

# 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。

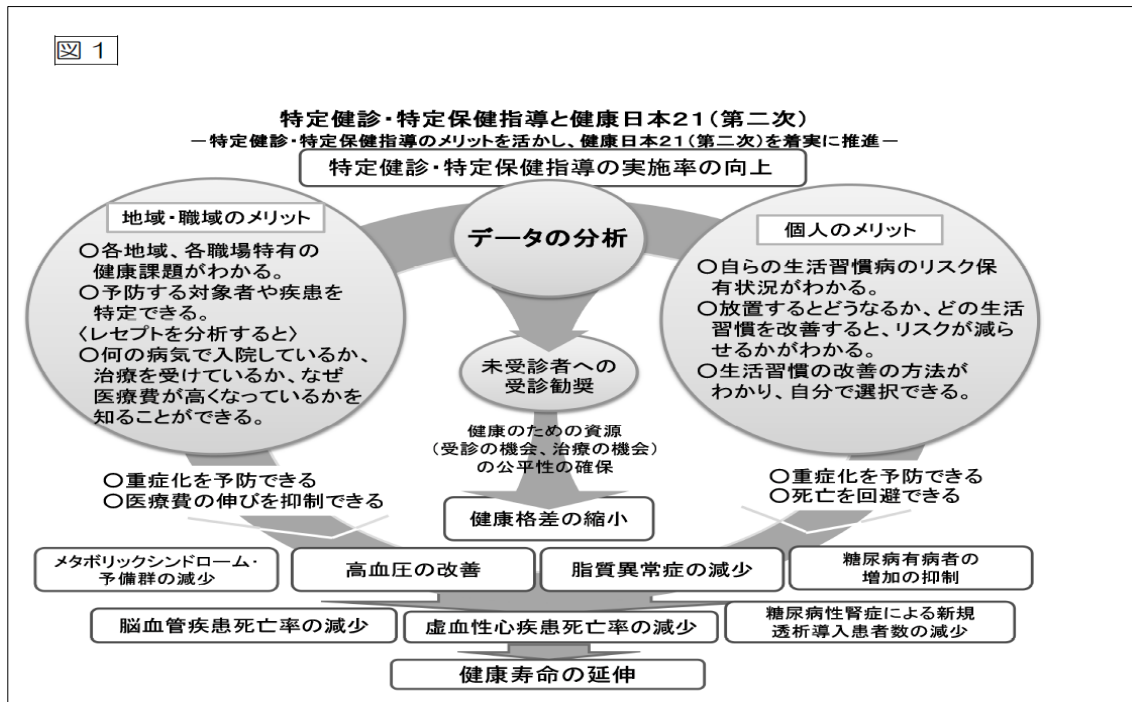
また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

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。

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

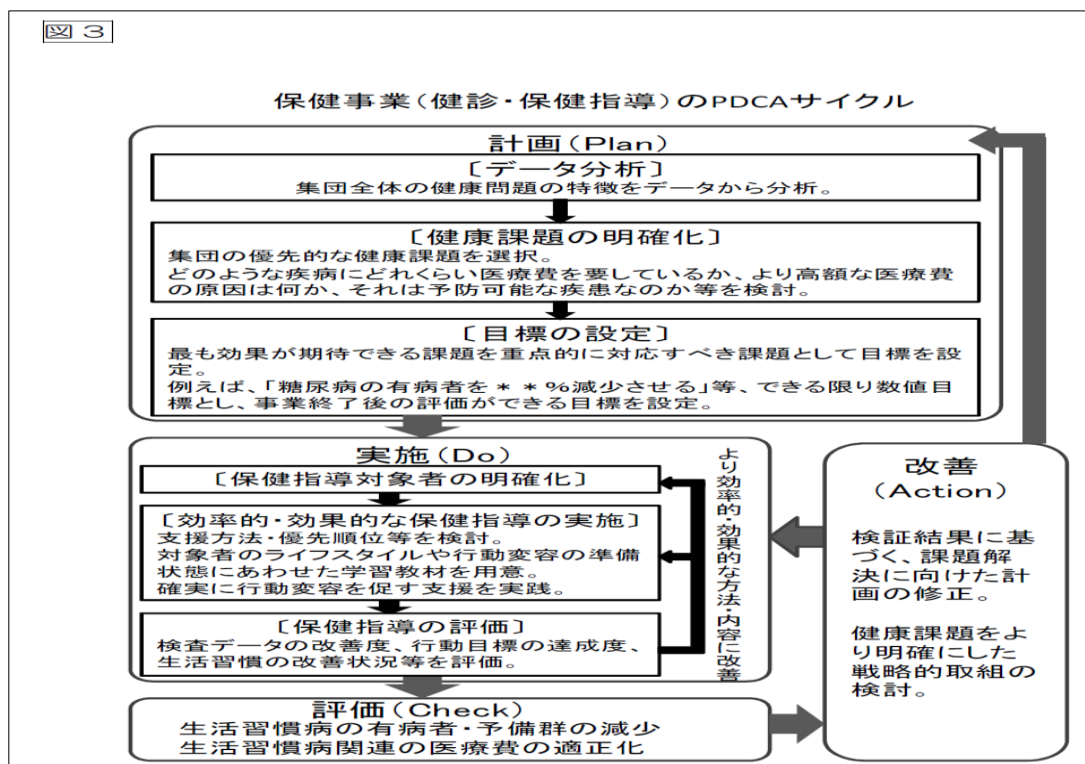


【図表 2】



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

### 4. 関係者が果たすべき役割と連携

#### 1) 実施主体関係部の役割

南関町においては、福祉課保健予防係（保健センター）が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっているため町一体となって計画を進めていく。

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ことも重要である。（図表4）

#### 2) 外部有識者等の役割

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

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

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

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

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

このため、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い連携に努める。

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

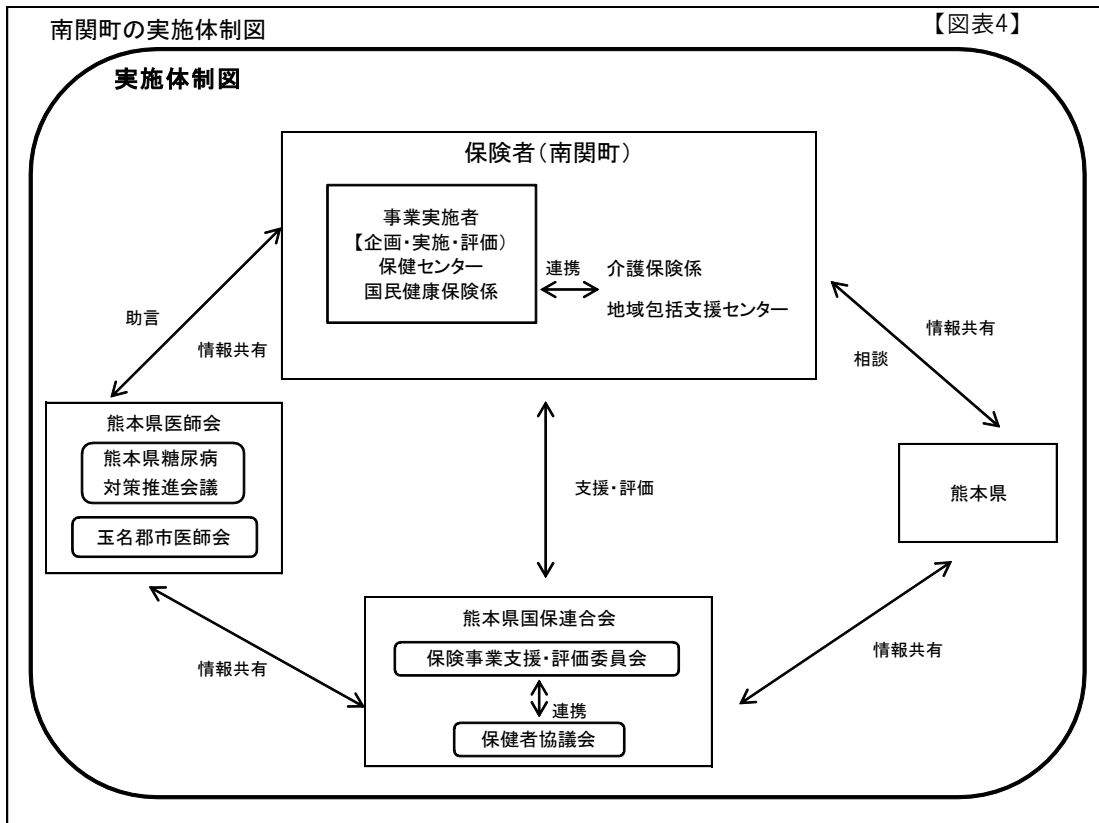
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連

携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

### 3) 被保険者の役割

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



## 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)

町では糖尿病等の重症化予防の取り組みができていなかったため、29 年度以降取組みを強化している。

【図表5】

保険者努力支援制度 (H30～本格実施) 総得点850点

評価指標		H30配点
共通①	特定健診受診率	50
	特定保健指導実施率	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③	糖尿病重症化予防の取組	100
	・対象者の抽出基準が明確、かかりつけ医との連携 ・かかりつけ医、糖尿病対策推進連絡会との連携 ・専門職の取組、事業評価	(50)
	・全員に文書送付、受診の有無確認、未受診者への面談	(25)
	・保健指導、実施前後の検査結果確認、評価	(25)
共通④	個人へのわかりやすい情報提供	25
	個人のインセンティブ提供	70
	・個人へポイント付与等取組、効果検証	(55)
	・商工部局、商店街等との連携	(15)
固有②	データヘルス計画の取組	40
	・第1期を作成、PDCAに沿った保健事業実施	(5)
	・第2期策定に当たり、現計画の定量評価 関係部署、県、医師会等と連携	(35)
共通②	がん検診受診率	30
	歯周疾患(病)検診実施状況	25
固有④	地域包括ケアの推進	25

## 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(参考資料1)

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、死因別に心臓病・腎不全・糖尿病による死亡割合は増加しており、糖尿病・腎不全による死亡は2倍であった。(2-①)

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると、40~64歳の2号認定率の増加がみられた。介護給付費は、同規模・県・国と比較すると高い状況であった。(3-①~④)

国保医療費は、入院費用の割合が増加しており、一人当たり医療費も増加していた(同規模3位、県内5位)。医療費分析で、がん・慢性腎不全(透析あり)が増加していることも高医療の要因と考えられる。(4-①~④)

特定健診受診率(5-①、②)は増加傾向であるが、医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組みは重要である。

###### (2) 中長期目標の達成状況

###### ①介護給付費の状況(図表6)

介護給付費の変化について、28年度の介護給付費が増え、同規模平均でも1件当たり介護給付費が高く居宅サービスが増えている。

介護給付費の変化

【図表6】

年度	南関町				同規模平均		
	介護給付費(万円)	1件当たり給付費	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費	居宅サービス	施設サービス
H25	12億274万円	70,102	45,232	293,142	70,235	42,529	283,116
H28	13億1,309万円	70,281	46,183	291,686	68,805	42,403	278,100

###### ②医療費の状況(図表7)

医療費の変化では、平成25年度と比較して、一人当たり医療費が入院・入院外ともに高くなっている。

医療費の変化

【図表7】

項目		全体		入院		入院外	
		費用額	増減	費用額	増減	費用額	増減
1 総医療費(円)	H25年度	10億9,691万		5億5,032万		5億4,658万	
	H28年度	10億9,431万	△260万	5億6,910万	1,878万	5億2,521万	△2,137万
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	30,158		15,130		15,030	
	H28年度	33,889	3,731	17,354	2,224	16,535	1,453

③最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

総医療費は横ばいであるが、一人あたり医療費額は増加している。また、中長期目標疾患である慢性腎不全(透析有)が2倍に増加、脳血管疾患も増加している。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は県・国と比較すると低くなっている。

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(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・骨疾患
		金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	23.01%	9.69%				
				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	1,096,910,840	30,158	12位	7位	4.13%	0.13%	2.75%	1.78%	5.48%	6.24%	2.49%	252,397,390	23.01%	9.69%	18.02%	6.25%
H28	1,094,317,750	33,889	3位	5位	8.09%	0.30%	3.18%	1.72%	4.32%	4.59%	2.23%	267,427,150	24.44%	11.34%	18.79%	7.02%
H28	163,161,852,720	25,714	--	--	6.89%	0.38%	2.27%	1.55%	5.10%	5.96%	2.75%	40,634,117,860	24.90%	9.99%	12.37%	8.31%
国	8,296,865,346,700	22,779	--	--	5.29%	0.39%	2.64%	2.39%	5.40%	6.33%	3.15%	2,123,990,143,420	25.60%	12.52%	9.52%	8.46%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

【出典】

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

KDBシステム: 健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④中長期的な疾患 (図表 9)

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標							短期的な目標					
		虚血性心疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,132	148	4.7%	34	23.0%	3	2.0%	119	80.4%	63	42.6%	89	60.1%
	64歳以下	2,061	51	2.5%	7	13.7%	1	2.0%	37	72.5%	20	39.2%	30	58.8%
	65歳以上	1,071	97	9.1%	27	27.8%	2	2.1%	82	84.5%	43	44.3%	59	60.8%
H28	全体	2,772	134	4.8%	31	23.1%	4	6.0%	103	76.9%	60	44.8%	94	10.1%
	64歳以下	1,599	30	1.9%	4	13.3%	1	3.3%	22	73.3%	12	40.0%	23	76.7%
	65歳以上	1,173	104	8.9%	27	26.0%	3	2.9%	81	77.9%	48	46.2%	71	68.3%

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標							短期的な目標					
		脳血管疾患			脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,132	134	4.3%	34	25.4%	2	1.5%	103	76.7%	57	42.5%	80	59.7%
	64歳以下	2,061	30	1.5%	7	23.3%	1	3.3%	23	76.7%	10	33.3%	16	53.3%
	65歳以上	1,071	104	9.7%	27	26.0%	1	1.0%	80	76.9%	47	45.2%	64	61.5%
H28	全体	2,772	141	5.1%	31	22.0%	4	6.8%	112	79.4%	58	41.1%	91	64.5%
	64歳以下	1,599	28	1.8%	4	14.3%	1	3.6%	25	89.3%	10	35.7%	15	53.6%
	65歳以上	1,173	113	9.6%	27	32.7%	3	2.7%	87	77.0%	48	42.5%	76	67.3%

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標							短期的な目標					
		人工透析			脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,132	12	0.40%	2	16.7%	3	25.0%	8	66.7%	4	33.3%	4	33.3%
	64歳以下	2,061	8	0.40%	1	12.5%	1	12.5%	5	62.5%	3	37.5%	2	25.0%
	65歳以上	1,071	4	0.40%	1	25.0%	2	50.0%	3	75.0%	1	25.0%	2	50.0%
H28	全体	2,772	15	0.50%	4	26.7%	4	26.7%	12	80.0%	7	46.7%	5	33.3%
	64歳以下	1,599	8	0.50%	1	12.5%	1	12.5%	6	75.0%	4	50.0%	2	25.0%
	65歳以上	1,173	7	0.60%	3	42.9%	3	42.9%	6	85.7%	3	42.9%	3	42.9%



(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、糖尿病患者が増加し、インスリン療法、糖尿病性腎症の割合も増加している。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標									中長期的な目標							
		糖尿病			インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,132	335	10.7%	29	8.6%	241	71.9%	208	62.0%	63	18.8%	57	17.0%	4	1.2%	14	4.2%
	64歳以下	2,061	129	6.3%	12	9.3%	85	65.9%	80	62.0%	20	15.2%	10	7.8%	3	2.3%	5	3.9%
	65歳以上	1,071	206	19.2%	17	8.3%	156	75.7%	128	62.1%	43	20.9%	47	22.8%	1	0.5%	9	4.4%
H28	全体	2,772	335	12.1%	33	9.9%	242	72.2%	219	65.3%	60	17.9%	58	17.3%	7	2.1%	16	4.8%
	64歳以下	1,599	100	6.3%	13	13.0%	68	68.0%	59	59.0%	12	12.0%	10	10.0%	4	4.0%	1	1.0%
	65歳以上	1,173	235	20.0%	20	8.5%	174	74.0%	160	68.0%	48	20.4%	48	20.4%	3	1.3%	10	4.3%

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標						
		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,132	772	24.7%	241	31.2%	403	52.2%	119	15.4%	103	13.3%	8	1.0%
	64歳以下	2,061	281	13.6%	85	30.2%	144	51.2%	37	13.2%	23	8.2%	5	1.8%
	65歳以上	1,071	491	45.8%	156	31.8%	259	52.7%	82	16.7%	80	16.3%	3	0.6%
H28	全体	2,772	720	26.0%	242	33.6%	415	57.6%	103	14.3%	112	15.6%	12	1.7%
	64歳以下	1,599	202	12.6%	68	33.7%	111	55.0%	22	10.9%	25	12.4%	6	3.0%
	65歳以上	1,173	518	43.9%	174	33.6%	304	58.7%	81	15.6%	87	16.8%	6	1.2%

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標						
		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	3,132	585	18.7%	208	35.6%	403	68.9%	89	15.2%	80	13.7%	4	0.7%
	64歳以下	2,061	220	10.7%	80	36.4%	144	65.5%	30	13.6%	16	7.3%	2	0.9%
	65歳以上	1,071	365	34.1%	128	35.1%	259	71.0%	59	16.2%	64	17.5%	2	0.5%
H28	全体	2,772	585	21.1%	219	37.4%	415	71.0%	94	6.1%	91	15.6%	5	0.9%
	64歳以下	1,599	170	10.6%	59	34.7%	111	65.3%	23	13.5%	15	8.8%	2	1.2%
	65歳以上	1,173	415	35.4%	160	38.6%	304	73.3%	71	17.1%	76	18.3%	3	0.7%

②リスクの健診結果経年変化(図表11)

健診の有所見状況の経年変化では、男女とも28年度有所見率が高い項目が多くなっている。年代別にみると40～64歳が65～74歳と比較して有所見割合が高いことから若い頃からの血管変化、動脈硬化の進行が懸念される。生活習慣予防の優先対象者は40～64歳の若い世代であり、この年代への健診受診勧奨を行い発症予防していくことが重要である。

【図表11】

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

★NO.23（帳票）

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
男性	合計	78	22.8	140	40.9	77	22.5	72	21.1	16	4.7	115	33.6	176	51.5	74	21.6	187	54.7	124	36.3	165	48.2	6	1.8
	40-64	35	27.1	52	40.3	40	31.0	35	27.1	7	5.4	38	29.5	56	43.4	35	27.1	65	50.4	58	45.0	68	52.7	2	1.6
	65-74	43	20.2	88	41.3	37	17.4	37	17.4	9	4.2	77	36.2	120	56.3	39	18.3	122	57.3	66	31.0	97	45.5	4	1.9
H28	合計	85	23.7	161	45.0	72	20.1	77	21.5	21	5.9	141	39.4	223	62.3	75	20.9	214	59.8	122	34.1	165	46.1	11	3.1
	40-64	32	28.1	59	51.8	32	28.1	38	33.3	11	9.6	40	35.1	60	52.6	25	21.9	63	55.3	45	39.5	59	51.8	3	2.6
	65-74	53	21.7	102	41.8	40	16.4	39	16.0	10	4.1	101	41.4	163	66.8	50	20.5	151	61.9	77	31.6	106	43.4	8	3.3
女性	合計	100	20.6	96	19.8	65	13.4	42	8.6	9	1.9	126	25.9	277	57.0	10	2.1	241	49.6	86	17.7	290	59.7	1	0.2
	40-64	43	21.6	39	19.6	32	16.1	21	10.6	5	2.5	47	23.6	103	51.8	2	1.0	75	37.7	39	19.6	129	64.8	0	0.0
	65-74	57	19.9	57	19.9	33	11.5	21	7.3	4	1.4	79	27.5	174	60.6	8	2.8	166	57.8	47	16.4	161	56.1	1	0.3
H28	合計	109	22.2	101	20.5	72	14.6	58	11.8	5	1.0	133	27.0	304	61.8	12	2.4	263	53.5	85	17.3	271	55.1	0	0.0
	40-64	42	25.8	35	21.5	32	19.6	24	14.7	2	1.2	42	25.8	85	52.1	7	4.3	74	45.4	36	22.1	95	58.3	0	0.0
	65-74	67	20.4	66	20.1	40	12.2	34	10.3	3	0.9	91	27.7	219	66.6	5	1.5	189	57.4	49	14.9	176	53.5	0	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）

★NO.24（帳票）

性別	年代	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	342	32.2	14	4.1%	51	14.9%	6	1.8%	35	10.2%	10	2.9%	75	21.9%	15	4.4%	3	0.9%	39	11.4%	18	5.3%
	40-64	129	23.2	6	4.7%	18	14.0%	2	1.6%	10	7.8%	6	4.7%	28	21.7%	4	3.1%	0	0.0%	18	14.0%	6	4.7%
	65-74	213	42.0	8	3.8%	33	15.5%	4	1.9%	25	11.7%	4	1.9%	47	22.1%	11	5.2%	3	1.4%	21	9.9%	12	5.6%
H28	合計	358	38.8	14	3.9%	60	16.8%	7	2.0%	38	10.6%	15	4.2%	87	24.3%	15	4.2%	3	0.8%	40	11.2%	29	8.1%
	40-64	114	29.3	6	5.3%	20	17.5%	2	1.8%	8	7.0%	10	8.8%	33	28.9%	4	3.5%	3	2.6%	18	15.8%	8	7.0%
	65-74	244	45.8	8	3.3%	40	16.4%	5	2.0%	30	12.3%	5	2.0%	54	22.1%	11	4.5%	0	0.0%	22	9.0%	21	8.6%
女性	合計	486	47.8	10	2.1%	26	5.3%	0	0.0%	21	4.3%	5	1.0%	60	12.3%	7	1.4%	1	0.2%	38	7.8%	14	2.9%
	40-64	199	42.5	5	2.5%	15	7.5%	0	0.0%	11	5.5%	4	2.0%	19	9.5%	0	0.0%	1	0.5%	12	6.0%	6	3.0%
	65-74	287	52.3	5	1.7%	11	3.8%	0	0.0%	10	3.5%	1	0.3%	41	14.3%	7	2.4%	0	0.0%	26	9.1%	8	2.8%
H28	合計	492	54.4	8	1.6%	25	5.1%	0	0.0%	23	4.7%	2	0.4%	68	13.8%	7	1.4%	1	0.2%	40	8.1%	20	4.1%
	40-64	163	46.4	5	3.1%	8	4.9%	0	0.0%	6	3.7%	2	1.2%	22	13.5%	2	1.2%	1	0.6%	11	6.7%	8	4.9%
	65-74	329	59.5	3	0.9%	17	5.2%	0	0.0%	17	5.2%	0	0.0%	46	14.0%	5	1.5%	0	0.0%	29	8.8%	12	3.6%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率（図表 12）

訪問や個別通知による受診勧奨を行っているが健診受診率は横ばいである。

保健指導については、28年度から個別訪問による指導を行い実施率が向上した。

【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	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								南関町	同規模平均
H25年度	2,004	828	41.3	69位	76	26	34.2	57.5	56.4%
H28年度	1,821	849	46.6	45位	84	40	47.6	58.4	56.7%

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対策を進めてきた。

しかし、25年度と比較して、外来・入院医療費はほぼ横ばい、一人当たり医療費は増加しており医療費適正化に繋がっていない。特に、慢性腎不全における透析費用の増加が一番の課題であり、高医療の要因となっている。未治療者や医療中断者、治療に繋がっているが適正な治療ができていないかなどを把握し、重症化予防の視点としてかかりつけ医との連携や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、町民自ら体の状態を確認できる場として特定健診は重要である。町の特定健診受診率は40%台と低く近年横ばいが続いており、今後も受診率向上にむけた取組みを勧めていくことが重要である。

## 2. 第2期計画における健康課題の明確化

### 1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

#### (1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較(図表13)

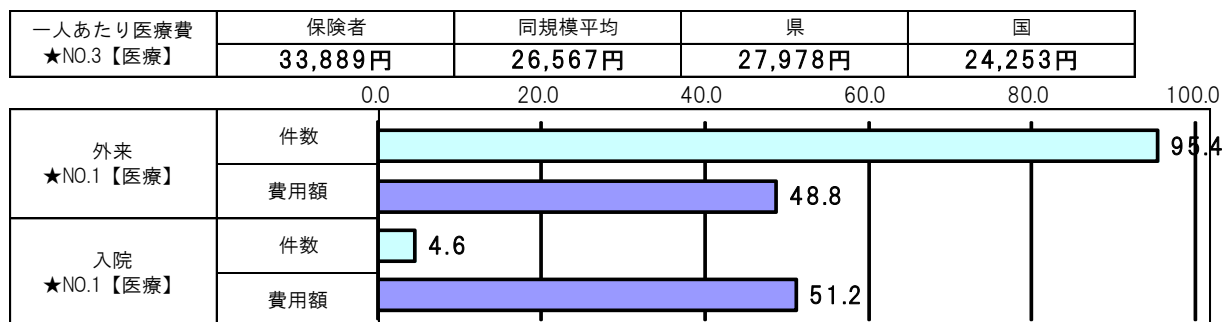
南関町の入院は費用額全体の51.2%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

#### 「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO

【図表13】

##### 1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

#### (2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか(図表14)

高額・長期入院疾患では脳血管疾患が多く、透析の原因では糖尿病性腎症の割合が高い。

##### 2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表14】

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

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	113件	15件 13.3%	8件 7.1%	
		費用額	1億7003万円	1768万円 10.4%	1069万円 6.3%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	481件	35件 7.3%	31件 6.4%	--
		費用額	1億8625万円	1579万円 8.5%	1173万円 6.3%	--
様式2-2 ★NO.12 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	238件	36件 15.1%	65件 27.3%	108件 45.4%
		費用額	1億0807万円	1858万円 17.2%	3166万円 29.3%	5174万円 47.9%
様式3 ★NO.13~ 18 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	1,210人	135人 11.2%	137人 11.3%	13人 1.1%
		の基 礎 な 疾 り 患	高血圧	109人 80.7%	105人 76.6%	11人 84.6%
			糖尿病	59人 43.7%	59人 43.1%	13人 100.0%
			脂質異常症	87人 64.4%	96人 70.1%	9人 69.2%
		高血圧症	719人 59.4%	336人 27.8%	590人 48.8%	104人 8.6%
		糖尿病				
脂質異常症						
高尿酸血症						

○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、2号認定者で、血管疾患によるものが86.5%であり、筋・骨格疾患の85.4%を上回っていた。2号認定者及び65～74歳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】

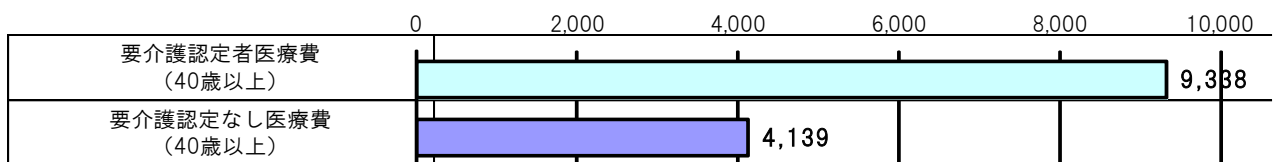
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	H28年度				H25年度				
	受給者区分	2号	1号	2号	1号				
	年齢	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳				
	被保険者数	3,511人	1,408人	3,511人	1,408人				
	認定者数	20人	47人	14人	39人				
	認定率	0.57%	3.3%	0.4%	2.8%				
	新規認定者数（*1）	24人	32人	23人	29人				
介護度別人数	要支援1・2	7	35.0%	14	29.8%	3	21.4%	10	25.6%
	要介護1・2	5	25.0%	18	38.3%	5	35.7%	17	43.6%
	要介護3～5	8	40.0%	15	31.9%	6	42.9%	12	30.8%

要介護突合状況 ★NO.49	有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	H28年度		H25年度				
				疾病	割合	疾病	割合			
		件数	--	89	513	67	351			
血管疾患	循環器疾患	1	虚血性心疾患	43 48.3%	虚血性心疾患	157 37.0%	虚血性心疾患	18 26.9%	虚血性心疾患	59 16.8%
		2	脳卒中	40 44.9%	脳卒中	265 62.5%	脳卒中	26 38.8%	脳卒中	177 50.4%
		3	腎不全	39 43.8%	腎不全	45 10.6%	腎不全	14 20.9%	腎不全	25 7.1%
	基礎疾患(*2)	糖尿病	60 67.4%	糖尿病	180 42.5%	糖尿病	39 58.2%	糖尿病	136 38.7%	
		高血圧	77 86.5%	高血圧	303 71.5%	高血圧	61 91.0%	高血圧	238 67.8%	
		脂質異常症	26 29.2%	脂質異常症	287 67.7%	脂質異常症	45 67.2%	脂質異常症	204 58.1%	
	血管疾患合計		合計	77 86.5%	合計	421 99.3%	合計	67 100.0%	合計	327 93.2%
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	208 49.1%	認知症	0 0.0%	認知症	131 37.3%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	76 85.4%	筋骨格系	351 82.8%	筋骨格系	53 79.1%	筋骨格系	297 84.6%

★NO.1【介護】



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のリスクが高くなる。

南関町は、全国、県と比較して若い世代で有所見割合の高い項目が多く、若い頃からの血管変化、動脈硬化の進行が予測される。

【図表16】

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

★NO.23 (帳票)

	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	30.6		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	
保険者	合計	85	23.7	161	45.0	72	20.1	77	21.5	21	5.9	141	39.4	223	62.3	75	20.9	214	59.8	122	34.1	165	46.1	11	3.1
	40-64	32	28.1	59	51.8	32	28.1	38	33.3	11	9.6	40	35.1	60	52.6	25	21.9	63	55.3	45	39.5	59	51.8	3	2.6
	65-74	53	21.7	102	41.8	40	16.4	39	16.0	10	4.1	101	41.4	163	66.8	50	20.5	151	61.9	77	31.6	106	43.4	8	3.3
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	20.6		17.3		16.2		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	
保険者	合計	109	22.2	101	20.5	72	14.6	58	11.8	5	1.0	133	27.0	304	61.8	12	2.4	263	53.5	85	17.3	271	55.1	0	0.0
	40-64	42	25.8	35	21.5	32	19.6	24	14.7	2	1.2	42	25.8	85	52.1	7	4.3	74	45.4	36	22.1	95	58.3	0	0.0
	65-74	67	20.4	66	20.1	40	12.2	34	10.3	3	0.9	91	27.7	219	66.6	5	1.5	189	57.4	49	14.9	176	53.5	0	0.0

\*全国については、有所見割合のみ表示

【図表17】

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (帳票)

	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													
		25以上		90以上		150以上		100以上		130以上		160以上		5.6以上		7.0以上		130以上		160以上		130以上		160以上		130以上		160以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
男性	合計	358	38.8	14	3.9%	60	16.8%	7	2.0%	38	10.6%	15	4.2%	87	24.3%	15	4.2%	3	0.8%	40	11.2%	29	8.1%						
	40-64	114	29.3	6	5.3%	20	17.5%	2	1.8%	8	7.0%	10	8.8%	33	28.9%	4	3.5%	3	2.6%	18	15.8%	8	7.0%						
	65-74	244	45.8	8	3.3%	40	16.4%	5	2.0%	30	12.3%	5	2.0%	54	22.1%	11	4.5%	0	0.0%	22	9.0%	21	8.6%						
女性	合計	492	54.4	8	1.6%	25	5.1%	0	0.0%	23	4.7%	2	0.4%	68	13.8%	7	1.4%	1	0.2%	40	8.1%	20	4.1%						
	40-64	163	46.4	5	3.1%	8	4.9%	0	0.0%	6	3.7%	2	1.2%	22	13.5%	2	1.2%	1	0.6%	11	6.7%	8	4.9%						
	65-74	329	59.5	3	0.9%	17	5.2%	0	0.0%	17	5.2%	0	0.0%	46	14.0%	5	1.5%	0	0.0%	29	8.8%	12	3.6%						

\*全国については、有所見割合のみ表示

3) 未受診者の把握 (図表 18)

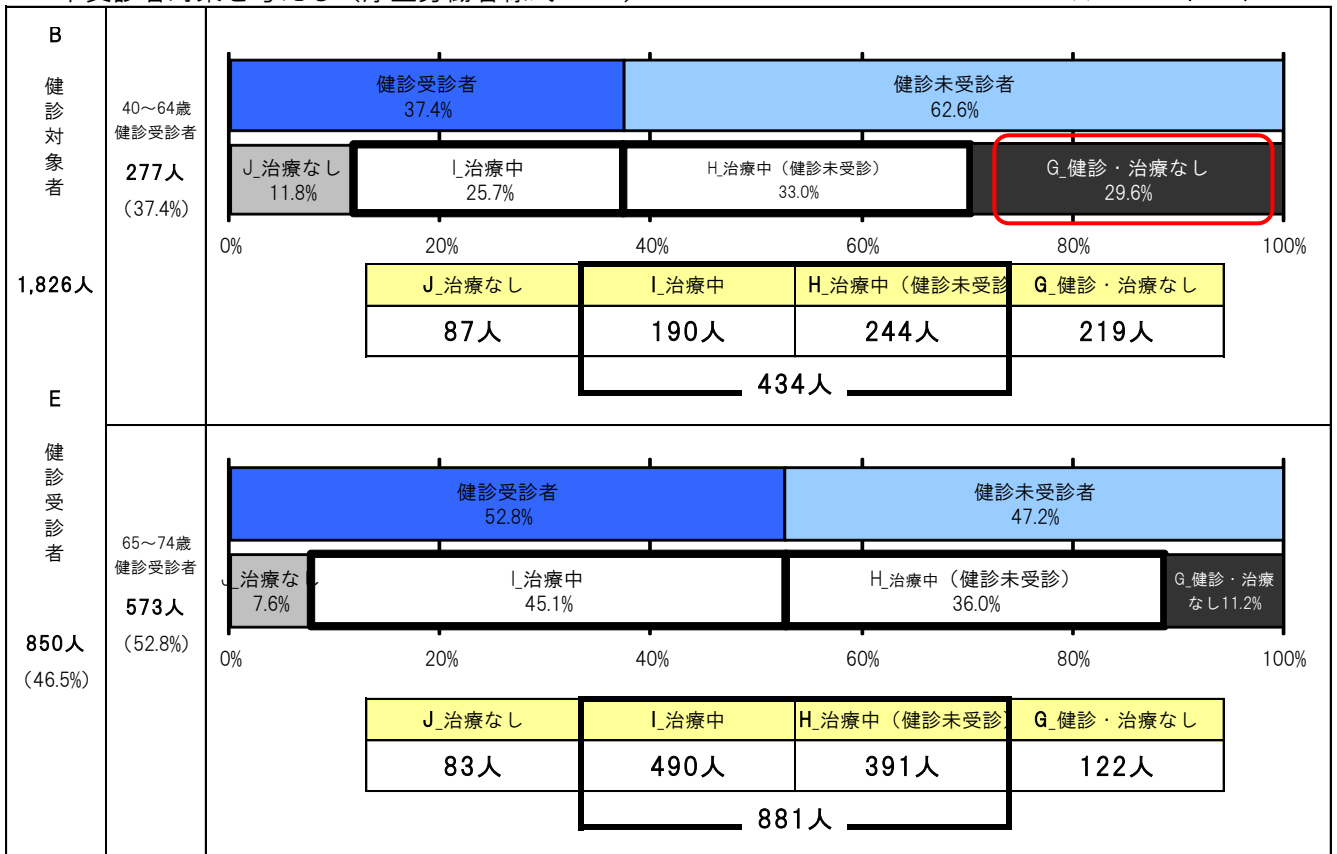
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が29.6%と高くなっている。また、特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において効果があることがわかる。

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。

【図表18】

6 未受診者対策を考える (厚生労働省様式6-10)

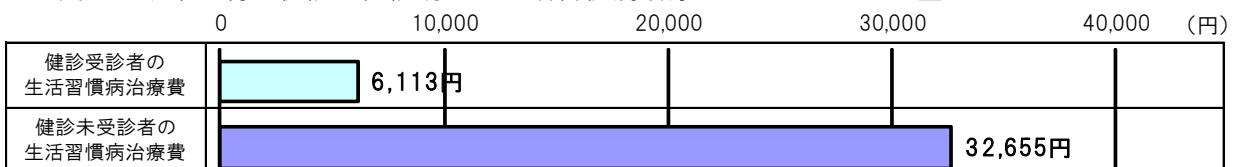
★NO.26 (CSV)



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

7 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.3\_⑥



### 3. 目標の設定

#### (1) 成果目標

##### ①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくことを目標とする。35年度には30年度と比較して、3つの疾患をそれぞれ10%減少させることを目標にする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

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

しかし、南関町の医療のかかり方は、医療に普段はかからず、重症化して通院・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、重症化する前に医療につなげ、入院外を伸ばし入院を抑えることを目標とする。

##### ②短期的な目標の設定

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

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、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高血圧と糖尿病があげられる。

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

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



## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第三期特定健診等実施計画について

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

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

### 2. 目標値の設定

【図表19】

	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	52%	55%	58%	61%	63%	65%
特定保健指導実施率	48%	50%	53%	55%	58%	60%

### 3. 対象者の見込み

【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	対象者数	1,780人	1,750人	1,720人	1,700人	1,680人	1,650人
	受診者数	925人	962人	997人	1,037人	1,058人	1,070人
特定保健指導	対象者数	90人	85人	85人	80人	80人	70人
	受診者数	43人	43人	45人	44人	46人	42人

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診は、集団健診・個別健診を実施し、各特定健診実施機関に委託する。

#### (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。

#### (4)実施時期

集団健康診査：10月から11月 個別健康診査：7月から12月

#### (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

健康診査等の周知は次のように行う。

ア) 事業開始以前から広報誌への掲載、対象となる被保険者へ郵送等により、申込書を個別配布する。

イ) 対象者への案内は、被保険者個人宛に①案内状②受診券③問診票を郵送するとともに未受診者には通知または個別訪問により受診勧奨を行う。

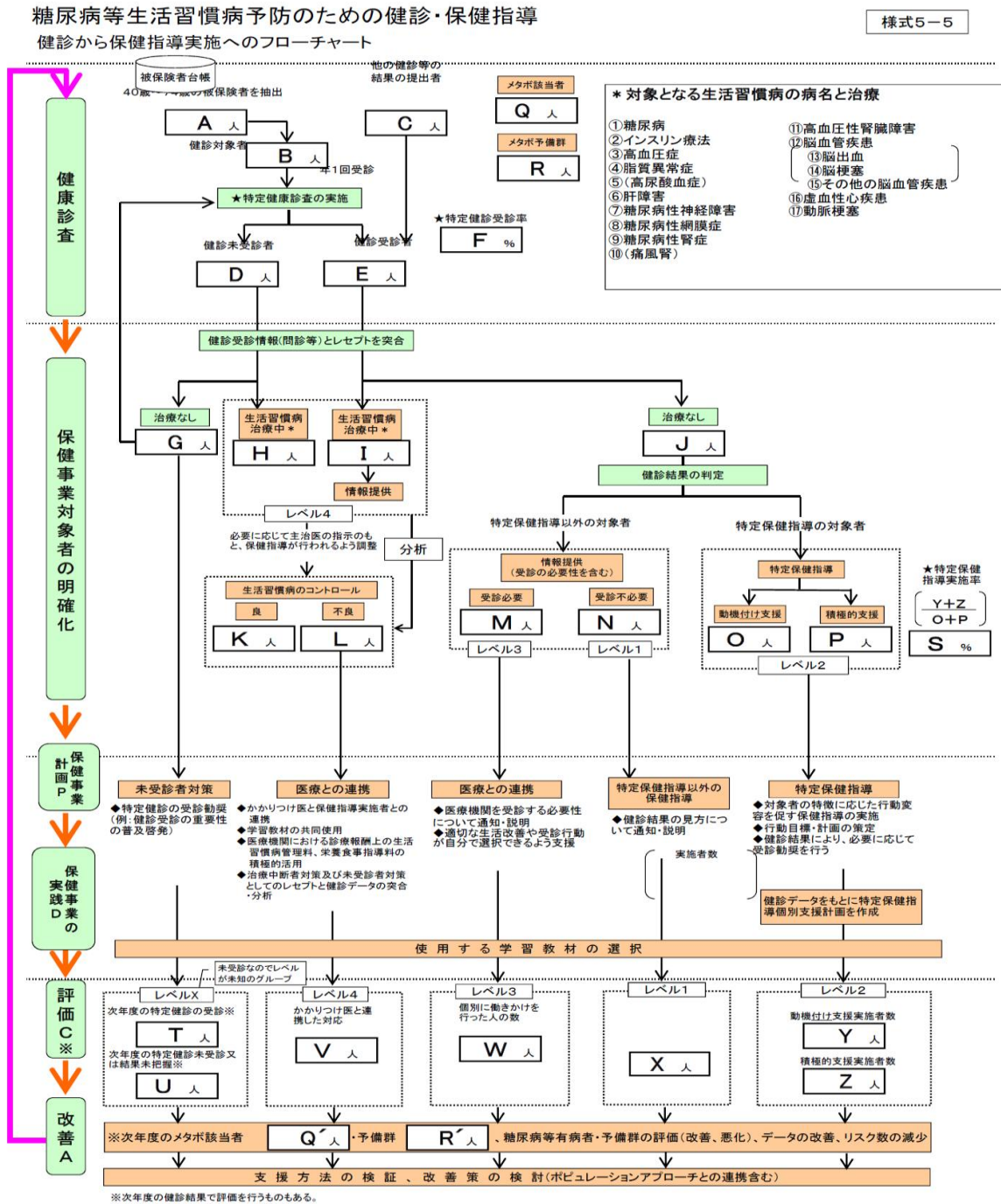
## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、町直接実施と委託実施の形態で行う。

### (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21)

【図表21】



(2)要保健指導対象者選定と優先順位・支援方法（図表 22）

【図表 22】

優先順位	保健指導レベル	支援方法
1	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
2	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 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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
3	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）
4	情報提供 (受診不要)	◆健診結果の見方について通知・説明 ◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆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

(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（図表 23）

【図表 23】

年間スケジュール					
	健診周知・案内等	個別 特定健診	集団 特定健診	脳ドック (脳ドック+ 特定健診)	特定 保健指導
4月	対象者の明確化・抽出				
5月	健診等調査票取りまとめ				
6月	受診券発送 (2月まで随時)				
7月	健診未申込者への受診 勧奨（10月まで）				
8月					
9月	全世帯へ健診チラシ配 布				
10月	広報受診勧奨				
11月	未受診者勧奨 (個別通知)				
12月					
1月					
2月					
3月	事業評価 次年度計画				

## 6. 個人情報の保護

### (1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律およびA町個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

### (2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度10月中に報告する。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づき、南関町ホームページ等への掲載により公表、周知する。

## 第4章 保健事業の内容

### I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ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24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 24】

## 【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 25)

【図表 25】

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 <sup>2</sup> )
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 <sup>注2</sup>
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) <sup>注3</sup>	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 <sup>注4</sup>
第4期 (腎不全期)	問わない <sup>注5</sup>	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

#### 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 26)

南関町において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 43 人(35.2%・F)であった。また 40~74 歳における糖尿病治療者 332 人のうち、特定健診未受診者が 253 人(76.2%・I)であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者は、データがないためコントロール状態が分からず保健指導が難しい。連絡票や糖尿病連携手帳等を活用し、重症化予防に向けて医療機関と連携した介入を実施する。



③ 介入方法と優先順位

図表 26 より南関町における介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

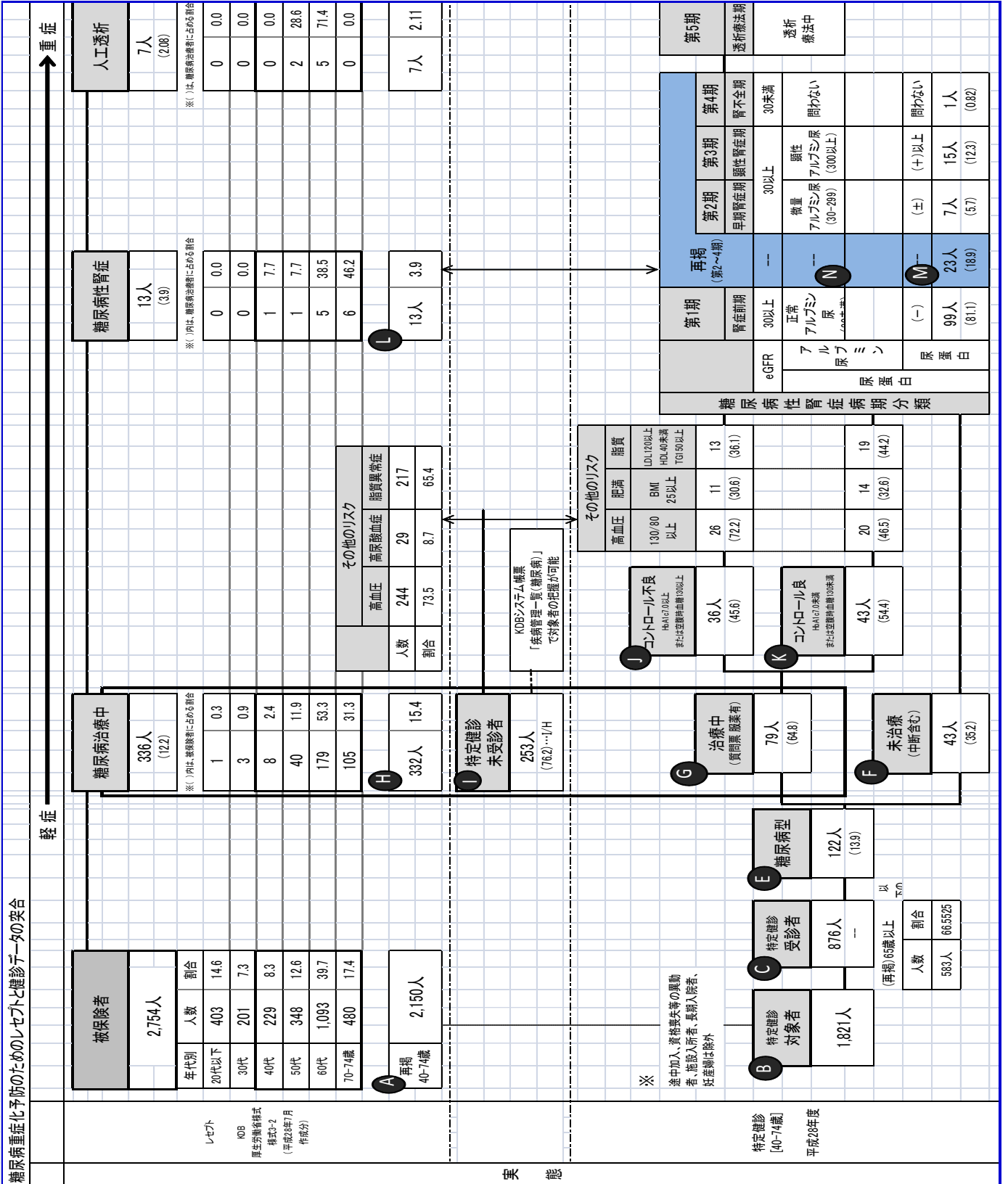
- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・43 人
  - ② 糖尿病治療中でコントロール不良者(J)・・・36 人
- ・介入方法:戸別訪問、個別面談

優先順位2

【保健指導】

- ① 糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(L)・・・13 人
  - ② 糖尿病治療中で特定健診未受診者(I)・・・253 人
- ・介入方法:通知、対象に応じて戸別訪問

【図表 26】



### 3) 対象者の進捗管理

#### (1) 糖尿病管理台帳の作成

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

#### 【糖尿病台帳作成手順】

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

\* HbA1c6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

\* HbA1c6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

\* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c6.5%以上になった場合は記載する

①HbA1c ②血圧 ③体重 ④eGFR ⑤尿蛋白

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

① 治療状況の把握

・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認

・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認

・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入

・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区毎の対象者の把握

① 未治療者・中断者(受診勧奨者)

② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)

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

(図表 27)

【図表 27】

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> <span style="font-size: 2em;">→</span> </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><b>未受診者の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ヘモグロビンA1cとは</li> <li>糖尿病の治療の進め方</li> <li>健診を受けた人の中での私の位置は？</li> <li>HbA1cと体重の変化</li> <li>HbA1cとGFRの変化</li> <li>糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</li> <li>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"> <li>糖尿病による網膜症</li> <li>眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…</li> <li>糖尿病性神経障害とそのすずみ方</li> <li>糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～</li> </ol> </li> <li>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)</li> </ol>
<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"> <li>糖尿病とはどういう病気なのでしょう？</li> <li>糖尿病のタイプ</li> <li>インスリンの仕事</li> <li>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</li> <li>私はどのパターン？(抵抗性)</li> <li>なぜ体重を減らすのか</li> <li>自分の腎機能の位置と腎の構造</li> <li>高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？</li> <li>私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？</li> <li>腎臓は</li> <li>なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B)</li> <li>血圧値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>血糖値で変化する腎機能の低下速度</li> <li>血圧を下げる薬と作用</li> <li>食の資料 … 別資料</li> </ol>
<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><b>薬が必要になった人の保健指導</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</li> <li>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</li> <li>ピグアナイド薬とは</li> <li>チアゾリジン薬とは</li> <li>SGLT2阻害薬とは</li> </ol>

## 5) 医療との連携

### (1) 医療機関未受診者について

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

### (2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては熊本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 4)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 m<sup>2</sup>以上低下)
  - 尿蛋白の変化
  - 服薬状況の変化

## 8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月 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 5)

### 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。

#### (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。南関町において健診受診者 876 人のうち心電図検査実施者は 649 人(74.1%)であり、そのうち ST 所見があったのは 55 人(8.5%)であった(図表 28)。ST 所見あり 55 人中 46 人はメタボリックシンドローム該当者や血圧、血糖などのリスクを有する者もいることから対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要がある。

南関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を勧めていく。

心電図検査結果

【図表28】

	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	876	100%	649	74.1%	55	8.5%	139	21.4%	455	70.1%

## 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以上もしくは拡張期血圧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29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。

【図表29】

心電図以外の保健指導対象者の把握

平成28年度実施		受診者	心電図検査実施		
			ST変化	その他の変化	異常なし
		649	55 8.5%	139 21.4%	455 70.1%
メタボ該当者		163 25.1%	2 1.2%	29 17.8%	132 81.0%
メタボ予備群		93 14.3%	4 4.3%	18 19.4%	71 76.3%
メタボなし		620 95.5%	16 2.6%	88 14.2%	539 86.9%
LDL-C	140-159	130 21.0%	2 1.5%	17 13.1%	55 42.3%
	160-179	62 10.0%	2 3.2%	3 4.8%	27 43.5%
	180-	42 6.8%	2 4.8%	2 4.8%	24 57.1%

## 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30の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から早期の医療機関受診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教材を活用し、対象者が理解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場合も受診勧奨を行う。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30】

### 虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> <li>・少なくとも15秒以上症状が持続</li> <li>・同じような状況で症状がある</li> <li>・「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</li> <li>・首や肩、歯へ放散する痛み</li> <li>・冷汗や吐気を伴う</li> </ul>
--

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。

(参考資料 2)

## 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

6 月 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 31、32)

【脳卒中の分類】

【図表 31】

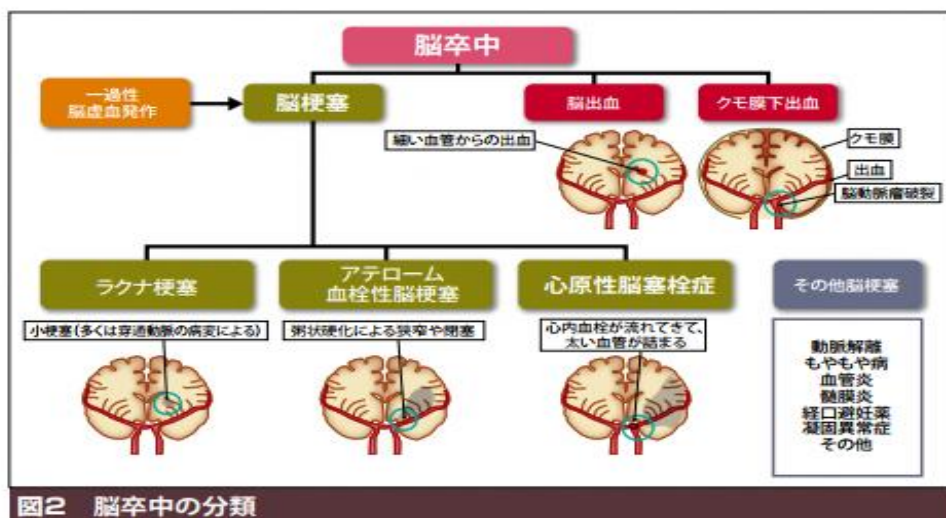


図2 脳卒中の分類

(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 32】

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 33 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 33】

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		メタボリックシンドローム		慢性腎臓病(CKD)			
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧 以上		HbA1c6.5以上 (治療中7.0以上)		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 876人		76人	8.7%	50人	5.7%	41人	4.7%	10人	1.1%	159人	18.2%	11人	1.3%	21人	2.4%
治療なし		43人	7.7%	30人	3.8%	39人	6.2%	5人	1.1%	35人	7.9%	4人	0.9%	3人	0.7%
治療あり		33人	10.4%	20人	25.3%	2人	0.8%	5人	1.2%	124人	28.8%	7人	1.6%	18人	4.2%
臓器障害あり		18人	41.9%	11人	36.7%	10人	25.6%	5人	100%	6人	17.1%	4人	100%	3人	100%
CKD(専門医対象)		4人		2人		4人		0人		0人		4人		3人	
尿蛋白(2+)以上		2人		0人		1人		0人		0人		4人		1人	
尿蛋白(+)and尿潜血(+)		2人		2人		2人		0人		0人		0人		1人	
eGFR50未満 (70歳以上は40未満)		1人		1人		2人		0人		0人		1人		3人	
心電図所見あり		16人		9人		6人		5人		6人		1人		1人	

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が76人(8.7%)であり、43人(56.6%)は未治療者であった。また未治療者のうち18人(41.9%)は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者が33人(10.4%)いた。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 34)

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）

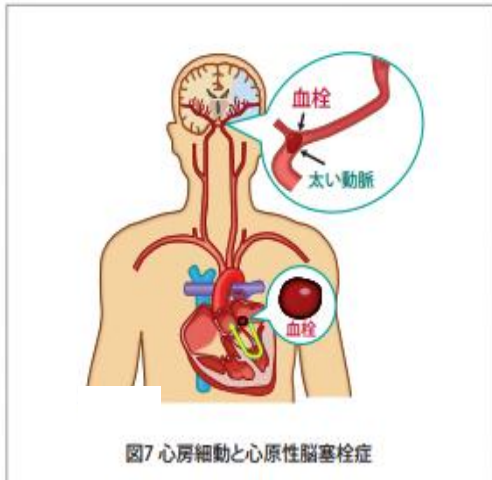
【図表 34】

リスク層 (血圧以外のリスク因子)		血圧分類 (mmHg)						低リスク群	中リスク群	高リスク群
		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			
560		162	118	108	129	36	7	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
		28.9%	21.1%	19.3%	23.0%	6.4%	1.3%	14	72	86
リスク第1層		51	20	10	5	14	1	1	1	1
		9.1%	12.3%	8.5%	4.6%	10.9%	2.8%	14.3%	14	1
リスク第2層		321	100	71	59	71	18	2	71	20
		57.3%	61.7%	60.2%	54.6%	55.0%	50.0%	28.6%	98.6%	23.3%
リスク第3層		188	42	37	44	44	17	4	--	65
		33.6%	25.9%	31.4%	40.7%	34.1%	47.2%	57.1%	--	75.6%
再掲 重複あり	糖尿病	61	13	10	15	17	5	1		
		32.4%	31.0%	27.0%	34.1%	38.6%	29.4%	25.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	87	20	19	20	16	11	1		
	46.3%	47.6%	51.4%	45.5%	36.4%	64.7%	25.0%			
	3個以上の危険因子	72	14	14	17	20	5	2		
		38.3%	33.3%	37.8%	38.6%	45.5%	29.4%	50.0%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表33は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。①、②は高リスク群に当たり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 35 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 35】

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	280	369	10	3.6	1	0.3	—	—
40歳代	18	11	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	34	42	0	0	0	0	0.8	0.1
60歳代	147	209	5	3.4	0	0	1.9	0.4
70～74歳	81	107	5	6.2	1	0.9	3.4	1.1

\* 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率

\* 日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は70～79歳

心電図検査において 11 人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると男性多く、年齢が高くなるにつれ増加している。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、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教材を活用し、対象者が理解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場合も受診勧奨を行う。

#### (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 6)

##### ② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 7)

### 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行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

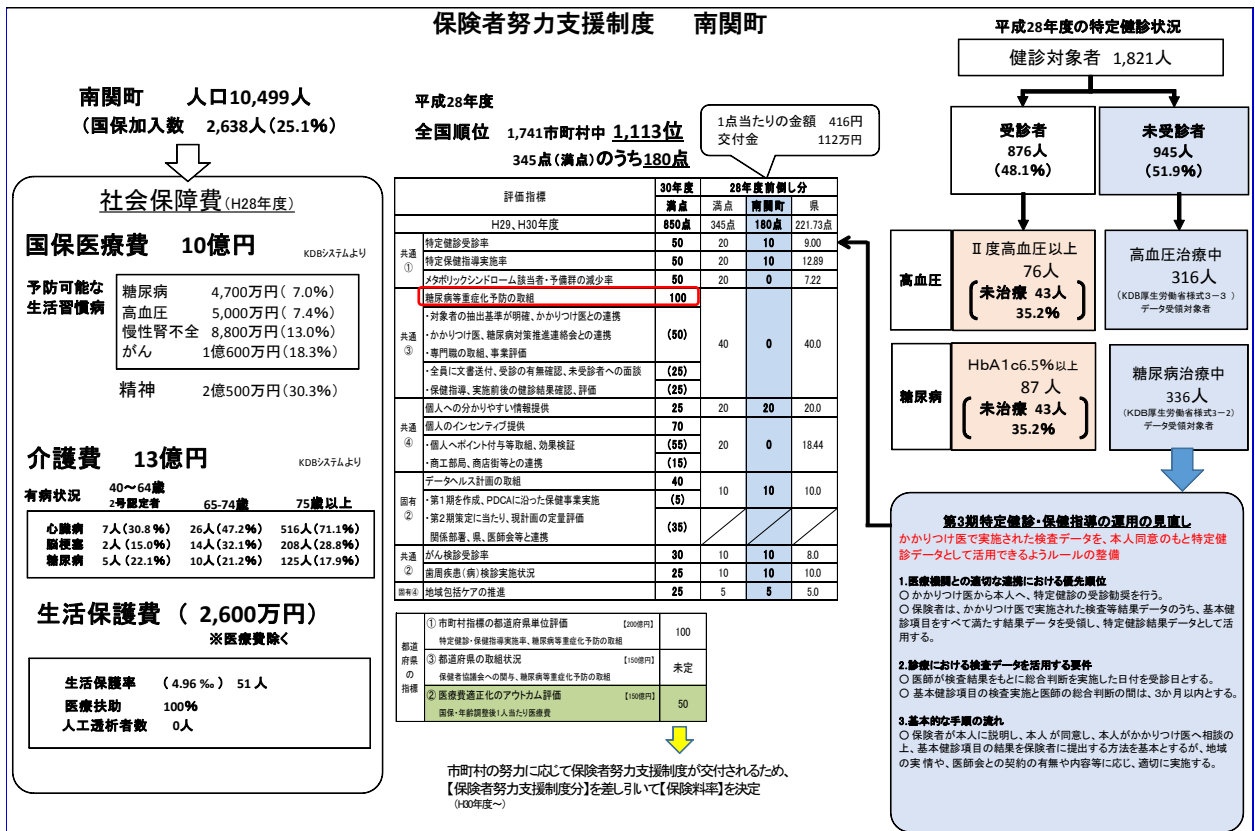
5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

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

### Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く町民へ周知していく。(図表 36)

【図表 36】



## 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、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。

南関町は国保被保険者のうち、65 歳以上 74 歳の高齢者の割合が 44.1%で、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も高い。このような状況から、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町にとっても非常に重要である。

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・福祉が連携し、高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。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。



## 第6章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

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

### 2. 評価方法・体制

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

※評価における4つの指標（参考資料8）

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の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

## 第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

### 2. 個人情報の取扱い

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

## 参考資料

参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた南関町の位置

参考資料 2 糖尿病管理台帳

参考資料 3 糖尿病管理台帳からの年次計画

参考資料 4 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 5 虚血性心疾患をどのように考えていくか

参考資料 6 血圧評価票

参考資料 7 心房細動管理台帳

参考資料 8 評価イメージ

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた南関町の位置

項目		H25		H28		同規模平均		県		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	10,499		10,499		1,944,956		1,794,477		124,852,975		KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域の健康課題
		65歳以上（高齢化率）	3,427	32.6	3,427	32.6	575,439	29.6	462,261	25.8	29,020,766	23.2	
		75歳以上	2,019	19.2	2,019	19.2			253,517	14.1	13,989,864	11.2	
		65～74歳	1,408	13.4	1,408	13.4			208,744	11.6	15,030,902	12.0	
		40～64歳	3,511	33.4	3,511	33.4			602,031	33.5	42,411,922	34.0	
	39歳以下	3,561	33.9	3,561	33.9			730,185	40.7	53,420,287	42.8		
	② 産業構成	第1次産業	17.1		17.1		14.7		10.5		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	32.8		32.8		26.9		21.2		25.2		
		第3次産業	50.1		50.1		58.3		68.4		70.6		
	③ 平均寿命	男性	79.7		79.7		79.3		80.3		79.6		KDB_NO.1 地域全体像の把握
女性		86.6		86.6		86.4		87.0		86.4			
④ 健康寿命	男性	64.6		64.6		65.1		65.3		65.2			
	女性	66.5		66.5		66.8		66.7		66.8			
2	① 死亡の状況	標準化死亡率 (SMR)	100.4		103.3		105.0		94.7		100		KDB_NO.1 地域全体像の把握
		がん	50	43.5	36	43.9	6,768	45.4	5,499	48.4	367,905	49.6	
		心臓病	37	32.2	31	37.9	4,236	28.4	3,135	27.6	196,768	26.5	
		脳疾患	23	20.0	7	8.5	2,609	17.5	1,774	15.6	114,122	15.4	
		糖尿病	0	0.0	2	2.4	263	1.8	183	1.6	13,658	1.8	
		腎不全	4	3.5	5	6.1	584	3.9	449	3.9	24,763	3.3	
		自殺	1	0.9	1	1.2	444	3.0	332	2.9	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)	794	23.5	775	23.3	114,823	20.2	108,753	23.3	5,882,340	21.2
新規認定者			3	0.3	14	0.3	1,946	0.3	1,536	0.3	105,654	0.3	
2号認定者			14	0.4	20	0.6	2,492	0.4	2,247	0.4	151,745	0.4	
② 有病状況		糖尿病	149	18.3	140	18.2	25,557	21.3	24,059	21.2	1,343,240	21.9	
		高血圧症	477	59.5	473	59.2	63,736	53.4	64,201	57.3	3,085,109	50.5	
		脂質異常症	215	25.4	220	27.9	31,917	26.6	32,849	29.1	1,733,323	28.2	
		心臓病	555	68.5	547	68.6	72,144	60.5	72,675	64.9	3,511,354	57.5	
		脳疾患	237	30.0	222	28.5	32,336	27.3	27,774	25.2	1,530,506	25.3	
		がん	78	8.6	74	9.2	11,669	9.6	12,180	10.7	629,053	10.1	
		筋・骨格	494	62.0	483	62.9	61,988	51.8	65,671	58.5	3,051,816	49.9	
精神	312	38.9	323	40.6	44,120	36.6	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)	70,102		70,281		68,805		61,022		58,349			
	居宅サービス	45,232		46,183		42,403		40,033		39,683			
	施設サービス	293,142		291,686		278,100		291,281		281,115			
④ 医療費等	要介護認定別	8,880		9,338		8,196		8,532		7,980			
	医療費 (40歳以上)	4,011		4,139		3,956		3,919		3,822			
4	① 国保の状況	被保険者数	2,961		2,638		509,754		471,487		32,587,223		KDB_NO.1 地域全体像の把握 KDB_NO.5 被保険者の状況
		65～74歳	1,095	37.0	1,164	44.1			182,316	38.7	12,462,053	38.2	
		40～64歳	1,129	38.1	894	33.9			162,771	34.5	10,946,693	33.6	
		39歳以下	737	24.9	580	22.0			126,400	26.8	9,178,477	28.2	
	加入率		28.2		25.1		26.6		26.3		26.9		
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	121	0.2	214	0.5	8,255	0.3	
		診療所数	5	1.7	4	1.5	1,138	2.2	1,471	3.1	96,727	3.0	
		病床数	0	0.0	0	0.0	17,242	33.8	35,190	74.6	1,524,378	46.8	
		医師数	5	1.7	3	1.1	1,935	3.8	5,156	10.9	299,792	9.2	
		外来患者数	755.0		763.9		682.6		727.4		668.3		
入院患者数	34.4		36.6		22.4		25.6		18.2				
③ 医療費の状況	一人当たり医療費	30,158	県内7位 同規模12位	33,889	県内5位 同規模3位	26,567	27,978	24,253					
	受診率	789.453		800.502		705.016		752.943		686.501			
	外来費用の割合	49.8		48.8		57.2		55.7		60.1			
	外来件数の割合	95.6		95.4		96.8		96.6		97.4			
	入院費用の割合	50.2		51.2		42.8		44.3		39.9			
	入院件数の割合	4.4		4.6		3.2		3.4		2.6			
④ 医療費分析 生活習慣病に占める割合 (調剤含む)	1件あたり在院日数	19.7日		20.0日		16.7日		18.0日		15.6日			
	がん	106,898,470	16.9	124,099,400	18.3	23.7	20.5	25.6					
	慢性腎不全 (透析あり)	45,341,960	7.2	88,564,160	13.0	9.5	12.4	9.7					
	糖尿病	60,726,720	9.6	47,271,960	7.0	10.3	9.6	9.7					
	高血圧症	68,784,710	10.9	50,226,480	7.4	9.2	8.4	8.6					
	精神	197,789,910	31.3	205,646,450	30.3	18.8	22.4	16.9					
筋・骨格	69,272,640	11.0	76,807,290	11.3	15.1	15.1	15.2						

4	⑤	費用額 (1件あたり)	入院	糖尿病	528,473	15位	(19)	569,363	12位	(19)									KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域																												
				高血圧	533,501	14位	(19)	529,021	18位	(19)																																					
				脂質異常症	545,386	7位	(20)	425,472	41位	(18)																																					
				脳血管疾患	613,502	13位	(20)	644,485	11位	(23)																																					
				心疾患	507,444	33位	(14)	574,429	25位	(18)																																					
				腎不全	616,493	30位	(17)	587,682	28位	(16)																																					
		県内順位	精神	392,144	34位	(27)	405,762	35位	(27)																																						
			悪性新生物	622,372	6位	(14)	601,269	22位	(15)																																						
		入院の( ) 内は在院日数	外来	糖尿病	32,860	35位		33,733	27位																																						
				高血圧	25,700	37位		27,218	29位																																						
				脂質異常症	25,049	30位		25,184	25位																																						
				脳血管疾患	33,416	29位		31,635	34位																																						
				心疾患	36,975	32位		42,998	23位																																						
				腎不全	196,535	28位		202,868	21位																																						
精神	28,135			26位		26,925	36位																																								
悪性新生物	40,868			39位		46,587	29位																																								
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	2,857			2,527			2,779		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	12,787			13,501			12,249		12,505		12,683																																	
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	6,811			6,113			7,539		5,853		5,940																																	
			健診未受診者	30,480			32,655			33,226		33,311		36,479																																	
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	476	57.5	496	58.4	85,600	56.7	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	446	53.9	460	54.1	77,924	51.6	54,091	51.1	3,799,744	51.6																																			
		医療機関非受診率	30	3.6	36	4.2	7,676	5.1	4,209	4.0	316,786	4.3																																			
5	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況	健診受診者	828		850		150,884		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	41.3	県内25位 同規模69位	46.6	県内21位 同規模45位	41.2	32.9	全国31位	34.0																																				
			特定保健指導終了者(実施率)	25	32.9	41	48.2	1988	10.6	1,502	11.7	35,557	4.1																																		
			非肥満高血糖	55	6.6	76	8.9	16,132	10.7	9,475	9.0	687,157	9.3																																		
			メタボ	該当者	135	16.3	155	18.2	26,708	17.7	17,830	16.8	1,272,714	17.3																																	
				男性	75	21.9	87	24.3	18,450	26.8	12,471	26.8	875,805	27.5																																	
				女性	60	12.3	68	13.8	8,258	10.1	5,359	9.0	396,909	9.5																																	
				予備群	77	9.3	85	10.0	16,517	10.9	11,959	11.3	790,096	10.7																																	
			県内順位	男性	51	14.9	60	16.8	11,305	16.4	8,067	17.3	548,609	17.2																																	
				女性	26	5.3	25	5.1	5,212	6.4	3,892	6.6	241,487	5.8																																	
			⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑		㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿
			6	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭	生活習慣の 状況	服薬	564	22.7	627	24.6	98,665	21.8	65,891	20.8	4,768,416	21.6																															
						既往歴	178	5.4	174	5.1	25,151	4.4	19,753	4.7	1,369,764	4.6																															
						喫煙	102	12.3	108	12.7	21,922	14.5	14,059	13.3	1,048,171	14.2																															
						週3回以上朝食を抜く	32	5.5	35	5.9	9,740	7.0	7,942	8.4	540,374	8.5																															
						週3回以上食後間食	71	12.2	65	11.0	16,764	12.0	10,908	11.3	743,581	11.8																															
						週3回以上就寝前夕食	76	13.0	65	11.0	22,143	15.8	14,230	14.8	983,474	15.4																															
						食べる速度が速い	125	21.4	129	21.9	37,641	27.0	25,168	26.2	1,636,988	25.9																															
						20歳時体重から10kg以上増加	150	25.7	176	29.8	45,144	32.3	32,732	33.2	2,047,756	32.1																															
1回30分以上運動習慣なし	344	58.9				325	55.1	90,055	64.4	60,327	61.2	3,761,302	58.7																																		
1日1時間以上運動なし	239	40.9				280	47.5	65,817	47.1	48,491	50.4	2,991,854	46.9																																		
睡眠不足	145	24.8				146	24.7	34,533	24.7	24,197	25.2	1,584,002	25.0																																		
毎日飲酒	165	19.9				198	23.3	37,127	26.1	25,476	25.0	1,760,104	25.6																																		
時々飲酒	195	23.6				181	21.3	28,746	20.2	24,261	23.8	1,514,321	22.0																																		
日 飲 酒 量	1合未満	443				75.9	439	74.4	59,598	61.3	57,013	69.5	3,118,433	64.1																																	
	1~2合	73	12.5	82	13.9	24,348	25.0	15,909	19.4	1,158,318	23.8																																				
	2~3合	43	7.4	40	6.8	9,953	10.2	6,248	7.6	452,785	9.3																																				
	3合以上	25	4.3	29	4.9	3,329	3.4	2,851	3.5	132,608	2.7																																				

【参考資料 2】

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	CKD	血圧							
								GFR							
						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	CKD	血圧							
								GFR							
			尿蛋白												

【参考資料 3】

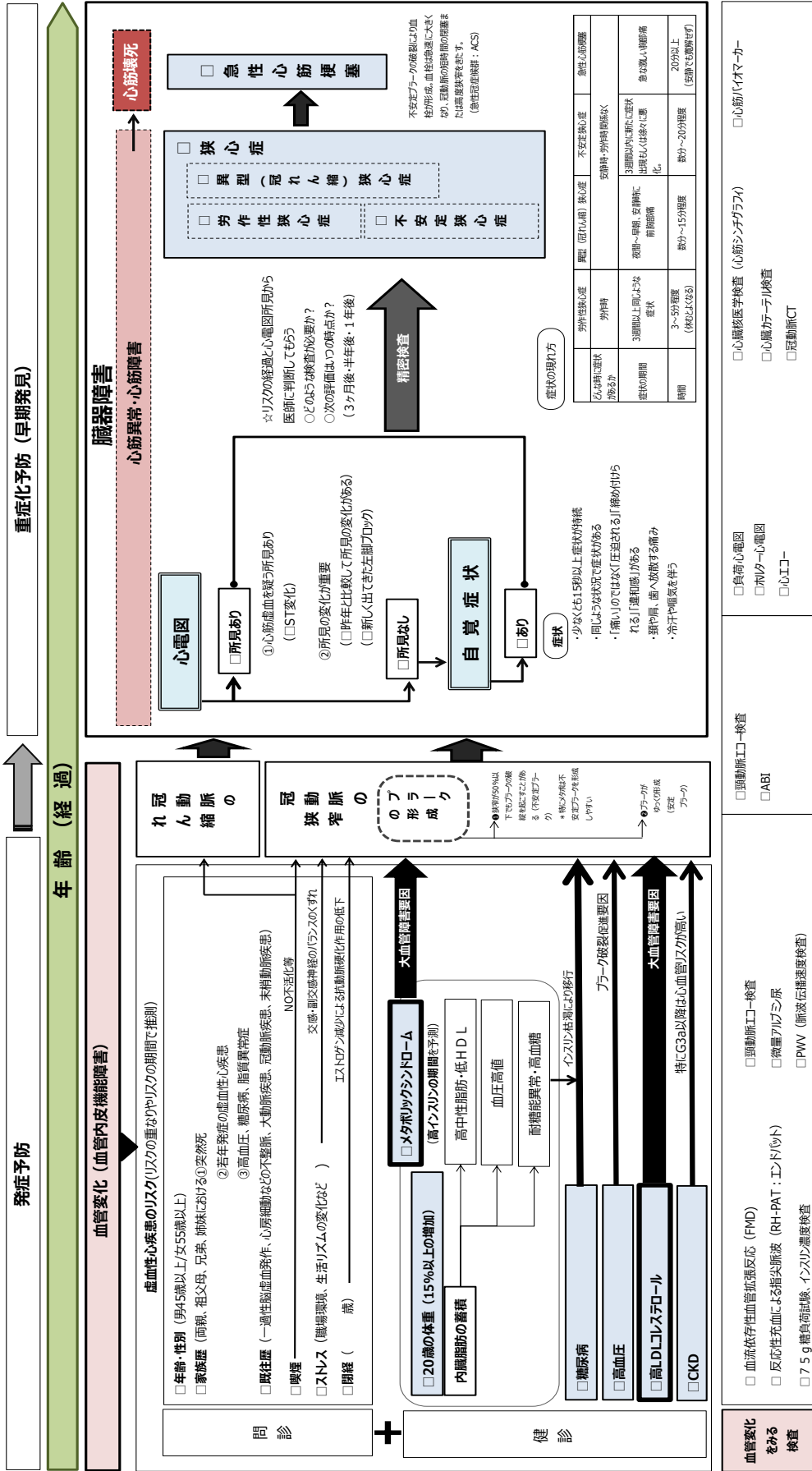
糖尿病管理台帳からの年次計画		年度	担当者名:	担当地区:
		対象者把握	地区担当が実施すること	他の専門職との連携
結果把握	糖尿病管理台帳の全数(A+B) ( )人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.個別訪問・面談 ○医療受診勧奨の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医
	A 健診未受診者 ( )人			
	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			
保健指導の優先づけ	B 結果把握 ( )人			
	①HbA1cが悪化している ( )人			
	例)HbA1c7.0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 ml以上低下 ( )人				

【参考資料 4】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

		項目	突合表	保険者						データ元	
				H28年度		H29年度		H30年度			
				実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	①	被保険者数 (再掲)40歳-74歳	A	2,638人						KDB厚生労働省様式 様式3-2	
2	①	特定健診	B							あなみツール ②.1 集計ツール 2017.10(DM腎症) (レセ×健診)	
	②	健診対象者数		1,821人							
	③	健診受診者数	C	876人							
3	①	特定保健指導								市町村国保 特定健康診査・特定保 健指導実施状況概況 報告書	
	②	保健指導対象者数 実施率		85人 48.2%							
4	①	健診データ								特定健診結果	
	②	糖尿病型	E	122人	13.9%	人	%	人	%		
	③	未治療・中断者(質問票 服薬無)	F	43人	35.2%	人	%	人	%		
	④	治療中(質問票 服薬有)	G	79人	64.8%	人	%	人	%		
	⑤	コントロール不良 (HbA1c7.0以上・空腹時血糖130以上)	J	36人	45.6%	人	%	人	%		
	⑥			26人	72.2%	人	%	人	%		
	⑦			11人	30.6%	人	%	人	%		
	⑧	コントロール良 (Hba1c7.0未満・空腹時血糖130未満)	K	43人	54.4%	人	%	人	%		
	⑨	糖尿病病期分類	M								
	⑩	尿蛋白(-)		第1期	99人	81.1%	人	%	人		%
	⑪	(±)		第2期	7人	5.7%	人	%	人		%
⑫	(+)以上	第3期		15人	12.3%	人	%	人	%		
⑬	eGFR(30未満)	第4期	1人	0.8%	人	%	人	%			
5	①	レセプト								KDB厚生労働省様式 様式3-2	
	②	糖尿病受療率(人口10万人対)		人	%	人	%	人	%		
	③	入院外		人	%	人	%	人	%		
	④	入院外		人	%	人	%	人	%		
	⑤	糖尿病治療中	H	336人	12.2%	人	%	人	%		
	⑥	(再掲)40歳-74歳		332人	15.4%	人	%	人	%		
	⑦	健診未受診者	I	253人	76.2%	人	%	人	%		
	⑧	糖尿病性腎症	L	13人	3.9%	人	%	人	%		
	⑨	(再掲)40歳-74歳		13人	3.9%	人	%	人	%		
	⑩	慢性人工透析患者数(糖尿病治療中に占める割合)		7人	2.1%	人	%	人	%		
	⑪	(再掲)40歳-74歳		7人	2.1%	人	%	人	%		
	⑫	新規透析患者数		3人	0.9%	人	%	人	%		
	⑬	(再掲)糖尿病性腎症 後期高齢者(糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.5%	人	%	人	%		
6	①	医療費 総医療費	a	10.9億円						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	b	5.9億円							
	③	(総医療費に占める割合)	b/a	54.1%							
	④	生活習慣病対象者 1人当たり	健診受診者	6,113円							
	⑤		健診未受診者	32,655円							
	⑥	糖尿病医療費	c	0.47億円							
	⑦	(生活習慣病総医療費に占める割合)	c/b	7.9%							
	⑧	糖尿病入院外総医療費									
	⑨	1件当たり		33,733円							
	⑩	糖尿病入院総医療費									
	⑪	1件当たり		569,363円							
	⑫	在院日数		19日							
	⑬	慢性腎不全医療費									
	⑭	透析有り		0.88億円							
	⑮	透析なし		330万円							
7	①	介護 介護給付費		13.1億円		円		円	KDB 同規模保険者比較 要介護(支援)者認定状 況		
	②	(再掲)2号認定者の有所見 糖尿病合併症		18.2%		%		%			
8	①	死亡 死因別死亡者数 糖尿病		2人	2.4%		%		KDB 地域の全体像の把握		

# 虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考資料 5】





【参考資料 8】

平成29年度の取組みと課題整理

29年度目標		ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	考察と課題	対策
				評価指標・目標値	結果		
特定健診未受診者対策	特定健診受診率の向上 H29年度:50% (目標)	保健師:1名 非常勤看護師:2名	保健推進員による健診動員チラシの全戸配布(9月) 看護師による未受診者訪問(7月~11月) 文書での受診動員(郵送)(11月~12月)	集団健診申込者で、がん検診のみ申込みをしている者に特定健診のチラシ・質問票を同封。 看護師の訪問による受診動員 H28年度:449人/498人(90%)	健診受診率 H27:46.2%→H28:46.6%(法定報告値) 新規受診者 H27:19.1%→H28:12.9% 40代受診率 H27:22.6%→H28:23.5%	・新規受診者の減少。新規で受診しても継続受診につながらない。 ・40代の受診率が低い。 ・治療中の受診率が低い。 ・限られたマンパワーのため、効果的な受診動員の実施が課題である。 ・個別健診の委託医療機関を町内の医療機関のみに限定しているため受診率が伸びない。	・集団健診でがん検診のみ申込み者へ特定健診の受診動員を継続する。 ・40代・50代の若い世代と一度も健診を受けたことがない者への積極的な受診動員。 ・医療機関と連携し、治療中者への受診動員を行う。 ・訪問による受診動員(優先順位をつけて実施) ・委託医療機関の拡大
特定保健指導	特定保健指導実施率の向上 H29年度:50% (目標)	集団健診:委託 個別健診:直営(保健師・看護師)	集団健診:健診機関 個別健診:町保健師、看護師 集団健診受診者で、保健指導未利用者は町で実施	積極的支援(終了者数/対象者数) H27:7人/33人 H28:7人/31人 動機づけ支援(終了者数/対象者数) H27:23人/67人 H28:33人/53人	実施率(終了者数/対象者数) H27:40人/84人(47.6%)(法定報告値)	・個別健診受診者の保健指導実施率が低い。(年度末に保健指導を実施するため、早い時期に健診受診した者はすでに治療に入っていたり重症化しているケースもある。)	・訪問による保健指導の強化 個別健診受診者:健診結果が出た者から随時、訪問又は来所での保健指導を実施していく。医療機関から町の保健指導利用を勧めようよう協力を得る。 ・保健指導のスキルアップ ・栄養指導の実施
特定保健指導非対象者への保健指導・重症化予防	(高額になる疾患)虚血性心疾患の減少 H28:8.0%→H29:6.0% (目標) 脳血管疾患の減少 H28:11.4%→H29:10% (目標)	保健師:1名 非常勤看護師:2名	集団健診受診者:結果説明会を実施し、併せて保健指導も実施(11月、12月) 個別健診受診者:健診結果が出た者から随時個別面談・訪問による保健指導実施	保健指導(実施者数/対象者数) H28 高血圧Ⅱ度以上(治療無)18人/26人(68%) HbA1c6.5以上(治療無)18人/38人(47%) LDL180以上 17人/41人(41%)	(健診結果から) 高血圧Ⅱ度以上 H27:12.1%→H28:8.6% HbA1c6.5以上 H27:9.0%→H28:9.6% LDL160以上 H27:12.1%→H28:11.6%	・要介護の原因では脳卒中が多い。その基礎疾患となる高血圧・脂質異常症の割合が高い。 ・一人あたりの医療費額が高い(県内5位) ・保健指導対象者が多く、現在のスタッフ数では全ての対象者に対して、十分な保健指導ができない。	・保健指導対象者の把握と優先順位の見直し(高額になる疾患・長期化する疾患や未治療者への介入を強化) ・個別健診受診者への結果説明会の実施 ・連絡票等を活用し、医療機関との連携を図る。
人工透析予防	新規透析導入者の減少 H28:3人→H29:2人(目標)	保健師:1名 非常勤看護師:2名	集団健診受診者:結果説明会や保健指導未利用者から対象を抽出し保健指導を実施 個別健診受診者:健診結果が出た者から随時個別面談・訪問による保健指導実施	保健指導(実施者数/対象者数) H28 腎機能低下(eGFR60未満) 22人/56人(39%)	人工透析者 H28:15人 医療費:1億807万円 新規透析導入者数 H28:3人	・新規透析者が増えている。 ・透析者数が同規模・県平均を上まわっている。 ・健診未受診者では、透析予備群の把握ができない。 また、健診受診者でも、全ての対象者への介入が困難である。	・透析予備群の把握と優先順位をつけて保健指導を実施する。 ・リスクの高い者に対する受診動員・保健指導を行い早期治療に繋げ、人工透析への移行を予防する。