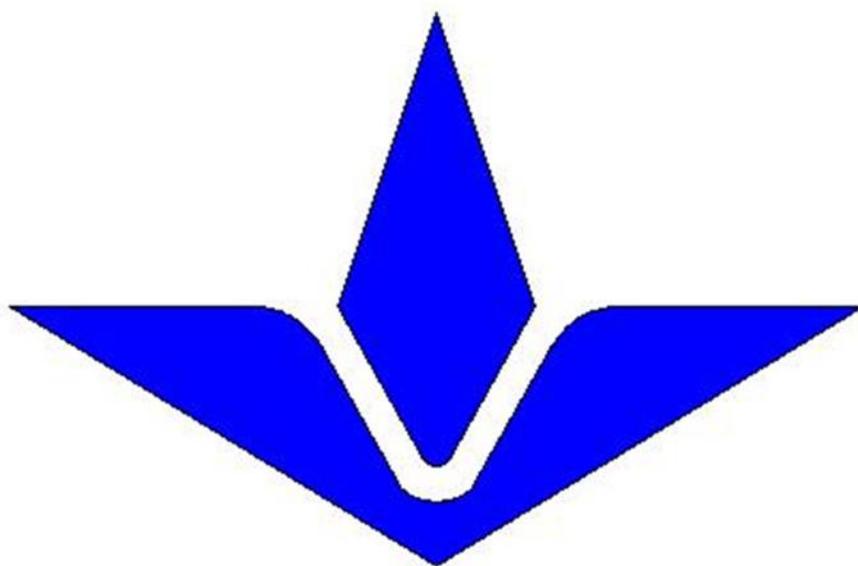


山江村第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)



平成30年 3月

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	4
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	10
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)	24
1.第三期特定健診等実施計画について	
2.第 2 期計画に係る評価	
3.目標値の設定	
4.対象者の見込み	
5.特定健診の実施	
6.特定保健指導の実施	
7.未受診者対策	
8.個人情報の保護	
9.結果の報告	
10 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	31
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	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「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

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

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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

山江村においては、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「第三期特定健診等実施計画」と一体化した計画として定め、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

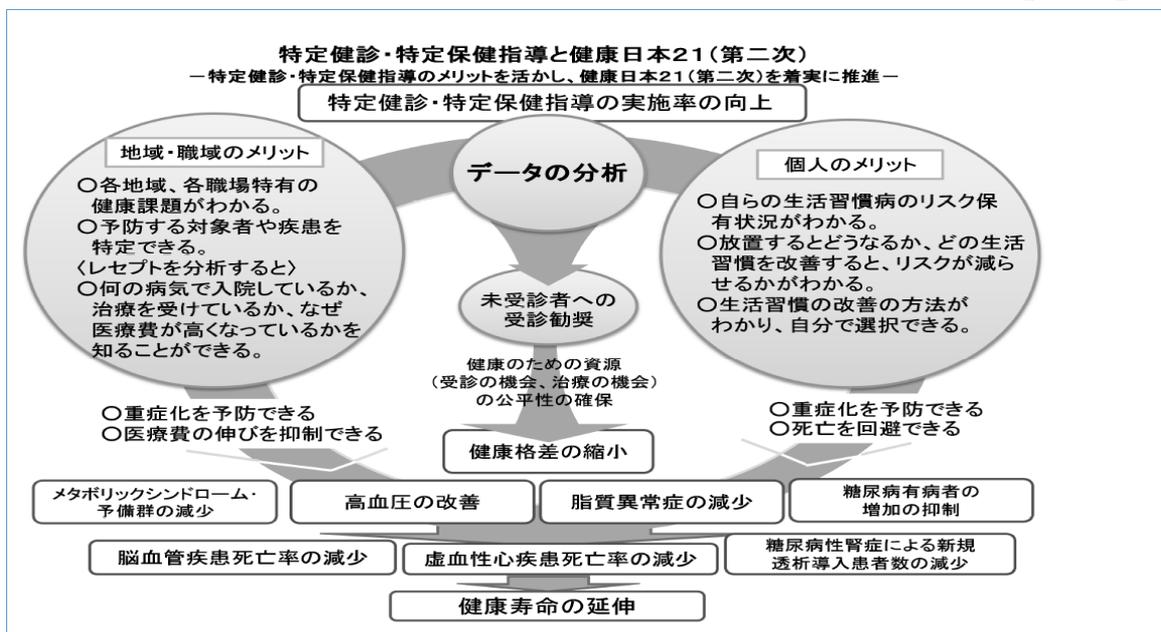
第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

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、「くまもと21ヘルスプラン」や「山江村総合振興計画」、「山江村医療費適正化計画」、「熊本県における医療費の見通しに関する計画」、「山江村介護保険事業計画」と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

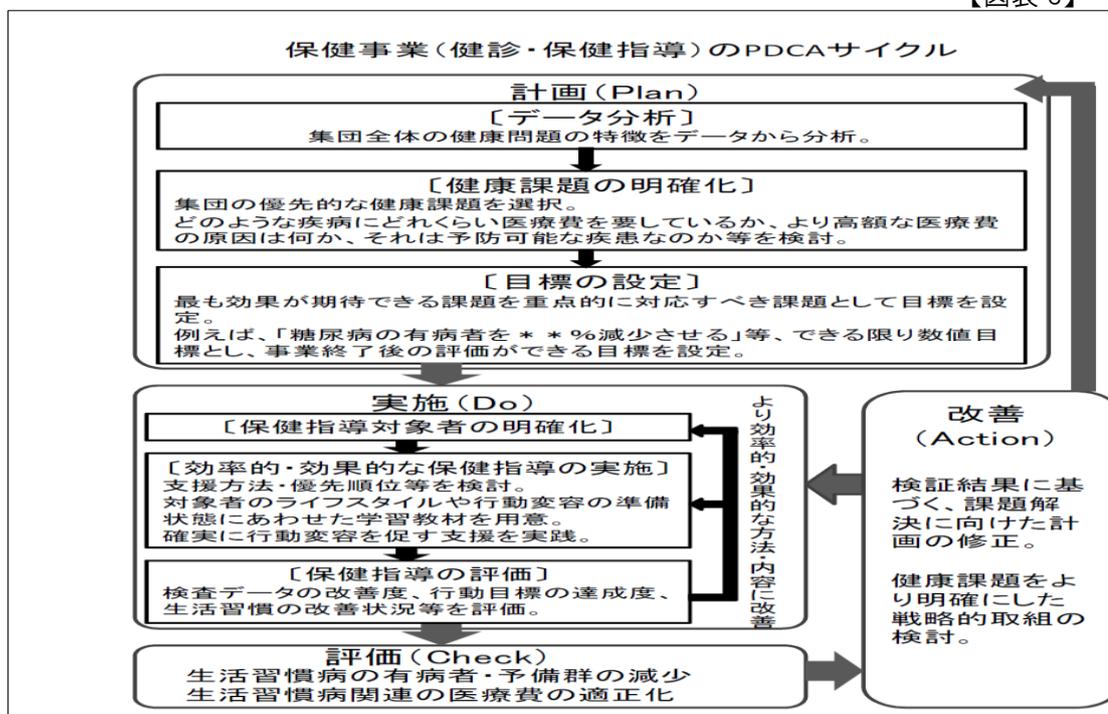
平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
健康増進法第21条とは「健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村（母子保健法、介護保険法）、学校教育法						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業（支援）計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法第8条、第9条 第6条（健康増進事業実施者）	高齢者の医療の確保に関する法律第19条	国民健康保険法第82条	介護保険法第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律第9条	医療法第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な施策を定め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適切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健事業の実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業におけ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施策について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年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増進の観点から、生活習慣の改善による慢性疾患の予防・早期発見・治療の促進を図るとともに、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、 社会生活機能の向上 を図るものとする。生活習慣の改善及び社会生活機能の向上を図ることを目指す。	生活習慣の改善による慢性疾患の予防・早期発見・治療の促進を図るとともに、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、 社会生活機能の向上 を図るものとする。生活習慣の改善及び社会生活機能の向上を図ることを目指す。	生活習慣の改善による慢性疾患の予防・早期発見・治療の促進を図るとともに、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、 社会生活機能の向上 を図るものとする。生活習慣の改善及び社会生活機能の向上を図ることを目指す。	高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護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として、 重症化の防止 を重要としている。	国民生活の向上に向け、国民の生活の質の維持及び向上を支援し、かつ、医療費の適正化を図ることを目指す。国民生活の向上に向け、国民の生活の質の維持及び向上を支援し、かつ、医療費の適正化を図ることを目指す。	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関 の連携を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための取組を推進する。
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る若年（若壮年期）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 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 生活習慣病 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患（COPD） がん末期 若老期の認知症、早老症 骨質・骨量減少 パーキンソン病関連疾患 腎臓小脳変性症、脊髄管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、若年性認知症 後縦脊狭窄症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病 がん 精神疾患	心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 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罹患率 ②生活習慣病（糖尿病、脂質異常症）による合併症発生率（死亡率） 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 ⑪生活習慣病の予防 ⑫生活習慣病の予防 ⑬生活習慣病の予防 ⑭生活習慣病の予防 ⑮生活習慣病の予防 ⑯生活習慣病の予防 ⑰生活習慣病の予防 ⑱生活習慣病の予防 ⑲生活習慣病の予防 ⑳生活習慣病の予防 ㉑生活習慣病の予防 ㉒生活習慣病の予防 ㉓生活習慣病の予防 ㉔生活習慣病の予防 ㉕生活習慣病の予防 ㉖生活習慣病の予防 ㉗生活習慣病の予防 ㉘生活習慣病の予防 ㉙生活習慣病の予防 ㉚生活習慣病の予防 ㉛生活習慣病の予防 ㉜生活習慣病の予防 ㉝生活習慣病の予防 ㉞生活習慣病の予防 ㉟生活習慣病の予防 ㊱生活習慣病の予防 ㊲生活習慣病の予防 ㊳生活習慣病の予防 ㊴生活習慣病の予防 ㊵生活習慣病の予防 ㊶生活習慣病の予防 ㊷生活習慣病の予防 ㊸生活習慣病の予防 ㊹生活習慣病の予防 ㊺生活習慣病の予防 ㊻生活習慣病の予防 ㊼生活習慣病の予防 ㊽生活習慣病の予防 ㊾生活習慣病の予防 ㊿生活習慣病の予防	①特定健診受診率 ②特定健康指導実施率	健康・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の改善（特定健診の活用） ①若年生活 ②若年生活における多歩 ③アルコール摂取量 ④喫煙 (2) 健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健康診査の実施率 ④生活習慣病の有病率・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	①医療費適正化の取組 外支 ②一人あたり医療費の削減 ③特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ④特定保健指導・予備群の減少 ⑤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 （地域の医師に依りて特定）
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度】を減額し、保険料率決定			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】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

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

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

山江村においては、健康福祉課が主体となりデータヘルス計画を策定する。特に保健衛生系の保健師等の専門職を含め、高齢者医療担当、保健衛生部担当、介護保険担当、生活保護担当等とも連携をしながら、計画策定を進めていく。

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。（図表4）

2) 外部有識者等との連携

計画の実効性を高めるために、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を図る。

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・評価委員会等や医師会、薬剤師会等の保健医療関係者等のことをいう。

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行う機関である。

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を期待する。

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

このため、山江村は、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。

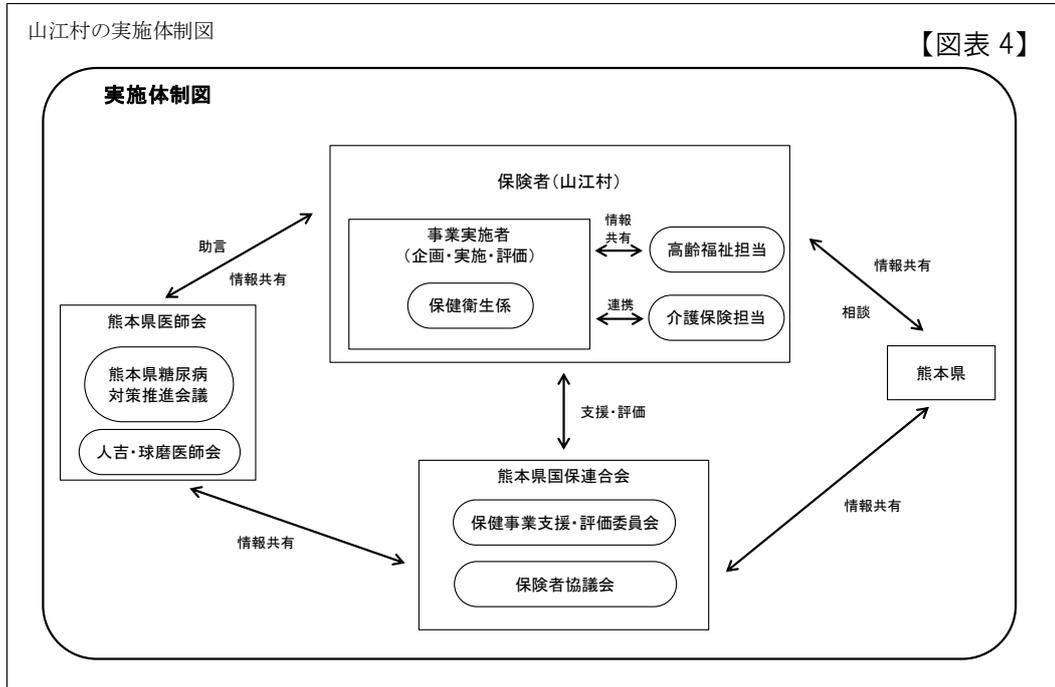
また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

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、保険者協議会等を通じて協力を求めていく。

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。このため、被保険者の立場からの意見を国保運営協議会の場等を通じて反映させていく。



5. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成30年度から本格実施)

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

【図表5】

保険者努力支援制度		H28 配点	H29 配点	H30 配点	H30 (参考)
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(千円)		504			
総得点(体制構築加点含む)		227			
全国順位(1,741市町村中)		374			
共通 ①	特定健診受診率	20			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				50
共通 ②	がん検診受診率	10			30
	歯周疾患(病)検診の実施	10			20
共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40			100
固有 ②	データヘルス計画策定状況				40
共通 ④	個人への分かりやすい情報提供	17			25
	個人インセンティブ提供	0			70
共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	0			35
共通 ⑥	後発医薬品の促進	7			35
	後発医薬品の使用割合				40
固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	25			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	0			25
	第三者求償の取組の実施状況	3			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

本村の平成28年度の人口は3,619人で65歳以上の高齢化率は31.9%となり、平成25年度と比較して人口は57人減少し高齢化率は2.8%増加した。

本村の高齢化率は国、県と比較すると6~8%高くなっている。また、75歳以上の後期高齢化率が国、県より3~6%高い状況であり、今後、ますます高齢化が進んでいくことが予想される。

本村の平成28年度の平均寿命は、男性79.9歳、女性86.9歳で同規模平均、県、国と比較して大きい差はない状況である。また、健康寿命は、男性65.5歳、女性67.1歳で、平均寿命との差が15歳~20歳程あり、平成25年からは変化はほとんどない状況である。高齢化が益々進む中で、医療費の適正化を図り、社会保障安定のためにも住民が健康に暮らすことのできる期間である健康寿命の延伸が今後も課題となる。(参考資料1)

また、本村は無医村であるが医療機関が比較的多い隣の市に近いため、医療機関受診に対しての課題は少ない。さらにコミュニティーが地域ごとにしっかり形成されており、食生活改善推進員など活発に活動しているため、健康寿命延伸に一翼を担っていると考えられる。

(2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の経年の変化を見ると、28年度の介護給付費は増加しているが、1件当たりの給付費は減少している。同規模平均でも、同様であるが、山江村の1件当たり居宅サービスが増えていることがわかった。居宅サービス受給者を個別にみると、多くの人の介護度が3年間で重くなっていたため、これが原因の一つと考えられる。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	山江村				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件当たり			1件当たり		
		給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	342,750,839	91,303	47,538	300,298	76,041	40,283	279,561
H28年度	357,346,883	82,738	48,926	302,460	73,702	39,646	273,946

国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」より

②医療費の状況（図表 7）

医療費の変化について、一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると山江村は入院費用の伸び率を抑制できていることがわかった。また、厚生労働省のホームページから標準化医療費（平成 25-27 年度）の診療種別地域差指数では入院が平成 25 年と平成 27 年の比較では-0.335 となり熊本県で一番減少している。

医療費の変化

【図表 7】

項目		全体				入院				入院外			
		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率	
				山江村	同規模			山江村	同規模			山江村	同規模
総医療費 (万円)	H25年度	3億8,258万円				1億5,889万円				2億2,368万円			
	H28年度	3億6,067万円	△2,169万円	-5.72		1億3,761万円	△2,128万円	-13.30		2億2,305万円	△63万円	-0.28	
一人当たり 医療費(円)	H25年度	30,002円				12,460円				17,541円			
	H28年度	31,800円	1,798円	5.99	5.77	12,134円	△326円	-2.61	5.54	19,666円	2,125円	12.11	6.00

【出典】KDB「同規模保険者比較」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」「地域全体の把握」

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、減少しているが疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析)に係る費用が増加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・高血圧・脂質異常症に係る費用の割合については、国・県に比較すると高くなっている。

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(H25とH28の比較)

【図表 8】

同規模区分	山江村	総医療費	一人当たり医療費			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	114,191,830	29.85%			
				同規模	熊本県内	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	山江村	382,580,180	30,002	43位	8位	10.79%	0.04%	2.71%	0.76%	4.76%	7.82%	2.98%	114,191,830	29.85%	4.84%	10.27%	7.73%
		360,674,400	31,800	49位	11位	11.23%	0.26%	1.12%	0.32%	5.42%	6.65%	4.13%	105,074,450	29.13%	12.69%	12.58%	7.56%
H28	熊本県	161,643,949,660	27,978	--	--	6.84%	0.28%	1.97%	1.29%	5.26%	4.61%	2.95%	36,894,103,210	22.82%	11.27%	12.31%	8.31%
	国	9,677,041,336,540	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.58%	2,237,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源(傷病(調剤含む))による分類結果

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

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患（図表9）

中長期的疾患の割合をみると、虚血性心疾患については脳血管疾患を併発している割合が増加、脳血管疾患については、虚血性心疾患を併発している割合、人工透析を併発している割合がそれぞれ増加している。人工透析については脳血管疾患を併発している割合が0%から33.3%に増加していることがわかった。

【図表9】

厚生労働様式 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	1,058	29	2.7%	-	13.8%	-	3.4%	24	82.8%	13	44.8%	17	58.6%
	64歳以下	731	6	0.8%	-	0.0%	-	0.0%	6	100.0%	-	0.0%	-	66.7%
	65歳以上	327	23	7.0%	-	17.4%	-	4.3%	18	78.3%	11	47.8%	13	56.5%
H28	全体	974	29	3.0%	7	24.1%	-	3.4%	27	93.1%	13	44.8%	19	65.5%
	64歳以下	599	-	0.5%	-	66.7%	-	33.3%	-	100.0%	-	33.3%	-	66.7%
	65歳以上	375	26	6.9%	-	19.2%	-	0.0%	24	92.3%	12	46.2%	17	65.4%

厚生労働様式 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	1,058	35	3.3%	-	11.4%	-	0.0%	31	88.6%	10	28.6%	19	54.3%
	64歳以下	731	13	1.8%	-	0.0%	-	#VALUE!	10	76.9%	-	15.4%	-	61.5%
	65歳以上	327	22	6.7%	-	18.2%	-	0.0%	21	95.5%	8	36.4%	11	50.0%
H28	全体	974	36	3.7%	7	19.4%	-	5.6%	32	88.9%	12	33.3%	21	58.3%
	64歳以下	599	10	1.7%	-	20.0%	-	10.0%	9	90.0%	-	20.0%	-	90.0%
	65歳以上	375	26	6.9%	-	19.2%	-	3.8%	23	88.5%	10	38.5%	12	46.2%

厚生労働様式 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	1,058	7	0.7%	-	0.0%	-	14.3%	6	85.7%	-	57.1%	-	14.3%
	64歳以下	731	-	0.7%	-	0.0%	-	0.0%	-	80.0%	-	60.0%	-	20.0%
	65歳以上	327	-	0.6%	-	0.0%	-	50.0%	-	100.0%	-	50.0%	-	0.0%
H28	全体	974	7	0.7%	-	28.8%	-	14.3%	6	85.7%	-	28.6%	-	28.6%
	64歳以下	599	-	0.7%	-	25.0%	-	25.0%	-	100.0%	-	0.0%	-	25.0%
	65歳以上	375	-	0.8%	-	33.3%	-	0.0%	-	66.7%	-	66.7%	-	33.3%

※人数の5人以下は「-」で表示

【KDBシステム 厚生労働省様式3-5,3-6,3-7】

(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、糖尿病治療者は増加しているが、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。しかし脳血管疾患は増加していることから、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】

厚生労働様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標											
		糖尿病										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		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		人数		割合		人数		割合		人数	
H25	全体	1,058	106	10.0%	10	9.4%	94	88.7%	66	62.3%	13	12.3%	10	9.4%	-	3.8%	11	10.4%					
	64歳以下	731	44	6.0%	-	6.8%	38	86.4%	26	59.1%	-	4.5%	-	4.5%	-	6.8%	8	18.2%					
	65歳以上	327	62	19.0%	-	11.3%	56	90.3%	40	84.5%	11	17.7%	8	12.9%	-	1.6%	-	4.8%					
H28	全体	974	123	12.6%	-	3.3%	96	78.0%	77	62.6%	13	10.6%	12	9.8%	-	1.6%	-	2.4%					
	64歳以下	599	42	7.0%	-	9.5%	33	78.6%	28	66.7%	-	2.4%	-	4.8%	-	0.0%	-	4.8%					
	65歳以上	375	81	21.6%	-	0.0%	63	77.8%	49	80.5%	12	14.8%	10	12.3%	-	2.5%	-	1.2%					

厚生労働様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標									
		高血圧								糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H25	全体	1,058	273	25.8%	94	34.4%	149	54.6%	24	8.8%	31	11.4%	6	2.2%					
	64歳以下	1,058	111	10.5%	38	34.2%	56	50.5%	6	5.4%	10	9.0%	-	3.6%					
	65歳以上	0	162	49.5%	56	34.6%	93	57.4%	18	11.1%	21	13.0%	-	1.2%					
H28	全体	974	294	30.2%	96	32.7%	164	55.8%	27	9.2%	32	10.9%	6	2.0%					
	64歳以下	599	108	18.0%	33	30.6%	59	54.6%	-	2.8%	9	8.3%	-	3.7%					
	65歳以上	375	186	49.6%	63	33.9%	105	56.5%	24	12.9%	23	12.4%	-	1.1%					

厚生労働様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標									
		脂質異常症								糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
H25	全体	1,058	189	17.9%	66	34.9%	149	78.8%	17	9.0%	19	10.1%	-	0.5%					
	64歳以下	731	77	10.5%	26	33.8%	56	72.7%	-	5.2%	8	10.4%	-	1.3%					
	65歳以上	327	112	34.3%	40	35.7%	93	83.0%	13	11.6%	11	9.8%	-	0.0%					
H28	全体	974	216	22.2%	77	35.6%	164	75.9%	19	8.8%	21	9.7%	-	0.9%					
	64歳以下	599	85	14.2%	28	32.9%	59	69.4%	-	2.4%	9	10.6%	-	1.2%					
	65歳以上	375	131	34.9%	49	37.4%	105	80.2%	17	13.0%	12	9.2%	-	0.8%					

※人数の5人以下は「-」で表示

【KDBシステム 厚生労働省様式3-2-3-3-3-4】

② リスクの健診結果経年変化 (図表11)

平成25年度と平成28年度のリスクの健診結果経年変化を見ると、健診データのうち有所見者割合が増加した項目は男性では BMI・腹囲・HbA1c・尿酸で、女性で

はGPT・空腹時血糖・HbA1c・尿酸となっている。男女ともに、特にHbA1cの増加が大きく、メタボリックシンドローム該当者・予備群の経年変化を併せてみると高血糖のみで該当している割合は少ないが、「血糖+血圧」や「血糖+脂質」の割合が大きく増加していることがわかった。メタボリックシンドローム予備群・該当者は微増傾向にあることから、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

【図表 11】

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

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	71	30.3	98	41.9	70	29.9	56	23.9	18	7.7	90	38.5	124	53.0	42	17.9	126	53.8	75	32.1	101	43.2	10	4.3
	H25 40-64	47	39.5	52	43.7	41	34.5	31	26.1	10	8.4	39	32.8	61	51.3	21	17.6	64	53.8	45	37.8	62	52.1	-	1.7
	65-74	24	20.9	46	40.0	29	25.2	25	21.7	8	7.0	51	44.3	63	54.8	21	18.3	62	53.9	30	26.1	39	33.9	8	7.0
女性	合計	81	(34.9)	113	(48.7)	63	27.2	52	22.4	26	(11.2)	91	39.2	160	(69.0)	46	(19.8)	111	47.8	52	22.4	89	38.4	7	3.0
	H25 40-64	40	41.7	53	55.2	38	39.6	26	27.1	12	12.5	41	42.7	65	67.7	23	24.0	48	50.0	28	29.2	42	43.8	-	1.0
	65-74	41	30.1	60	44.1	25	18.4	26	19.1	14	10.3	50	36.8	95	69.9	23	16.9	63	46.3	24	17.6	47	34.6	6	4.4

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
男性	合計	63	26.5	54	22.7	38	16.0	24	10.1	-	1.7	50	21.0	131	55.0	-	1.3	102	42.9	37	15.5	121	50.8	-	0.0
	H25 40-64	23	22.3	18	17.5	16	15.5	8	7.8	-	2.9	20	19.4	52	50.5	-	1.9	33	32.0	9	8.7	52	50.5	-	0.0
	65-74	40	29.6	36	26.7	22	16.3	16	11.9	-	0.7	30	22.2	79	58.5	-	0.7	69	51.1	28	20.7	69	51.1	-	0.0
女性	合計	64	28.6	54	24.1	27	12.1	36	(16.1)	-	1.8	61	(27.2)	169	(75.4)	-	(2.2)	99	44.2	30	13.4	109	48.7	-	0.0
	H25 40-64	22	26.2	19	22.6	10	11.9	12	14.3	-	1.2	24	28.6	57	67.9	-	2.4	30	35.7	13	15.5	43	51.2	-	0.0
	65-74	42	30.0	35	25.0	17	12.1	24	17.1	-	2.1	37	26.4	112	80.0	-	2.1	69	49.3	17	12.1	66	47.1	-	0.0

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

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	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	234	63.8	-	1.3	41	17.5	-	0.4	33	14.1	7	3.0	54	23.1	6	2.6	-	0.4	27	11.5	20	8.5		
	H25 40-64	119	56.4	-	1.7	24	20.2	-	0.8	16	13.4	7	5.9	26	21.8	-	0.8	-	0.8	17	14.3	7	5.9		
	65-74	115	73.7	-	0.9	17	14.8	-	0.0	17	14.8	-	0.0	28	24.3	-	4.3	-	0.0	10	8.7	13	11.3		
女性	合計	232	69.5	-	1.7	46	19.8	-	0.9	35	15.1	9	3.9	63	(27.2)	18	(7.8)	-	0.9	23	9.9	20	8.6		
	H25 40-64	96	62.7	-	2.1	22	22.9	-	1.0	14	14.6	7	7.3	29	30.2	6	6.3	-	2.1	13	13.5	8	8.3		
	65-74	136	75.1	-	1.5	24	17.6	-	0.7	21	15.4	-	1.5	34	25.0	12	8.8	-	0.0	10	7.4	12	8.8		

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合		人数		割合	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	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	238	68.4	6	2.5	22	9.2	-	0.0	19	8.0	-	1.3	26	10.9	-	0.8	-	0.0	17	7.1	7	2.9		
	H25 40-64	103	58.5	-	1.0	8	7.8	-	0.0	7	6.8	-	1.0	9	8.7	-	0.0	-	0.0	6	5.8	-	2.9		
	65-74	135	78.5	-	3.7	14	10.4	-	0.0	12	8.9	-	1.5	17	12.6	-	1.5	-	0.0	11	8.1	-	3.0		
女性	合計	224	70.7	6	2.7	18	8.0	-	0.0	11	4.9	7	3.1	30	(13.4)	8	(3.6)	-	(0.9)	18	8.0	-	0.9		
	H25 40-64	84	63.2	-	1.2	7	8.3	-	0.0	-	6.0	-	2.4	11	13.1	-	6.0	-	1.2	-	4.8	-	1.2		
	65-74	140	76.1	-	3.6	11	7.9	-	0.0	6	4.3	-	3.6	19	13.6	-	2.1	-	0.7	14	10.0	-	0.7		

※人数の5人以下は「-」で表示

KDBデータより

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

経年比較を見ると、特定健診の受診率および特定保健指導の実施率は順調に増加しているが、特定健診はまだおよそ 30%が未受診であり、未受診者の健康状態の把握ができない状況である。今後とも受診率を 100%近づける取組が重要となってくる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	修了者数	実施率	医療機関受診率	
								山江村	同規模平均
H25年度	716	472	65.90%	19位	55	34	61.80%	52.80%	48.90%
H28年度	650	456	70.20%	10位	55	46	83.65%	50.40%	51.30%

法定報告・KDB地域全体の把握より

2) 第 1 期に係る考察

第 1 期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防に力を入れた訪問指導を中心に進めてきた。

その結果、医療費の状況については外来受療率の増加・入院医療費の抑制などわずかずつではあるが医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率、2号認定者の増加、それに伴う介護給付費の増加、慢性腎不全における透析費用の増加など新たな課題も見えてきた。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないといった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。また、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重要な取り組むべき課題である。

中長期的疾患の状況を見ると、脳血管疾患、心疾患は減少しているものの慢性腎不全が増加している。健診結果を併せてみると高血糖が高い割合で増加しており、血糖単独よりも「血糖+血圧」「血糖+脂質」などメタボリックに該当する血糖関連の該当者が大きく増加している。これらのことから、腎不全はもとより、脳血管疾患・虚血性心疾患の全ての基礎疾患である高血糖対策は特に重要な課題であり今後も訪問による保健指導を中心とした事業を中心に実施していく。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較（図表13）

本村の平成28年度の1人あたり医療費は、31,800円で、国、県、同規模と比較して高い状況である。また、入院件数は3.3%で、費用額全体の38.2%を占めている。入院を減らしていくことが重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよいため、一人あたりの医療費、介護費をできるだけ抑えるためにも、入院費を減らしていくことが課題である。

ただし、厚生労働省ホームページの標準化医療費をみると、本村の診療別※地域差指数の入院は平成25年が1.204であったが、平成27年は0.869で全国平均を下回っており、熊本県では一番低い。

※地域差指数・医療費の地域差を表す指標として、1人あたり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの

【図表13】

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

※国保データベース（KDB）システム平成28年度累計「健診・医療・介護データから見る健康課題」「地域の全体像の把握」より

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか（図表14）

高額になる疾患として、ひと月80万円以上のレセプトは48件。うち、生活習慣病に起因する脳血管疾患及び虚血性心疾患はない。長期入院として、6か月以上の入院のレセプトは69件（7人）。精神疾患が主であるが、脳血管疾患が6件となっている。人工透析については、93件（7人）。予防可能な疾患の合併症で脳血管疾患29件、虚血性心疾患27件、糖尿病性腎症26件となっている。生活習慣病の治療者は、440人。そのうち、重症化した結果として、脳血管疾患8.2%、虚血性心疾患6.6%、糖尿病性腎症0.7%となっており、重症化している基礎疾患では高血圧が最も高い割合となっている。さらに、血管を痛める原因となる疾患で治療中の人は、高血圧は294人で66.8%、糖尿病は123人で28.0%、脂質異常症は216人で49.1%となっている。基礎疾患で治療の方が、自覚症状がないまま症状が悪化するので、確実な医療機関の受診の確認、治療中断がないかの管理等、医療との連携も含め生活や身体の状態に応じた保健指導をすることで重症化予防につないでいくことが必要である。

【図表 14】

何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	がん	その他
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	人数	29人	0人	0人	11人	19人
		件数	48件	0件	0件	14件	34件
		費用額	7632万円	--	--	2201万円	5431万円
				0.0%	0.0%	37.9%	65.5%
				0.0%	0.0%	29.2%	70.8%
						28.8%	71.2%

*最大医療資源傷病名(主病)で計上

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	精神疾患	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	人数	7人	85.7%	14.3%	0.0%
		件数	69件	63件	6件	0件
		費用額	2315万円	2072万円	243万円	
				91.3%	8.7%	0.0%

*精神疾患については最大医療資源傷病名(主病)で計上

*脳血管疾患・虚血性心疾患は併発症の欄から抽出(重複あり)

厚労省様式	対象レセプト		全体	糖尿病性腎症	脳血管疾患	虚血性心疾患
様式3-7 ★NO.19 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	H28.5 診療分	7人	28.6%	28.6%	14.3%
		H28年度 累計	93件	26件	29件	27件
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		費用額	4152万円	1032万円	1393万円	1199万円
				28.0%	31.2%	29.0%

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年5月診療分)		全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症		
様式3 ★NO.13~18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合		440人	8.2%	6.6%	0.7%		
		の 基 礎 な 疾 患	高血圧		88.9%	93.1%	100.0%	
			糖尿病		33.3%	44.8%	100.0%	
			脂質異常症		58.3%	65.5%	66.7%	
			高血圧症		294人	123人	216人	46人
					66.8%	28.0%	49.1%	10.5%

○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。

※国保データベース (KDB) システム平成 28 年度累計より

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが97.5%であり、筋・骨格疾患の89.8%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳の1号認定者で年齢が低いものほど、血管疾患により介護認定を受けている実態であった。

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。

何の疾患で介護保険を受けているのか

【図表 15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		75歳以上		計				
	被保険者数	1,220人		436人		617人		1,053人		1,053人		2,273人			
認定者数	3人		15人		164人		179人		179人		182人				
認定率	0.25%		3.4%		26.6%		17.0%		17.0%		8.0%				
新規認定者数(*1)	5人		24人		0人		24人		24人		29人				
介護度別人数	要支援1・2	0	0.0%	4	26.7%	12	7.3%	16	8.9%	16	8.8%	16	8.8%		
	要介護1・2	2	66.7%	5	33.3%	65	39.6%	70	39.1%	72	39.6%	72	39.6%		
	要介護3～5	1	33.3%	6	40.0%	87	53.0%	93	52.0%	94	51.6%	94	51.6%		
要介護突合状況 ★NO.49	受給者区分		2号		65～74歳		1号		75歳以上		計		合計		
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		75歳以上		計				
	介護件数(全体)	3		15		164		179		179		182			
再) 国保・後期	3		11		143		154		154		157				
(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	3	100.0%	脳卒中	6	54.5%	脳卒中	79	55.2%	脳卒中	85	56.1%	
		2	虚血性心疾患	0	0.0%	虚血性心疾患	2	18.2%	虚血性心疾患	42	29.4%	虚血性心疾患	44	28.0%	
		3	腎不全	0	0.0%	腎不全	0	0.0%	腎不全	23	16.1%	腎不全	23	14.6%	
	基礎疾患(*2)	糖尿病	1	33.3%	糖尿病	8	72.7%	糖尿病	46	32.2%	糖尿病	54	35.1%	55	35.0%
		高血圧	2	66.7%	高血圧	6	54.5%	高血圧	124	86.7%	高血圧	130	84.4%	132	84.1%
		脂質異常症	2	66.7%	脂質異常症	6	54.5%	脂質異常症	56	39.2%	脂質異常症	62	40.3%	64	40.8%
	血管疾患合計	合計	3	100.0%	合計	9	81.8%	合計	141	98.6%	合計	150	97.4%	153	97.5%
	認知症	認知症	1	33.3%	認知症	2	18.2%	認知症	86	60.1%	認知症	88	57.1%	89	56.7%
	筋・骨格疾患	筋骨格系	1	33.3%	筋骨格系	9	81.8%	筋骨格系	131	91.6%	筋骨格系	140	90.9%	141	89.8%

*1) 新規認定者については介護開始年月：H27.4～H28.3の新規認定者数年度累計を計上
*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)							9,993	
要介護認定なし医療費 (40歳以上)							4,265	

H28年度KDB「地域の全体像の把握」より

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症率が高くなる。

山江村においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも GPT・HDL-C・空腹時血糖・HbA1c・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

【図表 16】

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

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		クレアチン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		56以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	14,419	30.2	23,751	49.8	12,161	25.5	9,779	20.5	3,606	7.6	21,575	45.2	31,912	66.9	9,273	19.4	23,534	49.3	12,827	26.9	22,482	47.1	1,022	2.1	
山江村	81	34.9	113	48.7	63	27.2	52	(22.4)	26	(11.2)	91	(39.2)	160	(69.0)	46	(19.8)	111	47.8	52	22.4	89	38.4	7	3.0	
江村	40	41.7	53	55.2	38	39.6	26	27.1	12	12.5	41	42.7	65	67.7	23	24.0	48	50.0	28	29.2	42	43.8	-	1.0	
村	65-74	41	30.1	60	44.1	25	18.4	26	19.1	14	10.3	50	36.8	95	69.9	23	16.9	63	46.3	24	17.6	47	34.6	6	4.4

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		クレアチン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		56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	12,551	20.5	11,046	18.1	8,477	13.9	5,089	8.3	965	1.6	16,493	27.0	42,445	69.5	1,256	2.1	25,834	42.3	9,085	14.9	34,484	56.4	141	0.2	
山江村	64	28.6	54	24.1	27	12.1	36	(16.1)	-	1.8	61	(27.2)	169	(75.4)	-	(2.2)	99	(44.2)	30	13.4	109	48.7	-	0.0	
江村	22	26.2	19	22.6	10	11.9	12	14.3	-	1.2	24	28.6	57	67.9	-	2.4	30	35.7	13	15.5	43	51.2	-	0.0	
村	65-74	42	30.0	35	25.0	17	12.1	24	17.1	-	2.1	37	26.4	112	80.0	-	2.1	69	49.3	17	12.1	66	47.1	-	0.0

※全国については、有所見割合のみ表示

※人数の5人以下は「-」で表示

※国保データベース (KDB) システム平成 28 年度累計より

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式6-8)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者													
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て				
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
全国		32.9				17.2																		
県	47,730	31.2			8,307	17.4																		
山江村	232	(69.5)	-	1.7	46	(19.8)	-	0.9	35	15.1	9	3.9	63	27.2	18	7.8	-	0.9	23	9.9	20	8.6		
江村	96	62.7	-	2.1	22	22.9	-	1.0	14	14.6	7	7.3	29	30.2	6	6.3	-	2.1	13	13.5	8	8.3		
村	65-74	136	75.1	-	1.5	24	17.6	-	0.7	21	15.4	-	1.5	34	25.0	12	8.8	-	0.0	10	7.4	12	8.8	

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者												
					高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧			血糖+脂質			血圧+脂質			3項目全て			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国		39.6				5.8																	
県	61,099	36.7			4,042	6.6																	
山江村	224	(70.7)	6	2.7	18	(8.0)	-	0.0	11	4.9	7	3.1	30	(13.4)	8	3.6	-	0.9	18	8.0	-	0.9	
江村	84	63.2	-	1.2	7	8.3	-	0.0	-	6.0	-	2.4	11	13.1	-	6.0	-	1.2	-	4.8	-	1.2	
村	65-74	140	76.1	5	3.6	11	7.9	-	0.0	6	4.3	-	3.6	19	13.6	-	2.1	-	0.7	14	10.0	-	0.7

※全国については、有所見割合のみ表示

※人数の5人以下は「-」で表示

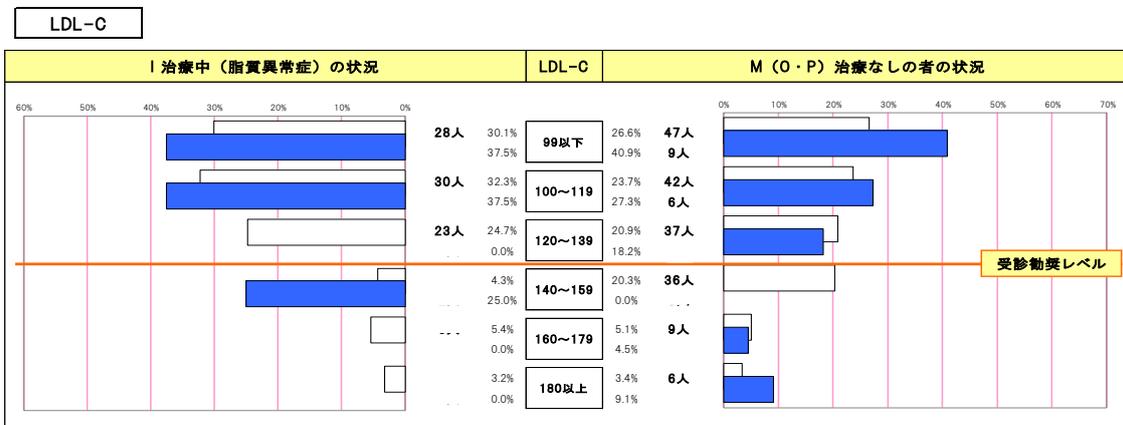
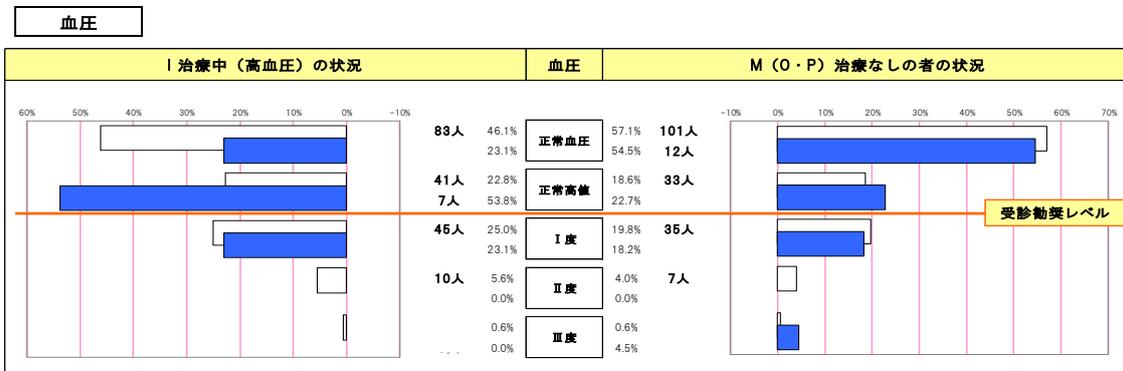
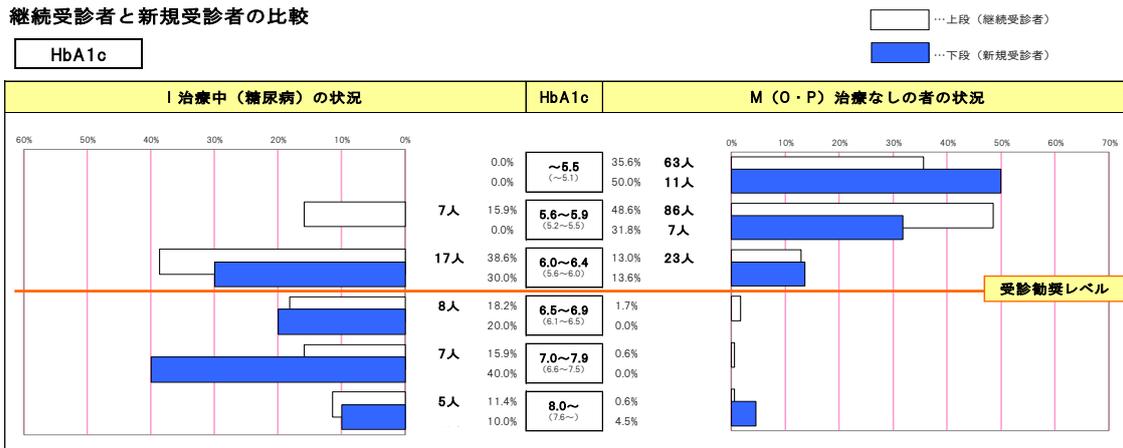
※国保データベース (KDB) システム平成 28 年度累計より

糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表 18）

糖尿病では受診勧奨をすれば新規の場合ほとんど受診しているが、受診中でもコントロール不良の人も 10～20%いる。血圧では新規受診者の半数は治療につながっておらず、受診勧奨を行っているが、医療機関への受診が難しい方もいるため更なる支援が必要である。LDL-C も同様であるが、軽症の人ほど治療していない場合が多い。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較



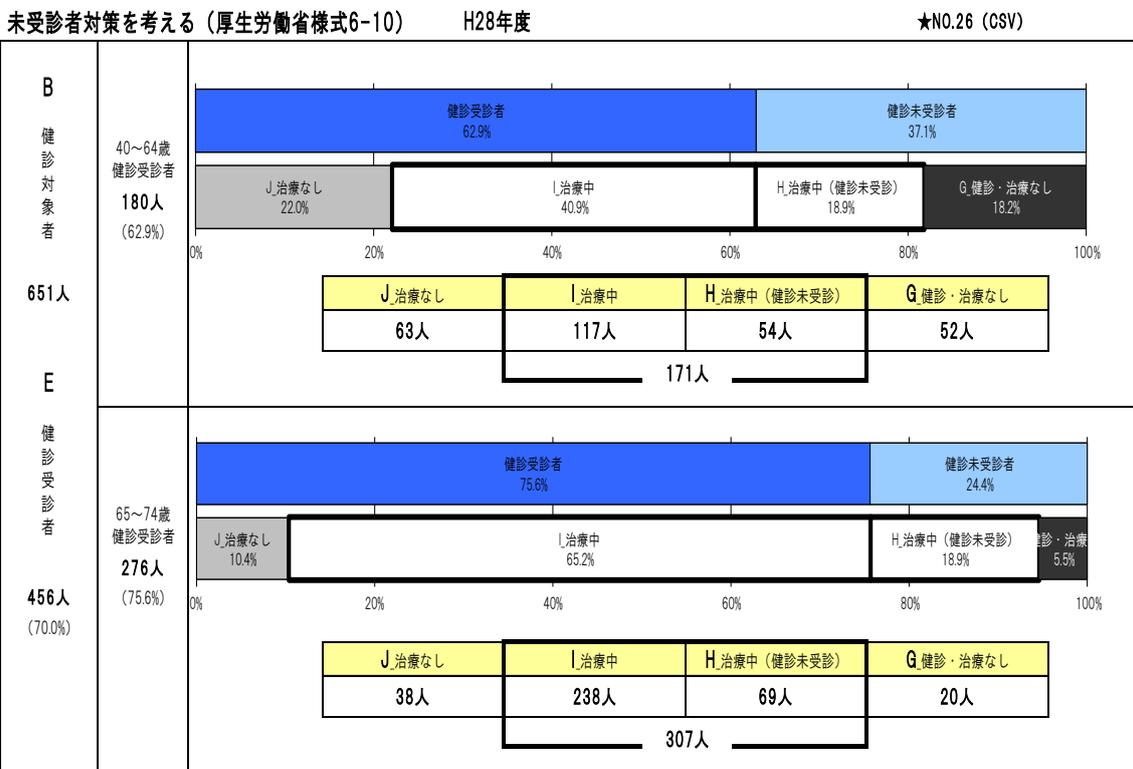
あなみツール「経年比較ツールH27年28年」より
人数5人以下は空白で表示

3) 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18.2%になっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

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

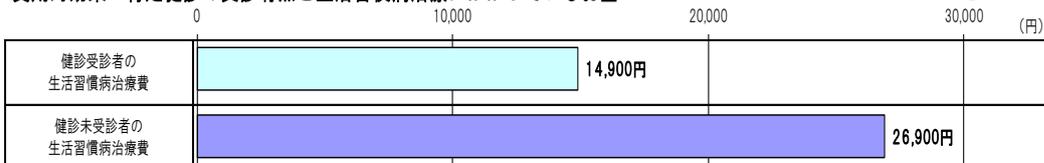
【図表 19】



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

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3⑥



KDBシステムより

3. 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、Ⅰ) 今後高齢化が進展し、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ので、医療費の伸びを抑制すること、Ⅱ) 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・人工透析を減少させるため、それぞれの新規の患者数を減少させること、Ⅲ) 重症化予防事業をしっかりと行うことで、医療費の適正化へつながり、その結果入院外を伸ばし、入院を抑えることを中長期的な目標とする。(表1)

中長期目標

【表1】

評価指標	H28	H32(中間評価)	H35(最終評価)
	現状	目標値	目標値
標準化医療費	1.127	1.11	1
レセプトに占める入院の割合(費用額)	38.2%	38.0%	38.0%
新規 脳血管疾患患者数	6	4	2
虚血性心疾患患者数	5人未満	2	1
人工透析患者数	5人未満	0	0
高額(80万円)以上のレセプト脳血管疾患患者数	0	0	0
(各年度5月のレセプト) 虚血性心疾患患者数	0	0	0
人工透析患者数	5人未満	0	0

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、糖尿病の重症化予防と、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。(表2)

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、脂質、血糖、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善するために、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

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

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

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

短期目標

【表 2】

評価指標	実績	目標値					
	平成28年度	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
メタボリックシンドローム・予備群の割合	12.1%	11.8%	11.4%	11.0%	10.7%	10.3%	10.0%
健診受診者の高血圧者(160/100以上)の割合	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.0%	1.0%	1.0%
健診受診者の脂質異常者(LDL140以上)の割合	29.1%	27.5%	26.0%	24.5%	23.0%	21.5%	20.0%
健診受診者の糖尿病患者(未治療HbA1c6.5以上)の割合	3.5%	3.2%	3.0%	2.7%	2.4%	2.2%	2.0%
健診受診者の糖尿病患者(治療中HbA1c7.0以上)の割合	4.2%	4.0%	3.8%	3.6%	3.4%	3.2%	3.0%
糖尿病の保健指導実施率	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 第二期計画に係る評価

(1) 実施に関する目標と実績

① 特定健診実施率

特定健診の実施については、未受診者対策に力を入れ、平成27年度から受診率は69.5%になり目標に達している(表3)。

【表3】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標	66.0%	67.0%	68.0%	69.0%	70.0%
実績	65.9%	65.2%	69.5%	70.2%	—

資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

② 特定保健指導実施率

特定保健指導の実施については、平成28年度には83.6%になり目標に達した。

(表4)

【表4】

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
目標	61.0%	62.0%	63.0%	64.0%	65.0%
実績	61.8%	54.7%	57.1%	83.6%	93.3% (推計)

資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

③ 特定健診受診者に対する特定保健指導対象者の割合

特定保健指導者の割合については、実施年によりばらつきがある。(表5)

【表5】

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	
特定健診受診者数(A)		472	461	460	456	—	
特定保健指導対象者	該当者	数	19	22	18	27	14
		Aに対する割合	4.0%	4.8%	3.9%	5.9%	—
	予備群	数	36	42	24	28	31
		Aに対する割合	7.6%	9.1%	5.2%	6.1%	—
	合計	数	55	64	42	55	45
		Aに対する割合	11.7%	13.9%	9.1%	12.1%	—

資料：特定健診・特定保健指導実施結果集計表（県集計）

3. 目標値の設定

特定健診、特定保健指導、特定健診受診者に対する特定保健指導対象者の割合の目標は(図表 20)のとおりである。 【図表 20】

	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	70.5%	71.0%	71.5%	72.0%	72.5%	73.0%
特定保健指導実施率	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
特定健診受診者に対する 特定保健指導対象者の割合	11.7%	11.3%	11.0%	10.7%	10.3%	10.0%

4. 対象者の見込み

特定健診、特定保健指導の対象者の見込みは、(図表 21)のとおりである。

【図表 21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	634人	618人	602人	586人	570人	554人
	受診者数	447人	439人	430人	422人	413人	404人
特定保健指導	対象者数	52人	50人	47人	45人	43人	40人
	受診者数	47人	45人	43人	41人	38人	36人

5. 特定健診の実施

(1)実施方法および特定健診実施機関・実施時期

健診については、特定健診実施機関に委託する。集団検診については山江村が指定する健診機関と契約を行う。個別健診については人吉市医師会が実施機関の取りまとめを行い人吉市医師会と、その他については実施医療機関とそれぞれ契約を行う。

① 集団健診：10月及び11月の合計5日間実施

(山江村福祉保健センター「健康の駅」で各種がん検診と同時に実施)

特定健診機関名：球磨郡公立多良木病院総合健診センター「コスモ」

② 個別健診

《人間ドックとして特定健診及びがん検診を同時実施》：5月～12月実施

- ・ 球磨郡公立多良木病院総合健診センター「コスモ」
- ・ 人吉医療センター予防医療センター
- ・ 高野病院
- ・ 日赤熊本健康管理センター

《特定健診のみ》7月～12月実施

- ・ 人吉市医師会加入協力医療機関

(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)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）

(4)特定健康診査等実施計画の評価・見直し

毎年、法定報告の結果が出てから、計画の達成・進捗状況を確認し、その結果に基づいて必要な対策・見直しを実施する。具体的には、①特定健診・特定保健指導の実施率、特定健診受診者に対する特定保健指導対象者の割合の減少率で評価していく。

(5)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。

(6)代行機関

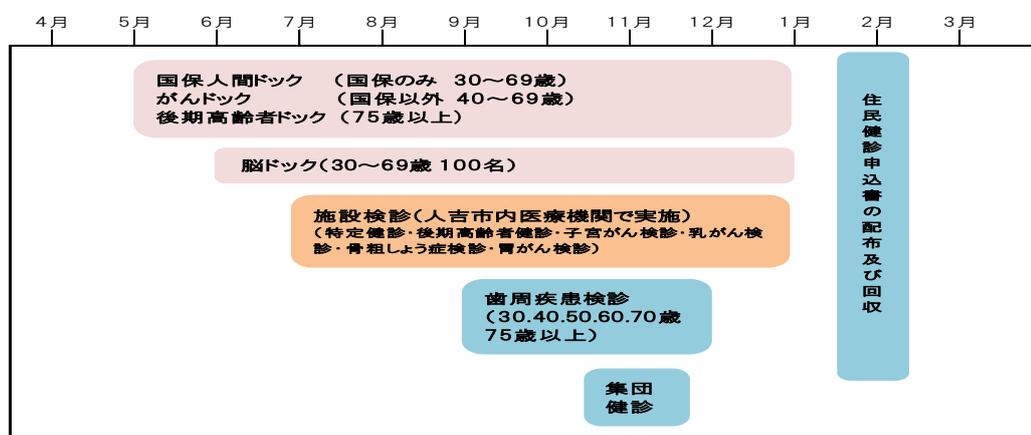
特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(7)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）

山江村健診事業について

【図表 22】



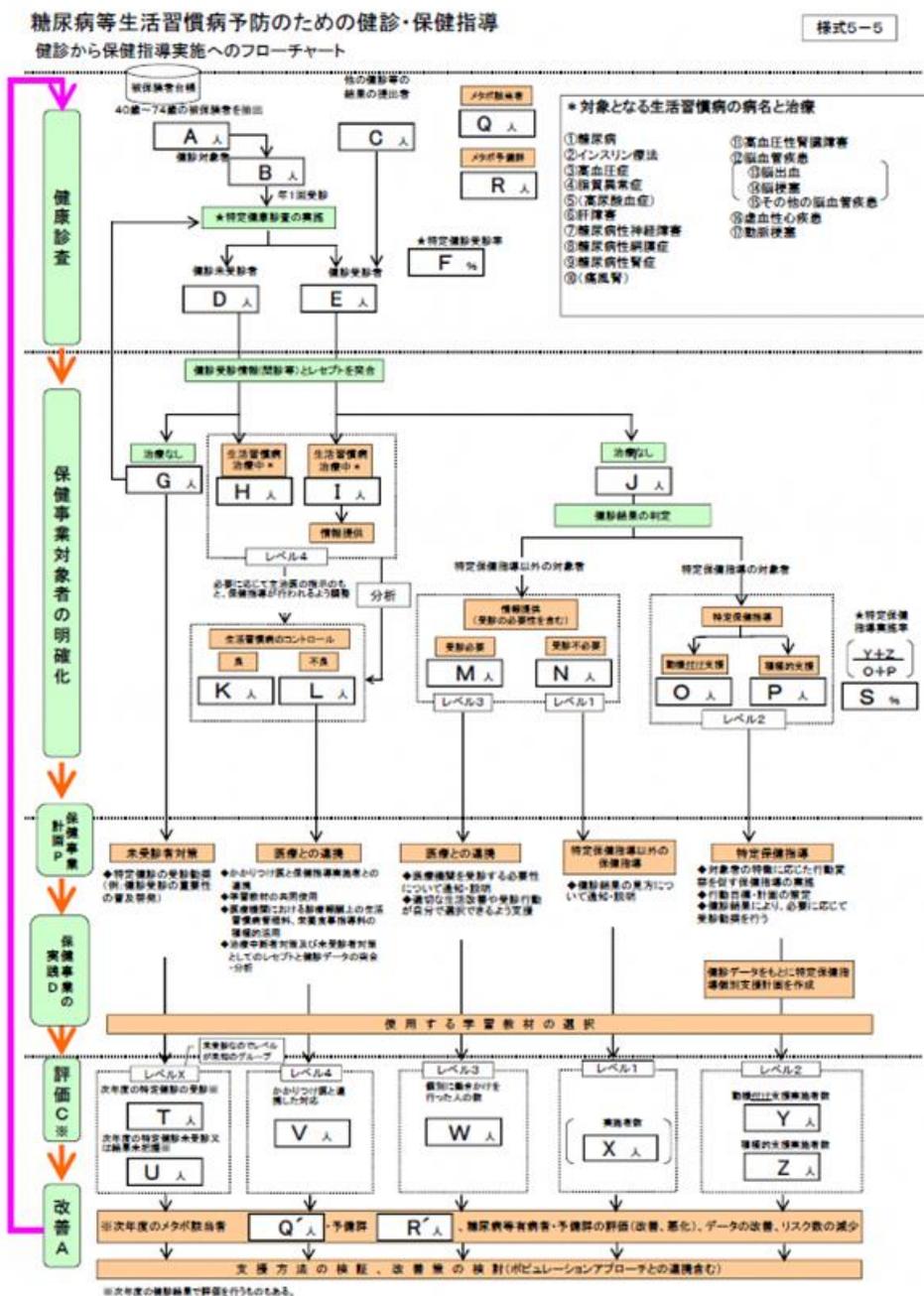
6. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、山江村直接実施一部健診機関委任の形態でおこなう。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

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

【図表23】



(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）

平成 35 年度目標値

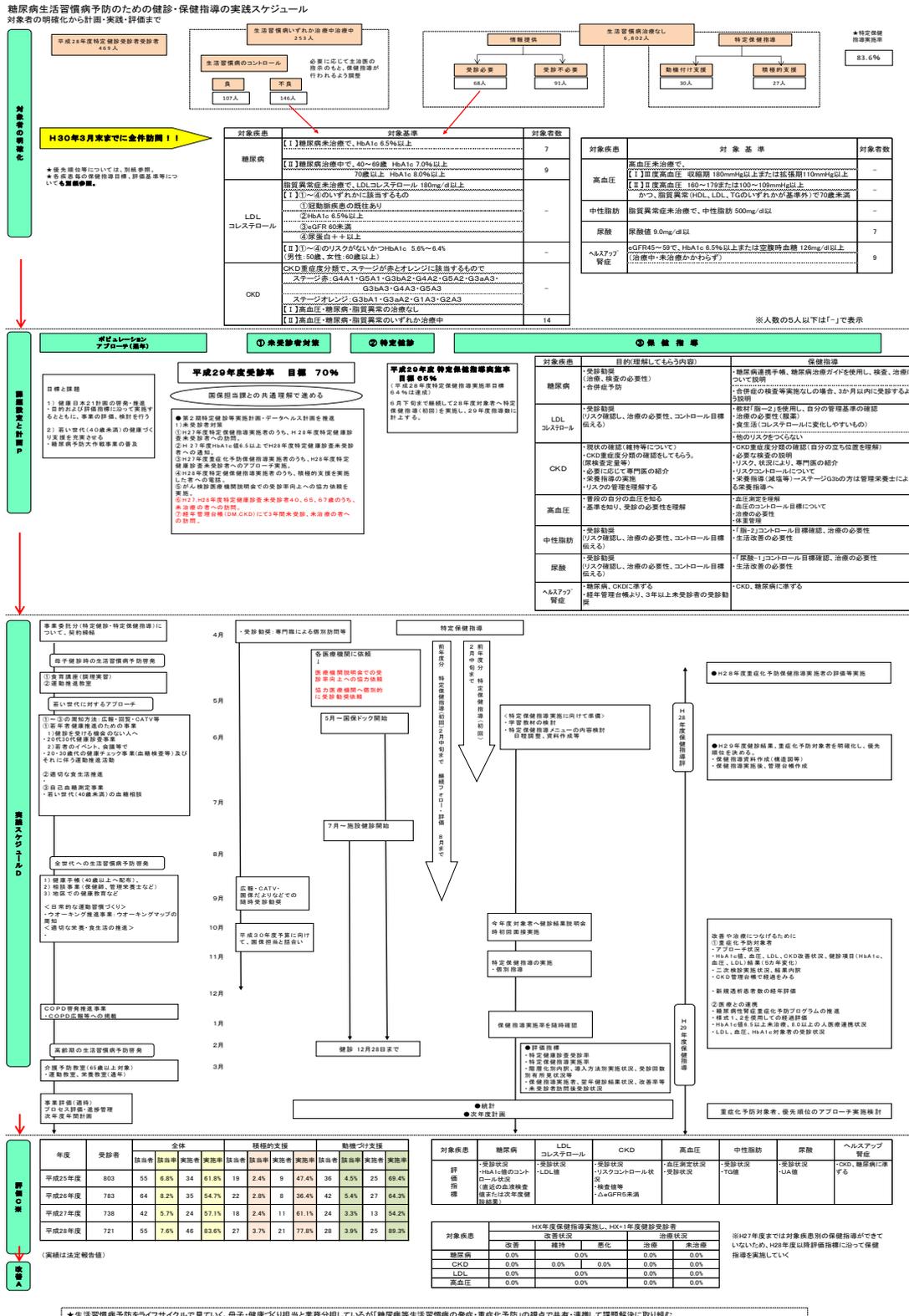
【図表 24】

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	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	53 人 (13%)	85%
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	234 人 (58%)	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）	150 人 (27%)	100%
4	N・I	情報提供	◆健診結果の見方について説明 ◆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	117 人 (29%)	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 25)

【図表 25】



7. 未受診者対策

未受診者対策については、①当該年度特定健康診査未申込者への受診勧奨②前年度HbA1c値6.5以上で本年特定健康診査未申込者への訪問③前年度重症化予防保健指導実施者のうち、本年特定健康診査未申込者への訪問を行う。

8. 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山江村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。

9. 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。

10. 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、山江村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村民へ周知する。

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。

山江村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尿蛋白(+)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し把握している。(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)

山江村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 22 人(26.5%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 173 人中のうち、特定健診受診者が 61 人(35.3%・G)であったが、5 人以下(4.9%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 52 人(30.1%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 16 人中 5 人以下(6.3%)は治療中断であることが分かった。また、15 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であるため、連携の強化を行う。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より山江村における介入方法を以下の通りとする。

介入については、管理栄養士・保健師・看護師等専門職で実施。

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)・・・22 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・5 人以下
・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】

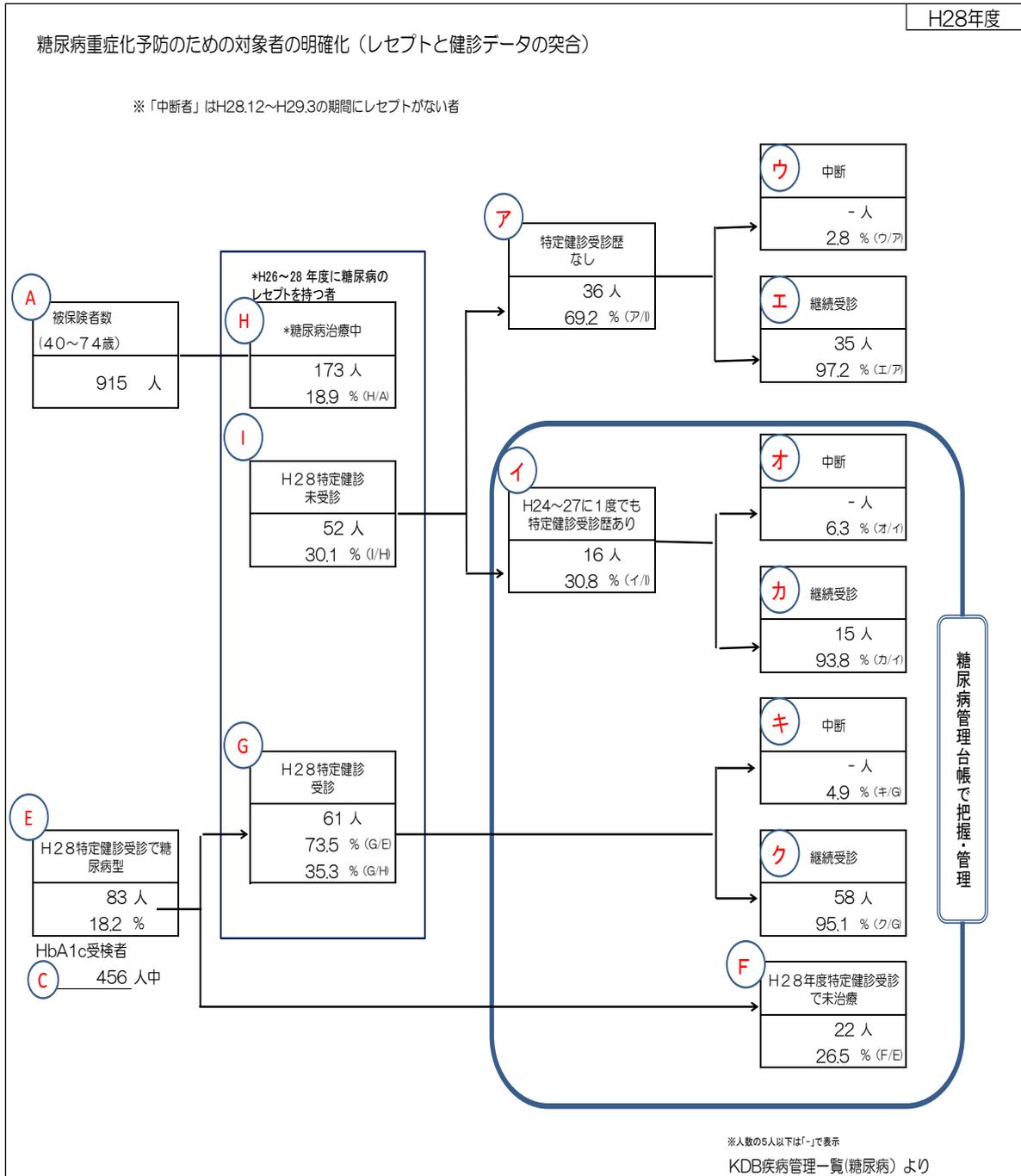
- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・58 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関に個別相談する等の連携した保健指導

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)・・・15 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関に個別相談する等の連携した保健指導

【図表 28】



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、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) 対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……5 人以下
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……5 人以下

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

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 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みて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

(2) 医療機関との連携を通じた重症化予防対策

特定健診では受診全員に保健指導を実施しているが、紹介状は出ていないが医療機関で経過観察してもらうほうが好ましい場合もあり、主治医がいる場合必ず健診結果を主治医に確認してもらうことで情報共有しながら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・治療中断者については訪問等で必ず特定健診を受けてもらうように指導する。

(2) 治療中の者への対応

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

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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. 受診勧奨対象者数及び介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者数及び再勧奨数

- ② 保健指導対象者に対する評価
 - ア. 保健指導実施率
 - イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFR の変化(1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73 m²以上低下)
 - 糖尿病性腎症病気分類のステージの維持・改善・悪化の数
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化
 - ウ. かかりつけ医と連携して対応した数
- ③ その他
 - ア. 新規人工透析導入患者数(糖尿病性腎症患者数)の推移
 - イ. 人工透析にかかる医療費の推移
 - ウ. 治療中断者(糖尿病及び糖尿病性腎症)の割合

8) 実施期間及びスケジュール

- 5月 前年度の評価。保健衛生係を中心に高齢福祉担当と介護保険担当で実施
- 6月 対象者の選定基準の決定
- 7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 10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 2)

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 6)

(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。山江村において健診受診者 480 人のうち心電図検査実施者は 480 人(100%)であり、そのうち ST 所見があったのは 18 人であった(図表 30)。ST 所見あり 18 人中のうち要精査は 0 であった。(図表 31)。また要精査には該当しないが ST 所見ありは、全員治療中であったが、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確認し、対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

山江村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を全数実施している。

心電図検査結果

【図表 30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	480	100	480	100	18	3.8	204	42.5	258	53.7

【図表 31】

ST所見ありの医療機関受診状況

ST所見あり(a)		要精査 (b)		医療機関受診あり		受診なし	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
18	100	0	0	0	0	0	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。山江村は重要な検査と位置づけ全員に心電図検査を実施する。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 33 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

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

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<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) 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。

(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それぞれの減少

(2) 長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて健診データから治療の有無、内容、レセプトから治療中の数、医療費、介護給付費、死亡数を評価。

7) 実施期間及びスケジュール

- 5月 前年度の評価。保健衛生係を中心に高齢福祉担当と介護保険担当で実施
- 6月 対象者の選定基準の決定
- 7月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 10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)

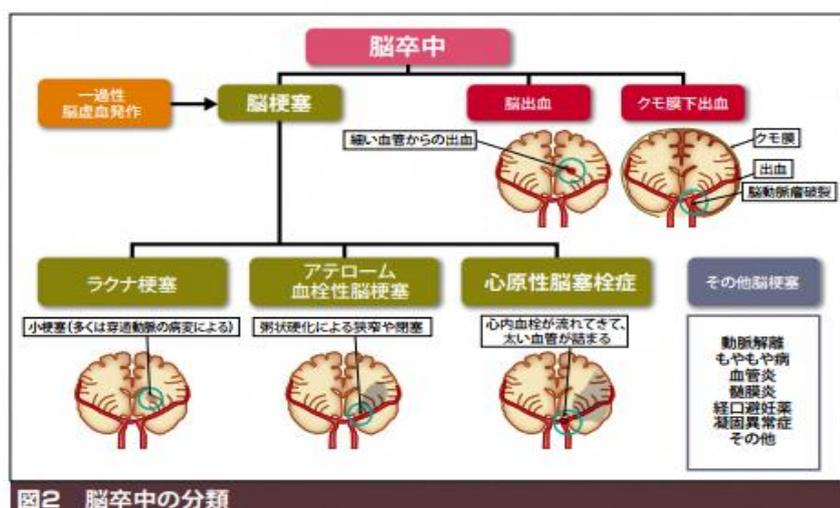
3. 脳血管疾患重症化予防

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

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LDL)		心房細動		メタリック 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)		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 469人		26	5.5%	35	7.5%	14	3.0%	6	1.3%	94	20.0%	9	1.9%	14	3.0%
治療なし		13	5.1%	16	3.9%	11	3.0%	-	0.5%	15	6.9%	-	0.9%	-	1.9%
治療あり		13	6.1%	19	31.7%	-	2.8%	-	2.0%	79	31.2%	7	2.8%	10	4.0%
臓器障害あり		7	53.8%	8	50.0%	-	36.4%	-	100.0%	-	33.3%	-	100.0%	-	100.0%
臓 器 障 害 あ り の う ち	CKD(専門医対象)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	尿蛋白(2+)以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	心電図所見あり	7		8		-		-		-		-		-	

※人数の5人以下は「-」で表示
H28 あなみツール集計ツールより

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26人(5.5%)であり、13人は未治療者であった。また未治療者のうち7人(53.8%)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13人(5.7%)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）

血圧分		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
リスク層 (血圧以外のリスク因)	255	81	67	48	46	11	-
		31.8%	26.3%	18.8%	18.0%	4.3%	0.8%
リスク第1層	28	15	-	-	4	-	1
	11.0%	18.5%	7.5%	10.4%	6.5%	0.0%	0.0%
リスク第2層	138	42	38	28	24	6	-
	54.1%	51.9%	56.7%	58.3%	52.2%	54.5%	0.0%
リスク第3層	89	24	24	15	19	-	-
	34.9%	29.6%	35.8%	31.3%	41.3%	45.5%	100.0%
再掲 重複あり	糖尿病	22	7	-	-	-	-
		24.7%	29.2%	20.8%	33.3%	21.5%	0.0%
腎臓病 (CKD)	45	11	13	7	11	-	-
	50.6%	45.8%	54.2%	46.7%	57.9%	60.0%	0.0%
以上の危険因子	39	12	10	-	9	-	-
	43.8%	50.0%	41.7%	33.3%	47.4%	40.0%	50.0%

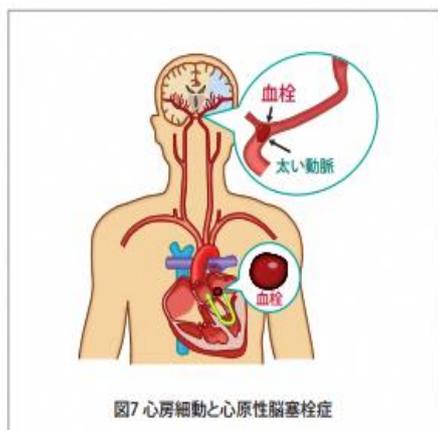
低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
-	24	32
1.2%	9.4%	12.5%
-	-	-
100%	0.0%	0.0%
--	24	6
--	100.0%	18.8%
--	--	26
--	--	81.3%

※人数の5人以下は「-」で表示
あなみツールH28 データ集計ツールより

(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)

【図表 38】

特定健診における心房細動有所見状況

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	239	250	4	2%	2	1%	—	—
40歳代	20	9	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	34	48	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	131	132	1	1%	2	2%	1.9	0.4
70~74歳	54	61	3	6%	0	0	3.4	1.1

* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

* 日本循環器学会疫学調査の70~74歳の値は70~79歳

【図表 39】

心房細動有所見者の治療の有無

心房細動有所見者		治療の有無	
		未治療者	治療中
人	%	%	%
6	100	33.3%	66.7%

心電図検査において 6 人が心房細動の所見があった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に 60 代以降において見つかっており、日本循環器学会疫学調査と比較すると高いことがわかった。また 6 人のうち半数以上は既に治療が開始されていたが、特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見され、現在は医療機関で精密検査を終了している者もある。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも山江村では心電図検査を全数実施している。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

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

② 心房細動の管理台帳

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

(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それぞれの減少。

(2) 長期的評価

他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて健診データから治療の有無、内容、レセプトから治療中の数、医療費、介護給付費、死亡数を評価。

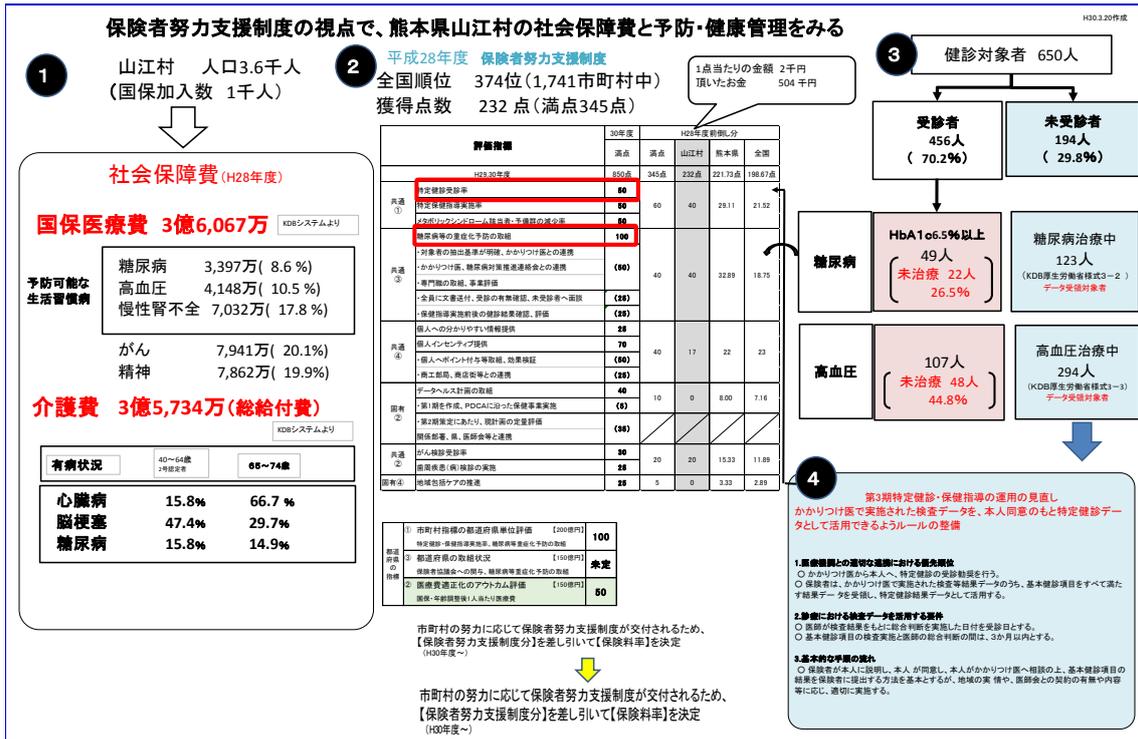
7) 実施期間及びスケジュール

- 5 月 前年度の評価。保健衛生係を中心に高齢福祉担当と介護保険担当で実施
- 6 月 対象者の選定基準の決定
- 7 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 10 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村民へ周知していく。(図表 40)

【図表 40】



第5章 地域包括ケアに係る取組

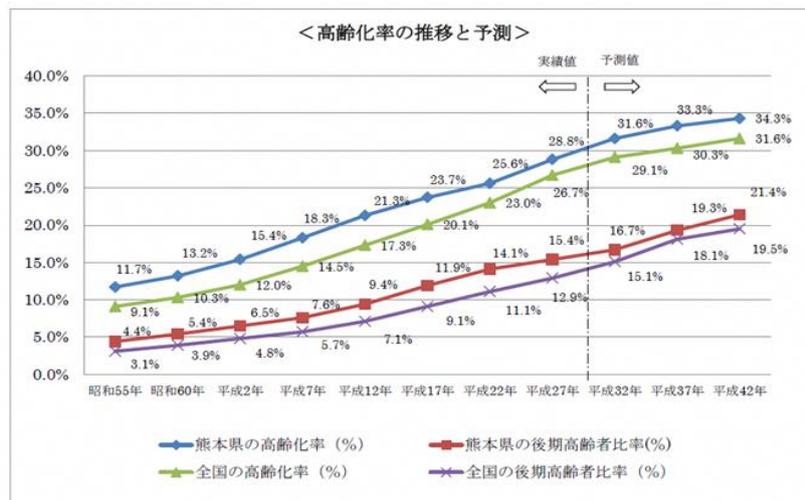
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、村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。また、これらの状況を、保健衛生係を中心に高齢福祉担当、介護担当と連携を密にし、定期的に情報共有していく。

熊本県は、75 歳以上後期高齢者人口は全国よりも高くなっており、今後もその差は変わらないと推計されている。(図表 42)

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表 42】



(資料) 昭和55年～平成22年：総務省統計局「国勢調査」
 平成27年：全国は総務省統計局「人口推計(概算値)」
 熊本県は熊本県統計調査課「熊本県推計人口調査」
 平成32年～平成42年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)、「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)
 (担当) 熊本県高齢者支援課

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村民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。これらは、保健衛生係を中心にしながら高齢福祉担当、介護保険担当とともに実施する。

※評価における4つの指標（参考資料10・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)	・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・栄養士等が定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、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山江村の位置
- 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 評価 1
- 参考資料 11 評価 2

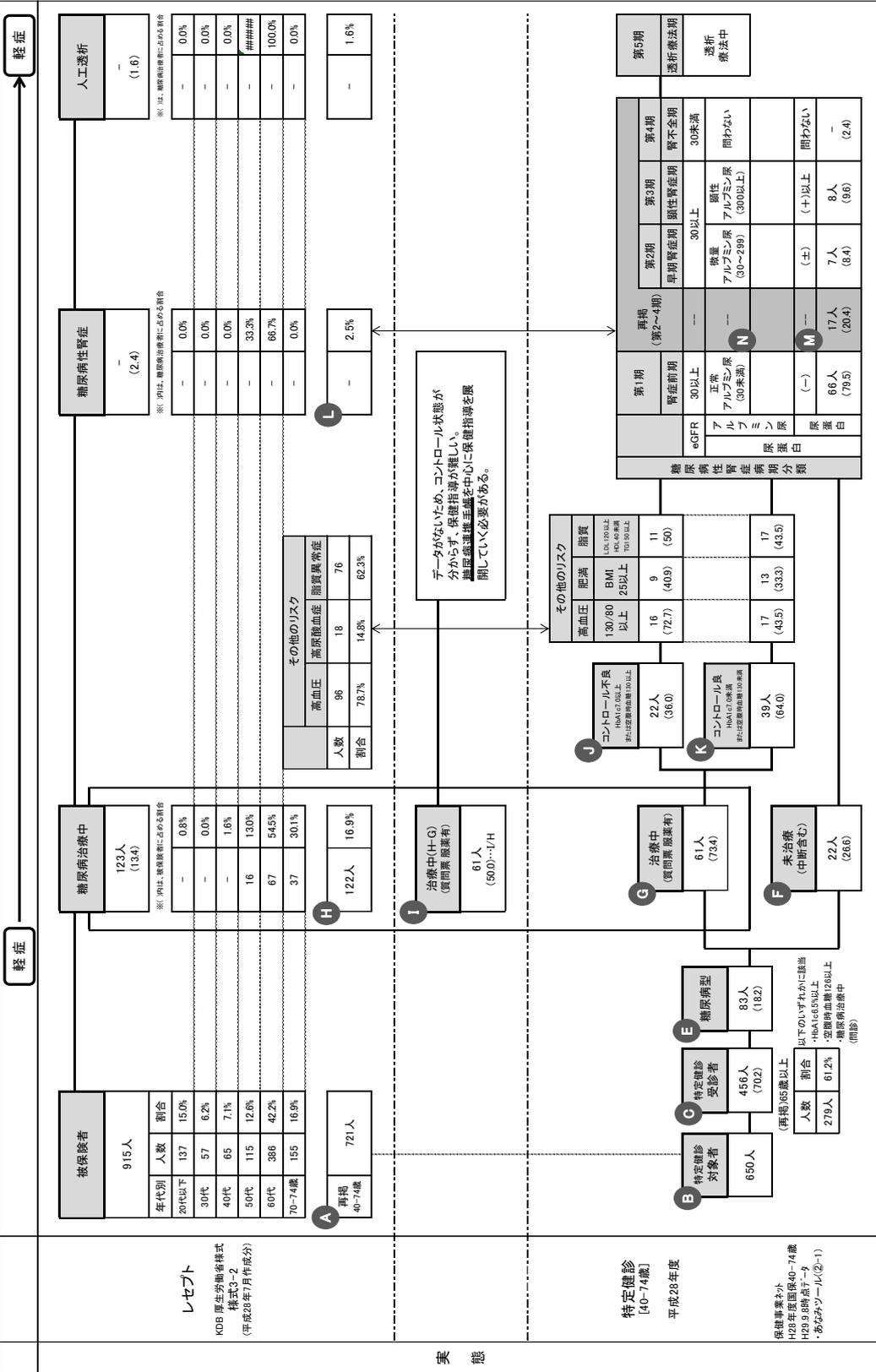
【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた山江村の位置

項目		H25		H28		H28						データ元 (CSV)	
		山江村		山江村		同規模平均		熊本県		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 人口構成	総人口	3,676		3,619		712,964		1,794,477		124,852,975	KDB_NO.5 人口の状況	
		65歳以上(高齢化率)	1,053	29.1	1,154	31.9	250,396	35.1	462,261	25.8	29,020,766	23.2	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題
		75歳以上	617	17.0	644	17.8			253,517	14.1	13,989,864	11.2	
		65~74歳	436	12.0	510	14.1			208,744	11.6	15,030,902	12.0	
		40~64歳	1,220	33.7	1,086	30.0			602,031	33.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	1,403	38.8	1,379	38.1			730,185	40.7	53,420,287	42.8	28山江村人口調	
	② 産業構成	第1次産業	202		195		227		105		42		KDB_NO.3、28村調査 様、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	249		242		217		212		252		
		第3次産業	548		563		556		684		706		
	③ 平均寿命	男性	79.9		79.9		79.4		80.3		79.6		
女性		86.9		86.9		86.5		87.0		86.4		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
④ 健康寿命	男性	65.5		65.5		65.1		65.3		65.2			
	女性	67.0		67.1		66.7		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)											
		男性	101.5		116.9		102.6		94.7		100		
		女性	97.1		87.0		98.2		92.8		100		
		がん	11	35.5	10	38.5	2,874	44.3	5,499	48.4	367,905	49.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		心臓病	10	32.3	7	26.9	1,917	29.6	3,135	27.6	196,768	26.5	
		脳疾患	10	32.3	5	19.2	1,158	17.9	1,774	15.6	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	1	3.8	115	1.8	183	1.6	13,658	1.8	
	腎不全	0	0.0	0	0.0	231	3.6	449	3.9	24,763	3.3		
	自殺	0	0.0	3	11.5	187	2.9	332	2.9	24,294	3.3		
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計	82										厚労省HP 人口動態調査
男性		6.9											
女性		10											
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	179	16.7	179	17.4	49,932	20.0	108,753	23.3	5,882,340	21.2	
		新規認定者	4	0.3	5	0.2	781	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
	② 有病状況	2号認定者	7	0.5	3	0.3	856	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4	
		糖尿病	34	16.6	31	14.9	10,568	20.4	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	102	53.0	100	57.2	28,302	55.0	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	41	22.4	34	18.7	14,020	27.1	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	119	59.3	117	65.9	31,852	62.1	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	57	32.6	55	30.1	13,312	26.3	27,774	25.2	1,530,506	25.3	KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	12	7.4	19	10.4	4,845	9.3	12,180	10.7	629,053	10.1	
	筋・骨格	102	52.1	95	54.7	28,251	55.0	65,671	58.5	3,051,816	49.9		
精神	73	34.8	74	38.8	19,059	36.9	42,763	38.0	2,141,880	34.9			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	91,303		82,738		73,702		61,022		58,349			
	居宅サービス	47,538		48,926		39,646		40,033		39,683			
	施設サービス	300,298		302,460		273,946		291,281		281,115			
④ 医療費等	妻介護認定別												
	医療費(40歳以上)	16,889		9,993		8,522		8,532		7,980			
4	① 国保の状況	被保険者数	1,050		915		198,796		471,487		32,587,223		
		65~74歳	346	33.0	385	42.1			182,316	38.7	12,462,053	38.2	
		40~64歳	457	43.5	336	36.7			162,771	34.5	10,946,693	33.6	
		39歳以下	247	23.5	194	21.2			126,400	26.8	9,178,477	28.2	KDB_NO.1 地域全体像の把握
	加入率	28.6		24.9		28.1		26.3		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	47	0.2	214	0.5	8,255	0.3	KDB_NO.5 地域全体像の把握
		診療所数	0	0.0	0	0.0	621	3.1	1,471	3.1	96,727	3.0	KDB_NO.5 被保険者の状況
		病床数	0	0.0	0	0.0	3,963	19.9	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数	1	1.0	0	0.0	541	2.7	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	658.2		768.7		652.4		727.4		668.3		
入院患者数	240		265		237		256		182				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	29,627		31,800		26,819		27,978		24,253		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
	受診率	682,246		795,186		676,093		752,943		686,501			
	外費用の割合	59.0		61.9		55.3		55.7		60.1			
	未件数の割合	96.5		96.7		96.5		96.6		97.4			
	入費用の割合	41.0		38.2		44.7		44.3		39.9		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	院件数の割合	3.5		3.3		3.5		3.4		2.6			
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合、最大医療資源消費名(調割合))	1件あたり在院日数	19.4日		17.5日		16.3日		18.0日		15.6日			
	がん	18,523,970	9.3	45,785,660	20.1	24.1		20.5		25.6			
	慢性腎不全(透析あり)	41,294,550	20.7	40,500,220	17.8	7.9		12.4		9.7		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
	糖尿病	18,204,920	9.1	19,547,540	8.6	10.1		9.6		9.7			
	高血圧症	29,902,490	15.0	23,978,350	10.5	9.4		8.4		8.6			
	精神	36,238,260	18.1	45,362,380	19.9	18.6		22.4		16.9			
筋・骨格	29,569,340	14.8	27,255,980	12.0	16.4		15.1		15.2				

4	⑤	費用額 (1件あたり)	県内順位 順位総数47	入院	糖尿病	481,688	30位	(19)	678,325	2位	(13)		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域				
				入院	高血圧	496,287	25位	(20)	395,886	46位	(19)						
				入院	脂質異常症	625,396	2位	(21)	403,128	45位	(18)						
				入院	脳血管疾患	689,132	2位	(21)	565,254	25位	(16)						
				入院	心疾患	625,999	13位	(23)	767,026	3位	(15)						
				入院	腎不全	518,775	38位	(13)	680,828	14位	(13)						
				入院	精神	433,298	9位	(27)	358,538	45位	(25)						
				入院	悪性新生物	551,824	33位	(17)	677,575	4位	(13)						
				外来	糖尿病	33,191	33位		30,863	42位							
				外来	高血圧	32,013	6位		30,927	11位							
				外来	脂質異常症	25,530	25位		23,879	33位							
				外来	脳血管疾患	32,069	32位		41,231	7位							
				外来	心疾患	49,492	7位		50,340	7位							
				外来	腎不全	232,314	13位		204,132	18位							
外来	精神	34,521	1位		24,389	41位											
外来	悪性新生物	38,618	41位		51,158	18位											
6	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,836		6,946		2,810		2,197		2,065	KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域			
				健診未受診者	2,850		12,540		12,706		12,505		12,683				
				生活習慣病対象者 一人当たり	21,447		14,900		7,804		5,853		5,940				
				健診未受診者	10,473		26,900		35,289		33,311		36,479				
7	⑦	健診・レセ 突合		受診勧奨者	295	62.5	264	57.9	31,779	56.5	58,300	55.1	4,116,530	55.9	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				医療機関受診率	249	52.8	230	50.4	28,823	51.3	54,091	51.1	3,799,744	51.6			
				医療機関非受診率	46	9.7	34	7.5	2,956	5.3	4,209	4.0	316,786	4.3			
5	①	特定健診の 状況	県内順位 順位総数47	健診受診者	472		456		56,224		105,835		7,362,845	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	64.4	県内2位 同規模19位	70.0	県内2位 同規模10位	39.7	32.9	全国31位	34.0					
				特定保健指導終了者(実施率)	34	61.8	46	83.6	498	6.6	1,502	11.7	35,557		4.1		
				非肥満高血糖	37	7.8	37	8.1	5,467	9.7	9,475	9.0	687,157		9.3		
				メタボ	該当者	80	16.9	93	20.4	10,599	18.9	17,830	16.8		1,272,714	17.3	
					男性	54	23.1	63	27.2	7,361	27.9	12,471	26.8		875,805	27.5	
					女性	26	10.9	30	13.4	3,238	10.8	5,359	9.0		396,909	9.5	
					予備群	63	13.3	64	14.0	6,633	11.8	11,959	11.3		790,096	10.7	
				BMI	男性	41	17.5	46	19.8	4,566	17.3	8,067	17.3		548,609	17.2	
					女性	22	9.2	18	8.0	2,067	6.9	3,892	6.6		241,487	5.8	
				メタボ 該当 レベル	腹囲	総数	152	32.2	167	36.6	19,372	34.5	33,760		31.9	2,320,533	31.5
						男性	98	41.9	113	48.7	13,388	50.8	23,100		49.6	1,597,371	50.1
					女性	54	22.7	54	24.1	5,984	20.0	10,660	18.0		723,162	17.3	
					BMI	総数	28	5.9	21	4.6	3,615	6.4	4,462		4.2	346,181	4.7
						男性	9	3.8	4	1.7	629	2.4	696		1.5	55,460	1.7
					女性	19	8.0	17	7.6	2,986	10.0	3,766	6.4		290,721	7.0	
					血糖のみ	1	0.2	2	0.4	464	0.8	778	0.7		48,685	0.7	
					血圧のみ	52	11.0	46	10.1	4,606	8.2	8,559	8.1		546,667	7.4	
					脂質のみ	10	2.1	16	3.5	1,563	2.8	2,622	2.5		194,744	2.6	
血糖・血圧	8	1.7	26		5.7	1,913	3.4	3,408	3.2	196,978	2.7						
血糖・脂質	1	0.2	4		0.9	596	1.1	931	0.9	69,975	1.0						
血圧・脂質	44	9.3	41		9.0	4,826	8.6	8,270	7.8	619,684	8.4						
血糖・血圧・脂質	27	5.7	22	4.8	3,264	5.8	5,221	4.9	386,077	5.2							
6	①	生活習慣の 状況	服薬	高血圧	211	44.7	207	45.4	20,411	36.4	35,687	33.7	2,479,216	33.7	KDB_NO.1 地域全体像の把握		
				糖尿病	46	9.7	59	12.9	5,000	8.9	7,801	7.4	551,051	7.5			
				脂質異常症	98	20.8	103	22.6	12,656	22.6	22,403	21.2	1,738,149	23.6			
				既往歴	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	15	3.2	15	3.3	1,721	3.1	2,961	2.8	230,777		3.3	
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	13	2.8	17	3.7	2,998	5.5	5,431	5.2	391,296		5.5	
					腎不全	5	1.1	3	0.7	335	0.6	424	0.4	37,041		0.5	
					貧血	37	7.8	25	5.5	4,296	8.1	10,937	10.5	710,650		10.1	
				喫煙	79	16.7	81	17.8	9,314	16.6	14,059	13.3	1,048,171	14.2			
				週3回以上朝食を抜く	59	12.5	54	11.8	3,727	7.5	7,942	8.4	540,374	8.5			
				週3回以上食後間食	39	8.3	40	8.8	6,739	13.5	10,908	11.3	743,581	11.8			
				週3回以上就寝前夕食	71	15.0	62	13.6	8,014	16.0	14,230	14.8	983,474	15.4			
				食べる速度が遅い	108	22.9	124	27.2	13,924	27.9	25,168	26.2	1,636,988	25.9			
				20歳時体重から10kg以上増加	132	28.0	156	34.2	17,050	33.9	32,732	33.2	2,047,756	32.1			
				1日30分以上運動習慣なし	321	68.0	291	63.8	34,200	67.6	60,327	61.2	3,761,302	58.7			
1日1時間以上運動なし	252	53.0	242	53.1	24,869	49.6	48,491	50.4	2,991,854	46.9							
睡眠不足	119	25.2	122	26.8	12,204	24.3	24,197	25.2	1,584,002	25.0							
毎日飲酒	148	31.4	142	31.1	14,071	27.0	25,476	25.0	1,760,104	25.6							
時々飲酒	117	24.8	124	27.2	11,710	22.5	24,261	23.8	1,514,321	22.0							
日飲酒量	1合未満	119	49.0	162	51.3	19,633	56.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1						
	1~2合	76	31.3	98	31.0	9,756	28.0	15,909	19.4	1,158,318	23.8						
	2~3合	31	12.8	35	11.1	3,922	11.3	6,248	7.6	452,785	9.3						
	3合以上	17	7.0	21	6.6	1,539	4.4	2,851	3.5	132,608	2.7						

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合 山江村 H28年度



【参考資料2】

【参考資料 3】

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

【参考資料 4】

糖尿病台帳からの年次計画 H28年度 山江村

	対象者の把握	村が実施すること	他の専門職との関係											
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A+B) 105人													
	A 健診未受診者 37人 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">結果把握(内訳)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①国保(生保)</td> <td>5人</td> </tr> <tr> <td>②後期高齢者</td> <td>14人</td> </tr> <tr> <td>③他保険</td> <td>10人</td> </tr> <tr> <td>④住基移動(死亡・転出)</td> <td>8人</td> </tr> <tr> <td>⑤確認できず</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table> <p>①-1 未治療者(中断者含む) 人 ※対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である</p>	結果把握(内訳)		①国保(生保)	5人	②後期高齢者	14人	③他保険	10人	④住基移動(死亡・転出)	8人	⑤確認できず	0人	1.資格喪失(死亡、転出)の確認 <input type="checkbox"/> 医療保険移動の確認 <input type="checkbox"/> 死亡はその原因 2.レセプトの確認 <input type="checkbox"/> 治療の確認 <input type="checkbox"/> 直近の治療の有無の確認 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●合併症 ●脳・心疾患の手術 ●人工透析 ●がん </div> 3.会いに行く <input type="checkbox"/> 医療受診勧奨の保健指導 <input type="checkbox"/> 糖尿病手帳の確認
結果把握(内訳)														
①国保(生保)	5人													
②後期高齢者	14人													
③他保険	10人													
④住基移動(死亡・転出)	8人													
⑤確認できず	0人													
保健指導の優先づけ	B 結果把握 68人 ①HbA1cが悪化している 21人 ②HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している 13人 ※医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある ②蛋白尿 (-) 47人 (±) 13人 (+)～顕性腎症 8人 ③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 0人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 7人	4.結果から動く <input type="checkbox"/> 経年表で他のリスク(メタ・血圧等)の確認 <input type="checkbox"/> 経年データ、治療状況に応じた保健指導 <input type="checkbox"/> 尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医											

【参考資料5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価 山江村																
		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		平成28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	915	人		人		人	198,805	人	KDB厚生労働省様式 様式3-2					
			721	人		人				人						
2	①	健診対象者数	650	人		人		人	140,847	人	保健指導支援支援 ツール					
	②	健診受診者数	456	人		人		人	65,385	人						
	③	健診受診率	70.2	%		%		%	46	%						
3	①	特定保健指導 保健指導対象者数	55	人		人		人		人	H28年度特定健康診査・ 特定保健指導実施状況					
	②	実施率	83.6	%		%		%		%						
4	①	健診データ 糖尿病型	83	人	18.2	%		人		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)	22	人	26.5	%		人		人		%			
		③	治療中(質問票 服薬有)	61	人	73.5	%		人		人		%			
		④	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	22	人	36.1	%		人		人		%			
		⑤	血圧 130/80以上	16	人	72.7	%		人		人		%			
		⑥	肥満 BMI25.0以上	9	人	40.9	%		人		人		%			
		⑦	コントロール良 (HbA1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	39	人	63.9	%		人		人		%			
		⑧	糖尿病病期分類													
		⑨	尿蛋白	(-)	第1期	66	人	79.5	%		人			人	%	
		⑩		(±)	第2期	7	人	8.4	%		人			人	%	
		⑪		(+)以上	第3期	8	人	9.6	%		人			人	%	
	⑫	eGFR(30未満)		第4期	2	人	2.4	%		人		人	%			
5	①	レセプト 糖尿病治療中	123	人	13.4	%		人		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	122	人	16.9	%		人		人		%			
		③	健診未受診者	61	人	50.0	%		人		人		%			
		④	糖尿病性腎症	3	人	2.4	%		人		人	%				
		⑤	(再掲)40才~74才	3	人	2.5	%		人		人	%				
		⑥	慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2	人	1.6	%		人		人	%				
		⑦	(再掲)40才~74才	2	人	1.6	%		人		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)	0	人		%									
		⑨	新規透析患者数 (再掲)糖尿病性腎症	0	人		%		人		人	%				
6	①	医療費	総医療費	a	2.28	億円		億円		億円	371.4	億円	KDB健診・医療・介護 データからみる地域の 健康課題CSV			
			生活習慣病総医療費	b	0.56	億円		億円		億円	54.71	億円				
			(総医療費に占める割合)	b/a	24.6	%		%		%	14.7	%				
			生活習慣病 対象者一人 当たり	健診受診者	6,959	円		円		円	3,151	円				
				健診未受診者	12,536	円		円		円	12,337	円				
			糖尿病医療費	c	1,947.3	万円		万円		万円	373,759.2	万円				
			(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	33.9	%		%		%	68.3	%				
			①	1681	件	100	%		人		人	%		人	%	
			②	入院外	1645	件	97.9	%		人		人		%	人	%
			③	入院	36	件	2.1	%		人		人		%	人	%
			④	糖尿病入院外総医療費	0.51	億円		億円		億円		億円			億円	
			⑤	1件当たり	30,863	円		円		円		円			円	
			⑥	糖尿病入院総医療費	0.24	億円		億円		億円		億円			億円	
			⑦	1件当たり	679,325	円		円		円		円			円	
			⑧	在院日数	13	日		日		日		日			日	
	⑨	慢性腎不全医療費														
	⑩	透析有り	0.40	億円		億円		億円		億円	29.36	億円				
	⑪	透析なし	98	万円		万円		万円		万円	28,508	万円				
7	①	介護	介護給付費	3.57	億円		億円		億円	771.98	億円	KDB市町村別データ 表介護(医師)者割合状況CSV				
			(再掲)2号認定者の有者割合	3	人					10,599	人					
			糖尿病	33.3	%		%		%	20.9	%					
	③	糖尿病合併症	33.3	%		%		%		%						
8	①	死亡	死因別死亡者数(生活習慣病にかかる疾病)	57	人		人		人	11,537	人	KDB地域の全体像の 把握CSV				
			糖尿病	1	人	1.8	%		人		人		1.0	%		

【参考資料 7】

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<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	自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 運動習慣 <input type="checkbox"/> 睡眠習慣 <input type="checkbox"/> 家庭血圧	症状 <input type="checkbox"/> 労作時に息苦しさ、胸の「圧迫感」、違和感（休むと治る） <input type="checkbox"/> 安静時にも胸に違和感、締め付け <input type="checkbox"/> 以前にも同じような症状があった <input type="checkbox"/> 頸、肩、歯の痛み <input type="checkbox"/> 冷汗、吐き気がある				
③ 健診結果	(1) 経年的にみてどこにいるか。この人がどういう経過をたどって、今どこにいるか。 (2) 今後起こす可能性のあるリスクがあるかどうかをスクリーニングする。 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~			
	□BMI	~24.9	25~			
	□中性脂肪	空腹	~149		150~299	300~
		食後	~199		200~	
	□HDL-C	40~	35~39		~34	
	□nonHDL-C	~149	150~169		170~	
	□ALT	~30	31~50		51~	
	□γ-GT	~50	51~100		101~	
	□血糖	空腹	~99	100~125	126~	
		食後	~139	140~199	200~	
□HbA1c	~5.5	5.6~6.4	6.5~	【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		
□血圧	収縮期	~129	130~139	140~		
	拡張期	~84	85~89	90~		
□尿酸	~7.0	7.1~7.9	8.0~	<input type="checkbox"/> 24時間血圧 （夜間血圧・職場高血圧の鑑別）		
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				

参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

平成28年度の実践評価をふまえ、平成29年度の取組みと課題整理（平成29年度進捗状況）									
平成29年度課題	評価（良くなったこと）								
	①平成28年度 残っている課題をふまえ、やっていた実践事項を振り返ってみる（プロセス）	②アウトプット（事業実施量）	③アウトカム（結果）	④ストラテジー（構 造）					
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率 H28年度目標70% ○特定保健指導達成率 H28年度目標90% ○重症化予防の政策推進の改善（血圧・血糖・脂質・CKD） ○重症化予防の政策推進・健康増進を促進することで目標値に、平成28年度には平成27年度と比較して3倍弱それぞれ0.5%減少させる。 <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆健康活動ポータルサイトに基づく健康増進施策の推進、計画等共通認識を図る。 ◆健康増進施策で計画、計画等共通認識を図る。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率は低くはないが、受診してない人の状況把握できていない ◆おこなわれる受診勧奨訪問の数は、健康増進の仕方等による取り組み ◆早期介入・保健指導事業 ◆対象者の選定、評価方法等検討 ○フレックスタイム健診調査 <ul style="list-style-type: none"> ・対象者が特定の時間帯である、至急の健康増進の必要性等管理が得られるようなアプローチが必要と考えられる。 ◆事業参加者の健診受診行動につながったかどうかの評価方法について検討が必要がある。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎保健指導の内容、専任単位の検討、重症化予防を実現していくための最先単位の検討が必要と考えられる。 ・保健指導に関して、標準化できるような教材・指導内容を検討し、共通認識を築けるようにしていく必要がある。 ・健康増進施策の活用について、健康増進の重要性については、事業指導が必要である。 <p>◎評価方法の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健指導の計画可能な指標（アウトカム指標） <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎個々の医療機関との連携が難しい、今後検討が必要。 	<p>①平成28年度 残っている課題をふまえ、やっていた実践事項を振り返ってみる（プロセス）</p> <p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> ○年度当初、前年度の評価を共有し、重症化予防の方向性を確認、また、それぞれに事業の位置づけ等を確認する。 ○保健衛生関係にて、共通認識を図ったが、理解の差等がある。また確認しながら、フィードバックしていくことが重要である。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○取り組み <ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨訪問実施 ・健康増進管理台帳を活用し、保健指導への受診勧奨訪問。 ・医療機関への働きかけとして、医療機関・調剤薬局等の方への受診勧奨の協力依頼を実施。 ⇩ ・受診勧奨訪問を行うことで受診率向上とつながっている。 ・健康増進管理台帳を活用し、継続受診、治療となるように関わっていく。 ・20～39歳健診については、来年夏以降特定健康診査の受診状況等を把握していくようにする。若年層へ健診の必要性の理解を普及していく取り組みの検討が必要。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健衛生係にて共通認識を図った。 ・対象者選定について確認を行った。 ・健康増進管理台帳の活用について、話し合いを行い、最終管理移行していくようにした。 ・実施後、保健指導後の効果を確認（受診状況等）し、未受診者には再アプローチを行う。 ・事業指導の強化として、重症化予防推進計画3期以降の方に実施指導を実施していく。 ・医療機関へ状況に応じて順々に確認。 <p>⇩</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康増進管理台帳を活用し、整理していく中で、選定できる対象者がいる。優先順位を現ながら関わっていく。 ・事業指導に関しては、今後検討していきたいと思われつつは、少しずつがすすめていき、継続していくことが重要と感じた。 <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携形式、健康増進管理台帳を活用していく。 ・健康増進管理台帳を活用し医療機関とのつながりを作っていく。 ⇩ ・連携形式、健康増進管理台帳の活用状況を数値にて評価していくようにする。 	<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関アプローチ <ul style="list-style-type: none"> ・健康増進管理台帳を活用し、特定健診の受診について協力依頼する。 ○回数 医師会・薬剤師会など1回 関係機関へ協力依頼 <p>○受診勧奨訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診率・未受診率を前年度末受診者へ訪問。 ・未受診・未受診者へ受診勧奨訪問を実施。 ・健康増進管理台帳未受診・未治療者へ訪問。 <table border="1"> <tr> <th>目的</th> <th>アプローチ方法</th> <th>対象者数</th> </tr> <tr> <td>受診勧奨訪問</td> <td>訪問</td> <td>140人</td> </tr> </table> <p>○20～39歳健康診査（H30.1現在）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆受診率により、保健指導実施。 ・81名申上者のうち、69名（85%）が受診し、保健指導6名に実施。 <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定し、医療機関、保健指導の内容等確認する。 ◆健康増進管理台帳を整理し、対象者を調査し、アプローチ実施中。（まずは、未受診・未治療者へ受診勧奨） <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関連携を進めていくための要請（出席、医療機関連携を具体的に進めていくことが重要）。 	目的	アプローチ方法	対象者数	受診勧奨訪問	訪問	140人	<p>⑤残っている課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未受診者対策 <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率向上のために、健診申し込みがなかった人を対象に専門職で受診勧奨訪問を実施した。終日不在で来なかった人を除き全員実施。健康増進管理台帳でも、特定健診の受診の協力依頼をし、医師会および連携指導で健診を受診しているという理由で健診を受けない方全員(29人)に、健診結果を伝達し提出してもらうように郵送で依頼した。ほらほら提出がある。また、全く受診の意思がない人もおられるので、どのように保健指導していくと効果があるか検討が必要。 ○健康増進管理台帳から選定された重症化予防対象者へのアプローチも検討が必要。 ◆重症化予防対策 <ul style="list-style-type: none"> ○健康増進管理台帳を整理し、活用していくことで健康管理が可能に、継続して関わることで、医療機関を牽引していき医療機関へ連携していき、継続して関わることで、健康増進管理台帳の活用が期待されている。 ○医療機関の一手として、健康増進管理台帳での連携手帳の活用が期待されている。 ○重症化予防の保健指導等検討が必要。 ◆医療とのつながり <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関へは必要に応じて連絡する程度にとどまっている。今後重症化予防事業をすすめていきながら医療機関との連携体制を検討していく。 ○健康増進管理台帳を活用した状況等評価できるように把握していく。
目的	アプローチ方法	対象者数							
受診勧奨訪問	訪問	140人							