

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PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

那賀町においては、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

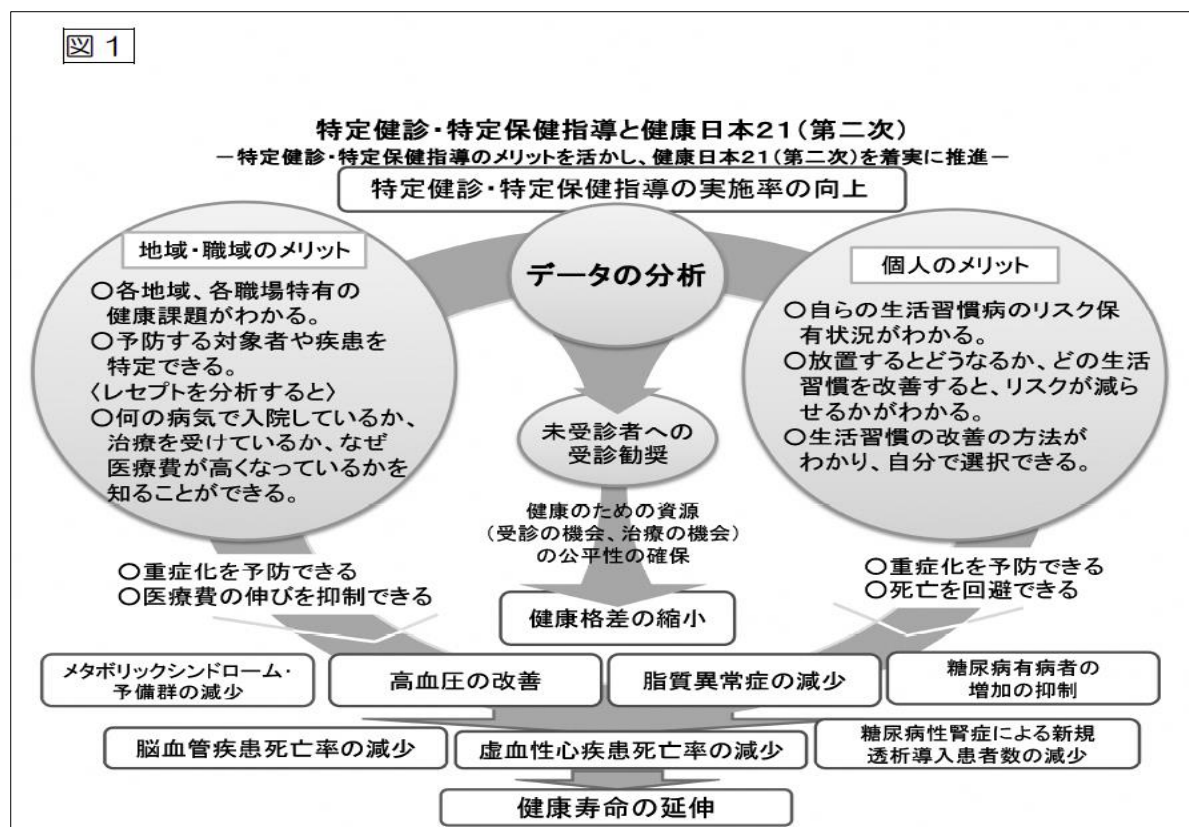
第 2 期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、都道府県健康増進計画や那賀町健康増進計画、都道府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）

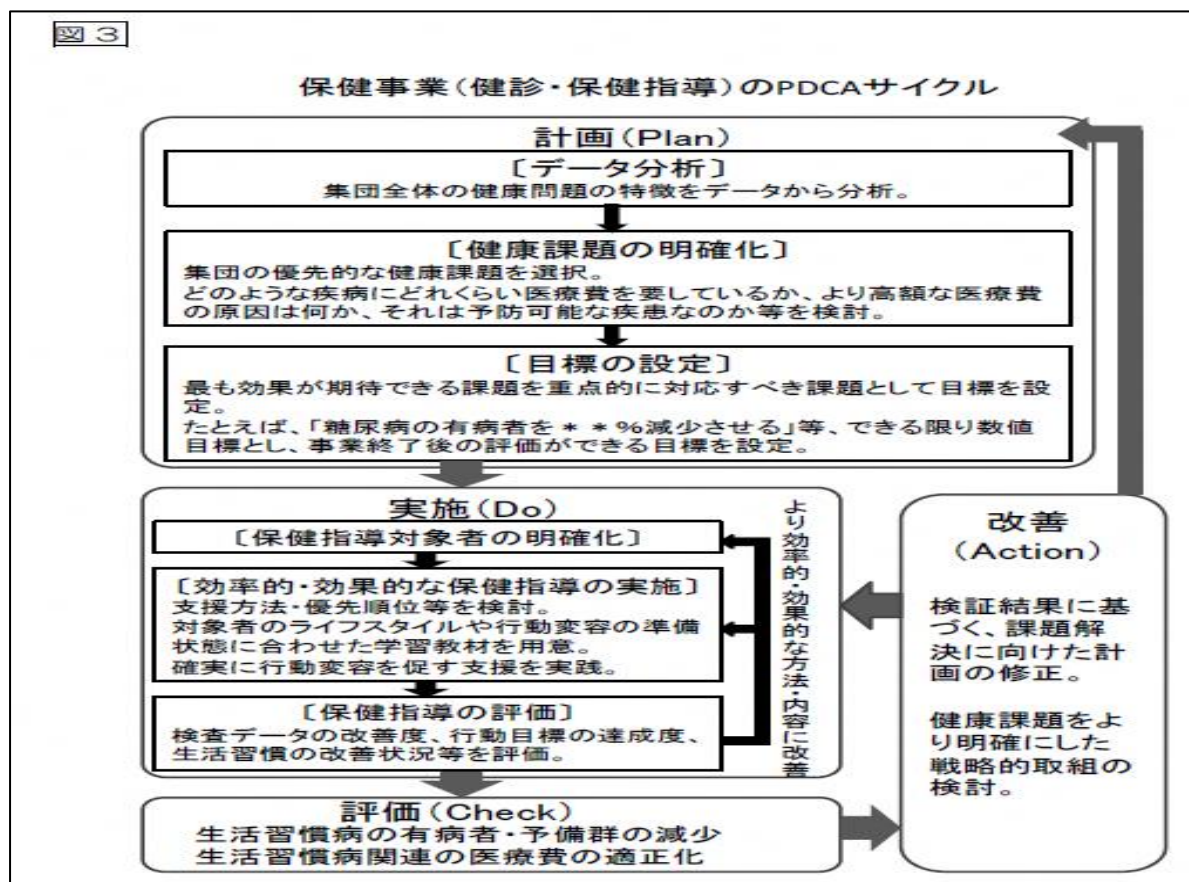
【図表 1】

[illegible]

【図表 2】



【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30 年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

那賀町においては、税務保険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。特に保健医療福祉課の保健師等の専門職と連携をして、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局(税務保険課)、保健衛生部局(保健医療福祉課)、介護保険部局(地域包括支援センター)、生活保護部局(住民課)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き継ぎを行う等体制を整えることも重要である(図表4)

2) 外部有識者等の役割

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

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

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

また、平成30年度から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。

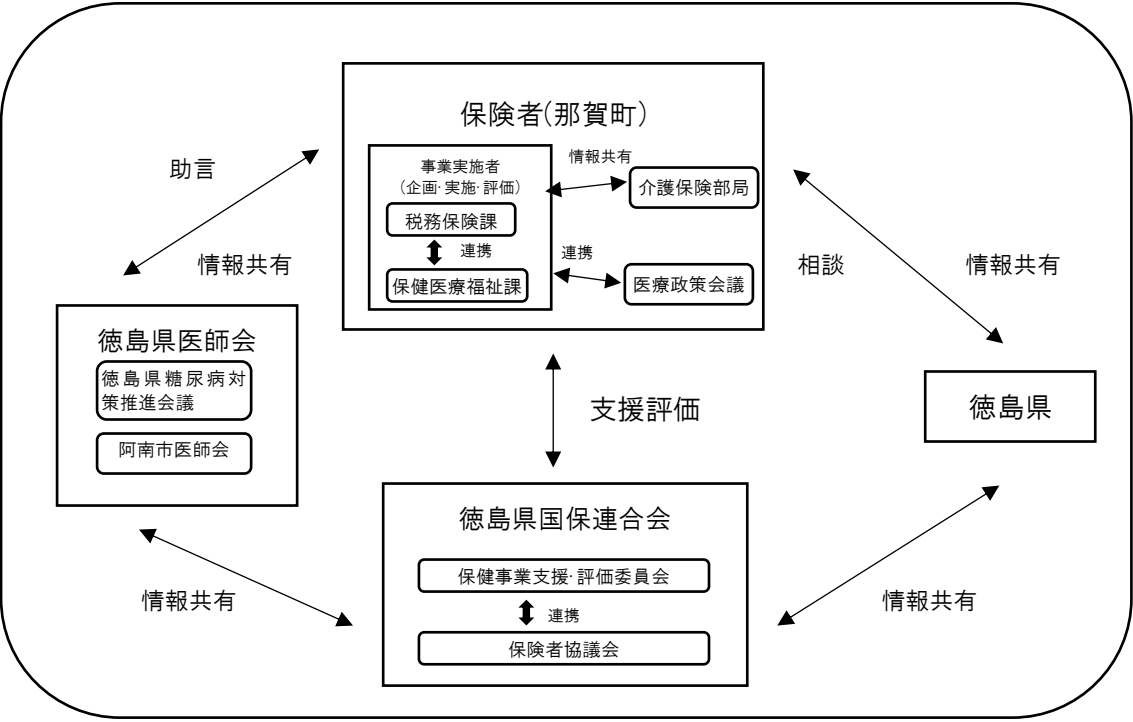
保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

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。

那賀町の実施体制図

【図表 4】



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】

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 満点
総得点(満点)		345	580	850	850点
交付額(万円)		116.3			
一人当たり交付額(円)		539			
総得点(体制構築加点H28・29年70点、H30年60点含む)		233			
全国順位(1,741市町村中)		365			
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	0			50
共通 ②	がん検診受診率	0			30
	歯周疾患(病)検診実施状況	0			20
共通 ③	糖尿病等重症化予防の取組	40			100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価				(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者へ面談				(25)
	・保健指導、実施前後の健診結果確認、評価				(25)
固有 ②	データヘルス計画の取組	10			40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施				(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携				(35)
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	20			25
	個人のインセンティブ提供	0			70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証				(50)
	・商工部局、商店街等との連携				(25)
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10			35
固有 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	15			100
固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10			25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5			25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	7			40
固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況				50
体制構築加点		70	70	60	60

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

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

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、40～64歳の2号認定率の増加、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は増加し、外来費用割合が減少していることがわかった。医療機関受療率は減少し、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後適正な医療受診行動がとれず重症化予防につながっていない。しかし、特定健診受診率が増加しており、医療費適正化の観点からも更なる特定健診受診率向上への取組と医療との連携による重症化予防が重要となる。(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)

介護認定率の上昇と40～64歳の2号認定率の増加、それに伴う介護給付費の上昇がみられるが、1件あたりの給付費が減少しているのは、社会資源(介護サービス事業所)の拡大により居宅サービスの利用が可能になったためである。しかし、同規模平均と比較しても1件当たりの給付費は高く、地域全体の超高齢化による家庭介護力の低下や物理的条件により、今後も給付費は増えていくと思われるので、疾病の重症化予防や介護予防、地域の見守り体制整備にが急務である。

【図表6】

介護給付費の変化

年度	那賀町				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	15億2101万円	90,391	36,759	289,977	71,886	41,181	279,469
H28年度	16億2948万円	85,510	38,514	288,529	70,593	40,986	275,281

②医療費の状況(図表 7)

平成 25 年度と平成 28 年度の経年比較を見ると、総医療費はやや減少しているが、一人当たりの医療費は増加している。これは単に国保加入者の減少によるものである。一人当たりの医療費をみると同規模・国・県より高く、入院費の伸び率が高いことがわかる。それに比べ入院外医療費が減少していることから、医療の中断や重症化予防ができていないことが予測される。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				那賀町	同規模			那賀町	同規模			那賀町	同規模
1 総医療費(円)	H25年度	8億4,328万円				3億8,008万円				4億6,320万円			
	H28年度	8億3,849万円	-478万円	-0.57	-0.47	3億9,149万円	1,141万円	2.91	-0.22	4億4,700万円	-1,619万円	-3.62	-0.7
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	360,837				162,635				198,201			
	H28年度	403,315	42,478	10.53	12.69	188,306	25,671	13.6	8.23	215,009	16,807	7.82	7.83

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

【出典】
KDB帳票No.1「地域の全体像の把握」

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)(図表 8)

中長期及び短期疾患の目標疾患医療費計は減少しており、国・県平均と比べると低くなっている。しかし、糖尿病・高血圧・脂質異常症等短期目標疾患の医療に占める割合が全て減少しているのに対し、脳・心・腎の中長期目標疾患の割合が増加しており、重症化予防ができていないと考えられる。また、新生物の割合が増加しており国・県平均と比べても高く、がんの早期発見早期介入が必要であり、がん検診の受診率向上等対策が急がれる。

【図表 8】

【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）

市町村名		総医療費	一人あたり医療費			中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
			金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症					
				同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
H25	那賀町	843,275,340	29,330	34位	7位	0.88%	1.57%	0.76%	2.68%	6.89%	8.73%	2.89%	205,712,410	24.39%	13.12%	13.47%	8.65%
H28		838,492,050	32,678	14位	4位	1.13%	0.23%	1.59%	3.29%	5.73%	5.65%	2.61%	169,690,000	20.24%	16.66%	14.53%	8.15%
H28	徳島県	59,934,641,070	28,005	--	--	4.17%	0.36%	1.84%	2.44%	5.61%	4.88%	2.59%	13,118,891,830	21.89%	13.36%	14.88%	8.01%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

【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)

中長期目標疾患の中で脳血管疾患が増加しており、その内訳をみると短期的な目標疾患である高血圧・糖尿病・脂質異常症の全てが増加していることが要因となっている。

【図表 9】

厚労省様式 様式 3-5			中長期的な目標						短期的な目標						
			虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2458	145	5.9	16	11.0	0	0.0	131	90.3	64	44.1	89	61.4	
	64歳以下	1348	33	2.4	4	12.1	0	0.0	27	81.8	16	48.5	19	57.6	
	65歳以上	1110	112	10.1	12	10.7	0	0.0	104	92.9	48	42.9	70	62.5	
H28	全体	2208	116	5.3	21	18.1	0	0.0	100	86.2	41	35.3	81	69.8	
	64歳以下	1083	23	2.1	5	21.7	0	0.0	21	91.3	11	47.8	16	69.6	
	65歳以上	1125	93	8.3	16	17.2	0	0.0	79	84.9	30	32.3	65	69.9	

厚労省様式 様式 3 - 6			中長期的な目標						短期的な目標						
			脳血管疾患			虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2458	82	3.3	16	19.5	1	1.2	66	80.5	28	34.1	44	53.7	
	64歳以下	1348	15	1.1	4	26.7	1	6.7	10	66.7	7	46.7	7	46.7	
	65歳以上	1110	67	6.0	12	17.9	0	0.0	56	83.6	21	31.3	37	55.2	
H28	全体	2208	126	5.7	21	16.7	0	0.0	102	81.0	48	38.1	88	69.8	
	64歳以下	1083	31	2.9	5	16.1	0	0.0	26	83.9	16	51.6	23	74.2	
	65歳以上	1125	95	8.4	16	16.8	0	0.0	76	80.0	32	33.7	65	68.4	

厚労省様式 様式 3 - 7			中長期的な目標						短期的な目標						
			人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	2458	3	0.1	1	33.3	0	0.0	3	100.0	0	0.0	1	33.3	
	64歳以下	1348	3	0.2	1	33.3	0	0.0	3	100.0	0	0.0	1	33.3	
	65歳以上	1110	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
H28	全体	2208	3	0.1	0	0.0	0	0.0	3	100.0	1	33.3	1	33.3	
	64歳以下	1083	2	0.2	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	1125	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	

【出典】

KDBシステム: 様式3-5、様式3-6、様式3-7 H25・28年7月作成

(3)短期目標の達成状況

①共通リスク(様式 3-2～3-4)(図表 10)

短期的な目標疾患のうち脂質異常症以外は減少しているが、どの疾患においても中長期的な目標の脳血管疾患の割合が増加している。また、糖尿病や脂質異常症に高頻度で高血圧症の重なりがあり、結果脳血管疾患を引き上げている。

【図表 10】

厚労省様式 様式3-2			短期的な目標									中長期的な目標							
			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	
H25	全体	2458	400	16.3	25	6.3	298	74.5	213	53.3	64	16.0	28	7.0	0	0.0	9	2.3	
	64歳以下	1348	139	10.3	10	7.2	95	68.3	80	57.6	16	11.5	7	5.0	0	0.0	4	2.9	
	65歳以上	1110	261	23.5	15	5.7	203	77.8	133	51.0	48	18.4	21	8.0	0	0.0	5	1.9	
H28	全体	2208	357	16.2	21	5.9	255	71.4	234	65.5	41	11.5	48	13.4	1	0.3	11	3.1	
	64歳以下	1083	105	9.7	7	6.7	69	65.7	70	66.7	11	10.5	16	15.2	0	0.0	2	1.9	
	65歳以上	1125	252	22.4	14	5.6	186	73.8	164	65.1	30	11.9	32	12.7	1	0.4	9	3.6	

厚労省様式 様式 3-3			短期的な目標							中長期的な目標					
			高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2458	810	33.0	298	36.8	402	49.6	131	16.2	66	8.1	3	0.4	
	64歳以下	1348	243	18.0	95	39.1	115	47.3	27	11.1	10	4.1	3	1.2	
	65歳以上	1110	567	51.1	203	35.8	287	50.6	104	18.3	56	9.9	0	0.0	
H28	全体	2208	666	30.2	255	38.3	379	56.9	100	15.0	102	15.3	3	0.5	
	64歳以下	1083	173	16.0	69	39.9	93	53.8	21	12.1	26	15.0	2	1.2	
	65歳以上	1125	493	43.8	186	37.7	286	58.0	79	16.0	76	15.4	1	0.2	

厚労省様式 様式 3-4			短期的な目標						中長期的な目標					
			脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	2458	514	20.9	213	41.4	402	78.2	89	17.3	44	8.6	1	0.2
	64歳以下	1348	157	11.6	80	51.0	115	73.2	19	12.1	7	4.5	1	0.6
	65歳以上	1110	357	32.2	133	37.3	287	80.4	70	19.6	37	10.4	0	0.0
H28	全体	2208	498	22.6	234	47.0	379	76.1	81	16.3	88	17.7	1	0.2
	64歳以下	1083	134	12.4	70	52.2	93	69.4	16	11.9	23	17.2	0	0.0
	65歳以上	1125	364	32.4	164	45.1	286	78.6	65	17.9	65	17.9	1	0.3

【出典】

KDBシステム: 様式3-2、様式3-3、様式3-4 H25・28年7月作成

②リスクの健診結果経年変化(図表 11)

健診結果の有所見者割合の高い項目としては、男女ともに空腹時血糖・HbA1c、血圧で、男性はクレアチニン、女性は GPT の有所見割合が多かった。メタボリックシンドローム該当者をみると、男性 26%、女性 8.7%である。メタボリックシンドローム予備群では男性 16.1%、女性 7.8%である。該当者および予備軍の男女差をみると、男性が女性より高い傾向にある。

【図表 11】

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

★NO.23（帳票）

男性	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		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8		
県	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9	
保険者	合計	107	30.2	166	46.9	96	27.1	72	20.3	42	11.9	122	34.5	212	59.9	60	16.9	189	53.4	85	24.0	126	35.6	9	2.5
	40-64	42	39.6	57	53.8	34	32.1	27	25.5	14	13.2	30	28.3	56	52.8	23	21.7	46	43.4	30	28.3	47	44.3	1	0.9
	65-74	65	26.2	109	44.0	62	25.0	45	18.1	28	11.3	92	37.1	156	62.9	37	14.9	143	57.7	55	22.2	79	31.9	8	3.2

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	
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2		
県	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3	
保険者	合計	101	21.9	81	17.6	69	15.0	56	12.1	18	3.9	108	23.4	284	61.6	10	2.2	220	47.7	88	19.1	242	52.5	1	0.2
	40-64	33	24.4	27	20.0	22	16.3	19	14.1	4	3.0	29	21.5	73	54.1	3	2.2	51	37.8	30	22.2	83	61.5	0	0.0
	65-74	68	20.9	54	16.6	47	14.4	37	11.3	14	4.3	79	24.2	211	64.7	7	2.1	169	51.8	58	17.8	159	48.8	1	0.3

* 全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

KDB帳票No.24 厚生労働省様式6-8

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
男性	合計	372	40.1	15	4.0%	61	16.4%	4	1.1%	42	11.3%	15	4.0%	89	23.9%	20	5.4%	4	1.1%	41	11.0%	24	6.5%
	40-64	133	29.8	7	5.3%	19	14.3%	3	2.3%	12	9.0%	4	3.0%	28	21.1%	3	2.3%	2	1.5%	15	11.3%	8	6.0%
	65-74	239	49.7	8	3.3%	42	17.6%	1	0.4%	30	12.6%	11	4.6%	61	25.5%	17	7.1%	2	0.8%	26	10.9%	16	6.7%
女性	合計	354	43.0	17	4.8%	57	16.1%	1	0.3%	39	11.0%	17	4.8%	92	26.0%	18	5.1%	5	1.4%	39	11.0%	30	8.5%
	40-64	106	31.5	9	8.5%	23	21.7%	0	0.0%	17	16.0%	6	5.7%	25	23.6%	5	4.7%	2	1.9%	9	8.5%	9	8.5%
	65-74	248	50.9	8	3.2%	34	13.7%	1	0.4%	22	8.9%	11	4.4%	67	27.0%	13	5.2%	3	1.2%	30	12.1%	21	8.5%

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
男性	合計	496	51.7	6	1.2%	33	6.7%	2	0.4%	23	4.6%	8	1.6%	42	8.5%	3	0.6%	1	0.2%	27	5.4%	11	2.2%
	40-64	173	44.8	4	2.3%	7	4.0%	0	0.0%	5	2.9%	2	1.2%	13	7.5%	2	1.2%	0	0.0%	9	5.2%	2	1.2%
	65-74	323	56.3	2	0.6%	26	8.0%	2	0.6%	18	5.6%	6	1.9%	29	9.0%	1	0.3%	1	0.3%	18	5.6%	9	2.8%
女性	合計	461	54.2	5	1.1%	36	7.8%	1	0.2%	28	6.1%	7	1.5%	40	8.7%	2	0.4%	1	0.2%	26	5.6%	11	2.4%
	40-64	135	47.2	3	2.2%	11	8.1%	0	0.0%	8	5.9%	3	2.2%	13	9.6%	2	1.5%	1	0.7%	7	5.2%	3	2.2%
	65-74	326	57.8	2	0.6%	25	7.7%	1	0.3%	20	6.1%	4	1.2%	27	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	19	5.8%	8	2.5%

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、特定保健指導実施率はともに増加している。第 2 期特定健康診査等実施計画で掲げた目標については、平成 28 年度特定健診受診率 55%は達成できなかった。特定保健指導実施率 87%の目標も達成できていない。

【図表 12】

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

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	受診者数	受診率	医療機関受診率	
								那賀町	同規模平均
平成25年度	1,844	867	47.0%	73位	79	51	64.6%	50.7%	50.8%
平成28年度	1,658	839	50.6%	57位	84	67	79.8%	52.0%	51.6%

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。しかし、一人あたり医療費や入院医療費の増加、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患の医療費割合が増加しているのをみると、重症化予防対策が医療費適正化に及ばなかったと思われる。その背景として保険加入者の高齢化が影響しているが、未治療者・治療中断者等医療機関受診後の支援体制整備や、医療機関との連携による重症化予防が保険者が取り組むべき重要な課題である。また、介護認定率や 2 号認定者の増加、介護給付費の増加等、超高齢化の加速による課題も山積みである。

さらに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。

これら特定健診受診率の向上や重症化予防の取組には、医療機関との連携が必要かつ重要であり、また効果的な保健指導を実践するためにも医師やコメディカルとの情報共有や連携のための体制整備が急がれる。

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

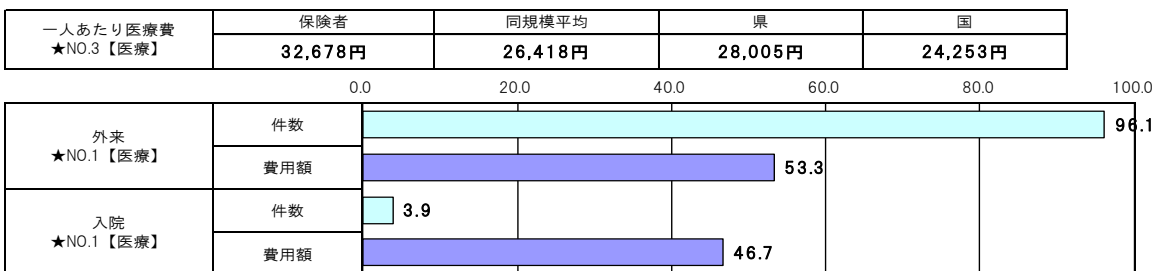
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表 13)

一人あたり医療費は、国・県・同規模町村よりも高く、入院はわずか 3.9%の件数で費用額全体の 46.7%を占めている。重症化予防の取組を強化し、入院件数を減少させることが医療費の削減につながるといえる。

「集団の疾患特徴の把握」

【図表 13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表 14)

医療費の負担額が大きい疾患は、長期入院となる精神疾患である。予防可能な疾患でいうと、生活習慣病が重症化しておこる虚血性心疾患、脳血管疾患の医療費が高く、高血圧や糖尿病、脂質異常症を重症化させない、発症させないことが医療費の増大を抑えることになる。

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】

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	精神疾患
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	7件	13件	--	--
		費用額	771万円	1542万円	--	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	24件	33件	--	228件
		費用額	736万円	1379万円	--	8205万円
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	1件	0件	9件	--
		費用額	4万円		364万円	--

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	1,075人	126人	116人	11人
			11.7%	10.8%	1.0%
		高血圧	102人	100人	9人
			81.0%	86.2%	81.8%
		糖尿病	48人	41人	11人
			38.1%	35.3%	100.0%
		脂質異常症	88人	81人	6人
			69.8%	69.8%	54.5%
		高血圧症	666人	357人	498人
			62.0%	33.2%	46.3%
		糖尿病	357人	498人	129人
			33.2%	46.3%	12.0%

○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)

介護認定を受けている人の有病状況をみると、虚血性心疾患、脳卒中、腎不全の順に多かった。基礎疾患には、糖尿病・高血圧・脂質異常症が高頻度にあり、生活習慣病の発症及び重症化を予防することが、介護予防および医療費適正化につながる。

【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			3,089人		1,529人		2,426人		3,955人		7,044人	
	認定者数			7人		58人		851人		909人		916人	
	認定率			0.23%		3.8%		35.1%		23.0%		13.0%	
	新規認定者数（※1）			3人		16人		121人		137人		140人	
	介護度 別人数	要支援1・2		2	28.6%	16	27.6%	141	16.6%	157	17.3%	159	17.4%
要介護1・2		3	42.9%	21	36.2%	347	40.8%	368	40.5%	371	40.5%		
要介護3～5		2	28.6%	21	36.2%	363	42.7%	384	42.2%	386	42.1%		

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）			7		58		851		909		916	
	再）国保・後期			1		44		819		863		864	
	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	疾病	件数 割合
	（レセプトの 診断名より重複して計上） 有病状況	循環器 疾患	1	虚血性 心疾患	1 100.0%	脳卒中	18 40.9%	脳卒中	350 42.7%	脳卒中	368 42.6%	脳卒中	368 42.6%
				2	脳卒中	0 0.0%	虚血性 心疾患	14 31.8%	虚血性 心疾患	310 37.9%	虚血性 心疾患	324 37.5%	虚血性 心疾患
			3	腎不全	0 0.0%	腎不全	7 15.9%	腎不全	183 22.3%	腎不全	190 22.0%	腎不全	190 22.0%
				基礎疾患 （※2）	糖尿病	1 100.0%	糖尿病	31 70.5%	糖尿病	631 77.0%	糖尿病	662 76.7%	糖尿病
			高血圧		0 0.0%	高血圧	36 81.8%	高血圧	708 86.4%	高血圧	744 86.2%	高血圧	744 86.1%
			脂質 異常症		1 100.0%	脂質 異常症	27 61.4%	脂質 異常症	416 50.8%	脂質 異常症	443 51.3%	脂質 異常症	444 51.4%
		血管疾患 合計	合計		1 100.0%	合計	41 93.2%	合計	783 95.6%	合計	824 95.5%	合計	825 95.5%
			認知症	認知症	1 100.0%	認知症	13 29.5%	認知症	438 53.5%	認知症	451 52.3%	認知症	452 52.3%
		筋・骨格疾患	筋骨格系	1 100.0%	筋骨格系	37 84.1%	筋骨格系	763 93.2%	筋骨格系	800 92.7%	筋骨格系	801 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	10,000
要介護認定者医療費 (40歳以上)	8,119					
要介護認定なし医療費 (40歳以上)	4,202					

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につながる。那賀町においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも GPT・空腹時血糖・HbA1c・血圧・クレアチニンなど内臓脂肪の蓄積により上昇する項目の高値が確認される。

【図表 16】

4 健診データのうち有所見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)

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
男性	全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8	
	県	5,985	33.5	9,643	53.9	5,195	29.0	3,614	20.2	1,896	10.6	5,350	29.9	10,173	56.9	3,744	20.9	9,534	53.3	4,043	22.6	7,979	44.6	347	1.9
	合計	107	30.2	166	46.9	96	27.1	72	20.3	42	11.9	122	34.5	212	59.9	60	16.9	189	53.4	85	24.0	126	35.6	9	2.5
	40-64	42	39.6	57	53.8	34	32.1	27	25.5	14	13.2	30	28.3	56	52.8	23	21.7	46	43.4	30	28.3	47	44.3	1	0.9
	65-74	65	26.2	109	44.0	62	25.0	45	18.1	28	11.3	92	37.1	156	62.9	37	14.9	143	57.7	55	22.2	79	31.9	8	3.2
女性	全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2	
	県	5,796	23.4	4,683	18.9	4,309	17.4	2,191	8.8	584	2.4	4,387	17.7	13,827	55.7	618	2.5	11,884	47.9	3,546	14.3	14,481	58.4	74	0.3
	合計	101	21.9	81	17.6	69	15.0	56	12.1	18	3.9	108	23.4	284	61.6	10	2.2	220	47.7	88	19.1	242	52.5	1	0.2
	40-64	33	24.4	27	20.0	22	16.3	19	14.1	4	3.0	29	21.5	73	54.1	3	2.2	51	37.8	30	22.2	83	61.5	0	0.0
	65-74	68	20.9	54	16.6	47	14.4	37	11.3	14	4.3	79	24.2	211	64.7	7	2.1	169	51.8	58	17.8	159	48.8	1	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

メタボリックシンドローム該当者について、男女比をみると男性が女性の3倍高くなっている。メタボリックシンドローム予備群についても男性が女性の2倍で、男性の年代において40～64歳の21%が予備群であった。

【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)

性別		健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		人数	割合	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	354	43.0	17	4.8%	57	16.1%	1	0.3%	39	11.0%	17	4.8%	92	26.0%	18	5.1%	5	1.4%	39	11.0%	30	8.5%
	40-64	106	31.5	9	8.5%	23	21.7%	0	0.0%	17	16.0%	6	5.7%	25	23.6%	5	4.7%	2	1.9%	9	8.5%	9	8.5%
	65-74	248	50.9	8	3.2%	34	13.7%	1	0.4%	22	8.9%	11	4.4%	67	27.0%	13	5.2%	3	1.2%	30	12.1%	21	8.5%
女性	合計	461	54.2	5	1.1%	36	7.8%	1	0.2%	28	6.1%	7	1.5%	40	8.7%	2	0.4%	1	0.2%	26	5.6%	11	2.4%
	40-64	135	47.2	3	2.2%	11	8.1%	0	0.0%	8	5.9%	3	2.2%	13	9.6%	2	1.5%	1	0.7%	7	5.2%	3	2.2%
	65-74	326	57.8	2	0.6%	25	7.7%	1	0.3%	20	6.1%	4	1.2%	27	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	19	5.8%	8	2.5%

3)糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況(図表 18)

糖尿病についてコントロール不良者は治療中の者が多く、血圧の受診勧奨レベルの者の多くは治療中であることがわかる。LDL コレステロールについては、受診勧奨レベル以上の者の多くが治療なしである。未治療者については、糖尿病は受診勧奨レベル以上の方が少なく、適切な受診行動がとれているが、高血圧・高脂血症に関しては受診に至っていないことがわかる。

【図表 18】

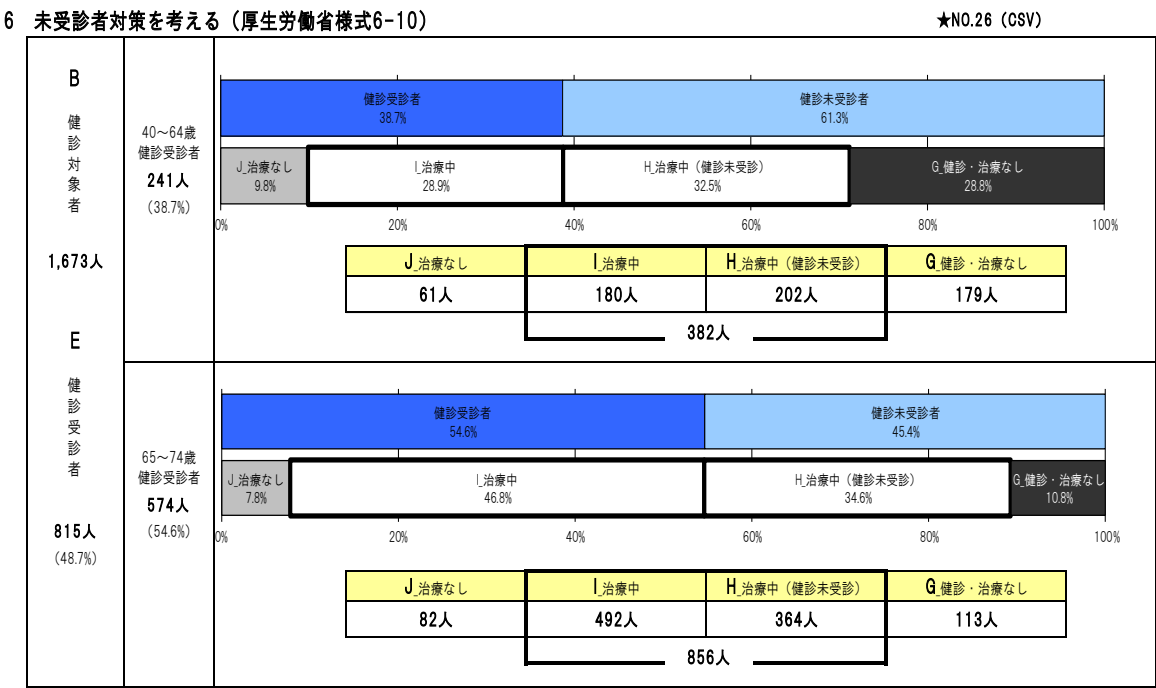
継続受診者と新規受診者の比較



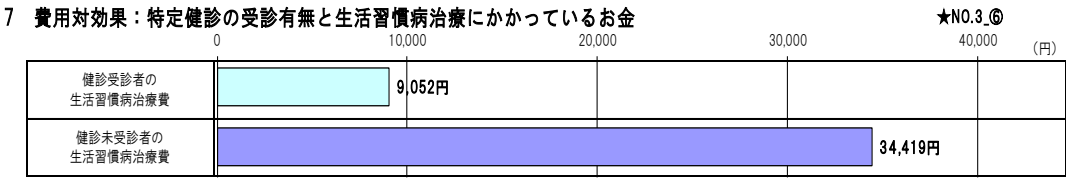
4) 未受診者の把握(図表 19)

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 28.8%となっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

【図表 19】



○G_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



3. 目標の設定

(1)成果目標

①中長期的な目標の設定

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

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

しかし、那賀町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、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、まずは入院の伸び率を平成 35 年度に国並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

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

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

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

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

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表 20】

	H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診実施率	51%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	80%	81%	82%	83%	84%	85%

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		H30 年度	H31 年度	H32 年度	H33 年度	H34 年度	H35 年度
特定健診	対象者数	1,638 人	1,561 人	1,508 人	1,424 人	1,279 人	1,147 人
	受診者数	835 人	812 人	814 人	798 人	742 人	688 人
特定保健指導	対象者数	82 人	78 人	75 人	71 人	64 人	57 人
	実施者数	66 人	63 人	62 人	59 人	54 人	48 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。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国保連合会が集合契約を行う。

- ① 集団健診(町内5地区の各公民館他)
- ② 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、徳島県国保連合会(市町村)のホームページに掲載する。

(参照)URL:<http://tokushima-kokuhoren.or.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 3 月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

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

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

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、徳島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 22)



※同年の4月の町広報誌に案内と申し込み用紙を差し込む。(がん健診ヤング健診と同時に実施する集団健診の日程。)

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態でおこなう。

(1)健診から保健指導実施の流れ

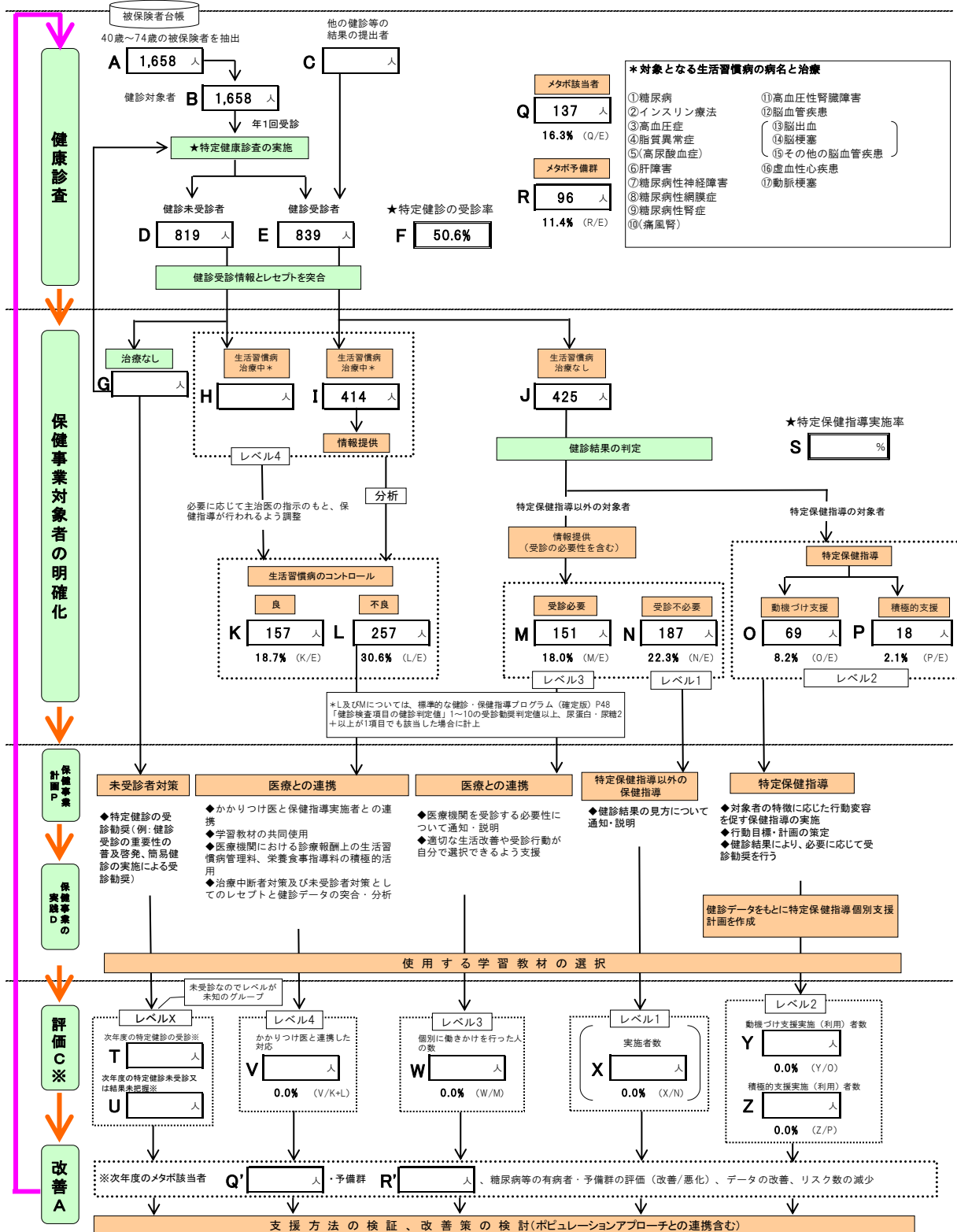
「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成 30 年版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表 23)

【図表 23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート（平成28年度実績）

那賀町

様式5-5



(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%)	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	87 人 (10.3)	80%
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	151 人 (18.0)	HbA1c6.5 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、簡易健診の実施による受診勧奨)	819 人 ※受診率目標達成までにあと 175 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	187 人 (22.3)	40%
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	414 人 (49.3)	60%

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)

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

対象者の明確化から計画・実践・評価まで

KDB被保険者台帳2次加工データから名簿作成
(地区分担当で対象者に責任を持つ)

	藤敷地区	相生地区	上郷地区	木沢地区	木頭地区	合計
1未受診未治療者	71	69	36	13	19	208
2治療あり未受診者	186	173	90	39	77	565
合計	257	242	126	52	96	773

対象者

生活習慣病治療中
414人

生活習慣病のコントロール

良好
157人

不良
257人

生活習慣病治療なし
425人

積極的介入

単独介入
151人

複診不応心
187人

特定保健指導

動機づけ支援
69人

積極的支援
18人

対象疾患	対象基準	対象者数	対象疾患	対象基準	対象者数
高血圧	Ⅱ度以上高血圧	58人	CKD	GFR50以下(70歳以上は40以下)	23人
糖尿病	HbA1c6.5以上(治療中は7.0以上)	47人		尿蛋白++以上	21人
脂質異常	LDLコレステロール:180mg/dl以上	24人	腎臓	別紙「糖尿病性腎症重症化予防7072」参照	8人
	中性脂肪:300mg/dl以上	21人			



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那賀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、那賀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 0 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	P 計 画 ・ 準 備	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 受 診 勧 奨	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 保 健 指 導	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 評 価 報 告	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	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徳島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】

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

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

那賀町においては、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)

那賀町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 50 人(41.7%・F')であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 352 人の中のうち、特定健診受診者が 70 人(19.9%・G)で中断者はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 282 人(80.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 52 人中 10 人は治療中断であることが分かった。また、47 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より那賀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')……50 人
 - ② 糖尿病治療中であつたが中断者(ウ)……………51 人
 - ③ 糖尿病治療中であつたが中断者(オ・キ)……………10 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)……70 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】

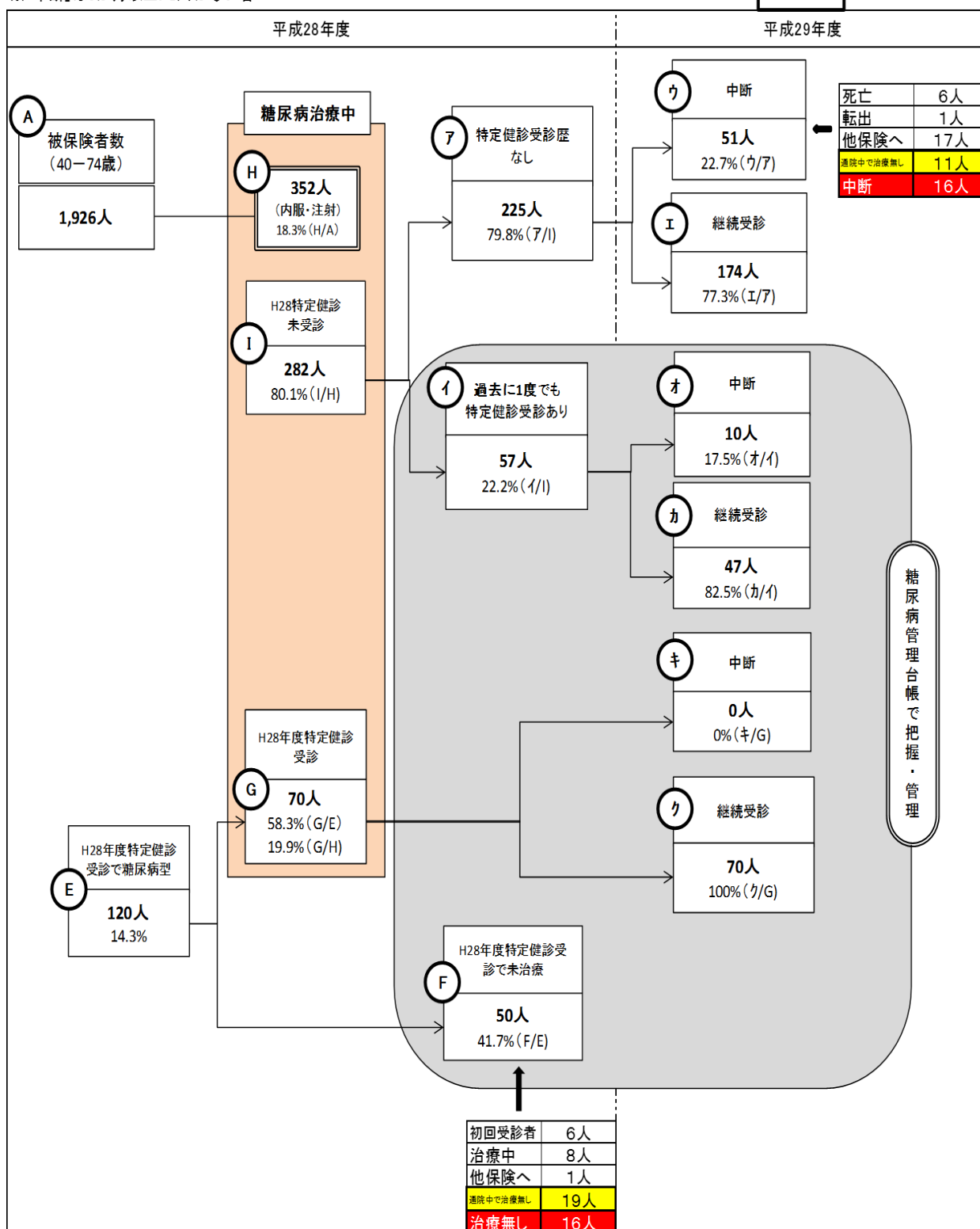
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(力)……………47 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表 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3か月以上レセプトがない者

那賀町



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)…………… 26 人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)…………… 32 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。那賀町においては、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
インスリン非依存状態:2型糖尿病 ① 病態の把握は検査値を中心に行われる 経年表 → ② 自覚症状が乏しいので中断しがち 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	未受診者の保健指導 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？ 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)
食事療法・運動療法の必要性 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) 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 ○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 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合 } 6.0%未満	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
薬物療法 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 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 ③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある 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 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	23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？ { 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？ } 薬が必要になった人の保健指導 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

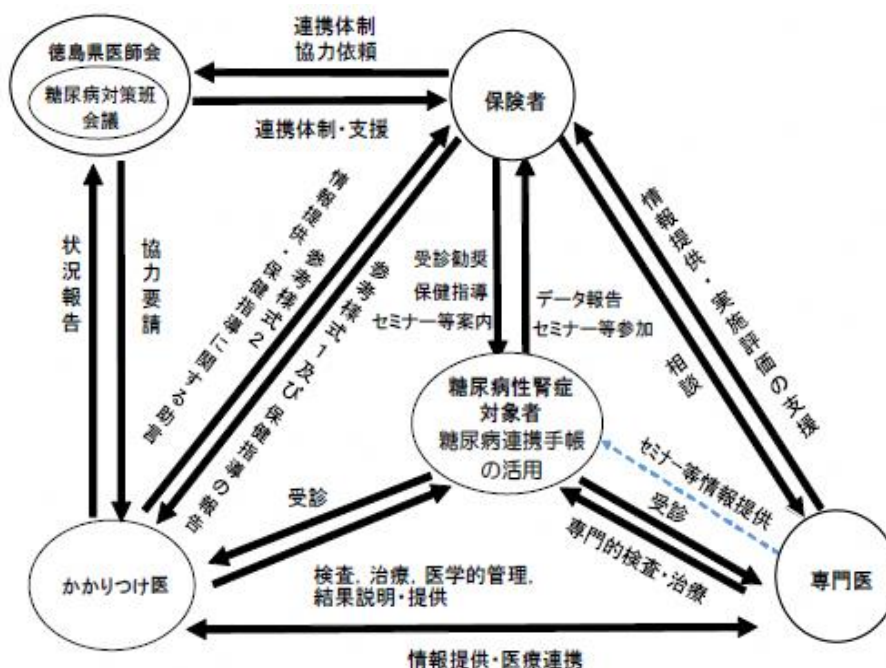
医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(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0県プログラムに準じていく。

【糖尿病対策推進連携協議会との連携】

糖尿病性腎症重症化予防において、徳島県における糖尿病対策の中心的役割を担う糖尿病対策推進連携協議会、郡市医師会担当医と連携し、保険者と医療関係者が密接に連携した取り組みを行う。



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
- 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。那賀町において健診受診者 839 人のうち心電図検査実施者は 28 人(3.3%)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)。

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

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者 (a)		心電図検査(b)							
	(人)	(%)			ST 所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
					(人)	(c/b) (%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b) (%)
H28 年度	839	100	28	3.3	0	0.0	9	32.1	19	67.9

①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。H28 年度の受診者のうち心電図検査を実施したのは人間ドックを利用した方が多く、個別の医療機関や集団健診での実施は少なかった。30 年度からの実施要領の改正により対象の拡大がはかれることから、今後は把握がしやすくなる。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。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

- ・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

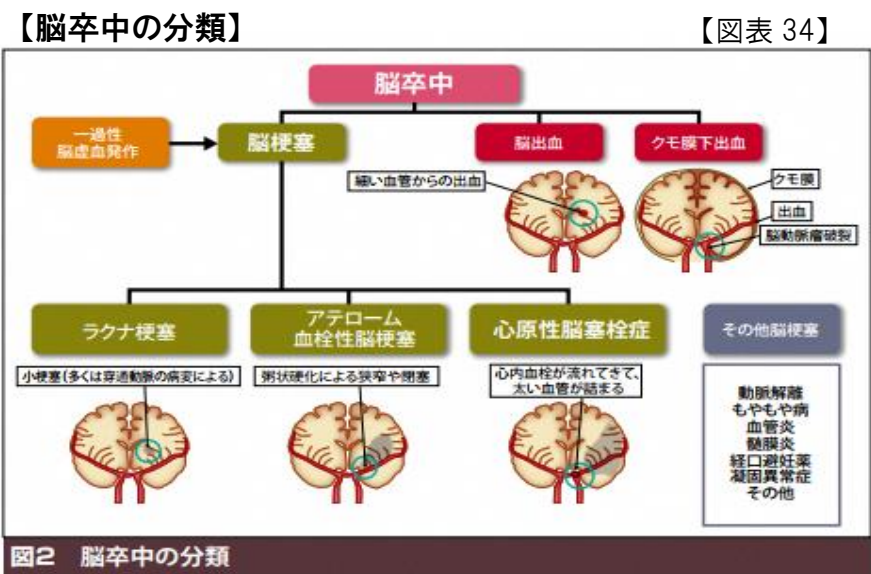
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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 34、35)



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子 【図表 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●				○			○
	アテローム血栓性脳梗塞	●		●		○	●		○
	心原性脳梗塞	●	●			○			○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							
リスク因子		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)	
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	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
受診者数 839人		58 6.9%	0 0.0%	24 2.9%	21 2.5%	137 16.3%	47 5.6%	21 2.5%	22 2.6%
治療なし		37 7.1%	0 0.0%	23 3.6%	13 2.0%	27 6.4%	32 4.2%	5 1.2%	4 0.9%
(再掲) 特定保健指導		14 24.1%	0 --	3 12.5%	3 14.3%	27 19.7%	4 8.5%	2 9.5%	2 9.1%
治療中		21 6.6%	0 0.0%	1 0.5%	8 4.2%	110 26.6%	15 21.4%	16 3.9%	18 4.3%
臓器障害 あり		2 5.4%	0 --	1 4.3%	1 7.7%	0 0.0%	3 9.4%	5 100.0%	4 100.0%
CKD(専門医対象者)		2	0	0	1	0	2	5	4
尿蛋白(2+)以上		2	0	0	1	0	1	5	0
尿蛋白(+) and 尿潜血(+)以上		0	0	0	0	0	0	0	0
eGFR50未満 (70歳未満は40未満)		0	0	0	0	0	1	0	4
心電図所見あり		0	0	1	0	0	1	0	0

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 58 人(6.9%)であり、37 人は未治療者であった。また未治療者のうち 2 人(5.4%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も 21 人(6.6%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

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。

【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

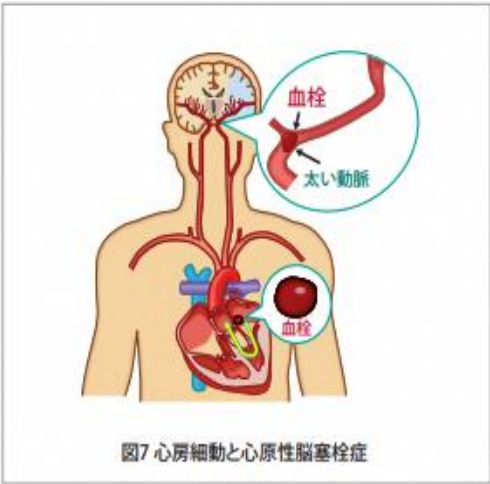
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg) リスク層 (血圧以外のリスク因子)		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	
		～119 /～79	120～129 /80～84	130～139 /85～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上	
		520	159	126	102	96	31	6
			30.6%	24.2%	19.6%	18.5%	6.0%	1.2%
リスク第1層		56	25	14	12	4	1	0
		10.8%	15.7%	11.1%	11.8%	4.2%	3.2%	0.0%
リスク第2層		299	99	77	52	51	16	4
		57.5%	62.3%	61.1%	51.0%	53.1%	51.6%	66.7%
リスク第3層		165	35	35	38	41	14	2
		31.7%	22.0%	27.8%	37.3%	42.7%	45.2%	33.3%
再掲 重複あり	糖尿病	52	8	9	15	13	7	0
		31.5%	22.9%	25.7%	39.5%	31.7%	50.0%	0.0%
	慢性腎臓病（CKD）	64	17	11	16	13	6	1
		38.8%	48.6%	31.4%	42.1%	31.7%	42.9%	50.0%
	3個以上の危険因子	81	13	20	20	22	5	1
		49.1%	37.1%	57.1%	52.6%	53.7%	35.7%	50.0%

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
4	52	77
0.8%	10.0%	14.8%
4	1	0
100%	1.9%	0.0%
--	51	20
	98.1%	26.0%
--	--	57
		74.0%

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流にの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。

（脳卒中予防の提言より引用）

特定健診における心房細動有所見状況

【図表 38】

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	12	16	0	0	0	0	—	—
40 歳代	3	2	0	0	0	0	0.2	0.04
50 歳代	2	0	0	0	0	0	0.8	0.1
60 歳代	4	10	0	0	0	0	1.9	0.4
70～74 歳	3	4	0	0	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006 年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の 70～74 歳の値は 70～79 歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表 39】

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

心電図検査において心房細動の所見がある者はいなかった。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、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(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

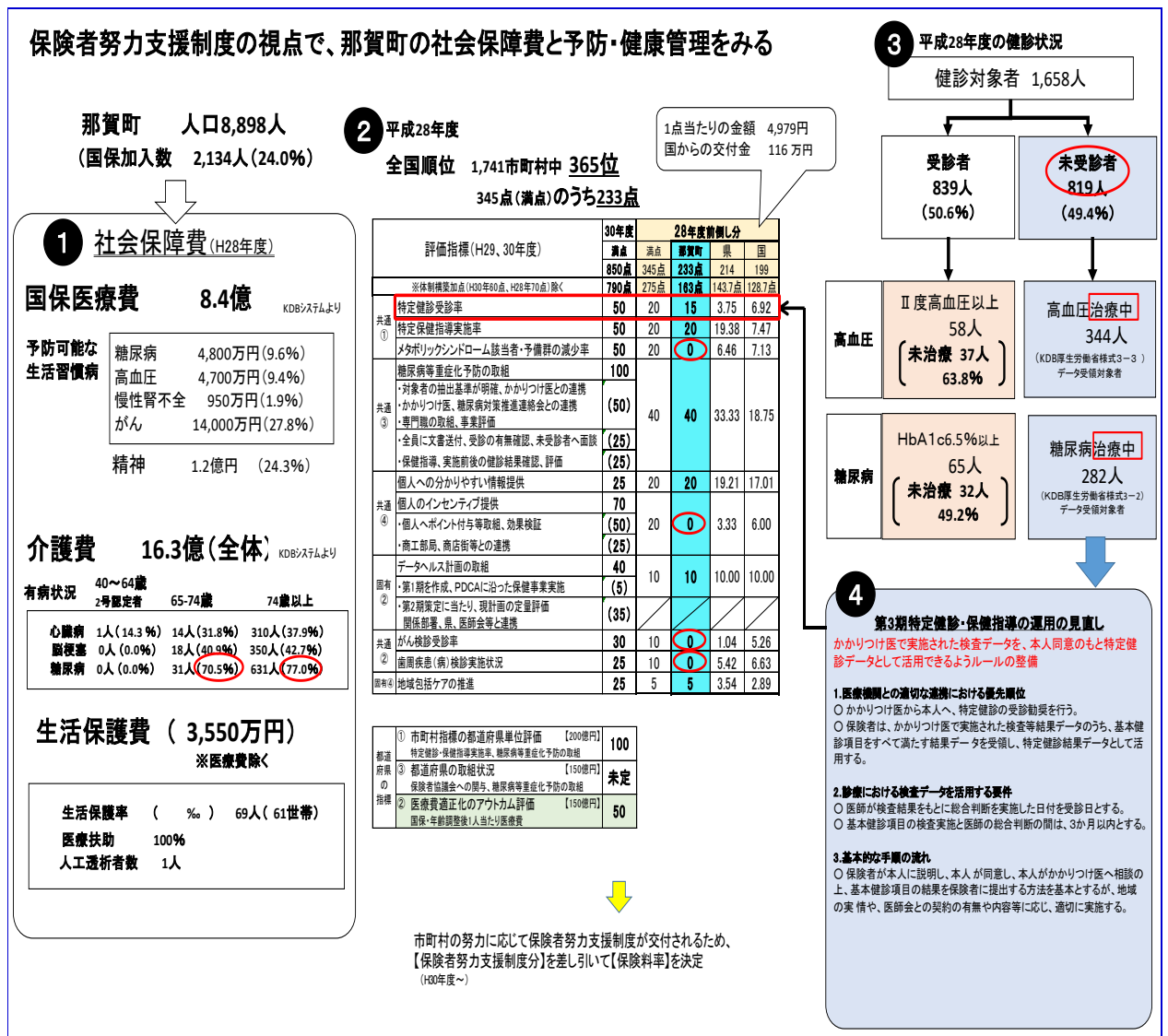
5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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 40・41)

【図表 40】



那賀町の食習慣の背景

那賀町の歴史的背景

・那賀川流域は県下で最も雨の多い地域であり、杉や桧の生産に適しており、古くから林業が発達した。650 年には宝田の隆善寺の用材として、江戸時代には大阪城の用材として搬出されたと言ひ伝えられている。また、江戸時代には御林地帯として藩有林があった。特に那賀川上流は、木頭林業地帯と呼ばれ、明治以降、全国屈指の林業地として杉が利用されてきた。

那賀町の自然環境・地理的条件

・徳島県の南部に位置し、東は阿南市、西は高知県、南は海部郡、北は勝浦郡、神山町、美馬市、三好市に隣接している。

・那賀町の面積は 694.86km²、徳島県の総面積の約 17% を占めている。北西部には四国山地、南部には海部山脈などを配しており、標高 1,000m 以上の山々に囲まれ、地域の 95.2% が森林の中山間地域。町内には那賀川及び坂州木頭川が流れ、両河川は旧上那賀町内で合流して町のほぼ中央を西から東に貫流している。

・朝夕の寒暖の差が非常に大きいのが特徴。また、徳島県内で最も降水量の多い地域となっている。

那賀町の特徴

・山間部では寒暖の差を利用したゆずの栽培が盛ん。その他木頭ではケイトウ、木沢では山菜、ミヤコワスシ、上那賀では茶、榎、相生では茶、おもと、花、鶯敷ではイチゴ、すだちの栽培が盛ん。

・21 番机所の太龍寺、スーパー林道、滝、温泉などの観光地もある。

《文化》

・来客、集会時にお菓子でお接待。
・林業や農業など仕事人が多く、塩辛い味付けを好む。

《特産品》

・かきまぜ、あめご寿司、ハマチ寿司、などのお寿司。
・餅やはんごろしなどをよく作り、近所に配る。
・ぼたもち、はんごろし、柿のもち、へぎもち。
・ゆず、ゆずみそ、いちご、くさぎな、ずき、など。

《地域住民とのつながりが密接》

・地域の祭りや集会は公民館や集会所で行われることが多く、飲酒量も多くなる。
・みんなでお出かける際には、おやつを手作りして持ち寄り、皆に配る。

《独特な食文化》

保存 新鮮な食品がなかなか手に入らないので、何でも塩漬けや冷凍保存する。スーパーまで遠いので、常にかい置きをする。冷凍庫を 2 台持ちしている家も多い。山間部では日持ちする魚の缶詰などもよく食べられる。また、ゆず味噌やもろみなどの加工食品もよく作って食べる。



・漬け物、山菜の塩漬け
・塩漬け魚(塩漬けにして冷凍)
・イノシシ、シカ肉、鮎を冷凍
・ちりめん、いりこ
・ゆず味噌、もろみ
・漬け物屋(小屋)がある家も。

塩分の摂取量

・漬け物、ゆずみそをよく食べる。
・魚の塩焼き、塩漬け(鮎など)
・山菜の保存食(塩漬け)

穀類の摂取量

・お寿司をよく食べる。
・餅をよく食べる。

単純糖質

・菓子パンが好き。
・果物が多い(自宅で育てている)
・芋類をよく食べる。
・缶コーヒー、缶ジュースをよく飲む

プリン体の多い食品

・ちりめん、いりこをよく食べる

町内の店

(電話番号登録)

・コンビニエンスストア 3 軒
・飲食店 42 軒
(食堂・レストラン・仕出し等)
・菓子、パン屋 3 軒
・食料品店 28 軒



からだの実態

健診結果(国保特定健診 H28 年度)

・内臓脂肪症候群 該当者
男性：26.3% 女性：8.6%
・内臓脂肪症候群 予備群
男性：16.2% 女性：7.8%
・肥満者(BMI25 以上)
男性：30.4% 女性：21.9%
・血糖異常(空腹 100 以上、随 140 以上)
男性：46.1% 女性：30.0%
・HbA1c 異常(5.6 以上)
男性：60.3% 女性：61.8%
・HbA1c6.5 以上と糖尿病治療中の尿蛋白 2+ 以上のもの
男性：0.8% 女性：0.5%
・高血圧(収縮期:130 以上 拡張期:85 以上)
総数 収縮期：49.7%
拡張期：21.2%

・脂質異常(LDL コレステロール:120 以上)
男性：35.3% 女性：52.5%

医療の状況(H28 年度国保診療)

・国保外来医療費に占める割合

1. 循環器(18.1%)
2. 内分泌(16.3%)
3. 新生児(14.9%)

介護認定の状況(H28 年度)

1 号認定率：22.4%
2 号認定率：0.2%

要介護認定者の疾病状況(H28 年 65 歳以上)

1. 心臓病(67.7%)
2. 筋・骨格系(63.0%)
3. 高血圧症(60.8%)
4. 精神(45.2%)

死亡の状況(SMR:H20~H24)

(男性) (女性)

1. 不慮の事故(166.2) 1. 不慮の事故(124.6)
2. 老衰(161) 2. 老衰(99.6)
3. 脳血管疾患(99.7) 3. 心疾患(78.2)
4. 胃不全(96.4) 4. 脳血管疾患(69.1)

第5章 地域包括ケアに係る取組み

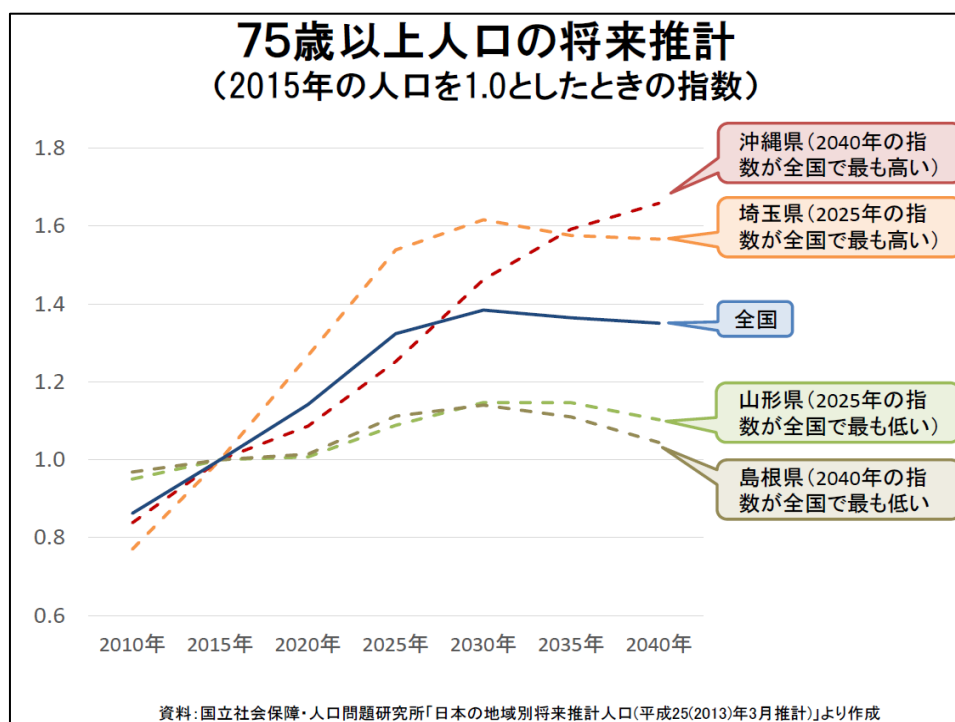
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

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。

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2015 年の人口を 1.0 としたときの指数で 2040 年が 1.66 と全国一高くなると推計されている。(図表 42)

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 42】



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)

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り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた牟岐町の位置

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 7-1 高血圧予防のためのレセプトと健診データの突合

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1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた那賀町の位置

2017.11.14作成

項目				H25		H28		H28		H28		データ元 (CSV)			
				保険者		保険者		同規模平均		県		国			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	人口構成	総人口	9,306		9,306		1,815,204		772,357		124,852,975		KDB_No.5 人口の状況 KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
			65歳以上（高齢化率）	3,955	42.5	3,955	42.5	575,561	31.7	209,460	27.1	29,020,766	23.2		
			75歳以上	2,426	26.1	2,426	26.1			113,837	14.7	13,989,864	11.2		
			65～74歳	1,529	16.4	1,529	16.4			95,623	12.4	15,030,902	12.0		
			40～64歳	3,089	33.2	3,089	33.2			266,169	34.5	42,411,922	34.0		
		39歳以下	2,262	24.3	2,262	24.3			296,728	38.4	53,420,287	42.8			
	②	産業構成	第1次産業	21.8		21.8		18.4		8.8		4.2		KDB_No.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
			第2次産業	27.9		27.9		25.5		24.3		25.2			
			第3次産業	50.3		50.3		56.1		66.9		70.6			
	③	平均寿命	男性	79.9		79.9		79.4		79.4		79.6		KDB_No.1 地域全体像の把握	
女性			87.4		87.4		86.4		86.2		86.4				
④	健康寿命	男性	65.6		65.6		65.2		65.2		65.2		KDB_No.1 地域全体像の把握		
		女性	66.5		66.4		66.7		66.7		66.8				
2	①	死亡の状況	標準化死亡比（SMR）	男性	104.7		91.5		104.8		101.4		100		KDB_No.1 地域全体像の把握
				女性	90.1		73.5		100.8		99.4		100		
			死因	がん	30	34.1	40	41.2	6,817	45.1	2,469	46.4	367,905	49.6	
				心臓病	31	35.2	36	37.1	4,392	29.1	1,543	29.0	196,768	26.5	
				脳疾患	19	21.6	10	10.3	2,661	17.6	825	15.5	114,122	15.4	
				糖尿病	2	2.3	3	3.1	274	1.8	113	2.1	13,658	1.8	
				腎不全	4	4.5	5	5.2	548	3.6	218	4.1	24,763	3.3	
				自殺	2	2.3	3	3.1	409	2.7	151	2.8	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）	822	20.4	909	22.4	114,707	20.1	48,252	23.1	5,882,340	21.2	KDB_No.1 地域全体像の把握
				新規認定者	31	0.3	19	0.3	1,910	0.3	727	0.3	105,654	0.3	
				2号認定者	5	0.2	7	0.2	2,325	0.4	941	0.4	151,745	0.4	
		②	有病状況	糖尿病	230	29.4	293	30.0	25,164	21.2	13,140	26.4	1,343,240	21.9	
高血圧症				501	62.1	557	60.8	64,630	54.6	28,314	57.0	3,085,109	50.5		
脂質異常症				152	18.2	213	22.0	31,788	26.7	14,741	29.6	1,733,323	28.2		
心臓病				561	69.1	626	67.7	73,217	61.9	32,169	64.9	3,511,354	57.5		
脳疾患				239	29.1	234	25.3	33,089	28.2	12,843	26.0	1,530,506	25.3		
がん				42	6.3	71	7.5	11,629	9.7	5,291	10.5	629,053	10.1		
筋・骨格				503	61.0	586	63.0	63,583	53.7	29,441	59.5	3,051,816	49.9		
精神				379	45.2	418	45.2	43,915	37.0	17,887	35.6	2,141,880	34.9		
③		介護給付費	1件当たり給付費（全体）	90,391		85,510		70,593		60,272		58,349			
			居宅サービス	36,759		38,514		40,986		39,151		39,683			
④		医療費等	施設サービス	289,977		288,529		275,281		284,661		281,115			
			要介護認定別医療費（40歳以上）	認定あり	7,773	8,119	8,458	4,123	7,585	4,219	3,822				
			認定なし	4,092	4,202	4,123	4,219	3,822							
4	①	国保の状況	被保険者数	2,337		2,079		493,770		173,928		32,587,223		KDB_No.1 地域全体像の把握 KDB_No.5 被保険者の状況	
			65～74歳	1,082	46.3	1,096	52.7			75,546	43.4	12,462,063	38.2		
			40～64歳	907	38.8	707	34.0			59,408	34.2	10,946,693	33.6		
			39歳以下	348	14.9	276	13.3			38,974	22.4	9,178,477	28.2		
			加入率	25.1		22.3		27.8		22.5		26.9			
	②	医療の概況（人口千対）	病院数	1	0.4	1	0.5	144	0.3	113	0.6	8,255	0.3		
			診療所数	10	4.3	10	4.8	1,108	2.2	743	4.3	96,727	3.0		
			病床数	40	17.1	40	19.2	15,468	31.3	14,845	85.4	1,524,378	46.8		
			医師数	9	3.9	10	4.8	1,575	3.2	2,463	14.2	299,792	9.2		
			外来患者数	781.6		757.6		658.5		721.1		668.3			
			入院患者数	27.7		30.4		22.6		25.6		18.2			
	③	医療費の状況	一人当たり医療費	29,330	県内7位 同規模34位	32,678	県内4位 同規模14位	26,418		28,005		24,253			
			受診率	809.328		787.989		681.134		746.696		686.501			
			外 費用の割合	54.9		53.3		56.6		54.7		60.1			
			来 件数の割合	96.6		96.1		96.7		96.6		97.4			
入 費用の割合			45.1		46.7		43.4		45.3		39.9				
院 件数の割合			3.4		3.9		3.3		3.4		2.6				
1件あたり在院日数			18.4日		18.6日		16.3日		18.8日		15.6日				
がん			110,626,390	21.9	139,687,680	27.8	24.1		22.9		25.6				
④	医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療費源傷病名（調剤含む）	慢性腎不全（透析あり）	7,384,180	1.5	9,464,210	1.9	9.1		7.1		9.7				
		糖尿病	58,106,720	11.5	48,035,730	9.6	10.2		9.6		9.7				
		高血圧症	73,580,130	14.5	47,403,670	9.4	9.2		8.3		8.6				
		精神	113,608,520	22.5	121,830,310	24.3	17.5		25.5		16.9				
		筋・骨格	72,952,840	14.4	68,355,180	13.6	16.1		13.7		15.2				

4

⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	477,659	21位	(18)	514,920	15位	(17)					KDB_№.3 健診・医療・介護 データからみる地域		
			高血圧	484,897	18位	(18)	520,492	15位	(19)							
	県内順位 順位総数25	入院の()内 は入院日数	脂質異常症	546,894	8位	(16)	587,255	3位	(15)							
			脳血管疾患	507,046	22位	(21)	529,222	18位	(19)							
			心疾患	584,371	14位	(16)	628,753	7位	(15)							
			腎不全	890,509	2位	(18)	621,771	9位	(18)							
			精神	374,582	20位	(26)	404,861	20位	(27)							
			悪性新生物	685,731	3位	(13)	684,515	4位	(15)							
		外来	糖尿病	29,367	20位		33,225	11位								
			高血圧	24,401	20位		24,673	19位								
			脂質異常症	23,861	21位		24,100	17位								
			脳血管疾患	34,136	9位		22,951	21位								
			心疾患	27,178	25位		26,081	24位								
			腎不全	62,162	25位		87,543	24位								
			精神	26,355	15位		26,611	19位								
			悪性新生物	37,546	25位		53,405	14位								
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健康対象者 一人当たり	健診受診者	3,634			3,603			2,768		2,156		2,065	KDB_№.3 健診・医療・介護 データからみる地域	
			健診未受診者	11,789			13,699			12,339		14,140		12,683		
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	8,648			9,052			7,719		5,630		5,940		
			健診未受診者	28,054			34,419			34,410		36,924		36,479		
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	461	53.1		454	55.7		81,971	56.9		24,202	56.7	4,116,530	55.9	KDB_№.1 地域全体像の把握
			医療機関受診率	440	50.7		424	52.0		74,352	51.6		22,713	53.2	3,799,744	
		医療機関非受診率	21	2.4		30	3.7		7,619	5.3		1,489	3.5	316,786	4.3	
5	特定健診の 状況	県内順位 順位総数25	メタボ	健康受診者	867			839			143,970		42,706		7,362,845	KDB_№.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB_№.1 地域全体像の把握
				受診率	47.0	県内3位 同規模73位	50.6	県内4位 同規模57位	41.0	34.3	全国28位	34.0				
				特定保健指導終了者(実施率)	51	64.6	67	79.8	1499	8.1	222	4.2	35,557	4.1		
				非肥満高血糖	85	9.8	88	10.8	14,201	9.9	3,222	7.5	687,157	9.3		
				該当者	131	15.1	132	16.2	25,927	18.0	7,762	18.2	1,272,714	17.3		
					男性	89	23.9	92	26.0	18,053	27.1	5,267	29.4	875,805	27.5	
					女性	42	8.5	40	8.7	7,874	10.2	2,495	10.1	396,909	9.5	
					予備群	94	10.8	93	11.4	16,553	11.5	5,066	11.9	790,096	10.7	
				男性	61	16.4	57	16.1	11,535	17.3	3,407	19.0	548,609	17.2		
					女性	33	6.7	36	7.8	5,018	6.5	1,659	6.7	241,487	5.8	
					総数	246	28.3	247	30.3	47,928	33.3	14,326	33.5	2,320,533	31.5	
					男性	165	44.4	166	46.9	33,271	49.9	9,643	53.9	1,597,371	50.1	
				BMI	女性	81	16.3	81	17.6	14,657	19.0	4,683	18.9	723,162	17.3	
					総数	42	4.8	39	4.8	8,649	6.0	2,322	5.4	346,181	4.7	
				男性	5	1.3	6	1.7	1,438	2.2	291	1.6	55,460	1.7		
				女性	37	7.5	33	7.2	7,211	9.3	2,031	8.2	290,721	7.0		
				血糖のみ	6	0.7	2	0.2	1,116	0.8	297	0.7	48,685	0.7		
				血圧のみ	65	7.5	67	8.2	11,683	8.1	3,652	8.6	546,667	7.4		
				脂質のみ	23	2.6	24	2.9	3,754	2.6	1,117	2.6	194,744	2.6		
				血糖・血圧	23	2.6	20	2.5	4,665	3.2	1,137	2.7	196,978	2.7		
血糖・脂質	5	0.6	6	0.7	1,419	1.0	383	0.9	69,975	1.0						
血圧・脂質	68	7.8	65	8.0	12,004	8.3	4,084	9.6	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	35	4.0	41	5.0	7,839	5.4	2,158	5.1	386,077	5.2						
6	生活習慣の 状況	服薬 既往歴	高血圧	351	40.4	308	37.8	51,055	35.5	15,305	35.8	2,479,216	33.7	KDB_№.1 地域全体像の把握		
			糖尿病	65	7.5	67	8.2	12,000	8.3	3,137	7.3	551,051	7.5			
			脂質異常症	168	19.4	184	22.6	32,128	22.3	9,629	22.5	1,738,149	23.6			
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	18	2.8	14	2.6	4,464	3.2	1,383	3.3	230,777	3.3			
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	29	4.5	31	5.8	7,897	5.7	2,356	5.6	391,296	5.5			
			腎不全	4	0.6	4	0.7	1,763	1.3	253	0.6	37,041	0.5			
			貧血	60	9.2	58	10.9	11,617	8.5	4,762	11.4	710,650	10.1			
			喫煙	106	12.2	97	11.9	22,417	15.6	4,843	11.3	1,048,171	14.2			
			週3回以上朝食を抜く	42	6.6	32	6.1	10,140	7.6	3,015	7.5	540,374	8.5			
			週3回以上食後間食	80	12.6	68	13.0	17,461	13.1	6,546	16.2	743,581	11.8			
			週3回以上就寝前夕食	87	13.7	72	13.8	21,902	16.5	6,601	16.3	983,474	15.4			
			食べる速度が速い	164	26.2	138	26.9	36,107	27.2	11,814	29.2	1,636,988	25.9			
			20歳時体重から10kg以上増加	166	26.0	147	28.2	44,552	33.4	13,637	33.7	2,047,756	32.1			
			1回30分以上運動習慣なし	402	63.5	313	60.5	87,774	65.8	22,470	55.5	3,761,302	58.7			
			1日1時間以上運動なし	296	46.8	264	50.5	64,666	48.5	19,685	48.7	2,991,854	46.9			
			睡眠不足	179	28.5	143	27.6	31,141	23.6	10,644	26.5	1,584,002	25.0			
			毎日飲酒	173	26.9	127	23.8	35,843	26.0	9,908	23.7	1,760,104	25.6			
			時々飲酒	144	22.4	124	23.3	29,415	21.3	7,426	17.7	1,514,321	22.0			
			一日飲 酒量	1合未満	175	52.2	136	51.3	55,592	59.9	15,688	64.1	3,118,433		64.1	
				1～2合	110	32.8	83	31.3	24,370	26.3	5,650	23.1	1,158,318		23.8	
2～3合	37	11.0		38	14.3	9,606	10.4	2,480	10.1	452,785	9.3					
3合以上	13	3.9		8	3.0	3,225	3.5	667	2.7	132,608	2.7					

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳					【対象者抽出基準】					※糖尿病療養は問診結果による ※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す ※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え									
(HbA1c6.5以上)					過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者														
番号	地区	追加年度	個人番号	住所	被保険者証番号	氏名	性別	H27年度末年齢	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	備考① H28 7a-d状況	備考② 糖尿病以外の病歴	備考③ 連携手帳
1		H23					男	64	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 6.5 G2A1 88.9 —	○ 6.3 G2A1 84.5 —	○ 6.5 G1A1 100.6 —	○ 6.5 G1A1 95.1 —		○ 6.6 G2A1 78.6 —		重症化訪問。定期通院服薬OK。お寺でおやつあり。	H19～高脂血症	
2		H23					男	65	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 7.6 G2A1 82.1 —	○ 6.5 G2A1 85.4 —	○ 6.5 G1A1 90.5 —	○ 6.4 G2A1 85.9 —	○ 6.6 G1A1 91.1 —	○ 6.3 G2A1 89.3 —		H27に重症化訪問。	H14～高血圧	
3		H23					男	69	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 6.7 G2A2 89.7 +	○ 6.3 G2A2 87.9 +	○ 6.4 G2A1 71.5 —		○ 6.4 G2A1 61.8 ±	○ 6.5 G2A1 69.6 ±		重症化訪問。定期通院OK。孫と一緒にやつ。	○肝 H14～高血圧 H17～高脂血症	
4		H23					女	70	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 6.6 G2A1 86.7 ±	○ 6.5 G1A1 94 —	○ 6.7 G2A1 —	未受診				服薬開始している。		
5		H23					女	71	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 6.9 G2A1 82.8 —	○ 7.0 G2A1 65.4 —	○ 6.4 G2A1 60.3 —	○ 8.1 G2A1 78.7 —	未受診			H26栄美士さんの重症化予防	H10～高血圧	
6		H23					女	72	糖 HbA1c 重症度分類 G3aA1 GFR 尿蛋白	○ 6.9 G3aA1 48.1 —	○ 7.1 G3aA1 54.5 —	○ 7.7 G3aA1 47.7 —	○ 7 G3aA1 48.1 —	○ 7.4 G3aA1 47.3 —	○ 7.1 G3bA1 42.9 —		重症化訪問。HbA1cを6台目を指す。買いだめが多い。	H22～高脂血症	
7		H23					女	72	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 6.7 G2A1 75 —	○ 6.3 G2A1 63.1 —	○ 6.1 G2A1 74.4 —		○ 6.6 G2A1 82.8 —	○ 6.1 G2A1 85.9 —		重症化訪問。食事改善。	H26～高血圧	
8		H23					男	75	糖 HbA1c 重症度分類 GFR 尿蛋白	○ 7.3 G2A1 64.3 —	○ 7 G2A1 72.9 —	○ 6.6 G2A1 63.8 —		○ 7.2 G2A1 61.8 —	○ 7.2 G2A1 61.8 —		重症化訪問。気を抜くと悪化。再度食事改善実施中。		

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H28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 (A+B) (175) 人												
	②A健診未受診者 (89) 人												
保健指導の優先づけ	結果未把握 (内訳) <table><tr><td>①国保(生保)</td><td>(32) 人</td></tr><tr><td>②後期高齢者</td><td>(40) 人</td></tr><tr><td>③他保険</td><td>(1) 人</td></tr><tr><td>④住基異動(死亡・転出)</td><td>(14) 人</td></tr><tr><td>⑤確認できない</td><td>(2) 人</td></tr></table>	①国保(生保)	(32) 人	②後期高齢者	(40) 人	③他保険	(1) 人	④住基異動(死亡・転出)	(14) 人	⑤確認できない	(2) 人	1.資格喪失(死亡・転出)の確認 ○医療保険異動の確認 ○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
	①国保(生保)	(32) 人											
	②後期高齢者	(40) 人											
	③他保険	(1) 人											
	④住基異動(死亡・転出)	(14) 人											
	⑤確認できない	(2) 人											
	①-1 未治療者(中断者含む) (6) 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	2.レセプトの確認 ○治療状況の確認 ○直近の治療有無の確認	●合併症 ●脳・心疾患ー手術 ●人工透析導入 ●がん										
	③結果把握 (86) 人	3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病連携手帳の確認	かかりつけ医、糖尿病専門医										
	① HbA1cが悪化している (37) 人 例) HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している (9) 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	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											
	② 尿蛋白 (ー) (69) 人 (±) (10) 人	○尿アルブミン検査の情報を追加 ○腎症予防のための保健指導	尿アルブミン検査の継続										
(+)～顕性腎症 (7) 人		栄養士中心											
③ eGFR値の変化 1年で 25 % 以上低下 (0) 人 1年で 5ml/分/1.73m ² 以上低下 (16) 人		腎専門医											

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

		項目	突合表	那賀町						同規模保険者		データ元	
				H28年度		H29年度		H30年度		H28年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数	A	2,208人								KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)	
		(再掲)40才～74歳		1,926人									
2	①	特定健診	B	1,658人								あなみツール ②.1 集計ツール 2017.7(DM腎症 (レセ×健診))	
	②	健診対象者数	C	839人									
	③	健診受診者数		50.6%									
3	①	特定保健指導										市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書	
		保健指導対象者数		84人									
	②	実施率		79.8%									
4		健診データ										特定健診結果	
	①	糖尿病型	E	120人	14.3%	人	%	人	%	人	%		
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	50人	41.7%	人	%	人	%	人	%		
	③	治療中(質問票 服薬有)	G	70人	58.3%	人	%	人	%	人	%		
	④	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	27人	38.6%	人	%	人	%	人	%		
	⑤			血圧 130/80以上	18人	66.7%	人	%	人	%	人		%
	⑥			肥満 BMI25.0以上	11人	40.7%	人	%	人	%	人		%
	⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	43人	61.4%	人	%	人	%	人	%		
	⑧	糖尿病病期分類	M										
	⑨	尿蛋白(-) 第1期		88人	73.3%	人	%	人	%	人	%		
	⑩	(±) 第2期		18人	15.0%	人	%	人	%	人	%		
⑪	(+)以上 第3期	13人		10.8%	人	%	人	%	人	%			
	eGFR(30未満) 第4期		1人	0.8%	人	%	人	%	人	%			
5	①	レセプト										KDB厚生労働省様式 様式3-2(対象年7月)	
		糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%	人	%		
	②	入院外		人	%	人	%	人	%	人	%		
	③	入院		人	%	人	%	人	%	人	%		
	④	糖尿病治療中	H	357人	16.2%	人	%	人	%	人	%		
	⑤	(再掲)40才～74才		351人	18.2%	人	%	人	%	人	%		
	⑥	健診未受診者	I	281人	80.1%	人	%	人	%	人	%		
	⑦	糖尿病性腎症	L	11人	3.1%	人	%	人	%	人	%		
	⑧	(再掲)40才～74才		11人	3.1%	人	%	人	%	人	%		
	⑨	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.3%	人	%	人	%	人	%		
	⑩	(再掲)40才～74才		1人	0.3%	人	%	人	%	人	%		
	⑪	新規透析患者数		人	%	人	%	人	%	人	%		
	⑫	(再掲)糖尿病性腎症											
⑬	後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		6人	0.8%									
6	①	医療費	総医療費	a	8.38億円		億円	億円	1597.93億円			KDB 健診・医療・介護データ からみる地域の健康課 題 同規模保険者比較	
	②	生活習慣病総医療費	b	3.56億円		円	円	654.56億円					
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	42.4%				41.0%					
	④	生活習慣病対象 者 1人当たり	健診受診者	9,052円				7,719円					
	健診未受診者		34,419円		円	円	34,410円						
	⑤	糖尿病医療費	c	4803.6万円		円	円	92.41億円					
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	13.5%		%	%	14.1%					
	⑧	糖尿病入院外総医療費		1.41億円		円	円	円					
	⑨	1件当たり		33,225円		円	円	円					
	⑩	糖尿病入院総医療費		1.07億円		円	円	円					
	⑪	1件当たり		514,920円		円	円	円					
	⑫	在院日数		17日		日	日	日					
	⑬	慢性腎不全医療費											
	⑭	透析有り		946.4万円		円	円	82.52億円					
	⑮	透析なし		197.0万円		円	円	5.70億円					
7	①	介護	介護給付費	16.29億円		円	円	1787.18億円			KDB 地域の全体像の把握 要介護(支援)者認定状 況		
	②	(再掲)2号認定者の有所見											
		糖尿病	7.1%		%	%	%						
8	①	死亡	死因別死亡者数								KDB 地域の全体像の把握		
	糖尿病	3人 3.1%		人	人	274人 1.8%							

発症予防

重症化予防（早期発見）

年齢（経過）

[illegible]

【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

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	☐ ST変化 ☐ その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	自覚症状なし	症状 ☐ 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） ☐ 安静時にも胸に違和感、締め付け ☐ 以前にも同じような症状があった ☐ 頸、肩、歯の痛み ☐ 冷汗、吐き気がある		⑤ 重症化予防対象者		
	☐ 家族歴 ☐ 既往歴・合併症 ☐ 喫煙 ☐ アルコール ☐ 運動習慣 ☐ 睡眠習慣 ☐ 家庭血圧					
③ 健診結果		(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、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。		⑤ 重症化予防対象者		
		メタボタイプかLDLタイプかを 経年表より確認する。				
判定		正常	軽度	重度	追加評価項目	
④ メタボリックシンドローム	☐ 腹囲		男 85～ 女 90～			
	☐ BMI	～24.9	25～			
	☐ 中性脂肪	空腹	～149	150～299		300～
		食後	～199	200～		
	☐ HDL-C	40～	35～39	～34		
	☐ nonHDL-C	～149	150～169	170～		
	☐ ALT	～30	31～50	51～		
	☐ γ-GT	～50	51～100	101～		
	☐ 血糖	空腹	～99	100～125		126～
		食後	～139	140～199		200～
	☐ HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～		
	☐ 血圧	収縮期	～129	130～139		140～
拡張期		～84	85～89	90～		
☐ 尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～			
④ ☐ LDL-C		～119	120～139	140～	☐ 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	
e G F R			60未満			
尿蛋白		(-)	(+)～			
☐ C K D重症度分類			G3aA1			

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

【参考資料 8】

血圧評価表 174名（過去5年間で一度でもⅡ度高血圧以上の基準に該当した方）

番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧														
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28		
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期
				女		なし	5.7	135	64.6	—	4.7	○	137	85						○	166	83	○	141	80	
				男		なし	6	96	122.3	—	4.1												○	174	86	
				男		予備群	5.3	173	51.3	—	7.8	○	161	100				○	152	112						
				男		なし	4.8	68	62.3	+	7.2	○	106	64	○	139	79	○	161	86	○	133	73	○	145	82
				女		該当者	5.5	67	66.7	—	5.3	○	182	92				○	114	70	○	117	61	○	136	79
				男		予備群	5	116	79.7	—	6				○	197	114									
				男		該当者	6.2	113	87.9	—	6.7	○	142	82	○	148	82						○	161	76	
				男		該当者	6.5	104	69.6	±	5.8	○	154	92	○	138	66			○	128	77	○	151	105	
				男		該当者	5.4	93	52.3	—	6.8	○	148	94	○	177	96									
				女		予備群	5.5	158	83.9	—	3.2	○	154	92	○	126	70								167	95

血圧評価表 58名（H28年度の健診でⅡ度高血圧以上の基準に該当した方）

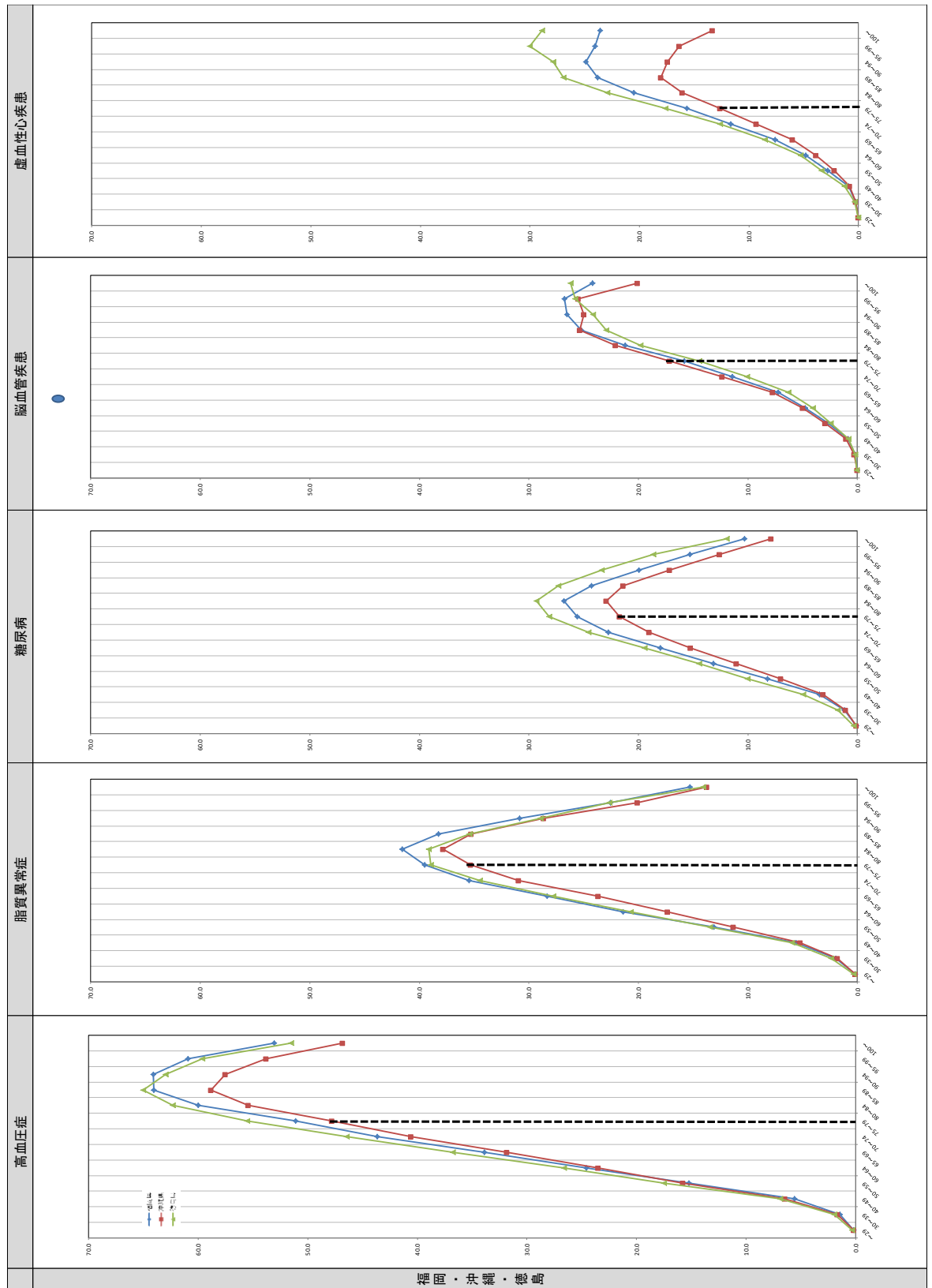
番号	被保険者証		名前	性別	年齢	健診データ																				
	記号	番号				過去5年間のうち直近						血圧														
						メタボ判定	HbA1c	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	H24			H25			H26			H27			H28		
												治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期	治療有無	収縮期	拡張期
			女	なし	5.3	94	74.1	—	4.9		114	78		132	74		126	74		134	80		155	120		
			男	予備群	5.6	142	58.9	+	5.4											170	106		174	115		
			女	なし	5.5	134	67.9	—	5.6					170	110								170	112		
			男	なし	5.5	126	67.3	—	5.7		136	95		159	86		171	108		167	101		174	109		
			女	なし	5.7	106	68.5	—	3.7		150	86		154	97		157	96					169	105		
			男	該当者	6.5	104	69.6	±	5.8	○	154	92	○	138	66				○	128	77	○	151	105		
			男	なし	6.1	45	100.6	—	6.1										○	157	108	○	157	104		
			男	なし	5.2	137	96.7	—	6		143	76								147	102		142	104		
			女	なし	5.4	115	92.4	—	4.1		155	88											165	103		
			女	なし	5.8	150	92.8	±	4.7	○	152	96	○	144	84		131	87		159	89		177	102		

【参考資料 9】

心房細動管理台帳																										
患者 ID	H28年度 心電図 番号	基本情報					治療の状況			脳梗塞の有無		毎年度確認すること														
		行政区	住所	氏名	年齢	性別	医療機関名	心房細動 の病名	心房細動 診療開始日	脳梗塞 病名	脳梗塞 診療日	H26年度					H27年度					H28年度				
												健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考	健診受 診日	心電図 判定	治療 状況	内服薬	備考

生活習慣病有病状況

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



【参考資料 10】

①平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取り組みと課題整理(平成29年度実践・評価)

様式3-1

平成29年度 課題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題		
	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ってみる (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)			
1.特定健診受診率が60%に達していない	(1)継続した未受診者対策 ①3年間未受診未治療者リストを地区別に作成し、担当地区の保健師が訪問し学習教材を使い受診勧奨を行う。 ②訪問時健康実態の把握を行う(瘦田・体重・血圧・検尿) ③必要な方には生活習慣改善の保健指導を行う。 ④介護や障がい等日常生活に困難な状況がある場合は関係機関(地域包括支援センター・保健医療福祉課等)と連携し対応する。 (2)治療中で未受診者に対する対策 ①健診台帳やKDBを活用し未受診者リストを作成。町内かかりつけ医と連携し医療制からも受診勧奨して頂く。 また、治療中断者には保健師が訪問し受療行動を促す。 ②データ把握(町内医療機関) ・血液検査の結果は本人に確認し記入 ・身長・体重・瘦田・血圧・検尿は訪問にて実施 ・総合判定は7会議等でまとめて頂く (3)年度途中からの国保加入者について ①地保除からの新規加入者や移行による転入者が増えているため、関係課(住民課・まちひととしごと戦略課・税務保険課・各支所)の協力を得て周知していく。	1H29年度 未受診者対策 w地区 A地区 K1地区 K2地区 K3地区 合計 健康実態把握 71 69 36 13 19 208 訪問した人数 59 50 36 7 18 170 健康相談 12 10 7 1 3 33 かかりつけ医 1 1 6 4 1 13 その他 2 1 1 2 1 7 2 医療機関に受診勧奨リストを出した数とその後の受診者 w地区 A地区 K1地区 K2地区 K3地区 合計 受診率 受診率向上 W内転 0 10 0 0 0 10 5 50.0% Y転所 0 56 0 0 0 56 39 69.6% H転所 0 98 0 0 0 98 64 65.3% K転所 0 6 126 7 23 162 89 54.9% K2転所 0 0 0 18 0 18 17 94.4% K3転所 0 0 1 0 57 58 41 70.7% 合計 0 170 127 25 80 402 255 63.4% 受診率向上率 0.0% 64.7% 52.8% 96.0% 67.5% 63.4% 0.0% 0.0%	①28年度は重症化予防対象252人のうち208人に訪問指導。うちⅡ度以上高血圧58人中53人に訪問指導を実施。 ②DM連携手帳をつかって19人が医療と連携している。 ③CKD連携手帳(健康手帳改定)をつかって1人が医療と連携。Dからの栄養指示書により栄養指導を実施。	①27年から28年にかけて重症化予防対象者は、DM・糖尿病・CKDの対象者は増加している。29年度の対象については高血圧・CKDを重点的に実施する。 ②③手帳をつかって個別の連携をはかり、事例検討会等により保健指導・栄養指導を実施したにより、新規透析導入は今年度現時点で0である。 ④商店で減塩商品が取り扱われているか、J-アが設けられているか確認する。	1・2保健師の体制 ・保健師新規採用 1名 ・地区分担・保健師8名 ・地区分担替えあり、経年表・表・台帳等の引き継ぎ実施。過去の受診率推移をみる と地区替えがあった年は受診率が低下していたが、今年は1率が高くなった。今年度は「地域力」の狙いも含め年度の継続受診者を増やそうと、「初めまして、担当が替わりました」と挨拶兼ねて受診勧奨訪問を積極的実施。 3関係機関との連携 ・各窓口での受診勧奨の周知 ・7会議における情報共有	1継続している未受診者、またどのような人が未受診者となっているのか終年の経過が見られるように「未受診者管理台帳」を作成し、地区で引き継ぎの資料とすること。 2医療機関への未受診者リストを早期(7月頃)に提供し、協力を頂く。	①重症化予防対象者のなかで、特に高血圧・糖尿病の重症化を予防し、虚血性心疾患の医療費をおさえる取り組みを検討 ②③医療との連携をすめ、治療中断者を医療につなぐ。血糖の自己管理等ができるようにする。また尿蛋白に対する意識を高める。 ④減塩の意識の普及啓発
2.重症化予防対策 ①重症化予防対象者の優先順位が明確でない ②DM性腎症重症化予防における医療連携 ③CKD重症化予防	①重症化予防対象者252人を地区ごとにより「トップ」し保健指導を実施。特に「血圧に基づいた脳血管/脂質化(高血圧治療)」「トリアリ」に基づき、高血圧/脂質について健康に訪問し保健指導を実施する。自分の今の状態を理解し、家庭内自己血圧測定の習慣化と受療を促す。 ②「糖尿病腎症重症化予防のための他職種連携研修会(和賀町)」を開催。別紙のとおり町内医療機関(内科・歯科)の医師・看護師、調剤薬局薬剤師他が参加し、具体的な連携について話し合う。DM管理台帳で後期に移行した人に高齢担当が特定健診受診券を発送し、受診結果は地区担当保健師が確認する。 ③CKD管理台帳の中で地区ごとに管理する対象の振り分けについて話し合う。CKD重症度分類で中/高/高は保健師、高/高は管理栄養士が訪問し保健指導を行う。 ④商工会事務局長に那賀町の特定健診の「ア」を提示して減塩の必要性を説明し、減塩への理解と普及啓発の協力依頼する。 ⑤商店へのお願(「良きくみん」減塩の日を周知するための「ア」の掲示と減塩商品リストを渡して、商品の仕入れとJ-ア設置依頼。 ⑥商工会に商店の一覧表を頂き、担当地区保健師が依頼にまわ	①27年度は重症化予防対象252人のうち208人に訪問指導。うちⅡ度以上高血圧58人中53人に訪問指導を実施。 ②DM連携手帳をつかって19人が医療と連携している。 ③CKD連携手帳(健康手帳改定)をつかって1人が医療と連携。Dからの栄養指示書により栄養指導を実施。	①27年から28年にかけて重症化予防対象者は、DM・糖尿病・CKDの対象者は増加している。29年度の対象については高血圧・CKDを重点的に実施する。 ②③手帳をつかって個別の連携をはかり、事例検討会等により保健指導・栄養指導を実施したにより、新規透析導入は今年度現時点で0である。 ④商店で減塩商品が取り扱われているか、J-アが設けられているか確認する。	①重症化対象者を地区担当保健師が訪問。以下にある対象者は全数訪問することとしているが優先順位は地区担当がきめている。 ②③重症化予防対象者、糖尿病・CKD管理台帳の人に保健師が訪問時に配布。糖尿病連携手帳は医療機関から配布して聞との事例検討会が始まり、個別の事例相談から地域の課題について検討できる体制ができた。 ④商工会との連携により住民に身近な商店主に減塩のはなしができた。			
3.医療・健診「ア」や地域の食文化から減塩対策をまじえて「ア」を「ア」する必要がある	①重症化予防対象者252人を地区ごとにより「トップ」し保健指導を実施。特に「血圧に基づいた脳血管/脂質化(高血圧治療)」「トリアリ」に基づき、高血圧/脂質について健康に訪問し保健指導を実施する。自分の今の状態を理解し、家庭内自己血圧測定の習慣化と受療を促す。 ②「糖尿病腎症重症化予防のための他職種連携研修会(和賀町)」を開催。別紙のとおり町内医療機関(内科・歯科)の医師・看護師、調剤薬局薬剤師他が参加し、具体的な連携について話し合う。DM管理台帳で後期に移行した人に高齢担当が特定健診受診券を発送し、受診結果は地区担当保健師が確認する。 ③CKD管理台帳の中で地区ごとに管理する対象の振り分けについて話し合う。CKD重症度分類で中/高/高は保健師、高/高は管理栄養士が訪問し保健指導を行う。 ④商工会事務局長に那賀町の特定健診の「ア」を提示して減塩の必要性を説明し、減塩への理解と普及啓発の協力依頼する。 ⑤商店へのお願(「良きくみん」減塩の日を周知するための「ア」の掲示と減塩商品リストを渡して、商品の仕入れとJ-ア設置依頼。 ⑥商工会に商店の一覧表を頂き、担当地区保健師が依頼にまわ	①27年度は重症化予防対象252人のうち208人に訪問指導。うちⅡ度以上高血圧58人中53人に訪問指導を実施。 ②DM連携手帳をつかって19人が医療と連携している。 ③CKD連携手帳(健康手帳改定)をつかって1人が医療と連携。Dからの栄養指示書により栄養指導を実施。	①27年から28年にかけて重症化予防対象者は、DM・糖尿病・CKDの対象者は増加している。29年度の対象については高血圧・CKDを重点的に実施する。 ②③手帳をつかって個別の連携をはかり、事例検討会等により保健指導・栄養指導を実施したにより、新規透析導入は今年度現時点で0である。 ④商店で減塩商品が取り扱われているか、J-アが設けられているか確認する。	①重症化対象者を地区担当保健師が訪問。以下にある対象者は全数訪問することとしているが優先順位は地区担当がきめている。 ②③重症化予防対象者、糖尿病・CKD管理台帳の人に保健師が訪問時に配布。糖尿病連携手帳は医療機関から配布して聞との事例検討会が始まり、個別の事例相談から地域の課題について検討できる体制ができた。 ④商工会との連携により住民に身近な商店主に減塩のはなしができた。			

【参考資料 11】

②平成29年度の実践評価をふまえ、平成30年度の取り組みと課題整理(平成29年度進捗状況)

様式3-2

平成30年度 課 題	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題
	①平成29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ってみる (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)	
1.特定健診受診率が60%に達していない (1)未受診者対策 (2)継続受診者対策 (3)医療との連携	(1)継続した未受診者対策 ①3年間未受診未治療者リストを地区別に作成し、担当地区の保健師が未受診者管理台帳を作成 訪問し受診勧奨を行う。 ②訪問時健康実態の把握を行う(瘦困・体重・血圧・検尿) 必要 方には生活習慣改善の保健指導を行う。 (2)継続受診者に対して無料受診券を発行しバナーを確保する。 (3)治療中で未受診者に対する対策 ①健診台帳やKDEを活用し未受診者リストを7月に作成。町内から呼びつけ医と連携し医療側からも受診勧奨して頂く。また、治療中断者には保健師が訪問し受療行動を促す。 ②データ把握(町内医療機関) ・血液検査の結果は本人に確認し記入 ・身長・体重・腹囲・血圧・検尿は訪問にて実施 ・総合判定は7会議・事例検討会等でまとめて頂く ③重化予防対象者を地区ごとにリストアップし保健指導を実施。 ・特定健診受診者における重症化予防対象者(図表36) ・「血圧に基づいた脳心血管リスク階層化」の高リスク群(1度)の3層とⅡ度以上)は必ず訪問し、保健指導を実施。 ④対象者を明確にし医療と連携して7月7日を実施する。治療中断者についても訪問し受療につなげる。 ・糖尿病連携手帳の有効活用 ⑤CKD管理台帳を活用し対象者を明確にし優先順位を決め医療と連携し保健指導・栄養指導を行う。 ・CKD重症度分類で中リスク群は保健師、高リスク群は管理栄養士が訪問し保健指導を行う。	1.特定健診受診率 (1)未受診者対象者数、そのうちの受診勧奨数、受診に繋がった数、健康把握実施数等 (2)無料受診券発行数と利用者数 (3)医療機関受診勧奨対象者数と受診者数、7月把握数、治療中断者が受診に繋がった数等	1.特定健診受診率 (1)未受診者受診率の推移 (2)継続受診者受診率の推移 (3)7月把握数の推移	1.2.保健師の体制 ・保健師新規採用 1名 ・地区分担…保健師8名 管理栄養士1名 ・リーダー保健師の退職により一部業務 地区分担替えがある。 3.関係機関との連携 ・各窓口での受診勧奨の周知 ・7会議における情報共有	⑤残っている課題
2.重症化予防対策 ①高血圧・糖尿病の重症化予防 ②DM性腎症重症化予防における医療連携 ③CKD重症化予防	①重化予防対象者を地区ごとにリストアップし保健指導を実施。 ・特定健診受診者における重症化予防対象者(図表36) ・「血圧に基づいた脳心血管リスク階層化」の高リスク群(1度)の3層とⅡ度以上)は必ず訪問し、保健指導を実施。 ②対象者を明確にし医療と連携して7月7日を実施する。治療中断者についても訪問し受療につなげる。 ・糖尿病連携手帳の有効活用 ③CKD管理台帳を活用し対象者を明確にし優先順位を決め医療と連携し保健指導・栄養指導を行う。 ・CKD重症度分類で中リスク群は保健師、高リスク群は管理栄養士が訪問し保健指導を行う。	①保健指導対象者・実施者数 ②7月7日対象者・実施者数、治療中断者数・訪問指導実施者数・連携手帳配布し医療連携した数 ③CKD対象者数 訪問数、手帳をつかって連携した数	2.健診7月の変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、中断者の変化	①保健師間での情報共有 ・共通の7月7日-管理 ・業務検討回等で情報交換 ②③医療連携 ・連携手帳は重症化予防対象者、糖尿病・CKD管理台帳の記入に保健師が訪問時に配布。糖尿病連携手帳は医療機関からも配布。 ・事例検討会において個別の事例相談から地域の課題について検討。 ・他職種研修会の開催により目的を共有し連携を深める	
3.減塩の普及啓発	①住民が減塩について関心を持つ ・1日に必要な塩分量を知る。自分が1日に摂っている塩分量を知り、塩に関する食の傾向を知る。 ②減塩について知識の普及啓発	減塩教室開催数、減塩モニター実施数	3.健診7月の変化、減塩商品が取り扱われている店舗数(277店舗中)	①商工会との連携、AMMによる普及啓発	

【参考資料 12】