

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

平成 30 年 3 月

大町町国民健康保険

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2期計画以前との評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第2期計画以前との評価及び考察	
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.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	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	46

第6章 計画の評価・見直し	47
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	48
参考資料	49

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(西暦 2013 以下西暦を省略とする。)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(2015)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(2018)年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

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

大町町においては、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。

2. 計画の位置付け

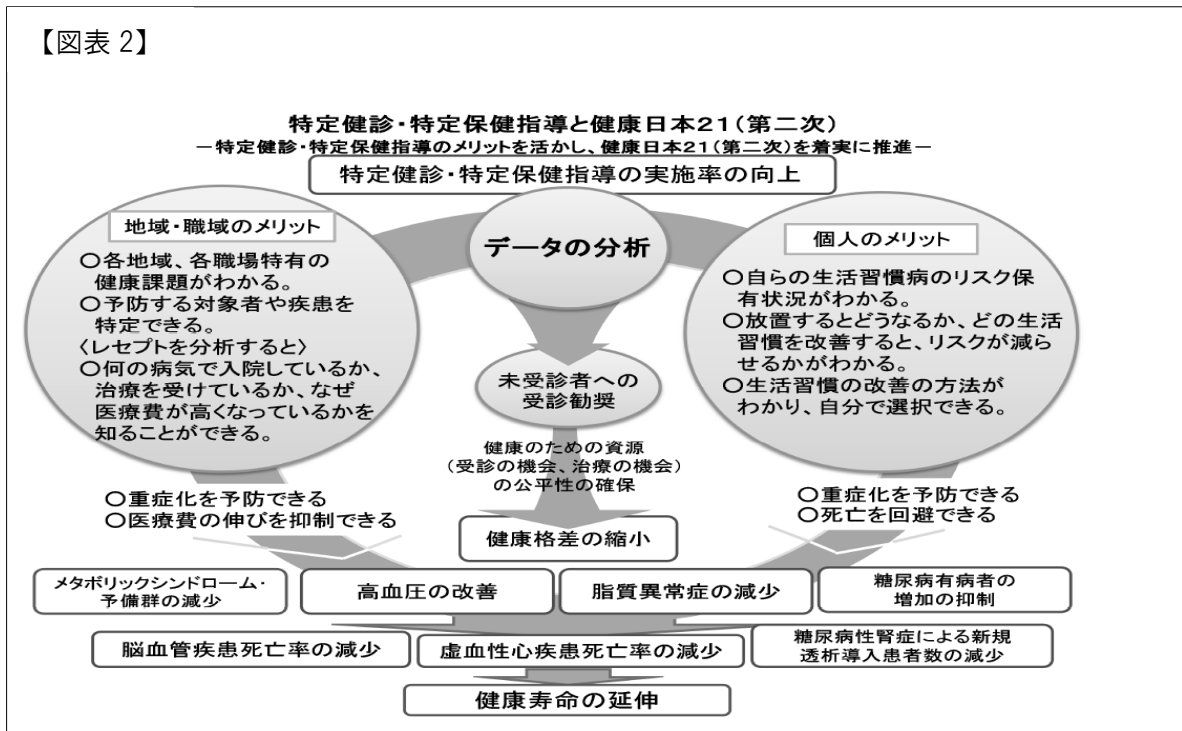
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、佐賀県健康増進計画や町大町健康増進計画、佐賀県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

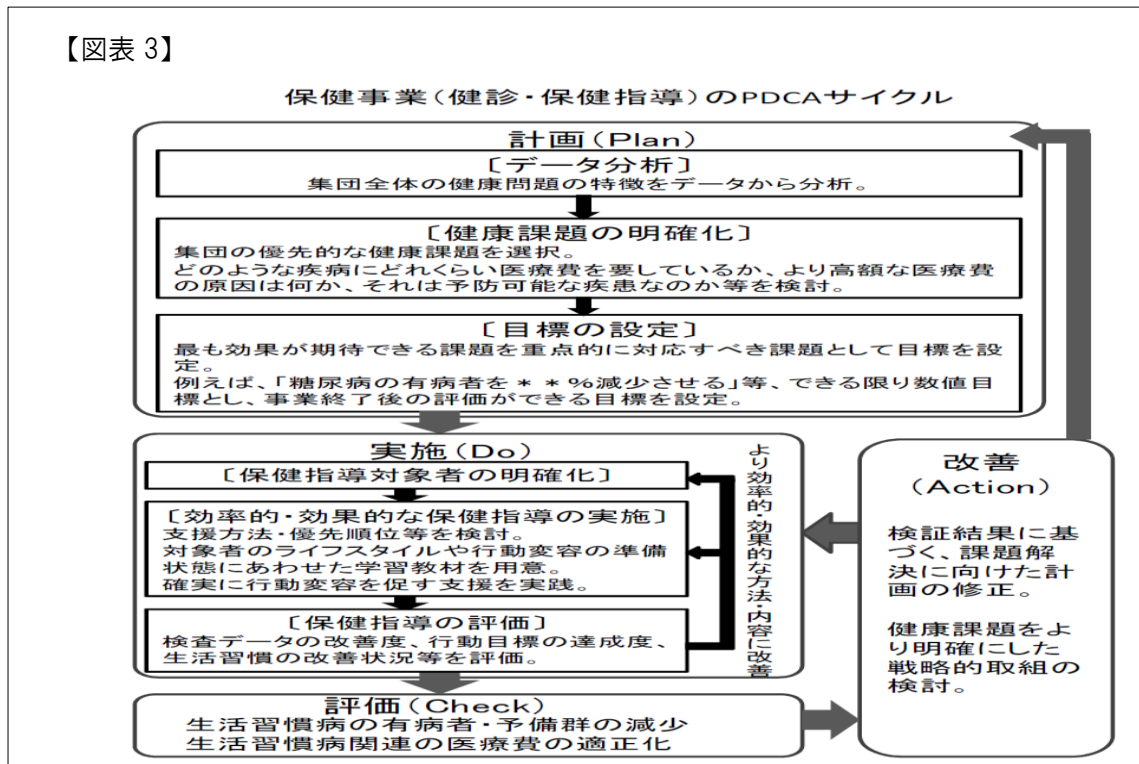
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						2017.10.11
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進基本実施計画)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成28年1月 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年1月 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年1月 「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成28年1月 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年1月 医療費適正化に関する施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年1月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を重点とし、日常生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目的とし、その結果、 社会生活機能の維持及び向上を図る ことにより、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組みを図ることを目指す。	生活習慣の改善による健康寿命の 発症予防 の達成を求め、健康増進を推進することにおいては、高齢者を減らすことができ、さらには 重症化予防 の達成を求め、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活の質の維持および向上を図ることが、 高齢者の暮らしの質を向上させる ことが可能となる。 特定健康診査は、 高齢者の生活習慣病の発症や重症化を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とするものを、 地域に届ける ためのものである。	生活習慣病対策 をはじめとして、被保険者の 自主的な生活習慣改善及び発症予防の取組 について、 高齢者 がその実践の中心として、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開することを旨とする。 被保険者の健康の維持増進 により、 医療費の適正化 及び被保険者の 財政負担軽減 が図られることは保険者自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することや、 要介護状態 または 要介護状態に近づく 高齢者の 予防 、 要介護状態等の軽減 もしくは 悪化の防止 を理念としている。	国民生活機能の維持 を継続していくため、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 にいくとともに、 費用かつ適切な医療効果的に提供 する 医療の適正化 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを通じて、 地域において役割の異なる医療の提供 を実現し、 良質な医療 を効率的に提供することによる 医療費適正化 を図る。
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 若年層 、 高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎える若年層(若年層)世代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨格疾患 パーキンソン病関連疾患 骨髄小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統神経症、脳神経変性疾患 後縦靭帯骨化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関係する15項目 ①脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢別罹患率 ②安全確保(健康増進計画による年間健康増進計画導入率) ③自治体間の連携 ④自治体間の連携 ⑤自治体間の連携 ⑥自治体間の連携 ⑦自治体間の連携 ⑧自治体間の連携 ⑨自治体間の連携 ⑩自治体間の連携 ⑪自治体間の連携 ⑫自治体間の連携 ⑬自治体間の連携 ⑭自治体間の連携 ⑮自治体間の連携 ⑯自治体間の連携 ⑰自治体間の連携 ⑱自治体間の連携 ⑲自治体間の連携 ⑳自治体間の連携 ㉑自治体間の連携 ㉒自治体間の連携 ㉓自治体間の連携 ㉔自治体間の連携 ㉕自治体間の連携 ㉖自治体間の連携 ㉗自治体間の連携 ㉘自治体間の連携 ㉙自治体間の連携 ㉚自治体間の連携 ㉛自治体間の連携 ㉜自治体間の連携 ㉝自治体間の連携 ㉞自治体間の連携 ㉟自治体間の連携 ㊱自治体間の連携 ㊲自治体間の連携 ㊳自治体間の連携 ㊴自治体間の連携 ㊵自治体間の連携 ㊶自治体間の連携 ㊷自治体間の連携 ㊸自治体間の連携 ㊹自治体間の連携 ㊺自治体間の連携 ㊻自治体間の連携 ㊼自治体間の連携 ㊽自治体間の連携 ㊾自治体間の連携 ㊿自治体間の連携	①特定健康診査率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の実施率等) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健康診査率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有患者・予備患者 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の実現 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮小 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③予防医療・予防医療の推進 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 医療機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の現状に応じて決定)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度(度分)を減額し、保険料率決定】	健康事業支援(評価委員会(事務局、国民健康協会)による計画作成支援)		保険者協議会(事務局、国民健康協会)を通じて、保険者との連携	

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30（2018）年度から平成35（2023）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（2018）年度から平成35（2023）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

大町町においては、町民課が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に子育て・健康課の保健師等の専門職と連携をして、町内一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、保健衛生部局（子育て・健康課）、高齢者医療部局（福祉課）、介護保険部局（福祉課）企画部局（企画政策課）、生活保護部局（福祉課）とも十分連携する。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

また、平成30（2018）年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、

都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

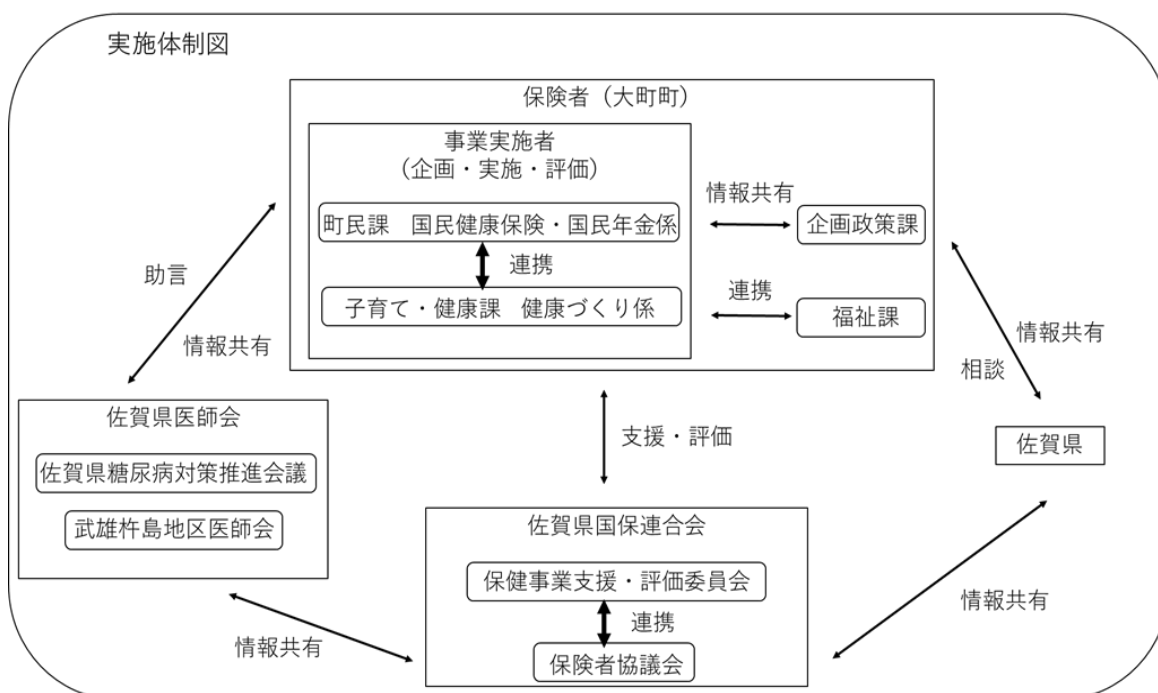
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

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

3) 被保険者の役割

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

【図表 4】



4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28（2016）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（2018）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		2016 配点	2017 配点	2018 配点
総得点（満点）		345	580	850
交付額（万円）		91	—	3,669
総得点（体制構築加点含む）		221	—	580
全国順位（1,741市町村中）		547	—	—
共通 ①	特定健診受診率	0	—	20
	特定保健指導実施率	20	—	25
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	10	—	0
共通 ②	がん検診受診率	0	—	15
	歯周疾患（病）検診の実施	0	15	25
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100
固有 ②	データヘルス計画策定状況	0	20	28
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25
	個人インセンティブ提供	20	45	70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	11	14	20
	後発医薬品の使用割合	5	0	0
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	0	40	50
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25
共通 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	6	9
	第三者求償事務の取組の実施状況	10	30	40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			33
体制構築加点		70	70	60

第2章 第2期計画以前との評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第2期計画以前との評価及び考察

1) 第2期計画以前との評価

(1) 全体の経年変化

大町町は、平成28(2016)年度人口7,345人、高齢化率31.7%、国保加入率23.8%、被保険者数1,749人(そのうち40歳~74歳の国保被保険者数1,419人)

平成25(2013)年度と平成28(2016)年度の経年比較を見ると、介護給付費、医療費の入院費、入院の慢性腎不全と糖尿病、外来の心疾患と腎不全は減少及び削減しており、外来の腎不全の費用額は、県下1位から12位まで改善した。

しかし、死亡の状況は全国、県、同規模より依然高く、特に脳疾患が高かった。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることが分かった。メタボリックシンドローム該当者、予備軍の改善状況が確認できた中で、非肥満高血糖が上がってきていることが判明した。(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)

介護給付費の変化について比較すると、平成25(2013)年度より、平成28(2016)年度は、6,005万円減額となっていた。また、1件当たりの給付費も7,461円減額となったが同規模平均と比較して約1万3,000円の差額が6,868円と縮まってはいるが、以前高額である。

【図表6】

年度	大町町				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
2013	896,817,545	84,918	50,831	284,440	71,782	41,044	279,592
2016	↓ 836,765,600	↓ 77,457	47,162	266,222	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大町町は入院費用並びに入院外費用の伸び率を抑制できていることが分かった。

【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	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1総医療費 (円)	2013年度	78,191,264				34,247,137				43,944,127			
	2016年度	71,173,047	-7,018,217	-8.97	-3.26	30,823,565	-3,423,572	-9.99	-2.90	40,349,482	-3,594,645	-8.18	-3.54
2一人当たり 医療費(円)	2013年度	32,683				1,431				1,837			
	2016年度	32,934	251	0.76	0.75	1,426	-5	-0.34	7.97	1,867	30	1.63	7.22

※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)、脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費計では、減少しているが疾患別にみると、慢性腎不全(透析)、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの脳血管疾患に係る費用が若干増加していることが分かった。

また、中長期目標疾患に至るリスクとして、共通する短期目標疾患の糖尿病・高血圧・脂質異常症も含む目標疾患医療費計の割合についても減少し、国よりも低くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25(2013)年度と平成28(2016)年度との比較)

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・骨格 疾患
		金額	順位		腎	脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異 常症						
			同規模	県内							慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)				
2013 大町町	781,912,640	32,683	9位	3位	8.54%	0.92%	2.42%	1.60%	5.69%	5.19%	2.42%	209,436,470	26.79%	9.62%	11.58%	12.74%
	711,730,470	32,934	13位	4位	6.32%	0.33%	2.50%	1.27%	5.42%	3.34%	2.71%	159,356,840	22.39%	12.38%	13.62%	10.86%
2016 佐賀県	74,614,050,150	29,593	-	-	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%
	9,887,988,260,190	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レセプ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）

中長期的な疾患として、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析について更に分析すると3疾患とも全体は年度比較で減少していた。

人工透析については、一度透析治療が開始になると、腎移植や後期高齢者、他の保険に移行するなどがなければ減少することはないため、新規透析者を増やさないことが重要である。約半分の割合まで減少し全国並みになり目標達成であるが64歳以下の糖尿病割合が75%と高率なので、早期発見、早期治療のため健診受診率の向上が急務である。

【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
2013	全体	1992	86	4.3%	18	20.9%	3	3.5%	67	77.9%	36	41.9%	43	50.0%	
	64歳以下	1306	24	1.8%	2	8.3%	1	4.2%	20	83.3%	6	25.0%	10	41.7%	
	65歳以上	686	62	9.0%	16	25.8%	2	3.2%	47	75.8%	30	48.4%	33	53.2%	
2016	全体	1842	80	4.3%	13	16.3%	3	3.8%	61	76.3%	38	47.5%	52	65.0%	
	64歳以下	1057	16	1.5%	3	18.8%	1	6.3%	12	75.0%	7	43.8%	9	56.3%	
	65歳以上	785	64	8.2%	10	15.6%	3	4.7%	49	76.6%	31	48.4%	43	67.2%	
2013-2016の変化		▲150	▲6	0	▲5	▲4.7	0	0	▲6	▲1.7	2	5.6	9	15	

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
2013	全体	1992	105	5.3%	18	17.1%	3	2.9%	83	79.0%	34	32.4%	42	40.0%	
	64歳以下	1306	30	2.3%	2	6.7%	2	6.7%	21	70.0%	6	20.0%	9	30.0%	
	65歳以上	686	75	10.9%	16	21.3%	1	1.3%	62	82.7%	28	37.3%	33	44.0%	
2016	全体	1842	85	4.6%	13	15.3%	3	3.5%	60	70.6%	37	43.5%	47	55.3%	
	64歳以下	1057	27	2.6%	3	11.1%	3	11.1%	17	63.0%	10	37.0%	14	51.9%	
	65歳以上	785	58	7.4%	10	17.2%	0	0.0%	43	74.1%	27	46.6%	33	56.9%	
2013-2016の変化		▲150	▲20	▲0.0	▲5	▲0.0	0	0.0	▲23	▲0.1	3	0.1	5	0.2	

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
2013	全体	1992	11	0.6%	3	27.3%	3	27.3%	11	100.0%	6	54.5%	2	18.2%	
	64歳以下	1306	7	0.5%	2	28.6%	1	14.3%	7	100.0%	3	42.9%	2	28.6%	
	65歳以上	686	4	0.6%	1	25.0%	2	50.0%	4	100.0%	3	75.0%	0	0.0%	
2016	全体	1842	8	0.4%	3	37.5%	3	37.5%	8	100.0%	5	62.5%	4	50.0%	
	64歳以下	1057	4	0.4%	0	0.0%	1	25.0%	4	100.0%	3	75.0%	2	50.0%	
	65歳以上	785	4	0.5%	3	75.0%	2	50.0%	4	100.0%	2	50.0%	2	50.0%	
2013-2016の変化		▲150	▲3	▲0.00	0	0.1	0	0.1	▲3	0.0	▲1	0.1	2	0.3	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常症の治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していた。まずは、治療中断を防止していくことにより、重症化を予防していくことが重要である。

高血圧治療者(様式3-3)については、脳血管疾患、人工透析が減少しているので重症化防止ができていると推測されるが、脂質異常症については血管梗塞のリスク因子のため、心筋梗塞等の虚血性心疾患、脳梗塞、腎硬化症による人工透析の増加も新たな傾向として注意を要する可能性が分かった。

【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								
		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	
		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
2013	全体	1992	219	11.0%	24	11.0%	133	60.7%	121	55.3%	36	16.4%	34	15.5%	6	2.7%	13	5.9%
	64歳以下	1306	82	6.3%	9	11.0%	44	53.7%	54	65.9%	6	7.3%	6	7.3%	3	3.7%	6	7.3%
	65歳以上	686	137	20.0%	15	10.9%	89	65.0%	67	48.9%	30	21.9%	28	20.4%	3	2.2%	7	5.1%
2016	全体	1842	217	11.8%	19	8.8%	141	65.0%	131	60.4%	38	17.5%	37	17.1%	5	2.3%	12	5.5%
	64歳以下	1057	76	7.2%	7	9.2%	44	57.9%	45	59.2%	7	9.2%	10	13.2%	3	3.9%	6	7.9%
	65歳以上	785	141	18.0%	12	8.5%	97	68.8%	86	61.0%	31	22.0%	27	19.1%	2	1.4%	6	4.3%

厚生労働省 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
2013	全体	1992	486	24.4%	133	27.4%	203	41.8%	67	13.8%	83	17.1%	11	2.3%
	64歳以下	1306	179	13.7%	44	24.6%	75	41.9%	20	11.2%	21	11.7%	7	3.9%
	65歳以上	686	307	44.8%	89	29.0%	128	41.7%	47	15.3%	62	20.2%	4	1.3%
2016	全体	1842	444	24.1%	141	31.8%	223	50.2%	61	13.7%	60	13.5%	8	1.8%
	64歳以下	1057	136	12.9%	44	32.4%	65	47.8%	12	8.8%	17	12.5%	4	2.9%
	65歳以上	785	308	39.2%	97	31.5%	158	51.3%	49	15.9%	43	14.0%	4	1.3%

厚生労働省 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
2013	全体	1992	314	15.8%	121	38.5%	203	64.6%	43	13.7%	42	13.4%	2	0.6%
	64歳以下	1306	133	10.2%	54	40.6%	75	56.4%	10	7.5%	9	6.8%	2	1.5%
	65歳以上	686	181	26.4%	67	37.0%	128	70.7%	33	18.2%	33	18.2%	0	0.0%
2016	全体	1842	327	17.8%	131	40.1%	223	68.2%	52	15.9%	47	14.4%	4	1.2%
	64歳以下	1057	111	10.5%	45	40.5%	65	58.6%	9	8.1%	14	12.6%	2	1.8%
	65歳以上	785	216	27.5%	86	39.8%	158	73.1%	43	19.9%	33	15.3%	2	0.9%

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、女性ともに内臓脂肪を推測する腹囲、脂肪肝を示す GPT、脂質異常症である低 HDL コレステロール、高 LDL コレステロールの有所見割合が減少していた。しかし、男女ともに、高血糖を示す HbA1c、収縮期血圧、高 LDL コレステロールの有所見者が依然有所見割合が高めであることが分かった。この 3 因子は、虚血性心疾患や脳梗塞などの動脈硬化を最も進める組み合わせであり、引き続き保健指導を実施し重症化を予防することが重要である。

【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)

性別	年齢	項目	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン			
			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
			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			
男性	合計	39	25.8%	90	59.6%	45	29.8%	32	21.2%	17	11.3%	16	10.6%	99	65.6%	36	23.8%	66	43.7%	33	21.9%	92	60.9%	2	1.3%			
	40-64	17	28.3%	34	56.7%	21	35.0%	15	25.0%	6	10.0%	6	10.0%	32	53.3%	18	30.0%	25	41.7%	15	25.0%	40	66.7%	0	0.0%			
	65-74	22	24.2%	56	61.5%	24	26.4%	17	18.7%	11	12.1%	10	11.0%	67	73.6%	18	19.8%	41	45.1%	18	19.8%	52	57.1%	2	2.2%			
女性	合計	50	27.5%	89	48.9%	41	22.5%	31	17.0%	13	7.1%	29	15.9%	131	72.0%	33	18.1%	89	48.9%	25	13.7%	93	51.1%	2	1.1%			
	40-64	15	28.3%	22	41.5%	13	24.5%	12	22.6%	3	5.7%	6	11.3%	32	60.4%	9	17.0%	25	47.2%	9	17.0%	29	54.7%	0	0.0%			
	65-74	35	27.1%	67	51.9%	28	21.7%	19	14.7%	10	7.8%	23	17.8%	99	76.7%	24	18.6%	64	49.6%	16	12.4%	64	49.6%	2	1.6%			

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)

性別	年齢	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
		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	
男性	合計	151	23.6%	17	11.3%	40	26.5%	2	1.3%	26	17.2%	12	7.9%	33	21.9%	2	1.3%	3	2.0%	23	15.2%	5	3.3%
	40-64	60	17.2%	9	15.0%	13	21.7%	1	1.7%	6	10.0%	6	10.0%	12	20.0%	1	1.7%	1	1.7%	7	11.7%	3	5.0%
	65-74	91	31.3%	8	8.8%	27	29.7%	1	1.1%	20	22.0%	6	6.6%	21	23.1%	1	1.1%	2	2.2%	16	17.6%	2	2.2%
女性	合計	182	28.0%	12	6.6%	37	20.3%	2	1.1%	27	14.8%	8	4.4%	40	22.0%	7	3.8%	1	0.5%	21	11.5%	11	6.0%
	40-64	53	18.9%	4	7.5%	10	18.9%	0	0.0%	5	9.4%	5	9.4%	8	15.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	9.4%	3	5.7%
	65-74	129	35.0%	8	6.2%	27	20.9%	2	1.6%	22	17.1%	3	2.3%	32	24.8%	7	5.4%	1	0.8%	16	12.4%	8	6.2%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

特定健診受診率は増加しているが県下最下位であり、様々な対策を講じている。

特に、個別訪問で健診受診を約束しても受診につながらず、更なる対策が必須である。

また、特定保健指導率は減少している。対象者の減少に伴い健診時以外に会うことが難しい方や案内だけでは拒否の方が累積しているためと推測される。

また、H28（2016）年度のみ評価時期に十分に介入ができなかったなど体制の見直しも含め目標値回復に向け引き続き実施する。

【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	
								大町町	同規模平均
2013年度	1346	354	26.3%	185位	48	29	60.4%	50.8%	51.4%
2016年度	1282	429	33.5%	204位	44	19	43.2%	51.6%	51.9%

第 2 期計画以前の考察

第 2 期計画前において、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（人工透析予防）を重点に治療への受診勧奨、生活改善、治療継続等の重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化のみならず、介護保険の抑制の一助につながったと思われる。しかし、同規模、県、全国とかけ離れていた数値がほぼ同じくらいに落ち着いてきたに過ぎず、重症化の若年化やメタボリックシンドロームと脂質異常症の組み合わせの潜在的な重症化予備群の兆候という新たな課題も見えてきた。その背景として、動脈硬化の最大危険因子である高コレステロール血症などの脂質異常症単一原因でなく、自覚症状の乏しいメタボリックシンドローム等で血管内皮を傷つけきった後での治療では、元に戻ることが難しいまま重症化し、脳、心、腎の臓器障害が次々と起こることも考えられる。加えてメタボリックシンドローム、脱水等で血栓ができやすいという側面が推測される。

適正な医療につなげるためには、住民自らの状態を確認できる場としての 40 歳から特定健診（大町町は 30 歳から受診可能）は重要であり、特定健診受診率向上は早急な取り組むべき課題である。特に若年層の早期発見、早期治療の視点からメタボリックシンドローム、脂質異常症、脱水など全町挙げてポピュレーション活動を関係部署と連携を取り、対策を構築する必要性を今回改めて認識できた。

また、単年評価でなく、特に糖尿病、Ⅱ度以上の高血圧該当者には、引き続き治療の確認と健診受診の確認など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が

取り組むべき重要な課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

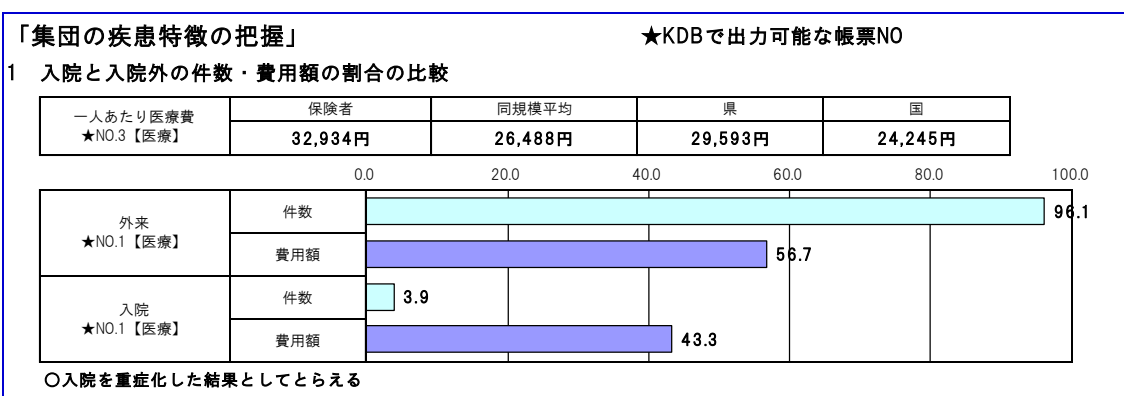
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

大町町の一人あたりの医療費は、同規模平均、県、国と比べて依然高く、特に入院件数は3.9%で、費用額全体の43.3%を占めている。引き続き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ため保健事業を継続していく。

また、入院増について調べると、悪性新生物の構成割合が増えており差も大きい。骨折の構成割合も増えていたため、生活習慣病以外のがん検診率の向上や筋力低下や転倒予防などの保健事業についても医療費削減に重要であることが判明した。

【図表 13】



(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)

予防可能な疾患は、実人数では一桁台まで減少した。しかし、脳血管疾患と虚血性心疾患を比べると、脳血管疾患の方が高額になる件数が多く長期化を示している。金額も虚血性心疾患の約5倍医療費がかかっており、引き続き重症化予防の中でも脳血管疾患対策を必須とする。

【図表 14】

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他					
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	人数	59人	5人	2人	23人	35人					
			8.5%	3.4%	39.0%	59.3%					
	件数	95件	14件	2件	29件	50件					
			14.7%	2.1%	30.5%	52.6%					
		年代別	40歳未満	1	7.1%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.0%
			40代	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	12	24.0%
50代			0	0.0%	1	50.0%	2	6.9%	0	0.0%	
60代	13		92.9%	0	0.0%	20	69.0%	22	44.0%		
70-74歳	0	0.0%	0	0.0%	7	24.1%	14	28.0%			
費用額	1億3001万円	1304万円	276万円	4081万円	7340万円						
		10.0%	2.1%	31.4%	56.5%						

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	27人	18人 66.7%	4人 14.8%	1人 3.7%
		件数	246件	177件 72.0%	33件 13.4%	12件 4.9%
		費用額	1億0234万円	6217万円 60.8%	1367万円 13.4%	856万円 8.4%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上
*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患	
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	人数	8人 62.5%	5人 37.5%	3人 37.5%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	件数	106件	53件 50.0%	42件 39.6%	33件 31.1%
			費用額	4829万円	2742万円 56.8%	2170万円 44.9%	1451万円 30.0%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合			786人	85人 10.8%	80人 10.2%	12人 1.5%
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧	60人 70.6%	61人 76.3%	10人 83.3%	
			糖尿病	37人 43.5%	38人 47.5%	12人 100.0%	
			脂質 異常症	47人 55.3%	52人 65.0%	9人 75.0%	
		高血圧症		糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	
		444人 56.5%		217人 27.6%	327人 41.6%	55人 7.0%	

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

(3)何の疾患で介護保険を受けているのか (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93.4%であり、筋・骨格疾患の90.0%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている割合が低くなっており、近年の保健事業の効果と思われる。

引き続き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】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

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	2,558人		943人		1,356人		2,299人		4,857人							
認定者数	16人		45人		500人		545人		561人								
認定率	0.63%		4.8%		36.9%		23.7%		11.6%								
新規認定者数(*1)	0人		36人		0人		36人		36人								
介護度別人数	要支援1・2	4	25.0%	17	37.8%	115	23.0%	132	24.2%	136	24.2%						
	要介護1・2	8	50.0%	13	28.9%	177	35.4%	190	34.9%	198	35.3%						
	要介護3～5	4	25.0%	15	33.3%	208	41.6%	223	40.9%	227	40.5%						
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)	141		351		0		351		492							
	再)国保・後期	141		351		0		351		492							
(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
				脳卒中	82	58.2%	脳卒中	162	46.2%	脳卒中	0	--	脳卒中	162	46.2%	脳卒中	244
	循環器疾患	2	腎不全	41	29.1%	虚血性心疾患	54	15.4%	虚血性心疾患	0	--	虚血性心疾患	54	15.4%	腎不全	90	18.3%
		3	虚血性心疾患	34	24.1%	腎不全	49	14.0%	腎不全	0	--	腎不全	49	14.0%	虚血性心疾患	88	17.9%
		4	糖尿病合併症	30	21.3%	糖尿病合併症	53	15.1%	糖尿病合併症	0	--	糖尿病合併症	53	15.1%	糖尿病合併症	83	16.9%
	基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	113		305		0		305		418							
		80.1%		86.9%		--		86.9%		85.0%							
	血管疾患 合計	117		306		0		306		423							
		83.0%		87.2%		--		87.2%		86.0%							
	認知症	36		89		0		89		125							
25.5%		25.4%		--		25.4%		25.4%									
筋・骨格疾患	108		309		0		309		417								
	76.6%		88.0%		--		88.0%		84.8%								

*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) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出

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)	7,421				
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,172				

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率より増加することが分かっている。

大町町においては、年次変化では減少傾向であり、全国と比較して男女とも割合が高い有見は、食後高血糖を多く反映した1～2か月の平均血糖値を示すHbA1cと高LDLコレステロールであることが分かった。

また、メタボリックシンドローム該当者、予備群の内訳が多かった項目は高血圧であり未治療と密接に関係しているため個別の分析が必要と思われる。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7) ★NO.23 (概要)

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	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	50	27.5	89	48.9	41	22.5	31	17.0	13	7.1	29	15.9	131	72.0	33	18.1	89	48.9	25	13.7	93	51.1	2	1.1
	40-64	15	28.3	22	41.5	13	24.5	12	22.6	3	5.7	6	11.3	32	60.4	9	17.0	25	47.2	9	17.0	29	54.7	0	0.0
	65-74	35	27.1	67	51.9	28	21.7	19	14.7	10	7.8	23	17.8	99	76.7	24	18.6	64	49.6	16	12.4	64	49.6	2	1.6
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	20.6		17.3		16.2		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	58	23.4	62	25.0	46	18.5	18	7.3	6	2.4	32	12.9	201	81.0	9	3.6	114	46.0	38	15.3	157	63.3	1	0.4
	40-64	10	14.7	10	14.7	12	17.6	3	4.4	1	1.5	9	13.2	49	72.1	1	1.5	21	30.9	9	13.2	44	64.7	0	0.0
	65-74	48	26.7	52	28.9	34	18.9	15	8.3	5	2.8	23	12.8	152	84.4	8	4.4	93	51.7	29	16.1	113	62.8	1	0.6

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

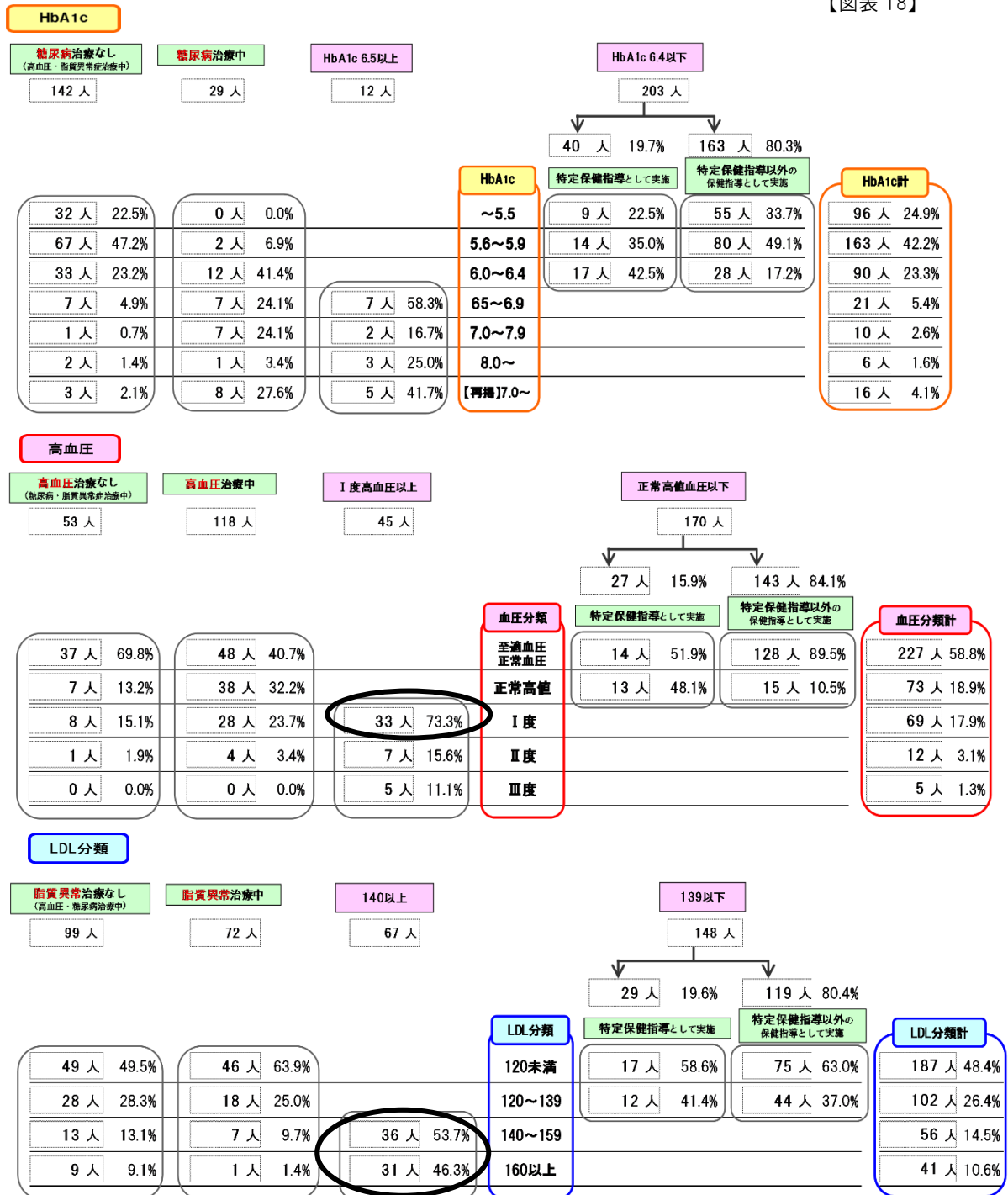
★NO.24 (概要)

	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
男性	合計	182	28.0	12	6.6%	37	20.3%	2	1.1%	27	14.8%	8	4.4%	40	22.0%	7	3.8%	1	0.5%	21	11.5%	11	6.0%
	40-64	53	18.9	4	7.5%	10	18.9%	0	0.0%	5	9.4%	5	9.4%	8	15.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	9.4%	3	5.7%
	65-74	129	35.0	8	6.2%	27	20.9%	2	1.6%	22	17.1%	3	2.3%	32	24.8%	7	5.4%	1	0.8%	16	12.4%	8	6.2%
女性	合計	248	39.0	8	3.2%	25	10.1%	1	0.4%	17	6.9%	7	2.8%	29	11.7%	4	1.6%	1	0.4%	17	6.9%	7	2.8%
	40-64	68	28.2	3	4.4%	4	5.9%	0	0.0%	3	4.4%	1	1.5%	3	4.4%	0	0.0%	1	1.5%	2	2.9%	0	0.0%
	65-74	180	45.6	5	2.8%	21	11.7%	1	0.6%	14	7.8%	6	3.3%	26	14.4%	4	2.2%	0	0.0%	15	8.3%	7	3.9%

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

食後高血糖を示す HbA1c6.5 の人数は、37 人であり、その内受診勧奨が必要な 12 人は確実に医療につなげる必要がある。血圧、LDL についても同様にまずは未治療者を治療につなげ早期に重症化を予防することが重要である。高血圧については、I 度高血圧が特に多く、生活習慣についての丁寧な保健指導を引き続き実施していく。

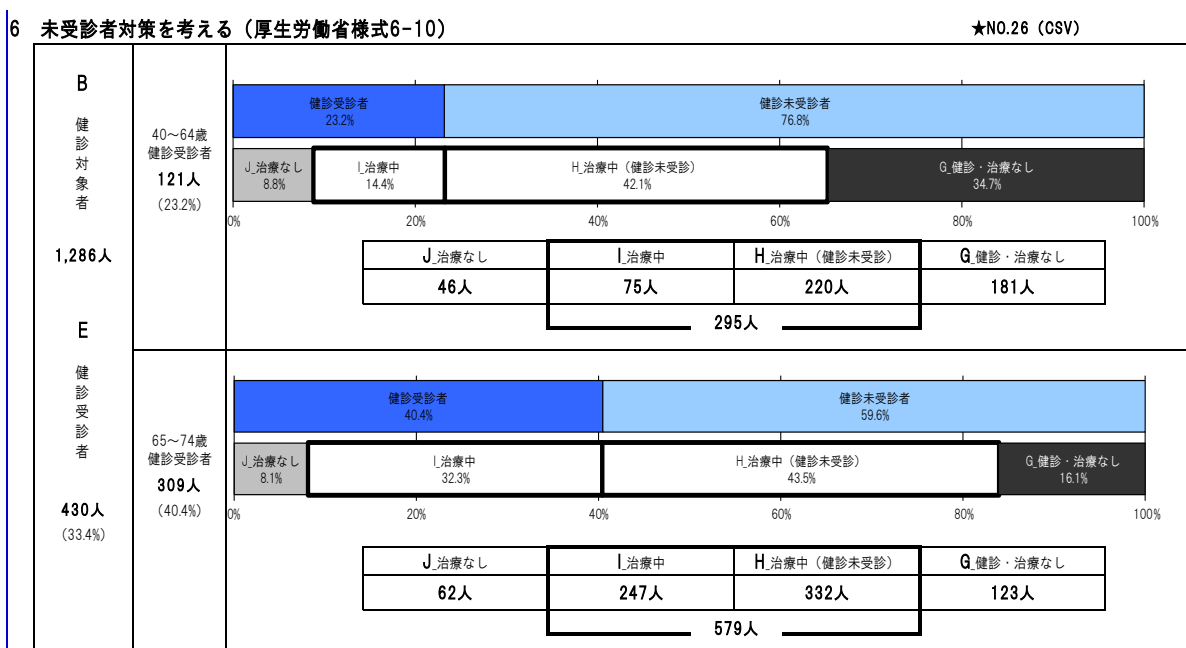
【図表 18】



4) 未受診者の把握 (図表 19)

医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が34.6%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、身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費用でみても、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分かる。

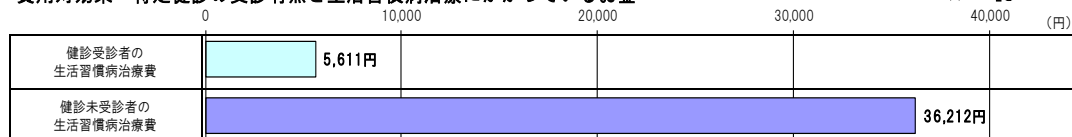
【図表 19】



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

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑩



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

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。平成35（2023）年度には平成30（2018）年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32（2020）年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

まずは健診受診率が県平均になり、更に入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、入院の伸び率を平成35（2023）年度は10%減少を目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

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

また、治療中のデータから、解決していない問題はメタボリックシンドロームと糖尿病が挙げられる。

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状態であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことを踏まえ、第三期(平成30(2018)年度以降)からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	35	40	45	50	55	60
特定保健指導実施率	55	60	60	60	60	60

3. 対象者の見込み

【図表21】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	1400	1400	1300	1300	1200	1200
	受診者数	490	560	585	650	660	720
特定保健指導	対象者数	40	45	50	50	50	60
	実施者数	22	27	30	30	30	36

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。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取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(大町町総合福祉保健センター)
- 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、大町町のホームページに掲載する。

(参照)URL : <http://www.town.omachi.saga.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

6 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

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

【図表 22】

特定健診年間実施スケジュール		受診券発行月日											
健診名	受診者数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	2017年12月31日現在		未受診者対象	→									
集団				4日間									
個別				6月1日~ 保健指導 →									

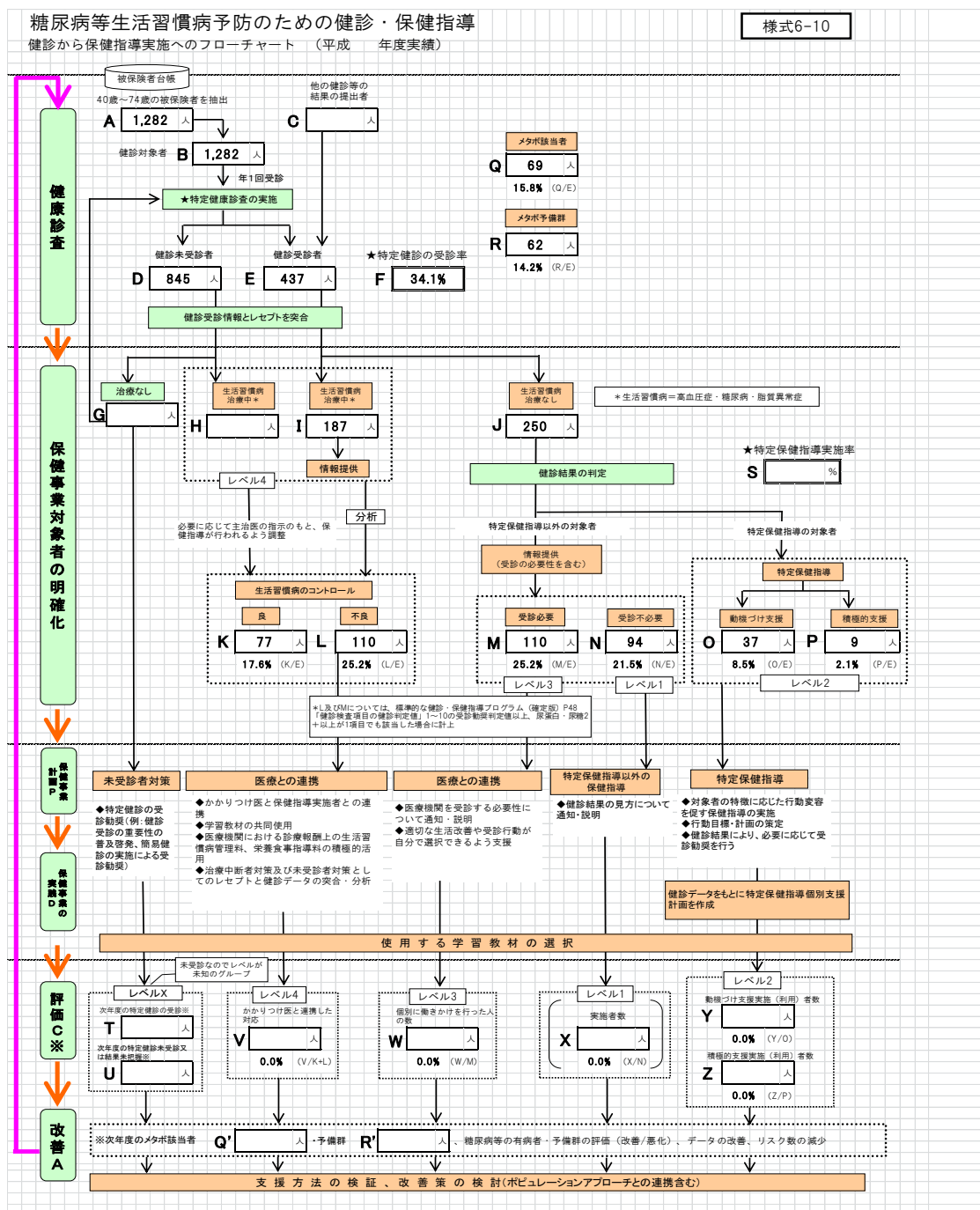
5. 特定保健指導の実施

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(2018)年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の○%)	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	40人 (11%)	55%
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	110人 (25%)	HbA1c 6.5以上 につい ては 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健 診受診の重要性の普及啓発、全 くの未受診者への戸別訪問実 施による受診勧奨）	900人 ※受診率目標 達成までにあ と50人	35%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通 知・説明	100人 (21.5%)	
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	200人 (45%)	50%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

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

【図表 25】

平成29年度 大町町国民健康保険保健事業実施計画

事業名	目的	主な事業内容 (平成29年度・助成申請事業)	事業実施概要 (平成29年度・助成申請事業)	実施スケジュール	評価	
国民健康保険保健事業	(1) 特定健診未受診者対策	(1) 特定健診未受診者の健康意識向上と特定健診実施率向上を図る。	平成20年度～平成28年度の特定健診未受診者を分析し、平成28年度の集団健診への受診勧奨を行うのに有効的な対象者を抽出した上で、保健師等専門職による電話での受診勧奨を実施する。	7 対象者:平成20年度～平成28年度 の特定健診未受診者で、特に平成27年度、平成28年度連続して特定健診を受診していない者 イ 方法: 1. 過去健診データ等から健診未受診者を分析 2. 全の健診未受診150人を抽出して、訪問による個別勧奨実施 3. 特定健診未受診者対策の事業分析、事業評価、報告書作成	6月 健診未受診者を分析、勧奨対象者を抽出 7月 受診勧奨実施 7月 第1回集団健診 11月 勧奨結果データ化作業 2月 事業分析 3月 事業評価、報告書作成	指標①訪問による受診勧奨 90% 指標②受診勧奨時の意向調査による前向きな回答 50% 指標③特定健診を受診した人数 50人
	(2) 特定健診受診者のフォローアップ(受診勧奨判定値を超えている者への対策)	(2) 特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者について、医療機関への受診勧奨を行う。	特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者について、医療機関への受診勧奨を行うために、保健師等専門職による電話や家庭訪問等での適切な取組を実施し、レセプト情報等での受診確認を評価する。	7 対象者: 特定健診受診者で未治療者 イ 方法: 1. 健診結果から対象者を抽出 2. レセプト等による治療状況確認 3. 訪問等による医療機関への受診勧奨 4. レセプト等による治療確認 5. 事業分析及び評価、報告書作成	7月 集団健診 8月 より毎月集団結果説明会実施 8月 分析及び対象者抽出 10月 治療状況確認 11月 訪問等による医療機関への受診勧奨 12月 訪問等による医療機関への受診勧奨 1月 レセプト等による治療確認 2月 レセプト等による治療確認 3月 事業分析及び評価、報告書作成	指標①面談及び訪問等による保健指導の実施率 60%
	(3) 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組(早期介入保健指導事業)	(3) 特定、高額医療費に及ぶ可能性の高い特定保健指導予備群や30歳代の生活習慣病予備群に対する早期介入による生活習慣改善を目的とする。	(3) 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組(早期介入保健指導事業) 40歳未満の生活習慣病予備群や40歳以上の特定保健指導予備群に対して、家庭訪問等による保健指導を実施する。	7 対象者:平成29年度の特定健診受診者 40歳未満で住民健診を受診している国民健康保険者 イ 方法: 1. 過去及び平成29年度健診データ、レセプトデータ等から生活習慣病リスク保有的な対象者を抽出 2. 1次予防の介入を要する10名の対象者を抽出 3. 訪問等による保健指導実施 4. 介入後のフォローアップ実施(保健指導) 5. 事業分析及び評価、報告書作成	7月 集団健診 8月 より毎月集団結果説明会実施 8月 分析及び対象者抽出 9月 保健指導実施 3月 保健指導実施、事業分析及び評価、報告書作成	指標①面談及び訪問等による保健指導の実施率 60%
	(4) 生活習慣病重症化予防に重点を置いた取組	(4) 特定健康診査の結果やレセプト情報等を活用し、受診者に応じた保健指導を行い発症・重症化予防を図る。	(4) 生活習慣病重症化予防に重点を置いた取組 特定健康診査の結果やレセプト情報等を活用して、受診者の生活や就業状況・生活習慣等を把握し、加齢や心身の特性の変化、ライフステージ等に応じた保健指導を実施する。特に、CKD対象者や糖尿病・脂質異常症・高血圧の重症者・血管変化有所見の者に対し優先的に介入する。	7 対象者:平成20年度～平成28年度の特定健診受診者 イ 方法: 1. 過去健診データ及びレセプトデータ等から重症化リスク保有的な対象者を抽出 2. 介入を要する約60名の対象者を抽出 3. データ等から保健指導計画立案 4. 訪問等による保健指導実施 5. 事業分析及び評価、報告書作成	7月 集団健診 8月 より毎月集団結果説明会実施 8月 分析及び対象者抽出 9月 保健指導実施 3月 保健指導実施、事業分析及び評価、報告書作成	指標①面談及び訪問等による保健指導の実施率 60%
	(5) 糖尿病性腎症重症化予防	(5) 糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により、重症化の予防ができる者に対して、保健指導を実施し改善を図る。	(5) 糖尿病性腎症重症化予防 健診データやレセプトデータ等を用いて糖尿病が重症化するリスクの高い者を医療機関と連携した保健指導等を行い、人工透析への移行を予防する。	7 対象者:平成20年度～平成28年度の特定健診受診者で糖尿病性腎症のリスクが高(医療機関未受診者、治療中断者や通院中で腎症が重症化するリスクの高い者) イ 方法: 1. 過去健診データ及びレセプトデータ等から重症化リスク保有的な対象者を抽出 2. 介入を要する約50名の対象者を抽出 3. データ等から保健指導計画立案 4. かかりつけ医療機関等との連携 5. 訪問等による保健指導実施 6. 事業分析及び評価、報告書作成	7月 集団健診 8月 分析及び対象者抽出 9月 保健指導計画立案 10月 保健指導実施 3月 保健指導実施、事業分析及び評価、報告書作成	指標①面談及び訪問等による保健指導の実施率 60%
特定保健指導	特定保健指導事業			8月より毎月集団結果説明会実施	特定保健指導実施率 55%	
2次健診	特定健診2次健診事業					
健康ポイント						

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及び大町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・特定保健指導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及び紙媒体の保管で行う。保存期間は5年以上とする。

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、大町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て実施していく必要がある。

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

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

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(2017)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

【図表 26】

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

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

大町町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は31人(47.7%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者人中のうち、特定健診受診者が34人(15.8%・G)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者181人(84.2%・I)という実態も明らかになったが、詳細は不明なため、今後重症化予防に向けた医療機関と連携した介入が必要になるため、まずは実態把握が重要である。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より大町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) 31人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)

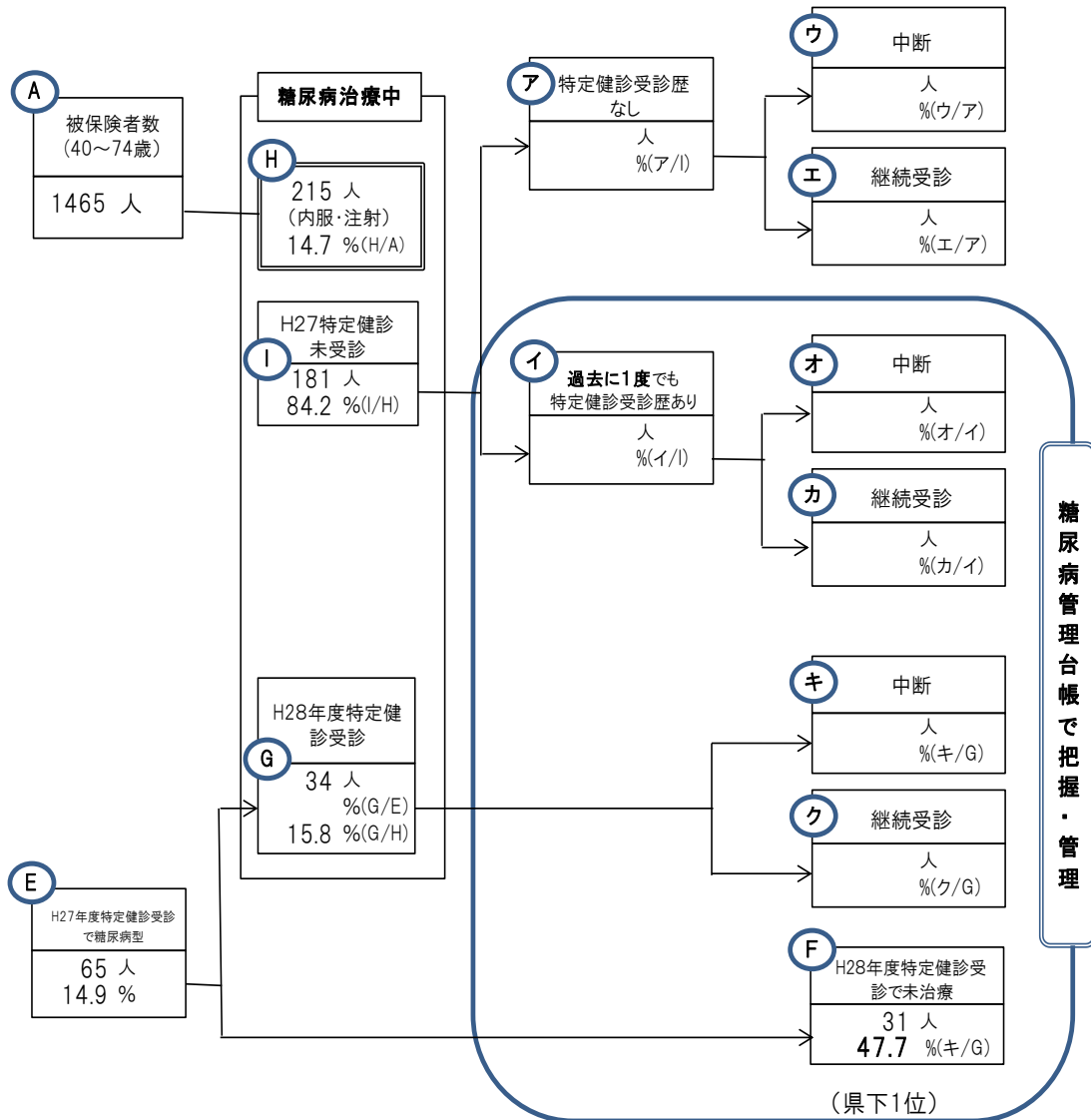
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

他の計画については、現状把握にて数字が判明し次第、随時取り組み予定とする。

【図表 28】

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2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)……13人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……11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。大町町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 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> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもと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</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 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ことを検討中である。

(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

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6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一つである。「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。大町町において健診受診者430人のうち心電図検査実施者は2人(0.46%)であり、そのうち ST 所見があったのは0人であった(図表 30)。

メタボリックシンドローム、高血糖、高血圧、脂質異常症は虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者(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)(%)
2016年度	430		2						2	

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表 32 に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKD ステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表 31】

			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	
2016年度実施			430			2	481
				0.0%	0.0%	0.5%	111.9%
メタボ該当者			69				70
			16.0%	0.0%	0.0%	0.0%	101.4%
メタボ予備群			62				54
			14.4%	0.0%	0.0%	0.0%	87.1%
メタボなし			299			2	297
			69.5%	0.0%	0.0%	0.7%	99.3%
LDL-C	140-159	35				2	33
			11.7%	0.0%	0.0%	5.7%	94.3%
	160-179	29					29
			9.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	180-	21					21
			7.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
CKD	G3aA1～	35				0	35
			8.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

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 32 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 32】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主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 33、34)

【図表 33】

【脳卒中の分類】

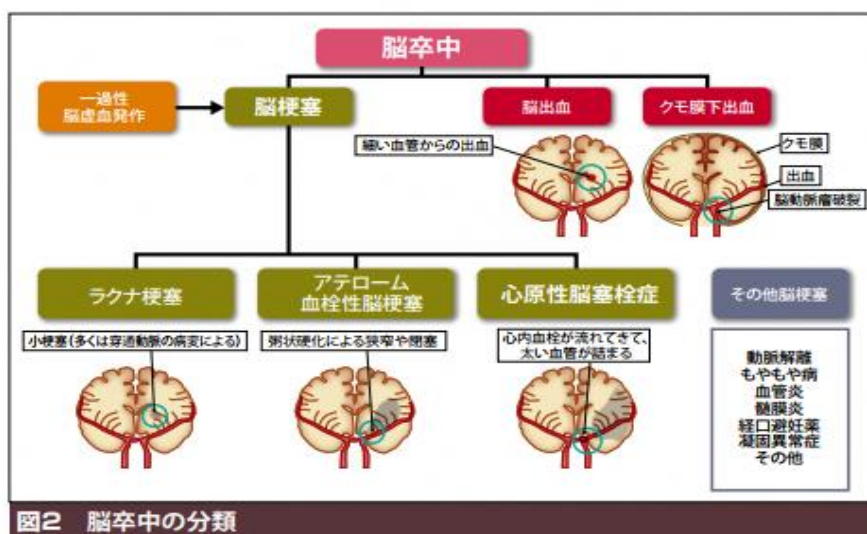


図2 脳卒中の分類

(脳卒中予防の提言より引用)

【図表 34】

脳血管疾患とリスク因子

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 35 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 35】

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

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による有期新規透析導入患者数の減少						
科学的根拠に基づき	脳年中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) (虚血性心疾患の一次予防に関するガイドライン (2006年版) 日本循環器学会)	糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)					
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血(18%) 脳梗塞(75%) 心原性脳塞栓症(27%) ラクナ梗塞(31.9%) アテローム血栓性脳梗塞(33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)			
科学的根拠に基づき 集計結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)	心房細動	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2013 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)			
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上40未満	重症化予防対象者 (実人数)
受診者数 437 対象者数	29 6.6%	0 0.0%	31 7.1%	7 1.6%	69 15.8%	42 9.6%	4 0.9%	2 0.5%	145 33.2%
治療なし	22 7.1%	0 0.0%	28 8.0%	7 2.0%	18 7.2%	29 7.2%	0 0.0%	0 0.0%	65 26.0%
(再掲) 特定保健指導	8 27.6%	0 --	7 22.6%	2 28.6%	18 26.1%	6 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	26 17.9%
治療中	7 5.5%	0 0.0%	3 3.4%	0 0.0%	51 27.3%	13 38.2%	4 2.1%	2 1.1%	80 42.8%
臓器障害 あり	0 0.0%	0 --	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	1 3.4%	0 --	0 --	0 0.0%
CKD(専門医対象者)	0	0	0	1	0	1	0	0	0
蛋白尿(2+)以上	0	0	0	0	0	1	0	0	0
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
心電図所見あり	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臓器障害 なし	22 100.0%	--	28 100.0%	6 85.7%	18 100.0%	28 96.6%	--	--	--

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29人(6.6%)であり、22人は未治療者であった。しかし臓器障害の所見が見られたのは、未治療者のうち0人であった。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も7人(5.5%)いることが分かった。健診当日の内服の有無や自宅血圧の数値にて再度判断は必要であるが、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

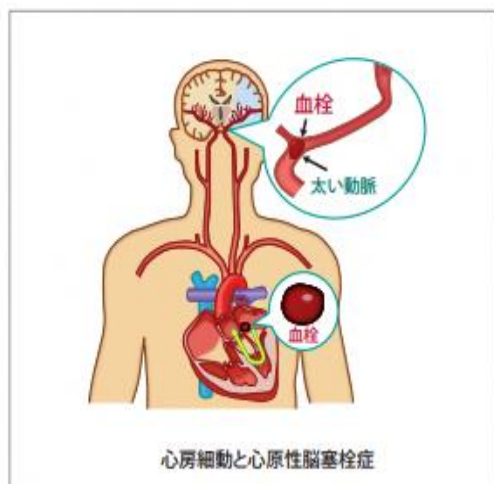
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 36)

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定							【図表 36】			
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）										
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	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
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	310	107	73	53	55	15	7	1	31	45
		34.5%	23.5%	17.1%	17.7%	4.8%	2.3%	0.3%	10.0%	14.5%
リスク第1層	31	18	8	3	1	0	1	1	0	1
		10.0%	16.8%	11.0%	5.7%	1.8%	0.0%	14.3%	0.0%	2.2%
リスク第2層	182	64	42	33	31	9	3	--	31	12
		58.7%	59.8%	57.5%	62.3%	56.4%	60.0%	42.9%	100.0%	26.7%
リスク第3層	97	25	23	17	23	6	3	--	--	32
		31.3%	23.4%	31.5%	32.1%	41.8%	40.0%	42.9%	--	71.1%
再掲 重複あり	糖尿病	35	9	8	5	11	1	1		
		36.1%	36.0%	34.8%	29.4%	47.8%	16.7%	33.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	24	12	4	2	1	3	2		
		24.7%	48.0%	17.4%	11.8%	4.3%	50.0%	66.7%		
	3個以上の危険因子	62	11	15	15	15	4	2		
		63.9%	44.0%	65.2%	88.2%	65.2%	66.7%	66.7%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

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

(3) 心電図検査における心房細動の実態



(脳卒中予防の提言より引用)

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

【図表 37】

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		2						
40歳代								0.04
50歳代								0.1
60歳代		1			0	0.0%		0.4
70～74歳		1			0	0.0%		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



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	%
0					

心電図検査において心房細動の所見があるのは0人であった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

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挙げられる」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行く。

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

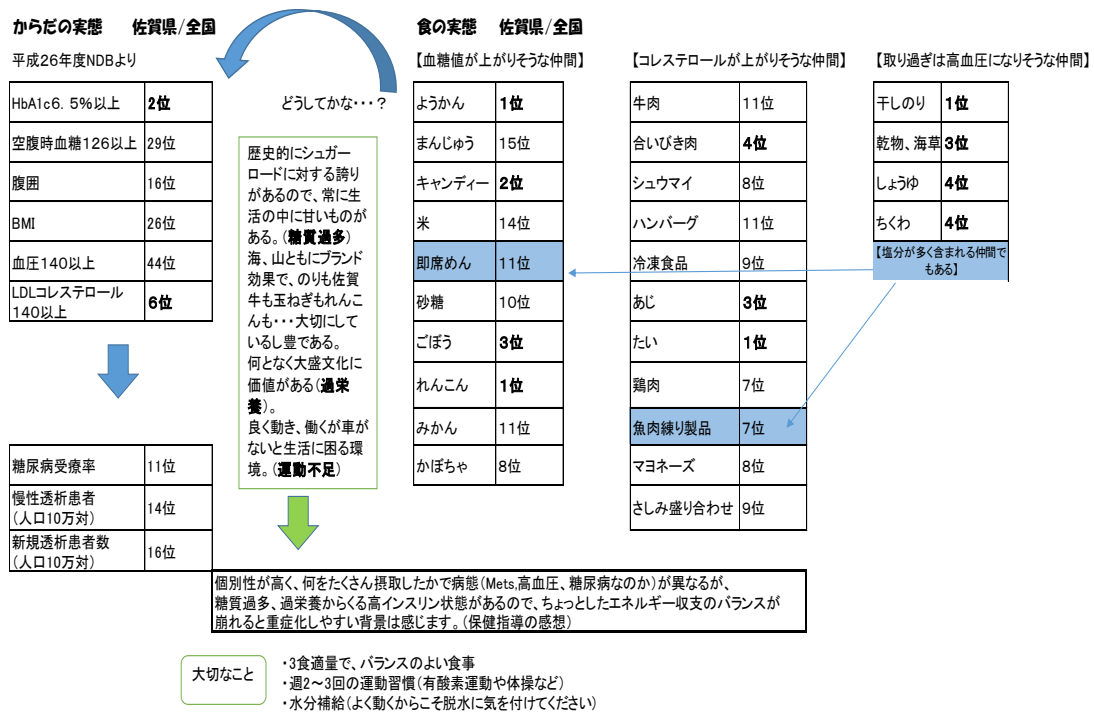
6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

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予定である。(図表 38)

【図表 38】

～佐賀県の実態から大町町の健診結果と食生活を考える～



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平成52（2040）年（図表39参照）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ことができる。

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。このような状況に鑑みれば、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39】

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
大町町	人	2,301	2,470	2,588	2,475	2,330	2,168	2,015
	%	31.2	36	40.5	41.8	42.6	43.1	43.9

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つなげて行くためには、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（2020）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（2023）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

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、毎年取りまとめ、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得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・配布にあたっては、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大町町の位置
- 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 データヘルス計画の目標管理一覧表

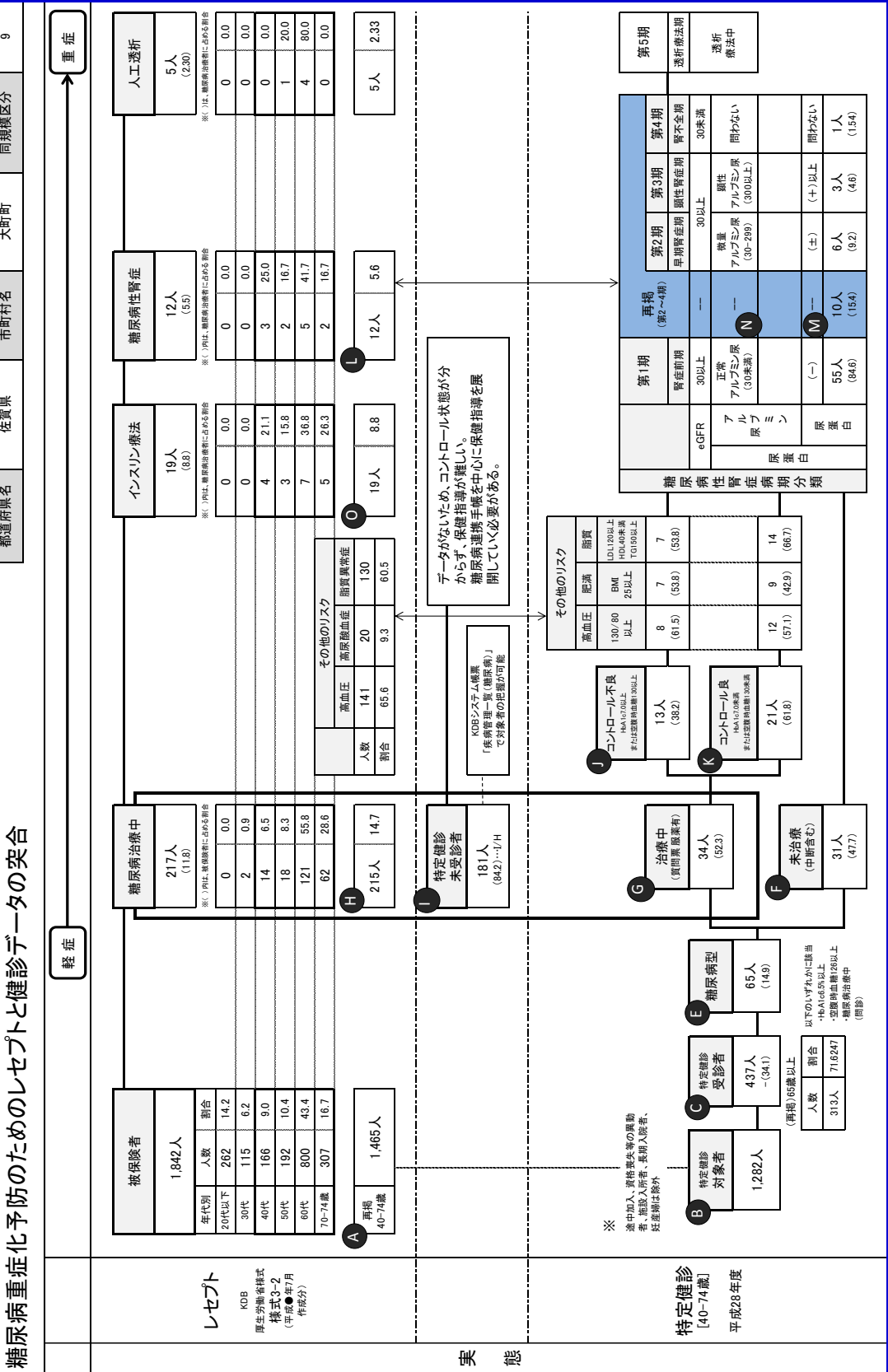
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた大町町の位置

項目		大町町H25 (2013)		大町町H28 (2016)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
1	① 人口構成	総人口	7,345		7,345		1,815,204		842,408		124,852,975			
		65歳以上 (高齢化率)	2,299	31.3	2,299	31.3	575,561	31.7	207,778	24.7	29,020,766	23.2	KDB_NO.5 人口の状況	
		75歳以上	1,356	18.5	1,356	18.5			112,903	13.4	13,989,864	11.2	KDB_NO.3	
		65~74歳	943	12.8	943	12.8			94,875	11.3	15,030,902	12.0	健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		40~64歳	2,558	34.8	2,558	34.8			283,027	33.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下	2,488	33.9	2,488	33.9			351,603	41.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業	5.6		5.6		18.4		9.5		4.2		KDB_NO.3	
		第2次産業	30.1		30.1		25.5		24.2		25.2		健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
		第3次産業	64.3		64.3		56.1		66.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性	78.7		78.7		79.4		79.3		79.6			
女性		86.8		86.8		86.4		86.6		86.4		KDB_NO.1		
④ 健康寿命	男性	64.8		64.8		65.2		65.2		65.2		地域全体像の把握		
	女性	66.7		66.7		66.7		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	男性	111.8	115.5	104.8		102.7		100			KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性	100.9	97.0	100.8		97.0		100					
		死因	がん	18	36.7	20	33.3	6,817	45.1	2,798	51.0	367,905		49.6
		心臓病	20	40.8	24	40.0	4,392	29.1	1,387	25.3	196,768	26.5		
		脳疾患	6	12.2	10	16.7	2,661	17.6	880	16.0	114,122	15.4		
		糖尿病	2	4.1	1	1.7	274	1.8	105	1.9	13,658	1.8		
		腎不全	3	6.1	4	6.7	548	3.6	174	3.2	24,763	3.3		
		自殺	0	0.0	1	1.7	409	2.7	141	2.6	24,294	3.3		
		合計												
		② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	男性											
女性														
3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	556	24.1	545	23.8	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	4	0.3	10	0.3	1,910	0.3	795	0.3	105,636	0.3		
	2号認定者	13	0.5	16	0.6	2,325	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4			
	② 有病状況	糖尿病	95	16.5	108	19.3	25,230	21.2	10,148	21.7	1,350,152	22.1		
		高血圧症	326	56.8	329	58.9	64,783	54.6	27,849	59.7	3,101,200	50.9		
		脂質異常症	148	23.7	161	28.1	31,854	26.7	14,344	30.6	1,741,866	28.4		
		心臓病	381	66.2	391	70.0	73,398	61.9	31,911	68.5	3,529,682	58.0		
		脳疾患	163	28.5	161	28.9	33,188	28.2	14,853	32.0	1,538,683	25.5		
		がん	47	8.6	64	10.8	11,653	9.7	5,946	12.6	631,950	10.3		
		筋・骨格	308	55.3	347	61.3	63,731	53.7	28,340	60.6	3,067,196	50.3		
精神	261	43.4	271	49.9	44,036	37.1	20,766	44.3	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)	84,918		77,457		70,589		65,198		58,284				
	居宅サービス	50,831		47,162		40,981		46,314		39,662				
	施設サービス	28,440		26,622		27,521		28,292		28,186				
④ 医療費等	要介護認定別	認定あり	7,751	7,421	8,457	8,101	7,980							
	医療費 (40歳以上)	認定なし	4,183	4,172	4,122	4,033	3,816							
4	① 国保の状況	被保険者数	1,961	1,749	492,460	205,165	32,587,866							
		65~74歳	712	36.3	803	45.9	80,173	39.1	12,461,613	38.2				
		40~64歳	808	41.2	616	35.2	69,731	34.0	10,946,712	33.6				
		39歳以下	441	22.5	330	18.9	55,261	26.9	9,179,541	28.2				
	加入率	26.7	23.8	27.7	24.4	26.9								
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	2	1.0	2	1.1	144	0.3	108	0.5	8,255	0.3		
		診療所数	4	2.0	4	2.3	1,108	2.2	684	3.3	96,727	3.0		
		病床数	175	89.2	175	100.1	15,468	31.4	15,108	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数	14	7.1	11	6.3	1,575	3.2	2,319	11.3	299,792	9.2		
		外来患者数	767.8		781.6		660.2		736.4		668.1			
入院患者数	33.2		31.5		22.7		26.3		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	32,683	県内3位 同規模9位	32,934	県内4位 同規模13位	26,488		29,593		24,245				
	受診率	800,995		813,104		682,952		762,714		686,286				
	外費用の割合	56.2		56.7		56.6		55.6		60.1				
	来件数の割合	95.9		96.1		96.7		96.6		97.4				
	入院費用の割合	43.8		43.3		43.4		44.4		39.9				
	入院件数の割合	4.1		3.9		3.3		3.4		2.6				
	1件あたり入院日数	18.0日		18.7日		16.3日		18.0日		15.6日				
④ 医療費分析 (生活習慣病に占める割合)	がん	75,194,360	15.8	88,106,280	20.8	24.1		21.4		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)	66,809,770	14.0	44,968,510	10.6	9.1		11.0		9.7				
	糖尿病	44,494,150	9.3	38,584,700	9.1	10.2		8.4		9.7				
	高血圧症	40,552,720	8.5	27,339,420	6.4	9.2		7.8		8.6				
	精神	90,551,100	19.0	96,907,170	22.9	17.5		23.2		16.9				
	筋・骨格	99,612,930	20.9	77,296,640	18.2	16.1		15.7		15.2				

項目		大町町H25 (2013)		大町町H28 (2016)		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)							
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合								
4	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	529,644	12位 (16)	474,030	22位 (19)						KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	457,534	23位 (18)	534,686	16位 (19)											
				脂質異常症	466,282	16位 (21)	465,135	18位 (20)											
				脳血管疾患	517,387	20位 (19)	591,680	13位 (22)											
				心疾患	629,696	4位 (12)	617,427	6位 (16)											
				腎不全	656,631	10位 (16)	643,261	11位 (19)											
				精神	395,811	22位 (26)	409,260	21位 (26)											
				悪性新生物	596,043	16位 (13)	634,409	6位 (14)											
				外来	糖尿病	38,766	3位	40,545	3位										
					高血圧	33,629	2位	32,998	4位										
					脂質異常症	29,730	2位	30,007	2位										
					脳血管疾患	41,920	5位	50,672	1位										
					心疾患	43,289	9位	38,982	16位										
					腎不全	216,520	6位	199,605	12位										
					精神	33,033	8位	34,449	3位										
					悪性新生物	65,092	1位	67,355	1位										
					6	健診有無別一人当たり点数	健診対象者一人当たり	健診受診者	2,360		2,066			3,127		3,158		2,346	KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域
								健診未受診者	13,082		13,335			11,954		13,153		12,339	
				生活習慣病対象者一人当たり			健診受診者	5,979		5,611		8,685			8,148		6,742		
	健診未受診者	33,148		36,212				33,204		33,935		35,459							
7	健診・レセ実合	受診勧奨者	199	56.2	253	58.8	87,076	57.0	29,505	53.2	4,427,360	56.1	KDB_No.1 地域全体像の把握						
		医療機関受診率	180	50.8	222	51.6	79,315	51.9	27,181	49.0	4,069,618	51.5							
		医療機関非受診率	19	5.4	31	7.2	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	健診受診者	354		430		152,769		55,471		7,898,427	KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_No.1 地域全体像の把握					
				受診率	26.3	県内23位 同規模224位	33.4	県内22位 同規模204位	43.7	40.6	全国16位	36.4							
				特定保健指導終了者(実施率)	31	56.4	18	39.1	8036	41.1	3,436	52.3	198,683		21.1				
				非肥満高血糖	10	2.8	25	5.8	15,303	10.0	4,488	8.1	737,886		9.3				
				メタボ	該当者	46	13.0	69	16.0	27,745	18.2	9,280	16.7		1,365,855	17.3			
					男性	31	19.9	40	22.0	19,338	27.2	6,218	25.3		940,335	27.5			
					女性	15	7.6	29	11.7	8,407	10.3	3,062	9.9		425,520	9.5			
					予備群	62	17.5	62	14.4	17,604	11.5	6,844	12.3		847,733	10.7			
				BMI	男性	42	26.9	37	20.3	12,301	17.3	4,523	18.4		588,308	17.2			
					女性	20	10.1	25	10.1	5,303	6.5	2,321	7.5		259,425	5.8			
					総数	126	35.6	151	35.1	51,074	33.4	18,841	34.0		2,490,581	31.5			
					男性	85	54.5	89	48.9	35,501	50.0	12,460	50.7		1,714,251	50.2			
				メタボ該当・予備群レベル	女性	41	20.7	62	25.0	15,573	19.1	6,381	20.7		776,330	17.3			
					総数	7	2.0	14	3.3	9,243	6.1	2,217	4.0		372,685	4.7			
					男性	0	0.0	2	1.1	1,548	2.2	355	1.4		59,615	1.7			
					女性	7	3.5	12	4.8	7,695	9.4	1,862	6.0		313,070	7.0			
					血糖のみ	6	1.7	3	0.7	1,199	0.8	589	1.1		52,296	0.7			
					血圧のみ	37	10.5	44	10.2	12,440	8.1	4,444	8.0		587,214	7.4			
					脂質のみ	19	5.4	15	3.5	3,965	2.6	1,811	3.3		208,214	2.6			
血糖・血圧	5	1.4	11		2.6	4,996	3.3	1,587	2.9	212,002	2.7								
血糖・脂質	2	0.6	2		0.5	1,510	1.0	668	1.2	75,032	0.9								
血圧・脂質	31	8.8	38		8.8	12,772	8.4	4,414	8.0	663,512	8.4								
血糖・血圧・脂質	8	2.3	18	4.2	8,467	5.5	2,611	4.7	415,310	5.3									
6	生活習慣の状況	服薬	高血圧	96	27.1	126	29.3	54,561	35.7	18,238	32.9	2,650,283	33.6	KDB_No.1 地域全体像の把握					
			糖尿病	21	5.9	34	7.9	12,934	8.5	4,910	8.9	589,711	7.5						
			脂質異常症	48	13.6	88	20.5	34,459	22.6	12,593	22.7	1,861,221	23.6						
			既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	2	0.6	1	0.2	4,709	3.3	627	1.6	246,252		3.3				
				心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	5	1.4	3	0.7	8,283	5.7	862	2.2	417,378		5.5				
				腎不全	2	0.6	4	0.9	1,808	1.2	305	0.8	39,184		0.5				
				貧血	6	1.7	13	3.0	12,100	8.4	3,369	8.4	761,573		10.2				
			喫煙	喫煙	47	13.3	58	13.5	23,837	15.6	7,948	14.3	1,122,649		14.2				
				週3回以上朝食を抜く	34	9.6	39	9.1	10,687	7.7	4,718	8.7	585,344		8.7				
				週3回以上食後間食	23	6.5	40	9.3	18,294	13.1	6,241	11.6	803,966		11.9				
				週3回以上就寝前夕食	26	7.3	24	5.6	22,957	16.4	6,220	11.5	1,054,516		15.5				
				食べる速度が遅い	92	26.0	117	27.2	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	123	34.7	145	33.8	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	228	64.4	259	60.4	92,124	65.7	34,141	63.3	4,026,105		58.8				
1日1時間以上運動なし	191	54.0		184	42.9	67,794	48.5	25,251	49.1	3,209,187	47.0								
睡眠不足	92	26.0		111	25.8	32,751	23.6	12,262	25.5	1,698,104	25.1								
毎日飲酒	78	22.0		99	23.0	37,751	26.0	13,463	24.9	1,886,293	25.6								
時々飲酒	72	20.3	76	17.7	31,060	21.4	11,094	20.5	1,628,466	22.1									
14	一日飲酒量	1合未満	79	51.3	89	50.0	57,553	59.5	14,219	53.7	3,333,836	64.0							
		1~2合	55	35.7	67	37.6	25,692	26.5	8,870	33.5	1,245,341	23.9							
		2~3合	15	9.7	18	10.1	10,133	10.5	2,720	10.3	486,491	9.3							
3合以上	5	3.2	4	2.2	3,402	3.5	645	2.4	142,733	2.7									

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



【参考資料 2】

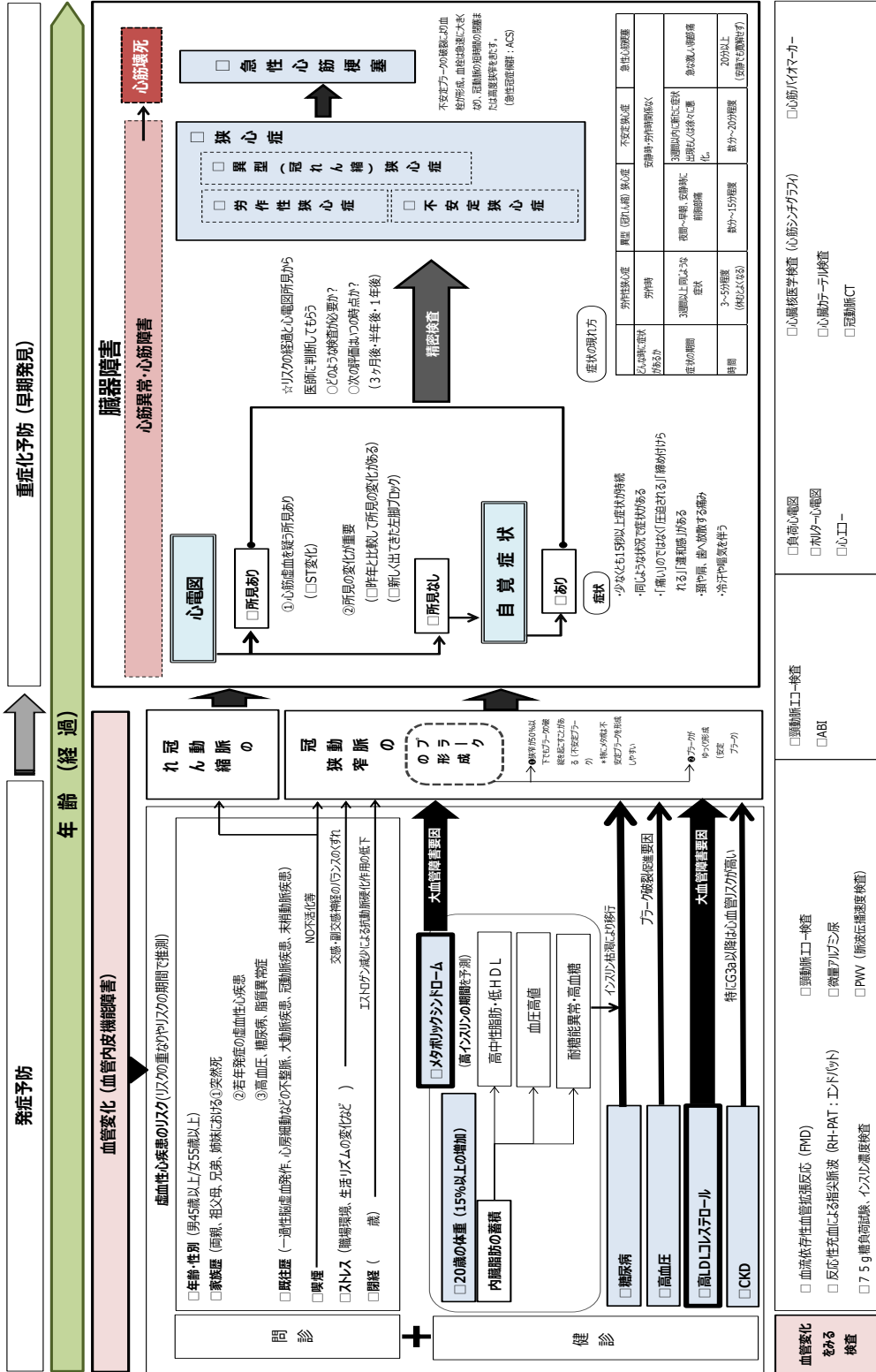
【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:										
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携										
結果把握	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									
保健指導の優先づけ	結果把握(内訳)		3. 会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認		かかりつけ医、糖尿病専門医									
	<table border="1"> <tr><td>①国保(生保)</td><td>()人</td></tr> <tr><td>②後期高齢者</td><td>()人</td></tr> <tr><td>③他保険</td><td>()人</td></tr> <tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>()人</td></tr> <tr><td>⑤確認できず</td><td>()人</td></tr> </table>		①国保(生保)	()人	②後期高齢者	()人	③他保険	()人	④住基異動(死亡・転出)	()人	⑤確認できず	()人	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	
①国保(生保)	()人													
②後期高齢者	()人													
③他保険	()人													
④住基異動(死亡・転出)	()人													
⑤確認できず	()人													
	①=1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				栄養士中心									
	②結果把握 ()人				腎専門医									
	①HbA1cが悪化している ()人													
	②例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある													
	③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													

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



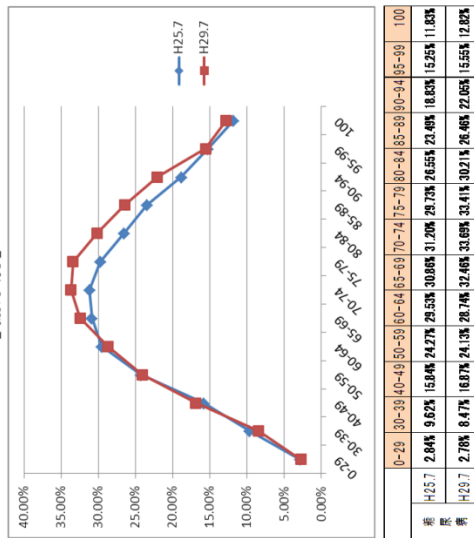
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無		
eGFR		60未満				
尿蛋白	(-)	(+) ~				
□CKD重症度分類		G3aA1~				
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					

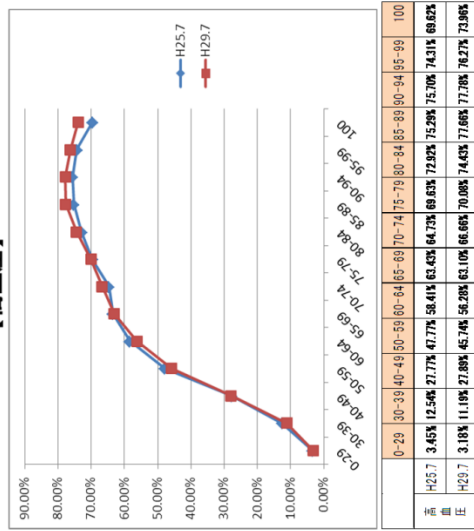
参考：脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015

生活習慣病有病状況(佐賀県)

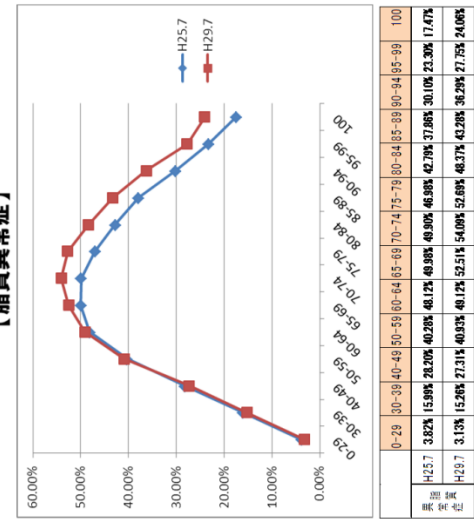
【糖尿病】



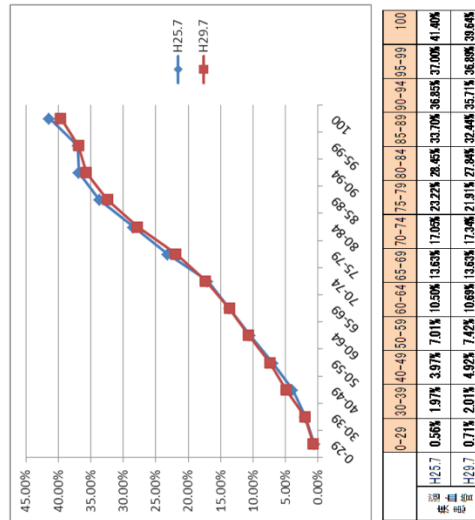
【高血圧】



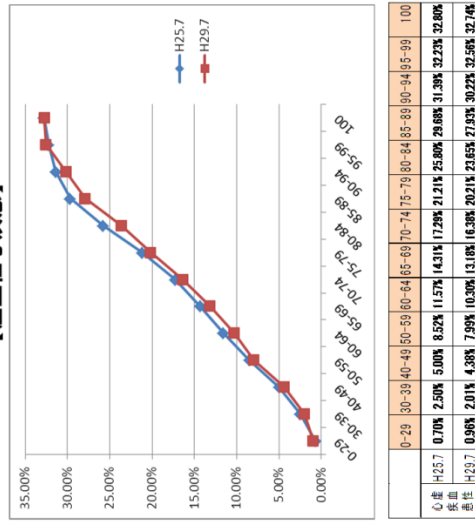
【脂質異常症】



【脳血管疾患】



【虚血性心疾患】



【参考資料10】

【出典】国保データベース(KDB)システム_厚生労働省様式3-1

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価値					最終評価値		現状値の把握方法
				2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023					
特定健診等計画	・特定健診受診率が県下最下位 ・未受診者対策で、健診受診の約束はされることが受診率に繋がらない。 ・医療費、介護費の抑制効果は出ているが全国、県、同規模とやっとならぬ。	医療費削減のために、特定健診受診率、特定健診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	33.2	35	35	40	45	50	55	60	60	60	60	特定健診・特定保健指導実施率60%以上	
			特定保健指導対象者の減少率25%													特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
データヘルス計画	・医療費、介護費の抑制効果は出ているが全国、県、同規模とやっとならぬ。	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費に占める割合10%減少	2.5											KDBシステム	
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合10%減少	1.27												
データヘルス計画	・医療費、介護費の抑制効果は出ているが全国、県、同規模とやっとならぬ。	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	糖尿病性腎症による透析導入者の割合の12%減少	62.5											大町町健康増進計画	
			メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	30.5												
保険者努力支援制度	・予防可能な生活習慣病の入院は抑制されすぎてきたが、がんの入院が増えている。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の高血圧者の割合減少10%(180/100以上)												地域保健事業報告	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少10%(LDL140以上)													
保険者努力支援制度	・予防可能な生活習慣病の入院は抑制されすぎてきたが、がんの入院が増えている。	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の糖尿病者の割合減少10%(HbA1c6.5以上)	14.9											地域保健事業報告	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合50%	0/31人												
保険者努力支援制度	・予防可能な生活習慣病の入院は抑制されすぎてきたが、がんの入院が増えている。	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	0/65人											地域保健事業報告	
			がん検診受診率	13.5	14.0	16.0	18.0	20.0	22.0	23.0	25.0					
保険者努力支援制度	・思うように健康ポイントの実施率が伸びない。	自己の健康に関心を持つ住民が増える	肺がん検診25%以上	9.1	10.0	15.0	17.0	20.0	22.0	23.0	25.0				地域保健事業報告	
			大腸がん検診25%以上	11.0	13.0	16.0	18.0	20.0	22.0	23.0	25.0					
保険者努力支援制度	・思うように健康ポイントの実施率が伸びない。	自己の健康に関心を持つ住民が増える	子宮頸がん検診25%以上	12.5	15.0	17.0	18.0	20.0	22.0	23.0	25.0				地域保健事業報告	
			乳がん検診35%以上	25.1	26.0	28.0	29.0	30.0	32.0	33.0	35.0					
データヘルス計画	・後発医薬品の削減	後発医薬品の使用により、医療費の削減	健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合50%以上												大町町 町民課	
			後発医薬品の使用割合80%以上	70.9												