

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

2018 (平成30) 年3月 太良町

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1.背景・目的	
2.計画の位置付け	
3.計画期間	
4.関係者が果たすべき役割と連携	
5.保険者努力支援制度	
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	7
1.第1期計画に係る評価及び考察	
2.第2期計画における健康課題の明確化	
3.目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	19
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.目標値の設定	
3.対象者の見込み	
4.特定健診の実施	
5.特定保健指導の実施	
6.個人情報の保護	
7.結果の報告	
8.特定健康診査等実施計画の公表・周知	
第4章 保健事業の内容	25
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	45

第6章 計画の評価・見直し	46
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	47
参考資料	48

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(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。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

太良町においては、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

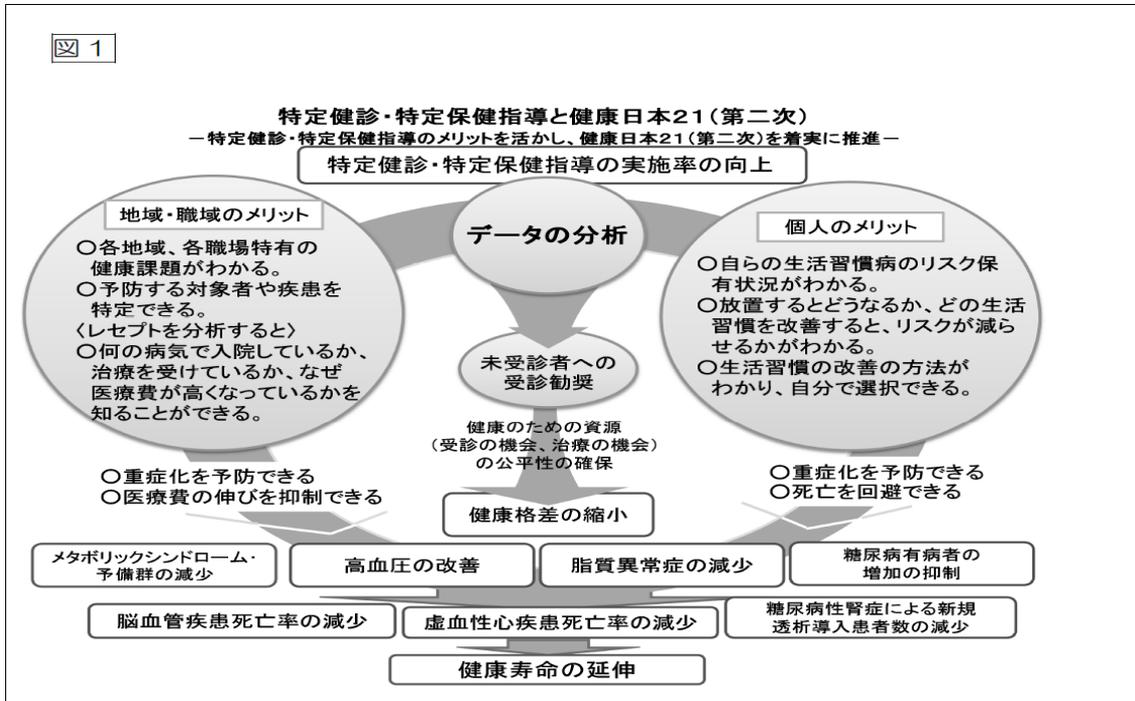
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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市町村健康増進計画、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】

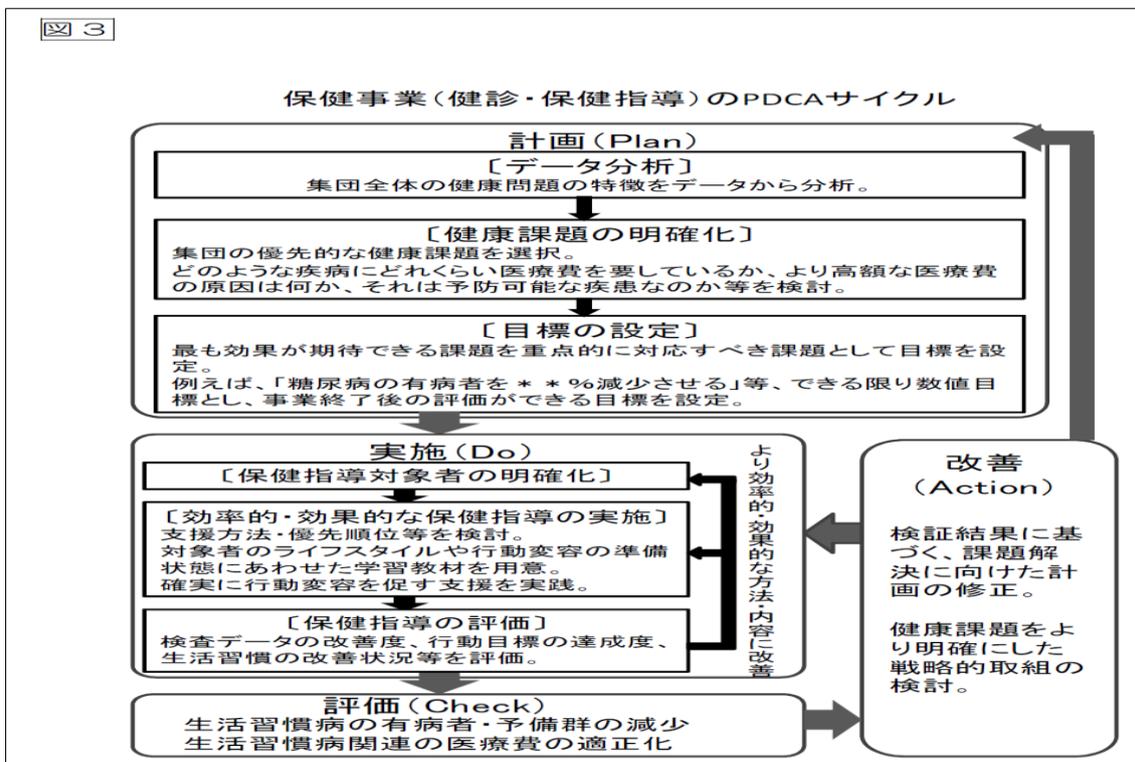
		健康増進法第21条 及び 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校教育法				
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条（健康増進法実施計画）	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 特定健康診査及び特定保健指導の選択 かつ有効な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年6月 「国民健康保険法」に基づく保険事業の 実施に関する指針（一部改正）	厚生労働省 老健局 平成23年 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2月 医療費適正化に関する指針 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2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、生活習慣の改善や予防の徹底を 推進するとともに、社会生活を営むために必要な 機能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会生活 機能が維持可能なもの ともなるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目指す。 る。	生活習慣の改善による慢性疾患等の 発症予防 を進め、慢性疾患等を予防することができれば、慢性 疾患を悪化させずに 重症化や合併症の発生を 抑制 し、入退院を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持及び向上を図ることができ、 重症化の抑制を 進める ことが可能となる。 特定健康診査は、 慢性疾患等の発症予防や重症化 の抑制 に重点を置いて、 データヘルス計画 に重 点を置き、生活習慣を改善するための特定保健指導を実施する ための取組に活用するための取組を行うものである。	生活習慣の改善 をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び病状の早期発見 について、 医 療者がその支援の中心 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 とを目指すものである。 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、 重症化 状態または要支援状態となることへの予防 又は、要介護 状態等の防止に 重点を置く こととする。	国民皆保険を堅持 、続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費 が適度に増大しないよう にいくととも、 負担 かつ適切な医療を効果的に提供するための取 組 を進めていく。	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 機能を実現し 、負担かつ適切な医療を効果 的に提供する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ（乳幼児期、 若壮年期 、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 え現在の若年期・壮年期世代、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	メタボリックシンドローム 肥満	メタボリックシンドローム 肥満		メタボリックシンドローム	
	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病 糖尿病性腎症	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症	糖尿病	糖尿病
対象疾病	高血圧	高血圧 脂質異常症	高血圧 等		生活習慣病	
	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	虚血性心疾患 脳血管疾患	脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症		心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中
対象疾病	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん		慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期		がん
	ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス			老老期の認知症、早老症 骨質・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 腎臓病・脳血管系、腎臓病等 関節リウマチ、変形性関節症 多系統臓器症、若年性動脈硬化症 後縦脊管狭窄症		精神疾患
評価	※5項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢別発生率 ②生活習慣病（糖尿病・脂質異常症）による合併症発生率（脳卒中・心疾患） ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防	①特定健康診査受診率 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（特定健診の取組率） ①受診率 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 ②特定保健指導 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外※ ①一人あたり医療費の適正化の確保 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③特定健康診査・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 （地域の実情に応じて設定）
	①国民生活の向上 ②生活習慣病の予防 ③生活習慣病の予防 ④生活習慣病の予防 ⑤生活習慣病の予防 ⑥生活習慣病の予防 ⑦生活習慣病の予防 ⑧生活習慣病の予防 ⑨生活習慣病の予防 ⑩生活習慣病の予防		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度分】を減額し、保険料率決定			
その他		保健事業支援（評価委員会（事務局、国保連合会））による計画作成支援			保険者協議会（事務局、国保連合会）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】



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（2018年）度から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年（2018年）度から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

太良町においては、国保分門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。特に健康増進課の国保部門と衛生部門の連携強化と保健師や管理栄養士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（健康増進課）、保健衛生部局（健康増進課）、介護保険部局（町民福祉課）企画部局（企画商工課）、生活保護部局（町民福祉課）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（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、太良町国保は、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。

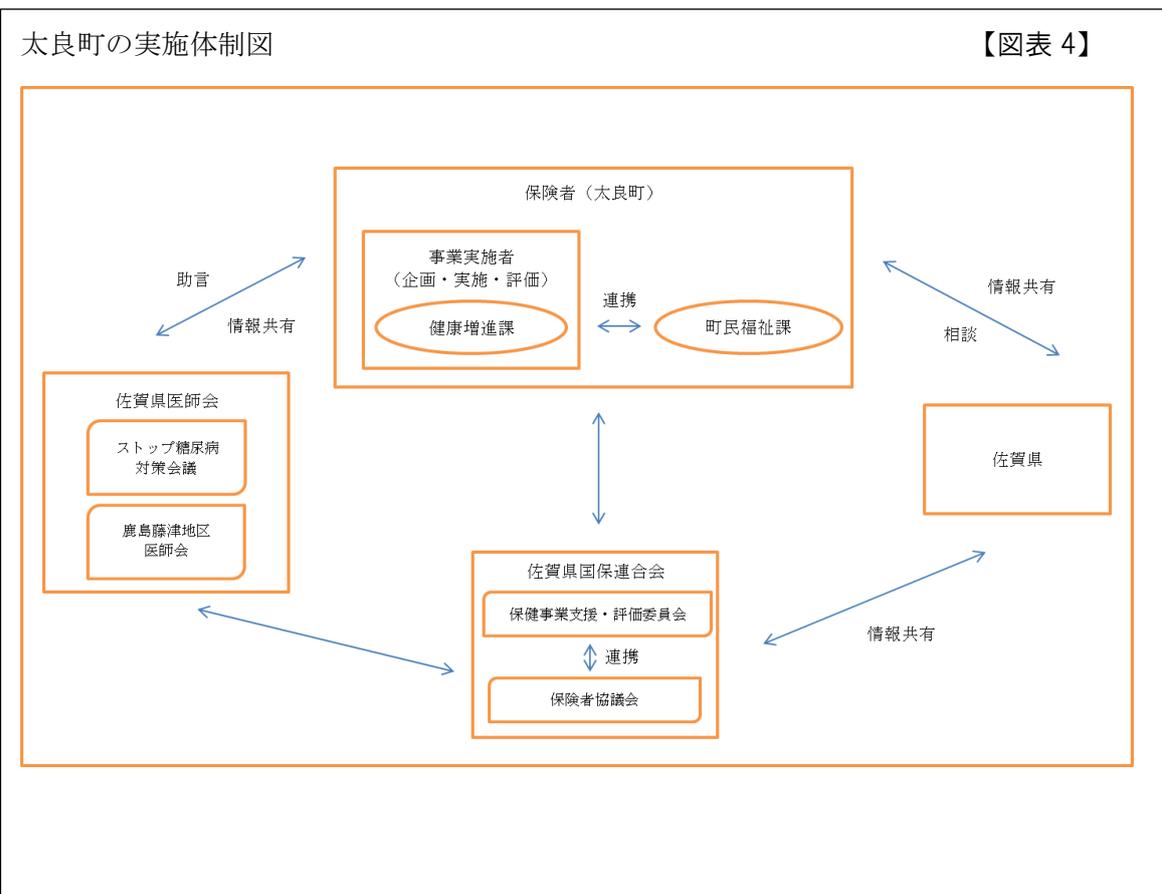
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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。



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 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		H28 配点	H29 配点 (2017)	H30 配点 (2018)	H30 (参 考)
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		178.8	-	570	
総得点(体制構築加点含む)		252	-	558	
全国順位(1,741市町村中)		221	-	-	
共通①	特定健診受診率	15	-	25	50
	特定保健指導実施率	20	-	25	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	5	-	20	50
共通②	がん検診受診率	10	-	15	30
	歯周疾患（病）検診の実施	0	15	25	20
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組状況	40	70	100	100
固有②	データヘルス計画策定状況	10	30	40	40
共通④	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
	個人のインセンティブ提供	0	0	0	70
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	7	25	35	35
	後発医薬品の使用割合	15	0	0	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	15	30	50	100
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
共通④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	9	13	25
共通⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	24	32	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			33	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

本町は、平成28年度人口9,804人、高齢化率31.3%、国保加入率30.8%、被保険者数3,018人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数2,199人）

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合が増加していた。死因別では心臓病・脳疾患による死亡割合は増加しており、腎不全による死亡は減少していた。

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は国・県・同規模平均より高く、40～64歳の2号認定率の微増、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減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受療率は増加しているものの、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率は増加しており、健診受診後に医療機関受診につながっても介護予防の観点では重症化予防が不十分であることが推測できる。特定健診受診率は増加しているため、今後も医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

介護給付の変化について、28年度の同規模平均では1件当たり介護給付費は減っているのに対し、太良町は居宅サービスが増え、介護給付費が増えていることがわかった。

【図表6】

年度	太良町				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	10億6953万	318,687	44,283	274,404	325,803	42,430	283,373
H28年度 (2016年度)	↑10億8440万	311,138	↑45,002	266,136	↓316,232	40,981	275,251

②医療費の状況（図表 7）

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

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				町	同規模			町	同規模			町	同規模
1総医療費 (円)	H25年度	11億2680万				5億5561万				5億7119万			
	H28年度	9億6673万	△1億6006万	-0.142	0.002	4億6799万	△8762万	-0.158	0.011	4億9874万	△7245万	-0.127	-0.005
2一人当たり 医療費(円)	H25年度	24,667				12,160				12,500			
	H28年度	25,915	1,248	0.051	0.085	12,550	390	0.032	0.095	13,370	870	0.070	0.078

※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脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)に係る医療費計では減少していることがわかった。

中長期目標疾患に共通する糖尿病・脂質異常症に係る費用については、国と比較すると低くなっているが、高血圧に係る費用は県・国よりも高くなっている。

【図表 8】

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25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)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25	太良町	11億2680万	24,667	68	19	12.5	0.8	3.1	4.1	6.2	12.2	3.0	2億6734万	41.9	16.1	22.2	19.3
H28	太良町	9億6673万	25,915	138	19	11.0	0.1	2.2	2.4	7.3	11.6	2.5	1億9803万	37.1	14.4	27.8	20.4
H28	佐賀県	746億1405万	29,593			11.0	0.5	4.1	2.3	8.4	7.8	5.1	164億8215万	39.2	21.4	23.2	15.7
2016	国	9兆6879億6826万	24,245			9.7	0.6	4.0	3.7	9.7	8.6	5.3	2兆2399億893万	41.6	25.6	16.9	15.2

最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果

【出典】

◆「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

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)

中長期目標疾患である虚血性心疾患、特に64歳以下の割合が増加している。一方、人工透析は減少しているものの脳血管疾患、虚血性心疾患を合併している割合が高くなっており、いっそうの重症化防止対策が重要となる。

【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						
		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	3823	154	4.0%	30	19.5%	6	3.9%	132	85.7%	64	41.6%	89	57.8%
	64歳以下	2842	52	1.8%	8	15.4%	4	7.7%	39	75.0%	20	38.5%	28	53.8%
	65歳以上	981	102	10.4%	22	21.6%	2	2.0%	93	91.2%	44	43.1%	61	59.8%
H28	全体	3224	152	4.7%	25	16.4%	6	3.9%	130	85.5%	49	32.2%	97	63.8%
	64歳以下	2185	46	2.1%	7	15.2%	3	6.5%	38	82.6%	14	30.4%	29	63.0%
	65歳以上	1039	106	10.2%	18	17.0%	3	2.8%	92	86.8%	35	33.0%	68	64.2%

厚生労働省 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	3,823	129	3.4%	30	23.3%	5	3.9%	102	79.1%	44	34.1%	67	51.9%
	64歳以下	2,842	45	1.6%	8	17.8%	3	6.7%	32	71.1%	17	37.8%	20	44.4%
	65歳以上	981	84	8.6%	22	26.2%	2	2.4%	70	83.3%	27	32.1%	47	56.0%
H28	全体	3,224	106	3.3%	25	23.6%	5	4.7%	87	82.1%	43	40.6%	57	53.8%
	64歳以下	2,185	37	1.7%	7	18.9%	2	5.4%	29	78.4%	14	37.8%	15	40.5%
	65歳以上	1,039	69	6.6%	18	26.1%	3	4.3%	58	84.1%	29	42.0%	42	60.9%

厚生労働省 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	3,823	14	0.4%	5	35.7%	6	42.9%	13	92.9%	7	50.0%	2	14.3%
	64歳以下	2,842	8	0.3%	3	37.5%	4	50.0%	7	87.5%	3	37.5%	2	25.0%
	65歳以上	981	6	0.6%	2	33.3%	2	33.3%	6	100.0%	4	66.7%	0	0.0%
H28	全体	3,224	9	0.3%	5	55.6%	6	66.7%	9	100.0%	4	44.4%	5	55.6%
	64歳以下	2,185	6	0.3%	2	33.3%	3	50.0%	6	100.0%	3	50.0%	4	66.7%
	65歳以上	1,039	3	0.3%	3	100.0%	3	100.0%	3	100.0%	1	33.3%	1	33.3%

(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、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が増加していることから、重症化防止が十分にできていないことが推測される。

高血圧治療者(様式3-3)、脂質異常症治療者(様式3-4)では虚血性心疾患の割合が増加しており、治療中断者がなかったか、確認していく必要がある。

【図表 10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		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	3,823	308	8.1%	14	4.5%	218	70.8%	170	55.2%	64	20.8%	44	14.3%	7	2.3%	7	2.3%	
	64歳以下	2,842	144	5.1%	7	4.9%	80	55.6%	72	50.0%	20	13.9%	17	11.8%	3	2.1%	3	2.1%	
	65歳以上	981	164	16.7%	7	4.3%	138	84.1%	98	59.8%	44	26.8%	27	16.5%	4	2.4%	4	2.4%	
H28	全体	3,224	275	8.5%	14	5.1%	194	70.5%	151	54.9%	49	17.8%	43	15.6%	4	1.5%	13	4.7%	
	64歳以下	2,185	113	5.2%	8	7.1%	75	66.4%	60	53.1%	14	12.4%	14	12.4%	3	2.7%	6	5.3%	
	65歳以上	1,039	162	15.6%	6	3.7%	119	73.5%	91	56.2%	35	21.6%	29	17.9%	1	0.6%	7	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	
H25	全体	3,823	738	19.3%	218	29.5%	339	45.9%	132	17.9%	102	13.8%	13	1.8%	
	64歳以下	2,842	293	10.3%	80	27.3%	128	43.7%	39	13.3%	32	10.9%	7	2.4%	
	65歳以上	981	445	45.4%	138	31.0%	211	47.4%	93	20.9%	70	15.7%	6	1.3%	
H28	全体	3,224	673	20.9%	194	28.8%	317	47.1%	130	19.3%	87	12.9%	9	1.3%	
	64歳以下	2,185	237	10.8%	75	31.6%	104	43.9%	38	16.0%	29	12.2%	6	2.5%	
	65歳以上	1,039	436	42.0%	119	27.3%	213	48.9%	92	21.1%	58	13.3%	3	0.7%	

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	
H25	全体	3,823	467	12.2%	170	36.4%	339	72.6%	89	19.1%	67	14.3%	2	0.4%	
	64歳以下	2,842	202	7.1%	72	35.6%	128	63.4%	28	13.9%	20	9.9%	2	1.0%	
	65歳以上	981	265	27.0%	98	37.0%	211	79.6%	61	23.0%	47	17.7%	0	0.0%	
H28	全体	3,224	431	13.4%	151	35.0%	317	73.5%	97	22.5%	57	13.2%	5	1.2%	
	64歳以下	2,185	156	7.1%	60	38.5%	104	66.7%	29	18.6%	15	9.6%	4	2.6%	
	65歳以上	1,039	275	26.5%	91	33.1%	213	77.5%	68	24.7%	42	15.3%	1	0.4%	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともに空腹時血糖、HbA1c、中性脂肪、血圧の有所見者が増加している。また、メタボリックシンドローム該当者の割合も男女ともに増加し、血糖・血圧・脂質の3項目該当する人の割合が増えている。内臓脂肪を起因とするメタボリックシンドロームは、リスクが重複すると動脈硬化が進み心血管系のイベントの危険性が增大する。リスク重複者の増加が認められるため、生活習慣の改善が必要となる。

【図表 11】

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

★NO.23（概要）

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	147	29.8	223	45.2	94	19.1	97	19.7	24	4.9	140	28.4	260	52.7	132	26.8	241	48.9	115	23.3	262	53.1	3	0.6
	40-64	83	29.2	134	47.2	61	21.5	70	24.6	12	4.2	85	29.9	140	49.3	83	29.2	106	37.3	67	23.6	167	58.8	0	0.0
	65-74	64	30.6	89	42.6	33	15.8	27	12.9	12	5.7	55	26.3	120	57.4	49	23.4	135	64.6	48	23.0	95	45.5	3	1.4
H25	合計	141	32.5	219	50.5	104	24.0	83	19.1	36	8.3	130	30.0	300	69.1	90	20.7	230	53.0	113	26.0	191	44.0	3	0.7
	40-64	80	38.5	117	56.3	60	28.8	53	25.5	19	9.1	70	33.7	144	69.2	60	28.8	93	44.7	60	28.8	123	59.1	0	0.0
	65-74	61	27.0	102	45.1	44	19.5	30	13.3	17	7.5	60	26.5	156	69.0	30	13.3	137	60.6	53	23.5	68	30.1	3	1.3

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	163	27.5	126	21.2	74	12.5	45	7.6	15	2.5	95	16.0	379	63.9	12	2.0	263	44.4	88	14.8	399	67.3	5	0.8
	40-64	84	28.3	66	22.2	48	16.2	25	8.4	5	1.7	54	18.2	166	55.9	4	1.3	90	30.3	33	11.1	199	67.0	0	0.0
	65-74	79	26.7	60	20.3	26	8.8	20	6.8	10	3.4	41	13.9	213	72.0	8	2.7	173	58.4	55	18.6	200	67.6	5	1.7
H25	合計	143	27.5	123	23.7	72	13.8	53	10.2	11	2.1	95	18.3	424	81.5	18	3.5	253	48.7	88	16.9	326	62.7	4	0.8
	40-64	84	40.0	71	33.8	42	20.0	29	13.8	5	2.4	53	25.2	225	107.1	9	4.3	105	50.0	42	20.0	176	83.8	1	0.5
	65-74	59	19.0	52	16.8	30	9.7	24	7.7	6	1.9	42	13.5	199	64.2	9	2.9	148	47.7	46	14.8	150	48.4	3	1.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（概要）

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
		男性	合計	493	39.7	34	6.9%	105	21.3%	10	2.0%	71	14.4%	24	4.9%	84	17.0%	18	3.7%	6	1.2%	42	8.5%
40-64	284		35.5	28	9.9%	66	23.2%	9	3.2%	37	13.0%	20	7.0%	40	14.1%	7	2.5%	4	1.4%	20	7.0%	9	3.2%
65-74	209		47.3	6	2.9%	39	18.7%	1	0.5%	34	16.3%	4	1.9%	44	21.1%	11	5.3%	2	1.0%	22	10.5%	9	4.3%
H25	合計	434	42.0	34	7.8%	90	20.7%	6	1.4%	71	16.4%	13	3.0%	97	22.4%	21	4.8%	5	1.2%	51	11.8%	20	4.6%
	40-64	208	36.3	26	12.5%	39	18.8%	5	2.4%	25	12.0%	9	4.3%	49	23.6%	8	3.8%	3	1.4%	30	14.4%	8	3.8%
	65-74	226	49.0	8	3.5%	51	22.6%	1	0.4%	46	20.4%	4	1.8%	48	21.2%	13	5.8%	2	0.9%	21	9.3%	12	5.3%

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
		女性	合計	593	51.0	26	4.4%	55	9.3%	3	0.5%	43	7.3%	9	1.5%	45	7.6%	3	0.5%	4	0.7%	23	3.9%
40-64	297		46.8	18	6.1%	27	9.1%	2	0.7%	19	6.4%	6	2.0%	21	7.1%	1	0.3%	4	1.3%	10	3.4%	6	2.0%
65-74	296		56.2	8	2.7%	28	9.5%	1	0.3%	24	8.1%	3	1.0%	24	8.1%	2	0.7%	0	0.0%	13	4.4%	9	3.0%
H25	合計	520	53.2	23	4.4%	48	9.2%	4	0.8%	38	7.3%	6	1.2%	52	10.0%	12	2.3%	2	0.4%	23	4.4%	15	2.9%
	40-64	210	47.5	16	7.6%	19	9.0%	3	1.4%	13	6.2%	3	1.4%	13	6.2%	2	1.0%	1	0.5%	6	2.9%	4	1.9%
	65-74	310	57.9	7	2.3%	29	9.4%	1	0.3%	25	8.1%	3	1.0%	39	12.6%	10	3.2%	1	0.3%	17	5.5%	11	3.5%

【図表 12】

特定健診結果から把握した重症化予防対象者（降順）

順位	市町村名	高血圧Ⅱ度(160/100)以上					
		H26		H27		H28	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1	太良町	85	7.9%	100	9.3%	81	8.1%
	県計	2,110	4.0%	2,174	4.1%	2,213	4.0%
20	K市	48	2.4%	46	2.5%	45	2.4%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 13）

特定健診受診率は増加しているが、同規模順位は下がっている。重症化を予防していくためには、更なる特定健診受診率の向上への取組が重要となってくる。

【図表 13】

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	
								太良町	同規模平均
H25年度	2,403	1,086	45.2%	43	152	94	61.8%	55.1	50.8
H28年度 (2016)	2,008	954	47.5%	79	129	78	60.5%	57.5	51.9

2) 第1期に係る考察

特定健診受診率は47.5%と国・県平均に比べると高い数値であるが、目標の60%には遠い状況である。第1期では特定健診受診者増を短期目標としてあげ、各行政区へ達成までの人数を提示し受診への意識向上を行ってきた。

また、中長期目標となる脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、医療費を見ると、総医療費は減少しているが、被保険者数も減少しているため、その影響は否定できない。しかし、これらの対策で外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がっていると思われるが、1人当たりの医療費は国より高い現状にある。レセプトを見ると、脳血管疾患・虚血性心疾患で入院・治療している方の割合が高いため、基礎疾患である高血圧、脂質異常症、糖尿病対策が重要となる。特に太良町はⅡ度高血圧以上の割合が高く、第1期に引き続き高血圧の割合を減少させることが課題となる。

また、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、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。さらには、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は今後も重要な取り組むべき課題である。

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 14）

太良町の入院件数は4.1%で、費用額全体の48.4%を占めている。これは、国・県・同規模平均と比較すると高い。重症化予防が確実に実施できれば、入院を減らすことにつながり、費用対効果の面からも効率がいい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表 14】

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 15)

高額となる人工透析患者は脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を合併している方が多い。これらの方は生活習慣病である基礎疾患が半数以上認められる。特に高血圧の割合は高く重症化予防対策が必要となる。

【図表 15】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	135件	7件 5.2%	3件 2.2%	--
		費用額	1億6279万円	686万円 4.2%	371万円 2.3%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	355件	24件 6.8%	12件 3.4%	--
		費用額	1億5245万円	1023万円 6.7%	440万円 2.9%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	143件	75件 52.4%	72件 50.3%	50件 35.0%
		費用額	6302万円	3327万円 52.8%	3000万円 47.6%	2378万円 37.7%

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	1,151人	106人 9.2%	152人 13.2%	13人 1.1%
		の基礎 重なり 疾患	高血圧	87人 82.1%	130人 85.5%	9人 69.2%
		糖尿病	43人 40.6%	49人 32.2%	13人 100.0%	
		脂質 異常症	57人 53.8%	97人 63.8%	9人 69.2%	
		高血圧症	673人 58.5%	275人 23.9%	431人 37.4%	100人 8.7%

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

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 16)

介護認定者におけるレセプト分析では、96.2%の血管疾患の有病状況であり、筋・骨格疾患の95.3%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うちから、脳血管疾患等の血管疾患を持ち要介護認定を受けている実態であった。

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

【図表 16】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか

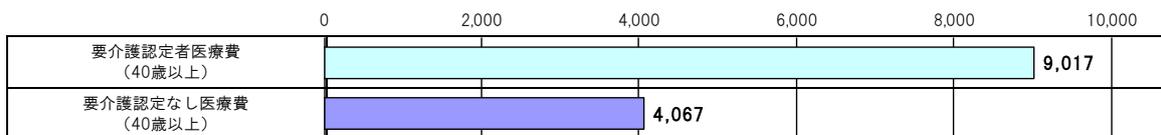
【太良町】

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	3,313人	1,328人	1,744人	3,072人	6,385人						
認定者数	14人	45人	645人	690人	704人							
認定率	0.42%	3.4%	37.0%	22.5%	11.0%							
新規認定者数(*1)	2人	11人	79人	90人	92人							
介護度別人数	要支援1・2	6	42.9%	13	28.9%	164	25.4%	177	25.7%	183	26.0%	
	要介護1・2	4	28.6%	21	46.7%	254	39.4%	275	39.9%	279	39.6%	
	要介護3～5	4	28.6%	11	24.4%	227	35.2%	238	34.5%	242	34.4%	
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)	14	45	645	690	704						
再) 国保・後期	11	38	630	668	679							
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	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
	循環器疾患	1	脳卒中	3 27.3%	脳卒中	17 44.7%	脳卒中	439 69.7%	脳卒中	456 68.3%	脳卒中	459 67.6%
		2	虚血性心疾患	2 18.2%	虚血性心疾患	17 44.7%	虚血性心疾患	326 51.7%	虚血性心疾患	343 51.3%	虚血性心疾患	345 50.8%
		3	腎不全	1 9.1%	腎不全	6 15.8%	腎不全	67 10.6%	腎不全	73 10.9%	腎不全	74 10.9%
	合併症	4	糖尿病合併症	3 27.3%	糖尿病合併症	4 10.5%	糖尿病合併症	36 5.7%	糖尿病合併症	40 6.0%	糖尿病合併症	43 6.3%
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症	10 90.9%	35 92.1%	576 91.4%	611 91.5%	621 91.5%					
	血管疾患 合計	10 90.9%	36 94.7%	607 96.3%	643 96.3%	653 96.2%						
	認知症	3 27.3%	10 26.3%	308 48.9%	318 47.6%	321 47.3%						
	筋・骨格疾患	8 72.7%	35 92.1%	604 95.9%	639 95.7%	647 95.3%						

*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】



2) 健診受診者の実態 (図表 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、糖尿病性腎症等のリスクが高くなる。

太良町においては、全国・県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内臓脂肪の蓄積によるインスリン抵抗性から分泌低下を引き起こし、HbA1c や空腹時血糖が高くなっていることが推測される。また、血圧の有所見割合が高いこと、女性の有所見項目が多いことも特徴である。

【図表 17】

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

★NO.23（帳票）

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	306		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	142	32.7	221	50.9	105	24.2	84	19.4	36	8.3	129	29.7	300	69.1	90	20.7	231	53.2	114	26.3	194	44.7	3	0.7
	40-64	78	37.5	114	54.8	58	27.9	54	26.0	19	9.1	66	31.7	131	63.0	57	27.4	86	41.3	58	27.9	117	56.3	0	0.0
	65-74	64	28.3	107	47.3	47	20.8	30	13.3	17	7.5	63	27.9	169	74.8	33	14.6	145	64.2	56	24.8	77	34.1	3	1.3

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		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	143	27.5	123	23.7	72	13.8	53	10.2	11	2.1	96	18.5	426	81.9	18	3.5	253	48.7	88	16.9	326	62.7	4	0.8
	40-64	65	31.0	48	22.9	29	13.8	20	9.5	3	1.4	40	19.0	162	77.1	5	2.4	72	34.3	31	14.8	131	62.4	0	0.0
	65-74	78	25.2	75	24.2	43	13.9	33	10.6	8	2.6	56	18.1	264	85.2	13	4.2	181	58.4	57	18.4	195	62.9	4	1.3

*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）

★NO.24（帳票）

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
男性	合計	434	42.0	34	7.8%	90	20.7%	6	1.4%	71	16.4%	13	3.0%	97	22.4%	21	4.8%	5	1.2%	51	11.8%	20	4.6%
	40-64	208	36.3	26	12.5%	39	18.8%	5	2.4%	25	12.0%	9	4.3%	49	23.6%	8	3.8%	3	1.4%	30	14.4%	8	3.8%
	65-74	226	49.0	8	3.5%	51	22.6%	1	0.4%	46	20.4%	4	1.8%	48	21.2%	13	5.8%	2	0.9%	21	9.3%	12	5.3%
女性	合計	520	53.2	23	4.4%	48	9.2%	4	0.8%	38	7.3%	6	1.2%	52	10.0%	12	2.3%	2	0.4%	23	4.4%	15	2.9%
	40-64	210	47.5	16	7.6%	19	9.0%	3	1.4%	13	6.2%	3	1.4%	13	6.2%	2	1.0%	1	0.5%	6	2.9%	4	1.9%
	65-74	310	57.9	7	2.3%	29	9.4%	1	0.3%	25	8.1%	3	1.0%	39	12.6%	10	3.2%	1	0.3%	17	5.5%	11	3.5%

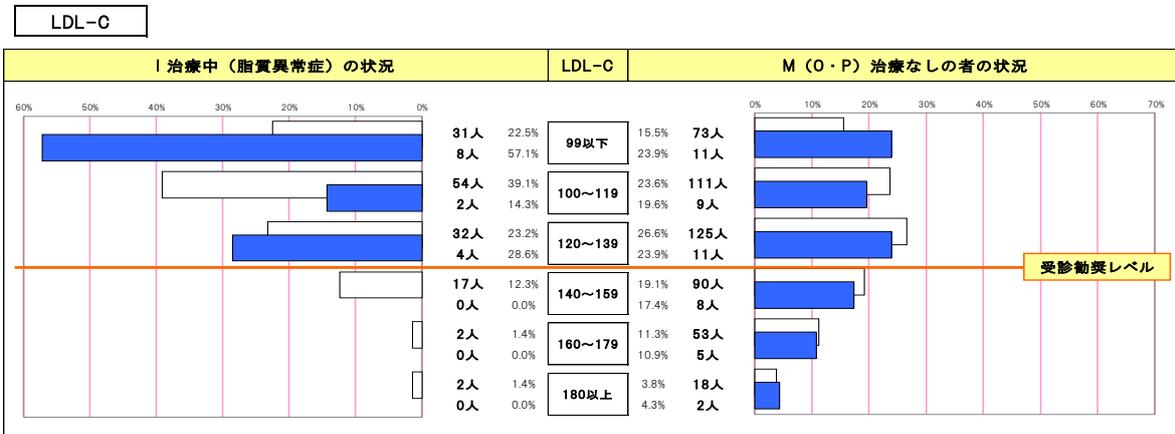
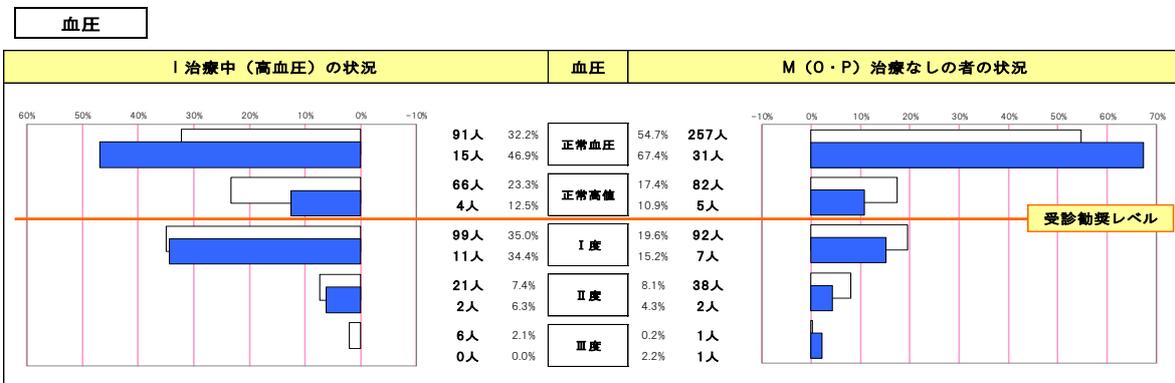
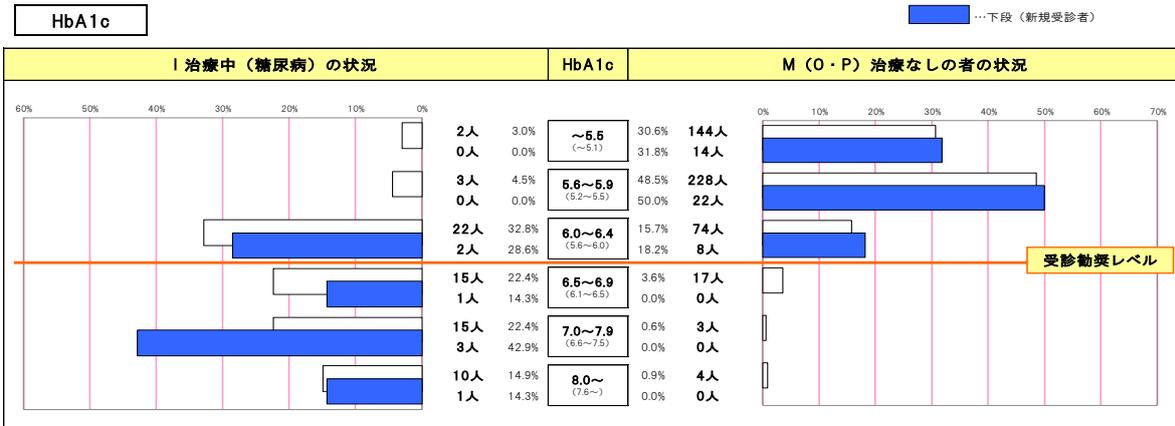
3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

血圧・LDL とともに未治療である新規受診者の受診勧奨レベルが多く、健診から適切に医療へつなげることが必要となる。また、糖尿病治療中の方はHbA1c7.0以上のコントロール不良者が多い。血圧も同様である。治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も必要となる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

□ …上段（継続受診者）
 ■ …下段（新規受診者）



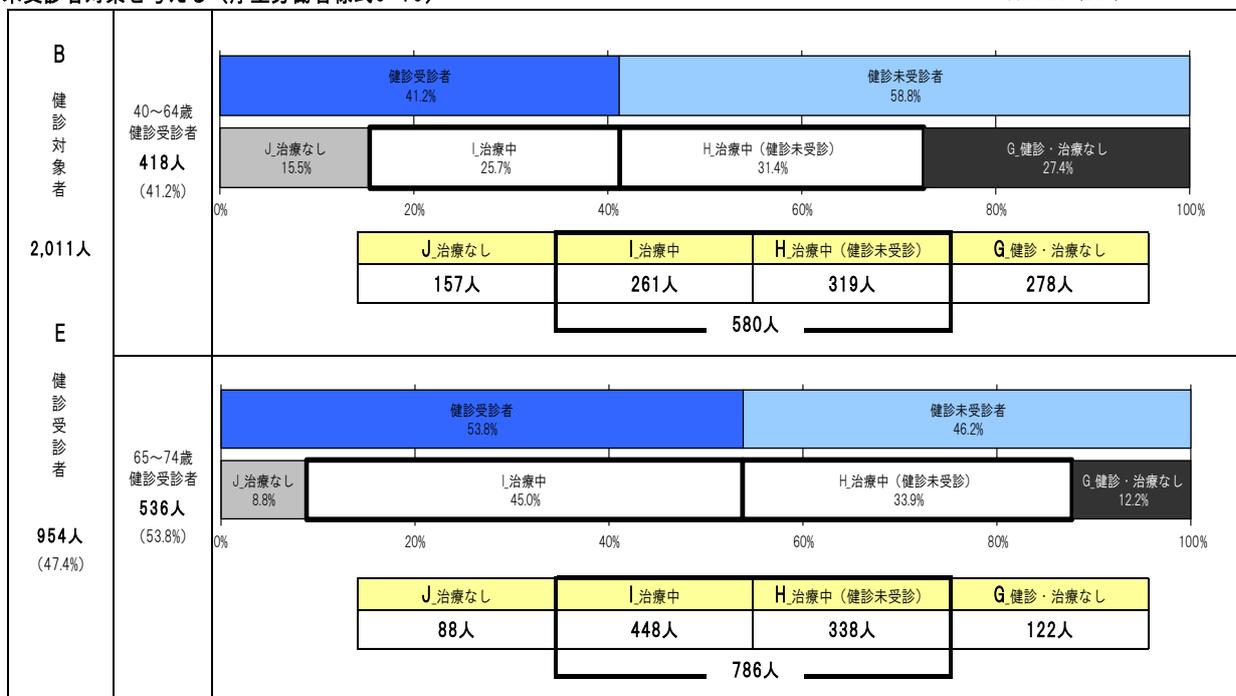
4) 未受診者の把握 (図表 19)

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27.4%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっている費用でみても、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わかる。

【図表 19】

未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

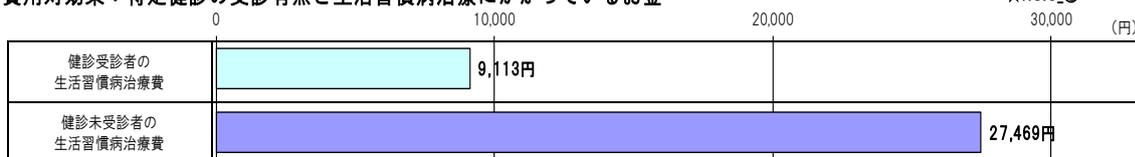
★NO.26 (CSV)



OG_健康診断・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。まずは健康診断の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健康診断のリピーターを増やす

費用対効果：特定健康診断の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3.⑥



生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健康診断の機会を提供し、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

これまでの健康診断・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。2023年度には2018(平成30)年度と比較して、脳血管疾患、虚血性心疾患の総医療費に占める

割合をそれぞれ0.2%減少、糖尿病性腎症を0.7%減少させることを目標にする。また、3年後の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。

しかし、太良町の医療のかかり方は、医療機関に受診しながらも重症化して入院する実態がみられるため、重症化予防、医療費の適正化へつなげるために、適切に医療機関受診につなげ、悪化による入院を抑えることを目標とし、まずは入院の件数を2023年度に県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食事指導を行い、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。

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。主治医や専門医との連携が確実に行われることが重要であり、佐賀県糖尿病連携手帳等の手段を利用する基盤をしっかりと構築することを目指す。

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。高血圧対策としての減塩対策も行っていく。太良町の食習慣の特性に基づいた対策が必要となるため減塩の日を設けるなど町民の意識改善を徹底する。

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、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 (平成30年度)	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	52.0	54.0	56.0	58.0	60.0	60.0
特定保健指導実施率	61	63	65	67	70	70

3. 対象者の見込み

【図表 21】

		2018年度 (平成30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	2000	2000	1870	1870	1870	1720
	受診者数	1000	1040	973	1122	1122	1032
特定保健指導	対象者数	130	135	122	140	135	124
	実施者数	79	88	79	98	94	87

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佐賀市国保が集合契約を行う。

- 集団健診(太良町総合福祉保健センター、大浦公民館)
- 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

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

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町内については町のホームページに掲載する。

(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

集団健診は 5 月から、個別健診は 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

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)

【図表 22】

		H30年 (2018) 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H31年 (2019) 1月	2月	3月
通知	集団	4/23	5/23	6/13	7/13								
	個別		5/23										
	受診券・票		5/23										
時期	集団健診		5/26~28	6/23・24	7/7~7/10	8/11							
	個別健診			→									
受診券有効期間				→									

※特定健診結果説明会は、健診の翌月に実施する。

5. 特定保健指導の実施

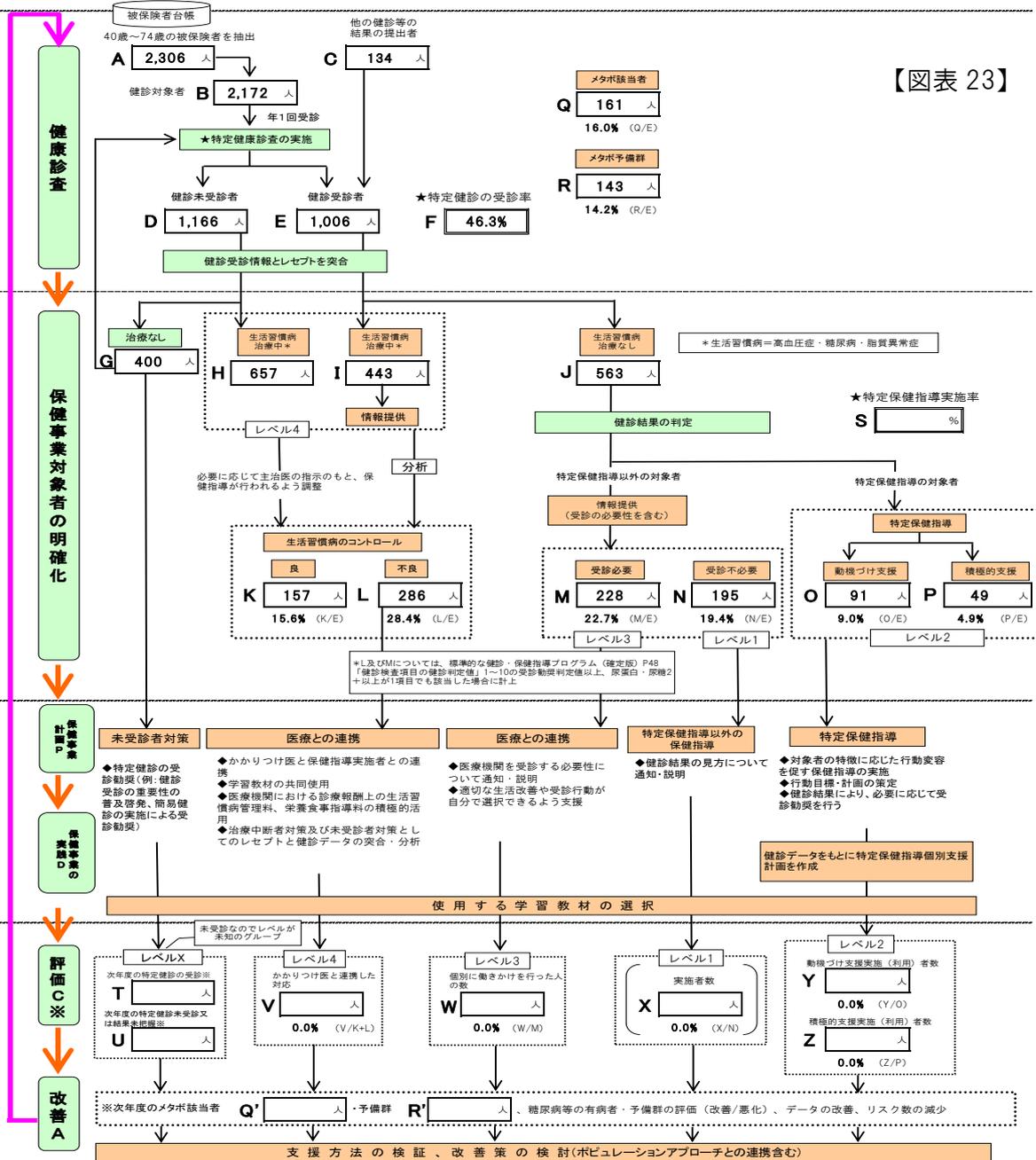
特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任、健診機関へ一部委託の形態でおこなう。

(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)

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)

様式6-10



(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	140 人 (13%)	61%
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	228 人 (22.7%)	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）	1,200 人 ※受診率目標達成までにあ と 30 人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	195 人 (19.4%)	20%
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	443 人 (44%)	47%

(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】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール (平成29年度)

平成28年度 特定健診受診者 1006人

生活習慣病いずれか治療中 1100人

必要に応じて主治医の指示のもと、保健指導が行われるよう調整

生活習慣のコントロール 良い:157人 悪い:286人

生活習慣病治療なし 563人

情報提供

特定保健指導

受診必要 228人

受診不必要 195人

動機付け支援 91人

積極的支援 49人

特定健診 指導率 60.5%

優先順位	糖尿病			高血圧			CKD				
	HbA1cの値	糖尿病治療の有無	人数(人)	優先順位	血圧の値	血圧治療の有無	人数(人)	優先順位	CKD重症度分類	治療	人数(人)
1	8以上	なし	4	1	Ⅲ度以上	なし	4	1	ステージⅢ以上の者	医療機関受診中	8
2	7以上8未満	なし	4	2	Ⅱ度以上Ⅲ度未満	なし	41	2	ステージⅡ以上の者	医療機関受診中	11
3	8以上	あり	14	3	Ⅲ度以上	あり	7	3	HbA1c 6.5%以上の者でGFR<30ml/min	糖尿病治療中	6
4	7以上8未満	あり	25	4	Ⅱ度以上Ⅲ度未満	あり	29	4	HbA1c 7%以上の者でGFR 30-59ml/min	糖尿病治療中	3
								5	HbA1c 7%以下の者でGFR 30-59ml/min	糖尿病治療中	5

健診関係	受診動奨・未受診者動奨	特定保健指導対象者・ハイリスク者に対する関わり
<p>平成29年度受診率目標 60%</p> <p>●第2期特定健診等実施計画・データヘルス計画推進</p> <p>①糖尿病性腎症重症化予防対象者未受診者通知</p> <p>②特定健診・がん検診医療機関説明会での受診向上</p>	<p>H29年度特定保健指導実施率 目標 60%</p> <p>(H28年度特定保健指導実施率目標 55%は達成)</p> <p>6月下旬まで継続して28年度対象者へ特定保健指導(初回)を実施29年度指導率に計上する。</p>	<p>対象疾患</p> <p>DM</p> <p>HT</p> <p>LDL</p> <p>CKD</p>

ボビュレーションアプローチ

1)健康日本21計画の啓発・推進

・目的及び評価指標に沿って実施するとともに、事業の評価、検討を行う

2)若い世代(40歳未満)の健康づくり

・支援を充実させる

糖尿病予防大作戦事業の普及

4月

がん検診・肝臓検査案内送付

特定健診案内送付

受診動奨ポスター配布

医療機関・支所・JA・漁協等

5月

①特定健診 がん検診 5/19~5/22(集団)

個別健診(6月~2月)

6月

・健診翌月説明会 (6月~3月)尿塩分量測定

・2次健診(6月~3月)随時

7月

②特定健診 がん検診 7/8~7/11(集団)

②特定健診がん検診 8/10(集団)

8月

集団・個別健診の精密検査対象者で未受診の方への受診動奨

9月

生活習慣病予防啓発

・地区での出前講座・健康相談(保健師・管理栄養士)

10月

若者健診未受診者に対し受診動奨通知の送付

11月

12月

1月

2月

3月

年度	受診者	対象者(人)	該当率(%)	実施率(%)	対象者(人)	該当率(%)	実施率(%)	対象者(人)	該当率(%)	実施率(%)
平成25年度	1086	152	13.90%	61.80%	52	4.7	40.40%	100	9.2	73.00%
平成26年度	1028	155	15.00%	63.90%	58	5.6	34.50%	97	9.4	81.40%
平成27年度	1030	162	15.70%	51.90%	47	4.5	31.90%	115	11.2	60.00%
平成28年度	954	129	13.50%	60.50%	44	4.6	20.50%	85	8.9	81.20%

対象疾患	糖尿病	LDLコレステロール	CKD	高血圧	H27・28年度継続受診者の状況			
					改善	維持	悪化	
評価指標	受診状況	リスクコントロール状況	家庭血圧測定状況	検査指導	受診状況	23.80%	47.50%	15%
	LDL値	検査指導	受診状況	受診状況	8.00%	82.30%	9.50%	
	検査指導	受診状況	受診状況	LDL	46.50%	22.90%	9.60%	
	検査指導	受診状況	受診状況	高血圧	33.70%	33.90%	8.40%	

特定健康診査受診者の受診回数別結果		28年度健診結果		
受診回数	人数	割合	割合	
受診者数	1,006人	100.0%	924人 91.8%	
未受診者数	82人	8.2%	82人 8.2%	
身体サイズ	BMI	25以上	300人 29.8%	
	腹囲	男性 90以上	363人 36.1%	
	腹囲	女性 85以上	326人 35.3%	
	内臓脂肪	中程度	300以上	185人 18.4%
	インスリン抵抗性	65以上	91人 9.1%	
	血糖	空腹血糖 160以上	47人 4.7%	
	血糖	空腹血糖 160以上	77人 7.7%	
	血糖	糖化HbA1c 6.5以上	28人 2.8%	
	血糖	糖化HbA1c 6.5以上	81人 8.1%	
	血糖	糖化HbA1c 6.5以上	28人 2.8%	
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	113人 11.2%	
	尿酸値	2+以上	13人 1.3%	
	eGFR	50未満	17人 1.7%	
	尿酸値	8.0以上	33人 3.4%	

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太良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、太良町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要がある。

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表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。太良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)

太良町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 2 人(2.4%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 203 人中のうち、特定健診受診者が 85 人(41.9%・G)で中断(キ)はいなかった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 113 人(55.7%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 33 人中 3 人は治療中断であることが分かった。また、30 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 より太良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)・・・2 人

② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・3 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)・・・83 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・30 人

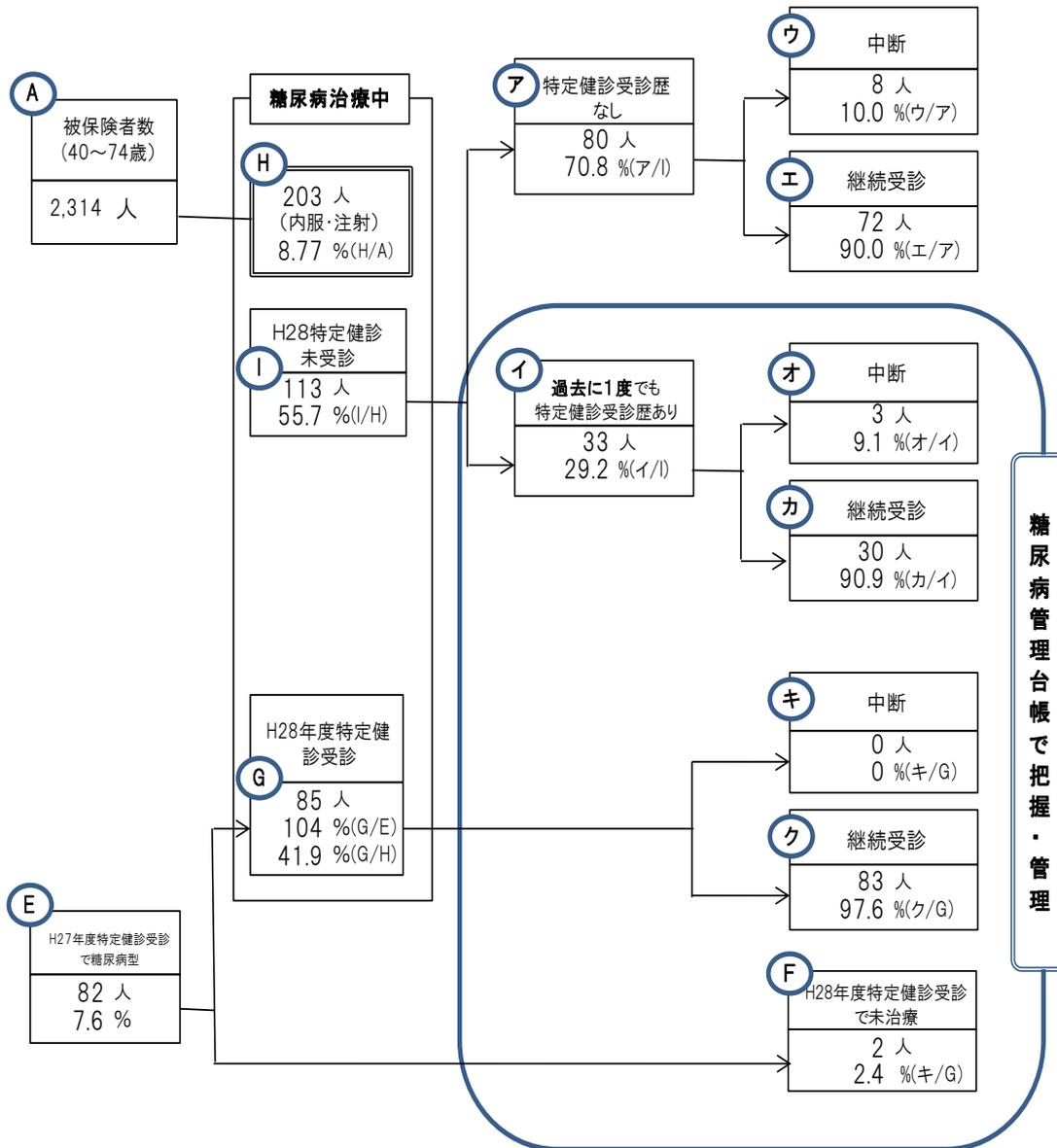
・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・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6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)……○人

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。太良町においては、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 style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <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。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012 改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料 6)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料 7)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。太良町において健診受診者 804 人のうち心電図検査実施者は 226 人(28.1%)であり、そのうち ST 所見があったのは 16 人であった(図表 30)。ST 所見あり 16 人中のうち 1 人は要精査であった(図表 31)。対象者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから、状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが ST 所見ありの 15 人へは、心電図における ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

太良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の検討が必要となる。

【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)(%)
	平成29年度 2017年度*	804	100	226	28.1	16	7.08	67	29.6	143

※平成29年11月まで

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表 31】

ST所見あり(a)		要精査(b)		医療機関 受診あり(c)		受診なし (d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
16	100	1	6.3	1	100	0	

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上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 32】

平成29年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	802	16 2.0%	67 8.4%	143 17.8%	576 71.8%
メタボ該当者	135 16.8%	4 3.0%	17 12.6%	24 17.8%	90 66.7%
メタボ予備群	127 15.8%	2 1.6%	12 9.4%	14 11.0%	99 78.0%
メタボなし	542 67.6%	10 1.8%	38 7.0%	105 19.4%	389 71.8%
LDL-C	140-159	133 24.5%	2 1.5%	17 12.8%	22 16.5%
	160-179	51 9.4%	4 7.8%	1 2.0%	12 23.5%
	180-	26 4.8%	1 3.8%	3 11.5%	7 26.9%
					15 57.7%

【参考】

CKD	G3aA1~	86	1	8	18	59
		10.7%	1.2%	9.3%	20.9%	68.6%

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。治療が必要である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

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

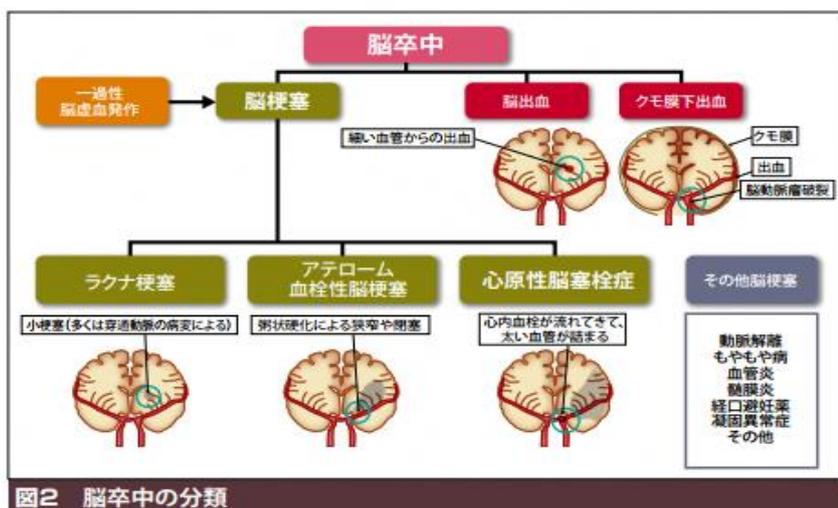
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

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

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

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

【図表 36】

特定健診受診者における重症化予防対象者

リスク因子 (○はハイリスク群)	高血圧症		糖尿病		脂質異常症 (高LDL)		心房細動		メタボリック シンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
	特定健診受診者における 重症化予防対象者	II度高血圧以 上	HbA1c6.5%以上 (治療中:7.0以上)	LDL-C 180mg/dl以上	心房細動	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満						
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	●												
受診者数 1,006人	81	8.1%	74	7.4%	30	3.0%	0	0.0%	161	16.0%	13	1.3%	17	1.7%
治療なし	48	7.4%	42	4.6%	28	3.4%	0	0.0%	37	6.6%	4	0.7%	4	0.7%
治療中	33	9.3%	32	40.5%	2	1.2%	0	0.0%	124	28.0%	9	2.0%	13	3.0%
臓器障害あり	1	2.1%	4	9.5%	1	3.6%	0	--	3	8.1%	4	100.0%	4	100.0%
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象者)	0		3		1		0		2		4		4
	尿蛋白 (2+) 以上	0		2		1		0		2		4		1
	尿蛋白 (+) and 尿潜血 (+) 以上	0		0		0		0		0		0		0
	eGFR50未満 (70歳 未満は40未満)	0		2		0		0		1		1		4
	心電図所見あり	1		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81人(8.1%)であり、48人は未治療者であった。また未治療者のうち1人(2.1%)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33人(9.3%)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】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

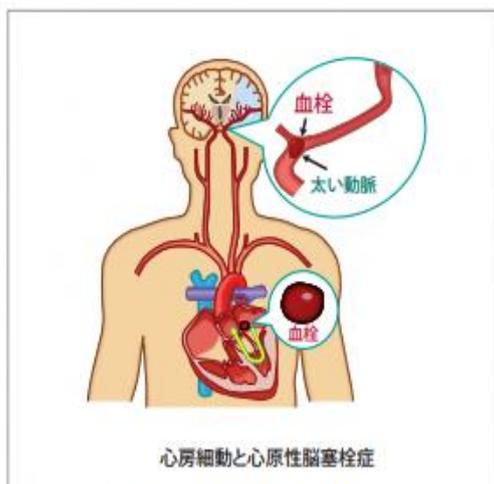
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

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	ただちに 降圧薬治療
	651	206 31.6%	153 23.5%	118 18.1%	126 19.4%	44 6.8%	4 0.6%	7 1.1%	75 11.5%	92 14.1%
リスク第1層	85	45 13.1%	19 12.4%	12 10.2%	7 5.6%	1 2.3%	1 25.0%	7 100%	1 1.3%	1 1.1%
リスク第2層	380	120 58.4%	96 62.7%	66 55.9%	74 58.7%	24 54.5%	0 0.0%	--	74 98.7%	24 26.1%
リスク第3層	186	41 28.6%	38 24.8%	40 33.9%	45 35.7%	19 43.2%	3 75.0%	--	--	67 72.8%
再掲 重複あり	糖尿病	57 30.6%	9 22.0%	15 39.5%	16 40.0%	11 24.4%	5 26.3%	1 33.3%		
	慢性腎臓病 (CKD)	70 37.6%	19 46.3%	12 31.6%	13 32.5%	19 42.2%	6 31.6%	1 33.3%		
	3個以上の危険因子	88 47.3%	19 46.3%	19 50.0%	19 47.5%	20 44.4%	9 47.4%	2 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 38】

特定健診における心房細動有所見状況(H29年11月まで)

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	99	127	1	1.01	0	0	-	-
40歳代	3	0					0.2	0.04
50歳代	12	4					0.8	0.1
60歳代	77	105	1	1.30			1.9	0.4
70~74歳	7	18					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

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	%
1	100			1	100

心電図検査において1人が心房細動の所見であった。日本循環器学会疫学調査の所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加している。またこの1人は既に治療が開始されているが、心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診必要性の指導を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも、有所見が増える50歳代以降の心電図検査の検討が必要となる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

③ 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

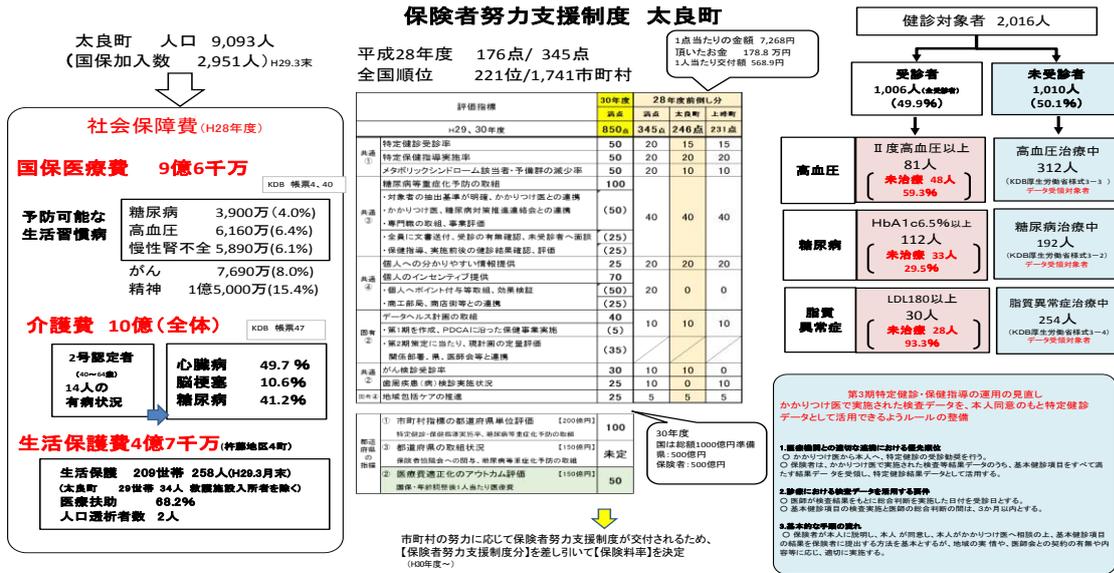
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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】



【図表41】

佐賀県の健診結果と生活を科学的に解明する

1. からだの実態

①健診データ 健診有所見者状況 (H26年度厚生労働省様式6-2~6-7)

	男性(%)			女性(%)			県内ワースト順位
	太良町	佐賀県	国	太良町	佐賀県	国	
BMI	31.4	28.6	29.5	28.5	21.2	20.2	3位
腹囲	47.9	48.6	48.5	24.2	19.8	17.1	1位
空腹時血糖	26.2	32.6	26.9	15.0	19.9	16.0	12位
HbA1c(6.5以上)	68.6	68.1	53.1	77.8	73.8	52.6	19位
HbA1c(8.4以上)							2位
LDL-C(120以上)	56.3	50.7	49.0	69.3	61.3	58.8	2位
尿酸	20.7	19.0	12.7	1.6	2.1	1.6	
収縮期血圧	51.7	43.3	49.8	48.9	35.7	43.2	
拡張期血圧	29.1	18.9	24.2	14.8	10.7	14.6	

摂取エネルギーの過剰
内臓脂肪の蓄積

②医療費分析 生活習慣病に占める割合 (KDB NO.3 H28年度健診・医療・介護データからみる地域の健康課題)

	太良町	同規模	佐賀県	国
糖尿病	7.3	10.2	8.4	9.7
慢性腎不全 (透析あり)	11.0	9.1	11.0	9.7

糖尿病医療費は国、同規模に比べて少なく、慢性腎不全(透析あり)は多い

③患者調査(糖尿病)入院・入院外(H26年)

	佐賀県
糖尿病 入院	11位
糖尿病 入院外	16位

④糖尿病性腎症による新規透析導入の状況(H27年)

	全国順位	割合
佐賀県	27位	43.20%

2. 佐賀の食の実態

○タンパク質が多い

魚	たい	1位
	あじ	3位
	刺身盛り合わせ	9位
練り製品	ちくわ	3位
	あげ・かまぼこ	3位
肉	合いひき肉	3位

○緑黄色野菜

ブロッコリー	46位
野菜摂取量	27位

○炭水化物の多い野菜

れんこん	1位
ごぼう	3位
かぼちゃ	8位

○糖質が多い・糖質の過剰摂取

穀類	米	8位
	即席めん	10位
いも類	さつまい	3位
	羊羹	1位
お菓子	キャンデー	2位
	まんじゅう	14位

○調味料・甘い

しょうゆ(金額)	4位
味噌(金額)	8位
マヨネーズ	8位
砂糖	14位

※総務省 家計調査より

3. 太良町の食の実態

推定食塩摂取量(男性平均)	9.0g
推定食塩摂取量(女性平均)	9.1g

※H28年度尿中推定塩分摂取量検査より

「減塩の日」を推進する

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

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

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】

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
太良町	人	3,074	3,179	3,228	3,166	3,091	2,936	2,746
	%	31.2	35.0	38.4	40.9	43.6	45.4	46.7

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（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太良町の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1
- 参考資料 12 保健活動と体制 経年表（実績、計画）

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた太良町の位置

項目		H25		H28		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				
1	① 人口構成	総人口		9,821		9,281		1,815,204		842,408		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）		3,104	31.6	3,198	34.5	575,561	31.7	207,778	24.7	29,020,766	23.2		
		75歳以上		1,836	18.7	1,859	20.0			112,903	13.4	13,989,864	11.2		
		65～74歳		1,268	12.9	1,339	14.4			94,875	11.3	15,030,902	12.0		
		40～64歳		3,278	33.4	3,060	33.0			283,027	33.6	42,411,922	34.0		
	39歳以下		3,439	35.0	3,023	32.6			351,603	41.7	53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業		33.0		33.0		18.4		9.5		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		23.6		23.6		25.5		24.2		25.2			
		第3次産業		43.4		43.4		56.1		66.2		70.6			
	③ 平均寿命	男性		79.3		79.3		79.4		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.3		86.3		86.4		86.6		86.4					
④ 健康寿命	男性		65.1		65.1		65.2		65.2		65.2				
	女性		66.6		66.6		66.7		66.8		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比 (SMR)		96.7		97.7		104.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん		41	50.0	30	43.5	6,817	45.1	2,798	51.0	367,905	49.6		
		心臓病		16	19.5	19	27.5	4,392	29.1	1,387	25.3	196,768	26.5		
		脳疾患		15	18.3	18	26.1	2,661	17.6	880	16.0	114,122	15.4		
		糖尿病		1	1.2	0	0.0	274	1.8	105	1.9	13,658	1.8		
		腎不全		6	7.3	2	2.9	548	3.6	174	3.2	24,763	3.3		
		自殺		3	3.7	0	0.0	409	2.7	141	2.6	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		10	6.8	16	9.5			967	9.9	139,562	10.7	厚労省HP 人口動態調査	
		男性		6	8.3	9	11.3			614	13.0	92,474	13.7		
		女性		4	5.3	7	8.0			353	7.0	47,088	7.4		
	3	① 介護保険	1号認定者数（認定率）		730	23.5	690	22.7	114,751	20.1	45,242	21.7	5,885,270	21.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者		11	0.3	9	0.3	1,910	0.3	795	0.3	105,636	0.3	
			2号認定者		15	0.4	14	0.5	2,325	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4	
		② 有病状況	糖尿病		4	14.3	166	22.4	25,230	21.2	10,148	21.7	1,350,152	22.1	
			高血圧症		17	43.4	448	61.9	64,783	54.6	27,849	59.7	3,101,200	50.9	
脂質異常症			6	17.8	193	26.7	31,854	26.7	14,344	30.6	1,741,866	28.4			
心臓病			19	49.6	508	71.0	73,398	61.9	31,911	68.5	3,529,682	58.0			
脳疾患			11	28.1	323	43.9	33,188	28.2	14,853	32.0	1,538,683	25.5			
がん			0	7.1	90	12.8	11,653	9.7	5,946	12.6	631,950	10.3			
筋・骨格			17	41.8	466	64.9	63,731	53.7	28,340	60.6	3,067,196	50.3			
精神		11	33.2	371	51.7	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）		73,225		75,711		70,589		65,198		58,284			
		居宅サービス		44,283		45,002		40,981		46,314		39,662			
		施設サービス		274,404		266,136		275,251		282,952		281,186			
④ 医療費等		要介護認定別 医療費（40歳以上）		8,655		9,017		8,457		8,101		7,980			
	認定あり 認定なし		4,462		4,067		4,122		4,033		3,816				
4	① 国保の状況	被保険者数		3,775		3,018		492,460		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳		992	26.3	1,045	34.6			80,173	39.1	12,461,613	38.2		
		40～64歳		1,611	42.7	1,154	38.2			69,731	34.0	10,946,712	33.6		
		39歳以下		1,172	31.0	819	27.1			55,261	26.9	9,179,541	28.2		
	加入率		38.5		30.8		27.7		24.4		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		1	0.3	1	0.3	144	0.3	108	0.5	8,255	0.3		
		診療所数		3	0.8	3	1.0	1,108	2.2	684	3.3	96,727	3.0		
		病床数		60	15.9	60	19.9	15,468	31.4	15,108	73.6	1,524,378	46.8		
		医師数		8	2.1	9	3.0	1,575	3.2	2,319	11.3	299,792	9.2		
		外来患者数		623.6		660.3		660.2		736.4		668.1			
入院患者数		28.3		28.0		22.7		26.3		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		24,667	県内19位 同規模68位	25,915	県内19位 同規模138位	26,488		29,593		24,245				
	受診率		651,868		688,344		682,952		762,714		686,286				
	外来	費用の割合		50.7		51.6		56.6		55.6		60.1			
		件数の割合		95.7		95.9		96.7		96.6		97.4			
	入院	費用の割合		49.3		48.4		43.4		44.4		39.9			
		件数の割合		4.3		4.1		3.3		3.4		2.6			
1件あたり在院日数		16.1日		17.9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 最大医療資源傷病 名（調剤含む）	がん		102,717,290	16.1	76,891,500	14.4	24.1		21.4		25.6				
	慢性腎不全（透析あり）		79,408,270	12.5	58,892,170	11.0	9.1		11.0		9.7				
	糖尿病		39,205,640	6.2	39,060,230	7.3	10.2		8.4		9.7				
	高血圧症		77,793,490	12.2	61,948,700	11.6	9.2		7.8		8.6				
	精神		141,170,100	22.2	148,574,080	27.8	17.5		23.2		16.9				
	筋・骨格		123,099,930	19.3	109,157,770	20.4	16.1		15.7		15.2				

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳
(HbA1c6.5以上)

【対象者抽出基準】

過去5年間の健診結果で、一度でもHbA1c6.5以上に該当した者

※糖尿病服薬は問診結果による

※「追加年度」は初めて対象者抽出基準に該当した年度を指す

※追加年度別に年度末年齢が若い順に並び替え

番号	地区	追加年度	個人番号	番号	氏名	性別	H28年度末年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H24	H25	H26	H27	H28	H29	転出・ 死亡等	備考	
1		H24				女	50		糖尿病	服薬	○	○	○					
									高血圧	HbA1c	7.4	6.9	9.4	13.2	13	12.3		
									虚血性心疾患	体重	73.6	75.6	75.9	66.8	65.5	63.7		
									脳血管疾患	BMI	28.3	28.7	29	25.6	24.9	24.4		
									糖尿病性腎症	血圧	120/65	127/70	123/73	119/66	126/74	126/66		
										GFR	131	102	101.4	107.8	118.1	130.7		
2		H24				女	54		糖尿病	服薬								
									高血圧	HbA1c	6.5	6.4	6.6	6.7	6.6	7.1		
									虚血性心疾患	体重	38.4	38.4	37.3	38.5	37.8	38.7		
									脳血管疾患	BMI	18.4	18.4	17.9	18.5	18.1	18.6		
									糖尿病性腎症	血圧	135/76	110/70	119/67	132/73	141/82	137/76		
										GFR	100.2	99.6	81.1	96.4	88.2	91.4		
3		H24				男	66		糖尿病	服薬	○	○	○	○	○	○		
									高血圧	HbA1c	6.8	6.2	6.5	6.2	6.3	6.5		
									虚血性心疾患	体重	48.4	46.6	48	47.5	46.2	48.1		
									脳血管疾患	BMI	19.6	18.8	19.4	19.3	18.7	19.6		
									糖尿病性腎症	血圧	133/70	135/73	119/61	121/68	134/74	141/78		
										GFR	76.1	87.7	66.3	56.9	87.8	57		
	尿蛋白	-	-	-	-	-	-											

【参考資料 4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 【平成29年度当初】

担当者名:

担当地区:

太良町

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)		
	A 健診未受診者 (62) 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
保健指導の優先づけ	結果未把握(内訳)	2. レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認	
	①国保(生保) (29) 人	<ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患-手術 ●人工透析 ●がん 	
	②後期高齢者 (26) 人		
	③他保険 (7) 人		
④往基異動(死亡・転出) (0) 人			
	⑤確認できず (0) 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
	①-1 未治療者(中断者含む) (11) 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	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	尿アルブミン検査の実施
	B 結果把握 (115) 人		
	①HbA1cが悪化している (再掲)HbA1c7.0%以上で昨年度より悪化している。 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある。		栄養士中心
	②尿蛋白(-) (69) 人		
	(±) (38) 人		
	(+)～顕性腎症 (8) 人		
	③eGFR値の変化		腎専門医
	1年で25%以上低下 (2) 人		
	1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 (26) 人		

【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	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
			28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数238		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	①	被保険者数	3,224人						KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳	2,338人								
2	①	対象者数	2,008人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書		
	②	特定健診 受診者数	954人								
	③	受診率	47.5%								
3	①	特定 保健指導 対象者数	129人								
	②	実施率	60.5%								
4	①	糖尿病型	E	125人	12.4%					特定健診結果	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	46人	36.8%						
	③	治療中(質問票 服薬あり)	G	79人	63.2%						
	④	コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	34人	43.0%						
	⑤	血圧 130/80以上		21人	61.8%						
	⑥	肥満 BMI25以上		19人	55.9%						
	⑦	コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	45人	57.0%						
	⑧	第1期 尿蛋白(-)	M	74人	59.2%						
	⑨	第2期 尿蛋白(±)		38人	30.4%						
	⑩	第3期 尿蛋白(+)		13人	10.4%						
	⑪	第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	①	糖尿病受療率(被保険者千対)	85.3人						KDB_厚生労働省様式様式3-2		
	②	(再掲)40-74歳(被保険者千対)	116.3人								
	③	レセプト件数 (40-74歳)	入院外(件数)	1,326件	(603.0)			1,227件	(771.8)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④	(内は被保険者千対)		入院(件数)	11件	(5.0)			9件	(5.4)	
	⑤	糖尿病治療中	H	275人	8.5%					KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑥	(再掲)40-74歳		272人	11.6%						
	⑦	健診未受診者	I	193人	71.0%						
	⑧	インスリン治療	O	14人	5.1%					KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑨	(再掲)40-74歳		14人	5.1%						
	⑩	糖尿病性腎症	L	13人	4.7%						
	⑪	(再掲)40-74歳		13人	4.8%						
	⑫	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		4人	1.45%					KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー	
	⑬	(再掲)40-74歳	4人	1.47%							
	⑭	新規透析患者数	1	0.25%							
	⑮	(再掲)糖尿病性腎症	1	0.25%							
	⑯	【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		3人	0.8%	5人	1.3%				
6	①	総医療費	9億6673万円				6億7140万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		
	②	生活習慣病総医療費	5億3491万円				3億8078万円				
	③	(総医療費に占める割合)	55.3%				56.7%				
	④	生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	9,113円				8,685円			
	⑤		健診未受診者	27,469円				33,204円			
	⑥	糖尿病医療費	3906万円				3885万円				
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	7.3%				10.2%				
	⑧	糖尿病入院外総医療費	1億2437万円								
	⑨	1件あたり	34,252円								
	⑩	糖尿病入院総医療費	7228万円								
	⑪	1件あたり	543,450円								
	⑫	在院日数	14日								
	⑬	慢性腎不全医療費	5928万円				3708万円				
	⑭	透析有り	5889万円				3468万円				
	⑮	透析なし	39万円				240万円				
7	①	介護給付費	10億8440万円				7億5295万円				
	②	(2号認定者)糖尿病合併症	42件	29.8%							
8	①	死亡 糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%			1人	1.0%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

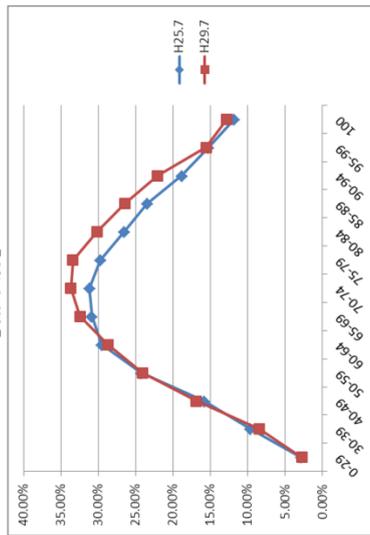
虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

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

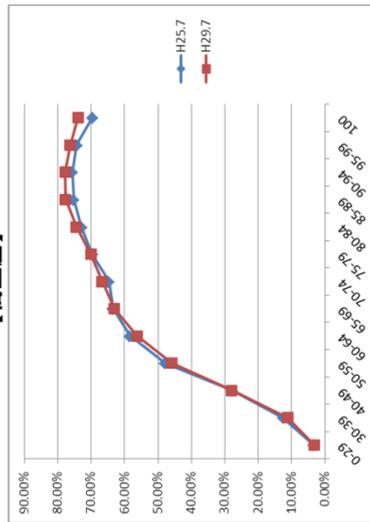
生活習慣病有病状況(佐賀県)

【糖尿病】



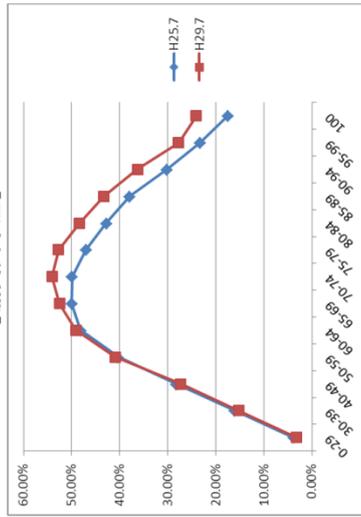
年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	2.84%	9.62%	15.04%	14.27%	29.53%	30.08%	31.20%	29.70%	26.55%	23.40%	18.83%	15.25%	11.83%
H29.7	2.78%	8.47%	16.87%	14.13%	28.74%	32.46%	33.69%	33.41%	30.21%	28.46%	22.05%	15.55%	12.82%

【高血圧】



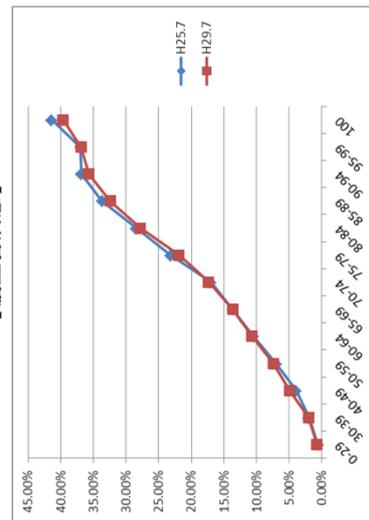
年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.45%	12.54%	21.77%	47.77%	58.01%	63.43%	64.73%	69.63%	72.92%	75.29%	75.70%	74.31%	69.82%
H29.7	3.18%	11.18%	21.89%	45.74%	56.29%	63.10%	66.66%	70.08%	74.03%	77.66%	77.78%	76.27%	73.98%

【脂質異常症】



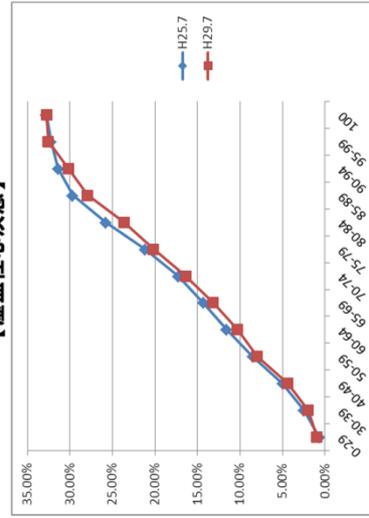
年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	3.82%	15.84%	28.02%	40.23%	48.12%	49.89%	49.80%	46.98%	42.78%	37.86%	30.10%	23.30%	17.47%
H29.7	3.13%	15.26%	27.31%	40.03%	49.12%	52.51%	54.09%	52.69%	48.37%	43.28%	36.29%	27.75%	24.06%

【脳血管疾患】



年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.58%	1.97%	3.97%	7.01%	10.90%	13.65%	17.05%	23.22%	28.45%	33.10%	36.85%	37.00%	41.40%
H29.7	0.71%	2.01%	4.92%	7.42%	10.69%	13.63%	17.34%	21.91%	27.84%	32.44%	35.71%	36.89%	39.64%

【虚血性心疾患】



年齢	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
H25.7	0.70%	2.50%	5.00%	8.82%	11.57%	14.31%	17.26%	21.21%	25.80%	29.89%	31.39%	32.23%	32.80%
H29.7	0.96%	2.01%	4.38%	7.99%	10.30%	13.18%	16.38%	20.21%	23.65%	27.63%	30.22%	32.56%	32.74%

平成28年度事業の評価を踏まえ、平成29年度の取組みと課題整理(平成29年度進捗)

H29年度課題	プロセス	アウトプット(事業実施量)	評価	アウトカム(結果)	課題として残っているところ
<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率:60% ○継続受診率:80%以上 ○特定保健指導率:60% ○健診受診者の検査結果の改善(血圧、血糖、LDL-C) ○重症化予防対象者の割合を減少させる。 <p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健活動をPDCサイクルに基づいて計画実施する。 ◆家庭訪問を業務の中に位置づけ、訪問に行く体制を作る。 ◆特定健診に関する情報は、地区担当で家庭訪問を行う。 <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆保健指導率は約6割あるが、年度内に2~3回会ったという継続支援はできていない現状あり。保健指導の優先順位の検討が必要。 ◆糖尿病の改善率23.8%と低い。HbA1c7.0%以上の者の82.9%は糖尿病治療中であるため、医療との連携が進んでいない。 ◆腎機能低下者に対しては、管理栄養士の栄養指導までつなげていない。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率が低い。 ◆受診率の低い。 ◆医療機関の協力等による取組み ◆40代の変診率が特に低い。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関と連携して重症化予防に取り組み。(糖尿病連携手帳を活用) ◆医療連携を円滑に行うためには、まず保健師・管理栄養士の仕事を先方に知ってもらう必要がある。特に町内医師会とは町の課題を共有し保健師・栄養士の活動について情報提供を行っていく。 	<p>H29期っている課題を踏まえ、やってきた実践事項を振り返ってみる</p> <p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○法定報告事項に前年度の評価を共有し、今年度の方向性を確認。また、それをもとに目標、事業の位置づけ等を確認する。 ○地区担当制を導入、家庭訪問一つの事業としてとらえ、訪問していく体制を整える。 ○各種研修会へ参加し、保健指導実施者の質の向上を図る。毎月事例検討会の時間を設け、研修会に参加できなかった者も内容を共有する。 ○専門職で共通認識を図ったが、主担当かどうかで理解の差がある。機会をみて再確認しながらフィードバックしていくことが重要である。 ○糖尿病重症化予防プログラム履修の為、2次医療圏単位の連絡会に参加、課題を共有する。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関への働きかけ <ul style="list-style-type: none"> ・治療中の健診未受診者を健診につなげるため、医療機関を回り、受診勧奨の依頼を行う。 ◆受診勧奨の通知の内容とタイミングを検討する。(内容:義務感を確保するもの。) ◆重症化予防対策 <ul style="list-style-type: none"> ◆高血圧の割合が悪い町の美徳岡と城島への意識づけのため結果説明会の待ち時間+集団教育を実施。尿中塩分測定の結果を1週間を目途に返すことで、自分の食事について振り返る機会を作る。 ◆PDCサイクルに基づき計画を見直し、年度末、年度当初にスタッフ全体で、対象者やフォローの方などの確認をする。 ◆対象者選定について話し合いを行い、糖尿病性腎症重症化予防対象者を優先とする。 ◆受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者にはフォローを行う。 ◆特定健診データやマルチャーカード、あなみツールを用いて問題の抽出、分析を実施。どこでもケア等の保健指導教材を使用し指導を行う。 ◆栄養指導の強化として、CKD重症度分類G3b以降の方に、かかりつけ医と連携(連絡票など)した栄養指導を行う。 ◆65歳以上の方へ心電図検査を開始するため、心電図について町内の循環器専門医による勉強会を実施する。 	<p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決め、アプローチ実施中。(まずは未治療者へ受診勧奨) ◆CKD重症度分類G3a以降の者に、かかりつけ医と連携(連絡票など)した栄養指導を工作行った。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関への働きかけ <ul style="list-style-type: none"> ・治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ・治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ・月に1回、事例があるごとに情報共有) ◆未受診者勧奨の通知の工夫 <ul style="list-style-type: none"> ・7月、10月に通知実施 ・連合会で抽出・提供された保険診療で特定健診項目実施者へナータ提供の方法を記載した勧奨通知を10月に送付。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆個別の事例対応の中で医療機関を訪問し、糖尿病重症化予防プログラムや保険者努力支援制度について説明を行い、医療連携協力の依頼をした。(3医療機関、3医師) 	<p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病診療の基幹病院である嬉野医療センター受診時に保健師からの予約ができる体制ができた。 ◆地区担当制を導入したが、役割分担がしつかり固まらないまま実施しようとしたので、うまく稼働していない状況だった。今年度の反省を踏まえ、年度初めから来年度地区担当制がうまく回るよう体制づくりを行う。 ◆訪問については、地区担当制を話し合いを決め、対象者が多い地区は二人体制で互いに声を掛け合ってもらいながら訪問できる体制を始めた。 ◆CKD重症度分類G3a以降の者について、かかりつけ医と連携し栄養指導を実施できたのは1名であった。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ◆受診勧奨の通知の内容とタイミングを検討する。(内容:義務感を確保するもの。) <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決め、アプローチ実施中。(まずは未治療者へ受診勧奨) ◆CKD重症度分類G3a以降の者に、かかりつけ医と連携(連絡票など)した栄養指導を工作行った。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関への働きかけ <ul style="list-style-type: none"> ・治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ・治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ・月に1回、事例があるごとに情報共有) ◆未受診者勧奨の通知の工夫 <ul style="list-style-type: none"> ・7月、10月に通知実施 ・連合会で抽出・提供された保険診療で特定健診項目実施者へナータ提供の方法を記載した勧奨通知を10月に送付。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆個別の事例対応の中で医療機関を訪問し、糖尿病重症化予防プログラムや保険者努力支援制度について説明を行い、医療連携協力の依頼をした。(3医療機関、3医師) 	<p>【全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地区担当制を導入、家庭訪問一つの事業としてとらえ、訪問していく体制を整える。 ◆保健指導実施者の質の向上を図る。毎月事例検討会の時間を設け、研修会に参加できなかった者も内容を共有する。 ○専門職で共通認識を図ったが、主担当かどうかで理解の差がある。機会をみて再確認しながらフィードバックしていくことが重要である。 ○糖尿病重症化予防プログラム履修の為、2次医療圏単位の連絡会に参加、課題を共有する。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関への働きかけ <ul style="list-style-type: none"> ・治療中の健診未受診者を健診につなげるため、医療機関を回り、受診勧奨の依頼を行う。 ◆受診勧奨の通知の内容とタイミングを検討する。(内容:義務感を確保するもの。) ◆重症化予防対策 <ul style="list-style-type: none"> ◆高血圧の割合が悪い町の美徳岡と城島への意識づけのため結果説明会の待ち時間+集団教育を実施。尿中塩分測定の結果を1週間を目途に返すことで、自分の食事について振り返る機会を作る。 ◆PDCサイクルに基づき計画を見直し、年度末、年度当初にスタッフ全体で、対象者やフォローの方などの確認をする。 ◆対象者選定について話し合いを行い、糖尿病性腎症重症化予防対象者を優先とする。 ◆受診勧奨後、保健指導後の効果を確認(受診状況等)し、未受診者にはフォローを行う。 ◆特定健診データやマルチャーカード、あなみツールを用いて問題の抽出、分析を実施。どこでもケア等の保健指導教材を使用し指導を行う。 ◆栄養指導の強化として、CKD重症度分類G3b以降の方に、かかりつけ医と連携(連絡票など)した栄養指導を行う。 ◆65歳以上の方へ心電図検査を開始するため、心電図について町内の循環器専門医による勉強会を実施する。 	<p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆糖尿病診療の基幹病院である嬉野医療センター受診時に保健師からの予約ができる体制ができた。 ◆地区担当制を導入したが、役割分担がしつかり固まらないまま実施しようとしたので、うまく稼働していない状況だった。今年度の反省を踏まえ、年度初めから来年度地区担当制がうまく回るよう体制づくりを行う。 ◆訪問については、地区担当制を話し合いを決め、対象者が多い地区は二人体制で互いに声を掛け合ってもらいながら訪問できる体制を始めた。 ◆CKD重症度分類G3a以降の者について、かかりつけ医と連携し栄養指導を実施できたのは1名であった。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ◆受診勧奨の通知の内容とタイミングを検討する。(内容:義務感を確保するもの。) <p>【重症化予防対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆今年度の対象者選定基準を決め、アプローチ実施中。(まずは未治療者へ受診勧奨) ◆CKD重症度分類G3a以降の者に、かかりつけ医と連携(連絡票など)した栄養指導を工作行った。 <p>【未受診者対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関への働きかけ <ul style="list-style-type: none"> ・治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ・治療中の方を情報提供して受診の依頼をする。(H29.10月に1回) ・月に1回、事例があるごとに情報共有) ◆未受診者勧奨の通知の工夫 <ul style="list-style-type: none"> ・7月、10月に通知実施 ・連合会で抽出・提供された保険診療で特定健診項目実施者へナータ提供の方法を記載した勧奨通知を10月に送付。 <p>【医療とのつながり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆個別の事例対応の中で医療機関を訪問し、糖尿病重症化予防プログラムや保険者努力支援制度について説明を行い、医療連携協力の依頼をした。(3医療機関、3医師)

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										健康増進課	
			初期値	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)	H34 (2022)	H35 (2023)	最終評価値		
特定健診等計画	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす 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、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 がんの早期発見、早期治療	特定健診受診率60%以上	47.5%											特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
		特定保健指導実施率60%以上	60.5%											
データヘルス計画	・高血圧者の割合が8.1%で県内、同規模と比較して高い。(県内ワースト1) ・糖尿病性腎症を原因とする透析者が透析者の1%を占めており、増加している。	特定保健指導対象者の減少率25%	21.9%											KDBシステム
		脳血管疾患の総医療費に占める割合0.2%減少	2.2%											
データヘルス計画	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 がんの早期発見、早期治療	虚血性心疾患の総医療費に占める割合0.4%減少	2.4%											KDBシステム
		糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少7.7%	7.7%											
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	22.8%											太良町健康増進計画
		健診受診者の高血圧者の割合減少4%(160/100以上)	8.1%											
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	健診受診者の脂質異常者の割合減少20%(LDL140以上)	29.1%											太良町健康増進計画
		健診受診者の糖尿病者の割合減少8%(HbA1c6.5以上)	9.1%											
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合20%	39.2%											太良町健康増進計画
		糖尿病の保健指導を実施した割合80%以上	7.8%											
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 9%以上	29.0%											地域保健事業報告
		肺がん検診 35%以上	16.0%											
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	大腸がん検診 22%以上	20.5%											地域保健事業報告
		子宮頸がん検診 30%以上	23.7%											
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	乳がん検診 27%以上	62.6%											健康増進課 厚生労働省公表結果
		健康ポイントの取り組みを行う実施者の割合〇%以上												
データヘルス計画	がんの早期発見、早期治療	後発医薬品の使用割合80%以上												健康増進課 厚生労働省公表結果
		後発医薬品の使用により、医療費の削減												

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表

【実績】

項目	年度		H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	
保健スタッフ数	保健師	実績	5	4							
	栄養士	実績	1	1							
	事務職	実績	0	0							
特定健診	実績	対象者数	2,008	1,941							
		受診人数	954	971							
		受診率	47.5%	50.0%							
保健指導											
1. 特定保健指導対象者	実績	A 対象者数	135	161							
		B 指導実人数	116	147							
		再掲 (再: 訪問実人数)	1	9							
		B/A 指導割合	85.9%	91.3%							
2. 重症化予防対象者											
1) HbA1c6.5%以上者	実績	C 対象者数	91	105							
		D 指導実人数	68	93							
		再掲 (再: 訪問実人数)	8	17							
		D/C 指導割合	74.7%	88.6%							
		(1) HbA1c6.5%以上者のうち医療との連携者数	実人数 【①+②合計人数】	34	56						
		①治療の受診勧奨者数	実人数	32	49						
②保健指導での連携者数	実人数	2	7								
2) 高血圧Ⅱ度以上者	実績	E 対象者数	83	97							
		F 指導実人数	61	71							
		再掲 (再: 訪問実人数)	7	13							
		F/E 指導(割合)	73.5%	73.2%							
3) LDL-180以上者	実績	G 対象者数	31	36							
		H 指導実人数	25	29							
		再掲 (再: 訪問実人数)	4	4							
		H/G 指導(割合)	80.6%	80.6%							

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表【計画】

項目	年度		H30	H31	H32	H33	H34	H35
保健スタッフ数	保健師	計画	5	5	5	5	5	5
	栄養士	計画	1	1	1	1	1	1
	事務職	計画	0	0	0	0	0	0
特定健診	目標値 (概数)	対象者見込み	2,000	2,000	1,870	1,870	1,870	1,720
		受診人数見込み	1,000	1,040	970	1,120	1,120	1,032
		受診率目標値	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
保健指導								
1. 特定保健指導対象者	見込み	対象者数	130	135	122	140	135	124
2. 重症化予防対象者								
1) HbA1c6.5%以上者	見込み	対象者数	100	104	97	112	112	103
(1) HbA1c6.5%以上者のうち医療との連携者数	見込み	実人数 【①+②合計人数】	60	60	62	64	66	66
①治療の受診勧奨者数	見込み	実人数	50	50	50	52	52	52
②保健指導での連携者数	見込み	実人数	10	10	12	12	14	14
2) 高血圧Ⅱ度以上者	見込み	対象者数	90	88	78	84	78	67
3) LDL-180以上者	見込み	対象者数	30	31	19	28	28	26