

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 3 0 年 3 月 上峰町

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	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)	20
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第 4 章 保健事業の内容	26
I 保健事業の方向性	
II 重症化予防の取組	
1.糖尿病性腎症重症化予防	
2.虚血性心疾患重症化予防	
3.脳血管疾患重症化予防	
III ポピュレーションアプローチ	

第5章 地域包括ケアに係る取組	47
第6章 計画の評価・見直し	48
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	49
参考資料	50

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。

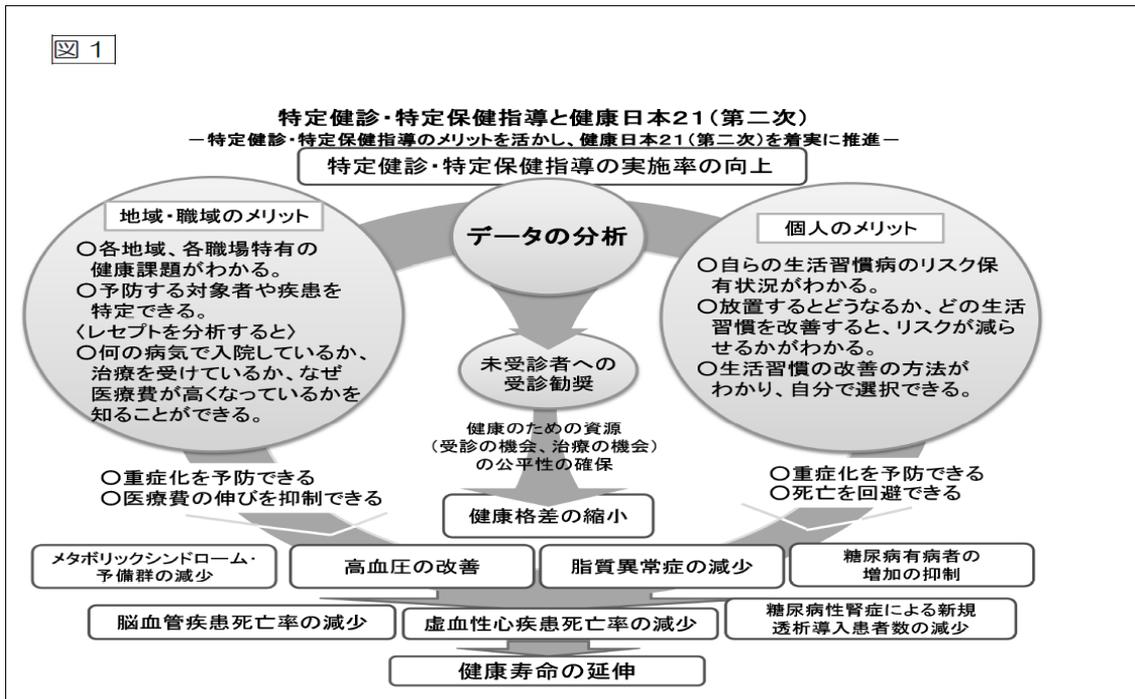
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

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。

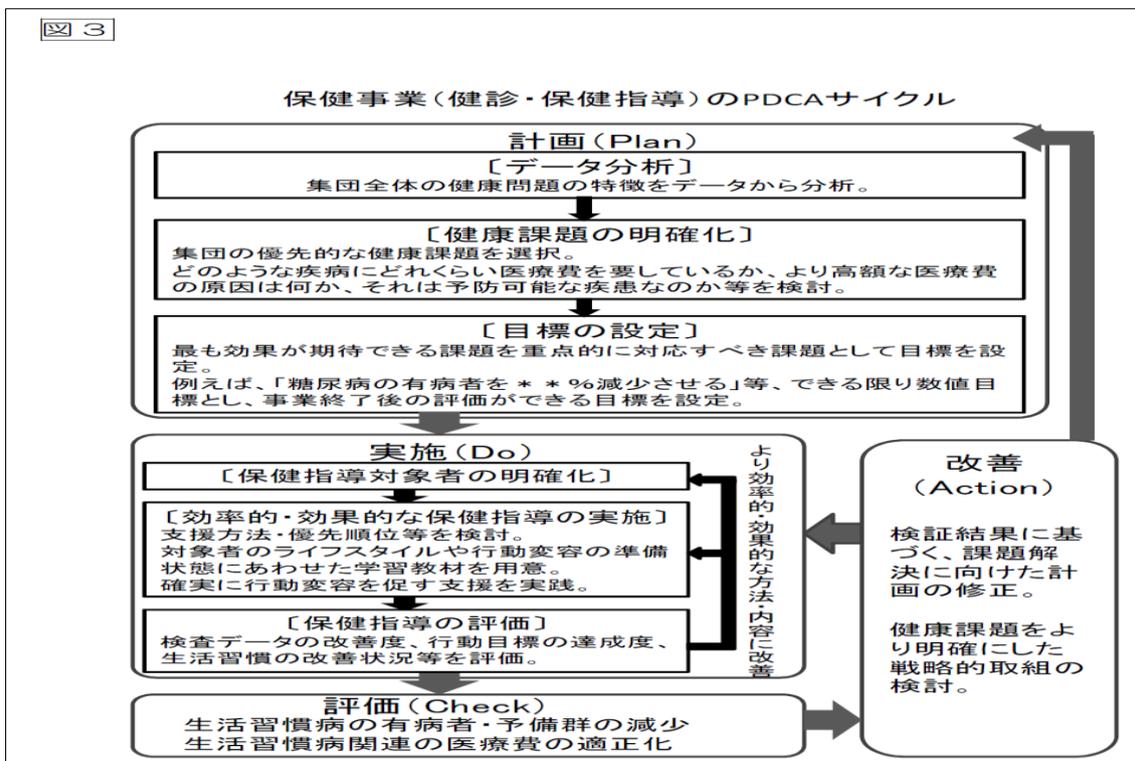
上峰町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

【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、佐賀県における第3期佐賀県医療費適正化計画や第7期佐賀県保健医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

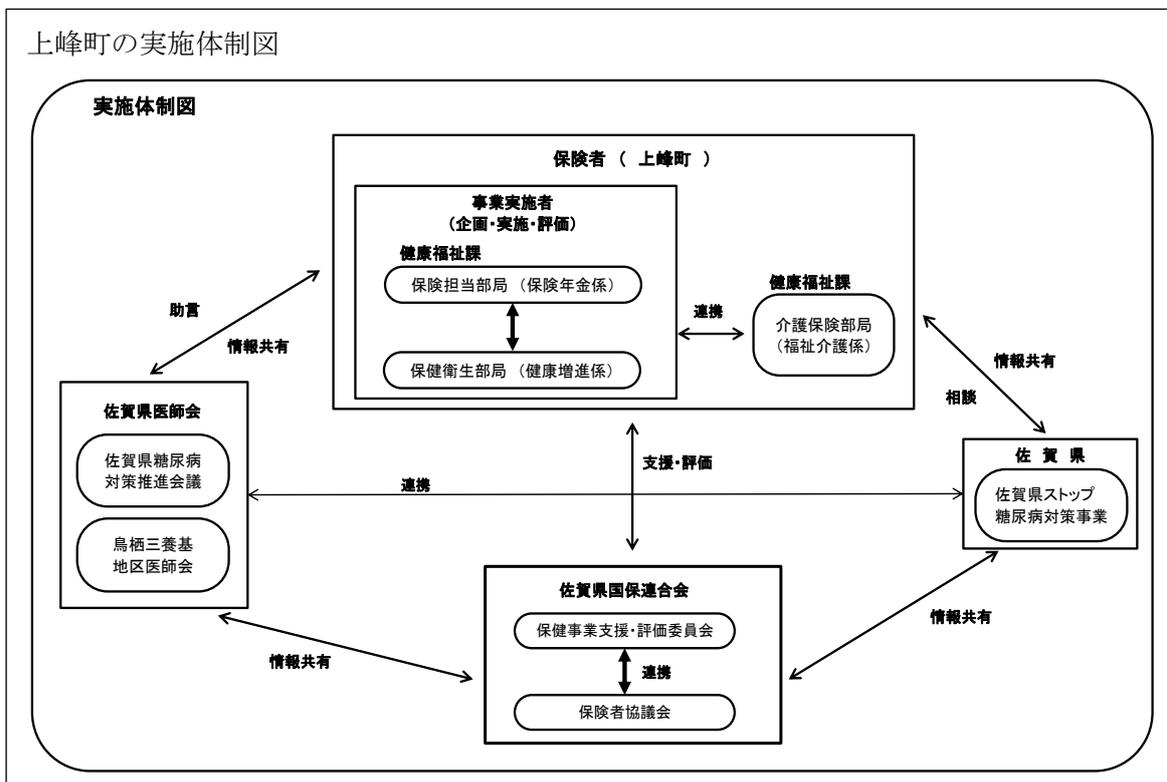
1) 実施主体関係部の役割

上峰町においては、健康福祉課健康増進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、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、保険担当部局（保険年金係）、介護保険部局（介護福祉係）とも十分連携することが望ましい。

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

【図表4】



2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成 30 年度から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、上峰町は、計画素案について佐賀県関係課と意見交換を行い、県との連携に努める。

また、保険者等と鳥栖三養基地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、県が佐賀県医師会等との連携を推進することが重要である。

国保連と県は、ともに市町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。

上峰町は、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。(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		100万3千円			
上峰町の総得点(体制構築加点含む)		231			
全国順位(1,741市町村中)		396			
共通 ①	特定健診受診率	15			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	0			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況	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	11			35
	後発医薬品の使用割合	0			40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
	第三者求償の取組の実施状況	10			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			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

上峰町は、平成28年度人口9,516人、高齢化率23.4%、国保加入率20%、被保険者数1,837人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数1,388人）

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)の数は2人増加していた。死亡の状況では、死因別で心臓病が3人減少していたが、腎不全が3人増加していた。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、1件当たりの介護給付費は約1万円減少していたが、介護認定者数は増加、40～64歳の2号認定者は5人増加していた。また、介護認定者の有病状況は、糖尿病・高血圧・脂質異常症・心臓病・脳疾患の割合が高くなっている。

医療費に占める外来費用の割合は減少し、入院費用の割合が増加していることがわかった。1人当たり医療費の増加、医療機関受診率の増加と合わせて考えると、外来受診だった方が重症化して入院したと推測できる。特定健診受診者後の適正な医療受診行動の結果は、重症化予防へ繋がるが、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、平成28年度の1件当たりの介護給費は、平成25年度より9,605円減少しており、居宅・施設サービスともに減少していた。また、同規模平均より低くなっている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	上峰町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	6億2,606万円	79,078	49,958	292,130	71,282	41,044	279,592
H28年度	6億1,893万円	69,473	45,421	282,977	70,589	40,981	275,251

② 医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると、上峰町は入院の伸び率が同規模より高い。入院は重症化の結果と捉えることもでき、医療費全体への影響も大きい。

【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	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1総医療費(円)	H25年度	6億2,793万円	-	-	-	2億6,229万円	-	-	-	3億6,564万円	-	-	-
	H28年度	6億9,275万円	6,482万円	10.3	-3.3	3億1,895万円	5,666万円	21.6	-2.9	3億7,380万円	816万円	2.2	-3.5
2一人当たり医療費(円)	H25年度	27,162	-	-	-	11,350	-	-	-	15,820	-	-	-
	H28年度	30,700	3,538	13.0	7.5	14,130	2,780	24.5	8.0	16,570	750	4.7	7.2

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム：「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

中長期目標疾患である慢性腎不全(透析)は 0.9%、脳血管疾患は 0.19%、虚血性心疾患 1.44%と医療費に占める割合はいずれも減少している。

中長期・短期の目標疾患医療費計は減少しているが、総医療費は増加しており、これは短期目標疾患の糖尿病費用の増加や、C型肝炎の新薬導入のための治療費用増加も関係していると推測できる。

【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(平成25年度と平成28年度との比較)

※C型肝炎の佐賀県は市町国保及び国保組合計

同規模区分	市町村名	総医療費	被保険者数(人)	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・骨格	C型肝炎			
				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)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞												
国	9兆6,879億6,826万	32,587,866	290,940	--	--	523,214,922,280	5.40%	215,739,690,930	2.23%	197,573,184,270	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%			
佐賀県	746億1,405万	205,165	355,116	--	--	4,621,161,380	6.19%	1,719,044,640	2.30%	976,817,510	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%	1,426,973,650	1.91%	
佐賀県後期	1,165億3,421万	122,934	957,756	--	--	5,752,689,450	4.94%	6,207,149,060	5.33%	1,858,095,150	1.59%	3.11%	4.49%	1.88%	25,446,506,230	21.84%	7.66%	4.92%	14.04%	1,332,178,770	1.14%	
9	H25 上峰町	6億2,793万	1,931	325,944	59位	13位	33,975,290	5.41%	16,024,830	2.55%	13,729,080	2.19%	4.25%	5.35%	3.12%	143,911,670	22.92%	14.31%	13.37%	10.09%	4,311,380	0.69%
9	H28 上峰町	6億9,275万	1,837	368,400	37位	13位	31,216,270	4.51%	16,349,050	2.36%	5,193,450	0.75%	4.30%	4.23%	2.89%	133,948,080	19.34%	12.58%	13.75%	10.62%	16,555,850	2.39%
	H28-H25(増減)	6,481万	▲94	42,456	▲22	0	▲2,759,020	▲0.90	324,220	▲0.19	▲8,535,630	▲1.44	0.05	▲1.12	▲0.24	▲9,963,590	▲3.58	▲1.72	0.38	0.53	12,244,470	0.02

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患・脳血管疾患の人数は、特に 65 歳以上で増えている。また、虚血性心疾患や脳血管疾患では、高血圧や脂質異常症を併せもっている人数が増えている。

虚血性心疾患や脳血管疾患が重なり発症すると、より高額な医療費につながり要介護状態に移行することも予測されることから重症化予防が重要であるといえる。

【図表 9】

厚生労働省 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	1889	85	4.5%	16	18.8%	4	4.7%	70	82.4%	30	35.3%	43	50.6%
	64歳以下	1195	23	1.9%	4	17.4%	2	8.7%	16	69.6%	11	47.8%	9	39.1%
	65歳以上	694	62	8.9%	12	19.4%	2	3.2%	54	87.1%	19	30.6%	34	54.8%
H28	全体	1925	96	5.0%	21	21.9%	2	2.1%	80	83.3%	37	38.5%	62	64.6%
	64歳以下	1079	19	1.8%	4	21.1%	2	10.5%	13	68.4%	6	31.6%	13	68.4%
	65歳以上	846	77	9.1%	17	22.1%	0	0.0%	67	87.0%	31	40.3%	49	63.6%

厚生労働省 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	1889	70	3.7%	16	22.9%	1	1.4%	42	60.0%	28	40.0%	32	45.7%
	64歳以下	1195	23	1.9%	4	17.4%	0	0.0%	12	52.2%	8	34.8%	10	43.5%
	65歳以上	694	47	6.8%	12	25.5%	1	2.1%	30	63.8%	20	42.6%	22	46.8%
H28	全体	1925	82	4.3%	21	25.6%	1	1.2%	65	79.3%	31	37.8%	52	63.4%
	64歳以下	1079	21	1.9%	4	19.0%	1	4.8%	17	81.0%	8	38.1%	13	61.9%
	65歳以上	846	61	7.2%	17	27.9%	0	0.0%	48	78.7%	23	37.7%	39	63.9%

厚生労働省 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	1889	6	0.3%	1	16.7%	4	66.7%	5	83.3%	2	33.3%	0	0.0%
	64歳以下	1195	3	0.3%	0	0.0%	2	66.7%	3	100.0%	1	33.3%	0	0.0%
	65歳以上	694	3	0.4%	1	33.3%	2	66.7%	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%
H28	全体	1925	5	0.3%	1	20.0%	2	40.0%	5	100.0%	2	40.0%	1	20.0%
	64歳以下	1079	4	0.4%	1	25.0%	2	50.0%	4	100.0%	1	25.0%	1	25.0%
	65歳以上	846	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	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)

糖尿病のある人は全体で増えており、特に65歳以上が増加している。また、高血圧や脂質異常症を併せもつ人が増えている。人工透析は増えていないものの、糖尿病性腎症の増加がみられ、特に高額な医療費につながる人工透析へ移行しないよう、糖尿病の重症化予防が重要といえる。

【図表10】

厚生労働省 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	1889	193	10.2%	18	9.3%	114	59.1%	107	55.4%	30	15.5%	28	14.5%	2	1.0%	9	4.7%	
	64歳以下	1195	69	5.8%	5	7.2%	36	52.2%	36	52.2%	11	15.9%	8	11.6%	1	1.4%	1	1.4%	
	65歳以上	694	124	17.9%	13	10.5%	78	62.9%	71	57.3%	19	15.3%	20	16.1%	1	0.8%	8	6.5%	
H28	全体	1925	228	11.8%	23	10.1%	149	65.4%	150	65.8%	37	16.2%	31	13.6%	2	0.9%	15	6.6%	
	64歳以下	1079	57	5.3%	4	7.0%	38	66.7%	42	73.7%	6	10.5%	8	14.0%	1	1.8%	2	3.5%	
	65歳以上	846	171	20.2%	19	11.1%	111	64.9%	108	63.2%	31	18.1%	23	13.5%	1	0.6%	13	7.6%	

厚生労働省 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	1889	416	22.0%	114	27.4%	172	41.3%	70	16.8%	42	10.1%	5	1.2%	
	64歳以下	1195	150	12.6%	36	24.0%	65	43.3%	16	10.7%	12	8.0%	3	2.0%	
	65歳以上	694	266	38.3%	78	29.3%	107	40.2%	54	20.3%	30	11.3%	2	0.8%	
H28	全体	1925	448	23.3%	149	33.3%	239	53.3%	80	17.9%	65	14.5%	5	1.1%	
	64歳以下	1079	119	11.0%	38	31.9%	64	53.8%	13	10.9%	17	14.3%	4	3.4%	
	65歳以上	846	329	38.9%	111	33.7%	175	53.2%	67	20.4%	48	14.6%	1	0.3%	

厚生労働省 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	1889	287	15.2%	107	37.3%	172	59.9%	43	15.0%	32	11.1%	0	0.0%	
	64歳以下	1195	115	9.6%	36	31.3%	65	56.5%	9	7.8%	10	8.7%	0	0.0%	
	65歳以上	694	172	24.8%	71	41.3%	107	62.2%	34	19.8%	22	12.8%	0	0.0%	
H28	全体	1925	372	19.3%	150	40.3%	239	64.2%	62	16.7%	52	14.0%	1	0.3%	
	64歳以下	1079	106	9.8%	42	39.6%	64	60.4%	13	12.3%	13	12.3%	1	0.9%	
	65歳以上	846	266	31.4%	108	40.6%	175	65.8%	49	18.4%	39	14.7%	0	0.0%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1cの有所見者が増加している。メタボリックシンドローム予備群・該当者は増加傾向もみられることから、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も関係していると推測される。

【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（厚生労働省様式6-2~6-7）

★NO.23（帳票）

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	84	28.7	144	49.1	80	27.3	57	19.5	23	7.8	91	31.1	180	61.4	46	15.7	123	42.0	45	15.4	146	49.8	4	1.4		
	H25 40-64	37	35.6	53	51.0	31	29.8	24	23.1	7	6.7	30	28.8	61	58.7	15	14.4	32	30.8	19	18.3	59	56.7	0	0.0		
	H25 65-74	47	24.9	91	48.1	49	25.9	33	17.5	16	8.5	61	32.3	119	63.0	31	16.4	91	48.1	26	13.8	87	46.0	4	2.1		
女性	合計	80	27.5	154	52.9	69	23.7	43	14.8	20	6.9	106	36.4	221	75.9	43	14.8	110	37.8	49	16.8	152	52.2	7	2.4		
	H28 40-64	17	28.3	28	46.7	11	18.3	9	15.0	6	10.0	19	31.7	43	71.7	6	10.0	16	26.7	8	13.3	29	48.3	0	0.0		
	H28 65-74	63	27.3	126	54.5	58	25.1	34	14.7	14	6.1	87	37.7	178	77.1	37	16.0	94	40.7	41	17.7	123	53.2	7	3.0		

性別	年代	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	81	23.1	94	26.9	56	16.0	30	8.6	7	2.0	87	24.9	227	64.9	5	1.4	122	34.9	31	8.9	218	62.3	1	0.3		
	H25 40-64	23	20.4	26	23.0	14	12.4	9	8.0	2	1.8	24	21.2	67	59.3	0	0.0	26	23.0	9	8.0	66	58.4	0	0.0		
	H25 65-74	58	24.5	68	28.7	42	17.7	21	8.9	5	2.1	63	26.6	160	67.5	5	2.1	96	40.5	22	9.3	152	64.1	1	0.4		
女性	合計	79	25.3	71	22.8	32	10.3	21	6.7	3	1.0	82	26.3	235	75.3	8	2.6	99	31.7	16	5.1	198	63.5	0	0.0		
	H28 40-64	18	19.8	18	19.8	10	11.0	3	3.3	2	2.2	19	20.9	57	62.6	1	1.1	18	19.8	6	6.6	57	62.6	0	0.0		
	H28 65-74	61	27.6	53	24.0	22	10.0	18	8.1	1	0.5	63	28.5	178	80.5	7	3.2	81	36.7	10	4.5	141	63.8	0	0.0		

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	293	49.5	23	7.8%	50	17.1%	9	3.1%	25	8.5%	16	5.5%	71	24.2%	11	3.8%	5	1.7%	36	12.3%	19	6.5%
	H25 40-64	104	38.5	11	10.6%	20	19.2%	5	4.8%	9	8.7%	6	5.8%	22	21.2%	2	1.9%	1	1.0%	13	12.5%	6	5.8%
	H25 65-74	189	58.7	12	6.3%	30	15.9%	4	2.1%	16	8.5%	10	5.3%	49	25.9%	9	4.8%	4	2.1%	23	12.2%	13	6.9%
女性	合計	291	49.1	20	6.9%	57	19.6%	14	4.8%	30	10.3%	13	4.5%	77	26.5%	21	7.2%	5	1.7%	28	9.6%	23	7.9%
	H28 40-64	60	29.7	8	13.3%	7	11.7%	1	1.7%	2	3.3%	4	6.7%	13	21.7%	4	6.7%	1	1.7%	6	10.0%	2	3.3%
	H28 65-74	231	59.1	12	5.2%	50	21.6%	13	5.6%	28	12.1%	9	3.9%	64	27.7%	17	7.4%	4	1.7%	22	9.5%	21	9.1%

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
女性	合計	350	52.2	14	4.0%	33	9.4%	0	0.0%	26	7.4%	7	2.0%	47	13.4%	7	2.0%	6	1.7%	20	5.7%	14	4.0%
	H25 40-64	113	39.6	4	3.5%	14	12.4%	0	0.0%	9	8.0%	5	4.4%	8	7.1%	1	0.9%	1	0.9%	4	3.5%	2	1.8%
	H25 65-74	237	61.4	10	4.2%	19	8.0%	0	0.0%	17	7.2%	2	0.8%	39	16.5%	6	2.5%	5	2.1%	16	6.8%	12	5.1%
女性	合計	312	47.8	20	6.4%	24	7.7%	1	0.3%	17	5.4%	6	1.9%	27	8.7%	5	1.6%	2	0.6%	11	3.5%	9	2.9%
	H28 40-64	91	39.6	7	7.7%	7	7.7%	1	1.1%	3	3.3%	3	3.3%	4	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%	2	2.2%
	H28 65-74	221	52.2	13	5.9%	17	7.7%	0	0.0%	14	6.3%	3	1.4%	23	10.4%	5	2.3%	2	0.9%	9	4.1%	7	3.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率・特定保健指導率ともに減少している。重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上への取り組みが重要となってくる。

【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	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								上峰町	同規模平均
H25年度	1263	643	50.9	48位	80	67	83.8	53.50%	51.20%
H28年度	1241	603	48.6	72位	77	57	74.0	53.60%	51.90%

2) 第1期に係る考察

第1期における目標

中長期目標：脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の入院医療費を平成25年度と比較して3%減らす。

2号(40～64歳)介護認定者を増やさない。

短期目標：メタボ該当者、血糖高値(HbA1c6.5%以上)、脂質高値(LDL180以上)の割合を前年度より1%減少させる。

第1期計画では、予防可能な疾患である虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症にターゲットを絞り、医療費減少を中長期目標として重症化予防に取り組んできた。

明らかな医療費減少までは見られず、2号介護認定者数の増加も見られた。また、医療や健診の有病者状況からは、糖尿病の割合の増加が見られ、人工透析の増加はなかったが糖尿病性腎症は増加していた。未治療者は医療機関への受診勧奨を行い、治療につながった者も治療を継続されているか把握し、治療状況によっては、医療機関との連携も重症化予防の取り組みにおいては重要となる。今後、糖尿病性腎症の重症化が進行することにより、慢性腎不全における透析費用の増加も予測されることから、特に糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを強化していくことが課題といえる。

また、適正な医療につなげるには、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。

将来的な医療費適正化に向けて、保健事業においては予防可能な疾患をターゲットとした重症化予防、及び、特定健診受診率向上の取り組みを今後も継続して行っていくことが重要である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

上峰町の一人当たりの医療費は30,700円で、同規模平均、県、国と比較しても高い。入院件数は3.3%で、費用額全体の46%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】

「集団の疾患特徴の把握」

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

生活習慣病の治療者数構成割合でみると、糖尿病性腎症は基礎疾患の重なりが多い。人工透析患者では、脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症のいずれも費用がかかることが分かる。高額になる疾患や長期入院に糖尿病性腎症に該当する者はいないが、人工透析患者にかかる費用は高額であり、新規透析患者を増やさないためにも糖尿病性腎症重症化予防の取り組みは重要である。

【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 (80万円以上レセ)	件数	126件	8件 6.3%	2件 1.6%	--
		費用額	1億6811万円	929万円 5.5%	229万円 1.4%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	176件	26件 14.8%	12件 6.8%	--
		費用額	8040万円	1685万円 21.0%	491万円 6.1%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	65件	14件 21.5%	28件 43.1%	25件 38.5%
		費用額	3914万円	1157万円 29.6%	1153万円 29.5%	1085万円 27.7%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	779人	82人 10.5%	96人 12.3%	15人 1.9%
		の基礎 な疾 り患	高血圧	65人 79.3%	80人 83.3%	14人 93.3%
			糖尿病	31人 37.8%	37人 38.5%	15人 100.0%
			脂質異常症	52人 63.4%	62人 64.6%	11人 73.3%
		高血圧症	448人 57.5%	228人 29.3%	372人 47.8%	44人 5.6%

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが91.9%であった。2号認定者では、脳卒中が83.3%で、糖尿病、高血圧、脂質異常症の基礎疾患を併せもつ割合が高い。また、介護認定者の医療費は、介護認定なしの者に比べ3,116円高くなっている。介護認定者になると介護費だけでなく医療費も高くなることが分かる。

40～74歳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、介護予防にも医療費抑制にもつながる。

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上			計	
	被保険者数	2,990人		896人		989人		1,885人		4,875人	
認定者数	10人		43人		347人		390人		400人		
認定率	0.33%		4.8%		35.1%		20.7%		8.2%		
新規認定者数 (*1)	7人		9人		63人		72人		79人		
介護度別人数	要支援1・2	1	10.0%	12	27.9%	87	25.1%	99	25.4%	100	25.0%
	要介護1・2	7	70.0%	18	41.9%	147	42.4%	165	42.3%	172	43.0%
	要介護3～5	2	20.0%	13	30.2%	113	32.6%	126	32.3%	128	32.0%

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)	13		46		343		389		402							
(再) 国保・後期	6		38		337		375		381								
(レセプトの診断名より重複して計上)	循環器疾患	1	脳卒中	5	83.3%	脳卒中	17	44.7%	脳卒中	163	48.4%	脳卒中	180	48.0%	脳卒中	185	48.6%
		2	虚血性心疾患	1	16.7%	虚血性心疾患	13	34.2%	虚血性心疾患	153	45.4%	虚血性心疾患	166	44.3%	虚血性心疾患	167	43.8%
	3	腎不全	1	16.7%	腎不全	5	13.2%	腎不全	45	13.4%	腎不全	50	13.3%	腎不全	51	13.4%	
	基礎疾患 (*2)	糖尿病	3	50.0%	糖尿病	17	44.7%	糖尿病	113	33.5%	糖尿病	130	34.7%	糖尿病	133	34.9%	
		高血圧	4	66.7%	高血圧	31	81.6%	高血圧	272	80.7%	高血圧	303	80.8%	高血圧	307	80.6%	
		脂質異常症	5	83.3%	脂質異常症	19	50.0%	脂質異常症	143	42.4%	脂質異常症	162	43.2%	脂質異常症	167	43.8%	
	血管疾患合計	合計	6	100.0%	合計	34	89.5%	合計	310	92.0%	合計	344	91.7%	合計	350	91.9%	
	認知症	2	33.3%	認知症	10	26.3%	認知症	130	38.6%	認知症	140	37.3%	認知症	142	37.3%		
	筋・骨格疾患	3	50.0%	筋骨格系	32	84.2%	筋骨格系	318	94.4%	筋骨格系	350	93.3%	筋骨格系	353	92.7%		

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

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	7,055				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	3,939				

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。

上峰町においては、男女ともに腹囲・空腹時血糖・HbA1cの割合が高い。また、65～74歳において、メタボ該当者の割合が増える傾向にある。これは内臓脂肪の蓄積が関係していると推測される。

【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	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8				
県	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,759	68.2	4,858	19.8	10,321	42.0	4,405	17.9	11,243	45.7	480	2.0			
保険者	合計	80	27.5	154	52.9	69	23.7	43	14.8	20	6.9	106	36.4	221	75.9	43	14.8	110	37.8	49	16.8	152	52.2	7	2.4		
	40-64	17	28.3	28	46.7	11	18.3	9	15.0	6	10.0	19	31.7	43	71.7	6	10.0	16	26.7	8	13.3	29	48.3	0	0.0		
	65-74	63	27.3	126	54.5	58	25.1	34	14.7	14	6.1	87	37.7	178	77.1	37	16.0	94	40.7	41	17.7	123	53.2	7	3.0		

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		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2				
県	6,647	21.5	6,381	20.7	4,257	13.8	2,680	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,789	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,585	56.9	81	0.3			
保険者	合計	79	25.3	71	22.8	32	10.3	21	6.7	3	1.0	82	26.3	235	75.3	8	2.6	99	31.7	16	5.1	198	63.5	0	0.0		
	40-64	18	19.8	18	19.8	10	11.0	3	3.3	2	2.2	19	20.9	57	62.6	1	1.1	18	19.8	6	6.6	57	62.6	0	0.0		
	65-74	61	27.6	53	24.0	22	10.0	18	8.1	1	0.5	63	28.5	178	80.5	7	3.2	81	36.7	10	4.5	141	63.8	0	0.0		

*全国については、有所見割合のみ表示

【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)

★NO.24 (帳票)

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		
	保険者	合計	291	49.1	20	6.9%	57	19.6%	14	4.8%	30	10.3%	13	4.5%	77	26.5%	21	7.2%	5	1.7%	28	9.6%	23	7.9%	
40-64		60	29.7	8	13.3%	7	11.7%	1	1.7%	2	3.3%	4	6.7%	13	21.7%	4	6.7%	1	1.7%	6	10.0%	2	3.3%		
65-74		231	59.1	12	5.2%	50	21.6%	13	5.6%	28	12.1%	9	3.9%	64	27.7%	17	7.4%	4	1.7%	22	9.5%	21	9.1%		

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		
	保険者	合計	312	47.8	20	6.4%	24	7.7%	1	0.3%	17	5.4%	6	1.9%	27	8.7%	5	1.6%	2	0.6%	11	3.5%	9	2.9%	
40-64		91	39.6	7	7.7%	7	7.7%	1	1.1%	3	3.3%	3	3.3%	4	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%	2	2.2%		
65-74		221	52.2	13	5.9%	17	7.7%	0	0.0%	14	6.3%	3	1.4%	23	10.4%	5	2.3%	2	0.9%	9	4.1%	7	3.2%		

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

血圧と脂質は受診勧奨レベル以上の数が少ない。これは、受診勧奨により医療機関へ受診し、治療につながっていると推測できる。しかし、糖尿病では、治療中の状況をみると、HbA1c 6.5%以上の割合が高くなっており、治療中でもコントロール不良の者がいることが分かる。そのため、糖尿病の重症化予防にはかかりつけ医等との連携が必要となってくる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



4) 未受診者の把握 (図表 19)

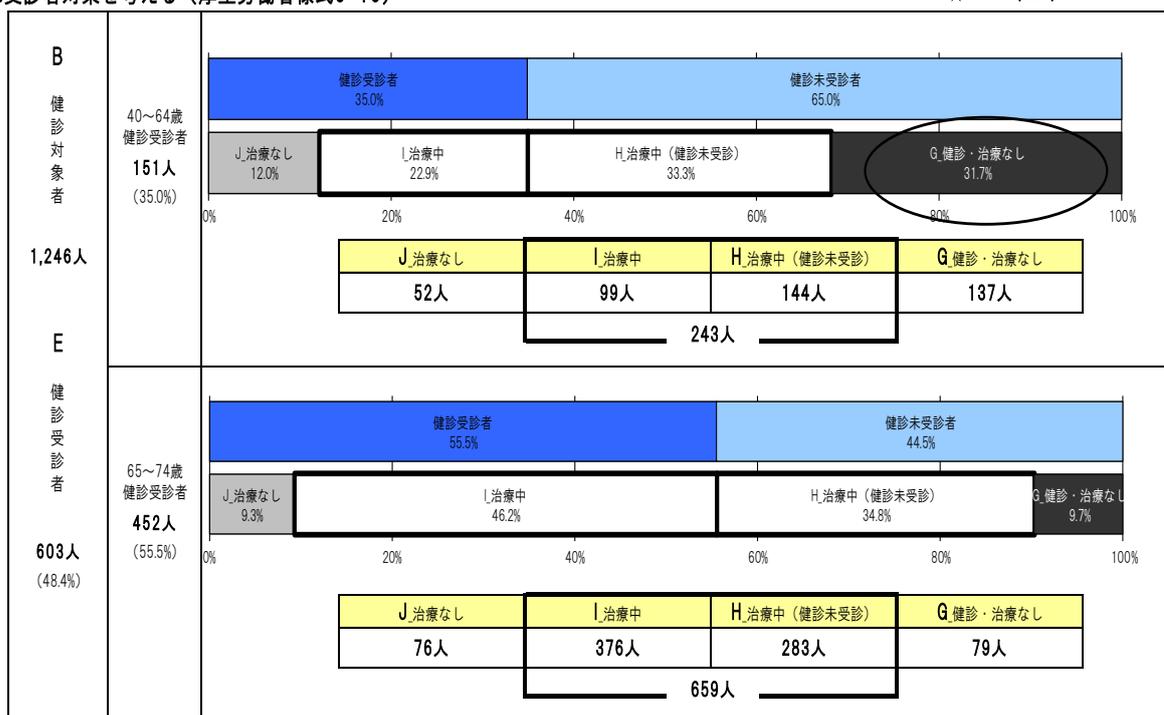
健診受診者の傾向をみると、65～74歳で55.5%の人が受診しているが、40～64歳では35%の人しか受診しておらず、受診率が低い。医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が31.7%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。30歳代からの若年者健診を実施しているが、これは早期からの健診への意識付け、生活習慣病の発症予防につながると考える。

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

【図表 19】

未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

★NO.26 (CSV)



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



3) 目標の設定

(1) 成果目標 (参考資料 13)

① 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成 35 年度には平成 28 年度と比較して、脳血管疾患の総医療費に占める割合を 1%減少、虚血性心疾患の総医療費に占める割合を現状維持(1%以下)、糖尿病性腎症(慢性腎不全)の総医療費に占める割合を 1% 減少させることを目標にする。また、3年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

上峰町の医療のかかり方は、普段から医療にかかっている人が多く、医療費としては入院費に占める割合が高い。重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の一人当たり医療費の伸び率を平成 35 年度に同規模並みとすることを旨とする。

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、平成 35 年度までに健診受診者のメタボリックシンドローム・予備群の割合を 1%減少、高血糖 (HbA1c6.5 以上) の割合を 6%減少、脂質異常症 (LDL180 以上) の割合を 3%減少、高血圧 (血圧 160/100 以上) の割合を 1%減少することを目標とする。

1年、1年、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの検査結果を改善していくこととし、健診結果の確認を行っていく。(図表 20)

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、薬物療法だけの治療では改善が難しい疾患に、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、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、治療中の方も栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標

値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

【図表 20】

特定健診結果から把握した重症化予防対象者

	H25		H28			
		県平均	県内順位	県平均	県内順位	
メタボ該当	124人 (18.3%)	14.6%	2位	111人 (17.1%)	16.7%	6位
高血糖 (HbA1c6.5%以上)	88人 (13.1%)	9.0%	1位	103人 (16.0%)	10.6%	1位
脂質異常症 (LDL180以上)	43人 (6.3%)	4.4%	2位	44人 (6.8%)	4.0%	2位
高血圧 (血圧160/100以上)	38人 (5.6%)	3.8%	5位	30人 (4.6%)	4.0%	5位

佐賀県国保連合会提供資料より抜粋

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表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
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	75%	76%	77%	78%	79%	80%

3. 対象者の見込み

【図表22】

		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	1,240	1,240	1,240	1,240	1,240	1,240
	受診者数	620	645	670	694	719	744
特定保健指導	対象者数	80	80	80	80	80	80
	実施者数	60	61	62	63	64	65
	対象者割合	12.9%	12.4%	11.9%	11.5%	11.1%	10.7%

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。個別健診では、県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側のとりまとめ機関である佐賀市国保が集合契約を行う。

- 集団健診(上峰町おたっしや館)
- 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町のホームページに掲載する。

(参照)URL：<http://www.town.kamimine.lg.jp>

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）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 2 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、佐賀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、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表 23）

【図表 23】

保険者年間スケジュール

	健診実施計画		案内通知等	広報
	集団健診 (おたっしや館)	個別健診 (医療機関)		
H29. 4月	★1回目 4月下旬に5日間	★4月～2月末まで 佐賀県内の登録医療機関にて随時実施	4月上旬: 対象者へ案内通知・受診券送付	・各種健診年間スケジュール掲載 ・特定健診案内掲載
5月				
6月			6月下旬: ○未受診者へ受診勧奨ハガキ郵送 ○途中加入者へ案内通知・受診券送付	・特定健診案内掲載
7月	★2回目 7月中旬に2日間			
8月				
9月				
10月			10月下旬: ○未受診者へ再勧奨案内通知送付 ○途中加入者へ案内通知・受診券送付	
11月	★3回目 11月中旬に1日間			
12月				
1月				
2月				
3月				

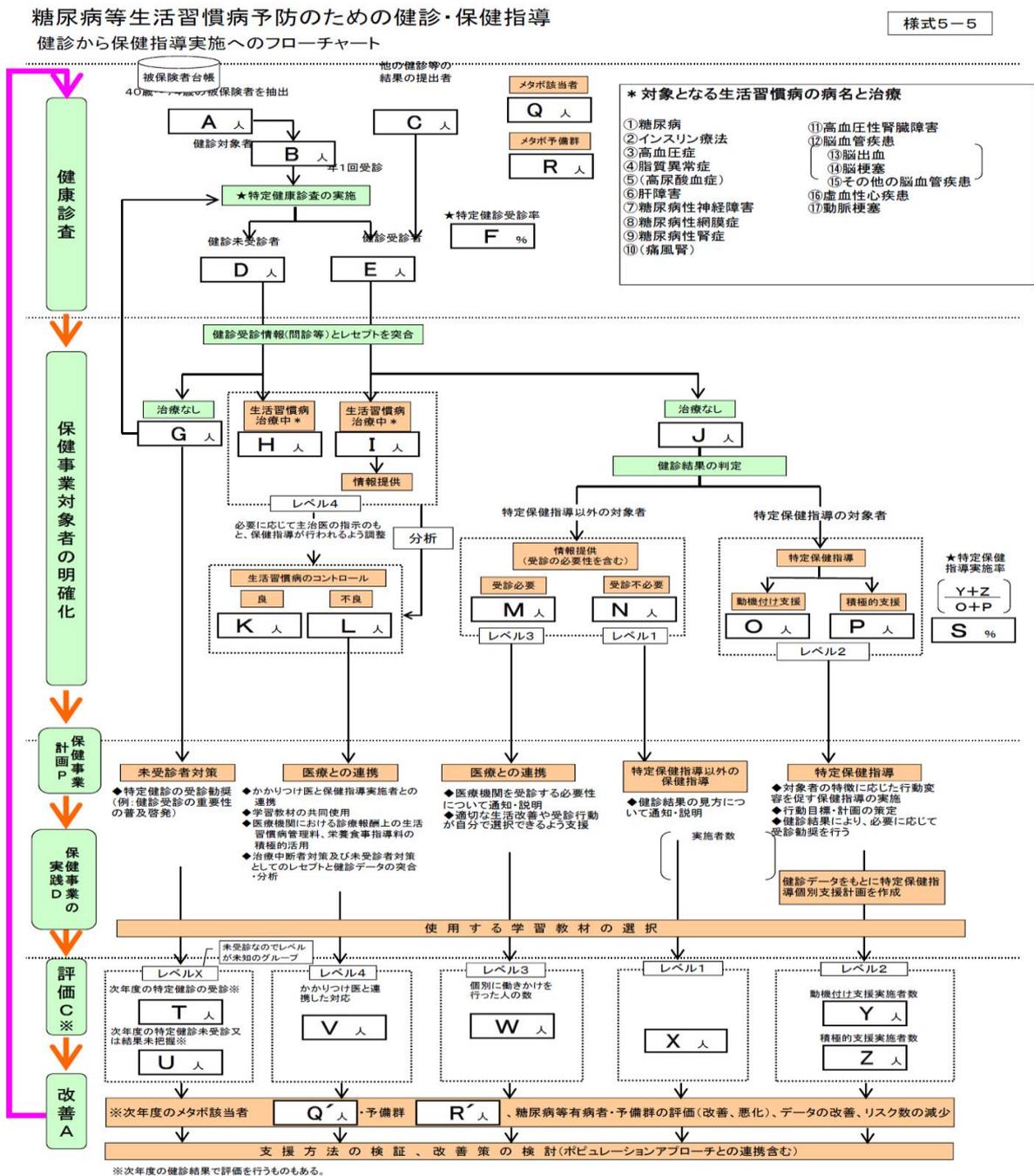
5. 特定保健指導の実施

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24)

【図表24】



(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 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	77人 (12.8)	75%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	46人	100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	643人 ※受診率目標達成までにあと142人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	59人	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	475人	100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 26)

【図表 26】

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

対象者の明確化

平成28年度特定健診受診者 603人

生活習慣病のいずれか治療中 475人

生活習慣病のコントロール
 良 189人
 不良 286人

※重症化予防対象者のうち、未治療者への受診勧奨を優先的に行う。

生活習慣病治療なし 128人

情報提供

受診必要 46人
受診不必要 59人

特定保健指導

動機づけ支援 21人
積極的支援 2人

★特定保健指導実施率 74.0%

※重症化予防対象者

項目	基準	対象者数
メタボ	メタボ該当者 危険因子2個以上	114
血糖	HbA1c6.5%以上(糖尿病治療中はHbA1c7.0%以上)	88
血圧	Ⅱ度高血圧 160/100mmHg以上	37

項目	基準	対象者数
脂質	LDLコレステロール180mg/dl以上	44
心電図	心電図 所見:心房細動	3
腎臓	尿蛋白(++)またはeGFR50%未満	21

課題設定と計画P

ポピュレーションアプローチ(通年)

①未受診者対策
平成29年度受診率 目標60%
★国保担当係との共通理解で進める

②特定健診

③保健指導
平成29年度 特定保健指導実施率 目標100%

●未受診者対策
・未受診者へハガキによる受診勧奨と健診受診意向調査を実施
・受診意向調査結果より、健診受診に前向き回答した方へ電話
・前年度受診し今年度未受診者、また、糖尿病管理台帳にて今年度未受診者へ訪問

●重症化予防対策
・重症化予防対象者を明確化し、結果説明会にて個別指導を実施。個を単年でみるのではなく、経年的にみるため、事前によみとりを行う
・糖尿病性腎症重症化予防対象者の管理台帳作成し、訪問

項目	目的(理解してもらう内容)	保健指導
メタボ	・内臓脂肪を減らすことの必要性 ・生活習慣病の発症・重症化予防	教材「メタボ1-6」を使用し、内臓脂肪がなぜ悪いのか、どう血管へ影響するのかの説明
血糖	・受診勧奨(治療、検査の必要性) ・合併症予防	・糖尿病連携手帳、糖尿病治療ガイドを使用し、検査・治療について説明 ・合併症の検査等が実施なしの場合、受診の必要性について説明
血圧	・自分の家庭血圧(普段の血圧)を知る ・基準値と受診の必要性	・家庭での血圧測定を理解 ・血圧コントロール目標(について) ・体重管理
脂質	・受診勧奨 ・リスクを理解し、治療の必要性、コントロール目標値を知る	・教材「脂-2」を使用し、自分の管理基準の確認 ・治療の必要性(脂質) ・食生活(コレステロールに変化しやすいもの) ・他の合併症をつくらない
心電図	・受診勧奨	・教材「心-5」を使用し、受診の必要性について説明 ・心原性脳梗塞を予防する
腎臓	・現状の確認(維持等について) ・CKD重症度分類の確認(自分の立ち位置) ・リスクの管理を理解	・CKD重症度分類にて自分の立ち位置を確認 ・必要な検査の説明 ・必要に応じて専門医の紹介 ・実地指導の実施 ・リスクの管理を理解

実践スケジュールD

月	健診実施計画		案内通知等	広報	保健指導	
	集団健診(おたしや館)	個別健診(医療機関)			特定保健指導対象者	重症化予防対象者
H29.4月	★1回目 4月下旬に5日間	★4月~2月末まで 佐賀県内の登録医療機関にて随時実施	4月上旬:対象者へ案内通知・受診券送付	・各種健診年間スケジュール掲載 ・特定健診案内掲載	前年度分 特定保健指導(評価)	
5月					5月:結果説明会	
6月			6月下旬: ○未受診者へ受診勧奨ハガキ郵送 ○途中加入者へ案内通知・受診券送付	・特定健診案内掲載	H29年度特定保健指導	
7月	★2回目 7月中旬に2日間					
8月					8月:結果説明会	
9月						
10月			10月下旬: ○未受診者へ再勧奨案内通知送付 ○途中加入者へ案内通知・受診券送付			★糖尿病台帳作成
11月	★3回目 11月中旬に1日間					
12月					12月:結果説明会	
1月						
2月						
3月						

評価C

改善A

上峰町	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
特定健診受診率の目標	53%	55%	57%	59%	60%
特定健診受診率の実績	50.9%	46.9%	43.1%	48.6%	—

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
平成25年度	643	80	12.4%	67	83.8%	19	3.0%	8	42.1%	61	9.5%	59	96.7%
平成26年度	613	72	11.7%	49	68.1%	17	2.8%	5	29.4%	55	9.0%	44	80.0%
平成27年度	555	66	11.9%	52	78.8%	14	2.5%	4	28.6%	52	9.4%	48	92.3%
平成28年度	603	77	12.8%	57	74.0%	15	2.5%	5	33.3%	62	10.3%	52	83.9%

★生活習慣病予防をライフサイクルで見たい。「糖尿病等生活習慣病の発症・重症化予防」の視点で、共有・連携して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上峰町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、上峰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る必要がある。

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び佐賀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27に沿って実施する。

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

【図表 27】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

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

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては佐賀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)

糖尿病性腎症病期分類とCKD分類との関係

【図表 28】

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
尿アルブミン定量		正常 アルブミン尿	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		30未満	30~299	300以上	
(尿蛋白/Cr比)(g/gCr)				(0.50以上)	
		尿蛋白定性検査			
		(-)	(±)	(+)以上	
GFR 区分	未実施	第1期 (腎症前 期)	第2期 (早期 腎症期)	第3期 (顕性 腎症期)	
	G1				≥90
	G2				60~89
	G3a				45~59
	G3b				30~44
	G4	15~29	第4期 (腎不全期)		
	G5	>15	第5期(透析療法期)		
透析療法中		第5期(透析療法期)			

【参照】糖尿病治療ガイド2016-2017

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。上峰町においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 29)

上峰町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 15 人(14.9%・F)であった。また40～74 歳における糖尿病治療者 194 人のうち、特定健診受診者が101 人(52.1%・G)であったが、2 人(2%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 93 人(47.9%・I)のうち、過去に1 度でも特定健診受診歴がある者 25 人中 2 人は治療中断であることが分かった。また、23 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 29 より上峰町においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・15 人
 - ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・4 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

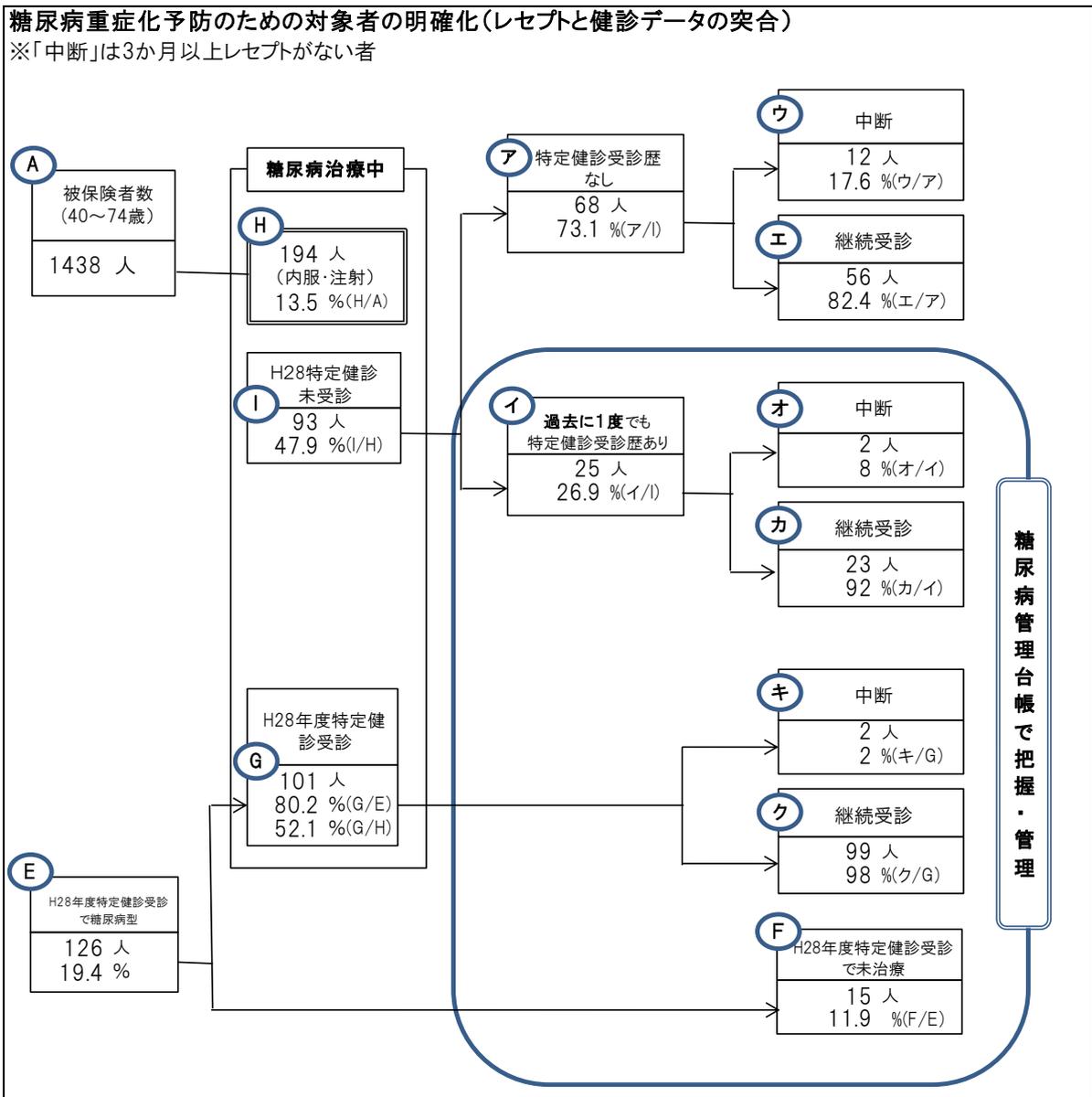
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・99 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・23 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【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) 担当地区の対象者数の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……○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。上峰町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 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？ 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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<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> <div style="margin-top: 10px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

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

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 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ていく。(参考資料 7)

(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。上峰町において健診受診者 650 人のうち心電図検査実施者は 556 人(85.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 23 人であった(図表 31)。ST 所見あり 23 人中のうち 22 人は要精査であり、その後の受診状況をみると 7 人は未受診であった(図表 32)。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 1 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。

上峰町は同規模と比較してメタボリックシンドローム予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表 31】

	健診受診者(a)	心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	650	556	85.5	23	4.1	120	21.6	413	74.3

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 32】

ST所見あり(a)	要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
23	22	95.7	15	68.2	7	31.8

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 33 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 33】

平成28年度実施		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	
		650	23 3.5%	120 18.5%	413 63.5%	94 14.5%
メタボ該当者		108 16.6%	4 3.7%	21 19.4%	64 59.3%	19 17.6%
メタボ予備群		87 13.4%	3 3.4%	15 17.2%	60 69.0%	9 10.3%
メタボなし		455 70.0%	16 3.5%	84 18.5%	289 63.5%	66 14.5%
LDL-C	140-159	58 12.7%	0 0.0%	9 15.5%	38 65.5%	11 19.0%
	160-179	124 27.3%	3 2.4%	24 19.4%	78 62.9%	19 15.3%
	180-	44 9.7%	3 6.8%	7 15.9%	29 65.9%	5 11.4%

【参考】

CKD	G3aA1～	110	2	24	71	13
		16.9%	1.8%	21.8%	64.5%	11.8%

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

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

【図表 34】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要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。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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. 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 35、36)

【脳卒中の分類】

【図表 35】

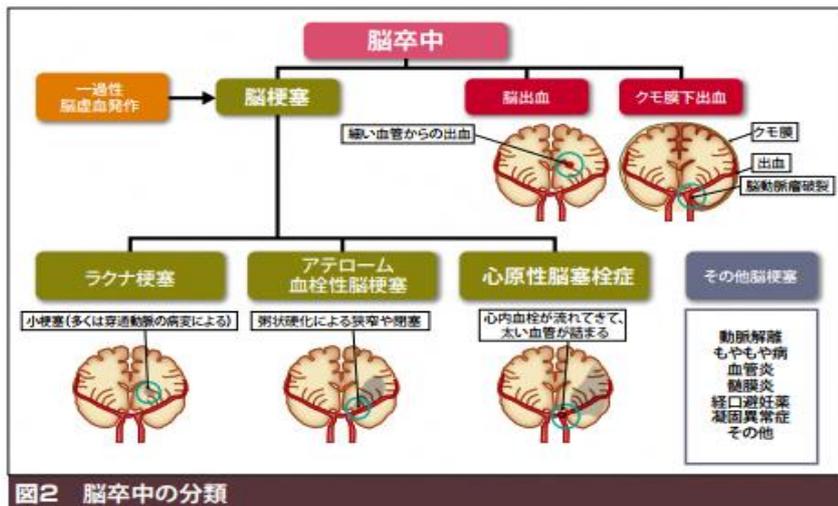


図2 脳卒中の分類

(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 36】

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 37 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 37】

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)		高血圧症		糖尿病		脂質異常症		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
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)		LDL-C 180mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		蛋白尿(2+)以上		eGFR50未満 (70歳以上40未満)	
受診者数 650人		30人	4.6%	82人	12.6%	44人	6.8%	3人	0.5%	111人	17.1%	8人	1.2%	14人	2.2%
治療なし		13人	2.9%	43人	7.6%	39人	7.4%	2人	0.6%	28人	7.9%	5人	1.4%	3人	0.9%
治療あり		17人	8.2%	39人	50.6%	5人	4.0%	1人	0.3%	83人	27.9%	3人	1.0%	11人	3.7%
臓器障害あり		8人	61.5%	14人	32.6%	8人	20.5%	2人	100.0%	4人	14.3%	5人	100.0%	3人	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象者)	1人		3人		2人				1人					
	尿蛋白(2+)以上	1人		2人		2人				1人					
	尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0人		0人		0人				0人					
	eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	1人		2人		1人				1人					
	心電図所見あり	8人		13人		8人				4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30人(4.6%)であり、13人は未治療者であった。また未治療者のうち8人(61.5%)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17人(8.2%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 38)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

【図表 38】

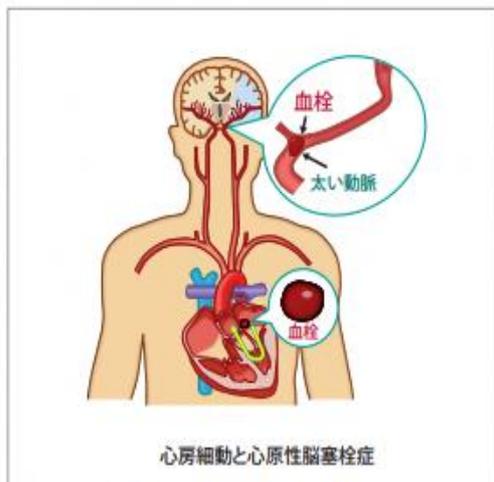
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上			
		443	192	133	55	50	10	3		
		43.3%	30.0%	12.4%	11.3%	2.3%	0.7%			
リスク第1層		41	26	14	0	1	0	0	1	0
		9.3%	13.5%	10.5%	0.0%	2.0%	0.0%	0.0%	100%	0.0%
リスク第2層		213	102	65	25	16	4	1	--	16
		48.1%	53.1%	48.9%	45.5%	32.0%	40.0%	33.3%	--	100.0%
リスク第3層		189	64	54	30	33	6	2	--	--
		42.7%	33.3%	40.6%	54.5%	66.0%	60.0%	66.7%	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	66	14	24	10	14	2	2		
		34.9%	21.9%	44.4%	33.3%	42.4%	33.3%	100.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	73	30	18	10	10	4	1		
		38.6%	46.9%	33.3%	33.3%	30.3%	66.7%	50.0%		
3個以上の危険因子		114	33	30	21	23	5	2		
		60.3%	51.6%	55.6%	70.0%	69.7%	83.3%	100.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 38 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 39 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

【図表 39】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	268	288	3	1.1	0	0	—	—
40歳代	15	19	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	18	23	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	138	158	2	1.4	0	0	1.9	0.4
70～74歳	97	88	1	1.0	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

【図表 40】

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
3人	1人	2人

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。また3人のうち2人は既に治療が開始されていたが、1人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた受診勧奨が必要な対象者である。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 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、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

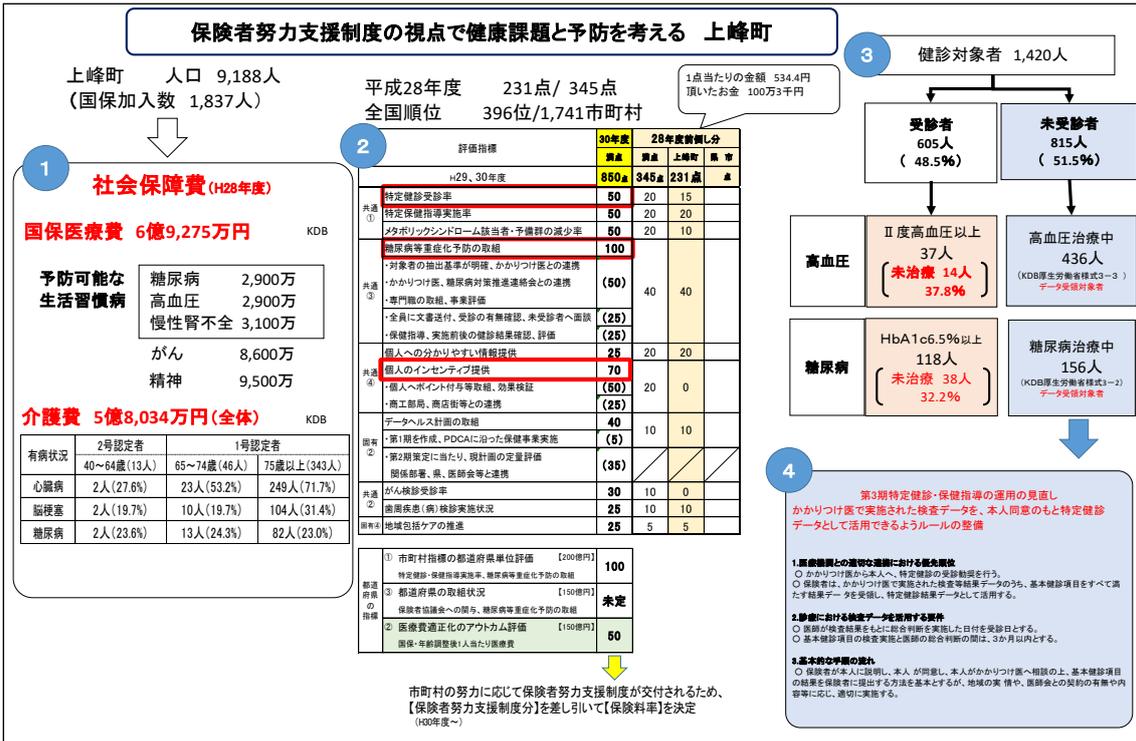
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

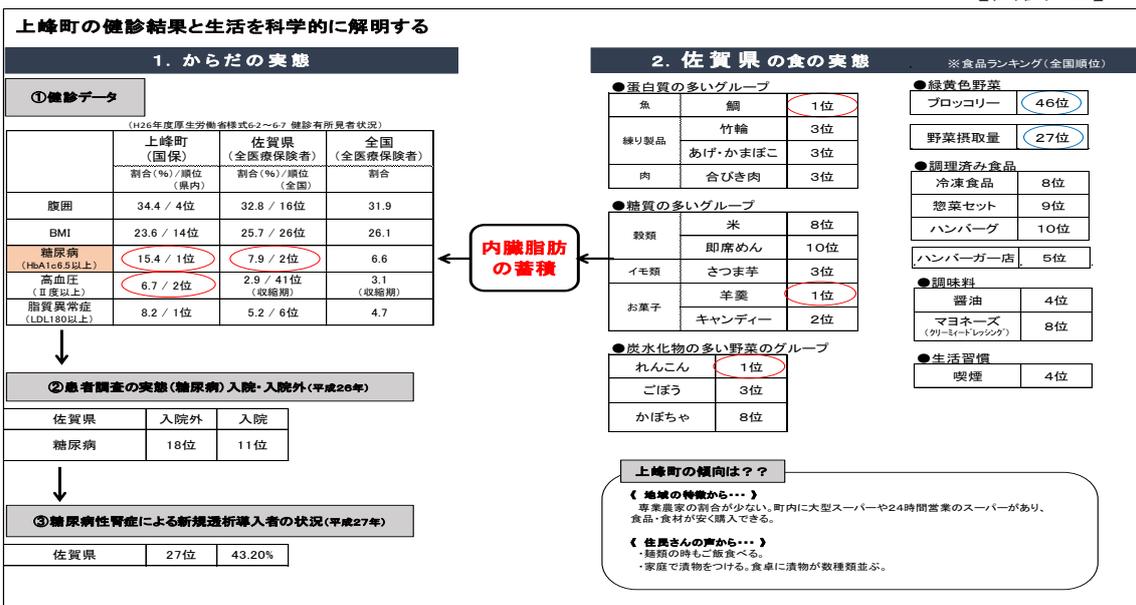
Ⅲ ポピュレーションアプローチ

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

【図表 41】



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

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】

65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
上峰町	人	1,885	2,176	2,381	2,435	2,460	2,526	2,621
	%	20.4	23.5	25.9	26.8	27.5	28.7	30.5

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料11・12・13）

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

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

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

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

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

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

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

2. 個人情報の取扱い

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上峰町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 評価イメージ 2
- 参考資料 13 データヘルス計画の目標の一覧表

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上峰町の位置

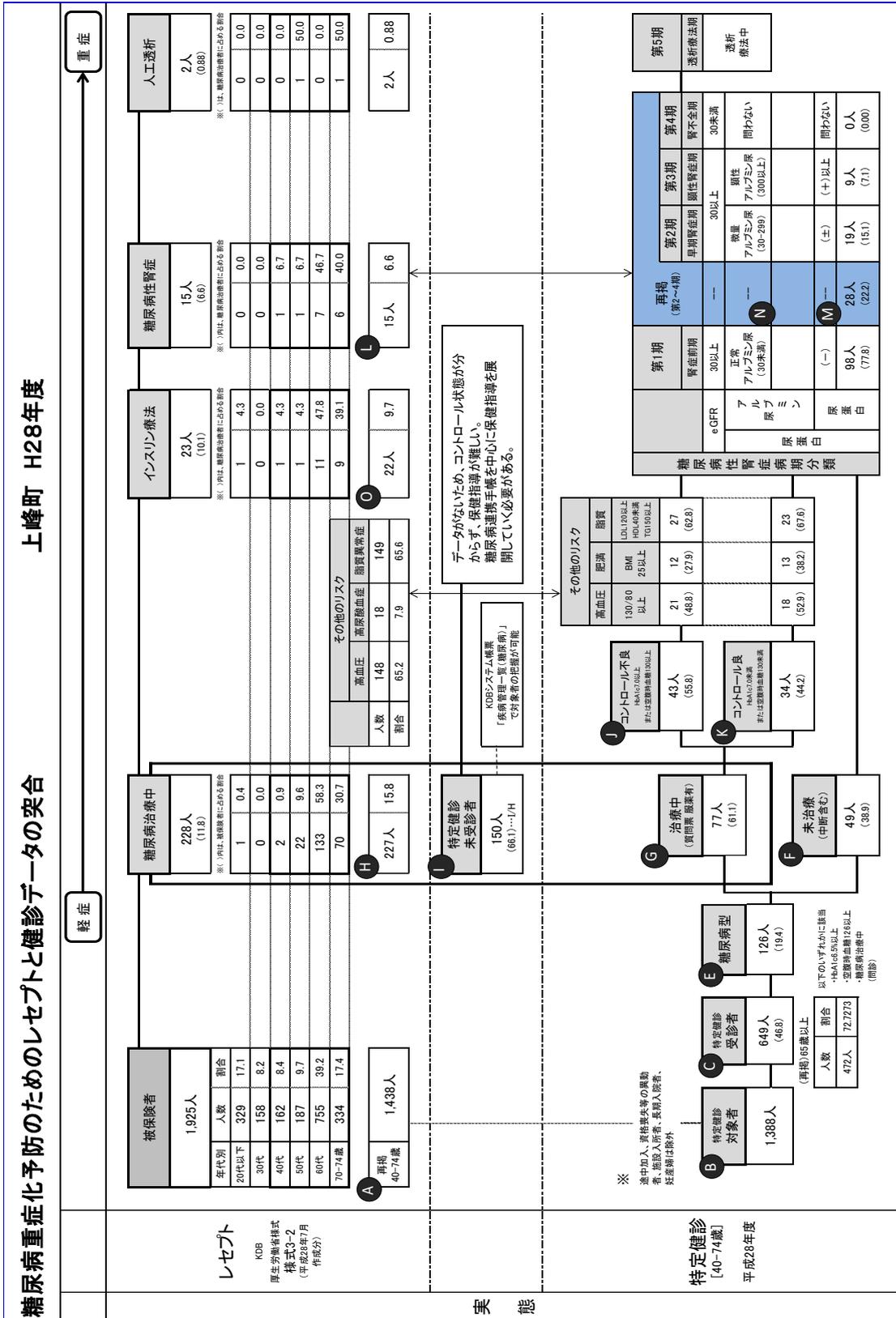
○ H25と比較して変化したところ

項目		平成25年度				平成28年度				データ元 (CSV)				
		上峰町		上峰町		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	9,188		9,188		1,815,204		842,408		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健康・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)	1,885	20.5	1,885	20.5	575,561	31.7	207,778	24.7	29,020,766	23.2		
		75歳以上	989	10.8	989	10.8			112,903	13.4	13,989,864	11.2		
		65~74歳	896	9.8	896	9.8			94,875	11.3	15,030,902	12.0		
		40~64歳	2,990	32.5	2,990	32.5			283,027	33.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下	4,313	46.9	4,313	46.9			351,603	41.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	6.1		6.1		18.4		9.5		4.2		KDB_NO.3 健康・医療・介護 データからみる地域の 健康課題	
		第2次産業	30.0		30.0		25.5		24.2		25.2			
		第3次産業	63.9		63.9		56.1		66.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	79.6		79.6		79.4		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.5		86.5		86.4		86.6		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.4		65.4		65.2		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.8		66.8		66.7		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)	100.2		97.9		104.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	31	62.0	32	62.7	6,817	45.1	2,798	51.0	367,905	49.6		
		心臓病	13	26.0	10	19.6	4,392	29.1	1,387	25.3	196,768	26.5		
		脳疾患	5	10.0	6	11.8	2,661	17.6	880	16.0	114,122	15.4		
		糖尿病	0	0.0	0	0.0	274	1.8	105	1.9	13,658	1.8		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	7	8.9	9	9.9			946	10.7	136,944	14.6	厚労省HP 人口動態調査	
		男性	4	10.8	5	12.5			601	15.0	91,123	22.8		
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	392	20.4	400	20.7	114,751	20.1	45,242	21.7	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	9	0.2	9	0.4	1,910	0.3	795	0.3	105,636	0.3	
		2号認定者	8	0.3	13	0.4	2,325	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4		
② 有病状況		糖尿病	80	21.3	97	22.5	25,230	21.2	10,148	21.7	1,350,152	22.1		
		高血圧症	221	56.4	248	60.3	64,783	54.6	27,849	59.7	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	90	23.4	109	26.7	31,854	26.7	14,344	30.6	1,741,866	28.4		
		心臓病	254	63.1	283	68.4	73,398	61.9	31,911	68.5	3,529,682	58.0		
		脳疾患	106	27.1	121	29.3	33,188	28.2	14,853	32.0	1,538,683	25.5		
		がん	53	13.2	51	12.4	11,653	9.7	5,946	12.6	631,950	10.3		
		筋・骨格	218	55.9	263	60.7	63,731	53.7	28,340	60.6	3,067,196	50.3		
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	79,078		69,473		70,589		65,198		58,284				
	居宅サービス	49,958		45,421		40,981		46,314		39,662				
④ 医療費等	施設サービス	292,130		282,977		275,251		282,952		281,186				
	要介護認定別医療費(40歳以上)	認定あり	7,788	7,055	8,457	8,101	7,980	認定なし	3,780	3,939	4,122	4,033	3,816	
4	① 国保の状況	被保険者数	1,931		1,837		492,460		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65~74歳	748	38.7	863	47.0			80,173	39.1	12,461,613	38.2		
		40~64歳	668	34.6	525	28.6			69,731	34.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下	515	26.7	449	24.4			55,261	26.9	9,179,541	28.2		
	② 医療の概況(人口千対)	加入率	21.0		20.0		27.7		24.4		26.9			
		病院数	1	0.5	1	0.5	144	0.3	108	0.5	8,255	0.3		
		診療所数	5	2.6	5	2.7	1,108	2.2	684	3.3	96,727	3.0		
		病床数	56	29.0	56	30.5	15,468	31.4	15,108	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数	8	4.1	9	4.9	1,575	3.2	2,319	11.3	299,792	9.2		
	③ 医療費の状況	外来患者数	745.5		786.6		660.2		736.4		668.1			
入院患者数		24.2		27.1		22.7		26.3		18.2				
一人当たり医療費		27,162	県内13位 同規模59位	30,700	県内13位 同規模37位	26,488	29,593	24,245						
受診率		769,703		813,694		682,952		762,714		686,286				
外 費用の割合		58.2		54.0		56.6		55.6		60.1				
来 件数の割合		96.9		96.7		96.7		96.6		97.4				
入 費用の割合		41.8		46.0		43.4		44.4		39.9				
④ 医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療費減額病 名(顕割合)	院 件数の割合	3.1		3.3		3.3		3.4		2.6				
	1件あたり在院日数	19.1日		17.7日		16.3日		18.0日		15.6日				
	がん	89,831,490	23.3	87,171,070	22.1	24.1	21.4	25.6						
	慢性腎不全(透析あり)	33,975,290	8.8	31,216,270	7.9	9.1	11.0	9.7						
	糖尿病	26,690,060	6.9	29,792,210	7.6	10.2	8.4	9.7						
高血圧症	33,619,640	8.7	29,327,990	7.4	9.2	7.8	8.6							
精神	83,936,230	21.8	95,238,010	24.2	17.5	23.2	16.9							
筋・骨格	63,328,970	16.5	73,571,380	18.7	16.1	15.7	15.2							

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた上峰町の位置

○ H25と比較して変化したところ

項目	平成25年度				平成28年度						データ元 (CSV)			
	上峰町		上峰町		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				
4	費用額 (1件あたり) 県内順位 順位総数23 入院の()内 は入院日数 外来	入院	糖尿病	510,897	16位 (22)	504,707	19位 (20)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			高血圧	563,880	10位 (22)	579,175	7位 (18)							
			脂質異常症	477,063	12位 (21)	488,217	12位 (19)							
			脳血管疾患	551,599	16位 (19)	708,853	1位 (21)							
			心疾患	592,423	7位 (20)	566,556	10位 (16)							
			腎不全	1,103,118	1位 (20)	745,352	5位 (19)							
			精神	428,590	14位 (27)	492,634	3位 (25)							
			悪性新生物	608,923	13位 (18)	718,694	2位 (14)							
			糖尿病	33,891	13位	30,299	23位							
			高血圧	27,051	19位	25,691	22位							
			脂質異常症	22,100	22位	21,912	23位							
			脳血管疾患	36,373	12位	32,801	17位							
			心疾患	53,138	1位	33,080	19位							
			腎不全	193,070	15位	132,487	23位							
精神	31,160	14位	32,517	10位										
悪性新生物	60,780	3位	40,088	22位										
6	健診有無別 一人当たり 点数		健診対象者	5,953		4,384		3,127		3,158		2,346		
			一人当たり	11,189		12,324		11,954		13,153		12,339		
			健診未受診者	14,599		10,165		8,685		8,148		6,742		
			生活習慣病対象者	27,438		28,574		33,204		33,935		35,459		
7	健診・レセ 突合		受診勧奨者	374	58.2	350	58.0	87,076	57.0	29,505	53.2	4,427,360	56.1	
			医療機関受診率	344	53.5	323	53.6	79,315	51.9	27,181	49.0	4,069,618	51.5	
			医療機関非受診率	30	4.7	27	4.5	7,761	5.1	2,324	4.2	357,742	4.5	
5	特定健診の 状況 県内順位 順位総数23 メタボ 該当・ 予備 群レ ベル	メタボ	健診受診者	643		603		152,769		55,471		7,898,427		
			受診率	50.9	県内5位 同規模48位	48.4	県内5位 同規模72位	43.7		40.6	全国16位	36.4		
			特定保健指導終了者(実施率)	68	81.0	57	74.0	8036	41.1	3,436	52.3	198,683	21.1	
			非肥満高血糖	57	8.9	66	10.9	15,303	10.0	4,488	8.1	737,886	9.3	
			該当者	男性	118	18.4	104	17.2	27,745	18.2	9,280	16.7	1,365,855	17.3
				女性	71	24.2	77	26.5	19,338	27.2	6,218	25.3	940,335	27.5
				予備群	47	13.4	27	8.7	8,407	10.3	3,062	9.9	425,520	9.5
				予備群	83	12.9	81	13.4	17,604	11.5	6,844	12.3	847,733	10.7
			男性	男性	50	17.1	57	19.6	12,301	17.3	4,523	18.4	588,308	17.2
				女性	33	9.4	24	7.7	5,303	6.5	2,321	7.5	259,425	5.8
			BMI	総数	238	37.0	225	37.3	51,074	33.4	18,841	34.0	2,490,581	31.5
				男性	144	49.1	154	52.9	35,501	50.0	12,460	50.7	1,714,251	50.2
				女性	94	26.9	71	22.8	15,573	19.1	6,381	20.7	776,330	17.3
				総数	16	2.5	27	4.5	9,243	6.1	2,217	4.0	372,685	4.7
			男性	男性	1	0.3	4	1.4	1,548	2.2	355	1.4	59,615	1.7
				女性	15	4.3	23	7.4	7,695	9.4	1,862	6.0	313,070	7.0
			血糖のみ	9	1.4	15	2.5	1,199	0.8	589	1.1	52,296	0.7	
			血圧のみ	51	7.9	47	7.8	12,440	8.1	4,444	8.0	587,214	7.4	
			脂質のみ	23	3.6	19	3.2	3,965	2.6	1,811	3.3	208,214	2.6	
血糖・血圧	18	2.8	26	4.3	4,996	3.3	1,587	2.9	212,002	2.7				
血糖・脂質	11	1.7	7	1.2	1,510	1.0	668	1.2	75,032	0.9				
血圧・脂質	56	8.7	39	6.5	12,772	8.4	4,414	8.0	663,512	8.4				
血糖・血圧・脂質	33	5.1	32	5.3	8,467	5.5	2,611	4.7	415,310	5.3				
6	生活習慣の 状況	服薬 既往 歴 喫煙 生活習慣	高血圧	210	32.7	194	32.2	54,561	35.7	18,238	32.9	2,650,283	33.6	
			糖尿病	55	8.6	72	11.9	12,934	8.5	4,910	8.9	589,711	7.5	
			脂質異常症	126	19.6	119	19.7	34,459	22.6	12,593	22.7	1,861,221	23.6	
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	6	10.2	11	22.0	4,709	3.3	627	1.6	246,252	3.3	
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	7	11.5	9	18.8	8,283	5.7	862	2.2	417,378	5.5	
			腎不全	0	0.0	0	0.0	1,808	1.2	305	0.8	39,184	0.5	
			貧血	92	63.4	75	67.0	12,100	8.4	3,369	8.4	761,573	10.2	
			喫煙	89	13.8	79	13.1	23,837	15.6	7,948	14.3	1,122,649	14.2	
			週3回以上朝食を抜く	35	5.7	36	6.2	10,687	7.7	4,718	8.7	585,344	8.7	
			週3回以上食後間食	76	12.3	80	13.8	18,294	13.1	6,241	11.6	803,966	11.9	
			週3回以上就寝前夕食	48	7.8	53	9.1	22,957	16.4	6,220	11.5	1,054,516	15.5	
			食べる速度が速い	164	26.5	161	27.7	37,935	27.2	15,290	28.3	1,755,597	26.0	
			20歳時体重から10kg以上増加	209	33.9	208	35.7	46,884	33.5	17,904	33.2	2,192,264	32.1	
			1回30分以上運動習慣なし	325	52.7	343	58.7	92,124	65.7	34,141	63.3	4,026,105	58.8	
1日1時間以上運動なし	215	34.8	161	27.7	67,794	48.5	25,251	49.1	3,209,187	47.0				
睡眠不足	134	21.7	128	22.1	32,751	23.6	12,262	25.5	1,698,104	25.1				
毎日飲酒	123	19.4	118	19.6	37,751	26.0	13,463	24.9	1,886,293	25.6				
時々飲酒	123	19.4	122	20.3	31,060	21.4	11,094	20.5	1,628,466	22.1				
1日 飲 酒 量	1合未満	115	46.7	127	53.1	57,553	59.5	14,219	53.7	3,333,836	64.0			
	1~2合	87	35.4	80	33.5	25,692	26.5	8,870	33.5	1,245,341	23.9			
	2~3合	37	15.0	26	10.9	10,133	10.5	2,720	10.3	486,491	9.3			
	3合以上	7	2.8	6	2.5	3,402	3.5	645	2.4	142,733	2.7			



【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因		後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力
	④健診未受診者 ()人		2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認		●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)		3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認		
	①国保(生保) ()人		4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導		かかりつけ医、糖尿病専門医
	②後期高齢者 ()人				尿アルブミン検査の継続
	③他保険 ()人				
	④住基異動(死亡・転出) ()人				栄養士中心
	⑤確認できず ()人				
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				腎専門医
	⑤結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

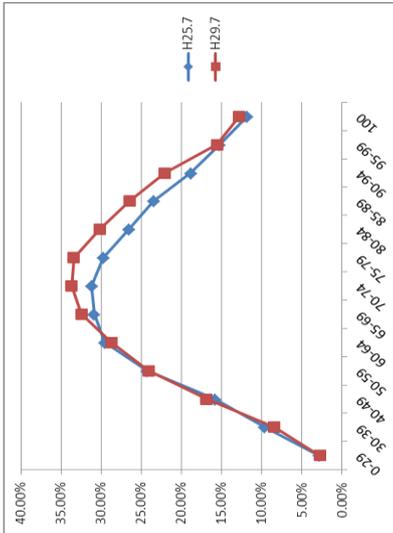
健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える		虚血性心疾患を予防するためのリスク			
① 心電図	心電図所見なし		<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見	⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸や肩、歯へ放散する痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある			
③ 健診結果	目的 (1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどうい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。 メタボタイプかLDLタイプかを経年表より確認する。			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~		【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 <input type="checkbox"/> 24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)	
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149			150~299 300~
		食後	~199			200~
	□nonHDL-C	~149	150~169			170~
	□AST	~30	31~50			51~
	□血糖	空腹	~99			100~125 126~
		食後	~139			140~199 200~
	□HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~		
	□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~		
□血圧	収縮期	~129	130~139 140~			
	拡張期	~84	85~89 90~			
④ □LDL-C	~119	120~139	140~	□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~			
その他	<input type="checkbox"/> 閉経 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠・生活リズム 0 _____ 12 _____ 24					

参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

【出典】国保データベース(KDB)システム、厚生労働省様式3-1

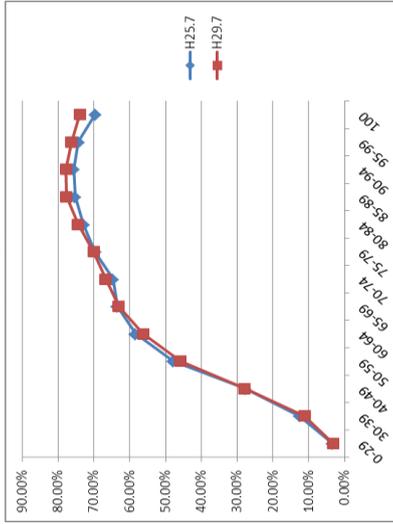
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【糖尿病】



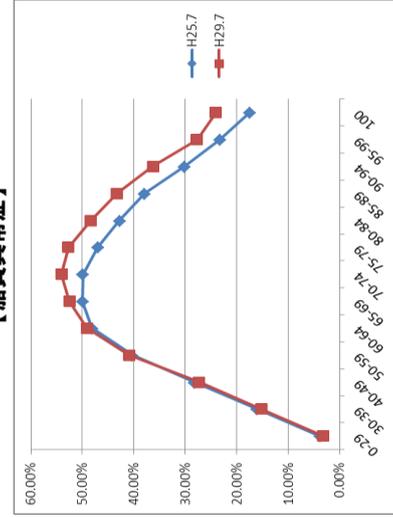
0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	2.84%	9.62%	15.64%	24.27%	29.53%	30.88%	31.20%	29.73%	28.55%	23.46%	18.83%	11.83%
H29.7	2.78%	8.47%	16.87%	24.13%	28.74%	32.46%	33.69%	33.41%	30.21%	26.46%	22.05%	12.82%

【高血圧】



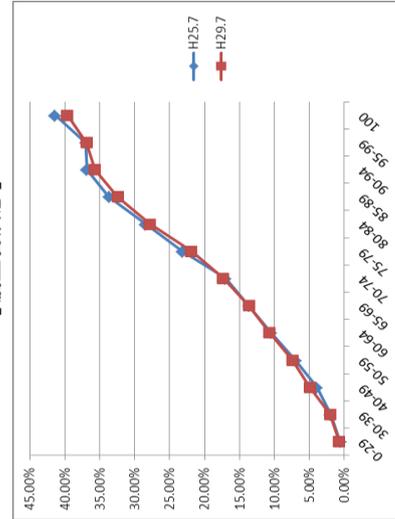
0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.45%	12.54%	27.77%	47.77%	59.41%	63.43%	64.73%	66.65%	72.82%	75.29%	74.31%	68.82%
H29.7	3.18%	11.19%	27.89%	45.74%	56.28%	63.10%	66.66%	70.08%	74.43%	77.68%	77.76%	73.98%

【脂質異常症】



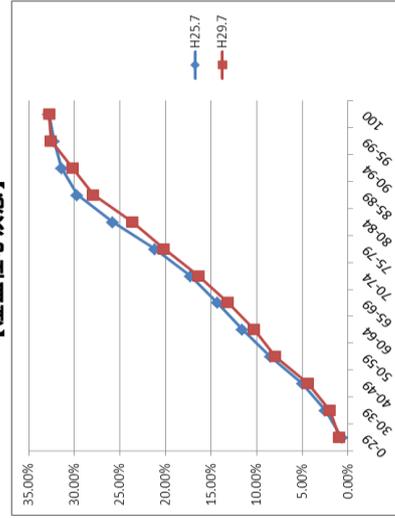
0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.82%	15.69%	28.20%	40.28%	45.21%	49.98%	49.98%	46.98%	42.79%	37.66%	30.10%	23.30%
H29.7	3.13%	15.26%	27.31%	40.39%	45.23%	52.51%	54.08%	52.88%	48.37%	43.23%	36.28%	27.75%

【脳血管疾患】



0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.56%	1.97%	3.97%	7.01%	10.50%	13.63%	17.05%	22.22%	28.45%	33.70%	38.85%	37.00%
H29.7	0.71%	2.01%	4.92%	7.42%	10.69%	13.63%	17.34%	21.91%	27.84%	32.44%	35.71%	38.89%

【虚血性心疾患】



0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.70%	2.50%	5.00%	8.52%	11.57%	14.31%	17.28%	21.21%	25.60%	29.88%	31.33%	32.23%
H29.7	0.96%	2.01%	4.38%	7.89%	10.30%	13.18%	16.88%	20.21%	23.65%	27.85%	30.22%	32.74%

平成29年度に向けての全体評価				
評価 (良くなったところ)				
課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)
<p>課題・目標</p> <p>○特定健診受診率 H29年度目標60%</p> <p>○特定保健指導実施率 H29年度目標100%</p> <p>(※目標値は第2期特定健診実施計画より)</p> <p>○短期目標</p> <p>メタボ該当者・血糖高値・脂質高値の者の割合を前年度より1%減少させる。</p> <p>○中・長期目標</p> <p>虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の死亡を減らし、健康格差を縮小する。</p>	<p>未受診者対策</p> <p>《特定健診》</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆年度途中にターゲットを絞った受診勧奨を実施 ◆未受診者へハガキによる受診勧奨と健診受診勧奨調査を実施 ◆受診意向調査結果より、健診受診に前向き回答した方へ、電話により受診勧奨を実施 ◆前年度受診されている今年度健診未受診者へ、町スタッフが訪問により受診勧奨を実施 ◆町内医療機関へ特定健診受診について説明し、受診勧奨へ協力を依頼。 <p>↓</p> <p>これまでも受診率向上の取組は行っていたが、40～50歳代の受診率が低いことや後期高齢者医療保険への異動による受診者の減少もあり、H28年度より低下傾向もみられていた。</p> <p>アプローチ方法をターゲットを絞ったこと、リポート率の向上や新集受診者の獲得へつなげることでできたことから、受診率の動向を踏まえ、受診勧奨の実施方法の検討の必要性は高い。また、健診未受診者の中には、医療機関で治療中の方も多いため、医療機関とどのように協力し検討していくかも重要となってくる。</p> <p>H28年度より30歳代を対象とした若年者健診を開始。健診受診率は13%程度と低い状況だったが、健診結果ではメタボや重症化予防対象者が見られ、早期からの生活習慣改善等への取り組みも重要。</p>	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者への勧奨通知実施状況 ○健診受診意向調査実施状況 ○未受診者電話勧奨実施状況 ○未受診者訪問実施状況 ○早期介入保健指導実施状況 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H28年度目標60%達成状況 ○未受診者勧奨後の受診者数の状況(新規受診者・リポート率等) ○早期介入保健指導事業の受診者の結果状況、翌年の特定健診受診状況 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○業務分担制 保健衛生部門に保健師3名・栄養士1名の体制 ○保健師1名が仮人主担当(1名は産休) ○地区担当制を視野に入れ、効果的に保健指導を実施できるよう体制整備が必要 ○業務委託 マンパワー不足もあり、未受診者対策においては、ハガキ作成や電話勧奨において一部業務委託にて実施。 ○重症化予防対策に取り組むうえで、栄養士の役割が重要である。今後の栄養指導状況、対象者数額によって、栄養士の確保も検討が必要となる。
<p>目標</p> <p>◆受診率が低い</p> <p>◆健診受診の対象者、アプローチ方法等の検討。</p> <p>○早期介入保健指導事業</p> <p>◆対象者の設定、評価方法等検討</p>	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果を踏まえた受診勧奨の実施 ◆効果的・効率的な保健指導の実施 ◆PDCサイクルからの計画立案する ◆対象者、方法等の検討 ◆訪問、事業の目標、評価等検討 ◆訪問体制整備 ◆評価指標の検討 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診者のフォローアップ(特定健診結果を診察対策) ◆効果的・効率的な保健指導の実施 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施後の受診(服薬、検査等)状況 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値の割合減少状況) ○重症化予防対象者数 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健指導実施後の翌年の健診結果状況 ○保健指導実施後の受診(服薬、検査等)状況 ○健診結果の状況(各対象者毎の高値の割合減少状況) ○重症化予防対象者数
<p>⑤残っている課題</p> <p>全 体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保健活動に關して具体的な目標、効果を検討し、PDCAサイクルに基いて事業を計画する。 ○地区担当制の活用、地区台長をともに終年管理している。また、地区状況に合わせて、保健活動を行っている。 ○保健師・栄養士で保健事業全体を把握し、優先的に取り組む課題の確認、共通認識を固めていく。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者の状況(全くの健診未受診、健診中断、医療機関のみ受診等)を把握し、受診勧奨のアプローチ方法等の検討していく。 ○PDCサイクルの取り組みを検討(住民や医療機関との連携を行うか) ○評価項目の検討(受診率、リポート率等) <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○対象者の検討(単年の健診結果での抽出に加え、経年結果からの対象者等) ○保健指導後の評価指標の検討(健診、検査値の改善状況等) ○保健指導の目標、評価指標の検討 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防対策 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(結果説明会・訪問)実施状況 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防対象者としての若年者健診を開始。健診受診率は13%程度と低い状況だったが、健診結果ではメタボや重症化予防対象者が見られ、早期からの生活習慣改善等への取り組みも重要。 	<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆健診結果を踏まえた受診勧奨の実施 ◆効果的・効率的な保健指導の実施 ◆PDCサイクルからの計画立案する ◆対象者、方法等の検討 ◆訪問、事業の目標、評価等検討 ◆訪問体制整備 ◆評価指標の検討

平成28年度の実績評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理(平成29年度進捗状況)		評価 (良くなったところ)		⑤残っている課題	
平成29年度 課題	①平成28年度 残っている課題をふまえ、 やってきた実践事項を振り返り返してみる(プロセス)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H29年度目標60% ○特定保健指導実施率 H29年度目標100% ○短期目標 <ul style="list-style-type: none"> ※目標値は第2期特定健診等実施計画より メタ認知改善、血糖高値、脂質高値の者の割合を前年度より1%減少させる。 ○中・長期目標 <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病、脳血管疾患、脂質異常症、糖尿病性腎症の死亡率を減少し、健康格差を縮小する。 <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健活動をDCAサイクルに基づいて計画実施する。 ◆スタッフ間で保健事業の優先課題や方向性を確認し共通認識を図る。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。 ◆受診勧奨の対象者、アプローチ方法等の検討。 ○30代の若年者健診・早期介入保健指導事業 ◆対象者の設定、評価方法等検討 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診者のフォローアップ(特定健診継続受診対策) ○糖尿病性腎症重症化予防事業の取り組み ◆効果的・効率的な保健指導の内容、優先順位の検討 ◆PDCAサイクルからの計画立案する ◆保健指導に際して、平準化できるような教材、指導内容を検討し、共通認識を図れるようにしていく必要がある。 ◆糖尿病管理台帳の活用について ◆訪問体制整備 ◆保健指導の評価可能な指標(アウトカム評価) ◆医療機関との連携 	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○年度当初、前年度の計画を共有し、今年度の方向性を確認。また、それぞれに計画立案し、目標、事業の位置づけ等を確認する。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受診率向上に向けた取り組み ・未受診者へハガキによる受診勧奨と健診受診意向調査を実施。 ・受診意向調査結果より、健診受診に前向き回答した方へ、電話により受診勧奨を実施。 ・前年度受診されていない今年度健診未受診者、また、糖尿病管理台帳にて今年度未受診者を町の保健師・栄養士が訪問により受診勧奨を実施。 ・町内医療機関へ特定健診受診について説明し、受診勧奨へ協力を依頼。 <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨の要領により、若年者健診率向上につながっている傾向もみられる。中でも、面接訪問し受診勧奨を行うことで、受診につながっている方も多い傾向がある。 ・糖尿病管理台帳の活用を活用し、継続受診、治療となるようにかかわっている。 ・町内医療機関へ訪問し、特定健診や町の保健事業の取り組みの方向性について説明し、健診受診率向上への協力を依頼し、医療機関での個別健診の件数も伸びてきた傾向があり、医療機関の協力の影響も大きい。 ・30代の若年者健診受診者数が伸びておらず、健診案内方法や内容等の検討が必要。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○未受診者への勧奨通知実施状況 ○健診受診意向調査実施状況 ○未受診者電話勧奨実施状況 ○未受診者訪問実施状況 ○早期介入保健指導実施状況 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防事業の実施状況 ○保健指導(結果説明会・訪問)実施状況 	<p>◆◆未受診者対策◆◆</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受診率向上に向けた取り組みにより、若年の受診率の伸びが見られているが、目標にはまだ届かない状況。継続受診者数及び健診受診者数を今後増やしていくことが課題となる。また、健診中断者についても実施を把握し、健診受診につなげるアプローチが必要。 ○糖尿病管理台帳から見えてきた対象者について、健診中断者へのアプローチ方法の検討が必要。 ○糖尿病管理台帳から見えてきた対象者についても、健診中断者へのアプローチ方法の検討が必要。 ○町内の医療機関へも継続的に協力を依頼していただく必要がある。 ○H28年度から若年者健診を実施しているが、受診率は低い状況。30代の若年者層から健診の必要性をどのように伝えていくか等課題がある。 	<p>◆◆重症化予防対策◆◆</p> <ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病性腎症重症化予防の取り組みも本格化し、保健指導も来形式から家庭訪問に少しずつ変えていくようになった。また、嘱託栄養士を活用することで、訪問体制の充実も進み、訪問件数を伸ばすことにつながった。 ○糖尿病管理台帳を整理し、活用していくことで経年管理を可能にし、継続して関わることで、今年度は、糖尿病未治療者と治療中断者を優先的に訪問し、受診勧奨の保健指導を行った。なかなか医療機関受診につながらない方や、訪問しても受診しない方もあることから、効果的な保健指導の実施方法や、効果的な訪問方法等、保健師・栄養士の保健指導の力量や実施体制の整備も検討していく必要がある。 ○糖尿病性腎症重症化予防の取り組みでは、かかりつけ医療機関へ個別に訪問し医師と連携したケースもあつたが、実際の連携はまだ少ない状況。糖尿病連携ツールとして活用できたケースは少ない状況であった。糖尿病連携手帳を活用した状況等も評価できるように把握していく。 ○糖尿病性腎症重症化予防の取り組みでは、かかりつけ医療機関へ個別に訪問し医師と連携したケースもあつたが、実際の連携はまだ少ない状況。糖尿病連携ツールとして活用できたケースは少ない状況であった。糖尿病連携手帳を活用した状況等も評価できるように把握していく。 ○糖尿病性腎症重症化予防の取り組みでは、かかりつけの医師との連携が必要となる方もいるが、糖尿病連携手帳はまだ十分な活用までには行っていない。 	

データヘルス計画の目標一覧表

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	中間評価						現状値の把握方法		
				初期値	H29	H30	H31	H32	H33		H34	最終評価値
特定 計画 等	・医療費における入院費 用の割合が高く、医療費 全体への影響が大きい。 ・特定健診受診者のメタ ボリック症候群、高血糖 症、脂質異常者の割合 が高く、県内市町でも上 位となっている。 ・早期予防からみた死亡 者数(65歳未満)が増加 している。 ・2号介護認定者数が増 加している。	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。 脳血管疾患、虚血性心疾患、 糖尿病性腎症による透析の医 療費の伸びを抑制する。	特定健診受診率60%以上(法定報告)	48.6%	49%	50%	52%	54%	56%	58%	60%	特定健診・特 定保健指導 結果 (厚生労働 省)
			特定保健指導実施率60%以上(法定報告)	74%	74%	75%	77%	78%	79%	80%		
中 長 期	・特定健診受診者のメタ ボリック症候群、高血糖 症、脂質異常者の割合 が高く、県内市町でも上 位となっている。 ・早期予防からみた死亡 者数(65歳未満)が増加 している。 ・2号介護認定者数が増 加している。	脳血管疾患、虚血性心疾患、 糖尿病性腎症による透析の医 療費の伸びを抑制する。	特定保健指導対象者の減少率 最終評価までに25%減少								25%	KDBシステム
			脳血管疾患の総医療費に占める割合 最終評価までに2%減少	2.36%		1.8%				1.36%		
データ ヘル ス 計 画	・早期予防からみた死亡 者数(65歳未満)が増加 している。 ・2号介護認定者数が増 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。	虚血性心疾患の総医療費に占める割合 最終評価までに2%減少	0.75%			0.75%				0.75%	KDBシステム
			腎疾患(透析)の総医療費に占める割合 最終評価までに2%減少	4.51%		4%			3.51%			
短期	・早期予防からみた死亡 者数(65歳未満)が増加 している。 ・2号介護認定者数が増 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・予備群の割合 最終評価までに1%減少	17.1%			16.5%				16.0%	上峰町 データヘルス 計画
			健診受診者の糖尿病者の割合減少 6%(HbA1c6.5以上)	16.0%		13.0%			10.0%			
保険者努力支援制度	・医療費におけるがんの 医療費に占める割合が 高く、医療費全体への影 響が大きい。 がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少 3%(LDL180以上)	6.8%			5.0%				4.0%	地域保健 事業報告 *2016は40 歳~69歳全住 民を対象に 算出。2017 より変更予 定。
			健診受診者の高血圧者の割合減少 1%(血圧160/100以上)	4.6%		4.0%			4.0%			
短期	・医療費におけるがんの 医療費に占める割合が 高く、医療費全体への影 響が大きい。 がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合 90%	50%			70%				90%	地域保健 事業報告 *2016は40 歳~69歳全住 民を対象に 算出。2017 より変更予 定。
			糖尿病の保健指導を実施した割合 60%	60%		60%			60%			
短期	・医療費におけるがんの 医療費に占める割合が 高く、医療費全体への影 響が大きい。 がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 最終評価までに50%以上								50%	地域保健 事業報告 *2016は40 歳~69歳全住 民を対象に 算出。2017 より変更予 定。
			肺がん検診 最終評価までに50%以上							50%		
短期	・医療費におけるがんの 医療費に占める割合が 高く、医療費全体への影 響が大きい。 がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 最終評価までに50%以上								50%	地域保健 事業報告 *2016は40 歳~69歳全住 民を対象に 算出。2017 より変更予 定。
			子宮頸がん検診 最終評価までに50%以上							50%		
短期	・医療費におけるがんの 医療費に占める割合が 高く、医療費全体への影 響が大きい。 がんの早期発見、早期治療	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 最終評価までに50%以上								50%	地域保健 事業報告 *2016は40 歳~69歳全住 民を対象に 算出。2017 より変更予 定。
			乳がん検診 最終評価までに50%以上							50%		