象人数】 ①43人 ②16人 計59人 【介入率】 目標:100%	H28年度実績 【回数】 事後指導 結果説明会 【実施人数】 ①37人(86.0%) ②15人(93.8%) 計52人 【介入率】 88.1%	H25年度実績 【脳血管疾患】 患者数 188人 入院1件当たり医療費 61.6万円(県内11位)	H28年度実績 【脳血管疾患】 患者数 165人(7.2%) ※ODB様式3No13-18 入院1件当たり医療費 55.5万円(県内28位) ※ODB様式6-1	脳血管疾患患者数は3年間で 23人(12.2%)減少した。この23 人が、後期へと移動したのか、死 亡したのか、また新規患者は何 人なのか分析することが必要であ る。 健診データにおいても、Ⅱ度高 血圧以上者と未治療者を台帳や レポートで経過を把握していくこ とが必要である。	・血圧台帳やODB等を活用 した個の把握 ・心房細動所見者への対策 未治療者や中断者への対 策は医療機関と連携してい く ・介入率100%を目指す
				H28年度 【対象人数】 ①2人 ②32人 ③69人 ④13人 ⑤45人 計161人 【介入率】 目標:100%	H28年度実績 【実施人数】 ①2人(100%) ②29人(90.6%) ③63人(91.3%) ④13人(100%) ⑤42人(93.3%) 計137人 【介入率】 85.1%	H25年度実績 【健診データ】 HbA1c6.5以上 243人(8.7%) うち未治療者 112人(46.1%) HbA1c7.0以上(再掲) 104人(3.7%) うち未治療者 28人(26.9%)	H28年度実績 【健診データ】 HbA1c6.5以上 212人(8.9%) うち未治療者 64人(30.6%) HbA1c7.0以上(再掲) 98人(4.1%) うち未治療者 30人(30.6%) ※あなみツール		
2 虚血性心疾 患者の減少	【中長期】 平成25年度と比較し5%減少する 200人⇒ 190人以下 【短期】 高血圧、脂質異 常、高血糖のリスク 因子者の減少	同上	【期間】 7月～3月	～高血圧～ 『脳血管疾患患者の減少』と同じ				虚血性心疾患患者数は減少し ているが割合は変わっていない。 個の分析が必要である。 糖尿病治療者でHbA1c7.0以 上コントロール不良者の割合が増 加している。糖尿病連携手帳を活 用し医療機関と連携していくこと が必要である。また連携のためにも Drへの意識付けもしていく必要 がある。 脂質異常症においては、 LDL180以上の割合は減少して いるが、未治療者の割合は変わ らない。一度は医療機関を受診し 内服するが、数値が下がると医師 の判断で内服が中止され、その 後の医療機関での血液検査がさ れず、次年度の特定健診となる ケースが多い。治療継続を意 識させる保健指導が必要である。	・糖尿病管理台帳の活用 ・医療機関との連携体制 ・糖尿病連携手帳の活用及 び周知
				H28年度 【対象人数】 ①LDL180以上 42人 【手段・方法】 結果説明会で医療機関受診 を勧奨する 5ヵ月後にレポートを確認す る。医療機関未受診者には 再度受診勧奨を行う。	H28年度実績 【実施人数】 LDL180以上 36人 【介入率】 目標:100%	H25年度実績 【健診データ】 LDL180以上 109人(3.9%) うち未治療者 107人(98.2%)	H28年度実績 【健診データ】 LDL180以上 55人(2.3%) うち未治療者 54人(98.2%) ※あなみツール		
				H28年度 【対象人数】 ①尿蛋白(2+)以上 ②尿蛋白(+)以上かつ 尿潜血(+)以上 ③e-GFR40未満 (20～74歳) ④e-GFR40未満 (40～69歳) 【手段・方法】 結果説明会で受診連絡票を 発行し医療機関受診を勧奨 する 医療機関受診の結果の確認 新規対象者には栄養指導を 実施する	H28年度 【対象人数】 ①18人 ② 人 ③ 8人 ④ 人 計26人 【介入率】 目標:100%	H28年度実績 【実施人数】 ①18人(100%) ② 人 ③ 7人(87.5%) ④ 人 計25人 【介入率】 96.2%	H25年度実績 【健診データ】 CKD重症度分類 ①赤 15人(0.6%) (G3aA3、G3bA2～、 G4、G5) ②オレンジ 30人(1.1%) (G1A3、G2A3、G3aA2 G3bA1)		
3 人工透析予 防	【中長期】 糖尿病性腎症による 新規人工透析患者 の減少 【短期】 CKD該当者の減少 と、CKD発症因子 となる成果地習慣 病の減少	同上	【期間】 7月～3月	～糖尿病～ 『虚血性心疾患患者の減少』と同じ				平成26年から28年の3年間で 新規人工透析患者は8人であ った。また、後期高齢者になっ てから人工透析となるケースも 増えている。今後は新規透析患 者の伸びを抑えるためにも、危 険因子となる生活習慣病の重 重化予防を徹底していく。	・蛋白尿定量検査の導入 (平成30年度～)
				～高血圧～ 『脳血管疾患患者の減少』と同じ					
				H28年度 【人工透析患者数】 23人 うち糖尿病性腎症 17人 【腎疾患】 入院1件当たり医療費 64.5万円(20位)	H28年度実績 【人工透析患者数】 18人 (うち新規 H26～28:8人) うち糖尿病性腎症 14人 ※ODB様式3-7(No19) 【腎疾患】 入院1件当たり医療費 62.2万円(25位) ※ODB様式0-1				