

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。

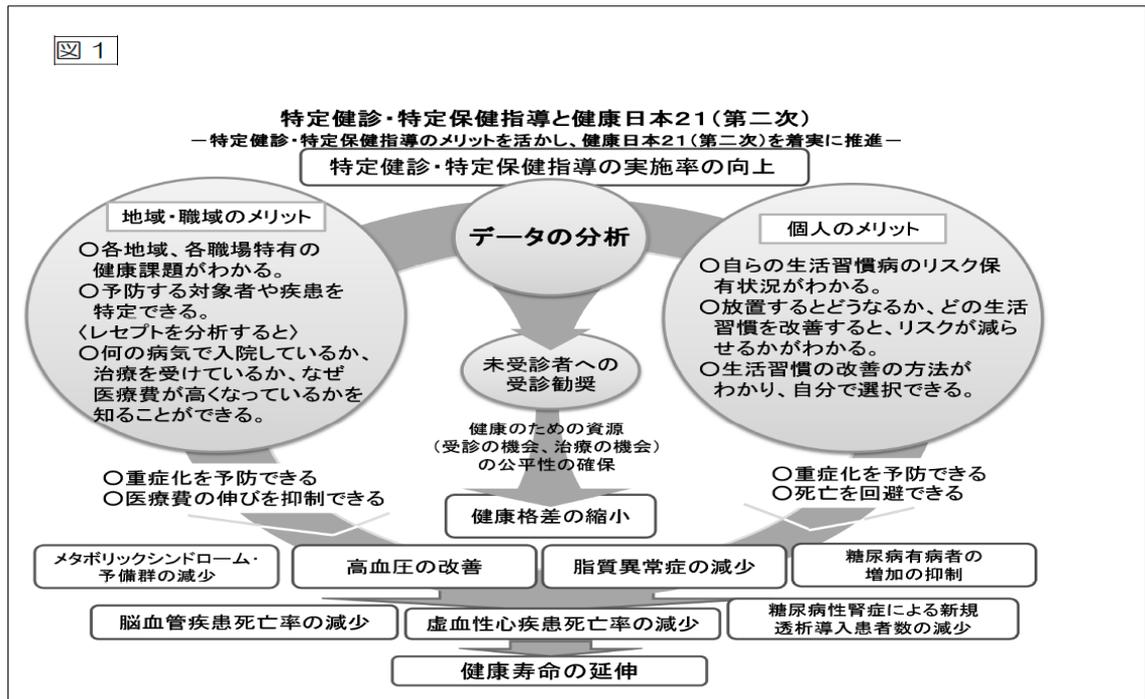
平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行うこととする。

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化を進めるため、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度が創設されることとなった。

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

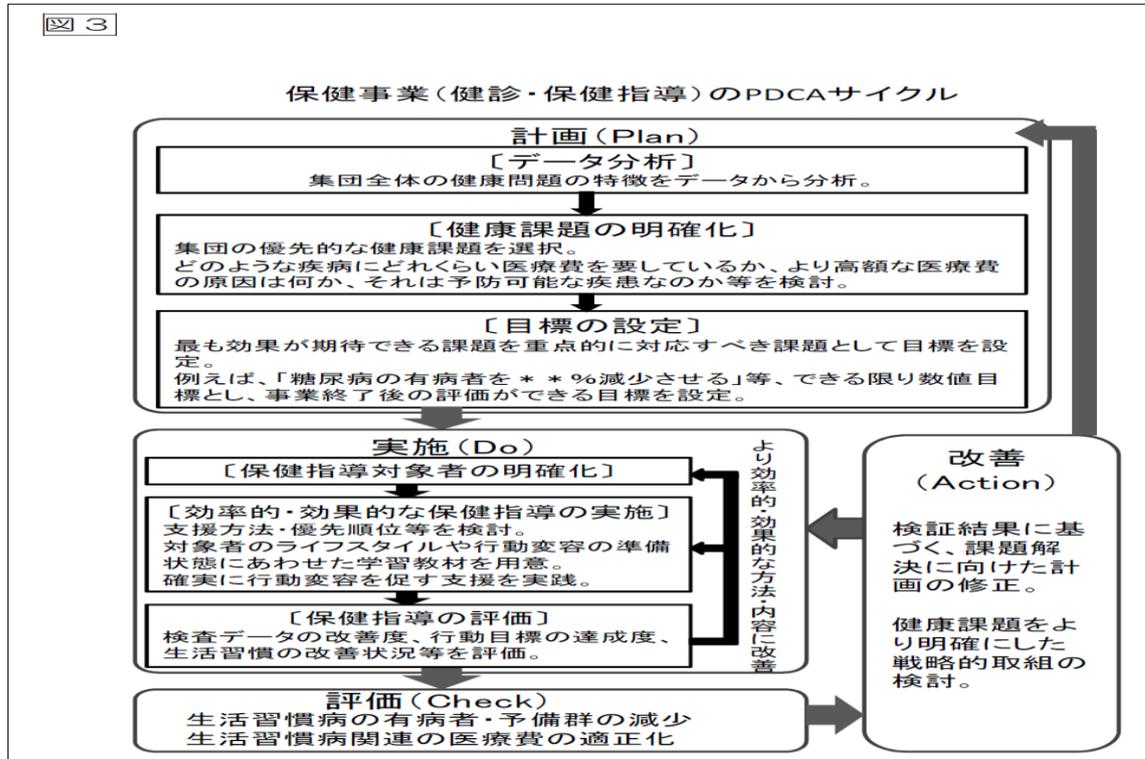
白石町においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

【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」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、佐賀県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部の役割

白石町においては、住民課が主体となり計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健福祉課の保健師等の専門職と連携をして、町一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、高齢者医療部局（住民課）、保健衛生部局（保健福祉課）、介護保険部局（長寿社会課）、企画部局（企画財政課）、生活保護部局（保健福祉課）とも十分連携することが望ましい。

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

2) 外部有識者等の役割

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

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

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

国保連は、保険者である市町の共同連合体として、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（KDB）の活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から佐賀県が市町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、特に市町国保の保険者機能の強化については、佐賀県の関与が更に重要となる。

このため、市町国保は、計画素案について佐賀県の関係課と意見交換を行い、佐賀県との連携に努める。

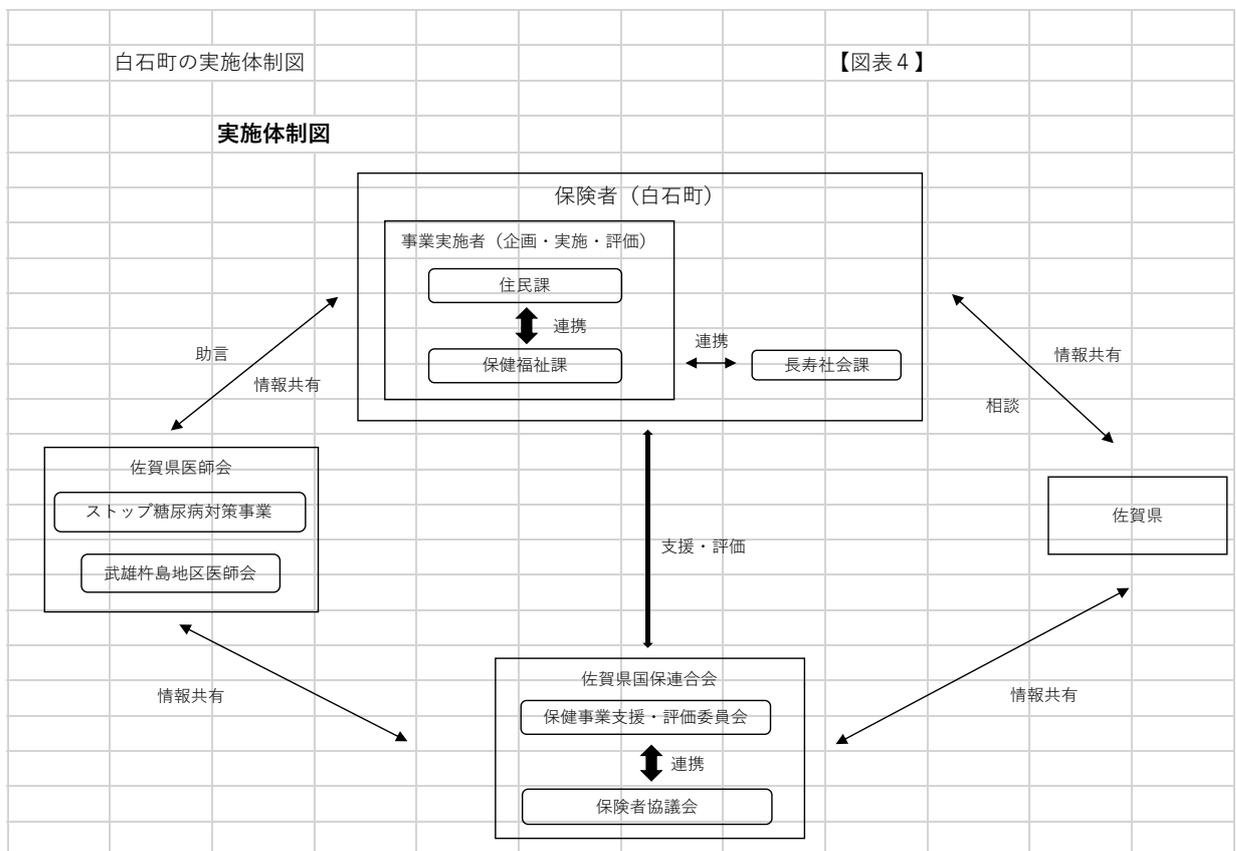
また、保険者等と市・地区医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うためには、佐賀県が佐賀県医師会等との連携を推進することが重要である。

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

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

3) 被保険者の役割

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



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)

保険者努力支援制度		【図表5】			
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)		396			
総得点 (体制構築加点含む)		246	331	487	
全国順位 (1,741市町村中)					
共通①	特定健診受診率	10	0	0	50
	特定保健指導実施率	10	0	0	50
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	0	0	0	50
共通②	がん検診受診率	10	0	0	30
	歯周疾患 (病) 検診の実施	0	0	0	25
共通③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100	100
共通④	個人インセンティブ提供	20	45	70	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25	25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	0	25	35	35
共通⑥	後発医薬品の促進	11	14	20	35
	後発医薬品の使用割合	5	0	0	40
固有①	収納率向上に関する取組の実施状況	25	25	45	100
固有②	データヘルス計画策定状況	0	30	40	40
固有③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25	25
固有④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	2	4	25
固有⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	20	27	40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			36	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) 全体の経年変化

白石町は、平成28年度人口25,505人、高齢化率29.7%、国保加入率26.7%、被保険者数6,801人（そのうち40歳～74歳の国保被保険者数4,973人）

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

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率及び40～64歳の2号認定率はほぼ横ばいであり、それに伴う1件当たり介護給付費は減少している。

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ことがわかった。医療機関受療率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の増加がみられ、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くと考えられる。なお、特定健診受診率が増加しているものの県内でも低い状況であり医療費適正化の観点からもさらなる特定健診受診率向上への取組は重要となる。（参考資料1）

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況（図表6）

平成25年度と比較すると、介護給付費の伸びは102.5%の28億2,767万円となっている。

1件当たり給付費は、居宅サービス、施設サービスいずれも減となり、全体で4.0%の減となっている。なお、同規模平均と比較すると、約1.2倍の高い水準となっている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	白石町			同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス 施設サービス	1件当たり 給付費(全体)	居宅サービス 施設サービス	
H25年度	27億5,784万円	79,598	47,007 301,505	65,193	41,572 283,169	
H28年度	28億2,767万円	76,434	45,592 299,766	62,901	40,734 277,659	

② 医療費の状況（図表 7）

平成 25 年度と比較すると、総医療費は 1.5%増の 25 億 1,960 万円となり、入院は 0.5%増の 11 億 7,987 万円、入院外は 2.5%増の 13 億 3,973 万円となっている。

一人当たりの医療費は月平均額で 11.7%増の 30,191 円となり、入院が 10.6%増の 14,140 円、入院外は 12.7%増の 16,050 円となっている。

同規模と比較すると、いずれも大きい伸びとなっている。

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		
			町	同規模			町	同規模			町	同規模	
1総医療費 (円)	H25年度	24億8,080万				11億7,393万				13億687万			
	H28年度	25億1,960万	3,880万円	1.5	-6.5	11億7,987万	594万	0.5	-6.7	13億3,973万	3,286万	2.5	-6.4
2一人当たり 医療費(円)	H25年度	27,009				12,780				14,230			
	H28年度	30,191	3,182	11.7	8.7	14,140	1,360	10.6	8.6	16,050	1,820	12.7	8.8

※KDBの一人当たり医療費は、月平均額での表示となっている。

【出典】KDBシステム：「地域の全体像の把握」「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題の把握」

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患)（図表 8）

一人当たりの医療費は県内で 15 位、同規模では 10 位となっており、金額は国、佐賀県より高い水準となっている。

平成 25 年度と比較すると、中長期目標疾患の慢性腎不全（透析有）の医療費に占める割合が 0.46%増加している。なお、中長期・短期目標疾患医療費計は 3.21%減少しており、国、佐賀県より低い割合となっている。また新生物の割合が 1.54%増加し、精神疾患の割合は、国、佐賀県より高い割合となっている。

データヘルズ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)

【図表8】

市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨格疾患		
		金額	順位		腎		脳		心		糖尿病	高血圧				脂質異常症	
			同規模	県内	慢性腎不全 (透析有)	慢性腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
H25	2,480,803,290	27,009	21位	15位	4.00%	0.22%	1.95%	1.74%	4.16%	6.00%	2.46%	509,563,360	20.54%	12.08%	14.46%	9.53%	
H28			10位	15位	4.46%	0.18%	1.38%	0.83%	4.12%	4.21%	2.14%	436,564,510	17.33%	13.62%	14.46%	9.25%	
H28	佐賀県	74,614,050,150	29,593	-	-	6.19%	0.27%	2.30%	1.31%	4.74%	4.39%	2.88%	16,482,147,040	22.09%	12.03%	13.08%	8.82%
	国	9,687,968,260,190	24,245	-	-	5.40%	0.35%	2.23%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,239,908,933,310	23.12%	14.21%	9.38%	8.45%

最大医療資源傷病名(調剤含む)による分類結果

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

【出典】

KDBシステム：健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患（図表 9）

平成 25 年度と比較すると、虚血性心疾患、脳血管疾患及び人工透析の全体人数の割合は僅かではあるが増加している。

虚血性心疾患と脳血管疾患においては、短期目標疾患である糖尿病と脂質異常症の割合が増加しており、人工透析においては糖尿病の割合が増加している。

															【図表9】	
厚生労働省 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標							
		被保険者数		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	7,704	295	3.8%	63	21.4%	5	1.7%	242	82.0%	101	34.2%	176	59.7%		
	64歳以下	5,522	99	1.8%	14	14.1%	5	5.1%	77	77.8%	32	32.3%	54	54.5%		
	65歳以上	2,182	196	9.0%	49	25.0%	0	0.0%	165	84.2%	69	35.2%	122	62.2%		
H28	全体	7,090	283	4.0%	66	23.3%	4	1.4%	232	82.0%	112	39.6%	176	62.2%		
	64歳以下	4,669	67	1.4%	16	23.9%	4	6.0%	52	77.6%	32	47.8%	39	58.2%		
	65歳以上	2,421	216	8.9%	50	23.1%	0	0.0%	180	83.3%	80	37.0%	137	63.4%		
厚生労働省 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標							
		被保険者数		脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	7,704	378	4.9%	63	16.7%	6	1.6%	296	78.3%	115	30.4%	184	48.7%		
	64歳以下	5,522	123	2.2%	14	11.4%	5	4.1%	88	71.5%	33	26.8%	46	37.4%		
	65歳以上	2,182	255	11.7%	49	19.2%	1	0.4%	208	81.6%	82	32.2%	138	54.1%		
H28	全体	7,090	376	5.3%	66	17.6%	5	1.3%	300	79.8%	141	37.5%	206	54.8%		
	64歳以下	4,669	102	2.2%	16	15.7%	4	3.9%	78	76.5%	39	38.2%	51	50.0%		
	65歳以上	2,421	274	11.3%	50	18.2%	1	0.4%	222	81.0%	102	37.2%	155	56.6%		
厚生労働省 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標							
		被保険者数		人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症		
						人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	7,704	16	0.2%	6	37.5%	5	31.3%	15	93.8%	5	31.3%	6	37.5%		
	64歳以下	5,522	14	0.3%	5	35.7%	5	35.7%	13	92.9%	5	35.7%	4	28.6%		
	65歳以上	2,182	2	0.1%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%		
H28	全体	7,090	18	0.3%	5	27.8%	4	22.2%	16	88.9%	8	44.4%	6	33.3%		
	64歳以下	4,669	14	0.3%	4	28.6%	4	28.6%	12	85.7%	6	42.9%	4	28.6%		
	65歳以上	2,421	4	0.2%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	2	50.0%	2	50.0%		

(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、糖尿病、高血圧及び脂質異常症はいずれも全体人数の割合は増加している。特に、糖尿病と脂質異常症は64歳以下、65歳以上ともに増加している。

糖尿病においては高血圧と脂質異常症の割合が増加しており、高血圧においては糖尿病と脂質異常症の割合が増加している。また脂質異常症においては糖尿病の割合が増加している。

【図表10】

厚生労働省 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		糖尿病			インスリン療法			高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
H25	全体	7,704	625	8.1%	47	7.5%	423	67.7%	327	52.3%	101	16.2%	115	18.4%	5	0.8%	47	7.5%	
	64歳以下	5,522	278	5.0%	28	10.1%	169	60.8%	138	49.6%	32	11.5%	33	11.9%	5	1.8%	16	5.8%	
	65歳以上	2,182	347	15.9%	19	5.5%	254	73.2%	189	54.5%	69	19.9%	82	23.6%	0	0.0%	31	8.9%	
H28	全体	7,090	722	10.2%	43	6.0%	499	69.1%	413	57.2%	112	15.5%	141	19.5%	8	1.1%	57	7.9%	
	64歳以下	4,669	272	5.8%	22	8.1%	166	61.0%	152	55.9%	32	11.8%	39	14.3%	6	2.2%	26	9.6%	
	65歳以上	2,421	450	18.6%	21	4.7%	333	74.0%	261	58.0%	80	17.8%	102	22.7%	2	0.4%	31	6.9%	

厚生労働省 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		高血圧			糖尿病			脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	7,704	1,721	22.3%	423	24.6%	772	44.9%	242	14.1%	296	17.2%	15	0.9%	
	64歳以下	5,522	702	12.7%	169	24.1%	292	41.6%	77	11.0%	88	12.5%	13	1.9%	
	65歳以上	2,182	1,019	46.7%	254	24.9%	480	47.1%	165	16.2%	208	20.4%	2	0.2%	
H28	全体	7,090	1,680	23.7%	499	29.7%	818	48.7%	232	13.8%	300	17.9%	16	1.0%	
	64歳以下	4,669	591	12.7%	166	28.1%	254	43.0%	52	8.8%	78	13.2%	12	2.0%	
	65歳以上	2,421	1,089	45.0%	333	30.6%	564	51.8%	180	16.5%	222	20.4%	4	0.4%	

厚生労働省 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		脂質異常症			糖尿病			高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	7,704	1,131	14.7%	327	28.9%	772	68.3%	176	15.6%	184	16.3%	6	0.5%	
	64歳以下	5,522	478	8.7%	138	28.9%	292	61.1%	54	11.3%	46	9.6%	4	0.8%	
	65歳以上	2,182	653	29.9%	189	28.9%	480	73.5%	122	18.7%	138	21.1%	2	0.3%	
H28	全体	7,090	1,233	17.4%	413	33.5%	818	66.3%	176	14.3%	206	16.7%	6	0.5%	
	64歳以下	4,669	444	9.5%	152	34.2%	254	57.2%	39	8.8%	51	11.5%	4	0.9%	
	65歳以上	2,421	789	32.6%	261	33.1%	564	71.5%	137	17.4%	155	19.6%	2	0.3%	

② リスクの健診結果経年変化（図表 11）

平成 25 年度と比較すると、有所見者割合では多くの項目（BMI、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧）で男女とも年代に関係なく割合が増加し、HbA1c を除き女性より男性の割合が高くなっている。また、メタボリックシンドローム該当者が男女とも増加し、男性の該当者は女性の約 3 倍となっている。

【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（厚生労働省様式6-2～6-7）																				★N0.23（概要）					
性別	年代	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
H 2 5	合計	206	25.6	403	50.1	184	22.9	161	20.0	62	7.7	110	13.7	447	55.6	192	23.9	285	35.4	92	11.4	362	45.0	6	0.7
	40-64	112	28.1	201	50.5	106	26.6	92	23.1	27	6.8	49	12.3	204	51.3	108	27.1	121	30.4	56	14.1	209	52.5	3	0.8
	65-74	94	23.2	202	49.8	78	19.2	69	17.0	35	8.6	61	15.0	243	59.9	84	20.7	164	40.4	36	8.9	153	37.7	3	0.7
H 2 8	合計	259	31.6	409	49.9	216	26.3	158	19.3	73	8.9	155	18.9	581	70.9	155	18.9	357	43.5	141	17.2	374	45.6	12	1.5
	40-64	134	37.1	184	51.0	105	29.1	94	26.0	24	6.6	54	15.0	231	64.0	80	22.2	129	35.7	72	19.9	178	49.3	3	0.8
	65-74	125	27.2	225	49.0	111	24.2	64	13.9	49	10.7	101	22.0	350	76.3	75	16.3	228	49.7	69	15.0	196	42.7	9	2.0
女性	年代	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
H 2 5	合計	221	20.4	196	18.1	123	11.4	85	7.9	28	2.6	81	7.5	737	68.2	20	1.9	299	27.7	70	6.5	631	58.4	2	0.2
	40-64	112	21.3	93	17.7	59	11.2	46	8.8	11	2.1	32	6.1	344	65.5	11	2.1	114	21.7	34	6.5	323	61.5	0	0.0
	65-74	109	19.6	103	18.5	64	11.5	39	7.0	17	3.1	49	8.8	393	70.7	9	1.6	185	33.3	36	6.5	308	55.4	2	0.4
H 2 8	合計	231	22.2	179	17.2	127	12.2	85	8.2	12	1.2	125	12.0	827	79.4	20	1.9	363	34.8	98	9.4	589	56.5	1	0.1
	40-64	98	21.9	70	15.6	53	11.8	31	6.9	5	1.1	35	7.8	336	75.0	10	2.2	112	25.0	39	8.7	273	60.9	0	0.0
	65-74	133	22.4	109	18.4	74	12.5	54	9.1	7	1.2	90	15.2	491	82.7	10	1.7	251	42.3	59	9.9	316	53.2	1	0.2
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）																				★N0.24（概要）					
性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H 2 5	合計	804	32.4	85	10.6%	175	21.8%	12	1.5%	118	14.7%	45	5.6%	143	17.8%	20	2.5%	18	2.2%	84	10.4%	21	2.6%		
	40-64	398	27.2	53	13.3%	82	20.6%	6	1.5%	45	11.3%	31	7.8%	66	16.6%	6	1.5%	9	2.3%	40	10.1%	11	2.8%		
	65-74	406	40.1	32	7.9%	93	22.9%	6	1.5%	73	18.0%	14	3.4%	77	19.0%	14	3.4%	9	2.2%	44	10.8%	10	2.5%		
H 2 8	合計	820	35.1	65	7.9%	159	19.4%	9	1.1%	108	13.2%	42	5.1%	185	22.6%	30	3.7%	12	1.5%	100	12.2%	43	5.2%		
	40-64	361	29.4	36	10.0%	82	22.7%	3	0.8%	48	13.3%	31	8.6%	66	18.3%	10	2.8%	4	1.1%	36	10.0%	16	4.4%		
	65-74	459	41.4	29	6.3%	77	16.8%	6	1.3%	60	13.1%	11	2.4%	119	25.9%	20	4.4%	8	1.7%	64	13.9%	27	5.9%		
女性	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H 2 5	合計	1,081	43.2	45	4.2%	77	7.1%	5	0.5%	53	4.9%	19	1.8%	74	6.8%	8	0.7%	6	0.6%	46	4.3%	14	1.3%		
	40-64	525	39.7	26	5.0%	43	8.2%	3	0.6%	27	5.1%	13	2.5%	24	4.6%	1	0.2%	1	0.2%	17	3.2%	5	1.0%		
	65-74	556	47.0	19	3.4%	34	6.1%	2	0.4%	26	4.7%	6	1.1%	50	9.0%	7	1.3%	5	0.9%	29	5.2%	9	1.6%		
H 2 8	合計	1,042	46.1	26	2.5%	79	7.6%	4	0.4%	63	6.0%	12	1.2%	74	7.1%	13	1.2%	3	0.3%	39	3.7%	19	1.8%		
	40-64	448	41.5	16	3.6%	31	6.9%	2	0.4%	24	5.4%	5	1.1%	23	5.1%	5	1.1%	1	0.2%	13	2.9%	4	0.9%		
	65-74	594	50.3	10	1.7%	48	8.1%	2	0.3%	39	6.6%	7	1.2%	51	8.6%	8	1.3%	2	0.3%	26	4.4%	15	2.5%		

③ 特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

白石町の平成28年度の特定健診受診率は40.5%、特定保健指導実施率は43.8%である。平成25年度と比較すると、いずれにおいても上昇傾向にある。しかし、いずれも国の目標値（特定健診受診率60%、特定保健指導実施率60%）には達しない結果となっている。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								白石町	同規模平均
平成25年度	4,984	1,882	37.8	80位	207	44	21.3	43.7	51.6
平成28年度	4,586	1,856	40.5	74位	162	71	43.8	45.3	52.1

※特定健診及び特定保健指導の数値は、法定報告値より掲載

2. 第2期計画における健康課題の明確化

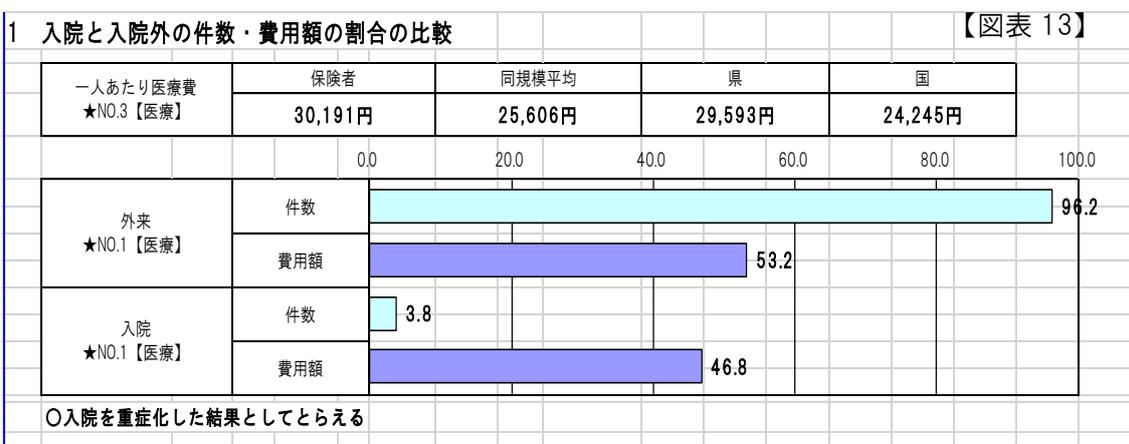
1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

(1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

一人当たりの医療費は、30,191円で同規模平均より約4,600円、国より約6,000円高く、また県よりも高くなっている。

費用額の入院と外来の割合をみると、入院のわずか3.8%の件数で費用額全体の46.8%を占めていることから、重症化を予防することが入院を減らすことにつながり、医療費の削減にもつながると考えられる。

「集団の疾患特徴の把握」



(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)

200万円以上の高額レセプトは、年間57件で、費用額は約1億7,000万円となっている。疾患別にみると約70%の方がその他に分類され、医療費の75%を占めている。

6か月以上の入院による医療費は、約3億4,000万円となっており、その65%を精神疾患が占めている。一方、予防可能な脳血管疾患、虚血性心疾患による医療費は、約20%、約7,000万円となっている。

人工透析に係る医療費は約1億2,000万円であり、糖尿病性腎症が約50%を占めている。

生活習慣病の治療者数をみると、高血圧症は約60%、脂質異常症は約40%の割合となっている。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか 【図表 14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)		全体	脳血管疾患		虚血性心疾患		がん		その他		
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (200万円以上レセ)	人数	42人	3人		1人		9人		30人		
				7.1%		2.4%		21.4%		71.4%		
		件数	年代別	57件	3件		1件		11件		42件	
					5.3%		1.8%		19.3%		73.7%	
				40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	1	9.1%	13	31.0%
				40代	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50代	1			33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.4%		
60代	2	66.7%	0	0.0%	8	72.7%	20	47.6%				
70-74歳	0	0.0%	1	100.0%	2	18.2%	8	19.0%				
費用額		1億6945万円	994万円		202万円		3048万円		1億2701万円			
			5.9%		1.2%		18.0%		75.0%			

*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	86人	62人		11人		10人	
				72.1%		12.8%		11.6%	
		件数	824件	620件		79件		85件	
			75.2%		9.6%		10.3%		
費用額		3億4165万円	2億2197万円		3336万円		3374万円		
			65.0%		9.8%		9.9%		

*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	18人	8人		5人		4人	
				44.4%		27.8%		22.2%	
様式2-2 ★NO.12 (CSV)		H28年度 累計	248件	114件		64件		45件	
				46.0%		25.8%		18.1%	
費用額		1億1652万円	5437万円		3445万円		2501万円		
			46.7%		29.6%		21.5%		

*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 患	2,860人	376人		283人		57人	
				13.1%		9.9%		2.0%	
			高血圧	300人		232人		41人	
				79.8%		82.0%		71.9%	
			糖尿病	141人		112人		57人	
				37.5%		39.6%		100.0%	
			脂質異常症	206人		176人		32人	
	54.8%		62.2%		56.1%				
高血圧症	糖尿病		脂質異常症		高尿酸血症				
1,680人	722人		1,233人		258人				
	58.7%		25.2%		43.1%		9.0%		

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

(3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (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94.8%であり、筋・骨格疾患の93.2%を上回っている。また、40～64歳の認定者ほど血管疾患により介護認定を受けている。

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

【図表 15】

3 何の疾患で介護保険を受けているのか												【白石町】		
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		合計			
	被保険者数		8,555人		3,080人		4,491人		7,571人		16,126人			
	認定者数		36人		118人		1,595人		1,713人		1,749人			
	認定率		0.42%		3.8%		35.5%		22.6%		10.8%			
	新規認定者数 (*1)		9人		31人		214人		245人		254人			
	介護度別人数	要支援1・2		9	25.0%	37	31.4%	398	25.0%	435	25.4%	444	25.4%	
要介護1・2		12	33.3%	51	43.2%	618	38.7%	669	39.1%	681	38.9%			
要介護3～5		15	41.7%	30	25.4%	579	36.3%	609	35.6%	624	35.7%			
要介護 実合状況 ★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		合計			
	介護件数 (全体)		36		118		1,595		1,713		1,749			
	再) 国保・後期		25		103		1,558		1,661		1,686			
	（レセプトの診断名より重複して計上） 有病状況	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	12 48.0%	脳卒中	47 45.6%	脳卒中	844 54.2%	脳卒中	891 53.6%	脳卒中	903 53.6%
				2	虚血性心疾患	6 24.0%	虚血性心疾患	22 21.4%	虚血性心疾患	661 42.4%	虚血性心疾患	683 41.1%	虚血性心疾患	689 40.9%
			3	腎不全	4 16.0%	腎不全	10 9.7%	腎不全	169 10.8%	腎不全	179 10.8%	腎不全	183 10.9%	
			4	糖尿病合併症	5 20.0%	糖尿病合併症	7 6.8%	糖尿病合併症	78 5.0%	糖尿病合併症	85 5.1%	糖尿病合併症	90 5.3%	
		基礎疾患 高血圧・糖尿病 脂質異常症		23 92.0%		81 78.6%		1,436 92.2%		1,517 91.3%		1,540 91.3%		
		血管疾患 合計		24 96.0%		84 81.6%		1,491 95.7%		1,575 94.8%		1,599 94.8%		
		認知症		6 24.0%		22 21.4%		704 45.2%		726 43.7%		732 43.4%		
		筋・骨格疾患		23 92.0%		80 77.7%		1,469 94.3%		1,549 93.3%		1,572 93.2%		
		*1) 新規認定者についてはNO.49「要介護実合状況」の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上												
*2) 有病状況について、各疾患の割合は国保・後期の介護件数を分母に算出														
介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較														
★NO.1【介護】														
0 2,000 4,000 6,000 8,000 10,000														
要介護認定者医療費 (40歳以上)		8,293												
要介護認定なし医療費 (40歳以上)		4,010												

2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

参考資料1及び図表17から、メタボリックシンドローム該当者の割合は、男性22.6%、女性7.1%となっており、県(男性25.3%、女性9.9%)より低い割合である。一方で、図表16の健診データのうち、有所見者の割合の高い項目をみると、多くの項目(HbA1c・尿酸・血圧・LDL-C)において、全国及び県より高い割合となっている。性別では、HbA1cとLDL-Cを除いて女性より男性の割合が高い。また、年代別では40～64歳の壮年期の男性の割合が高くなっている。

【図表 16】

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
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	7,290	29.7	12,460	50.7	6,294	25.6	4,816	19.6	2,016	8.2	8,174	33.2	16,759	68.2	4,858	19.8	10,321	42.0	4,405	17.9	11,243	45.7	480	2.0	
保険者	合計	259	31.6	409	49.9	216	26.3	158	19.3	73	8.9	155	18.9	581	70.9	155	18.9	357	43.5	141	17.2	374	45.6	12	1.5
	40-64	134	37.1	184	51.0	105	29.1	94	26.0	24	6.6	54	15.0	231	64.0	80	22.2	129	35.7	72	19.9	178	49.3	3	0.8
	65-74	125	27.2	225	49.0	111	24.2	64	13.9	49	10.7	101	22.0	350	76.3	75	16.3	228	49.7	69	15.0	196	42.7	9	2.0
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	6,647	21.5	6,381	20.7	4,257	13.8	2,680	8.7	534	1.7	6,561	21.2	22,789	73.8	737	2.4	11,017	35.7	3,251	10.5	17,585	56.9	81	0.3	
保険者	合計	231	22.2	179	17.2	127	12.2	85	8.2	12	1.2	125	12.0	827	79.4	20	1.9	363	34.8	98	9.4	589	56.5	1	0.1
	40-64	98	21.9	70	15.6	53	11.8	31	6.9	5	1.1	35	7.8	336	75.0	10	2.2	112	25.0	39	8.7	273	60.9	0	0.0
	65-74	133	22.4	109	18.4	74	12.5	54	9.1	7	1.2	90	15.2	491	82.7	10	1.7	251	42.3	59	9.9	316	53.2	1	0.2

*全国については、有所見割合のみ表示

【図表 17】

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	
	全国	820	35.1	65	7.9%	159	19.4%	9	1.1%	108	13.2%	42	5.1%	185	22.6%	30	3.7%	12	1.5%	100	12.2%	43	5.2%
保険者	合計	361	29.4	36	10.0%	82	22.7%	3	0.8%	48	13.3%	31	8.6%	66	18.3%	10	2.8%	4	1.1%	36	10.0%	16	4.4%
	40-64	459	41.4	29	6.3%	77	16.8%	6	1.3%	60	13.1%	11	2.4%	119	25.9%	20	4.4%	8	1.7%	64	13.9%	27	5.9%
	65-74	1,042	46.1	26	2.5%	79	7.6%	4	0.4%	63	6.0%	12	1.2%	74	7.1%	13	1.2%	3	0.3%	39	3.7%	19	1.8%
保険者	合計	448	41.5	16	3.6%	31	6.9%	2	0.4%	24	5.4%	5	1.1%	23	5.1%	5	1.1%	1	0.2%	13	2.9%	4	0.9%
	40-64	594	50.3	10	1.7%	48	8.1%	2	0.3%	39	6.6%	7	1.2%	51	8.6%	8	1.3%	2	0.3%	26	4.4%	15	2.5%
	65-74																						

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

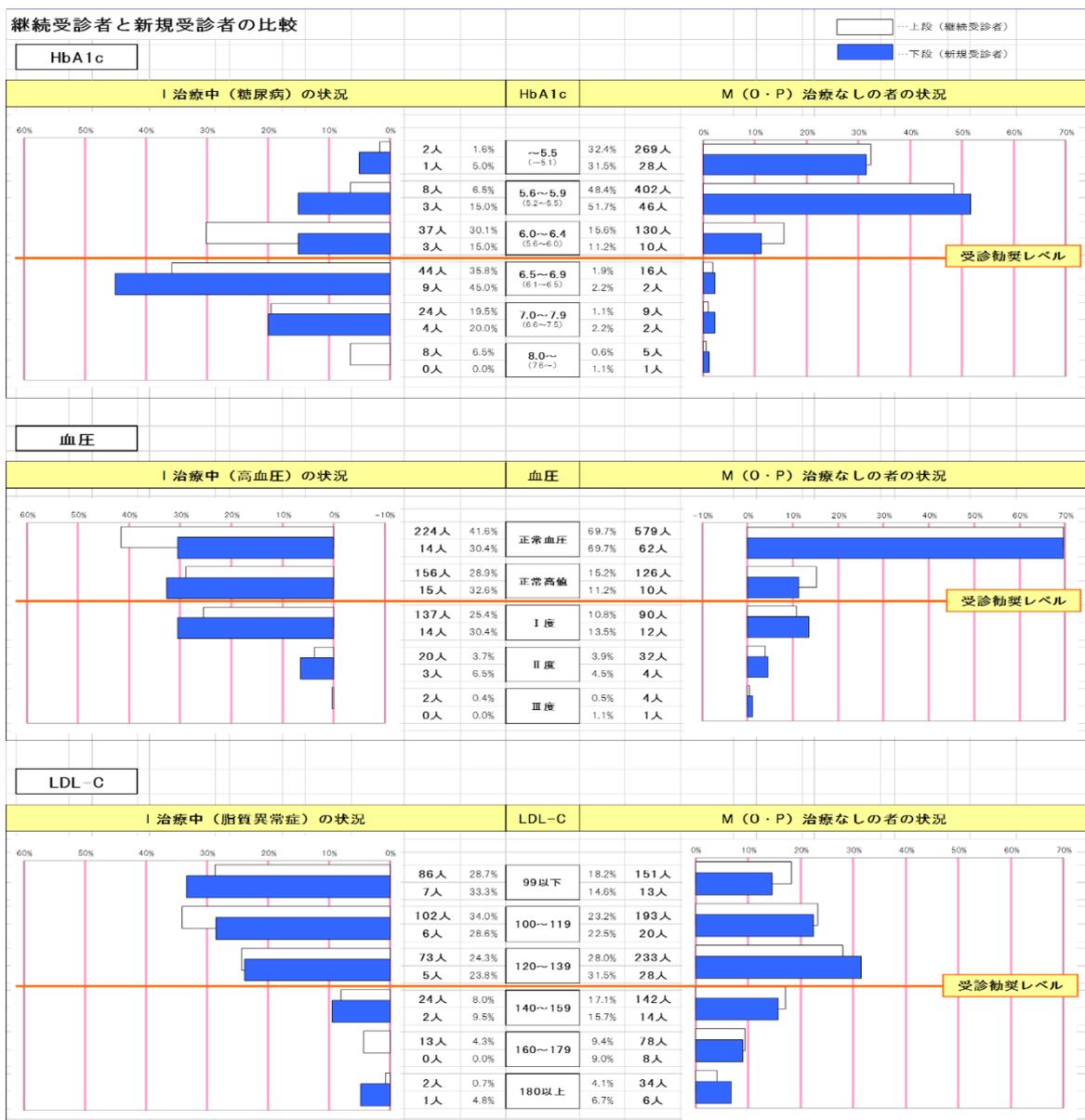
○糖尿病の状況

特定健診受診状況（継続・新規）に関わらず、治療中の者については、受診勧奨レベル以上が受診勧奨レベル以下より約1.6倍多い。また、治療なしの者のうち受診勧奨レベル以上は約4%である。

○血圧の状況及び脂質異常症の状況

特定健診受診状況（継続・新規）に関わらず、治療中の者については、受診勧奨レベル以下でコントロールできている者の割合が大きい。また、治療なしの者のうち受診勧奨レベル以上は、血圧で約15%、脂質で約30%である。

【図表 18】

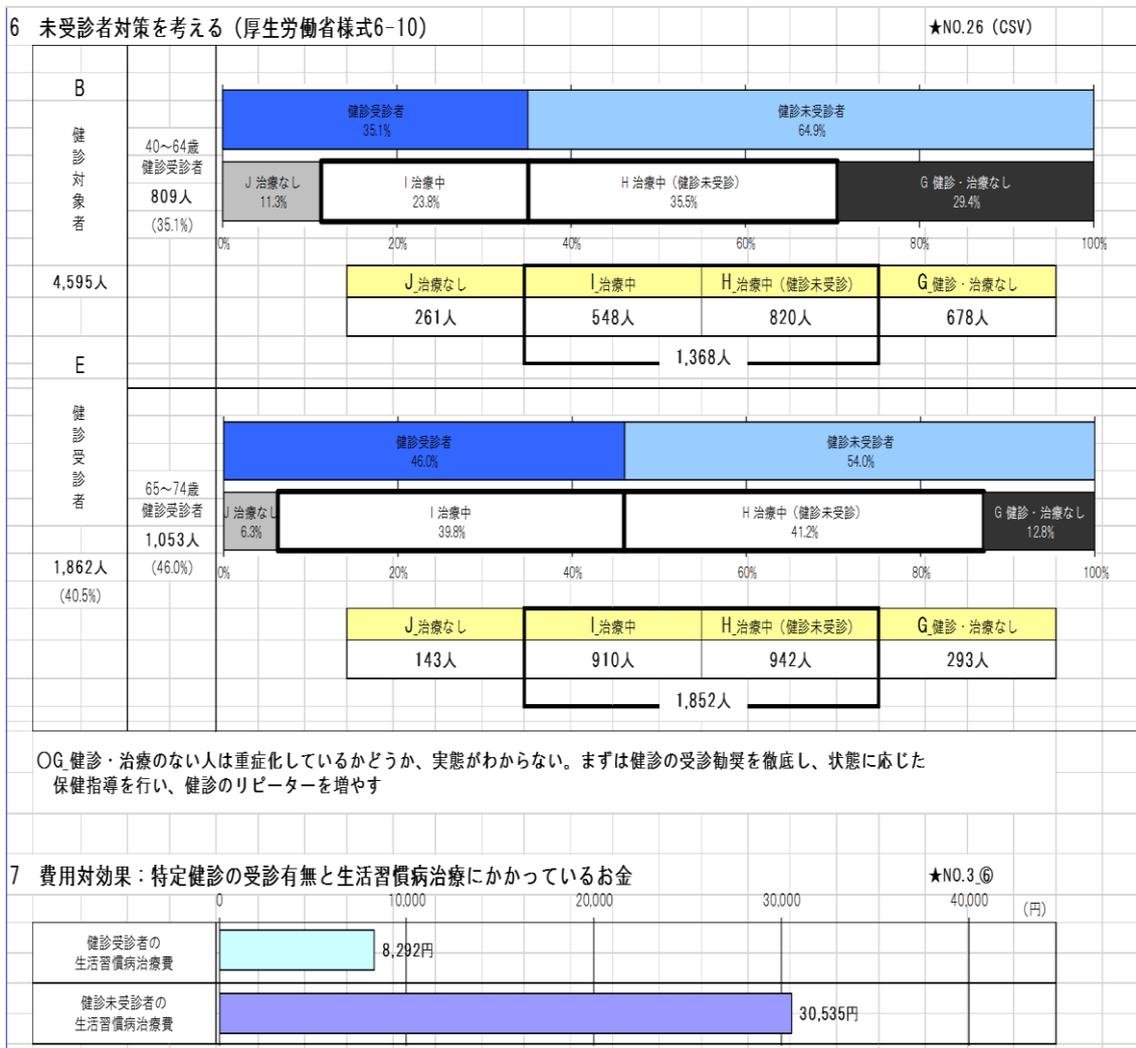


4) 未受診者の把握 (図表 19)

特定健診及び特定保健指導は、生活習慣病発症予防や重症化予防の最も重要な取組である。白石町における平成28年度の特定健診受診率は40.5%、特定保健指導率は43.8%であり、特定健診受診率は、国平均より高く、県・同規模平均とは同等、特定保健指導実施率は、国・同規模平均より高く、県平均より低くなっている。【図表 12】

年齢別で見ると65歳以上の受診率は約40%に対し、40～64歳は30%程度である。特に健診も治療も受けていない人(図表19・G)は、重症化有無の実態が不明である。また、健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診未受診者1人あたりの医療費は、健診受診者と比較して高い傾向にある。

【図表 19】



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

(1) 成果目標

① 中長期的な目標の設定

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

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

しかし、白石町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して入院する実態が明らかであり、重症化予防、医療費の適正化へつなげることから、入院外を伸ばし、入院を抑えることを目標とし、まずは入院の伸び率を2023年度に国並みとすることを目指す。

② 短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の発症予防と重症化予防の考え方を基に、経年的に見て、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

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

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

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

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

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

2. 目標値の設定

【図表20】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診実施率	44%	46%	48%	50%	52%	54%
特定保健指導実施率	60%	61%	62%	63%	64%	65%

3. 対象者の見込み

【図表21】

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
特定健診	対象者数	4,500人	4,450人	4,400人	4,350人	4,300人	4,250人
	受診者数	1,980人	2,047人	2,112人	2,175人	2,236人	2,295人
特定保健指導	対象者数	198人	205人	211人	218人	224人	230人
	実施者数	119人	126人	131人	138人	144人	150人

4. 特定健診の実施

(1) 実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町国保側のとりまとめ機関である佐賀市国保が集合契約を行う。

- 集団健診（白石町総合センター他）
- 個別健診（委託医療機関）

(2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、町のホームページに掲載する。

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は non-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第 1 条 4 項）

(5) 実施時期

6 月から翌年 3 月末まで実施する。

(6) 医療機関との適切な連携

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

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

(7) 代行機関

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

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診案内の送付、未受診者勧奨に努め、併せて、町ホームページ、広報、回覧等を利用し周知を図る。

【図表22】

実施時期	内容	対象者
6月中旬	受診券・受診票の送付	全対象者
7月	特定健診（集団健診）実施 がん検診同時実施	—
7月～3月	医療機関での個別健診の実施	—
9月	未受診者勧奨通知の送付	未受診者
10月	特定健診（集団健診）実施 がん検診同時実施	—
12月	未受診者勧奨通知の送付	未受診者

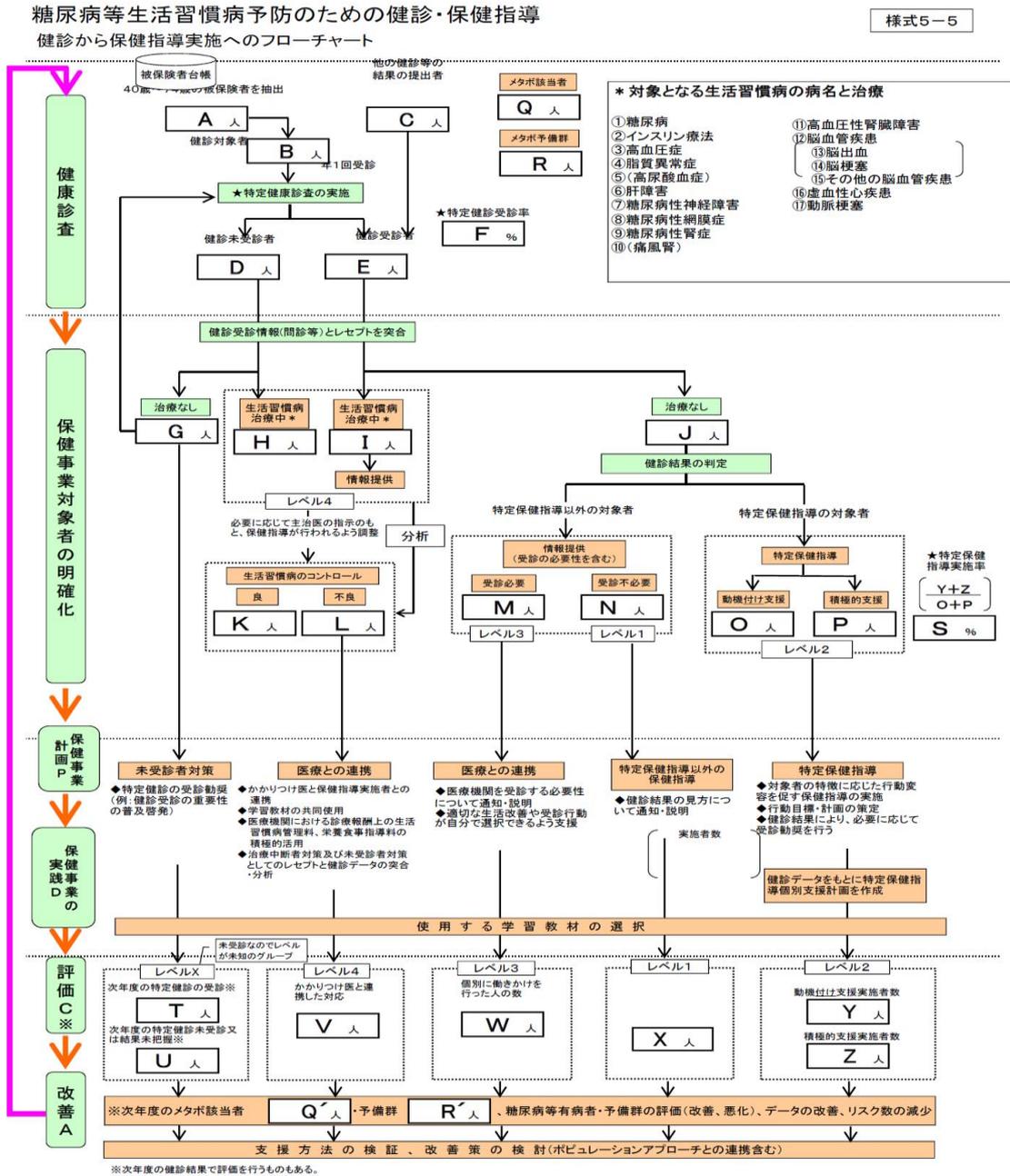
5. 特定保健指導の実施

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

(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)
【図表 24】

優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	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	191 人 (11.4)	60%
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	305 人 (18.4)	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)	3,305 人 ※受診率目標 達成までにあ と 325 人	40%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	407 人 (24.5)	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	758 人 (45.6)	50%

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みとポピュレーションアプローチを組合せて実施していく必要がある。

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

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

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

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては、「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下「佐賀県プログラム」という。)に基づき、以下の視点でPDCAに沿って実施する。なお、取組みにあたっては図表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	D 記録、実施件数把握			○		□
22	D かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	D レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	D 対象者決定		○			□
26	D 介入開始(初回面接)		○			□
27	D 継続的支援		○			□
28	D カンファレンス、安全管理		○			□
29	D かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	D 記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	C 6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	C 1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	C 医師会等への事業報告	○				□
35	C 糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	A マニュアル修正		○			□
38	A 次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、佐賀県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下のとおりとする。

- 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の把握を行う。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)を基盤とし、第4期、第3期に該当するものを優先する。
【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。

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

② 基準に基づく該当者数の把握

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

白石町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 81 人(34.9%・F)であった。また40～74 歳における糖尿病治療者 1,448 人のうち、特定健診受診者で健診結果が糖尿病型であったものが 151 人(10.5%・G)であり、3 人(2%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 1,084 人(74.9%・I)のうち、過去に 1 度でも特定健診受診歴がある者 210 人中 122 人は治療中断であることが分かった。また、88 人については継続受診中であるが、データが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より白石町においての介入方法を以下のとおりとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ア 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・81 人
- イ 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・・・・・・・・・・・・5 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・148人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

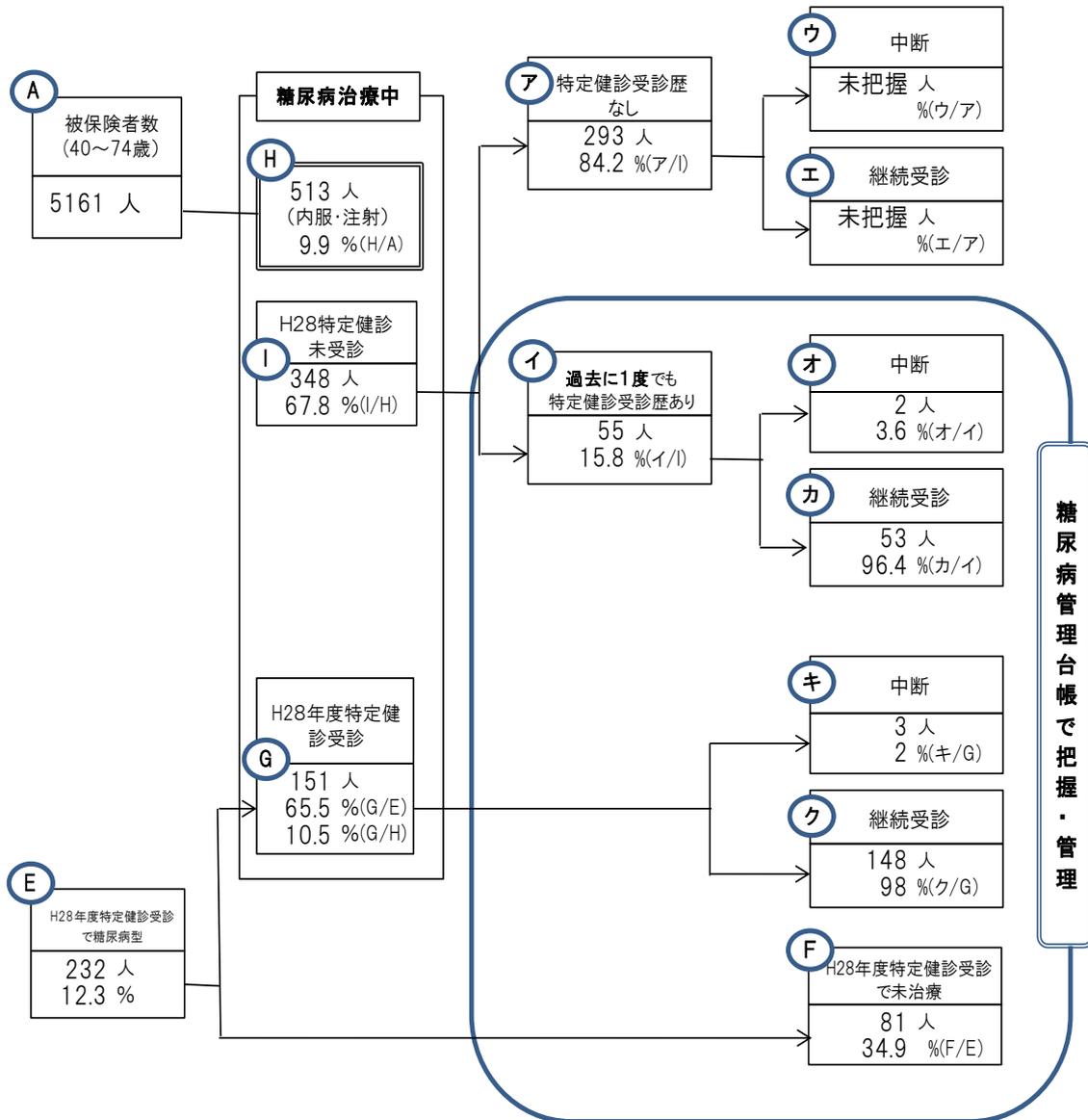
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・・・・・・・・・・・・88 人
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

【図表28】

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

※「中断」は6か月以上レセプトがない者(⊕は3か月以上レセプトがない者)



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は、糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

- ① 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理し台帳に記載する。

*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

1. HbA1c 2. 血圧 3. 体重 4. eGFR 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

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

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

ア 未治療者・中断者(受診勧奨者)……………○人

イ 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……○人

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。白石町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については、糖尿病治療ガイド、CKD診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える

★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる

糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">経年表</div> <div style="font-size: 2em;">→</div> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、 個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○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見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④ その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度肝・腎機能を評価</p> <p>⑤ インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>{ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ }</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <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. チアソリジン薬とは 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のため、可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは二次健診等を活用した尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

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

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は、糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医から対象者の検査データの収集、保健指導への助言を依頼する。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては、佐賀県プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

7) 評価

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

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

(1) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

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

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

ウ. 医療との連携状況による改善率

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載

台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

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

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

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

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は、虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の 1 つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は、血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。白石町において健診受診者 1, 919 人のうち心電図検査実施者は 48 人(2.5%)であり、そのうち ST 所見があったのは 0 人であった(図表 30)。

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

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者(a)		心電図検査(b)							
			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	1,919	100	48	2.5	0	0%	19	39.6%	29	60.4%

【図表31】

S T所見あり(a)		要精査(b)		医療機関受診あり(c)		受診なし(d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
0	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。心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

【図表32】

平成28年度実施	受診者	① 心電図検査実施			実施なし		
		ST変化	その他の変化	異常なし			
	1,919	0	19	29	0		
		0.0%	1.0%	1.5%	0.0%		
メタボ該当者	265	0	7	14	0		
		13.8%	0.0%	2.6%	5.3%	0.0%	
メタボ予備群	242	0	7	5	0		
		12.6%	0.0%	2.9%	2.1%	0.0%	
メタボなし	1,412	0	5	10	0		
		73.6%	0.0%	0.4%	0.7%	0.0%	
LDL-C	140-159	39	0	1	3	0	
			2.8%	0.0%	2.6%	7.7%	0.0%
	160-179	26	0	1	3	0	
			1.8%	0.0%	3.8%	11.5%	0.0%
	180-	8	0	0	0	0	
			0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

【参考】

Non-HDL	190-	174	0	2	7	0	
			9.1%	0.0%	1.1%	4.0%	0.0%
	170-189	98	0	1	2	0	
			5.1%	0.0%	1.0%	2.0%	0.0%
CKD	G3aA1~	131	0	1	2	0	
			6.8%	0.0%	0.8%	1.5%	0.0%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 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、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【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) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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

4) 医療との連携

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

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

- 4 月 対象者の選定基準の決定
- 5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定
- 7 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)

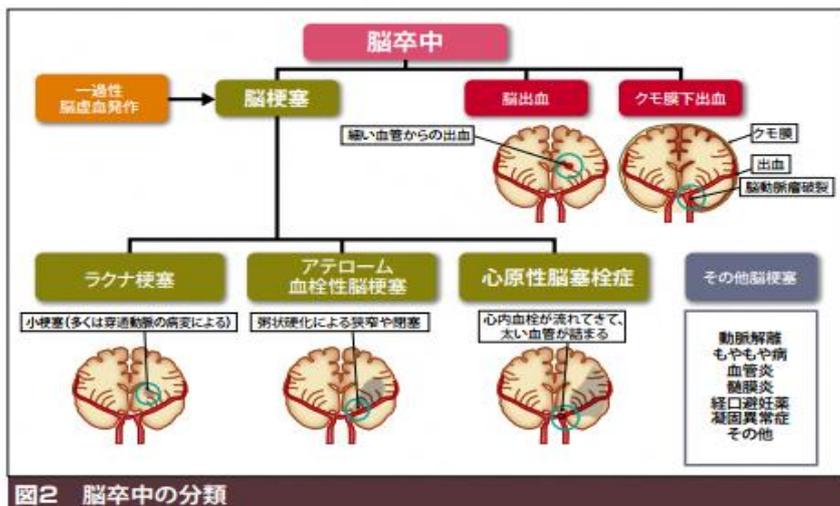
3. 脳血管疾患重症化予防

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	●								0	0						
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●		●					0	0						
	心原性脳梗塞	●							●	0	0						
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		メタボリック シンドローム		慢性腎不全 (CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者 受診者数 1,919人		Ⅱ高血圧以上		HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)		LDL 180mg/dl以上		中性脂肪 300mg/dl以上		心房細動		メタボ該当者		尿蛋白 (2+) 以上 eGFR50未満 (70歳以上は40未満)			
		83	4.3%	115	6.0%	60	3.1%	37	1.9%	3	0.2%	265	13.8%	18	0.9%	29	1.5%
治療なし		54	4.3%	74	4.2%	57	3.6%	30	1.9%	1	0.1%	60	5.7%	4	0.4%	10	1.0%
治療あり		29	25.3%	41	27.0%	3	0.8%	7	2.0%	2	0.2%	205	23.5%	14	1.6%	19	10.3%
臓器障害あり		3	5.6%	6	8.1%	1	1.8%	2	6.7%	1	100.0%	7	11.7%	4	100.0%	10	2.2%
臓器障害ありのうち	CKD (専門医対象)	2		1		0		0		0		4		4		10	
	尿蛋白 (2+) 以上	1		0		0		0		0		2		4		1	
	尿蛋白 (2+) and尿潜血 (+)	0		0		0		0		0		0		0		0	
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	1		1		0		0		0		3		1		10	
	心電図所見あり	1		5		1		2		1		3		0		0	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 83 人(4.3%)であり、54 人は未治療者であった。また、未治療者のうち 3 人(5.6%)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 29 人(25.3%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

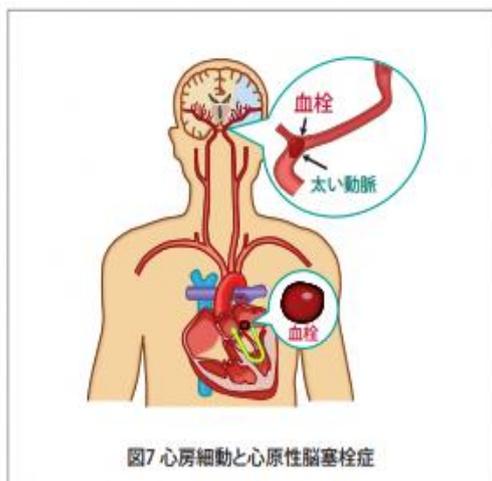
脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37) 【図表 37】

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		特定健診受診結果より (降圧薬治療者を除く)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
リスク層 (血圧以外の危険因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧 ~119 /~79	正常 血圧 120~129 /80~84	正常高値 血圧 130~139 /85~89	I度 高血圧 140~159 /90~99	II度 高血圧 160~179 /100~109	III度 高血圧 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
	リスク層 (血圧以外の危険因子)	1,262	432 34.2%	441 34.9%	180 14.3%	155 12.3%	47 3.7%	7 0.6%	11 0.9%	90 7.1%
リスク第1層	201 15.9%	98 22.7%	75 17.0%	13 7.2%	11 7.1%	4 8.5%	0 0.0%	11 100%	4 4.4%	0 0.0%
リスク第2層	739 58.6%	260 60.2%	251 56.9%	115 63.9%	86 55.5%	22 46.8%	5 71.4%	--	86 95.6%	27 25.0%
リスク第3層	322 25.5%	74 17.1%	115 26.1%	52 28.9%	58 37.4%	21 44.7%	2 28.6%	--	--	81 75.0%
再掲 重複あり	糖尿病	119 37.0%	29 39.2%	42 36.5%	23 44.2%	18 31.0%	7 33.3%	0 0.0%		
	慢性腎臓病 (OKD)	88 27.3%	28 37.6%	28 24.3%	13 25.0%	14 24.1%	5 23.8%	0 0.0%		
	3個以上の危険因子	182 56.5%	27 36.5%	65 56.5%	32 61.5%	39 67.2%	17 81.0%	2 100.0%		

(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				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	34	14	3		0	0		
40歳代	1	0	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	5	0	1	0.2	0	0	0.8	0.1
60歳代	17	11	1	5.9	0	0	1.9	0.4
70～74歳	11	3	1	9.1	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

【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	%	人	%	人	%
3	100	2	66.7	1	33.3

心電図検査において3人が心房細動の所見であった。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。また3人のうち1人は既に治療が開始されていたが、2人は特定健診受診で心電図検査を受ける事で発見ができた。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも心電図検査の全数実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

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

(2) 二次健診の実施

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

(3) 対象者の管理

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は、受診勧奨を行い、治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報については、かかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

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

6) 評価

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

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

(1) 短期的評価

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

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

7 月～ 特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。

台帳記載後、順次対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。

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

国保では被保険者のうち、65歳以上高齢者の割合(33.76%)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近く(46.4%)になっている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても市町村にとっても非常に重要である。

【図表42】

65歳以上の人口及び高齢化率

保険者名	人口	65歳以上人口(人)						
	高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
佐賀県	人	209,000	231,000	247,000	251,000	248,000	244,000	242,000
	%	24.6	27.8	30.7	32.4	33.4	34.1	35.5
白石町	人	7,578	7,750	8,038	7,994	7,808	7,450	7,046
	%	29.60%	32.00%	35.20%	37.20%	38.70%	39.30%	39.80%

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、ケアマネジャー、等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が、地域で元気に暮らしていく町民を増やしていくことにつながる。(参考資料10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の2020年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の2023年度においては、次期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース（KDB）システムに健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に、直ちに取り組むべき課題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白石町の位置

参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料 3 糖尿病管理台帳

参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

参考資料 8 血圧評価表

参考資料 9 心房細動管理台帳

参考資料 10 生活習慣病有病状況

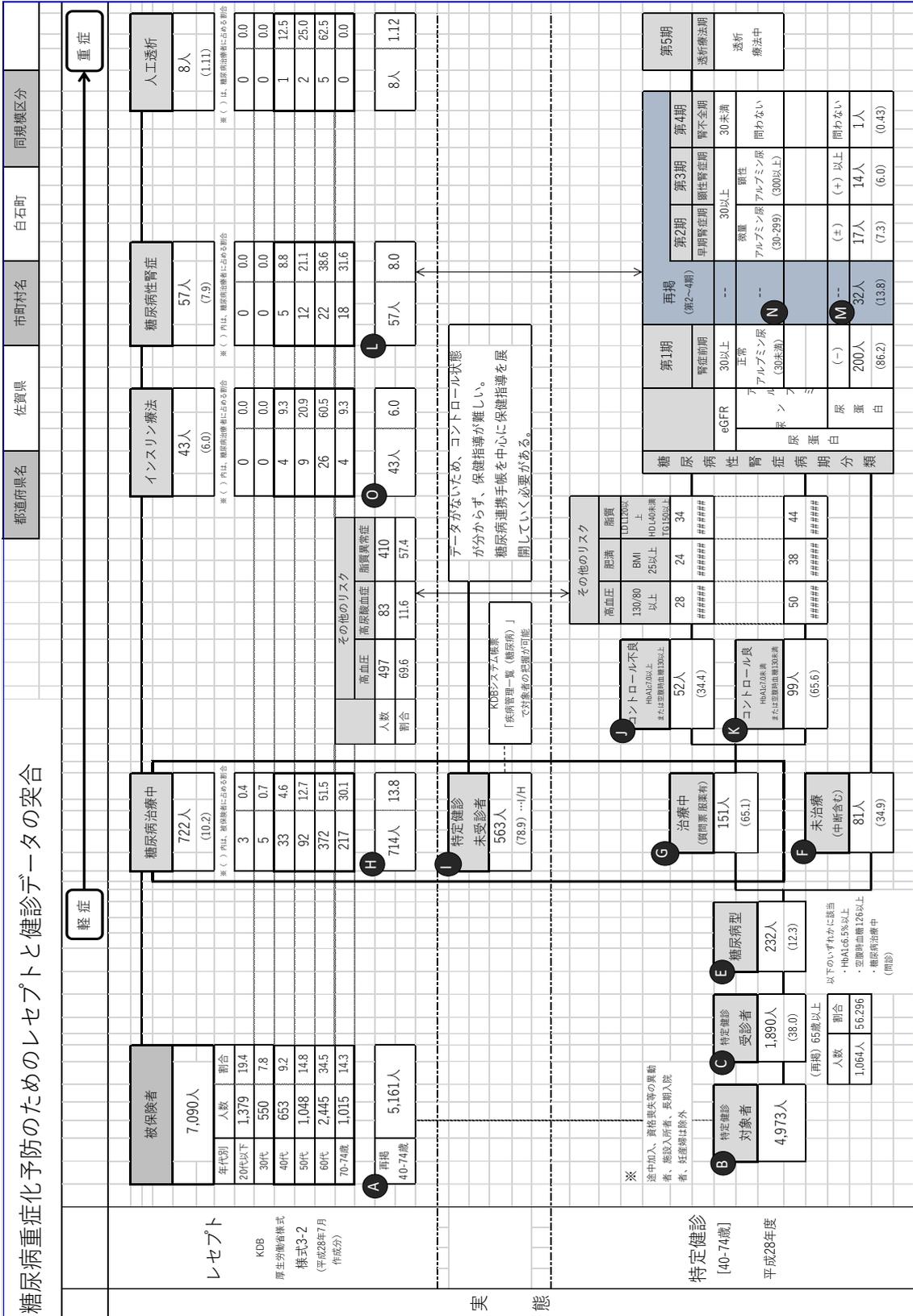
参考資料 11 評価イメージ 1

参考資料 12 評価イメージ 2

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた白石町の位置

項目	H25		H28		同規模平均		H28 県		H28 国		データ元 (CSV)		
	保険者		保険者										
	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	25,505		25,505		4,840,962		842,408		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65歳以上(高齢化率)	7,571	29.7	7,571	29.7	1,107,232	22.9	207,778	24.7	29,020,766	23.2	
		75歳以上	4,491	17.6	4,491	17.6			112,903	13.4	13,989,864	11.2	
		65～74歳	3,080	12.1	3,080	12.1			94,875	11.3	15,030,902	12.0	
		40～64歳	8,555	33.5	8,555	33.5			283,027	33.6	42,411,922	34.0	
	39歳以下	9,379	36.8	9,379	36.8			351,603	41.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	29.7		29.7		6.2		9.5		4.2		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		第2次産業	19.1		19.1		28.8		24.2		25.2		
		第3次産業	51.2		51.2		65.0		66.2		70.6		
	③ 平均寿命	男性	78.9		78.9		79.7		79.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		87.1		87.1		86.5		86.6		86.4			
④ 健康寿命	男性	65.3		65.3		65.4		65.2		65.2		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	女性	66.8		66.8		66.9		66.8		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡比(SMR)	110.4		110.5		98.8		102.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	101	47.6	97	46.4	13,676	49.0	2,798	51.0	367,905	49.6	
		心臓病	54	25.5	56	26.8	7,410	26.6	1,387	25.3	196,768	26.5	
		脳疾患	42	19.8	38	18.2	4,436	15.9	880	16.0	114,122	15.4	
		糖尿病	5	2.4	4	1.9	538	1.9	105	1.9	13,658	1.8	
		腎不全	6	2.8	8	3.8	920	3.3	174	3.2	24,763	3.3	
		自殺	4	1.9	6	2.9	924	3.3	141	2.6	24,294	3.3	
	② 早世予防からみた死亡(65歳未満)	合計											厚労省HP 人口動態調査
		男性											
	3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	1,704	22.5	1,713	22.8	214,304	19.5	45,242	21.7	5,885,270	21.2
新規認定者			18	0.3	30	0.3	3,881	0.3	795	0.3	105,636	0.3	
② 有病状況		2号認定者	36	0.4	36	0.4	5,773	0.4	1,071	0.4	151,813	0.4	
		糖尿病	280	15.3	331	18.3	50,726	22.7	10,148	21.7	1,350,152	22.1	
		高血圧症	1,035	58.5	1,048	59.6	116,656	52.4	27,849	59.7	3,101,200	50.9	
		脂質異常症	351	19.8	433	24.9	62,464	27.9	14,344	30.6	1,741,866	28.4	
		心臓病	1,196	68.4	1,233	69.7	132,934	59.8	31,911	68.5	3,529,682	58.0	
		脳疾患	603	34.3	616	34.1	59,484	26.9	14,853	32.0	1,538,683	25.5	
		がん	197	11.8	239	13.2	22,320	9.9	5,946	12.6	631,950	10.3	
筋・骨格		1,001	58.5	1,050	60.9	114,481	51.4	28,340	60.6	3,067,196	50.3		
精神	670	38.7	750	41.8	80,074	35.8	20,766	44.3	2,154,214	35.2			
③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	79,598		76,434		62,901		65,198		58,284		KDB_NO.1 地域全体像の把握	
	居宅サービス	47,007		45,592		40,734		46,314		39,662			
	施設サービス	301,505		299,766		277,659		282,952		281,186			
④ 医療費等	要介護認定別	8,204		8,293		8,370		8,101		7,980			
	医療費(40歳以上)	3,965		4,010		3,831		4,033		3,816			
4	① 国保の状況	被保険者数	7,604		8,801		1,198,062		205,165		32,587,866		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	2,273	29.9	2,411	35.5			80,173	39.1	12,461,613	38.2	
		40～64歳	3,078	40.5	2,562	37.7			69,731	34.0	10,946,712	33.6	
		39歳以下	2,253	29.6	1,828	26.9			55,261	26.9	9,179,541	28.2	
	加入率	29.8		26.7		25.1		24.4		26.9			
	② 医療の概況(人口千対)	病院数	5	0.7	5	0.7	296	0.2	108	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	17	2.2	17	2.5	2,970	2.5	684	3.3	96,727	3.0	
		病床数	709	93.2	709	104.2	53,431	44.6	15,108	73.6	1,524,378	46.8	
		医師数	53	7.0	49	7.2	8,940	7.5	2,319	11.3	299,792	9.2	
		外来患者数	706.4		740.6		692.6		736.4		668.1		
入院患者数	28.5		29.0		19.6		26.3		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	27,009		30,191		25,606		29,593		24,245		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	734,864		769,555		712,241		762,714		686,286			
	外来	費用の割合	52.7		53.2		59.2		55.6		60.1		
	件数の割合	96.1		96.2		97.2		96.6		97.4			
	入院	費用の割合	47.3		46.8		40.8		44.4		39.9		
	件数の割合	3.9		3.8		2.8		3.4		2.6			
④ 医療費分析(生活習慣病に占める割合)	1件あたり在院日数	18.1日		18.2日		15.8日		18.0日		15.6日		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題	
	がん	299,671,650	21.2	343,287,880	24.8	25.2		21.4		25.6			
	慢性腎不全(透析あり)	99,294,160	7.0	112,461,110	8.1	9.3		11.0		9.7			
	糖尿病	103,175,510	7.3	103,922,130	7.5	10.1		8.4		9.7			
	高血圧症	148,790,050	10.5	106,200,030	7.7	8.8		7.8		8.6			
	精神	358,677,700	25.4	364,245,860	26.3	16.6		23.2		16.9			
最大医療費源傷病名(調剤含む)	筋・骨格	236,395,910	16.7	233,129,250	16.8	15.5		15.7		15.2			

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	472,874	21位	(17)	513,963	17位	(18)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域						
				高血圧	515,023	17位	(17)	538,058	15位	(18)											
				脂質異常症	422,808	19位	(22)	429,056	23位	(23)											
				脳血管疾患	548,524	17位	(19)	648,348	5位	(21)											
				心疾患	458,654	22位	(16)	417,164	22位	(20)											
				腎不全	723,796	4位	(19)	754,391	4位	(20)											
		県内順位	精神	422,227	19位	(27)	437,692	17位	(27)												
			悪性新生物	580,581	19位	(14)	596,037	17位	(13)												
		入院の()内 は在院日数	外来	糖尿病	33,092	17位		32,737	18位												
				高血圧	24,434	23位		24,548	23位												
				脂質異常症	25,373	16位		23,498	22位												
				脳血管疾患	30,199	21位		29,333	21位												
				心疾患	33,678	22位		29,105	22位												
				腎不全	160,941	19位		176,621	17位												
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健康診査対象者 一人当たり	健康診査受診者	3,466			3,226			3,022			3,158		2,346						
			健康診査未受診者	11,003			11,880			12,116			13,153		12,339						
⑦	健診・レセ 実合	受診勧奨者	健康診査受診者	909	48.2		939	50.4		189,567	56.6		29,505	53.2	4,427,360	56.1					
			医療機関受診率	824	43.7		843	45.3		174,386	52.1		27,181	49.0	4,069,618	51.5					
5	①	特定健診の 状況	県内順位	順位総数23	健康診査受診者	1,885			1,862			334,719			55,471		7,898,427				
						受診率	37.8	県内15位 同規模80位	40.5	県内15位 同規模74位	40.6	40.6	全国16位	36.4							
					特定保健指導終了者(実施率)	47	22.7	71	35.1	13919	34.0	3,436	52.3	198,683	21.1						
					非肥満高血糖	86	4.6	102	5.5	34,471	10.3	4,488	8.1	737,886	9.3						
					メタボ	該当者	217	11.5	259	13.9	59,567	17.8	9,280	16.7	1,365,855	17.3					
						男性	143	17.8	185	22.6	40,619	27.7	6,218	25.3	940,335	27.5					
						女性	74	6.8	74	7.1	18,948	10.1	3,062	9.9	425,520	9.5					
						予備群	252	13.4	238	12.8	36,195	10.8	6,844	12.3	847,733	10.7					
					②	BMI	男性	175	21.8	159	19.4	25,013	17.0	4,523	18.4	588,308	17.2				
							女性	77	7.1	79	7.6	11,182	5.9	2,321	7.5	259,425	5.8				
					6	③	生活習慣の 状況	服薬	既往歴	喫煙	総数	599	31.8	588	31.6	107,607	32.1	18,841	34.0	2,490,581	31.5
											男性	403	50.1	409	49.9	73,443	50.1	12,460	50.7	1,714,251	50.2
											女性	196	18.1	179	17.2	34,164	18.2	6,381	20.7	776,330	17.3
											総数	79	4.2	89	4.8	16,193	4.8	2,217	4.0	372,685	4.7
男性	9	1.1	10	1.2							2,462	1.7	355	1.4	59,615	1.7					
女性	70	6.5	79	7.6							13,731	7.3	1,862	6.0	313,070	7.0					
血糖のみ	17	0.9	13	0.7							2,474	0.7	589	1.1	52,296	0.7					
血圧のみ	171	9.1	171	9.2							24,960	7.5	4,444	8.0	587,214	7.4					
脂質のみ	64	3.4	54	2.9							8,761	2.6	1,811	3.3	208,214	2.6					
血糖・血圧	28	1.5	43	2.3							9,940	3.0	1,587	2.9	212,002	2.7					
血糖・脂質	24	1.3	15	0.8							3,451	1.0	668	1.2	75,032	0.9					
血圧・脂質	130	6.9	139	7.5							27,799	8.3	4,414	8.0	663,512	8.4					
血糖・血圧・脂質	35	1.9	62	3.3							18,377	5.5	2,611	4.7	415,310	5.3					
7	④	生活習慣の 状況	服薬	既往歴							喫煙	高血圧	590	31.3	643	34.6	114,619	34.3	18,238	32.9	2,650,283
					糖尿病	115	6.1	151	8.1	26,435		7.9	4,910	8.9	589,711	7.5					
					脂質異常症	289	15.3	347	18.7	78,343		23.4	12,593	22.7	1,861,221	23.6					
					脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	8	0.4	19	1.0	10,454		3.3	627	1.6	246,252	3.3					
					心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	9	0.5	19	1.0	18,765		5.8	862	2.2	417,378	5.5					
					腎不全	18	1.0	15	0.8	2,354		0.7	305	0.8	39,184	0.5					
					貧血	65	3.4	74	4.0	31,124		9.7	3,369	8.4	761,573	10.2					
					喫煙	271	14.4	272	14.6	44,727		13.4	7,948	14.3	1,122,649	14.2					
					週3回以上朝食を抜く	111	5.9	129	6.9	20,927		7.1	4,718	8.7	585,344	8.7					
					週3回以上食後間食	162	8.6	188	10.1	32,417		11.0	6,241	11.6	803,966	11.9					
					週3回以上就寝前夕食	148	7.9	170	9.1	43,462		14.6	6,220	11.5	1,054,516	15.5					
					食べる速度が速い	508	26.9	530	28.5	74,088		25.2	15,290	28.3	1,755,597	26.0					
					20歳時体重から10kg以上増加	546	29.0	572	30.8	96,666		32.5	17,904	33.2	2,192,264	32.1					
					1回30分以上運動習慣なし	1,456	77.2	1,407	75.7	171,305		57.8	34,141	63.3	4,026,105	58.8					
1日1時間以上運動なし	642	34.1	649	34.9	137,370	46.1	25,251	49.1	3,209,187	47.0											
睡眠不足	375	19.9	441	23.7	70,531	24.1	12,262	25.5	1,698,104	25.1											
毎日飲酒	574	30.5	581	31.3	77,676	24.4	13,463	24.9	1,886,293	25.6											
時々飲酒	348	18.5	314	16.9	65,976	20.8	11,094	20.5	1,628,466	22.1											
⑤	一日飲酒量	1合未満	522	53.5	530	55.2	139,409	65.4	14,219	53.7	3,333,836	64.0									
		1~2合	337	34.5	340	35.4	50,108	23.5	8,870	33.5	1,245,341	23.9									
		2~3合	97	9.9	78	8.1	18,712	8.8	2,720	10.3	486,491	9.3									
		3合以上	20	2.0	12	1.3	5,089	2.4	645	2.4	142,733	2.7									



【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							
									GFR							
	CKD	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							
									GFR							
	CKD	尿蛋白														

【参考資料4】

糖尿病管理台帳からの年次計画 H 年度			担当者名:	担当地区:	
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携	
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(㉔+㉕) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ----- ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 ----- 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導 -----	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かかりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医	
	㉔ 健診未受診者 ()人				●合併症 ●脳・心疾患—手術 ●人工透析 ●がん
	結果把握(内訳)				
	①国保(生保)	()人			
	②後期高齢者	()人			
	③他保険	()人			
	④住基異動(死亡・転出)	()人			
	⑤確認できず	()人			
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である				
	㉕ 結果把握 ()人				
①HbA1cが悪化している ()人 ②HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している ()人 *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある					
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人					
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人					

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基					
		28年度		29年度		30年度		28年度同規模保険者数164							
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合						
1	① 被保険者数	A	7,090人							KDB 厚生労働省様式 様式3-2					
	② (再掲)40-74歳	A	5,161人												
2	① 対象者数	B	4,973人							市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書					
	② 特定健診 受診者数	C	1,890人												
	③ 受診率	C	38.0%												
3	① 特定保健指導 対象者数		162人												
	② 実施率		43.8%												
4	健診データ	① 糖尿病型	E	232人	12.3%						特定健診結果				
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	81人	34.9%										
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	151人	65.1%										
		④ コントロール不良 HbA1c2.0以上または空腹時血糖130以上	J	⑤ 血圧 130/80以上	52人	34.4%									
				⑥ 肥満 BMI25以上	24人	46.2%									
				⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	99人	65.6%								
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	⑨ 第2期 尿蛋白(±)	200人	86.2%									
				⑩ 第3期 尿蛋白(+)	17人	7.3%									
				⑪ 第4期 尿蛋白(++)以上	14人	6.0%									
				⑫ 第4期 eGFR30未満	1人	0.4%									
		5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		101.8人								KDB 厚生労働省様式 様式3-2	
② (再掲)40-74歳(被保険者対)				138.3人											
③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病対	入院外(件数)			④	4,029件	(810.2)			4,309件	(785.4)	KDB 疾病別医療費分析 (生活習慣病)				
				⑤ 入院(件数)	22件	(4.4)			28件	(5.1)					
⑥ 糖尿病治療中	H			⑦ (再掲)40-74歳	⑧	722人	10.2%					KDB 厚生労働省様式 様式3-2			
					⑨ 健診未受診者	714人	13.8%								
				⑩ インスリン治療	O	⑪ (再掲)40-74歳	43人	6.0%							
						⑫ 糖尿病性腎症	57人	8.0%							
				⑬ (再掲)40-74歳	L	⑭ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	8人	1.11%							
						⑮ (再掲)40-74歳	8人	1.12%							
				⑯ 新規透析患者数		⑰ (再掲)糖尿病性腎症	0人	0%							
						⑱ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	19人	2.1%							
				6	医療費	① 総医療費		25億1961万円					23億0569万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題
						② 生活習慣病総医療費	(総医療費に占める割合)	13億8532万円		55.0%			13億0229万円		
③ 生活習慣病 対象者 一人あたり	④ 健診受診者							8,292円		8,244円					
	⑤ 健診未受診者					30,535円		33,045円							
⑥ 糖尿病医療費		1億0392万円				1億3171万円									
⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		7.5%				10.1%									
⑧ 糖尿病入院外総医療費	1件あたり	3億0446万円				32,737円									
		⑨ 糖尿病入院総医療費	1件あたり			1億9685万円		513,963円							
⑩ 慢性腎不全医療費	透折有り					1億1708万円		1億2887万円							
		⑪ 透折なし	透折なし			1億1246万円		1億2093万円							
⑫ 透折なし	透折なし					462万円		794万円							
		⑬ 介護	介護給付費			28億2767万円		19億7126万円							
⑭ (2号認定者)糖尿病合併症	5件					20.0%									
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		4人			1.1%			3人	1.2%	KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題				

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方

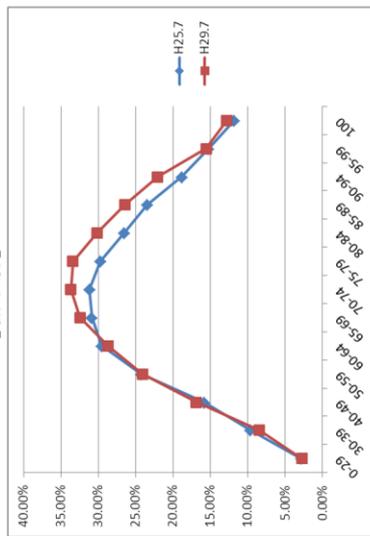
健診結果、問診	リスク状況			対象者		
	他のリスクの重なりを考える	虚血性心疾患を予防するためのリスク				
① 心電図	心電図所見なし	<input type="checkbox"/> ST変化 <input type="checkbox"/> その他所見		⑤ 重症化予防対象者		
② 問診	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴 父母、祖父母、兄弟姉妹 (1)突然死 (2)若年での虚血性心疾患の発症 (3)高血圧、糖尿病、脂質異常症 <input type="checkbox"/> 既往歴・合併症 一過性脳虚血発作、心房細動などの不整脈、大動脈疾患、冠動脈疾患、末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 少なくとも15秒以上の症状が持続 <input type="checkbox"/> 同じような状況で症状がある <input type="checkbox"/> 「痛い」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。この人がどういった経過をたどって、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		
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム <input type="checkbox"/> LDL-C eGFR 尿蛋白 <input type="checkbox"/> CKD重症度分類 その他	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 中性脂肪 空腹 食後 <input type="checkbox"/> nonHDL-C <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> 血糖 空腹 食後 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 血圧 収縮期 拡張期	男 85~ 女 90~ ~24.9 ~149 ~199 ~149 ~30 ~99 ~139 ~5.5 ~7.0 ~129 ~84 ~119	25~ 150~299 200~ 150~169 31~50 100~125 140~199 5.6~6.4 7.1~7.9 130~139 85~89 120~139	300~ 170~ 51~ 126~ 200~ 6.5~ 8.0~ 140~ 90~ 140~		【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 【24時間血圧 (夜間血圧・職場高血圧の鑑別)】 <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
	<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
	eGFR		60未満			
	尿蛋白	(-)	(+) ~			
	<input type="checkbox"/> CKD重症度分類		G3a1~			
	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

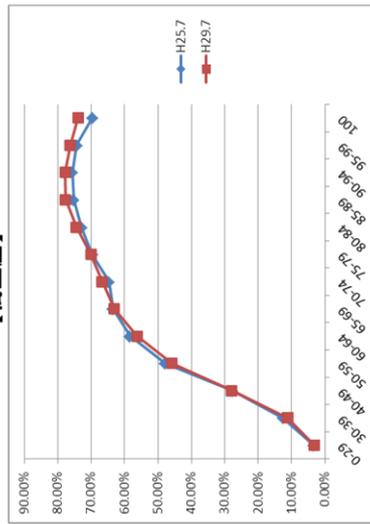
【出典】国保データベース(KDB)システム_厚生労働省様式3-1

生活習慣病有病状況(佐賀県)

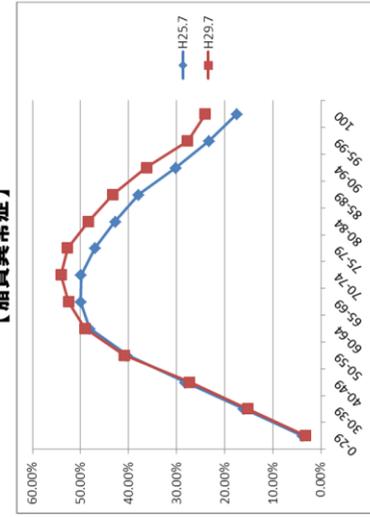
【糖尿病】



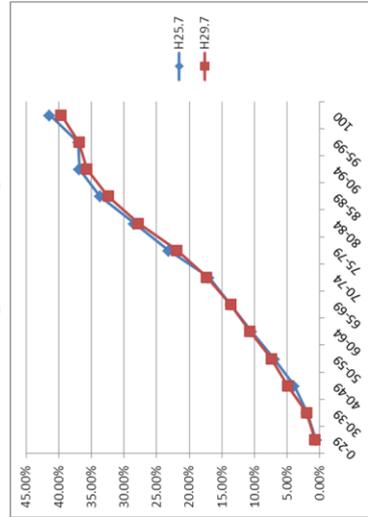
【高血圧】



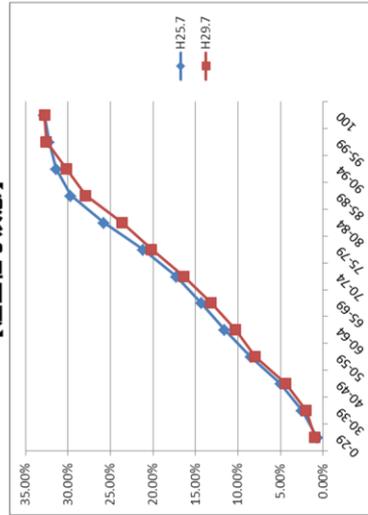
【脂質異常症】



【脂血管疾患】



【虚血性心疾患】



年	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
率	2.84%	9.62%	15.84%	24.27%	29.53%	30.66%	31.20%	29.70%	26.55%	23.68%	18.63%	15.25%	11.83%
率	2.78%	8.47%	16.87%	24.13%	28.74%	32.46%	33.69%	33.41%	30.21%	26.46%	22.05%	15.55%	12.82%

年	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
率	3.45%	12.54%	21.77%	47.77%	58.41%	63.03%	64.73%	68.63%	72.92%	75.20%	75.70%	74.91%	69.62%
率	3.18%	11.18%	21.88%	45.74%	56.20%	61.06%	66.66%	70.08%	74.43%	77.66%	77.78%	76.77%	73.96%

年	0-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100
率	3.82%	15.98%	28.20%	40.28%	48.12%	49.88%	48.88%	46.88%	42.79%	37.86%	30.10%	23.30%	17.07%
率	3.13%	15.26%	27.31%	40.33%	48.12%	52.51%	54.08%	52.68%	46.37%	42.28%	34.28%	27.55%	24.06%

第2期データヘルス計画における「保健活動と体制」経年表

【実績】

項目	年度		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
保健スタッフ数	保健師	実績	4.2	4.5						
	栄養士	実績	1	1.3						
	事務職	実績	1	1						
特定健診	実績	対象者数	4586	4562						
		受診人数	1856	1780						
		受診率	40.5	39.0						
保健指導										
1. 特定保健指導対象者	実績	A	対象者数	162	165					
		B	指導実人数	82	130					
		再掲	(再:訪問実人数)		40					
		B/A	指導割合	0.506	0.793					
2. 重症化予防対象者										
1)HbA1c6.5%以上者	実績	C	対象者数	177	142					
		D	指導実人数	20	31					
		再掲	(再:訪問実人数)		8					
		D/C	指導割合	0.113	0.218					
(1)HbA1c6.5%以上者のうち医療との連携者数		実績	実人数	28						
①治療の受診勧奨者数			実人数	20						
②保健指導での連携者数			実人数	8						
2)高血圧Ⅱ度以上者	実績	E	対象者数	102	71					
		F	指導実人数	29	21					
		再掲	(再:訪問実人数)	0	0					
		F/E	指導(割合)	0.284	0.296					
3)LDL-180以上者	実績	G	対象者数	61	39					
		H	指導実人数	16	19					
		再掲	(再:訪問実人数)	0	0					
		H/G	指導(割合)	0.262	0.487					

平成30年度の事業計画		評価					次年度に向けた方向性																
H30目標	H30実践計画	プロセス (やってきた実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	ストラクチャー (構造)	アウトカム (結果)	残っている課題																	
特定健診未受診者対策	<p>H30目標</p> <p>○特定健診受診率 目標…44%</p>	<p>H30実践計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話勧奨 ・実施医療機関へ協力依頼 ・広報、ホームページ、ケーブアルテレビ ・勧奨通知 ・駐在員会での説明 																					
特定保健指導	<p>○特定保健指導実施率 目標…60%</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の実施 ・随時訪問指導 ・2次健診の実施 																					
重症化予防保健指導	<p>○健診受診者の検査結果の改善（血圧・血糖・脂質・CKD）</p> <p>○医療費の伸びを抑える</p>	<p>H30実践計画</p> <ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会の実施 ・随時訪問指導 <p><対象者> 佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの対象者及び阿独自の対象者</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">糖尿病性腎症 重症化予防（佐賀県プログラム）</td> </tr> <tr> <td>(1) ア</td> <td>（糖尿病性腎症）患者の健診において ・空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 で計たるばくを認める者又はHbA1c6.0%以上7.2%未満の者 ・HbA1c6.5以上の者（HbA1c測定実施者のみ）</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>通院中の患者で健診の受診日から6か月経過しても受診しなかった患者 ・糖尿病で健診（健診）する者のうち、腎臓が重症化するリスクの高い者 ・HbA1c7.0%以上かつeGFR60ml/分/1.73m²未満の者</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他 重症化予防</td> </tr> <tr> <td colspan="2">高血圧の重症化予防</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>①収縮期血圧 収縮期180以上、または拡張期110以上 ②収縮期血圧 収縮期160～179、または拡張期100～109</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症</td> <td>脂質異常症（総コレステロールで130以上 LDLコレステロールで130以上</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>3次血圧治療でeGFR60未満かつ尿蛋白（+）以上</td> </tr> </table>	糖尿病性腎症 重症化予防（佐賀県プログラム）		(1) ア	（糖尿病性腎症）患者の健診において ・空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 で計たるばくを認める者又はHbA1c6.0%以上7.2%未満の者 ・HbA1c6.5以上の者（HbA1c測定実施者のみ）	イ	通院中の患者で健診の受診日から6か月経過しても受診しなかった患者 ・糖尿病で健診（健診）する者のうち、腎臓が重症化するリスクの高い者 ・HbA1c7.0%以上かつeGFR60ml/分/1.73m ² 未満の者	その他 重症化予防		高血圧の重症化予防		血圧	①収縮期血圧 収縮期180以上、または拡張期110以上 ②収縮期血圧 収縮期160～179、または拡張期100～109	脂質異常症	脂質異常症（総コレステロールで130以上 LDLコレステロールで130以上	CKD	3次血圧治療でeGFR60未満かつ尿蛋白（+）以上					
糖尿病性腎症 重症化予防（佐賀県プログラム）																							
(1) ア	（糖尿病性腎症）患者の健診において ・空腹時血糖126mg/dl以上又はHbA1c6.5%以上 で計たるばくを認める者又はHbA1c6.0%以上7.2%未満の者 ・HbA1c6.5以上の者（HbA1c測定実施者のみ）																						
イ	通院中の患者で健診の受診日から6か月経過しても受診しなかった患者 ・糖尿病で健診（健診）する者のうち、腎臓が重症化するリスクの高い者 ・HbA1c7.0%以上かつeGFR60ml/分/1.73m ² 未満の者																						
その他 重症化予防																							
高血圧の重症化予防																							
血圧	①収縮期血圧 収縮期180以上、または拡張期110以上 ②収縮期血圧 収縮期160～179、または拡張期100～109																						
脂質異常症	脂質異常症（総コレステロールで130以上 LDLコレステロールで130以上																						
CKD	3次血圧治療でeGFR60未満かつ尿蛋白（+）以上																						