

甲佐町
第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)



熊本県甲佐町
平成30年3月

甲佐町 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

もくじ

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	1
2) 保健事業実施計画(データヘルス計画)の位置づけ	2
3) 計画期間	4
4) 関係者が果たすべき役割と連携	4
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	7
2) 第2期計画における健康課題の明確化	16
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	25
第4章 保健事業の内容	31
I 保健事業の方向性	31
II 重症化予防の取組	31
1) 糖尿病性腎症重症化予防	31
2) 脳血管疾患重症化予防	40
3) 虚血性疾患重症化予防	46
III ポピュレーションアプローチ	50
第5章 地域包括ケアに係る取組	51
第6章 計画の評価・見直し	53
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	54
参考資料	55

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の「計画」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。

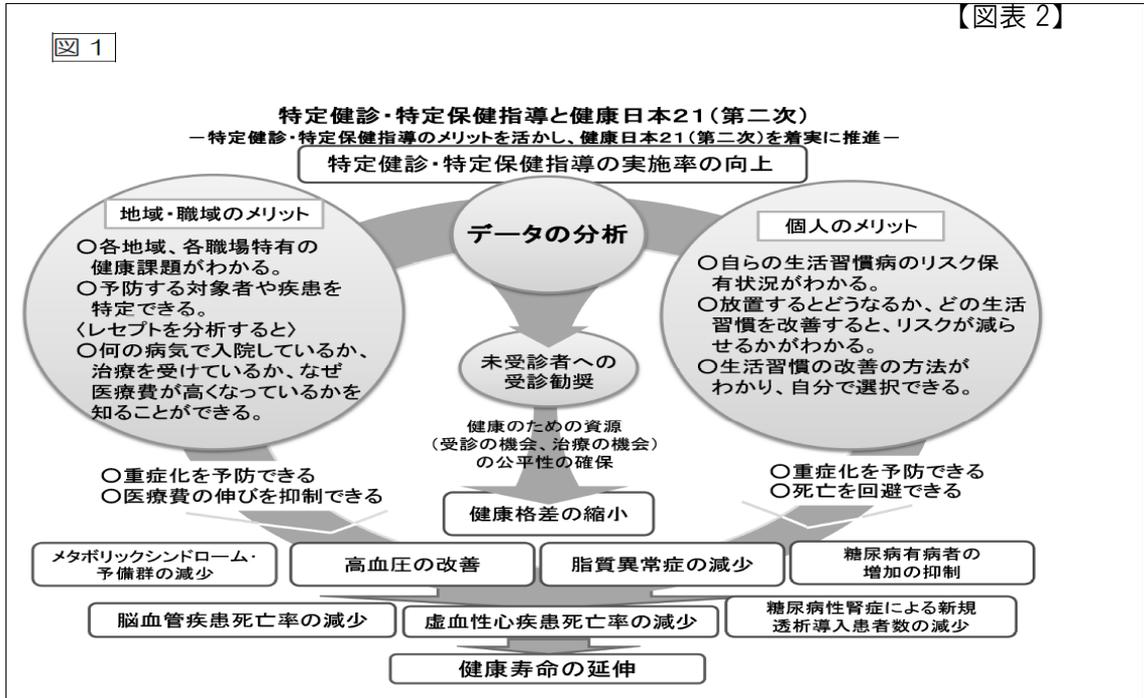
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が担う。

また、医療保険加入者の疾病予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正化を図るため、国民健康保険制度改革においては公費による財政支援拡充の一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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

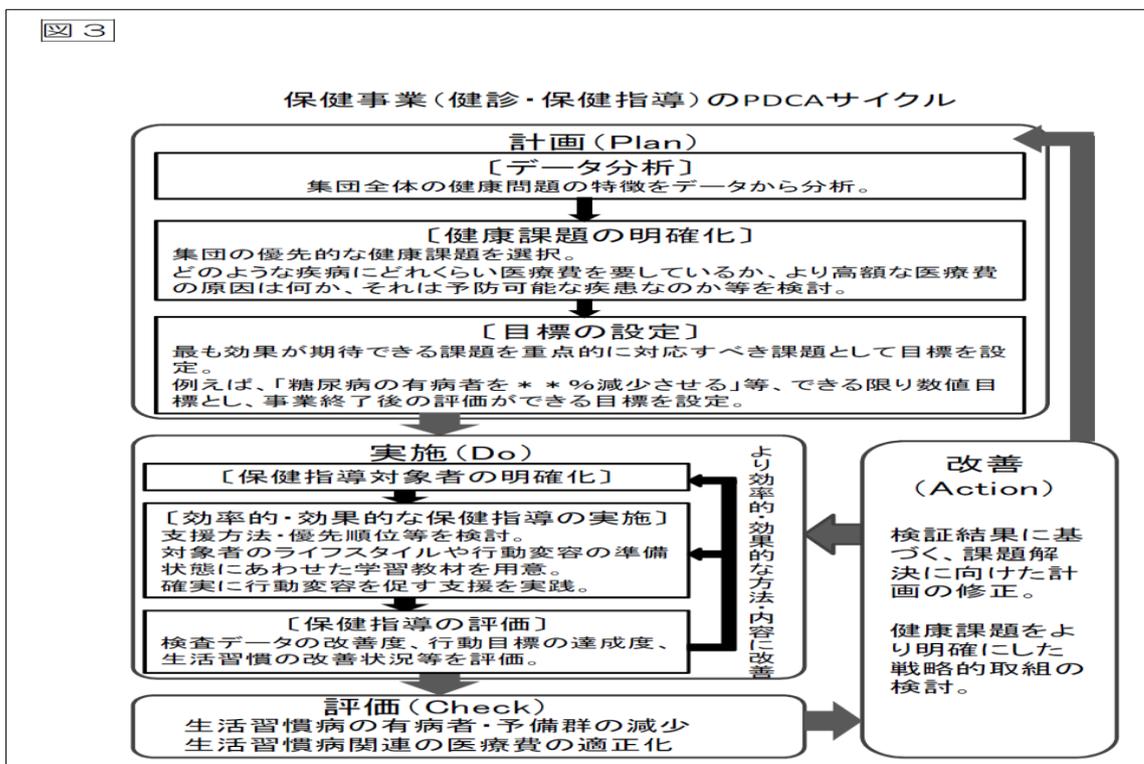
甲佐町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進施策により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図ることを目的とする。

【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」、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」とある。都道府県においては、医療費適正化計画や医療計画の次期計画期間を平成30年度から平成35年度までとしており、これらとの整合性を図る観点から、本町における計画期間を平成30年度から平成35年度までの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

甲佐町においては、住民生活課（国民健康保険主管課）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ため、市町村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、住民生活課（高齢者医療主管課）、総合保健福祉センター（保健衛生主管課）、福祉課（介護保険主管課、生活保護主管課）、税務課（保険料徴収）、企画課（企画主管課）などとも十分連携し、特に保健師等専門職との連携を十分に図ることが望ましい。

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・評価委員会については、委員の幅広い専門的知見を活用した保険者等に対する積極的な支援等が期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、国保データベースシステム（以下「KDB」システムという。）を活用した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民健康保険（以下「市町村国保」という。）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、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、都道府県との連携強化に努める。

また、市町村国保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。

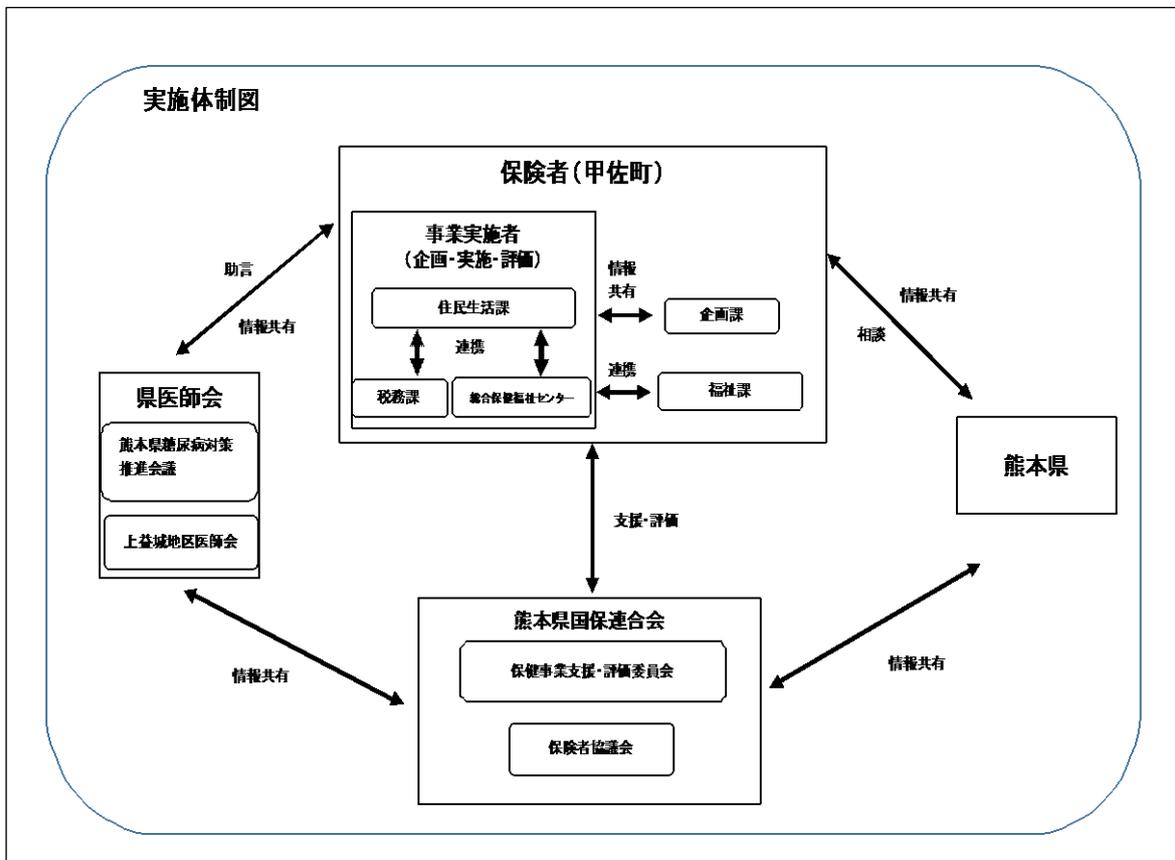
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

市町村国保は、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。甲佐町においても、国保連や熊本県が主催する各保険者を対象とした研修会に出席し、互いの役割を果たすことが大切である。

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かつ積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】



4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成 28 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されている。(平成 30 年度から本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表 5)

【図表5】

保険者努力支援制度

評価指標		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 参考
総得点(満点)		345	580	850	850
交付額(万円)		176			
全国順位(1,741市町村中)		276			
共通 ①	特定健診受診率	10			50
	特定保健指導実施率	15			50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0			50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			25
共通③	糖尿病等重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有②	データヘルス計画策定状況	10			40
共通 ④	個人へのわかりやすい情報提供	20			25
	個人インセンティブ提供	20			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	0			35
	後発医薬品の使用割合	15			40
固有 ①	収納率向上に関する取組実施状況	0			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
	第三者求償の取組の実施状況	6			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年度を比較すると、早世予防の視点からみた65歳未満の死亡割合は減少していた。しかし、死因別にみると「心臓病」・「脳疾患」・「糖尿病」による死亡割合は増加しており、特に、「糖尿病」による死亡割合は約2倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると65歳以上の1号認定率は上昇し、40～64歳の2号認定率は横ばいで推移している。介護給付費は全体的に見て増加している。

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。医療機関受診率の増加、特定健診受診者のうち受診勧奨者の医療機関非受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。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) その際は、町嘱託員や食生活改善推進員と連携しながら実施していく。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

平成25年度と比較してみると同規模平均の1件当たり給付費は居宅サービス・施設サービス共に減少しているが、甲佐町の平成28年度の介護給付費、1件当たりの給付費はそれぞれ増加している。

また、1件当たりの給付費のうち居宅サービスについては、同規模平均給付費が126円下がっているのに対し、725円も高くなっている。1件当たりの施設サービス費は、下がったものの、同規模平均給付費よりも約2,000円高いという状況である。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	甲佐町				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1件当たり 給付費	1件当たり給付費		1件当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	1,158,117,037	74,873	45,584	301,984	70,235	42,529	283,116
平成28年度	1,391,905,632	75,422	46,309	299,863	68,805	42,403	278,100

②医療費の状況（図表 7）

甲佐町の1人当たり医療費は、平成28年度は29,999円と平成25年度より7.9%増加した。平成25年度と比較し入院は3.6%の伸びに抑えられ、入院外は11.8%増加した。同規模と比較しても入院の伸びは抑えられ、外来は伸びている。

ただし、正確な評価のためには、年齢調整のかかった標準化医療費の指数をみていく必要がある。現時点で厚生労働省が公表している標準化医療費は、平成27年度のものであるため、平成28年度の数値公表後に再評価を行う。

【図表 7】

1人当たりの医療費の経年変化

	項目	1人当たり医療費(円)			伸び率(%)		
		全体	入院	入院外	全体	入院	入院外
H25年度	甲佐町	27,800	13,152	14,648			
	同規模	24,431	10,520	13,910			
	県	25,714	11,480	14,240			
	国	22,779	9,230	13,550			
H28年度	甲佐町	29,999	13,626	16,373	7.9	3.6	11.8
	同規模	26,799	11,452	15,347	9.7	8.8	10.3
	県	28,299	12,558	15,741	10.1	9.3	10.5
	国	24,250	9,670	14,580	6.5	4.8	7.6

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

目標疾患医療費の割合は、平成 25 年度と比較して平成 28 年度は下がっている。
 疾患別にみると、中長期目標疾患の「慢性腎不全(透析有)」の割合は、平成 25 年度と比較して平成 28 年度は下がってきているものの、「脳」、「心」については高くなっている。また、短期目標疾患の「糖尿病」は増加している。

【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年度との比較)

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患		
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	302,211,550	24.45%	11.09%				12.46%	8.11%
					同規模	県内													
H25	甲佐町	1,236,032,760	27,800	34位	14位	5.69%	0.58%	1.66%	1.44%	5.59%	7.02%	2.48%	302,211,550	24.45%	11.09%	12.46%	8.11%		
		1,176,593,050	29,999	31位	13位	4.27%	0.71%	1.87%	1.76%	6.43%	5.51%	2.384%	269,724,680	22.92%	11.20%	12.49%	9.29%		
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	--	--	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.58%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%		
		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%		

最大医療資源(透析含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患と脳血管疾患の割合が増加し、人工透析は横ばいで推移している。
そのことで、③最大医療資源に占める「透析有の慢性腎不全」の割合が下がっている。

虚血性心疾患では、「人工透析を合併している者」の割合が増加している。

さらに、平成 28 年度には高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合が平成 25 年度と比較してすべて高くなっている。

脳血管疾患をみると、「糖尿病」の割合が増加している。

よって、今後も引き続き重症化予防に努めていく必要がある。

【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						
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3755	114	3.0	28	24.6	1	0.9	96	84.2	47	41.2	74	64.9	
	64歳以下	2569	35	1.4	8	22.9	1	2.9	31	88.6	16	45.7	22	62.9	
	65歳以上	1186	79	6.7	20	25.3	0	0.0	65	82.3	31	39.2	52	65.8	
H28	全体	3309	120	3.6	29	24.2	3	2.5	102	85.0	58	48.3	83	69.2	
	64歳以下	1967	24	1.2	5	20.8	2	8.3	21	87.5	11	45.8	17	70.8	
	65歳以上	1342	96	7.2	24	25.0	1	1.0	81	84.4	47	49.0	66	68.8	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3755	132	3.5	28	21.2	4	3.0	110	83.3	62	47.0	87	65.9	
	64歳以下	2569	51	2.0	8	15.7	4	7.8	43	84.3	26	51.0	32	62.7	
	65歳以上	1186	81	6.8	20	24.7	0	0.0	67	82.7	36	44.4	55	67.9	
H28	全体	3309	150	4.5	29	19.3	2	1.3	117	78.0	77	51.3	97	64.7	
	64歳以下	1967	43	2.2	5	11.6	2	4.7	34	79.1	21	48.8	29	67.4	
	65歳以上	1342	107	8.0	24	22.4	0	0.0	83	77.6	56	52.3	68	63.6	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標						
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3755	11	0.3	4	36.4	1	9.1	9	81.8	6	54.5	4	36.4	
	64歳以下	2569	10	0.4	4	40.0	1	10.0	8	80.0	5	50.0	4	40.0	
	65歳以上	1186	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	
H28	全体	3309	10	0.3	2	20.0	3	30.0	7	70.0	4	40.0	3	30.0	
	64歳以下	1967	8	0.4	2	25.0	2	25.0	5	62.5	4	50.0	3	37.5	
	65歳以上	1342	2	0.1	0	0.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式 3-2~3-4) (図表 10)

平成 25 年度と比較すると、平成 28 年度は短期的な目標である、「糖尿病」、「高血圧」、「脂質異常」のすべてが増加している。
 また、「糖尿病、高血圧、脂質異常症を合わせ持っている割合」が増加しているためか、虚血性心疾患及び脳血管疾患の増加もみられる。

【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							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3755	398	10.6	44	11.1	300	75.4	248	62.3	47	11.8	62	15.6	6	1.5	23	5.8	
	64歳以下	2569	178	6.9	27	15.2	118	66.3	113	63.5	16	9.0	26	14.6	5	2.8	10	5.6	
	65歳以上	1186	220	18.5	17	7.7	182	82.7	135	61.4	31	14.1	36	16.4	1	0.5	13	5.9	
H28	全体	3309	420	12.7	46	11.0	301	71.7	276	65.7	58	13.8	77	18.3	4	1.0	32	7.6	
	64歳以下	1967	140	7.1	20	14.3	90	64.3	87	62.1	11	7.9	21	15.0	4	2.9	12	8.6	
	65歳以上	1342	280	20.9	26	9.3	211	75.4	189	67.5	47	16.8	56	20.0	0	0.0	20	7.1	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3755	860	22.9	300	34.9	458	53.3	96	11.2	110	12.8	9	1.0	
	64歳以下	2569	334	13.0	118	35.3	167	50.0	31	9.3	43	12.9	8	2.4	
	65歳以上	1186	526	44.4	182	34.6	291	55.3	65	12.4	67	12.7	1	0.2	
H28	全体	3309	776	23.5	301	38.8	457	58.9	102	13.1	117	15.1	7	0.9	
	64歳以下	1967	225	11.4	90	40.0	124	55.1	21	9.3	34	15.1	5	2.2	
	65歳以上	1342	551	41.1	211	38.3	333	60.4	81	14.7	83	15.1	2	0.4	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3755	641	17.1	248	38.7	458	71.5	74	11.5	87	13.6	4	0.6	
	64歳以下	2569	255	9.9	113	44.3	167	65.5	22	8.6	32	12.5	4	1.6	
	65歳以上	1186	386	32.5	135	35.0	291	75.4	52	13.5	55	14.2	0	0.0	
H28	全体	3309	651	19.7	276	42.4	457	70.2	83	12.7	97	14.3	3	0.5	
	64歳以下	1967	196	10.0	87	44.4	124	63.3	17	8.7	29	14.8	3	1.5	
	65歳以上	1342	455	33.9	189	41.5	333	73.2	66	14.5	68	14.9	0	0.0	

②リスクの健診結果経年変化（図表 11）

男性は、40-64歳のメタボリックシンドローム予備群・該当者、有所見者の割合が増加しているため、国の減少目標値までに達していない。
 女性は、65-74歳のメタボリックシンドローム予備群・該当者、有所見者の割合が増加している。さらに脂質異常の全体の割合が増加している。

【図表 11】

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

☆No.23帳票

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチン	
		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	119	25.4%	235	50.2%	130	27.8%	77	16.5%	36	7.7%	254	54.3%	293	62.6%	106	22.6%	226	48.3%	92	19.7%	202	43.2%	16	3.4%
	40-64	53	24.0%	100	45.2%	69	31.2%	51	23.1%	19	8.6%	111	50.2%	125	56.6%	46	20.8%	100	45.2%	55	24.9%	107	48.4%	3	1.4%
	65-74	66	26.7%	135	54.7%	61	24.7%	26	10.5%	17	6.9%	143	57.9%	168	68.0%	60	24.3%	126	51.0%	37	15.0%	95	38.5%	13	5.3%
女性	合計	109	23.0%	211	44.6%	117	24.7%	81	17.1%	32	6.8%	250	52.9%	330	69.8%	86	18.2%	214	45.2%	88	18.6%	174	36.8%	12	2.5%
	40-64	51	29.1%	86	49.1%	53	30.3%	43	24.6%	17	9.7%	86	50.3%	111	63.4%	35	20.0%	65	37.1%	42	24.0%	78	44.6%	2	1.1%
	65-74	58	19.5%	125	41.9%	64	21.5%	38	12.8%	15	5.0%	162	54.4%	219	73.5%	51	17.1%	149	50.0%	46	15.4%	96	32.2%	10	3.4%

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	119	21.7%	106	19.3%	69	12.6%	38	6.9%	10	1.8%	180	32.8%	394	71.9%	10	1.8%	206	37.6%	58	10.6%	320	58.4%	0	0.0%
	40-64	55	23.0%	49	20.5%	34	14.2%	23	9.6%	3	1.3%	77	32.2%	163	68.2%	5	2.1%	86	36.0%	28	11.7%	137	57.3%	0	0.0%
	65-74	64	20.7%	57	18.4%	35	11.3%	15	4.9%	7	2.3%	103	33.3%	231	74.8%	5	1.6%	120	38.8%	30	9.7%	183	59.2%	0	0.0%
女性	合計	114	21.7%	97	18.4%	78	14.8%	36	6.8%	10	1.9%	183	34.8%	418	79.5%	7	1.3%	184	35.0%	64	12.2%	229	43.5%	4	0.8%
	40-64	34	20.2%	30	17.9%	21	12.5%	15	8.9%	3	1.8%	55	32.7%	127	72.0%	4	2.4%	40	23.8%	19	11.3%	71	42.3%	0	0.0%
	65-74	80	22.3%	67	18.7%	57	15.9%	21	5.9%	7	2.0%	128	35.8%	297	83.0%	3	0.8%	144	40.2%	45	12.6%	158	44.1%	4	1.1%

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

☆No.24帳票

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	468	36.2%	31	6.6%	86	18.4%	7	1.5%	56	12.0%	23	4.9%	118	25.2%	22	4.7%	4	0.9%	52	11.1%	40	8.5%
	40-64	221	30.0%	20	9.0%	34	15.4%	2	0.9%	19	8.6%	13	5.9%	46	20.8%	5	2.3%	4	1.8%	21	9.5%	16	7.2%
	65-74	247	45.2%	11	4.5%	52	21.1%	5	2.0%	37	15.0%	10	4.0%	72	29.1%	17	6.9%	0	0.0%	31	12.6%	24	9.7%
女性	合計	473	41.7%	25	5.3%	75	15.9%	7	1.5%	48	10.1%	20	4.2%	111	23.5%	22	4.7%	7	1.5%	47	9.9%	35	7.4%
	40-64	175	34.7%	12	6.9%	31	18.3%	1	0.6%	17	9.7%	14	8.0%	42	24.0%	8	4.6%	3	1.7%	17	9.7%	14	8.0%
	65-74	298	47.4%	13	4.4%	43	14.4%	6	2.0%	31	10.4%	6	2.0%	69	23.2%	14	4.7%	4	1.3%	30	10.1%	21	7.0%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	548	45.0%	18	3.3%	37	6.8%	3	0.5%	25	4.6%	9	1.6%	51	9.3%	9	1.6%	1	0.2%	27	4.9%	14	2.6%
	40-64	239	41.9%	10	4.2%	17	7.1%	3	1.3%	10	4.2%	4	1.7%	22	9.2%	5	2.1%	1	0.4%	11	4.6%	5	2.1%
	65-74	309	47.7%	8	2.6%	20	6.5%	0	0.0%	15	4.9%	5	1.6%	29	9.4%	4	1.3%	0	0.0%	16	5.2%	9	2.9%
女性	合計	526	48.7%	10	1.9%	35	6.7%	2	0.4%	22	4.2%	11	2.1%	52	9.9%	8	1.5%	1	0.2%	31	5.9%	12	2.3%
	40-64	168	41.3%	4	2.4%	10	6.0%	0	0.0%	6	3.6%	4	2.4%	16	9.5%	3	1.8%	1	0.6%	10	6.0%	2	1.2%
	65-74	358	53.1%	6	1.7%	25	7.0%	2	0.6%	16	4.5%	7	2.0%	36	10.1%	5	1.4%	0	0.0%	21	5.9%	10	2.8%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

平成 25 年度と比較して、特定健診受診率・特定保健指導実施率は共に伸びている。

【図表 12】

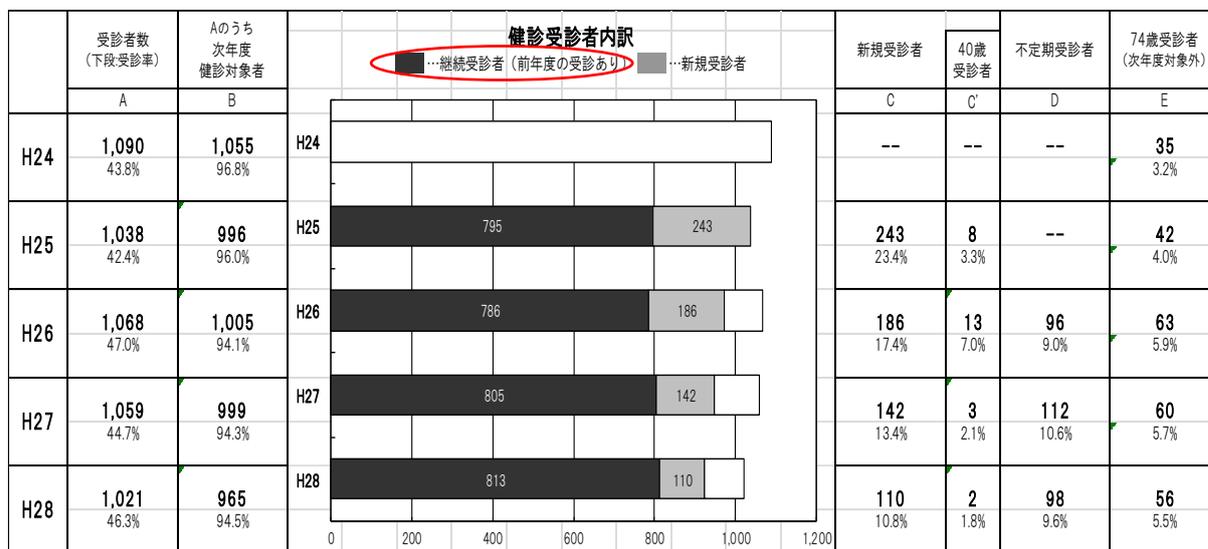
法定報告より

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	受診率	医療機関受診率	
								甲佐町	同規模平均
H25年度	2,446	1,017	41.6	68位	132	45	34.1	50.0%	50.8%
H28年度	2,206	996	45.1	56位	102	54	52.9	45.6%	51.6%

④特定健診受診者の状況（図表 13）

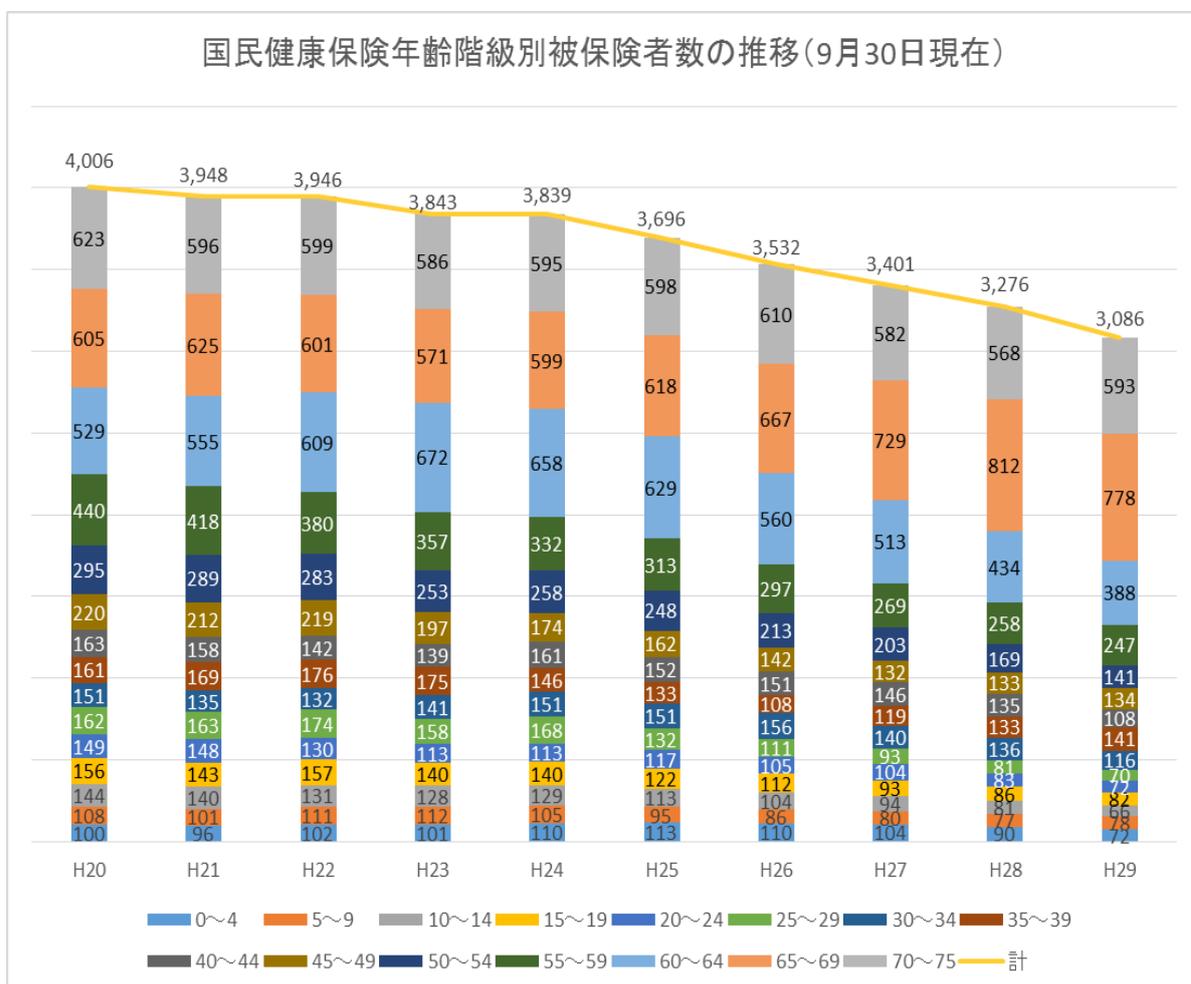
【図表 13】

保健指導支援ツールより



⑤国民健康保険年齢階級別被保険者数の推移（図表 14）

【図表 14】



2) 第1期計画に係る考察

甲佐町における、国保被保険者数は減少し、65歳以上の割合が増えているのに伴い、介護給付費や1人当たりの医療費が増加している。そのことから、甲佐町における医療費適正化は、緊急の課題である。

第1期計画での成果として、特定健診及び特定保健指導の受診率向上が挙げられる。受診率向上の理由として、継続受診者（リピーター）が連続して伸びており、個別の関わりが効果を上げていていると考える。しかし、40歳代から50歳代の若い世代や治療のため通院中の健診未受診者等が54.9%と高いため、国の目標の健診受診率60%はまだ達成できていない。第2期に向けて40歳代の新規健診受診者や治療中で健診未受診者の健診受診率向上のためのアプローチ方法を検討する。

また参考資料1から、入院の医療費の割合が減少し、外来の医療費の割合増加がみられている。そのことは、健診受診後の保健指導での早期介入による重症化予防の成果がみえはじめた段階と考えられ、継続することで更なる成果が望めると考えている。

しかしながら、甲佐町においては「糖尿病」が医療費に占める割合が高く、糖尿病性腎症の予防が優先される課題である。次に「脳血管疾患」と「虚血性心疾患」が続いているため、糖尿病性腎症と同様に予防に取り組む必要がある。

第1期の評価として、「糖尿病性腎症」、「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」の入院医療費の10%減少は、達成が難しかった。そのため第2期計画では、目標値・評価指標を見直し、より具体性のあるものに変更する必要がある。

第2期の目標管理については、P54に記す。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

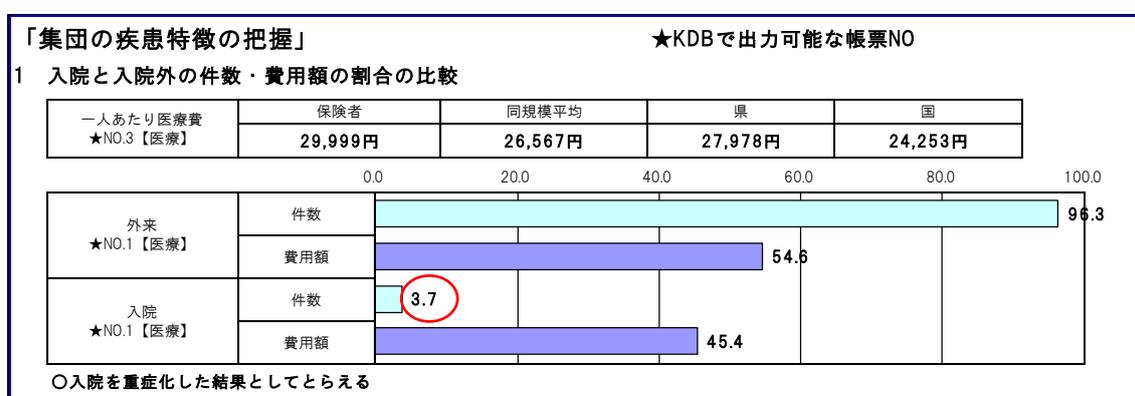
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 15)

甲佐町の1人あたり医療費は、平成28年度は29,999円で同規模、県、国よりも高い。

全体的な医療費をみてみると、外来の費用額は入院より高いが、入院はたった3.7%の件数で費用額の45.4%を占めていることがわかる。

【図表 15】



(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 16、17)

平成28年度の100万円以上の高額レセプトを分析すると、「虚血性心疾患」4人のうち2人が心筋梗塞を発症しており、心疾患の入院による1件当たり費用額が県内1位になった(参考資料1)。

「脳血管疾患」においては、脳梗塞を発症した人が入院医療費100万円以上となっており、そのうちの1人は、3ヶ月連続して100万円以上となっていた。よって「脳血管疾患」は長期入院が必要であり、1回の金額も大きいとわかる。

人工透析患者では、「脳血管疾患」や「虚血性心疾患」を合併している人が半数いた。また、特定疾病台帳より平成28年度に新規に透析導入が必要になった人は3人おり、そのうち2人は糖尿病性腎症があった。さらに、新規に透析導入が必要になった人は、過去5年間において健診未受診者であった。

「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性疾患」すべてにおいて高血圧がベースにあると考えられるが、生活習慣病の治療者数の構成割合において、高血圧症が高い割合を占める。

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 16】

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		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	人数	75人	2人	2.7%	4人	5.3%	
		件数	119件	3件	2.5%	5件	4.2%	
			年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%
				50代	0	0.0%	0	0.0%
				60代	2	66.7%	3	60.0%
70-74歳	1	33.3%	2	40.0%				
費用額	1億7525万円	385万円	2.2%	1350万円	7.7%			

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患	
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	39人	7人	17.9%	1人	2.6%
		件数	348件	50件	14.4%	1件	0.3%
		費用額	1億4559万円	2239万円	15.4%	24万円	0.2%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患			
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	H28.5 診療分	人数	10人	4人	40.0%	2人	20.0%	3人	30.0%
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28年度 累計	122件	52件	42.6%	18件	14.8%	43件	35.2%
		費用額	5222万円	2410万円	46.2%	1188万円	22.8%	2079万円	39.8%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症			
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	の基礎 な疾 り患	1,343人	150人	120人	32人			
			11.2%	8.9%	2.4%				
			高血圧	117人	78.0%	102人	85.0%	23人	71.9%
			糖尿病	77人	51.3%	58人	48.3%	32人	100.0%
			脂質異常症	97人	64.7%	83人	69.2%	25人	78.1%
			776人	57.8%	420人	31.3%	651人	48.5%	133人

○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。

【図表 17】

人工透析患者状況(甲佐町国保)

糖尿病性腎症の割合(H30年1月1日現在)

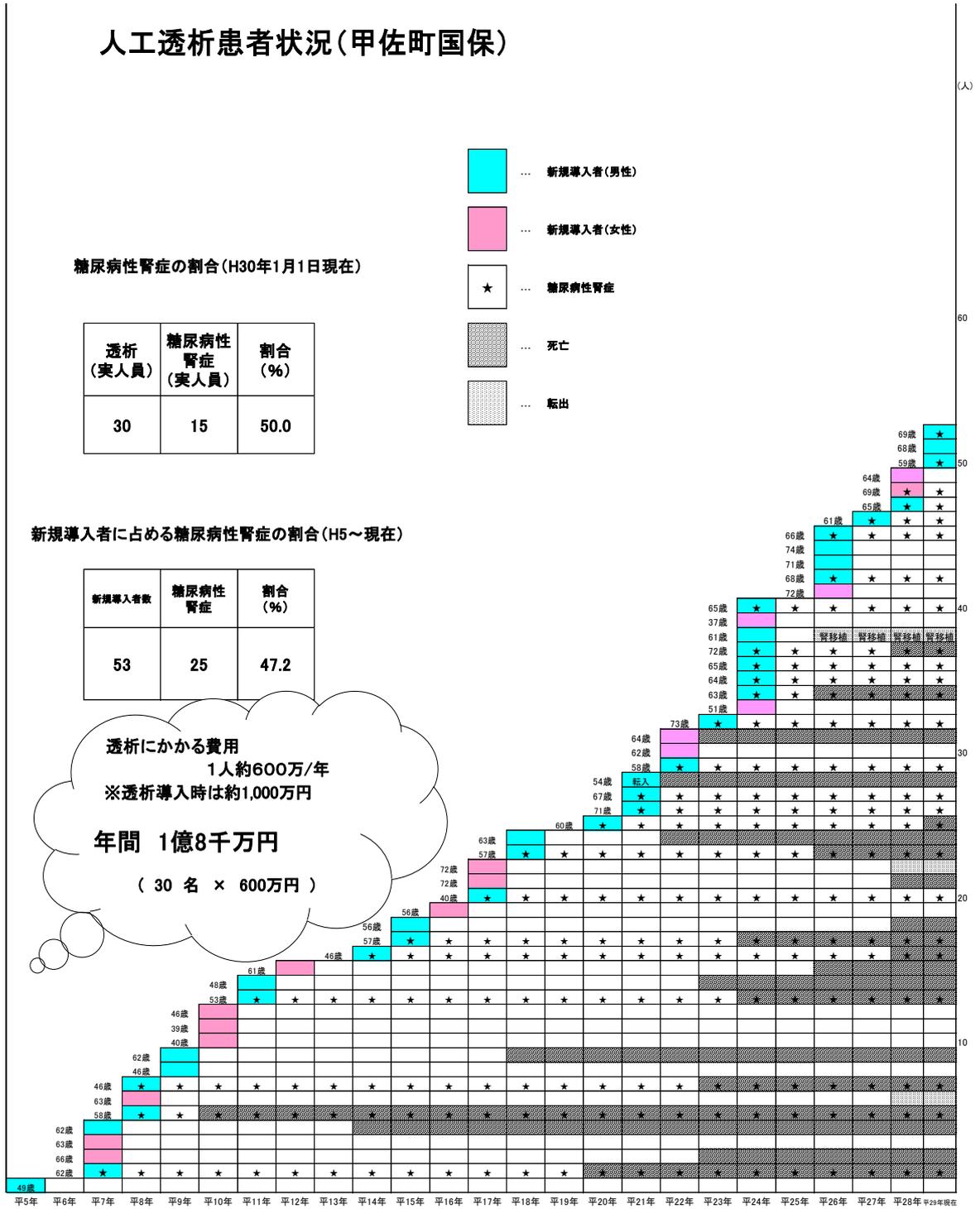
透析 (実人員)	糖尿病性 腎症 (実人員)	割合 (%)
30	15	50.0

新規導入者に占める糖尿病性腎症の割合(H5～現在)

新規導入者数	糖尿病性 腎症	割合 (%)
53	25	47.2

透析にかかる費用
1人約600万円/年
※透析導入時は約1,000万円

年間 1億8千万円
(30 名 × 600万円)



年度	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	
原因別																										
腎炎ほか	1	1	4	5	7	10	11	12	12	12	13	14	16	17	17	17	18	20	20	23	23	26	26	27	28	
糖尿病性	0	0	1	3	3	3	4	4	4	5	6	6	7	8	8	9	11	12	13	18	18	20	21	23	25	
合計	1	1	5	8	10	13	15	16	16	17	19	20	23	25	25	26	29	32	33	41	41	46	47	50	53	
新規																										
導入	1	0	3	1	2	3	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0	1	2	0	3	0	3	0	1	1	
糖尿病性	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	5	0	2	1	2	2	
死亡・転出																										
腎炎ほか	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	3	0	0	2	0	4	0	
糖尿病性	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	2	0	2	1	
実人員																										
腎炎ほか	1	1	4	5	7	10	11	12	12	11	12	13	15	15	15	16	16	13	16	16	17	17	17	14	15	
糖尿病性	0	0	1	3	3	2	3	3	3	4	5	5	6	7	7	7	9	10	10	13	13	13	14	14	15	
透析実人員数	1	1	5	8	10	12	14	15	15	15	17	18	21	22	22	22	25	26	23	29	29	30	31	28	30	

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 18)

介護保険の2号被保険者は、血管疾患により介護認定を受け重度になる。2号の新規認定者のうち2人は、「脳血管疾患」が原因であった。他2人は「糖尿病」があり、ガン末期や筋力低下となっていた。4人は全員、過去5年健診未受診者であった。また、1号の被保険者についても血管疾患がベースにある。

介護を受けている人と受けていない人の医療費を比較してみると、要介護認定者は、介護保険の給付費とは別に要介護認定なしの人の約3倍の医療費を使っていることがわかる。

【図表 18】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか													430991 甲佐町	
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		3,694人		1,499人		2,210人		3,709人		7,403人			
	認定者数		9人		55人		756人		811人		820人			
	認定率		0.24%		3.7%		34.2%		21.9%		11.1%			
	新規認定者数(*1)		4人		15人		107人		122人		126人			
介護度別人数	要支援1・2	1	11.1%	18	32.7%	167	22.1%	185	22.8%	186	22.7%			
	要介護1・2	5	55.6%	26	47.3%	310	41.0%	336	41.4%	341	41.6%			
	要介護3~5	3	33.3%	11	20.0%	279	36.9%	290	35.8%	293	35.7%			
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)		9		55		756		811		820			
	再)国保・後期		6		47		720		767		773			
	(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	脳卒中	4	66.7%	23	48.9%	276	38.3%	299	39.0%	303	39.2%
			2	虚血性心疾患	2	33.3%	12	25.5%	229	31.8%	241	31.4%	243	31.4%
			3	腎不全	2	33.3%	9	19.1%	120	16.7%	129	16.8%	131	16.9%
		基礎疾患(*2)	糖尿病	5	83.3%	22	46.8%	275	38.2%	297	38.7%	302	39.1%	
			高血圧	4	66.7%	39	83.0%	602	83.6%	641	83.6%	645	83.4%	
			脂質異常症	3	50.0%	29	61.7%	375	52.1%	404	52.7%	407	52.7%	
		血管疾患合計	合計	6	100.0%	41	87.2%	667	92.6%	708	92.3%	714	92.4%	
		認知症	0	0.0%	7	14.9%	339	47.1%	346	45.1%	346	44.8%		
		筋・骨格疾患	5	83.3%	41	87.2%	686	95.3%	727	94.8%	732	94.7%		
*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 12,000														
要介護認定者医療費 (40歳以上)		10,129												
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		3,944												

2) 健診受診者の実態 (図表 19・20)

男性の40-64歳は、健診結果の値が、ほぼすべての項目において基準値よりも高い人が全国や県よりも多い。女性では特に40-64歳の72%の人がHbA1cの値が基準値よりも高い。男女共に血圧の値が高い人が多く、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合が高い。

【図表 19】

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

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	30.5		50.1		28.2		20.4		8.7		27.9		55.6		13.9		49.2		24.1		47.3		1.8			
県	14,015	30.1	23,100	49.6	11,801	25.4	9,522	20.5	3,522	7.6	21,144	45.4	31,050	66.7	9,088	19.5	22,905	49.2	12,551	27.0	21,879	47.0	998	2.1		
保険者	合計	109	23.0	211	44.6	117	24.7	81	17.1	32	6.8	250	52.9	330	69.8	86	18.2	214	45.2	88	18.6	174	36.8	12	2.5	
	40-64	51	29.1	86	49.1	53	30.3	43	24.6	17	9.7	88	50.3	111	63.4	34	20.0	65	37.1	42	24.0	78	44.6	2	1.1	
	65-74	58	19.5	125	41.9	64	21.5	38	12.8	15	5.0	162	54.4	219	73.5	51	17.1	149	50.0	46	15.4	96	32.2	10	3.4	
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン			
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	20.6		17.3		16.3		8.7		1.8		16.8		55.2		1.8		42.7		14.4		57.1		0.2			
県	12,171	20.5	10,659	18.0	8,185	13.8	4,959	8.4	951	1.6	16,167	27.3	41,085	69.3	1,227	2.1	25,063	42.3	8,845	14.9	33,405	56.3	137	0.2		
保険者	合計	114	21.7	97	18.4	78	14.8	36	6.8	10	1.9	183	34.8	418	79.5	7	1.3	184	35.0	64	12.2	229	43.5	4	0.8	
	40-64	34	20.2	30	17.9	21	12.5	15	8.9	3	1.8	55	32.7	121	72.0	4	2.4	40	23.8	19	11.3	71	42.3	0	0.0	
	65-74	80	22.3	67	18.7	57	15.9	21	5.9	7	2.0	128	35.8	297	83.0	3	0.8	144	40.2	45	12.6	158	44.1	4	1.1	

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 20】

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	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	473	41.7	25	5.3%	76	15.9%	7	1.5%	48	10.1%	20	4.2%	111	23.5%	21	4.7%	7	1.5%	47	9.9%	35	7.4%	
	40-64	175	34.7	12	6.9%	32	18.3%	1	0.6%	17	9.7%	14	8.0%	42	24.0%	8	4.6%	3	1.7%	17	9.7%	14	8.0%	
	65-74	298	47.4	13	4.4%	43	14.4%	6	2.0%	31	10.4%	6	2.0%	69	23.2%	14	4.7%	4	1.3%	30	10.1%	21	7.0%	
女性	合計	526	48.7	10	1.9%	36	6.7%	2	0.4%	22	4.2%	11	2.1%	52	9.9%	8	1.5%	1	0.2%	3	5.9%	12	2.3%	
	40-64	168	41.3	4	2.4%	10	6.0%	0	0.0%	6	3.6%	4	2.4%	16	9.5%	3	1.8%	1	0.6%	10	6.0%	2	1.2%	
	65-74	358	53.1	6	1.7%	25	7.0%	2	0.6%	16	4.5%	7	2.0%	36	10.1%	5	1.4%	0	0.0%	21	5.9%	10	2.8%	

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 21・22)

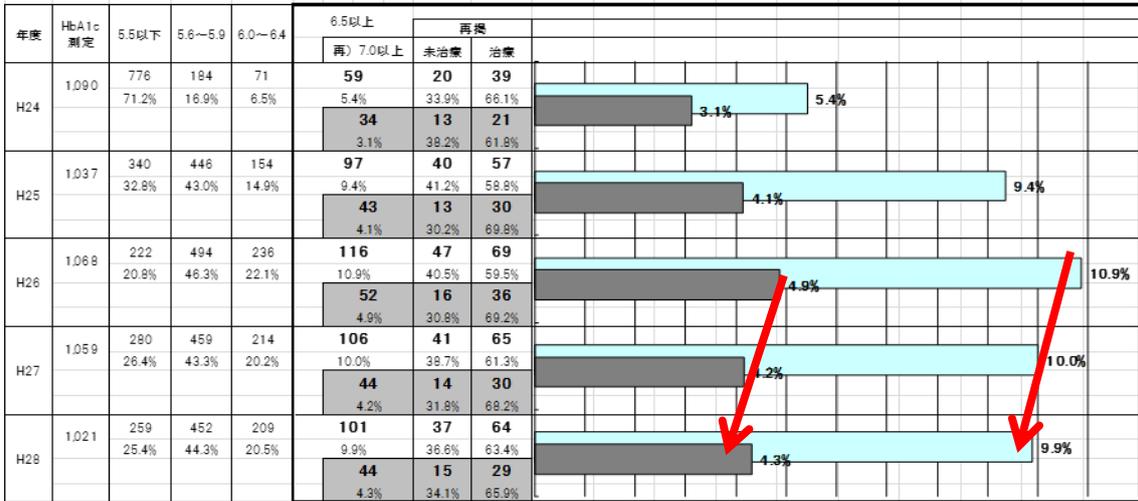
健診継続受診者と比較して新規受診者の治療コントロールが悪く、特に糖尿病治療中の人にコントロール不良者が多い。重症化しやすいⅡ度高血圧(収縮期 160 以上、拡張期 100 以上)、HbA1c 6.5 以上、LDL 160 以上の人の割合は、毎年少しずつ低くなっている。このことから、健診継続受診者に対する保健指導が、医療や生活改善につながりコントロール状況が良くなってきていると考える。

【図表 21】

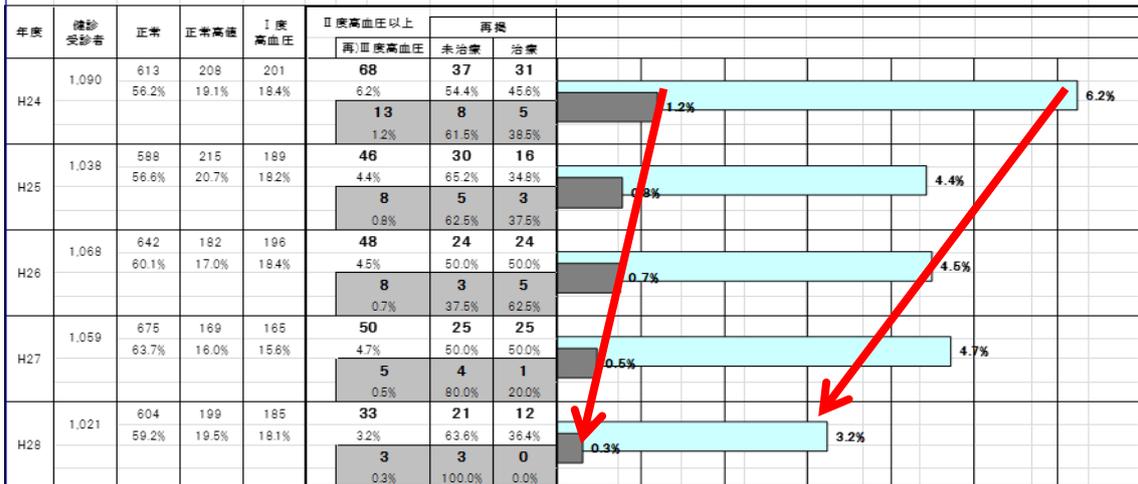


【図表 22】

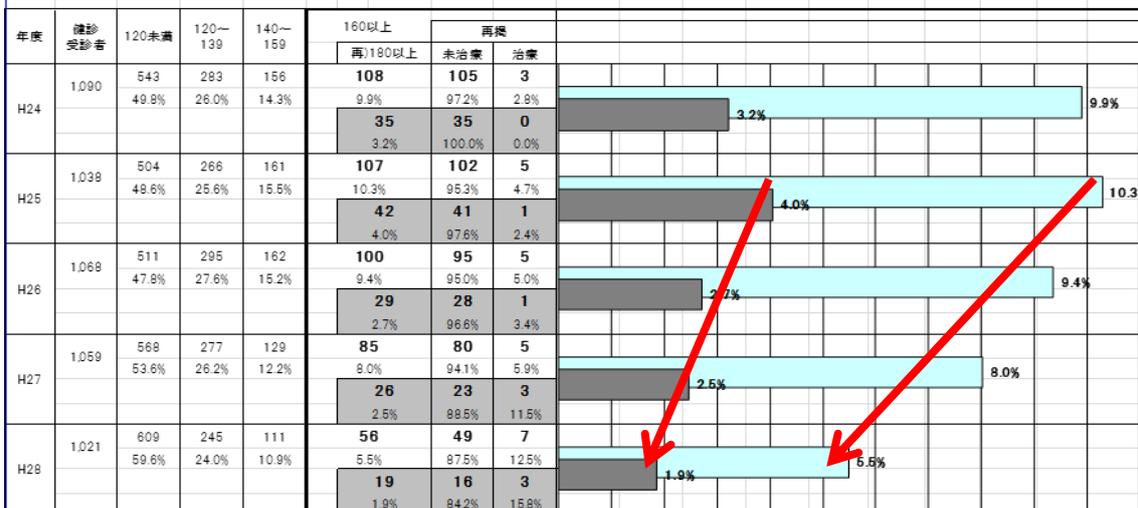
アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は (NGSP値)



アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は



アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

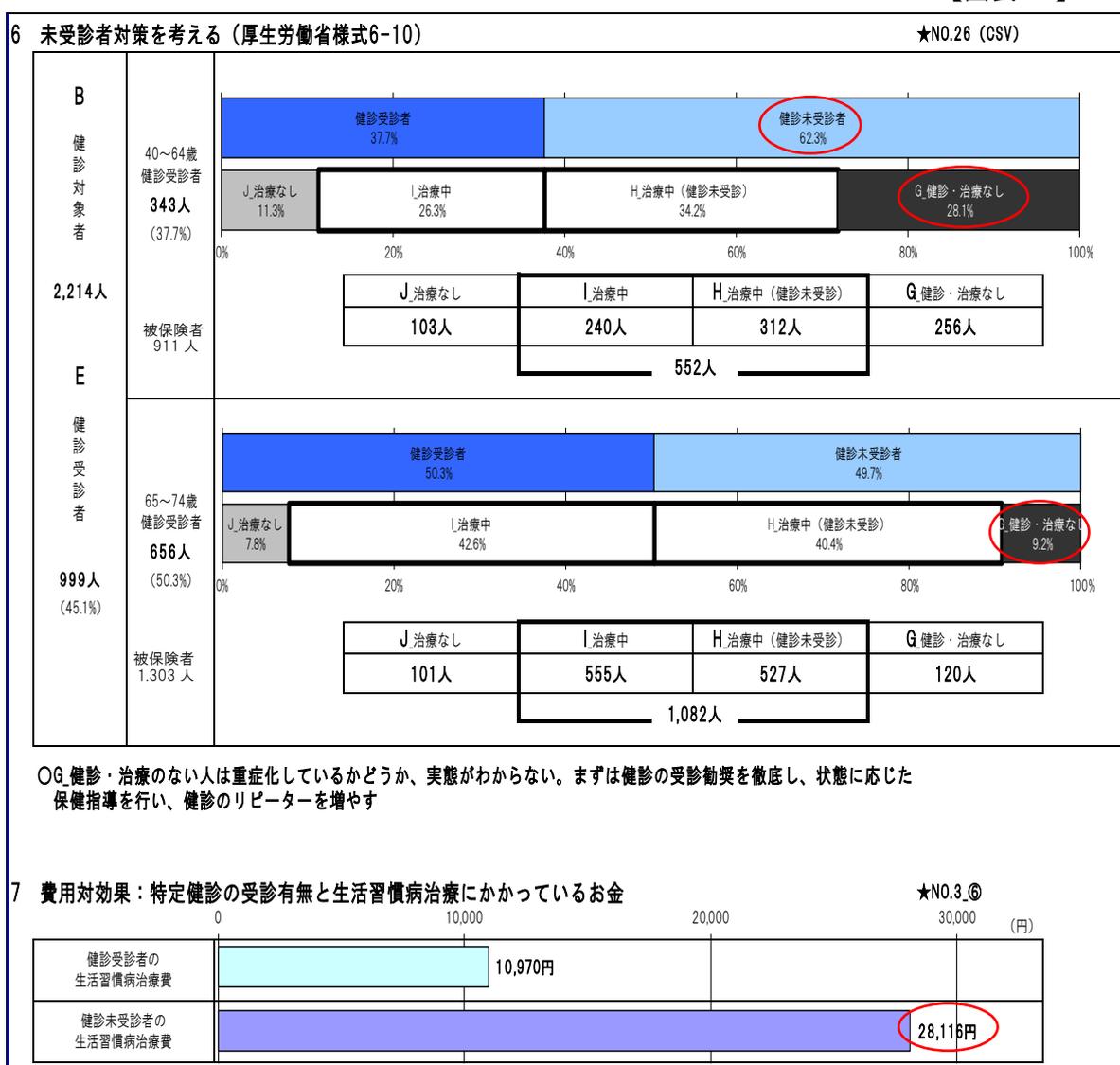


4) 未受診者の把握 (図表 23)

健診未受診者の 62.3%を 40-64 歳の被保険者が占め、そのうちの 28.1% (256 人) は、未治療者であることから実態が把握できない。同じく、9.2%を占める 65-74 歳 (120 人) についても未治療者であることから実態が把握できない。

費用対効果をみてみると、健診未受診者の生活習慣病治療費が、健診受診者の 2.5 倍となっていることがわかる。

【図表 23】



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

3) 目標の設定・実施内容・評価計画

(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「糖尿病性腎症」、「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」の有疾患者数を、平成35年度には平成30年度と比較して、3疾患それぞれ減少させることを目標にし、具体的な数値は目標管理一覧に記す。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、腎臓、脳、心臓の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と考えられることから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

また、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外医療費を伸ばし、入院医療費を抑えることを目標とする。

②短期的な目標の設定

「糖尿病性腎症」、「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」の血管変化において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。

さらに、生活習慣病は自覚症状がないことから、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を行い、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要である。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。

(2) 実施内容

中期的・短期的な目標達成のためには、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方をもとに、経年での血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を維持、改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な人に適切に働きかけ、治療継続への働きかけを行うとともに、医療受診を中断している人に対し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、解決していない継続治療疾患に「高血圧」と「糖尿病」があげられる。

このことから、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ことから、栄養指導等の保健指導を継続して行っていく。

(3) 評価計画

評価計画については、第6章の「計画の評価・見直し」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3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1期及び第2期計画では5年を1期としていたが、医療費適正化計画等の見直しが行われたことをふまえ、第3期（平成30年度以降）からは6年を1期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表 24】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50%	52%	54%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	70%	72%	74%	76%	78%	80%

3. 対象者の見込み

【図表 25】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	2,373人	2,300人	2,200人	2,150人	2,100人	2,050人
	受診者数	1,186人	1,196人	1,188人	1,204人	1,218人	1,230人
特定保健指導	対象者数	121人	122人	121人	123人	124人	125人
	受診者数	85人	88人	90人	93人	97人	100人

4. 特定健診の実施

甲佐町の特徴として、医療機関で治療中の人に健診未受診者が多い状況があげられる。よって、かかりつけ医での健診受診が可能となるよう個別健診を導入し、未受診者対策の一つとして医療との連携も進めていく。

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託し、集団健診については、実施機関と町が個別に契約する。また、新たに導入する個別健診については、県医師会が実施機関の取りまとめを行っているため県医師会と契約を行う。ただし、県医師会との集合契約に参加していない実施機関とは町が個別に契約する。

- ① 集団健診(甲佐町総合保健福祉センター)
- ② 個別健診(委託医療機関)

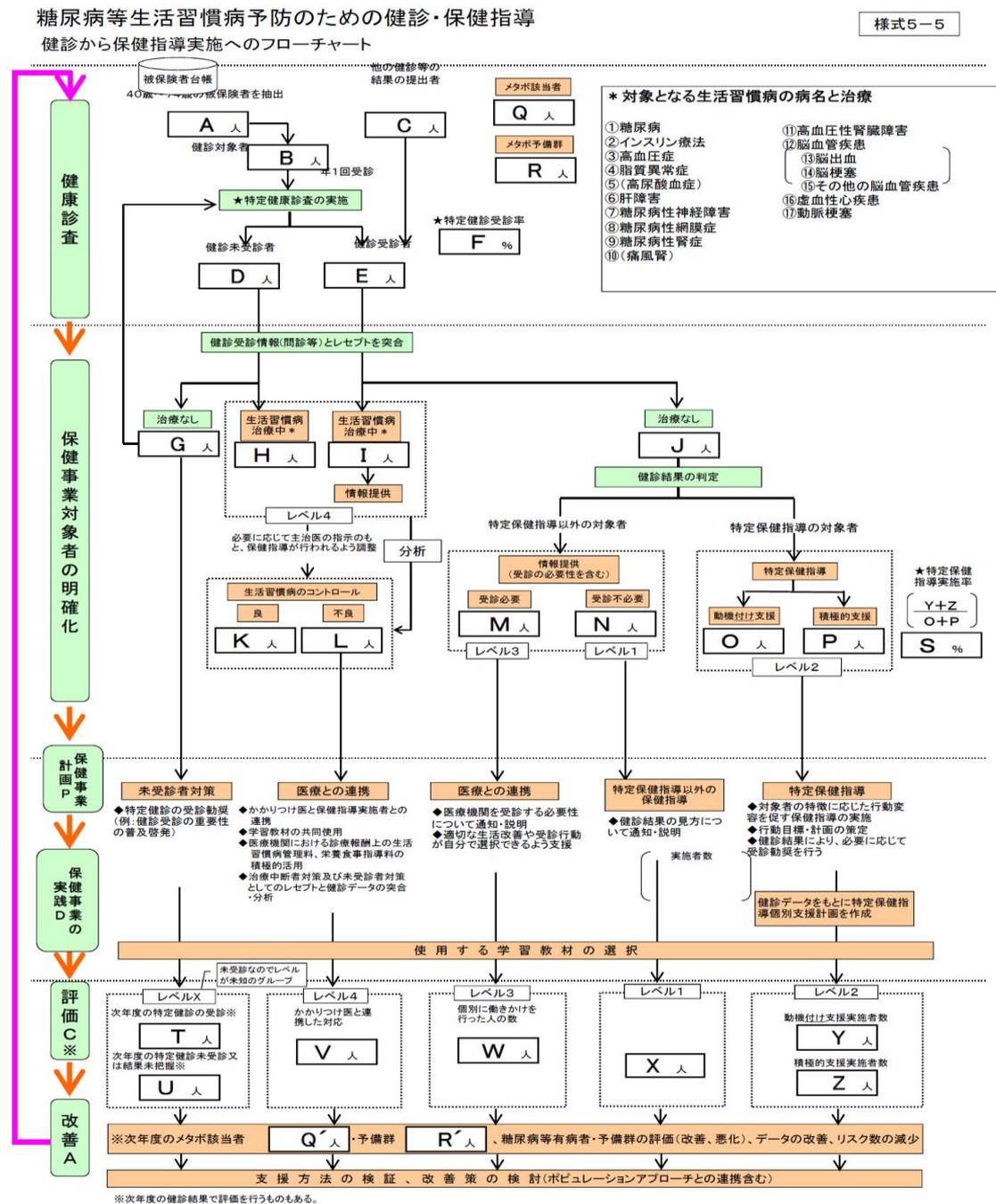
特定保健指導の実施

(1) 健診から保健指導実施までの流れ

「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、健診結果の分析を行い、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 27)

【図表 27】



(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 28）

【図表 28】

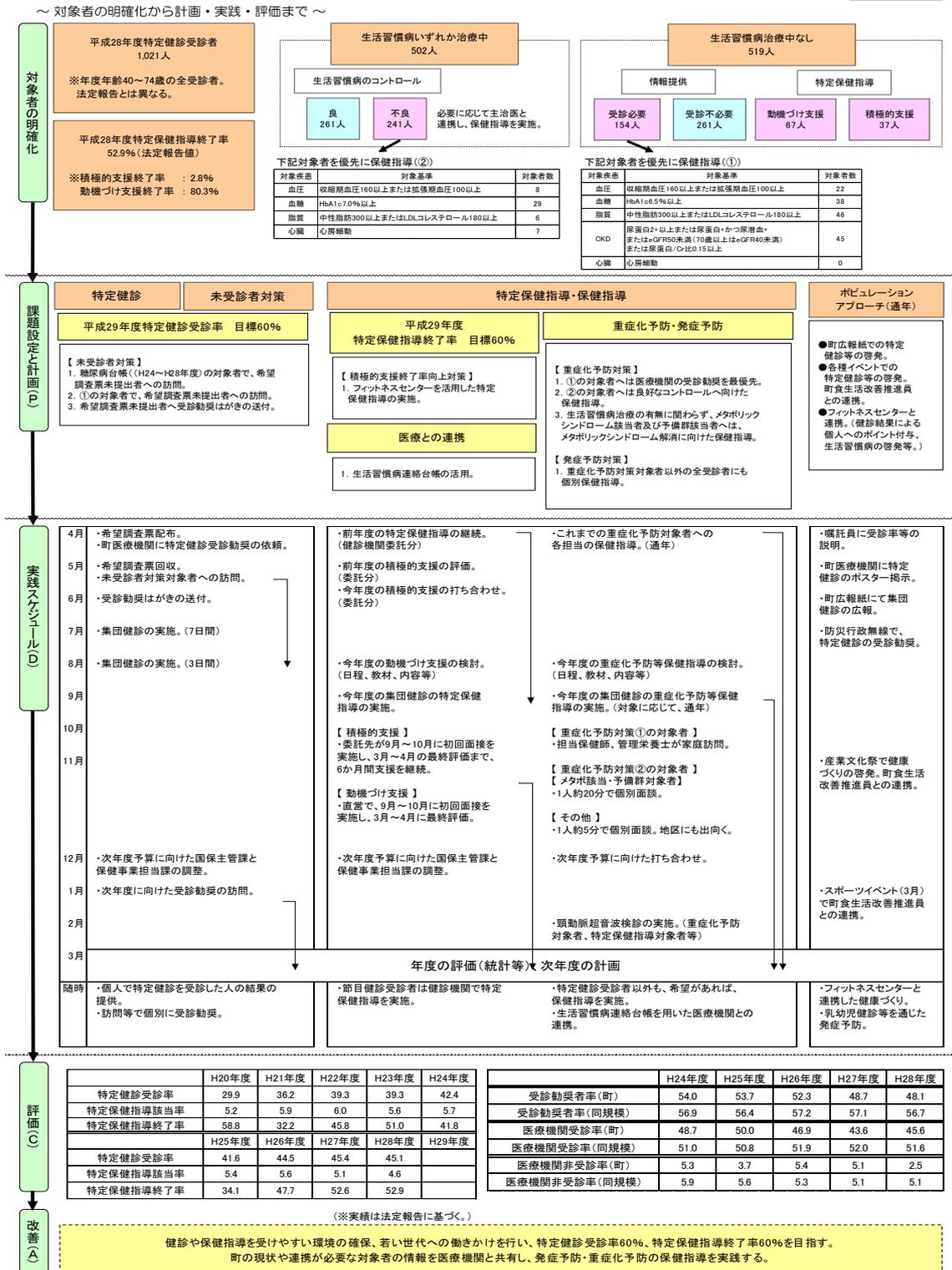
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O:動機付け支援 P:積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	121人 (10.2%)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	179人 (15.1%)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例:健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	1,186人 ※受診率目標達成までにあと 165人	50%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	303人 (25.6%)	100%
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	583人 (49.2%)	コントロール不良者 100%

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 29)

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)

【図表 29】



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「甲佐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に委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム及び健康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、甲佐町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

9. 特定健康診査等実施計画の評価

評価を行うにあたっては、P54の目標管理一覧の数値を用いて委託先と連携しながら行っていく。

また、評価時期については、法定報告では次年度の改善に間に合わないため、年度中（9月）に評価を行い、個別健診受診勧奨等を実施していく。

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」、「脳血管疾患」、「虚血性心疾患」において共通のリスクとなる「糖尿病」、「高血圧」、「脂質異常症」、「メタボリックシンドローム」等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせて実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・脳血管疾患重症化予防・虚血性心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人には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、また、治療中の人へは医療機関と連携した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。

さらに、母子手帳交付時や乳児訪問・乳幼児健診の機会に、生活習慣病の遺伝歴や既往歴からリスクを把握し、母子保健における生活習慣病発症予防の起点の情報として将来に生かしていく。

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）及び熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表30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 30】

【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熊本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する。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 31）

【図表 31】

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。

甲佐町では特定健診におい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）

なお甲佐町では、平成 28 年度から尿蛋白定量検査を導入しスクリーニングの精

度を高めている。実施対象者は、定性検査で（±）以上の人とする。

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の把握を行った。（図表 32）

甲佐町において、特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 39 人（37.5%・F）であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 509 人中のうち、特定健診受診者が 193 人（37.9%・G）であったが、25 人（13.0%・キ）は中断者であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 316 人（62.1%・I）のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 281 人中 19 人が治療中断者であることが分かった。

また、69 人については継続受診中であるがデータが不明であるため、重症化予防に向けて【糖尿病連携手帳】や【甲佐町生活習慣病連絡台帳】等を活用した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 32 より甲佐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）・・・39 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者（オ・キ）・・・44 人
 - ・介入方法として家庭訪問、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）・・・119 人
- ・介入方法として家庭訪問、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】

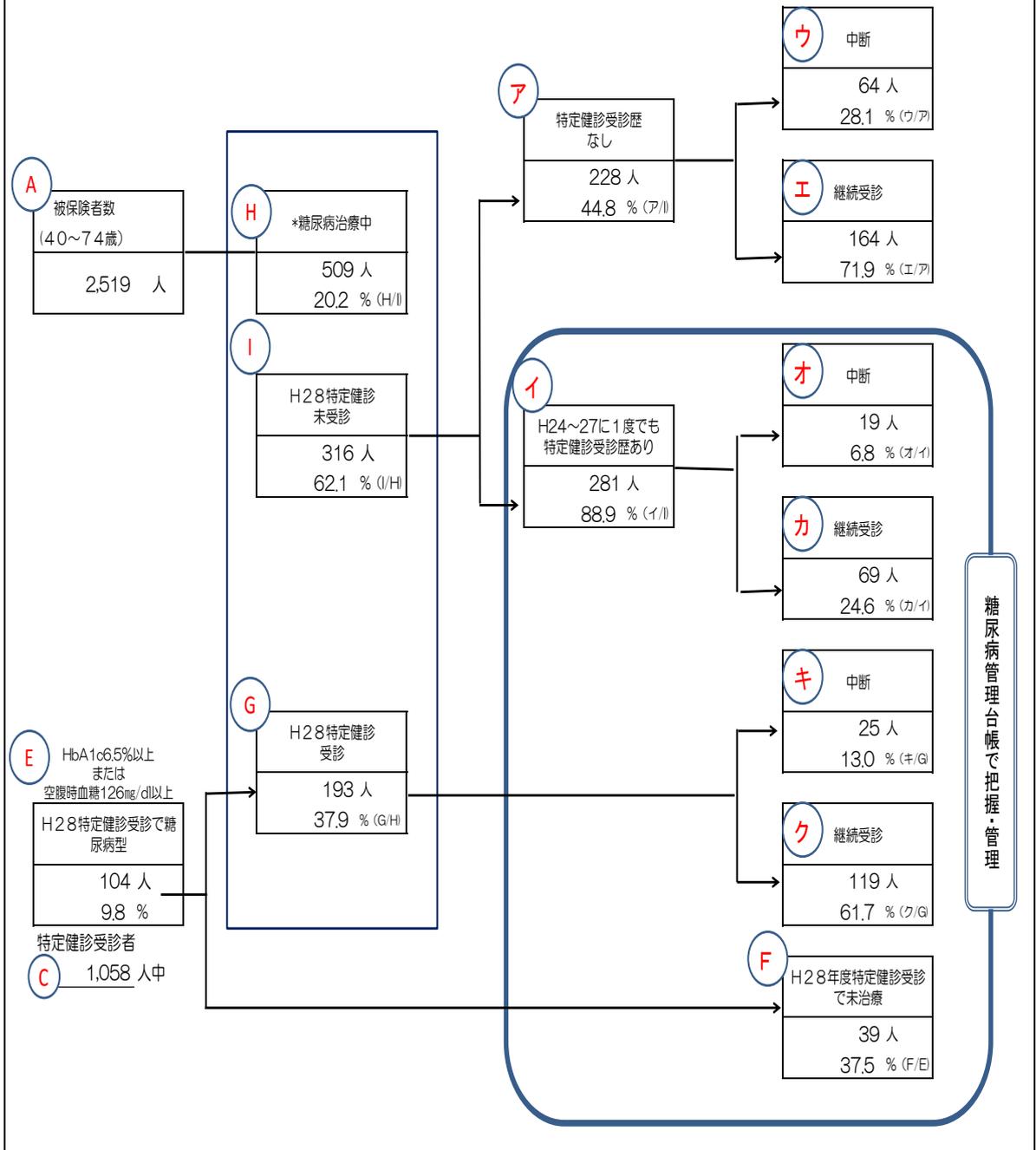
- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者（カ）・・・69 人
- ・介入方法として家庭訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

専門職のマンパワー確保（予算）については、住民生活課（国民健康保険主管課）と連携し、原則、総合保健福祉センター（保健衛生主管課）の保健師等が地区担当制に基づき介入していく。

【図表 32】

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ヶ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。

【糖尿病管理台帳】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%以上の人については、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

- ・ 特定健診の間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

前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)……17 人
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……延べ 91 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。

甲佐町においては、特定健診受診者を対象とし、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 33)

【図表 33】

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の私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満</p> <p>○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満</p> <p>○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> </div>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか ← 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 ← □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>4. HbA1cと体重の変化</p> <p>5. HbA1cとGFRの変化</p> <p>6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> </div> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもと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) 二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であるため、可逆的な糖尿病性腎症第2期の発見を逃す恐れがある。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（±）以上者へは、尿蛋白定量の二次健診等を活用する。

さらに今後は、尿アルブミン検査の実施を検討し、予算化を行い、結果に基づいた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、【甲佐町生活習慣病連絡台帳】等を活用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は「糖尿病連携手帳」を活用して対象者にかかる検査データの収集を行うとともに、保健指導におけるかかりつけ医からの助言をもらう。

かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、熊本県プログラムに準じて行っていく。

6) 高齢者福祉部門との連携

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P54の目標管理一覧と「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の評価項目を用いて住民生活課（国民健康保険主管課）と総合保健福祉センター（保健衛生主管課）が連携し、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システム等の情報を活用していく。

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

- イ. 医療機関受診率
- ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数
- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1c の変化
 - eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²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
- 8月～ 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳を作成。台帳作成後順次、対象者へ介入経過評価(通年)
- 3月 単年度最終評価

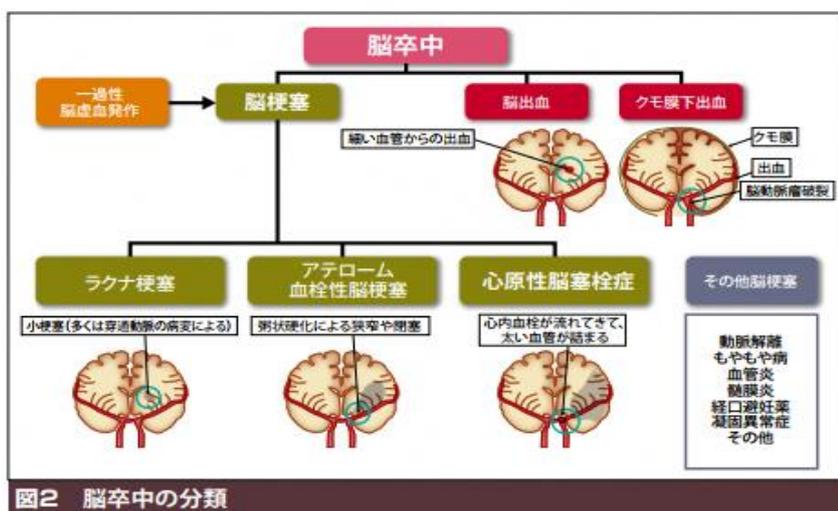
2. 脳血管疾患重症化予防

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。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 36】

脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○		○					
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●				○		○					
	心原性脳梗塞	●					●	○		○					
脳 出 血	脳出血	●													
	くも膜下出血	●													
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧		糖尿病		脂質異常 (高BMDBM)		心房細動		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CDK)			
特定健診受診者における重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0%以上)		LDL180mg/dl 以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)			
受診者数		33人	3.2%	66人	6.5%	19人	1.9%	8人	0.8%	164人	16.1%	8人	0.8%	26人	2.5%
治療なし		21人	3.3%	37人	4.0%	16人	2.1%	2人	0.4%	31人	6.0%	0人	0.0%	4人	0.8%
治療あり		6人	18.2%	7人	10.6%	3人	15.8%	1人	12.5%	31人	18.9%	0人	0.0%	1人	3.8%
臓器障害あり		5人	3.2%	14人	33.0%	3人	1.2%	2人	1.2%	5人	26.5%	0人	1.6%	4人	4.4%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	0人		2人		1人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(2+)以上	0人		1人		0人		0人		0人		0人		0人	
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人		0人		0人		0人		0人		0人		0人	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人		1人		1人		0人		0人		0人		0人	
	心電図所見あり	5人		12人		3人		0人		5人		0人		0人	

脳血管疾患において、高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上 33 人(3.2%)のうち、21 人が未治療者であった。また、未治療者のうち 5 人(32.9%)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。

さらに、治療中であってもⅡ度高血圧である者も 6 人(18.2%)いることがわかった。

治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

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

(図表 37)

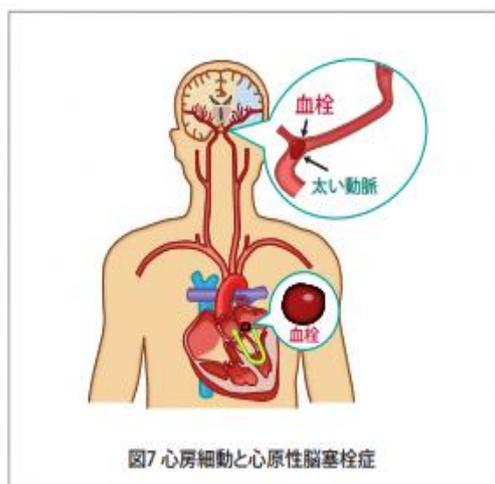
【図表 37】

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）						リスク層別		
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
	644	249	168	105	101	18	3			
		38.7%	26.1%	16.3%	15.7%	2.8%	0.5%			
リスク第1層	82	44	25	4	8 ④	1	0 ①	8	57	57
		12.7%	17.7%	14.9%	3.8%	7.9%	5.6%	100%	1.8%	0.0%
リスク第2層	376	141	98	65	56 ③	13	3	--	56	16
		58.4%	56.6%	58.3%	61.9%	55.4%	72.2%		98.2%	28.1%
リスク第3層	186	64	45	36	37 ②	4	0	--	--	41
		28.9%	25.7%	26.8%	34.3%	36.6%	22.2%			71.9%
再掲 重複あり	糖尿病	63	26	14	12	10	1	0		
		33.9%	40.6%	31.1%	33.3%	27.0%	25.0%			
	慢性腎臓病 (CKD)	71	25	18	15	13	0	0		
		38.2%	39.1%	40.0%	41.7%	35.1%	0.0%			
	3個以上の危険因子	88	25	15	20	3	0			
		47.3%	39.1%	55.6%	41.7%	54.1%	75.0%			

(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



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。しかし心原性脳塞栓症を引き起こす可能性のある心房細動は、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	476	541	7	1.5%	2	0.4%	—	—
40歳代	25	24	0	0.0%	0	0.0%	0.2	0.04
50歳代	66	51	2	3.0%	1	2.0%	0.8	0.1
60歳代	281	323	3	1.1%	1	0.3%	1.9	0.4
70~74歳	104	143	2	1.9%	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	%
9	100	0	0.0%	9	100.0%

心電図検査において9人が心房細動の所見であった。特に男性の50代、60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。心房細動は脳梗塞のリスク因子であるため、継続受診の必要性を認識させるとともに医療機関の受診勧奨を行う必要がある。

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。治療が必要な状態にもかかわらず医療機関未受診者である場合は、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。治療中であつても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ついては、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(甲佐町においては、平成27年度から実施している)」「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、二次健診において、これらの検査を実施することを検討していく。

(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、尿蛋白の数値や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 6)

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 7)

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、受診勧奨を行うとともに、治療中の者に対しては、医療機関と連携した血管リスク低減に向け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 システム等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門との連携

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には、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 システム等の情報を活用して。

また、中長期的評価については、「**目標管理シート**」(P54)を活用し、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

8 月～対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

8 月～特定健診結果が届き次第血圧評価表と心房細動管理台帳の作成。台帳作成後順次、対象者へ介入経過評価(通年)

3 月 単年度最終評価

3. 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 8)

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ついては、「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 9)

(2) 重症化予防対象者の抽出

心電図検査からの把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。

「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会) ことから、心電図検査所見において ST 変化は、心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。

甲佐町において健診受診者 1,017 人のうち心電図検査実施者は 100%であり、そのうち ST 所見等の虚血性変化があったのは 83 人であった(図表 40)。

医療機関未受診者の中には、メタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。また要精査には該当しないが、<ST 所見等虚血性変化あり>の 83 人へは、心電図における ST 等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。

また、その他の所見として心房細動の問題があり、それについては脳血管疾患重症化予防の項目に記す。さらに<異常なし者>へは発症予防の視点での説明やポピュレーションアプローチでの保健指導を実施していく。

心電図検査結果

【図表 40】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
					虚血性変化(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)	(人)	(c/b)	(人)	(d/b)	(人)	(e/b)
平成28年度	1,017	100.0%	1,017	100.0%	83	8.2%	192	18.9%	742	73.0%

※虚血性変化とは、異常Q波・Q波、R波の増高不良、ST-T異常、T波の陰性化、T平定化、低電位。

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

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中にもかかわらず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 41】

虚血性心疾患に関する症状

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

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

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 9 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(これは甲佐町においては、平成 27 年度から実施している)」「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することを検討していく。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみた LDL コレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(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、治療中の者に対しては、医療機関と連携した血管リスク低減に向け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 システム等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門との連携

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システム等の情報を活用していく。

また、中長期的評価については、「目標管理シート」(P54)を活用し、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

8月～ 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

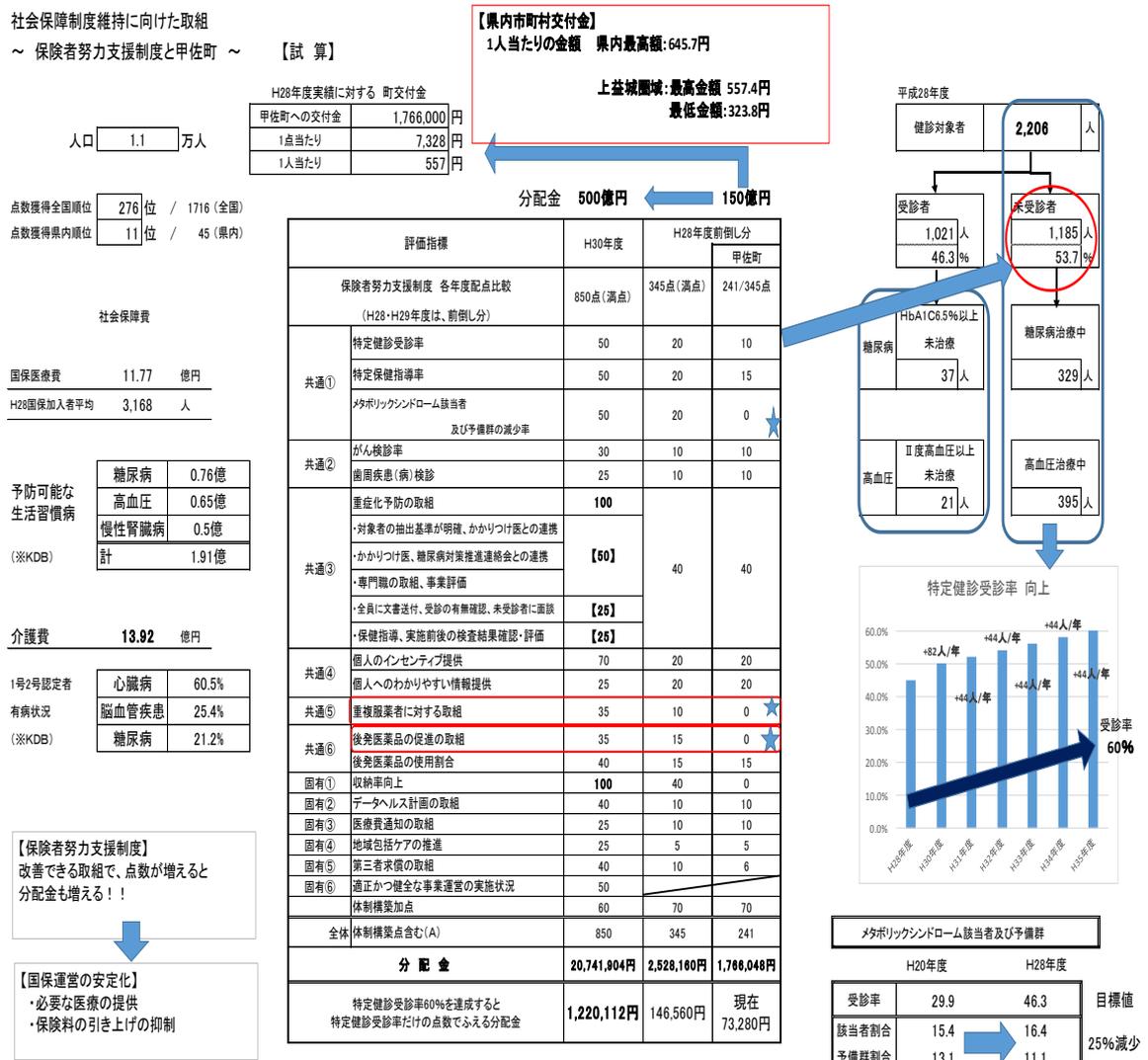
8月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳を作成。台帳作成後順次、対象者へ介入経過評価(通年)

3月 単年度最終評価

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

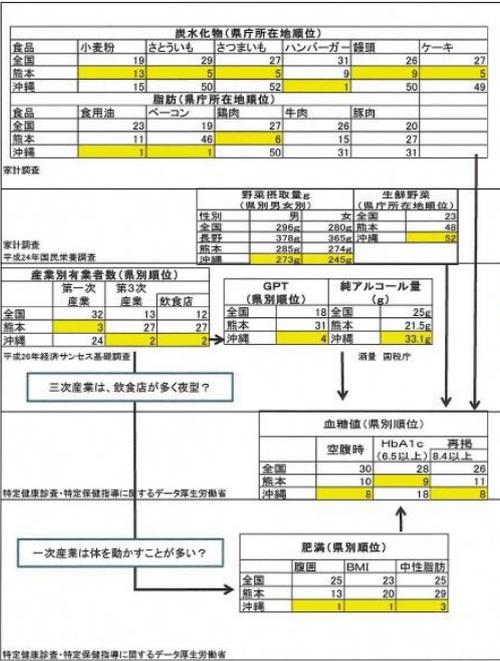
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化が医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするため、個人の実態と社会環境等について広報誌や各健康教育の際に広く町民へ周知していく。
(図表 42・43)

【図表 42】



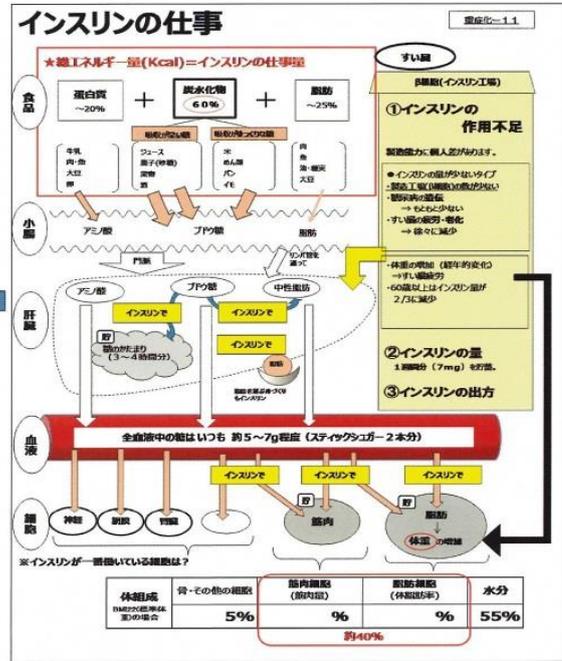
【図表 43】

熊本県と沖縄県のメタボの背景は、何が違うのか？
インスリンの視点で健診データと生活背景を見てみました。



国保連合会研修資料より

平成30年1月8日
資料③



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。要介護状態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が可能であり、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。

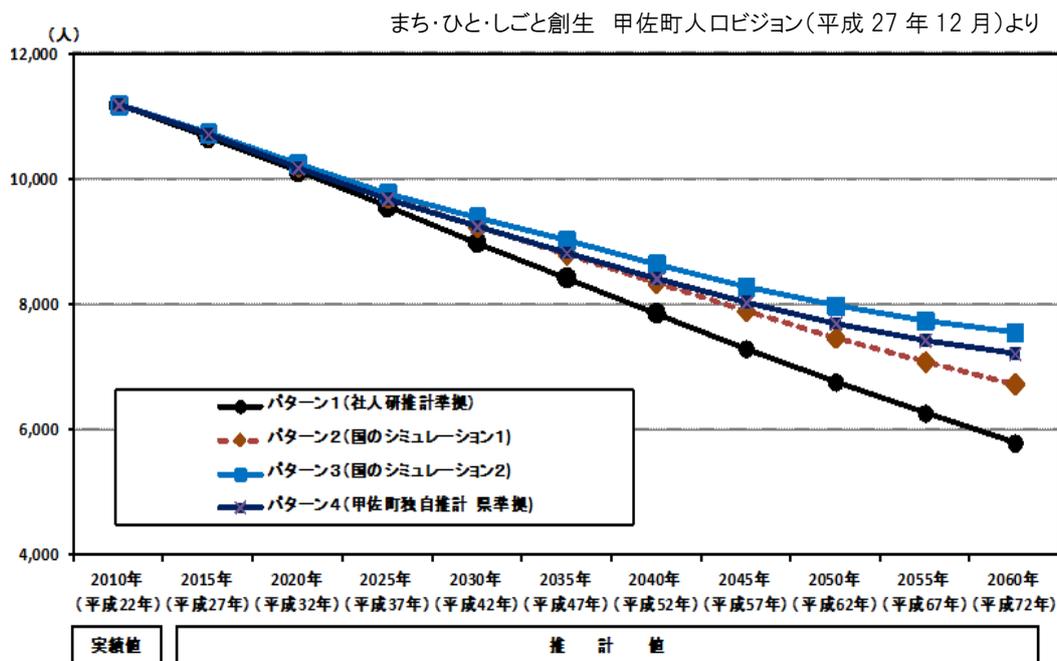
要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護状態に至った背景を分析し、その結果を踏まえて KDB システム・レセプトデータを活用したハイリスク対象者の抽出を行い、保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

甲佐町の人口の将来推計は、減少が予測される。(図表 44)

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。このような状況をかながみれば、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。介護保険計画の策定や地域包括ケアに係る会議に国保主管課として参加し、国保の実態の情報提供を行い、互いに連携していく必要がある。

【図表 44】



(単位: 人)

	実績値	推 計 値									
	2010年 (平成22年)	2015年 (平成27年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)	2030年 (平成42年)	2035年 (平成47年)	2040年 (平成52年)	2045年 (平成57年)	2050年 (平成62年)	2055年 (平成67年)	2060年 (平成72年)
パターン1 (社人研推計準拠)	11,181	10,670	10,116	9,551	8,982	8,419	7,852	7,288	6,754	6,257	5,784
パターン2 (国のシミュレーション1)		10,711	10,202	9,701	9,248	8,797	8,342	7,888	7,464	7,081	6,726
パターン3 (国のシミュレーション2)		10,729	10,238	9,771	9,388	9,016	8,637	8,281	7,977	7,736	7,550
パターン4 (甲佐町独自推計 県準拠)		10,709	10,173	9,677	9,239	8,817	8,409	8,024	7,693	7,425	7,207

資料)内閣官房まち・ひと・しごと創生本部提供資料を基に甲佐町作成

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・福祉などの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、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、平成33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しつつ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）

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)

具体的な評価は、毎月、KDBシステムに収載される健診・医療・介護のデータにより、受診率・受療率、医療の動向等について、保健指導に関わる保健師・栄養士等が自身の担当地区の被保険者分について、定期的に行う。

また、住民生活課（国民健康保険主管課）においては、事務職が総合保健福祉センター（保健衛生主管課）の保健師等と連携し、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに取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については毎年とりまとめを行い、国保連に設置され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。

さらに、中長期の評価については、町全課長で企画会議する「重点戦略事業」や「甲佐町総合計画」でも協議していく。

3. 目標管理一覽

データヘルス計画の目標管理一覽表 (甲佐町)

H27 年度現在

関連計画	評価項目	評価指標	中間評価								最終評価							
			H28	H29	H30		H31		H32		H33		H34		H35			
			現状	現状	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績	目標値	実績		
データヘルス計画・保険者努力支援	成果目標	医療費の伸びの抑制	標準化医療費	1.135					1.067						1.00			
	中長期目標	重症化した結果の疾患の発生状況	入院の伸び率	レセプトに占める入院の割合	45.4%					44.1						42.8%		
			新規 人工透析患者数(実人数:特定疾病台帳)	脳血管疾患患者数(千人当たり:KDB)	2.8						2.4						2	
				虚血性心疾患患者数(千人当たり:KDB)	3.076						3.0						2.076	
				高額(100万円)以上のレセプト 人工透析患者実人数	3						3						2	
				脳血管疾患患者実人数	2						2						1	
				虚血性心疾患患者実人数	4						3						2	
特定健診等実施計画	特定健診・特定保健指導の実施率	特定健診受診率(法定報告)	45.1%	50%	52%	54%	56%	58%	60%									
		特定保健指導実施率(法定報告)	52.9%	70%	72%	74%	76%	78%	80%									
		特定保健指導対象者の減少率(法定報告)	23.1%	23.42%	23.74%	24.06%	24.38%	24.70%	25%									
データヘルス計画・保険者努力支援	基礎疾患の重症化予防	メタボリックシンドローム・予備群の減少率(法定報告)	20.3%	21.08%	21.86%	22.64%	23.42%	24.2%	25%									
		健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	3.2%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%	2.7%	2.8%									
		健診受診者の脂質異常者(LDL160以上)の割合	5.5%	5.4%	5.3%	5.2%	5.1%	5.0%	4.9%									
		健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	9.9%	9.8%	9.7%	9.6%	9.5%	9.4%	9.3%									
		健診受診者の糖尿病患者(治療中HbA1c7.0以上)の割合	4.3%	4.2%	4.1%	4.0%	3.9%	3.8%	3.7%									
		糖尿病の未治療者の割合(参考資料2のF)	31.3%	31.2%	31.1%	31.0%	30.9%	30.8%	30.7%									
		糖尿病の保健指導実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%									
		がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診	10.0%	10.80%	11.10%	11.50%	11.60%	11.70%	11.80%								
	肺がん検診		33.4%	36.20%	37.30%	38.40%	38.80%	39.20%	39.50%									
	大腸がん検診		29.9%	32.40%	33.40%	34.40%	34.80%	35.10%	35.40%									
	子宮頸がん検診		24.6%	27.60%	27.60%	28.40%	28.70%	29.00%	29.30%									
		乳がん検診	15.7%	17.00%	17.50%	18.10%	18.20%	18.40%	18.60%									
	自己の健康に関心を持つ住民が増える	健康ポイントの取組みを行う実施者の割合	1.2%	1.33%	1.46%	1.59%	1.75%	1.88%	2.0%									
後発医薬品の使用による医療費の削減	後発医薬品の使用割合	68.0%	75%	78%	80%	80%	80%	80%										

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ることから、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

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

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた甲佐町の位置
- 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 血圧評価表
- 参考資料 7 心房細動管理台帳
- 参考資料 8 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 9 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 10 生活習慣病有病状況
- 参考資料 11 評価イメージ 1

同規模平均と比べてみた甲佐町の位置

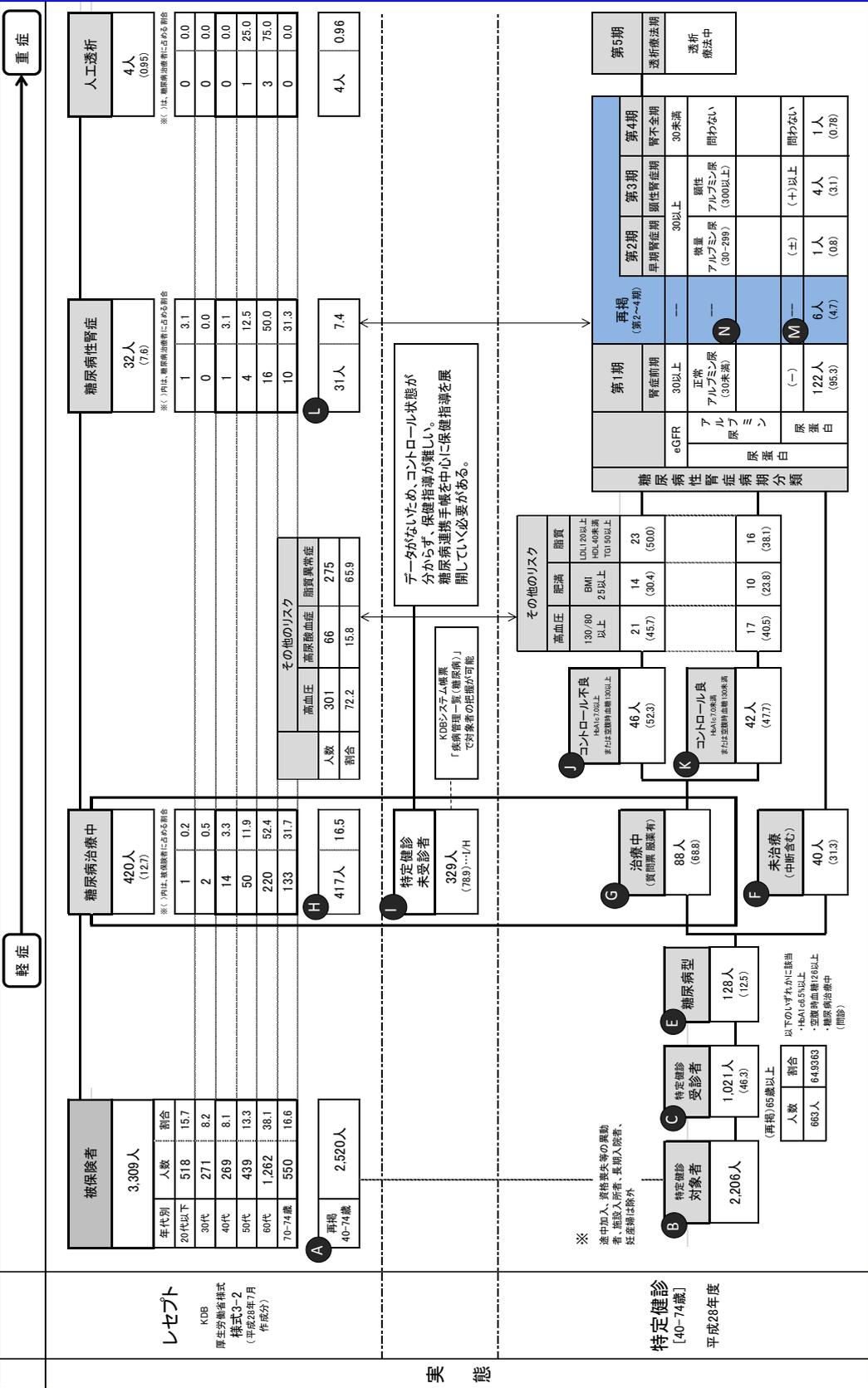
【参考資料1】
 ※ 注 ↑ (悪化) ↓ (改善)

項目		H25		H28		同規模平均 (H28)		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口	11,151		11,151		1,944,956		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)	3,709	33.3	3,709	33.3	575,439	29.6		
		75歳以上	2,210	19.8	2,210	19.8				
		65～74歳	1,499	13.4	1,499	13.4				
		40～64歳	3,694	33.1	3,694	33.1				
	39歳以下	3,748	33.6	3,748	33.6					
	② 産業構成	第1次産業	18.5		18.5		14.7		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	23.2		23.2		26.9			
		第3次産業	58.3		58.3		58.3			
	③ 平均寿命	男性	80.7		80.7		79.3		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		87.0		87.0		86.4				
④ 健康寿命	男性	65.3		65.3		65.1		KDB_NO.1 地域全体像の把握		
	女性	66.6		66.6		66.8				
2	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)	96.4		90.8		105.0		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		がん	44	44.9	28	41.2	6,768	45.4		
		心臓病	29	29.6	22	32.4	4,236	28.4		
		脳疾患	13	13.3	10	14.7	2,609	17.5		
		糖尿病	3	3.1	4	5.9	263	1.8		
		腎不全	6	6.1	2	2.9	584	3.9		
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	10.8		5.9				厚労省HP 人口動態調査	
		男性	14.1		8.5					
	3	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)	797	21.3	811	23.6	114,823	20.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
			新規認定者	4	0.3	14	0.3	1,946	0.3	
2号認定者			11	0.3	9	0.3	2,492	0.4		
② 有病状況		糖尿病	142	16.8	178	21.2	25,557	21.3		
		高血圧症	456	55.8	465	54.8	63,736	53.4		
		脂質異常症	222	26.9	253	29.8	31,917	26.6		
		心臓病	510	62.2	510	60.5	72,144	60.5		
		脳疾患	219	26.9	218	25.4	32,336	27.3		
		がん	79	9.2	99	10.7	11,669	9.6		
③ 介護給付費		1件当たり給付費 (全体)	74,873		75,422		68,805			
	居宅サービス	45,548		46,309		42,403				
	施設サービス	301,384		299,863		278,100				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)	認定あり	16,558	10,129	8,196	3,956				
	認定なし	3,858	3,944							
4	① 国保の状況	被保険者数	3,617		3,187		509,754		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況	
		65～74歳	1,225	33.9	1,370	43.0				
		40～64歳	1,434	39.6	1,069	33.5				
		39歳以下	958	26.5	748	23.5				
	② 医療の概況 (人口千対)	加入率	32.4		28.6		26.6			
		病院数	2	0.6	2	0.6	121	0.2		
		診療所数	5	1.4	5	1.6	1,138	2.2		
		病床数	146	40.4	146	45.8	17,242	33.8		
		医師数	18	5.0	16	5.0	1,935	3.8		
		外来患者数	684.5		761.4		682.6			
③ 医療費の状況	入院患者数	27.4		29.0		22.4				
	一人当たり医療費	27,800	県内14位 同規模34位	29,999	県内13位 同規模31位	26,567				
	受診率	711.889		790.418		705.016				
	外来費用の割合	52.7		54.6		57.2				
	来院件数の割合	96.2		96.3		96.8				
	入院費用の割合	47.3		45.4		42.8				
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 (調割合七))	院 件数の割合	3.8		3.7		3.2				
	1件あたり在院日数	18.0日		18.1日		16.7日				
	がん	137,125,660	19.7	131,796,170	19.9	23.7				
	慢性腎不全 (透析あり)	70,338,950	10.1	50,196,010	7.6	9.5				
	糖尿病	69,070,810	9.9	75,614,150	11.4	10.3				
高血圧症	86,718,030	12.4	64,782,670	9.8	9.2					
精神	154,001,420	22.1	147,013,600	22.2	18.8					
筋・骨格	100,201,230	14.4	109,268,510	16.5	15.1					

項目	H25		H28		同規模平均 (H28)		データ元 (CSV)					
	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	505,379	24位 (18)	515,398	29位 (19)	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域			
				高血圧	467,311	33位 (19)	511,280	25位 (20)				
				脂質異常症	433,654	36位 (16)	543,705	7位 (18)				
				脳血管疾患	571,075	23位 (20)	539,642	31位 (22)				
				心疾患	730,452	4位 (12)	781,808	7位 (19)				
				腎不全	743,989	9位 (16)	734,384	7位 (19)				
				精神	430,277	12位 (26)	437,620	16位 (25)				
				悪性新生物	586,469	17位 (16)	548,804	38位 (16)				
				糖尿病	35,474	19位	32,978	34位				
				高血圧	27,803	29位	26,505	35位				
				脂質異常症	26,450	20位	25,767	22位				
				脳血管疾患	35,527	20位	28,842	40位				
				心疾患	36,259	34位	37,448	33位				
				腎不全	173,636	35位	155,958	40位				
				精神	34,185	2位	32,306	7位				
				悪性新生物	50,601	6位	48,743	25位				
				⑥	健診有無別一人当たり生活習慣病費用額	健診対象者一人当たり	健診受診者	3,171		4,449	2,779	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域
							健診未受診者	6,876		11,403	12,249	
	生活習慣病対象者一人当たり	健診受診者	11,830			10,970	7,539					
	健診未受診者	25,656	28,116			33,226						
⑦	健診・レセ突合	受診勧奨者	546	53.7	481	48.1	85,600	56.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
		医療機関受診率	508	50.0	456	45.6	77,924	51.6				
		医療機関非受診率	38	3.7	25	2.5	7,676	5.1				
5	①-⑬	特定健診の状況 県内順位 順位総数47	健診受診者	1,016	999	150,884	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の把握					
			受診率	40.5	県内24位 同規模68位	45.1		県内25位 同規模56位	41.2			
			特定保健指導終了者 (実施率)	45	34.1	62		60.8	1988	10.6		
			非肥満高血糖	83	8.2	105		10.5	16,132	10.7		
			メタボ	該当者	169	16.6		163	16.3	26,708	17.7	
				男性	118	25.2		111	23.5	18,450	26.8	
				女性	51	9.3		52	9.9	8,258	10.1	
				予備群	123	12.1		110	11.0	16,517	10.9	
			メタボ該当・予備群レベル	男性	86	18.4		75	15.9	11,305	16.4	
				女性	37	6.8		35	6.7	5,212	6.4	
				腹囲	総数	341		33.6	308	30.8	48,306	32.0
					男性	235		50.2	211	44.6	33,087	48.1
			BMI	女性	106	19.3		97	18.4	15,219	18.6	
				総数	34	3.3		35	3.5	8,411	5.6	
			男性	4	0.9	4		0.8	1,366	2.0		
			女性	30	5.5	31		5.9	7,045	8.6		
			血糖のみ	10	1.0	9		0.9	1,113	0.7		
			血圧のみ	81	8.0	70		7.0	11,749	7.8		
			脂質のみ	32	3.1	31		3.1	3,655	2.4		
血糖・血圧	31	3.1	30	3.0	4,972	3.3						
血糖・脂質	5	0.5	8	0.8	1,383	0.9						
血圧・脂質	79	7.8	78	7.8	12,150	8.1						
血糖・血圧・脂質	54	5.3	47	4.7	8,203	5.4						
6	①-⑭	生活習慣の状況	服薬	高血圧	347	34.2	374	37.4	53,167	35.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	79	7.8	87	8.7	12,333	8.2			
			脂質異常症	211	20.8	244	24.4	33,165	22.0			
			既往歴	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	24	2.4	28	2.8	4,411	3.0		
			心臓病 (狭心症・心筋梗塞等)	59	5.8	62	6.2	7,617	5.3			
			腎不全	1	0.1	1	0.1	756	0.5			
			貧血	46	4.5	28	2.8	12,367	8.7			
			喫煙	162	15.9	168	16.8	21,922	14.5			
			週3回以上朝食を抜く	66	6.5	74	7.4	9,740	7.0			
			週3回以上食後間食	140	13.8	135	13.5	16,764	12.0			
			週3回以上就寝前夕食	230	22.6	233	23.3	22,143	15.8			
			食べる速度が速い	276	27.2	261	26.1	37,641	27.0			
			20歳時体重から10kg以上増加	358	35.2	325	32.5	45,144	32.3			
			1回30分以上運動習慣なし	617	60.7	676	67.7	90,055	64.4			
1日1時間以上運動なし	526	51.8	575	57.6	65,817	47.1						
睡眠不足	192	18.9	212	21.2	34,533	24.7						
毎日飲酒	308	30.3	287	28.7	37,127	26.1						
時々飲酒	229	22.5	218	21.8	28,746	20.2						
⑭	一日飲酒量	1合未満	288	53.2	240	47.3	59,598	61.3				
	1~2合	181	33.5	188	37.1	24,348	25.0					
	2~3合	55	10.2	59	11.6	9,953	10.2					
	3合以上	17	3.1	20	3.9	3,329	3.4					

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

都道府県名 熊本県 市町村名 甲佐町 同規模区分 10



【参考資料2】

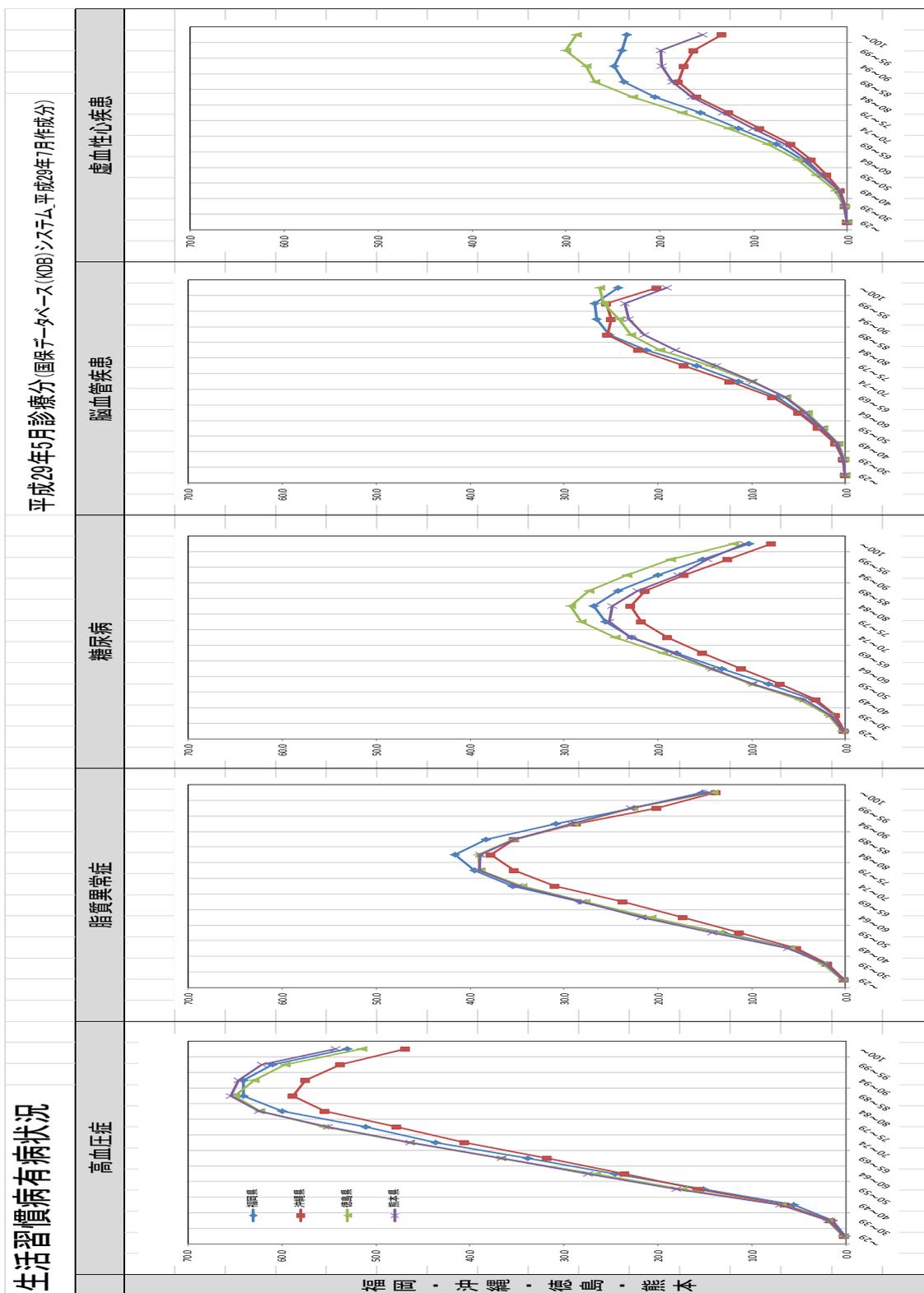
【参考資料 5】

様式0-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 甲佐町												
		項目	保険者						同規模保険者		データ元	
			平成28年度		平成29年度		平成30年度		実数	割合		
			実数	割合	実数	割合	実数	割合				
1	①	被保険者 (再掲)40才~74才	3,288	人							KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2	①	健診対象者数	2,206	人							保健指導支援ツール	
	②	健診受診者数	996	人								
	③	健診受診率	45.1	%								
3	①	特定保健指導 保健指導対象者数	102	人							H28年度特定健康診査・ 特定保健指導実施状況	
	②	実施率	60.8	%								
4	①	健診データ 糖尿病型	128	人	%						特定健診結果 保健 指導支援ツール	
	②	未治療・中断者(質問票 服薬なし)	40	人	%							
	③	治療中(質問票 服薬者)	88	人	%							
	④	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	46	人	%							
	⑤	血圧 130/80以上	21	人	%							
	⑥	肥満 BMI25.0以上	14	人	%							
	⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	42	人	%							
	⑧	糖尿病病期分類										
	⑨	尿蛋白	(-) 第1期	122	人	%						
	⑩		(±) 第2期	1	人	%						
	⑪		(+)以上 第3期	4	人	%						
⑫	eGFR(30未満) 第4期		1	人	%							
5	①	レセプト 糖尿病治療中	402	人	%						あなみツール②_2集 計ツール2017.7(DM 腎症(レセ×健診))	
	②	(再掲)40才~74才	417	人	%							
	③	健診未受診者	329	人	%							
	④	糖尿病性腎症	32	人	%							
	⑤	(再掲)40才~74才	31	人	%							
	⑥	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	4	人	%							
	⑦	(再掲)40才~74才	4	人	%							
	⑧	後期高齢者の慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	32	人	%							
	⑨	新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症	5	人	%							
6	①	医療費	総医療費	a	11.7	億円					KDB健診・医療・介護 データからみえる地域の 健康課題CSV	
	②		生活習慣病総医療費	b	4.35	億円						
	③		(総医療費に占める割合)	b/a	37.2	%						
	④		生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	4,449	円						
	⑤			健診未受診者	11,403	円						
	⑥		糖尿病医療費	c	7,561	万円						
	⑦		(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	17.4	%						
	⑧		入院外		人	%						
	⑨		入院		人	%						
	⑩		糖尿病入院外総医療費	1.8	億円							
	⑪		1件当たり	32,978	円							
	⑫		糖尿病入院総医療費	1.3	億円							
	⑬		1件当たり	515,398	円							
	⑭		在院日数	19	日							
	⑮		慢性腎不全医療費									
⑯	透析有り	0.5	億円									
⑰	透析なし	841	万円									
7	①	介護 介護給付費	13.92	億円						KDB市町村別データ		
	②	(再掲)2号認定者の所有者割合										
	③	糖尿病	20.9	%						要介護(要介護)者割合状況CSV		
8	①	死亡 死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	38	人						KDB地域の全体像の 把握CSV		
	②	糖尿病	4	人	5.9%							

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"/> S T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」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。			⑥ 発症予防対象者			
判定	正常	軽度	重度		追加評価項目		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 腹囲		男 85~ 女 90~				
	<input type="checkbox"/> BMI	~24.9	25~				
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	空腹	~149			150~299	300~
		食後	~199			200~	
	<input type="checkbox"/> nonHDL-C	~149	150~169			170~	
	<input type="checkbox"/> AST	~30	31~50			51~	
	<input type="checkbox"/> 血糖	空腹	~99			100~125	126~
		食後	~139			140~199	200~
	<input type="checkbox"/> HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~			
	<input type="checkbox"/> 尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~			
<input type="checkbox"/> 血圧	収縮期	~129	130~139	140~			
	拡張期	~84	85~89	90~			
④ <input type="checkbox"/> LDL-C	~119	120~139	140~	<input type="checkbox"/> 角膜輪/アキレス腱肥厚/皮膚・腱黄色腫/発疹性黄色腫の有無			
e G F R		60未満					
尿蛋白	(-)	(+) ~					
<input type="checkbox"/> C K D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



第1期一々ヘルス計画 評価シート

保険者名: 甲佐町

※行が足りない場合は追加して使用してください。

事業名 or 評価項目	目標	ストラクチャー	プロセス	アウトプット		アウトカム		考察と課題	第2期への反映事項
				評価指標・目標値	結果	評価指標・目標値	結果		
1	人工透析予備群(人工透析導入者の減少)	今年度実績 (事業・専門職の人数・体制、関係機関等)	今年度実績 (相談、手段、方法、関係機関との連携状況等)	今年度実績 ①受診券配布 H29:627人 ②個別受診動員 H29:133人	今年度実績 ①H28法指報告45.1% ②H29:66人 ③H29:30人	今年度実績 ①H28法指報告45.1% ②H29:66人 ③H29:30人	今年度実績 ①H28法指報告45.1% ②H29:66人 ③H29:30人	今年度実績 ①H28法指報告45.1% ②H29:66人 ③H29:30人	今年度実績 ①H28法指報告45.1% ②H29:66人 ③H29:30人
2	特定保健指導実施率の向上 H29 60%	重保:事務職・看護師(非保健センター);事務職・保健師・管理栄養士(非常勤)	・毎年4月 行政区長連に保健指導推進委員会配付 ・保健指導委員会にて町全体の保健指導実施率を協議 ・毎年6月～12月 節目健康(人間ドック)実施活動 ・毎年11月 産業文化祭での健康イベント受診動員 【事務職と専門職で役割分担】 ・事務職:特定健診未申込へ受診券を配布 ・専門職:通常の健診で重症化予防の個別保健指導(訪問・面談・電話)	①保健指導担当者を決める ・初回面接が困難な事例は家族等の協力や面接時間の工夫などを要する	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人
3	特定保健指導実施率の向上 H29 60%	重保:事務職・看護師(非保健センター);事務職・保健師・管理栄養士(非常勤)	・6月 町内医療機関等との連携会議にて生活習慣病予防管理計画を作成し、運用スタート ・8月 未治療等の重症化予防対策として、地区担当保健師や管理栄養士による家庭訪問 ・9月 治療中の重症化予防対策とその他の情報提供対象者へヘルス計画作成、個別指導、面談、電話指導、医師との連携体制、地区担当保健師、管理栄養士による家庭訪問 ・2月3月 二次健診実施、個別結果説明会	①重症化予防対象者への保健指導実施率 ②重症化予防対象者の重症化予防率 ③重症化予防対象者の重症化予防率 ④重症化予防対象者の重症化予防率 ⑤重症化予防対象者の重症化予防率	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人	今年度実績 ①H28:合計延べ382人(実施率100%) ②H28:23人 ③H28:132人(対象者402人実施率32.8%) ④H29:2回 ⑤町から依頼H29:18人 ⑥医療機関から依頼H29:2人

【参考資料11】